

**COMMENT LE COVID  
TRANSFORME LE DÉBAT SUR  
LES DÉPENSES DE SANTÉ**

Par Pierre-Louis Bras

25 MARS 2021

# Comment le Covid transforme le débat sur les dépenses de santé

## Synthèse

Pierre-Louis Bras,  
*Ancien directeur de la  
sécurité sociale et  
professeur associé à  
Paris Descartes*

25 mars 2021

La lutte contre la pandémie de Covid-19 a largement rouvert le débat sur les dépenses de santé. Au-delà même des urgences actuelles qui justifient des dépenses nouvelles mais sans doute temporaires, c'est la manière même de conduire le débat public sur le niveau d'engagement collectif en faveur de la santé qui doit se transformer.

Depuis 1996, le montant des dépenses de santé est régulé au travers de l'Objectif national de dépense d'assurance maladie (ONDAM). Proposé par le gouvernement, celui-ci fait l'objet d'un débat au Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale.

Au cours de la décennie 2010, l'hôpital public, dans le cadre de ce mode de régulation, s'est vu allouer des ressources plus en fonction des exigences de la politique des finances publiques qu'en considérant les moyens nécessaires pour délivrer des soins de qualité. Les tensions liées à cette politique restrictive sont apparues avant la première vague COVID. Mais après cette crise, le rapport de forces politique ayant profondément changé, les besoins du système de soins, du moins ceux des établissements de santé, ont dû être réappréciés. En rupture, avec la décennie précédente, le gouvernement a augmenté fortement les moyens consacrés aux établissements de santé à l'occasion du « Ségur de la santé ».

Ainsi, il a fallu une crise sanitaire pour que soient révélés les limites du mode actuel de régulation des dépenses de santé. Effectivement, la manière dont est actuellement structuré le débat autour des dépenses de santé est profondément

inadapté tant d'ailleurs pour les établissements de santé que pour les soins ambulatoires. Centré sur la valorisation des efforts de maîtrise des dépenses, il est organisé autour de sujet annexes mais ne prend pas en compte les réalités concrètes qui comptent vraiment : la demande de soins et son évolution, les effectifs mobilisés pour délivrer les soins, leurs conditions de travail et leur niveau de rémunération, le niveau des investissements dans le système de santé. A partir de ce constat, la note esquisse des propositions pour rénover le cadre du débat sur les ressources à allouer à notre système de soins.

Depuis 1996, une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) est votée chaque année. Dans le cadre de ce débat, les parlementaires sont appelés à se prononcer sur un « objectif national de dépenses d'assurance maladie » (ONDAM). Pendant longtemps régulièrement dépassé, cet objectif est respecté depuis le début des années 2010. C'est là la vocation de certains artefacts administratifs : de formels, ils finissent par devenir réels. L'instrument devient progressivement une norme, une référence agissante dans la mesure où il conditionne l'action des administrations.

Cet objectif n'englobe pas toutes les dépenses de santé mais uniquement celles remboursées par l'assurance maladie publique obligatoire (AMO). Le taux de remboursement des dépenses de santé, après avoir diminué pendant la décennie 2000, a augmenté durant la décennie 2010<sup>1</sup>. Ainsi le respect de l'ONDAM n'a pas été obtenu par une diminution du niveau moyen de remboursement - une « privatisation de la dépense » - mais bien par une maîtrise des dépenses de santé.

Les dépenses de santé ont donc le « privilège » de faire désormais l'objet d'un « double pilotage » : d'une part par le solde - l'Assurance maladie est censée être à l'équilibre ; d'autre part par une norme de dépenses : l'ONDAM.

