

Chapitre III

Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover

PRÉSENTATION

La Cour a souligné en 2020 dans le rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale les apports de la mise en place de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) et des mécanismes de régulation associés. Elle a relevé cependant que la crise sanitaire avait bouleversé les conditions de sa mise en œuvre. En outre, plusieurs engagements pris en amont de celle-ci à l'égard de l'industrie pharmaceutique et des fédérations hospitalières, prolongés par le « Ségur de la santé », rompaient avec 10 années de maîtrise des dépenses. Dans ces conditions, elle a souligné l'importance de définir une programmation pluriannuelle à même de permettre l'amélioration de la qualité des soins tout en maîtrisant leur coût pour la collectivité. La Cour a souhaité cette année prolonger ces travaux pour expliciter les conséquences de la crise sanitaire sur la régulation des dépenses d'assurance maladie et le cadre rénové dans lequel celle-ci pourrait prendre place.

Les limites de la régulation des dépenses d'assurance maladie étaient déjà connues avant la crise, qui est venue, à partir de 2020, accentuer la rupture avec la décennie précédente. En effet, faute de progrès significatifs dans la pertinence des soins et la transformation du système de santé, la soutenabilité à moyen terme des dépenses de santé n'est pas assurée (I). Dès lors, il apparaît plus que jamais nécessaire d'inscrire l'Ondam dans un cadre de régulation rénové permettant de conjuguer le respect des objectifs financiers et de santé fixés par le Parlement (II).

I - Malgré les progrès permis par l'Ondam, un problème de soutenabilité accentué par la crise

Si l'Ondam a été globalement maîtrisé sur la dernière décennie, les tensions déjà présentes avant 2020 ont été exacerbées par la crise sanitaire (A). En effet, la régulation infra-annuelle des dépenses d'assurance maladie s'est accompagnée d'une progression insuffisante en matière de pertinence des prises en charge et de réforme du système de soins (B).

A - Une rupture dans la maîtrise des dépenses d'assurance maladie aggravée par la crise sanitaire

1 - Des dépenses élevées au dynamisme contenu jusqu'en 2019

Les dépenses de santé sont élevées en France. Elles représentaient 11,3 % du PIB en 2018, ce qui place notre pays juste derrière l'Allemagne (11,5 %) mais très nettement au-dessus de la moyenne de l'Union européenne (9,9 %). La part de la dépense courante de santé réalisée à l'hôpital est particulièrement importante (3,5 % du PIB, soit 0,6 point au-dessus de la moyenne de l'UE à 15)¹³⁰. Il faut également souligner qu'en France, les dépenses de santé sont très largement financées par le secteur public (8 % du PIB, soit près de 1 point de plus que la moyenne de l'UE) et le reste à charge pour les ménages est bas (370 € par habitant et par an en parité de pouvoir d'achat – PPA – contre 560 € PPA pour l'UE15 et 599 € PPA en Allemagne¹³¹). Ce niveau élevé des financements publics se retrouve à la fois pour les soins ambulatoires, et hospitaliers et pour les produits de santé.

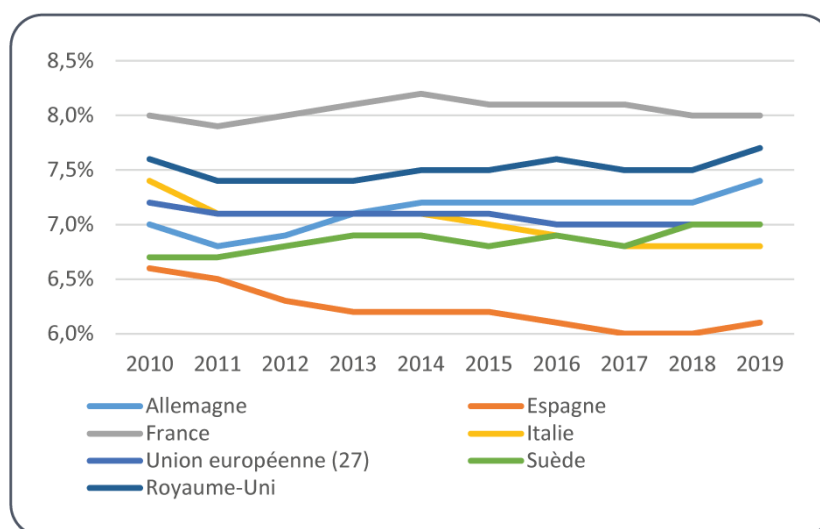
Comme la Cour l'a déjà souligné, depuis 10 ans, les dépenses publiques de santé ont progressé sur un rythme contenu dans notre pays grâce notamment au respect de l'objectif national des dépenses d'assurance

¹³⁰ Ce constat d'un niveau élevé de dépense en comparaison internationale reste valable après correction des différentiels de prix entre pays.

¹³¹ Ces estimations moyennes ne rendent pas compte de la diversité des situations : par exemple, en France, les assurances complémentaires ne sont obligatoires que pour les salariés du privé, limitant la mutualisation des risques entre classes d'âge ou statut sur le marché du travail ; de plus, l'exemption du ticket modérateur pour les affections de longue durée (ALD) induit des redistributions importantes entre patients.

maladie (Ondam) chaque année depuis 2010¹³². Cette progression limitée a permis de stabiliser la part de ces dépenses dans le PIB, même si elle baissait en moyenne dans l'UE, et notamment dans les pays ayant subi directement la crise de la zone euro (dont l'Italie et l'Espagne, mais également les Pays-Bas). À l'inverse, la Suède, le Royaume-Uni et surtout l'Allemagne ont fait progresser leurs dépenses publiques de santé plus rapidement que le PIB, mais en partant d'un niveau plus faible.

Graphique n° 2 : dépenses publiques de santé (en % du PIB)



Source: Eurostat, « General government expenditure by function (COFOG) »

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)

Créé en 1996 et voté chaque année par le Parlement depuis la première loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) portant sur l'exercice 1997, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) est une norme de dépenses qui recouvre principalement :

¹³² Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

- les soins de ville et en établissements de santé (relevant de la branche maladie) ;
 - les soins dispensés par les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées (relevant depuis 2021 de la branche autonomie) ;
 - une partie des prestations de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) ;
 - le financement de divers organismes intervenant dans le champ sanitaire (notamment : Santé Publique France).
- L'Ondam est considéré seulement depuis 2010 comme une cible à ne pas dépasser.

2 - Au-delà des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire en 2020 et 2021, d'autres mesures qui affecteront durablement le niveau de l'Ondam

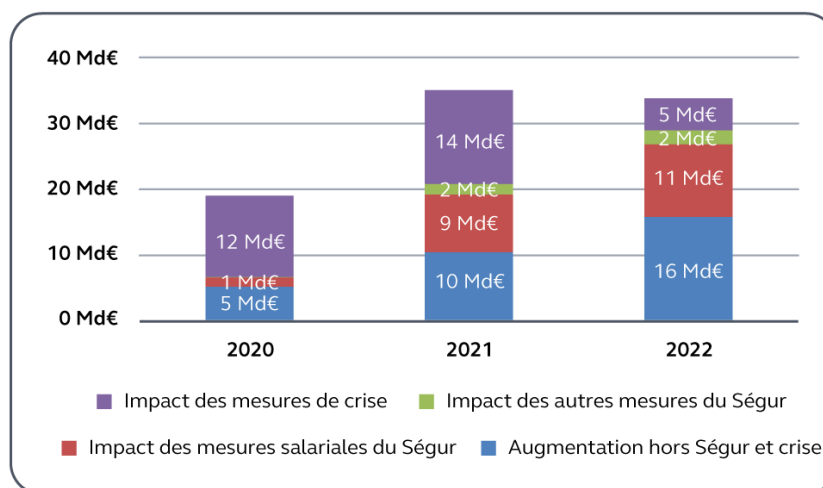
Pendant la crise sanitaire, les dépenses d'assurance maladie ont fortement progressé. Ainsi pour 2020, les dépenses dans le champ de l'Ondam se sont élevées à 219,4 Md€ contre un objectif de 205,6 Md€ en LFSS pour 2020, soit une hausse de 9,4 % par rapport à 2019. Pour 2021, les dépenses devraient rester très élevées et la commission des comptes de la sécurité sociale estime qu'elles pourraient atteindre 237 Md€, soit une hausse de 17,5 % à champ constant par rapport à 2019.

Cette très forte progression des dépenses combine trois dynamiques qu'il convient de distinguer. La première concerne les dépenses de crise en elles-mêmes, qui devraient moins peser à partir de 2022 (contribution pour 7,1 points à la progression des dépenses entre 2019 et 2021)¹³³. Les dépenses engagées dans le cadre du « Ségur de la santé » devraient contribuer pour 5,2 points, dont 4,4 points pour les seules mesures salariales dont l'effet sera pérenne sur la dépense¹³⁴. Enfin, l'évolution des dépenses hors crise et hors « Ségur » contribue sur deux ans à une progression de 5,1 points des dépenses dans le champ de l'Ondam.

¹³³ Nettes des moindres remboursements liés à la baisse de l'activité hors covid 19.

¹³⁴ Le solde correspond au plan d'investissement (voir ci-dessous). En régime de croisière à horizon 2022, ces contributions seront respectivement portées à 5,9 et 4,8 points.

**Graphique n° 3 : part de la crise et du « Ségur »
dans l'augmentation de l'Ondam 2020-2022**



Source : Cour des comptes, d'après les réponses des administrations

Note : dépenses à champ constant de l'année 2020. Sous l'hypothèse d'une progression des dépenses en 2022 de + 2,6 % à politique inchangée avant mesures du « Ségur » et compte tenu de la provision prévue en PLFSS pour les mesures de crise.

