

**RAPPORT DU GROUPE DE TRAVAIL SUR
LE PILOTAGE DES DEPENSES
D'ASSURANCE-MALADIE**

Avril 2010

SYNTHESE

1. La mise en place, à compter de 1997, des LFSS s'est accompagnée du vote annuel par le Parlement d'un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie. Objectif de dépenses et non budget au sens strict du terme car, outre les différences qui séparent de façon générale les LFSS des lois de finances applicables au budget de l'Etat, les dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire ne procèdent pas, sauf rares exceptions, d'une allocation de crédits à caractère limitatif gérés par une autorité centrale. Elles sont la résultante de décisions prises de façon décentralisée à la fois par les producteurs de soins et les assurés sociaux, décisions qui sont à l'origine des prestations à la charge de l'assurance maladie. Cette caractéristique qui résulte des choix fondamentaux relatifs à l'organisation de notre système de soins implique que l'ONDAM a deux objectifs principaux : formaliser et solenniser l'objectif annuel de dépenses d'assurance maladie cohérent avec les choix essentiels faits par le pays en matière de finances publiques au sens large ; constituer la référence et le cadre financier à l'intérieur duquel les politiques de maîtrise médicalisée et de régulation sectorielle doivent être mises en œuvre.
2. Si l'on excepte le premier ONDAM voté, celui de l'année 1997, tous les ONDAM ont été dépassés. Ces dépassements peuvent être jugés en partie inhérents aux degrés de liberté dont disposent assurés sociaux et producteurs de soins. Leur récurrence et leur importance n'en sont pas moins problématiques. Ils procèdent tant d'une absence de réalisme dans la construction initiale de l'ONDAM (sous estimation des dépenses tendancielle et / ou surestimation de l'impact des mesures correctrices décidées pour corriger le tendanciel) que d'un manque de maîtrise dans le suivi. Ils s'expliquent tantôt par un secteur de dépenses, tantôt par un autre quand ce n'est pas par tous simultanément. Et contrairement à ce que l'on pourrait penser en première analyse, ce ne sont pas les ONDAM les plus « généreux » facialement (progression importante par rapport à l'année précédente) qui sont les moins dépassés ni les ONDAM les plus stricts qui sont le plus dépassés.
3. La gravité de ces dépassements est parfois relativisée par les acteurs concernés qui soulignent que le pourcentage de dépassement est en moyenne « faible » (de l'ordre de 0,70% depuis l'origine) et que les montants concernés sont sans rapport avec le niveau actuel des déficits de l'assurance maladie. Mais au regard des masses financières en jeu (162,4 Md€ pour l'ONDAM 2010), un dépassement de l'ONDAM d'apparence faible (environ 0,70%) correspond à une dépense publique supplémentaire considérable si on la rapporte à d'autres politiques publiques (c'est un montant sensiblement plus élevé que le coût annuel de la revalorisation des prestations familiales et proche du surcoût estimé du RSA). De plus, l'accumulation au fil du temps des dépassements aboutit au total à des montants considérables. Ainsi, la somme des dépassements constatés depuis 1997 (19,4 mds) est elle sensiblement supérieure au déficit prévu pour 2010 (14,5 mds). On ne saurait donc nier l'enjeu majeur que représente dans la durée pour la gestion de nos finances publiques dans leur ensemble un respect plus strict de l'ONDAM.
4. Au fil du temps des améliorations ont été apportées dans les outils et les procédures tant d'élaboration que de vote et de suivi de l'ONDAM. La loi de 2004 a mis en place en particulier un dispositif d'alerte reposant sur le constat en cours

d'année par un comité indépendant d'un risque de dépassement significatif (0,75%) de l'ONDAM, puis la mise en œuvre, à l'initiative des acteurs concernés, d'actions visant à le corriger. Force est toutefois de constater au vu des dépassements relevés dans la période récente (dépassement massif en 2007, dépassement bien moindre mais mal anticipé en 2009) que des marges d'amélioration importantes subsistent même s'il est irréaliste de penser, au regard des caractéristiques mêmes de notre système et des aléas épidémiologiques, que l'ONDAM puisse être respecté chaque année à quelques millions d'euros près.

5. Aux trois stades que sont l'élaboration et le vote de l'ONDAM, le suivi infra-annuel et la gestion préventive du risque de dépassement, et enfin la mise en œuvre de mesures correctrices en cas d'alerte, des faiblesses importantes subsistent :
 - en dépit des progrès réalisés, la construction de l'ONDAM reste affectée d'un certain nombre de fragilités : caractère insuffisamment transparent de la construction, lien trop ténu entre ONDAM et politique de santé publique. Cette situation a deux conséquences préjudiciables. Elle n'empêche pas, même si cela a un caractère exceptionnel, la construction puis le vote d'ONDAM peu réalistes et dont on sait par avance qu'ils n'ont guère de chances d'être respectés ; et en dehors même de ces cas exceptionnels, elle instille le doute sur le réalisme de la construction ce qui réduit son « opposabilité politique » en entraînant une moindre mobilisation pour sa réalisation et en réduisant par avance l'acceptabilité des mesures susceptibles d'être prises en cours d'année pour assurer son respect strict.
 - le suivi infra-annuel et la gestion en continu du risque de dépassement restent en deçà du degré d'exigence qui devrait caractériser le suivi de dépenses de cette ampleur. Notamment, l'hétérogénéité des systèmes d'information des dépenses hospitalières ne permet pas d'assurer un suivi satisfaisant de ce secteur, les données étant disponibles trop tardivement. Par ailleurs, le suivi ne fait pas suffisamment de place à des outils d'anticipation et d'appréhension des dynamiques de dépense. Le cadre inter institutionnel de suivi et de gestion de l'ONDAM est peu formalisé et son fonctionnement épisodique, pas plus que n'est précisément définie ex ante la « boîte à outils » mobilisable pour prévenir, dès les premiers mois de l'exécution, les risques de dépassement, risques en fait quasi certains au regard de la nature de la dépense et du caractère toujours très « tendu » des prévisions qui sont faites.
 - la procédure d'alerte mise en place en 2004, a constitué un progrès significatif, reposant essentiellement sur ses vertus dissuasives. Néanmoins, son caractère nécessairement tardif, l'ampleur du dépassement à corriger et la lourdeur des procédures à suivre pour mettre en œuvre les mesures décidées font qu'en pratique son déclenchement ne permet guère de revenir à l'objectif pour l'année considérée. Et ses vertus dissuasives sont elles-mêmes à relativiser au regard du fait que dans une certaine mesure, la référence de la « bonne gestion » tend à se déplacer implicitement du strict respect de l'ONDAM vers le non franchissement du seuil de l'alerte...
6. Les propositions formulées visent à corriger ces faiblesses sans bouleversement du cadre général que constituent les LFSS, ni modification de la nature de l'ONDAM ou transformation de la philosophie et des caractéristiques essentielles des dispositifs de régulation. Pour des raisons tant de principe que de faisabilité technique et juridique, le groupe de travail n'a en effet pas retenu l'hypothèse

parfois évoquée de systématiser la variabilité infra-annuelle des tarifs de prestation et des taux de remboursement comme moyen de « stabilisation automatique » de la dépense. Il lui est apparu que cette solution, dont l'applicabilité est problématique et qui, au demeurant n'existe dans aucun pays, ne pouvait être considérée comme la solution normale et pérenne aux problèmes soulevés.

Ces propositions appellent diverses modifications de texte. Elles exigent surtout une modification des pratiques de la part des principaux acteurs de la régulation et la reconnaissance politique claire de l'importance qui s'attache en continu au respect de l'objectif voté par le parlement.

Ces propositions ont été conçues comme autant de piliers complémentaires permettant d'aboutir à une architecture renforcée de la gouvernance de l'ONDAM. Elles sont sous-tendues par l'idée selon laquelle le meilleur respect de l'ONDAM à l'avenir est davantage lié à la robustesse de sa construction et à des mécanismes forts de prévention tout au long de l'année des risques de dépassement qu'à des mécanismes, nécessairement tardifs et au maniement très délicat, de correction des dépassements avérés.

7. Dix propositions principales sont formulées.

Trois concernent l'élaboration et le vote de l'ONDAM et visent à accroître sa crédibilité vis-à-vis de l'ensemble des acteurs concernés :

N°1 : Organiser via le Comité d'alerte, une expertise externe sur les hypothèses techniques sous tendant la construction de l'ONDAM avant le vote de la LFSS.

N°2 : Rassembler dans une annexe au PLFSS les informations détaillées sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours, ainsi que les hypothèses techniques faites par la construction de l'ONDAM de l'année à venir (décomposition du tendancier et présentation détaillée des mesures correctrices et de leur impact).

N°3 : Insérer davantage le vote de l'ONDAM dans une perspective pluri-annuelle ; dans un premier temps, à travers la mention à caractère informatif mais précisément justifiée des niveaux de l'ONDAM envisagés pour les années N+ 2 et N + 3 ; en explorant, dans un second temps, la faisabilité d'une loi de programmation triennale permettant de traiter, en lien avec la politique de santé, des questions de régulation à caractère structurel.

- Quatre propositions visent à rénover le cadre qui régit la gouvernance actuelle de l'ONDAM afin de prévenir plus efficacement les risques de dépassement :

N°4 : Instaurer un Comité de pilotage de l'ONDAM se réunissant régulièrement tantôt au niveau des Ministres (de la Santé et des Comptes publics), tantôt au niveau des Directeurs concernés, lui donner un fondement légal et tenir régulièrement informées de ses travaux les commissions compétentes du Parlement.

N° 5 : Renforcer le suivi statistique et comptable de l'ONDAM et rassembler dans une même entité (le groupe de suivi statistique) l'ensemble des acteurs de la production de données.

N° 6 : Augmenter la fréquence des avis obligatoires du Comité d'alerte en prévoyant un tel avis dès la mi-avril (incidences des résultats connus de l'année antérieure sur le respect de l'ONDAM de l'année en cours)

N° 7 : Abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,50% de l'ONDAM afin d'inciter l'ensemble des acteurs à une gestion préventive et continue des risques de dépassement.

- Les trois dernières propositions visent à doter cette gouvernance renouvelée d'outils complémentaires visant principalement à prévenir les dépassements et, dans les cas exceptionnels d'alerte, à assurer la mise en œuvre la plus rapide possible des mesures décidées :

N° 8 : Conditionner, sous la responsabilité du Comité de pilotage, la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles contenues dans la LFSS (ainsi que de celles susceptibles d'être décidées en cours d'année) au respect de l'ONDAM.

N° 9 : Instaurer des mécanismes systématiques de mise en réserve en début d'année de dotations s'apparentant à des crédits budgétaires, les décisions de dégel total ou partiel, ou d'annulation, étant prises en cours d'année par le Comité de pilotage.

N° 10 : Prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre effective rapide des mesures correctrices.

Composition du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie

◆ Président du groupe de travail

M. Raoul Briet, conseiller maître à la cour des comptes, membre du collège de la haute autorité de santé

◆ Rapporteurs

M^{me} Sarah Lacoche, inspecteur des finances

M. Thomas Wanecq, inspecteur des affaires sociales

◆ Membres du groupe de travail

Parlement

M. Yves Bur, député

M. Jean-Pierre Door, député

M. Alain Vasselle, sénateur

M. Gérard Dériot, sénateur

État et Assurance Maladie

M. Philippe Josse, directeur du budget (suppléant, M. Guillaume Gaubert)

M. Dominique Libault, directeur de la sécurité sociale (suppléant, M. Thomas Fatome)

M. Ramon Fernandez, directeur général du trésor (suppléant, M. Nicolas Carnot)

M^{me} Annie Podeur, directrice générale de l'offre de soins (suppléant, M. Félix Faucon)

M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'UNCAM (suppléant, M. Jean-Marc Aubert)

Experts

M. François Monnier, secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale

M. Philippe Sauvage, directeur financier de l'assistance publique-hôpitaux de Paris

SOMMAIRE

Introduction.....	4
1. La toile de fond : des dépassements variables mais récurrents.....	11
1.1. REMISE EN PERSPECTIVE DE L'ONDAM (1997-2009).....	11
1.1.1. <i>Remise en perspective de l'ONDAM (1997-2009)</i>	11
1.1.1.1. Les dépenses de santé en France et dans l'OCDE.....	11
1.1.1.2. L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie.....	13
1.1.1.3. Le respect de l'ONDAM, de la préparation à l'exécution.....	15
1.2. ANALYSE DES DEPASSEMENTS RECENTS (2007 ET 2009).....	17
1.2.1. <i>L'année 2007 : un dépassement prévisible, annoncé et non maîtrisé</i>	17
1.2.2. <i>L'année 2009 : une sous-estimation constatée tardivement avec un impact sur l'exécution 2010</i>	19
1.3. ENSEIGNEMENTS TIRES D'UNE APPROCHE COMPAREE DE LA REGULATION DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE EN EUROPE.....	20
1.3.1. <i>La pluriannualité budgétaire</i>	21
1.3.2. <i>Le suivi infra-annuel</i>	22
1.3.3. <i>L'absence de mécanismes automatiques</i>	23
2. Les voies d'amélioration : trois orientations complémentaires sur l'élaboration, le suivi et la régulation de l'ONDAM.....	24
2.1. ACCROITRE LA TRANSPARENCE DE LA CONSTRUCTION DE L'ONDAM.....	24
2.1.1. <i>La situation actuelle : une information insuffisante et une évaluation incertaine</i>	24
2.1.1.1. Une évaluation des mesures correctrices encore trop imprécise.....	24
2.1.1.2. Une information riche mais insuffisante.....	25
2.1.1.3. Une pluriannualité très formelle.....	26
2.1.2. <i>La proposition : expertiser et mieux informer</i>	27
2.1.2.1. Organiser une expertise externe sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM.....	27
2.1.2.2. Enrichir l'information des Parlementaires dans l'annexe relative à l'ONDAM.....	28
2.1.2.3. Renforcer le caractère pluriannuel de la régulation.....	29
2.2. FORMALISER ET RENFORCER LE DISPOSITIF DE SUIVI ET DE PILOTAGE DE L'ONDAM.....	31
2.2.1. <i>La situation actuelle : un suivi et un pilotage de la régulation insuffisamment formalisés et réactifs</i>	31
2.2.1.1. Un suivi de l'ONDAM éclaté et un pilotage peu institutionnalisé.....	31
2.2.1.2. Des remontées d'information de qualité et de fréquence inégales.....	33
2.2.2. <i>La proposition : refondre le dispositif de pilotage et d'alerte pour assurer le respect de l'ONDAM</i>	35
2.2.2.1. Instaurer un comité de pilotage de l'ONDAM et lui donner un fondement réglementaire... 35	35
2.2.2.2. Renforcer le suivi statistique et comptable et réunir les acteurs de la production de données.....	37
2.2.2.3. Une veille renforcée du comité d'alerte.....	38
2.3. INSTAURER DE NOUVEAUX OUTILS AFIN DE PREVENIR LES RISQUES DE DEPASSEMENT ET LIMITER LEUR AMPLEUR.....	41
2.3.1. <i>La situation actuelle : une régulation qui s'exerce principalement après le constat d'un dépassement ou une alerte</i>	41
2.3.1.1. L'impact nécessairement limité de la régulation ex post en infra-annuel, en dépit d'une palette d'outils assez large.....	41
2.3.1.2. Des mécanismes de provisionnement ex ante limités au regard des risques de dépassement.....	44
2.3.1.3. Des mécanismes de mise en œuvre conditionnelle des dépenses liée au respect de l'ONDAM peu développés.....	44
2.3.1.4. Une évaluation non systématique de la compatibilité des mesures nouvelles adoptées en cours d'année avec le respect de l'ONDAM.....	45

- 2.3.2. *La proposition : développer la mise en œuvre conditionnelle d'une partie des dépenses et accélérer en cas d'alerte la mise en œuvre des mesures de régulation ex-post* 45
- 2.3.2.1. Conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles au respect de l'ONDAM 45
- 2.3.2.2. Mettre en réserve en début d'année une fraction des dotations..... 47
- 2.3.2.3. Prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre effective rapide des mesures correctrices... 51

Conclusion48

Liste des annexes49

INTRODUCTION

Au lendemain de la plus grave crise financière de l'après-guerre, la France, comme tous les pays développés, est confrontée à deux défis majeurs : la lutte contre le chômage et la réduction des déficits. Le 28 janvier 2010, la conférence sur le déficit a été lancée afin de préparer la stratégie de redressement des finances publiques.

La maîtrise des différentes composantes de la dépense publique est au cœur de cette stratégie. Dans cette perspective, la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie, via le respect de l'objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM), instauré en 1997, représente un enjeu non négligeable : les dépenses incluses dans l'ONDAM voté en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) s'élèvent à 162,4Mds € en 2010, soit près de 15% des dépenses des administrations publiques.

A l'issue de la première session de la conférence sur le déficit, un groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie a donc été mis en place afin de proposer des règles permettant d'assurer que l'objectif national d'assurance maladie voté chaque année par le Parlement soit respecté.

En effet, les outils de régulations actuels n'ont pas permis d'assurer le respect de l'ONDAM, en dépit des progrès accomplis suite à l'instauration de la procédure d'alerte en 2004. Depuis sa création, l'ONDAM n'a été respecté qu'une seule fois et l'année 2009 a à nouveau été marquée par un dépassement de l'ordre de 0,75 Md€, dont la pleine mesure n'a été connue que tardivement.

Conformément aux termes de la lettre de mission du Premier Ministre en date du 19 février 2010, le groupe de travail s'est attaché à identifier des mesures de suivi et de régulation qui permettraient de renforcer le respect de l'ONDAM. Les organisations et organismes représentés à la Commission des Comptes de la sécurité sociale et concernés par le sujet ont été consultés à deux reprises.

En premier lieu, le groupe de travail a procédé à une remise en perspective de l'ONDAM depuis sa création et à une analyse des dépassements récents, afin d'identifier les faiblesses du dispositif actuel s'agissant de l'élaboration de l'ONDAM, de son suivi et des mécanismes de régulation de la dépense. Le groupe de travail s'est également penché sur les systèmes européens de régulation des dépenses d'assurance maladie afin d'en tirer des enseignements pour le système français.

Sur la base de ces travaux, le groupe a identifié plusieurs faiblesses contribuant au non respect de l'ONDAM : une transparence insuffisante dans la construction de l'ONDAM pouvant nuire à son réalisme, un pilotage peu intégré et peu formalisé de la régulation, basé sur des remontées d'information de qualité et de fréquence inégales et reposant essentiellement sur des mécanismes de correction ex-post de la dépense dont l'impact est limité en cours d'année.

Les propositions du groupe de travail visent à corriger ces faiblesses sans bouleversement du cadre général constitué par les LFSS, ni modification de la nature de l'ONDAM ou transformation de la philosophie et des caractéristiques essentielles des dispositifs de régulation. Elles prennent en compte la spécificité des dépenses d'assurance maladie et s'appuient prioritairement sur des politiques de maîtrise médicalisée et de régulation sectorielle de la dépense.

Les propositions du groupe de travail sont également sous-tendues par l'idée qu'un meilleur respect de l'ONDAM est davantage lié à l'existence de mécanismes forts de prévention du dépassement qu'à des mécanismes de correction du dépassement. Ces propositions s'articulent autour de trois axes complémentaires : accroître la transparence dans la construction de l'ONDAM, formaliser et renforcer le dispositif de suivi et de pilotage de l'ONDAM et instaurer de nouveaux outils de régulation permettant de prévenir ou de limiter les dépassements.

1. La toile de fond : des dépassements variables mais récurrents

1.1. Remise en perspective de l'ONDAM (1997-2009)

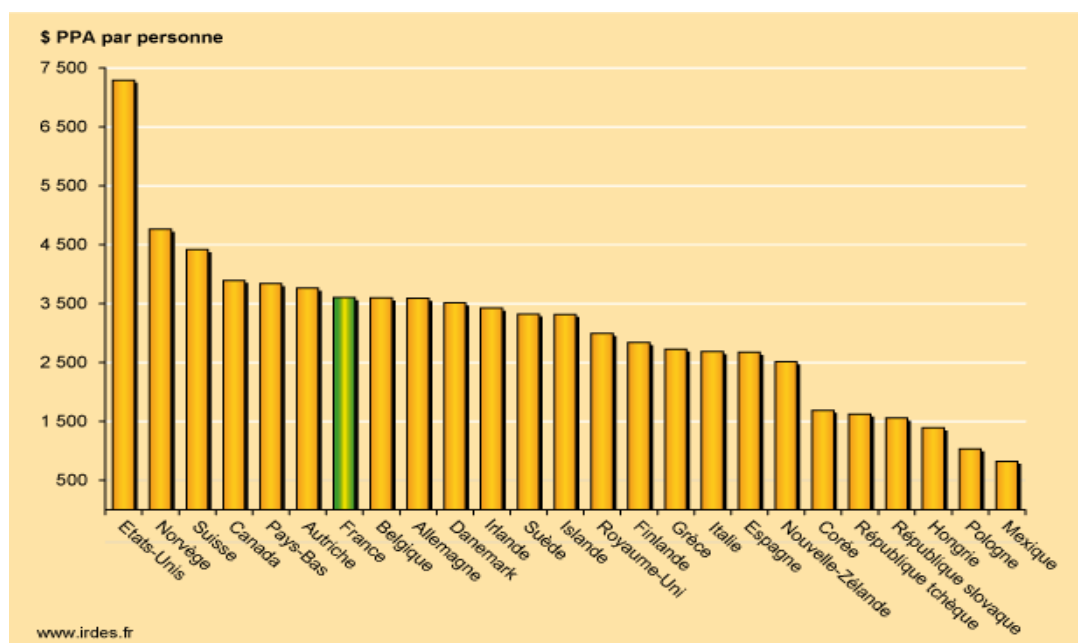
1.1.1. Remise en perspective de l'ONDAM (1997-2009)

1.1.1.1. Les dépenses de santé en France et dans l'OCDE

Les modes d'organisation des systèmes de soin varient fortement au sein des pays de l'OCDE. Aussi les comparaisons relatives aux dépenses prises en charge par la collectivité sur le modèle de l'assurance-maladie en France sont-elles rarement pertinentes, car les périmètres considérés varient trop fortement d'un pays à l'autre. En revanche, la notion de dépenses courantes de santé (c'est-à-dire l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé regroupant l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé) permet ce type de comparaison.

La « **dépense totale de santé** » est l'agrégat utilisé par l'OCDE pour les comparaisons internationales. Cette dépense est calculée pour la France en déduisant de la dépense courante de santé les indemnités journalières, les dépenses de formation et en y ajoutant la formation brute de capital fixe. Elle est calculée par le département statistique du ministère de la Santé (Drees) avant d'être envoyée à l'OCDE. Le graphique 1 montre la dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2007.