Le terme « dépenses de santé » désigne ici plus précisément les dépenses de soins, même si l'ONDAM intègre certaines dépenses de prévention. La production de santé ne se réduit pas à la délivrance de soins ; assimiler dépenses de santé et dépenses de soins est ainsi une facilité d'écriture. Il convient aussi de préciser que les dépenses de santé ou de soins ne sont que l'autre face des ressources allouées à la production de soins. La manière de désigner cette même réalité n'est pas sans enjeu, tant les connotations attachées aux deux notions sont distinctes : le terme « dépenses » fait soupçonner l'excès et appelle à réaliser des économies ; au contraire, dès lors que l'on évoque des « ressources allouées aux soins », on est plus enclin à considérer qu'il ne faut pas lésiner car il en va d'un bien précieux : la santé. On utilisera dans la suite de l'article indifféremment les deux dénominations.

L'ONDAM est donc, depuis plus de dix ans, l'outil autour duquel se structure le débat sur l'évolution des dépenses de santé et à partir duquel s'organise leur régulation. Toutefois dès

---

<sup>1</sup> Le taux de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par l'AMO est passé de 76,3% en 2010 à 78,2 % en 2019. : le taux de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par l'AMO est passé de 76,3 % en 2010 à 78,2 % en 2019. Voir DREES, *Les dépenses de santé 2019. Résultats des comptes de la santé*, 2020.

la première vague COVID, la pertinence, non de la régulation elle-même, mais de son instrument majeur, l'ONDAM, a été questionnée. Le ministre des solidarités et de la santé Olivier Véran a ainsi déclaré lors de son discours de clôture du Ségur de la santé : « Au fond, l'enjeu, c'est de faire de l'ONDAM l'expression non seulement d'une trajectoire de finances publiques mais aussi et surtout d'une politique de santé »<sup>2</sup>.

Le primat des exigences des finances publiques dans la politique de régulation des ressources allouées aux soins a induit une crise profonde de l'hôpital public au cours de la décennie 2010. Cette crise a pu être largement occultée et niée jusqu'au changement du rapport de forces politique induit par l'engagement des personnels soignants lors de l'épidémie de COVID et la reconnaissance légitime que cet engagement a suscité auprès de l'opinion publique. Il en est résulté une rupture majeure avec la politique restrictive d'allocation de ressources à l'hôpital conduite auparavant. Comme le montre la déclaration du ministre, cette rupture conduit aussi à questionner la manière dont l'ONDAM est débattu et déterminé. L'objet de cette note est d'approfondir ce questionnement et d'esquisser des propositions pour rénover le cadre du débat sur l'ONDAM. L'enjeu est de créer les conditions d'un débat plus ordonné et plus éclairé sur l'évolution des dépenses de soins.

## **1. UNE DECENNIE DE POLITIQUE RESTRICTIVE POUR LES RESSOURCES ALLOUEES A L'HOPITAL PUBLIC**

Il est utile de revenir sur l'histoire de l'allocation des ressources à l'hôpital public depuis le début de l'année 2010<sup>3</sup>. Cette histoire illustre en effet combien la régulation des dépenses à travers l'ONDAM peut conduire à sous-calibrer les dépenses nécessaires pour assurer un bon fonctionnement de notre système de soins.

En effet, plus que l'expression ou le reflet d'exigences sanitaires, l'ONDAM est déterminé à partir des objectifs généraux de la politique des finances. Depuis le début des années 2010, la politique des finances publiques a obéi à deux impératifs majeurs :

---

<sup>2</sup> Discours d'O. Véran lors de la clôture du Ségur de la santé, 21 juin 2020.

<sup>3</sup> On ne fait ici que reprendre succinctement en l'actualisant une analyse proposée début 2019, soit avant les mouvements sociaux à l'hôpital public de 2019 et la crise COVID de 2020. Voir P. L. Bras « L'ONDAM et la situation des hôpitaux publics depuis 2009 », *Les Tribunes de la santé*, 2019/1, n° 59, p. 109-117.

- réduire le déficit des finances publiques pour se conformer aux engagements pris par la France dans le cadre des traités européens mais aussi par crainte d'une hausse des taux d'intérêt<sup>4</sup> ;
- limiter dans toute la mesure du possible, voire à certaines périodes réduire, le taux des prélèvements obligatoires dès lors que ceux-ci pénaliseraient la croissance et se heurteraient à la réticence des contribuables/cotisants.