Les revalorisations salariales décidées dans le cadre du « Ségur »¹³⁵ représentent de l'ordre de deux ans de progression moyenne de l'Ondam¹³⁶ et rehaussent nettement la dépense de santé rapportée au PIB¹³⁷, contrastant ainsi avec la relative stabilité de la dernière décennie. Toutefois, avant même le « Ségur », plusieurs engagements¹³⁸ pris par les pouvoirs publics (voir tableau 1) marquaient déjà une inflexion, notamment s'agissant des établissements de santé. Ainsi, le protocole relatif à la pluriannualité du financement des établissements de santé de février 2020 fixait une évolution minimale de + 2,4 % par an pour l'Ondam « établissements de

¹³⁵ Notamment : revalorisation de 183 € nets mensuels pour une grande partie des personnels des établissements de santé et des ESMS ; revalorisation des grilles salariales des soignants de 40 € en moyenne ; revalorisation des carrières des personnels médicaux. Ces mesures devraient avoir un coût en année pleine de plus de 9,5 Md€.

¹³⁶ L'Ondam a progressé de 2,3 % par an en moyenne entre 2010 et 2019.

¹³⁷ L'activité devant encore fortement rebondir, il convient de rapporter ces évolutions à une estimation du PIB potentiel. Cette hausse serait de 0,6 point de PIB avec l'évaluation présentée dans le PLF 2022 qui tient compte de l'effet de la crise sur l'activité (et de 0,4 point de PIB avec l'activité potentielle de la LPFP évaluée avant crise).

¹³⁸ Le périmètre des dépenses au titre desquels des engagements de progression ont été pris représentent en 2021 plus de 70 % de l'Ondam.

santé » pour la période 2020-2022 contre une progression de 2,0 % en moyenne sur la décennie précédente. L'éventuelle prolongation de ces engagements dans le contexte particulier d'après crise constituerait une contrainte supplémentaire pour la construction de l'Ondam.

Par ailleurs, l'assurance maladie a initié un nouveau cycle de négociations conventionnelles en 2020¹³⁹, dont les effets viendront s'ajouter aux conventions passées.

Tableau n° 22 : engagements pris par le Gouvernement avant la crise

<i>Négociations conventionnelles</i>	Négociations en cours (mesures nouvelles s'élevant en moyenne à 540 M€ par an entre 2019-2021)
Médicament	Progression minimale du chiffre d'affaires de 0,5 % par an jusqu'en 2021 ¹⁴⁰ (vs 0,7 % en moyenne sur 2011-2019)
Établissements de santé	Progression minimale de l'Ondam « établissements de santé » de 2,4 % par an jusqu'en 2022 (vs 2,0 % sur 2011-2019)
<i>Dont : - médecine, chirurgie et obstétrique (MCO)</i>	<i>Progression minimale des tarifs et du financement à la qualité de 0,2 % par an jusqu'en 2022 pour une hausse des volumes de 1,6 % (soit 1,8 % au total) (vs 1,4 % sur 2011-2019)</i>
<i>- hospitalisation à domicile (HAD)</i>	<i>Progression minimale des tarifs et du financement à la qualité de 1,5 % par an jusqu'en 2022 (vs 0,4 % pour les tarifs sur 2011-2019)</i>
<i>- soins de suite et de réadaptation (SSR)</i>	<i>Progression de l'objectif de dépenses (OD) de 1,9 % par an jusqu'en 2022 (vs 1,4 % sur 2011-2019)</i>
<i>- psychiatrie (PSY)</i>	<i>Progression de l'OD de 1,9 % par an jusqu'en 2022 (vs 1,0 % sur 2011-2019)</i>

Source : Cour des comptes

Le Gouvernement a enfin annoncé dans le cadre du Conseil stratégique des industries de santé (Csis)¹⁴¹ des mesures visant à soutenir l'industrie des produits de santé en France avec notamment un objectif de progression des dépenses de médicaments et produits de santé de 2,4 % par an contre 1,7 % sur la décennie précédente. Il a également apporté des

¹³⁹ Ce nouveau cycle s'est déjà traduit à l'été 2021 par l'avenant 9 à la convention avec les médecins (dont la durée de validité a été prolongée jusqu'à mars 2023 par l'article 62 LFSS 2021) pour un montant cumulé de dépenses supplémentaires de près de 800 M€.

¹⁴⁰ Csis du 10 juillet 2018.

¹⁴¹ Csis du 29 juin 2021.

garanties de maintien des financements pour les établissements sanitaires et médico-sociaux dans le cadre des réformes de financement en cours.

3 - Une « nouvelle donne » pour la régulation des dépenses de santé après la crise sanitaire

La crise sanitaire aura un impact durable – quoique difficilement évaluable à ce stade – sur l'état de santé de la population.

Au 31 décembre 2020, plus de 220 000 patients étaient sortis d'hospitalisation ou toujours hospitalisés en raison de la covid 19¹⁴², dont plus de 35 000 en soins critiques. Comme le relève la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam), à moyen et long terme, il est à craindre que les séquelles encore mal connues de l'infection se combinent avec celles résultant de séjours longs en réanimation¹⁴³.

Dans le même temps, l'épidémie de covid 19 s'est accompagnée d'une très forte baisse du recours aux soins pour d'autres motifs, en raison des déprogrammations hospitalières qui se sont poursuivies au premier semestre 2021, et de renoncements « volontaires » très nombreux pendant le premier confinement. Les ophtalmologues et les chirurgiens-dentistes n'ont eu quasiment aucune activité entre mars et mai 2020, tandis que les médecins généralistes ont vu la leur diminuer d'environ 30 %¹⁴⁴. Une étude pharmaco-épidémiologique met en évidence des retards conséquents et non encore rattrapés à fin avril 2021 en termes d'actes diagnostiques et de vaccination : le solde net s'établit ainsi à - 187 000 délivrances par rapport à l'attendu pour les préparations pour coloscopies et - 377 000 pour les vaccins anti-HPV chez les jeunes filles¹⁴⁵. Le rattrapage pourrait s'étaler sur plusieurs années, notamment pour les interventions programmées à l'hôpital. Ces retards de diagnostic ou de prise en charge risquent de se traduire pour une partie des patients par une dégradation de leur état de santé, des traitements plus lourds et une perte de chances.

¹⁴² Ce chiffre est porté à 390 000 à la fin du premier semestre 2021.

¹⁴³ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2021*, Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2021, juillet 2020.

¹⁴⁴ Ibid.

¹⁴⁵ Weill A., Drouin J., Desplas D., Cuenot F., Dray-Spira R., Zureik M., *Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la covid 19 – Point de situation jusqu'au 25 avril 2021*, Epi-Phare, 27 mai 2021.

Par ailleurs, bien que plusieurs rapports expliquent les difficultés rencontrées pendant la crise sanitaire par des facteurs sans lien avec l'Ondam (voir encadré ci-dessous), le contexte dans lequel s'opère la régulation des dépenses de santé en ressort profondément affecté.

À titre d'exemple, pour la fixation du prix des médicaments, le mandat donné par le Gouvernement au Comité économique des produits de santé (CEPS)¹⁴⁶ met l'accent sur les enjeux de politique industrielle (attractivité, sécurité des approvisionnements et innovation). L'accord-cadre du 5 mars 2021 entre le CEPS et les Entreprises du médicament (Leem) permet un prix facial plus élevé pour les produits innovants¹⁴⁷ fabriqués en France. Il renforce les garanties de stabilité du prix en fonction des investissements réalisés dans l'UE. Il autorise également des hausses des prix en cas de relocalisation. Ces engagements qui se combinent avec l'objectif d'une progression des dépenses de produits de santé de +2,4 % par an annoncé dans le cadre du Csis (voir ci-dessous) font peser sur la branche maladie le coût de mesures relevant davantage de la politique industrielle que du soin.

**Covid 19 et gestion de crise : quels enseignements
pour la régulation de l'offre de soins ?**

S'il est encore trop tôt pour des conclusions définitives, des rapports convergents¹⁴⁸ relèvent, en premier lieu, la forte mobilisation et la réactivité du système de santé, d'une part ; un défaut de préparation puis d'anticipation face au risque pandémique, d'autre part. S'y ajoutent une gouvernance de crise perfectible et des fragilités au plan logistique, ainsi que plusieurs constats de portée plus large. Sont ainsi mises en exergue les limites d'un système de santé hospitalo-centré, insuffisamment articulé avec la médecine de ville et le médico-social. Trop centralisée, la régulation de

¹⁴⁶ Lettre de mission des ministres au président du CEPS, 19 février 2021.

¹⁴⁷ Médicaments dont l'amélioration du service médical rendu (ASMR) a été considérée comme la plus élevée, soit sur une échelle de 1 à 5, classés ASMR 1 à 3.

¹⁴⁸ Pittet D., Boone L., Moulin A-M., Briet R., Parneix P., *Mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise covid-19 et sur l'anticipation des risques pandémiques – Rapport final*, 18 mai 2021 ; Borowczyk J., Ciotti E., *Mission d'information sur l'impact, la gestion et les conséquences dans toutes ses dimensions de l'épidémie de coronavirus-covid 19*, rapport d'information n° 3633, Assemblée nationale, 2 décembre 2020 ; Milon A., Deroche C., Jomier B., Vermeillet S., *Commission d'enquête du Sénat pour l'évaluation des politiques publiques face aux grandes pandémies à la lumière de la crise sanitaire de la covid-19 et de sa gestion*, rapport n° 199, Sénat, 8 décembre 2020.

l'offre de soins pâtit en outre d'une relative méconnaissance, par les Agences régionales de santé (ARS), du tissu libéral et des établissements privés.

S'agissant plus particulièrement de la réanimation et des soins critiques, la Cour a relevé un défaut de planification de l'offre au regard des besoins croissants d'une population vieillissante¹⁴⁹. Au-delà de ces besoins structurels, la mission indépendante nationale sur l'évaluation de la gestion de la crise rappelle que la réponse à un besoin aigu de lits supplémentaires doit reposer sur une plus grande flexibilité des capacités hospitalières, plutôt que sur une augmentation du nombre de lits disponibles en permanence¹⁵⁰.

