

FICHES CONCOURS

POLITIQUES SOCIALES ET DE SANTE

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Août 2020



Hokusai, Mille images de l'océan

Création, définition, montant 2020 prévu avant la pandémie COVID

▪ Devant le caractère répétitif des déficits, notamment de la branche maladie du régime général, les ordonnances de 1996 ont visé à réformer profondément le pilotage de la sécurité sociale. Il a fallu, pour ce faire, une réforme constitutionnelle modifiant l'article 34 de la constitution qui prévoit le vote annuel de lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). L'article 34 dispose que ces lois « déterminent les conditions générales de l'équilibre financier [de la sécurité sociale] et, compte tenu des prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique ».

Ainsi, les LFSS fixent l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie) qui est commun à tous les régimes. Dès l'origine, l'ONDAM a eu pour rôle d'être un outil de régulation des dépenses prises en charge par l'assurance maladie. Cependant, juridiquement, l'ONDAM n'est pas contraignant, même s'il fait l'objet d'un vote. Il peut difficilement l'être dans un système où l'offre de soins est assurée par de très nombreux prestataires, établissements publics de santé d'un côté, soumis à des contraintes quasi-budgétaires, médecins libéraux de l'autre, qui sont maîtres de leur activité. De ce fait, l'ONDAM est soit « prévisionnel », soit « constaté ».

▪ L'ONDAM recouvre les soins pris en charge par l'assurance maladie au titre de la maladie, de la maternité et des accidents du travail (honoraires et prescriptions, médicaments, analyses, biens médicaux, dépenses d'hospitalisation et frais de transport). Il comprend également les soins délivrés en institution aux personnes âgées et handicapées. Cependant, s'agissant des prestations en espèces, l'ONDAM ne couvre que les indemnités journalières (IJ) en maladie et risques professionnels, pas les IJ maternité (que l'on veut pas soumettre à quelque régulation que ce soit) ni les rentes du risque professionnel. L'ONDAM couvre enfin les dépenses du FIR, fonds d'intervention régional créé par la LFSS pour 2012. Le FIR, financé pour l'essentiel par l'assurance maladie et la CNSA (caisse nationale de solidarité

pour l'autonomie), est géré par les Agences régionales de santé et finance des actions qu'elles choisissent dans le cadre des contrats d'objectifs passés avec les établissements et services : l'objectif est d'encourager la prévention, d'améliorer les parcours de soins coordonnés et la qualité de l'offre sanitaire et médico-sociale, d'encourager enfin les actions en faveur de la démocratie sanitaire, de la permanence et de l'efficacité des soins. C'est un des moyens dont disposent les ARS pour piloter et orienter la politique de santé régionale.

Le champ de l'ONDAM ainsi défini ne correspond pas à l'ensemble des dépenses assurées par les caisses d'assurance maladie : ainsi les prestations versées au titre de l'invalidité et du décès ne figurent pas dans l'ONDAM (il est vrai qu'il ne s'agit pas, stricto sensu, de maladie), ni les dépenses de prévention, de gestion ou les prestations extra légales, pas plus, on l'a vu, que les IJ maternité ou les rentes AT/MP. L'évolution de l'ONDAM est donc différente de l'évolution des dépenses de la branche maladie de la sécurité sociale.

- Aux termes des textes (loi organique du 2 août 2005 relative aux LFSS précisant l'application de l'article 34 de la constitution), l'ONDAM est décomposé en plusieurs sous-objectifs. En 2020, l'ONDAM prévu dans la LFSS était la somme de 6 sous-objectifs :

ONDAM prévisionnel LFSS 2020 par sous-objectifs		
Soins de ville	93,6 Mds	+ 2,4 %
Dépenses des établissements de santé	84,4	+ 2,4 %
Dépenses des établissements et services pour personnes âgées	10	+ 2,9 %
Dépenses des établissements et services pour personnes handicapées	11,7	+ 2,6 %
Fonds d'intervention régionale	3,5	+ 1 %
Autres prises en charge (dépenses de différents fonds ou soins à l'étranger...)	2,4	+ 5,2 %
Total	205,6	+ 2,45 %

