

Chapitre II

L'objectif national de dépenses

d'assurance maladie : une construction

et une exécution fragiles

PRÉSENTATION

Instauré par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil essentiel de maîtrise des dépenses d'assurance maladie. S'il n'est pas, sur un plan juridique, un plafond de dépenses, les pouvoirs publics s'attachent depuis 2010 à le respecter par la mise en œuvre de mesures d'économies. Celles-ci sont tout d'abord prévues et soumises à l'approbation du Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. En cours d'année, un comité d'alerte²³ suit l'exécution de l'ONDAM et les risques de dépassement de l'objectif sont couverts par la mise en réserve de dotations aux établissements de santé et médico-sociaux.

Dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2017, l'ONDAM total a été fixé à 190,7 Md€²⁴. Cette enveloppe prévisionnelle correspondait à un taux d'augmentation de 2,1 %, plus élevé que celui de l'ONDAM exécuté de 2016 (+1,8 %) et proche de ceux des années antérieures (+2,1 % en 2013, +2,4 % en 2014, +2 % en 2015). Dans la partie rectificative pour 2017 de la loi de financement pour 2018, cet objectif a été reconduit, avec des redéploiements internes.

La Cour a analysé l'exécution de l'ONDAM par rapport à l'objectif initial et à l'objectif rectifié. Pour 2017, l'ONDAM exécuté s'établit, selon des données encore provisoires, à 190,68 Md€, soit un montant légèrement inférieur, à 51 M€ près, à la prévision révisée en LFSS 2018. L'ONDAM a ainsi été respecté pour la huitième année consécutive.

La construction de l'ONDAM 2017, initial comme révisé, a présenté des limites persistantes (I). Alors que la prévision de dépenses de soins de ville, même rectifiée à la hausse, a de nouveau été dépassée, l'objectif global n'a pu être respecté que grâce au ralentissement inopiné des dépenses d'assurance maladie liées à l'activité des établissements de santé, au prix d'un doublement du déficit de ces derniers (II). L'assouplissement de l'objectif pour les années 2018 et suivantes n'atténue pas l'exigence d'une construction rigoureuse et d'un pilotage infra-annuel faisant participer l'ensemble des secteurs de la dépense au respect de l'objectif fixé (III).

²³ Article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale. Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif, avec une ampleur supérieure à 0,5 % des dépenses prévisionnelles, il notifie un avis d'alerte au Parlement, au gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Ces dernières doivent proposer des mesures de redressement.

²⁴ Le Parlement adopte un objectif de dépenses exprimé en valeur absolue. L'évolution des dépenses en pourcentage constitue néanmoins un point d'attention déterminant.

I - L'ONDAM 2017 initial et révisé : une construction aux limites persistantes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a fixé l'ONDAM 2017 à 190,7 Md€. Tout en conservant le même objectif global, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a redéployé une partie des dépenses entre ses sous-objectifs²⁵. L'actualisation comme la construction initiale de l'ONDAM font apparaître des limites persistantes.

A - L'application de tendancielles fragiles à un périmètre de dépenses plus réduit que celui de l'assurance maladie

Les étapes de la construction de l'ONDAM

Lorsque l'objectif de l'année N est élaboré par la direction de la sécurité sociale, soit à l'été de l'année N-1, les données disponibles les plus récentes sur les dépenses constatées portent sur l'exercice N-2 et les cinq premiers mois de l'exercice N-1 extrapolés sur douze mois. Du fait de cette visibilité partielle sur l'exécution de l'exercice N-1, le point de départ de la construction de l'objectif de l'année N est le montant voté, par sous-objectif, de l'année N-1 corrigé d'éventuelles révisions de dépenses estimées pour l'exercice N-1 et de l'évolution éventuelle du périmètre des dépenses prises en considération.

À ce socle de dépenses (ou « base »), s'ajoutent l'évolution spontanée des dépenses, dite « tendanciel », les effets reports en année pleine des mesures d'augmentation des dépenses ou d'économies introduites l'année précédente et les mesures nouvelles. Il en résulte un taux d'évolution avant économies. Puis, les économies nécessaires à l'atteinte du taux - cible retenu de progression des dépenses sont alors déterminées.

²⁵ Au nombre de six : soins de ville, établissements de santé, établissements médico-sociaux - personnes âgées, établissements médico-sociaux - personnes handicapées, fonds d'intervention régional (FIR) et autres prises en charge.

1 - L'absence d'intégration à l'ONDAM de certaines prestations

S'il est constitué pour l'essentiel de dépenses de prestations d'assurance maladie, le périmètre de l'ONDAM ne les couvre pas en totalité. En 2017, 17,2 Md€ de dépenses de prestations en restaient exclues.

Ainsi, ne sont pas intégrées à l'ONDAM quatre types de prestations en espèces : les pensions d'invalidité, les rentes d'accident du travail et maladies professionnelles (AT-MP), les indemnités journalières de maternité et les capitaux décès.

Par ailleurs, les dépenses de prestations de l'ONDAM ne tiennent pas compte de charges accessoires qui viennent les majorer (dépréciations et admissions en non-valeur de créances d'indus, au titre notamment des participations financières et franchises venant en réduction des dépenses).

Enfin, l'ONDAM comprend uniquement la part des dépenses liées aux établissements médico-sociaux qui est financée par des transferts des régimes d'assurance maladie à la CNSA. Celle financée sur les ressources propres de cet organisme (une partie des produits de la contribution de solidarité pour l'autonomie et, le cas échéant, des prélèvements sur les fonds propres de la caisse) n'y est pas intégrée.

De ce fait, la dépense médico-sociale fait l'objet d'un double suivi : de manière partielle dans le cadre de l'ONDAM ; de manière exhaustive, dans celui de l'objectif global de dépense (OGD), qui intègre les dépenses financées par l'ONDAM et par les ressources propres de la CNSA (20 Md€ et 1,3 Md€ respectivement en exécution en 2017). Or ces deux catégories de ressources sont fongibles et l'ensemble des dotations aux établissements médico-sociaux qu'elles financent sont exécutées et comptabilisées par les régimes d'assurance maladie. De plus, les fonds propres de la CNSA sont alimentés par des excédents constitués sur la section consacrée au financement des établissements médico-sociaux, principalement financée par l'ONDAM.

2 - L'absence de neutralisation de certains changements de méthode

En 2017, le périmètre des dépenses intégrées à l'ONDAM a été majoré de 1,54 Md€, principalement sous l'effet de l'intégration des dépenses relatives aux établissements et services d'aide par le travail (ESAT, soit 1,47 Md€) et de dépenses de prévention (116 M€), auparavant financées par le budget de l'État.

En principe, les changements de méthode affectant les dépenses sont évalués et neutralisés de manière à ne pas affecter le taux d'évolution de l'ONDAM. Or plusieurs éléments liés à des changements de méthode de calcul n'ont pas été neutralisés dans l'ONDAM 2017.

En premier lieu, le comité économique des produits de santé (CEPS) a procédé à un changement de méthode ayant trait aux remises de la clause de sauvegarde à compter de l'exercice 2017, en application de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017²⁶. L'effet de ce changement n'a pas été évalué par la direction de la sécurité sociale.

La « clause de sauvegarde »

Le mécanisme dit de la « clause de sauvegarde » vise à encadrer l'évolution du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques au titre des ventes de médicaments remboursables par l'assurance maladie.

La LFSS 2015 avait introduit le taux dit « L » fixé à 1 % d'évolution du chiffre d'affaires, la base de calcul étant déterminée à partir d'une évolution du chiffre d'affaires net des remises déjà versées.

La LFSS 2017 a scindé ce taux entre un taux « LV » de 0 % pour les médicaments d'officine et un taux « LH » de 2 % pour les médicaments délivrés à l'hôpital. En outre, elle a opéré un changement de la méthodologie de calcul du déclenchement des taux LV et LH, dorénavant effectué à partir de l'évolution du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques avant déduction des remises sur le prix fabricant hors taxes accordées par les entreprises précitées dans le cadre de conventions avec le CEPS. Enfin, le chiffre d'affaires s'apprécie désormais à périmètre courant, sans correction des variations liées à des acquisitions ou des cessions de droits de propriété.

De même, s'agissant des dépenses relatives aux établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées, la modification du calcul de la provision relative aux séjours facturés au prix de journée, effectuée depuis 2017 sur la base des dates de soins et non plus des dates de remboursement, n'a été ni évaluée, ni neutralisée.

²⁶ Codifié aux articles L. 138-12 et suivants du code de la sécurité sociale.

3 - Des modalités de calcul des tendanciels de dépenses qui demeurent fragiles

Les estimations de l'évolution tendancielle des dépenses constituent le socle de la détermination du montant des économies nécessaires à la réalisation de l'objectif fixé.

