

**DOCUMENT N° 14 :**

**STRUCTURE DE L'ONDAM ET MODALITES DE  
REGULATION**

---

*Ce travail est établi sous la responsabilité du secrétariat général du HCAAM, il n'engage pas le Haut Conseil*

# Sommaire

---

<b>Structure de l'ONDAM et modalités de régulation .....</b>	<b>2</b>
<b>1. Présentation actuelle de l'ONDAM .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Une construction de l'ONDAM et de son découpage discutés .....</b>	<b>8</b>
<b>Annexe : Le sous-objectif Fonds d'intervention régional (FIR) .....</b>	<b>13</b>

# Structure de l'ONDAM et modalités de régulation

---

L'innovation est par définition « création destructrice » pour reprendre la formule schumpétérienne. Elle crée de nouvelles activités, en rendant d'autres obsolètes sous l'effet des progrès des connaissances aussi bien que de l'évolution des techniques, des pratiques et des choix d'organisation et de prise en charge adaptés à l'évolution des besoins et attentes de la population.

Au cours des vingt dernières années, cette opération s'est essentiellement effectuée dans le système de santé au sein de chaque secteur d'activité, de ville d'une part, hospitalier d'autre part, comme en témoigne la grande stabilité observée dans la répartition des activités entre chacun sur la période (si l'on excepte la très forte croissance des urgences hospitalières).

En ville, la part des soins spécialisés s'est accrue, en lien notamment avec le développement des examens complémentaires, de même que celle des activités paramédicales cependant que l'activité de médecine générale était stable voire décroissait légèrement. La visite est devenue très minoritaire dans l'activité médicale, les professions paramédicales, aides-soignants et auxiliaires de vie assurant l'essentiel de la présence au domicile des patients qui le requièrent.

A l'hôpital, l'activité a connu une spécialisation croissante associée à la technicisation des interventions, les champs d'intervention des différentes disciplines ont été bouleversés et l'hospitalisation de jour ainsi que l'activité de séances a connu une très forte croissance cependant que l'hospitalisation complète en MCO décroissait.

La prise en charge des personnes âgées dépendantes s'est éloignée du cadre hospitalier à la faveur de la réduction du nombre de places en USLD et de la médicalisation des EHPAD. Elle est désormais assurée pour l'essentiel au domicile ou dans des établissements substitués du domicile, pour lesquels se pose la question de la densité des interventions relevant du champ sanitaire et de leurs conditions d'organisation, compte tenu de l'alourdissement des cas à prendre en charge.

Comment envisager l'avenir à l'horizon d'une quinzaine d'années retenu par le HCAAM ?

A cet horizon les diverses innovations identifiées devraient conduire à une poursuite des bouleversements au sein de chaque discipline et entre celles-ci, et plus largement, à un transfert important d'activités du champ des prises en charge hospitalières traditionnelles vers des prises en charge ambulatoires ou à domicile. Chacun en convient, même si demeurent certaines ambiguïtés et incertitudes. Des ambiguïtés quant à ce que recouvre le développement des prises en charge ambulatoires qui recouvre aussi bien l'activité hospitalière sans hébergement que les activités de ville. Des incertitudes, car si le développement des prises en charge ambulatoire ou à domicile répond aux attentes des patients, les conditions permettant d'en attendre une plus grande efficacité dans la gestion des parcours et les coûts qu'elles engendrent doivent être concrètement établis.

Le travail de projection des activités hospitalières à l'horizon de 2030 réalisé pour le HCAAM par la DREES fournit quelques repères.

Dans un scénario où entre 2012 et 2030 ne jouerait que le seul facteur démographique (effet de la déformation de la structure par âge de la population) le nombre total d'équivalent-journées d'hospitalisation s'accroîtrait de + 25%, avec une augmentation de + 19% du nombre de séjours et de + 29% du nombre de journées en hospitalisation complète.

Dans un scénario mobilisant les innovations identifiées par un comité d'experts pour les différents champs disciplinaires, en termes techniques, de pratiques et d'organisation, le nombre d'équivalents-journées d'hospitalisation pourrait être quasiment stabilisé sur la période malgré un accroissement du nombre de séjours hospitaliers de +15% sur la période. Cette évolution s'accompagnerait, en effet, de la poursuite à un rythme rapide de l'accroissement de la part des venues sans hospitalisation complète (représentant plus de 50% des séjours), le nombre de journées en hospitalisation complète restant globalement stable sur la période, la DMS continuant de baisser en hospitalisation complète pour tendre vers une moyenne de 5,5 jours.

