

PILOTAGE DE LA DÉPENSE DE SANTÉ : REDONNER DU SENS À L'ONDAM

*Commission des affaires sociales
Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale*

**Rapport d'information n° 40 (2019-2020)
de Mme Catherine Deroche et M. René-Paul Savary, rapporteurs**

La Mecss a décidé de consacrer une mission à l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie - l'Ondam - alors que des interrogations s'élèvent sur la finalité même de cet outil et sa capacité à conjuguer pilotage budgétaire de la dépense de santé et pilotage stratégique pour accompagner la nécessaire transformation de notre système de soins.

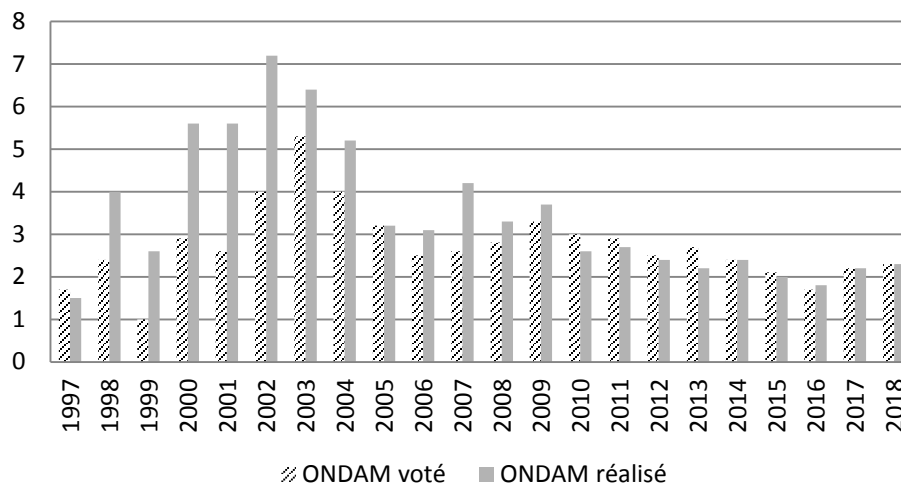
Les propositions visent à **remettre les termes de transparence, d'équité et de visibilité au cœur de la gestion de l'Ondam et à l'inscrire dans une réflexion stratégique et prospective sur la dépense de santé** qui fait aujourd'hui défaut dès lors que l'on touche, dans de nombreux domaines, aux limites d'une régulation à courte vue. Il s'agit à la fois de **renforcer son suivi par le Parlement** et de **redonner du sens aux acteurs** de santé.

L'Ondam, un outil de pilotage plus crédible, un enjeu de transparence et de lisibilité

Depuis plus de 20 ans, le Parlement vote chaque année le montant de l'Ondam dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), distinct de l'objectif de dépenses de chaque branche. Celui-ci est **passé de 90 milliards d'euros en 1997 à plus de 200 milliards d'euros pour 2019**.

La vocation de l'Ondam, comme **outil de pilotage et de régulation**, est de permettre un débat sur la couverture publique des besoins de santé et de contenir la progression des dépenses dans un cadre soutenable. A cet égard, l'Ondam est devenu un outil de pilotage plus efficace **depuis 2010 : l'objectif voté a été systématiquement respecté** et son taux d'évolution s'est stabilisé à 2,28 % par an en moyenne sur 2010-2018, contre 4,78 % sur 2000-2009, supérieur à la progression de la dépense publique.