À cet égard, le taux prévisionnel d'évolution des dépenses avant économies a fortement augmenté en 2017 (+4,3 %) par rapport à 2016 (+3,6 %). Au moment de la construction de l'ONDAM 2017, la progression tendancielle des dépenses a dû, en effet, intégrer l'impact financier de la convention médicale de l'automne 2016, soit un surcroît de dépenses de 400 M€ en 2017, ainsi que la revalorisation du point d'indice de la fonction publique et les mesures du plan « parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR), soit 370 M€ de dépenses en plus.

a) L'objectif « soins de ville » : des données insuffisamment actualisées

Le tendanciel de dépenses de soins de ville est construit en mai N-1, sur la base des données en date de soins de janvier N-1. Les variations conjoncturelles de l'exercice N-1, susceptibles de conduire à un retournement de tendance, ne sont pas prises en compte. Or la comparaison entre l'objectif initial et l'évolution réelle des dépenses fait apparaître des écarts significatifs à caractère récurrent, relatifs notamment aux médicaments, aux honoraires médicaux et aux indemnités journalières.

Par ailleurs, les prévisions relatives aux remises accordées par les entreprises pharmaceutiques sur le prix fabricant hors taxes des médicaments pour l'année N, en application des conventions passées avec le comité économique des produits de santé (CEPS)²⁷, correspondent à la reconduction de l'estimation effectuée au titre de N-1 dans la partie rectificative du PLFSS de l'année N²⁸.

²⁷ Sur les remises conventionnelles, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

²⁸ La partie rectificative du PLFSS de l'année N ajuste les prévisions d'exécution de l'année en cours (N-1).

b) Les enveloppes de dépenses des établissements : des tendanciels insuffisamment fiables

Le sous-objectif relatif aux établissements de santé est établi en estimant l'évolution de leurs charges, puis en déterminant en fonction de ces dernières les différentes enveloppes de financement (séjours hospitaliers tarifés à l'activité, dotations annuelles de financement pour les activités de soins de suite et de réadaptation et la psychiatrie), ainsi que les économies à réaliser pour atteindre le sous-objectif.

L'évolution tendancielle des charges des établissements de santé est encore appréciée de manière imprécise, puisqu'elle ne distingue pas les effets reports, les mesures nouvelles et les évolutions de la structure des dépenses. Par ailleurs, les déterminants d'évolution de la masse salariale des établissements de santé ne sont pas systématiquement actualisés. À cet égard, une analyse approfondie des écarts constatés entre les tendanciels utilisés en construction initiale et leur réalisation permettrait d'améliorer la fiabilité des prévisions.

Enfin, le taux d'évolution des dépenses des établissements médico-sociaux ne s'appuie pas sur un tendanciel. Il reste estimé par approximation, en majorant les dépenses constatées des mesures nouvelles et de la prise en compte de l'inflation.

B - L'objectif initial 2017 : une progression rehaussée

1 - Un taux d'évolution prévisionnel de 2,1 %

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 a prévu un taux de progression de l'ONDAM 2017 de 2,1 %. Ce taux correspondait à l'arrondi d'une progression de 2,15 %, contre 1,75 % en 2016. L'écart correspondant a ménagé 90 M€ de dépenses supplémentaires par rapport à l'application d'un taux de 2,1 % *stricto sensu*.

Tableau n° 26 : montants et taux d'évolution de l'ONDAM dans les lois de financement de la sécurité sociale (2012-2017)

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
ONDAM adopté (en Md€)	171,1	175,4	178,3	182,3	185,2	190,7
Taux d'évolution	+2,5 %	+2,7 %	+2,4 %	+2,1 %	+1,75 %	+2,1 %

Source : Cour des comptes à partir des lois de financement 2012 à 2017.

Fixé à un niveau identique au taux de progression globale de l'ONDAM, le taux de progression des dépenses de soins de ville (+2,1 %) s'inscrivait à un niveau plus élevé que l'objectif 2016 révisé dans la loi de financement pour 2017 (+1,8 %).

Le taux de progression de « l'ONDAM hospitalier » (+2 %) reconduisait l'objectif révisé de 2016.

La progression prévisionnelle des dépenses relatives aux établissements et services sociaux et médico-sociaux (+2,9 %) était relevée par rapport à l'objectif révisé de 2016 (+1,6 %).

Les progressions retenues pour les deux autres sous-objectifs dépassaient également celles prises en compte dans la révision de l'objectif de 2016 (+2,1 % pour le fonds d'intervention régional - FIR - contre +0,1 % ; +4,6 % pour les autres prises en charge²⁹ contre +2,8 %).

2 - Une progression minorée par divers biais de présentation

L'annexe n° 7 au PLFSS 2017 relative à l'ONDAM mentionne au titre des économies de simples ajustements du périmètre des dépenses.

Ainsi, comme en 2016, la poursuite de la réforme des cotisations des professionnels de santé, dont l'impact sur l'année 2017 était chiffré à 270 M€, était présentée à tort en économie, alors qu'elle n'a pas d'incidence sur le résultat des régimes d'assurance maladie³⁰.

²⁹ Qui comprennent notamment les dépenses de soins des assurés français à l'étranger et des dotations de l'assurance maladie à des établissements publics.

³⁰ Les LFSS 2016 et 2017 ont réduit à due concurrence les taux de cotisation des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés assis sur leurs revenus d'activité (qui constituent une recette pour l'assurance maladie) et la part de leurs cotisations prise en charge par l'assurance maladie (qui constitue une dépense pour cette dernière).

Il en allait de même, d'une part, du prélèvement de 220 M€ sur les réserves du fonds pour le financement de l'innovation pharmaceutique (FFiP), nouvellement créé, qui retire une partie des dépenses de médicaments de l'ONDAM³¹ et, d'autre part, d'un prélèvement prévisionnel de 230 M€ sur les réserves de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), qui redéploie en dehors de l'ONDAM le financement d'une partie des dotations aux établissements médico-sociaux.

Par ailleurs, sans que ces opérations soient présentées en économie, l'enveloppe de dépenses de l'ONDAM était minorée de 220 M€ au titre du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ce montant de dépenses étant financé par des prélèvements de 70 M€ et de 150 M€ respectivement sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH).

Ces biais de présentation de l'évolution prévisionnelle des dépenses ont conduit le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie à émettre « une réserve de méthode sur les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif de dépenses en 2017 »³².

Leur neutralisation aurait conduit à afficher dans le cadre du PLFSS 2017 un taux prévisionnel de progression de l'ONDAM de 2,4 %, au lieu de 2,15 % arrondis à 2,1 %. L'ampleur des biais de présentation était comparable à celle affectant la construction de l'ONDAM 2016 (soit 0,25 point de progression non pris en compte).

³¹ Le FFiP conduit à minorer à la fois les dépenses de médicaments relevant de l'enveloppe de soins de ville et celles de la « liste en sus » des établissements publics de santé financées dans le cadre des MIGAC (soit 100 M€ et 120 M€ respectivement en 2017). Sur les observations qu'appellent le FFiP et son traitement dans les comptes de l'assurance maladie, voir Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre II L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : en 2016, de nombreux biais, en 2017 et au-delà des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 124 et 125, et *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale (exercice 2017)*, mai 2018, p. 33 et 34, La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

³² Avis n° 2016-3 du 12 octobre 2016.

**Tableau n° 27 : progression des dépenses entrant dans le champ des
ONDAM 2016 et 2017 prévisionnels selon la Cour (en M€)**

	ONDAM prévisionnel 2017	ONDAM prévisionnel 2016
ONDAM voté en LFSS	190 735	185 196
Taux de progression affiché	+2,1 %	+1,75 %
Correction de mesures présentées en économies dans la LFSS :		
Neutralisation des effets comptables de la réforme des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux	+270	+270
Variation des prises en charge par la CNSA par rapport à l'année précédente*	+30	-32
Financement de dépenses de médicaments dans le cadre du FFiP	+220	-
+ Variation des prises en charge par d'autres financeurs (ANFH et FEH) par rapport à l'année précédente*	-80	+40
Dépenses relevant du champ de l'ONDAM à périmètre constant (selon la Cour)	191 175	185 474
Progression des dépenses du champ de l'ONDAM (selon la Cour)	+2,4 %	+2,0 %

* Les variations de prises en charge sont calculées à partir de l'exécution N-1.

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

C - La prévision rectifiée par la loi de financement pour 2018 : une reconnaissance partielle du dépassement de l'enveloppe initiale de soins de ville

1 - Un objectif inchangé

La partie rectificative du projet de loi de financement pour l'année suivante permet d'ajuster l'ONDAM de l'année en cours. La connaissance de l'exécution définitive de l'année précédente peut justifier une modification de la référence initiale (ou « base ») à partir de laquelle le taux de progression de l'ONDAM a été arrêté ; de même, les dépenses constatées au cours des premiers mois de l'année peuvent conduire à actualiser les prévisions d'exécution de l'objectif.

Dans la partie rectificative pour 2017 de la LFSS 2018, l'ONDAM pour 2017 a été maintenu à 190,735 Md€. Par ailleurs, son taux de progression a été ajusté de 2,1 % à 2,2 % par un effet d'arrondi³³, afin de tenir compte d'un écart négatif d'exécution de 0,1 Md€ des dépenses par rapport à l'ONDAM 2016 prévisionnel³⁴.

2 - Une majoration incomplète des dépenses de soins de ville

Dans la prévision rectifiée de la LFSS 2018, les montants de référence de 2017 ont été modifiés pour prendre en compte l'exécution 2016 (+585 M€ pour les soins de ville, -414 M€ pour les établissements de santé » et -122 M€ pour les établissements médico-sociaux).

