

Chapitre III

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir

PRÉSENTATION

Institué par la loi organique du 22 juillet 1996 afin de réguler l'évolution des dépenses financées par la sécurité sociale, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) couvre les trois quarts des dépenses de santé⁷⁶. Il présente la particularité d'être un outil de pilotage de la dépense sans pour autant en constituer un plafond. Il a d'ailleurs été constamment dépassé, sauf en 1997, jusqu'en 2010. Toutefois, depuis lors, la tendance s'est inversée : la dépense effectivement constatée est en-deçà de l'objectif voté par le Parlement et l'est de plus en plus. Le respect de l'ONDAM continue cependant de s'accompagner de déficits élevés et le poids des dépenses de l'assurance maladie dans le PIB ne cesse d'augmenter

L'augmentation moindre que prévu de la dépense, ou « écart négatif à l'objectif », semble a priori un signe encourageant de la qualité du pilotage de la dépense publique d'assurance maladie dont la maîtrise semblerait enfin assurée. La dépense effectivement réalisée en 2013 a été ainsi inférieure de 1,4 Md€ à l'objectif et vraisemblablement plus quand les chiffres définitifs seront disponibles, soit l'écart le plus élevé jamais constaté.

La Cour a examiné les conditions dans lesquelles a été atteint ce résultat sans précédent.

Elle a relevé que si la dépense⁷⁷ d'assurance maladie réellement constatée en 2013 (ci-après, « ONDAM exécuté en 2013 ») peut sembler maîtrisée parce qu'inférieure à l'objectif voté (ci-après « ONDAM voté en 2013 »), elle n'a pas, en réalité et selon les données disponibles au moment des travaux de la Cour, suivi un rythme plus modéré qu'en 2012 (I). Ce paradoxe s'explique par le mécanisme même de construction de l'ONDAM, qui devrait être revu afin d'en refaire un outil de maîtrise de la dépense d'assurance maladie plus efficace (II).

76. En 2011, la France consacrait près de 220 Md€ aux dépenses de santé. L'ONDAM exécuté était alors de 166 Md€, soit 75,45 %.

77. Avant dénouement des provisions.

I - Une dépense d'assurance maladie encore mieux maîtrisée mais en apparence seulement

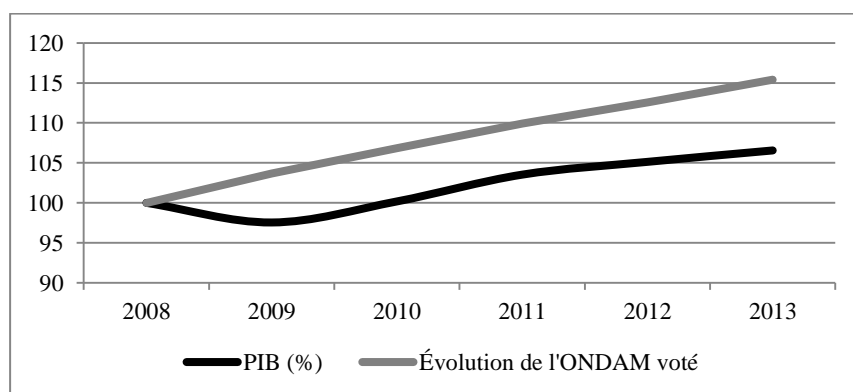
A - Un ONDAM 2013 voté en nette augmentation

L'ONDAM voté en 2013 était en progression de 2,7 % alors que celui voté en 2012 était en augmentation de 2,5 %.

Ce taux de progression représentait une « autorisation de dépense » supplémentaire pour 2013 de 4,6 Md€ en 2013 (l'enveloppe de dépense prévisionnelle passant de 170,8 Md€ à 175,4 Md€), contre une augmentation de dépense de 4,1 Md€ initialement arrêtée pour 2012, soit une augmentation très notable dans le contexte d'une conjoncture économique peu favorable et de très forte contrainte des finances publiques.

Au cours des cinq dernières années, l'ONDAM voté a de fait augmenté deux fois plus vite que le PIB en valeur, comme l'illustre le graphique ci-dessous⁷⁸ ce qui est le signe d'un faible volontarisme dans la maîtrise de la dépense d'assurance maladie, puisque la part de la richesse nationale qui lui est consacrée connaît ainsi toujours une dynamique forte.

Graphique n° 4 : évolution de l'objectif de dépenses depuis 2008 (évolution de la croissance du PIB en valeur et de l'ONDAM, base 100 en 2008).



Source : Cour des comptes.

78. Le point le plus bas dans la progression de l'ONDAM, si l'on excepte 1997, avait jusqu'alors été 1999, avec +2,6 %, mais le PIB avait augmenté cette même année de 3,6 % en volume, alors qu'il n'a progressé que de 0,3 % en 2013.

La construction de l'ONDAM

Les dispositions organiques relatives aux lois de financement ne précisent pas comment est calculé l'ONDAM. En pratique, son niveau global est déterminé par le gouvernement sur la base d'études menées par différentes administrations (direction de la sécurité sociale, direction générale de l'offre de soins, direction du budget, direction générale du Trésor).

De manière synthétique, la détermination des six sous-objectifs entre lesquels son montant est réparti⁷⁹, s'établit en appliquant à une base de référence un taux d'évolution qui correspond à l'évaluation de la hausse tendancielle des dépenses et des « mesures nouvelles » qui se traduisent par des provisions (charges supplémentaires) ou des économies (réduction des dépenses).

De manière plus détaillée, la détermination de l'ONDAM procède des opérations suivantes. La base de référence de l'ONDAM 2013, à laquelle a été appliqué le taux d'évolution prévisionnel de l'ONDAM pour l'année 2013, a été évaluée à partir du montant prévisionnel des dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM en 2012, telles qu'estimées en septembre 2012 par les administrations concernées. Les dépenses réelles de 2012 ne sont en effet connues définitivement que très postérieurement à l'adoption de la loi de financement, c'est-à-dire en septembre 2013, une fois déterminée la consommation effective des provisions (ce qui est qualifié de « dénouement des provisions »).

Les montants prévisionnels des dépenses de l'année en cours sont, dans la méthode actuelle, évalués sur la base des données disponibles pour les cinq premiers mois de l'année uniquement (de janvier à mai). Il existe donc un risque significatif d'écart entre la base prise en compte et le montant des réalisations.

Appliqué à la base, le taux d'évolution tendancielle (qui fait l'objet, pour ce qui concerne le sous-objectif soins de ville, de développements approfondis dans le chapitre VII) permet d'estimer les dépenses pour l'année n. Y sont ajoutés les effets reports des décisions prises pendant l'année en cours et les mesures nouvelles de dépenses (dites « provisions nouvelles ») calculées notamment en fonction des négociations conventionnelles en cours avec les professions libérales de santé. Le montant d'économies nécessaires (dites « mesures d'économies nouvelles ») est ensuite déterminé pour limiter la progression des dépenses à l'objectif souhaité par le gouvernement.

Ainsi, schématiquement, l'ONDAM se détermine par l'opération suivante : $ONDAM_n = (\text{base de référence} \times \text{taux d'évolution prévisionnel}) + \text{effet report} + \text{provisions pour mesures nouvelles} - \text{économies pour mesures nouvelles}$.

79. La LFSS pour 2014 prévoit un septième sous-objectif, le Fonds d'intervention régional (FIR).

Comme le montre le tableau suivant, l'ONDAM se décomposait en 2013 en six sous-objectifs dont la liste et le montant sont votés par le Parlement : le sous-objectif soins de ville, (dit « ONDAM ville »), le sous-objectif « établissements de santé tarifés à l'activité » et le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » (ces deux sous-objectifs sont regroupés sous le terme d'« ONDAM hospitalier »), les sous-objectifs « établissements et services pour les personnes âgées » et « établissements et services pour les personnes handicapées » (ces deux sous-objectifs sont regroupés sous le nom d'« ONDAM médico-social ») et le sous-objectif « autres prises en charge ».