La comparaison de la projection traduisant le pur effet du vieillissement toutes choses égales d'ailleurs et le scénario raisonné des experts, montre l'ampleur des efforts à poursuivre impliquant une poursuite du bouleversement dans les conditions de prise en charge hospitalière qui n'est possible qu'à condition que le suivi des patients en amont et en aval tout au long de leur parcours soit structuré plus qu'il ne l'est aujourd'hui et intègre un important volet préventif, d'éducation thérapeutique et d'accompagnement.

Peut-on traduire ces résultats en termes de moyens à allouer à chaque segment du secteur de santé ? Non, car il faudrait pour ce faire s'appuyer sur une analyse fine des conditions de réalisation des différentes activités hospitalières. Il serait utile que ce type de travail puisse être poursuivi par les administrations.

Il apparaît cependant que dans un contexte de transformation aussi important, alors même que la croissance des enveloppes de dépenses publiques dévolues à la santé est fortement contrainte, il serait opportun de faciliter les redéploiements de moyens entre activités et secteurs (sous réserve bien sûr de la pertinence des activités développées par chaque producteur de soins).

Or plusieurs éléments caractéristiques de la régulation financière globale s'opposent à de tels redéploiements :

- Un découpage des enveloppes constituant l'ONDAM par acteur institutionnel indépendamment de la dynamique des activités poursuivies,
- Une régulation, c'est-à-dire des mécanismes de négociation des objectifs d'évolution des dépenses et des économies à réaliser, fonctionnant par type d'acteurs institutionnels, avec pour conséquence l'octroi de taux d'évolution très peu différenciés pour chacun et une vision cloisonnée des gains d'optimisation possibles,
- De ce fait la difficulté à opérer tout mouvement significatif entre acteurs institutionnels et à développer des activités transcendant le clivage entre acteurs existants.

Cette problématique a donné lieu à diverses époques à des réflexions visant à médicaliser l'ONDAM et à en décloisonner la gestion. Les développements qui suivent permettent de rendre compte de ces réflexions et des questions qu'elles soulèvent.

## 1. Présentation actuelle de l'ONDAM

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est décliné en 7 sous-objectifs. Pour l'année 2016 cet objectif a été fixé à 185,2 milliards (cf. tableau).

<b>Article 87</b> <b>(Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016)</b>	
Pour l'année 2016, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit : (en milliards d'euros)	
	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	84,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	58,1
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	9,3
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,1
Autres prises en charge	1,7
<b>Total</b>	<b>185,2</b>

Initialement voté globalement, à sa création en 1997, l'ONDAM a été découpé en 6 sous-objectifs en 2006, dans le but de renforcer la portée du vote sur l'ONDAM, conformément aux dispositions contenues dans la loi organique de 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale<sup>1</sup> (cf. exposé des motifs de la loi organique). Ces 6 objectifs correspondent aux grands secteurs de l'offre de soins (ville, établissements de santé, établissements médicaux-sociaux pour personnes âgées et personnes handicapées et autres prises en charge<sup>2</sup>).

<sup>1</sup> La loi organique no 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, précise dans son article 1<sup>er</sup> au paragraphe I-D-3° que la loi de financement de la sécurité sociale « Fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs. La définition des composantes des sous-objectifs est d'initiative gouvernementale. Les commissions parlementaires saisies au fond des projets de loi de financement de la sécurité sociale sont consultées sur la liste des sous-objectifs et la définition des composantes de ces sous-objectifs. **Le nombre de sous-objectifs ne peut être inférieur à cinq** ». Elle précise également dans son article 2 que doivent être jointes au projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année des annexes, dont l'une, la 7<sup>ème</sup>, « Précisant le périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie et sa décomposition en sous-objectifs, et **analysant l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif**. Cette annexe présente les modifications éventuelles du périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou de la composition des sous-objectifs, en indiquant l'évolution à structure constante de l'objectif ou des sous-objectifs concernés par les modifications de périmètre. Elle précise les modalités de passage des objectifs de dépenses des différentes branches à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cette annexe indique également l'évolution de la dépense nationale de santé ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense. Elle rappelle, le cas échéant, l'alerte émise par une autorité indépendante. ».

<sup>2</sup> Les autres prises en charge comprennent les soins pour les ressortissants français à l'étranger et les dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (concernent notamment les dépenses de centres de soins spécialisés pour toxicomanes et des centres de cure en alcoologie).

En LFSS 2014 est venu en outre se rajouter un septième sous-objectif « dépenses relatives au Fonds d'intervention régional » visant à regrouper dans une même enveloppe limitative des crédits auparavant dispersés entre les autres sous-objectifs et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention. La création de ce sous-objectif vise à assurer un meilleur pilotage de ce Fonds créé en 2012 et dont le champ avait été élargi en 2013 (cf. annexe).

