

Chapitre II

Les dépenses d'assurance maladie

entre 2010 et 2019 : des progrès

dans la maîtrise globale des dépenses,

des réformes à intensifier

PRÉSENTATION

L'introduction en 1997 d'un objectif national pour les dépenses d'assurance maladie (Ondam), soumis chaque année au vote du Parlement à travers la loi de financement de la sécurité sociale, constituait une avancée décisive en termes de contrôle par la représentation nationale de la part, majeure en France (75 %), des dépenses de santé financées sur fonds publics.

Au cours de ses dix premières années d'existence, l'Ondam a été systématiquement dépassé, paraissant de ce fait peu crédible en tant qu'instrument de régulation des dépenses de maladie. À partir de 2010, le choix politique a été d'assurer un respect strict de l'objectif fixé annuellement par le législateur et de mettre en œuvre des outils de

annuelle de la dépense, ramenée en moyenne à 2,3 % sur la période au lieu de près de 4,3 % entre 1997 et 2009, en ligne avec les évolutions du produit intérieur brut, a ainsi été observé et, chaque année, l'objectif de dépense a été respecté depuis 2010.

Il est apparu à la Cour utile d'effectuer un bilan de la régulation des dépenses de santé par l'Ondam au cours de la dernière décennie. Ce faisant, la Cour n'entend pas revenir dans le détail sur les méthodologies de construction et de pilotage de l'Ondam, analysées en 2018⁹⁹. Elle ne souhaite pas non plus porter une appréciation sur les politiques de santé, que l'Ondam ne fait qu'encadrer sur le plan financier, ni procéder à l'analyse détaillée des marges d'efficacité que recèle le système de soins français, qu'elle documente par ailleurs dans ses divers rapports. S'agissant d'un bilan couvrant la période 2010-2019, l'actualité la plus récente, comme la crise sanitaire, ou les accords dits du « Ségur de la santé », n'est pas analysée en tant que telle. L'objectif est d'éclairer l'application de la régulation financière opérée par l'Ondam aux différents segments de l'offre de soins (ville, hôpital et clinique, établissements et services médico-sociaux) et son articulation avec les politiques de réforme du système de santé.

Ce bilan souligne les acquis, à préserver, d'une régulation financière (I) dont il convient cependant de corriger les limites (II) et qu'il est nécessaire de mieux relier, dans un cadre pluriannuel, avec les différents leviers de transformation structurelle du système de santé (III).

⁹⁹ Cour des comptes, « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie, une construction et une exécution fragiles », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

I - La régulation des dépenses de santé par l'Ondam, des acquis à préserver

L'Ondam est devenu la référence centrale de la régulation des dépenses d'assurance maladie, à compter du moment où son respect est devenu une priorité. Le renforcement de la régulation des dépenses de santé a permis un net ralentissement de la progression annuelle des dépenses jusqu'en 2016, tout en maintenant un haut niveau de prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de santé.

Les dépenses d'assurance maladie, une régulation délicate

Le montant global de l'Ondam représente un objectif et non un plafond de dépenses, à la différence des crédits limitatifs encadrant les dépenses budgétaires de l'État.

Il s'applique en effet à des dépenses de sécurité sociale, dont la majeure partie correspond à des remboursements de soins ou des versements de revenus de remplacement¹⁰⁰, qui constituent pour leurs bénéficiaires des droits ouverts individuels. Dès lors que les conditions prévues par la réglementation de la sécurité sociale sont respectées, notamment le principe d'une prescription par un médecin, les régimes d'assurance maladie ont ainsi l'obligation de couvrir les dépenses présentées au remboursement ou à la prise en charge.

Les dépenses résultent en outre de décisions individuelles, qu'il s'agisse du recours aux professionnels de santé, régi en France par le libre choix des patients, ou des pratiques de ces professionnels, qui exercent dans le cadre de la liberté de prescription, des règles déontologiques et des règles de l'art de leur profession.

A - Un objectif mieux respecté

1 - Le vote annuel de l'Ondam, instrument de contrôle des dépenses de l'assurance maladie par le Parlement

L'Ondam encadre l'évolution des dépenses des régimes d'assurance maladie obligatoire. Il ne s'identifie donc pas à la consommation de soins

¹⁰⁰ Indemnités journalières maladie et accidents du travail et maladies professionnelles.

de la population, mais il en représente la plus large part : en 2018, la sécurité sociale, en France, finançait 75 % de la dépense courante de santé.

Au vu de la part des dépenses de soins dont la prise en charge est assurée par la sécurité sociale, donc par des ressources issues de prélèvements obligatoires, la détermination, par le Parlement, du cadre d'évolution de ces dépenses a été décidée lors de la réforme de 1996. Prévu depuis 1997, lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le vote annuel de l'Ondam par le Parlement, concomitant à celui des ressources servant à financer les dépenses, exprime donc les arbitrages nécessaires pour concilier la couverture des besoins de santé de la population et les ressources publiques que la collectivité décide d'y consacrer.

Le Parlement vote non seulement l'objectif de dépenses global, mais également des sous-objectifs par secteur de l'offre de soins et par prescripteur : soins de ville, établissements de santé (publics et privés), établissements et services pour personnes âgées, établissements et services pour personnes handicapées depuis 2006, fonds d'intervention régional (Fir) depuis 2014¹⁰¹. La fixation d'objectifs différenciés permet de donner une traduction financière à certaines orientations des politiques de santé, comme le virage ambulatoire¹⁰², ou la recherche d'une plus grande efficacité de gestion¹⁰³ dans le champ de l'hospitalisation à travers les réorganisations territoriales : sur la période 2010-2019, l'objectif de dépenses des soins de ville a ainsi augmenté de 24 %, contre 20 % pour celui des dépenses d'hospitalisation, la France restant cependant l'un des pays de l'OCDE pour lequel la part de l'hospitalisation est la plus élevée¹⁰⁴.

¹⁰¹ Créé juridiquement en 2012, le fonds n'a été doté qu'à partir de 2014. Cf. chapitre V « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire » du présent rapport.

¹⁰² Cf. Cour des comptes, « Le virage ambulatoire du système de santé, de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁰³ Cf. chapitre IV « Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre » du présent rapport.

¹⁰⁴ Comparés par la part de l'hospitalisation dans la dépense courante de santé, sur 26 pays, seules la Grèce, la Pologne et l'Autriche présentent un poids de l'hospitalisation plus important que celui de la France (31,6 %), contre par exemple 27,5 % pour l'Allemagne ou 21,9 % pour la Suède.

