



**HAL**  
open science

## L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : d'un outil global de régulation à une simple prévision des dépenses.

Isabelle Hirtzlin

### ► To cite this version:

Isabelle Hirtzlin. L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : d'un outil global de régulation à une simple prévision des dépenses.. Une génération de réformes en management public: Et après ?, Nov 2003, Strasbourg, France. pp.CD ROM. hal-00942794

**HAL Id: hal-00942794**

**<https://hal.science/hal-00942794>**

Submitted on 11 Feb 2014

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

**13<sup>ème</sup> Colloque International de la Revue  
« POLITIQUES ET MANAGEMENT PUBLIC »**

\*\*\*

**UNE GENERATION DE REFORMES EN MANAGEMENT PUBLIC : ET APRES ?**

**L'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie : d'un outil global  
de régulation à une simple prévision des dépenses.**

*Par*

**Isabelle HIRTZLIN  
Université de Paris 1 (Panthéon-Sorbonne)**

**Session 14**

**POLITIQUES DE SANTE : CONCEPTION, EVOLUTION ET REALISATION**

**RESUME :** Afin d'assurer la régulation des dépenses d'assurance maladie, les pouvoirs publics ont, en France, depuis vingt ans, fait clairement le choix de développer une politique d'enveloppes fermées. Les hôpitaux publics reçoivent un budget global depuis 1983; les cliniques privées et des professions paramédicales sont entrées dans des dispositifs d'objectifs quantifiés nationaux (OQN) au début des années 1990. Ce système d'enveloppe fermée a été parachevé par la création d'une sur-enveloppe globale, l'ONDAM (ordonnances du 24 avril 1996), permettant d'encadrer également la médecine libérale, les produits de santé et le secteur médico-social. Son respect par les professionnels de santé devait être assuré par le développement de mesures de baisses tarifaires ou de versements ex-post.

A travers une analyse des niveaux de l'ONDAM, régulièrement dépassé depuis 1997, et des mesures d'ajustement successivement prises, nous montrons que cet instrument global de régulation des dépenses d'assurance maladie est progressivement devenu un simple outil de prévision. Son respect repose, depuis, sur la confiance en la capacité (très incertaine) des producteurs de soins à assurer un équilibre financier global avec des outils principalement qualitatifs (Accords de Bon Usage des Soins dans le cadre d'un ONDAM dit « médicalisé »). Cette évolution semblait inéluctable car l'incomplétude des mécanismes d'encadrement choisis, ou leur non mise en application pour certaines professions, ainsi que le rejet de tout principe de régulation par les médecins spécialistes libéraux, ont transformé l'ONDAM en une enveloppe largement ouverte.

Les modalités d'adéquation de l'ONDAM avec l'encadrement nécessaire des dépenses dans le contexte de la procédure européenne contre les déficits excessifs ne sont par ailleurs pas définies dans l'ONDAM médicalisé. Dès lors le respect de l'ONDAM ne pourra être assuré sans une restriction de son champ, à travers la définition d'un panier biens et services de soins garanti par l'assurance maladie restreint, conduisant au déremboursement en dehors du cadre prédéfini.

## **1 INTRODUCTION : L'ENVELOPPE FERMEE PRINCIPE COMMUN DE REGULATION DES DEPENSES DE SANTE EN FRANCE**

Depuis vingt ans, les réformes introduites dans le secteur de la santé ont postulé l'efficacité d'une régulation des dépenses basée sur la mise en place d'enveloppes globales fermées calculées a priori. L'avantage attendu est le contrôle simultané des prix et des volumes des biens et services de santé produits.

L'enveloppe globale hospitalière a donc été introduite dès 1983. Ce budget permet de planifier les dépenses et de respecter les éventuelles contraintes macroéconomiques, puisque les recettes allouées correspondent exactement aux dépenses effectuées. En dépit de son manque de flexibilité, avec un infléchissement notable des dépenses hospitalières sur la période 1979-1994 (Caussat et Al., 2003), l'enveloppe fermée a longtemps semblé être un succès de planification budgétaire dont devaient s'inspirer les modes de régulation des autres producteurs de soins.

Toutefois, lorsque les professionnels sont rémunérés à l'acte, le contrôle des volumes produits ex-ante ne peut être effectué. L'équilibre budgétaire ne peut être réalisé qu'ex-post. Il faut alors imaginer un dispositif de retour à l'équilibre, soit par le biais de reversements, soit effectuant une baisse tarifaire.

Aussi, au début des années quatre-vingt dix, la plupart des professionnels de santé libéraux<sup>1</sup> vont conclure avec les caisses d'assurance maladie des conventions encadrant l'évolution de leurs dépenses, notamment par la fixation, chaque année, d'un Objectif Quantifié National (OQN). Il se fixe en fonction du respect de l'objectif de l'année précédente et permet théoriquement de respecter, profession par profession, la contrainte macro-économique d'évolution des dépenses de santé.

L'apport essentiel des ordonnances du 24 avril 1996 a consisté dans l'extension des dispositifs de régulation aux secteurs médico-social, de la médecine libérale et des produits de santé (dont le médicament). De plus, la création des Lois de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) a fourni un cadre d'ensemble à la régulation des dépenses de santé dans leur globalité avec la création d'une vaste sur-enveloppe fermée : l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé par le Parlement (en pratique il s'agit d'un montant fixé en milliards d'euros avec un taux d'augmentation en valeur par rapport à l'année précédente), réparti par le Gouvernement et retranscrit par les partenaires conventionnels.

Après avoir étudié la composition l'ONDAM et de ses déclinaisons, nous proposons une typologie des modes de régulation choisis par profession. Puis, nous analysons comment, par des modifications successives, cet outil de régulation, imparfait mais potentiellement opérationnel, s'est transformé en une simple prévision des dépenses de santé aux déterminants qualifiés d'exogènes. Dès lors, la maîtrise des dépenses va reposer sur la confiance en la capacité des producteurs de soins à assurer un équilibre financier global avec des outils principalement qualitatifs. L'échec prévisible de ce mécanisme conduira, compte tenu des contraintes liées à l'équilibre des finances publiques, à la redéfinition du périmètre de l'ONDAM sous forme d'un panier de soins financé collectivement plus restreint.

---

<sup>1</sup> Loi de janvier et juillet 1991 et convention de juillet 1992 relatives à l'hospitalisation privée, convention de 1994 et de Juillet 1997 relative aux infirmières libérales et d'Août 1992 concernant les laboratoires de biologie médicale, conventions ou accords-cadre avec les médecins libéraux (Novembre 1993) et les masseurs kinésithérapeutes (mai 1994).