Toutefois, ces ajustements de la base de dépenses n'ont été que très partiellement traduits dans les montants révisés de chacun des sous-objectifs. Ainsi, la majoration des dépenses de soins de ville a été limitée à 278 M€ et la réduction des dépenses hospitalières à 145 M€.

Tableau n° 28 : montants et taux d'évolution initiaux et rectifiés (en Md€)

	Base initiale 2017	Évolution en %	Objectif 2017 initial (LFSS 2017)	Base corrigée 2017	Évolution en %	Objectif 2017 révisé (LFSS 2018)	Variation base corrigée/ base initiale	Variation LFSS 2018/2017
Soins de ville	84 759	+2,1 %	86 558	85 344	+1,7 %	86 836	+585	+278
Établissements de santé	77 654	+2,0 %	79 172	77 241	+2,3 %	79 027	-414	-145
Établissements tarifés à l'activité		+2,8 %	59 533			59 407		-126
Autres dépenses relatives aux établissements		-0,6 %	19 639			19 621		-19
Établissements médico-sociaux	19 514	+2,9 %	20 071	19 392	+3,0 %	19 971	-122	-100
Personnes âgées		+3,2 %	9 087		+3,0 %	9 040		-47
Personnes handicapées		+2,6 %	10 984		+2,9 %	10 931		-53
FIR	3 219	+2,1 %	3 285	3 165	+3,0 %	3 260	-54	-25
Autres prises en charge	1 578	+4,6 %	1 650	1 554	+5,6 %	1 641	-24	-10
Total ONDAM	186 725	+2,1 %	190 735	186 696	+2,2 %	190 735	-29	0

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

³³ Ce taux de 2,2 % correspond à l'arrondi supérieur d'une progression de 2,162 %.

³⁴ Dans le constat provisoire des dépenses relevant de l'ONDAM 2016 effectué en juin 2017, le montant des dépenses s'établit à 185,06 Md€ au total. La construction initiale de l'ONDAM 2017 avait pris en compte 185,16 Md€ de dépenses prévisionnelles 2016.

À titre principal, la révision de la prévision de dépenses du sous-objectif de soins de ville (+278 M€) recouvrait une sur-exécution de celle de médicaments, sous l'effet d'un volume de prescriptions plus important, d'une moindre diffusion des médicaments génériques et d'une dynamique plus forte des médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières. D'autres dépenses de soins de ville ont également été réajustées à la hausse par rapport à la prévision initiale (+160 M€ pour les indemnités journalières, +50 M€ pour les dépenses de transports, +65 M€ pour les honoraires médicaux). En revanche, les honoraires paramédicaux étaient inférieurs à la prévision initiale (-95 M€), tandis que l'absence de conclusion de la convention des chirurgiens-dentistes à la date prévue diminuait la dépense prévisionnelle pour 2017 (-145 M€).

L'orientation à la baisse de la prévision de dépense des établissements de santé (à hauteur de 80 M€) couvrait une partie seulement du dépassement prévisionnel de l'enveloppe initiale de soins de ville. Afin de la compenser totalement, 200 M€ de dépenses prévisionnelles ont été annulées au titre des établissements de santé (pour 65 M€, ce qui a ainsi porté à 145 M€ la réduction du sous-objectif relatif aux établissements de santé), des établissements médico-sociaux (100 M€), du FIR (25 M€) et des autres prises en charge (10 M€). Hors ONDAM, le prélèvement sur le FEH a par ailleurs été ramené de 70 à 40 M€, les réserves de ce fonds ne permettant pas le prélèvement initialement prévu.

II - L'exécution de l'ONDAM 2017 : un objectif globalement respecté grâce à une activité hospitalière notablement inférieure aux prévisions

Les dépenses d'assurance maladie comprises dans le champ de l'ONDAM ont augmenté de 4,1 Md€ à périmètre constant, soit une hausse de 2,2 % (contre +1,8 % en 2016). En juin 2018, le constat provisoire de l'exécution de l'ONDAM 2017 s'établissait à 190,68 Md€, soit un montant légèrement inférieur (à 51 M€ près) à l'objectif initial et révisé de 2017. L'objectif global est ainsi respecté pour la huitième année consécutive ; depuis trois ans, l'écart d'exécution est inférieur à 100 M€.

Tableau n° 29 : ONDAM voté et exécuté (2011-2017, en Md€)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017 (p)
ONDAM voté	167,1	171,1	175,4	178,3	181,9	185,2	190,7
ONDAM exécuté	166,3	170,0	173,7	177,9	181,8	185,1	190,7
Écart par rapport à l'objectif	-0,8	-1,2	-1,8	-0,4	-0,1	-0,1	-0,1
Taux de progression voté*	+2,9 %	+2,4 %	+2,5 %	+1,7 %	+2,0 %	+1,75 %	+2,1 %
Taux de progression exécuté	+2,7 %	+2,3 %	+2,2 %	+2,4 %	+2,0 %	+1,8 %	+2,2 %

* LFSS initiale.

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

A - Des évolutions divergentes des dépenses de soins de ville et de celles relatives aux établissements de santé

1 - Une exécution contrastée selon les secteurs de dépenses

Comme en 2016, les dépenses de soins de ville ont dépassé en 2017 non seulement les objectifs initiaux, mais aussi ceux révisés dans la partie rectificative de la nouvelle loi de financement. À l'inverse, les dépenses relatives aux établissements de santé se sont inscrites en net retrait par rapport aux prévisions rectifiées comme initiales, du fait d'une progression des séjours facturés à l'assurance maladie moindre que celle attendue.

Tableau n° 30 : comparaison des dépenses exécutées en 2017 par rapport aux objectifs initiaux et révisés (en M€)

	Objectif 2017 (LFSS 2017)	Objectif 2017 révisé (LFSS 2018)	Réalisé provisoire 2017	Taux d'évolution (réalisé provisoire 2017)	Écart à la prévision 2017 initiale	Écart à la prévision 2017 révisée
Soins de ville	86 558	86 836	87 174	+2,2 %	+616	+338
Établissements de santé	79 172	79 027	78 612	+1,8 %	-560	-415
Tarifs à l'activité	59 533	59 407	58 972	+1,8 %	-561	-435
Autres dépenses	19 639	19 621	19 640	+2,0 %	+1	+19
Établissements médico-sociaux	20 071	19 971	20 000	+3,1 %	+71	+29
Personnes âgées	9 087	9 040	9 050	+3,2 %	-37	+10
Personnes handicapées	10 984	10 931	10 950	+3,1 %	-34	+19
FIR	3 285	3 260	3 240	+2,4 %	-45	-20
Autres prises en charge	1 650	1 641	1 658	+6,6 %	+8	+17
Total ONDAM	190 735	190 735	190 683	+2,2 %	-52	-52

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

Les dépenses de soins de ville ont augmenté à un rythme proche de celui de 2016 (+2,2 % en 2017 contre +2,3 % en 2016). Les dépenses relatives aux établissements de santé publics et privés tarifés à l'activité³⁵ se sont nettement ralenties (+1,8 % contre +2,3 % en 2016). Après avoir baissé en 2016 (-0,6 %), les « autres dépenses relatives aux établissements de santé »³⁶ ont à nouveau augmenté (+2 %). Enfin, la part des dépenses relatives aux établissements médico-sociaux intégrées à l'ONDAM a augmenté plus rapidement (+3,1 % contre +1 % en 2016).

L'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD)

L'OGD retrace les dépenses liées aux établissements sociaux et médico-sociaux, quelle qu'en soit la source de financement (dotations des régimes d'assurance maladie intégrées à l'ONDAM et ressources propres de la CNSA). L'exécution 2017 atteint 10,01 Md€ pour les établissements accueillant des personnes âgées et 11,28 Md€ pour ceux accueillant des handicapés, soit 21,3 Md€ au total et 211 M€ de moins que l'objectif initial.

Les mesures de régulation des dotations comprises dans l'ONDAM n'ont pas eu d'incidence sur le nombre de places à ouvrir en cours d'année, les ressources disponibles ayant suffi pour financer les ouvertures de places prévues en début d'année par les ARS. En 2017, 2 898 places ont été créées pour les personnes âgées et 2 568 pour les personnes handicapées.

Tableau n° 31 : dépenses de l'ONDAM 2017 exécuté par sous-objectif par rapport à l'exécution de 2016 (en M€)

	Réalisé 2016 (au périmètre 2017)	Réalisé provisoire 2017	Variation 2017/2016 en M€	Variation 2017/2016 en %	Variation 2016/2015 en %*
Soins de ville	85 291	87 174	+1 883	+2,2 %	+2,2 %
Établissements de santé	77 190	78 612	+1 422	+1,8 %	+1,8 %
Tarifés à l'activité	57 944	58 972	+1 028	+1,8 %	+1,8 %
Autres dépenses	19 246	19 640	+394	+2,1 %	+2,0 %
Établissements médico-sociaux	19 392	20 000	+608	+3,1 %	+3,1 %
Personnes âgées	8 772	9 050	+278	+3,2 %	+3,2 %
Personnes handicapées	10 620	10 950	+330	+3,1 %	+3,1 %
FIR	3 165	3 240	+75	+2,4 %	+2,4 %
Autres prises en charge	1 555	1 658	+103	+6,6 %	+5,8 %
Total	186 593	190 683	+4 090	+2,2 %	+2,2 %

* Variation au périmètre de 2016.

