

Chapitre II

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011

PRESENTATION

Institué en 1996 afin de réguler les dépenses de santé financées par la sécurité sociale⁴¹, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé annuellement par la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2011, son montant avait été arrêté à 167,1 Md€, soit une croissance prévisionnelle des dépenses de 2,9 %, contre 3 % pour 2010. Pour la seconde année consécutive⁴², l'ONDAM a été respecté en niveau -les dépenses se sont élevées à 166,6 Md€, soit une sous-exécution de 528 M€- comme en taux d'évolution.

La Cour a examiné les conditions qui ont permis d'atteindre l'objectif fixé, qui constitue l'un des éléments déterminants de la trajectoire pluriannuelle des finances publiques sur laquelle la France s'est engagée au niveau européen.

Tout en étant insuffisant pour éviter le maintien du déficit de l'assurance maladie à un niveau encore très élevé⁴³, ce résultat est appréciable dès lors que l'ONDAM 2011 avait été marqué, dès sa construction, par une volonté affirmée de décélération des dépenses d'assurance maladie (I). Sa tenue a été facilitée par un effet de base particulièrement favorable et par l'annulation de crédits, sans préjudice de diverses limites auxquelles se heurte une appréciation fine de son respect (II).

I - Une construction volontariste de l'ONDAM 2011

La construction de l'ONDAM 2011, avec un taux d'évolution de 2,9 %, s'est inscrite dans une trajectoire volontariste de décélération progressive des dépenses de l'assurance maladie, conforme aux objectifs définis dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 du 28 décembre 2010 (2,9 % pour 2011 et 2,8 % pour

41. L'ONDAM couvre essentiellement les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie obligatoires et certaines dépenses d'accidents du travail et maladies professionnelles.

42. Cf. RALFSS 2011 – p. 49.

43. Avec un taux d'évolution de l'ONDAM de 2,9 %, légèrement inférieur à celui du PIB (3,1 %), le résultat 2011 de l'assurance maladie reste déficitaire (-8,6 Md€) et représente 47,5 % du déficit global du régime général (-18,1 Md€), bien qu'il soit en amélioration par rapport à 2010 (-11,6 Md€).

chacune des années suivantes) et plus stricte que celle définie pour 2009 (3,3 %) et 2010 (3 %) et, surtout, que les évolutions réelles constatées sur la précédente période.

Jusqu'en 2009, la dépense constatée en fin d'exercice dans le périmètre de l'ONDAM a dépassé en effet les montants votés en loi de financement. De 2006 à 2009, la différence cumulée entre l'objectif de loi de financement et les réalisations s'est élevé à 5,7 Md€. Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM a été respecté au terme de l'année 2010 tant en valeur qu'en taux de progression.

Evolution de l'ONDAM voté et réalisé de 2006 à 2011

En Md€

		2006	2007	2008	2009	2010	2011
ONDAM voté	en valeur	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4	167,1
	évolution	+2,5%	+2,6%	+2,8%	+3,3%	+3%	+2,9%
ONDAM exécuté	en valeur	142,1	147,6	152,9	158,2	161,9	166,6
	évolution	+3,3%	+3,9%	+3,6%	+3,5%	+2,3%	+2,9%

Source : Cour des comptes

Comme les années précédentes, la construction de l'ONDAM 2011 a été assise sur le montant prévisionnel des dépenses de l'année antérieure.

L'ONDAM est articulé en six sous-objectifs déclinés en plusieurs composantes. La liste et le montant de ces sous-objectifs sont votés par le Parlement. Les deux principaux ensembles de l'ONDAM en masses financières sont les soins de ville et l'ONDAM hospitalier - qui désigne l'ensemble que forment les deuxièmes et troisièmes sous-objectifs et qui retrace les dépenses d'assurance maladie correspondant aux versements aux hôpitaux et aux cliniques privées.

Sous-objectifs	Composantes
Soins de ville <i>(77,30 Md€)</i>	Honoraires des généralistes, des spécialistes, des sages-femmes et des dentistes
	Honoraires paramédicaux
	Laboratoires
	Transports des malades
	Médicaments
	Dispositifs médicaux
	Indemnités journalières
	Autres dépenses
Etablissements de santé tarifés à l'activité <i>(53,91 Md€)</i>	Dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO) pour les hôpitaux, les établissements de santé privé d'intérêt collectif et les cliniques privées
	Dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour les hôpitaux, les établissements de santé privé d'intérêt collectif et les cliniques privées
Autres dépenses relatives aux établissements de santé <i>(18,98 Md€)</i>	Remboursement de SSR, de séjours en établissements psychiatriques pour les cliniques privées seulement
	Dotations annuelles de financement (DAF) pour l'activité de psychiatrie DAF pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), pour les unités de soins de longue durée, pour les établissements de Mayotte et de Saint-Pierre-et-Miquelon
	Dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)
Etablissements et services pour les personnes âgées (7,59 Md€)	
Etablissements et services pour les personnes handicapées (8,22 Md€)	
Autres prises en charge <i>(1,10 Md€)</i>	Dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (addictologie)
	Dépenses de soins d'assurés français à l'étranger
	Dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)

Source : Cour des comptes

La déclinaison budgétaire et la mise en œuvre des sous-objectifs relèvent de la compétence de différents acteurs, principalement :

- les administrations centrales responsables de la conception, du pilotage et de l'offre de soins hospitalière et médico-sociale (direction générale de l'offre de soins et direction générale de la cohésion sociale) ainsi que de la tutelle et du financement de la sécurité sociale (direction de la sécurité sociale),
- les agences régionales de santé qui disposent d'un pouvoir de répartition de certains financements auprès des établissements de santé mais avec un véritable pouvoir de décision sur un nombre limité d'entre eux (2,9 Md€)⁴⁴ ;

44. Cf. Chapitre VIII- La mise en place des agences régionales de santé ».

- la CNAMTS plus particulièrement pour le sous-objectif « dépenses de soins de ville ».

A – Les modalités de construction

De manière synthétique, la construction de l'ONDAM se décompose en trois temps :

- la détermination de la base ;
- l'application à cette base d'un taux d'évolution tendancielle ;
- la détermination de l'impact des mesures antérieures⁴⁵ et des mesures nouvelles, que cet impact se traduise par des économies ou par des provisions budgétaires⁴⁶.

1 – La détermination de la base : un périmètre qui se stabilise progressivement

La base de l'année N, à laquelle sera appliqué le taux d'évolution de l'ONDAM pour l'année N+1, est déterminée à partir du montant prévisionnel des dépenses de l'année N, telles qu'elles sont présentées dans le rapport de septembre de l'année N à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS).

La base de l'année N est ajustée en fonction des évolutions du périmètre entre l'année N et l'année N+1. Les raisons de ces évolutions peuvent être diverses : une meilleure connaissance de la nature des dépenses financées, ou de nouvelles modalités d'organisation ou de réalisation des soins.

45. L'impact des mesures antérieures se traduit par des effets de reports qui consistent en la traduction en année pleine des mesures partiellement intervenues au cours de l'année précédente.