## **2 L'ONDAM ET SES DECLINAISONS : UN OUTIL DE REGULATION POTENTIELLEMENT PUISSANT**

### **2.1 Définition et champ**

L'ONDAM est voté chaque année sous la forme d'un montant (123,5 milliards d'€ pour 2003). Il ne couvre pas pour autant l'ensemble des dépenses de santé. En effet, il ne comprend ni les dépenses de soins payées directement par les individus (automédication par exemple) ni les dépenses de santé qui sont financées par les régimes complémentaires (mutuelles ou assurances). Cela implique mécaniquement qu'une diminution des taux de remboursement aurait pour effet de réduire le montant des dépenses comptabilisées dans l'ONDAM, à consommation de soins totale inchangée.

L'ONDAM ne saurait donc être considéré comme le montant que la population consacre à sa santé (mieux approché par le concept de dépense courante de santé dans les comptes de la santé et qui représente 158 milliards d'€ pour 2002). Tel qu'il a été défini, l'ONDAM représente la somme que la collectivité accepte, dans le cadre de la Sécurité Sociale, de consacrer au financement de la santé pour une année donnée.

Par ailleurs l'ONDAM ne constitue pas un plafond de dépenses pour les assurés dont les droits restent ouverts et dont les prestations seront servies sans restriction quantitative.

En revanche, le vote par le Parlement de l'ONDAM devait être suivi de toute une série de décisions comportant des engagements fermes. L'ONDAM ne revêt donc pas en lui-même un caractère impératif, mais les décisions qui succèdent à son adoption fixent des financements limitatifs ou comportent des mécanismes de régulation a posteriori qui lui donne en théorie une portée impérative (Cour des Comptes, 1999). Ces engagements portent sur les établissements et sur les professionnels de santé.

Pour assurer le respect de cette contrainte, l'objectif de dépenses est tout d'abord réparti entre quatre secteurs producteurs de soins pour lesquels le Gouvernement, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, fixera le montant des enveloppes de dépenses (Cour des Comptes, 1999) :

- L'enveloppe "soins de ville", qui comprend les dépenses d'honoraires privés et de prescriptions (médicaments, biologie ...) exécutées en ville à l'exception des indemnités journalières maternité et des rentes d'accidents du travail, son montant est fixé par un avenant annuel à la convention d'objectif et de gestion (COG) passée entre la Caisse Nationale d'Assurance Maladie Travailleurs Salariés (CNAMTS) et l'Etat. Cette enveloppe était initialement divisée entre omnipraticiens et spécialistes. Elle est à présent séparée entre un Objectif de Dépenses Déléguée (ODD) et les autres soins de ville.
- L'enveloppe "établissements sanitaires" regroupe les dépenses des établissements sanitaires fonctionnant sous dotation globale, celle des autres établissements sanitaires (essentiellement les hôpitaux militaires) et les honoraires du secteur public. Un arrêté ministériel fixe le montant de la dotation globale et des dépenses des établissements.
- L'enveloppe "établissements médico-sociaux" comprend les dépenses des établissements prenant en charge les personnes âgées, l'enfance inadaptée et les adultes handicapés ;
- L'enveloppe "cliniques privées" comprend les dépenses des dépenses remboursées d'hospitalisation en établissement de santé privés hors et sous OQN (à l'exception des consommations intermédiaires qui sont incluses dans l'agrégat soins de ville).

Depuis la LFSS pour 2002 (article 36) une cinquième enveloppe a été créée destinée à financer les réseaux de soins ; elle est alimentée par prélèvement sur l'enveloppe hospitalière, l'OQN cliniques privées et l'objectif des dépenses de soins de ville (17,1 Md'€ en 2002).

Le **Tableau 1** page suivante donne les montants attribués depuis 1997 à chaque enveloppe et les dépenses réellement constatées. Il faut noter que les évolutions enregistrées comprennent des éléments liés au rebasage annuel de l'ONDAM (**cf encadré 1**).

#### **Encadré 1 : Le rebasage de l'ONDAM**

Pour comparer de manière cohérente les données des différentes années, il faut que les définitions et les champs soient constants ; or chaque année le champ d'une catégorie de l'ONDAM change (par exemple un médicament sort de la réserve hospitalière et devient diffusé en officine : le montant des dépenses est transféré de l'enveloppe hospitalière vers l'enveloppe soins de ville). On procède alors à **un rebasage** afin de rendre comparables les deux années considérées en effectuant un calcul de transfert. Le problème est que ce rebasage annuel ne s'accompagne pas d'une **rétopolation** (calcul rétrospectif pour l'ensemble des années passées des différents champs de l'ONDAM avec les définitions retenues pour la dernière année) ce qui rend, finalement, incomparables deux années non consécutives.

**Tableau 1 : Objectifs et Réalisation par enveloppe de l'ONDAM de 1997 à 2003**

EN MILLIARDS D'EUROS	1996	1997	1997	1998	1998	1999	1999	2000	2000	2001	2001	2002	2002	2003	2003
	réalisé	objectif	réalisé prévision												
I. Métropole	87,97	89,45	89,32	91,28	92,79	93,58	95,41	97,73	100,48	103,14	106	110,14	113,79	120,4	121,64
I.1 Soins de ville	39,12	39,91	39,83	40,78	42,1	41,88	43,8	44,45	47,04	47,63	50,42	51,68	54,46	57,76	58,63
Dont Objectifs de dépenses déléguées	-	-	-	-	-	-	-	21,4	22,18	22,85	23,45	23,92	24,98	?	26,91
dont autres soins de ville	-	-	-	-	-	-	-	23,05	24,86	24,78	26,97	27,76	29,48	?	31,72
I.2.1 Etablissements sanitaires publics	37,01	37,01	37,12	37,87	37,73	38,72	38,62	39,75	39,88	41,13	41,37	43,16	43,94	46,04	46,15
I.2.2. Médico-social	5,99	6,13	6,16	6,33	6,55	6,69	6,72	7,19	7,11	7,7	7,56	8,29	8,28	9,04	9,09
I.2.3 Cliniques privées	5,85	6,39	6,19	6,31	6,4	6,3	6,3	6,41	6,45	6,67	6,64	7	7,11	7,58	7,73
Réseaux	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0,02		0,05	0,05
II Ressortissants français à l'étranger	0,13	0,12	0,137	0,137	0,183	0,137	0,17	0,18	0,16	0,19	0,21	0,15	0,21	0,21	0,21
III Prestations DOM	1,86	1,89	1,936	2,03	2,07	2,12	2,17	2,3	2,37	2,38	2,57	2,47	2,71	2,85	2,87
Marge de manœuvre résiduelle		0,027		0,137	0	0,18	-	0,09	-			0,03		0	
Objectif national	89,97	91,5	91,39	93,57	95,06	96,02	97,75	100,3	103,01	105,7	108,8	112,79	116,72	123,53	124,72

Source : tableau reconstitué par l'auteur à partir des rapports de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale

## 2.2 Mécanismes financiers permettant le respect des sous-enveloppes

Afin de respecter l'ONDAM, les modes de régulation mis en place depuis 1983 sont restés en vigueur (pour les professions qui étaient sous OQN et pour l'hospitalisation publique) et de nouveaux ont été mis en place (pour la médecine de ville, les produits de santé et le secteur médico-social). Nous les détaillons ci-dessous.