Plus largement, la crise sanitaire a exacerbé des débats préexistants quant aux limites de l'Ondam, « *perçu par les acteurs comme détaché des réflexions stratégiques sur l'organisation des soins et de la délibération démocratique sur les politiques de santé*¹⁵¹ ». Cet enjeu de lisibilité et d'acceptabilité de la régulation des dépenses d'assurance maladie ressort également des avis rendus par le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) en juin 2020 puis en avril 2021 sur la régulation du système de santé. Il implique une articulation plus forte entre l'Ondam et la politique de santé. Il ne doit cependant pas remettre en cause la nécessité de cette régulation, au regard du niveau élevé et du dynamisme spontané des dépenses précédemment rappelés¹⁵².

B - Faute de réformes suffisantes, une maîtrise des dépenses de santé qui reste à asseoir dans la durée

1 - Des progrès insuffisants en termes de pertinence des soins

Comme la Cour a déjà eu l'occasion de le souligner, l'annualité de l'Ondam permet un pilotage précis, mais le recours aux seuls instruments

¹⁴⁹ Cour des comptes, « Réanimation et soins critiques en général : un modèle à repenser après la crise », in *Rapport public annuel*, mars 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁵⁰ Op. cit.

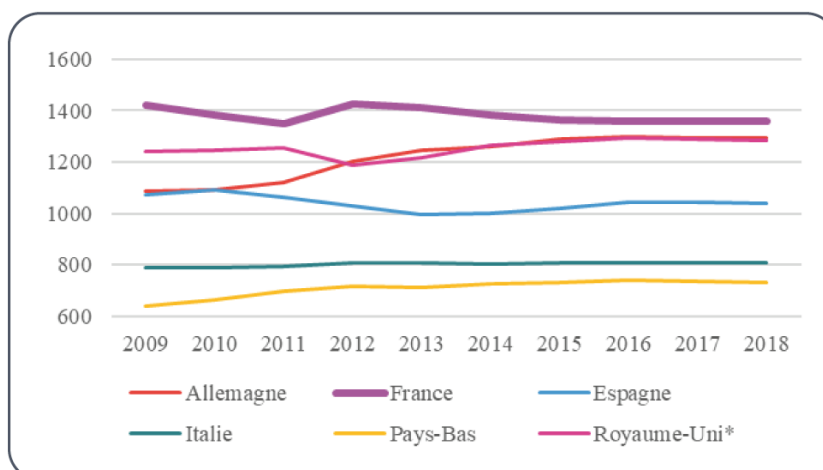
¹⁵¹ Lettre de mission du ministre des solidarités et de la santé à la présidente du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), 3 septembre 2020.

¹⁵² En ce sens, voir aussi : Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », op. cit.

budgétaires et tarifaires dans une perspective de court terme ne suffit pas à garantir la pertinence et l'efficacité des dépenses¹⁵³.

À titre d'exemple, grâce notamment à un système de régulation des dépenses de type prix-volume, les dépenses pharmaceutiques françaises (1,5 % du PIB soit 530 € PPA par habitant en 2018) sont proches de la moyenne européenne (1,4 % du PIB ; 490 € PPA par habitant)¹⁵⁴. Cependant, la consommation médicamenteuse française en volume demeure supérieure à l'ensemble de nos voisins européens. Récemment, la Cour alertait notamment sur un niveau élevé de consommation d'antibiotiques, en soulignant qu'outre l'enjeu sanitaire (prévention de l'antibiorésistance), l'assurance maladie pourrait économiser 400 M€ par an si la consommation française était équivalente à celle des Pays-Bas¹⁵⁵.

Graphique n° 4 : ventes en officines (unités standards par habitant)



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Source : Iqvia 2018, traitements Drees ; OCDE 2018 pour le nombre d'habitants

¹⁵³ Cour des comptes, « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », op. cit. Voir aussi : Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, rapport public thématique, novembre 2017 ; Aubert J.-M., *Réformes des modes de financement et de régulation : vers un modèle de paiement combiné – Rapport de la Task Force « Réforme du Financement du système de santé »*, 31 janvier 2019.

¹⁵⁴ Drees, *Les dépenses de santé en 2019*, édition 2020.

¹⁵⁵ Cour des comptes, *La pertinence de la prescription des antibiotiques*, référé, novembre 2018, disponible sur www.ccomptes.fr.

Parallèlement, la part des génériques dans le marché pharmaceutique français (16 % en valeur et 30 % en volume en 2017) demeure faible par rapport à la moyenne OCDE (25 % en valeur et 52 % en volume) et à nos voisins européens (36 % en valeur et 85 % en volume au Royaume-Uni ; 35 % en valeur et 82 % en volume en Allemagne)¹⁵⁶.

L'enjeu d'une plus grande pertinence concerne également certains actes : la France figure par exemple parmi les pays de l'OCDE dans lesquels le nombre d'imageries par résonance magnétique (IRM) par habitant est le plus élevé.

En matière de biologie médicale, la Cour a constaté l'efficacité de la régulation prix-volume introduite en 2014 pour contenir l'évolution de la dépense jusqu'en 2018¹⁵⁷. Ce dispositif n'a toutefois pas atteint ses objectifs en matière de maîtrise des volumes, notamment parce que les leviers pour y parvenir ne dépendent pas des biologistes eux-mêmes.

À l'hôpital également, une part significative des séjours pourrait être évitée. Les difficultés rencontrées viennent notamment de l'absence de solution de prise en charge dans des structures aval ou à domicile pourtant souvent moins coûteuses pour la collectivité¹⁵⁸.

2 - Une transformation inaboutie du système de soins

Au-delà de la pertinence de chaque acte ou prescription pris individuellement, la pertinence du parcours global de prise en charge suppose que le patient bénéficie du juste soin à chaque étape.

Le virage ambulatoire – c'est-à-dire la réduction des nuitées à l'hôpital et, depuis 2013, l'objectif affiché de privilégier des prises en charge en ville – est le principal chantier identifié par les pouvoirs publics pour y concourir. Or, en 2018, la Cour constatait des progrès nets à l'hôpital pour la chirurgie, mais insuffisants pour la médecine, ainsi que de fortes disparités qui attestent de la persistance de marges de progression

¹⁵⁶ OCDE, *Panorama de la santé 2019 : Les indicateurs de l'OCDE*.

¹⁵⁷ Voir chapitre VI du présent rapport.

¹⁵⁸ Une enquête portant sur 78 services de la région Ile-de-France en MCO et SSR suggérait des taux de « bed-blockers » de l'ordre de 15 % en 2014 (Soudrie B. et Kiefer C., enquête « Bed-Blockers », Groupe USPC, octobre 2014). L'Ugecam évalue dans une étude interne (2020) que le taux de non pertinence des journées des 11 établissements SSR étudiés est en moyenne de 27 % principalement en raison d'une inadéquation dès l'admission du patient puis de la difficulté de sortie.

importantes¹⁵⁹. Elle soulignait la nécessité d'une meilleure organisation de la médecine de ville et d'un décloisonnement avec le secteur hospitalier. La Cour a également mis en évidence des pertes d'efficacité dans le domaine de la santé mentale, notamment, en raison d'une offre de soins cloisonnée, hétérogène selon les territoires et insuffisamment graduée¹⁶⁰.

La pertinence des parcours de soins implique plus largement de renforcer la coordination entre professionnels de santé : la mise en place des communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS)¹⁶¹ est une action prioritaire de la stratégie « Ma santé 2022 » avec l'objectif d'une couverture intégrale du territoire au 1^{er} juillet 2021 ; toutefois, au 31 mai 2021, 151 CPTS seulement avaient été validées par les ARS et enregistrées dans la base Finess.

De façon transversale, le développement du numérique en santé apparaît comme un levier important du changement. Or, si les deux tiers des médecins généralistes déclarent utiliser les trois outils socles de la e-santé que sont le dossier patient informatisé, les logiciels d'aide à la prescription et les messageries médicales sécurisées, la prescription électronique demeure limitée en France¹⁶². À la faveur de la crise sanitaire, les téléconsultations se sont fortement développées (18,4 millions d'actes pris en charge par l'assurance maladie en 2020), mais la politique d'accompagnement de cet essor, nécessaire pour que la télésanté contribue réellement à l'amélioration de l'organisation des soins, est encore balbutiante. De plus, la télésanté se heurte à des obstacles d'ordre techniques (défaut d'interopérabilité des outils numériques utilisés) qui entravent la coordination entre les différents acteurs du soin¹⁶³.

¹⁵⁹ 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.

¹⁶⁰ Cour des comptes, *Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie*, rapport thématique, février 2021, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶¹ Créées par la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé regroupent les professionnels de santé d'un même territoire autour d'un projet de santé, à leur initiative, notamment pour faciliter la coordination des soins.

¹⁶² Voir chapitre VIII du présent rapport.

¹⁶³ Voir chapitre V du présent rapport.

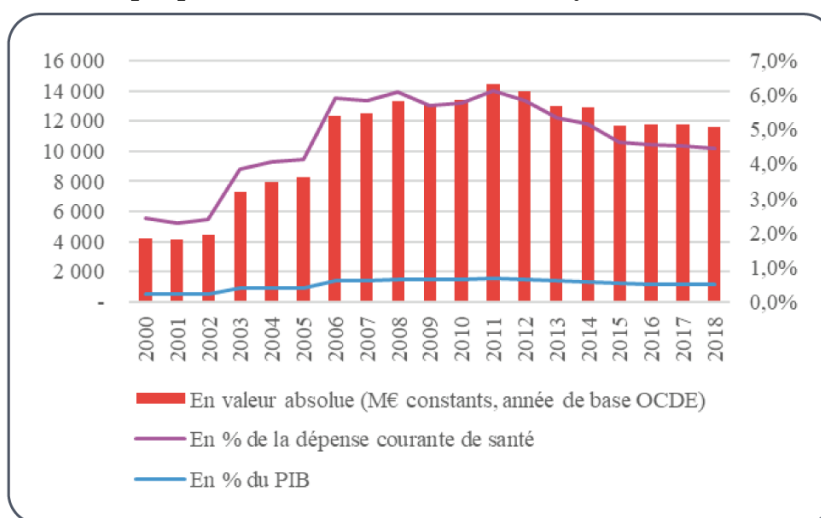
3 - Des investissements effectués par à-coups

Avérée depuis la fin du plan « Hôpital 2012 » (lancé en 2007), la diminution progressive de l'effort d'investissement dans le système de santé doit néanmoins être relativisée.