46. Une provision budgétaire est destinée à prendre en compte le coût d'une mesure nouvelle.

Alors que les transferts entre sous-objectifs⁴⁷ correspondent aux dépenses qui ont été retranchées d'un sous-objectif au profit d'un autre au sein même de l'ONDAM, l'accroissement⁴⁸ ou la diminution de périmètre⁴⁹ correspondent à l'intégration de nouvelles dépenses ou à l'exclusion de certaines dépenses antérieurement prises en compte, du périmètre global de l'ONDAM.

Changements de périmètre des ONDAM 2008 à 2011

En M€

	ONDAM 2008	ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Transferts entre sous-objectifs	381	495	244	18
Accroissement du périmètre	185	170	161	100
Diminution de périmètre	-10	-363	-491	-100
<i>Totaux des variations (en valeur absolue)</i>	195	533	652	200
<i>Totaux des transferts entre sous- objectifs et des variations du périmètre global (en valeur absolue)</i>	576	1 028	896	218

Source : Notes DSS de construction des ONDAM

Le total des variations en valeur absolue des transferts et modifications de périmètre global est en forte diminution, passant de 576 M€ en 2008 à 218 M€ en 2011, après une année 2009 au cours de laquelle le montant avait été particulièrement élevé (1 028 M€). Au titre de l'ONDAM 2011, le nombre et le volume des transferts et modifications de périmètres ont été de fait plus limités que les années précédentes.

47. En 2010, sur les 244 M€ de transferts entre sous-objectifs, 35 M€ ont été réalisés entre le sous-objectif « Soins de ville » vers le sous-objectif « Autres prises en charge », au titre des soins à l'étranger des assurés d'un régime français.

48. En 2010, sur 161 M€ d'accroissement du périmètre, 60 M€ représentent les dépenses médico-sociales relatives aux placements en Belgique d'enfants handicapés assurés sociaux français.

49. En 2010, sur les 491 M€ de diminution de périmètre, 230 M€ correspondent aux dépenses relatives aux soins des assurés de régimes étrangers lors de leur séjour en France, qui ne constituent pas des dépenses pour l'assurance maladie.

Changements de périmètre de l'ONDAM 2011

En M€

	Soins de ville	Ets de santé tarifés à l'activité	Autres dépenses relatives aux Ets de santé	Ets et services pour personnes âgées	Ets et services pour personnes handicapées	Autres prises en charge	Total ONDAM
Frais de transport des personnes handicapées	-18				18		0
Rebasage ONDAM personnes âgées				100			100
Débasage ONDAM hospitalier		-100					-100
Total ONDAM	-18	-100	0	100	18	0	0

Source : Note DSS du 4 janvier 2011, relative à la construction de l'ONDAM 2011.

Dans la base du sous-objectif « dépenses en établissements et services accueillant des personnes âgées », ont été réintégrés en 2011 100 M€ de crédits qui avaient exceptionnellement été annulés en 2010. A l'inverse, la base de l'ONDAM hospitalier a été diminuée à hauteur du dépassement de crédits constaté en 2010 (100 M€). Le transfert de 18 M€ correspond à la prise en charge des frais de transport des personnes adultes lourdement handicapées suivies en établissements médico-sociaux.

Le périmètre de l'ONDAM semble donc se stabiliser, qu'il s'agisse du périmètre global ou de celui de ses six sous-objectifs.

2 – L'hétérogénéité de la notion de taux d'évolution tendancielle

A la base, précédemment déterminée, est appliqué un taux d'évolution tendancielle des dépenses du champ de l'ONDAM. Ce taux représente « l'évolution prévisible au regard de la tendance passée, en l'absence de toute mesure ou évènement nouveau »⁵⁰. Les modalités d'estimation des taux d'évolution tendancielle diffèrent selon les sous-objectifs auxquels ces taux sont appliqués.

50. Définition du haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Elles sont également hétérogènes entre les organismes qui sont en charge de leur production⁵¹. Ces derniers travaillent, à partir de données en volumes⁵² transmises par la CNAMTS, mais ne retiennent pas les mêmes modalités d'approche dans leurs prévisions.

Pour les soins de ville, la CNAMTS et la direction de la sécurité sociale (DSS) mettent en œuvre une méthode statistique consistant à extrapoler ou à prolonger les tendances historiques en volume observées sur les dernières années. En 2011, le taux d'évolution tendancielle finalement retenu par l'administration s'établit à 4,7 % et correspond au tendanciel en volume augmenté de la moyenne de l'évolution des tarifs.

Pour les dépenses hospitalières, la direction générale de l'organisation des soins (DGOS) applique une méthode économique fondée sur les besoins de financement. Elle consiste à recenser et à évaluer l'ensemble des besoins de financement⁵³. Il s'agit du taux d'évolution tendancielle des charges des établissements. Pour l'année 2011, le taux retenu est de 3,3 %.

Au-delà des différences méthodologiques entre la DSS et la DGOS, les taux retenus et communiqués ne couvrent pas le même périmètre de charges. D'un côté, la DSS détermine un taux tendanciel sans prendre en considération les mesures nouvelles. De l'autre, la DGOS intègre directement dans son taux d'évolution tendancielle une partie des économies et charges nouvelles, notamment les charges inhérentes à la mise en œuvre des plans de santé publique (plans cancer, Alzheimer, ...).

Pour les dépenses en établissements et services médico-sociaux, la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) retient également une méthode économique. A partir de bases d'informations, encore fragiles, elle recense les dépenses prévisionnelles futures des établissements médico-sociaux en fonction des engagements connus (plans d'investissements, autorisations d'engagement non soldées en fin

51. Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS), direction de la sécurité sociale (DSS), direction générale de l'offre de soins (DGOS), direction du budget (DB), direction générale du Trésor (DGT), caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

52. Les données transmises par la CNAMTS aux autres organismes (DSS, DGT, DG, DGOS) sont des données en volume et en valeur, qui intègrent les impacts de la maîtrise médicalisée des dépenses, celle-ci faisant l'objet d'un retraitement de la part de chaque organisme.

53. Les postes pris en compte sont les charges de personnel, les charges à caractère médical, les charges à caractère hospitalier, les dotations aux amortissements et les charges financières.

d'exercice) ainsi que de l'estimation d'évolution des charges antérieures à reconduire et des charges nouvelles.

Du fait de ces différences d'approche, il est aujourd'hui impossible de connaître les taux d'évolution tendancielle des différents sous-objectifs avant prise en compte de toute mesure nouvelle et par voie de conséquence, les montants précis des économies brutes retenues pour atteindre le taux d'évolution cible. Ainsi, ces différences de méthode conduisent à une appréciation imparfaite des contributions réelles des différents secteurs au respect de l'ONDAM.

Un rapprochement des méthodes de construction des tendancielles et, à tout le moins, une présentation harmonisée de l'impact des mesures antérieures et nouvelles sur l'évolution tendancielle, est nécessaire, de même qu'une définition partagée des notions de « tendanciel », d'« économies » et de « charges », liées à des « effets de report » ou à des « mesures nouvelles », comme déjà recommandé par la Cour⁵⁴. Le comité d'alerte et le groupe statistique de l'ONDAM devraient être chargés à cet égard de valider les approches retenues.