Les données ci-dessus tiennent compte des rectifications apportées au projet initial de la LFSS, après la présentation en novembre 2019 du plan « investir pour l'hôpital ». Dans le premier projet de septembre 2019, le taux d'évolution des dépenses hospitalières étaient de 2,1 % et le taux d'évolution de l'ONDAM de 2,3 %. Les manifestations du personnel hospitalier ont obtenu par la suite un certain assouplissement de l'ONDAM hospitalier. L'on verra que ces prévisions ont été bouleversées par la survenue du COVID lors du premier trimestre 2020.

Jusqu'à la pandémie 2020, le calcul de l'ONDAM et son taux d'évolution

- Le montant de l'ONDAM était, jusqu'à la pandémie 2020, défini chaque année selon la méthode suivante :
 - Calcul de la base de l'année écoulée en intégrant les modifications de périmètre souhaités. Pour le calcul de l'ONDAM 2020 voté, la base 2019 est ainsi passée de 200,4 MDS à 200,6 MDS ;
 - Estimation, ensuite, du taux d'augmentation tendancielle des dépenses (secteur par secteur), puis addition du tendanciel pur et des mesures d'amélioration déjà décidées au moment du vote prévisionnel de l'ONDAM. Pour 2020, dans la LFSS, l'estimation de l'évolution tendancielle de l'ONDAM a été au total de + 4,4 %. Ainsi, pour les soins de ville, à l'évolution purement spontanée des dépenses (4,5 %) se sont ajoutés notamment l'amélioration de la prise en charge des soins dentaires, le

déploiement des communautés territoriales de territoires et le financement des assistants médicaux, soit un taux d'évolution tendancielle total de 5,6 % ; le taux tendanciel d'évolution des dépenses hospitalières a été estimé à un niveau plus faible (+ 3,3 %, intégrant notamment la part du financement à la qualité, la réforme des hôpitaux de proximité, la poursuite du protocole sur les parcours professionnels et le pacte de refondation des urgences) ; les dépenses des autres secteurs ont été calculées avec les mêmes méthodes (en l'occurrence +3,2 % pour les dépenses médico-sociales pour les personnes âgées et handicapées, 1 % pour le FIR et 5,2 % pour les autres dépenses) ;

- Puis calcul du montant des économies qu'il est nécessaire de réaliser pour obtenir le taux d'évolution de l'ONDAM souhaité par rapport à l'année précédente.

Ainsi, en 2020, le tendanciel total a été estimé lors du vote de la LFSS à + 4,4 % par rapport aux dépenses 2019. Or, le taux d'évolution souhaité était au départ de 2,3 points. Un plan d'économie de 4,2 Mds était donc nécessaire pour atteindre le taux d'évolution de l'ONDAM jugé souhaitable. Le taux souhaité a ensuite été augmenté à 2,45 % pour répondre à la crise des urgences hospitalières, et le taux d'évolution des dépenses destinées aux établissements de santé augmenté à 2,4 %.

Trois remarques peuvent être faites sur ce mode de construction.

1° La construction de l'ONDAM obéit à des considérations d'opportunité politique et de communication : le taux final d'évolution inscrit dans la loi découle d'un choix politique, sachant que, jusqu'en 2020, le gouvernement entendait à court ou moyen terme ramener à l'équilibre la branche d'assurance maladie par maîtrise des dépenses. La loi de programmation des finances publiques 2018-2022 prévoyait en effet l'évolution de l'ONDAM sur les années 2018-2020, qui devait passer de 195,2 Mds en 2018 à 204,3 Mds en 2020 : les pouvoirs publics avaient alors pour priorité d'en maîtriser l'évolution. La comparaison entre la prévision de la loi de programmation et le constat est cependant malaisée : la prévision est en effet calculée dans la loi à périmètre constant. Or, chaque année, le périmètre de l'ONDAM change, même modestement.