Tableau n° 31 : présentation de la composition de l'ONDAM 2013

Sous-Objectifs	Composantes	M€	%	
Soins de ville	Honoraires des généralistes, des spécialistes, des sages-femmes et des dentistes	20 303	80 549	45,9
	Honoraires paramédicaux	10 545		
	Laboratoires	3 466		
	Transports des malades	4 056		
	Médicaments	22 585		
	Dispositifs médicaux	5 470		
	Indemnités journalières	10 618		
	Autres dépenses	3 506		
Établissements de santé tarifés à l'activité	Dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO) pour les hôpitaux, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques privées	48 020	56 605	32,3
	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	8 585		
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Remboursement de SSR, de séjours en établissements psychiatriques pour les cliniques privées seulement	2 696	19 877	11,3
	Dotations annuelles de financement (DAF) pour l'activité de psychiatrie	16 319		
	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)	568		
	Dépenses non régulées	294		
Établissements et services pour les personnes âgées		8 388	8 388	4,8
Établissements et services pour les personnes handicapées		8 736	8 736	5,0
Autres prises en charges	Dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (addictologie)	485	1 294	0,7
	Dépenses de soins d'assurés français à l'étranger	545		
	Dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	234		
	Autres dépenses	30		
TOTAL		175 449		

Source : Cour des comptes

Les postes qui représentent l'essentiel de l'augmentation de l'ONDAM sont les sous-objectifs ONDAM ville et ONDAM hospitalier, votés chacun en même augmentation de +2,6 %, contre respectivement +2,1 % et +2,6 % en 2012. Ils représentaient 90 % des dépenses de l'ONDAM 2013 et bénéficiaient de 85 % de l'augmentation de l'enveloppe prévisionnelle de dépense déterminé par ce dernier.

Tableau n° 32 : évolution de l'ONDAM 2013 par sous-objectifs

En M€

Sous-objectifs 2013	Base ONDAM 2013	ONDAM 2013 (voté)	ONDAM 2013 voté	Évolution ONDAM voté (2012-2013)	Contribution du sous-objectif à l'ONDAM 2013 (en points d'évolution votée)
Soins de ville	78 522	80 549	2,6 %	2,1 %	1,2 %
Total établissements de santé	74 589	76 482	2,6 %	2,5 %	1,1 %
<i>Établissements de santé tarifés à l'activité</i>	55 356	56 605	2,4 %	2,3 %	0,7 %
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	19 232	19 877	3,1 %	3,4 %	0,4 %
Total établissements sociaux et médico-sociaux	16 461	17 124	4,0 %	3,9 %	0,4 %
<i>Établissements et services pour les personnes âgées</i>	8 017	8 388	4,6 %	4,2 %	0,2 %
<i>Établissements et services pour les personnes handicapées</i>	8 444	8 736	3,3 %	3,5 %	0,2 %
Autres prises en charge	1 221	1 294	5,9 %	10,8 %	0,0 %
Total	170 793	175 449	2,7 %	2,5 %	2,7 %

Note de lecture : les pourcentages de la 3^{ème} colonne proviennent de l'annexe 7 de la LFSS 2013. Ils ne sont pas le résultat du rapport entre les chiffres des deux colonnes précédentes.

Source : Cour des comptes

1 - Un ONDAM ville en forte progression par rapport à 2012

La progression de l'ONDAM ville⁸⁰ voté pour 2012 ayant été de 2,1 %, le taux de 2,6 % retenu pour 2013 se situait ainsi en hausse très

80. Il recouvre les catégories de dépenses suivantes : honoraires médicaux : (des omnipraticiens, des spécialistes, des sages-femmes) ; honoraires paramédicaux : (des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des orthoptistes, des pédicures) ; honoraires des dentistes ; médicaments (brut et remises conventionnelles) ; biologie (dépenses de laboratoires) ; dispositifs médicaux (produits humains, LPP-liste des produits et prestations) ; transports (taxis, ambulances...) ; prestations en espèces (indemnités journalières) ; permanence des soins ; autres honoraires ; contrats et accords ; IVG ; cures ; cotisations des personnels et auxiliaires médicaux ; ALD (affections de longue durée) 31 et 32 ; FAC (Fonds d'action conventionnelle) ; aides à la télétransmission.

sensiblement plus rapide, ce qui mettait fin à une tendance pluriannuelle de ralentissement de l'objectif de dépense comme le montre le tableau suivant.

Cette prévision se fondait notamment sur l'hypothèse d'un taux de croissance spontané de ces dépenses de 4,8 %, après majoration des provisions pour mesures nouvelles⁸¹ (+456 M€) et application de l'effet report tel qu'estimé par les administrations⁸².

Tableau n° 33 : évolution pluriannuelle de l'ONDAM ville voté

En Md€

Soins de ville		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012	ONDAM 2013
Base (après opérations sur périmètre), retenue au moment du vote		71,02	73,22	75,21	77,28	78,52
Évolution tendancielle selon PLFSS	<i>Taux</i>	5,2 %	5,0 %	4,7 %	4,3 %	4,2 %
	<i>Effet en montant</i>	3,68	3,66	3,56	3,35	3,30
Montant (avant provisions et économies)		74,70	76,88	78,77	80,63	81,8
Dépenses		0,44	0,36	0,42	0,41	0,46
Économies*		-1,95	-1,99	-1,89	-2,15	-1,8
Montant de l'objectif		73,19	75,24	77,30	78,90	80,55
Évolution cible	<i>Taux</i>	3,1 %	2,8 %	2,8 %	2,1 %	2,6 %
	<i>Effet en montant</i>	2,17	2,02	2,09	1,62	2,03

**Est retenue ici la nomenclature du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS), voir infra*

Source : Cour des comptes

81. Les provisions inscrites dans la construction du sous-objectif 2013 relatif aux soins de ville s'élèvent à 456 M€ au titre des mesures nouvelles que sont la revalorisation des transporteurs sanitaires dont le coût est estimé à 125 M€ ; des provisions pour revalorisations et risques divers pour un montant de 136 M€ (médecins, dentistes, pharmaciens, cures) ; une provision à hauteur de 155 M€ relative notamment aux dispositifs favorisant l'accès aux soins (soins de proximité et réduction du reste à charge des patients) et le coût de la réforme du régime spécial de retraite supplémentaire des médecins (avantage social vieillesse), estimé à 40 M€ en 2013.

82. Le détail de la construction du sous objectif « soins de ville » est présenté au chapitre VII : l'ONDAM soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster.

2 - Un taux de progression de l'ONDAM hospitalier identique en revanche à celui voté pour 2012

L'ONDAM hospitalier voté dans la LFSS 2013 devait évoluer comme en 2012 à +2,6 %, malgré un tendancier estimé à 3,46 % soit légèrement supérieur aux trois années précédentes. Ce tendancier devait certes inclure notamment les dépenses liées aux plans de santé publique, ainsi que les effets des modifications statutaires des personnels hospitaliers, mais il incorporait aussi le gel du point d'indice dont l'impact est très sensible sur des dépenses hospitalières majoritairement constituées de dépenses de personnel⁸³.

Tableau n° 34 : comparaison pluriannuelle de la construction de l'ONDAM hospitalier

En Md€

Établissements de santé	ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012	ONDAM 2013	
Base (après opérations sur périmètre)	67,56	69,30	70,92	72,74	74,59	
Évolution tendancielle	<i>Taux</i>	3,5 %	3,2 %	3,3 %	3,3 %	3,4 %
	<i>Effet en montant</i>	2,36	2,22	2,34	2,41	2,57
Montant (avant provisions et économies)	69,92	71,52	73,26	75,15	77,15	
Économies	-0,30	-0,38	-0,37	-0,55	-0,66	
Montant de l'objectif	69,92	71,21	72,89	74,60	76,50	
Évolution cible	<i>Taux</i>	3,1 %	2,8 %	2,8 %	2,6 %	2,6 %
	<i>Effet en montant</i>	2,06	1,91	1,97	1,86	1,91

Source : Cour des comptes

L'effort d'économie a été présenté comme étant en légère augmentation par rapport à 2012 puisque les établissements de santé devaient dégager 657 M€ d'économies en 2013 contre 550 M€ en 2012, selon la répartition suivante : le renforcement de l'efficience interne dont la rationalisation des achats ainsi que l'amélioration de l'organisation des pharmacies à usage interne devait permettre de réaliser 314 M€ d'économies ; l'amélioration de la pertinence des actes et du recours à l'hospitalisation (chirurgie ambulatoire, modalités de prise en charge de l'insuffisance rénale chronique...) était censée procurer une économie de 193 M€ ; enfin, une économie de 150 M€ était prévue sur les produits médicaux non facturés dans le cadre tarification à l'activité mais distinctement car inscrits sur la « liste en sus » (baisse de prix des produits de santé et adaptation de la liste).