En fait dans leurs grandes lignes, les 6 sous-objectifs créés en 2006 correspondent à des agrégats qui préexistaient avant même la création de l'ONDAM et qui étaient présentés dès la création de l'ONDAM dans les documents législatifs préparatoires.

Cette structuration de l'ONDAM répond à une logique de régulation intra sous-objectif ; selon le sous-objectif, la régulation opérée étant variable. Cette régulation repose en effet soit sur des enveloppes limitatives dont une partie des montants peut être mise en réserve pour garantir le non dépassement de l'ONDAM ; soit sur des dépenses dites de guichet qui nécessitent la mobilisation de mesures de régulation de natures diverses (action sur les tarifs et/ou les volumes, remises conventionnelles...).

### Structure actuelle de l'ONDAM et mode de régulation

Sous-objectifs	Principales composantes	Catégories de	Mode de régulation	Régulateurs	Autres acteurs
1er sous objectif : soins de ville	-Professionnels de santé -Produits de santé -Prestations en espèces	-Dépenses de guichet	-Tarifs -Actions sur les volumes -Comité d'alerte (décalage des revalorisations) -Remises conventionnelles	-UNCAM -CEPS/HAS -Ministère de l'intérieur (taxis) -Ministres	-Syndicats libéraux - Industrie des Produits de santé
2ème et 3ème sous-objectifs : Etablissements de santé	-part tarifs (1) -dotations	- Dépenses de guichet - Dotations	-tarifs -mises en réserve	-Ministres	-fédérations - Industrie des produits de santé
4ème et 5ème sous objectifs : Médico-social	-PA -PH	- Dotations globales - Dépenses de guichet (prix de journée)	-Dotations totales limitatives	-Ministres -CNSA	-fédérations
6 <sup>e</sup> sous-objectif : autres	-ONDAM spécifique (2) -Soins des Français à l'étranger	- Dotations globales -Dépenses de guichet		-Ministres	
7ème sous objectif : FIR	-efficacité des structures sanitaires -permanence des soins -parcours de soins -prévention ; démocratie sanitaire	- Dotations globales	-Dotations totales limitatives -mises en réserve	-Ministres -ARS	

(1) dont liste en sus

(2) structures médico-sociales non déléguées à la CNSA

Cette segmentation de l'ONDAM a limité les évolutions structurelles, du fait notamment de la parité des taux de croissance votés entre les sous-enveloppes ville/établissements de santé pendant de nombreuses années.

### Taux de croissance annuel des sous-objectifs votés

Objectifs	2007 (0)	2008 (1)	2009	2010	2011	2012 (2)	2013	2014	2015	2016
Soins de ville	1,1%	1,9%	3,1%	2,8%	2,8%	2,1%	2,6%	2,4%	2,2%	1,7%
Établissements de santé	3,5%	3,1%	3,1%	2,8%	2,8%	2,6%	2,6%	2,3%	2,0%	1,7%
Établissements médico-sociaux	6,7%	6,5%	6,3%	5,8%	3,8%	4,0%	4,0%	3,0%	2,2%	1,9%
Autres prises en charge	7,6%	2,0%	-0,9%	5,0%	5,9%	5,9%	5,9%	5,6%	5,2%	4,6%
Dépenses relatives au FIR								3,2%	2,1%	1,0%
<b>ONDAM</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,8%</b>	<b>3,3%</b>	<b>3,0%</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,6%</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,1%</b>	<b>1,75%</b>

(0) modernisation des hôpitaux (hôpital 2007) +3,5 % ; ville dépenses hors produits de santé +2,7% (dont honoraires entre +3,5% et +4 %) ; produits de santé -2,6 %

(1) taux d'évolution identique entre ville et établissements de santé avant prise en compte des franchises en ville (-1,2%)

