

## **Chapitre VI**

# **La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM**



---

**PRESENTATION**

---

*Deux sous-objectifs de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont le montant est comme ce dernier arrêté par la loi de financement de la sécurité sociale, concourent à la détermination de l'enveloppe annuelle de dépenses des établissements de santé publics et privés à la charge de l'assurance maladie : le sous-objectif « établissements de santé tarifés à l'activité » et le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».*

*Leur montant cumulé s'est établi pour 2012 à 74,6 Md€, en hausse de 2,6 % par rapport à 2011, soit un taux de progression global légèrement supérieur à celui de l'ONDAM, fixé à 2,5 %. Cet « ONDAM hospitalier » représentait ainsi 44 % de cet objectif global.*

*Dans le prolongement de ses observations sur l'ONDAM 2011, où elle avait en particulier relevé une hétérogénéité des méthodes de construction des différents sous-objectifs de l'ONDAM qui conduisait à une appréciation imparfaite de leur contribution respective au respect de ce dernier<sup>205</sup>, la Cour a cherché à analyser plus précisément le mode d'élaboration des deux sous-objectifs qui déterminent l'évolution des dépenses hospitalières et à mesurer avec quel degré de rigueur ceux-ci avaient encadré effectivement leur progression sur la période récente.*

*Elle a constaté que la construction de l'« ONDAM hospitalier », menée selon une logique particulière à ces sous-objectifs, n'est pas transparente (I). La méthode utilisée, progressive, peu formalisée et reposant sur des données fragiles se traduit par une contrainte limitée pour assurer le respect de l'objectif (II). La sous-estimation récurrente de l'activité hospitalière a masqué l'ampleur des efforts nécessaires, le respect de l'ONDAM ayant été assuré au moyen de redéploiements et de gels de crédits et non par des mesures structurelles (III).*

---

---

205. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2011, La Documentation française, septembre 2012, p. 58-60, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

## I - Une construction peu transparente

### A – Un ensemble composite et évolutif

#### 1 – Un ensemble composite

L'ONDAM hospitalier comprend deux sous-objectifs qui distinguent les établissements de santé selon leur mode de financement.

Le sous-objectif relatif aux « établissements financés à l'activité » (55,4 Md€ en 2012) correspond aux dépenses d'assurance maladie pour les établissements publics et privés<sup>206</sup> pratiquant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCOO). Il recouvre deux modes de financement distincts : la tarification à l'activité des prestations (y compris les forfaits pour le financement des activités d'urgence et la facturation de certains médicaments et dispositifs médicaux) constitue une enveloppe ouverte de 46,8 Md€ en 2012 tandis que l'ensemble des dotations attribuées au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation (MIGAC), pour 8,6 Md€ en 2012, constitue une enveloppe fermée.

Le périmètre de ce sous-objectif ne recouvre pas l'ensemble des dépenses d'assurance maladie pour les soins réalisés dans les établissements privés puisque les remboursements d'honoraires des professionnels y exerçant (estimés à 3,9 Md€ en 2012) sont retracés au sein du sous-objectif « soins de ville ».

Le sous-objectif relatif aux « autres dépenses des établissements de santé » (représentant 19,2 Md€ en 2012) retrace quant à lui la prise en charge par l'assurance maladie des frais de soins de suite et de réadaptation (SSR) et de séjours en établissement psychiatrique, sous la double forme de dotations, constituant une enveloppe fermée, pour les établissements publics et d'un objectif de dépense, constituant une enveloppe ouverte, pour les établissements privés.

Ce même sous-objectif englobe également les dotations de l'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de

---

206. Le terme « établissements du secteur public » recouvre les établissements publics ainsi que les établissements de santé privés à but non lucratif financés selon la même grille tarifaire. Le terme « établissements du secteur privé » désigne les établissements privés à but lucratif (couramment dénommés « cliniques privées ») et les établissements de santé privés d'intérêt collectif financés selon la grille tarifaire des cliniques.

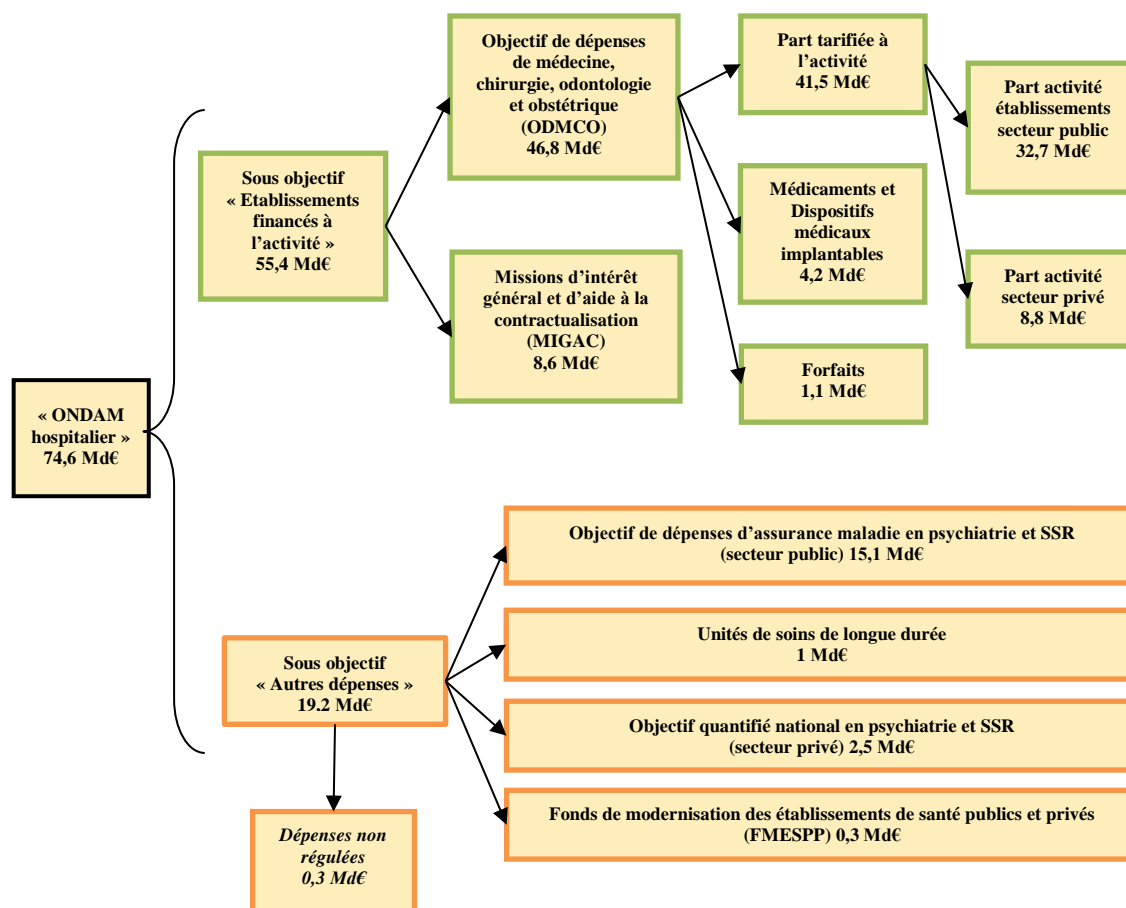
santé publics et privés (FMESPP)<sup>207</sup>, qui ont cependant vocation à contribuer à tous les types d'établissements de santé, y compris ceux dont le financement est retracé dans le sous objectif « établissements financés à l'activité » ainsi que des « dépenses non régulées ». Ces dernières, qui s'élevaient à 294 M€ en 2012, en forte diminution depuis 2009<sup>208</sup>, représentent le solde des dépenses qui ne sont rattachées à aucune autre composante.