**Tableau n° 15 : dépenses constatées par sous-objectif depuis 2010
(Md€)**

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Progression annuelle 2010-2019
<i>Soins de ville</i>	73,7	75,6	76,8	78,2	80,6	82,5	84,4	86,9	89,0	91,4	2,4 %
<i>Établissements de santé</i>	68,7	70,5	72,5	73,9	75,5	76,8	78,0	78,8	80,6	82,5	2,0 %
<i>Établissements pour personnes âgées</i>	7,3	7,6	8,0	8,5	8,6	8,8	8,9	9,0	9,2	9,6	3,0 %
<i>Établissements pour handicapés</i>	9,4	9,8	9,9	10,2	10,5	10,6	10,7	10,9	11,1	11,4	2,1 %
<i>Fir</i>	3,3	3,3	3,3	3,3	3,1	3,2	3,1	3,2	3,3	3,5	0,8 %
<i>Autres prises en charge</i>	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,3	3,5 %
Ondam total	164,1	168,5	172,4	176,0	180,3	183,8	187,0	191,1	195,5	200,6	2,3 %

Dépenses calculées à champ constant

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

La progression annuelle moyenne de 2,3 % enregistrée depuis 2010 pour les dépenses de l'Ondam recouvre ainsi des évolutions contrastées :

- les soins de ville ont progressé de 2,4 % par an, sous l'effet de la hausse des honoraires médicaux et paramédicaux (dont 2,8 % pour les spécialistes jusqu'en 2019 et 5,3 % pour les infirmiers), des transports (4,2 % en moyenne annuelle¹⁰⁵) et des indemnités journalières (2,4 % en moyenne annuelle, recouvrant un faible dynamisme jusqu'en 2014, puis des progressions annuelles supérieures à 4 % après 2016), la biologie étant plus stable (+0,6 %, cette progression, après 8 ans de stabilité, tenant au remboursement du dépistage non invasif de la trisomie 21 en 2019), ainsi que les médicaments nets de remise et les dispositifs médicaux¹⁰⁶ ;

¹⁰⁵ Après neutralisation du transfert de 230 M€ de dépenses vers le sous-objectif relatif aux établissements de santé en 2019 dans le cadre de la réforme du financement des transports inter-établissements (article 80 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019).

¹⁰⁶ Cf. chapitre VI « La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer » du présent rapport.

- le sous-objectif établissements de santé a connu une hausse annuelle moyenne de 2,0 % à champ constant, recouvrant une progression de 2,4 % pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique (MCO), une progression annuelle limitée à 1,1 % pour les établissements de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR) publics, et s'élevant en revanche à 3,3 % pour la psychiatrie et les SSR privés ;
- les sous-objectifs médico-sociaux personnes âgées et personnes handicapées ont respectivement vu leurs dépenses croître de 3,0 % et de 2,1 % en moyenne annuelle ;
- les autres prises en charge, qui correspondent notamment aux dépenses à l'étranger des assurés des régimes français d'assurance maladie (dont la prise en charge hors de France de personnes handicapées et les frais d'assistance médicale à la procréation engagés par les Français dans des pays européens) ont crû en moyenne de 3,5 % tout au long de cette période.

En conséquence, la structure de l'Ondam s'est légèrement modifiée au cours de la période : la part des soins de ville est passée de 44,9 % en 2010 à 45,6 % en 2019 à périmètre constant, celle des établissements de santé diminuant de 41,9 % à 41,1 %.

2 - Malgré un resserrement marqué jusqu'en 2016, un objectif globalement respecté depuis dix ans

En six ans, le taux de progression de l'Ondam a été ramené de 3 % en 2010 à 1,8 % en 2016. Ce ralentissement, dans un contexte financier dégradé, a été facilité par la décélération de l'inflation, ramenée en moyenne à 1,1 % entre 2010 et 2019, contre 1,7 % durant la décennie précédente.

Alors même qu'avec des taux de progression beaucoup plus élevés, il n'avait jamais été respecté entre 1997 et 2009¹⁰⁷, le niveau de l'Ondam fixé chaque année en loi de financement de la sécurité sociale n'a plus été dépassé en exécution entre 2010 et 2019. Durant cette période, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, qui doit saisir les ministres de tout risque sérieux de dépassement de l'Ondam supérieur à 0,5 %¹⁰⁸, n'a jamais eu l'occasion de le faire¹⁰⁹. En 2020, le comité d'alerte n'a pas jugé utile, lors de son avis rendu le 30 mai, de notifier une alerte justifiant l'engagement de la procédure de mesures de redressement, puisqu'il avait été informé par un courrier des ministres chargés de la santé et des comptes publics en date du 20 mai de l'intention du Gouvernement de proposer à l'occasion de la prochaine loi de financement une rectification à la hausse de l'Ondam pour 2020 afin d'intégrer les dépenses supplémentaires dues à la crise sanitaire.

Le respect global de l'Ondam entre 2010 et 2019 doit cependant être nuancé par l'analyse des évolutions dans le temps et par secteur.

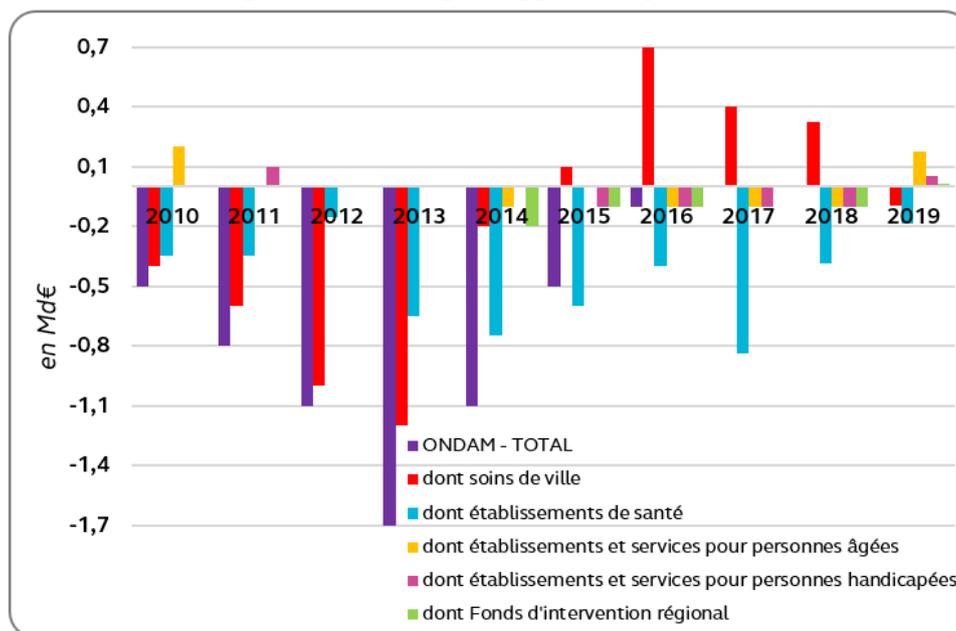
Deux sous-périodes peuvent être distinguées : durant la première partie de la dernière décennie, les dépenses ont évolué sensiblement en deçà des objectifs annuels, puis à compter de 2016, elles ont été quasiment égales à l'objectif annuel sans toutefois jamais le dépasser.

¹⁰⁷ Plus d'1 Md€ de dépassement en moyenne annuelle entre 2004 et 2009.

¹⁰⁸ Ce seuil, initialement fixé à 0,75 %, a été abaissé progressivement à 0,5 % entre 2011 et 2013.

¹⁰⁹ Antérieurement, en 2007, le comité avait dès le mois d'avril alerté le Gouvernement sur un risque de dépassement de 2 Md€, lequel a pris des mesures de redressement pour un total de 400 M€, qui n'ont pas empêché un dépassement de l'objectif à hauteur de 2,9 Md€ à la fin de l'année 2007.

Graphique n° 6 : exécution de l'Ondam et de ses sous-objectifs depuis 2010 (écart par rapport à la prévision)



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

Par ailleurs, alors que jusqu'en 2013, les dépenses de soins de ville étaient inférieures au sous-objectif les encadrant, la situation s'est inversée à partir de 2015 et ce, jusqu'en 2018. De leur côté, les dépenses des établissements de santé financées par l'assurance maladie sont constamment restées en deçà de l'objectif annuel, l'écart, quoique s'amenuisant, compensant le dépassement constaté sur les soins de ville¹¹⁰. Toutefois, le respect par les établissements de santé, dans leur ensemble, de l'objectif les concernant, s'est accompagné de déficits importants pour certains d'entre eux¹¹¹ et d'une progression globale de la dette des hôpitaux (30,5 Mds€ en 2018).