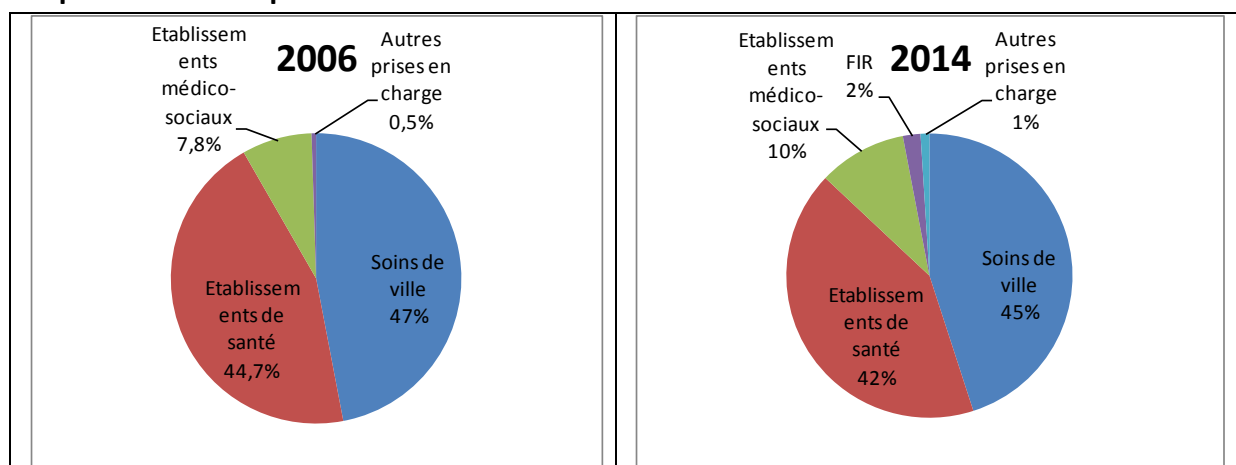
(2) taux d'évolution identique entre ville et établissements de santé avant plan de rigueur de novembre 2011 : taux initial proposé à 2,7% pour un taux total ONDAM à 2,8%

Source DSS/6B

Entre 2006 et 2013, les parts relatives des dépenses constatées entre le sous-objectif soins de ville et les sous-objectifs établissements de santé ont en effet peu évolué : la part des établissements de santé est passée de 44,7% à 44% et celle des soins de ville de 47% à 45% ; les baisses constatées des parts relatives des deux sous-objectifs établissements de santé et soins de ville se sont opérées au profit des sous-objectifs établissements médico-sociaux.

Pour l'année 2014, l'évolution est en revanche plus notable du fait de la création du sous-objectif FIR dont 80% des dépenses étaient imputées en 2013, avant sa création sur les sous-objectifs établissements de santé, la part établissements de santé corrigée de cet effet de champ se serait élevée à 43,5%.

### Répartition des dépenses



(\*) graphiques qui ne tiennent pas compte des évolutions de champ entre les différentes années - Source DSS/6B

La création du FIR constitue une évolution notable dans la mesure où les politiques qu'il porte sont pour certaines d'entre elles transverses aux secteurs et partiellement fongibles avec les autres interventions du Fonds. Les montants qui sont alloués à ces politiques transverses restent toutefois modestes. En 2015, par exemple, 802M d'euros devraient avoir été dépensés (selon les états prévisionnels de recettes et de dépenses) à l'organisation et à la promotion des parcours de soins. Par rapport aux ressources qui leur sont déléguées les ARS n'ont en effet que de faibles marges de manœuvre, dans la mesure où elles sont soumises au principe de fongibilité asymétrique qui veut que les crédits initialement destinés au financement de la prévention et à la prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie ne soient affectés qu'à ces actions ou à des actions de prévention et que l'autorisation qui est faite aux ARS de procéder à des transferts de crédits entre la dotation annuelle de financement et le FIR est limitée à 1% du montant régional des enveloppes concernées (cf. circulaires n° SG/2015/152 du 28 avril 2015 relative aux modalités de mise en œuvre du FIR en 2015, article L.174-1-2 du code de la sécurité sociale).

## 2. Une construction de l'ONDAM et de son découpage discutés

Depuis sa création, la construction de l'ONDAM, que celui-ci soit voté globalement ou par sous-objectifs, est critiquée dans la mesure où elle s'appuie sur la structure historique des offreurs de soins, et que la régulation qui l'accompagne ne permet que de faibles évolutions structurelles.

Il a été notamment reproché l'approche budgétaire de l'objectif fixé et sa non prise en compte des besoins de santé des populations. Bien que cette préoccupation ait été affichée dès le début, les exercices prévisionnels apparaissent déconnectés de toutes réflexions sur les objectifs et les priorités à retenir en termes de santé publique. Aussi, dès les années 2000, des travaux ont été menés afin d'étudier quelles pourraient être les modalités à retenir pour « médicaliser » l'ONDAM.

Des réflexions ont été aussi menées sur la pertinence d'un découpage régional de l'ONDAM afin de favoriser une plus grande fluidité entre secteurs et réduire les inégalités territoriales d'accès aux soins.

Enfin, des propositions ont pu être faites pour revoir le découpage de l'ONDAM en retenant dans certains cas des enveloppes décloisonnées établissements de santé / ville.

Ces trois pistes sont évoquées ci-après.

### *Tout d'abord la médicalisation de l'ONDAM*

Cette proposition suggère une construction de l'ONDAM fondée non sur une pure construction budgétaire articulée avec une allocation d'enveloppes réparties entre différents acteurs institutionnels, mais sur une compréhension des dynamiques pathologiques et médicales à l'œuvre dans le système de santé.