---

207. Créé par la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2003, ce fonds finance des mesures d'investissement, de modernisation et d'accompagnement à la modernisation des établissements.

208. Les dépenses « non régulées » recouvrent des financements divers qui n'ont pas vocation à être limités et sont intégrés dans la construction pour le montant constaté l'année précédente. Leur réduction résulte de l'exclusion des dépenses afférentes aux soins délivrés à des non-résidents relevant de régimes étrangers d'assurance maladie, entreprise en deux étapes : en 2010 pour environ 250 M€ (500 M€ pour l'ONDAM global), puis en 2012 pour un montant additionnel de 107 M€ (129 M€ pour l'ONDAM global) correspondant à la part des provisions pour charges de prestations constituées au titre de ces dépenses.

Graphique n° 7 : décomposition de l'« ONDAM hospitalier » 2012



Source : Cour des comptes

## 2 – Un périmètre instable

Le périmètre des sous-objectifs varie chaque année en fonction de l'évolution des structures hospitalières et du mode de financement de leur activité.

Sur la période 2010-2012, la principale modification a consisté, en raison des transformations de services hospitaliers en établissements sociaux ou médico-sociaux, à transférer 258 M€ de dépenses attribuées antérieurement à des unités de soins de longue durée (USLD) vers l'ONDAM médico-social à la suite de leur transformation en établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD),

réduisant ainsi le périmètre de l' « ONDAM hospitalier<sup>209</sup> ». Certaines opérations de modification du périmètre sont réalisées chaque année, pour des montants plus limités, parfois après l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale<sup>210</sup>.

Des opérations de « transfert » et de « fongibilité » entre les deux sous-objectifs interviennent aussi parfois postérieurement à l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale afin de tenir compte de l'évolution du mode de financement de certaines activités ou établissements<sup>211</sup>. Ainsi, des modifications réalisées chaque année à l'initiative des agences régionales de santé ne sont connues qu'après que les dépenses ont été réparties entre les établissements<sup>212</sup>.

Ces modifications posent la question du maintien de la distinction entre deux sous-objectifs relatif aux dépenses hospitalières. Le périmètre du sous-objectif retraçant les « autres dépenses des établissements » a en effet vocation à se réduire au rythme de la généralisation de la tarification à l'activité aux soins de suite et de réadaptation (dont l'aboutissement a été reporté à 2016 par la loi de financement pour 2013) ainsi que, à terme, de psychiatrie. La création, sans même attendre cette généralisation, d'un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier », conservant temporairement deux sous-composantes, constituerait en tout état de cause un progrès sensible de lisibilité et faciliterait une comparaison directe avec le sous-objectif « soins de ville ».

---

209. Ces opérations ne sont au demeurant pas neutres financièrement : elles conduisent à diminuer le sous-objectif duquel les dépenses sont retirées à hauteur du coût qu'elles représentent, compte tenu de leur nouveau mode de financement, au sein du sous-objectif auquel elles sont attribuées. Celui-ci étant généralement inférieur au coût antérieur, il en a donc résulté un « gain », limité, pour l'ONDAM hospitalier.

210. Ces opérations de fongibilité réduisant le périmètre de l'ONDAM hospitalier au profit de l'ONDAM médico-social ont représenté 16 M€ en 2010, 22 M€ en 2011 et 12 M€ en 2012, et s'ajoutent aux transferts présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

211. Le passage à la T2A du service de santé des armées en 2009 et des centres hospitaliers de Guyane antérieurement financés sous dotation globale en 2010 ont ainsi entraîné des majorations respectives de 340 M€ et 161 M€ du sous-objectif relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité et une réduction de même montant de l'autre sous-objectif.

212. 14 M€ ont été transférés à ce titre du sous objectif relatif aux autres dépenses vers celui relatif aux établissements financés à l'activité en 2010 et 19 M€ en 2012.

## **B – Une logique de construction fondée sur les charges des établissements**

La méthode suivie pour calculer le besoin d'augmentation de l'enveloppe hospitalière consiste à faire l'addition de l'ensemble des facteurs d'évolution des charges des établissements ayant vocation à être supportées par l'assurance maladie.

Plutôt que d'apprécier l'impact de la progression de l'activité sur les charges de l'assurance maladie (méthode suivie pour les soins de ville), l'administration évalue à quel niveau doit être fixée la contribution de celle-ci aux établissements de santé en fonction d'une estimation de la progression de leurs dépenses. Celles-ci sont à cet effet réparties en six ensembles principaux<sup>213</sup>.

Cette évaluation est réalisée chaque année de manière empirique. Bien que les estimations soient correctement documentées pour chacun des postes de charges, au moins pour les exercices 2009 à 2012 examinés, elles ne s'inscrivent pas dans un cadre suffisamment formalisé et pérenne, en particulier s'agissant des critères selon lesquels les charges doivent être prises en compte dans l'évaluation et la manière dont les calculs doivent être faits chaque année. La permanence des méthodes n'est pas garantie, ce qui ne facilite pas la comparaison avec d'autres progressions tendancielle<sup>214</sup>.