2° Deuxième remarque, le niveau des évolutions tendanciennes utilisées (plus de 4 %) peut paraître élevé : avant la pandémie, il n'évoluait guère pourtant d'année en année, témoignant de la propension spontanée des dépenses de santé à augmenter du fait de la demande et du progrès technique. Le plan d'économies de 4,2 Mds prévu en 2020 pour compenser cette évolution tendancielle portait sur des économies sur l'offre de soins (développement de certains soins ambulatoires, comme en chirurgie, en substitution à des soins hospitaliers traditionnels), sur l'optimisation des dépenses de logistique des établissements (achats notamment), sur le prix des produits de santé, sur l'effort de maîtrise médicalisée de certaines dépenses (produits de santé et actes médicaux) jugées excessives au regard de leur efficacité, sur la réduction des IJ maladie et sur la lutte contre la fraude. Ces divers postes d'économies ont été mis à contribution d'année en année, depuis longtemps, ce qui pose, au moins s'agissant de certains d'entre eux, la question de leur exploitation indéfinie.

3° Troisième remarque, les taux d'évolution, comme les économies imposées, ont été jusqu'ici fixés par secteur. Les établissements de santé ont soulevé de manière récurrente la question

de leur contribution à l'effort de maîtrise des dépenses, jugée plus lourde que celle du secteur de ville. De fait, les établissements de santé étaient seuls touchés par la mise en réserve de certains crédits en début d'année (voir ci-dessous) pour garantir l'atteinte des objectifs ainsi que par les choix de revalorisation (ou de non revalorisation) des tarifs de la T2A (tarification à l'activité). Ceux-ci doivent en effet « tenir » dans l'ONDAM et servent de variables d'ajustement, notamment lorsque certaines activités sont dynamiques en volume. Traditionnellement, les soins de ville ne supportent pas les mêmes contraintes.

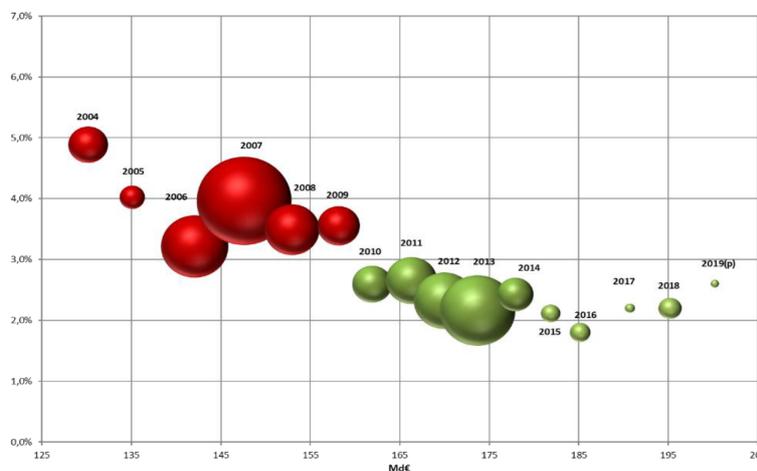
- De 2010 à 2020, le respect de l'ONDAM a été assuré.

Jusqu'en 2010, l'ONDAM voté a souvent dépassé 3 % et la réalisation a systématiquement dépassé ce niveau : certaines années le taux d'évolution effectif des dépenses a même atteint 4 ou 5 %. La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait pourtant mis en place un Comité d'alerte (composé du secrétaire de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur de l'INSEE et d'une personnalité qualifiée), avec mission de suivre l'évolution des dépenses en cours d'année et de lancer une procédure d'alerte si l'évolution de ces dépenses était incompatible avec le respect de l'ONDAM. Devant la faible efficacité du dispositif, sur proposition du rapport Briet de 2010, le seuil d'alerte a été baissé (à 0,5 % de dépassement des dépenses), le Comité d'alerte a observé un suivi plus serré et il a été décidé que des crédits seraient mis en réserve en début d'année (la mise en réserve concernait en 2020 0,3 % de l'ONDAM).