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

³⁵ Tarification à l'activité (T2A), dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

³⁶ Dotations annuelles de financement (DAF) aux activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie, qui ne sont pas tarifées à l'activité.

2 - Un nouveau dépassement de l'enveloppe de soins de ville

a) Un dépassement de l'objectif initial, mais aussi de l'objectif rectifié à la hausse

Le constat provisoire relatif aux dépenses de soins de ville fait apparaître un dépassement du sous-objectif de 616 M€ (contre +767 M€ en 2016) par rapport à l'objectif initial de la LFSS 2017 et de 338 M€ par rapport à l'objectif rectifié dans la LFSS 2018 (contre +522 M€ en 2016).

Ce dépassement par rapport à l'objectif révisé provient pour l'essentiel des honoraires médicaux et dentaires (+285 M€), sous l'effet d'une forte dynamique des actes techniques des spécialistes et d'un volume de consultations dentaires supérieur aux années précédentes. Les dépenses de médicaments, nettes des remises conventionnelles, ont, elles aussi, dépassé l'objectif révisé, quoique modestement (+6 M€). Les principaux autres postes de dépenses de soins de ville en dépassement par rapport à l'objectif rectifié concernent les dépenses de biologie médicale (+ 35 M€), les indemnités journalières (+22 M€) et les transports sanitaires (+20 M€).

Tableau n° 32 : dépenses de soins de ville prévues et exécutées en 2017 (en M€)

	Objectif 2017 initial (LFSS 2017)	Objectif 2017 révisé (LFSS 2018)	Constat provisoire des dépenses 2017 (juin 2018)	Écart à l'objectif initial	Écart à l'objectif révisé
Soins de ville	86 558	86 836	87 174	+616	+338
dont produits de santé	29 003	29 313	29 296	+293	-17
Médicaments net des remises conventionnelles	22 184	22 456	22 462	+278	+6
Médicaments	23 046	23 474	23 091	+45	-383
Remises conventionnelles	-862	-1 018	- 629	+233	+389
Dispositifs médicaux	6 819	6 857	6 834	+15	-23
dont hors produits de santé	57 555	57 522	57 877	+322	+355
dont dépenses hors indemnités journalières et prises en charge des cotisations	44 048	43 889	44 241	+193	+352
dont indemnités journalières	11 058	11 220	11 242	+184	+22
dont prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux	2 449	2 413	2 394	-55	-19

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

b) Une dynamique de dépense toujours forte

La quasi-stabilité de la progression des dépenses de soins de ville en 2017 (+2,2 % contre +2,3 % en 2016) recouvre deux évolutions distinctes.

Contrairement à 2016, les dépenses relatives aux médicaments, nettes de remises, ont augmenté (+0,4 % contre -0,4 % en 2016). Elles ont significativement dépassé l'objectif initial (à hauteur de 278 M€).

À l'exception des dépenses de biologie (+1 %), couvertes par un accord avec la profession³⁷, la plupart des postes hors médicament ont continué à croître à un rythme rapide, quoique moins élevé qu'en 2016 : dispositifs médicaux (+3,9 % contre +5,6 % en 2016), transports sanitaires (+3,9 % contre +4,5 %), soins infirmiers (+3,9 % contre +4,3 %) et de masso-kinésithérapie (+2,6 % contre +4,5 %), indemnités journalières (+3,6 % contre +4,1 %) et médecins spécialistes (+3,6 % contre +4,2 %). Les revalorisations de la convention médicale du 25 août 2016 représentent environ les deux tiers de la hausse des dépenses d'honoraires médicaux.

Tableau n° 33 : dépenses de soins de ville 2016 et 2017 (en M€)

	Exécuté 2016 à périmètre 2017	2017 provisoire	Variation 2017/2016	Variation 2017/2016 en %	Variation 2016/2015 en %*
Médicaments nets des remises	22 367	22 462	+95	+0,4 %	-0,4 %
Médicaments	23 350	23 091	-259	-1,1 %	+0,6 %
Remises conventionnelles	-983	-629	+354	-36,0 %	+22,3 %
Dispositifs médicaux	6 577	6 834	+257	+3,9 %	+5,6 %
Honoraires médicaux	18 442	19 041	+599	+3,3 %	+3,5 %
dont médecins généralistes	6 589	6 746	+157	+2,4 %	+2,0 %
dont médecins spécialistes	11 580	11 995	+415	+3,6 %	+4,2 %
Honoraires des chirurgiens-dentistes	3 593	3 669	+76	+2,1 %	+2,5 %
Honoraires paramédicaux	11 920	12 371	+451	+3,8 %	+4,6 %
dont infirmiers	7 255	7 536	+281	+3,9 %	+4,3 %
dont masseurs-kinésithérapeutes	3 897	3 998	+101	+2,6 %	+4,5 %
Transports des malades	4 439	4 611	+172	+3,9 %	+4,5 %
Biologie	3 478	3 512	+34	+1,0 %	+2,2 %
Indemnités journalières	10 848	11 242	+394	+3,6 %	+4,1 %
Prises en charge de cotisations PAM	2 589	2 394	-195	-7,5 %	-9,0 %
Autres dépenses	1 038	1 037	-1	-0,0 %	+5,2 %
Total soins de ville	85 291	87 174	+1 883	+2,2 %	+2,4 %
Total soins de ville hors cotisations PAM	82 702	84 780	+2 078	+2,5 %	+2,8 %

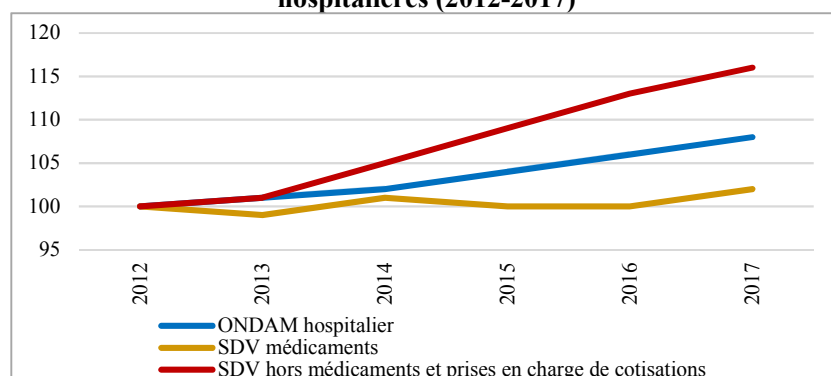
* Variation au périmètre de 2016.

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

³⁷ Dont les dispositions couvrant la période 2016-2019 prévoient une reconduction de la valeur de la lettre clé (« B ») de facturation (0,27 €), une progression de l'enveloppe autorisée de dépenses de 0,25 % par an et, au-delà, un « crédit » de dépenses de 20 M€ annuels (soit 60 M€ au total). Ce dernier a notamment pour objet de compenser une baisse temporaire de 2 centimes d'euro de la valeur de la lettre « B » de la mi-novembre à fin décembre 2016 (soit 35 M€ d'économies sur l'ONDAM 2016).

Depuis 2013, la dynamique des dépenses de soins de ville, qui, en dehors des médicaments et de la biologie, ne font pas l'objet d'une régulation infra-annuelle et augmentent de 2,6 % en moyenne annuelle, a entraîné des dépassements systématiques du sous-objectif correspondant.

Graphique n° 5 : évolution comparée des dépenses de soins de ville et hospitalières (2012-2017)



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

3 - Un ralentissement non anticipé des dépenses relatives aux établissements de santé

La réalisation du sous-objectif relatif aux établissements de santé est inférieure aux prévisions révisées (-415 M€) comme initiales (-560 M€).

a) Une progression limitée des dépenses relatives aux séjours hospitaliers

La progression des dépenses relatives aux établissements publics et privés non lucratifs tarifés à l'activité s'est réduite en 2017 (+2 % contre +2,4 % en 2016), sous l'effet de la poursuite du ralentissement des dépenses de séjours hospitaliers facturées dans le cadre de la tarification à l'activité (+1,9 % après +2 % en 2016 et +2,6 % en 2015). Les dépenses liées aux dotations MIGAC (missions d'intérêt général et aide à la contractualisation) ont quant à elles progressé à un rythme soutenu, quoiqu'inférieur à celui de 2016 (+3,1 % contre +4,9 % en 2016).

Pour l'essentiel, l'augmentation des dépenses relatives aux établissements privés lucratifs tarifés à l'activité (+2,2 % contre +2 % en 2016) reflète une hausse des MIGAC (+ 186 M€ contre +27 M€ en 2016).

En revanche, les dépenses liées à la tarification à l'activité ont stagné (+0,4 % par rapport à 2016, contre +1,8 % en 2016).

Enfin, les dotations aux établissements de psychiatrie (PSY) et de soins de suite et de réadaptation (SSR) ont stagné pour les établissements publics et privés non lucratifs (comme en 2016) et ont accéléré pour les établissements privés lucratifs (+4,5 % contre +1,3 % en 2016).

