

# **Table Ronde n°1**

## **ONDAM : un vrai faux budget ?**

Alain Coulomb  
Le 8 avril 2009

# ONDAM

- Un objectif clair :
  - Assurer un meilleur pilotage de l'équilibre financier des régimes obligatoires d'assurance maladie,
- Une définition juridique ambiguë :
  - Il y a bien des recettes et des dépenses... mais
    - Prévisionnel ?
    - Indicatif ?
    - Impératif ?
  - Quelle sanction en cas de dépassement ?

# Un grand espoir... déçu

- Outils de cadrage et de référence irremplaçables,
- Occasion d'un débat national sur un sujet majeur,
- Objectivation des nécessaires arbitrages entre des choix collectifs,
- Instruments de communication, de transparence et de cohérence,
- Démarche de responsabilisation des acteurs et d'ancrage légitimé des dépenses de santé.

# L'échec : sa manifestation la plus visible

	ONDAM voté	Dépenses exécutées	Ecart
Moyenne 1997/2002	2.1 %	3.9 %	+1.8 %
1997	1.7 %	1.5 %	-0.2 %
1998	2.4 %	4.0 %	+1.6 %
1999	1.0 %	2.6 %	+1.6 %
2000	2.9 %	5.6 %	+2.7 %
2001	2.6 %	5.6 %	+3.0 %
2002	4.0 %	7.2 %	+3.2 %

Source : Rapport de la Commission des Affaires Sociales sur PLFSS 2003

# Ses causes – 1

- Le délitement de 1996 à 2002
    - Abandon des rapports d'équilibre,
    - Rejet des mécanismes de reversement censés assurer le bouclage financier,
    - Abandon des lettres clé flottantes,
    - Mécanismes de maîtrise médicalisée insuffisamment cohérents et efficaces.
- (→ rapport de la Cour des Comptes, 2003)