Graphique 1 : Dépense totale de santé dans les pays de l'OCDE en 2007 (en parité de pouvoir d'achat)

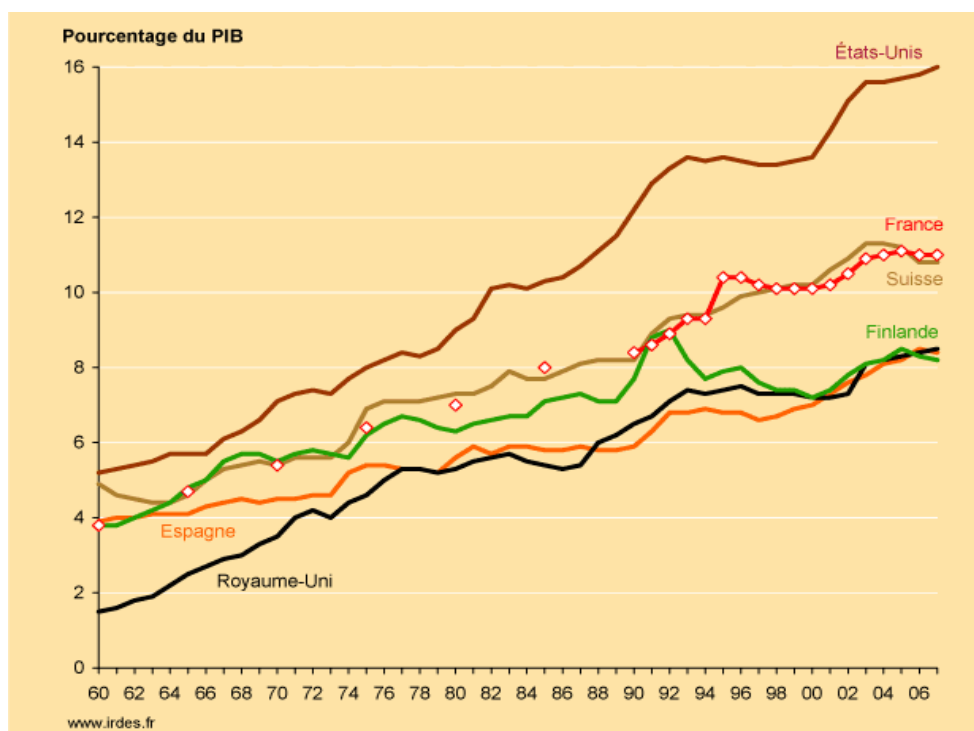


Source : IRDES sur données OCDE

En utilisant ce concept, la France se trouve, en 2007, au **7^{ème} rang des pays de l'OCDE pour le montant, en \$ PPA**, attribué par personne aux dépenses de santé. Plutôt que la parité de pouvoir d'achat, on peut comparer la part du produit intérieur brut consacrée aux dépenses de santé. L'évolution de cette proportion est présentée dans le graphique 2.

Depuis 1960, la part des dépenses de santé dans le produit intérieur brut a triplé en France, pour s'établir à 11,6%. Si cette évolution s'observe peu ou prou dans l'ensemble des pays de l'OCDE, la France se situait en 2007 **au second rang de la part du PIB consacrée à la santé, derrière les Etats-Unis**. Au regard de cet indicateur, la dépense de santé française apparaît tout à la fois élevée et dynamique.

Graphique 2 : Evolution de la part de la dépense totale de santé dans certains pays de l'OCDE



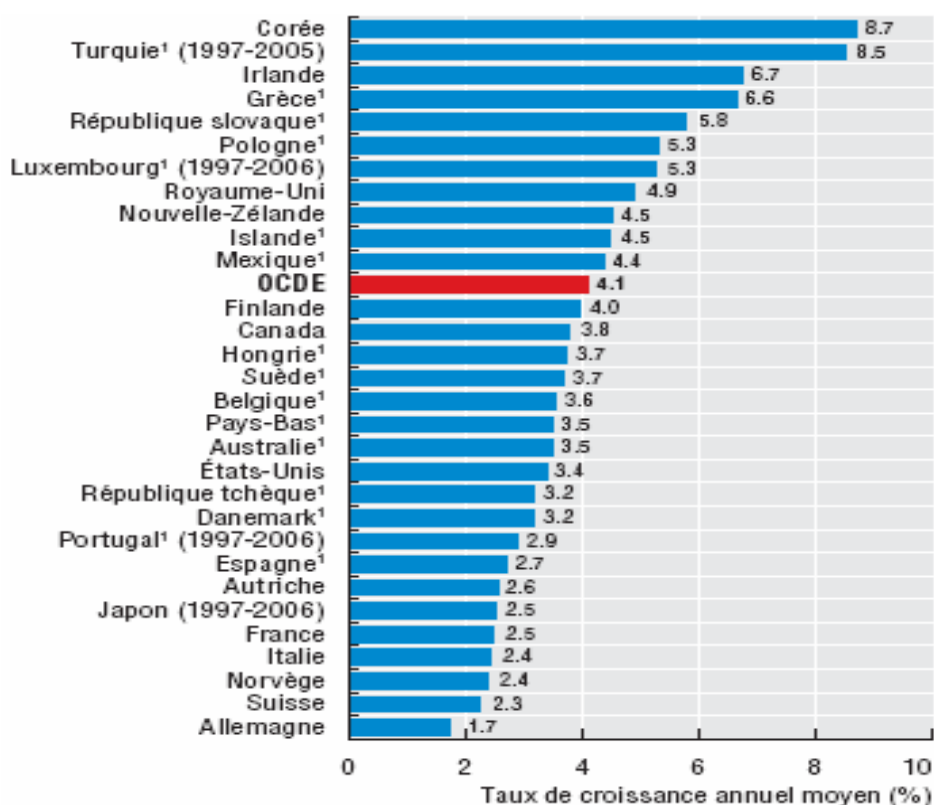
Source : Irdes d'après données OCDE

Une analyse plus fine de la situation française montre qu'après plusieurs décennies de croissance soutenue, la part des dépenses de santé dans le PIB a connu un net ralentissement à la fin des années 90 – en partie imputable à la forte croissance économique de la période – avant de reprendre sa croissance au début des années 2000, puis de ralentir à nouveau à partir de 2003.

Ce type d'évolution n'est pas général, car d'autres pays – notamment le Royaume-Uni¹ – ont connu une progression relativement soutenue, comme on peut le voir sur le Graphique 3.

¹ Dans le cas du Royaume-Uni cette progression assumée est imputable à un rattrapage volontaire (cf. infra 1.3.2.).

Graphique 3 : Variation des dépenses de santé en termes réels depuis 1997



Source : OCDE

La France apparaît ainsi comme un des pays ayant connu **l'évolution la plus modérée au cours des dix dernières années**. Ce constat doit toutefois être nuancé, car outre que la France partait d'un niveau très élevé, sur la même période, l'Allemagne a enregistré une croissance annuelle moyenne inférieure de 0,6 point à celle de la France.

1.1.1.2. L'objectif national des dépenses d'assurance-maladie

La mise en place, à compter de 1997, des lois de financement de la sécurité sociale s'est accompagnée du vote annuel par le Parlement d'un Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il ne s'agit toutefois pas d'un budget au sens strict du terme car, outre les différences qui séparent de façon générale les lois de financement des lois de finances, les dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie ne procèdent pas, sauf exception, d'une allocation de crédits à caractère limitatif gérée par une autorité centrale, mais de décisions prises de façon décentralisée par les producteurs de soin et par les assurés sociaux. Compte tenu de cette caractéristique du système français de sécurité sociale, l'ONDAM a deux objectifs principaux : formaliser un objectif compatible avec les choix essentiels faits par le pays en matière de finances publiques et constituer la référence pour les politiques de régulation sectorielle. Ce dernier aspect a été renforcé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie qui a créé le comité d'alerte (cf. Encadré 1), censé intervenir dès lors que le dépassement de l'ONDAM voté risque d'atteindre un seuil fixé à 0,75% du total.

En application des dispositions de la loi organique du 3 août 2005, l'ONDAM se décompose en **six sous-objectifs** dont la liste et le montant sont précisés dans les annexes au projet de loi. Ces sous-objectifs, dont la nomenclature est restée inchangée

depuis 2006, sont présentés dans l'annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale².

Ces sous-objectifs sont les suivants :

- dépenses de soins de ville ;
- dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité ;
- autres dépenses relatives aux établissements de santé ;
- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ;
- contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées ;
- dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.

Le montant des différents sous-objectifs est présenté dans le tableau 1.

Tableau 1 : Les sous-objectifs de l'ONDAM en 2010

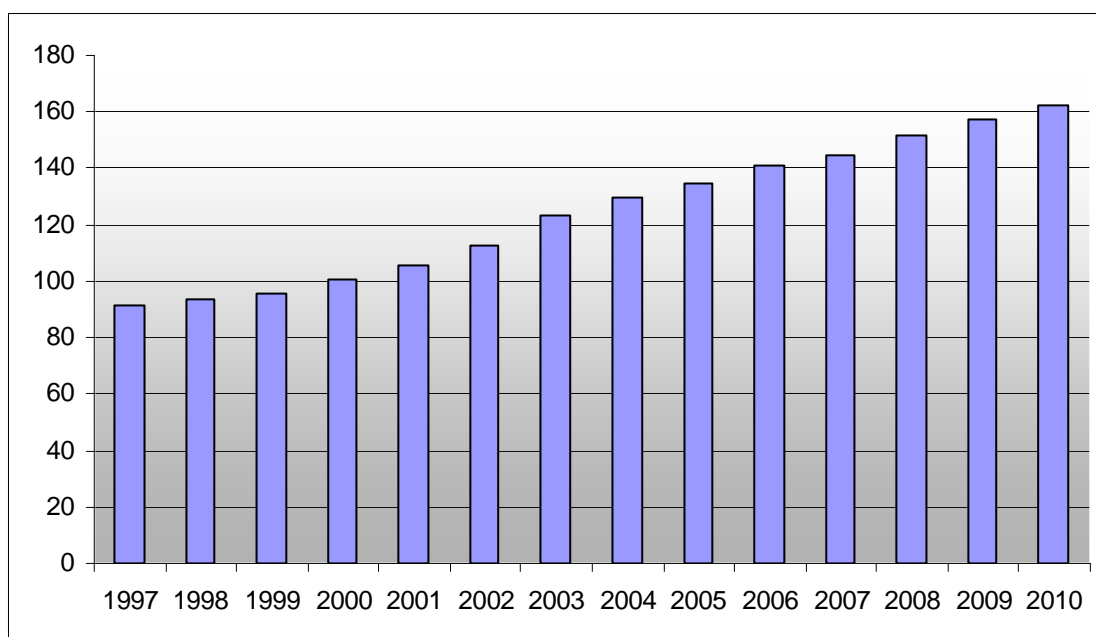
en Md€	Construction		Taux d'évolution
	Base 2010	Sous-objectifs	
1) Dépenses de Soins de ville	73,2	75,2	2,8 %
Total ONDAM Établissements de santé	69,3	71,2	2,8 %
2) Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	51,1	52,4	2,7 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3,0 %
Total ONDAM Établissements et services médico-sociaux	14,1	14,9	5,8 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,3	7,0	10,9 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,8	7,9	1,7 %
6) Dépenses relatives aux autres prises en charge	1,0	1,0	5,0 %
ONDAM TOTAL	157,6	162,4	3,0 %

Source : annexe 5 du PLFSS

Depuis 1997, l'évolution de l'ONDAM a connu plusieurs phases, comme le montre l'examen du graphique 4.

² La composition des annexes est fixée par la loi organique (LO. 111-1 et suivants du code de la sécurité sociale).

Graphique 4 : Evolution de l'ONDAM voté depuis 1997



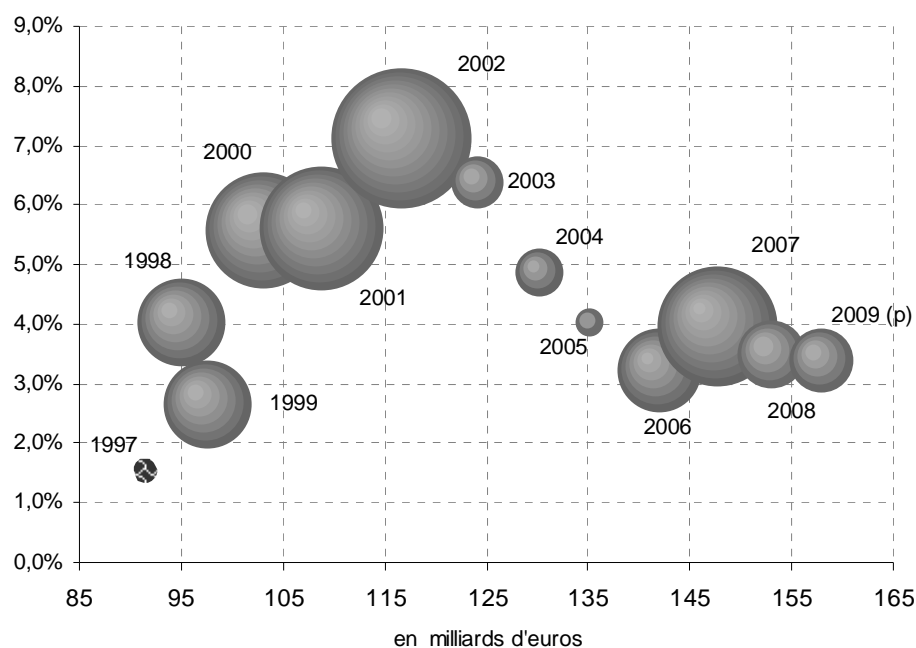
Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

Ce premier graphique montre qu'après trois premiers exercices assez « sages », l'ONDAM a été voté à des niveaux de progression de plus en plus élevés (parfois supérieurs à 5%) jusqu'en 2004, date à partir de laquelle cette progression a été un peu plus contenue. L'ONDAM voté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 s'établit ainsi à 162,4 milliards d'euros, soit une progression de 3,0%. Ce n'est toutefois pas à partir de l'ONDAM voté qu'on peut mesurer la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé, mais à partir des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM (cf. *infra*).

1.1.1.3. Le respect de l'ONDAM, de la préparation à l'exécution

A la fin des années 90, les dépenses d'assurance maladie ont largement dépassé les objectifs nationaux votés dans les premières lois de financement de la sécurité sociale (à l'exception notable de l'année 1997). Depuis 2003, les écarts entre l'ONDAM voté et sa réalisation ont eu tendance à diminuer comme le montre le graphique 5 ci-dessous.

Graphique 5 : ONDAM, réalisation et dépassements



Source : Direction de la sécurité sociale

Note de lecture : En abscisses figure le niveau de dépenses constaté (en milliards d'euros) et en ordonnées le taux d'évolution associé ; la taille des bulles représente l'ampleur du dépassement ou de la sous-consommation. Ainsi, en 2007, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont atteint 147,7 Md€ compte tenu d'un dépassement de 2,8 Md€, soit un taux d'évolution à périmètre constant de 4,2%.

Entre 1998 et 2002, les dépenses d'assurance-maladie ont ainsi excédé de 2,44% en moyenne l'ONDAM voté contre seulement 0,74% depuis 2003³. L'année 2007 a toutefois marqué une exception notable, puisque le dépassement constaté a atteint 1,9% de l'ONDAM voté. Ces montants représentant des enjeux non négligeables au regard des budgets publics : le dépassement de l'année 2009 est sensiblement plus élevé que le coût annuel de la revalorisation des prestations familiales et proche du surcoût estimé du RSA.

On remarque que les années 2001-2002 d'une part et 2006-2007 d'autre part, qui correspondent à des années charnières sur le plan politique, ont été marquées par des dépassements importants ; ces exercices montrent bien que le respect de l'objectif repose non seulement sur la rigueur de son exécution mais aussi sur la sincérité de sa construction.

Il faut en outre souligner que l'importance des dépassements n'est pas corrélée à l'importance de l'ONDAM voté. Des tests statistiques⁴ menés sur les séries des progressions d'ONDAM depuis 2001 tendent à montrer qu'il n'existe pas de rapport pérenne entre les deux grandeurs. Contrairement à une idée répandue, un ONDAM plus élevé n'est pas nécessairement un ONDAM mieux respecté. Les deux principales années de dépassement de la décennie 2002 et 2007 ont ainsi été respectivement l'année de progression la plus élevée et de progression la plus faible de l'ONDAM voté.

³ Ce résultat a été obtenu en intégrant les dernières évaluations disponibles du dépassement de l'ONDAM en 2009.

⁴ Notamment les tests du Chi-deux menés sur l'hypothèse d'indépendance entre le taux d'évolution et le taux de dépassements de l'ONDAM.

Un indicateur est souvent avancé pour mesurer l'impact de ces dépassements successifs, c'est le montant des dépassements cumulés. Compte tenu de la reprise des dépassements en base, cette addition paraît relativement légitime car une moindre dépense lors d'un exercice x, aurait entraîné de moindres dépenses pour les années x+n. **La somme des dépassements cumulés** correspondrait ainsi aux économies de dépenses qui seraient aujourd'hui réalisées. Le calcul (par addition des données brutes en euros constants) aboutit à **19,4 Mds€**, à comparer au **déficit de l'assurance maladie⁵ anticipé, qui devrait s'établir à 14,5 Mds€ en 2010⁶**. Ce type d'agrégat doit toutefois être manié avec prudence. Il est en effet établi sans tenir compte des modifications de périmètres et en formulant la double hypothèse que toute augmentation est pérenne et que les mesures qui auraient permis de respecter l'ONDAM n'auraient pas entraîné de modification dans les évolutions ultérieures⁷. Ces deux hypothèses apparaissent particulièrement fortes. Il n'en reste pas moins que cet indicateur fournit une bonne illustration des enjeux forts pour la soutenabilité à long terme de nos finances publiques qui s'attachent à un strict respect dans la durée de l'ONDAM.

1.2. Analyse des dépassements récents (2007 et 2009)

1.2.1. L'année 2007 : un dépassement prévisible, annoncé et non maîtrisé

L'année 2007 a été marquée par un dépassement important de 2,8, Md€ représentant 1,9% de l'ONDAM voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Faisant suite à plusieurs exercices marqués par des dépassements modérés (à l'exception de 2006 où le dépassement finalement constaté a atteint 1%), l'exécution de l'ONDAM 2007 a cumulé un certain nombre de particularités. C'est en effet au cours de cette année charnière au plan politique que le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance-maladie a émis pour la première fois un « avis d'alerte » selon les dispositions de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance-maladie (cf. encadré *infra*).

L'analyse de ce dépassement, le plus élevé en montant depuis la création de l'ONDAM met en évidence ses causes et l'impact limité des mesures correctrices. Les hypothèses retenues lors de la préparation de l'ONDAM 2007 apparaissent ainsi exagérément optimistes, notamment en ce qui concerne les soins de ville (l'évolution des dépenses de médicament était notamment entachée d'une appréciation manifestement erronée) et alors que la commission des comptes de septembre 2006 faisait état d'une dynamique de croissance inquiétante des dépenses de santé, la progression de l'ONDAM retenue dans le projet de loi était la plus faible de la décennie.

⁵ Le rapprochement avec le déficit de l'assurance maladie doit être examiné avec prudence, dans la mesure où l'ONDAM n'intègre pas toutes les dépenses de la branche et intègre a contrario des dépenses de la branche AT (les IJ en particulier) et où le solde de la branche est aussi dépendant des recettes, par nature hors ONDAM.

⁶ Aux termes des dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

⁷ A l'inverse, il constitue un minorant de l'ONDAM obtenu par un respect strict des progressions de l'ONDAM votées chaque année.

L'analyse des données relatives à l'exécution de l'année 2006 montrait en outre, dès le mois de mars 2007, que l'ONDAM voté ne pourrait pas être respecté sans mesures correctrices importantes, car l'effet en base était trop important. Fin mars 2007, la direction de la sécurité sociale adressa ainsi une note aux ministres estimant cet effet « base » à 700 M€⁸.

Le comité d'alerte se prononça alors une première fois le 6 avril 2007, soulignant qu'en raison du surcroît de dépenses constatées en 2006, les dépenses ne pourraient être contenues en deçà du seuil d'alerte que si les économies prévues lors de la construction de l'ONDAM étaient intégralement réalisées.

Le déclenchement effectif de la procédure d'alerte eut lieu le 29 mai 2007, le comité estimant un dépassement probable de près de 2 Md€ suite à l'effet de base de 2006 et la non réalisation d'une partie des mesures correctrices sous-tendant l'ONDAM.

Les caisses formulèrent alors leurs propositions et, dans son avis en date du 29 juin, le comité d'alerte évalua le **rendement des mesures proposées par les caisses d'assurance maladie** à un montant compris entre 1,6 et 2,4 Md€ en année pleine et **entre 430 et 800 M€ sur l'année 2007**. En effet, les mesures proposées en juin ne pouvaient être mises en œuvre que sur une période comprise entre août 2007 et mars 2008, en raison de procédures de négociations des tarifs sur les actes, de revignettage et d'écoulement des stocks sur les médicaments et de délais liés aux procédures de concertation et d'information des acteurs concernés (cf. Annexe 3). Le comité d'alerte nota également que ces mesures n'étaient pas de nature à assurer le respect de l'ONDAM 2007. **Le montant des mesures de redressement retenues par le Gouvernement en juillet 2007 était de 417 M€ pour 2007.**

In fine, les mesures correctrices n'ont permis de réduire le dépassement final que de 8% : le comité d'alerte a évalué *a posteriori*⁹ l'incidence des mesures prises à environ 250 M€ en 2007¹⁰ (avec un effet report de 700 M€ sur 2008) pour un dépassement final de 2,8 Md€.

Le bilan de la mise en œuvre de la procédure d'alerte n'est pas univoque. L'objectif assigné au dispositif, à savoir éviter le dépassement, n'a pas été atteint. Malgré l'alerte, le dépassement de l'ONDAM a été en effet encore plus élevé que ce que le comité anticipait en mai 2007. Toutefois, le déclenchement de l'alerte a bien joué le rôle de remobilisation des acteurs et de motivation de mesures d'économie parfois difficiles ; on peut en particulier considérer que le caractère dissuasif de l'alerte en a été renforcé. Enfin, les mesures d'économie prises en 2007, si elles ont été insuffisantes pour redresser immédiatement la situation, ont permis de ralentir la progression des dépenses en 2008.

Encadré 1 : Le comité d'alerte

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance-maladie a été créé par l'article 40 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. En vertu des dispositions de l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale, ce comité « *placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale* » se voit confier la mission « *d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement* ».

Composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur

⁸ Cet effet en base était largement imputable à une sous-estimation du dépassement de l'année 2006 dans les hypothèses de construction du PLFSS 2007.

⁹ Source : avis du comité d'alerte du 30 mai 2008.

¹⁰ Source : avis du comité d'alerte du 30 mai 2008.

général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social, le comité d'alerte rend chaque année obligatoirement **au moins un avis avant le 1^{er} juin** sur « *le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours* ». Pour ce faire, il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. A cette fin, les différentes administrations publiques impliquées dans la gestion de l'assurance-maladie lui communiquent au cours du mois de mai les différents éléments nécessaires à une appréciation de la situation.

C'est toutefois le dernier alinéa de l'article précité qui fait la spécificité du dispositif. Lorsque le comité estime qu'il existe « *un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure* » au seuil de 0,75% (fixé par décret) il notifie un avis d'alerte au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance-maladie. Selon les termes de la loi, celles-ci sont alors tenues de « *proposer des mesures de redressement* ». Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose également des mesures de redressement. Cet avis d'alerte, qui n'a été émis qu'en 2007 – alors que l'année 2006 a été marquée par un dépassement de 1% - conditionne en outre certaines mesures de régulation en matière d'ONDAM hospitalier (cf. infra).

1.2.2. L'année 2009 : une sous-estimation constatée tardivement avec un impact sur l'exécution 2010

Le dépassement de l'ONDAM pour l'année 2009 n'est pas encore connu avec certitude et fera l'objet d'une évaluation officielle lors de la session de la commission des comptes de la sécurité sociale au mois de juin. Les dernières estimations de la direction de la sécurité sociale l'évaluent toutefois à un montant proche de 750 millions d'euros¹¹, soit un montant trois fois supérieur aux évaluations sous-jacentes à la détermination de l'ONDAM 2010.

Cette ampleur inattendue s'explique principalement par une sous-estimation des dépassements des sous-objectifs relatifs aux établissements de santé. La direction de la sécurité sociale estime ainsi que ces dépassements devraient excéder de 430 M€ le montant prévu par le rapport à la commission des comptes d'octobre 2009.

S'il apparaît que la pandémie grippale explique pour une part cet écart (entre 110 et 130 M€ selon les données de l'ATIH sur le seul secteur public), le principal facteur d'explication est lié à la mise en œuvre de la version 11 de la classification de l'activité hospitalière et à l'amélioration de la qualité et de l'exhaustivité du codage, ce qui a conduit à un effet volume significativement supérieur à celui qui avait été anticipé.

¹¹ Ces estimations provisoires – comme celles qui suivent dans ce paragraphe – sont issues des travaux de la direction de la sécurité sociale menés à partir des données de l'UNCAM et de l'ATIH. Ils ne constituent pas des résultats officiels et sont susceptibles d'être révisés d'ici la prochaine commission des comptes de la sécurité sociale.

Cet « effet volume » n'avait pas été ignoré par le conseil de l'hospitalisation qui avait recommandé de prendre en compte pour 2009 une hypothèse d'augmentation d'activité entre + 1,4 % et + 2 % pour l'activité MCO des 2 secteurs incluant GHS, forfaits et médicaments (recommandation 2008-28 du 16/12/2008). Il a finalement été décidé de retenir des augmentations de +1,7% de provision volume, d'une part, et de +0,5 % pour prendre en compte l'effet codage V11 sur les tarifs des GHS, d'autre part, soit une évolution en volume globale de + 2,1 %, ce qui permettait de dégager une marge tarifaire de + 0,5 % en moyenne. **Toutefois, il apparaît aujourd'hui que cet effet volume global a été sous-estimé de 1,7 points**¹². Selon la DSS, l'apprentissage du codage de l'activité lié à la nouvelle classification aurait induit des retards dans la production des données d'activité et dans leur valorisation. Ces retards ont eu pour conséquence un rattrapage infra annuel.

Ce fort dépassement de l'ONDAM hospitalier n'est pas sans conséquence sur le respect de l'ONDAM 2010. Son effet ayant été très partiellement pris en compte dans la loi de financement, les hypothèses sous-jacentes de celles-ci se trouvent prises en défaut. Sous réserve des résultats d'expertises complémentaires en cours, l'effet base pourrait atteindre près de **100 M€ pour l'hôpital** (estimations provisoires).

Plusieurs enseignements peuvent être tirés de cette campagne 2009. **L'impact de la réforme du codage de l'activité**, pourtant présentée comme majeure, **a été insuffisamment pris en compte** dans les tarifs et **n'a pas donné lieu à un provisionnement** sous forme de gel de mesures nouvelles ou de dotations. **Les systèmes d'information n'ont pas permis** de déceler en temps utile des risques de dépassement. **L'absence de tout mécanisme de provisionnement des risques de dépassement** pour l'année 2010 comme en 2009 rend problématique le redressement de l'impact en base sur l'exercice en cours. Enfin, cette campagne 2009 souligne **l'importance cruciale de l'échéance de la fin du premier trimestre pour le bon pilotage de l'ONDAM**.

1.3. Enseignements tirés d'une approche comparée de la régulation des dépenses d'assurance maladie en Europe

A la demande expresse du groupe de travail, la direction générale du trésor a mené une étude comparative dans quatre pays européens qui sont apparus pertinents pour mener la réflexion sur la maîtrise des dépenses d'assurance-maladie. Cette étude a été réalisée au cours des mois de février-mars 2010 par les fonctionnaires en poste au sein des pays étudiés et la synthèse de ces travaux est présentée en annexe 6.

La première remarque relève de **la diversité des cadres de gestion** des dépenses d'assurance-maladie. Il n'y a pas de modèle qui s'applique à l'ensemble des pays étudiés et les procédures diffèrent suffisamment pour inviter à la plus grande prudence dans les comparaisons menées. Dans la plupart des cas, sauf à remettre en cause l'économie générale de l'assurance-maladie en France, une transposition telle quelle des solutions adoptées par un pays est pratiquement inenvisageable.

¹² Cet effet volume intègre en réalité un effet de structure lié à l'utilisation du nouveau codage.

L'analyse des dépenses de santé dans les pays étudiés montre que les dépenses de santé sont relativement bien tenues dans les quatre pays étudiés : les dépenses réalisées correspondent assez bien aux dépenses autorisées ou votées. Ce constat d'efficacité dans la maîtrise des finances publiques sociales n'est toutefois pas systématique et doit toutefois être relativisé par l'examen plus fin de l'évolution de ces dépenses. L'exemple du Royaume-Uni est à ce titre particulièrement éclairant, car il s'agit du pays possédant le mécanisme de régulation le plus contraignant, mais aussi celui où l'évolution récente a été marquée par la plus forte augmentation.

Il n'existe pas de modèle de régulation « idéal » ou totalement satisfaisant. En outre, la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, lorsqu'elle est efficace, tient à plusieurs facteurs, dont tous ne sont pas réductibles au schéma de gouvernance ou aux règles applicables. Les pratiques, l'implication des acteurs, la prise en compte – variable selon le lieu et la période – des contraintes financières publiques, jouent des rôles décisifs. Deux éléments ont toutefois retenu l'attention du groupe de travail : la pluriannualité budgétaire et le suivi infra annuel.

1.3.1. La pluriannualité budgétaire

Dans les quatre pays étudiés, le système **de santé est financé principalement par prélèvements obligatoires**. Chaque pays a donc logiquement mis en place une procédure périodique de prévision nationale des dépenses de santé. Cet exercice permet de fixer un objectif global pour la période suivante. Cette cible est éventuellement déclinée par régions (Danemark, Allemagne) et par types d'activité ou d'actes (Belgique). Cette procédure est le plus souvent annuelle mais s'inscrit dans un cadre budgétaire triennal au Royaume Uni et pluriannuel au Danemark (« plan économique 2015 »).

Le **Royaume-Uni** a en effet opté pour un **mécanisme de type budgétaire pluriannuel**. Les dépenses de santé sont incluses dans le budget de l'Etat présenté au printemps (généralement au mois de mars, l'année fiscale commence le 6 avril) ainsi que dans le pré-budget présenté à l'automne précédent (généralement au mois de novembre).

Ces crédits, en principe limitatifs, peuvent éventuellement être surconsommés mais dans ce cas, **le budget de l'année suivante est amputé par les ministères des finances à due concurrence du dépassement**. Le budget de la santé fait donc l'objet d'un vote parlementaire global portant sur l'ensemble du budget de l'Etat et les recettes ne dépendent pas, comme c'est le cas pour la France, de l'évolution de la masse salariale. Il ne saurait donc, par construction, y avoir un « déficit de la sécurité sociale » et le débat sur les dépenses n'est pas immédiatement déterminé par le dynamisme d'une recette donnée¹³. Le choix de rendre le budget de la santé limitatif a été opéré vers le milieu des années 1980. Auparavant, il n'était qu'indicatif, et le ministère de la santé (NHS) était en déficit chronique.

Enfin, les dépenses de santé, comme le reste du budget, font l'objet d'un **vote pluriannuel**. La plus grande partie des dépenses publiques britanniques, y compris les dépenses de santé, font ainsi l'objet d'une programmation sur trois ans. La préparation de la programmation pluriannuelle, *spending review*, a lieu tous les deux ans (la dernière année de la programmation précédente faisant l'objet d'une révision) et suscite de nombreux débats interministériels, mais une fois les montants arrêtés en fonction des objectifs et des priorités du gouvernement, la déclinaison des enveloppes pluriannuelles dans le budget de l'année ne donne pas lieu à de nouveaux débats. En cas de déficit ou excédent d'un ministère par rapport à cette prévision de dépenses, le budget de l'année suivante est amputé ou augmenté à hauteur du dépassement ou du surplus.

¹³ Il reste toutefois marqué par l'évolution générale des recettes de l'Etat qui contraint le budget et donc les dépenses de santé.

Comme indiqué *supra*, les conséquences de cette discipline très stricte et *a priori* très efficace, ont été atténuées par la progression autorisée des dépenses de santé – considérées comme prioritaires – depuis une dizaine d’année, malgré un ralentissement observée depuis deux ans. La dernière *Spending review*, en 2007, prévoyait un net ralentissement des dépenses de santé, à 4 % en termes réels sur les trois ans de 2008/09 à 2010/11 (contre +7,4% par an en termes réels de 2002 à 2008). Rapporté aux 2,1% d’augmentation réelle annuelle des dépenses de l’Etat sur la période, le budget de la santé a toutefois été largement préservé. Les prochains exercices budgétaires, qui devraient être marqués par une rigueur budgétaire accrue, seront toutefois décisifs pour mesurer la crédibilité d’un système pluriannuel contraignant lorsque les ressources augmentent moins vite que le « tendanciel ».

1.3.2. Le suivi infra-annuel

Au Royaume Uni, l’application stricte du principe de responsabilité financière du gestionnaire local limite le risque de dépassement au niveau national et rend ainsi inutile tout contrôle au niveau de l’Etat sur une base infra-annuelle. L’Allemagne, le Danemark et la Belgique disposent, en revanche, de projections fréquentes des dépenses de santé. Les régions danoises publient ainsi des rapports trimestriels. Le suivi allemand s’appuie sur des projections fréquentes, toutes n’étant pas rendues publiques. Un groupe d’experts¹⁴ de prévision des dépenses maladie se réunit tous les trimestres et publie les projections deux fois par an, sous une forme agrégée. Le détail des projections n’est communiqué qu’aux parties prenantes du groupe. Les projections des différentes parties peuvent être divergentes : dans ce cas, les projections peuvent être publiées mais les raisons de ces divergences doivent être documentées.

Par rapport au cadre de régulation défini sur l’année, les leviers d’interventions supplémentaires visant à corriger d’éventuels dépassements en cours d’année sont rarement explicités au-delà de la pression continue exercée par les gestionnaires locaux (caisses en Allemagne, PCT au Royaume Uni, régions et communes au Danemark) sur les différents professionnels.

En Belgique, le pilotage des dépenses d’assurance maladie s’effectue au travers de la fixation annuelle d’un objectif budgétaire global des dépenses d’assurance maladie. L’objectif budgétaire global, déterminé au sein de l’INAMI (Institut National d’Assurance-Maladie Invalidité), est divisé en autant d’objectifs budgétaires partiels qu’il y a de sous-secteurs identifiés de soins de santé couverts par l’assurance, soit de l’ordre d’une quarantaine. La fixation de l’objectif budgétaire global implique celle des objectifs budgétaires partiels.

Un **état des dépenses globales** par secteur (objectif partiel) est **présenté mensuellement** avec une analyse macro-économique par la Direction Actuariat et Budget de l’INAMI au Comité de l’assurance, au Conseil général et à la Commission de contrôle budgétaire. Un état des **dépenses trimestrielles par secteur** (objectif partiel), détaillé au niveau des codes de la nomenclature faisant l’objet d’un remboursement par l’assurance, est présenté par la Direction Actuariat et Budget de l’INAMI au niveau de chaque Commission de convention.

¹⁴ Ce groupe de prévision est composé d’experts de la Fédération des Caisses maladies, de représentants du Ministère de la Santé et de l’administration de la sécurité sociale.

Chacune de ces étapes est l'occasion de déclencher d'éventuelles mesures d'économie. En outre, un **mécanisme d'alerte trimestriel** qui repose sur une méthode de calcul de pourcentages de dépassement dit significatif subsiste à titre indicatif. Dans le cadre de la nouvelle procédure budgétaire a été mise en place pour chaque secteur la réalisation de **rapports semestriels d'audit permanent**. Ces rapports d'audit traitent notamment les sujets suivants :

- confrontation avec l'objectif partiel et les calculs techniques ;
- confrontation des dépenses comptables et des dépenses prestées (problème de sous/sur-comptabilisation) ; croisement avec des informations de trésorerie, de flux statistiques, de flux comptables de bandes magnétiques, suivi de l'exécution des nouvelles initiatives du gouvernement ;
- suivi de l'exécution des dossiers des Commissions de conventions ou d'accords ;
- suivi de l'exécution des économies ;
- détection des sous-secteurs, des codes nomenclature qui ont une évolution anormale par rapport au passé (développement d'indicateurs spécifiques à chaque secteur) ;
- développement de l'aspect intersectoriel dans l'analyse de l'évolution des dépenses ;
- réactions des Commissions de conventions ou d'accords concernant l'analyse de l'évolution des dépenses réalisée par l'actuariat.

Le développement de ces rapports d'audit permanent a réorienté la maîtrise des dépenses en faisant basculer l'approche comptable vers une approche analytique. Ils permettent de déterminer de manière préventive les causes potentielles du dépassement d'un objectif budgétaire partiel : évolution anormale de consommation, sous-estimation d'un dossier d'une nouvelle mesure mise en place.

Dans tous les cas, ce suivi infra-annuel performant ne trouve son utilité que dans la mesure où les responsables administratifs et politiques prennent ensuite les décisions nécessaires à la correction des trajectoires ainsi observées. Il faut ainsi remarquer que **ce mécanisme n'a, pour le moment, jamais débouché sur des préconisations de mesures nouvelles d'économies en dehors du processus annuel**.

1.3.3. L'absence de mécanismes automatiques

L'étude menée sous la direction générale du trésor montre que si les différents pays européens ont adopté des méthodes de régulation et de suivi de la dépense de santé très diverses, aucun d'entre eux n'a mis en place de système de régulation infra-annuel automatique reposant sur une variabilité généralisée des tarifs et des taux de prise en charge.

L'utilisation de ces procédés, parfois abusivement qualifiés de « stabilisateurs automatiques » bien que ce terme constitue une impropriété¹⁵, ne fait donc pas partie de l'arsenal utilisé par les principaux partenaires européens de la France pour assurer le respect des objectifs de dépenses en matière de santé.

¹⁵ En théorie économique, les stabilisateurs automatiques sont des mécanismes qui font intervenir les finances publiques et atténuent les conséquences des événements conjoncturels sur l'activité. La variabilité généralisée des tarifs et de la prise en charge relève difficilement de cette catégorie.

2. Les voies d'amélioration : trois orientations complémentaires sur l'élaboration, le suivi et la régulation de l'ONDAM

Les dépassements observés depuis la création de l'ONDAM ne constituent pas une fatalité. De la construction à l'exécution, des progrès peuvent encore être enregistrés pour faire jouer à l'objectif national le rôle de référence que la loi lui attribue.

Pour rendre l'ONDAM plus crédible et son respect mieux assuré, le groupe de travail a ainsi formulé des propositions qui s'articulent autour de trois axes : un accroissement de la transparence dans la construction, une formalisation et un renforcement du dispositif de suivi et de pilotage et l'instauration de nouveaux outils afin de prévenir les risques de dépassement et limiter leur ampleur.

2.1. Accroître la transparence de la construction de l'ONDAM

2.1.1. La situation actuelle : une information insuffisante et une évaluation incertaine

2.1.1.1. Une évaluation des mesures correctrices encore trop imprécise

Dans la construction de l'ONDAM présenté en PLFSS, les administrations **distinguent l'évolution tendancielle** des dépenses d'assurance-maladie, qui correspond à une évolution spontanée des dépenses hors intervention du législateur et des administrations, **de celle induite par les mesures** introduites ou prévues par le PLFSS.

Le tendanciel n'étant jamais réalisé – les évolutions de la réglementation sont permanentes – il est difficile de vérifier la pertinence des prévisions qui ont servi de base à la construction de l'ONDAM. Après plusieurs années où ce tendanciel paraît avoir été sous-évalué, la qualité des prévisions paraît s'être nettement améliorée.

L'évaluation de l'impact des mesures correctrices apparaît en revanche plus incertaine. A titre d'exemple, en 2006, les économies réalisées n'ont représenté que 58% du montant estimé¹⁶. Trois types d'explications peuvent être avancés pour expliquer cet écart entre l'évaluation et la réalisation :

- ♦ **la complexité de l'évaluation ex ante** de mesures nouvelles pour lesquelles les données économétriques ne permettent pas toujours une prévision fiable ;

¹⁶ Source : Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, 2007.

- ◆ **l'incitation à la surévaluation de l'impact** des mesures envisagées du fait de la contrainte politique que représentent les mesures d'économie. Ainsi, concernant la maîtrise médicalisée, les économies effectives ont été régulièrement inférieures aux économies attendues. Dans son avis du 29 mai 2009, le comité d'alerte relevait que « les mesures de maîtrise médicalisée ont généralement un taux de réalisation voisin de 60 % ». En outre la présentation retenue peut donner le sentiment de redondances (doubles comptes) entre certaines mesures d'économies (par exemple, l'annexe 9 au PLFSS 2010 fait état d'une économie de « baisse de prix génériques » et d'une autre liée à la « générication de médicaments au-dessus de la tendance », économies qui s'ajoutent elles-mêmes aux mesures de maîtrise médicalisée et de baisses de prix ciblées) ;
- ◆ **la non prise en compte de certaines difficultés** de mise en œuvre, notamment en ce qui concerne les délais.

2.1.1.2. Une information riche mais insuffisante

Les parlementaires qui votent les lois de financement de la sécurité sociale disposent d'ores et déjà d'une information relativement riche. Parmi les documents qui sont prévus par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, on peut distinguer :

- ◆ l'annexe 7 du PLFSS, spécifiquement consacrée à l'ONDAM et à la dépense nationale de santé ;
- ◆ l'annexe 9 qui précise l'impact en trésorerie des mesures nouvelles ;
- ◆ le programme de qualité et d'efficacité (PQE) relatif à l'assurance-maladie.

Outre ces documents préparés par la direction de la sécurité sociale, les parlementaires peuvent consulter différents rapports :

- ◆ le rapport annuel de la Cour des Comptes sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale ;
- ◆ les rapports de la DGOS sur les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) dans les établissements de santé, sur la convergence tarifaire inter sectorielle et sur la T2A ;
- ◆ les rapports semestriels de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée ;
- ◆ les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS).

Enfin, les parlementaires ont à leur disposition les rapports des Commissions des affaires sociales des deux chambres consacrés aux lois de financement et peuvent interroger le gouvernement sur tout sujet relatif à l'assurance-maladie dans le cadre des questions écrites. Le groupe de travail a ainsi relevé les progrès importants de l'information des parlementaires depuis la mise en place des lois de financement de la sécurité sociale, et plus encore depuis la fixation des annexes du PLFSS par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale. De même, l'exercice annuel de l'UNCAM autour des charges et produits introduit par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie apporte des éléments d'information inédits et précieux.

Toutefois, malgré le nombre important de documents évoqués et la qualité incontestable des travaux, **l'information des parlementaires reste encore parcellaire** et souvent **incomplète** :

- ◆ **l'annexe 7** du PLFSS comporte **peu d'informations sur les éléments sous-jacents** à l'élaboration de l'ONDAM. Elle ne comporte en particulier ni maquette technique sur le tendancier, ni recensement exhaustif des mesures correctrices¹⁷ ;
- ◆ l'importance et la fréquence des **modifications de périmètre** ne sont pas compensées par la reconstitution de séries longues à périmètre constant ;
- ◆ il n'y a **pas de suivi formel et systématique des mesures correctrices** prévues au titre d'une année dans les documents annexés au PLFSS de l'année suivante ;
- ◆ **l'impact des dépassements successifs** est obscurci du fait de la pratique des « rebasages », qui fait que la progression affichée de l'ONDAM pour l'année (n) est calculée à partir d'une évaluation des dépenses réalisées en (n-1) et non au regard de l'ONDAM voté un an plus tôt dans la LFSS. La base retenue en pratique n'est ainsi ni l'ONDAM voté en PLFSS, ni l'ONDAM effectivement réalisé, mais l'estimation faite en septembre de cette réalisation.

2.1.1.3. Une pluriannualité très formelle

Les évolutions « tendanciennes » des dépenses d'assurance maladie s'inscrivent dans des dynamiques qui ne sont pas limitées à un seul exercice. L'impact des mesures correctrices où, à l'inverse, des mesures nouvelles, se fera également sentir dans les années ultérieures. Enfin, la politique de santé publique a un impact de moyen terme sur les dépenses qu'une gestion prudente se doit de faire apparaître. Toutes ces raisons justifient une régulation des dépenses qui s'inscrive dans un cadre pluriannuel.

La loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale a précisé les documents qui doivent être annexés aux lois de financement de la sécurité sociale et a introduit des éléments de pluriannualité. Elle dispose ainsi que parmi ces documents, doit figurer un rapport décrivant « *les objectifs de dépense [...] pour les quatre années à venir* »¹⁸.