¹¹⁰ Les deux sous-objectifs relatif au secteur médico-social, correspondant aux versements annuels faits par l'assurance maladie à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, ne sont pas, par construction, susceptibles d'être dépassés en fin d'exercice.

¹¹¹ Les déficits des établissements publics de santé représentaient 875 M€ en 2017 et 660 M€ en 2018. Les résultats 2019 ne seront disponibles qu'à la fin 2020, en raison du report à septembre de la date de clôture de leurs comptes, motivée par la crise sanitaire.

3 - Un desserrement en fin de période

La loi de programmation des finances publiques 2018-2022¹¹² imprime une nouvelle direction à la trajectoire de la dépense de l’Ondam, que la loi de programmation entendait stabiliser à un taux de croissance annuel de 2,3 %.

Cependant, ce taux a été relevé à 2,5 % pour 2019 dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie « Ma santé 2022 »¹¹³. Puis la crise des urgences suivie de la crise hospitalière ont conduit à rehausser à 2,45 % l’Ondam inscrit dans la loi de financement pour 2020, dont la divergence par rapport à la trajectoire de la loi de programmation était ainsi accentuée, avant même la crise sanitaire.

B - Des niveaux de dépenses et de prise en charge élevés

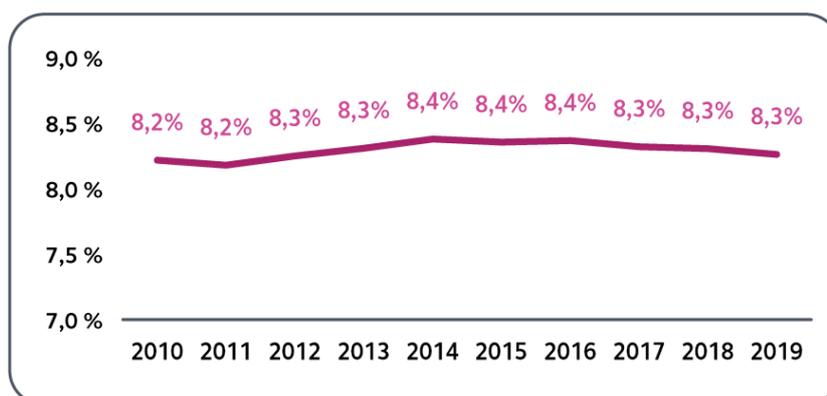
1 - Une part du PIB consacrée aux dépenses de santé stabilisée et restant parmi les plus élevées des pays européens

La progression des dépenses d’assurance maladie a significativement ralenti en France depuis 2010, l’Ondam rapporté au PIB étant stabilisé à champ constant autour de 8,3 % au cours des dernières années, soit un niveau élevé plaçant la France au premier rang des pays européens, à égalité avec l’Allemagne, et devant le Royaume-Uni, l’Espagne ou l’Italie.

¹¹² Loi du 22 janvier 2018.

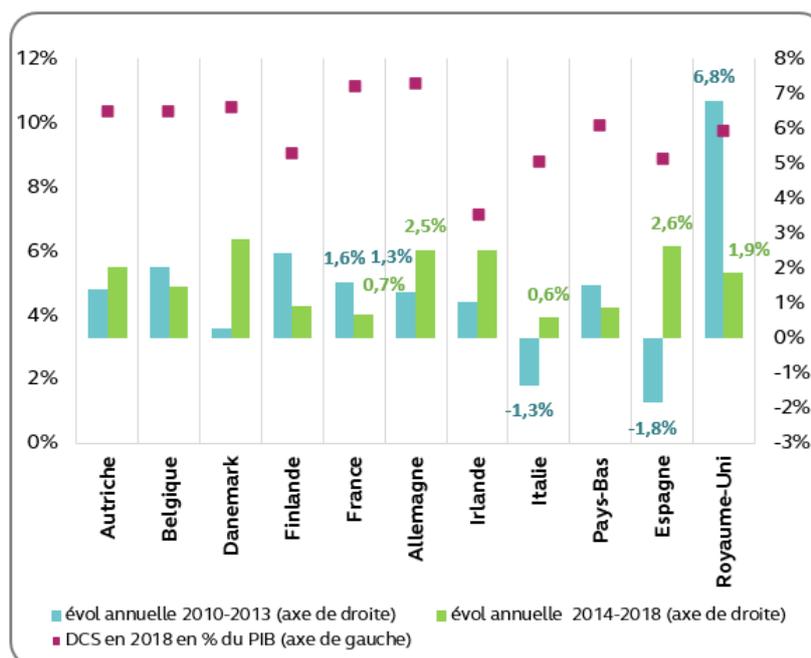
¹¹³ Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l’organisation et à la transformation du système de santé.

Graphique n° 7 : Ondam rapporté au PIB (en %)



Source : Cour des comptes, données Insee

Graphique n° 8 : évolution des dépenses de santé en Europe



DCS : dépense courante de santé.

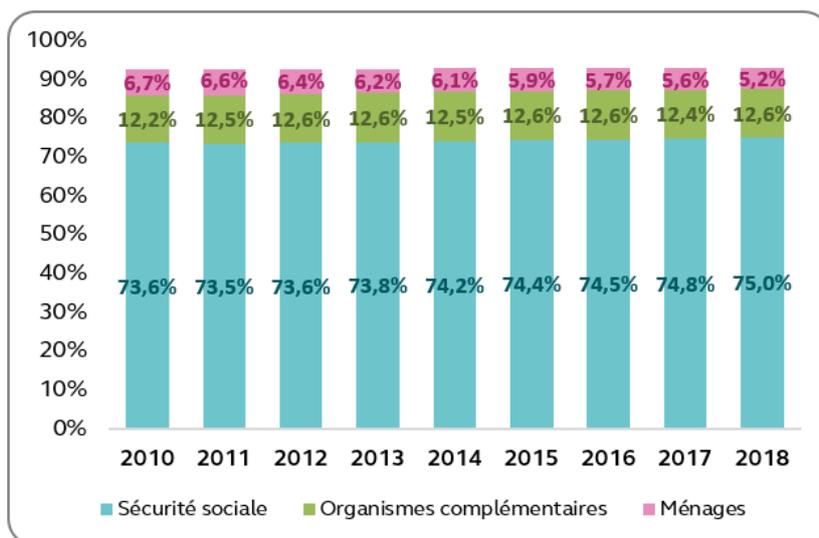
Source : OCDE

2 - Un haut niveau de prise en charge

Le resserrement du taux de progression de l'Ondam n'a pas entraîné un amoindrissement de la part socialisée des dépenses de santé. La réduction du périmètre de biens et services pris en charge par l'assurance maladie par des déremboursements ou la mise à contribution des assurés, comme cela avait pu être pratiqué antérieurement¹¹⁴, a en effet été écartée comme moyen de maîtrise de l'évolution des dépenses.

Grâce à l'augmentation constante de la part de l'assurance maladie obligatoire, la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages a même légèrement baissé, la France restant ainsi le pays d'Europe dans laquelle cette dernière est la plus faible.

Graphique n° 9 : contribution de l'assurance maladie à la couverture des dépenses de santé



Source : direction de la recherche, des études, des évaluations et des statistiques

N.B. Le solde à 100 % est composé de diverses dépenses financées notamment par l'État et les collectivités locales.