De 2010 à 2020, ces mesures ont permis de respecter l'enveloppe votée de l'ONDAM, avec même une sous-exécution importante au départ et qui s'est réduite ensuite. Pour autant, le respect de l'ONDAM ne garantit nullement l'équilibre des comptes de la branche maladie, d'abord parce qu'il existe un différentiel dans le champ pris en compte entre l'ONDAM et la branche d'assurance maladie (dépenses d'invalidité, rentes AT...) mais surtout parce que le taux d'évolution effectif des dépenses, même contraint, reste toujours supérieur à l'évolution des recettes.

Le respect de l'ONDAM (ONDAM constaté)

Evolution de l'ONDAM de 2004 à 2019 (en abscisse les dépenses en MDS et en ordonnée le taux d'évolution)
 En rouge l'ONDAM non respecté, en vert l'ONDAM respecté, la taille des sphères correspondant à l'écart prévisions-réalisations



Source : PLFSS 2020, annexe 7, ONDAM et dépenses de santé

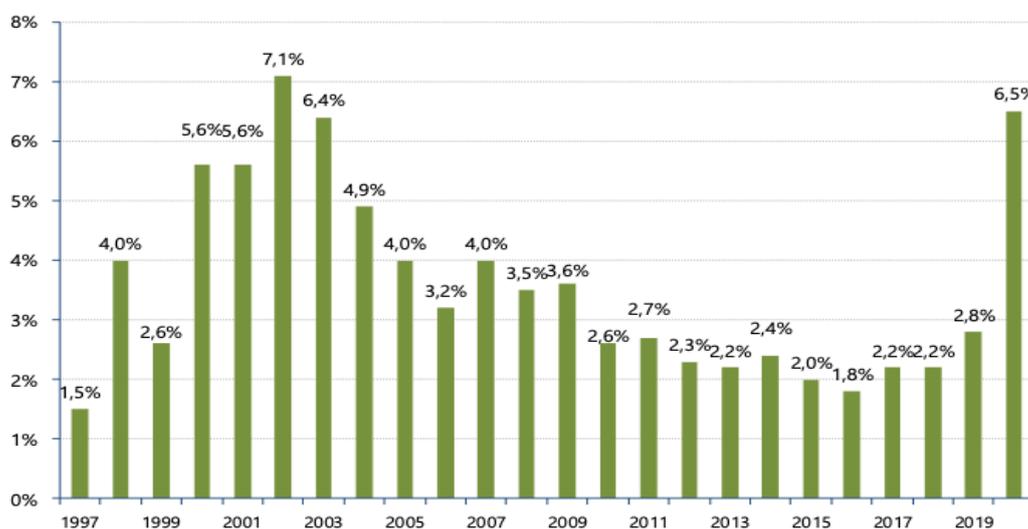
- Depuis 2010, la politique a d'abord été de baisser assez nettement le taux d'évolution de l'ONDAM, avec l'espoir de le ramener au niveau de la croissance du pays, puis les pouvoirs publics y ont renoncé au profit d'un taux d'évolution moins restrictif, pour financer notamment certaines évolutions en dépenses de ville (convention médicale de 2016 sur 2017, plan « Ma santé 2022 » ensuite). Le ressaut de 2019 est lié aux engagements de ce plan (voir graphique ci-dessous).

La situation constatée en juin 2020 compte tenu de l'épidémie de COVID

En 2020, la pandémie a bouleversé les prévisions des finances sociales. Augmentation des dépenses sociales, en particulier des dépenses de santé, chute des recettes, les prévisions de déficit se sont spectaculairement dégradées. En juin 2020, la Commission des comptes de la sécurité sociale a annoncé un creusement du déficit de l'assurance maladie de -1,5 Mds en 2019 à - 31 Mds en 2020, à replacer dans le cadre d'un déficit global du RG de 52 Mds. Cette situation est essentiellement imputable à la baisse des recettes due au fort ralentissement de l'activité (- 43 Mds sur un total de déficit de 52 Mds), dont témoigne la baisse de PIB en volume (- 11 % en 2020).