En pratique, cette pluriannualité est très limitée. Il s'agit d'une projection de l'évolution des dépenses qui est révisée chaque année (pluriannuel glissant) et dont la décomposition fine (facteurs d'évolution du tendancier, impact futur des mesures nouvelles et des mesures correctrices envisagées) n'est pas du tout précisée, pas davantage que la décomposition sectorielle. Sa portée et son intérêt pour le débat public sont donc limités, d'autant que, pour des raisons de calendrier, l'exercice n'est pas cohérent avec les prévisions transmises aux instances communautaires dans le cadre du pacte de stabilité et de croissance.

¹⁷ Certaines de ces informations peuvent toutefois être trouvées dans d'autres documents, notamment l'annexe 9.

¹⁸ Article LO.111-4 du code de la sécurité sociale.

2.1.2. La proposition : expertiser et mieux informer

2.1.2.1. Organiser une expertise externe sur les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM

Du point de vue des acteurs extérieurs au processus d'élaboration et de vote, le renforcement de la transparence dans la construction et son caractère techniquement rigoureux constituent des éléments clés de la crédibilité de l'ONDAM, de son opposabilité politique et de la capacité pour les décideurs à justifier ultérieurement les mesures infra-annuelles visant à assurer son respect. Or les propositions du Gouvernement pour modifier la tendance observée ne sont, pour des raisons de calendrier, pas examinées par la Commission des comptes de la sécurité sociale qui se réunit à l'automne.

Le recours à une expertise technique externe sur la construction de l'ONDAM doit ainsi permettre d'assurer cette crédibilisation en rendant plus difficiles les biais manifestes dans la construction de l'ONDAM. Plusieurs solutions ont été envisagées à cette fin.

Il a été proposé de **constituer un groupe d'experts** susceptible de se prononcer aussi bien sur le tendanciel synthétisé par la direction de la sécurité sociale que sur les mesures d'économie prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le groupe d'experts aurait vocation à se prononcer uniquement sur les aspects techniques des évaluations, en aucun cas sur leur opportunité. Ce groupe d'expert pourrait être constitué d'économistes et d'actuaire disposant des compétences techniques nécessaires pour l'évaluation *ex ante* de l'impact des politiques publiques.

Le groupe de travail a émis des réserves sur le recours à un groupe d'experts : le rattachement organique de ce groupe pourrait poser problème ; une nouvelle structure rendrait par ailleurs plus complexe le dispositif institutionnel. En outre, les compétences nécessaires à un examen de l'erreur manifeste ressortent plus d'une connaissance technique de l'élaboration de l'ONDAM que de connaissances scientifiques, actuarielles ou économiques. Le groupe n'a toutefois pas écarté le recours ponctuel à des experts en appui des structures déjà existantes.

La commission des comptes de la sécurité sociale, dont la consultation sur le PLFSS apparaît très formelle, pourrait être dotée d'une « sous-commission de l'ONDAM » réunissant des personnalités qualifiées susceptibles de se prononcer sur la construction de l'ONDAM. Cette solution qui permettrait de recourir à une structure interne à la sécurité sociale serait cohérente avec le rôle « d'expert des comptes de la sécurité sociale » de la CCSS. Néanmoins, deux réserves majeures ont été émises sur cette extension des compétences de la CCSS : l'absence d'effectifs actuellement dédiés à ce type d'expertise au sein de la structure – la CCSS ne se prononce d'ailleurs pas à l'heure actuelle sur les données relatives à l'évolution des dépenses en (n+1) – et surtout la composition de la CCSS qui, du fait de la présence des professionnels de santé et des partenaires sociaux, transformerait inévitablement un débat technique en un débat politique sur l'opportunité des mesures. Ce sont deux obstacles importants à la mise en œuvre de ce dispositif.

La Cour des comptes se prononce d'ores et déjà sur l'exécution des lois de financement de la sécurité sociale dans le cadre de son rapport annuel. Elle pourrait également se prononcer sur l'évaluation des mesures à venir. Le groupe de travail n'a toutefois pas retenu cette solution. L'exercice d'un tel examen *ex ante* est en effet contraire au rôle traditionnel d'analyse *ex post* de la Cour des comptes. Le positionnement de la Cour serait en outre complexe, l'avis conditionnant des politiques sur lesquelles la Cour se prononcera par la suite. Enfin, les délais apparaissent peu compatibles avec les procédures qui régissent la haute juridiction financière.

Aussi, le groupe a-t-il considéré que la solution la plus logique était de confier cette tâche nouvelle à un organisme existant, indépendant, ayant une légitimité technique, et appelé d'ores et déjà par les textes à être le gardien de l'ONDAM. Le comité d'alerte qui se prononce aujourd'hui sur les risques de dépassement de l'ONDAM au cours de son exécution pourrait ainsi être chargé de se prononcer sur le risque de dépassement lié à une mauvaise construction de l'ONDAM.

Proposition n°1 : Confier au comité d'alerte un rôle de contrôle *ex ante* du biais manifeste dans les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM

Afin de garder à son intervention un caractère dissuasif et de ne pas faire naître de doute autour du projet de loi de financement lorsque les hypothèses qui le sous-tendent n'est pas entachée d'un biais manifeste, le groupe de travail propose que le comité d'alerte ne soit tenu de formuler un avis que s'il relève une telle erreur¹⁹. Il va de soi que les commissions compétentes des deux assemblées pourront chaque année, si elles le souhaitent, procéder à l'audition du comité d'alerte pour être informées des observations qu'appellent de sa part, les modalités techniques de construction de l'ONDAM.

Pour que cette intervention ait un sens, l'examen du comité d'alerte devrait intervenir entre la commission des comptes de septembre et l'examen en première lecture du PLFSS à l'Assemblée nationale. Tout en étant d'une nature différente, il prendrait place parmi les consultations (notamment celle des caisses) auxquelles donne lieu le projet de loi avant sa transmission au Parlement.

2.1.2.2. Enrichir l'information des Parlementaires dans l'annexe relative à l'ONDAM

L'information des Parlementaires pourrait être enrichie à travers une refonte des annexes 7 et 9 du PLFSS.

L'annexe 7 pourrait être enrichie en précisant les éléments détaillés de construction de l'ONDAM et en adoptant une **nomenclature plus fine de la dépense**. Cette nomenclature permettrait une décomposition plus étayée entre **tendancier et mesures correctrices** (effets reports et mesures nouvelles) des sous-objectifs et sous-postes de l'ONDAM :

- pour les soins de ville : IJ, médicaments, dispositifs médicaux, transports laboratoires, honoraires privés, honoraires paramédicaux ;
- pour le secteur hospitalier : clarifier le cadre conceptuel, notamment en distinguant l'évolution anticipée des charges et celle des recettes. Pour les charges, publier une décomposition par principaux postes (masse salariale, médicaments, fonctionnement courant...). Pour les recettes,

¹⁹ Cette absence d'obligation n'est toutefois pas une interdiction, le comité d'alerte restant libre d'émettre un avis lorsqu'il l'estime nécessaire.

préciser notamment les hypothèses d'activité et d'évolution tarifaire moyenne ;

- pour le médico-social : clarifier le cadre méthodologique sous-jacent au tendancier de ce secteur ainsi que les mesures prises dans le cadre de plans de santé publique (PSGA, Plan Handicap, Plan Alzheimer).

Le renforcement de l'information des parlementaires se heurte néanmoins à certaines limites, nécessaires au maintien d'une marge de manœuvre du régulateur dans le cadre de l'exécution. Par exemple, la prise en compte d'une éventuelle augmentation de certains tarifs, aujourd'hui implicite, ne pourrait figurer explicitement dans les documents remis au Parlement, sauf à biaiser considérablement la négociation avec les acteurs du système de santé.

La mise en œuvre des mesures correctrices comporte généralement un certain nombre de **difficultés** et de **délais de mise en œuvre** qui doivent être intégrés lors de l'évaluation et anticipés. **La date et les modalités d'application** d'une nouvelle mesure pourraient ainsi être systématiquement **précisées dans l'annexe pertinente** et son chiffrage effectué au regard des économies effectivement réalisées les années précédentes sur des mesures similaires. L'évaluation des mesures nouvelles serait quant à elle soumise à des normes d'élaboration et de documentation qui permettraient une discussion inter-administrative plus ouverte et faciliterait son examen par le comité d'alerte (cf. *infra*).

En outre, l'établissement d'un **rapport d'exécution de l'ONDAM annexé au PLFSS** permettrait de confronter les évaluations *ex ante* aux réalisations et dresserait un inventaire systématique de la mise en œuvre des mesures des lois de financement précédentes. Un tel rapport annexé au projet de loi relatif à l'année (n+1) concernerait ainsi l'exécution de l'année (n-1) et l'exécution partielle de l'année (n).

Proposition n°2 : Recentrer l'annexe 7 du PLFSS sur les données à caractère financier et y inclure des éléments d'information plus précis sur l'exécution de l'ONDAM, sur sa construction et sur les mesures correctrices envisagées.

Pour faciliter la compréhension des évolutions de long terme de l'ONDAM, le groupe de travail propose en outre que des séries longues à périmètre constant soient systématiquement présentées. Afin que le périmètre de l'ONDAM soit stabilisé, le groupe de travail considère qu'il devrait être déterminé par décret.

2.1.2.3. Renforcer le caractère pluriannuel de la régulation

La pluriannualité peut revêtir plusieurs formes. *A minima*, il peut s'agir d'une information ou d'un cadre indicatif. Bien que l'exemple passé du Royaume-Uni ait montré que ce cadre n'empêche pas les dépassements récurrents (cf. *supra*), il n'en demeure pas moins un élément d'information plus sincère permettant d'orienter et de mettre en cohérence le débat public. Pour être crédible, il convient toutefois que ce cadre ne soit pas totalement glissant, c'est-à-dire que les projections ne soient pas révisées chaque année, sans quoi tout examen des réalisations perdrait de son intérêt.

Une étape suivante peut être franchie avec le caractère impératif de la dépense pluriannuelle. Dans ce cas, deux options sont possibles concernant les dépassements : soit ils doivent être simplement rattrapés (c'est-à-dire qu'ils ne sont pas repris en base dans les exercices suivants, comme pour les lois de programmation budgétaire françaises), soit ils sont déduits des exercices ultérieurs (cas du Royaume-Uni).

Le groupe de travail estime nécessaire de mettre rapidement en place un cadre informatif renforcé. Une information plus précise des hypothèses de construction de l'ONDAM pluriannuel, une prise en compte des mesures nouvelles et surtout des lois de santé publique, et une révision des perspectives qui se ferait tous les deux ans permettraient d'insérer utilement le débat annuel dans une perspective de moyen terme²⁰. Ce mécanisme serait de nature à favoriser les mesures correctrices structurelles dont l'impact ne peut se faire sentir à court terme.

Proposition n°3 : Insérer davantage le vote de l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle

Le groupe de travail considère en outre que le débat doit être ouvert en ce qui concerne des formes plus contraignantes de pluriannualité. Si la solution adoptée par le Royaume-Uni apparaît peu compatible avec le fonctionnement actuel de l'assurance maladie, **le vote d'une loi de programmation pour les dépenses d'assurance maladie**, sur le modèle de ce qui est pratiqué pour le budget de l'Etat avec les lois de programmation des finances publiques, doit être examiné. Dans ce cas, l'évolution de l'ONDAM serait déterminée en montant et non en taux, ce qui empêcherait la reprise en base systématique des dépassements constatés.

Bien loin d'une simple « vision comptable » de la santé, un tel dispositif permettrait de mettre en regard les financements nécessaires aux objectifs de santé publique et les mesures correctrices envisagées. Elle permettrait également d'accroître l'information des acteurs de la santé sur l'évolution des moyens et des impératifs de gestion.

Si le principe d'une telle loi devait être retenu, la périodicité de celle-ci pourrait être fixée par analogie avec les lois de programmation des finances publiques (trois ans).

Pour amorcer la mise en œuvre d'un tel dispositif, le groupe de travail estime que pourrait être organisée un débat d'orientation pluriannuel sur les dépenses d'assurance maladie au sein du Parlement. Ce débat qui pourrait se tenir à la même période que le débat d'orientation budgétaire, permettrait à la représentation nationale de confronter la politique de santé publique, les objectifs de l'ONDAM et les mesures correctrices envisagées.

²⁰ Le rapport sur l'exécution de l'ONDAM pourrait ainsi comparer la réalisation des exercices n et n-1 au regard des prévisions en n-2.

2.2. Formaliser et renforcer le dispositif de suivi et de pilotage de l'ONDAM

2.2.1. La situation actuelle : un suivi et un pilotage de la régulation insuffisamment formalisés et réactifs

L'ONDAM est organisé en six-sous-objectifs correspondant à trois secteurs (le secteur des soins de ville, le secteur des établissements de santé et le secteur médico-social). La direction de la sécurité sociale (DSS) est responsable du suivi global de l'ONDAM ; néanmoins, la non-formalisation des règles de suivi ainsi que la qualité et la fréquence inégales des remontées d'information de chacun des secteurs fragilisent le pilotage intégré du suivi de l'ONDAM. Par ailleurs, le pilotage du suivi est davantage fondé sur la recherche d'un constat précis de l'exécution de la dépense, couplé à une correction du dépassement, que sur une analyse des risques en vue de la prévention du dépassement.

2.2.1.1. Un suivi de l'ONDAM éclaté et un pilotage peu institutionnalisé

Une multiplicité d'acteurs intervient dans le suivi de l'ONDAM. Plusieurs administrations participent au suivi infra-annuel du respect de l'ONDAM, piloté par la DSS :

- **jusqu'à une période récente, le suivi des soins de ville et des cliniques privées**, effectué par la DSS sur la base des informations de la CNAMTS **et le suivi des établissements de santé publics et privés**, réalisé par la DGOS sur la base des informations de l'ATIH, **étaient relativement segmentés, rendant difficile le pilotage du suivi de l'ensemble des secteurs de l'ONDAM par la DSS. Néanmoins, la DSS est désormais également destinataire des informations de l'ATIH** (agence technique de l'information sur l'hospitalisation), qui transmet par ailleurs des données à la DGOS et à l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée ;
- **la direction du budget (DB), également chargée du suivi de l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale**, est destinataire des notes d'informations de la DSS ;
- **la direction générale du trésor (DGT)**, destinataire des données de la CNAMTS, prépare des points de conjoncture mensuels sur les soins de ville et les cliniques privées, en lien avec sa **fonction de conseil et de prévision pour la conduite des politiques publiques en France dans le domaine des finances publiques et des questions sociales.**

Ces administrations sont régulièrement auditionnées par le comité d'alerte.

La Commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) participe également au suivi infra-annuel des dépenses d'assurance maladie. La présentation des résultats de l'année précédente au mois d'avril, puis lors de la CCSS de printemps, qui se tient entre le 15 avril et le 15 juin, permet d'apprécier le respect de l'ONDAM de l'année (n-1) et donc l'effet base de l'ONDAM voté. Le rapport transmis à la CCSS de printemps présente une prévision des dépenses maladie du champ de l'ONDAM pour l'année en cours. Lors de la CCSS d'automne, consacrée à l'examen des comptes qui servent de cadre au PLFSS, la commission examine les comptes prévisionnels établis pour l'année en cours et l'année suivante.

Le pilotage global du suivi est assuré par la Direction de la sécurité sociale (DSS). La DSS, rattachée à la fois au ministère du travail, de la solidarité et de la fonction publique, au ministère de la santé et des sports et au ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État conçoit les politiques relatives à la sécurité sociale et assure leur mise en œuvre. Sa mission générale est d'assurer l'adéquation des prestations de sécurité sociale avec les besoins de la population, tout en veillant à l'équilibre financier des ressources. A ce titre, elle est chargée de la préparation du PLFSS et assure le pilotage du suivi de l'exécution de l'ONDAM, notamment sous la forme de notes au ministre de la santé et des sports et au ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État.

En 2009, la DSS a ainsi transmis cinq notes aux ministres concernés²¹ faisant le point sur le respect de l'ONDAM. Ces notes présentent des éléments sur l'actualisation de la base de l'année (n-1), sur la mise en œuvre des mesures d'économie sous-tendant l'ONDAM voté, sur les risques de dépassement de l'ONDAM liés à ces éléments et à d'autres facteurs. En cas de prévision de dépassement, ces notes proposent au ministre d'adopter des mesures correctrices complémentaires afin de limiter le dépassement estimé.

Le comité de suivi de l'ONDAM, dont l'existence n'est pas formalisée, ne se réunit pas régulièrement. Le comité de suivi de l'ONDAM réunit sous la présidence du ministre de la santé et des sports et du ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État, les directeurs de la DSS, de la DGOS, de la DGS (direction générale de la santé), de la CNSA, le directeur général de l'UNCAM et le président du CEPS (comité économique des produits de santé). Ce comité n'est pas prévu par un texte législatif ou réglementaire. Il est chargé :

- du suivi et de l'analyse de la dépense d'assurance-maladie ;
- de la mise en œuvre des actions permettant de concourir au respect de l'ONDAM et au retour à l'équilibre de la branche assurance maladie.

Les réunions du comité sont préparées par la DSS et s'appuient sur des tableaux de bord partagés, des fiches de mesures et un calendrier des actions.

Néanmoins, la fréquence des réunions du comité de suivi de l'ONDAM est très insuffisante pour assurer un pilotage continu du respect de l'objectif. Le comité s'est réuni trois fois depuis sa mise en place en 2006 : en avril et en mai 2006, puis en février 2009.

L'alerte est la seule procédure de suivi du respect de l'ONDAM formalisée et dissuasive (cf. Encadré 1). L'alerte n'a été déclenchée qu'une fois depuis 2004 et le dépassement de l'ONDAM a été réduit par rapport à la période précédant la mise en place de la procédure (cf.1.1.1.3). Le dépassement moyen depuis 2004 demeure cependant important, de l'ordre du milliard d'euros. **Si la procédure d'alerte a permis de limiter les dépassements de l'ONDAM, elle n'est pas parvenue à assurer le respect de l'ONDAM.** La procédure d'alerte actuelle présente en effet plusieurs limites :

²¹ Notes du 6 février 2009, du 14 mai 2009, 28 mai, 21 août et 29 décembre 2009.

- le comité d'alerte se prononce fin mai sur des données partielles (cf.2.2.1.2) ;
- la certitude avérée d'un dépassement intervient souvent trop tardivement pour parvenir à corriger la dérive des dépenses ;
- des mesures de redressement ne sont obligatoires que lorsqu'un « risque sérieux » de dépassement de l'ONDAM se matérialise ; le seuil d'alerte s'est en quelque sorte substitué à l'objectif comme référence de bonne gestion ;
- la gouvernance actuelle de l'ONDAM n'impose pas strictement aux caisses d'assurance-maladie ou au gouvernement de faire des propositions de redressement égales au dépassement estimé, ni au gouvernement de prendre des mesures correctrices de cette ampleur.

2.2.1.2. Des remontées d'information de qualité et de fréquence inégales

Au sens strict, le respect de l'ONDAM doit être évalué sur la base d'informations en date de soins correspondant au périmètre de l'ONDAM (tous régimes et France entière). Les systèmes d'informations sur les dépenses d'assurance maladie ne retracent pas exactement les dépenses de l'ONDAM : les données disponibles sont pour la plupart en date de remboursement et circonscrites au régime général. **Le suivi infra-annuel s'appuie donc essentiellement sur des données statistiques qui font l'objet d'un retraitement pour obtenir des données en date de soins, tous régimes** (cf. annexe 4 pour une analyse détaillée). **Ce suivi ne s'appuie pas sur un faisceau d'indices permettant de détecter en amont les risques de dépassement.**

Le suivi des dépenses du secteur des soins de villes est globalement satisfaisant : les données sur les prestations du mois (m) redressées en date de soins et tous régimes sont disponibles en mois (m+3). Les séries estimées par la CNAMTS sont très fiables, 95% de la dépense en moyenne du mois (m) étant connue à cette date. Ces données sont par ailleurs diffusées chaque mois aux administrations intervenant dans le suivi de l'ONDAM. La DSS et la DGT produisent leurs points de conjoncture mensuels sur les soins de ville à partir de ces données.

S'agissant du suivi du secteur des établissements de santé, l'hétérogénéité des systèmes d'information (PMSI, SNIIRAM, ARBUST) se traduit par des retards de production et une qualité de remontée d'informations variable sur chacune des composantes de la dépense (cf. Tableau 2) **ne permettant pas d'en assurer de manière satisfaisante le suivi infra-annuel et d'anticiper les risques de dépassement.**

Tableau 2 : Outils de suivi infra-annuel des dépenses hospitalières

Sous-objectif du secteur hospitalier	Suivi statistique infra-annuel	Suivi comptable annuel
ODMCO Public (secteur ex-DG) Privé (secteur ex-OQN)	ARBUST + PMSI SNIIRAM	Caisses pivots Tableau de centralisation des données comptables (TCDC)
MIGAC	ARBUST	
ODAM	ARBUST	
OQN	SNIIRAM	
Champ non régulé	-	

Source : Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

Par ailleurs, l'adoption décalée des tarifs des établissements de santé par rapport au calendrier de l'ONDAM contribue au retard de la remontée d'information sur l'activité des établissements.

In fine, le suivi infra-annuel des dépenses des établissements de santé, assuré par l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, ne permet pas d'obtenir des données sur l'exécution de l'ONDAM à fin mai avant le 15 octobre. **Ce dispositif ne permet pas d'assurer de suivi infra-annuel des dépenses hospitalières** : à mi-octobre, moins d'un semestre d'activité est connu et l'évaluation du dépassement ne prend pas en compte des risques de dépassement à partir de données sur le 2^{ème} semestre ; par ailleurs, il est trop tard pour mettre en œuvre des mesures correctrices ayant un impact dans l'année. En 2010, l'ATIH s'est engagée à transmettre une note mensuelle de conjoncture sur les dépenses d'assurance maladie afférentes aux hôpitaux.

Le suivi des dépenses du secteur médico-social est perfectible. Le système d'information de la CNSA ne lui permet pas de disposer de données satisfaisantes sur le fonctionnement des établissements et services. La CNAMTS dispose de données mensuelles, disponibles en mois (m+1) sur les versements aux établissements notifiés par les DDASS aux régimes d'assurance maladie ; néanmoins, ces données ne sont transformées en date de soins par les agents comptables des régimes et transmises à la DSS qu'au premier trimestre de l'année (n+1), lors de l'arrêté des comptes. Si le suivi de l'ONDAM médico-social représente un enjeu financier moindre en termes de dépassement puisque sa dotation est limitative, un suivi régulier permettrait de s'assurer du bon calibrage de la dotation ou de corriger les enveloppes en cours d'année²².