Au début des années 2000, des propositions ont été faites pour mieux articuler besoins de santé à partir d'études sur les déterminants fondamentaux des dépenses de santé (vieillesse, épidémiologie, progrès technique et croissance économique, comportements socioculturels...) et les états pathologiques associés, avec les mesures correctrices et d'accompagnement permettant une amélioration des performances du système soins<sup>3</sup>. On notait toutefois, malgré l'intérêt qu'elle pourrait représenter, la difficulté d'une approche qui s'appuierait sur un exercice prospectif par pathologies dans la mesure où « les pluri-pathologies, présentes en particulier chez un nombre de personnes âgées, ôtent à cette approche une grande partie de sa signification, puisqu'elle repose sur l'unicité du diagnostic ». Un tel exercice apparaissait en outre difficile à mener du fait de la segmentation des bases de données ville / établissements de santé.

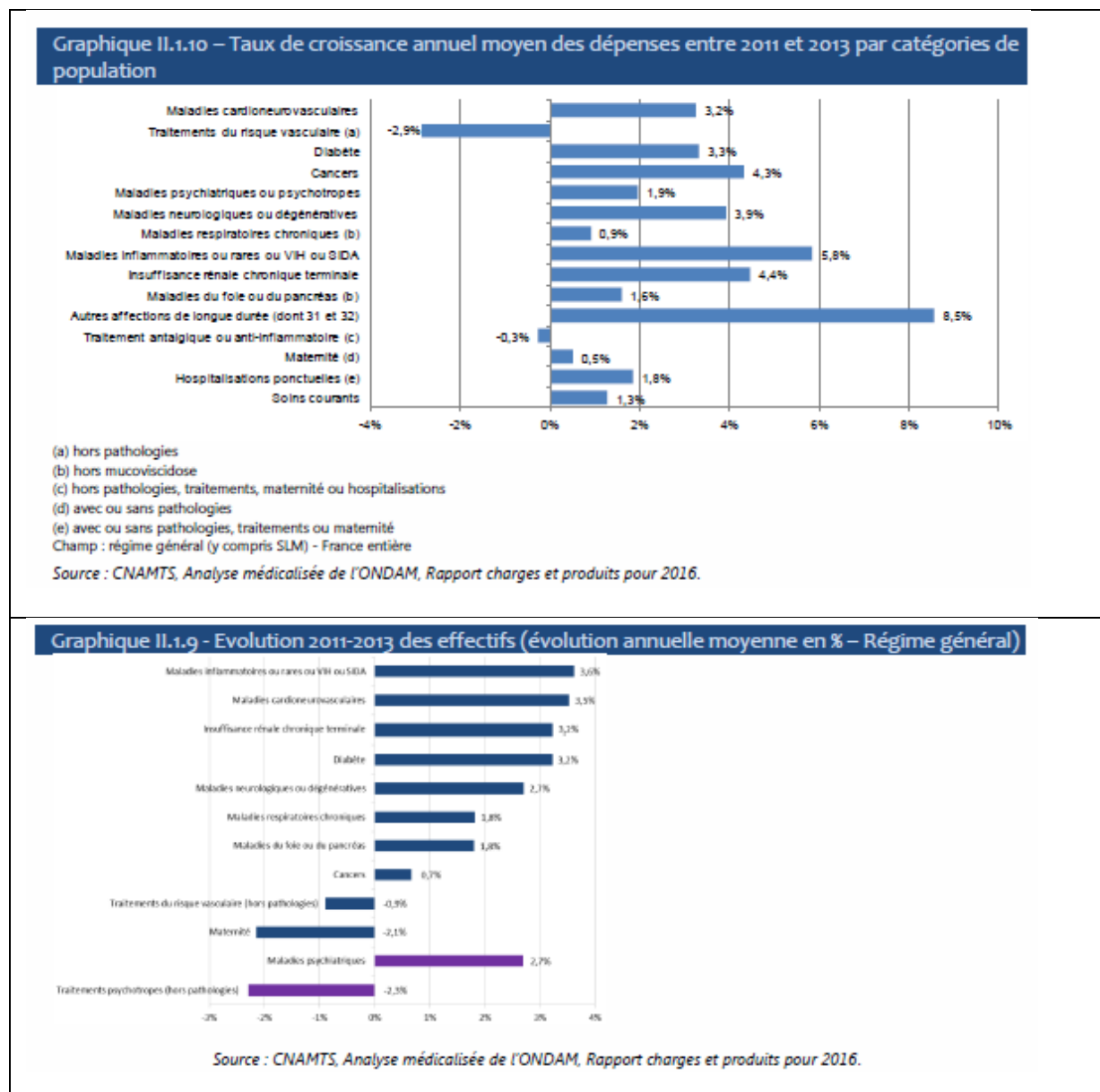
Depuis ce rapport des avancées méthodologiques ont été faites avec l'appariement des données individuelles du SNIIRAM (données sur les consommations de ville) et du PMSI (données sur les consommations hospitalières).

