

Chapitre III

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie en 2012

PRESENTATION

Institué en 1996 afin de réguler les dépenses de santé financées par la sécurité sociale⁹¹, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Pour 2012, son montant a été arrêté à 171,1 Md€, soit un taux de croissance de +2,5 %, nettement resserré par rapport à ceux de 2010 (+3 %) et 2011 (+2,9 %) comme par rapport à la prévision (+2,8 %) de la loi de programmation des finances publiques pour 2011-2014. Cette contrainte accrue sur l'évolution de la dépense de soins constitue un élément important de la trajectoire actuelle de redressement des comptes publics.

En dépit de cette décélération, et pour la troisième année consécutive⁹², l'ONDAM a été respecté tant en niveau - les dépenses se sont élevées à 170,3 Md€, soit une sous-exécution de 865 M€ - qu'en taux d'évolution (2,5 %).

La Cour a examiné les conditions qui ont permis d'atteindre ce résultat très appréciable.

Le taux d'évolution cible de 2,5 % fixé lors de la construction de l'ONDAM 2012, qui témoigne d'une volonté renforcée de maîtrise des dépenses de santé, a été respecté, grâce comme chaque année à des mesures d'économies nouvelles et des annulations de crédits (I). La maîtrise des dépenses reste cependant inégale entre les sous-objectifs et même, entre les composantes de chacun des sous-objectifs (II).

I - Un ONDAM respecté avec un taux de croissance sensiblement infléchi

L'ONDAM 2012 a été arrêté à un montant de 171,1 Md€. Il a été articulé par les lois de financement de la sécurité sociale autour de six sous-objectifs⁹³. Au fil des années, les sous-objectifs ont eux-mêmes été déclinés en plusieurs composantes.

91 . L'ONDAM couvre essentiellement les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie et certaines dépenses d'accidents du travail et maladies professionnelles.

92. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2011, La Documentation française, septembre 2012, p. 51-79, disponible sur www.ccomptes.fr.

93. Article LO. 111-3 ID 3° du code de la sécurité sociale.

Tableau n° 23 : présentation de la composition de l'ONDAM 2012

Sous-Objectifs	Composantes	M€		%
Soins de ville ⁹⁴	Honoraires des généralistes, des spécialistes, des sages-femmes et des dentistes	19 836	78 899	46%
	Honoraires paramédicaux	9 707		
	Laboratoires	3 473		
	Transports des malades	3 819		
	Médicaments	22 784		
	Dispositifs médicaux	5 254		
	Indemnités journalières	10 667		
	Autres dépenses	3 360		
Établissements de santé tarifés à l'activité	Dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCOO) pour les hôpitaux, les établissements de santé privés d'intérêt collectif et les cliniques privées	46 793	55 356	32%
	Dotations pour les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) pour les hôpitaux, les établissements de santé privé d'intérêt collectif et les cliniques privées	8 563		
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	Remboursement de SSR, de séjours en établissements psychiatriques pour les cliniques privées seulement	2 548	19 232	11%
	Dotations annuelles de financement (DAF) pour l'activité de psychiatrie	16 105		
	DAF pour les soins de suite et de réadaptation (SSR), pour les unités de soins de longue durée, pour les établissements de Mayotte et de Saint Pierre et Miquelon			
	Dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)			
	Dépenses non régulées ⁹⁵	294		
Établissements et services pour les personnes âgées		8 045	8 045	5%
Établissements et services pour les personnes handicapées		8 444	8 444	5%
Autres prises en charges ⁹⁵	Dépenses médico-sociales non prises en charge par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) (addictologie)	458	1 166	1%
	Dépenses de soins d'assurés français à l'étranger	458		
	Dotations au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS)	250		
TOTAL		171 142		

Source : Cour des comptes

94. Les composantes des sous-objectifs « soins de ville » et « autres prises en charges », et la composante « dépenses non régulées » du sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé » n'ont qu'une valeur indicative et ne constituent pas des objectifs directs de régulation.

A – Un resserrement sensible de l'ONDAM en 2012

1 – Une trajectoire plus volontariste de décélération des dépenses de santé

Les déficits de la branche maladie atteignant 10,6 Md€ en 2009 et 11,6 Md€ en 2010, et encore 8,6 Md€ en 2011, la fixation de l'ONDAM pour 2012 s'est inscrite dans une trajectoire nettement plus volontariste que celle qui avait été antérieurement dessinée. Deux resserrements significatifs ont successivement été décidés :

- alors que la loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012⁹⁵ prévoyait que l'évolution de l'ONDAM 2012 serait fixée à 3,3 %, la loi de programmation pour les années 2011 à 2014⁹⁶ a retenu un taux de 2,8 %, à partir de 2012, soit un effort de réduction de 0,5 point, par rapport à la précédente trajectoire ;
- un an plus tard, la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2012 amplifiait cet effort de 0,3 point et prévoyait une stabilisation de l'évolution de l'ONDAM à +2,5 % par an sur les années 2012-2016, conformément au plan de retour à l'équilibre présenté par le gouvernement en novembre 2011.

Le taux d'augmentation de l'ONDAM retenu pour 2012 (+2,5 %) est ainsi inférieur de 0,4 point à celui voté pour 2011 (+2,9 %). Il s'agit du taux d'évolution voté le plus faible depuis 1998⁹⁷.