Sans méconnaître les caractéristiques propres à chaque sous-objectif, à la différence de ce qui est fait pour les soins de ville, la prévision d'augmentation tendancielle de l'« ONDAM hospitalier » englobe indistinctement dans la tendance l'effet report sur l'année suivante des charges nouvelles des années antérieures<sup>215</sup>. Elle intègre

---

213. Les charges liées à l'activité hospitalière, aux mesures salariales, à la mise en œuvre de mesures de santé publique, aux investissements ou à d'autres mesures ; enfin le besoin d'augmentation des dotations au FMESPP.

214. La Cour a souligné à plusieurs reprises le caractère discutabile de la croissance tendancielle affichée des dépenses de santé et la nécessité de méthodes d'évaluation rigoureuses des déterminants de la progression de la dépense publique, (Cour des comptes, *Rapport public annuel 2012*, janvier 2012, Tome I p.37-38 et *rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques pour 2012*, p. 117) La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

215. La prévision d'évolution « tendancielle » de l'ONDAM hospitalier en 2012 comprend ainsi le surcoût lié à la hausse du SMIC décidée en 2011, alors qu'il s'agit de l'effet report d'une décision antérieure.



aussi des effets de ralentissement de la tendance, notamment l'effet du gel du point d'indice depuis 2010<sup>216</sup>.

La construction de l'« ONDAM hospitalier » ne tient pas directement compte de l'évolution sous-jacente de la demande de soins en établissements, alors que celle-ci devrait constituer un paramètre prépondérant dans la détermination des moyens à attribuer et des outils de régulation à mettre en œuvre. La Cour a déjà dénoncé cette différence avec la méthode suivie pour évaluer la progression tendancielle des dépenses de soins de ville<sup>217</sup> et a recommandé un rapprochement des méthodes sous l'autorité du comité d'alerte afin de permettre une comparabilité suffisante des différents sous-objectifs. Cette mise en cohérence n'a pas été engagée à ce jour.

Ces différences privent pourtant de signification toute comparaison, annuelle comme pluriannuelle, entre la relative faiblesse de l'évolution tendancielle de l'enveloppe hospitalière et celle, plus élevée, des autres sous-objectifs de l'ONDAM.

---

216. Pour 2012, l'évolution tendancielle de l'« ONDAM hospitalier » est bâtie sur une hypothèse d'absence de revalorisation du point d'indice. Dans son rapport de juin 2012, la mission IGF-IGAS pour la maîtrise de l'ONDAM a constaté que, malgré son absence de revalorisation depuis 2010, la progression annuelle du point d'indice avait été de 0,86 % par an sur la décennie précédente. L'absence de revalorisation peut être considérée comme une économie par rapport à la tendance, d'un peu moins de 400 M€ par an. S'agissant des dépenses de l'État, la Cour a évalué que le gel du point d'indice et des mesures catégorielle permettrait un ralentissement de la tendance de la masse salariale de 550 M€ en 2013, compte tenu de la garantie individuelle de pouvoir d'achat (Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives pour les finances publique pour 2013*, La Documentation française, juin 2013, p. 168, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr) et *Rapport public annuel*, janvier 2013 : Tome I p. 48, La Documentation française, janvier 2013, 647 p., disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr)).

217. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2011, La Documentation française, septembre 2012, p. 53-79, recommandation n° 5, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr) et *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2010, La Documentation française, septembre 2011, p. 51-76, recommandation n° 8, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

**Tableau n° 55 : taux d'évolution tendancielle des sous-objectifs de l'ONDAM**

*En %*

Sous-objectifs	2009	2010	2011	2012
Soins de ville (1 <sup>er</sup> sous-objectif)	5,2	5	4,7	4,3
Établissements de santé (2 <sup>ème</sup> et 3 <sup>ème</sup> )	3,5	3,2	3,3	3,3
Établissements médico-sociaux (4 <sup>ème</sup> et 5 <sup>ème</sup> )	6,3	5,8	5,8	3,8
Autres prises en charge (6 <sup>ème</sup> )	5,5	5	5,9	5,9
<b>Total</b>	<b>4,5</b>	<b>4,3</b>	<b>4,2</b>	<b>3,9</b>

Source : *direction de la sécurité sociale*

\*  
\* \*

L'information sur l'élaboration de « l'ONDAM hospitalier » reste particulièrement sommaire.

La déclinaison de l'enveloppe hospitalière entre ses composantes n'est pas présentée dans l'annexe 7 au projet de loi de financement de la sécurité sociale, non plus que les modifications effectuées d'une année sur l'autre entre celles-ci. Même si cette lacune est commune à l'ensemble des sous-objectifs, elle affecte particulièrement l'« ONDAM hospitalier » puisque la compréhension de la composition de celui-ci dépend entièrement de la répartition par le Gouvernement de l'enveloppe votée entre ses composantes. Alors que les modifications entre sous-objectifs proposées pour l'année suivante sont présentées, ce n'est pas le cas de celles intervenues depuis le vote de la loi de financement de la sécurité sociale entre les sous-objectifs fixés pour l'année en cours. En l'absence de présentation des données à structure constante, l'évolution des dépenses ne peut être suivie de manière claire.

S'agissant de la méthode de construction, l'annexe 7 se borne à mentionner que la hausse tendancielle de 3,3 % des dépenses hospitalières « s'inscrit dans le prolongement de l'évolution observée dans les années précédentes et prend en compte les dépenses inéluctables qui auront lieu au cours de l'année ». La recommandation faite par le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie d'avril 2010 d'enrichir l'annexe afin de présenter les hypothèses sous-jacentes, pourtant reprise dans l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale, n'a pas été suivie d'effet. L'absence de présentation détaillée ne permet pas une comparaison suffisante des hypothèses sous-jacentes à l'ONDAM avec celles retenues par ailleurs par le Gouvernement. La stabilisation de la méthode apparaît par ailleurs comme un préalable

indispensable à davantage de transparence dans la construction de l'« ONDAM hospitalier ».

## II - Une contrainte limitée sur la progression des dépenses

Pour les exercices 2010 à 2012, la méthode de construction de l'« ONDAM hospitalier » a contribué à limiter sensiblement l'effort demandé aux établissements de santé pour maîtriser la progression de leurs dépenses, du fait d'une surestimation de la base de calcul et d'une évolution tendancielle des dépenses largement normée conduisant à l'affichage d'un effort d'économies limité.