¹¹⁴ La dernière évolution en ce sens a été l'institution de la franchise médicale par l'article 52 de la loi de financement pour 2008.

II - Une régulation annuelle perfectible dans son élaboration et sa mise en œuvre

Une meilleure information du Parlement est souhaitable sur la construction et le suivi des mesures destinées à respecter le cadrage financier de l'Ondam. La régulation annuelle des dépenses doit cependant concerner l'ensemble des secteurs de l'offre de soins.

A - Des améliorations techniques possibles

Le pilotage de l'Ondam et de ses sous-objectifs soulève des questions relatives à sa méthode de construction et à l'outillage servant à piloter son exécution dans les différents secteurs de l'offre de soins. Il exige précision et rigueur dans la mesure de son respect.

1 - Les faiblesses méthodologiques de la construction de l'objectif

La Cour a évoqué à plusieurs reprises¹¹⁵ les incertitudes techniques du mode de construction de l'objectif annuel, qui repose sur une estimation de l'évolution tendancielle des dépenses, la prise en compte des mesures nouvelles envisagées, et l'identification des économies attendues du système de santé (4,2 Md€ en 2018 et 3,8 Md€ en 2019).

Il n'est pas anormal que cet exercice présente un certain caractère conventionnel et normatif. Toutefois, il y a lieu d'éviter des biais, dont l'effet répété chaque année pourrait entraîner sur une plus longue période des conséquences qui ne seraient pas souhaitées.

L'évolution tendancielle des soins de ville est calculée en prolongeant la consommation de soins constatée les années précédentes, puis en redressant cette consommation des actions de maîtrise médicalisée (lutte contre l'usage abusif des antibiotiques, promotion des génériques, etc.). Une fois intégrées les mesures nouvelles, la progression tendancielle ainsi mesurée se situe au-delà de 5 % par an (5,1 % en 2018, 5,2 % en 2019). Toutefois, la Cour a régulièrement souligné que l'évaluation de

¹¹⁵ Notamment, Cour des comptes, *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2016 et octobre 2018 ; *La Sécurité sociale – la situation financière de la sécurité sociale en 2018*, juin 2019 ; La Documentation française, disponibles sur www.ccomptes.fr.

l'évolution tendancielle spontanée des dépenses servant à construire l'Ondam devrait tenir compte des économies de maîtrise médicalisée réalisées les années antérieures.

L'évolution tendancielle des soins hospitaliers n'est pas calculée comme celle des soins de ville par une approche statistique, en raison d'éléments exogènes¹¹⁶ difficilement prévisibles, qui ont un impact sur la progression annuelle. La méthode se fonde sur une estimation de la progression prévisionnelle des charges hospitalières, à laquelle sont ajoutées les mesures nouvelles, pour déboucher sur une évolution tendancielle de 4 % en 2018, puis 3,4 % en 2019.

Cette approche soulève toutefois des questions méthodologiques : l'exclusion des personnels en contrat à durée déterminée et des internes de l'assiette des frais de personnel sensibles à l'activité est critiquable, de même que celle de la sous-traitance générale pour l'assiette des charges à caractère médical ; l'élasticité¹¹⁷ des frais de personnel à l'activité, évaluée à 0,7, se fonde sur des études anciennes (examen de l'évolution des charges de plusieurs hôpitaux situés aux États-Unis à la fin des années 1990), qui gagneraient à être actualisées et à intégrer les gains de productivité progressivement réalisés grâce au développement de la chirurgie ambulatoire.

2 - Des mesures d'économies insuffisamment étayées

Les méthodes d'évaluation *ex ante* des économies sont perfectibles, de même que la façon dont elles sont constatées en exécution.

La définition des différentes mesures d'économies est souvent discutable¹¹⁸. Certaines mesures peuvent ainsi être qualifiées d'économies alors qu'il s'agit en fait d'un simple transfert de la dépense en dehors du périmètre de l'Ondam, ou de prélèvements effectués sur les réserves de certains fonds ou entités (comme la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie), ou des résultats de la lutte contre la fraude, qui prennent en compte une partie des résultats de l'année, et non l'évolution de ces résultats d'une année à l'autre.

¹¹⁶ La régulation infra-annuelle, l'ajustement des différentes dotations de financement et les ajustements prix/volume sur les tarifs.

¹¹⁷ L'élasticité d'une variable B par rapport à une variable A est la variation de B quand A varie de 1 %.

¹¹⁸ Cour des comptes, « L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Par ailleurs, le chiffrage et le suivi des résultats de ces mesures sont également insuffisants, qu'il s'agisse de ceux affichés par l'assurance maladie en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville (dont le taux de réalisation était à peine supérieur à 50 % en 2019) ou par le ministère chargé de la santé en matière d'économies sur les achats hospitaliers.

À partir de 2015, deux plans pluriannuels d'économies ont été définis pour les périodes 2015-2017, et 2018-2022. Le premier prévoyait de dégager 10 Md€ d'économies autour de quatre axes : poursuite du virage ambulatoire, pertinence des soins, gradation des soins et structuration des soins de proximité. Les économies prévues par le second n'ont pas été rendues publiques dans le détail. Leur montant total attendu était estimé à 15 Md€, ce plan s'articulant autour des thématiques privilégiées dans la stratégie « Ma Santé 2022 ». Dans le principe, la mise en perspective pluriannuelle des efforts d'efficience à réaliser est pertinente. Toutefois, ces plans pèchent par l'insuffisance de la documentation des mesures, notamment des modalités de leur réalisation, ainsi que par l'absence de bouclage avec les prévisions annuelles de l'Ondam au titre des lois de financement de la sécurité sociale.

De manière générale, l'annexe 7 de la loi de financement de la sécurité sociale consacrée à l'Ondam, qui documente chaque année, de manière descriptive, l'évolution des dépenses, ne fournit à la représentation nationale aucun élément précis sur la mise en œuvre des économies prévues dans l'exercice de construction de l'objectif. Des informations figurent bien dans l'annexe I consacrée aux programmes de qualité et d'efficience, notamment pour ce qui concerne les mesures de maîtrise médicalisée pilotées par la caisse nationale d'assurance maladie. Néanmoins, en dépit de leur intérêt, elles ne donnent pas une vision complète des économies effectivement réalisées en cohérence avec l'ensemble de celles qui étaient attendues.

Au total, il est difficile d'identifier la part des économies attendues effectivement réalisées et de connaître leur contribution au respect de l'Ondam par rapport à l'effet des mesures de régulation sur les tarifs ou les dotations, ou à d'éventuelles sous-estimations de l'évolution tendancielle des dépenses.

3 - Des règles de calcul à mieux respecter

L'Ondam est un agrégat de dépenses, qui est construit sur la base de données comptables, et non statistiques. Même s'il n'a pas une finalité comptable, il est essentiel que son suivi d'une année sur l'autre ne soit pas faussé par l'application de traitements comptables discutables, comme ceux que la Cour a pu avoir l'occasion de relever.

C'est le cas notamment de mauvaises prises en compte de faits générateurs des dépenses et d'exercices de rattachement des dépenses et des recettes en atténuation de ces dernières. La Cour a ainsi constaté que les résultats 2019 de la branche maladie avaient été minorés à tort par l'absence de rattachement à cet exercice de produits à recevoir de remises versées par les laboratoires pharmaceutiques, ce qui a majoré à hauteur de 680 M€ le niveau de l'Ondam exécuté et augmente d'autant le déficit 2019 de la branche maladie, et à l'inverse rendra plus aisé le respect de l'objectif au titre des exercices suivants durant lesquels les remises auront effectivement été versées et seront donc déduites des dépenses.