Au final, la DSS dispose de données de qualité et de fréquence variable pour assurer le pilotage du suivi :

- ◆ les données mensuelles en date de soins sur les soins de ville et sur les cliniques privées sont disponibles en mois (m+3) ;
- ◆ les données mensuelles en date de remboursement sur les soins de ville, le secteur médico-social et sur les cliniques privées sont disponibles en mois (m+1) ;
- ◆ les données en date de soins de l'année (n) sur les établissements hospitaliers ne sont pas connues avant mi-octobre ;
- ◆ la DSS reçoit un bilan semestriel des économies générées par les actions de lutte contre la fraude, ainsi qu'un bilan qualitatif trimestriel sur l'impact de la maîtrise médicalisée.

Par ailleurs, lorsqu'il se prononce fin mai sur le risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, le comité d'alerte ne dispose que d'une information partielle sur l'exécution de l'ONDAM de l'année en cours. S'agissant des soins de ville et des cliniques privées, il dispose de la prévision de réalisation de l'année (n-1)²³ et de janvier de l'année (n) et de données en date de remboursement à fin avril. S'il dispose de données en date de remboursement à fin avril pour le secteur médico-social, il n'a aucune information sur les dépenses du secteur hospitalier.

²² Les crédits non consommés viennent accroître les réserves de la CNSA et sont utilisés pour soutenir l'investissement des établissements. Les crédits du secteur médico-social (OGD) ont été sous-consommés depuis la création de la CNSA, aboutissant à une réserve évaluée à 1,9 Md€ en 2009. Source : Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances, *Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses OGD*, février 2010 (rapport non public)

²³ Qui constitue à cette date un constat quasi-définitif.

2.2.2. La proposition : refondre le dispositif de pilotage et d'alerte pour assurer le respect de l'ONDAM

Le renforcement du respect de l'ONDAM repose à la fois sur un suivi attentif et régulier des risques de dépassement et sur une approche le plus en amont possible de la régulation des dépenses. Il s'agit en effet moins de suivre l'exécution des dépenses que de les piloter afin de rester au plus près de l'objectif voté par le Parlement.

Ce changement d'approche implique :

- d'institutionnaliser le cadre de pilotage de l'ONDAM ;
- d'améliorer significativement le suivi statistique et comptable ;
- d'accroître la fréquence des avis du comité d'alerte;
- d'abaisser le seuil des avis du comité d'alerte.

2.2.2.1. Instaurer un comité de pilotage de l'ONDAM et lui donner un fondement réglementaire

Afin de marquer une rupture avec la pratique actuelle et de passer à un stade beaucoup plus formalisé et structuré, le groupe de travail propose de **créer un comité de pilotage de l'ONDAM**, qui serait formellement chargé du pilotage intégré de l'ensemble des secteurs de l'ONDAM. Le comité de pilotage devrait impérativement reposer sur une base réglementaire.

Proposition n°4 : Instaurer un comité de pilotage de l'ONDAM

Le comité de pilotage de l'ONDAM serait chargé :

- ♦ **de la préparation du PLFSS de l'année (n+1) ;**
- ♦ **du suivi conjoncturel des dépenses et de l'évaluation des risques de dépassement de l'ONDAM** sur la base des informations fournies par le groupe de suivi statistique (cf. *infra*). A ce titre, le comité de pilotage serait en charge :
 - du suivi conjoncturel des dépenses de l'ONDAM (réalisations de l'année (n-1) et prévisions de réalisation de l'année (n)) ;
 - de l'impulsion et du suivi des travaux du groupe de suivi statistique visant à renforcer les systèmes d'information pour mieux anticiper les risques de dépassement ;
 - du suivi de la mise en œuvre des mesures correctrices votées en LFSS et sous-tendant l'ONDAM et de l'évaluation des risques de dépassement liés à la non mise en œuvre de ces mesures ;
- ♦ **du pilotage de la régulation. A ce titre, le comité de pilotage aurait pour mission :**
 - d'élaborer la stratégie de régulation préventive du dépassement de l'ONDAM en s'appuyant sur la mise en œuvre conditionnelle de mesures nouvelles (votées dans la LFSS ou adoptées en cours d'année, cf. 2.3.2.1) et sur la mise en réserve de dotations budgétaires (cf. 2.3.2.2) ;

- de gérer la mise en œuvre de la régulation préventive en cours d'année (exécution des mesures nouvelles et dégel des dotations mises en réserve) ;
- en cas de besoin, d'adopter ou de demander aux gestionnaires concernés d'adopter des mesures correctrices complémentaires en cours d'année.

Le comité de pilotage de l'ONDAM effectuerait **une veille continue sur le respect de l'ONDAM** et, au niveau des ministres, **pourrait adopter des mesures de régulation des dépenses avant même le déclenchement de la procédure d'alerte**, afin de respecter l'ONDAM et d'en limiter les dépassements.

Le comité de pilotage veillerait à élaborer et mettre en œuvre **une stratégie de régulation équilibrée sur l'ensemble des secteurs de l'ONDAM**.

Cette stratégie de régulation doit par ailleurs se concevoir dans le cadre des finances publiques au sens large (toutes administrations publiques). Aussi, le comité de pilotage devrait-il veiller à la compatibilité entre les budgets des établissements de santé et des établissements médico-sociaux et l'ONDAM afin en particulier d'éviter que les mesures de régulation appliquées dans ces secteurs ne se traduisent par un déficit additionnel. En effet, *in fine* l'encadrement de la dépense de ces établissements est essentiel pour la situation des finances publiques au sens large et devrait être pris en compte dans le pilotage de l'ONDAM.

Le comité de pilotage de l'ONDAM comporterait deux niveaux :

- ♦ **coprésidence des réunions par le ministre de la santé et des sports et le ministre du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État deux à trois fois par an ;**
- ♦ **réunions techniques régulières (mensuelles ou bimestrielles) au niveau des directeurs**, avec un pilotage par le directeur de la sécurité sociale. Cette formation technique du comité de pilotage de l'ONDAM pourrait réunir :
 - le directeur de la sécurité sociale ;
 - le directeur général de l'offre de soins ;
 - le directeur du budget ;
 - le directeur général du trésor ;
 - le directeur général de l'UNCAM ;
 - le président du comité économique des produits de santé (CEPS) ;

La participation au comité de pilotage serait ajustée en fonction de l'ordre du jour afin d'associer le secteur médico-social aux décisions. Le ministre du travail, de la solidarité et de la fonction publique participerait aux réunions du comité de pilotage en formation ministre. Le directeur général de la cohésion sociale (DGCS) et le directeur de la CNSA participeraient aux réunions en formation comité des directeurs.

La DSS assurerait les fonctions de secrétariat permanent du comité de pilotage de l'ONDAM²⁴.

Ce comité pourrait être co-présidé par les ministres :

- ♦ **en mars** : point sur l'exécution de l'ONDAM (n-1), revue de la mise en œuvre des mesures d'économie, adoption des mesures de mise en réserve et d'exécution conditionnelle des dépenses nouvelles ;

²⁴ L'importance de cette fonction et l'accroissement des exigences en matière d'élaboration des annexes justifieraient un renforcement, en ce domaine, des moyens de la DSS.

- ♦ **en mai** : point sur l'exécution de l'ONDAM de l'année (n) en vue de l'avis du comité d'alerte, revue des mesures d'économie, discussions sur le cadrage du PLFSS (n+1)), le cas éventuel, adoption de mesures de régulation ;
- ♦ **en septembre** : revue des mesures d'économie, cadrage de l'ONDAM (n+1)), le cas éventuel, adoption de mesures de régulation complémentaires.

Les ministres informeraient chaque trimestre les commissions des affaires sociales de l'Assemblée Nationale et du Sénat de l'exécution de l'ONDAM, des risques de dépassement et des mesures de régulation (préventives et correctrices) mises en œuvre afin de respecter l'objectif voté.

2.2.2.2. Renforcer le suivi statistique et comptable et réunir les acteurs de la production de données

Un pilotage efficace de l'ONDAM suppose une information des décideurs fiable, pertinente et régulière. En outre, le suivi de l'ONDAM, fondé sur une culture d'exhaustivité des données, devrait faire davantage de place à une analyse des risques de dépassements s'appuyant sur une batterie d'indicateurs.

Proposition n°5 : Renforcer le suivi statistique et comptable de l'ONDAM et rassembler dans un groupe de suivi statistique l'ensemble des acteurs de la production de données

Un groupe de suivi statistique de l'ONDAM devrait être institué et coordonné par la DSS (sous-direction des études et prévisions financières). Ce groupe de suivi statistique serait composé des organismes en charge de la collecte sectorielle des données sur les dépenses et des acteurs jouant un rôle dans le suivi, la gestion et la régulation de l'ONDAM. Son rôle serait d'assurer un suivi continu de l'exécution de l'ONDAM destiné à **informer les acteurs du pilotage de la régulation, rassemblés dans le comité de pilotage de l'ONDAM** (cf. 2.2.2.1).

Le groupe de suivi statistique pourrait réunir :

- ♦ la CNAMTS (direction de la stratégie, des études et de la statistique), en charge de la collecte et de la diffusion des données sur les soins de ville et sur les cliniques privées ;
- ♦ la DGOS (sous-direction des affaires financière) et l'ATIH, en charge de la collecte et de la diffusion des données sur le secteur hospitalier ;
- ♦ la CNSA, en charge de la collecte et de la diffusion des données relatives aux données sur le secteur médico-social ;
- ♦ la DGT (sous-direction politiques sociales et emploi) ;
- ♦ la direction du budget (6^{ème} sous-direction).

Le groupe de suivi statistique aurait pour mission de préparer une **note mensuelle de suivi statistique** (données infra-annuelles) **et comptable** (données annuelles sur les réalisations en année (n-1)) de l'ONDAM. Cette note aurait pour objectif de présenter les données, d'indiquer les marges d'erreur possibles et d'évaluer l'écart potentiel à l'objectif de fin d'année sur la base des données disponibles et d'une analyse des risques. Le groupe de suivi statistique aurait également pour rôle de proposer des mesures de renforcement de la qualité et de la fréquence des remontées des informations, en cherchant notamment à identifier des faisceaux d'informations statistiques permettant de disposer de prévisions d'exécution plus tôt dans l'année.

La maquette des informations statistiques et comptables échangées ainsi que le calendrier de collecte et de diffusion des données devrait être formalisés.

Compte tenu de sa composition et de la durée de sa mission, le groupe de travail n'a pu procéder à des investigations techniques complexes lui permettant de proposer le détail des mesures permettant de **renforcer la qualité et la fréquence des informations**. **Le groupe de travail a néanmoins identifié plusieurs chantiers que le groupe de suivi statistique pourrait aborder** à cet effet :

- ◆ **s'agissant de l'ensemble des secteurs, le groupe de suivi statistique pourrait identifier des faisceaux d'informations statistiques** (sur la base d'échantillon ou de données provisoires) **permettant de disposer de prévisions d'exécution plus tôt dans l'année** et évaluer la faisabilité d'adopter des comptes semestriels et non plus annuels, afin de disposer de données comptables en infra-annuel ;
- ◆ **s'agissant du secteur des soins de ville, le groupe de suivi statistique pourrait travailler sur la possibilité de raccourcir le délai de transmission des données en date de soins de trois à deux mois sur certains types de dépenses** (notamment, le médicament). Par ailleurs, **certain types de dépenses**, non suivis mensuellement, **pourraient être suivis de manière plus régulière** (par exemple, suivi trimestriel et non plus semestriel de l'impact des actions de lutte contre la fraude).
- ◆ **s'agissant du secteur hospitalier, le groupe de suivi statistique pourrait examiner dans quelle mesure un faisceau d'informations mensuel permettrait d'estimer avant mi-octobre les dépenses des établissements publics tarifés à l'activité. La mise en place prochaine de la facturation individuelle dans ces établissements permettra également de renforcer le dispositif de suivi.** Ce groupe pourrait également évaluer si des modifications des phases techniques de la campagne tarifaire permettraient de réduire le calendrier de cette campagne. Par ailleurs, s'agissant du suivi des cliniques privées, le rapprochement des données SNIIRAM-ATIH déjà engagé devrait être finalisé. A moyen terme, **les futures ARS (agences régionales de santé) devraient être dotées d'un système d'information leur permettant de jouer un rôle pivot dans le suivi mensuel des dépenses.**
- ◆ **s'agissant de l'ONDAM médico-social, il pourrait identifier comment accroître la fréquence et la qualité des données** : par exemple, exploitation trimestrielle des données des CPAM sur l'exécution des crédits délégués par la CNSA et suivi intégré de l'impact des plans de santé relatif à ce secteur (par exemple, le plan Alzheimer) ;

Le groupe de travail souligne l'importance que représentent ces chantiers en vue du renforcement du respect de l'ONDAM.

2.2.2.3. Une veille renforcée du comité d'alerte

Actuellement, le comité d'alerte est tenu de se prononcer au moins une fois dans l'année, avant le 1^{er} juin. Il peut néanmoins se prononcer à n'importe quel moment dès lors qu'il estime que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif national.

Le groupe de travail propose de **faire du comité d'alerte le « gardien de l'ONDAM »**. Dans cette optique, celui-ci assurerait **un rôle de veille continue sur le respect de l'objectif, dès son élaboration**. Il pourrait se pencher plus fréquemment sur le respect de l'ONDAM, à partir d'un seuil d'alerte plus bas.

Par ailleurs, **le groupe de travail rappelle que le rôle du comité d'alerte n'est pas uniquement de déclencher l'alerte** en cas de risque sérieux de dépassement supérieur au seuil fixé aujourd'hui à 0,75% **mais aussi d'appeler l'attention des autorités compétentes sur le « simple risque » de non respect de l'ODNAM voté.**

Le groupe de travail souligne par ailleurs que **le comité d'alerte pourrait utilement être auditionné de façon régulière par les commissions compétentes** de l'Assemblée Nationale et du Sénat.

Proposition n°6 : Prévoir un avis obligatoire du comité d'alerte avant le 15 avril

Afin que le comité d'alerte puisse jouer son rôle de gardien de l'ONDAM, **le groupe de travail propose qu'il organise son activité autour de trois temps forts :**

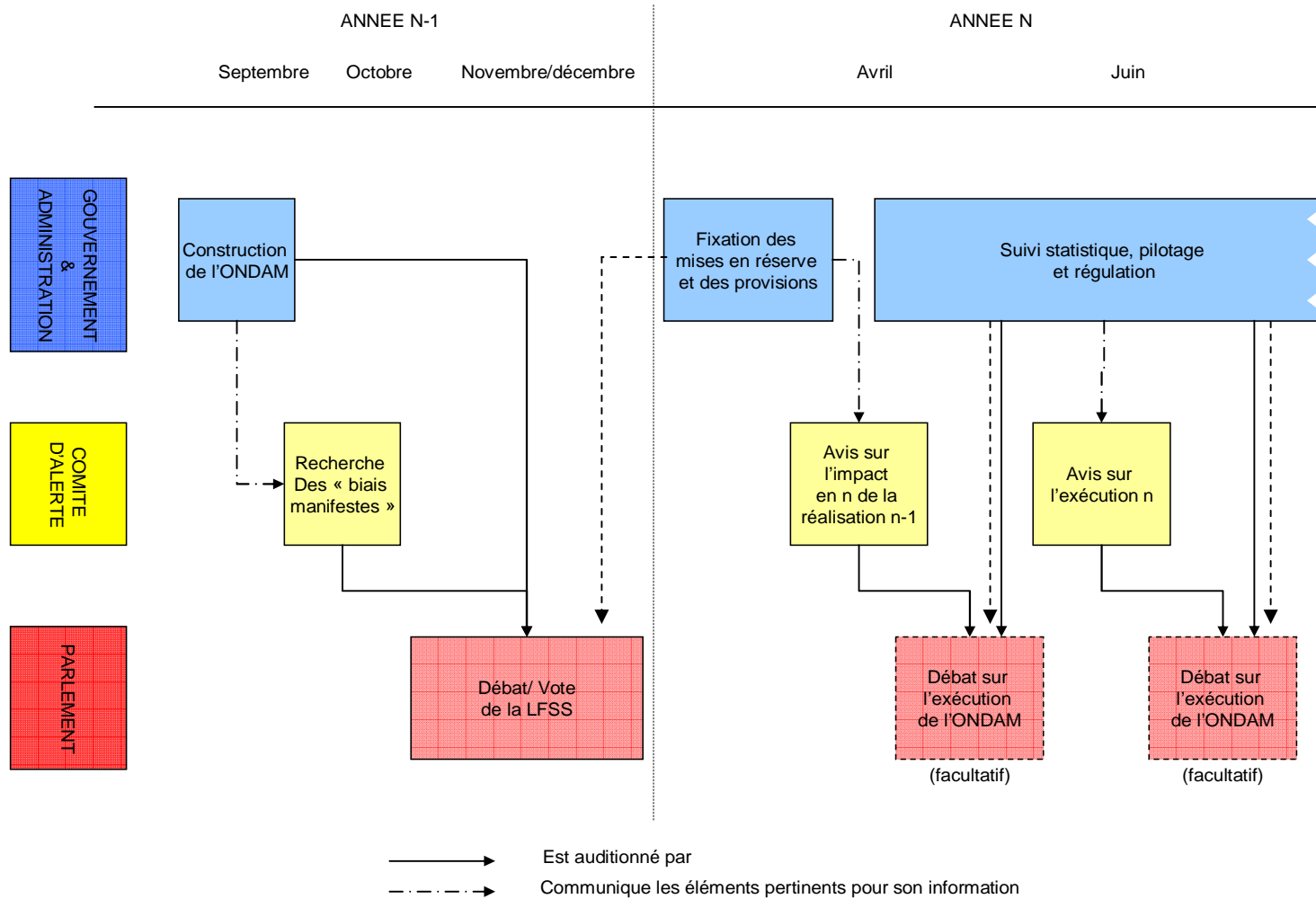
- ♦ **avant le 15 avril**, lors de la parution des résultats de l'année (n-1). Le comité d'alerte se prononcerait sur les risques de dépassement éventuels dus à l'effet de base lié à une éventuelle sous-estimation de l'ONDAM réalisé en (n-1) dans la LFSS et dus au retard de mise en œuvre des mesures correctrices ;
- ♦ **avant le 1^{er} juin**, comme c'est le cas actuellement, afin d'émettre un avis sur le respect de l'ONDAM ;
- ♦ **avant le 15 octobre**, pendant la phase de préparation du PLFSS (cf. Proposition n°1).

Cette fréquence accrue des interventions du comité d'alerte doit aller de pair avec une baisse du seuil **d'alerte. En effet, le seuil actuel de 0,75%** de l'ONDAM permet de tolérer des dépassements trop importants pour être susceptibles d'être corrigés en cours d'année. **L'abaissement du seuil d'alerte s'inscrit dans la logique de la mise en œuvre de la gestion préventive des dépassements proposée par le groupe de travail : un seuil plus bas est en effet de nature à rendre cette gestion préventive plus impérative encore pour des acteurs naturellement soucieux d'éviter les désagréments politiques liés au déclenchement de l'alerte.**

Proposition n°7 : Abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5 %

Le groupe de travail propose d'abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5% de l'ONDAM (soit environ 0,8 Md€). L'objectif serait d'abaisser le seuil à 0,5% d'ici 2012-2013 de manière progressive, au fur et à mesure de la montée en charge du nouveau dispositif de régulation proposé par le groupe de travail. La gouvernance rénovée du pilotage de l'ONDAM, l'utilisation des outils de régulation préventive (mise en œuvre conditionnelle et mise en réserve) et le renforcement des systèmes d'informations proposés par le groupe de travail sont en effet des éléments complémentaires et nécessaires à un meilleur respect de l'ONDAM, auquel la baisse du seuil d'alerte contribuera par ailleurs.

Schéma 1 : L'élaboration, le suivi et le pilotage de l'ONDAM



2.3. Instaurer de nouveaux outils afin de prévenir les risques de dépassement et limiter leur ampleur

2.3.1. La situation actuelle : une régulation qui s'exerce principalement après le constat d'un dépassement ou une alerte

2.3.1.1. L'impact nécessairement limité de la régulation ex post en infra-annuel, en dépit d'une palette d'outils assez large

Les acteurs de la régulation infra-annuelle disposent d'une palette d'outils de régulation assez large. Les mécanismes de régulation peuvent être mobilisés en dehors de la procédure d'alerte, à l'exception de la modulation des tarifs des hôpitaux. Les mécanismes applicables à la régulation des dépenses de soins de ville et à ceux relatifs aux dépenses hospitalières doivent être distingués.

♦ Mécanismes de régulation des dépenses de soins de ville

La régulation des dépenses de soins de ville repose sur deux leviers d'action principaux, la baisse des tarifs et l'augmentation du ticket modérateur.

• La baisse des tarifs

La baisse des tarifs peut concerner les actes ou les produits (médicaments). La baisse des tarifs des actes médicaux est une compétence de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). En pratique, le tarif d'un acte médical ne peut être baissé qu'après avis conforme de la commission de hiérarchisation des actes et prestations – il y en a une par spécialité médicale²⁵ (article L.162-1-7 du code de la sécurité sociale) ce qui rend le processus complexe et son issue aléatoire.

La baisse des tarifs des médicaments diffère selon que l'entreprise qui produit le médicament est conventionnée ou non avec le comité économique des produits de santé (CEPS). Si l'entreprise n'est pas conventionnée, l'article L.138-10 du code de la sécurité sociale prévoit qu'une contribution est prélevée sur le chiffre d'affaires en cas de progression supérieure à un taux cible, le taux K (clause de sauvegarde). Dans la grande majorité des cas, les entreprises sont toutefois conventionnées avec le CEPS ; dans ce cas, la mise en œuvre de la clause de sauvegarde et la régulation des tarifs s'effectuent sur une base conventionnelle. Dans tous les cas, les baisses de tarifs des médicaments ne s'appliquent pas aux stocks existants, tant chez les grossistes/détaillants qu'au sein des officines.

Les marges des pharmaciens, qui relèvent d'un statut intermédiaire entre le tarif de l'acte et celui du médicament, peuvent être baissées par arrêté ministériel.

• La modification du ticket modérateur

Les taux de ticket modérateur par prestations et par produits sont fixés par le Conseil de l'UNCAM au sein d'une fourchette déterminée par un décret en Conseil d'Etat (+/- 5 points). La procédure de modification du taux de remboursement est longue et complexe puisqu'elle suppose une consultation préalable de l'UNOCAM et de l'UNPS (délai de 30

²⁵ A l'exception des biologistes pour lesquels cet avis n'est que consultatif en vertu des dispositions de l'article L.162-1-7-1 du code de la sécurité sociale.

jours). La décision de l'UNCAM est transmise pour avis au ministre de la santé qui peut s'y opposer par une décision motivée dans un délai de 30 jours.