Tableau n° 24 : évolution de la trajectoire d'évolution de l'ONDAM

En %

		2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Loi de programmation des finances publiques 2009-2012	9 février 2009	3,3	3,3					
LFSS 2011	20 décembre 2010							
Loi de programmation des finances publiques 2011-2014	28 décembre 2010	2,9	2,8	2,8	2,8			
LFSS 2012	21 décembre 2011		2,5	2,5	2,5	2,5		
LFSS 2013	17 décembre 2012							
Loi de programmation des finances publiques 2012-2017	31 décembre 2012			2,7	2,6	2,5	2,5	2,5

Source : Cour des comptes

95. Loi n° 2009-135 du 9 février 2009.

96. Loi n° 2010-1635 du 28 décembre 2010.

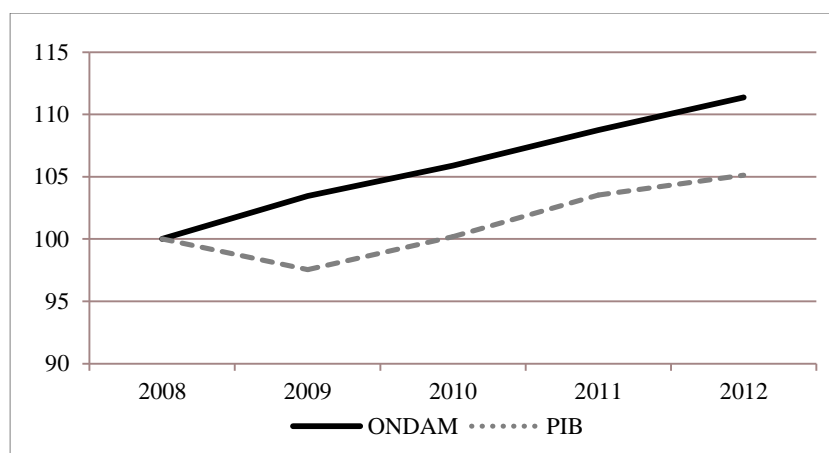
97. Avec une augmentation de +2,3 % en loi de financement pour 1998. En dépenses réalisées, la progression de l'ONDAM a été en 2012 la plus faible depuis 1997 (+1,5 %).

Ce même taux d'évolution de +2,5 % a été retenu par la loi de programmation des finances publiques 2012-2017⁹⁸ pour 2015, 2016 et 2017, après +2,7 % en 2013 et 2,6 % en 2014.

2 – Un ONDAM à la progression cependant nettement supérieure à celle du PIB en valeur

Au cours de ces cinq dernières années, l'ONDAM a augmenté deux fois plus vite (+11,4 %) que le PIB (+5,1 %), du fait de la récession de 2009. Son poids relatif comparé au PIB a augmenté d'un demi-point de PIB en 2009 (8,4 % contre 7,9 % en 2008) puis s'est stabilisé à ce niveau les années suivantes.

Graphique n° 1 : comparaison des évolutions du PIB et de l'ONDAM exécuté (base 100 en 2008)



Source : Cour des comptes

Très marqué en 2009, le différentiel entre les taux d'évolution du PIB et de l'ONDAM redevient significatif en 2012, avec une différence d'un point (+1,5 % pour le PIB en valeur, +2,5 % pour l'ONDAM).

98. Loi n° 2012-1558 du 31 décembre 2012.

Tableau n° 25 : évolution de l'ONDAM voté et réalisé de 2008 à 2012⁹⁹

		2008	2009	2010	2011	2012	Taux d'évolution
PIB	(en valeur en Md€)	1 933,2	1 885,8	1 936,7	2 001,4	2 032,3	5,1 %
	(évolution en %)	2,5 %	-2,5 %	2,7 %	3,3 %	1,5 %	
Solde de la branche « maladie » du régime général		-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,9	
ONDAM voté	(en valeur en Md€)	152,0	157,6	162,4	167,1	171,1	12,6 %
	(évolution en %)	+2,8 %	+3,3 %	+3,0 %	+2,9 %	2,5 %	
	ONDAM voté / PIB	7,86 %	8,36 %	8,39 %	8,35 %	8,42 %	
ONDAM exécuté	(en valeur en Md€)	152,9	158,2	161,9	166,3	170,3	11,4 %
	(évolution en %)	3,5 %	3,6 %	2,6 %	2,7 %	2,5 %	
	ONDAM exécuté / PIB	7,91 %	8,39 %	8,36 %	8,31 %	8,38 %	

Source : Cour des comptes

Bien que fixé à un niveau plus resserré l'ONDAM 2012 a néanmoins permis une augmentation sensible des dépenses remboursées par l'assurance maladie, à hauteur de 4,18 Md€, progression très notable dans un contexte de ralentissement économique et de très forte contrainte sur les dépenses publiques.

99. Précisions méthodologiques : l'évolution en pourcentage des ONDAM de l'année N, votés et exécutés, prend pour base la valeur de l'année précédente (mentionnée dans le tableau) et les changements de périmètre intervenus durant l'année (non rapportés dans le tableau). Le montant exécuté de l'ONDAM de l'année N, retenu dans les tableaux et dans les développements de la présente insertion, est celui mentionné dans les rapports à la commission des comptes de la sécurité sociale des mois de juin N+2, auxquels ont été rajoutés les montants d'activités déclarés tardivement par les établissements de santé, en N+2.

B – Un ONDAM respecté pour la troisième année consécutive

1 – Un ONDAM respecté en valeur comme en taux

Pour la troisième année consécutive, l'exécution de l'ONDAM est maîtrisée et respectée, non seulement en valeur, mais également, ainsi que la Cour l'avait recommandé¹⁰⁰, dans son taux d'évolution.

Déterminées à la clôture des comptes 2012¹⁰¹, les dépenses dans le périmètre de l'ONDAM représentent 170,3 Md€, soit un taux d'évolution de 2,5 % par rapport aux dépenses constatées de l'année précédente¹⁰².

En valeur, les dépenses apparaissent inférieures à l'enveloppe de dépenses déterminée par l'ONDAM, que la loi de financement pour 2012 avait fixée à 171,1 Md€, et font apparaître une sous-exécution de 865 M€, à un niveau supérieur à ceux relevés en 2010 et en 2011¹⁰³.

100. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie en 2011, La Documentation française, septembre 2012, p. 51-79, disponible sur www.ccomptes.fr.

101. Le niveau d'exécution de l'ONDAM 2012 a été déterminé à partir des informations comptables diffusées à la clôture des comptes et ne tient pas compte du dénouement des provisions constatés durant les premiers mois de 2013. Ce dernier pourrait ramener à 2,4 % le taux de progression finalement constaté.