### 2.2.1 Enveloppe Soins de ville :

Initialement il existait deux grands mécanismes pour assurer l'équilibre de cette enveloppe : des professions ayant un objectif catégoriel de dépenses (médecins, laboratoires de biologie et dentistes), et d'autres pour lesquelles il n'y avait pas d'objectif opposable mais des avenants tarifaires (professions paramédicales surtout : infirmières, masseurs-kinésithérapeutes ..).

- **Principe de la modification tarifaire :** Si l'objectif fixé a été dépassé, les revalorisations tarifaires seront négatives ou modérées compte tenu de leur effet prix.
- **Principe de objectif catégoriel :** Les professionnels qui ont dépassé l'objectif sont tenus collectivement de rembourser le montant du dépassement, diminué éventuellement par le montant non consommé des autres régions lorsque le reversement est régionalisé (cas des laboratoires d'analyses dans les accords de 1994).

Ces principes « purs » peuvent être combinés. Ainsi pour l'industrie pharmaceutique, en cas de dépassement, les industriels doivent consentir à l'assurance maladie des remises qui correspondent à un remboursement de dépenses excédentaires par rapport à l'objectif fixé mais, depuis 2001, des baisses de prix peuvent être effectuées conjointement.

Par ailleurs, une partie de l'encadrement peut être redondant. C'est ce qui s'est passé pour les soins de ville. En effet, à l'origine, la contrainte qui pesait sur les médecins libéraux comprenait une partie honoraires et une partie prescriptions. Une grande partie des prescriptions étant elles-mêmes encadrées par les OQN sur la professions paramédicales, ces professions prescrites étaient donc soumises à un double encadrement.

En cas de non respect de l'objectif (honoraires ou prescriptions), le principe d'un objectif catégoriel avec reversement avait été initialement retenu pour les médecins de ville. Toutefois, par deux arrêts du 26 juin 1998 et du 3 juillet 1998, le Conseil d'Etat a annulé les deux arrêtés approuvant respectivement la convention des médecins spécialistes et celle des médecins généralistes. Le Conseil d'Etat a annulé l'arrêté approuvant la convention des médecins généralistes en raison des modalités d'individualisation, par zone géographique, du mécanisme de reversement d'honoraires (Evin, 2002). Le Conseil d'Etat a considéré que cette étape intermédiaire d'individualisation n'était pas prévue par le code de la Sécurité Sociale et que les partenaires conventionnels avaient donc outrepassé leurs compétences. D'autre part, le Conseil constitutionnel avait censuré, en décembre 1998, l'article de la loi de financement pour 1999 qui prévoyait un mécanisme collectif de régulation en considérant que la loi ne pouvait mettre à la charge de tous les médecins conventionnés, une contribution assise sur leurs revenus professionnels « et ce, quel qu'ait été leur comportement individuel en matière d'honoraires et de prescription » (Evin, 2002).

Face à ces décisions, le Gouvernement a choisi d'utiliser pour toutes les professions, à titre conservatoire, le seul mécanisme de régulation juridiquement incontestable, celui-ci de

l'ajustement des tarifs des actes ou « lettres-clés », improprement appelé « système des lettres-clés flottantes »<sup>2</sup>. Certaines spécialités médicales (cardiologues, biologistes...) dont le volume des actes dérivait de manière excessivement coûteuse pour l'assurance maladie ont vu ainsi la valeur tarifaire de leurs actes réduite, dans l'attente de négociations visant à redéfinir les comportements.

Un changement important est intervenu en 2000 puisque la LFSS a instauré un sous objectif au sein des soins de ville. Les caisses d'assurance maladie doivent gérer l'ensemble des dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux et les dépenses de soins de ville, l'Etat conservant la responsabilité du respect de l'ONDAM pour les médicaments, les produits de la LPP<sup>3</sup> et les indemnités journalières. Ainsi, à l'intérieur de l'objectif de dépenses soins de ville (ODSV), un nouvel objectif annuel, l'objectif de dépenses déléguées (ODD) est fixé. Sa gestion est déléguée à la CNAMTS et aux syndicats représentatifs. Les caisses d'assurance maladie fixent en début d'année, conventionnellement avec les professionnels ou unilatéralement après les avoir consulté, un objectif de dépenses pour chaque profession, ainsi que toute mesure adéquate pour respecter cet objectif. Le document est accompagné d'un rapport d'équilibre, transmis à l'Etat pour approbation. Les parties se réunissent deux fois dans l'année pour suivre la réalisation de l'objectif.

En cas de non respect de l'équilibre, un arrêté ministériel fixe les tarifs et les mesures nécessaires. Ainsi, alors que les médecins devaient initialement maîtriser l'ensemble de leurs prescriptions, depuis 2000, l'assurance maladie ou l'Etat doit à présent réguler les dépenses par secteur de soins ou biens médicaux.

### **2.2.2 Les Hôpitaux publics**

L'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses hospitalières détermine le montant annuel des dépenses des établissements de soins publics et des établissements de santé privés à caractère non lucratif participant à l'exécution du service public hospitalier.

L'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale dispose que, chaque année, les ministres de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie déterminent, en fonction de l'ONDAM voté par le Parlement :

- l'objectif provisionnel de dépenses des établissements visés à l'article L. 174-1 ;
- et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses hospitalières prises en compte pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations de ces établissements ;

Est en effet encadré un montant global correspondant à l'ensemble constitué par la dotation globale et les produits de l'activité hospitalière (tickets modérateurs, forfaits journaliers, etc.).

Les ministres de la Santé et de la Sécurité Sociale le divisent en dotations régionales à caractère limitatif " en fonction des besoins de la population, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements ", ainsi que de la nécessité de réduire les inégalités de ressources entre régions et entre établissements. Il appartient aux Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) de définir et de mettre en œuvre cette politique régionale d'offres de soins hospitaliers en déterminant la dotation de chaque

---

<sup>2</sup> Ce terme n'est pas totalement approprié car le système de lettres clés flottantes suppose une diminution automatique des tarifs en cas de dépassement des volumes d'actes, ce qui dans la réalité n'est jamais le cas, la baisse de tarif ne compensant jamais totalement l'augmentation des volumes.

<sup>3</sup> Liste des Produits et Prestations ancien TIPS (Tarif interministériel de prestations sanitaires).

établissement. Dans la pratique cependant, les ARH ne disposent que de peu de marge de manœuvre dans l'utilisation des crédits, dont la répartition est négociée avec les organisations syndicales sur la base des effectifs Equivalent Temps Plein en place. Le niveau de l'enveloppe hospitalisation semble aujourd'hui s'imposer assez mécaniquement par un effet de reconduction des moyens engendré par les revalorisations salariales (fonction publique) et l'effet Glissement Vieillesse Technicité (GVT).