---

<sup>3</sup> Mesures relatives à l'organisation du système (extension des SROS au secteur médico-social, contractualisation avec les structures de soins, démographie médicale...); mesures relatives à la responsabilisation des acteurs (programme de prévention, encadrement de certaines prescriptions et accréditation des structures, dossier patient...); mesures relatives à l'évaluation des pratiques.



Les travaux conduits par la CNAMTS depuis plusieurs années visant à un découpage de la dépense de santé par groupes de pathologies et traitements permettent aujourd'hui de fournir les bases d'un tel éclairage. Ces travaux relativement lourds et non encore exhaustifs, en particulier pour ce qui concerne les personnes vivant en établissement médico-social, montrent l'intérêt de la démarche. Pour l'année 2013, année présentée dans le rapport charges et produits de 2016 et dans l'annexe 7 au PLFSS2016, les dépenses de soins (79% des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM) sont ventilées en fonction des grandes catégories de pathologies et traitements (hospitalisation ponctuelle, maladie psychiatrique, cancers...) croisées par types de soins (ville, hôpital, prestations en espèces<sup>4</sup>) et analysées en évolution sur la période 2011-2013.



Ce type de découpage a pour intérêt de fournir des clés de compréhension de la dynamique des activités et des dépenses en mettant en évidence les dynamiques démographiques et

<sup>4</sup> Peut être décomposé par types de postes de dépenses de ville : honoraires, médicaments...

épidémiologiques sous-jacentes ainsi que l'impact de l'évolution des traitements et conditions de prise en charge des différents problèmes considérés.

Il donne les moyens d'opérer le lien souhaité lors de la mise en place de l'ONDAM entre l'exercice annuel d'encadrement de la dépense réalisé dans le cadre du PLFSS et la fixation d'objectifs sanitaires pluriannuels.

Il permet de développer une approche en termes de gains d'efficience ou d'économies à réaliser décloisonnée et « médicalisée ».

Il ne donne pas en revanche les clés d'un pilotage et d'une régulation transcendant le découpage entre acteurs institutionnels. Cet exercice présenté en annexe au PLFSS reste en outre à ce stade rétrospectif.

### *Ensuite une approche régionalisée*

L'analyse des inégalités régionales de consommation et d'offres de soins a conduit certains parlementaires à proposer de découper l'ONDAM non par offreurs de soins mais par régions, dans le cadre d'ORDAM. Un tel découpage présente toutefois de nombreuses difficultés, évoquées dans un précédent rapport du HCAAM (rapport annuel de 2011) et sur lesquelles nous ne reviendrons pas ici.

On peut juste mentionner qu'au-delà des nombreux problèmes de nature « technique », la difficulté majeure est celle de la régulation. Si l'on souhaitait régionaliser le pilotage des dépenses d'assurance maladie, cela supposerait la construction d'outils régionaux de régulation (création de conventions régionales et tarifs régionaux). Cela poserait, en outre, la question de l'articulation de ces outils avec ceux existant au niveau national.

En réalité, une autre piste a été prise ces dernières années en matière de marges de manœuvre régionales avec la création du FIR en 2012 et son extension en 2013. Sur ce point, peuvent se poser les questions de son élargissement, de la mise en cohérence de ses différentes missions, ainsi que de la facilitation des opérations de fongibilité.

### *Enfin une approche plus globale avec des enveloppes décloisonnées ville/hôpital sur certains segments*

Plusieurs propositions ont pu être mises sur la table visant à constituer des enveloppes transversales sur certains segments afin de faciliter les ajustements de structures. Parmi ces propositions on peut citer :

- **la création d'une seule enveloppe médico-sociale** afin de faciliter notamment la question de la prise en charge des personnes handicapées vieillissantes ;
- **la création d'une seule enveloppe « produits de santé »**, comme le propose la FHF, afin de faciliter les prises en charge médicamenteuses notamment, et éviter que ne pèse sur l'enveloppe hospitalière la dynamique de croissance des produits de santé onéreux. L'apparente gratuité des produits de santé inscrits sur la liste en sus pèse en effet sur les autres postes de charge des établissements de santé.
  - La gestion actuelle des listes en sus présente plusieurs inconvénients, qu'une approche plus globale du secteur des produits de santé permettrait de lever :