**Tableau n° 34 : évolution de l'« ONDAM hospitalier » de 2016 à 2017
(en M€)**

	Exécuté 2016 (à périmètre 2017)	Exécuté 2017	Variation 2017/2016 (en M€)	Variation 2017/2016 (en %)	Variation* 2016/2015 (en %)
Établissements de santé	77 190	78 612	+1 422	+1,8 %	+1,6 %
Établissements publics et privés non lucratifs (a) + (b) + (c)	63 047	64 010	+963	+1,5 %	+1,8 %
Établissements publics et privés non lucratifs tarifés à l'activité (a)	47 338	48 293	+955	+2,0 %	+2,4 %
MCOO (tarification à l'activité)	40 971	41 729	+758	+1,9 %	+2,0 %
MIGAC	6 367	6 563	+196	+3,1 %	+4,9 %
Dotations annuelles de financement (SSR) (b)	14 710	14 716	+6	+0,0 %	+0,3 %
Unités de soins de longue durée (PSY) (c)	999	1 001	+2	+0,2 %	+0,4 %
Établissements privés lucratifs (d) + (e)	13 942	14 323	+381	+2,7 %	+1,8 %
Établissements privés lucratifs tarifés à l'activité (d)	10 606	10 837	+231	+2,2 %	+2,0 %
MCOO (tarification à l'activité)	10 468	10 513	+45	+0,4 %	+1,8 %
MIGAC	138	324	+186	+134,8 %	+28,1 %
Soins psychiatriques (PSY) et de suite et de réadaptation (SSR) (e)	3 336	3 486	+150	+4,5 %	+1,3 %
Dotations non régulées	198	220	+22	+11,1 %	-
FMESPP	2	59	+57	Ns	-99,2 %

* Variation au périmètre de 2016.

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

b) Un volume de séjours moindre que prévu

S'agissant des activités de médecine, chirurgie obstétrique et odontologie (MCOO) tarifées à l'activité des établissements publics et privés non lucratifs, les dépenses sont inférieures de 542 M€ à la prévision initiale et de 442 M€ à la prévision révisée de 2017.

Comme les années précédentes, des baisses de tarifs visaient à contenir la progression des dépenses de l'ONDAM hospitalier en compensant une partie de l'incidence de la hausse du volume des séjours

en établissement de santé. Cependant, les séjours ont été moins nombreux que prévu. L'augmentation du nombre de séjours (séances comprises) a en effet atteint 1,2 % en 2017, contre 3,2 % en 2016 (et 2 % en moyenne annuelle de 2013 à 2015). Pour les seuls établissements publics et privés non lucratifs, cette progression a été de 1,4 % en 2017, contre 3,4 % en 2016 (et 2,4 % en moyenne annuelle de 2013 à 2015).

L'absence de correction dans les prévisions 2017 de la réduction du nombre de jours ouverts en 2017 par rapport à 2016 et de l'incidence du changement de modalité de dénombrement des séjours facturés par l'assurance maladie en 2016 par les établissements publics de santé³⁸, ainsi qu'un retard de facturation de l'AP-HP en 2017 expliquent une partie des écarts d'activité constatés par rapport aux prévisions. Corrigée de ces éléments conjoncturels et exceptionnels, la progression des recettes des établissements publics et privés à but non lucratif liées à leur activité en 2017 (+2 %) aurait été proche de celle de 2016 (+2,5 % contre + 2,6 % en 2016). À ce stade, les éléments explicatifs de cette moindre activité par rapport à la prévision restent néanmoins partiels.

En l'absence d'un ajustement concomitant de leurs charges, la moindre activité des hôpitaux publics par rapport à la prévision a entraîné un doublement de leur déficit global par rapport à 2016.

Un quasi-doublement du déficit total des hôpitaux publics en 2017

En 2017, le déficit des établissements publics de santé, pour leurs activités de soins *stricto sensu*, regroupées dans leur budget principal, s'est considérablement aggravé : malgré l'attribution tardive de dotations par des arrêtés ministériels en mars 2018 (voir *infra*), il a atteint 835 M€³⁹, contre 439 M€ en 2016. À lui seul, le déficit de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris est passé de 43,5 M€ à 199 M€.

Selon de premiers éléments d'analyse, la dégradation des comptes des hôpitaux publics s'expliquerait principalement par un ralentissement de leurs produits d'activité (+1,3 % contre +1,9 % en 2016), lié à la moindre progression du nombre de séjours par rapport à 2016, conjugué à une progression plus élevée de la masse salariale (+2,3 % contre +1,4 % en 2016) et à une hausse des dépenses liées au recrutement de personnels temporaires (+ 141 M€).

³⁸ Depuis 2016, pour les établissements publics de santé comportant plusieurs sites géographiques, chaque séjour dans un site donne lieu à la facturation d'un séjour. La segmentation d'un séjour sur plusieurs sites conduit ainsi à autant de facturations, ce qui a mécaniquement accru le nombre de séjours de 2016 par rapport à 2015.

³⁹ Sur la base des données comptables de 98 % des établissements.

L'exécution 2017 de l'ONDAM fait ainsi apparaître que le respect de l'objectif global peut s'accompagner d'une dégradation de la situation financière des établissements publics de santé, principalement financés par l'assurance maladie. Afin d'appréhender cette situation, l'annexe au projet de loi de financement annuel relative à l'ONDAM devrait comprendre deux indicateurs complémentaires relatifs respectivement au résultat et à l'endettement constatés (dernier exercice comptable clos) et prévisionnels (exercice en cours et exercice à venir) des établissements publics de santé.

B - Une tenue de l'objectif global facilitée par le ralentissement des dépenses liées aux séjours facturés par les établissements de santé

Par rapport aux années précédentes, la compensation d'une grande partie du dépassement des dépenses de soins de ville (+616 M€ par rapport à la prévision initiale) par le ralentissement des dépenses liées à l'activité des établissements de santé publics et privés (-546 M€ par rapport à la prévision initiale) a conduit à limiter le recours à des mesures de régulation des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux et à des reports de dépenses vers d'autres financeurs en vue de respecter l'objectif global.

1 - Des mesures de gestion d'un montant plus faible que les exercices précédents

Afin de respecter l'objectif global de dépenses, 346 M€ de dépenses prévisionnelles relatives aux autres sous-objectifs que les soins de ville n'ont *in fine* pas été exécutées par rapport à la prévision initiale. Ce montant s'inscrit sensiblement en retrait par rapport aux mesures de régulation mises en œuvre au cours des années précédentes (797 M€ en 2016 et 736 M€ en 2015).

Les mesures de régulation des dotations aux établissements de santé et, dans une moindre mesure, aux établissements médico-sociaux ont ainsi eu une ampleur limitée par rapport à celles mises en œuvre au titre de 2016 (81 M€ contre 446 M€ pour les établissements de santé et 175 M€ contre 283 M€ pour les établissements médico-sociaux).

2 - Des déports de dépenses moins élevés sur d'autres financeurs

L'arrêté du 30 mars 2018 fixant le montant de la dotation des régimes d'assurance maladie au FFiP, publié après la clôture des comptes de l'assurance maladie (15 mars 2018), a conduit à mobiliser intégralement le financement de dépenses de médicaments en marge de l'ONDAM prévu dans la construction initiale de l'objectif 2017, soit 220 M€.

Les prélèvements sur les réserves du FEH et de l'ANFH destinés à financer le FMESPP en remplacement de dotations de l'assurance maladie prises en compte dans l'ONDAM, soit 180 M€, se sont quant à eux inscrits à un niveau moins élevé que la prévision rectificative (190 M€) comme initiale (220 M€), tandis que la contribution de l'assurance-maladie au FMESPP a finalement été portée à 59 M€ (contre 44 M€ dans la construction initiale de l'ONDAM).

Surtout, le prélèvement sur les réserves de la CNSA, prévu à 230 M€ dans la construction initiale de l'ONDAM, a été ramené à 72 M€ en exécution.

En définitive, le taux d'augmentation des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM, après correction des biais affectant leur présentation, ne diffère qu'à la marge de celui affiché (+2,3 %, contre +2,2 %). Ce même écart était au contraire significatif en 2016 (la progression recalculée par la Cour atteignait +2,2 %, contre +1,8 % affichés).

Tableau n° 35 : progression des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM 2017 selon la Cour (en M€)

	Réalisé provisoire 2017	Réalisé provisoire 2016
ONDAM exécuté affiché	190 683	185 158
Taux de progression affiché	+2,2 %	+1,8 %
Correction de mesures présentées en économies dans la LFSS et d'autres mesures :		
Neutralisation des effets comptables de la réforme des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux	+270	+270
Variation des prises en charge par d'autres financeurs (CNSA, ANFH et FEH)*	-120	+300
Autres effets	-	+105
Dépenses relevant du champ de l'ONDAM à périmètre constant (selon la Cour)	190 925	185 841
Progression des dépenses du champ de l'ONDAM (selon la Cour)	+2,3 %	+2,2 %

* Les variations de prises en charge sont calculées à partir de l'exécution n-1.

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

C - Un dénouement très tardif et encore incertain de l'ONDAM 2017

1 - Des mesures de gestion définitivement arrêtées en mars 2018

Les informations disponibles fin 2017 laissaient présager une exécution tendue pour les soins de ville, conjuguée à un ralentissement des dépenses liées à l'activité des établissements de santé.