3 – Une construction tributaire de la fiabilité des éléments prévisionnels

Au stade de la construction et du vote de l'ONDAM, les valeurs retenues au titre des bases, des taux d'évolution tendancielle et des mesures d'économies et de dépenses nouvelles s'appuient nécessairement sur des données encore prévisionnelles.

Par exemple, les bases de chacun des sous-objectifs de l'ONDAM N+1 sont les montants prévisionnels des dépenses de l'année N. En effet, au moment de la construction du sous-objectif « soins de ville », la DSS ne dispose que de cinq mois de données disponibles (janvier à mai de l'année en cours), ce qui la conduit à procéder à une prévision pour les sept derniers mois de l'année.

De même, la base de l'ONDAM 2011 a été estimée en septembre 2010 à 162,4 Md€. Cette même base actualisée à partir des données comptables de l'exercice 2011 ressort à 161,9 Md€, soit un écart de 500 M€ (cf. infra).

D'une manière générale, le processus de prévision gagnerait ainsi en précision et en fiabilité s'il était enrichi d'une évaluation a posteriori.

54. Cf. RALFSS 2011 – Chapitre II. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2010 – p. 76.

En effet, les acteurs ne rapprochent pas systématiquement les prévisions avancées ex ante et les réalisations telles qu'elles ressortent des dépenses réelles retracées dans les comptes des différents régimes. En d'autres termes, l'expérience tirée de l'actualisation de la base n'est pas mise à profit dans les prévisions effectuées l'année suivante.

Une analyse de cette nature peut pourtant être effectuée puisque la DSS s'est livrée à un « exercice exploratoire de retour sur les hypothèses tendancielles retenues pour la construction de l'ONDAM ». Toutefois, cette analyse n'a concerné que l'ONDAM 2010 et était limitée au seul sous-objectif « soins de ville ».

La Cour recommande que la construction de l'ONDAM s'appuie sur l'expérience tirée de l'actualisation des éléments prévisionnels des années antérieures.

B – L'ONDAM 2011 global et par sous-objectifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a arrêté l'ONDAM 2011 à 167,1 Md€, soit un taux de progression, à champ comparable, de 2,9 % par rapport au niveau attendu des dépenses 2010.

Eléments de construction des ONDAM 2009 à 2011

En Md€

ONDAM		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Base (après changements de périmètre)		152,57	157,62	162,40
Evolution tendancielle	Taux	+ 4,5%	+ 4,3%	+ 4,2%
	Montant	+ 6,91	+ 6,73	+ 6,84
Montant (avant provisions et économies)		159,48	164,35	169,24
Dépenses		+ 0,44	+ 0,43	+ 0,42
Economies		-2,31	-2,37	-2,56
Montant de l'objectif		157,61	162,42	167,10
Evolution cible	Taux	+ 3,3%	+ 3,0%	+ 2,9%
	Montant	+5,04	+4,80	+4,70

Source : Notes DSS de construction des ONDAM

Cet objectif est en conformité avec celui alors fixé dans la loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014⁵⁵. Il correspond à une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie de 4,7 Md€ pour l'année 2011.

55. Loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 – article 8.

La construction de l'ONDAM 2011 ayant pris en compte un taux d'évolution tendancielle de 4,2 %, tous sous-objectifs confondus, des mesures d'économies d'un montant total de 2,56 Md€ ont été arrêtées afin d'assurer une réalisation du taux cible à hauteur de 2,9 %.

La répartition de l'ONDAM entre ses six sous-objectifs a été la suivante.

1 – Les dépenses de soins de ville

Le sous-objectif de dépenses de soins de ville a été arrêté à un montant de 77,30 Md€, soit une progression de 2,8 %⁵⁶.

Eléments de construction des ONDAM « soins de ville » 2009 à 2011

En Md€

Soins de ville		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Base (après changements de périmètre)		71,02	73,22	75,21
Evolution tendancielle	Taux	+ 5,2%	+ 5,0%	+ 4,7%
	Montant	+ 3,68	+ 3,66	+ 3,56
Montant (avant provisions et économies)		74,70	76,88	78,77
Dépenses		+ 0,44	+ 0,36	+ 0,42
Economies		-1,95	-1,99	-1,89
Montant du sous-objectif		73,19	75,24	77,30
Evolution cible	Taux	+ 3,1%	+ 2,8%	+ 2,8%
	Montant	+ 2,17	+ 2,02	+ 2,09

Source : Notes DSS de construction des ONDAM

Le sous-objectif a été construit à partir de la prévision de dépenses telle qu'elle avait été établie en septembre 2010 et qui tenait compte de la très légère modification de son périmètre.

Le taux d'évolution tendancielle pour les soins de ville a été estimé à 4,7 %, à partir des données en date de soins fournies mensuellement par la CNAMTS.

Les mesures nouvelles représentant un coût supplémentaire ont été chiffrées à près de 420 M€ au total. Il s'agissait de la revalorisation, à compter du 1^{er} janvier 2011, de la consultation des médecins généralistes (260 M€), des provisions pour risques (100 M€) et pour revalorisations

56. Il est à noter que ce sous-objectif inclut les honoraires des médecins exerçant dans les cliniques pour un montant de 3,69 Md€ en 2010 et de 3,74 Md€ en 2011 (source : CNAMTS).

diverses non effectuées en 2010 (dentistes, transports etc. pour 50 M€) et de la revalorisation de la consultation des sages-femmes (7 M€).

Des mesures d'économies ont été intégrées pour un montant total évalué à 1,89 Md€, dont 165 M€ au titre d'effets de report et 1 725 M€ au titre des mesures nouvelles⁵⁷.

2 – L'ONDAM hospitalier

L'ONDAM hospitalier qui regroupe les sous-objectifs « dépenses en établissements tarifés à l'activité » et « autres dépenses relatives aux établissements de santé », a été arrêté à un montant global de 72,89 Md€, (+2,8 %), soit des montants respectifs de 53,9 Md€ (+2,8 %) et de 19,0 Md€ (+2,7 %).