La Cour a également constaté des changements fréquents de méthode ou de présentation qui faussent le suivi des évolutions des dépenses d'une année sur l'autre. Ainsi, la Cour a relevé qu'en 2017, comme en 2016, l'ampleur des biais de présentation avait conduit à minorer de 0,25 point le taux de progression prévisionnel de l'Ondam.

Une annexe à la loi de programmation des finances publiques, dite « charte de l'Ondam », apporte des précisions méthodologiques sur la mesure de l'objectif et de ces évolutions. La Cour a cependant recommandé¹¹⁹ que ce document soit complété pour préciser les règles relatives aux dépenses, aux recettes et aux économies.

4 - Des mécanismes de financement du secteur médico-social à simplifier

Les circuits de financement des établissements et services médico-sociaux rendent peu transparente la régulation financière de ce secteur.

¹¹⁹ Cour des comptes, « L'objectif national des dépenses d'assurance maladie : une construction et une exécution fragiles », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

Le financement du secteur médico-social

Depuis la création en 2004 de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les dépenses publiques de santé des établissements et services médicaux sociaux recensées dans l'objectif global de dépense (OGD)¹²⁰, qui a atteint 22,5 Md€ en 2019, ne sont plus intégralement répertoriées dans l'Ondam. Ce dernier représente plus de 90 % des ressources de la CNSA. Elle mobilise également à cette fin les recettes qui lui sont affectées directement (à hauteur de 1,4 M€ en 2019), complétées en tant que de besoin par des prélèvements sur fonds propres et par un ajustement de ses réserves, qui s'élevaient à 618,6 Md€ fin 2018.

Il en résulte une architecture articulant les deux sous-objectifs de l'Ondam consacrés au médico-social et l'OGD, ce deuxième objectif, plus large, n'étant pas soumis au vote du Parlement. L'OGD a pourtant une signification économique plus importante pour la CNSA, qui arrête sur sa base les dotations limitatives attribuées aux agences régionales de santé.

Les réserves de la CNSA, abondées au cours des années où l'exécution de l'Ondam médico-social et de l'objectif global de dépense (OGD) était inférieure aux prévisions, sont, de plus, mises à contribution depuis 2014 pour financer cet objectif.

Leur apport ne représente pas plus de 1 % de la dépense finale (OGD exécuté), mais l'écart entre la contribution prévue lors du vote de l'Ondam et la contribution effective est souvent significatif (-192 M€ en 2019), alors que l'OGD définitif se situe assez systématiquement en retrait par rapport à la prévision initiale, pour des montants limités (écarts de 31 M€ en 2018 et 36 M€ en 2019).

Il aurait été plus simple, plus clair et plus transparent vis-à-vis du Parlement, qui n'approuve pas l'OGD, de faire en sorte que le financement des établissements médico-sociaux *via* la CNSA soit exclusivement assuré par une enveloppe Ondam médico-social.

La loi organique relative à la dette sociale et à l'autonomie du 7 août 2020 porte les bases d'une clarification, puisqu'elle prévoit l'adjonction d'une annexe à la LFSS qui indiquera, outre les dépenses de sécurité sociale, l'évolution de la dépense nationale relative à l'aide à l'autonomie des personnes âgées et des personnes en situation de handicap, ainsi que

¹²⁰ Article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles : « *Le financement de celles des prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 qui sont à la charge des organismes de sécurité sociale est soumis à un objectif de dépenses. Cet objectif est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget [...]* ».

les modes de prise en charge de cette dépense. Par ailleurs, en supprimant le nombre minimal de sous-objectifs que doit comprendre l'Ondam, elle rend aussi possible leur recombinaison, qui pourrait résulter de l'institution d'une cinquième branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie.

B - Une régulation variable selon les secteurs

Les différents secteurs ont contribué de manière différenciée au respect de l'Ondam.

1 - La contribution contrastée du secteur des produits de santé

Les dépenses de produits de santé, médicaments et dispositifs médicaux remboursés par l'assurance maladie représentaient un montant de 35,7 Md€ en 2019, soit 17,8 % de l'Ondam.

Sans que leurs dépenses constituent en tant que tel un sous-objectif, les secteurs concernés ont contribué aux économies réalisées ces dernières années. Les dépenses ont crû en moyenne à un rythme de 1,5 % par an au cours des dix dernières années, soit un rythme significativement moins rapide que celui de l'Ondam. Ces évolutions résultent des économies supportées par les fabricants et les distributeurs, principalement du secteur du médicament, qui ont pris la forme de baisses des tarifs (ou de versements de remises), plus que de diminution des volumes prescrits. Ces baisses sont fixées sous forme d'objectifs d'économies au moment de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le comité économique des produits de santé (CEPS) devant les réaliser l'année suivante.

Le rythme modéré de progression de la dépense doit cependant être relativisé, dans la mesure où il résulte de plusieurs dynamiques contrastées :

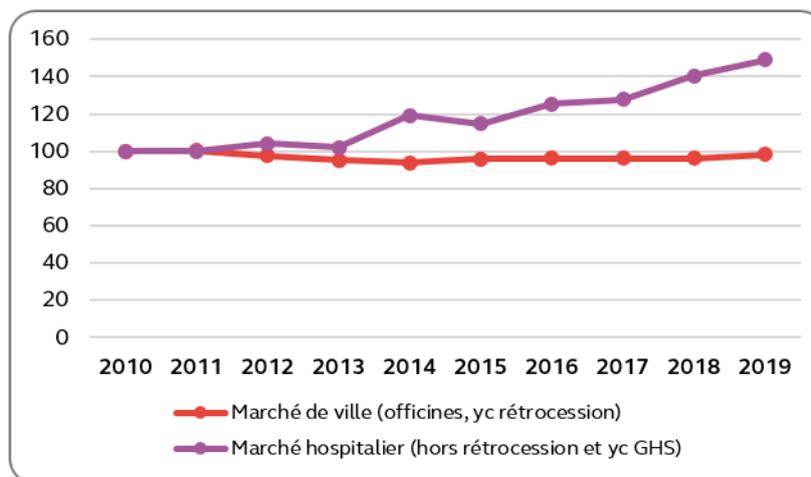
- une modération des remboursements de médicaments en ville¹²¹ (en croissance de +0,9 % par an en moyenne) ;
- la croissance forte des dépenses de dispositifs médicaux utilisés en ville, à hauteur de +4,9 % par an ;
- la progression très rapide de la dépense au titre des produits de santé onéreux et innovants, remboursés aux établissements de santé « en sus » des tarifs rémunérant les séjours, soit +6,1 % par an pour les médicaments et +3,0 % par an pour les dispositifs médicaux ;

¹²¹ Y compris certains médicaments, vendus au public par les pharmacies d'usage intérieur (PUI) des établissements de santé.

- enfin, venant en déduction de l'Ondam, le montant des remises et autres contributions reversées à l'assurance maladie par les fabricants, qui est passé entre 2010 et 2019 de 245 M€ à 2,4 Md€. Au sein de ce montant, force est de constater la faible proportion des remises relatives à des dispositifs médicaux (50 M€), ce qui renforce le constat de la faible contribution de ces produits de santé à la maîtrise de la dépense¹²².