**L'Ondam voté et l'Ondam réalisé depuis 1997
(en % d'évolution)**

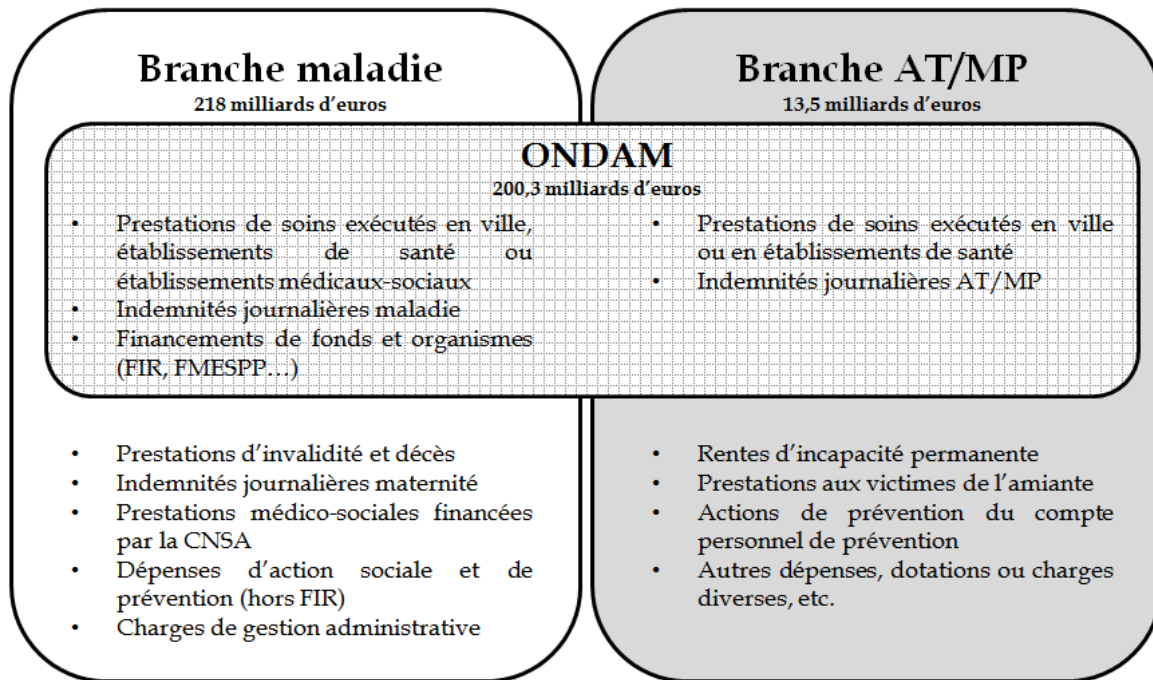


▪ Une vision tronquée de la dépense de santé

Outil de pilotage de la dépense de soins, l'Ondam n'en recouvre toutefois pas l'intégralité : plus de **17 milliards d'euros de prestations en sont exclues** (IJ maternité, invalidité, etc.), car ne donnant pas lieu à régulation.

En outre, seuls d'autres agrégats suivis à des fins statistiques permettent d'apprécier la dépense de santé dans son ensemble, qu'elle soit financée par la sécurité sociale (champ de l'Ondam) mais aussi l'État, les organismes complémentaires ou les ménages : ainsi la dépense courante de santé représente-t-elle près de 275 milliards d'euros en 2018.

Les dépenses dans le champ de l'Ondam (pour 2019)

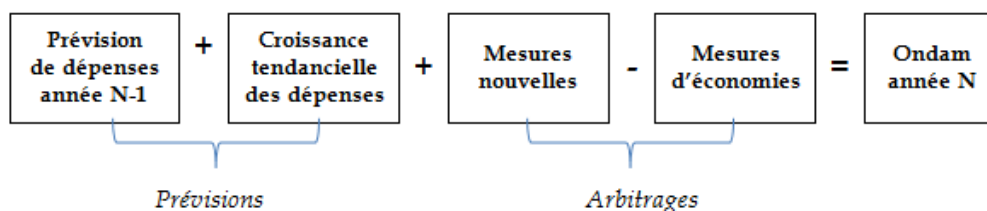


L'Ondam ne donne qu'un **suivi partiel de la dépense médico-sociale** (l'objectif global de dépenses – OGD - étant également alimenté par des ressources propres de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) **ou des dépenses de prévention**, ce qui nuit au pilotage de sujets stratégiques.

▪ Une approche décorrélée des besoins de santé ?