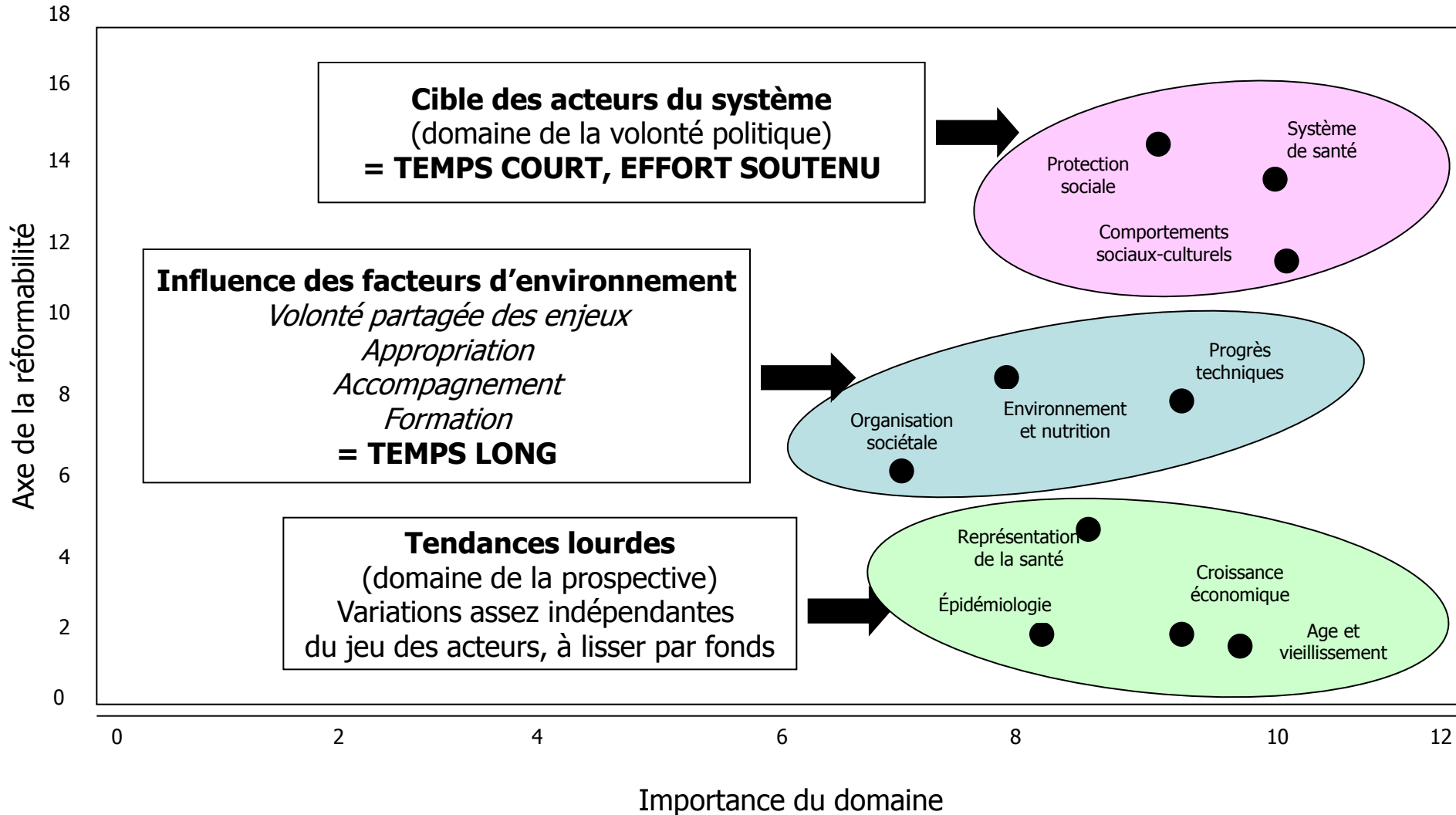
## Ses causes – 2

- Après 2003, un ONDAM plus fiable si la loi de Financement de La Sécurité Sociale :
  - s'appuyait sur des objectifs de santé publique,
  - se situait dans une perspective pluriannuelle,
  - se fondait sur un programme d'actions secteur par secteur, qui donne lieu à des objectifs chiffrés,
  - prévoyait des mesures de redressement en cas de dérive par rapport à l'objectif,
  - une planification plus pertinente des travaux : débat au printemps, vote éventuel d'un budget rectificatif.

## L'écart demeure

- Malgré un infléchissement, 1 point d'écart persiste entre dépenses votées et dépenses constatées après 2003.
- Ses effets :
  - le non respect systématique constitue un élément de dé crédibilité,
  - qui conduit à la loi d'août 2004,
  - laquelle a un effet réel mais vite « contrecarré » :
    - par l'inflation des ALD,
    - le début de la « crise ».

# Les déterminants principaux



# Organisation des soins

- Les mesures possibles :
  - SROS (ambulatoire),
  - Coordination,
  - Réseaux,
  - Contractualisation.
- L'accompagnement :
  - Systèmes d'information,
  - Démographie médicale,
  - Santé publique et économie de la santé,
  - FMC, EPP.

# Responsabilisation des acteurs

- Prévention, éducation thérapeutique et modalités de rémunération,
- Encadrement de la prescription,
- Accréditation des structures,
- Coordination intra sectorielle,
- ...

# Les ALD

- Le différentiel de croissance entraîne :
  - Un risque de concentration extrême (resterait l'hôpital pour les non ALD),
  - Conflit générationnel potentiel
  - Modèle social mis en cause.
  
- Scénarios probables :
  - Désengagement parallèle ALD / non ALD, soit par le nombre, soit par la sélectivité en fonction des ressources.

# L'affirmation récente de l'objectif transparence

- Les enveloppes 2009 exemple MCO :

50,828 milliards d'€ X 74 % = 37,646 milliards d'€

+ MIG 7;69

+ forfait annuel greffe urgence 1,149

+ médicaments et dispositifs médicaux en sus 4,339

+ 100 millions précarité

+ 100 millions aide à la contractualisation (« contre effet yoyo de la V11)

Santé publique : 390 millions

27 millions plan de solidarité grand âge

30,2 millions financement complémentaire cancéro

20 soins palliatifs

9 millions régulation SAMU...

## Son évolution possible

- Opposabilité (à périmètre juridique constant et s'il y a fongibilité entre les enveloppes),
- Pluri annualité, au moins des grandes orientations politiques quantifiées,
- Régionalisation.