Une modification du taux au-delà de la fourchette doit faire l'objet d'une modification du taux plancher ou de la fourchette par décret en Conseil d'Etat. Ce décret doit être soumis à un avis préalable des caisses (délai de 21 jours ou de 8 jours en cas d'urgence).

Cette procédure n'a jamais été utilisée à la seule initiative de l'UNCAM, mais à l'initiative du gouvernement (majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins et augmentation du ticket modérateur pour les médicaments à service médical rendu faible en février 2010).

L'UNCAM est donc seule compétente pour modifier les taux à l'intérieur de la fourchette. L'Etat dispose de l'initiative concernant la modification de la fourchette des taux, mais l'UNCAM doit toutefois se prononcer sur le nouveau taux sans contrainte de délai. Si l'Etat souhaite proposer une modification des taux à l'intérieur de la fourchette, il doit le proposer à l'UNCAM qui doit la reprendre à son compte sans contrainte de délai. En cas de refus de l'UNCAM, l'Etat devrait avoir recours à la loi pour transférer à l'Etat la compétence en matière de fixation des taux de ticket modérateur (ce qui marquerait un retour à la situation avant la loi de 2004) ou avoir recours à des techniques de type participation forfaitaire ou franchise ad hoc.

- **Autres mesures de régulation**

Outre ces deux grands types de mesures, il existe d'autres mesures qui ont une influence sur les dépenses de santé. A titre d'exemple, on peut citer :

- le déremboursement des actes comme celui des médicaments à SMR insuffisant, qui est une compétence ministérielle ;
- le report de la revalorisation des honoraires des professions libérales. Un délai de 6 mois a ainsi été instauré s'agissant de la revalorisation des tarifs des professions libérales. En cas de déclenchement de l'alerte, celle-ci est reportée au 1^{er} janvier de l'année (n+1) ;
- le tarif forfaitaire de responsabilité, qui permet le remboursement des médicaments sur la base des prix des médicaments génériques.

- ◆ **Mécanismes de régulation des dépenses du secteur hospitalier**

Il est possible de réguler en cours d'année les tarifs des établissements de santé, en cas de risque de dépassement de l'objectif de dépenses dont ils dépendent (ODMCO et OQN). La mise en œuvre de ce mécanisme en 2006 sur les cliniques privées a révélé la fragilité juridique de la procédure, qui depuis 2009 est strictement liée au déclenchement de l'alerte (cf. encadré 2).

Encadré 2 : La régulation des tarifs des établissements de santé

Il est possible de réguler en cours d'année les tarifs des établissements de santé, en cas de risque de dépassement de l'objectif de dépenses dont ils dépendent (ODMCO et OQN). La mise en œuvre de ce mécanisme en 2006 sur les cliniques privées a révélé la fragilité juridique de la procédure, qui depuis 2009 est strictement liée au déclenchement de l'alerte.

- **La procédure de régulation infra-annuelle avant la LFSS 2009**

Lors de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) en 2004, le mécanisme de régulation infra annuelle était déclenché sur la base des données de l'année (n-1) et du 1^{er} trimestre de l'année (n), après analyse médico-économique par activité médicale. La modification des tarifs en cours d'année était soumise à la consultation des fédérations hospitalières : « *Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, et après analyse des différents facteurs d'évolution des charges par activités médicales,*

notamment les facteurs relatifs aux pratiques médicales et aux besoins de santé de la population, l'Etat modifie, après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés, les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article.
»²⁶

- **La fragilité juridique du dispositif et l'annulation de l'arrêté du 27 septembre 2006**

Sur la base de ces dispositions, une réduction des tarifs des cliniques privées du champ MCO pendant une durée de 3 mois a été mise en œuvre par l'arrêté du 27 septembre 2006. Estimant que la base de cet arrêté était fragile (absence d'analyse par activité médicale de l'évolution des charges et de consultation préalable des professionnels), une mesure de validation législative a été adoptée dans le cadre de la LFSS 2007. L'arrêté a été attaqué et annulé par une décision du Conseil d'Etat en date du 21/12/2007 au motif qu'il avait été adopté au terme d'une procédure irrégulière (non respect de la procédure de consultation préalable, absence d'analyse par activités médicales de l'évolution des charges) et que la validation législative ne saurait être retenue dans la mesure où l'Etat ne justifie pas d'un impérieux motif d'intérêt général susceptible de justifier les atteintes portées au droit à un procès équitable.

- **Depuis 2009, une régulation des tarifs du secteur hospitalier liée à la procédure d'alerte.**

Suite à l'annulation par le Conseil d'Etat des mesures adoptées en 2006, le déclenchement du dispositif a été conditionné à l'alerte. La LFSS de 2009 a modifié l'article II bis de l'article L.162-22-10 CSS réformé la base de la régulation comme suit : « Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L.114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. »

- **Des possibilités de régulation infra-annuelle limitées**

Depuis la LFSS 2009, l'État ne peut moduler les tarifs qu'en cas d'alerte et qu'après consultation de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Les ministres sont donc tenus de respecter un formalisme qui ralentit les délais de mise en œuvre. La modulation des tarifs par catégories d'établissements introduite par la LFSS pour 2009 pourrait conduire le juge à censurer une baisse des tarifs qui serait appliquée à des établissements qui ne sont pas à l'origine du dépassement.

Dans le dispositif actuel, les mesures de régulation de la dépense d'assurance maladie sont essentiellement déclenchées en cas d'alerte, puisqu'aucune disposition n'impose l'adoption de mesures en cas de constat d'un dépassement de l'ONDAM inférieur à un risque sérieux de dépassement, comme l'a montré l'exemple de 2009 (cf. *supra* 1.2.2).

²⁶ Version antérieure à la LFSS 2009 du II de l'article L.162-22-10 du Code de la sécurité sociale.

Quant aux mesures déclenchées en cas d'alerte, leur impact est nécessairement limité en cours d'année. Les décisions de régulations sont soumises à des procédures de consultation ou de négociation qui en limitent l'impact en cours d'année. Ainsi, les modulations de tarifs des professionnels passent toutes par des négociations, qu'il s'agisse de la hiérarchisation des actes (passage en Commission de hiérarchisation des actes et des prestations ou en Commission de hiérarchisation des actes de biologie), des avenants tarifaires conventionnels ou de l'introduction de nouveaux actes. **L'analyse de 2007 illustre l'écart important entre le dépassement anticipé, l'impact des mesures correctrices et le dépassement final (cf. *supra* 1.2.1.)**

2.3.1.2. Des mécanismes de provisionnement ex ante limités au regard des risques de dépassement

Lorsqu'un risque financier paraît probable, **la construction de l'ONDAM peut comporter des « provisions pour risque de dépassement »**. Des provisions peuvent ainsi être intégrées lorsque des discussions conventionnelles sur la revalorisation des lettres-clé sont prévues. Ces provisions sont informelles : elles n'apparaissent dans aucun compte public, ne figurent pas dans les documents remis au Parlement et sont directement intégrées dans le calcul de l'ONDAM. Cette « discrétion » est liée au caractère fortement auto-réalisateur d'une provision rendue publique : l'affichage d'une provision pour revalorisation des professions libérales pourrait accentuer de manière notable leur pression en faveur de la mise en œuvre de la revalorisation.

Par ailleurs, **ces provisions ne constituent pas nécessairement des outils de régulation pour les gestionnaires de l'ONDAM, mais s'apparentent parfois davantage à une prévision « prudente » de l'ONDAM** : par exemple, une provision pour risque de dépassement des volumes d'activités liée à la mise en œuvre de la nouvelle nomenclature tarifaire des hôpitaux en 2010 avait été intégrée dans la construction de l'ONDAM en 2010 ; cette provision s'est néanmoins avérée inférieure à la progression en volume estimée en fin d'année.

Si certaines provisions liées à des risques identifiés sont bien intégrées dans la construction technique de l'ONDAM, toutes ne le sont pas. En outre, ces provisions ne s'intègrent pas dans un cadre général qui permettrait d'en faire un véritable outil de régulation aux mains des gestionnaires.

2.3.1.3. Des mécanismes de mise en œuvre conditionnelle des dépenses liée au respect de l'ONDAM peu développés

L'article 36 de la LFSS de 2008 a introduit un mécanisme permettant de suspendre une hausse de tarifs prévue dans le cadre des négociations conventionnelles en cas d'alerte. Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de son approbation par les ministres de la santé et de la sécurité sociale. Néanmoins, si le comité d'alerte considère qu'il existe un risque sérieux de dépassement, la revalorisation conventionnelle est suspendue après consultation des parties signataires. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur, la revalorisation est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

Sous réserve de ce mécanisme lié à l'alerte, il n'existe pas de dispositif de mise en œuvre conditionnelle des dépenses de l'ONDAM. La mise en œuvre des mesures nouvelles notamment, n'est pas étalée dans le temps afin de faciliter le respect de l'ONDAM.

2.3.1.4. Une évaluation non systématique de la compatibilité des mesures nouvelles adoptées en cours d'année avec le respect de l'ONDAM

La loi organique relative aux LFSS n'a pas imposé de LFSS rectificative. Les mesures nouvelles adoptées en année (n) sont examinées par le Parlement lors de l'examen du PLFSS (n+1) et entérinées dans la partie sur les dispositions relatives à l'année en cours. La loi organique n'oblige pas à gager toute nouvelle dépense par une économie (ou une recette) correspondante. En l'application des textes actuels, le comité d'alerte n'est pas davantage informé ou consulté avant l'adoption d'une mesure nouvelle impactant l'ONDAM en cours d'année. L'UNCAM rend néanmoins un avis motivé et public sur les projets de lois et de décret relatifs à l'assurance maladie (article L 182-2 du Code de la sécurité sociale) ; à ce titre, l'UNCAM peut se prononcer sur des mesures nouvelles adoptées faisant l'objet d'un projet de loi ou d'un décret.

2.3.2. La proposition : développer la mise en œuvre conditionnelle d'une partie des dépenses et accélérer en cas d'alerte la mise en œuvre des mesures de régulation ex-post

Pour assurer le strict respect de l'ONDAM voté et non pas le non franchissement du seuil d'alerte, le comité de pilotage de l'ONDAM doit être doté de nouveaux leviers d'action assurant une gestion préventive des risques de dépassement. A cet effet, le groupe de travail propose de doter le comité de pilotage de **deux outils préventifs complémentaires** :

- ◆ **la mise en œuvre conditionnelle des mesures nouvelles** de la LFSS et des mesures susceptibles d'être décidées en cours d'année ;
- ◆ **la mise en réserve d'une fraction des dotations.**

S'il ne saurait être question de fixer par principe et de façon invariable le volume de la mise en œuvre conditionnelle des mesures nouvelles et de la mise en réserve d'une fraction des dotations, il serait néanmoins souhaitable que la surface financière constituée par ces deux outils permette de **doter le comité de pilotage d'une marge de manœuvre avoisinant le nouveau seuil de l'alerte, soit 1 Md€.** Il s'agit, ce faisant, de se doter des leviers nécessaires pour **gérer préventivement et de façon efficace les risques courants de dépassements** et de **couvrir ainsi l'espace séparant le respect de l'ONDAM du seuil de l'alerte.**

L'usage de ces deux outils, combiné à une construction réaliste et sincère de l'ONDAM et à un suivi réactif des risques, devrait parvenir non seulement, à contenir les dépassements de l'ONDAM en deçà du seuil d'alerte, mais aussi à rester le plus proche possible de l'ONDAM voté. Au cas où un risque d'alerte serait néanmoins avéré, le groupe de travail propose de prévoir des mécanismes de décision et des procédures de consultation simplifiés afin d'accélérer la mise en œuvre des mesures correctrices décidées.

2.3.2.1. Conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles au respect de l'ONDAM

Proposition n°8 : Conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles à leur compatibilité avec l'ONDAM voté

Le groupe de travail propose **la mise en œuvre conditionnelle de tout ou partie des mesures nouvelles incluses dans la LFSS et des mesures nouvelles susceptibles d'être décidées en cours d'année au respect de l'ONDAM.**

La mise en œuvre conditionnelle des mesures nouvelles nécessite au préalable de définir précisément la notion. Si la présentation actuelle de l'Annexe 7 du PLFSS ne permet pas d'identifier clairement les mesures nouvelles du projet de loi, celles-ci peuvent être identifiées lors de la construction du PLFSS. La notion de mesures nouvelles ne doit pas s'entendre comme la différence entre la base retenue pour l'ONDAM (n-1) et l'ONDAM de l'année (n), soit 4,8 Md € s'agissant de l'ONDAM 2010²⁷. En effet, une partie de la progression des dépenses ne peut faire l'objet d'un mécanisme de mise en œuvre conditionnelle, par exemple les évolutions liées à des facteurs externes tels que l'inflation.

Il s'agit dès lors d'**identifier les mesures nouvelles sur lesquelles les gestionnaires peuvent appliquer une mise en œuvre conditionnelle** (mesures d'amélioration de la prise en charge de certaines catégories d'actes ou d'assurés, mesures de revalorisation générale ou catégorielle concernant les professionnels de santé, plans pluriannuels de santé publique, créations de places dans le secteur médico-social, etc.). Compte tenu des délais impartis, le groupe n'a pu se livrer à des analyses techniques approfondies nécessaires pour estimer le volume global que représentent ces mesures nouvelles ; il ne fait toutefois guère de doute que la mise en œuvre conditionnelle pourrait trouver à s'appliquer à plusieurs centaines de millions d'euros.

La liste des mesures nouvelles qui ferait l'objet d'une mise en œuvre conditionnelle devrait faire l'objet d'une identification précise par le comité de pilotage de l'ONDAM en début d'année et faire l'objet d'une information aux commissions parlementaires concernées.

La mise en œuvre conditionnelle des mesures nouvelles pourrait reposer sur deux types de mécanisme :

- ◆ les mesures de revalorisation qui affectent les tarifs de prestation ou les conditions de remboursement, facilement identifiables pour les gestionnaires, seraient conditionnées, en totalité ou en partie, dès le PLFSS, au respect de l'objectif ;
- ◆ les mesures nouvelles qui n'affectent pas les tarifs de prestation et qui sont financées sur dotations pourraient faire l'objet d'un gel, partiel ou total, dans le courant du 1^{er} trimestre.

Tout ou partie des mesures nouvelles ainsi identifiées ne serait mis en œuvre que lorsque leur exécution serait estimée compatible avec l'ONDAM voté, dans le courant du 2^{ème} semestre de l'année (n) et, dans tous les cas, une fois connu l'avis du comité d'alerte de fin mai.

Le dégel des mesures nouvelles interviendrait sur la base d'une décision du comité de pilotage de l'ONDAM ; en cas d'incertitude sur les risques de dépassement de l'ONDAM voté, le comité de pilotage de l'ONDAM pourrait décider un dégel partiel des mesures nouvelles (mise en œuvre à partir d'octobre par exemple ou mise en œuvre de certaines mesures nouvelles) ou décider de maintenir le gel sur l'ensemble des mesures nouvelles.

²⁷ La base retenue pour la construction de l'ONDAM dans le PLFSS 2010 était de 157,6 Md € ; l'ONDAM voté était de 162,4 Md €, soit une progression en valeur nominale de 4,8 Md €.

Dans le même esprit, toute mesure nouvelle prise en cours d'année et ayant un impact financier sur l'ONDAM devrait par ailleurs faire l'objet d'un examen de compatibilité avec le respect de l'ONDAM voté. Avant l'adoption de mesures nouvelles en cours d'année, la formation technique du comité de pilotage (comité des directeurs) procéderait de manière systématique à la réalisation d'études d'impact, notamment financier, des mesures nouvelles proposées et identifierait des contreparties possibles (régulation d'autres postes de dépenses). Le comité de pilotage, au niveau des ministres, déciderait ensuite sur la base de cette analyse de la mise en œuvre des mesures nouvelles et le cas échéant des mesures de régulation complémentaires.

2.3.2.2. Mettre en réserve en début d'année une fraction des dotations

Les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM sont de nature mixte : une partie de ces dépenses correspond à des prestations de santé, et l'autre à des dotations, qui sont proches de crédits de nature budgétaire.

Le groupe de travail propose de mettre en réserve une fraction des dotations. Cette mise en réserve permettrait de constituer *ex ante* une réserve de précaution générale, qui serait dégelée sur la base d'une analyse de la compatibilité de leur mise en œuvre avec l'ONDAM. Cette réserve viendrait s'ajouter à la marge que constituent les mesures nouvelles « gelées » (cf. *supra*).

Le dispositif mis en œuvre pour le budget de l'Etat, sur la base de l'Article 51 de la LOLF constitue à cet égard un exemple intéressant (cf. Encadré 3) : la LOLF pose le principe de mise en réserve et le projet de loi de finances précise le taux de mise en réserve des crédits (5% sur les dépenses hors personnel et 0,5% sur les dépenses de personnel).

Encadré 3 : l'article 51 de la LOLF et la mise en réserve des crédits

L'article 51 de la LOLF (alinéa 4 bis) prévoit dès la loi de finances initiale, l'information du Parlement sur les mesures envisagées pour assurer la maîtrise de l'exécution et le taux de régulation sur les crédits ouverts sur le titre de dépenses de personnel et celui prévu sur les crédits ouverts sur les autres titres : « *Une présentation des mesures envisagées pour assurer en exécution le respect du plafond global des dépenses du budget général voté par le Parlement, indiquant en particulier, pour les programmes dotés de crédits limitatifs, le taux de mise en réserve prévu pour les crédits ouverts sur le titre des dépenses de personnel et celui prévu pour les crédits ouverts sur les autres titres* » doit être jointe au projet de loi de finances (PLF).

Le taux de mise en réserve est présenté dans l'exposé des motifs du PLF. La mise en réserve est de 5% du montant des autorisations d'engagement (AE) et des crédits de paiements (CP) sur les dépenses hors dépenses de personnel et de 0,5% sur les dépenses de personnel. Les montants mis en réserve en 2009 étaient équivalents à 1,9% des dépenses du budget de l'État, y compris les prélèvements sur recettes au profit des collectivités territoriales et de l'Union Européenne. Par ailleurs, les commissions des finances de l'Assemblée nationale et du Sénat sont destinataires d'une information régulière sur l'utilisation des crédits mis en réserve.

Ce mécanisme facilite la régulation budgétaire infra-annuelle, puisqu'une partie des crédits (AE et CP) ne sera libérée que si l'exécution budgétaire respecte le plafond global des dépenses. La mise en réserve est plus facile à gérer en exécution, mais elle exige à l'inverse une plus grande priorisation des dépenses en amont afin de s'assurer que la régulation budgétaire ne viendra pas perturber l'exécution d'un projet jugé prioritaire. Néanmoins, l'utilisation d'un tel mécanisme est nécessairement limitée à des dépenses de nature budgétaire.

La transposition de ce type de dispositif aux lois de financement de la sécurité sociale n'est toutefois pas envisageable compte tenu du fait qu'à la différence des lois de finances, les lois de financement de la sécurité sociale n'entraînent aucune ouverture de crédits ou autorisation de dépenses.

Proposition n°9 : Mettre en réserve une fraction des dotations

Sur la base du périmètre actuel de l'ONDAM, le groupe de travail a identifié des dotations sur laquelle une régulation *ex ante* est possible. **L'assiette potentielle susceptible d'être soumise à régulation est d'environ 22 Md€ et fortement concentrée sur les secteurs hospitalier et médico-social** (cf. Tableau 3) :

- ◆ ONDAM soins de ville : le FIQCS, soit environ 0,3% des dépenses du secteur et 0,2% de l'ONDAM total ;
- ◆ ONDAM hospitalier : le FMESPP et la dotation MIGAC, soit près de 16,5% des dépenses du secteur et 5% de l'ONDAM total, ainsi que la réserve nationale ;
- ◆ ONDAM médico-social : la totalité des crédits est de nature budgétaire, soit près de 9% de l'ONDAM total.

Tableau 3 : Estimation préliminaire des dépenses de nature budgétaire entrant dans le périmètre de l'ONDAM en 2010

Sous-objectif ONDAM	Dépense	Type de dépense financée	Montant alloué en 2009 en Md€	En % du sous-objectif	En % de l'ONDAM
Secteur des soins de ville	FIQCS ²⁸	Actions et expérimentations pour améliorer la qualité de la santé	0,2	0,3%	0,2%
Secteur hospitalier	Sous-total des dotations budgétaires	-	8,0	16,5%	5%
<i>Établissements de Santé tarifés à l'activité</i>	MIGAC ²⁹ ()	MERRI ³⁰ , MIG ³¹ , AC ³²	7,7 ³³	15,1%	4,9%
<i>Autres dépenses des établissements de santé</i>	FMESPP ³⁴	-	0,3 ²⁹	1,4%	0,2%
Établissements médico-sociaux	Ensemble des crédits alloués à la CNSA ³⁵	Dépenses des établissements et services pour les personnes âgées et handicapées	13,9	100,0%	8,8%
Total	-	-	22,1	-	14,0%

Source : DSS/DGOS

²⁸ Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

²⁹ Dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation.

³⁰ Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation.

³¹ Missions d'intérêt général, comme des missions de veille et de vigilance ou la prise en charge d'équipe pluridisciplinaire.

³² Aide à la contractualisation.

³³ Circulaire du 17 mars 2009.

³⁴ Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés.

³⁵ Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Le groupe de travail préconise une approche en deux temps, le comité de pilotage de l'ONDAM devant conserver le pouvoir d'appréciation sur le volume des crédits qui pourraient être mis en réserve :

- ◆ **1^{er} temps : lors des travaux de cadrage du PLFSS, détermination par le comité de pilotage de l'ONDAM des grandes lignes de la mise en réserve** (type de crédits concernés, volume envisagé). Ces informations ne seraient pas présentées en tant que telles dans le PLFSS ; elles pourraient en revanche faire, à l'initiative du Gouvernement, l'objet d'une communication générale à destination du Parlement et du comité d'alerte (dans le cadre de son examen technique du biais manifeste présenté en 2.1.2. *supra*) ;
- ◆ **2^{ème} temps, avant fin février, fixation définitive de la mise en réserve.** La mise en réserve sur le secteur hospitalier serait effectuée lorsque les enveloppes des dotations hospitalières et la part des activités soumise aux tarifs seraient déterminées. Seuls les crédits non mis en réserve seraient effectivement délégués aux ordonnateurs (notamment dans le cadre de la répartition régionale des dotations).

La détermination des enveloppes soumises à la mise en réserve doit s'effectuer de manière très fine en tenant compte de la spécificité des dépenses financées par ces dotations, certaines d'entre elles finançant des prestations de santé (par exemple les MIGAC pour le fonctionnement des SAMU, cf. Encadré 4). La mise en réserve doit être appliquée sur des postes de dépenses où elle est réellement praticable.