### A – Une base de calcul favorable en 2011 et 2012

La base de construction de l'enveloppe hospitalière peut être, dans le silence des textes sur ce point, soit le montant résultant du niveau de l'objectif fixé pour l'année précédente, soit la prévision d'exécution au moment de la préparation de la loi de financement. L'« ONDAM hospitalier » ayant été sous-exécuté en 2010 et 2011, le choix de la base de construction la plus contraignante aurait consisté à retenir la prévision d'exécution. Comme pour l'ONDAM global, il a cependant été décidé de retenir comme base l'enveloppe déterminée pour l'année précédente.

**Tableau n° 56 : base de calcul de l'ONDAM hospitalier<sup>218</sup>**

En M€

	ONDAM 2011			ONDAM 2012			Total
	objectif N-1	réalisé N-1	effet base	objectif N-1	réalisé N-1	effet base	effet base
établissements financés à l'activité	52 441	52 677	236	53 890	53 907	17	253
autres dépenses des établissements	18 474	18 157	- 317	18 962	18 757	- 206	- 523
<b>« ONDAM hospitalier »</b>	<b>70 915</b>	<b>70 834</b>	<b>- 81</b>	<b>72 852</b>	<b>72 664</b>	<b>- 189</b>	<b>- 270</b>

Source : Cour des comptes (données direction de la sécurité sociale)

218 . Les montants indiqués pour chaque sous-objectif tiennent compte des modifications liées aux opérations de transfert et de fongibilité décrites *supra*. Les montants des écarts peuvent donc être légèrement différents de ceux mentionnés au chapitre III du présent rapport, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012, dans lequel le niveau d'exécution est comparé au niveau des sous-objectifs votés, dont le montant n'intègre pas toutes les opérations de transfert et de fongibilité.

L'effort de régulation permis par la mise en réserve en début d'exercice puis l'annulation en fin d'exercice d'une partie des crédits hospitaliers n'est donc pas consolidé sous forme d'une réduction de la base de calcul. Il en résulte un effet favorable en base qui facilite le respect de l'objectif de l'année suivante.

## **B – Une évolution tendancielle largement normée**

### **1 – Des données mal objectivées**

Les principaux facteurs de l'évolution tendancielle des charges sont les dépenses liées à l'activité (plus de 62 % du total en 2012) et à la masse salariale (plus de 20 %). Les premières résultent en presque totalité de l'évolution de l'activité et de l'inflation<sup>219</sup>. Les données utilisées pour apprécier l'évolution générale des secondes manquent nettement de fiabilité.

Ainsi, la prévision d'augmentation de la masse salariale est bâtie sur des hypothèses d'augmentation annuelle du SMIC et du point d'indice de la fonction publique sans afficher l'écart éventuel avec la tendance issue des constats des années antérieures. Par ailleurs, l'estimation de l'impact du « glissement-vieillesse-technicité » (GVT) sur la masse salariale a quant à elle été faite, jusqu'en 2012, sur des données issues d'une enquête portant sur les charges des années 2005 à 2008, laquelle n'a pas été reconduite depuis lors. Le chiffre retenu (un GVT « solde » de 0,3 %<sup>220</sup>) a en outre été arbitrairement abaissé par rapport aux données issues de cette enquête<sup>221</sup>. Le ministère chargé de la santé devrait disposer cependant pour la préparation de l'ONDAM 2015 d'un système d'information permettant une analyse des évolutions récentes de ce paramètre, ce qui permettra de l'objectiver et de le fiabiliser.

### **2 – Des mesures nouvelles intégrées à la tendance**

La prévision d'évolution tendancielle inclut en réalité le besoin de financement de mesures nouvelles, pour un montant total d'environ 400 M€ en 2012, soit plus de 15 % de la progression estimée. Il s'agit principalement :

---

219. S'agissant des hypothèses prises en compte pour apprécier l'évolution de l'activité voir la partie III A - *Des hypothèses d'évolution insuffisamment fondées*.

220. Contraction du GVT « positif » et du GVT « négatif » ou effet de noria.

221. Ce niveau est cependant proche de celui donné par d'autres sources. Ainsi, la fédération hospitalière de France l'a estimé à 0,26 % en 2012 après 0,35 % en 2011. Toutefois, les modes de calcul de ces indicateurs ne sont pas connus.

- des mesures de mise en œuvre des plans de santé publique, pour un montant de 217 M€ : plan de solidarité grand âge, mesures en faveur de la qualité des soins, poursuite des plans pluriannuels cancer, Alzheimer, etc. ;
- de certaines dépenses salariales pour la mise en place de nouveaux modes de rémunération ou la création de postes, pour un total de 12 M€ environ en 2012 (mais plus de 100 M€ en 2011 dont 80 M€ au titre l'augmentation du nombre de places offertes en internat) ;
- de la mise en œuvre des plans d'investissement, pour plus de 80 M€ en 2012 hors FMESPP ainsi que de l'augmentation « tendancielle » du FMESPP pour 100 M€ environ.

Ces nouvelles dépenses devraient être clairement distinguées de la tendance parce qu'elles n'ont pas de caractère spontané et qu'il s'agit pour la plupart de prévisions de dépenses non renouvelables, qui n'ont donc pas vocation à peser dans la durée sur la progression des charges.

Enfin, la méthode suivie conduit à prendre parfois en compte des charges ayant un caractère improbable. Des « réserves prudentielles » au titre de l'impact de mesures qui pourraient être décidées mais qui n'étaient pas encore connues ont ainsi été incluses dans la progression estimée des dépenses (à hauteur de 30 M€ en 2009 et 100 M€ en 2011). Ainsi, en 2011, nonobstant la volonté affichée des pouvoirs publics de ne pas revaloriser le point d'indice de la fonction publique, la prévision a été rehaussée de 100 M€ afin de tenir compte du risque qu'une telle revalorisation ait malgré tout lieu. À l'inverse, dans un contexte similaire, aucune « réserve prudentielle » n'a pas été prise en compte en 2012.