Cette analyse a conduit, d'une part, à annuler 60 M€ de dépenses par arrêté du 5 décembre 2017, dont 20 M€ au titre des établissements de santé et, d'autre part, à verser à ces derniers, dans le même calendrier, 166 M€ de dotations initialement mises en réserve (dont 106 M€ au titre du « coefficient prudentiel » et 15 M€ dans le cadre du FMESPP).

Compte tenu des premières données disponibles sur l'évolution de l'activité des établissements de santé, des dotations complémentaires ont été attribuées aux établissements de santé (250 M€) en mars 2018. Elles comprenaient 161 M€ de MIGAC et 51 M€ de DAF, soit 212 M€ au total, pour les établissements publics de santé et privés à but non lucratif, ainsi que 38 M€ de MIGAC pour les établissements privés à but lucratif. Du fait du caractère tardif de ces attributions, seuls 180 M€ de produits supplémentaires (sur 212 M€) auraient été enregistrés par les établissements publics et privés non lucratifs dans leurs comptes 2017.

Par ailleurs, 100 M€ de dotations complémentaires ont été attribués aux établissements médico-sociaux. Elles ont permis de réduire le prélèvement sur les réserves de la CNSA (72 M€ contre 230 M€ prévus).

Tableau n° 36 : mesures de régulation de l'ONDAM en 2017 (en M€)

	Soins de ville	Établissements de santé	Établissements médico-sociaux	FIR	Autres	Total
Diminution du sous-objectif 2017 (LFSS 2018) (a)	-	-65	-100	-25	-10	-200
Mises en réserve initiales (b)	-	-412	-145	-35	-10	-602
Annulation supplémentaire de dotations (c)	-	-20	-30	-10	-	-60
Versement sur réserve de fin d'année (décembre 2017) (d)	-	+166	-	-	-	+166
Versement sur réserve après le 31 décembre 2017 (mars 2018) (e)	-	+250	+100	-	-	+350
Impact total (a)+(b)+(c)+(d)+(e)	-	-81	-175	-70	-20	-346

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

2 - Un écart d'exécution par rapport à la prévision encore incertain

L'exécution de l'ONDAM 2016 : un constat définitif légèrement inférieur au constat provisoire de septembre 2017

Le constat définitif de l'ONDAM 2016 effectué en juin 2018 est inférieur de 101 M€ au constat provisoire de juin 2017 (185,06 Md€ contre 185,16 Md€), soit une sous-exécution de 125 M€ par rapport à l'objectif 2016. Elle a pour origine une révision à la hausse du rendement des remises pharmaceutiques (à hauteur de 50 M€), qui viennent en réduction des dépenses de médicaments et un excès de provisions comptabilisées par l'assurance maladie au 31 décembre 2016 au titre des établissements de santé publics tarifés à l'activité par rapport aux dépenses que ces provisions avaient pour objet de couvrir (à hauteur de 42 M€).

Fin juin 2018, la sous-exécution constatée de l'ONDAM 2017 restait provisoire, dans la mesure où une partie des dépenses que les provisions comptabilisées par l'assurance maladie au 31 décembre 2017 ont pour objet de couvrir restaient encore à constater et où les montants pris en compte au titre des remises des laboratoires pharmaceutiques n'avaient pas un caractère définitif.

Postérieurement à la clôture des comptes 2017 de l'assurance maladie, la direction de la sécurité sociale a effectué par ailleurs plusieurs ajustements représentant au total 6 M€ de dépenses supplémentaires.

À ce titre, les soins de ville, hors remises conventionnelles sur les médicaments, ont été majorés de 80 M€, du fait d'une ré-estimation de la provision qui s'y rapporte.

Les remises, qui viennent, elles, en réduction des dépenses de médicaments, ont été majorées de 59 M€ afin de tenir compte d'accords avec les entreprises pharmaceutiques conclus postérieurement à la clôture des comptes de l'assurance maladie où elles sont enregistrées. Fin juin 2018, le montant net des remises justifiées par le CEPS et prises en compte dans l'exécution de l'ONDAM 2017 s'élevait ainsi à 1 426 M€ (voir tableau *infra*) au regard de 1 367 M€ comptabilisés par l'assurance maladie. Depuis lors, la direction de la sécurité sociale a ré-estimé à la hausse le montant des remises (à hauteur de 20 M€).

À l'inverse, le montant des avoirs sur remises, qui viennent en réduction des remises et majorent ainsi les dépenses (139 M€ dans le constat provisoire des dépenses de l'ONDAM 2017 effectué en juin 2018) incorpore des avoirs identifiés courant 2017 et 2018 qui relèveraient en réalité du constat définitif de l'ONDAM 2016 (à hauteur de 25 M€).

Tableau n° 37 : produits à recevoir de remises conventionnelles au 31 décembre 2017 estimés par le CEPS à fin juin 2018 (en M€)

	ONDAM 2017
Remises liées aux médicaments durant les périodes précédant et suivant leur autorisation temporaire d'utilisation	116
Remises conventionnelles	1 142
Remises liées à la clause de sauvegarde (taux « LV et LH »)	64
Remises liées au VHC	233
Remises liées aux dispositifs médicaux	10
Total des remises (a)	1 565
Avoirs sur remises alloués (b)	139
Total (a) - (b)	1 426

Source : Cour des comptes d'après les informations du CEPS et de l'ACOSS.

Dans l'attente des déclarations définitives de chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques nécessaires à leur calcul, les remises dites « de sauvegarde » revêtent un caractère incertain.

En effet, les contrôles effectués par le CEPS sur les déclarations des entreprises pharmaceutiques⁴⁰ ont fait apparaître de fréquentes erreurs appelant, pour près d'un tiers d'entre elles, des déclarations rectificatives. Ces déclarations n'ont cependant pas été produites dans des délais permettant leur enregistrement dans les comptes de l'assurance maladie pour l'exercice 2017⁴¹. L'effet des corrections à venir sur le montant des remises de la clause de sauvegarde n'est pas évalué à ce jour.

⁴⁰ Les modalités de transmission des informations nécessaires au calcul des contributions mentionnées à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale sont prévues par le décret n° 2018-317 du 27 avril 2018.

⁴¹ De ce fait, la Cour a, dans son opinion sur les comptes de l'activité de recouvrement de l'exercice 2017, reconduit une composante de réserve liée à la comptabilisation, non conforme aux règles comptables, de produits à recevoir de remises conventionnelles ne pouvant être évalués avec une fiabilité suffisante (Cour des comptes, *Rapport de certification des comptes de la sécurité sociale (exercice 2017)*, mai 2018, p 96, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr).

3 - Un alignement souhaitable des calendriers de constat définitif de l'ONDAM et de clôture des comptes des hôpitaux publics sur celui des comptes de l'assurance maladie

Par définition, les ajustements des dépenses prises en compte dans le cadre de l'ONDAM effectués postérieurement à la clôture des comptes de l'assurance maladie (15 mars de l'année N+1), comme cela a été encore le cas en 2017, n'améliorent en rien le pilotage infra-annuel des dépenses. De surcroît, ils s'écartent du principe comptable d'indépendance des exercices et peuvent recouvrir des pratiques opportunistes d'ajustement des dépenses, certains postes étant actualisés, d'autres non. Dans ces conditions, les dépenses de l'ONDAM de l'année écoulée devraient être constatées à titre définitif dès la clôture des comptes de l'assurance maladie.

Par ailleurs, les calendriers de clôture définitive des comptes des établissements publics de santé et de l'assurance maladie sont aujourd'hui désaccordés (25 avril et 15 mars, respectivement). L'alignement du calendrier de clôture des comptes des établissements publics de santé sur celui de l'assurance maladie permettrait de faire coïncider plus étroitement la période d'exécution de l'ONDAM avec l'année civile à laquelle il se rapporte, de progresser dans l'analyse comparée des états financiers des hôpitaux publics et de ceux de l'assurance maladie et d'améliorer la qualité des tendancielles de dépenses pris en compte pour la construction initiale et la révision de l'ONDAM.

III - Malgré le desserrement du taux d'évolution de l'ONDAM à partir de 2018, une maîtrise de la dépense à renforcer

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 a fixé à 195,2 Md€ l'objectif de dépenses pour 2018, soit une progression de 2,3 %, et retenu ce même taux d'augmentation pour les années 2019 à 2021. La loi de programmation des finances publiques 2018-2022 a confirmé ce léger assouplissement de moyen terme de la trajectoire de l'ONDAM, en prévoyant une progression annuelle de 2,3 % en 2019 et en 2020.

Le projet de loi de financement pour 2019 prévoit un nouvel assouplissement de l'objectif, à 2,5 %, afin d'accompagner le plan « Ma santé 2022 » de réorganisation des soins, récemment annoncé par le Gouvernement. En 2019, les dépenses comprises dans le champ de

l'ONDAM augmenteraient ainsi de 4,9 Md€, après 4,5 Md€ en 2018. Entre 2020 et 2022, le taux annuel de progression des dépenses serait de 2,3 %.