Après un pic à 7,0 Md€ en 2012, les hôpitaux publics ont consacré 3,7 Md€ à l'investissement en 2018. Orienté à la baisse depuis 2007, l'investissement courant des établissements publics de santé se trouverait depuis 2015 en-dessous du seuil de 3 % des produits généralement considéré comme incompressible pour permettre le maintien en état des capacités¹⁶⁴. Il est estimé à 2,6 % en 2018, soit un sous-investissement de l'ordre de 300 M€ par an. Les investissements immobiliers lourds ont quant à eux représenté jusqu'à 6,2 % des produits des établissements publics de santé en 2012 avant de descendre à 2,1 % en 2018.

En comptabilité nationale, tous acteurs confondus, la formation brute de capital fixe (FBCF) au sein du système de santé continue de représenter 11,9 Md€ en 2018, soit 4,5 % de la dépense courante de santé et 0,5 % du PIB, dans la moyenne des pays de l'OCDE.

Graphique n° 5 : investissement dans le système de santé



Source : OCDE, juin 2020

¹⁶⁴ Inspection générale des finances (IGF) et Inspection générale des affaires sociales (Igas), *Évaluation de la dette des établissements de santé et des modalités de sa reprise*, avril 2020. Un précédent rapport estime que 3 % est un seuil incompressible, tandis que le niveau soutenable d'autofinancement est plutôt de l'ordre de 4 % (IGF-Igas, *Évaluation du financement et du pilotage de l'investissement hospitalier*, mars 2013).

À l'issue du « Ségur », les pouvoirs publics ont confirmé le lancement d'un nouveau plan d'investissement doté de 19 Md€ dont la LFSS pour 2021 et une circulaire du 10 mars 2021 ont précisé le dispositif complexe.

Le plan d'investissement accompagnant les accords de Ségur

Ce plan prévoit 19 Md€ d'investissements décomposés en :

- un maximum de 13 Md€ sur 10 ans versé par la Cnam aux établissements de santé concourant au service public hospitalier sous forme de dotations annuelles, elles-mêmes refinancées par un alourdissement de la dette transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (Cades)¹⁶⁵. Ce montant hors Ondam était initialement présenté comme une « reprise de dette » visant à restaurer les capacités d'autofinancement des hôpitaux, justifiant ainsi sa comptabilisation directe et en une seule fois au bilan de chaque établissement bénéficiaire. Il sera finalement consacré à hauteur de 6,5 Md€ à des projets nouveaux, dont 1 Md€ non répartis pour constituer une réserve au niveau national.

- 6 Md€ qui seront refinancés par l'Union européenne au titre de « France Relance », dont 3,9 Md€ inscrits dans le cadre de l'Ondam sur le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (Fmis)¹⁶⁶ pour l'investissement courant des établissements de santé (1,5 Md€), le numérique (1,4 Md€) et de nouveaux projets dans le secteur sanitaire (1 Md€). Les crédits destinés aux Ehpad (1,5 Md€) ainsi qu'au numérique en santé dans le secteur médico-social (0,6 Md€) seront financés hors Ondam par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

¹⁶⁵ Article 1^{er} de la loi n° 2020-992 du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et article 50 de la LFSS pour 2021.

¹⁶⁶ Le Fmis succède au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) pour décloisonner les financements entre secteurs.

Tableau n° 23 : programmation du plan d'investissement (en M€)

			2021	2022-2025	2026-2029	Total
6 Md€ France Relance	2,1 Md€ CNSA	Ehpad	450	1 050	-	1 500
		Numérique (médico-social)	100	500	-	600
	3,9 Md€ FMIS	Numérique (sanitaire)	510	890	-	1 400
		Investissement courant	500	1 000	-	1 500
		Nouveaux projets	-	1 000	-	1 000
13 Md€ Art.50 LFSS			200	2 500	2 800	5 500
		Désendettement	1 300	2 600	2 600	6 500
		Réserve	200	400	400	1 000
Total			3 260	9 940	5 800	19 000

Source : PLFSS 2021 et circulaire du 10 mars 2021.

Ce dispositif complexe s'ajoute aux montants déjà consacrés par les ARS à l'investissement des établissements de santé dans le cadre du FIR et des aides à la contractualisation, estimés par la Cour à 1,5 Md€ en 2018¹⁶⁷.

La liberté d'appréciation laissée aux ARS jusqu'à 150 M€ HT est censée permettre une meilleure prise en compte des besoins de chaque territoire, dans le cadre d'une démarche transversale de transformation de l'offre.

Toutefois, la Cour a déjà eu l'occasion de souligner la nécessité d'une sélectivité accrue dans le choix des projets par rapport aux deux précédents plans « qui avaient favorisé dans une logique de guichet ouvert [...] de nombreux effets d'aubaine sans considération suffisante des enjeux d'efficience et des nécessités de réorganisation hospitalière¹⁶⁸ ». Constatant que le suivi mis en œuvre par les ARS était très insuffisant, elle a considéré que l'usage effectif des marges de manœuvre qui leur sont dévolues supposait une plus grande rigueur dans l'administration des aides.

¹⁶⁷ Cour des comptes, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁶⁸ Cour des comptes, « La dette des hôpitaux : des améliorations fragiles, une vigilance à maintenir », in *Rapport public annuel*, février 2018, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

La transformation du Copermo et le rehaussement des seuils d'avis

Concomitamment à l'annonce du Ségur de la santé, le comité interministériel de la performance et de la modernisation des établissements de santé (Copermo) a été remplacé par :

- un conseil national de l'investissement en santé, pour définir les grandes orientations et suivre la mise en œuvre stratégique du plan ;
- un conseil scientifique, chargé d'étoffer la doctrine et les outils de sélection et de suivi des projets ;
- et des comités de pilotage sectoriels, pour suivre la mise en œuvre opérationnelle et budgétaire du plan et donner un avis sur les projets dont le coût prévisionnel est supérieur à 150 M€ hors taxes.

Auparavant, le Copermo examinait chaque projet d'investissement hospitalier d'un montant supérieur à 50 M€ HT au démarrage des études, afin de s'assurer de sa pertinence au regard des besoins en santé et des référentiels de performance, puis au stade de son approbation, afin d'en valider définitivement le dimensionnement et le coût.

Il s'appuyait sur le rapport d'évaluation socio-économique, ainsi que sur la contre-expertise et l'avis du Secrétariat général pour l'investissement (SGPI), obligatoires pour tous les projets financés par l'État, ses établissements publics, les établissements publics de santé et les structures de coopération sanitaire d'un montant supérieur à 100 M€ HT. La Cour avait eu l'occasion de souligner le niveau élevé de ces seuils en comparaison internationale¹⁶⁹.

De plus, la mise en œuvre du nouveau plan d'investissement s'inscrit dans un calendrier serré. Il est demandé aux ARS en 2021, avant même la fin de la crise sanitaire, d'arrêter leur stratégie pluriannuelle et de verser dès cette année plus de 2 Md€ supplémentaires aux établissements de santé et 450 M€ aux établissements et services médico-sociaux (ESMS) (hors numérique)¹⁷⁰.

Parallèlement, la priorité donnée aux nouveaux projets sur l'assainissement du bilan des établissements soulève la question de l'autofinancement de l'investissement courant dans la durée, surtout si elle devait se traduire par un nouveau recours massif à l'emprunt.

¹⁶⁹ Cour des comptes, *La situation et les perspectives des finances publiques*, juin 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁷⁰ Circulaire n° 6250/SG du 10 mars 2021 relative à la relance de l'investissement dans le système de santé dans le cadre du Ségur de la santé et de France Relance.

II - Mettre la régulation des dépenses d'assurance maladie en cohérence avec les objectifs de santé

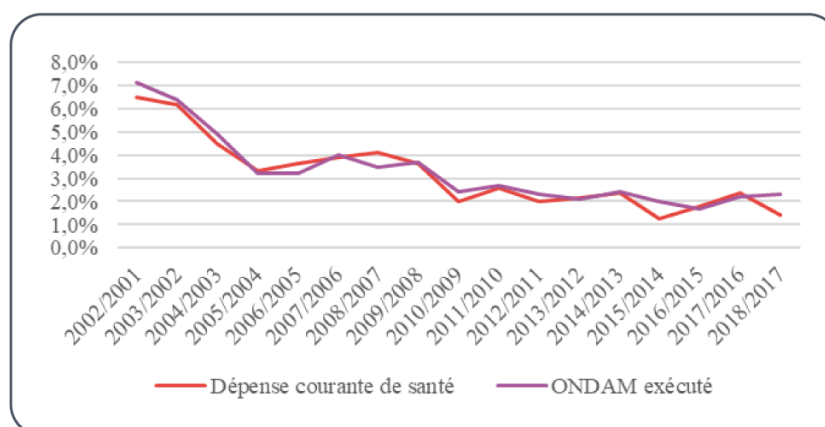
La gestion responsable des finances publiques implique de préserver les leviers d'un pilotage efficace des dépenses de santé. Pour être effectif et permettre l'atteinte conjointe d'objectifs ambitieux en matière financière et de santé, ce pilotage doit s'inscrire dans un périmètre cohérent (A) et une trajectoire pluriannuelle étayée (B) en mobilisant l'ensemble des leviers de régulation disponibles (C).

A - Inscrire la régulation des dépenses d'assurance maladie dans un périmètre cohérent

1 - Un périmètre à élargir, des objectifs complémentaires à définir

Agrégat inter-branches permettant d'objectiver et de piloter l'effort public en faveur de l'assurance maladie, l'Ondam s'avère représentatif, dans l'ensemble, de l'évolution de la dépense courante de santé. Pour autant, sa construction et les nombreux retraitements qu'elle implique par rapport aux comptes de branches altèrent sa lisibilité et donnent prise à des contournements de la norme de dépense.