### **3 – Des changements de méthode qui infléchissent le tendanciel**

Les changements de méthode, nombreux depuis 2009, rendent impossible une analyse pluriannuelle des prévisions d'évolution. Certains sont justifiés par une meilleure connaissance de l'évolution des charges. Ils ont eu globalement pour effet, surtout en 2011, d'étendre le périmètre de la prévision d'évolution tendancielle à de nouveaux facteurs de charges ou d'accroître le poids de ceux déjà pris en compte :

- la prévision intègre depuis 2011 l'évolution des charges financières liées aux emprunts contractés pour l'investissement, pour un total de 180 M€ en 2012 au motif que ce surcoût est lié à la mise en œuvre du « plan Hôpital 2012 », alors que des charges d'intérêt au titre des investissements étaient déjà supportées antérieurement, quoique pour des montants moindres ;

- en 2011 et 2012, l'évolution des prix de l'énergie a été distinguée de celle des prix en général, en raison de leur vif renchérissement<sup>222</sup>, ce qui a permis une prise en compte plus favorable dans la progression tendancielle par rapport à de précédentes périodes d'augmentation rapide des prix de l'énergie ;
- en 2011, l'impact de la hausse du plafond de la sécurité sociale sur les cotisations ainsi que le coût représenté pour les établissements par l'utilisation des comptes du droit individuel à la formation ont été pris en compte, pour des montants respectifs de 32 M€ et 58 M€. Or ces charges étaient déjà supportées par les établissements avant 2011, en particulier l'effet de la hausse du plafond sur les cotisations.

L'évolution tendancielle de l'« ONDAM hospitalier » présentée dans les projets de loi de financement successifs a été remarquablement constante depuis 2009 (elle n'a varié qu'entre 3,2 % et 3,5 % selon les années) par rapport aux autres sous-objectifs. Cependant, cette constance ne reflète sans doute pas celle des facteurs sous-jacents à croissance de la dépense hospitalière en raison de l'importance des modifications de méthode et des changements dans la pondération respective de certaines hypothèses intervenus sur cette période. Ces changements ont amélioré au cours du temps le niveau auquel les charges des établissements sont prises en compte dans l'estimation d'évolution tendancielle, ce qui a pour effet d'atténuer, à niveau d'économies constant, le niveau de régulation retenu pour la dépense hospitalière.

## **C – Des économies affichées peu ambitieuses**

### **1 – Un niveau modeste**

Le respect de l'enveloppe hospitalière impose chaque année la réalisation d'économies par rapport à l'évolution tendancielle. Ainsi, pour le respect d'un ONDAM fixé à 74,6 Md€ en 2012, un montant de 550 M€ d'économies a été décidé, supérieur certes aux économies décidées les années antérieures (365 M€ en 2011 et 370 M€ en 2010), mais d'un montant malgré tout limité par rapport au montant total des dépenses des établissements de santé. Ces économies n'intègrent pas formellement au surplus, compte tenu de la méthode de construction de l'ONDAM hospitalier, certains facteurs de ralentissement de la dépense, notamment les gels de revalorisation indiciaire puisque ceux-ci ne sont ni évalués ni présentés distinctement de la prévision d'évolution tendancielle.

---

222. L'évolution tendancielle liée à l'évolution des prix de l'énergie et des matières premières a été estimée à 75 M€ en 2012.

Les mesures d'économies associées aux sous-objectifs apparaissent au demeurant très peu documentées et ne procèdent pas toutes d'une évaluation des marges de manœuvre effectivement mobilisables au sein des établissements. Ainsi en est-il du montant de l'économie prise en compte en 2012 au titre de la rationalisation des achats et de la « performance hospitalière » (295 M€), qui n'est pas appuyée sur une évaluation précise.

Le niveau des économies prévues au titre de la convergence tarifaire entre le secteur public et le secteur privé jusqu'en 2012, pour 100 M€ en 2012 après 150 M€ chacune des deux années précédentes, paraissait dépendre quant à lui de l'écart à réduire compte tenu de la date fixée pour terme du processus de convergence, et non d'une évaluation de l'ampleur de l'économie pouvant être réalisée chaque année<sup>223</sup>.

## 2 – Un effort limité

L'ampleur de certaines mesures d'économie doit être mise en rapport avec l'accroissement des charges prévu par la progression de l'ONDAM sur le même poste, au titre de l'évolution tendancielle et des mesures nouvelles.

L'économie de 100 M€ décidée sur le niveau du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)<sup>224</sup> revêt un caractère largement fictif, la nécessité des montants économisés n'étant pas démontrée.

### **La réduction des crédits du fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés en 2012 : une économie de présentation**

Le Gouvernement a estimé lors de la construction de l'« ONDAM hospitalier » 2012 la « progression tendancielle » du fonds de modernisation à +10,7 % par rapport au niveau fixé en 2011, ce qui l'aurait porté de 348 M€ à 385 M€. Le fonds a finalement été doté de 285 M€ par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), après affichage d'une économie de 100 M€ par rapport au tendanciel.

223. La convergence tarifaire intersectorielle a été abandonnée en 2012 et aucune économie n'a été prévue en 2013 à ce titre.

224. Cette mesure n'était pas initialement prévue dans le scénario présenté en PLFSS et a été décidée par le Parlement.

En fait, le niveau réel de dépenses du FMESPP en 2011 a été de 290 M€, bien en-deçà du niveau fixé en LFSS pour cette année. Cette sous-exécution est récurrente depuis plusieurs années et conduit à des « déchéances de crédits » en LFSS de l'année suivante, pour 100 M€ au titre de 2010 et 58 M€ au titre de 2011.

Après l'économie de 100 M€, le niveau du fonds s'est élevé à 285 M€ pour 2012, soit un niveau quasiment équivalent aux dépenses réelles de l'année précédente (291 M€). En pratique, l'économie s'est traduite par un renoncement à de nouvelles dépenses moins prioritaires. Au final, la dépense réelle 2012 s'est élevée à 239 M€, après mise en réserve en début d'année de 25 M€ et le non-engagement de 21 M€ de crédits.

Par ailleurs, même si des économies sont prévues sur la « liste des médicaments facturables en sus des prestations d'hospitalisation »<sup>225</sup> (40 M€ en 2010, 46 M€ en 2011 et 30 M€ en 2012), l'ONDAM prenait en compte des hypothèses de progression importantes de ce poste (384 M€ en 2010, 240 M€ en 2011 et 165 M€ en 2012)<sup>226</sup>.

Plus généralement, les économies résultant de la réorganisation des prises en charge hospitalières sont de montant limité. Leur présentation agrégée ne permet pas de distinguer la contribution qu'y apportent les évolutions structurelles auxquelles les établissements sont par ailleurs incités en termes de prise en charge : ainsi notamment de la chirurgie ambulatoire<sup>227</sup>.