Pour autant, les outils de gestion et notamment l'ONDAM ont été affectés également, l'écart estimé avec les prévisions 2020 figurant dans la LFSS de cette même année étant estimé à 8 Mds, ce qui correspond à une évolution prévue de + 6,5 % de l'ONDAM 2020 qui résulte du cumul des surcoûts de santé face à la crise (+ 12 Mds) et de la baisse des dépenses de ville.

Evolution des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM de 1997 à 2020 en %



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale juin 2020

Synthèse des impacts estimés de la crise sur l'ONDAM 2020

<i>(en Md€)</i> ONDAM 2020	
Surcoûts bruts liés à la crise	12
<i>Dotation Santé publique France</i>	4,5
<i>Primes et heures supplémentaires</i>	2,1
<i>Autres dépenses établissements sanitaires et médico-sociaux</i>	1,7
<i>Indemnités journalières</i>	2,0
<i>Autres dépenses</i>	1,7
Aide professionnels de santé ville	1,4
Impact de la crise sur l'activité en ville	-5,4
Dépassement ONDAM	8

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale juin 2020

Au-delà de 2020, l'inconnu

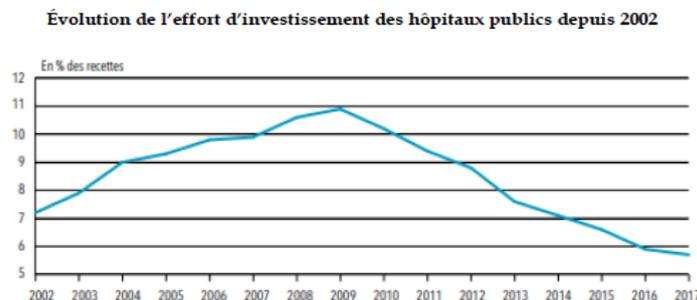
Il est prématuré, à l'été 2020, d'établir des prévisions sur l'ONDAM 2021 et, a fortiori, sur la trajectoire souhaitée par les pouvoirs publics pour les années ultérieures. Les conclusions du « Ségur de la santé » publiées en juillet 2020 marquent un revirement dans la politique de santé appliquée aux établissements publics de santé : à un plan de revalorisation salariale de plusieurs milliards s'ajoute un plan d'aide à l'investissement massif (13 Mds de reprise de la dette hospitalière et 2,1 Mds pour l'aide aux investissements des établissements de santé, avec un plan spécifique pour le développement du numérique).

Les engagements pris lors du Ségur (réformer la tarification hospitalière, ouvrir des lits à la demande, développer l'hospitalisation à domicile, assouplir les cadres de décision) ne vont pas dans le sens d'un resserrement de l'ONDAM après la parenthèse de 2020. Il est vrai que parallèlement, la loi organique du 7 août 2020 relative à la dette sociale et à l'autonomie et la loi ordinaire du même jour qui l'accompagne prévoient le prolongement de la CADES (caisse d'amortissement de la dette sociale) de 2024 à 2033 et la reprise par cet organisme, en plus des déficits passés et de la reprise des 13 Mds de dette hospitalière annoncée fin 2019, de 92 Mds de déficits prévisionnels de la sécurité sociale pour 2020-2023 liés à la crise sanitaire et aux mesures d'investissement décidées lors du Ségur de la santé. Il est donc probable que l'ONDAM augmentera nettement pour ces 3 années.

Les critiques adressées à l'ONDAM : des perspectives de réforme incertaines

- L'ONDAM, couplé à la tarification hospitalière par actes (T2A), a d'abord une vocation de maîtrise des dépenses, voire de rabout, en imposant des économies jugées excessives. En outre, il n'incite pas à améliorer la qualité et la pertinence des soins. L'ONDAM est même accusé d'agir en sens contraire, certains établissements cherchant, pour échapper à la contrainte financière, à multiplier les actes qui « rapportent » davantage dans la tarification T2A ou à coder les actes réalisés de la manière la plus favorable possible. La volonté d'assouplissement de la tutelle financière sur les établissements publics de santé dont témoigne le Ségur de la santé (décisions de juillet 2020) aura sans doute des répercussions sur le niveau d'économies exigées pour respecter l'ONDAM, de même que les changements prévus de la tarification hospitalière devrait en atténuer les contraintes ; cette critique devrait donc s'atténuer ;