Éléments de construction des ONDAM hospitaliers - 2009 à 2011

En Md€

Etablissements de santé		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Base (après changements de périmètre)		67,56	69,30	70,92
Evolution tendancielle	Taux	+ 3,5%	+ 3,2%	+ 3,3%
	Montant	+ 2,36	+ 2,22	+ 2,34
Montant (avant provisions et économies)		69,92	71,52	73,26
Dépenses		0,00	0,07	0,00
Economies		+ 0,30	-0,38	-0,37
Montant des sous-objectifs		69,62	71,21	72,89
Evolution cible	Taux	+ 3,1%	+ 2,8%	+ 2,8%
	Montant	+ 2,06	+ 1,91	+ 1,97

Source : Notes DSS de construction des ONDAM

La composante relative aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé (ODMCO) d'un montant de 45,6 Md€ a été définie en prenant pour hypothèse une hausse du volume d'activité des établissements de 2,4 % et en appliquant une baisse légère des tarifs, de 0,2 % pour le secteur public avant convergence et de 0,05 % dans le privé⁵⁸. Comme les années précédentes, cette baisse a été plus forte dans le secteur public que dans le secteur privé, dans un objectif de convergence intersectorielle. Par ailleurs, certaines priorités au niveau des tarifs ont été affichées, afin d'inciter les établissements à

57. Ces mesures d'économies sont détaillées infra.

58. Circulaire DGOS/R1 n° 2011-125 du 30 mars 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé.

développer la chirurgie ambulatoire et de préserver la prise en charge des cancers et des accidents vasculaires cérébraux.

La dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) a globalement été arrêtée à 8,3 Md€, soit une progression de 3,10 %.

Concernant plus particulièrement les établissements publics de santé, les activités de soins de suite et de réadaptation (5,8 Md€), les activités de psychiatrie (8,6 Md€) et les dépenses des unités de soins de longues durées (1,04 Md€) sont regroupées dans une composante dite objectif de dépenses d'assurance maladie (ODAM) et représentent 15,8 Md€ (+2,20 %).

Du côté des cliniques privées, les soins de suite et de réadaptation (1,8 Md€) et les activités de psychiatrie (0,6 Md€) sont compris dans la composante désignée comme l'objectif quantifié national (OQN), arrêté à 2,4 Md€ (+3,35 %).

Enfin, le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) a, quant à lui, été doté à hauteur de 347,7 M€.

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé pour 2011 a été évaluée à 3,3 %, soit un besoin de financement complémentaire de 2,34 Md€ par rapport à l'objectif 2010.

Afin de rester dans le montant de l'ONDAM hospitalier voté par le Parlement, des économies d'un montant de 365,7 M€ ont été arrêtées sur plusieurs champs :

- la convergence tarifaire ciblée⁵⁹ (150 M€) ;
- la « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation »⁶⁰ (45,7 M€) ;
- diverses mesures d'économie générale (100 M€), imputées sur les MIGAC (54 M€) ainsi que sur l'ODAM et l'OQN (46 M€) ;
- le passage de 91 € à 120 € du seuil d'exonération du ticket modérateur forfaitaire de 18 € (70 M€).

59. Cf. RALFSS 2011 – « La tarification à l'activité et convergence tarifaire » - p. 199.

60. La « liste en sus » est un dispositif dérogatoire qui a été prévu afin de garantir le financement des produits particulièrement onéreux dont l'introduction dans les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) n'est pas adaptée. Cf. RALFSS 2011 – p. 109 et suivantes.

3 – L'ONDAM médico-social

Pour l'année 2011, l'ONDAM médico-social a été arrêté à un montant de 15,81 Md€, soit une progression limitée à 3,8 %. Il a pour objet de financer la majeure partie des dépenses des établissements accueillant des personnes handicapées (8,224 Md€) ou des personnes âgées (7,588 Md€).

Eléments de construction des ONDAM médico-sociaux - 2009 à 2011

En Md€

Etablissements et services médico-sociaux		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Base (après changements de périmètre)		13,06	14,11	15,23
Evolution tendancielle	Taux	+ 6,3%	+ 5,8%	+ 5,8%
	Montant	+ 0,81	+ 0,82	+ 0,88
Montant (avant provisions et économies)		13,87	14,93	16,11
Dépenses		0,00	0,00	0,00
Economies		0,00	0,00	-0,30
Montant des sous-objectifs		13,87	14,93	15,81
Evolution cible	Taux	+ 6,3%	+ 5,8%	+ 3,8%
	Montant	+ 0,81	+ 0,82	+ 0,58

Source : Notes DSS de construction de l'ONDAM

Pour la DSS⁶¹, les économies prévues d'un montant de 300 M€ correspondent au passage du secteur médico-social à une logique d'autorisation d'engagement et de crédits de paiement (AE/CP)⁶².

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

L'objectif global de dépenses (OGD) est la somme de l'ONDAM médico-social et de l'apport de la CNSA sur ses ressources propres pour le financement des établissements et services médico-sociaux.

Pour l'année 2011, l'OGD est arrêté à 17,05 Md€ soit une augmentation de 4 % par rapport à l'année précédente (dont 8,503 Md€ pour les établissements accueillant des personnes handicapées et 8,547 Md€ destinés à ceux accueillant des personnes âgées). L'apport financier attendu de la CNSA sur ces ressources issues de la contribution de solidarité pour l'autonomie est de 0,22 Md€ pour le secteur des personnes handicapées et de 0,84 Md€ pour celui des personnes âgées, auxquels s'ajoutent 0,15 Md€ d'apport sur ses réserves.

61. Note de construction de l'ONDAM pour l'année 2011, du 4 janvier 2011.

62. Cette mesure fait suite au rapport IGAS/IGF de 2009 relatif à la consommation de l'OGD et conduit à adopter un nouveau mode de budgétisation en raison d'une sous-consommation récurrente, révélateur des difficultés du secteur à développer une offre nouvelle.

4 – Les autres prises en charge

Le sous-objectif « autres prises en charge » couvre les remboursements des dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger, les dépenses du secteur médico-social extérieures au champ d'intervention de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)⁶³ et la dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

Pour 2011, son montant a été arrêté à 1,10 Md€, Pour ce sous-objectif, le taux d'évolution cible est resté identique au taux d'évolution tendanciel (5,9 %).

*
* *

Au total, la construction de l'ONDAM 2011 a peu progressé méthodologiquement par rapport aux années antérieures, mais l'analyse de son élaboration, pour relativement empirique que celle-ci soit demeurée, ne fait pas apparaître de biais majeurs, ce qui n'a pu que contribuer à faciliter son respect en exécution.

II - Le respect de l'ONDAM en 2011 : des avancées certaines mais aussi encore quelques limites

Pour la deuxième année consécutive⁶⁴, les dépenses apparaissent inférieures à l'objectif de dépenses arrêté par le législateur. Alors que la LFSS 2011 avait fixé l'ONDAM à 167,1 Md€, les dépenses constatées à la clôture des comptes 2011 s'élèvent à 166,6 Md€, soit une sous-exécution d'un peu plus de 0,5 Md€, analogue à celle relevée en 2010. Ce résultat est ainsi en partie la conséquence d'un effet de base très favorable mais résulte aussi de l'effectivité des mesures d'économies et d'un pilotage resserré en cours d'année. Son appréciation fine se heurte cependant à certaines limites qui tiennent à la fiabilité des données comptables, aux charges constatées in fine et à la situation financière des hôpitaux.

63. Notamment les dépenses des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, des centres d'accueil et d'accompagnement pour usagers de drogues, des structures dénommées « lits halte soins santé », des appartements de coordination thérapeutique, des centres de ressources pour personnes autistes.

64. Au titre de l'ONDAM 2010, les dépenses ont atteint 161,9 Md€, soit une sous-consommation de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif.