83. Cf. chapitre XIV du présent rapport : Les dépenses de personnel médical et non médical des hôpitaux : une maîtrise précaire.

3 - Un taux de progression de l'ONDAM médico-social identique à celui voté pour 2012

L'ONDAM médico-social comprend les contributions de l'assurance maladie d'une part aux établissements et services prenant en charge les enfants et les adultes handicapés et, d'autre part, aux établissements hébergeant des personnes âgées ou dépendantes ou leur fournissant des soins à domicile.

Depuis 2006, la gestion des crédits de l'ONDAM médico-social est confiée à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui y ajoute sa propre contribution. L'ONDAM médico-social et la contribution de la CNSA constituent ensemble l'objectif global des dépenses médico-sociales (OGD).

Tableau n° 35 : évolution pluriannuelle de l'ONDAM médico-social voté

En Md€

Établissements et services médico-sociaux	ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012	ONDAM 2013	
Base (après opérations sur périmètre),	13,06	14,11	15,23	15,84	16,46	
Évolution tendancielle	<i>Taux</i>	6,3 %	5,8 %	5,8 %	3,8 %	4,0 %
	<i>Effet en montant</i>	0,81	0,82	0,88	0,61	0,65
Montant (avant provisions et économies)	13,87	14,93	16,11	16,45	17,11	
Économies	0,00	0,00	-0,30	-0,02	0,00	
Montant de l'objectif	13,87	14,93	15,81	16,48	17,11	
Évolution cible	<i>Taux</i>	6,3 %	5,8 %	3,8 %	4,0 %	4,0 %
	<i>Effet en montant</i>	0,81	0,82	0,58	0,64	0,65

Source : Cour des comptes

Le taux de croissance de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux s'élève à 4 %, identique à 2012, mais sans mesure d'économie associée contrairement à cette dernière année. Cette évolution traduit un effort financier supplémentaire d'environ 650 M€. Le caractère fermé de cette enveloppe prémunit toutefois contre tout risque en exécution.

4 - Les autres prises en charge

Les « autres prises en charge » comprennent les dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, les dépenses de soins d'assurés français à l'étranger et les dotations au fond d'intervention pour la qualité et la coordination des

soins. Le taux d'évolution de ce sous-objectif représente 0,04 point de l'augmentation de l'ONDAM entre 2012 et 2013 soit, en volume, 73 M€.

B - En exécution 2013, un large écart par rapport à l'objectif voté, mais une dépense qui ne ralentit pas

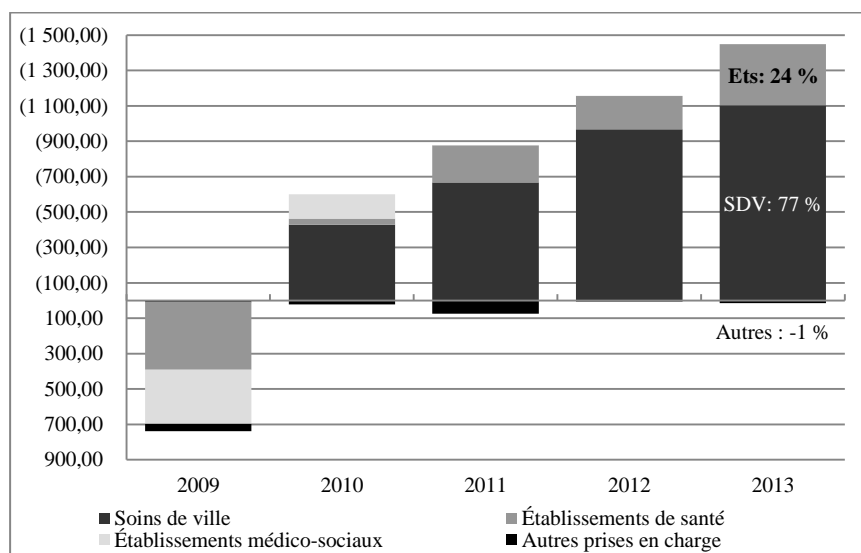
L'ONDAM exécuté en 2013 a atteint 174,0 Md€, soit un écart de -1,4 Md€ par rapport à l'objectif voté en loi de financement (175,4 Md€).

L'écart définitif s'établira très vraisemblablement au-delà de -1,4 Md€ lorsqu'auront été dénouées les provisions constituées fin 2013, à hauteur de 14,779 Md€, pour couvrir des dépenses certaines mais dont le montant exact ne pouvait être chiffré à la fin de l'exercice. Le surprovisionnement éventuel a en effet un impact sur l'exactitude de la dépense en exécution et donc de l'écart à l'objectif, jusqu'au moment où le montant réel des provisions effectivement dénouées est connu. L'exécution 2012, prévue avant dénouement des provisions à 2,4 %, s'est ainsi trouvée ramenée à 2,2 % après ce dénouement.

Depuis 2010, l'ONDAM voté n'est plus dépassé et l'écart négatif à l'objectif, dit « sous-exécution », ne cesse de se creuser pour atteindre un niveau inégalé en 2013 comme le montre le graphique ci-dessous.

Graphique n° 5 : évolution de la « sous exécution » de l'ONDAM depuis 2010

(en M€)



Source : Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires.

Plus des trois quarts (77 %) de cet écart négatif relève de l'ONDAM ville (-1,103 Md€) et le reste de l'ONDAM établissements de santé (-0,3 Md€), comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 36 : exécution de l'ONDAM 2013 par sous-objectif.

En M€

Sous-objectifs 2013	ONDAM 2013 voté	ONDAM 2013 exécuté (provisoire)	Écart négatif à l'objectif ou sous exécution (provisoire)	Écart négatif à l'objectif ou sous exécution (provisoire) en %
Soins de ville	80 549	79 446	-1 103	
<i>Établissements de santé tarifés à l'activité</i>	56 605	56 650	45	
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	19 877	19 486	-391	
Total établissements de santé	76 482	76 136	-345	
<i>Établissements et services pour les personnes âgées</i>	8 388	8 388		
<i>Établissements et services pour les personnes handicapées</i>	8 736	8 736		
Total établissements sociaux et médico-sociaux (ESMS)	17 124	17 124		
Autres prises en charges	1 294	1 309	15	
Total	175 449	174 015	-1 433	-0,8

Source : Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires.

1 - Pour l'objectif « soins de ville », une sous-exécution croissant très fortement qui s'accompagne d'un moindre effort sur les économies

a) Un quasi-doublement de l'écart par rapport à l'objectif prévisionnel

En 2013, l'écart par rapport à l'objectif qui avait été voté pour l'ONDAM ville est nettement plus important qu'en 2012 puisqu'il passe de -0,8 Md€ à -1,1 Md€ avant même le dénouement des provisions.

À l'exception des dispositifs médicaux qui ont dépassé de 127 M€ l'objectif, la plupart des postes connaissent une augmentation moindre que prévu, plus ou moins significative. Les postes pour lesquels l'écart est le plus fort sont les indemnités journalières (IJ), qui présentent un écart à l'objectif de -409 M€ et les médicaments, à hauteur de -449 M€.

Pour l'essentiel, les postes à croissance tendancielle récente forte (produits médicaux, transports sanitaires, kinésithérapie, soins infirmiers) se sont inscrits en exécution dans le prolongement de cette tendance dynamique. *A contrario*, parmi les autres grandes composantes de l'ONDAM ville, les dépenses d'analyses en laboratoire ont très peu augmenté (+0,7 %), ainsi que les IJ (+0,9 %), tandis que la dépense en médicaments décroissait (-0,2 % ; -0,6 % avec l'effet des remises conventionnelles).