Les principaux facteurs de hausse des remboursements de médicaments sont le résultat de l'arrivée de traitements innovants (traitements de l'hépatite C, anticancéreux, anti-rétroviraux dans une moindre mesure) : elle se traduit par une augmentation des montants vendus aux établissements de santé et prescrits dans ces derniers (cf. graphique).

Graphique n° 10 : évolution (base 100) du chiffre d'affaires des médicaments remboursés ou pris en charge par l'assurance maladie réalisé en ville et en établissements de santé (2010-2019)



Source : Cour des comptes d'après données CEPS et GERS, France métropolitaine (officines)

¹²² Cf. chapitre VI « La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer » du présent rapport.

2 - Des degrés de régulation différents des secteurs de l'hospitalisation et des soins de ville.

La loi de programmation des finances publiques pour la période 2011-2014¹²³ a institué l'obligation de mettre en réserve l'équivalent de 0,3 % du montant de l'Ondam.

a) Une régulation portant fortement sur le secteur de l'hospitalisation

Principal levier infra-annuel utilisé pour garantir le respect de l'objectif, ce mécanisme permet de se prémunir contre un dépassement de celui-ci, à hauteur des réserves sur les dotations budgétaires constituées en début d'année. Il repose également sur des coefficients de minoration prudentielle des tarifs d'hospitalisation, permettant de mettre en réserve en début d'exercice une partie de la masse financière dédiée au financement de l'activité par les tarifs d'hospitalisation et d'en libérer tout ou partie en fonction des dépenses effectivement constatées au terme de l'exercice. Il a été essentiellement appliqué aux établissements de santé, et dans une moindre mesure aux établissements et services médico-sociaux¹²⁴.

Les crédits mis en réserve ont été annulés en fin d'exercice, en tout ou partie, chaque année jusqu'en 2016. À partir de 2017, le ralentissement de la progression de l'activité hospitalière, qui n'avait pas été intégré dans la construction tarifaire initiale, a conduit au versement de dotations complémentaires aux hôpitaux, neutralisant les effets du gel, voire le surcompensant en 2018 et 2019. La part du financement de l'hospitalisation tarifée à l'activité a fait par ailleurs l'objet d'une régulation prix/volume dans le cadre des campagnes tarifaires annuelles¹²⁵ jusqu'en 2018. En 2019, il a été décidé de ne plus prévoir de baisses des tarifs dans le cadre de ces campagnes, ce qui limite de ce fait l'impact du mécanisme de l'ajustement des prix en fonction des volumes.

¹²³ La loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 prévoit à son article 8 que pour garantir le respect des montants fixés au II, une partie des dotations relevant de l'Ondam est mise en réserve au début de chaque exercice. Son montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'Ondam.

¹²⁴ En 2019, ces mises en réserve atteignaient 601 M€, réparties entre les établissements de santé (416 M€, soit 0,5 % du sous-objectif prévisionnel) et les établissements du secteur médico-social (150 M€, soit 0,7 % des sous-objectifs concernés).

¹²⁵ Les tarifs sont ajustés à l'occasion des « campagnes tarifaires » annuelles en fonction de la progression prévisionnelle d'activité, de manière à ne pas dépasser l'enveloppe prévue pour les versements tarifaires dans la construction de l'Ondam.

b) Une quasi absence de régulation des soins délivrés en ville

Les soins délivrés par les professionnels libéraux en ville n'ont pas fait l'objet d'un encadrement équivalent, à l'exception de la biologie.

La biologie, exemple d'une régulation prix volume

Les deux conventions triennales conclues par l'assurance maladie avec les biologistes libéraux pour 2014-2016 puis 2017-2019 introduisent une régulation pluriannuelle de la dépense, les tarifs diminuant temporairement en N+1 lorsque la progression des dépenses dépasse un certain taux, fixé à 0,25 % par an. Cet encadrement a permis de stabiliser la dépense jusqu'en 2019, du fait notamment des gains de productivité dégagés par l'industrialisation des processus de production des laboratoires.

Sauf cette exception, deux décennies après l'échec du système des lettres clé flottantes¹²⁶, ni l'État ni l'assurance maladie n'ont depuis tenté d'instaurer un lien entre l'évolution des rémunérations des professionnels libéraux et la progression globale de la dépense de santé.

**Ondam et conventions avec les professions libérales,
des logiques différentes**

Le rythme des négociations menées par l'assurance maladie avec les différentes professions de santé, qui modifient pour plusieurs années le cadre conventionnel régissant les remboursements d'honoraires, s'inscrit difficilement dans le cadre annuel de l'Ondam. Il n'y a pas de lignes directrices explicites formulées par les ministres de tutelle qui encadreraient l'impact financier des revalorisations d'honoraires.

¹²⁶ Les lettres sont utilisées pour calculer le tarif des prestations des libéraux, chaque acte étant affecté d'un coefficient qui, appliqué à la valeur de la lettre clé, détermine son tarif. Introduit par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le système des lettres clé flottantes consistait à faire fluctuer la valeur des lettres clé en fonction de l'évolution des remboursements. Sur fond de dissensions entre l'État et l'assurance maladie, il n'a pas pu fonctionner comme mode global de régulation et a été abrogé par la loi de financement pour 2003.

Les revalorisations, accordées à l'occasion de la signature d'avenants aux conventions unissant l'assurance maladie aux praticiens libéraux, ont un impact durable sur l'Ondam soins de ville, estimé à 910 M€ pour l'année 2019 (dont 250 M€ correspondant à la revalorisation des soins dentaires conservateurs dans le cadre du « 100 % santé »¹²⁷).

Alors que la Cour préconisait, ces dernières années, l'introduction d'un mécanisme associant effectivement la médecine de ville à la régulation infra-annuelle des dépenses, la réserve prudentielle (cf. *supra*) de 120 M€, créée par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2019, portée à 150 M€ pour 2020, ne saurait être considérée que comme l'amorce de dispositifs de régulation plus conséquents qui restent à construire¹²⁸.

III - Une articulation nécessaire entre régulation financière et réformes structurelles

La gestion de l'Ondam vise le seul respect de l'objectif annuel. Désormais l'intensification de l'action sur les déterminants de la dépense de santé et sur l'organisation du système de soins doit accompagner plus étroitement la régulation financière.

A - Une régulation annuelle indispensable, mais qui n'est pas suffisante

Si l'annualité de l'Ondam permet un pilotage précis de la dépense, les outils de régulation sont mis en œuvre dans une perspective de court terme, et à travers les seuls instruments budgétaires et tarifaires. Elle ignore en pratique les évolutions sous-jacentes des dépenses de santé.

¹²⁷ Dispositif entré en vigueur au 1^{er} janvier 2020, qui prévoit l'absence de reste à charge pour les soins dentaires relevant d'un panier précisément défini pour les assurés couverts par un contrat complémentaire santé responsable.

¹²⁸ Cette réserve est construite à partir de la majoration de l'évolution tendancielle des soins de ville prise en compte dans l'élaboration de l'Ondam annuel, compensée par des économies dont la réalisation demeure incertaine. Son montant est porté à 150 M€ par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Depuis la révision constitutionnelle de 2008¹²⁹, les lois de programmation des finances publiques encadrent, pour au moins trois ans, la trajectoire financière de l'ensemble des administrations publiques, dont les administrations de sécurité sociale, et fixent en particulier le taux d'évolution de l'Ondam pour la période concernée. Ce mode de définition, à travers un exercice de cadrage strictement financier, permet de garantir une cohérence d'ensemble des évolutions des grands postes de la dépense publique.