Encadré 4 : La dotation MIGAC

La dotation *Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation* (MIGAC) a été créée par la LFSS de 2004 pour maintenir une source de financement en dehors du principe de la tarification à l'activité pour tous les établissements publics ou privés, à but lucratif ou non. La dotation MIGAC permet de financer la part des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements publics et privés qui ne peuvent être tarifés à l'activité.

◆ **Trois grandes catégories de mission**

- **les MERRI** (missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation) ;
- **les MIG** (missions d'intérêt général). Il s'agit notamment de missions de veille et de vigilance (par exemple, centres anti-poisons), de prise en charge par des équipes pluridisciplinaires (par exemple, équipes mobiles de soins palliatifs), de produits d'origine humaine non couverts par les tarifs (par exemple, conservation des embryons), de prise en charge spécifique (par exemple, missions de prévention), d'activités de dépistage anonyme, d'aide médicale d'urgence (SAMU, SMUR), de définition et mise en œuvre des politiques publiques dans le secteur hospitalier, et de soins aux détenus. La liste des MIG n'est pas figée : les activités qui pourraient être tarifées à l'avenir seraient transférées de la liste des MIG vers l'ODMCO ;
- **l'AC** (aide à la contractualisation). L'AC a pour objet de financer les surcoûts de charges d'amortissement induits par les investissements (notamment dans le cadre du Plan Hôpital 2007), d'accompagner les activités dans le cadre du SROS et de soutenir les établissements dans leurs efforts de retour à l'équilibre. L'AC constitue en partie une marge de manœuvre pour les ARH. En principe, la part correspondant à la marge de manœuvre est non reconductible.

◆ **Des modes de fixation des MIGAC déconnectés des besoins**

Le rapport de l'IGAS de novembre 2009 sur les MIGAC souligne les éléments suivants :

- le mode de fixation de l'enveloppe consacrée à l'enseignement et à la recherche (MERRI), conduisant à considérer la recherche clinique comme une charge proportionnelle à l'offre de soins, ne permet pas de garantir que les sommes

consacrées à l'enseignement et à la recherche correspondent aux coûts de ces missions pour les établissements ;

- la fixation des autres MIG, gérées par les ARH, est fondée sur un principe de reconduction des enveloppes et non pas sur une appréciation des besoins ; les dotations MIG ne sont donc pas ajustées aux dépenses.

Sur la base de ces constats, le rapport de l'IGAS recommande de calibrer l'enveloppe recherche à partir des coûts des projets, d'évoluer vers un financement par projet et d'effectuer un rebasage global des dotations MIG en rationalisant l'attribution des crédits par mission.

Source : Guide méthodologique sur la contractualisation sur les MIGAC, DHOS, 3^{ème} édition, Juin 2008 ; Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé, Pierre-Louis Bras et Dr Gilles Duhamel, IGAS, Novembre 2009.

Le dégel des crédits mis en réserve serait subordonné à une décision du comité de pilotage de l'ONDAM, qui devrait intervenir au plus tard à l'automne, sur la base des informations sur le respect de l'ONDAM de l'année en cours. En cas d'incertitude sur les risques de dépassement de l'ONDAM voté, le comité de pilotage de l'ONDAM pourrait décider un dégel partiel ou total des réserves ou décider de maintenir la totalité des réserves.

Si le groupe de travail n'estime pas pertinent de définir les mises en réserve dans les lois de financement de la sécurité sociale, il considère qu'au-delà des informations sur les grandes lignes de la mise en réserve lors des travaux de cadrage du PLFSS (cf. supra), une information détaillée devrait être communiquée aux commissions parlementaires concernées à la fin du 1^{er} trimestre par les ministres.

Le groupe de travail considère qu'il reviendra au comité de pilotage de répartir les efforts demandés aux différents secteurs en utilisant la globalité des outils mis à sa disposition : mise en réserve des mesures nouvelles, provisions et régulation tarifaire. Au cours de l'exécution, si le principe d'un lien entre le nature du dépassement et le secteur de la correction peut être retenu, il ne saurait à lui seul guider la décision, l'unicité de l'ONDAM impliquant notamment à ce titre que les dépenses du secteur médico-social, peu susceptibles de dépassement en tant que telles, n'échappent pas au mécanisme de mise en réserve des dotations.

Par ailleurs, si les propositions du groupe de travail donnent un rôle essentiel de régulation au comité de pilotage, tout en veillant à la bonne information du Parlement, le groupe de travail estime qu'à terme il pourrait être envisagé que le Parlement puisse voter au-delà du seul ONDAM, les dotations qui s'apparentent à des crédits à caractère limitatif qui sont contenues dans celui-ci.

2.3.2.3. Prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre effective rapide des mesures correctrices

Pour des raisons tant de principe, que de faisabilité technique et juridique, le groupe de travail n'a pas retenu l'hypothèse, parfois évoquée, de systématiser la variabilité infra-annuelle des tarifs de prestation et de taux de remboursement comme moyen de « stabilisation automatique » de la dépense. Il lui est apparu que cette solution, dont l'applicabilité est problématique et qui, au demeurant n'existe dans aucun pays, ne pouvait être considérée comme la solution normale et pérenne aux problèmes soulevés.

Le groupe de travail estime en revanche légitime, afin d'**assurer la mise en œuvre la plus rapide possible des mesures correctrices dans les cas exceptionnels où l'alerte serait déclenchée**, d'aménager les mécanismes de décision et de consultation liés aux mesures de régulation ex-post, qu'elles s'appliquent aux tarifs des prestations et biens médicaux ou aux participations exigées des assurés (cf. 2.3.1.1). L'expérience de 2007 a en effet montré la complexité et les délais qui s'attachaient à la mise en œuvre de ces mesures. Le groupe de travail n'a pu examiner systématiquement, dans le délai qui lui était imparti, les aménagements envisageables à cette fin.. Il estime nécessaire que des travaux complémentaires de nature juridique soient engagés pour identifier précisément les adaptations et simplifications qui pourraient être apportées.

Proposition n°10 : Prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre rapide des mesures correctrices.

CONCLUSION

Convaincu que la soutenabilité financière de l'assurance maladie est le meilleur gage de sa pérennité, le groupe de travail a cherché les moyens d'assurer un respect plus strict de l'ONDAM voté chaque année par le Parlement. L'effort important que la collectivité nationale consent pour permettre à chacun d'accéder à des soins de qualité l'exige et la situation actuelle de nos finances publiques, dans leur ensemble, d'une exceptionnelle gravité rend cette exigence plus pressante encore.

Le groupe a considéré que le meilleur respect de l'ONDAM devait être recherché et pouvait être obtenu sans remise en cause des spécificités qui le caractérisent par rapport aux budgets publics, ni de la politique de maîtrise médicalisée qui fonde les politiques actuelles de régulation.

Ses propositions s'inscrivent dans la continuité des efforts déployés depuis plusieurs années en de nombreux domaines, en particulier depuis 2004 avec la mise en place des mécanismes d'alerte.

Elles sont sous-tendues par la conviction selon laquelle le meilleur respect de l'ONDAM dans l'avenir est davantage lié à la robustesse de sa construction, à la qualité de son suivi statistique et à l'efficacité des mécanismes de prévention des dépassements qu'à des dispositifs nécessairement tardifs et au maniement très délicat de correction des dépassements avérés.

Le renforcement du rôle du comité d'alerte, l'institutionnalisation du pilotage de l'ONDAM, la mise en place d'une « boîte à outils » utilisable pour prévenir les dépassements et l'information complète du parlement tant sur la construction de l'ONDAM que sur les dispositions prises en cours d'année pour assurer son respect sont les principales caractéristiques de la gouvernance renouvelée qui est proposée.

Cette nouvelle gouvernance appelle des modifications de texte. Mais il n'est pas de texte ou de règles, fussent elles contraignantes, qui permette de remplacer une volonté politique claire, largement partagée et inscrite dans la durée.

A cet égard, le groupe a considéré – sans que la lettre et la durée de son mandat l'autorisent à approfondir ce point, que devrait être mise rapidement à l'examen la question de l'opportunité et de la faisabilité d'une loi de programmation pluriannuelle appréhendant de façon cohérente le cadre financier et le cadre stratégique d'évolution du système de soins et des politiques de santé.

Liste des annexes

1. Lettre de mission
2. Liste des personnes rencontrées
3. Evaluation de l'impact des mesures proposées par les caisses d'assurance maladie en 2007
4. Les remontées d'informations statistiques et comptables sur l'ONDAM
5. Liste des propositions et évaluation de leur impact législatif et réglementaire
6. Synthèse du parangonnage européen de la direction générale du Trésor

Annexe 1. Lettre de mission

Le Premier Ministre
0 4 7 5 1

Paris, le 19 FEV. 2010

Monsieur le Conseiller Maître,

A l'issue de la première session de la Conférence sur le déficit qui s'est tenue le 28 janvier, le Président de la République a annoncé la mise en place d'un groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance-maladie. Je vous remercie d'avoir accepté d'en assurer la présidence.

Depuis 2004, des progrès ont été accomplis dans la maîtrise des dépenses de santé. Entre 2004 et 2008, le déficit de l'assurance maladie a été divisé par trois, de 11,6 Md€ en 2004 à 4 Md€ en 2008. En 2008 et 2009, la croissance des dépenses a été limitée à un peu plus de 3% par an. Sans la crise, l'assurance maladie aurait été à l'équilibre en 2012.

Les dépenses de santé progressent donc moins vite qu'avant. Pour autant, l'objectif d'évolution des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement depuis 1997 a été régulièrement dépassé.

S'il avait été respecté chaque année, l'assurance maladie aurait économisé plus de 19 Md€, c'est-à-dire 5 Md€ de plus que le déficit estimé en 2010. Améliorer le pilotage des dépenses d'assurance maladie est donc un enjeu majeur pour la maîtrise des déficits publics.

Il existe déjà des outils de pilotage des dépenses d'assurance maladie :

- depuis 2004, un comité d'alerte rend un avis en cours d'année sur l'évolution des dépenses : en cas de risque de dépassement élevé, les caisses d'assurance maladie doivent faire des propositions d'économie au gouvernement, qui prend des décisions sur cette base. Cette procédure a été mise en œuvre en 2007 ;*
- un délai de six mois a été instauré avant l'entrée en vigueur d'une revalorisation des tarifs des professions libérales. Cette revalorisation est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante en cas de déclenchement de l'alerte ;*
- quand les dépenses de médicament progressent plus vite que prévu, les laboratoires doivent verser des "remises" à l'assurance maladie pour compenser en partie le dépassement.*

*Monsieur Raoul BRIET
Conseiller Maître
Cour des Comptes
13, rue Cambon
75100 PARIS CEDEX 01*

Ces outils sont utiles mais ils sont insuffisants pour assurer un respect strict de l'ONDAM. Le groupe de travail aura donc une double mission.

D'une part, il devra réfléchir à de nouveaux outils de suivi de la dépense permettant de disposer le plus tôt possible en cours d'année d'informations fiables sur les risques de dépassement de l'ONDAM. Dans ce cadre, il devra s'interroger sur les moyens d'améliorer les prévisions existantes, sur une évolution éventuelle des modalités de fonctionnement du comité d'alerte et proposer de nouveaux dispositifs complétant les outils existants.

D'autre part, le groupe de travail devra proposer des mécanismes capables de corriger l'évolution de la dépense en cours d'année de façon efficace.

Vous trouverez ci-joint la composition du groupe. Pour la conduite de vos travaux, vous disposerez de l'appui d'un membre de l'Inspection générale des finances et d'un membre de l'Inspection générale des affaires sociales.

Je souhaite qu'à chacune des principales étapes de votre réflexion, vous réunissiez les organisations et organismes représentés au sein de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale et concernés par le sujet. Ces réunions permettront de recueillir leurs suggestions et de connaître leurs observations sur les orientations envisagées par le groupe.

Je souhaite que votre rapport soit remis d'ici le 15 avril.

Je vous prie de croire, Monsieur le Conseiller Maître, à l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

*très à vous,
Fran. Fillon*

François FILLON

Annexe 2. Liste des personnes consultées

Ont participé ou ont été représentés aux réunions de concertation (25 mars, 1^{er} avril et 13 avril) :

M^{me} Véronique Cazals, MEDEF

M^{me} Marie-Christine Fauchois, MEDEF

M. Jean-Bernard Bayard, président de la commission sociale de la Fédération nationale des syndicats d'exploitants agricoles (FNSEA)

M. Jean Lardin, président de l'Union professionnelle artisanale (UPA)

M. Pierre-Yves Chanu, Confédération générale du travail (CGT)

M. Jean-Marc Bilquez, secrétaire général de la Confédération générale du travail Force ouvrière (FO) – secteur protection sociale

M^{me} Daniele Karniewicz, Secrétaire nationale du pôle protection sociale de la Confédération française de l'encadrement (CFE) et de la Confédération générale des cadres (CGC)

Mme Isabelle Sancerni, Confédération française des travailleurs chrétiens (CFTC)

M. Philippe Le Clézio, secrétaire confédéral de la Confédération française démocratique du travail, section sécurité sociale – retraite – prévoyance (CFDT)

M. Jean-François Veysset, vice-président de la Confédération générale des petites et moyennes entreprises (CGPME)

M. François Joliclerc, UNSA

M. Jean-Claude Aourousseau, président du conseil d'administration de la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)

M. Jean-Pierre Davant, président de la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF)

M. Gérard Pelhate, président du conseil d'administration des caisses centrales de mutualité sociale agricole

M. Gérard Quevillon, président du conseil du régime social des indépendants (RSI)

M. Michel Régereau, président du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)

M. Jean-Jacques Magnies, président du centre national des professions de santé (CNPS)

M. Félix Benouaich, président de l'Alliance intersyndicale des médecins indépendants de France (ALLIANCE)

M. Christian Jeambrun, président du Syndicat des médecins libéraux (SML)

M. Michel Chassang, président de la Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)

M. Claude Leicher, président du syndicat des médecins généralistes (MG France)

M. Jean-Claude Régi, président de la Fédération des médecins de France (FMF)

M. Antoine Dubout, président de la Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privée à but non lucratif (FEHAP)

M. Jean-Loup Durousset, président de la fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
M. Gérard Vincent, délégué général à la Fédération hospitalière de France (FHF)
M. Philippe Gaertner, président de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)
M. Christian Lajoux, président du Conseil d'administration des entreprises du médicament (LEEM)
M. Alain Rouché, directeur santé de la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)
M. Fabrice Henry, président de l'UNOCAM
M. Jean-Louis Faure, délégué général du Centre technique des institutions de prévoyance

Ont également été rencontrées :

◆ **CNAMTS**

M^{me} Dominique Polton, directrice de la stratégie, des études et des statistiques

M^{me} Hélène Caillol, responsable du département synthèse et prévisions

◆ **DSS (direction de la sécurité sociale)**

M. Laurent Caussat, sous-directeur des études et des prévisions financières

M^{me} Katia Julienne, sous-directrice du financement du système de soins

M^{me} Marine Jeantet, adjointe à la sous-directrice du financement du système de soins

◆ **DGOS (direction générale de l'offre de soins)**

M^{me} Éliane Toussaint, adjointe à la sous directrice de la régulation de l'offre de soins

M. Housseyni Holla, directeur de l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation)

M. Benjamin Maurice, directeur de la mission T2A

◆ **DGT (direction générale du trésor)**

M. Stéphane Paillaud, chef du bureau santé et comptes sociaux

M^{me} Émilie Rodriguez, adjointe au bureau santé et comptes sociaux

◆ **DB (direction du budget)**

M. Dan Levy, chef du bureau comptes sociaux et santé

◆ **HCAAM (Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie)**

M. Denis Piveteau, président du HCAAM

M. Jean-Philippe Viquant, secrétaire général du HCAAM

◆ **CEPS (Comité économique des produits de santé)**

M. Noël Renaudin, président du CEPS

◆ **Cour des Comptes**

M^{me} Rolande Ruellan, présidente de la sixième chambre et les magistrats en charge du secteur

◆ **CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie)**

M. Francis Idrac, président de la CNSA
M. Laurent Vachey, directeur de la CNSA

Annexe 3 : Evaluation de l'impact des mesures proposées par les caisses d'assurance maladie en 2007 (en M€)

Mesure	Date possible de mise en œuvre	Impact estimé en année pleine (hypothèse basse)	Impact estimé en 2007 (hypothèse basse)
Modification du plafond journalier de la participation forfaitaire de 1€	1 ^{er} août 2007 (mise en œuvre par décret simple)	150	60
Pénalisation des consultations réalisées hors parcours de soins	1 ^{er} septembre 2007 (mise en œuvre par décret en conseil d'Etat)	150	50
Adaptation des tarifs de certains actes médicaux	1 ^{er} août 2007	100	40
Réduction des tarifs de certains dispositifs médicaux	-	75	20
Accélération de la pénétration des médicaments génériques	1 ^{er} août 2007 (avenant à la convention nationale entre l'UNCAM et les syndicats de pharmaciens officinaux)	60	15
Baisse de prix ciblée sur certains médicaments	Novembre 2007 (discussion avec les entreprises, délais de revignettage et d'écoulement des stocks)	250	40
Amplification des actions de maîtrise médicalisée à l'hôpital et en ville	Septembre 2007 (arrêté ministériel s'agissant du développement de la chirurgie ambulatoire) et mars 2008 (accords conventionnels, modification du Code de la santé publique et sensibilisation des médecins par les délégués de l'assurance maladie s'agissant de l'extension de la maîtrise médicalisée en ville)	200	10
Consolidation de la lutte contre les abus et la fraude	NC	60	20
Régulation des dépenses du FAQSV/FIQCS	NC	0	75
Contribution des organismes complémentaires aux rémunérations forfaitaires versées aux professionnels de santé	NC	NC	NC
Limitation de la prise en charge des transports pour les ALD de longue durée	1 ^{er} septembre 2007	100	25
Remboursement à 35% des médicaments à service médical rendu faible ou modéré pour les patients en ALD	1 ^{er} septembre 2007 (décret en conseil d'Etat)	200	50
Déremboursement des cures thermales	NC (modification législative)	15	0
Déremboursement de certains médicaments pouvant être livrés sans prescription médicale	Rentrée 2007	200	30
Total		1560	435

Source : Avis du comité d'alerte du 29 juin 2007.

Annexe 4 : Les remontées d'informations statistiques et comptables sur l'ONDAM

◆ Précisions méthodologiques générales sur le suivi de l'ONDAM

Au sens strict, le respect de l'ONDAM doit être évalué sur la base d'informations comptables en date de soins correspondant au périmètre de l'ONDAM (tous régimes et France entière).

Les systèmes d'informations sur les dépenses d'assurance maladie ne retraçant pas exactement les dépenses de l'ONDAM, les données sont retraitées avant d'être exploitées pour le suivi de l'ONDAM :

- ◆ Les données définitives des dépenses en date de soins ne sont pas connues avant un délai de deux ans, l'assuré social disposant d'un délai de vingt quatre mois pour présenter une demande de remboursement à l'assurance-maladie. Les comptes étant arrêtés sur une base annuelle, **le suivi infra-annuel de l'ONDAM se fonde essentiellement sur des données statistiques** et non comptables et sur des données comptables provisoires des régimes concernant les réalisations de l'année (n-1). Le suivi statistique infra-annuel s'appuie sur **les dépenses en date de remboursement, qui font l'objet d'un redressement (complétude) afin d'obtenir des données en date de soins** ;
- ◆ Certaines données concernent uniquement le régime général ou la métropole. Une **clé de conversion est appliquée aux données du régime général pour obtenir des données statistiques « tous régimes »**.

Le suivi de l'ONDAM et l'évaluation du respect de l'ONDAM s'effectuent à partir d'une analyse de la tendance de l'ONDAM prenant en compte les variations saisonnières.

◆ Les remontées d'informations des secteurs de l'ONDAM

• Un suivi satisfaisant des dépenses de soins de ville

Le sous-objectif des soins de ville est composé de deux postes de dépenses : les prestations soins de ville et les dépenses hors prestations³⁶.

Chaque mois, la CNAMTS publie des statistiques mensuelles sur les prestations d'assurance maladie du régime général en date de remboursement. Les données du mois (m) redressées en date de soins, en données brutes et en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrables, **sont disponibles vers le 20 du mois (m+3)**. La CNAMTS applique également des clés de passage permettant de passer de données du régime général à des données « *tous régimes* ». Les séries estimées par la CNAMTS sont très fiables, 95% de la dépense en moyenne du mois (m) étant connue à cette date.

³⁶ Prises en charge des cotisations des professionnels de santé par l'assurance maladie, dotation au fonds d'action conventionnel (FAC), exonérations de ticket modérateur pour les affections de longue durée (ALD) et aides à la télétransmission.

Les données en date de soin sont diffusées chaque mois aux administrations intervenant dans le suivi de l'ONDAM : la DSS, la direction générale du trésor (DGT), la direction du budget (DB), l'ATIH (Agence technique de l'information sur l'hospitalisation), la direction générale de l'offre de soins (DGOS), et la DREES (direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques). **Cette diffusion s'effectue sur une base relativement informelle** et les dates de transmission de ces données peuvent varier³⁷. Les échanges sont néanmoins formalisés s'agissant des réunions de "conjoncture des comptes" organisées par la DSS, réunissant les différentes branches et les différents régimes et s'agissant des réunions de conjoncture organisées conjointement par la DREES et la CNAMTS.

Le suivi infra-annuel des dépenses hors prestations est plus irrégulier ; néanmoins, ces dépenses représentent un enjeu financier plus limité.

Sur la base des données de la CNAMTS, la DSS et la DGT produisent des points de conjoncture sur les soins de ville.

Le suivi des soins de ville est fiable : sur les trois derniers exercices clos, la prévision de l'ONDAM pour l'année en cours réalisée à partir des données en date de soins pour les cinq premiers mois de l'année présentée dans le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale d'automne, diffère en moyenne de moins de 0,2% des dépenses constatées lors de la clôture des comptes.

- **Un suivi des dépenses des établissements de santé marqué par une remontée d'information tardive**

Le secteur des établissements de santé comporte deux sous-objectifs, chacun comprenant plusieurs composantes :

- le sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité », comprend l'ODMCO public (objectif des dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique) du secteur dit « ex-DG »³⁸, l'ODMCO privé du secteur « ex-OQN »³⁹ et la dotation MIGAC (mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation) ;
- le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » comprend l'ODAM⁴⁰ (objectif de dépenses d'assurance-maladie), l'OQN (objectif quantifié national)⁴¹, les dotations du FMESPP⁴² (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés) et les dépenses du champ dit *non régulé*⁴³.