A – L'exécution de l'ONDAM 2011 à la clôture des comptes 2011 des régimes d'assurance maladie

L'exécution de l'ONDAM est appréciée à partir de l'agrégation des comptes des 13 régimes obligatoires d'assurance maladie (branches maladie et AT-MP pour le régime général) entrant dans le périmètre de l'ONDAM⁶⁵.

Une sous-exécution se constate au titre des soins de ville (-339 M€) et des établissements de santé (-241 M€). En revanche, un dépassement de 52 M€ est constaté sur les « autres prises en charge », principalement imputable aux dépenses au titre des soins à l'étranger. Au total, la sous-exécution de l'ONDAM 2011 peut être ainsi estimée à 528 M€, à la clôture des comptes 2011 des régimes d'assurance maladie.

1 – Un résultat bénéficiant d'un effet base très favorable

Dans le cadre de la construction de l'ONDAM, la base 2011 a été estimée en septembre 2010, à partir des prévisions de dépenses attendues au titre de l'année 2010. Chaque année, cette base est actualisée dans le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) du mois de septembre, en fonction des dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM qui sont comptabilisées par les régimes d'assurance maladie.

Ainsi, pour l'ONDAM 2011, la base a initialement été estimée en septembre 2010 à 162,4 Md€. Un an plus tard, dans le rapport de la commission des comptes de septembre 2011, cette même base a été actualisée sur la base des données comptables disponibles au titre de l'exercice 2010, à hauteur de 161,9 Md€, générant ainsi un écart de 0,5 Md€ entre la prévision initiale et les dépenses effectives telles que retracées par les données comptables.

L'ONDAM 2011 a été en définitive respecté dans son montant, avec des dépenses constatées (166,6 Md€) inférieures de 528 M€ au

65. Ces comptes sont produits par la CNAMTS, la caisse nationale du régime social des indépendants (CNRSI), la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), la caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaire (CRPCEN), la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS), la caisse d'assurance vieillesse invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC), l'établissement national des invalides de la marine (ENIM), la caisse de coordination aux assurances sociales de la RATP (CCAS RATP), la SNCF, la caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) et la chambre de commerce et d'industrie de Paris (CCIP). Les comptes de l'entreprise EDF et de la banque de France sont également transmis par la CNAMTS.

montant de dépenses initialement autorisé (167,1 Md€) comme aussi dans son taux d'évolution (2,9 %)⁶⁶, grâce précisément à cette sous-exécution qui a compensé les effets de la surestimation, d'un même montant, de la base des dépenses 2010.

Impact de la surestimation de la base sur l'ONDAM et sur son exécution au titre de l'année 2011 ⁶⁷

En Md€

	Base	Objectif		Exécution	
		Taux	Montant	Taux	Montant
Base estimée	162,4	+2,9%	167,1	+2,9%	166,6
Base actualisée	161,9	+2,9%	166,60		

Source : Cour des comptes

2 – L'exécution de l'ONDAM par sous-objectifs

L'exécution de l'ONDAM 2011 fait ressortir une sous-exécution de 528 M€, dont la répartition entre sous-objectifs est décrite dans le tableau ci-dessous.

Réalisation des sous-objectifs de l'ONDAM 2011

En M€

Sous-objectifs	Montant ONDAM		Sous-consommation (-) Surconsommation (+)
	LFSS	Réalisation	
Soins de ville	77 297	76 958	-339
Etablissements de santé tarifés à l'activité	53 890	53 863	-27
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18 961	18 747	-214
Etablissements et services pour les personnes âgées	7 588	7 588	0
Etablissements et services pour les personnes handicapées	8 251	8 251	0
Autres prises en charge	1 101	1 153	+52
			-528

Source : DSS

66. Compte tenu de l'actualisation de la base et si les dépenses avaient été constatées à hauteur du montant des dépenses initialement autorisées (167,1 Md€), le taux d'évolution de l'ONDAM aurait alors été de 3,2 %.

67. Cf. supra la série historique figurant dans le tableau « Evolution de l'ONDAM voté et réalisé de 2006 à 2011 »,

a) Le sous-objectif « soins de ville »

Les dépenses de soins de ville ont progressé de 2,8 %, contre 2,6 % en 2010.

En 2011, la sous-exécution de l'ONDAM « soins de ville », de 339 M€, a notamment été facilitée par un effet de base élevé (418 M€). Sans cette moindre consommation de soins de l'année précédente, liée à une conjoncture épidémiologique favorable, le sous-objectif « soins de ville » aurait été dépassé.

Parmi les postes dynamiques, certains le sont en raison d'effets tarifaires qui avaient été anticipés lors de la construction de l'ONDAM 2011, d'autres en raison d'une progression des volumes à relier notamment à un contexte épidémiologique moins aidant qu'en 2010. Ainsi :

- les dépenses de consultations des généralistes sont en hausse de 6,4 %. La revalorisation de la consultation des généralistes contribue pour près de 4 points à la hausse constatée. Les remboursements de soins dentaires progressent de 1,5 % (contre +0,5 % en 2010) ;
- les dépenses de soins de spécialistes ont augmenté de 2,5 % (+1,8 % en 2010). Pris dans leur ensemble, les honoraires médicaux et dentaires progressent de 3,6 % (contre 0,4 % en 2010, année qui n'avait pas connu de revalorisation tarifaire) ;
- l'augmentation des dépenses de laboratoires d'analyses médicales s'est accélérée par rapport à 2010 (2,4 % contre 1,4 %). Les baisses tarifaires ayant été globalement équivalentes sur 2010 et 2011, le dynamisme observé des remboursements est attribuable à une accélération des volumes d'actes ;
- les dépenses de soins d'auxiliaires médicaux sont demeurées dynamiques (5,4 % contre 5,8 % en 2010) dont +6,5 % pour les actes infirmiers, portés par la croissance des effectifs libéraux, les soins de masso-kinésithérapie évoluant à un rythme plus modéré (3,5 %).

En contrepartie, une décélération s'est amorcée ou confirmée pour d'autres postes :

- les versements d'indemnités journalières pour arrêt de travail (maladie et accident du travail), en progression de +2,5 % contre +4,2 % en 2010, sous l'effet notamment de la mesure modifiant le calcul des indemnités mise en œuvre en décembre 2010 et d'une certaine inflexion de la croissance des volumes prescrits ;
- l'évolution modérée des dépenses remboursées de médicaments qui s'est établit à +1,2 % en 2011, en raison principalement de la moindre augmentation des volumes (le taux d'atteinte des objectifs de maîtrise

médicalisée s'élève en 2011 à 130 % sur ce champ, soit 330 M€) et à une décélération des mises sur le marché de médicaments innovants ;

- par ailleurs, les dernières données fournies par le comité économique des produits de santé (CEPS) font apparaître des remises conventionnelles de la part des laboratoires pharmaceutiques supérieures à ce qui était prévu (35 M€ en plus des 270 M€ retenues en construction).

b) Les sous-objectifs « établissements de santé »

Selon la DSS, l'année 2011 s'est achevée avec une sous-exécution globale de 241 M€, dont 27 M€ pour le sous-objectif « établissements de santé tarifés à l'activité » et 214 M€ pour le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

Cependant, le rattachement des dépenses aux sous-objectifs soulève certaines difficultés (dépenses non régulées, rejets des mutuelles) et les données relatives aux dépassements et à la sous-exécution de l'ONDAM hospitalier ne peuvent toujours pas être exhaustivement imputées à chacun de ces deux sous-objectifs.