En revanche, l'Ondam, ainsi fixé, n'est pas la résultante d'une construction fondée sur des données prospectives des évolutions épidémiologiques. L'annexe 7, qui accompagne chaque année depuis 2006 le projet de loi de financement de la sécurité sociale est censée, selon la loi organique, éclairer le Parlement sur « *l'évolution des soins financés au regard des besoins de santé publique* ». Elle ne fournit cependant en pratique aucune analyse précise¹³⁰.

L'annexe 1, en revanche, présente le programme de qualité et d'efficacité de l'assurance maladie¹³¹. Ce dernier fournit dans sa première partie des données de cadrage très complètes, notamment sur la mortalité, l'espérance de vie, la consommation de soins par habitant avec des comparaisons internationales, ou les affections de longue durée. Il présente également les cinq grands objectifs de qualité et d'efficacité¹³², les résultats obtenus à travers 36 indicateurs et commente ces résultats. Cependant, la Cour a constaté que ni dans les débats, ni dans les rapports préparatoires des commissions des deux assemblées, ces éléments d'information, qui apparaissent riches et précis, n'ont été évoqués lors des discussions relatives au projet de loi de financement pour 2020. Les taux de progression de l'Ondam et de ses sous-objectifs et les différentes mesures législatives relatives à l'assurance maladie insérées dans le projet de loi de financement annuel concentrent ainsi l'objet des débats, sans que la mise en perspective des évolutions des dépenses d'assurance maladie, les leviers d'action, les freins rencontrés ou les progrès réalisés bénéficient d'un débat organisé.

¹²⁹ La révision du 23 juillet 2008 a introduit à l'article 34 de la Constitution une nouvelle catégorie de normes financières intitulées lois de programmation des finances publiques.

¹³⁰ La partie II de cette annexe, intitulée « Ondam et besoins de santé publique », ne fournit pas une analyse des besoins, mais des informations sur la politique et les outils de financement de la politique de prévention.

¹³¹ Cf. PLFSS 2020, annexe 1 « Programme de qualité et d'efficacité maladie ».

¹³² Objectif n° 1 : assurer un égal accès aux soins ; objectif n° 2 : développer la prévention ; objectif n° 3 : améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ; objectif n° 4 : renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ; objectif n° 5 : garantir la viabilité financière de la branche maladie.

Cette situation, où le champ du débat législatif annuel est circonscrit au vote de mesures financières et à la fixation des objectifs pour l'année suivante, polarise les débats sur le niveau de progression annuelle de l'Ondam, et non pas sur l'efficacité ou l'efficience des dépenses. Face à des tensions observées dans certains segments du système de santé, le niveau global des taux a ainsi été rehaussé en 2018 et 2019 de 0,2 point par rapport à celui fixé par la trajectoire des finances publiques 2018-2022, comme si aucune marge d'efficience n'était par ailleurs mobilisable.

De même, les outils utilisés pour assurer le respect annuel de l'objectif, notamment les ajustements tarifaires, peuvent créer, au fur et à mesure des années, des écarts et des distorsions par rapport au coût des facteurs de production des soins. En l'absence d'actions suffisantes sur les évolutions sous-jacentes aux dépenses de santé, cette situation pourrait remettre en cause des outils de régulation utilisés. Le Gouvernement a ainsi pris en 2018 l'engagement vis-à-vis du conseil stratégique des industries de santé de garantir pendant trois ans une augmentation annuelle de 0,5 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments et de 3 % pour les médicaments innovants. Il a également dû s'engager, en février 2020, à l'égard des cinq fédérations de l'hospitalisation, à ne pas modifier en 2021 et 2022 les tarifs fixés pour 2020.

Enfin, l'encadrement global des dépenses d'assurance maladie par l'Ondam et les outils utilisés pour assurer son respect, notamment la régulation tarifaire, s'appliquent, localement, de manière égale quelle que soit la situation des structures financées ou celle des territoires, en termes d'adéquation entre besoins et offre de santé. Les corrections apportées par le fonds d'intervention régional (Fir) restent, à ce stade, très limitées¹³³.

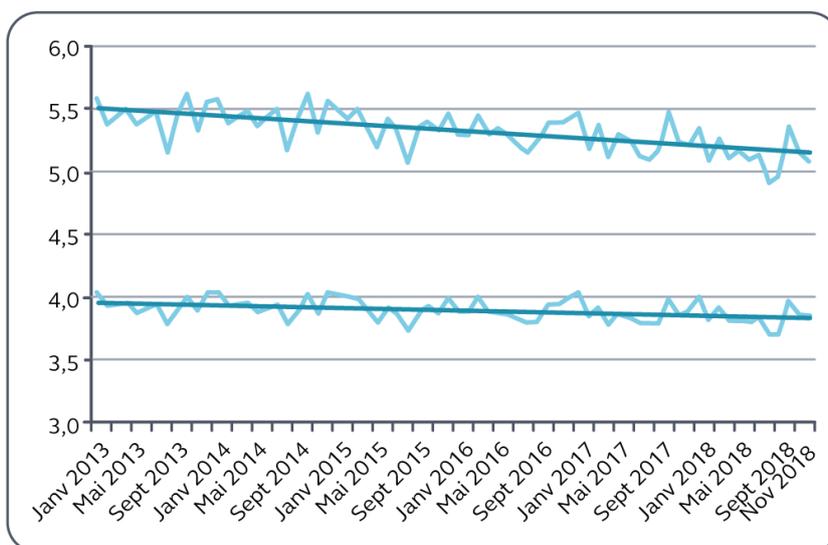
¹³³ Cf. chapitre V « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire » du présent rapport.

B - Des démarches de recherche d'efficience et de qualité à intensifier

La maîtrise durable de l'évolution des dépenses de santé suppose qu'au côté des mécanismes visant au respect de l'objectif annuel de dépenses, un cadre pluriannuel soit institué, sous le contrôle du Parlement, afin de veiller à une plus grande efficience et une meilleure qualité des soins, par la définition de leviers d'action concrets, la programmation de leur mise en œuvre et l'évaluation des gains attendus.

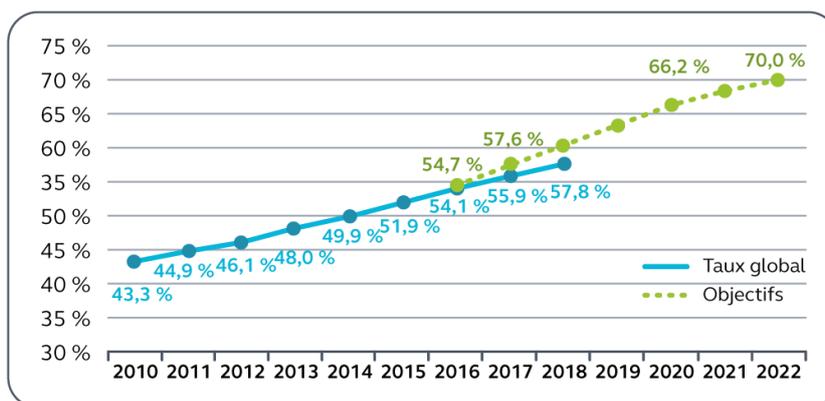
L'annualité de l'Ondam ne correspond pas à la temporalité plus longue des évolutions des comportements de consommation ou d'offre de soins, comme l'illustrent, parmi de multiples exemples possibles, les graphiques ci-après relatifs aux progrès accomplis en matière de réduction de la poly-médication, facteur de risque iatrogène¹³⁴, ou d'augmentation du taux global de recours à la chirurgie ambulatoire.