La construction de l'Ondam repose notamment l'évaluation d'un « tendanciel » de dépenses (évalué à 4,5 % pour 2018 comme 2019), c'est-à-dire leur croissance spontanée, qui impose un certain *quantum* d'économies à réaliser (de l'ordre de 4 milliards d'euros chaque année) pour atteindre l'objectif cible voté (à savoir 2,3 % pour 2018 ou 2,5 % pour 2019).

Les étapes de construction de l'Ondam



Quelle que soit la complexité de l'exercice, **l'évaluation du tendanciel demeure opaque et les mesures d'« économie » présentent, en l'absence de réel suivi, un caractère artificiel**, qui peine à refléter un pilotage stratégique, et surtout lisible, de la dépense de santé.

Propositions pour faire la transparence sur l'Ondam et renforcer le suivi par le Parlement :

1. Disposer, au moment de l'examen du PLFSS, d'une vision globale de l'effort public dédié à la prise en charge de la perte d'autonomie
2. Retracer dans un document de politique transversale les dépenses concourant à la prévention
3. Rendre plus transparentes les hypothèses sous-tendant la construction de l'Ondam, en particulier la décomposition du « tendanciel » des dépenses, sur la base d'une méthodologie partagée.
4. Clarifier la présentation des mesures d'économie sur l'Ondam : sortir des « économies » attendues les mesures qui n'en sont pas ; détailler les mesures déployées pour atteindre les objectifs fixés ; mettre en regard du quantum d'économies le montant des dépenses associées
5. Renforcer le suivi *ex post* des mesures d'économies en définissant une méthodologie d'évaluation
6. Mettre en regard de l'Ondam hospitalier la situation financière des établissements publics de santé

L'Ondam, levier d'une régulation budgétaire à courte vue de plus en plus contestée : redonner du sens et de la visibilité aux acteurs du système de santé

▪ **Le respect de l'Ondam, à quel prix ? une confiance à refonder**

Le respect global de l'Ondam repose sur une **asymétrie des mécanismes de régulation** qui contribue à fragiliser l'adhésion des acteurs.

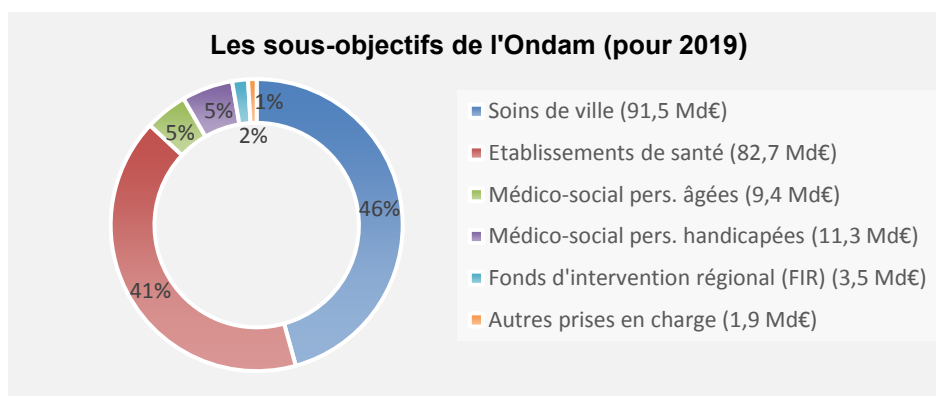
D'une part, l'Ondam n'étant pas une enveloppe limitative de crédits, les mesures de régulation infra-annuelle (mises en réserve de crédits ou « gels ») s'appliquent aux enveloppes fermées à destination des établissements de santé ou médico-sociaux et non aux soins de ville ; **environ 2,2 milliards d'euros de crédits de l'Ondam hospitalier voté ont été annulés sur la période 2010-2018** pour garantir le respect de l'Ondam total.

D'autre part, les leviers de régulation de l'Ondam sont **principalement des actions sur les prix**, soit à travers une régulation prix-volume des **tarifs hospitaliers**, qui sont sortis pour la première fois en 2019 depuis 10 ans d'une spirale à la baisse, soit à travers des baisses de prix de **médicaments** qui ont permis de modérer la croissance des dépenses de soins de ville, en évoluant de 1,6 % sur 2010-2017 contre 16,6 % pour l'ensemble des soins de ville.