### **III - Une sous-estimation de l'effort nécessaire à la maîtrise de l'activité**

L'« ONDAM hospitalier » comporte deux enveloppes ouvertes pour lesquelles le montant de la dépense est directement lié au niveau de

---

225. La « liste en sus » est un dispositif dérogatoire destiné à garantir le financement des produits onéreux dont l'introduction dans les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) n'est pas adaptée. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre IV : la maîtrise des dépenses de médicaments, La Documentation française, septembre 2011, p. 109-145, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

226. Au final l'augmentation prévue en 2012 des dépenses de médicaments et DMI facturés en sus après économie était même supérieure à la progression constatée l'année précédente, ce qui n'a pas empêché un dépassement sur le secteur public.

227. Voir chapitre VIII du présent rapport, la chirurgie ambulatoire.



l'activité<sup>228</sup>. La maîtrise de celui-ci est en enjeu essentiel qui repose non seulement sur la fiabilité du niveau estimé de sa progression au moment de la construction de l'ONDAM mais aussi sur l'adéquation des dispositions prises lors de sa déclinaison dans la campagne tarifaire.

## **A – Des hypothèses d'évolution insuffisamment fondées**

### **1 – Une hypothèse conventionnelle d'impact de l'activité sur les charges**

La prise en compte de l'impact de la hausse de l'activité ne repose pas sur une étude de la sensibilité réelle des charges des établissements à celle-ci mais sur une convention.

Il est fait l'hypothèse que l'augmentation de l'activité entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une hausse de même niveau des dépenses de fonctionnement hors charges de personnel des établissements de santé (une augmentation de 1 € de la valeur de l'activité tarifée induirait une hausse de ces charges de 1 €), tandis que l'augmentation des dépenses de personnel serait nettement inférieure (une augmentation de 1 € induirait une hausse de seulement 0,15 € de la masse salariale). Ce procédé aboutit à retenir un impact de 35 % de la progression de la valeur de l'activité sur les charges.

D'après le ministère chargé de la santé, ce taux intègre une hypothèse de « gains de productivité » qu'il est difficile d'apprécier en l'absence de données étayées.

### **2 – Une sous-estimation de la progression réelle de l'activité**

L'estimation de l'évolution spontanée du « volume économique » d'activité est réalisée séparément sur les trois principaux champs de prestations (médecine, chirurgie, obstétrique – MCO -, soins de suite et de réadaptation – SSR - et psychiatrie) pour les établissements de santé publics et privés. Sur le champ MCO, les campagnes tarifaires 2009 à 2012 ont reposé sur une hypothèse de constance du rythme de hausse du nombre de prestations facturées (appelée « effet effectif »), laquelle s'est avérée parfois inférieure à la réalité.

---

228. Les dépenses d'assurance maladie au titre des soins à l'activité sur le champ de la médecine, chirurgie et obstétrique dans les secteurs public et privé et ceux relevant des activités de soins de suite et réadaptation et psychiatrie dans le secteur privé.

Surtout, la direction générale de l'offre de soins, en estimant que l'alourdissement du coût des prestations lié au changement de la nomenclature de codage des activités intervenu en 2009<sup>229</sup> serait faible et temporaire, a retenu une hypothèse trop basse de progression de la valeur moyenne des prestations (ou « effet structure »).

**Tableau n° 57 : progression du volume économique de l'activité MCO<sup>230</sup>**

En %

	prévision				réalisation			
	MCO part tarifs	dont valeur des séjours dans le secteur public			MCO part tarifs	dont valeur des séjours dans le secteur public		
		total	dont « effet effectif »	dont « effet structure »		total	dont « effet effectif »	dont « effet structure »
2009	<b>2,1</b>	2,1	1,6	0,5	<b>4,2</b>	3,8	1,6	2,1
2010	<b>1,7</b>	1,7	1,7	0	<b>3,4</b>	3,1	1,7	1,4
2011	<b>1,7</b>	1,7	1,7	0	<b>3</b>	3	2,5	0,5
2012	<b>2,4</b>	2,4	1,7	0,7	<b>3,3</b>	3,1	2,1	1

Source : *direction générale de l'offre de soins, agence technique de l'information sur l'hospitalisation*

Le retard dans la prise en compte du dynamisme réel des dépenses s'explique en partie par la nécessité d'estimer l'évolution tendancielle de l'année suivante dès le mois d'avril d'une année donnée, date à laquelle seules des données portant sur l'année précédente sont disponibles.

Les conséquences du caractère durable de l'effet « structure » constaté depuis 2009, ainsi que de la nécessité de distinguer le rythme d'augmentation de l'activité entre les secteurs public et privé, n'ont été

229. La nouvelle nomenclature (V11) permet une appréciation fine du degré de prise en charge au moyen d'une grille de codage trois fois plus détaillée que la précédente. Sur les effets de l'introduction de la V11 sur le financement des établissements de santé, voir notamment Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre VII : tarification à l'activité et convergence tarifaire, p. 213-217 et chapitre VIII : le financement des centres hospitalo-universitaires, p. 236, La Documentation française, septembre 2011, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

230. Le détail est donné seulement pour la progression de la valeur des séjours et non la totalité des prestations tarifées dans le champ MCOO. Pour la réalisation, les estimations sont celles de l'ATIH à début 2013. La progression définitive de 2012 ne sera définitivement connue qu'en 2014. La progression de la valeur des séjours dans le secteur public entre N et N+1 est calculée au début de N+2 sur la base de la structure tarifaire de N+1.

que tardivement tirées. Après l'intégration dans l'estimation pour 2012, pour la première fois, d'un effet « structure » - certes sous-évalué -, une hypothèse d'augmentation différenciée de l'activité entre le secteur public d'une part (2,8 %) et le secteur privé d'autre part (2 %) a été prise en compte pour l'« ONDAM hospitalier » 2013.

## **B – Une construction tarifaire qui atténue l'effort de régulation de l'activité**

Une fois votés, les moyens prévus par l'ONDAM hospitalier sont répartis entre chacune de ses composantes « en fonction de l'ONDAM », selon les termes du code de la sécurité sociale, dans le cadre de la campagne tarifaire.

Cette allocation prend la forme, pour les composantes fermées (c'est-à-dire principalement les crédits au titre des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation – MIGAC - et ceux destinées au financement des services de soins de suite et de réadaptation et psychiatriques dans le secteur public), de dotations ajustées par rapport à l'année précédente pour tenir compte à la fois de l'augmentation des charges et des économies à réaliser. S'agissant des enveloppes ouvertes finançant les prestations tarifées à l'activité (comme l'objectif de dépenses pour la médecine, chirurgie, obstétrique – ODMCO - et l'objectif quantifié national – OQN - pour les dépenses dans le champ des SSR et de la psychiatrie des établissements privés), l'allocation des ressources se fait par l'ajustement des tarifs en fonction de la prévision d'évolution de l'activité, laquelle est considérée comme une donnée qui ne peut pas être modifiée.