### **2.2.3 Les cliniques privées**

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée a apporté une modification importante aux modalités de fixation de l'objectif quantifié national (OQN) de l'hospitalisation privée. D'une part, alors que le montant annuel des frais d'hospitalisation à la charge de l'assurance maladie était, depuis la loi du 31 juillet 1991, défini par accord tripartite entre l'Etat, les caisses et les fédérations des cliniques privées, il est désormais fixé, en application de la loi de financement de la sécurité sociale, par le Gouvernement. D'autre part, pour les établissements privés qui ne sont pas financés par dotation globale, l'OQN est décliné par région depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998.

Sous contrainte du niveau de l'enveloppe cliniques privées, pour les disciplines de Médecine, Chirurgie, Obstétrique (MCO), la détermination de l'évolution des tarifs moyens repose sur les données de coût par pathologie dans le cadre Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information PMSI<sup>4</sup> et les données du Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS). Ce principe aboutit à des taux différenciés pour les variations tarifaires par région. Dans la pratique, les ARH ont utilisé des méthodes diverses, plus ou moins complexes, pour moduler les tarifs dans les limites permises par l'accord national.

### **2.2.4 Les établissements médico-sociaux**

Les établissements médico-sociaux regroupent un ensemble vaste et disparate d'organismes et d'activités de statuts variés, public ou privé. Si l'unité du secteur est assurée par un cadre législatif commun (loi n°75-535 du 30 juin 1975), ces diverses structures ne sont pas financées pour autant selon un schéma unique, puisque coexistent des tarifications par prix de journée ou par forfait de soins. En outre, les établissements pour personnes âgées et pour adultes handicapés sont financés pour partie par une contribution du département, à hauteur d'environ un tiers de leurs dépenses totales.

Des incertitudes existent encore quant à l'inclusion de certains établissements dans l'ONDAM. En outre, le montant des dépenses budgétaires autorisées ne coïncide pas avec le versement des caisses d'assurance maladie. Enfin, il a fallu attendre la préparation de la Loi de Financement pour 2000 pour une mise en œuvre effective des nouvelles mesures prises par les administrations compétentes afin de produire des données cohérentes et fiables. L'encadrement doit se faire par baisse tarifaire régionalisée mais dans la pratique, il s'agit plus d'ouvrir des places nouvelles que de diminuer les financements compte tenu de la pénurie d'offre qui existe dans ce secteur.

## **2.3 Typologie des mécanismes de régulation**

Au total, trois règles sont utilisées pour assurer le respect de l'objectif fixé :

---

<sup>4</sup> la revalorisation est calculée à partir de la valeur moyenne du point dit ISA pour Indice Synthétique d'Activité..

**Règle N°1 : calcul et versement par mois du budget global**

$$B_t = \sum_{i=1}^n \sum_{j=1}^{12} b_{i,j,t}$$

Avec  $B_{i,t}$  le budget total alloué à tous les agents  $i$  à la période  $t$  (enveloppe totale hospitalière),  $b_{i,j,t}$  la somme allouée à mensuellement l'agent  $i$  (budget hospitalier mensuel).  
Ce mécanisme correspond à un versement à chaque établissement hospitalier tous les mois d'un douzième de son budget annuel total. Il permet d'assurer l'équilibre par un contrôle ex ante des sommes allouées.

**Règle 2 : Reversement du montant du dépassement**

$$B_t = \sum_{i=1}^n p_{t*} q_{i,t} - r \sum_{i=1}^n R_{i,t}$$

$p_t$  le tarif (appliqué à l'instant  $t$ ),  $q_{i,t}$  le volume des actes pratiqués par l'agent  $i$  au temps  $t$ . L'équilibre est assuré par le reversement ( $R_i$ ) par chaque agent d'une somme permettant de couvrir le dépassement (si  $r=1$ ). Ce reversement peut être proportionnel au dépassement (industrie pharmaceutique sous forme de remise) ou identique pour tous quelque soit le dépassement (médecins avant 1998, laboratoires d'analyse au niveau régional). Inversement, si la dépense totale est inférieure au budget prévu  $R_i$  devient négatif, ce qui signifie que la caisse d'assurance maladie doit effectuer un versement en direction des professionnels. Pour assurer l'équilibre, le montant du reversement doit être équivalent au dépassement, mais dans les faits, il n'en représente souvent qu'une proportion donc  $r < 1$  (industrie pharmaceutique ou médecins) ce qui ne permet pas d'assurer l'équilibre sans mesures complémentaires. Pour les médecins spécialistes, ce reversement a pris la forme en 1997, d'une diminution de l'objectif de  $t+1$ , introduisant une Règle 2bis de la forme :

$$B_{t+1} - \sum_{i=1}^n R_{i,t} = \sum_{i=1}^n p_{t+1*} q_{i,t+1} - \sum_{i=1}^n R_{i,t+1}$$

**Règle 3 : Baisse tarifaire en  $n+1$  en cas de dépassement**

$$B_t + B_{t+1} = \sum_{i=1,t}^n p_{t*} q_{i,t} + \sum_{i=1,t+1}^n p_{t+1*} q_{i,t+1}$$

avec  $p_{t+1} < p_t$  lorsque  $\sum_{i=1,t}^n p_{t*} q_{i,t} > B_t$

et  $p_{t+1} > p_t$  lorsque  $\sum_{i=1,t}^n p_{t*} q_{i,t} < B_t$

Ici l'équilibre est assuré sur deux ans (voire trois). Le dépassement sur la première année est rattrapé par la baisse de tarif l'année suivante.

Mais rien ne permet de garantir que  $B_{t+1} = \sum_{i=1,t+1}^n p_{t+1*} q_{i,t+1}$

Si le budget alloué durant l'année n+1 est dépassé à nouveau malgré la baisse tarifaire, il faut de nouveau baisser les prix sur l'année n+2, ce qui en cas de dépassements récurrents fait tendre p<sub>t+n</sub> vers zéro, c'est-à-dire des tarifs nuls. Les lettres clés flottantes procèdent du même mécanisme mais font varier les prix dans l'année.

Le mécanisme d'encadrement global reste incomplet. Rien n'assure que la somme de tous les encadrements aboutira au montant total de l'ONDAM car :

- les différents mécanismes de régulation sont indépendants par enveloppe et même par sous enveloppe, ne garantissent pas ex post que la somme des sous enveloppes soit égale au montant total de l'ONDAM.
- les enveloppes étant non fongibles, un dérapage sur une enveloppe ne sera pas compensé par une diminution sur une autre.
- une partie des dépenses de l'ONDAM reste non encadré par un mécanisme assurant l'équilibre. En 1996, les dépenses non encadrées représentaient selon la Cour des Comptes 12% du total de l'ONDAM (Cour des comptes, 1998). Pour l'enveloppe soins de ville, ce montant en 1998 s'élevait à 13,6% du total des dépenses (Cour des Comptes, 1999).