Dépassements et sous-exécution de l'ONDAM hospitalier

En M€

	Dépassement	Sous-exécution
Dépenses des activités médecine chirurgie obstétrique et odontologie (ODMCO public)	245	
Dépenses des activités médecine chirurgie obstétrique et odontologie (ODMCO privé)		-79
Dépenses des cliniques en psychiatrie et soins de suites et de réadaptation (Objectif quantifié national - OQN)	33	
Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC)		-170
Objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) – dotation annuelle de financement (DAF)		-100
ODAM – Unité de soins de suite et de réadaptation (USLD)		-26
Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)		-57
Dépenses non régulées		-56
Rejets des mutuelles		-29
Autres		-2
	278	-519
		-241

Source : Retraitements Cour des comptes de données DSS

Globalement, le respect des sous-objectifs hospitaliers a été assuré grâce à des annulations de crédits mis en réserve, intervenues en fin d'année (FMESPP, DAF et MIGAC) pour un montant de 328 M€.

Ces annulations compensent le dépassement constaté des dépenses liées aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) des établissements publics de santé (+245 M€), ainsi que de psychiatrie et de soins de suites et de réadaptation (SSR) des cliniques privées (+33 M€).

En effet, les dépenses des établissements publics de santé ont progressé de 2,9 % en date de soins et à champ tarifaire constants compte tenu d'un important dynamisme du nombre de séjours, d'actes et de consultations externes ⁶⁸. Cette progression est à l'origine d'un dépassement de 245 M€ de l'objectif (ODMCO public).

Du côté des cliniques privées, les dépenses ont progressé de 2,8 %. La moindre progression de l'activité MCO (2,1 %) a permis de compenser une croissance plus soutenue dans les domaines de la psychiatrie (5,4 %) et des soins de suites et de réadaptation (5,9 %). La sous-exécution de 79 M€, au titre de l'objectif relatif au secteur privé (ODMCO privé), compense pour partie le dépassement de 33 M€ de l'objectif quantifié national de psychiatrie et de SSR.

c) Les sous-objectifs « établissements et services médico-sociaux »

La contribution de l'assurance maladie au secteur médico-social constitue une enveloppe fermée. Il n'y a donc pas d'incertitude quant au respect des deux sous-objectifs relatifs aux dépenses en établissements et services pour les personnes âgées d'une part et pour les personnes handicapées d'autre part.

En revanche, l'exécution de l'OGD 2011 devrait faire apparaître une sous-exécution des dépenses en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées, estimée respectivement à 245 M€ et de 25 M€ par la CNSA, en raison notamment d'une surestimation des ouvertures attendues de places dans certains établissements.

d) Le sous-objectif « autres prises en charge »

Le sous-objectif « Autres prises en charge » enregistre un dépassement de 52 M€. Si le montant de ce dépassement n'est pas significatif, son taux proche de 5 % doit inciter à la vigilance.

68. Il est à noter que les données communiquées par l'ATIH ne font apparaître qu'une progression de 2,2 %.

Les dépenses au titre des soins des ressortissants français à l'étranger⁶⁹ sont les plus dynamiques puisqu'elles enregistrent une augmentation de plus de 8 %, atteignant 457 M€, soit une surconsommation de 35 M€.

Réalisation du sous-objectif « autres prises en charges »

	Objectif	Réalisation	Sous-consommation (-) Surconsommation (+)	
Réseaux de soins	250	250	0	0,00%
Soins des français à l'étranger	422	457	35	8,29%
Ets hors champ CNSA	429	447	18	4,20%
Autres prises en charge	1 101	1 154	53	4,81%

Source : Cour des comptes à partir de données DSS

3 – Une régulation attentive des dépenses

Le respect de l'ONDAM 2011 est le résultat d'une volonté de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, affirmée dès la construction de l'ONDAM par un montant significatif d'économies, puis en cours d'année par la mise en œuvre de mesures de pilotage.

a) Un volume d'économies très largement réalisé

Afin de permettre de respecter le taux d'évolution de l'ONDAM, fixé à 2,9 % et en présence d'un taux d'évolution tendancielle, tous sous-objectifs confondus, évalué à 4,2 %, un effort significatif d'économies, pour un montant évalué à 2,39 Md€, avait été intégré.

Les mesures d'économies réalisées sont estimées à 2,35 Md€, soit un taux de réalisation de 98 % en amélioration significative par rapport à 2010 (78 %⁷⁰). Le suivi de la mise en œuvre effective des mesures d'économie, a sans doute contribué à cette amélioration.

Le tableau ci-après fait apparaître cependant des disparités de réalisation, certaines mesures d'économies ayant été réalisées au-delà des prévisions et d'autres, au contraire, n'ayant été que partiellement réalisées.

69. En 2010, 799 000 Français ont été bénéficiaires de prestations servies à l'étranger.

70. Cf. RALFSS 2011 – Chapitre II – L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010 – p. 70.

Mesures d'économies adoptées et réalisées au titre de l'ONDAM 2011*En M€*

	PLFSS	Exécution
Soins de ville		
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	200	202
Maitrise médicalisée hors produits de santé	245	280
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	25	22
Non revalorisation des IJ longues	0	20
Réforme ALD sur l'hypertension artérielle	20	23
Economie sur la permanence des soins hospitaliers (PDSH)	60	0
Fin de la prise en charge automatique des transports à 100% pour les ALD	20	20
Baisse de prix des produits de santé - Dispositifs médicaux	50	61
Baisse de prix des produits de santé - Médicaments	450	464
Ralentissement structurel des dépenses de médicaments (générique...)	70	13
Mise en place d'un forfait pour les bandelettes	35	50
Abaissement du taux K à 0,5 %	50	50
Maitrise médicalisée sur les médicaments	285	333
Maitrise médicalisée - Dispositifs médicaux	20	0
Passage à 30 % des médicaments remboursés actuellement à 35 %	95	71
Passage à 60 % des dispositifs médicaux remboursés actuellement à 65 %	100	78
	1 725	1 687
Etablissements de santé		
Convergence tarifaire ciblée	150	365
Passage de 91 à 120 € du seuil d'application du forfait de 18 €	70	
Economie liste en sus	45	
Economie sur les MIGAC	100	
	365	365
Etablissements médico-sociaux		
Passage du secteur médico-social à une logique d'autorisations d'engagement –crédits de paiement (AE/CP)	300	300
	300	300
	2 390	2 352

Source : DSS

b) Un pilotage plus serré de l'ONDAM

La nouvelle gouvernance de l'ONDAM, mise en place dans le courant de l'année 2010, a été pleinement effective en 2011.