102. Selon le rapport à la commission des comptes de la sécurité sociale, de juin 2013, le niveau des dépenses de l'ONDAM 2011 représente 166,3 Md€.

103. La sous-exécution de l'ONDAM s'est établie à 500 M€ pour 2010 et 800 M€ pour 2011.

Tableau n° 26 : construction et exécution des ONDAM 2009 à 2012*En Md€*

ONDAM		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
Base (après opérations sur périmètre)		152,57	157,62	162,40	166,96
Évolution tendancielle	<i>Taux</i>	4,5 %	4,3 %	4,2 %	3,9 %
	Montant	6,91	6,73	6,84	6,43
Montant (avant dépenses supplémentaires et économies)		159,48	164,35	169,24	173,39
Dépenses supplémentaires		0,44	0,43	0,42	0,46
Économies		-2,31	-2,37	-2,56	-2,72
Montant de l'objectif		157,61	162,42	167,10	171,14
Évolution	<i>Taux</i>	3,3 %	3,0 %	2,9 %	2,5 %
	Montant	5,04	4,80	4,70	4,18
Exécution	<i>Taux</i>	3,6 %	2,6 %	2,7 %	2,5 %
	Montant	158,20	161,93	166,29	170,28
Écart	<i>Taux</i>	0,3 %	-0,4 %	-0,2 %	0,0 %
	Montant	0,59	-0,49	-0,80	-0,86

Source : Cour des comptes

Cette sous-exécution, à elle seule, a permis le respect du taux d'évolution de 2,5 %. L'ONDAM avait été en effet construit sur une base très sensiblement surestimée, plus encore qu'en 2010 et 2012 où la Cour avait déjà relevé une même situation¹⁰⁴.

104. Plus généralement au demeurant, les mêmes difficultés méthodologiques de construction ont été relevées pour la détermination de l'ONDAM 2012 que celles constatées par la Cour pour la fixation de celui de 2011. Aucun progrès n'a pu être constaté dans l'homogénéisation des méthodes d'élaboration des tendanciels par sous-objectifs, dans la fiabilisation de certaines données comptables retraçant l'exécution de l'ONDAM, ou la qualité de l'information donnée dans les annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale sur la construction de l'ONDAM et les modalités d'estimation de certaines dépenses.

Un ONDAM construit sur une base surestimée

La base de la construction de l'ONDAM de l'année N, à laquelle est appliqué le taux d'évolution de l'ONDAM pour l'année N+1, est déterminée à partir du montant prévisionnel des dépenses de l'année N, telles qu'elles sont présentées dans le rapport de septembre de l'année N à la commission des comptes de la sécurité sociale.

Lors de la construction de l'ONDAM 2012, la base a initialement été estimée en considérant que l'ONDAM 2011 allait être strictement respecté et qu'il n'y avait pas lieu de retenir une sous-consommation du sous-objectif « soins de ville », estimée pourtant à mi-année à un minimum de 210 M€¹⁰⁵. Cette prudence est d'autant plus surprenante qu'elle n'a été justifiée par aucun élément objectif d'appréciation, et que le sous-objectif « soins de ville » a finalement été sous-exécuté de 339 M€, à la clôture des comptes 2011.

Si l'ONDAM 2012 avait été fixé à partir des informations connues au moment de sa construction (en tenant compte d'une sous-exécution de 210 M€), sa base de construction aurait été minorée d'autant et le taux d'évolution aurait alors été de 2,6 %.

Puisqu'à la différence des années précédentes, la sous-exécution des dépenses 2011, telle qu'estimée en septembre 2011, n'a pas été alors retenue, l'effet de base¹⁰⁶ a été particulièrement élevé au moment de l'exécution de l'ONDAM 2012.

Dans ces conditions, avec un niveau de dépenses pour l'ONDAM 2011 effectives à hauteur de 166,17 Md€, et afin de respecter le taux d'évolution de 2,5 %, les dépenses relatives à l'ONDAM 2012 ne devraient pas dépasser en valeur un montant de 170,33 Md€, et non plus celui de 171,14 Md€, qui correspondrait alors en réalité à une progression de 3 %.

105. Extrait du compte-rendu du groupe de suivi statistique du 26 août 2011 : « compte tenu des incertitudes relatives à la prévision du poste « hors prestations », la direction de la sécurité sociale considère qu'une prévision raisonnable à ce stade de l'année serait de retenir une sous-consommation de l'ONDAM soins de ville de 210 M€ au maximum ».

106. C'est-à-dire l'impact de l'actualisation de la base de l'ONDAM, entre le moment de sa construction, en septembre N-1, et le moment de la fiabilisation des données retraçant le niveau de dépense de l'année N-1.

Tableau n° 27 : appréciation du respect de l'ONDAM 2012*en Md€*

	Base	Objectif		Exécution		Écart		
		Taux	Montant	Taux	Montant	Taux	Montant	
Base estimée	166,96	2,5 %	171,14					
Base actualisée	H.1	166,75	2,6 %	171,14				
	H.2	166,17	2,5 %	170,33	2,5 %	170,28	-0,03 %	-0,05
			3,0 %	171,14			-0,52 %	-0,86

Source : Cour des comptes

Compte tenu des incertitudes récurrentes quant à la fiabilité des estimations des dépenses retenues lors de la détermination de la base de construction de l'ONDAM et afin d'en limiter les effets, la Cour considère que le respect de l'ONDAM doit être apprécié, suivant le critère le plus rigoureux, soit en valeur de l'objectif (171,1 Md€ pour l'ONDAM 2012), soit en taux d'évolution (2,5 %) appliqué à la base de construction actualisée une fois que les dépenses de l'année précédente auront définitivement été déterminées (166,17 Md€).

2 – Des économies portant très majoritairement sur les soins de ville

Afin de permettre de respecter le taux d'évolution de l'ONDAM 2012, fixé à 2,5 %, et alors que le taux d'évolution tendancielle, tous sous-objectifs confondus, était évalué à 3,9 %, un effort significatif d'économies a été décidé, pour un montant estimé à 2,64 Md€. Cet effort a porté essentiellement sur les soins de ville, celui demandé aux établissements de santé étant près de quatre fois moindre.