Graphique n° 6 : Ondam et dépense courante de santé



Sources : Drees, Comptes de la santé ; Elbaum M., « L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse », in Les Tribunes de la santé, 2010 ; Cour des comptes

C'est le cas notamment de l'exclusion de certaines dépenses (indemnités journalières maternité, prestations pour invalidité ou incapacité permanente, actions de prévention et prestations extra-légales hors FIR...) qui présentent pourtant des similitudes et une certaine porosité avec le périmètre de l'Ondam (indemnités journalières pour maladie et prestations pour incapacité temporaire servies par la branche AT-MP¹⁷¹, mission 1 du FIR¹⁷²...). L'argument souvent invoqué du caractère plus ou moins « pilotable » de ces dépenses apparaît discutable¹⁷³ : d'une part, l'invalidité comme l'incapacité permanente peuvent faire l'objet d'actions de prévention au même titre que les arrêts de travail¹⁷⁴ ; d'autre part, *a fortiori* si elles sont incompressibles, ces dépenses doivent être financées et ne peuvent donc être ignorées.

La création d'une 5^{ème} branche de la sécurité sociale consacrée à l'autonomie et correspondant au budget de la CNSA met fin à la dichotomie entre l'Ondam médico-social et l'objectif global de dépenses (OGD) qui permettait qu'une part du financement courant des ESMS soit prise en charge hors Ondam sur les fonds propres de la Caisse. Toutefois, alors que les ressources de la CNSA ne sont plus affectées par objet, seul le fonds de financement des ESMS (82 % des dépenses prévisionnelles pour 2021, soit 26,0 Md€) est inclus dans l'Ondam. Le soutien à l'investissement des établissements (plan d'aide à l'investissement (PAI) et « Ségur », soit 441 M€ en 2021), la participation de la CNSA au FIR (141 M€) et ses autres dépenses d'intervention (554 M€) en sont exclus.

La Cour a par ailleurs eu l'occasion de critiquer la minoration artificielle des dépenses relevant de l'Ondam par la déduction de recettes telles que la participation des organismes complémentaires au financement du « forfait patientèle » des médecins traitants (302 M€ en 2020)¹⁷⁵, ou bien la contribution exceptionnelle aux dépenses liées à la crise sanitaire (1,5 Md€ sur 2020 et 2021). De même, la prise en compte au titre des fonds inclus dans l'Ondam (FIR et Fmespp) de la seule participation des caisses d'assurance maladie peut conduire à minorer le montant réel des dépenses

¹⁷¹ Voir chapitre IX du présent rapport.

¹⁷² Voir Cour des comptes, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et Fir) : une simplification nécessaire », op. cit.

¹⁷³ Sans compter qu'il n'est pas applicable aux actions de prévention et aux prestations extra-légales des caisses.

¹⁷⁴ Voir chapitre IX du présent rapport sur la nécessité d'engager plus fermement des actions de prévention de la désinsertion professionnelle.

¹⁷⁵ Voir par exemple : 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.

dès lors que d'autres sources de financement sont mobilisées ponctuellement (exemple du prélèvement de 220 M€ sur les réserves du fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) et de l'association nationale pour la formation permanente du personnel hospitalier (ANFH) pour abonder le FMESPP en 2017) ou de façon récurrente (contribution du fonds de lutte contre les addictions (FLCA) et de la CNSA au FIR).

Pour limiter ces points de fuite et renforcer la cohérence de la régulation des dépenses d'assurance maladie, il apparaît souhaitable d'élargir le périmètre de l'Ondam en incluant *a minima* la totalité du FIR et du Fmis ainsi que des dépenses d'investissement et d'intervention de la CNSA en direction des ESMS, et de limiter les retraitements par rapport aux comptes des branches maladie, AT-MP et autonomie. Il convient *a minima* d'y intégrer l'ensemble des dépenses des caisses concourant au même objet (revenus de remplacement, actions de prévention, soutien à l'investissement et autres dépenses d'intervention...) et de mettre fin aux compensations entre dépenses et recettes.

De plus, la focale mise par l'Ondam sur les dépenses d'assurance maladie obligatoire ne doit pas conduire à ignorer d'éventuels transferts ou reports de charges. Sur ce point, les LFSS n'ont plus prévu de mesures nouvelles de déremboursement depuis 2012. Une vigilance particulière s'impose en revanche s'agissant de la situation financière des hôpitaux, dont le taux d'endettement est en progression continue depuis 2002 et le résultat net négatif presque chaque année depuis 2006. La fixation de l'Ondam devrait ainsi être accompagnée d'objectifs complémentaires tels que le taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie et le taux d'endettement des établissements publics de santé.

2 - Un découpage en sous-objectifs à conforter dans ses principes

Un découpage de l'Ondam en sous-objectifs apparaît souhaitable pour accompagner au plan financier les évolutions de l'offre de soins sous-tendues par la politique de santé. L'enjeu est de les rendre aussi cohérents que possibles avec les objectifs de la politique de santé et les leviers de régulation. Trois principales options sont envisageables pour les structurer : une approche centrée sur le lieu de réalisation du soin, une approche centrée sur du secteur de rattachement du prescripteur (« ville » ou hôpital), et enfin une approche par pathologie.

Aucune de ces approches n'est sans inconvénient. Dans l'attente d'une évolution des modes de financement, qui sont aujourd'hui encore

inappropriés¹⁷⁶, une adaptation du découpage actuel¹⁷⁷ pour mieux tenir compte du secteur de rattachement du prescripteur des soins et davantage responsabiliser les acteurs paraît toutefois la plus praticable au moins à court-moyen terme. Par exemple, la non prise en compte dans l'Ondam « établissements de santé » des honoraires des médecins libéraux exerçant en clinique (qui peuvent représenter jusqu'à 40 % des coûts en chirurgie) pose question. De même, en 2018, près de 12 Md€ des dépenses exécutées en ville ont été prescrites à l'hôpital (médicaments, dispositifs médicaux et transports), lieu où la régulation des volumes devrait être organisée. À l'inverse, il n'apparaît pas pertinent de sortir d'un tel sous-objectif les médicaments et dispositifs médicaux innovants dont la rémunération pour l'établissement s'effectue en sus du tarif du séjour dans la mesure où ils participent pleinement à l'activité hospitalière et sont directement rattachables à un séjour.

B - Renforcer la pluriannualité de l'Ondam et son articulation avec la stratégie nationale de santé

1 - Un cadre de régulation pluriannuel à la portée limitée et présentant peu de liens avec la stratégie nationale de santé

Les dépenses d'assurance maladie impliquent un cadre pluriannuel notamment du fait que les mesures et les politiques autres que financières, touchant à l'organisation des soins ou agissant sur le comportement des usagers ou des professionnels de santé, ne font souvent sentir leurs effets qu'à moyen terme. C'est pourquoi l'annexe B des PLFSS inscrivent les dépenses annuelles dans une trajectoire couvrant quatre années, tandis que les lois de programmation de finances publiques (LPFP) permettent d'inclure les dépenses de santé dans la stratégie d'ensemble des finances publiques sur au moins trois années.

¹⁷⁶ Tout en conservant le principe de l'exercice libéral, les honoraires des médecins intervenant en clinique, comme les salaires des médecins du secteur public, pourraient être couverts par les financements accordés aux cliniques (forfaits ou tarifs). De même, les transports de malades pourraient être plus systématiquement intégrés aux tarifs, et les paiements à l'épisode de soin ou au parcours davantage développés.

¹⁷⁷ L'Ondam est aujourd'hui découpé en six sous-objectifs : soins de ville, établissements de santé, ESMS pour personnes âgées, ESMS pour personnes handicapées, Fir, et autres prises en charge.

L'usage qui est fait de ces outils reste cependant très en deçà de leur potentiel pour s'assurer de la soutenabilité financière des actions engagées et permettre aux acteurs d'anticiper les transformations. L'annexe B des PLFSS présente des projections de dépenses et de recettes qui sont révisées chaque année (pluriannuel glissant). Globales, sans aucune précision sur les dépenses des différents sous-secteurs de l'Ondam, elles comportent un nombre très limité d'informations sur les modalités de mise en œuvre de la trajectoire pluriannuelle.

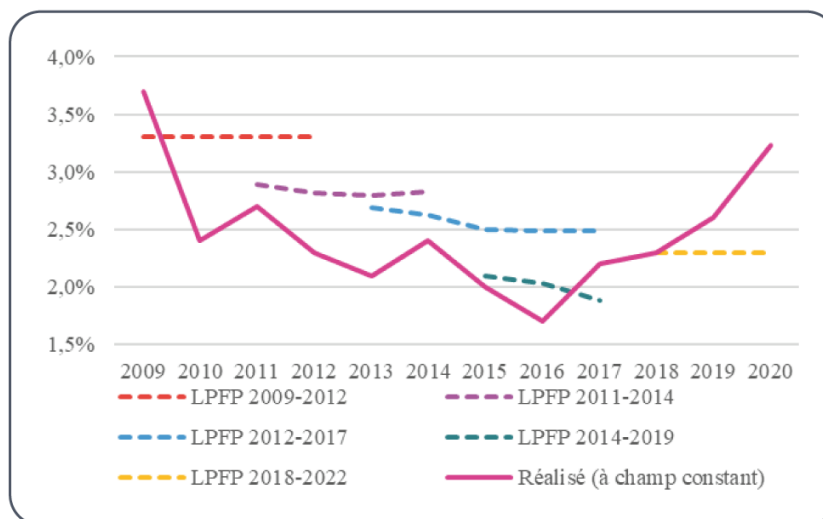
La loi organique du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques¹⁷⁸ a renforcé le cadre existant en prévoyant que les LPFP fixent l'Ondam en milliards d'euros et non pas en taux de progression des dépenses, empêchant les rebasages implicites en cas de dépassement¹⁷⁹.