Tableau n° 37 : écarts en exécution par rapport à l'objectif des composantes de l'ONDAM ville 2013

En M€

	Exécution (tous régimes)	Objectifs	Écart
Généralistes	6 217	6 254	-37
Spécialistes	10 460	10 461	-1
Infirmiers	6 290	6 351	-62
Masseurs-kinésithérapeutes	3 497	3 490	7
Dentistes	3 362	3 381	-19
Biologie	3 428	3 466	-38
Médicaments	22 406	22 855	-449
Produits médicaux	5 597	5 470	127
Transports	3 984	4 056	-72
Indemnités journalières	10 209	10 618	-409
Soins de ville	79 446	80 549	-1 103

Source : DSS

b) Un moindre effort d'économies

Les mesures d'économies nouvelles prévues au moment de la construction de l'ONDAM ville pour 2013 étaient évaluées à 1,8 Md€, ce qui était nettement inférieur à celles prévues pour 2012 (2,15 Md€). Les économies évaluées *ex post*⁸⁴ auraient cependant dépassé les prévisions de 160 M€, essentiellement du fait de la sous-estimation de l'effet de la rémunération sur objectif de santé publique visant à rémunérer les pharmaciens en fonction de la progression du taux de substitution des princeps par les génériques.

84. Cf. pour leur analyse le chapitre VII du présent rapport : l'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster.

2 - Une augmentation moindre que prévu de l'ONDAM hospitalier

Pour l'ensemble de l'ONDAM hospitalier, la dépense exécutée s'est montée à 76,1 Md€ en 2013, en progression de 2,4 % au lieu de l'objectif prévisionnel de 2,6 %.

Les mesures d'économies affichées ont été comme chaque année réputées être automatiquement réalisées dans la mesure où les enveloppes de financement composant l'ONDAM hospitalier sont réduites à due concurrence dans le cadre de la fixation du montant de chacun des sous-objectifs le déclinant en début de campagne. Il n'existe cependant pas de dispositif permettant d'estimer, de suivre et de centraliser la réalité des économies effectuées, notamment sur les achats obtenus par l'ensemble des établissements de santé (cf. *supra*).

L'écart à l'objectif constaté sur les établissements de santé qui s'élève ainsi à -350 M€, comme le décompose le tableau ci-après, traduit en tout état de cause des dynamiques de dépenses très déséquilibrées entre les différentes catégories d'établissements.

Tableau n° 38 : ventilation de la « sous-exécution » de l'ONDAM hospitalier en 2013

En M€

Sur-exécution des établissements de santé publics (A)	305
Sous-exécution des cliniques privées (B)	-165
Sous-consommation des enveloppes FIR dans le champ de l'ONDAM hospitalier (C)	-35
Mises en réserves de dotations hospitalières (D)	-287
<i>dont DAF</i>	-185
<i>dont FIR</i>	-75
<i>dont crédits déçus FMESPP</i>	-27
Crédits non délégués (E)	-108
<i>dont FIR</i>	-65
<i>dont DAF</i>	-43
Sous-exécution des dépenses non régulées (F)	-60
TOTAL = (A) + (B) + (C) + (D) + (E) + (F)	-350

Source : DSS

Les établissements publics de santé enregistrent un dépassement de l'objectif de 305 M€, prolongeant les dépassements déjà constatés de manière récurrente les années antérieures. En revanche, les dépenses des cliniques privées, en léger dépassement les années précédentes, ont été inférieures de 165 M€ aux prévisions.

Ces résultats différenciés posent d'autant plus question que l'administration a adopté pour ce qui concerne les activités de médecine,

chirurgie et obstétrique, de nouvelles modalités de gestion de la campagne tarifaire 2013. En effet, elle s'est fondée sur des hypothèses plus réalistes qu'antérieurement : pour la première fois, des hypothèses de progression de volume différentes entre secteurs ont été retenues afin de tenir compte des différences de dynamiques d'activité. Ainsi, pour le secteur ex-dotation globale, qui recouvre à titre principal les établissements publics de santé, une hypothèse de progression d'activité de +2,8 % a été retenue contre une hypothèse d'activité de +2 % pour les établissements dits ex-objectif quantifié national, qui sont essentiellement des cliniques à but lucratif. L'administration a ainsi rompu avec le strict parallélisme qu'elle avait retenu dans le cadre des campagnes tarifaires 2011 et 2012⁸⁵ avec une hypothèse commune de +2,4 %.

Les enveloppes du Fonds d'intervention régional entrant dans le champ de l'ONDAM hospitalier ont été sous-consommées (-35 M€) et les dépenses non régulées⁸⁶ plus faibles que prévues (60 M€).

Les mises en réserves des dotations hospitalières non libérées en fin d'année, qui ont ainsi très sensiblement contribué à l'écart d'exécution favorable constaté sur l'ONDAM hospitalier, se sont élevées à 287 M€ (185 M€ sur les dotations annuelles de financement, 75 M€ sur le fonds d'intervention régional et 27 M€ au titre des crédits déçus du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés). L'annulation de 108 M€ de crédits a eu une incidence favorable sur l'exécution de l'ONDAM hospitalier.

L'écart d'exécution ainsi constaté pourrait cependant être au moins partiellement contrebalancé par un retour au déficit des établissements hospitaliers en 2013, selon de premières indications, à un niveau qu'il ne

85. À ces hypothèses de progression d'activité s'ajoutait un coefficient prudentiel fixé à +0,35 % pour chacun des deux sous-secteurs permettant de couvrir une évolution d'activité de +3,15 % pour le secteur ex DG et de +2,35 % pour le secteur ex OQN. Ce coefficient prudentiel est un moyen d'améliorer la régulation des tarifs de prestations d'hospitalisation. Ce coefficient, fixé à 0,35 % pour les deux secteurs MCO, s'applique à l'ensemble des prestations d'hospitalisation du 1^{er} mars 2013 au 28 février 2014

86. Ces dépenses concernent la rémunération des hôpitaux et cliniques privées au titre des séjours effectués par les patients relevant de régimes de protection sociale étrangers, dans le cadre de conventions internationales passées entre la France et les états concernés ; les remboursements a posteriori aux assurés sociaux de séjours hospitaliers pour lesquels aucune ouverture de droit à prise en charge n'est justifiée, les règlements à des cliniques situées à Monaco, les unités de soins de longue durée relevant de cliniques privées ; les dépenses des cliniques privées posant des difficultés de rattachement comptable, qui portent sur des montants très limités (moins de 0,2 % de l'ONDAM hospitalier en 2008)

sera possible de préciser que lorsque leurs comptes définitifs auront pu être analysés.

3 - L'impact très faible sur l'exécution de l'ONDAM médico-social et des autres prises en charge

a) L'ONDAM médico-social

S'agissant de la contribution de l'assurance maladie au secteur médico-social, le dépassement, ou au contraire la sous-consommation des crédits prévus par l'objectif global des dépenses médico-sociales sont neutres pour l'exécution de l'ONDAM et produisent leurs effets uniquement sur les comptes de la CNSA.

Comme les années précédentes, une sous-exécution est constatée, mais limitée à 100 M€ c'est à dire moindre que pour la moyenne des exercices antérieurs, comme le montre le tableau n°8.