**Tableau 2 : Récapitulatif des modalités de paiement et de sanction**

PAIEMENT DE L'OFFREUR	CONTROLES ET INFORMATION PAR LA TUTELLE	MODALITES DE SANCTION	EXEMPLE DE PRODUCTEURS
Budget global	Ex ante : versement 1/12 chaque mois	<i>Règle 1</i>	Etablissements hospitaliers publics et PSPH
Paiement à l'acte	Ex post avec rappels infra annuels	<p><i>Règle 2 (et 2bis)</i> basée sur :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le dépassement collectif régional</li> </ul> <p>ou <i>Règle 3</i> basée sur</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• le dépassement régional</li> <li>• le dépassement national</li> </ul>	<p>Médecins avant 1998 et Laboratoires d'analyse (avant 2000)</p> <p>Cliniques privées depuis 2000</p> <p>Cliniques privées avant 2000 ; paramédicaux, transports sanitaires</p>
Prix de vente produits	Ex post avec rappel infra annuels	<i>Règle 2</i> : remises et <i>Règle 3</i> baisse de prix.	Industrie pharmaceutique

Source : tableau élaboré par l'auteur.

Depuis 2000, on assiste à une certaine convergence vers une sanction collective qui se décline de plus en plus de manière régionale et s'appuie essentiellement sur la règle 3 (baisse

tarifaire) pour les soins de ville, les cliniques privées et le secteur médico-social. Ce mode de régulation ne permet toutefois pas l'encadrement des volumes.

Nous allons à présent voir si, grâce à ces mécanismes, les différentes enveloppes ont été respectées depuis 1997.

### **3 DERAPAGE PAR ABSENCE DE MISE EN ŒUVRE DES PROCEDURES DEVANT ASSURER L'EQUILIBRE FINANCIER**

#### **3.1 Les soins de ville**

En 1997 pour les médecins généralistes l'objectif soins de ville a été respecté et a donné lieu à un reversement par l'assurance maladie au printemps 1998 (de 1372 € environ par médecin). Par ailleurs, l'écart entre les réalisations et les objectifs a conduit à une revalorisation des tarifs. Les spécialistes en revanche ont dépassé leur objectif pour 1997. Ils ont choisi de ne pas reverser le montant du dépassement mais de le déduire du montant de l'objectif de dépenses spécialistes pour 1998 (règle 2 bis). Cependant, dès 1998 et 1999, l'objectif soins de ville a été nettement dépassé, essentiellement du fait des prescriptions et de la sous enveloppe médicaments et dans une moindre mesure des honoraires des médecins spécialistes et des autres soins de ville, et aucun reversement n'a été effectué par les médecins conformément aux décisions du Conseil d'Etat.

En 2000, le respect de l'ODSV n'étant pas assuré, les caisses ont pris un ensemble de mesures de baisses tarifaires pour plusieurs catégories de professionnels de santé alors que certains actes devaient être revalorisés comme la petite chirurgie et la rémunération des médecins généralistes dits référents. Au total les modifications de nomenclatures prenant du temps, l'impact de ces mesures en année pleine a été limité et l'ODSV 2000 a été dépassé de 780 M d'€. L'objectif Délégué de Soins de Ville, qui comprend les dépenses d'honoraires des professionnels de santé libéraux et de transport sanitaire, a cru de 5,5 %.

L'Etat n'a toutefois pas mis en œuvre en 2000 la disposition de la LFSS prévoyant qu'en cas de carence des caisses ou d'insuffisance des mesures prises par elles, il se substitue à elle. Il a approuvé les rapports d'équilibre, sauf les économies proposées concernant les infirmières (47,9 M d'€). L'année 2000 a ouvert la voie à des taux d'augmentation des soins de ville toujours supérieurs à 7% (cf tableau 3).

**Tableau 3: Décomposition de l'évolution du poste Soins de Ville depuis 2000**

	2000	2001	2002
Soins de ville	+7,8%	+7,2%	+7,9%
-Objectif délégué de soins de ville	+5,5%	+5,7%	+6,5%
-Médicaments	+10,7%	+8,9%	+6,9%
-dispositifs médicaux	+14,4%	+13%	+12,7%
-Indemnités journalières	+8,3%	+9,1%	+14,1%

En 2001 le montant de l'ODSV n'a été transmis par l'Etat à la CNAMTS qu'à la mi avril et il ne pouvait donc pas être établi de rapport d'équilibre en début d'année. Cela traduit selon la Cour des Comptes, une diminution de l'intérêt porté par l'Etat à l'ODSV (Cour des Comptes, 2002). Pour cette année, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 7,2% et cette tendance à l'accélération des dépenses de soins de ville s'est poursuivie sur 2002 (+ 7,9%).

La LFSS 2002 ne comportait en effet pas de mesures significatives permettant de réguler les soins de ville, d'autant plus que des revalorisations tarifaires ont été consenties à certains professionnels (revalorisation des consultations des généralistes). Les baisses de prix des médicaments ont permis de ralentir le rythme de progression de ce poste qui reste néanmoins à sur un rythme de progression élevé (+6,9%).

Au total, en 2002 les soins de ville sont majoritairement responsables du dépassement de l'ONDAM (70,7% du dépassement total).

### **3.2 Les établissements publics de santé**

Globalement les établissements publics de santé ont respecté les objectifs sur la période 1997-2000. Pour 2001, la hausse prévue était de +3,32% qui se partageait en dotations régionales qui ont progressé de 3% dont 1,2 % au titre de la reconduction des moyens et 1,8% pour les mesures nouvelles (remplacement des personnels absents, conditions de travail, services d'urgence...), le reste étant des dotations complémentaires. Mais, même une fois attribuée les dotations complémentaires, un important report de charges a eu lieu sur 2002 ce qui rendait quasi impossible le respect de l'enveloppe pour cette année, alors que celle-ci augmentait de 4,3%. Il a donc fallu réévaluer, en septembre 2002 le montant de l'ONDAM hospitalier de 700 Md'€ dans le cadre d'un rebasage exceptionnel (dont plus de la moitié comprend le financement des accords sur la Réduction du Temps de Travail). Les crédits attribués aux ARH comprennent notamment pour 2002 un budget incompressible de santé publique et d'organisation des soins destiné à mettre en œuvre les priorités de santé publique et mettre en conformité les équipements avec les normes sanitaires (168 Md'€). Enfin, une enveloppe spécifique aux molécules coûteuses a été créée en 2002 (165 M d'€).

### **3.3 Les cliniques privées**

Sur la période 1998-2000 l'OQN cliniques privées n'a pas toujours été respecté, mais ce non respect a été assorti de baisse tarifaires comme prévu dans les accords tripartites.

Pour 2001 l'objectif a été fixé à 6,67 milliards soit une progression de 3,32% (donc identique à celle des hôpitaux publics) : la priorité a été donnée à la réduction des écarts tarifaires entre les régions et à certaines disciplines : obstétrique (+8,08%), médecine (+5,76%), soins de suite (+3,64%) et un financement spécifique des activités d'urgence est instauré.