Dans la pratique, les LPFP n'ont toutefois que peu orienté les décisions prises. D'une part, leurs objectifs ont été fortement révisés d'un exercice de programmation à l'autre. D'autre part, leur mise en œuvre s'en est sensiblement écartée. Jusqu'en 2016, dans un contexte de tensions répétées sur les finances publiques, les LFSS ont systématiquement révisé à la baisse les objectifs de progression des dépenses maladie, permettant une sous-exécution de l'Ondam par rapport aux LPFP. Depuis 2017, compte tenu de la volonté de redynamiser les revenus des acteurs du système de santé et des industriels¹⁸⁰, elles l'ont rehaussé quasiment systématiquement, et l'exécution a dépassé l'objectif chaque année, mis à part l'exercice 2018. Comme pour l'annexe B des PLFSS, la dimension programmatique des LPFP est restée d'autant plus faible que très peu de précisions sur les mesures envisagées pour parvenir aux objectifs votés sont associées à la trajectoire retenue.

¹⁷⁸ Loi organique n° 2012-1403 du 17 décembre 2012 relative à la programmation et à la gouvernance des finances publiques.

¹⁷⁹ Il s'agissait d'une recommandation du rapport du groupe de travail présidé par Raoul Briet sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, remis le 20 mai 2010.

¹⁸⁰ En 2017, convention médicale et mesures salariales décidées dans le champ de la fonction publique (revalorisation du point d'indice, mise en place du protocole « parcours professionnels, carrières et rémunérations »). En 2018, engagements pris à l'égard de l'industrie pharmaceutique. En 2019, engagements pris à l'égard des fédérations hospitalières, mesures salariales décidées à l'égard des personnels hospitaliers.

Graphique n° 7 : Ondam inscrit en LPFP et réalisé

Note : l'Ondam 2020 réalisé est hors mesures de crise.

Source : LPFP ; Elbaum M., « L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse », in *Les Tribunes de la santé*, 2010 ; Cour des comptes

Pour sa part, la stratégie nationale de santé concrétisée par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé¹⁸¹ ne comportait pas de cadrage financier à proprement parler. Les documents préparatoires¹⁸² mentionnaient qu'elle devait s'inscrire dans une progression de l'Ondam de 2,5 % par an cohérente avec la LPFP alors en vigueur. Toutefois, cet objectif a été abaissé en LPFP 2014-2019.

Cette révision à la baisse du cadrage financier pour la période 2015-2017 s'est accompagnée d'un effort particulier pour réconcilier objectifs financiers et stratégie nationale de santé : un plan d'économies pluriannuel, dit « plan Ondam », a été élaboré, sans toutefois être présenté dans les documents budgétaires. Il ressort d'une analyse rétrospective de ce plan que les efforts réalisés ont été significatifs, bien qu'ils soient restés en deçà des intentions initiales en matière de transformation du système de santé (voir encadré ci-dessous).

¹⁸¹ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

¹⁸² « La stratégie nationale de santé – feuille de route », ministère des affaires sociales et de la santé, septembre 2013.

Le « plan Ondam » 2015-2017

Début 2014, le Gouvernement a annoncé la mise en œuvre en 2015-2017 d'un plan d'économies sur l'ensemble des dépenses publiques pour un montant de 50 Md€. L'assurance maladie devait y contribuer à hauteur de 10 Md€ dans le cadre de la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé de 2013. Les économies ont été déclinées en une liste d'actions, sans toutefois être présentées dans les documents budgétaires (PLFSS, programme de stabilité et LPFP). Il est donc difficile d'en faire une évaluation *a posteriori*.

Il ressort de l'analyse des PLFSS que l'effort réalisé a été proche de que ce qui était initialement envisagé¹⁸³, malgré des retards sur certaines réformes structurelles :

- les gains sur les achats hospitaliers pour 1,2 Md€ aurait été globalement conformes à l'objectif¹⁸⁴ ;

- la progression des actes de chirurgie en ambulatoire (400 M€ d'économies attendues) est restée en deçà de l'objectif (51,6 % des séjours en chirurgie étaient inférieurs à une journée en 2017 contre une cible de 57 %¹⁸⁵) - les indemnités journalières ont progressé nettement plus que l'objectif retenu (masse salariale du secteur privé diminuée de 0,5 point) avec une progression de plus de 12 % entre 2014 et 2017 contre une cible de 6 %¹⁸⁶ ;

- la part des prescriptions de génériques dans le répertoire en volume n'a pas progressé des cinq points attendus (+2,7 points entre 2014 et 2017)¹⁸⁷ ;

- 84 % de l'objectif de maîtrise médicalisée aurait été réalisé¹⁸⁸ (2,1 Md€ d'économies attendues).

¹⁸³ La somme des économies présentées en LFSS dépasse légèrement les 10 Md€, mais en incluant 1 Md€ de transferts de charges sans incidence sur les finances publiques consolidées (notamment : 270 M€ de baisses de cotisations maladie des personnels de santé exerçant en ville en 2016 et 2017, 550 M€ de réduction de l'Ondam médico-social compensée par les ressources propres de la CNSA, et 220 M€ correspondant à une recette nouvelle) (source : avis du Comité d'alerte d'octobre 2016 et 2017).

¹⁸⁴ Source : programmes de qualité et d'efficacité (PQE) pour 2019.

¹⁸⁵ Source : Drees, *Les établissements de santé*, édition 2019.

¹⁸⁶ Source : PQE pour 2019.

¹⁸⁷ Source : rapports d'activité du CEPS en 2014 et en 2017.

¹⁸⁸ Économies réalisées à hauteur de 597 M€, 457 M€, 708 M€ pour les années 2015, 2016 et 2017 (source : rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale).

Les pouvoirs publics ne semblent pas avoir tiré d'enseignements de cet effort pour réconcilier les différents objectifs dans une perspective pluriannuelle. En particulier, les informations présentées dans l'annexe B ou les LPFP se sont nettement réduites, avec aucune précision sur les moyens pour respecter l'objectif pluriannuel dans les PLFSS 2017 et 2019, et un simple renvoi à la stratégie nationale de santé en 2018 et en 2020, laquelle ne comporte pas de cadrage financier.

Au total, à l'exception notable de la période 2015-2017, l'exercice de programmation pluriannuelle est donc resté assez largement formel et n'a pas permis de faire le lien entre les moyens financiers engagés et les objectifs de santé poursuivis. Cette information complèterait pourtant de manière utile les annexes 7 et 9 des PLFSS, que la Cour a déjà plusieurs fois recommandé de renforcer¹⁸⁹.

2 - Un cadre de régulation pluriannuel à renforcer et à mieux articuler avec les objectifs de santé

Un des intérêts principaux d'un cadre pluriannuel est d'apporter de la visibilité aux acteurs pour leur permettre de mettre en œuvre dans la durée les transformations nécessaires¹⁹⁰. Il doit assurer la cohérence entre les objectifs de santé et le cadre nécessairement contraint de la trajectoire des finances publiques.

Pour renforcer la pluriannualité et conforter le rôle des LPFP, la Cour a déjà recommandé¹⁹¹ de créer une provision de programmation pour l'ensemble des administrations publiques afin de financer les aléas, et d'élargir le mandat du Haut Conseil des finances publiques (HCFP) à l'appréciation du réalisme des prévisions de dépenses et de chiffrage des mesures nouvelles en pluriannuel. Cette provision de programmation devrait être complétée d'une provision à l'intérieur de l'Ondam¹⁹² qui viserait à assurer une application efficace de la pluriannualité, sans devoir

¹⁸⁹ Voir par exemple : Cour des comptes, « L'objectif national de 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 », in *La Sécurité sociale – rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁹⁰ En ce sens, voir aussi : Aubert J-M., op. cit.

¹⁹¹ Cour des comptes, *Les finances publiques : pour une réforme du cadre organique et de la gouvernance*, rapport public thématique, novembre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁹² Sur le modèle de la provision introduite en LFSS 2019 pour les soins de ville mais abandonnée en LFSS 2021.

ajuster chaque année les mesures envisagées. Cette provision permettrait de faire face aux aléas de faible ampleur sur la période de programmation sans changer d'orientation générale. Le suivi annuel de la dépense tel que réalisé aujourd'hui par le Comité d'alerte permettrait d'assurer le respect des objectifs. Il paraît également souhaitable qu'un organisme indépendant (le Comité d'alerte ou le HCFP) formule un avis sur la cohérence entre la trajectoire de dépenses d'assurance maladie et les mesures envisagées pour respecter les trajectoires pluriannuelles des LPFP, dans le prolongement de ce qui est fait par le Comité d'alerte en octobre pour les PLFSS.

L'organisme choisi devrait disposer d'informations suffisantes portant sur les hypothèses de construction de l'Ondam pluriannuel, avec une décomposition précise des facteurs d'évolution de la dépense ainsi que la nature et les montants des mesures nouvelles envisagées. Une déclinaison fine au regard notamment des perspectives démographiques et épidémiologiques, de l'évolution prévisionnelle des coûts et des tarifs, ainsi que de l'impact attendu des mesures nouvelles et des réformes prévues par la stratégie nationale de santé apparaît également nécessaire pour assurer une cohérence entre les lois financières, les lois de santé et la stratégie générale de transformation de l'offre, et serait précieuse pour donner de la visibilité aux acteurs. Cet effort d'information, qui pourrait prendre la forme d'une annexe spécifique des LPFP, permettrait de disposer d'un cadre de référence pour suivre la mise en œuvre des mesures structurelles dont l'impact ne peut se faire sentir qu'à moyen terme.

Il conviendrait, à cet effet, d'y associer des indicateurs et des objectifs permettant de suivre la mise en œuvre de la stratégie nationale de santé et d'en mesurer l'impact en termes de transformation du système de soins et d'efficience. Un débat parlementaire sur la stratégie nationale de santé et la trajectoire pluriannuelle de l'Ondam pourrait être organisé sur cette base en amont de la LPFP.

Cette gouvernance renforcée devrait s'appuyer sur le développement des capacités de projection des dépenses d'assurance maladie. À cet égard, il semble qu'un effort, modeste, de mise en cohérence des différents exercices existants (voir encadré ci-dessous) permettrait de parvenir, à un horizon rapproché, à un outil utile pour la conception des politiques de santé et leur suivi.

Des projections couvrant déjà largement la dépense de santé

Les exercices de prévision dans le champ de la dépense de santé sont nombreux et peuvent servir de base pour développer un outil de modélisation financière de moyen terme. Le Hcaam réalise ainsi des projections d'évolution spontanée des dépenses de santé à différents horizons sur un champ large¹⁹³.