Cette dernière étape dans la détermination des enveloppes hospitalières permet à l'administration de procéder à des ajustements qui, encore une fois, atténuent l'effort de maîtrise des dépenses liées à l'activité.

### **1 – Une marge de progression des dépenses d'assurance maladie au titre de la rémunération à l'activité très réduite bien que favorisée au détriment des autres composantes tarifaires**

La progression de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) prévue pour les trois derniers exercices (2,2 % en 2010, 2,7 % en 2011 et 2,6 % en 2012) était nettement plus rapide que l'estimation de progression de l'activité hospitalière (1,7 % en 2010,

1,7 %<sup>231</sup> en 2011 et 2,4 % en 2012). Toutes choses égales par ailleurs, la sous-évaluation de la progression de l'activité pouvait ainsi laisser croire qu'une hausse des tarifs aurait été possible.

En réalité, cette marge de progression était largement obérée par les dépassements des objectifs fixés pour les années antérieures pour les dépenses correspondant à la rémunération des prestations tarifées à l'activité dans le secteur public. En raison de l'ampleur du dépassement constaté en 2009, estimé globalement à plus de 700 M€ par la Cour<sup>232</sup>, le niveau auquel était fixé l'objectif de dépenses de la part activité du secteur public pour 2010 (30,5 Md€) était même inférieur de 65 M€ environ au niveau atteint l'année précédente : en d'autres termes, la marge réelle de progression de la rémunération à l'activité des établissements publics en 2010 était nulle. Pour éviter un dépassement cette année-là, une baisse des tarifs à hauteur de la progression de l'activité (soit 3,4 %, un niveau sans rapport avec la baisse de 0,7 % réalisée) aurait donc été nécessaire<sup>233</sup>.

De même, en 2011 et 2012, compte tenu des dépassements constatés les années antérieures, les dépenses d'assurance maladie au titre des prestations tarifées à l'activité ne pouvaient progresser que dans des proportions très réduites : à tarif constant, la marge de progression était à nouveau négative en 2011 par rapport au niveau effectif de dépenses de 2010 et de seulement 1,3 % en 2012 par rapport à 2011, impliquant *a priori* de fortes baisses de tarifs.

Aussi, des redéploiements ont été effectués afin d'accroître la possibilité de progression de la rémunération à l'activité des établissements publics, au détriment des autres composantes tarifaires, c'est-à-dire des enveloppes fermées<sup>234</sup>.

---

231. Cependant, l'administration a retenu dans le cadre de la campagne tarifaire 2011 une hypothèse de progression de l'activité (2,4 %) différente de celle sous-jacente à la construction de l'ONDAM (1,7 %), en raison d'une meilleure connaissance du dépassement de 2010.

232. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2011*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2010, La Documentation française, septembre 2011, p. 53, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

233. En faisant l'hypothèse qu'une baisse des tarifs n'a pas d'effet sur le volume.

234. Le niveau de chaque composante devrait logiquement être calculé à partir du niveau d'exécution estimé pour l'année précédente. C'est d'ailleurs cette règle qui est suivie pour calculer l'impact de la progression tendancielle des dépenses sur les composantes lors de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les redéploiements postérieurs contreviennent à cette logique.

En 2011, la possibilité de progression par rapport au niveau atteint en 2010 des dépenses d'assurance maladie au titre des prestations tarifées à l'activité dans le secteur public a été accrue de 1,46 point, de sorte à atteindre 0,88 %. En contrepartie, la possibilité d'accroissement des dépenses au titre des dotations et des médicaments et dispositifs médicaux a été freinée. En l'absence de ce redéploiement, compte tenu du dépassement constaté l'année antérieure, une diminution aurait en réalité été nécessaire pour respecter l'objectif. En 2012, un redéploiement similaire a à nouveau accru la marge de progression des prestations tarifées à l'activité, dans des proportions moindres, mais qui sont restées significatives (0,53 point). Au total, sur ces deux années, les redéploiements ont permis d'accroître de 599 M€ (soit 1,96 %) la possibilité d'augmentation des dépenses d'assurance maladie liées aux prestations tarifées à l'activité du secteur public.

Une modification équivalente a été pratiquée, au sein du sous-objectif relatif aux autres dépenses des établissements, depuis les dotations destinées aux unités de soins de longue durée au profit des dépenses facturées par les établissements privés au titre de leurs activités de psychiatrie et SSR, dont la marge de progression a été augmentée.

En outre, la progression de la rémunération à l'activité a été favorisée lors de l'estimation de l'impact de certaines charges. Ainsi, en 2011, en rupture avec la méthode qui avait été suivie jusqu'en 2010 et qui a été rétablie en 2012, il a été considéré que l'accroissement des coûts salariaux ne devait pas conduire à augmenter le niveau des dotations aux missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC). Par voie de conséquence, la marge de progression de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) a été majorée de 40 M€ environ. Cette modification s'ajoute à l'effet de certains changements de méthode intervenus depuis 2011<sup>235</sup>.

## 2 – L'insuffisance de la régulation tarifaire opérée

Les redéploiements n'ont permis chaque année de compenser que la moitié environ de l'effet défavorable des dépassements antérieurs.

La marge de progression ainsi obtenue (0,88 % en 2011 et 1,46 % en 2012) est restée inférieure aux hypothèses de progression de l'activité prises en compte lors de la campagne tarifaire (1,7 % pour l'année 2010, 2,4 % en 2011 après révision à la hausse de la prévision initiale de 1,7 %

---

235. Notamment, il a été considéré que l'augmentation des charges d'intérêt entraînait une augmentation de la progression tendancielle du seul champ des dépenses tarifées à l'activité.

retenue pour la construction de la LFSS et 2,4 % en 2012), elles-mêmes sous-évaluées.

Des baisses de tarif demeuraient donc nécessaires pour éviter un dépassement sur le secteur public.

**Tableau n° 58 : évolution moyenne des tarifs (en valeur)**

*En %*

activité	secteur public	secteur privé
2009	-0,12	0,54
2010	-0,66	0,00
2011	-0,83	-0,05
2012	-0,21	0,19

Source : ATIH

Les diminutions de tarifs pratiquées ont été cependant insuffisantes pour garantir l'absence de dépassement et ont réduit l'incitation à l'adaptation des activités les moins efficaces.