- La Cour des comptes souligne régulièrement (la dernière fois dans son rapport d'octobre 2018 sur l'exécution de la LFSS) la fragilité, voire les erreurs de méthode du calcul des évolutions tendanciennes comme les incertitudes du chiffrage des économies prévues, insuffisamment documentées selon elle. La Cour considère que les imperfections de calcul de l'ONDAM (qui valent globalement et secteur par secteur) ne permettent pas un pilotage suffisamment précis de l'effort de maîtrise : compte tenu du gonflement du taux prévisionnel, l'exécution ne serait pas significative et les économies seraient surestimées. La Cour critique en outre les pouvoirs publics pour compter dans les économies la moindre croissance des dépenses et surtout pour ne pas effectuer une évaluation ex post de leur réalisation ; le pilotage de l'ONDAM serait donc à resserrer ;
- Critique plus fondamentale, l'ONDAM n'est pas pluriannuel, même si la loi de programmation encadre en théorie son montant sur 3 ans, pas plus que n'est pluriannuelle la tarification des actes au niveau hospitalier : cette pratique insécurise les établissements, ne les incite pas à mener des actions d'économies de long terme et a, comme le niveau de l'ONDAM, un lien avec la diminution (inquiétante) de leurs investissements.



Source : rapport sénatorial d'information sur l'ONDAM, septembre 2019

- En 2018, la Cour insiste sur une critique tout aussi décisive : elle note un dépassement récurrent de l'objectif de dépenses des soins de ville compensé par un ralentissement de l'activité hospitalière, lié lui-même à une augmentation du déficit des établissements de santé. Le rapport sénatorial d'information d'octobre 2019 sur l'ONDAM conforte cette analyse : ainsi, depuis 2015, les dépenses de ville dépassent l'évolution prévue tandis que, depuis 2010, les dépenses des établissements de santé ne l'atteignent pas. L'équité est en cause mais aussi la préservation du système de soins : les établissements publics de santé sont en déficit (celui-ci est estimé à 822 millions en 2017 et à 663 millions en 2018) parce qu'ils ne parviennent pas à s'adapter aux contraintes des dotations et des tarifs alloués, ce qui les amène, on l'a vu, à diminuer leur effort d'investissement. A l'inverse, les soins de ville ne subissent pas ou peu de mesures restrictives. Hormis la contrainte sur les prix des médicaments et plus rarement sur l'évolution des tarifs, il n'existe d'ailleurs pas pour les soins de ville de levier direct de maîtrise de la dépense, en tout cas pas sur les quantités : les efforts de maîtrise médicalisée dans le secteur de ville relèvent du volontariat. C'est bien de cette caractéristique de l'ONDAM dont les personnels hospitaliers se plaignaient lorsqu'ils évoquaient, en 2019 puis en 2020, la part excessive supportée par les établissements publics de santé dans la contrainte exercée sur les dépenses de santé.

Un exemple de la régulation appliquée aux établissements de santé : évolution moyenne annuelle des tarifs hospitaliers appliqués aux actes (en fonction d'une régulation prix/volume et du volume constaté des actes)

2014	2015	2016	2017	2018	2019
0 %	-0,65%	-1%	-0,9%	-0,5 %	+ 0,2 %

- Cette critique permet également de souligner les insuffisances de l'ONDAM en tant qu'outil de pilotage du système de santé.

La construction même de l'ONDAM s'appuie sur un découpage de l'offre de soins qui est institutionnelle ou juridique et non médicale. Le découpage lui-même est parfois artificiel (ainsi les honoraires des médecins libéraux qui interviennent dans les établissements de santé privés à but lucratif relèvent de l'ONDAM soins de ville) mais il est surtout contraire aux objectifs des pouvoirs publics d'encourager les « parcours de soins », c'est-à-dire l'accès aux soins appropriés avec collaboration de tous les prestataires de soins, hospitaliers, de ville ou médico-sociaux.