Pour 2002, l'accord national tripartite fixe l'évolution des tarifs à 3,93% dont 1,86% au titre de mesures salariales. Il comporte une accélération de la réduction des écarts des tarifs entre les régions. Les taux d'évolution régionaux ont été fixés entre +2,09% pour l'Ile de France et +7,32% pour la Basse Normandie. Une forte progression des volumes enregistrés en fin d'année 2002 a conduit à une évolution annuelle de l'enveloppe de +7,3% qui a donc été dépassée.

L'encadrement des cliniques privées résulte à présent d'une négociation plus ouverte que le mécanisme prévu dans la Loi de 1991.

### **3.4 Le secteur médico-social**

Le secteur médico-social occupe une part modeste dans l'ONDAM mais ce secteur, jugé insuffisamment doté croît rapidement (+7,07% pour 2001 et +7,66% pour 2002). Il reste en effet une des priorités de l'ONDAM afin de le doter des crédits nécessaires à la montée en charge de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes et au financement des priorités définies à l'égard des personnes handicapées.

Le secteur respecte la progression demandée, mais cela est dû à une coïncidence des retards dans la mise en œuvre des réformes des modes de financement. La Cour de Comptes (Cour des Comptes, 2002) juge que si l'on veut respecter l'objectif pour 2003, il faudra soit étaler le plan, soit réduire le taux annuel de progression. La difficulté d'encadrement de cette enveloppe tient également au fait que certains soins, en fonction des établissements, peuvent être imputés soit au secteur médico-social soit aux soins de ville (ex kinésithérapie ou soins infirmiers), d'autres dépenses sont imputées sur le secteur hospitalier ; le critère appliqué n'est pas celui de la personne concernée mais celui du type d'établissement.

Au total, sur l'ensemble de l'ONDAM, on note une accélération très importante des rythmes de croissance annuels moyens (+2,8% entre 1996 et 1999 et +6,1% entre 1999 et 2002, +6,4% prévu pour 2003) et des dépassements croissants depuis l'année 2000 (+1,73 milliards en 1999, +2,8 milliards en 2000, +3,1 milliards en 2001, +3,9 milliards en 2002), alors même que les règles du rebasage (cf. 4.1) ont considérablement allégées la contrainte. Ce processus avec effet marche d'escalier est lié à l'abandon de tout mécanisme de régulation macro-économique efficace sur l'enveloppe soins de ville. Par ailleurs, le relâchement sur l'enveloppe établissements hospitaliers depuis 2001 rendu nécessaire par les accords sur la réduction du temps de travail et les reports de charges s'est diffusé sur les autres enveloppes (en particulier les cliniques privées).

L'ensemble de ces dérapages et l'absence de volonté politique d'y mettre fin a conduit à vider l'ONDAM de son contenu d'instrument de régulation pour le transformer en un simple outil de prévision.

## **4 L'ONDAM DEVIENT UN SIMPLE OUTIL DE PREVISION BASE SUR LA CONFIANCE !**

### **4.1 De l'outil de régulation à la prévision**

Initialement, le taux d'évolution de l'ONDAM a été fixé par référence à l'objectif voté pour l'année précédente et non par rapport aux dépenses effectives pendant cette année (Evin, 2000). Ce mode de calcul était lié au dispositif de récupération des éventuels dépassements des années précédentes. Cependant, l'objectif ayant été dépassé chaque année et compte tenu de l'effet mécanique de l'accumulation des dépassements, le Gouvernement a décidé de procéder à un « rebasage » de l'ONDAM à partir de l'année 2000.

Le taux de progression de l'ONDAM dépend en effet de la base de calcul choisie (le dénominateur) : pour un même montant de l'objectif, le taux sera plus faible si la base (de l'année précédente) est plus élevée. Le rebasage<sup>5</sup> ici consiste à prendre en compte, pour calculer l'évolution de n-1 à n, la base égale non plus à l'objectif n-1 voté par le Parlement, mais le montant réalisé prévisionnel pour n-1 constaté pour la réunion de la Commission des comptes de la Sécurité Sociale de septembre. Par exemple, pour la période 2001-2002, si l'on compare Réalisé 2002/Objectif 2001 on obtient un taux d'augmentation des dépenses de +10,4% alors que si l'on compare Réalisé 2002/Réalisé 2001 on obtient +7,2%. Les 3,2 points d'écart correspondent à l'effet du rebasage. Les dépenses elles s'accroissent bien de plus de 10% par rapport à ce qui avait été prévu initialement !

Ce changement a fait basculer l'ONDAM d'un outil de régulation à un outil de prévision, C. Evin déclare d'ailleurs « qu'au-delà de la rupture statistique opérée, ce changement permet de réintroduire la possibilité **de faire une prévision réaliste** de l'ONDAM et de réintroduire une véritable marge de manœuvre politique dans la fixation des taux d'évolution de l'ONDAM et de ses différentes sous-enveloppes » (Evin, 2000).

Pour renforcer la transformation de l'ONDAM en un simple outil de prévision, la LFSS pour 2002 comporte une disposition révisant l'objectif pour 2001 en cours d'année à 108,3 milliards d'euros. C'est la première fois que l'on est amené à approuver un ONDAM révisé. Pour autant, les dépenses ont été de 470 millions d'euros de plus que l'objectif révisé (Cour des Comptes, 2002) montrant l'imperfection de l'outil même en tant que simple prévision.

Ce basculement a des conséquences qui vont bien au delà d'une simple transformation sémantique. En effet, alors qu'un objectif est l'engagement d'atteindre un but précis dans un délai donné, une prévision de dépenses, signifie que le parlement ne dispose plus du pouvoir d'agir sur le niveau de l'ONDAM. Il devient un paramètre aux déterminants exogènes à partir duquel les décideurs doivent adapter leurs décisions, par exemple en accroissant les prélèvements nécessaires à son financement.

Considérant qu'ils subissent l'ONDAM, les pouvoirs publics vont alors chercher à perfectionner leur outil de prévision peu fiable. C'est dans ce sens que va le rapport du groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale présidé par A.Coulomb (Coulomb, 2003). Ce rapport isole des déterminants qualifiés d'« objectifs » de l'évolution de l'ONDAM dans le sens où ils s'imposeraient aux acteurs de santé. Parmi eux figurent les effets démographiques (accroissement de la population expliquant 0,46 point de croissance en volume par an et vieillissement pour 0,54 point), le progrès technique (1,5 points) et la croissance (augmentation des dépenses de santé égale à la croissance du PIB en volume). A cela s'ajouteraient d'autres déterminants, non chiffrés dans le rapport, comme l'organisation sociétale (ex 35 heures), l'environnement, les représentations de la société et les comportements socio-culturels. Ce que le rapport appelle les dépenses « réformables », c'est-à-dire celles sur lesquelles les pouvoirs publics peuvent avoir une action, seraient donc quasi anecdotiques, car si l'on ajoute 2 points de hausse du niveau général des prix aux accroissements en volume, on arrive à 6 à 7 points de croissance « naturelle »<sup>6</sup>. Les déterminants « endogènes » de la dépense ne représenteraient que 2 à 2,5 points de croissance en volume.