Graphique n° 11 : la lente réduction de la poly-médication



Source : programme de qualité et d'efficience (PQE) assurance maladie 2020, page 143
Champ : patients consommateurs de médicaments, tous régimes, France entière.

¹³⁴ La prévention de la iatrogénie médicamenteuse, c'est-à-dire des effets indésirables liés à la prise de médicaments ou des interactions dangereuses entre médicaments, constitue un des enjeux majeurs de santé publique.

Graphique n° 12 : taux global de chirurgie ambulatoire

Source : programme de qualité et d'efficacité (PQE) assurance maladie 2019, page 155

Les actions conduites pour dégager les marges d'efficacité et de qualité doivent être approfondies et intensifiées.

Le risque serait sinon de maintenir au sein d'un même secteur, que cela soit entre spécialités médicales libérales, ou entre établissements de santé ou médico-sociaux de même statut, voire entre services d'un même établissement, des situations inévitables d'excès et d'insuffisance de financement, et de rémunération et de niveau de performance. Ainsi, à l'occasion d'une enquête conduite en 2018 sur les centres hospitaliers universitaires (CHU), la Cour notait des écarts de productivité médicale très importants : pour un équivalent temps plein de médecin, 129 séjours étaient enregistrés au CHU de Nîmes contre 217 au CHU de Rouen.

La permanence de défauts de l'organisation des filières de soins se traduirait également par des conséquences dommageables pour les patients, alors que des coûts importants sont immobilisés. Une autre enquête¹³⁵ relevait que les 140 unités hospitalières qui assurent sur le territoire, 24 heures sur 24, la prise en charge des personnes victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC), étaient en nombre suffisant. Toutefois, seulement la moitié des personnes victimes d'AVC bénéficiait d'une prise en charge dans ces unités, avec des fortes disparités territoriales, notamment pour des défauts dans l'organisation des parcours de soins. En effet, les structures de soins de suite, en aval, se trouvaient dans l'incapacité

¹³⁵ Cour des comptes, « La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

d'accueillir les personnes les plus dépendantes en sortie de soins aigus, ou des patients ne nécessitant pas de soins neurovasculaires se trouvant dans ces unités, en raison de difficultés ponctuelles d'accueil dans d'autres services de l'hôpital.

Ces situations ont été régulièrement documentées, que cela soit par la Cour, mais aussi par la caisse nationale d'assurance maladie ou par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, pour les soins de ville comme pour le secteur hospitalier (cf. encadré ci-après). Les travaux des inspections, qui ne sont pas systématiquement rendus publics, y concourent également.

La Cour considère¹³⁶ qu'il est possible de mettre fin à ces situations acquises et aux sources d'inefficience et de gaspillage de tous ordres, tout en améliorant en continu la qualité des soins et en garantissant leur accès pour toute la population et sur tout le territoire. Ce mouvement, engageant des réformes sur de très nombreux aspects du système de soins et de l'assurance maladie, est à concevoir comme un processus continu portant sur des périodes pluriannuelles.

Tout en maintenant un encadrement annuel, global et sectoriel, de la dépense par l'Ondam, l'enjeu des prochaines années sera de définir, selon une programmation pluriannuelle, les ajustements et restructurations indispensables, en les accompagnant, aux différents niveaux d'action possibles, national, régional et local, par des mécanismes d'incitation des professionnels de santé et des établissements pour les conduire à s'engager dans ces évolutions indispensables.

¹³⁶ Cour des comptes, *Garantir l'avenir de l'assurance maladie*, rapport public thématique, novembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

**Quelques thématiques de qualité et d'efficience des soins
récemment documentées**

Cour des comptes¹³⁷

- 2020 : « L'insuffisance rénale chronique terminale » (*)
- 2019 : « Les transports programmés dans les secteurs sanitaires et médico-social »
- 2019 : « la politique des greffes »
- 2019 : « Les indemnités journalières »
- 2018 : « Le virage ambulatoire du système de santé »
- 2018 : « La lutte contre les maladies cardio-neurovasculaires »
- 2017 : « La médecine libérale de spécialité »
- 2017 : « Les activités chirurgicales : restructurer l'offre pour répondre aux enjeux d'aujourd'hui et préparer l'avenir »
- 2017 : « Le coût de distribution des médicaments »

Caisse nationale d'assurance maladie¹³⁸

- 2020 : « Développer l'exercice coordonné »
- 2019 : « L'implication des patients, la clé d'une meilleure observance »
- 2019 : « Agir pour une prescription plus responsable des produits de santé »
- 2018 : « Pour un dispositif d'appui à l'expérimentation et à la diffusion d'innovations organisationnelles »
- 2017 : « La pertinence des soins, une composante essentielle de la qualité de de la sécurité des soins »

Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

- 2020 : « Organiser la médecine spécialisée et le second recours »
- 2017 : « Refonder les politiques de prévention et de promotion de la santé »

¹³⁷ Rapports sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (sauf (*) : rapport public annuel 2020).

¹³⁸ Rapports « charges et produits ».

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

La réduction du rythme de la progression de l'Ondam durant l'essentiel de la décennie écoulée a visé à mieux assurer la soutenabilité des dépenses publiques de santé.

Bien que les mécanismes de régulation associés à l'Ondam aient gagné en efficacité, les engagements pris en 2018 à l'égard de l'industrie pharmaceutique, puis fin 2019 à l'égard des fédérations hospitalières, ainsi que les mesures salariales décidées à l'égard des personnels hospitaliers, rompent avec les logiques de baisse de prix et des tarifs et de contrainte budgétaire qui ont sous-tendu la maîtrise de l'Ondam au cours de la dernière décennie.

Ces décisions et les tensions survenues en fin de période montrent toutefois que l'ambition nécessaire de maîtrise annuelle financière globale des dépenses doit, pour être plus durablement efficace, s'accompagner d'une mobilisation des différents leviers d'efficience au sein du système de santé.

De multiples études ou rapports témoignent de l'existence de gisements nombreux dont l'exploitation permettrait d'offrir à l'ensemble des assurés sociaux des soins de qualité égale ou meilleure à des coûts maîtrisés. Parallèlement à la fixation des objectifs annuels de dépenses, il apparaît donc nécessaire de définir dans une programmation pluriannuelle, soumise au Parlement et à son contrôle, des actions à engager et à conduire pour, à la fois, améliorer la qualité des soins et en maîtriser le coût pour la collectivité.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 2. accroître la robustesse des trajectoires tracées par l'annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale en les adossant à une analyse des principales variables (épidémiologie, gains de productivité, innovation, évolution des comportements de consommation de soins, évolutions démographiques), ainsi qu'à la définition et à la programmation des actions à engager et à conduire pour en assurer le respect tout en préservant et améliorant la qualité des soins (ministère chargé des affaires sociales) ;*
- 3. améliorer la qualité et la rigueur des évaluations des gains d'efficience figurant à l'annexe 7 des lois de financement de la sécurité sociale et constatés au titre du dernier exercice clos (ministère chargé des affaires sociales) ;*

4. *accroître la contribution des soins de ville à l'effort de régulation des dépenses de santé, en mettant en place un dispositif permettant de compenser un dépassement des objectifs (ministère chargé des affaires sociales, Cnam).*
-