- ce dispositif est un puissant incitatif en faveur de la prescription des produits les plus coûteux, à efficacité égale, ce qui n'est pas favorable à une maîtrise de ce poste de dépense ;
  - il constitue un frein à des parcours fluides de patients : dans la mesure où cette liste n'est pas en vigueur dans les structures de SSR ou les EHPAD, le patient doit rester ou revenir en MCO pour la délivrance du produit ;
  - l'incompréhension des acteurs hospitaliers est croissante vis-à-vis du mode de gestion actuel des entrées et des sorties de ces listes, chaque sortie passant pour un « déremboursement » alors qu'il ne s'agit que du constat que le tarif du GHS peut inclure le prix des produits ainsi sortis (ce que les acteurs hospitaliers contestent) ;
  - la croissante forte des dépenses liées à ces listes (croissance inéluctable, puisqu'il s'agit par définition des produits les plus coûteux et innovants) pèse sur l'évolution des tarifs hospitaliers.
- Par ailleurs, la gestion des prescriptions hospitalières délivrées en ville est une cause chronique de tensions dans la gestion séparée des enveloppes puisque ces dépenses pèsent sur l'enveloppe de ville ;
  - Les acteurs hospitaliers comme de ville n'ont pas d'action sur les prix des produits les plus coûteux, négociés au plan national au CEPS, et les différentes sous-enveloppes de médicaments actuellement suivies ne sont que des enveloppes de volume de prescriptions. Il serait plus logique de constituer une enveloppe de dépenses, incluant les remises au CEPS et autres mécanismes de modulation des prix.

Cette proposition mériterait cependant de distinguer les dépenses de médicaments pour lesquelles les observations ci-dessus ont toute leur valeur et les dépenses de dispositifs médicaux qui obéissent à des logiques non dissociables des actes auxquels ils sont le plus souvent attachés au sein des établissements, mais également en ville.

- **la création enfin d'une seule enveloppe activité**, pour permettre des ajustements plus importants des structures à la fois en vote initial mais également en cours d'année. ville+hôpital, hors Fonds d'Intervention Régional des ARS. L'avantage serait qu'en cas de transfert interne d'activité (c'est-à-dire de dépenses) au sein de l'enveloppe, il n'y aurait aucun enclenchement de mécanisme de récupération d'un dépassement. Actuellement, si par exemple, il y a transfert d'activité de l'hôpital vers la ville, l'hôpital respecte son enveloppe et ne subit pas de régulation alors que la ville doit « rendre » l'équivalent du dépassement d'enveloppe, ce qui n'est pas logique, puisqu'un tel transfert est ce que l'on souhaite.

Dans cette hypothèse, il faut cependant préciser ce qui se passerait en cas de dépassement de l'enveloppe « activité », alors que le contenu de cette enveloppe présente une certaine hétérogénéité, avec de multiples systèmes de tarification, incluant des forfaits et des dotations (par exemple pour le SSR et la psychiatrie en secteur public et ESPIC). Dans l'esprit de la proposition, les économies à réaliser devraient être définies selon une approche transversale, concernant l'ensemble des secteurs et s'appuyant sur l'analyse médicalisée de l'ONDAM.

Ces reconfigurations du découpage de l'ONDAM articulées avec une approche médicalisée dépassant les découpages sectoriels actuels devraient être mises à l'étude.

De telles propositions si elles permettent que la régulation en cours d'année soit réduite dans la mesure où l'enveloppe sur laquelle elle s'applique est dans ces cas plus large, ne règlent cependant pas le problème initial posé de la très forte stabilité des parts respectives initialement allouées aux différents segments de l'offre. Cela ne règle en rien le problème du développement des activités à partir des dotations de départ si l'on n'envisage pas en parallèle de modifications dans la détermination des tarifications.

## Annexe : Le sous-objectif Fonds d'intervention régional (FIR)

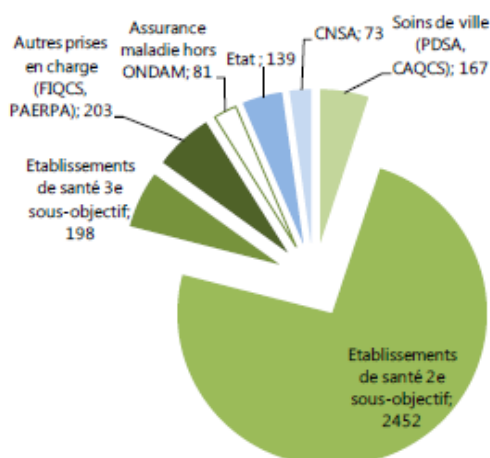
La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 a créé un 7<sup>ème</sup> sous-objectif relatif aux dépenses du FIR afin de regrouper dans une même enveloppe limitative des crédits auparavant dispersés et destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins ainsi que de la prévention<sup>5</sup>, et qui relevaient du FIR créé en 2012. La création de ce sous-objectif a pour objectif de permettre un meilleur pilotage et une meilleure visibilité de ce dispositif.