---

<sup>5</sup> Dont la définition est donc différente de celle présentée en Encadré 1.

<sup>6</sup> Le rapport évoque une réformabilité de 4 à 4,5 points en valeur ce qui équivaut à 2 à 2,5 points en volume.

« L'ONDAM médicalisé » correspondrait donc à une très petite partie de son évolution. La plus grosse partie étant incontrôlable et représentant ce que nous pourrions qualifier un «ONDAM socio-économique ». Ainsi, comme pour les prévisions concernant le chômage ou la hausse du niveau général des prix, les prévisions de l'ONDAM seraient suivies de simples mesures d'accompagnement destinées à en limiter les effets.

Le raisonnement présenté dans le rapport Coulomb est à notre avis très contestable. En effet s'il est exact que l'on dépense plus de soins en période de croissance, ce n'est pas parce que la croissance génère en elle-même plus de malades (bien au contraire, la reprise d'activité et la baisse du chômage contribuent à diminuer les dépenses de santé) mais parce que la santé est un bien supérieur dont la consommation augmente avec le niveau de vie et le développement. Ce sont les consommateurs qui déterminent quels biens supérieurs ils souhaitent consommer en fonction notamment de leurs revenus et des prix relatifs des biens et services. Or pour les biens et services de santé, les prix sont faibles pour le consommateur du fait de la prise en charge collective (remboursement), ce qui renforce la propension à en consommer plus. Pour autant, la dépense financée collectivement (l'ONDAM) n'est en rien obligée de suivre cette évolution tendancielle induite par les goûts des consommateurs et le progrès technique. Au contraire, il appartient au régulateur de freiner cette progression lorsqu'il le juge nécessaire. L'accroissement aujourd'hui constaté de l'ONDAM n'a donc aucun caractère inéluctable, il correspond à un choix de laisser-faire et à l'abandon volontaire de tout mécanisme de régulation.

## **4.2 Le paradigme de la Confiance**

Dans le même axe de la « médicalisation de l'ONDAM » une nouvelle architecture conventionnelle a par ailleurs été instauré par la Loi du 6 mars 2002 et la LFSS pour 2003. Elle a défini de nouveaux accords contractuels permettant une « optimisation médicalisée des dépenses ». Cela a également conduit à la suppression des lettres clés flottantes et retour au système de fixation des tarifs par avenant aux conventions médicales.

Les engagements des signataires, collectifs ou individuels, le cas échéant pluriannuels, portent sur l'évolution de l'activité des professions concernées. Ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage de soins (AcBus) (L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale) qui constituent dans ce cas une annexe de la convention médicale professionnelle, ou de contrats de bonne pratique (L. 162-12-18 du code la sécurité sociale). Des contrats de santé publique (L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale) doivent avoir été déterminés dans le cadre conventionnel, avant que les professionnels de santé puissent adhérer individuellement. Ces contrats fixent les engagements des professionnels et ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

Tout au long de l'année 2002-2003 les professions de santé et la CNAMTS ont recherché des accords susceptibles de déterminer les obligations respectives des parties. La revalorisation des actes devait avoir pour contrepartie ces engagements de bons usages de soins. En Avril 2003, des accords conventionnels ont été conclu avec toutes les professions de santé, à la seule exception des médecins spécialistes.

La mesure phare est la revalorisation au 1<sup>er</sup> juillet 2002 du tarif de la consultation au cabinet du médecin qui est désormais fixée à 20 euros, contre 18,5 euros précédemment, tandis que le tarif de la visite est porté à 30 euros au 1<sup>er</sup> octobre 2002, dont 10 euros de majoration de déplacement remboursables pour les visites médicalement justifiées. Mais, en contrepartie les

médecins s'engagent sur un double objectif : 12,5 % des médicaments prescrits doivent correspondre à des médicaments génériques. 25 % des prescriptions de médicaments doivent être rédigées en Dénomination Commune Internationale (DCI) ou en génériques.

L'idée de chaque contrat est du donnant-donnant dans une relation censée restaurer la confiance. Confiance non seulement dans le respect par les professionnels de santé de leurs engagements, mais également dans la capacité des producteurs de soins à assurer un équilibre financier global avec des outils souvent très qualitatifs (notamment pour les professions paramédicales) et souvent sans portée générale<sup>7</sup>.

Le postulat fait aujourd'hui est qu'un contrat basé sur une relation d'autorité (versement ou baisse des tarifs) n'assure qu'une coordination partielle et qu'il faut donc lui substituer une relation basée sur la confiance.

Ce contrat de confiance n'est pas nouveau. En effet, le contrat entre l'assurance maladie et les professionnels concernant la limitation de leurs prescriptions et tarifs a toujours en partie reposé sur une relation de confiance, puisque ceux-ci doivent appliquer le principe de « Tact et Mesure » dont ils sont les seuls juges dans leurs activités et prix pratiqués. Il en est de même des relations conventionnelles basées sur la confiance dans le respect de l'engagement futur mais qui sont très souvent dénoncées dès leur signature (cf conventions dénoncées en 1998 et 1999 étudiées plus haut).

La méthode de revalorisation tarifaire pour faire baisser les volumes employée ici n'est pas non plus nouvelle, puisqu'en 1980 la création du secteur 2 pour les médecins (permettant de pratiquer des honoraires libres) devait permettre de limiter le nombre de consultations et par là même l'accroissement des dépenses de santé. Cette mesure n'a pas eu l'effet escompté.

Cependant, on peut fortement douter de la capacité de ces accords pour freiner l'accroissement de l'ONDAM, pour trois raisons :

- parce que contrat basé sur confiance instauré par les Acbus repose sur l'octroi d'une augmentation tarifaire ex-ante, c'est à dire avant l'effort,
- parce que comme l'a souvent observé la CNAMTS, l'infléchissement observé n'est que de courte durée, l'évolution tendancielle reprend en général un an après la mise en place de la mesure ;
- enfin parce que le nombre d'Acbus devrait être considérable pour avoir un réel impact macro-économique sur les dépenses.

S'il est vrai que la qualité des soins passe par une bonne organisation (1 € dépensé n'apporte pas toujours la même utilité en fonction des caractéristiques du système), l'ensemble de ces mesures paraissent toutefois être des ajustements à la marge. Leur objet est plus de corriger les dysfonctionnements majeurs ou l'hétérogénéité des pratiques.