Tableau n° 39 : évolution de l'ONDAM médico-social en exécution (2009-2013)

En M€

	ONDAM	Personnes âgées	Personnes handicapées	Sous-consommation
	<i>Montants fixés par arrêtés</i>			
2013	17 124	8 388	8 736	100
2012	17 628	8 925	8 703	173
2011	17 050	8 547	8 503	270
2010	16 386	8 182	8 204	38
2009	15 602	7 592	8 010	430

Source : rapport d'activité de la CNSA 2013

Une sous-consommation de 156 M€ est constatée dans le secteur des personnes âgées et une sur-consommation de 56 M€ est en revanche observée pour les personnes handicapées. Dans les deux cas, les écarts tiendraient à des décalages dans le temps des ouvertures nouvelles d'établissements et services.

b) Les autres prises en charge

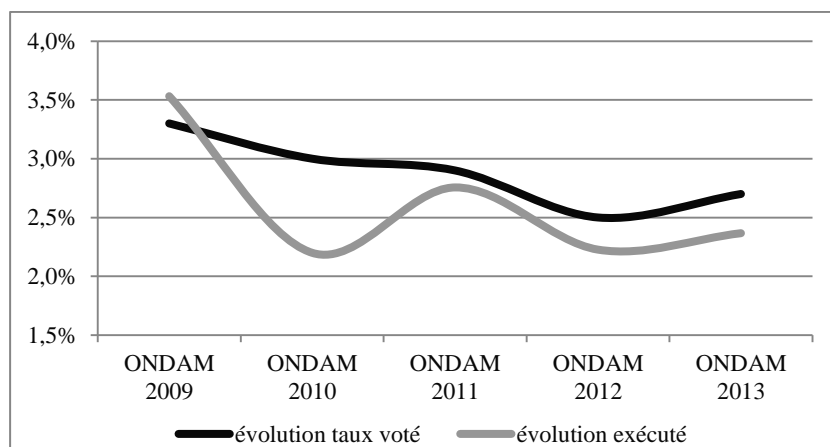
Le sous-objectif « autres prises en charge », enregistre un dépassement de 15 M€ compte tenu notamment du niveau plus élevé que prévu des dépenses au titre des soins à l'étranger, minoré par une moindre consommation des crédits au titre des dépenses pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie.

4 - Malgré un écart accru à l'objectif, une dépense qui ne ralentit pas entre 2012 et 2013

Si l'ONDAM 2013 tel qu'il a été voté en montant avait été réalisé, le taux effectif d'évolution des dépenses pour 2013 aurait été de 3,2 %, les dépenses réelles de 2012 ayant été inférieures à l'assiette retenue pour son calcul.

Avec un niveau provisoire de dépense exécuté de 174 Md€ en 2013, selon les données de la commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2014, le taux de progression de l'ONDAM par rapport au montant de dépenses exécuté en 2012 (170 Md€) est limité à 2,4 %, soit le même taux d'augmentation que celui annoncé pour 2012 par la commission des comptes de juin 2013⁸⁷.

Graphique n° 6 : évolution de l'ONDAM voté et de l'ONDAM exécuté



Source : Cour des comptes

La comparaison d'exécution à exécution, pour chacun des sous-objectifs, montre également que l'exercice 2013 s'est traduit par une légère accélération des soins de ville, alors que les deux autres sous-ensembles ont vu leurs dépenses progresser moins vite en 2013 qu'en 2012.

87. La dépense effectivement constatée en 2012 après dénouement des provisions a progressé en définitif de 2,2 % par rapport à 2011.

Tableau n° 40 : évolution des sous-objectifs en exécution (2009-2013)*En M€*

Exécution ONDAM 2009-2013	ONDAM 2009	ONDAM 2010	Évolution	ONDAM 2011	Évolution	ONDAM 2012	Évolution	ONDAM 2013	Évolution
Soins de ville	73 200	74 812	2,2 %	76 629	2,4 %	77 932	1,7 %	79 446	1,9 %
Établissements de santé	70 001	70 883	1,3 %	72 645	2,5 %	74 401	2,4 %	76 136	2,3 %
Établissements de santé tarifés à l'activité	51 371	52 732	2,6 %	53 875	2,2 %	55 456	2,9 %	56 650	2,2 %
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18 629	18 151	-2,6 %	18 770	3,4 %	18 945	0,9 %	19 486	2,9 %
Établissements médico-sociaux	14 174	15 073	6,3 %	15 839	5,1 %	16 487	4,1 %	17 124	3,9 %
Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7 835	7 188	-8,3 %	7 587	5,6 %	8 044	6,0 %	8 388	4,3 %
Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6 339	7 886	24,4 %	8 252	4,7 %	8 444	2,3 %	8 736	3,5 %
Autres prises en charge	970	1 061	9,3 %	1 176	10,8 %	1 171	-0,4 %	1 308	11,7 %
TOTAL	158 346	161 829	2,2 %	166 289	2,8 %	169 991	2,2 %	174 014	2,4 %

Source : Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires. La DSS n'établissant pas de série rétrospective incluant les effets de périmètre (pro-forma), les taux d'évolution ne sont pas corrigés de ces effets (de caractère non significatif ces dernières années cf. p.205)

Par ailleurs, le poids de l'ONDAM réellement dépensé a continué d'augmenter dans le PIB comme le montre le tableau ci-après.

Tableau n° 41 : évolution de l'ONDAM par rapport à l'évolution du PIB depuis 2008

En Md€

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
PIB	(en valeur)	1 798,1	1 886,8	1 933,2	1 885,8	1 936,7	2 001,4	2 032,3	2 059,9
	(en valeur)	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4	167,1	171,1	175,4
ONDAM voté	Part de l'ONDAM voté dans le PIB	7,82%	7,67%	7,86%	8,36%	8,39%	8,35%	8,42%	8,52%
	(en valeur)	141,8	147,8	153,0	158,2	161,9	166,6	170,3	174,0
ONDAM exécuté	Part de l'ONDAM exécuté dans le PIB	7,89%	7,83%	7,91%	8,39%	8,36%	8,32%	8,38%	8,45%

Source : Cour des comptes. Les données 2013 sont provisoires.

Ces évolutions peuvent paraître paradoxales, dans le contexte conjoncturel de 2013 et alors que jouaient des facteurs exogènes qui tendaient à ralentir l'exécution de la dépense.

Impact de la conjoncture et des facteurs exogènes sur la dépense réelle dans le champ de l'ONDAM

D'après les administrations, l'augmentation moindre que prévue de l'ONDAM pourrait être expliquée par une dégradation de la conjoncture économique. Cependant, les travaux scientifiques réalisés sur ce sujet, tels que résumés par la Commission européenne⁸⁸, par la DG Trésor⁸⁹, ou encore par le Conseil d'analyse économique, tendent à relativiser cette appréciation, tout au moins à court terme : les agents seraient peu sensibles à la conjoncture dans leur consommation de soins et de biens médicaux et d'autant moins lorsque cette consommation est prise en charge par une assurance, même partielle. La dépense totale spontanée serait donc peu corrélée à la croissance à court terme alors même que les mécanismes d'assurance offrent, en France, une couverture élevée des dépenses de santé. Il en résulte que l'ONDAM pourrait être faiblement sensible aux variations des principales grandeurs conjoncturelles.

Néanmoins, en l'absence d'études statistiques consacrée exclusivement à l'analyse des corrélations et aux liens de causalité entre l'évolution de la croissance, de l'inflation et du chômage et l'évolution de l'ONDAM, il serait imprudent d'en conclure à l'absence totale de lien

88. Projecting future health care expenditure at European level : drivers, methodology and main results, EC economic papers, 2010.

89. Les dépenses de santé en France : déterminants et impact du vieillissement à l'horizon 2050, N° 2009/11, V Albouy et alii.

entre la conjoncture et l'ONDAM. Ainsi, s'agissant des indemnités journalières, qui représentent 10 % de la sous-exécution de l'ONDAM 2013, un lien de corrélation pourrait être établi avec la nature de l'emploi concerné (CDD ou CDI) pour le lien entre précarité dans l'emploi et tendancier soins de ville. En outre, la dégradation de l'activité économique n'est plus un phénomène de trop courte durée pour infléchir les comportements.

D'autres variables exogènes peuvent contribuer à expliquer le ralentissement de l'ONDAM ville comme l'absence de nouveaux médicaments et la tombée de brevets dans le domaine public pour ce qui concerne la diminution du poids de la dépense de médicaments. Cet effet n'est que partiellement pris en compte dans la construction du tendancier de l'ONDAM ville (cf. chapitre VII du présent rapport relatif à l'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster).

L'impact des inflexions conjoncturelles de l'économie et des variables exogènes devrait être davantage pris en compte.