**Tableau n° 28 : mesures d'économies adoptées et réalisées
au titre de l'ONDAM de 2010 à 2012**

En M€

Économies directes / indirectes			2012		2011		2010	
			LFSS	Exécution	LFSS	Exécution	LFSS	Exécution
soins de ville	directes	Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	260	217	200	202	240	188
		Baisse de prix (médicaments et produits de santé)	980	974	500	525	600	673
		Diminution de la prise en charge des indemnités journalières	150	150	-	20	110	20
		Baisse des remboursements (médicaments et forfaits)	-	-	220	171		
	indirectes	Maîtrise médicalisée ¹⁰⁷	575	617	550	613	740	551
		Ralentissement structurel des dépenses de médicaments ¹⁰⁸	80	70	70	13	145	107
		Autres	25	8	185	143		
Total soins de ville			2 070	2 036	1 725	1 687	1 835	1 539
établissements de santé	directes	Convergence tarifaire ciblée	100	100	150	150	150	150
		Économies sur la liste des médicaments en sus ¹⁰⁹	30	30	45	45	40	40
		Autres	100	100	170	170	186	186
	indirectes	Maîtrise médicalisée	320	320	-	-		
	Total établissements de santé			550	550	365	365	376
ESMS	directes	Diminution des dotations	20	20	-	-	-	-
		Passage du secteur médico-social à une logique AE/CP	-	-	300	300	-	-
	Total établissements médico-sociaux			20	20	300	300	-
Total			2 640	2 606	2 390	2 352	2 211	1 915
			99 %		98 %		87 %	

Source : direction de la sécurité sociale

107. La maîtrise médicalisée des dépenses de santé recouvre l'ensemble des actions portant tant sur les professionnels de santé que sur les assurés sociaux visant à un bon usage des soins et à une meilleure efficacité du système de santé.

108. Cette rubrique recouvre notamment les effets de la diffusion des génériques sur la dépense de médicaments

109. La « liste en sus » est un dispositif dérogatoire qui permet un financement spécifique à l'hôpital de médicaments particulièrement onéreux hors rémunération à l'activité (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. 138, disponible sur www.ccomptes.fr).

Les mesures d'économies effectivement réalisées se seraient élevées à 2,61 Md€, soit un taux de réalisation de 99 %¹¹⁰. Leur réalité est cependant difficile à apprécier : si l'impact des mesures d'effet direct, comme les baisses de prix et de tarifs, peut être effectivement mesuré, les mesures d'effet indirect, regroupées sous le terme de maîtrise médicalisées sont moins aisées à documenter.

3 – Des annulations de crédits concernant essentiellement l'hôpital

Comme depuis 2010, le respect de l'ONDAM a été conditionné par le gel de crédits, essentiellement hospitaliers.

Tous les ans, en début d'année, le comité de pilotage décide de procéder à la mise en réserve de dotations destinées aux établissements de santé (dotations annuelles de financement – DAF-) pour les activités de soins de suite et de psychiatrie, dotations au titre des missions d'intérêt général et aides contractuelles (MIGAC) et de crédits relevant de certains fonds (fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés – FMESPP - et fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins – FIQCS -). En fin d'année, certains crédits sont annulés, afin d'assurer le respect de l'ONDAM.

Au cours des trois dernières années, les annulations de crédits ont été les suivantes.

Tableau n° 29 : répartition des annulations de crédits entre 2010 et 2012

En M€

	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
DAF	98	91	222
MIGAC	322	189	172
FMESPP	105	58	47
FICQS	-	-	30
Total	525	338	471

Source : direction de la sécurité sociale

110. En 2010, le taux de réalisation des économies aurait été de 87 %, et en 2011 de 98 %.

En 2012, les annulations de crédits étaient nécessaires pour que l'ONDAM soit respecté dans son taux d'évolution. Sans ces annulations, à hauteur de 471 M€, l'ONDAM exécuté se serait élevé à 170,75 Md€¹¹¹. Il aurait donc été respecté en montant mais pas en taux puisque celui-ci aurait alors atteint 2,6 %, comme le fait apparaître le tableau ci-après.

Tableau n° 30 : contribution des annulations de crédits au respect de l'ONDAM 2012

En Md€

	ONDAM 2012	
		<i>Taux</i>
Objectif	Montant	171,14
Exécution	<i>Taux</i>	<i>2,5 %</i>
	Montant	170,28
Annulation de crédits		0,47
Exécution sans annulation de crédits	<i>Taux</i>	<i>2,6 %</i>
	Montant	170,75
Écart entre l'objectif et l'exécution sans annulation de crédits	<i>Taux</i>	<i>-0,1 %</i>
	Montant	0,39

Source : Cour des comptes

De fait, si l'ONDAM a été globalement respecté, l'analyse de son exécution par sous-objectifs met en lumière la relative fragilité de ce résultat.

111. Soit un montant inférieur à celui de l'objectif de 171,14 Md€.

II - Des sous-objectifs inégalement tenus

La maîtrise des dépenses de l'assurance maladie reste inégale entre les sous-objectifs et entre les composantes de chacun des sous-objectifs.

Tableau n° 31 : comparaison de l'ONDAM initial et de la dépense effective par sous-objectif

En M€

Sous-objectifs	Montant ONDAM		Sous-exécution (-) Sur-exécution(+)
	Objectifs LFSS	Réalisation	
Soins de ville	78 899	78 066	-833
Établissements de santé tarifés à l'activité	55 356	55 565	209
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19 232	18 973	-259
Établissements et services pour les personnes âgées	8 045	8 044	-1,1
Établissements et services pour les personnes handicapées	8 444	8 444	-0,5
Autres prises en charge	1 166	1 185	19
Total	171 142	170 277	-865,6

Source : direction de la sécurité sociale

Le sous-objectif « soins de ville » connaît la sous-exécution la plus importante, qui s'élève à plus de 830 M€. Si les dépenses des établissements de santé sont globalement en sous-exécution de 50 M€, les deux sous-objectifs qui les composent présentent une exécution divergente : le sous-objectif « établissements tarifés à l'activité » est en dépassement de près de 210 M€, celui des « autres dépenses relatives aux établissements de santé » est sous-exécuté de près de 260 M€.