Des réflexions plus globales se sont engagées parallèlement, elles s'inspirent souvent des expériences étrangères (Royaume-Uni, Pays-Bas, pays nordiques, Canada, États-Unis...). On parle aujourd'hui d'un projet de Loi sur la Gouvernance de l'assurance maladie qui comprendrait (Bussière, 2003) : une association plus étroite des professionnels de santé et des assurés à la gestion de l'Assurance Maladie, le choix de l'échelon territorial le plus pertinent

---

<sup>7</sup> Les Acbus sont parfois régionalisés et signés seulement avec une Union Régionale de Caisses d'Assurance Maladie (URCAM)

(passant par la régionalisation ou la déconcentration), l'expérimentation de nouveaux modes de gestion passant par le jeu de la concurrence (entre offreurs ou entre assureurs), la définition d'un panier de biens et services de soins. Ces réformes conduisent, plus qu'à la mise en place de nouveaux mécanismes de régulation, à la redéfinition du périmètre initial de l'ONDAM.

## **5 CONCLUSION : L'IMPASSE OBLIGEANT A REDEFINIR LE PERIMETRE INITIAL DE L'ONDAM**

L'ONDAM avait initialement pour objectif d'exproprier les professionnels de santé d'une partie de leurs rentes, tout en conservant un financement collectif, en les obligeant à se conformer à un taux d'augmentation « raisonnable » de leurs revenus par un ajustement prix-volumes. Aujourd'hui la transformation de l'outil initial aboutit à un ONDAM dont le statut est celui d'une prévision économique basée sur la confiance, avec des taux d'accroissement des dépenses de santé comparables à ceux des trente glorieuses, alors même que la croissance économique enregistre un fléchissement considérable. Il n'y a donc plus aujourd'hui en France de mécanisme de régulation des dépenses de santé.

Sans régulation, l'ajustement ne pourra vraisemblablement pas s'effectuer par une augmentation des charges de financement, ni par un accroissement continu des déficits, du fait notamment de la contrainte sur les finances publiques induite par les traités de Maastricht et d'Amsterdam. Seule la détermination d'un panier de biens et services de soins financé collectivement plus restrictif que l'ONDAM pourra assurer l'équilibre des finances publiques.

Le HCSP a édité deux rapports à un an d'intervalle (HCSP, 2000 et 2001) sur le panier de biens et services de soins. Il rappelle que les critères d'inclusion qui ont été utilisés jusqu'à présent ne correspondent pas à une approche rationnelle mais à une approche cumulative destinée à favoriser les différentes corporations. Il faut donc à présent définir explicitement ce qui doit faire partie du panier de soins et être financé collectivement (au titre du principe de solidarité nationale) et ce qui doit en être exclu (et qui relève de l'assurance facultative ou de l'auto-assurance). Pour le HCSP, le panier de biens et services de soins peut en effet être envisagé comme « l'ensemble des prestations dues en toutes circonstances à tout citoyen, apparaissant ainsi comme l'élément fondateur de la qualité du système de soins et de son accessibilité pour les besoins prioritaires ». Mais la redéfinition du périmètre pose la question, non résolue à ce jour, de la détermination des critères d'inclusion. Plusieurs ont été proposés ou utilisés à l'étranger et sont à l'étude (l'efficacité et l'efficience, le service médical rendu, l'utilité, la demande sociale ...).

Les modalités de coordination entre l'assurance maladie obligatoire et l'assurance complémentaire autour du panier de soins restent également à définir. La couverture de certains risques ou soins non pris en charge par le panier peut être laissée à la liberté de l'assuré, qui peut alors s'adresser aux services d'une assurance complémentaire. Par contre, tout ce qui correspond aux besoins jugés « essentiels » de prise en charge relève du domaine d'une gestion coordonnée entre assurance obligatoire et complémentaire. Le rapport Chadelat (Chadelat, 2003) rendu en Avril 2003 pose dans ces termes les bases d'un nouveau système de prise en charge du risque Maladie, conjointement à la redéfinition du panier de soins.

Dans la longue histoire de la maîtrise des dépenses de santé financées collectivement, l'ONDAM ne sera sans doute que la deuxième étape. La première ayant été la croyance en la responsabilité de la demande de soins (c'est-à-dire des consommateurs). Elle s'est

accompagnée de relèvement successifs du ticket modérateur accroissant sa participation financière. Cela a eu des conséquences non désirées en matière d'équité dans l'accès aux soins et a abouti à la création de la Couverture Maladie Universelle (CMU) assortie de la CMU Complémentaire (CMUC) .

La deuxième, correspond à la mise en place de l'ONDAM. Reconnaisant implicitement l'existence d'une demande induite par les professionnels et la poursuite par ceux-ci de la recherche d'un revenu cible le plus élevé possible, elle s'est traduite par un essai de mise en place de contrôles prix-volume assortis de sanctions financières et tarifaires qui se sont révélées peu efficaces car peu mises en application.

La troisième étape qui s'ouvre aujourd'hui est celle d'un basculement, comme dans d'autres pays, de la régulation d'une partie de la dépense vers les assureurs et mutuelles complémentaires. Ce tiers devant à présent jouer le rôle d'intermédiaire, dès le premier euro, entre production et consommation de soins pour certaines dépenses, alors qu'il se contentait, jusqu'alors, de compléter les paiements de l'assurance maladie. Sans remettre en cause l'intégralité du financement collectif, cette nouvelle organisation permettra pense-t-on de relâcher la contrainte sur celui-ci.

## BIBLIOGRAPHIE

BUSSIERE C. (2003), « La maîtrise des dépenses de santé », *Regard sur l'actualité*, Février 2003, La documentation Française. pp. 5-12.

CAUSSAT L., FENINA A, GEFFROY Y (2003), « Quarante années de dépenses de santé , Une rétopolation des Comptes de la santé de 1960 à 2001 », *DREES*, N°43.

CHADELAT (2003), *La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé*, Commission des comptes de la sécurité sociale, Avril.

COULOMB A (2003), « Médicalisation de l'ONDAM », *Rapport du groupe de travail de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale*, CCSS, Mars.

COUR DES COMPTES (2003), *La Sécurité Sociale*, Les Editions des Journaux Officiels, Septembre.

COUR DES COMPTES (2002), *La Sécurité Sociale*, Les Editions des Journaux Officiels, Septembre.

COUR DES COMPTES (1999), *La Sécurité Sociale*, Les Editions des Journaux Officiels, Septembre.

COUR DES COMPTES (1998), *Rapport Annuel au Parlement sur la Sécurité Sociale*, Septembre.

EVIN C. (2002), *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur la Proposition de Loi de M. Jean Le GARREC portant rénovation des rapports conventionnels entre les professions de santé libérales et les organismes d'assurance maladie*, Assemblée Nationale, N°3524, Janvier 2002.

EVIN C. (2000), *Rapport fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales sur le Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2001*, Assemblée Nationale, N°2633, Octobre.

Haut Comité de la Santé Publique (2000), *Le Panier de biens et services de santé : Première approche, Rapport à la Conférence Nationale de Santé et au Parlement*, Editions ENSP, Février.

Haut Comité de la Santé Publique (2001) *Le Panier de biens et services de santé : Du concept aux modalités de gestion, Rapport à la Conférence Nationale de Santé et au Parlement*, Editions ENSP, Février.