Ainsi, dans le secteur public, sur la base d'une hypothèse de progression de l'activité de 2,4 % en 2011, la baisse de tarifs décidée pour le secteur public (-0,83 %) aboutissait à fixer un objectif de progression des dépenses d'assurance maladie liées à la tarification à l'activité à 1,6 % par rapport au niveau de dépenses atteint l'année précédente, alors qu'il aurait fallu contenir cette progression à 0,9 % environ pour éviter un nouveau dépassement. Compte tenu du fait qu'en outre la croissance de l'activité a été sous-estimée (de 0,6 % environ), le dépassement a finalement été de 1,3 %, soit 389 M€<sup>236</sup>.

De même, pour 2012, la réduction de 0,2 % des tarifs du secteur public ne permettait pas de respecter un objectif qui impliquait de limiter à 1,8 % la progression des dépenses d'assurance maladie liées aux prestations tarifées à l'activité. En définitive, l'augmentation de l'activité ayant été elle-même sous-estimée, le dépassement de l'objectif a été de 1,4 %, soit 471 M€<sup>237</sup>.

En conséquence, les mises en réserve et annulations de crédits (435 M€ en 2010, 350 M€ en 2011 et 440 M€ en 2012) ont seules permis le respect de l'ONDAM hospitalier lors des trois derniers exercices. La forte contrainte sur les composantes fermées, qui représentent au total 24,5 Md€ en 2012, soit un tiers de l'ONDAM hospitalier, a compensé jusqu'en 2012 l'absence de maîtrise des dépenses financées à l'activité

236. Selon les estimations de l'ATIH disponibles en juin 2013.

237. Selon les estimations de l'ATIH disponibles en juin 2013.

qui représentaient 49,9 Md€, soit les deux tiers de la dépense. Cette différence dans le niveau de contrainte transparait dans la différence de rythme de progression des dépenses selon le mode de financement.

**Tableau n° 59 : progression effective des dépenses des différentes enveloppes hospitalières**

*En %*

	2010	2011	2012
<b>Enveloppes pour les prestations tarifées à l'activité</b>	<b>3,40</b>	<b>3,25</b>	<b>3,81</b>
MCO privé et public	3,50	3,17	3,49
SSR et psychiatrie secteur privé (OQN)	1,53	4,74	6,00
<b>Enveloppes fermées</b>	<b>-0,81</b>	<b>1,35</b>	<b>0,47</b>
SSR et psychiatrie secteur public (ODAM)	-0,27	1,39	0,95
MIGAC	-1,50	0,99	0,88
FMESPP	-16,23	10,04	-31,32

Source : *Cour des comptes*

Les seuls gels n'auraient pas suffi, en l'absence redéploiement entre les composantes, à contenir l'ampleur des dépassements. Or, ces redéploiements ont atteint leurs limites en 2012. En effet, des dépassements ont été constatés sur les dépenses au titre des médicaments et des dispositifs médicaux facturés en sus ainsi que des forfaits, pour le secteur public, dont la marge de progression avait été réduite pour accroître celle de la rémunération à l'activité.

L'instauration en 2013 d'un coefficient prudentiel de régulation sur les tarifs<sup>238</sup> pourrait certes être de nature à faciliter le respect de l'objectif de dépenses d'assurance maladie correspondant au financement des établissements de santé. Mais si ce dispositif permet d'atténuer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie de la progression de l'activité de ces derniers, il reste à ce stade insuffisant pour compenser son dynamisme intrinsèque et donc assurer le respect de l'« ONDAM hospitalier » de manière durable.

238. Environ 20 % de l'effort des gels de 2013 a été imputé sur les tarifs eux-mêmes, soit de l'ordre de 110 M€.

---

**CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

---

*Les étapes successives de construction de l'« ONDAM hospitalier », trop peu transparentes, aboutissent à fixer un niveau de dépenses qui s'appuie sur une progression tendancielle plus normée que déterminée de manière méthodologiquement rigoureuse. Elle facilite l'affichage d'un montant d'économies modeste et au demeurant peu documentées.*

*Le niveau de contrainte des dépenses d'assurance maladie dans le champ hospitalier dépend en réalité davantage des mesures de régulation qui doivent être prises afin d'assurer le respect de l'objectif au vu de la progression de l'activité des établissements. Or les modalités d'élaboration de l'ONDAM et la construction tarifaire aboutissent à atténuer l'effort de maîtrise des prestations tarifées à l'activité qui est demandé aux établissements en retenant des hypothèses favorables pour la fixation prévisionnelle de la dépense d'assurance maladie et en minorant l'impact de l'évolution de l'activité sur celle-ci.*

*Cette atténuation conduit à recourir seulement de manière limitée aux outils de régulation tarifaire et à ne pas mettre sous tension le secteur hospitalier de manière proportionnée à la progression de son activité. Le respect de l'ONDAM hospitalier a pu certes ces dernières années être garanti par des redéploiements entre ses composantes et des gels de crédits. Pourtant, un dispositif de régulation plus réactif et plus vigoureux est indispensable pour assurer un respect durable de l'ONDAM et obliger les établissements de santé à mettre en œuvre les réformes structurelles nécessaires à une contribution équitable de l'ensemble des secteurs de soins au redressement des comptes publics. Sauf à revenir à un encadrement quantitatif de l'activité des établissements, l'élargissement du système de minoration tarifaire mis en place en 2013 est ainsi nécessaire.*

*La Cour formule les recommandations suivantes :*

*20. créer un seul sous-objectif « ONDAM hospitalier » retraçant les dépenses actuellement réparties dans les composantes des sous-objectifs « établissements de santé tarifés à l'activité » et « autres dépenses relatives aux établissements de santé » ;*

*21. améliorer la construction de l'« ONDAM hospitalier » en utilisant une méthode rigoureuse et stable ;*

*22. présenter de manière détaillée dans les annexes au PLFSS les principales hypothèses sous-jacentes à la progression spontanée et la justification des besoins liés aux mesures nouvelles ;*

*23. évaluer rigoureusement le dynamisme de la progression de l'activité dans le cadre des campagnes tarifaires et améliorer la capacité d'analyse des déterminants de son évolution ;*

*24. augmenter les possibilités de régulations tarifaires pour mieux maîtriser les dépenses financées à l'activité.*

---