Le rôle du comité d'alerte, composé de personnalités qualifiées, avait été renforcé avec la décision de rendre obligatoires deux avis supplémentaires. Le 15 avril 2011, un premier avis a été rendu sur la base des dernières tendances connues de l'évolution des dépenses et des estimations de l'année écoulée. Dans son avis du 30 mai 2011, le comité d'alerte a fait état du respect de l'ONDAM 2010 et de l'impact favorable de l'effet de base lié à sa sous-exécution sur l'exécution de l'ONDAM 2011. Compte tenu des risques de dépassements constatés, il considérait que les mises en réserve d'ores et déjà réalisées suffiraient à assurer le respect de ce dernier. Enfin, le 4 octobre 2011, le comité d'alerte a rendu un avis destiné à apprécier les éléments ayant permis l'élaboration de l'ONDAM 2012 et notamment le montant des dépenses prévisionnelles pour l'année 2011.

Le renforcement du nombre d'interventions du comité s'est accompagné d'un abaissement progressif du seuil d'alerte. L'abaissement de ce seuil de 0,75 % à 0,70 % dès 2011, puis à 0,60 % pour 2012 et 0,50 % pour 2013 vise à inciter à une gestion préventive et continue des risques de dépassement et de prévenir au mieux tout risque de dérive.

La mise en place d'un groupe de suivi statistique a renforcé également le suivi de l'ONDAM. Il est composé des représentants des administrations (DSS, DGOS, CNSA) et des organismes gestionnaires du risque (CNAMTS, MSA, RSI) ainsi que des producteurs techniques des données statistiques relatives aux dépenses de l'ONDAM. Depuis juin 2010, des réunions mensuelles permettent de préparer un diagnostic partagé et de contribuer à l'amélioration de la qualité des informations et de leur analyse.

Enfin, un comité de pilotage de l'ONDAM dont les missions et les priorités ne sont encore définies par aucun texte ⁷¹, utilise ces informations pour la mise en œuvre des mesures nouvelles retenues, les décisions de mise en réserve et d'annulation de crédits, ainsi que les mesures correctrices qui sont susceptibles d'être nécessaires en cours d'année. Ce comité réunit, sous la présidence des ministres en charge de la santé et des comptes publics, les directions d'administration centrale concernées, les caisses d'assurance maladie des trois principaux régimes et la CNSA.

71. Le rapport Briet d'avril 2010 prévoyait une disposition en ce sens.

Ainsi, au début de l'année 2011, le comité de pilotage a décidé de procéder à la mise en réserve de crédits destinés aux établissements de santé (400 M€), aux établissements et services médico-sociaux (100 M€) et au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins -FIQCS- (30 M€).

Un déblocage des réserves portant sur les sous-objectifs médico-sociaux et le FIQCS (130 M€) a été acté lors du comité de pilotage de l'ONDAM du 4 novembre 2011. Une partie des crédits mis en réserve des dotations MIGAC (100 M€) a également été dégelée en fin d'année⁷².

In fine et après prise en compte des opérations de fongibilité réalisées localement, les annulations de crédits ont représenté 338 M€ concentrées sur les seuls établissements de santé.

Au-delà de l'annulation de ces crédits, les autres mesures de pilotage ont consisté à ne pas engager certaines dépenses nouvelles initialement envisagées lors de la construction de l'ONDAM 2011, pour un montant de 420 M€. Ainsi, la revalorisation des actes des professionnels de santé a été limitée à la consultation des médecins généralistes, pour un montant de 263 M€.

B – Les limites à l'appréciation du respect de l'ONDAM

Sans remettre en cause le constat du respect global de l'ONDAM 2011, plusieurs éléments complémentaires doivent être pris en compte pour une appréciation complète de son évolution.

1 – La fiabilité des données comptables

Les états financiers de ces régimes d'assurance maladie sont certifiés soit par la Cour (branches maladie et AT-MP du régime général) soit par des commissaires aux comptes (autres régimes).

La construction et l'exécution de l'ONDAM ne s'appuient pas directement sur ces états financiers mais sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC), qui constituent des présentations détaillées des comptes de résultat communiqués par les régimes à la DSS.

Dans le cadre de l'exécution de l'ONDAM 2011, la Cour s'est assurée de la fiabilité des données relatives à son exécution. D'une part, elle a vérifié la conformité des montants portés dans les TCDC à ceux

72. Circulaire n° DGOS/R1/2011/ 489 du 23 décembre 2011 relative à la campagne tarifaire 2011 des établissements de santé.

retracés dans les comptes de résultat des régimes. D'autre part, elle s'est assurée de la concordance des données retenues par la direction de la sécurité sociale avec celles figurant dans les mêmes TCDC. Ces deux rapprochements n'ont pas fait apparaître d'anomalies.

Cependant, comme les années précédentes, il subsiste des dépenses non régulées, c'est-à-dire des dépenses comptabilisées sous une rubrique intitulée « autres ... » et dont l'appartenance au périmètre de l'ONDAM ou à l'un de deux sous-objectifs hospitaliers n'est pas assurée⁷³. Cette situation soulève des problèmes de comparabilité des dépenses d'une année sur l'autre⁷⁴.

Ont également été relevées des difficultés d'imputation des rejets des mutuelles⁷⁵ sur les composantes des sous-objectifs. Au-delà, une incertitude existe quant à l'exhaustivité du montant des rejets de l'exercice 2011.

Des travaux visant à identifier et réaffecter l'ensemble des dépenses non régulées du périmètre de l'ONDAM doivent ainsi être engagés. De même, il conviendrait à la CNAMTS de mettre en œuvre des confirmations externes (dites « circularisations ») auprès des principales mutuelles afin de garantir l'exhaustivité des rejets de ces dernières.

2 – Les charges constatées in fine au titre des ONDAM annuels

Le constat du respect de l'ONDAM 2011 a, par nature, un caractère provisoire, puisqu'il est conditionné par le dénouement, sur les exercices ultérieurs, des provisions pour charges de prestations légales enregistrées dans les comptes de l'exercice 2011. Ce dénouement dépend du solde entre les provisions comptabilisées en N et les charges qui seront constatées au cours des exercices suivants au titre de consommations de soins intervenues en 2011.

Compte tenu des délais actuels d'exécution et de présentation au remboursement des soins de ville et de déclaration des prestations hospitalières des établissements, le dénouement de ces provisions s'étale

73. A titre d'exemple, les dépenses réglées à des établissements conventionnés installés à l'étranger (Andorre, Monaco),

74. Selon l'évaluation initiale, les dépenses non régulées devaient représenter 401 M€. Or, en définitive, seuls 346 M€ ont été consommés. Cette sous-exécution (-55 M€) est difficilement explicable sans une connaissance approfondie de ces dépenses.