A – Les dépenses de soins de ville : une sous-exécution bénéficiant d'un important effet de base

Le sous-objectif de dépenses de soins de ville a été arrêté à un montant de 78,9 Md€, soit une progression de 2,1 %, inférieure à celle de l'ONDAM et nettement plus faible que les années précédentes.

**Tableau n° 32 : construction et exécution des ONDAM
« soins de ville » de 2009 à 2012**

En Md€

ONDAM		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
Base (après opérations sur périmètre)		71,02	73,22	75,21	77,28
Évolution tendancielle	<i>Taux</i>	5,2 %	5,0 %	4,7 %	4,3 %
	Montant	3,68	3,66	3,56	3,35
Montant (avant dépenses supplémentaires et économies)		74,70	76,88	78,77	80,63
Dépenses supplémentaires		0,44	0,36	0,42	0,41
Économies		-1,95	-1,99	-1,89	-2,15
Montant de l'objectif		73,19	75,24	77,30	78,90
Évolution	<i>Taux</i>	3,1 %	2,8	2,8 %	2,1 %
	Montant	2,17	2,02	2,09	1,62
Exécution	<i>Taux</i>	3,2 %	2,6 %	2,5 %	1,9 %
	Montant	73,20	74,81	76,63	78,07
Écart	<i>Taux</i>	3,3 %	-0,2 %	-0,3 %	-0,2 %
	Montant	0,01	-0,43	-0,67	-0,83

Source : Cour des comptes

Depuis trois ans, la sous-exécution de l'ONDAM « soins de ville » augmente d'année en année, la base de construction n'ayant pas été redéfinie. Ainsi, en 2012, cette sous-consommation a atteint environ 830 M€, grâce principalement à un effet de base élevé (680 M€)¹¹², qui s'accumule au fil des années.

La majeure partie des économies présentées en loi de financement de la sécurité sociale concerne les soins de ville, pour un montant total de 2,1 Md€, dont la réalisation aurait été quasi-exhaustive.

112. Cet effet de base correspond à la somme de la sous-exécution constatée à la clôture des comptes 2011 (339M€), et du sur-provisionnement des soins de ville en 2011 (325 M€), multiplié par le taux d'évolution de l'objectif « soins de ville » 2012, de 2,1 %.

Tableau n° 33 : mesures d'économies nouvelles votées au titre des soins de ville dans l'ONDAM 2012*En M€*

	LFSS	Exécution
Baisse de tarifs de certains professionnels de santé		
Baisse de tarif des radiologues et des biologistes	260	217
Baisse de prix (médicaments et produits de santé)		
Baisse de prix des médicaments y compris décote princeps	930	924
Baisse de prix des produits de santé	50	50
Mesures ayant pour finalité de contribuer au ralentissement structurel des dépenses de médicaments		
Diverses mesures supplémentaires sur le médicament (baisses de remboursement de SMRI, des marges des grossistes, déremboursements, ...)	80	70
Diminution de la prise en charge des indemnités journalières		
Plafonnement des salaires pris en compte dans le calcul des indemnités journalières maladie (1,8 fois le SMIC)	150	150
Autres :		
Mise sous entente préalable des forfaits hebdomadaires d'oxygénothérapie	25	8
Maîtrise médicalisée :		
Mesures diverses	550	592
Mesure de lutte contre la fraude	25	25
Total	2 070	2 036
	98,4 %	

Source : direction de la sécurité sociale

Des tendances d'évolution disparates se constatent entre les différentes catégories de dépenses.

Les remboursements des soins d'auxiliaires médicaux ont augmenté de +6,4 % en 2012 (+5,3 % en 2011), portés par la croissance dynamique des soins infirmiers : +7,9 % (contre +6,7 % en 2011). La croissance de ce poste s'explique non seulement par la revalorisation des actes infirmiers intervenue en mai 2012, qui contribue à hauteur de 1,5 point à cette progression soutenue, mais également par une démographie

très dynamique, avec une augmentation des effectifs qui s'accélère au fil des années¹¹³.

Les remboursements de soins de masso-kinésithérapie ont progressé de +4,4 %, après +3,2 % en 2011. La revalorisation des actes de masso-kinésithérapie en juillet 2012 intervient pour +1,7 point dans cette hausse. Quoique moins rapide que celle des infirmières, la progression des effectifs de masseurs-kinésithérapeutes libéraux est régulière depuis le début des années 2000, à hauteur de +3 % par an.

Les remboursements des produits de santé, et en particulier ceux de la liste des produits et prestations, enregistrent une progression de 4,1 %. Cette augmentation est inférieure à celle de 2011 (+5,0 %).

La croissance des dépenses de transports sanitaires a été de +3,8 % en 2012 contre +4,2 % l'année précédente. Une revalorisation des tarifs des transports est intervenue le 1^{er} avril. Elle joue à hauteur de +2,6 points dans cette progression.

D'autres dépenses ont connu une stabilité par rapport à l'année précédente comme les dépenses de soins de médecins et dentistes (-0,2 % en 2012), après avoir connu une progression de +4,1 % en 2011. Ce ralentissement global recouvre des évolutions différentes pour les différents postes :

- les remboursements de soins de médecins généralistes diminuent de -1,2 % en 2012. L'absence d'épisode épidémique important explique, pour une part, la faiblesse de ces remboursements de soins ;
- les remboursements des soins de médecins spécialistes augmentent de +0,1 % contre +3,3 % en 2011. Les remboursements d'actes techniques de spécialistes progressent de +0,7 % ;
- il en est de même pour les remboursements de soins dentaires (+0,1 % contre +1,9 % en 2011).