A - Des fragilités de construction et d'exécution reconduites en 2018

1 - Un taux de progression de 2,3 %

Le sous-objectif relatif aux soins de ville augmente à un rythme légèrement plus élevé (+2,4 %) que celui de l'ONDAM global. La progression prévisionnelle du sous-objectif relatif aux établissements de santé est au contraire en retrait (+2 %). Celle des sous-objectifs relatifs aux établissements médico-sociaux (+2,6 %) est quant à elle moins élevée que l'objectif initial (+2,9 %) et révisé pour 2017 (+3 %).

**Tableau n° 38 : évolution prévisionnelle de l'ONDAM 2018,
globale et par sous-objectif (en M€)**

	Objectif 2017 à périmètre 2018	LFSS 2018	Taux d'évolution (en %)
Soins de ville	86,8	88,9	+2,4 %
Établissements de santé	79,1	80,7	+2,0 %
Établissements médico-sociaux	20,0	20,5	+2,6 %
FIR	3,3	3,4	+3,1 %
Autres prises en charge	1,7	1,8	+4,3 %
Total ONDAM	190,8	195,2	+2,3 %

Source : LFSS 2018

La réalisation de l'ONDAM 2018 repose sur un objectif d'économies par rapport au tendanciel comparable à celui de 2017 (4,16 Md€ contre 4,05 Md€ en 2017).

Or le montant des mesures à financer d'ores et déjà décidées est significatif pour 2018 et les années suivantes, du fait notamment des accords conventionnels passés avec les professionnels libéraux de santé (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, opticiens, prothésistes) et de la poursuite de la mise en œuvre de mesures de revalorisation des salaires dans la fonction publique hospitalière (protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations »).

Les économies sont présentées dans le cadre de nouveaux regroupements : la pertinence et l'efficacité des produits de santé (1 490 M€), la structuration de l'offre de soins (1 465 M€), dont les gains d'efficacité attendus des établissements de santé et médico-sociaux représentent l'essentiel (1 215 M€), la qualité et la pertinence des actes (335 M€), la pertinence des prescriptions de transport et d'arrêts de travail (240 M€), la lutte contre la fraude (90 M€, soit un montant inférieur à celui mentionné dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général pour les années 2018-2022) et diverses mesures (545 M€), dont l'augmentation du forfait hospitalier (200 M€).

Les économies programmées ne sont pas davantage documentées que les années précédentes et s'avèrent d'emblée incertaines quand elles reconduisent (75 M€ pour les transports) ou majorent (165 M€ au lieu de 100 M€ en 2017 pour les indemnités journalières) des économies prévues pour 2017 qui n'ont pas été réalisées.

Une « charte de l'ONDAM » à compléter

Dans son précédent rapport sur la sécurité sociale⁴², la Cour soulignait que les méthodes d'établissement de l'ONDAM comportaient des distorsions affectant la mesure de l'évolution effective de la dépense.

Le cadre de référence de l'ONDAM annexé à la loi de programmation des finances publiques pour les exercices 2018 à 2022 apporte une réponse partielle à l'enjeu de sincérité du taux d'évolution affiché des dépenses. Pour sa détermination, les transferts de dépenses accompagnés de transferts de recettes entre la sécurité sociale et d'autres entités et l'intégration dans l'ONDAM d'une nouvelle dépense assortie d'une nouvelle recette sont neutralisés.

En revanche, il n'a pas été prévu de neutraliser l'incidence sur le taux d'évolution des intégrations de dépenses ou des reports de dépenses sur d'autres financeurs non compensés par des transferts de recettes, non plus que la contraction de recettes et de dépenses. Par ailleurs, la qualification d'économie n'est pas réservée à une diminution nette de la dépense. La « charte de l'ONDAM » devrait ainsi être complétée sur ces deux points.

⁴² Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre II L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : en 2016, un objectif atteint au prix de nombreux biais ; en 2017 et au-delà des économies effectives à rechercher et à accentuer, p. 124 et 125, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

2 - Une progression des dépenses atténuée par le report de dépenses à l'extérieur du champ de l'ONDAM

a) De nouvelles dépenses

Le sous-objectif « soins de ville » a été arrêté à 88,9 Md€ pour 2018. La hausse tendancielle des dépenses serait plus dynamique qu'en 2017 (+4,3 % contre +3,9 %). Les revalorisations tarifaires déjà prévues (761 M€) concernent l'application de la convention médicale du 25 août 2016 et de ses avenants (460 M€ supplémentaires en 2018), le forfait structure (90 M€)⁴³, d'autres mesures intéressant les professionnels de santé (pour 166 M€ environ) et le transport des patients (20 M€).

Pour les établissements de santé, le taux d'évolution avant économies a été reconduit au même niveau que celui de 2017, soit 4 %. Cette progression soutenue reflète notamment une hausse attendue des dépenses de médicaments inscrits sur la « liste en sus », la transposition de la convention médicale aux actes et consultations externes en établissement et un ressaut de financement du FMESPP par l'assurance maladie⁴⁴.

b) Un taux de progression minoré à la marge par des biais de présentation

Comme en 2016 et 2017, une partie des mesures présentées en économies résulte de la mobilisation d'autres sources de financement.

D'une part, une partie des dépenses médico-sociales est financée par un prélèvement sur les réserves de la CNSA (de 200 M€).

D'autre part, la hausse de la participation des organismes complémentaires au financement du « forfait patientèle » des médecins traitants (de 150 M€ à 250 M€) est présentée en économie. Or la dépense liée au « forfait patientèle » résulte d'un accord conventionnel de la CNAM avec les représentants de la profession médicale qui s'impose à l'assurance maladie indépendamment de ses modalités de financement. Par ailleurs,

⁴³ Il s'agit d'une aide à l'organisation et à l'informatisation du cabinet médical, prévue par la convention médicale en 2016, qui remplace une aide auparavant comprise dans la rémunération sur objectifs de santé publique.

⁴⁴ En 2016 et en 2017, le FMESPP a été financé pour l'essentiel par des prélèvements sur les réserves de deux organismes hospitaliers (FEH et ANFH). Limitée à 59 M€ en 2017, la participation de l'assurance-maladie à son financement est portée à 300 M€ dans la construction de l'ONDAM 2018.

cette imposition à la charge des organismes complémentaires n'est pas affectée au financement du forfait précité dans les comptes de l'assurance maladie, mais concourt à celui de l'ensemble de ses dépenses.

Corrigé de ces mesures, l'ONDAM 2018 s'élèverait en réalité à 195,4 Md€, soit une progression de 2,4 %, au lieu de celle de 2,3 % affichée. Cet écart s'est sensiblement réduit par rapport à celui affectant l'ONDAM 2017 prévisionnel (+2,4 % après correction des biais de présentation, contre +2,1 % affiché, voir I - B - 2 - *supra*).

Tableau n° 39 : progression des dépenses relevant du champ de l'ONDAM 2018 selon la Cour (en M€)

ONDAM 2018	195 209
Taux d'évolution cible	+2,28 %
<i>Correction de mesures présentées en économies dans la LFSS :</i>	
Variation du prélèvement sur les réserves de la CNSA*	+128
Augmentation de la contribution à la charge des organismes complémentaires	+100
Dépenses 2018 relevant du champ de l'ONDAM à périmètre constant (selon la Cour)	195 437
Progression des dépenses du champ de l'ONDAM (selon la Cour)	+2,40 %

* Les variations de prises en charge sont calculées à partir de l'exécution N-1.

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

3 - Des risques d'exécution couverts, un périmètre de régulation toujours étroit

Pour les soins de ville, le risque provient de dépenses de 2017 dont les effets reports sur 2018 ne sont pas pris en compte dans le tendancier de l'ONDAM 2018. En outre, les données en date de remboursement des premiers mois de 2018 présentent une dynamique supérieure à la dynamique de moyen terme, qu'il s'agisse des indemnités journalières, des honoraires médicaux ou des produits de santé.

En septembre, le risque de dépassement était estimé par le ministère chargé de la santé à 560 M€ pour les soins de ville, dont 375 M€ au titre des effets reports estimés et 185 M€ au titre d'une dynamique plus forte que prévu des dépenses de médicaments, de dispositifs médicaux et d'indemnités journalières. Compte tenu par ailleurs de la prévision d'une légère sous exécution de l'enveloppe prévisionnelle de dépenses relatives aux établissements de santé (à hauteur de 105 M€), le risque de dépassement de l'objectif global atteindrait 455 M€. Il est gagé par des mesures de régulation appliquées aux établissements de santé (415 M€), dont 302 M€ au titre du « coefficient prudentiel » de mise en réserve

initiale d'une partie des dotations, et aux établissements médico-sociaux (152 M€). Au total, les dotations mises en réserve atteignent 625 M€ contre 602 M€ en 2017.

Tableau n° 40 : dotations mises en réserve au titre de l'ONDAM 2018 pour gager des dépassements (en M€)

Mises en réserve initiales	Exercice 2017	Exercice 2018
Établissements de santé	412	415
Établissements médico-sociaux	145	152
FIR	35	45
Autres prises en charge	10	13
Total	602	625

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

La régulation infra-annuelle des dotations allouées aux établissements de santé et médico-sociaux n'est pas de nature à peser sur la dynamique rapide (+4 % par an en moyenne depuis 2013, hors médicaments) des dépenses de soins de ville, mais seulement de couvrir leur dérapage récurrent. En outre, elle peut inciter les établissements de santé, au rebours de l'objectif d'une pertinence accrue des soins, à accroître le nombre des séjours. Enfin, elle les met en difficulté lorsque cet ajustement par les volumes ne se produit pas, comme on l'a vu en 2017.