75. Les rejets portent sur des remboursements de dépenses de soins effectués par les mutuelles pour le compte du régime général et pour lesquels les mutuelles ne sont pas parvenues à porter à la connaissance des CPAM les informations nécessaires à leur propre remboursement.

sur trois exercices au cours desquels le niveau de réalisation de l'ONDAM peut être amené à évoluer.

Le tableau ci-après présente l'impact du dénouement des provisions sur la réalisation des ONDAM 2007 à 2011.

Impact du dénouement des provisions sur la réalisation des ONDAM

En Md€

		ONDAM 2007	ONDAM 2008	ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011
Objectif		144,8	152,0	157,6	162,4	167,1
Constat	Avril N+1	147,8	152,9	158,4	162,0	166,6
	Sept N+1	147,8	153,0	158,1	161,8	-
	N+2	147,6	152,9	158,1	161,9	-
	N+3	-	-	158,2	-	-

Source : DSS

A titre d'exemple, au titre de l'ONDAM 2009, l'objectif avait initialement été fixé à 157,6 Md€. Un premier constat, réalisé en avril 2010 sur la base des provisions pour charges de prestations enregistrées dans les comptes de l'exercice 2009, a fait ressortir une réalisation de 158,4 Md€ de charges, soit un dépassement de 800 M€. En septembre 2010, sur la base des premières informations relatives au dénouement des provisions, un second constat a relevé une réalisation à hauteur de 158,1 Md€, soit un moindre dépassement, ajusté à 500 M€. In fine, en N+3, c'est-à-dire en 2012, le montant des dépenses est arrêté à 158,2 Md€, soit un dépassement définitif de l'ONDAM de l'ordre de 600 M€.

Si les deux premiers constats sont rendus publics dans les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale d'avril et de septembre 2010, le dernier n'a fait jusqu'à présent l'objet d'aucune diffusion bien qu'il est établi chaque année par la DSS.

L'ONDAM exécuté de l'année N, constaté en avril et en septembre N+1, ne reflète cependant qu'imparfaitement l'ONDAM réellement exécuté, dont l'appréciation nécessite un suivi portant sur les périodes ultérieures.

Dans ces conditions, il conviendrait que le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale rende compte de l'exécution de l'ONDAM durant les trois exercices suivants, afin d'intégrer le résultat du dénouement des provisions initialement comptabilisées.

3 – Les résultats des établissements hospitaliers

Dans son rapport sur la situation et les perspectives de finances publiques de juillet 2012, la Cour a recommandé la plus grande vigilance sur la situation financière des établissements hospitaliers et souligné que « le respect de l'ONDAM ne peut être pertinent que si le résultat consolidé des hôpitaux est appréhendé, dans le même temps ».

De fait, selon la direction générale des finances publiques, le montant du déficit consolidé des budgets principaux des établissements publics de santé s'établit provisoirement à 493 M€ pour l'exercice 2011. Selon l'agence technique d'information hospitalière (ATIH), le résultat prévisionnel des établissements hospitaliers publics serait un déficit de 508,5 M€, soit un niveau quasiment inchangé par rapport à 2010 (-475,3 M€)⁷⁶.

Ce constat ne peut être directement mis en regard avec les annulations de crédit intervenues en 2011, qui ont représenté 338 M€, en diminution par rapport à l'année précédente ⁷⁷, dès lors que les composantes du résultat des établissements sont essentiellement leur niveau d'activité et la maîtrise de leurs charges. Comme la Cour l'a déjà souligné⁷⁸, il serait en tout état de cause préjudiciable que des dotations forfaitaires viennent compenser des insuffisances de gains d'efficacité, même s'il convient d'être attentif à ne pas fragiliser davantage la situation de certains établissements. C'est en effet de mesures de gestion rigoureuse des dépenses et de la mise en œuvre des actions indispensables de restructuration que doit dépendre le retour durable des établissements à l'équilibre.

CONCLUSION

La tenue dans le temps d'un ONDAM resserré constitue une condition essentielle du respect de la trajectoire de réduction des déficits et de l'endettement publics dans le cadre des engagements européens de la France.

Le fait que pour la deuxième année consécutive et la troisième fois seulement depuis son institution, l'ONDAM ait été respecté, en montant

76. Toutefois, le niveau et l'évolution de ces montants doivent être interprétés avec prudence, compte tenu de l'absence de certification des comptes des établissements publics de santé par un auditeur externe indépendant (Cour des comptes ou commissaire aux comptes).

77. En 2010, les annulations de crédits ont représenté 525 M€.

78. RALFSS 2011, chapitre VII Tarification à l'activité et convergence tarifaire et chapitre VIII Le financement des centres hospitalo-universitaires.

comme en taux de progression constitue à cet égard un résultat appréciable.

Un pilotage plus fin et plus ferme y a contribué, qu'il s'agisse de la mise en réserve de crédits à titre de précaution en début d'exécution, de l'annulation de certains d'entre eux, de la non mise en œuvre de mesures nouvelles, d'un suivi attentif de la mise en place effective des mesures d'économies arrêtées lors de son élaboration.

En effet, l'exécution de l'ONDAM 2011 a bénéficié de la sur-estimation de sa base de construction, c'est-à-dire les dépenses attendues au titre de l'année 2010. Si diverses mesures n'avaient pas permis d'en neutraliser l'effet, en maintenant une sous-exécution de même montant de l'ONDAM 2011, le rythme de progression de l'ONDAM n'aurait pas été limité à l'objectif de 2,9 %, mais aurait atteint 3,2 %.

L'effet de base lié à la sous-estimation de dépenses attendues au titre de 2011 crée un même risque de dépassement du taux de progression fixé pour l'ONDAM 2012 : à défaut de régulation, si le montant des dépenses prévisionnelles était strictement respecté, le taux d'évolution effectif serait de 2,7 % et non de 2,5 %, comme fixé par la loi de financement pour 2012. Comme la Cour l'a souligné dans son rapport sur la situation et les perspectives et les finances publiques de juillet 2012, la mise en œuvre complète des économies initialement prévues et une gestion très prudente des crédits gelés s'imposent donc pour limiter effectivement à 2,5 % la progression de l'ONDAM en 2012.

En tout état de cause, malgré le respect de l'ONDAM ces deux dernières années, le déficit de l'assurance maladie ne recule que lentement et demeure à des niveaux élevés de 11,4 Md€ en 2010 et de 8,6 Md€ en 2011 et, prévisionnellement, de 6,7 Md€ en 2012, ce qui implique d'amplifier les efforts de redressement pour revenir à un équilibre indispensable.

RECOMMANDATIONS

4. Donner un fondement juridique au comité de pilotage et lui confier en priorité le respect de l'exécution de l'ONDAM, non seulement dans son montant mais aussi dans son taux d'évolution.

5. Elaborer une méthodologie partagée et transparente de construction de l'ONDAM sous le contrôle du comité d'alerte.

6. Evaluer systématiquement a posteriori la précision des prévisions retenues lors de la construction de l'ONDAM.

7. Rendre compte de l'exécution de l'ONDAM à partir d'un suivi pluriannuel du dénouement ultérieur des provisions.