Enfin, les remboursements de médicaments ont diminué de -0,9 % en 2012, après une progression de +1,2 % en 2011. La baisse des remboursements des médicaments délivrés en ville est encore plus forte (-1,6 % après +0,9 %). Ce résultat s'explique par un net ralentissement des volumes, un important effet des baisses de prix (-3,5 points) et une forte incidence de la plus large diffusion des génériques (-1,8 point), notamment grâce à la mesure tiers-payant contre générique mise en place à partir de la seconde moitié de l'année. À l'inverse, les médicaments

113. Après une période de stabilité au début des années 2000, le nombre d'infirmiers libéraux a augmenté de 3 % par an en moyenne entre 2004 et 2006, de 4,5 % entre 2007 et 2010, de 5 % en 2011.

rétrocédés délivrés par les pharmacies hospitalières ont fortement progressé de +7,3 % en 2012 (+4,9 % en 2011), à défaut de dispositifs particuliers de régulation.

Les dépenses d'indemnités journalières ont été moindres, diminuant de -1,4 % en 2012, contre +2,9 % en 2011 et +4,4 % en 2010. Pour une part, cette baisse est due à la mesure intervenue le 1^{er} janvier abaissant le plafond de calcul des indemnités journalières à 1,8 SMIC.

Toutefois, ces tendances à la baisse doivent être appréhendées avec prudence. Elles apparaissent plus conjoncturelles que structurelles. Ainsi, l'évolution de la dépense pharmaceutique s'inscrit dans le contexte d'un ralentissement de l'innovation dont on ne mesure pas encore la durée. La baisse du nombre d'indemnités journalières est pour sa part liée pour partie à la conjoncture économique.

B – Les dépenses hospitalières : un taux d'évolution plus rapide que celui des dépenses de ville, un respect inégal

L'enveloppe des dépenses hospitalières a été arrêtée à un montant global de 74,6 Md€, (+2,6 %), soit 55,35 Md€ (+2,7 %) pour le sous-objectif « dépenses en établissements tarifés à l'activité » et 19,26 Md€ (+2,2 %) pour le sous-objectif « autres dépenses relatives aux établissements de santé ».

Tableau n° 34 : construction et exécution des ONDAM hospitaliers de 2009 à 2012

En Md€

ONDAM		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
Base (après opérations sur périmètre)		67,56	69,30	70,92	72,74
Évolution tendancielle	<i>Taux</i>	3,5 %	3,2 %	3,3 %	3,3 %
	Montant	2,36	2,22	2,34	2,41
Montant (avant dépenses supplémentaires et économies)		69,92	71,52	73,26	75,15
Dépenses supplémentaires		0	0,07	0	0
Économies		0,30	-0,38	-0,37	-0,55
Montant de l'objectif		69,62	71,21	72,89	74,60
Évolution	<i>Taux</i>	3,1 %	2,8 %	2,8 %	2,6 %
	Montant	2,06	1,91	1,97	1,86
Exécution	<i>Taux</i>	3,1 %	1,9 %	2,5 %	2,8 %
	Montant	69,85	70,98	72,65	74,54
Écart	<i>Taux</i>	3,3 %	-0,9 %	-0,3 %	0,2 %
	Montant	0,23	-0,23	-0,24	-0,06

Source : Cour des comptes

Si, jusqu'à l'ONDAM 2011, les taux d'évolution des sous-objectifs hospitaliers et de celui des soins de ville étaient strictement identiques (3,1 % en 2009 et 2,8 % en 2010 et 2011), cela n'a plus été le cas en 2012. Les dépenses hospitalières bénéficient d'un taux de progression (+2,6 %) supérieur à celui de l'ONDAM global, et en diminution de seulement 0,2 point par rapport à celui de 2011, quand la baisse de celui des dépenses de ville (0,7 point, soit +2,1 %) est près de trois fois plus importante.

Toutefois, les modalités de construction de l'ONDAM hospitalier, sont peu transparentes, reposent sur des données fragiles et restent marquées par une sous-estimation récurrente de l'activité hospitalière¹¹⁴.

Afin de respecter cet objectif de progression de 2,6 %, des économies nouvelles ont été arrêtées, en 2012, pour un montant de 550 M€, en augmentation légère par rapport à l'année 2011 où les économies avaient été fixées à 365 M€, mais très inférieur à l'effort retenu pour les soins de ville. Le niveau réel d'exécution de ces

114. Les méthodes de fixation de l'enveloppe des dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM sont analysées au chapitre VI du présent rapport.

économies n'est pas documenté en particulier pour les mesures relevant de la maîtrise médicalisée.

Tableau n° 35 : mesures nouvelles d'économies pour les sous-objectifs hospitaliers 2012

En M€

	LFSS	Exécution
Réduction de la dotation du FMESPP	100	100
Poursuite de la convergence tarifaire ciblée	100	100
Baisse de tarifs des prothèses de hanche et de genou Produits de la liste en sus	30	30
Maîtrise médicalisée :		
Rationalisation des achats à l'hôpital	145	145
Amélioration de la performance à l'hôpital	150	150
Mesure de lutte contre la fraude	25	25
Total	550	550
	100 %	

Source : Cour des comptes

À la clôture des comptes 2012¹¹⁵, le niveau global des dépenses des établissements de santé incluses dans l'ONDAM a été inférieur de 50 M€ au niveau prévu, alors qu'en 2011, la sous-consommation avait atteint 190 M€.

Ce résultat masque un net déséquilibre au sein de chacun des deux sous-objectifs et entre les composantes.

En effet, l'ensemble des dépenses facturées à l'activité connaît un fort dépassement (209 M€), malgré l'annulation de crédits au titre de missions d'intérêt général et d'actions contractuelles (MIGAC), alors que, dans le même temps, le sous-objectif regroupant les autres dépenses relatives aux établissements de santé est largement sous-exécuté (-260 M€), en raison notamment de l'annulation des crédits de dotation annuelle de financement (DAF).