Comme la Cour l'a souligné, le périmètre de la régulation infra-annuelle des dépenses devrait être élargi aux dépenses de soins de ville. Au-delà de l'ajustement infra-annuel, la question d'une régulation accrue de la médecine de ville est posée. D'autres pays européens se sont dotés d'instruments permettant de peser effectivement sur la dynamique des dépenses en fonction des ressources disponibles pour les financer⁴⁵.

Par ailleurs, un point de fragilité de la construction de l'ONDAM 2018 pourrait résider dans l'absence de prise en compte d'un possible effet base négatif de la moindre activité des établissements publics et privés non lucratifs en 2017 par rapport à la prévision, *a fortiori* si la modération de l'activité observée en 2017 se confirme cette année.

⁴⁵ Voir le chapitre IV du présent rapport : dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France, p. 131.

B - Un effort d'économies nécessaire pour financer les décisions des pouvoirs publics à partir de 2019

La progression annuelle de l'ONDAM de 2,3 % prévue par la trajectoire pluriannuelle associée à la loi de programmation des finances publiques 2018-2022 autorise une progression de la dépense de 4,5 Md€ par an en moyenne. Compte tenu du taux d'évolution de 2,5 % retenu pour 2019, cette marge atteint 4,9 Md€ pour cette même année. Une part significative de la marge de progression des dépenses est d'ores et déjà préemptée par des décisions de revalorisation des rémunérations des acteurs du système de santé.

La CNAM a évalué à 476 M€ le coût des dépenses nouvelles de soins de ville liées à des décisions arrêtées pour la période 2019-2021 pour les médecins libéraux et les autres professions de santé, sans préjudice de l'incidence des négociations à venir. De plus, le coût de la convention dentaire pour l'assurance maladie est estimé à 601 M€ pour 2018-2023.

Tableau n° 41 : dépenses supplémentaires relatives à certains professionnels de santé libéraux, avant nouveaux accords et du reste à charge « 0 » (2019-2021, en M€)

	2019	2020	2021
Médecins libéraux (convention de 2016)	103	16	-
Autres professions de santé*	196	127	35
Chirurgiens-dentistes (convention de 2018)	159	232	128

* Pharmaciens, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthoptistes, orthophonistes, centres de santé.

Source : CNAM.

En outre, les protocoles d'accord pour l'accès aux soins (reste à charge « 0 ») en matière d'optique, de prothèses dentaires et d'audioprothèses conclus ou en voie de l'être avec les représentants des professionnels de santé concernés engendreront pour l'assurance maladie des dépenses supplémentaires évaluées à 700 M€ par la direction de la sécurité sociale pour la période 2019-2021.

Par ailleurs, le Gouvernement s'est engagé à ce que les dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie connaissent un plancher d'augmentation de 1 % par an entre 2019 et 2021 et de 3 % pour les médicaments innovants⁴⁶. Cet engagement rompt avec l'orientation jusque-là suivie qui tendait à faire porter sur les dépenses de médicaments une part prépondérante de l'effort de maîtrise de l'enveloppe de dépenses de soins de ville⁴⁷. À ce stade, il laisse entière la question des moyens qui pourraient être mobilisés afin d'accroître la contribution des autres secteurs de dépenses à ce même effort.

Enfin, l'application différée d'une partie de la réforme des « Parcours professionnels, carrières et rémunérations » (PPCR)⁴⁸ conduit à reporter à 2019 environ 170 M€ de dépenses d'assurance maladie relatives aux établissements de santé.

Dans le contexte d'un tendancier de dépenses de soins de ville toujours très dynamique, le respect de l'objectif de progression des dépenses, même desserré à 2,3 % en 2018 et entre 2020 et 2022 et à 2,5 % en 2019, appelle la réalisation effective des économies prévisionnelles et, en cas de risque de dépassement, la mise en œuvre de dispositifs nouveaux de régulation infra-annuelle associant les dépenses de soins de ville (accords prix-volume, à l'instar du protocole d'accord de biologie médicale précité, mise en réserve annuelle d'une partie des augmentations conventionnelles ou des dotations forfaitaires aux professionnels libéraux de santé⁴⁹). Ces dispositifs restent à définir.

⁴⁶ Discours du Premier ministre devant le conseil stratégique des industries de santé (10 juillet 2018).

⁴⁷ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2017*, chapitre VIII La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficacité et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer, p. 335-395, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁸ Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, septembre 2016*, chapitre II L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : en 2015, une dynamique non maîtrisée des soins de ville, une vigilance nécessaire en 2016, des économies supplémentaires importantes à rechercher en 2017, p. 71-120, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

⁴⁹ Rémunération sur objectifs de santé publique versée aux médecins et aux pharmaciens en fonction de l'atteinte de certains indicateurs.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Avec un taux de progression affiché à 2,2 % et un montant exécuté de 190,7 Md€, l'ONDAM 2017 respecte formellement l'objectif global fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017.

Dans le contexte d'un dépassement récurrent de l'enveloppe de dépenses de soins de ville, de fait sous-évaluée au stade de la construction initiale comme de l'actualisation de l'objectif, la réalisation de l'ONDAM 2017 au plus près de ce dernier (avec une sous-exécution de 51 M€) a été permise par un ralentissement inopiné de l'activité des établissements de santé et, à moindre degré qu'en 2016, par des mesures de régulation des dotations aux établissements de santé et médico-sociaux et de déport de dépenses vers d'autres financeurs extérieurs au champ de l'objectif (CNSA, fonds hospitaliers et fonds de financement de l'innovation pharmaceutique [FFiP], nouvellement créé en 2017).

La moindre activité des établissements publics de santé par rapport aux prévisions a engendré un quasi-doublement du déficit de leur budget principal (à 835 M€). Compte tenu par ailleurs de la quasi-stabilité du déficit de l'assurance maladie (soit 4,9 Md€), le respect de l'ONDAM, pour la première fois depuis 2011, ne s'accompagne pas d'une réduction des déficits combinés de l'assurance maladie et des hôpitaux publics. Pris ensemble, ils dépassent ceux de 2016 (5,7 Md€ contre 5,2 Md€).

Le déficit global des hôpitaux publics a presque doublé par rapport à 2016 en dépit de délégations de dotations initialement mises en réserve (250 M€) qui ont précédé de quelques jours seulement la clôture des comptes de l'assurance maladie (en mars 2018).

Si ces dotations ont permis de limiter quelque peu le déficit des hôpitaux, le caractère très tardif de ces versements, à quelques jours seulement de la clôture des comptes de l'assurance maladie, met en évidence les limites d'un pilotage des dépenses d'assurance maladie dont le dénouement est de fait postérieur à l'année à laquelle il se rapporte.

Il souligne aussi les limites de la régulation de l'ONDAM telle que pratiquée depuis 2010. Pour l'avenir, le financement des priorités fixées par les pouvoirs publics en matière de rémunération des professionnels de santé libéraux et hospitaliers et d'accès aux équipements médicaux à l'origine de restes à charge élevés pour les patients nécessite une construction plus rigoureuse de l'ONDAM. Celle-ci implique une évaluation plus fiable du tendanciel de dépenses, la définition d'économies réalistes et une intégration à l'objectif, ou la neutralisation sur son taux de progression, des dépenses aujourd'hui transférées à d'autres financeurs afin de faciliter sa réalisation nominale. S'ils réduisent la dépense

comprise dans le champ de l'ONDAM, ces transferts n'ont en effet pas d'incidence sur le solde global des administrations publiques.

Au stade de l'exécution de l'ONDAM, les risques de dépassement de ce dernier appellent par ailleurs une mise à contribution de l'ensemble des secteurs de l'offre de soins afin d'en assurer le respect, y compris les soins de ville qui en ont été à ce jour exemptés pour l'essentiel.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

4. pour les soins de ville, instaurer une réserve prudentielle infra-annuelle permettant de maîtriser les dépassements et mettant en jeu plusieurs mécanismes possibles en fonction de la nature des dépenses de ville concernées (accords prix-volume, mise en réserve annuelle d'une partie des augmentations conventionnelles ou des dotations forfaitaires) ;

5. annexer à l'ONDAM un objectif de maîtrise des déficits et de la dette des établissements publics de santé ;

6. compléter la « charte de l'ONDAM » afin de neutraliser l'incidence sur le taux d'évolution de l'objectif de l'ensemble des mesures de périmètre (transferts de dépenses et de recettes non compensés avec d'autres financeurs, contractions de recettes et de dépenses) et de réserver la qualification d'économies aux diminutions nettes des dépenses ;

7. supprimer le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique et réintégrer dans l'ONDAM l'intégralité de la dépense de médicaments (recommandation réitérée) ;

8. aligner les calendriers du constat définitif de l'ONDAM et de la clôture des comptes des établissements publics de santé sur celui des comptes de l'assurance maladie (soit le 15 mars de l'année suivante).