II - Un ONDAM surestimé dont les règles de construction devraient être améliorées

A - Une surestimation qui résulte d'un effet base mal évalué et d'erreurs sur certaines tendances

Comme le montre le tableau n°12, la surestimation concerne principalement les soins de ville. Les biais dans le calcul de la base et du tendancier ont été particulièrement marqués pour ce sous-objectif.

Tableau n° 42 : répartition, par sous-objectif, de l'effet de base

En M€

Sous-objectifs (2013 / 2012)	Composantes	ONDAM réalisé 2013	ONDAM objectifs 2013	ONDAM exécuté 2012	ONDAM base votée pour 2013	ONDAM objectifs 2012
Soins de ville		79 446	80 549	77 900	78 522	78 900
Établissements de santé tarifés à l'activité		56 650	56 657	74 400	55 356	55 356
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	SSR, PSY...	19 026	19 591		18 985	18 947
	FMESPP	460	247		247	285
Établissements et services pour les personnes âgées		8 388	8 387	8 044	8 017	8 045
Établissements et services pour les personnes handicapées		8 736	8 724	8 444	8 444	8 444
Autres prises en charges		1 309	1 293	1 200	1 221	1 166
TOTAL		174 015	175 448	169 988	170 792	171 143
taux d'évolution (base / objectif)				3,2 %	2,7 %	2,5 %
taux d'évolution (base / réalisé)				2,4 %	1,9 %	1,7 %
Écart (%)			-1 433	0,8 %	0,8 %	0,8 %

Source : Cour des comptes

1 - Une base surévaluée sous l'effet principal des excès de provisions

a) Un effet de base massif

La sous-exécution apparente de l'ONDAM 2013 en montant s'explique notamment par le niveau de l'ONDAM voté qui a été déterminé sur une base de dépenses prévisionnelles pour l'ONDAM 2012. Cette dernière ayant été nettement sur-évaluée, l'objectif de dépenses pour l'ONDAM 2013 l'a été encore plus, à proportion du taux retenu. L'objectif, ainsi décorrélé de l'exécution réelle de l'exercice précédent, bénéficie donc d'une base anormalement majorée, ce qui est communément appelé « l'effet de base ».

Depuis 2009 et malgré les réductions de la base, votées en loi de financement, l'écart entre le montant retenu en base et l'exécution réelle de l'ONDAM n-1, se cumule et a atteint, en 2013, un montant de 0,8 Md€.

Tableau n° 43 : comparaison de l'évolution de la base de l'ONDAM, du réalisé et du voté

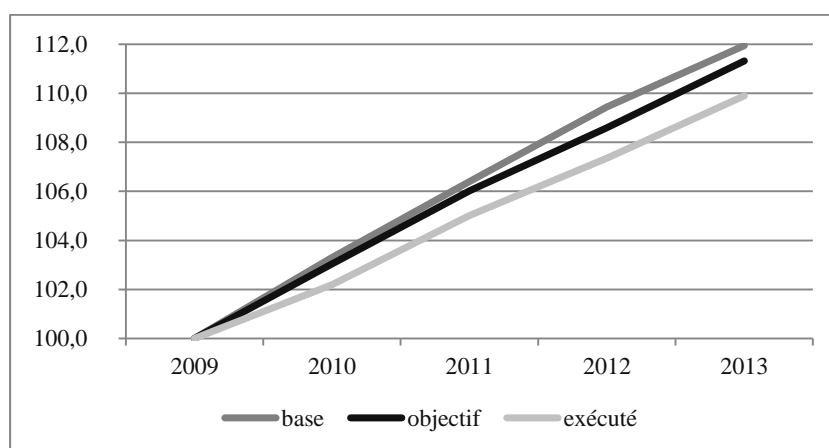
En %

	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012	ONDAM 2013
Évolution base	3,3	3,0	2,9	2,3
Évolution objectif	3,0	2,9	2,4	2,5
Évolution exécuté	2,2	2,8	2,2	2,4

Source : Cour des comptes

Le graphique suivant illustre l'effet base ainsi cumulé sur cinq ans.

Graphique n° 7 : évolution de la base de l'ONDAM*, du voté et du réalisé (2009=100)



Source : Cour des comptes *Pour 2013 avant rebasage de 350 M€

Afin de réduire cet effet, la base de référence pour le calcul de l'ONDAM 2013 a été diminuée de 350 M€, par rapport à l'objectif de dépenses de l'ONDAM 2012, à partir d'une projection des dépenses de

l'exercice fondée sur les cinq premiers mois d'exécution connus de l'ONDAM 2012. Cette baisse a porté uniquement sur les soins de ville⁹⁰.

b) L'impact des provisions sur les dépenses de l'année de base et sur celles de l'année en cours

L'incertitude pesant sur l'évaluation des sept mois de soins non encore connus n'est pas l'unique variable prévisionnelle ayant une incidence sur le montant de la base de référence. En effet, les charges - au sens comptable du terme - de prestations prises en compte dans l'exécution de l'ONDAM 2012 sont celles dont le fait générateur des droits et obligations a eu lieu au cours de l'exercice 2012. Ce rattachement est traduit dans la comptabilité des organismes suivant les deux modalités suivantes :

- en cours d'exercice (charges courantes), les charges techniques sont comptabilisées lorsque l'organisme a une connaissance suffisamment fiable des droits et obligations et de leurs montants ;
- ce n'est qu'à la clôture de l'exercice, dans le cadre des travaux d'inventaire, que sont prises en compte deux situations : d'une part, les charges à payer pour les opérations en instance de liquidation à la date de clôture de l'exercice ; d'autre part, les provisions pour risques et charges techniques pour les opérations qui se rattachent à l'exercice, mais pour lesquelles les éléments matériels nécessaires à la liquidation ne sont pas réunis à la date de clôture de l'exercice (absence de transmission des demandes de remboursement)⁹¹.

90. Par ailleurs, la base pour 2013 inclut les effets de champ affectant le périmètre de l'ONDAM. En 2013, trois modifications par rapport aux réalisations prévisionnelles pour 2012 ont été opérées : un transfert d'environ 45 M€ de l'ONDAM soins de ville vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » au titre des soins à l'étranger des assurés d'un régime français. En effet, une partie des dotations aux provisions au titre des dépenses n'était jusqu'alors pas identifiable dans les comptes des régimes et était comptabilisée à tort dans le sous-objectif relatif aux soins de ville ; le transfert de 18 M€ des établissements médico-sociaux pour personnes âgées vers les dépenses de soins de ville au titre du financement de médicaments inclus jusqu'alors dans les forfaits de soins de ces établissements ; le transfert de 10 M€ des établissements médico-sociaux vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » pour permettre d'abonder le financement du parcours des personnes âgées à risque de perte d'autonomie.

91. Ces provisions ne sont pas de même nature que celles évoquées dans le I A, ci-dessus. Elles concernent l'exercice en cours alors que celles mentionnées au I A concernent des dépenses supplémentaires prévisibles pour l'année suivante.

De même, les provisions prises en compte dans l'exécution de l'ONDAM 2013 ont un caractère évaluatif et incertain, puisque le montant des charges réelles n'est connu que lors de la présentation au remboursement des soins de ville et de la déclaration des prestations hospitalières des établissements « couvertes » par ces provisions, au cours des exercices suivants⁹².