L'ONDAM est de ce fait trop déconnecté des objectifs de santé, même si certaines des économies prévues pour l'atteindre (adéquation des séjours hospitaliers par exemple ou développement de certains soins en ambulatoire) peuvent s'en rapprocher. Il est certes loisible aux pouvoirs publics d'orienter certaines évolutions grâce à l'ONDAM : ainsi, le secteur médico-social a souvent bénéficié d'un taux d'évolution plus favorable et certains tarifs hospitaliers sont mieux réévalués que d'autres (chirurgie ambulatoire). Mais pour une large part, l'ONDAM finance l'existant secteur par secteur, n'anticipe pas certaines évolutions et ne contribue pas à restructurer le système de soins¹. L'ONDAM conforte en réalité son cloisonnement, d'autant que la régulation des établissements de santé relève de l'Etat et celle des prestataires de soins libéraux plutôt de l'assurance maladie.

- Enfin, entre les régions, les besoins de santé ne sont pas identiques et l'application d'un taux national y répond mal. Un rapport de la Cour des comptes (l'avenir de l'assurance maladie, 2017) considère ainsi qu'il existe une contradiction entre la mise en place des Agences régionales de santé par la loi HPST de 2009 en charge de restructurer l'offre de soins et de mieux répondre aux besoins de la population au niveau régional, et un pilotage centralisé et uniforme de l'ONDAM.

- Pour répondre à ces critiques, plusieurs propositions ont été faites dans le passé.

→ Outre une autre organisation du système de soins (le système ambulatoire devant davantage participer aux soins non programmés et à l'orientation des malades dans le parcours de soins), la Cour des comptes a proposé en 2017 de créer progressivement un ORDAM (objectif régional des dépenses d'assurance maladie) dans chaque région, de développer une tarification (mixte) au parcours de soins ou à l'épisode de soins pour les malades chroniques, de tenir compte enfin d'indicateurs de qualité pour rémunérer les prestataires de soins.

¹ Cette critique est clairement formulée dans le rapport d'information sénatorial sur l'ONDAM mentionné supra (septembre 2019)

→ De même, le rapport Aubert de 2019² commandé par la ministre de la santé propose une fusion (ou une redéfinition) du périmètre des sous-secteurs de l'ONDAM, pour éviter que ce découpage limite les nécessaires redéploiements et faciliter les tarifications combinées ville-hôpital (paiement au suivi des pathologies chroniques ou paiement à l'épisode de soins) proposées par le rapport pour financer les « parcours de soins ».

Jusqu'à présent, l'application de ces propositions (régionalisation de l'ONDAM, fusion des secteurs de ville et hospitaliers dans la définition de l'ONDAM ou prise en compte d'indicateurs de qualité et d'efficience des soins pour calculer les tarifs), est apparue comme trop difficile : de fait, il faudrait alors entièrement reconstruire le système de pilotage des dépenses de santé et étendre ce pilotage au secteur de ville. De plus, il faudrait que, dans le système de soins, des passerelles entre établissements et libéraux soient suffisamment repérables pour faire l'objet d'une tarification partagée.

De ce fait, en novembre 2019, lors de l'élaboration du plan « investir pour l'hôpital », les pouvoirs publics ne se sont engagés qu'à desserrer la contrainte financière.

La crise du COVID et la volonté ensuite de mieux répondre aux revendications du personnel hospitalier ont quelque peu changé la donne. La demande des participants du Ségur de la santé portait sur un ONDAM pluriannuel, décloisonné entre la ville et l'hôpital et qui servirait de levier pour améliorer certaines prises en charge.

Le ministre a été plus prudent dans les choix retenus : il a annoncé qu'il saisirait le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie d'une demande d'étude sur la réforme de l'ONDAM, dans la perspective d'éventuelles mesures en 2022. C'est tardif et lent...mais, si l'ONDAM mérite d'être réformé, le dossier est, c'est évident, difficile.

² Réforme des modes de financement et de régulation, vers un modèle de paiement combiné », janvier 2019