Dans un contexte de fortes contraintes budgétaires, le FIR a été créé pour donner aux ARS, par une plus grande souplesse de gestion, de nouvelles marges de manœuvre dans l'allocation des crédits et à leur offrir des leviers renforcés au service d'une stratégie régionale de santé déclinant les objectifs nationaux de santé publique. Le fonds doit également permettre aux ARS d'optimiser la dépense, l'objectif étant de passer d'une logique de moyens et de financements « fléchés » à une logique d'objectifs et de résultats.

Depuis sa création en 2012, le FIR a vu son champ s'élargir, alors que les dotations allouées au fonds s'élevait à 1,3 Md€ en 2012 (sur 10 mois, soit 1,5Md€ en année pleine), celles-ci ont été portées à 3,3Mds€ en 2013.

Les fonds délégués sont constitués d'une dotation de l'assurance maladie, d'une dotation de l'Etat (issue du programme 204 au titre de la prévention) et depuis 2013 d'une dotation de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ; dotations qui étaient imputées selon leur objet sur les enveloppes soins de ville (FAC), soins hospitaliers (FMESPP et MIGAC), ou autres prises en charge (FIQCS...), ou qui étaient initialement hors ONDAM<sup>6</sup> (graphique).

Graphique 1 • Répartition des crédits initiaux du FIR pour 2013 en fonction des enveloppes d'origine



Note de lecture : en vert apparaissent les dépenses incluses dans le champ de l'ONDAM, en blanc les dépenses entrées dans le champ de l'ONDAM en 2014, en bleu, les dépenses hors ONDAM. PDSA : permanence des soins ambulatoires.

Source : annexe 7 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Tiré du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale – juin 2014 (fiche 4.6)

<sup>5</sup> La prévention comprend les actions de vaccination, de dépistage, de lutte antituberculeuse...

<sup>6</sup> En particulier des dépenses de l'assurance maladie au titre de la prévention et de la démocratie sanitaire.

Le pilotage national du fonds est assuré par le conseil national de pilotage des agences régionales de santé (CNP) qui en détermine les orientations nationales. Le CNP donne également un avis sur la répartition des crédits entre régions définie par arrêté ministériel.

En mettant à la disposition des agences régionales des ressources partiellement fongibles entre les différentes interventions, la création de ce fonds renforce l'efficacité des ARS dans la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé et leur permet d'avoir une approche décloisonnée de la santé. Certains crédits alloués au Fonds sont toutefois protégés par le principe de « fongibilité asymétrique » : ainsi, les crédits destinés au financement de la prévention et à la prise en charge du handicap et de la perte d'autonomie ne peuvent être affectés qu'à ces actions ou à des actions de prévention.

Depuis 2013, le champ d'intervention de ce fonds n'a pas été modifié, toutefois dans le cadre de l'article 56 de la LFSS 2015, ses modalités de mise en œuvre ont fait l'objet d'une réforme.

Tout d'abord, le fonds a vu ses missions restructurées en cinq axes stratégiques qui s'inscrivent pleinement dans la SNS et la mise en œuvre du plan triennal. Ce fonds est désormais destiné à financer des actions, des expérimentations et le cas échéant des structures concourant :

- à la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ; **(14%** des fonds alloués en 2015 au regard des états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) présentés par les agences régionales de santé) ;
- à l'organisation et à la promotion des parcours de santé coordonnés, ainsi qu'à la qualité et à la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale ; **(23%** des fonds alloués) ;
- à la permanence des soins et à la répartition des professionnels et des structures de santé sur le territoire ; **(28%** des fonds alloués) ;
- à l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels ; **(35%** des fonds alloués) ;
- au développement de la démocratie sanitaire et autres missions ; **(0,6%** des fonds alloués).

Ensuite ses modalités de gestion ont été modifiées. Jusqu'à fin 2015, la CNAMTS était chargée de la gestion financière et comptable du fonds, les agences régionales de santé et les organismes d'assurance maladie devant échanger les informations comptables et financières nécessaires au suivi national et régional du fonds. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les ARS assureront la gestion intégrale du circuit de dépense au titre du FIR, à l'exception des dépenses que les CPAM payent directement aux professionnels de santé.

*Tiré de l'annexe 7 au PLFSS2016*