La Cnam a réalisé en 2017 une projection des effectifs de patients pour les principales pathologies à un horizon de trois ans¹⁹⁴. Cet exercice est complété par les travaux menés en matière de cartographie médicalisée des dépenses¹⁹⁵. L'Insee a intégré un module portant sur les dépenses de santé en ville dans son modèle Destinie¹⁹⁶. La Drees réalise également des projections d'activité hospitalière de court séjour (MCO) à l'horizon 2030¹⁹⁷. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) ont initié un travail comparable pour les activités de SSR. Pour le secteur médico-social, la Drees a développé un modèle (« Lieux de vie et autonomie » - Livia) qui permet de réaliser des projections du nombre de personnes âgées de plus de 60 ans entre 2015 et 2050 avec des répartitions par sexe, tranche d'âge, niveau de perte d'autonomie et lieu de vie.

C - Mobiliser l'ensemble des leviers disponibles pour respecter l'Ondam et les objectifs fixés à moyen terme

Dans un système de santé fortement décentralisé et déterminé par l'offre, la maîtrise des dépenses implique une responsabilisation accrue des offreurs de soins en ville comme à l'hôpital. Compte tenu de la multiplicité des acteurs et des enjeux de bonne allocation des ressources au sein du système de santé, que l'Ondam à lui seul ne saurait régler, il convient plus largement de mobiliser l'ensemble des outils de régulation disponibles de manière cohérente et au niveau le plus pertinent pour orienter leurs activités et garantir le respect des objectifs financiers et de santé fixés par le Parlement.

¹⁹³ Hcaam, *Rapport annuel*, 2013. Voir aussi : HCfips, *Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale*, 2017.

¹⁹⁴ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2018*, rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2018, septembre 2017.

¹⁹⁵ Annexe 7 des PLFSS.

¹⁹⁶ Geay C., Koubi M., Lagasnerie (de) G., *Projections des dépenses de soins de ville, construction d'un module pour Destinie*, document de travail G2015-15, Insee, 2015.

¹⁹⁷ Brilhaut G., Millien C., « Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030 », Les dossiers de la Drees, n° 18, mai 2017.

1 - Une large palette d'outils à optimiser et mettre en cohérence

a) Mieux responsabiliser les offreurs quant à la pertinence des soins

L'indexation d'une part de la rémunération des offreurs de soins sur des objectifs de pertinence est un levier d'autant plus intéressant qu'il viendrait compléter, quoique de façon nécessairement modeste, le mécanisme de correction automatique que constituent déjà les accords prix-volumes. Ainsi, à rémunération totale inchangée, il apparaît souhaitable d'augmenter la part de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) pour les médecins généralistes, et d'en étendre l'application aux médecins spécialistes ainsi qu'aux autres professionnels de santé habilités à prescrire. Les objectifs devraient être définis pour répondre aux principaux enjeux de pertinence des actes et des prescriptions, y compris en matière de biologie et d'imagerie médicales ainsi que de soins d'auxiliaires médicaux¹⁹⁸. Leur identification implique une exploitation approfondie des données de santé et une analyse permanente des pratiques en termes d'écarts à la moyenne et aux recommandations. La formalisation d'une mission d'observation des pratiques conjuguant l'expertise de la Cnam et de la Haute autorité de santé (HAS) à travers notamment la publication de synthèses contribuerait, plus largement, à l'établissement de constats partagés utiles pour orienter le comportement des acteurs et les interventions du régulateur.

La rémunération sur objectif de santé publique (Rosp)

En 2019, la Rosp a concerné 77 000 médecins libéraux environ (dont près de 51 000 généralistes) et 510 centres de santé, pour un montant total de 509 M€¹⁹⁹ (soit 0,6 % de l'Ondam « soins de ville »). Elle a représenté 6,7 % du revenu déclaré par les médecins généralistes (11,5 %

¹⁹⁸ En ce sens, voir aussi : Cour des comptes, « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2015, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

¹⁹⁹ Montant incluant la Rosp « médecin traitant de l'adulte » (263,8 M€ hors centres de santé et 4 M€ pour les centres de santé), « médecin traitant de l'enfant » (10,2 M€), « cardiologues » (9,2 M€), « gastro-entérologues » (2,9 M€) et « endocrinologues » (0,9 M€), ainsi que le « forfait structure » (154,5 M€) (source : Cnam).

avec le « forfait structure »)²⁰⁰ contre 1,6 % pour les cardiologues (3,8 %) et 1,2 % pour les gastro-entérologues (3,6 %)²⁰¹.

La quasi-totalité des indicateurs liés à la pertinence des prescriptions enregistrent une amélioration continue depuis 2016, qu'ils soient rattachés au volet « prévention » (psychotropes, antibiotiques) ou au volet « optimisation et efficience des prescriptions » (génériques et biosimilaires, notamment). Les effets de la Rosp sont en revanche décevants sur le dépistage des cancers.

En 2020, la Rosp devrait s'établir à 580 M€ environ²⁰².

La généralisation depuis 2016 du dispositif d'incitation financière à l'amélioration de la qualité (Ifaq) pour les établissements de santé et la perspective de sa montée en charge progressive à horizon 2022 offrent l'opportunité d'étendre ces principes à l'hôpital. La maîtrise des prescriptions hospitalières implique en outre l'identification individuelle du prescripteur²⁰³, en lien avec la dématérialisation des prescriptions²⁰⁴.

Ces outils sont complémentaires d'un renforcement de l'accompagnement des acteurs du soin dans le cadre de la rénovation de la gestion du risque annoncé par la Cnam²⁰⁵ : construction de parcours de soins et diffusion de référentiels de bonnes pratiques en lien avec la HAS,

²⁰⁰ Somme des montants moyens des Rosp « Médecin traitant de l'adulte » et « Médecin traitant de l'enfant » (et du « forfait structure ») pour les médecins généralistes libéraux rapportée au montant moyen des bénéfices non commerciaux (BNC) déclarés par l'ensemble des médecins généralistes libéraux à la Caisse autonome de retraite des médecins de France (Carmf) en 2019 (source : Carmf).

²⁰¹ Sur la base du montant moyen des BNC déclarés à la Carmf par les professionnels libéraux des spécialités correspondantes en 2019 (source : Carmf).

²⁰² Estimation Cour des comptes. 533 M€ sont inclus à ce titre sous forme de provisions dans le constat provisoire.

²⁰³ Cour des comptes, « La maîtrise des prescriptions à l'hôpital : mieux responsabiliser le corps médical », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2016, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr. Voir aussi : Cour des comptes, « Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2019.

²⁰⁴ Voir chapitre VIII du présent rapport.

²⁰⁵ Cnam, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2022*, Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2022, juillet 2021.

communication de données personnalisées aux professionnels de santé ou encore lutte contre les erreurs de facturation et la fraude.

b) Mobiliser tous les outils pour transformer le système de soins

Plus largement, l'enjeu est d'être en mesure d'apprécier la pertinence comparée des différents outils disponibles (réformes des financements, autorisations d'activité, politique contractuelle avec les établissements et les professionnels de santé, nomenclatures...) et de constituer une doctrine pour leur mobilisation conjointe au service de la transformation de l'offre et des pratiques dans un cadre pluriannuel²⁰⁶.

À titre d'exemple, dans le champ des soins de ville, les conventions nationales prévoient la prise en charge des cotisations d'assurance maladie des médecins, des chirurgiens-dentistes et des auxiliaires médicaux. La dépense correspondante a représenté un montant de 2,5 Md€ en 2019 (soit 2,7 % des dépenses d'assurance maladie en faveur des soins de ville et 6,2 % des rémunérations versées aux professionnels de santé²⁰⁷). Cette prise en charge, qui s'accompagne de contreparties limitées en matière d'accès aux soins, pourrait être plus fortement modulée en fonction notamment des besoins de rééquilibrage territorial²⁰⁸.

En matière de financement, l'approche mixte retenue par le ministère des solidarités et de la santé dans le cadre de la stratégie « Ma santé 2022 » doit être poursuivie avec cohérence dans la durée, comme la

²⁰⁶ Voir par exemple : Cour des comptes, « La régulation des dépenses de dispositifs médicaux », op. cit.

²⁰⁷ Y compris centres de santé ; hors FIR. Source : états financiers régionaux des dépenses de santé 2019.

²⁰⁸ Cour des comptes, *Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé*, Communication à la commission des affaires sociales du Sénat, juin 2014, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr. Voir aussi : « La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2017 ; « Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2016 ; « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », op. cit.

Cour le recommande par ailleurs²⁰⁹. De ce point de vue, certains arbitrages récents apparaissent rester en deçà de cet objectif²¹⁰.

La Cour a eu l'occasion à de nombreuses reprises de souligner également le besoin de rénover les nomenclatures pour mieux identifier les actes²¹¹ et les mettre en adéquation avec les pratiques actuelles²¹². La récente mise en place du Haut conseil des nomenclatures, encourageante, devra rapidement conduire à la programmation des mesures nécessaires²¹³.

Les régimes d'autorisation devraient quant à eux continuer à être modernisés²¹⁴. Le déploiement des CPOM devrait se poursuivre et leur contenu être enrichi et renforcé, notamment en rétablissant le lien avec une possibilité de révision des autorisations dans une perspective de transformation de l'offre.

*c) Réarmer la régulation infra-annuelle en cohérence
avec les objectifs de moyen terme*

Dans le sens des recommandations antérieures de la Cour, les mises en réserve conservatoires de dépenses devraient être réparties sur l'ensemble des segments de l'offre de soins²¹⁵ et correspondre à des dépenses qu'il est effectivement possible d'annuler ou de reporter. En particulier, l'entrée en vigueur des mesures nouvelles (notamment :

²⁰⁹ Voir chapitre VII du présent rapport.

²¹⁰ Par exemple, l'arrêté du 25 septembre 2019 relatif aux forfaits alloués aux établissements de santé dans le cadre de la prise en charge de patients atteints de maladie rénale chronique retient un champ très limité, en excluant du forfait les honoraires des professionnels libéraux, les hospitalisations de jour et les actes techniques, en contradiction avec les recommandations du rapport Aubert déjà cité.