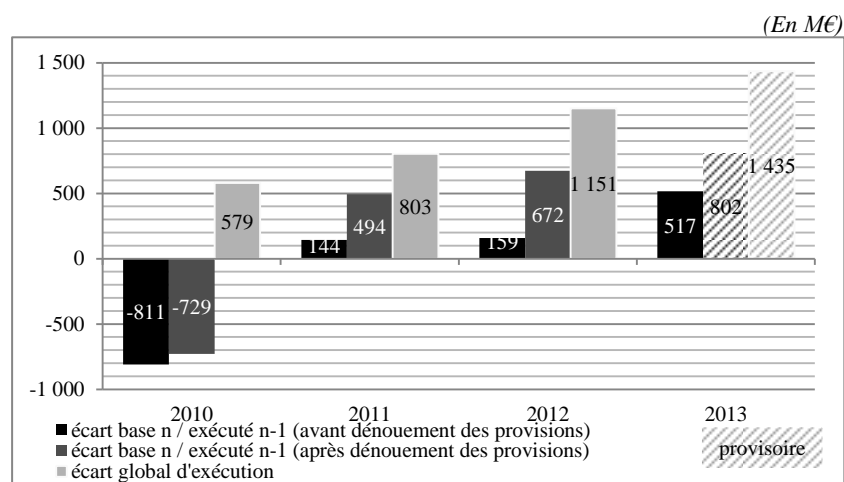
Si le montant des provisions comptabilisées par les organismes à la clôture de l'exercice n conditionne le respect constaté en n+1 de l'ONDAM de l'année n (une surévaluation ou sous-évaluation des provisions permettant potentiellement d'approcher l'objectif fixé), le dénouement des provisions au cours des exercices antérieurs détermine pour partie le respect réel de l'ONDAM, ainsi que son niveau final de réalisation, en taux et en montant.

Une erreur d'évaluation de 2 % de ces provisions comptables (14,779 Md€ à fin 2013 et 14,439 Md€ à fin 2012) représente donc près de 300 M€, ce qui a un impact non négligeable sur l'évaluation de l'exécution de l'ONDAM.

Le graphique ci-dessous illustre l'incidence du dénouement des provisions sur l'exécution de l'ONDAM n-1 par comparaison à l'ONDAM de l'année n.

92. Les provisions sont calculées en janvier-février, alors même qu'une bonne partie se trouve dénouée. La rigueur comptable voudrait que, dans les comptes de l'exercice, ces derniers montants apparaissent en charges techniques et non en provisions. Les comptes doivent en effet traduire les événements en lien avec l'exercice mais connus entre la fin de celui-ci et l'arrêt définitif des comptes. Ce changement de méthode réduirait le montant de l'incertitude apparente sur les comptes.

Graphique n° 8 : écarts d'exécution sur la base induits par le dénouement des provisions et écart global d'exécution



Source : Cour des comptes

Les sur-provisionnements des derniers exercices ont ainsi eu un impact important sur l'effet de base à hauteur de l'évolution de la sous-exécution entre l'année n+1 et l'année où les provisions sont quasi totalement consommées soit n+2. L'incidence est massive, représentant plus de 50 % de la sous-exécution de l'ONDAM de l'année n. Ainsi, pour 2011, 61 % de la « sous-exécution » était en réalité lié aux provisions.

2 - Un mode de calcul de l'évolution tendancielle des dépenses qui contribue à la surestimation de l'ONDAM

La construction de l'ONDAM se réalise à partir d'une estimation de l'évolution tendancielle des dépenses au terme d'un processus qui aboutit à un consensus inter-administratif entre la CNAMTS, la direction de la sécurité sociale, la direction du budget, la direction générale de l'offre de soins et la direction générale du Trésor.

Comme l'a analysé la Cour, l'estimation de l'évolution tendancielle des dépenses pose de nombreuses difficultés méthodologiques, qu'il s'agisse du tendanciel hospitalier⁹³, de nature

93. Cf. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI : la fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, La Documentation française, septembre 2013, p. 175-198, disponible sur www.ccomptes.fr

budgétaire, ou de celui portant sur les soins de ville⁹⁴. Ce dernier est construit en estimant en volume l'augmentation des dépenses à venir à partir d'une analyse rétrospective des séries statistiques depuis 1994. À cet égard, la manière dont sont prises en compte des évolutions exogènes comme la structure de l'emploi (pour le tendancier des indemnités journalières), ou comme le rythme de l'innovation pour le médicament apparaît insuffisante.

Bien que d'inspiration très différente, ces modes d'estimation des tendanciers des deux champs de dépenses qui représentent 90 % du poids de la dépense conduisent à majorer l'ONDAM en construction

B - Un ONDAM à mieux construire pour une régulation plus efficace

1 - Une amélioration du calcul de l'ONDAM 2014

Pour le calcul de l'ONDAM 2014, la base de construction a été l'ONDAM voté en 2013, soit 175,4 Md€. Dans la réalité, les dépenses de soins de ville ont été inférieures cependant, de 1,1 Md€ à cet objectif.

Or, l'effet de base sur l'ONDAM 2013 retenu pour la construction de l'ONDAM 2014 n'a été que de 650 M€, soit un niveau inférieur même aux 804 M€ qui auraient correspondu au cumul des effets base des années antérieures, ce qui était révélateur d'un souhait de conserver une marge de précaution.

Dans son avis du 27 mai 2014, le comité d'alerte sur le respect de l'ONDAM a cependant estimé que l'effet base supplémentaire lié à la sous-exécution en 2013 sur les soins de ville, soit 450 M€, pourrait être conservé en 2014, l'épidémie grippale ayant été d'ampleur modérée. Il a considéré par ailleurs que le rendement des mesures d'économies intégrées à la construction de l'ONDAM 2014 devrait être conforme aux évaluations initiales, moyennant quelques incertitudes sur les prix de certains produits de santé.

Dans ces conditions la loi de financement rectificative du 8 août 2014 a pris en compte le reste de la sous-exécution, ce qui a diminué en conséquence l'ONDAM 2014 à hauteur de près de 800 M€, soit la totalité de l'effet de base hors dénouement des provisions, au motif que celui-ci n'était pas encore totalement connu.

94. Cf. chapitre VII - l'ONDAM pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à ajuster.

Cette rectification de la base permet de maintenir le taux de progression de l'ONDAM en 2014 à un niveau au plus égal au taux de 2,4 % qui avait été voté en loi de financement. Les taux de progression de l'ONDAM au-delà de 2014 (2,1 % en 2015, 2 % en 2016, 1,9 % en 2017, soit encore 3,6 Md€ de dépense supplémentaire chaque année) seront recalculés à partir de ce montant rectifié. Cette mesure contribue donc à arrêter pour l'avenir dans des conditions plus rigoureuses sur une base recalée le montant prévisionnel des dépenses d'assurance maladie dans les prochaines lois de financement. Un rebasage demeurera cependant nécessaire si le dénouement des provisions de 2013 fait apparaître qu'il y a eu un sur-provisionnement à la fin de cet exercice. Les provisions constituées à fin 2013 (14,779 Md€) ayant augmenté, par rapport à celles à fin 2012 (14,439 Md€) de manière homothétique (environ +2,4 %) à la progression de l'ONDAM, le dénouement des provisions conduirait, à fiabilité comparable de leur calcul, à ce qu'elles puissent être reprises à hauteur d'environ 350 M€ (la reprise a été de 344 M€ pour l'exercice 2012). Cette hypothèse est à ce stade incertaine mais ne peut pas être exclue en raison notamment de l'absence d'événement épidémiologique significatif dans les dernières semaines de 2013. Elle conduirait à ce que l'écart entre l'ONDAM voté et la dépense effective soit en définitive de l'ordre de 1,7 Md€. Quel que soit le chiffre exact, il est vraisemblable, d'une part, qu'une marge de manœuvre subsiste ainsi malgré les rectifications effectuées dans la LFRSS et, d'autre part, qu'un effet de base restera à corriger pour le calcul de l'ONDAM 2015.

2 - Améliorer l'efficacité de l'ONDAM comme outil de gestion infra et pluriannuel de la dépense

Pour éviter que de semblables difficultés ne se recréent, il conviendrait cependant de modifier de manière structurelle le mode de calcul de l'ONDAM de manière à limiter l'impact de l'effet de base en modifiant la base de référence dans son processus de construction de l'ONDAM.

Il devrait ainsi être tenu compte des données de l'exécution de l'ONDAM en n-2, disponibles en septembre n-1 et corrigées de l'essentiel du dénouement des provisions. La nouvelle base pourrait être calculée à partir de l'exécution de l'année n-2 après dénouement des provisions (en septembre n-1)⁹⁵ multiplié par l'ONDAM voté pour l'année n-1. Cette formule protégerait contre les effets de cumul de l'effet

95. Au moment de l'adoption du projet de loi par le Conseil des ministres, le chiffre retenu pourrait être celui à fin août, une correction étant alors effectuée au moment du débat parlementaire sur la base du chiffre de septembre.

base et éviterait un gonflement de l'ONDAM dû au délai nécessaire pour obtenir les données d'exécution corrigées du dénouement des provisions.