La logique du « rabet » présente une certaine efficacité pour « tenir » l'Ondam mais se heurte à des limites : elle **prive les acteurs d'une visibilité indispensable** pour des décisions de long terme, en particulier les choix d'investissement. La projection pluriannuelle de l'Ondam demeure formelle et trop peu documentée pour en faire un véritable outil de prospective sur la dépense de santé.

▪ **Une architecture segmentée, un frein à la transformation du système de santé ?**

Depuis 2006, l'Ondam est présenté et voté en **six sous-objectifs** retracés ci-dessous.



Cette structuration présente le mérite de la clarté en correspondant à des procédures de financement et de régulation distinctes entre les secteurs de l'offre de soins. Cependant, elle **reproduit le pilotage éclaté du système de santé et le cloisonnement entre ses acteurs**, en donnant une **vision cloisonnée des gains d'efficience possibles**, à rebours de la notion de parcours de soins ou des objectifs du virage ambulatoire.

Les « **porosités** » entre **sous-objectifs** affectent en outre la lisibilité du découpage et la responsabilisation des acteurs : ainsi les prescriptions hospitalières exécutées en ville s'imputent sur les dépenses de soins de ville alors que le « fait générateur » est à l'hôpital ; le coût des consultations externes à l'hôpital dépend des tarifs fixés dans les négociations conventionnelles, etc. Cela appelle plus de transversalité dans les modes de régulation.

Une **approche plus diversifiée de la dépense de santé** paraît nécessaire pour ne pas « figer le regard » et accompagner la transformation du système de santé.

Si la création du fonds d'intervention régional en 2012 a répondu à un besoin de transversalité, cette avancée reste limitée par la faible ampleur des crédits concernés. L'opportunité d'évoluer vers un Ordam (objectif régional des dépenses d'assurance maladie) pose question : si cette perspective serait intéressante pour favoriser une plus grande fluidité entre secteurs de l'offre de soins et contribuer à réduire les inégalités territoriales de santé, elle devrait s'inscrire dans une réflexion globale sur une plus grande régionalisation de la gouvernance du système de santé.

Propositions pour inscrire l'Ordam dans un pilotage stratégique en vue d'accompagner la transformation du système de santé :

7. Étayer les hypothèses de construction de l'Ordam pluriannuel
8. Asseoir l'Ordam pluriannuel sur une analyse prospective de la dépense de santé
9. Développer des modes de régulation pluriannuels des dépenses de santé plus équitables et plus efficaces, fondés sur des accords de modération des volumes par la qualité et la pertinence
10. Mettre en place une construction pluriannuelle de la tarification des établissements de santé
11. Déconnecter les investissements immobiliers hospitaliers des tarifs
12. Associer les fédérations hospitalières aux négociations conventionnelles
13. Retracer de manière consolidée les dépenses de produits de santé dans l'Ordam
14. Enrichir l'analyse de l'Ordam en sous-objectifs par une approche multifocale, avec le suivi, le cas échéant indicatif, de quelques agrégats transversaux de dépenses
15. Introduire le principe d'Ordam (objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie) indicatifs, comme outils de suivi dans le temps et d'aide à la décision
16. Augmenter les dotations du fonds d'intervention régional (FIR) pour étendre les marges de manœuvre des agences régionales de santé (ARS) dans la conduite de politiques transverses entre les secteurs de l'offre de soins



Catherine DEROCHE
Rapporteur

Sénatrice de Maine-et-Loire
(Groupe Les Républicains)



René-Paul SAVARY
Rapporteur

Sénateur de la Marne
(Groupe Les Républicains)



Commission des affaires sociales

<http://www.senat.fr/commission/soc/index.html>

15 rue de Vaugirard – 75291 Paris Cedex 06

01 42 34 20 85 – secretaires.affaires-sociales@senat.fr



Le présent document et le rapport complet n° 40 (2019-2020) sont disponibles sur le site du sénat :

<http://www.senat.fr/notice-rapport/2019/r19-040-notice.html>