Les dépassements concernent principalement l'objectif des dépenses de médecine chirurgie, obstétrique et odontologie (ODMCO) des établissements publics de santé (573 M€), en très forte augmentation par rapport à 2011 (272 M€). Toutes ses composantes ont dépassé leur

115. Les montants présentés prennent en compte les changements de périmètre et opérations de fongibilité intervenus entre 2011 et 2012, ainsi que les conditions de dénouement des provisions initialement constituées.

objectif (+471 M€ pour la part activité, +63 M€ pour les médicaments facturés en sus des tarifs et +39 M€ pour les forfaits).

Dans une moindre mesure, les dépassements touchent l'objectif quantifié national de dépenses des cliniques privées, dont le dépassement était de 33 M€ en 2011, et atteint 65 M€ en 2012.

Les sous-exécutions touchent principalement les dotations globales, touchées par les annulations de crédits en fin d'année : DAF (-229 M€), MIGAC (-212 M€) et le FMESPP (-46 M€). L'objectif de dépenses de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) du secteur privé a également été sous-exécuté (-152 M€), pour un montant près de deux fois plus important que celui constaté en 2011 (-79 M€).

C – Un ONDAM médico-social fixé à un niveau trop élevé

Pour l'année 2012, l'ONDAM médico-social a été arrêté à un montant de 16,48 Md€, soit une progression de 4 %. Il a pour objet de financer la majeure partie des dépenses des établissements accueillant des personnes handicapées (8,42 Md€) ou des personnes âgées (8,04 Md€)¹¹⁶.

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses médico-sociales est dépendante de la méthode mise en œuvre pour estimer l'objectif global de dépense (OGD) des établissements médico-sociaux et qui consiste à recenser les dépenses prévisionnelles des établissements sur la base des engagements connus et de l'estimation d'évolution de leurs charges.

116. Ces montants prennent en compte les opérations de fongibilité identifiées, en cours d'année.

L'ONDAM médico-social et l'objectif global de dépenses

L'objectif global de dépenses (OGD) est la somme de l'ONDAM médico-social et de l'apport de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) sur ses ressources propres pour le financement des établissements et services médico-sociaux.

Pour l'année 2012, l'OGD a été arrêté à 17,63 Md€, soit une augmentation de 3,4 % par rapport à l'année précédente. L'apport de la CNSA est de 0,28 Md€ pour le secteur des personnes handicapées et de 0,89 Md€ pour celui des personnes âgées.

Au fil des années, la contribution de l'assurance maladie dans le financement des dépenses médico-sociales entrant dans le périmètre de l'OGD a augmenté à un rythme supérieur à celui de l'évolution de l'ONDAM. De même, la part de cette contribution dans l'OGD est de plus en plus importante, passant de 89,7 % en 2009, à 93,5 % en 2012.

Tableau n° 36 : évolution de la part de la contribution de l'assurance maladie dans le financement de l'OGD

En M€

	OGD	Contribution AM	%
2009	15 602	13 994	89,69
2010	16 386	15 117	92,26
2011	17 050	15 839	92,90
2012	17 628	16 489	93,54

Source : Cour des comptes

Les mesures d'économies retenues lors de la construction de l'ONDAM sur le champ médico-social restent très limitées : 300 M€ en 2011 et 20 M€ en 2012. En revanche, une enveloppe supplémentaire de 50 M€ a été accordée pour financer un plan d'investissement qui permettra de soutenir les travaux de rénovation des établissements et services accueillant des personnes âgées et de développer les structures de prise en charge intermédiaires.

À la différence des autres sous-objectifs, la contribution de l'assurance maladie au secteur médico-social constitue une enveloppe fermée. Il n'y a donc pas d'incertitude quant au respect des deux sous-objectifs relatifs aux dépenses en établissements et services pour les personnes âgées, d'une part, et pour les personnes handicapées, d'autre part.

**Tableau n° 37 : construction et exécution des ONDAM
médico-sociaux de 2009 à 2012**

En Md€

Établissements et services médico-sociaux		ONDAM 2009	ONDAM 2010	ONDAM 2011	ONDAM 2012
Base (après opérations sur périmètre)		13,06	14,11	15,23	15,84
Évolution tendancielle	<i>Taux</i>	6,3 %	5,8 %	5,8 %	3,8 %
	Montant	0,81	0,82	0,88	0,61
Montant (avant dépenses supplémentaires et économies)		13,87	14,93	16,11	16,45
Dépenses supplémentaires		0	0	0	0,05
Économies		0	0	-0,30	-0,02
Montant de l'objectif		13,87	14,93	15,81	16,48
Évolution	<i>Taux</i>	6,3 %	5,8 %	3,8 %	4,0 %
	Montant	0,81	0,82	0,58	0,64
Exécution	<i>Taux</i>	8,6 %	5,5 %	4,3 %	4,1 %
	Montant	14,17	15,07	15,84	16,49
Écart	<i>Taux</i>	3,3 %	-0,3 %	0,5 %	0,1 %
	Montant	0,30	0,14	0,03	0,01

Source : Cour des comptes

En revanche, comme les années précédentes, l'exécution de l'OGD fait apparaître une sous-exécution des dépenses, qui atteint 173 M€, soit une sous-consommation de 189 M€ dans le secteur « personnes âgées » et une surconsommation de 16 M€ dans le secteur « personnes handicapées ». Cette situation avait déjà été constatée dans le passé et avait fait l'objet de mesures correctrices¹¹⁷, qui n'ont pas été suffisantes.

Cette sous-exécution récurrente devrait conduire à ajuster le montant de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses médico-sociales, afin que le versement de celle-ci ne se traduise pas par la constitution de réserves au sein de la CNSA.

117. Suivant l'enquête sur la consommation des crédits soumis à l'OGD, diffusée par l'IGAS et l'IGF en février 2010, la sous-consommation de l'OGD était principalement causée par l'inadaptation des règles de tarification des établissements et services médico-sociaux et l'utilisation partielle des crédits répartis entre les régions pour financer la médicalisation des EHPAD. Les actions correctrices se sont traduites dès 2010, par un passage à un système de financement en autorisation d'engagements et en crédits de paiement, un réajustement des bases départementales, et une diminution de la contribution de l'assurance maladie à l'OGD.