L'instauration de ce nouveau mode de calcul pour déterminer la base de l'ONDAM pourrait être de nature à améliorer l'efficacité du pilotage pluriannuel et infra-annuel de la dépense de l'assurance maladie.

En effet, le suivi de la dépense reposerait sur la détermination d'un ONDAM plus rigoureux : le comité d'alerte⁹⁶, chargé de prévenir lorsque existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent de plus de 0,5 %⁹⁷ l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, fonderait son suivi sur des données mieux assurées.

Plus généralement cependant, la question du seuil de déclenchement de la procédure d'alerte se pose de manière renouvelée, avec la redéfinition à la baisse des objectifs d'évolution de l'ONDAM pour les années 2015- 2017. Le maintien d'un seuil d'alerte à 0,5 % sur un ONDAM fixé à 2 %, dans un contexte de croissance et d'inflation faibles, assouplit la contrainte et l'efficacité de la surveillance du comité d'alerte.

Actuellement, avec un ONDAM à 2,4 %, le seuil d'alerte de 0,5 % de dépassement représente 20 % de l'accroissement de l'ONDAM. Dans le cas d'un ONDAM à 2 %, le maintien d'un ratio comparable suppose ainsi que l'on abaisse le seuil d'alerte à 0,4 %.

S'agissant du pilotage pluriannuel de la dépense, l'application d'une nouvelle base à l'ONDAM permettrait également de redéfinir avec plus d'ambition la trajectoire de maîtrise de la dépense d'assurance maladie.

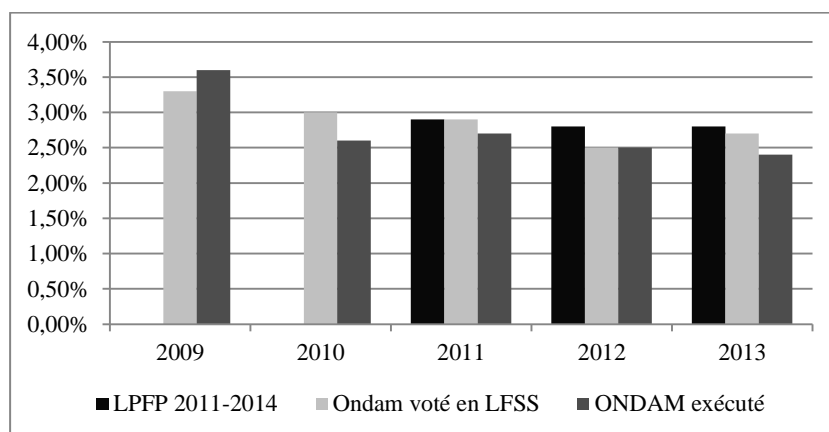
96. En vertu des dispositions de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, ce comité se voit confier la mission « d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ». 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 et social, le comité d'alerte rend chaque année obligatoirement au moins un avis avant le 1^{er} juin sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours. Lorsque le comité estime qu'il existe « un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM avec une ampleur supérieure » à un seuil fixé par décret il notifie un avis d'alerte au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

97. Ce seuil, initialement de 0,75 %, a été abaissé à 0,5 % depuis 2013.

Actuellement, les lois de financement prévoient l'ONDAM pour les quatre années à venir. Les tableaux d'équilibre des branches et les objectifs de dépenses s'inscrivent également dans le cadre des limites fixées par la loi de programmation des finances publiques (LPFP) et par le programme de stabilité et de croissance 2014-2017.

Dans l'état actuel de la méthode de construction de l'ONDAM, le plafond prévu en loi de programmation des finances publiques a toujours été respecté, en dépit d'une augmentation réelle de la dépense, comme le montre le graphique suivant.

Graphique n° 9 : évolution de l'ONDAM voté et exécuté par rapport à la loi de programmation



Source : Cour des comptes

Si l'ONDAM voté était calculé en évitant les effets de surévaluation qui résultent de l'effet de base, la programmation pluriannuelle des finances publiques disposerait d'un outil plus proche de la réalité, ce qui permettrait d'améliorer l'efficacité du pilotage de la dépense.

Enfin, la déclinaison pluriannuelle de l'ONDAM en sous-objectifs⁹⁸ pourrait, si elle se réalisait à partir d'un ONDAM calculé selon ces nouvelles méthodes, améliorer la fiabilité de la perspective pluriannuelle des lois de financement.

Les résultats de 2014 risquent de confirmer la nécessité d'un pilotage et d'une maîtrise plus rigoureux de la dépense. En effet,

98. Cf. chapitre V du présent rapport : les lois de financement de la sécurité sociale : une ambition à élargir.

l'inflation et la croissance du PIB étant plus faibles qu'attendu, l'ONDAM, même exécuté comme prévu par la loi de financement rectificative pour 2014, aura vraisemblablement continué d'évoluer plus vite que le PIB.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

L'ONDAM a été voté en 2013 en nette augmentation par rapport à 2012, cette progression, supérieure encore une fois à l'évolution du PIB, étant principalement due à la forte accélération prévue pour l'ONDAM ville. Dans la réalité, les dépenses du champ de l'ONDAM ont moins augmenté que prévu lors du vote du Parlement et l'écart à l'objectif a presque doublé d'une année sur l'autre pour atteindre -1,4 Md€ (chiffre qui se trouvera sans doute accru quand les résultats définitifs seront connus).

Si 77 % de cet écart de réalisation porte sur l'ONDAM ville et en particulier les postes médicaments et indemnités journalières, globalement, cette augmentation de la dépense moindre que prévu n'est pas significative d'une amélioration de la régulation de la dépense.

Au contraire, l'ampleur de cette « sous-exécution » masque la poursuite d'une hausse de la dépense d'assurance maladie sans doute autant, voire un peu plus rapide en 2013 qu'en 2012. Elle s'explique en effet, non pas par des économies supplémentaires - elles ont été inférieures à celles de 2012 - mais par des biais de construction de l'ONDAM que sont l'effet de base cumulé et la surestimation des tendancielles.

Une construction plus rigoureuse de l'ONDAM s'impose ainsi. Elle est indispensable à la restauration d'un pilotage infra-annuel et pluriannuel plus efficace de la dépense. La correction des effets de base négatifs et des erreurs sur les tendancielles doit ainsi permettre d'éviter, en cours d'année, la reconstitution de marges de dépenses supplémentaires non justifiées au regard des données disponibles sur l'exécution. Cette modification des méthodes est d'autant plus nécessaire dans le contexte où le taux d'évolution de l'ONDAM est progressivement plus resserré sur la période 2015-2017. En tout état de cause, le seuil de déclenchement au-delà duquel des mesures supplémentaires doivent être prises en fonction du suivi assuré par le comité d'alerte devra être à nouveau abaissé. Du point de vue de la programmation pluriannuelle des finances publiques, une méthode plus solide faciliterait aussi la réalisation de la trajectoire plus ambitieuse de maîtrise de la dépense que les déficits récurrents de l'assurance maladie rendent impérieuse.

La Cour formule les recommandations suivantes⁹⁹ :

6. déterminer la base de référence de l'ONDAM à partir du résultat de l'exécution de l'année n-2 après dénouement des provisions ;

7. insérer, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, une annexe consacrée à la méthode de construction de l'ONDAM comportant toutes les informations nécessaires sur les choix ayant conduit à la détermination de la base et à la fixation des tendanciels par sous-objectif ainsi qu'une présentation des méthodes d'évaluation des économies prévues et de leur réalisation ;

8. en fonction des tendances observées, différencier davantage les taux d'évolution des sous-objectifs ONDAM ville et ONDAM hospitalier ;

9. abaisser le niveau du seuil d'alerte afin qu'il conserve son efficacité et son rôle de régulation de la dépense d'assurance maladie.

99. Elle formule par ailleurs des recommandations spécifiques à l'objectif soins de ville à la fin du chapitre VII.