Le suivi des dépenses des établissements de santé est marqué par une hétérogénéité des systèmes d'information, qui se traduit par une fréquence et une qualité de remontée d'informations variable sur chacune des composantes de la dépense.

³⁷ A titre d'exemple, en 2009, la transmission des données du mois (m) varie entre le 20 du mois (m+3) et le 9 du mois (M+4).

³⁸ Secteur public et privé non lucratif, anciennement sous dotation globale.

³⁹ Secteur privé lucratif anciennement financé par l'objectif quantifié national.

⁴⁰ L'ODAM concerne les établissements financés par une dotation annuelle de fonctionnement (DAF).

⁴¹ L'OQN concerne les établissements privés (lucratifs ou non) de soins de suite et de réhabilitation et psychiatriques financés par des prestations d'hospitalisation.

⁴² Le FMESPP finance des aides en capital pour les plans d'investissement et le volet ressources humaines des actions de reconversion.

⁴³ Dépenses liées à des conventions internationales, des unités de soins de longue durée privées et des établissements sous statut juridique étranger.

Le suivi des dépenses correspondant à une tarification de l'activité s'effectue à partir de deux outils gérés par deux entités différentes : le PMSI (programme médicalisé des systèmes d'information) géré par l'ATIH (agence technique de l'information sur l'hospitalisation) et le SNIIRAM (système national d'information inter-régimes de l'assurance maladie), géré par la CNAMTS.

Le PMSI permet de suivre l'ODMCO public. Les établissements transmettent chaque mois les données relatives à leur activité via la plateforme e-PMSI. Après validation des données par les ARH, l'ATIH procède à un retraitement des données ; les données du mois (m) en dates de soins sont disponibles en mois (m+4), avec un taux d'exhaustivité estimé à 98% par la DGOS. Sur cette base, l'ATIH détermine à partir de septembre une tendance pour l'année en cours.

Le SNIIRAM permet de suivre l'ODMCO privé. Les données tous régimes du mois (m) sont disponibles en date de remboursement en fin de mois (m+1), avec un taux d'exhaustivité estimé à 98%. **Le PMSI peut également être utilisé pour le suivi des cliniques privées, mais les résultats ne sont pas toujours convergents avec ceux du SNIIRAM :** en 2009, le SNIIRAM et le PMSI avaient un rythme d'évolution des dépenses convergent, mais des écarts sur les estimations de la réalisation pour 2008⁴⁴.

Le suivi des dotations s'effectue à partir d'ARBUST (aide à la régulation des budgets de santé), dont les données remontent à l'ATIH et à la DGOS. ARBUST est un outil de suivi de la répartition des dotations régionales aux établissements par les ARH, mais ne permet pas de connaître la consommation des crédits ainsi délégués. La CNAMTS dispose de données mensuelles, disponibles en fin de mois suivant, sur les versements aux établissements notifiés par les ARH.

Tableau 4 : Outils de suivi infra-annuel des dépenses hospitalières

Sous-objectif du secteur hospitalier	Suivi statistique infra-annuel	Suivi comptable annuel
ODMCO Public (secteur ex-DG) Privé (secteur ex-OQN)	ARBUST + PMSI SNIIRAM	Caisses pivots Tableau de centralisation des données comptables (TCDC)
MIGAC	ARBUST	
ODAM	ARBUST	
OQN	SNIIRAM	
Champ non régulé	-	

Source : Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

L'adoption décalée des tarifs des établissements de santé par rapport au calendrier de l'ONDAM contribue au retard de la remontée d'information sur l'activité des établissements. La campagne tarifaire est un processus long et complexe, comprenant des phases de travaux techniques (détermination de l'évolution des prestations, de la dotation MIGAC et des bases nationales et régionales) et des phases d'arbitrage, qui s'achève fin février. En 2009, l'arrêté fixant l'ODMCO, la dotation MIGAC, l'ODAM et l'OQN et l'arrêté tarifaire concernant les tarifs ODMCO ont été publiés le 28 février. Le suivi des dépenses, qui ne peut commencer avant la fin de la campagne tarifaire, commence donc au plus tôt le 1^{er} mars.

⁴⁴ Ces écarts s'expliquent notamment par la différence de champs des deux systèmes d'information, le PMSI se limitant au périmètre ODMCO alors que le SNIIRAM inclut le champ non régulé de l'ONDAM.

Le suivi infra-annuel des dépenses des établissements de santé, assuré par l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, ne permet pas d'obtenir des informations sur l'exécution de l'ONDAM à fin mai avant le 15 octobre. L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, a été créé par la loi de financement sur la sécurité sociale de 2007 (article L 162-21-3 du code de la sécurité sociale) afin de soumettre les données à la concertation de l'ensemble des acteurs du secteur dans un souci de transparence et de dialogue. Le décret n°2007-970 du 15 mai 2007 qui en précise la composition⁴⁵ et le mode de fonctionnement indique que des rapports semestriels seront transmis au Parlement deux fois par an (le 30 mai et le 15 octobre). Depuis 2009, l'observatoire transmet un troisième rapport au Parlement en décembre. L'observatoire transmet donc trois rapports par an au parlement :

- le 30 mai, un rapport sur les réalisations de l'année (n-1) ;
- le 15 octobre, une présentation des réalisations des cinq premiers mois (m+5) de l'année (n) en date de soins ;
- en décembre, une présentation des réalisations des neuf premiers mois (m+9) de l'année (n) en date de soins.

Ce dispositif ne permet pas d'assurer un suivi infra-annuel satisfaisant des dépenses hospitalières : à mi-octobre, moins d'un semestre d'activité est connu et l'évaluation du dépassement ne prend pas en compte des risques de dépassement à partir de données sur le 2^{ème} semestre ; par ailleurs, il est trop tard pour mettre en œuvre des mesures correctrices ayant un impact dans l'année.

En 2010, l'ATIH s'est engagée à transmettre une note mensuelle de conjoncture sur les dépenses d'assurance maladie afférentes aux hôpitaux. Un comité de suivi des établissements de santé en difficulté a également été instauré en 2010.

◆ **Un suivi des dépenses du secteur médico-social perfectible**

La caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est en charge de la gestion de l'ONDAM médico-social. **La dotation de l'assurance maladie pour le secteur médico-social est une enveloppe fermée**, allouée par la CNSA aux services déconcentrés, qui répartissent ensuite les crédits vers les établissements: **elle ne peut par définition pas être dépassée**. Le suivi de l'ONDAM médico-social représente donc un enjeu financier moindre en termes de dépassement ; néanmoins, un suivi régulier permettrait de s'assurer du bon calibrage de la dotation ou de corriger les enveloppes en cours d'année. En effet, les crédits non consommés viennent accroître les réserves de la CNSA et sont utilisés pour soutenir l'investissement des établissements. Les crédits du secteur médico-social (OGD) ont été sous-consommés depuis la création de la CNSA, aboutissant à une réserve évaluée à 1,9 M€ en 2009⁴⁶.

La CNAMTS dispose de données mensuelles, disponibles en mois (m+1) sur les versements aux établissements notifiés par les DDASS aux régimes d'assurance maladie. Ces données sont néanmoins en date de remboursement ; elles sont transformées en date de soins par les agents comptables des régimes et sont transmises à la DSS au premier trimestre de l'année (n+1), lors de l'arrêté des comptes.

⁴⁵ Il comprend cinq représentants des services de l'Etat (IGAS, DGOS, DSS, DREES et DGS), cinq représentants des organismes nationaux d'assurance maladie désignés par l'UNCAM et cinq représentants des fédérations hospitalières.

⁴⁶ Source : Inspection générale des affaires sociales/Inspection générale des finances, *Enquête sur la consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépenses OGD*, février 2010 (rapport non public).

Tableau 2 : Temps forts de la remontée d'information sur l'exécution de l'ONDAM en date de soins (année (n-1) et année (n) par secteur ; dispositif 2009)

		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Secteur des soins de ville	CNAMTS	-	-	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses de l'année (n-1)	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin janvier	Vers le 20: données en date de soins sur les dépenses à fin février	Vers le 20: données en date de soins sur les dépenses à fin mars	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin avril	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin mai	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin juin	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin juillet	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin août	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin septembre
Secteur hospitalier	Conseil de l'hospitalisation et campagne budgétaire	-	Arrêtés des objectifs hospitaliers (ODMCO, MIGAC, ODAM, OQN) de l'année (n)	1 ^{er} mars : application des nouveaux tarifs hospitaliers	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée	-	-	-	-	Le 30 : rapport sur les dépenses de l'année (n-1)	-	-	-	-	Le 15 : rapport sur les dépenses à fin mai	-	Rapport sur les dépenses à fin juillet

		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
	CNAMTS (données sur les cliniques privées)	-	-	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses de l'année (n-1)	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin janvier	Vers le 20: données en date de soins sur les dépenses à fin février	Vers le 20: données en date de soins sur les dépenses à fin mars	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin avril	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin mai	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin juin	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin juillet	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin août	Vers le 20 : données en date de soins sur les dépenses à fin septembre
Secteur médico-social	CNSA			Données en date de soins sur les dépenses de l'année (n-1)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Suivi infra-annuel tous secteurs	Comité d'alerte						1 ^{er} au plus tard : avis sur le respect de l'ONDAM de l'année (n)						

		Janvier	Février	Mars	Avril	Mai	Juin	Juillet	Août	Septembre	Octobre	Novembre	Décembre
Suivi annuel tous secteurs	Commission des comptes de la sécurité sociale			15 (hors CCSS) : comptes des régimes de l'année (n-1) constat ONDAM			CCSS de printemps (régime général) 1 ^{er} constat ONDAM année (n-1)			CCSS d'automne (tous régimes) 2 ^{ème} constat ONDAM année (n - 1) corrigé des provisions			

Source : DSS

Annexe 5. Liste des propositions et première évaluation de leur impact législatif et réglementaire

Les éléments mentionnés ci-dessous s'agissant de l'impact juridique des propositions n'ont de valeur qu'indicative, le temps ayant manqué pour procéder aux expertises juridiques approfondies nécessaires dans certains cas pour apprécier la nature des textes à modifier.

Champ de réforme	Proposition	Domaine de la loi organique	Domaine législatif	Domaine réglementaire
Elaboration de l'ONDAM	Proposition n°1 : Confier au comité d'alerte un rôle de contrôle ex ante du biais manifeste dans les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM	X (ou)	X	
	Proposition n°2 : Recentrer l'annexe 7 du PLFSS sur les données à caractère financier et y inclure des éléments d'information plus précis sur l'exécution de l'ONDAM, sur sa construction et sur les mesures correctrices envisagées	X		
	Proposition n°3 : Insérer davantage le vote de l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle	X (ou)	X	
Rénovation du cadre de gouvernance de l'ONDAM	Proposition n°4 : Instaurer un comité de pilotage de l'ONDAM			X
	Proposition n°5: Renforcer le suivi statistique et comptable de l'ONDAM et rassembler dans un groupe de suivi statistique l'ensemble des acteurs de la production de données			X
	Proposition n°6 : Prévoir un avis obligatoire du comité d'alerte avant le 15 avril		X	

Champ de réforme	Proposition	Domaine de la loi organique	Domaine législatif	Domaine réglementaire
	Proposition n° 7 : Abaisser progressivement le seuil d'alerte à 0,5%			X
Outils complémentaires de régulation de l'ONDAM	Proposition n° 8 : Conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles à leur compatibilité avec l'ONDAM voté	Information du parlement		X
	Proposition n° 9 : Mettre en réserve une fraction des dotations	Information du parlement		X
	Proposition n° 10 : Prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de consultation simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre rapide des mesures correctrices		A préciser	

Annexe 6

Pilotage des dépenses d'assurance maladie - Synthèse de quatre systèmes européens (Allemagne, Royaume Uni, Belgique, Danemark)

Pour éclairer les réflexions sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie du groupe de travail présidé par M. Briet, la Direction Générale du Trésor a lancé une étude auprès de son réseau international. Quatre services économiques, en Allemagne, en Belgique, au Danemark et au Royaume-Uni, ont ainsi été interrogés.

La présente note propose une synthèse de leurs contributions. Elle souligne notamment certains principes et mécanismes remarquables de ces pays concernant l'élaboration des objectifs de dépense maladie, le suivi de ceux-ci, et les leviers de la régulation.

Aucun de ces pays sauf la Belgique n'a, par exemple, mis en place une procédure d'alerte comme l'a fait la France. Toutefois, tous disposent d'outils visant à réguler les dépenses de santé, sur la base le plus souvent d'un suivi local fin d'objectif national annuel de dépenses, d'une mise en concurrence et d'une responsabilisation financière des différents acteurs.

I/ Un cadrage annuel et parfois pluri annuel des dépenses maladie

Dans les quatre pays interrogés, l'Allemagne, la Belgique, le Danemark et le Royaume-Uni, le système de santé est financé principalement par prélèvements obligatoires. **Chaque pays a donc logiquement mis en place une procédure périodique de prévision nationale des dépenses de santé.** Cet exercice permet de fixer un objectif global pour la période suivante. Cette cible est éventuellement déclinée par régions (Danemark, Allemagne) et par types d'activité ou d'actes (Belgique).

Cette procédure est le plus souvent **annuelle** mais s'inscrit dans un cadre budgétaire **triennal** au Royaume Uni et **pluri annuel** au Danemark (« plan économique 2015 »).

Il ne semble pas y avoir **de règle prédéfinie dans la fixation de l'objectif** des dépenses. Néanmoins, la Belgique a une norme de croissance servant de base aux premières réflexions budgétaires. En effet, une première estimation d'un volume global des dépenses autorisées s'obtient en ajoutant à l'objectif n-1 une norme de croissance fixée par la loi à 4,5% et une indexation des prestations fixée par un texte de loi. Cette norme pourrait s'apparenter au tendanciel de construction de l'ONDAM dans le cas français. L'objectif est ensuite fixé en tenant compte du rendement estimé des éventuelles mesures d'économies proposées.

II/ Les principes de la régulation

L'Allemagne, le Danemark et le Royaume-Uni disposent d'un **cadre budgétaire national** avec une **gestion déconcentrée** de la dépense. Dans leur cas, le pilotage des dépenses maladie s'effectue à **l'échelle locale et engage la responsabilité des acteurs locaux.**

Le degré de contrainte de l'objectif national est très variable. Son application est **stricte au Royaume Uni.** En cas de déficit ou d'excédent par rapport à la prévision, le budget de l'année suivante est réajusté à hauteur du dépassement ou de la sous-consommation constaté. **Chaque organisme payeur local,** les PCT (*Primary Care*

Trusts), **est tenu de clôturer son compte à l'équilibre** : en cas d'échec, la **responsabilité de l'équipe dirigeante est engagée** et peut se traduire par son licenciement.

L'objectif national est plus indicatif dans le cas de l'Allemagne où il ne sert qu'à **définir le taux de cotisation nécessaire à l'équilibre financier du système** avec un aléa permis de 5%. Le **système allemand** de maîtrise des dépenses repose sur la **concurrence entre les différentes caisses** dans l'application locale du principe général **d'équilibre budgétaire par la recette**. Selon l'efficacité de sa gestion vis-à-vis du respect de ses objectifs, chaque caisse peut proposer une baisse ou contraindre à une hausse des cotisations de ses affiliés. Les caisses les moins efficaces deviennent les plus chères et ainsi les moins attractives et sont ainsi amenées à disparaître. Leur nombre s'est d'ailleurs sensiblement réduit ces dernières années. Pour éviter des comportements de sélection adverse, une **compensation est organisée entre caisses** selon le profil socio-médical de leurs affiliés. Parallèlement, les **mesures structurelles** visant à infléchir **au niveau national** le dynamisme naturel des dépenses de santé sont décidées et mises en place **dans un cadre législatif distinct de la procédure budgétaire**. Sur les neuf dernières années, huit réformes de ce type ont ainsi été votées et mises en place.

Au Danemark, la régulation est également menée au niveau local (régions et communes) sous la forme **d'accords budgétaires Etat-Collectivités locales non contraignants**. Les dépassements par rapport aux objectifs fixés sont autorisés mais ceux-ci ne sont pas couverts par l'Etat et sont donc laissés à la charge des régions. Ne pouvant lever l'impôt, ces dernières sont fortement incitées à respecter le contrat. Outre une certaine **responsabilité financière des tutelles locales**, le système danois de maîtrise de la dépense repose sur **l'autorégulation des professionnels** permise par **l'organisation officielle de la transparence** des mécanismes de marché (médicaments, établissements de santé).

Le **système belge** s'appuie sur un **objectif national** de dépenses fixé en tenant compte des tendances en volume des besoins à législation constante, des effets prix et revalorisations puis de mesures d'économies sur les volumes ou les prix. Cet objectif est ensuite **décliné par sous secteur**. Le **suivi** de ces objectifs est alors **quasi continu** tout au long de l'année et peut à tout moment mener à la définition de mesures correctrices en cas de dépassement. **L'absence d'alerte et de dépassement global dans les récentes années interroge sur le caractère vraiment contraignant du niveau de l'objectif fixé de dépenses**.

III/ Le suivi infra-annuel explicite

Au Royaume Uni, l'application stricte du principe de responsabilité financière du gestionnaire local limite le risque de dépassement au niveau national et rend ainsi inutile tout contrôle au niveau de l'Etat sur une base infra-annuelle. L'Allemagne, le Danemark et la Belgique disposent, en revanche, de **projections fréquentes** des dépenses de santé. Les régions danoises publient ainsi des rapports trimestriels. La Belgique a développé des rapports d'audit mensuels, trimestriels et semestriels ; autant d'occasions pour déclencher d'éventuelles mesures correctrices en cas de dérapages des dépenses par rapport aux objectifs. Le suivi allemand s'appuie également sur des projections fréquentes, toutes n'étant pas rendues publiques. Un groupe d'experts⁴⁷ de prévision des dépenses maladie se réunit tous les trimestres et publie les projections deux fois par an, sous une forme agrégée. Le détail des projections n'est communiqué qu'aux parties prenantes du groupe. Les projections des différentes parties peuvent être divergentes :

⁴⁷ Ce groupe de prévision est composé d'experts de la Fédération des Caisses maladies, de représentants du Ministère de la Santé et de l'administration de la sécurité sociale.

dans ce cas, les projections peuvent être publiées mais les raisons de ces divergences doivent être documentées.

Par rapport au cadre de régulation défini sur l'année, **les leviers d'interventions supplémentaires visant à corriger d'éventuels dépassements en cours d'année sont rarement explicités** au-delà de la pression continue exercée par les gestionnaires locaux (caisses en Allemagne, PCT au Royaume Uni, Régions et communes au Danemark) sur les différents professionnels.

Seule la Belgique dispose d'un mécanisme d'alerte institutionnalisé dans le cadre de leurs Rapports d'Audit Permanent. Ce mécanisme n'a, pour le moment, jamais débouché sur des préconisations de mesures nouvelles d'économies en dehors du processus annuel.

IV/ Les mécanismes de régulation

La régulation s'effectue généralement au niveau local selon des leviers propres à chaque acteur.

1) Les professionnels de santé

Le caractère négocié prime sur l'automatisme du montant des revalorisations. Les revalorisations sont en effet négociées plus ou moins directement entre les syndicats de médecins et les financeurs des soins, principalement la ou les caisses d'assurance maladie. Au Royaume Uni, le Ministère de la Santé décide unilatéralement les revalorisations des médecins hospitaliers et la valeur du point médical qui sert au calcul du budget alloué aux cabinets de médecine générale. Pour autant, il appuie sa décision sur les recommandations de deux Commissions composées minoritairement de médecins.

L'uniformité tarifaire à laquelle nous sommes habitués n'est pas systématique à l'international et **certains pays laissent aux régions le soin de fixer tout ou partie des tarifs**, impliquant *de facto* des tarifs différents d'une région à l'autre. En Allemagne et au Royaume Uni notamment, les actes techniques et les forfaits de rémunération pour les médecins sont **tarifés au niveau national** mais l'enveloppe globale de rémunération des médecins est négociée au niveau local en fonction de critères relatifs à la structure de la demande (besoins de la population inscrite dans le cabinet pour le Royaume-Uni ou critères de morbidité pour l'Allemagne par exemple). Il existe également, en Allemagne, des **mécanismes correcteurs en cas de dépassement et des mécanismes d'incitations individuelles** au respect des enveloppes assignées. Ainsi, une part de la rémunération des médecins dépend directement de leur performance en termes de respect de l'enveloppe. C'est également le cas au Royaume-Uni mais dans le cadre moins formel des interactions continues entre PCT et cabinet de médecine générale. Pour autant, les **revalorisations nationales sont encore rarement conditionnées à la performance des médecins.**

2) Le marché du médicament

En Allemagne et au Danemark, les pouvoirs publics agissent sur le marché du médicament via les montants remboursés alors qu'au Royaume-Uni, la régulation s'effectue par les volumes.

En Allemagne et au Danemark, les prix sont librement fixés par les entreprises pharmaceutiques. Au Danemark par exemple, les fabricants doivent déclarer les prix de leurs produits tous les 15 jours, ces prix étant consultables par les professionnels et les assurés, ce qui assure une parfaite transparence entre l'offre et la demande sur le marché du médicament.

Dans les deux cas, il existe un prix de référence servant de base au remboursement des assurés. Pour l'Allemagne, ce prix de référence fixe le plafond de prise en charge par l'assurance maladie pour les médicaments d'un même groupe thérapeutique et pour le Danemark, le remboursement s'effectue sur la base du produit équivalent le moins cher du marché.

Le Royaume-Uni quant à lui, dispose d'une régulation sur les volumes de prescriptions. En effet, chaque PCT prévoit une enveloppe de prescriptions pour chaque cabinet de médecine générale.

3) Les établissements de santé tarifés à l'activité

La plupart des pays interrogés disposent d'un système de tarification à l'activité dans les hôpitaux, avec un processus de convergence des tarifs à l'échelle nationale en Allemagne comme au Royaume-Uni.

En Allemagne, la déclinaison locale des objectifs s'effectue dans le cadre de négociations entre les établissements et les caisses. L'accord trouvé s'accompagne alors de fortes incitations au respect de l'objectif sous la forme de **sanctions** en cas de dépassement ou de **versement** des économies réalisées.

Au Royaume-Uni, un contrôle des volumes pour chaque pathologie s'effectue par le PCT. Il n'y a **pas de possibilité de dépassement de l'enveloppe hospitalière**, l'établissement n'est financé qu'à hauteur du volume prévu.

4) Les assurés sociaux

Peu de mécanismes de régulation concernant les assurés sont explicités dans les différentes notes des pays interrogés. Certaines mesures mises en place récemment comme en Allemagne (déremboursements de certains médicaments, système de franchises sur la médecine de ville) ont une vocation plus structurelle que de régulation conjoncturelle.