Tableau n° 38 : une sous-exécution récurrente de l'OGD*En M€*

	OGD	Personnes âgées	Personnes handicapées	Sous-consommation
	Montants fixé par arrêtés			
2009	15 602	7 592	8 010	430
2010	16 386	8 182	8 204	38
2011	17 050	8 547	8 503	270
2012	17 628	8 925	8 703	173

Source : rapports d'activité de la CNSA (2010 et 2011) et avis du comité d'alerte du 31 mai 2013

D – Les autres prises en charge : une forte progression des dépenses de soins des français à l'étranger

Le sous-objectif « autres prises en charge » couvre les remboursements des dépenses relatives aux soins des assurés français à l'étranger, les dépenses du secteur médico-social extérieures au champ d'intervention de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie¹¹⁸ et la dotation au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Pour 2012, son montant a été arrêté à 1,17 Md€, soit un taux d'évolution de 5,9 %. Ce sous-objectif enregistre cependant un dépassement de 19 M€. Si le montant de ce dépassement n'est pas significatif au niveau du sous-objectif, il le devient au niveau de l'une des composantes, les soins des français à l'étranger.

Pour les soins des français à l'étranger, un dépassement de 49 M€ est constaté par rapport à l'objectif de 458 M€, soit un dépassement de plus de 10 %. Ces dernières années, le montant estimé des dépenses a systématiquement été sous-évalué malgré des taux élevés d'évolution tendancielle¹¹⁹.

118. Notamment les dépenses des centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie, des centres d'accueil et d'accompagnement pour usagers de drogues, des structures dénommées « lits halte soins santé », des appartements de coordination thérapeutique, des centres de ressources pour personnes autistes.

119. Des dépassements avaient déjà été constatés à hauteur de 102 M€ (en 2009), de 26 M€ (en 2010), et de 35 M€ (en 2011).

Tableau n° 39 : réalisation du sous-objectif « autres prises en charges »*en M€*

	Objectif	Réalisation	Sous consommation (-) Surconsommation (+)	
Réseau de soins	250	220	-30	-12 %
Soins des français à l'étranger	458	507	49	10,7 %
Établissements hors champ CNSA	458	458	0	0 %
Autres prises en charge	1 166	1 185	19	1,63 %

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

Malgré le manque de fiabilité des données utilisées pour rendre compte de l'exécution de ce sous-objectif¹²⁰, le montant de 507 M€ correspond aux estimations faites par la Cour au cours de la campagne de certification des comptes 2012¹²¹.

CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

Un ONDAM resserré en 2012 a été respecté pour la troisième année consécutive tant en valeur qu'en taux d'évolution. La tenue d'un ONDAM en nette décélération a constitué un élément important de crédibilisation de la trajectoire de redressement des comptes publics. Il a néanmoins permis 4 Md€ de dépenses effectives supplémentaires de l'assurance maladie par rapport à 2011, progression très notable dans un contexte de ralentissement de l'activité économique et de réduction des déficits publics.

Le respect en 2013 d'un ONDAM au taux d'évolution plus élevé est ainsi un enjeu d'autant plus majeur. Ce dernier a été fixé au surplus à l'automne 2012 en fonction d'une prévision d'exécution de l'ONDAM 2012 surestimée d'environ 210 M€. Cet effet de base favorable expose au risque d'un dépassement du taux de progression fixé, même si l'enveloppe de dépenses en valeur était respectée. Il importe ainsi de

120. Les dépenses des soins des français à l'étranger ne sont pas retracées dans l'ONDAM suivant une méthodologie satisfaisante. Le périmètre des comptes retenus n'est pas homogène d'une année sur l'autre. Si, en 2012, la CNAMTS a précisé sa méthode d'estimation comptable de la provision au titre des soins des résidents français à l'étranger, ce qui s'est traduit par la comptabilisation d'une dotation complémentaire de 170 M€, le niveau de cette provision reste considéré par la Cour comme sous-évalué pour un montant global de 200 à 260 M€.

121. À l'issue des travaux visant à apprécier le montant des provisions constituées au titre des soins des français à l'étranger, le montant des soins facturés à la CNAMTS pourrait être compris entre 461 M€ (hypothèse basse) et 493 M€ (hypothèse haute), auxquels il y a lieu de rajouter 22 M€ facturés aux autres régimes.

mobiliser activement tous les leviers de régulation pour rester dans la limite d'une progression de 2,7 % par rapport à l'exécution de l'ONDAM 2012.

Le respect en 2012 d'un ONDAM à +2,5 % illustre en effet les marges considérables d'efficience qui existent dans le système de soins, sans remettre en cause les principes de solidarité sur lesquels repose la protection sociale.

Comme les précédents, le présent rapport montre à cet égard dans les chapitres qui suivent que des économies substantielles sont possibles sans dégrader la qualité des soins.

Elles rendent possible, comme l'a suggéré la Cour dans son rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques de juin 2013, de diminuer d'au minimum 0,2 % chaque année le taux de progression de l'ONDAM par rapport à celui affiché dans la loi de programmation des finances publiques 2012-2017, ce qui le ramènerait à 2,4 % de progression pour 2014, au lieu de 2,6 %, et 2,3 % pour 2015 et 2016, au lieu de 2,5 %.

La Cour formule les recommandations suivantes :

7. assurer le respect de l'ONDAM selon le critère le plus rigoureux, entre le taux d'évolution et le montant de l'objectif, de telle sorte de réguler strictement la progression de la dépense d'assurance maladie ;

8. abaisser au minimum de 0,2 point chaque année l'objectif de progression de l'ONDAM, c'est-à-dire le ramener à 2,4 % en 2014 (au lieu de 2,6 %), et à 2,3 % pour 2015 et 2016 (au lieu de 2,5 %).