²¹¹ Voir par exemple : Cour de Comptes, « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », op.cit.

²¹² Un audit réalisé en 2017 par KPMG à la demande de l'Union française des orthoprothésistes relève par exemple que « parmi les 1 500 références du Titre II Chapitre 7 [orthoprothèses], près de la moitié n'est plus en adéquation avec les techniques actuelles de conception des appareillages ».

²¹³ Les décrets d'application (n° 2021-491 et n° 2021-492) sont parus en avril 2021.

²¹⁴ Voir Cour de Comptes, « Les parcours dans l'organisation des soins de psychiatrie », février 2021, op. cit.

²¹⁵ Voir notamment : « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, octobre 2020, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr.

augmentations conventionnelles des tarifs des professionnels de ville) devrait être conditionnée au respect de l'Ondam, et les montants correspondants gelés en début d'année²¹⁶.

2 - Une déconcentration à renforcer

La déconcentration de la régulation du système de santé doit permettre une mobilisation plus efficiente des leviers disponibles, dans le cadre d'une stratégie territorialisée de transformation de l'offre, comme la Cour a eu l'occasion de recommander à plusieurs reprises²¹⁷.

En effet, les ajustements à mettre en œuvre ne sont en effet pas les mêmes en Seine-et-Marne, qui comptait 394 lits en hospitalisation complète pour 100 000 habitants en 2018, et dans les Hautes-Alpes, qui en comptait 1 101²¹⁸. Si une partie de ces écarts peut être justifiée par des besoins différenciés au regard des caractéristiques de la population, l'indicateur d'accessibilité pondérée localisée (APL) tenant compte de la structure par âge met en évidence un écart presque du simple au double s'agissant de la disponibilité des médecins généralistes entre le Cher (2,7 consultations par an et par habitant en moyenne « standardisée » en 2018) et le Bas-Rhin (5,1)²¹⁹.

Ces disparités se retrouvent au niveau des dépenses d'assurance maladie : ainsi, les remboursements d'honoraires paramédicaux par habitant se sont établies en 2019 à 111 euros en Ile-de-France et 113 euros

²¹⁶ À l'heure actuelle, l'article L. 164-11-1-1 du code de la sécurité sociale prévoit seulement une entrée en vigueur reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante si le comité d'alerte constate un risque sérieux de dépassement de l'Ondam sur l'exercice en cours. Il ne permet pas de réagir en cas de dépassement du seul objectif « soins de ville », ni de garantir le respect d'une trajectoire pluriannuelle de l'Ondam.

²¹⁷ Voir notamment : « Vingt ans de recomposition territoriale de l'offre de soins : un bilan décevant », in *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*, septembre 2015, La Documentation française, disponible sur www.ccomptes.fr ; *L'avenir de l'assurance maladie*, op. cit. ; « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », op. cit.

²¹⁸ Source : Drees, SAE 2018 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2018.

²¹⁹ Source : Sniiram 2018, EGB 2018, Cnam ; populations par sexe et âge 2016, distancier Metric, Insee ; traitements Drees.

en Pays-de-la-Loire, contre 360 euros en Provence-Alpes-Côte-D'azur et 505 euros en Corse²²⁰ sans justification objective²²¹.

La déconcentration d'une partie des leviers de régulation de l'offre de soins implique que des marges de manœuvre significatives soient laissées à la main des acteurs locaux, dans le cadre d'enveloppes financières réparties entre régions en fonction de critères objectifs.

Or, le FIR – principal outil financier à la main des ARS – comptait en 2019 pour moins de 2 % des dépenses d'assurance maladie exécutées dans les régions, dont 3,0 % des financements alloués aux établissements sanitaires, 0,9 % des financements alloués aux ESMS et 0,4 % seulement des financements alloués aux soins de ville²²². Sa répartition entre régions est peu transparente²²³. Son utilisation est en outre largement contrainte : un rapport estimait en 2018 que les crédits libres d'affectation représentaient entre 10 et 15 % du FIR²²⁴. Le constat est similaire pour les autres dotations²²⁵.

La rémunération à la performance (Rosp et Ifaq) est quant à elle entièrement définie au niveau national, alors même que les pratiques et les enjeux de santé publique²²⁶ peuvent varier localement.

Les réformes engagées dans les champs de la psychiatrie et des soins de suite et de réadaptation vont dans le bon sens en ce qu'elles prévoient l'introduction de dotations populationnelles réparties entre régions sur la base de critères démographiques pondérés, puis en leur sein en fonction de

²²⁰ Source : états financiers régionaux des dépenses de santé 2019 ; Insee, estimation de la population au 1^{er} janvier 2019.

²²¹ Cour des comptes, « Les dépenses de soins infirmiers et de masso-kinésithérapie en exercice libéral : une progression non maîtrisée, des mesures de régulation à prendre sans délai », op. cit.

²²² Source : états financiers régionaux des dépenses de santé 2019.

²²³ Cour des comptes, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », op. cit.

²²⁴ Igas, *Le pilotage de la transformation de l'offre de soins par les ARS*, novembre 2018.

²²⁵ Les missions d'intérêt général (Mig) (5,4 Md€ en 2019) sont libres d'emploi à 9,7 % (source : ibid.). Les aides à la contractualisation (AC) (1,6 Md€) sont fléchées pour moitié (source : Cour des comptes, « Les financements par dotation aux établissements de santé (Migac et FIR) : une simplification nécessaire », op. cit.). Les dotations de fonctionnement (DAF) (16,9 Md€) sont fongible avec le FIR dans la limite de 1 %.

²²⁶ À titre d'illustration, le taux de mortalité infantile varie en métropole de 1,5 % en Haute-Loire à 6,0 ‰ dans le territoire de Belfort ; il s'établit à 9,4 ‰ en Guyane (source : Insee, état civil, estimations de population, 2015-2017).

critères objectifs à définir par chaque ARS²²⁷. Il importe de les mener à terme, mais surtout d'en étendre et d'en amplifier le principe, pour mettre les ARS pleinement en capacité de décliner, au niveau territorial, les orientations définies au niveau national dans le cadre de l'Ondam.

La déconcentration de la régulation suppose parallèlement de remédier aux faiblesses actuelles au niveau territorial. Les premiers enseignements issus de la crise (voir encadré dans la première partie de ce chapitre) corroborent en effet plusieurs constats de la Cour s'agissant notamment d'une régulation trop distante des cliniques privées²²⁸ et des limites de la régulation de l'offre en ville par les ARS²²⁹. Se posent également la question de l'adéquation des ressources humaines et de l'organisation des ARS aux enjeux de régulation de l'offre de soins, et celle de leur accès aux données pertinentes pour la piloter²³⁰.

²²⁷ Voir chapitre VII du présent rapport.

²²⁸ Cour des comptes, *Constats issus des premiers contrôles des cliniques privées*, référé, mars 2019, disponible sur www.ccomptes.fr.

²²⁹ Voir notamment le chapitre VI du présent rapport et Cour des comptes, *L'ordre des infirmiers*, référé, janvier 2021, disponible sur www.ccomptes.fr.

²³⁰ Igas, op. cit. ; Grelier J-C, Firmin-Le Bodo A., *10 ans des ARS – Un bilan en demi-teinte*, Mission d'information, Assemblée nationale, 16 juin 2021.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Pendant une dizaine d'années et jusqu'à la veille de la crise sanitaire, l'Ondam et les outils de régulation associés ont permis de contenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Plusieurs points demeuraient toutefois insatisfaisants, avec notamment l'accumulation de déficits par une partie des hôpitaux et une maîtrise insuffisante de la consommation de certains biens et services médicaux. En outre, la régulation financière ne s'est pas accompagnée d'un effort de réforme suffisant, notamment en matière de pertinence des soins et de transformation du système de santé.

Depuis le début de l'année 2020, ces difficultés persistent et l'Ondam ne joue plus son rôle d'encadrement des dépenses, compte tenu des mesures exceptionnelles prises pour faire face à la pandémie, mais surtout du plan de revalorisation des rémunérations des personnels des filières hospitalières et médico-sociale ainsi que de l'effort exceptionnel d'investissement dans le système de santé annoncé par les pouvoirs publics (« Ségur de la santé »).

Passées les conséquences immédiates de la crise sanitaire, le rétablissement d'un cadre de régulation garantissant une progression maîtrisée des dépenses d'assurance maladie apparaît indispensable. Il devra s'accompagner d'une rénovation de la gouvernance du système de soins afin de mieux concilier les objectifs de soutenabilité financière et de santé.

La Cour formule ainsi les recommandations suivantes :

- 9. élargir le périmètre de l'Ondam à l'ensemble des dépenses de santé prises en charge par les branches de la sécurité sociale, et lui annexer un nombre limité d'objectifs complémentaires (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget) ;*
- 10. inscrire l'Ondam dans une trajectoire pluriannuelle étayée, finement documentée en lien avec la stratégie de santé, et justifier précisément les révisions éventuelles par rapport à cette trajectoire (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget) ;*
- 11. lier une part significative de la rémunération des offreurs de soins en ville et à l'hôpital à l'atteinte d'objectifs de pertinence, et formaliser une mission d'observation des pratiques conjuguant l'expertise de la Cnam et de la Haute autorité de santé (HAS) à travers notamment la*

publication de synthèses (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, Cnam, HAS) ;

12. *conditionner les revalorisations au respect de l'Ondam, et mettre en réserve chaque année les montants correspondants (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget) ;*
 13. *renforcer les outils et les prérogatives des ARS pour décliner les orientations définies au niveau national dans le cadre de l'Ondam, en tenant compte des rééquilibrages nécessaires entre régions, à travers notamment :*
 - *le développement des dotations populationnelles aux différents secteurs d'activités de soins ;*
 - *des dotations régionales, créées par étape à partir du FIR et mobilisées de manière flexible par les ARS pour faciliter les transformations locales des différents secteurs d'activité nécessaires à des soins mieux gradués et coordonnés (ministère chargé de la sécurité sociale et de la santé, ministère chargé du budget).*
-