Quelle que soit l'origine de cette hiérarchie des priorités et quels qu'en soient par ailleurs les résultats<sup>5</sup>, elle s'est bel et bien imposée. Lorsque l'on ambitionne en priorité de réduire le taux de la dette et le taux de prélèvement obligatoire, les dépenses publiques doivent s'adapter. Dès lors que les recettes à taux de prélèvement constant évoluent comme le PIB, il faut alors mathématiquement et nécessairement que les dépenses publiques évoluent moins que la richesse produite sur le territoire national (le PIB).

Les dépenses d'assurance maladie en général, qui représentent environ 15% des dépenses publiques, et celles de l'hôpital public, qui pèsent pour environ 50 % des dépenses d'assurance maladie, ont été soumises à cet impératif. De fait, sur toute la période, il n'a pas été possible de contenir leur croissance à un niveau moindre que celle du PIB - mais elles ne s'en sont que très peu écartées. Ainsi sur la période 2009/2019, le PIB nominal a augmenté de 23,8 %, l'ONDAM de 25,6 % et les dépenses de l'hôpital public de 24,3 %.

Or si, dans une perspective de finances publiques, une évolution relativement similaire des dépenses nominales d'assurance maladie et du PIB nominal est un impératif, elle n'a en revanche aucune raison dans une logique sanitaire. La dynamique des dépenses de soins n'a aucune raison de s'aligner sur celle du PIB.

Les dépenses de soins en valeur résultent du volume de soins dispensés (la quantité d'unités de soins dispensées)<sup>6</sup> et du prix de chacune de ces unités de soins. Le volume des soins

---

<sup>4</sup> Crainte qui ne s'est pas réalisée même après la forte augmentation de la dette induite par la crise économique due à l'épidémie COVID, le taux à 10 ans des emprunts d'Etat est proche de zéro en valeur nominale et donc négatif en valeur réelle.

<sup>5</sup> La part des dépenses publiques dans le PIB est passée de 57,2 % en 2009 (années de crise marquée par une diminution du PIB) à 56,8 % en 2015 et à 55,6 % en 2019 soit une faible diminution hors effets conjoncturels. Ce taux est le plus élevé parmi les pays comparables principalement du fait des dépenses consacrées à la retraite. Le poids des prélèvements obligatoires a augmenté de 41,2 % en 2009 à 44,1 % en 2019

<sup>6</sup> Il est bien sûr très délicat, compte tenu de l'hétérogénéité des opérations de soins, d'établir des statistiques d'évolution du volume des soins. Les services statistiques nous en fournissent toutefois qui sont retracés dans les publications

utiles pour la population obéit pour l'essentiel à des déterminants démographiques (croissance et vieillissement de la population) et scientifiques (les progrès thérapeutiques ont tendance à élargir le spectre des prises en charge bénéfiques pour les patients)<sup>7</sup>. Le volume des soins n'est pas directement contrôlé par les pouvoirs publics ; il dépend, compte tenu des déterminants évoqués précédemment, du comportement des patients et des établissements. Une part majeure de l'activité (celle qui relève de la médecine, de la chirurgie ou de l'obstétrique) est rémunérée à l'activité. Chaque établissement est ainsi incité à délivrer les soins pour préserver sa situation financière. Ce mode de tarification constitue une garantie pour les patients : les établissements de santé publics n'ont pas intérêt et ne sont pas tentés de s'ajuster à des contraintes financières par un rationnement ou un déni des soins<sup>8</sup>.

A l'hôpital public, le volume des soins dispensés a fortement augmenté sur la période, à hauteur de 18,9%. Les dépenses en valeur des hôpitaux publics n'ont pu être contenues à 24,3 % que parce que l'évolution du prix des soins a été très faible sur la période (4,7 %). Autant l'évolution des volumes n'est pas directement maîtrisable par le régulateur, autant en fixant les tarifs de groupes homogènes de séjours et le montant des dotations, il maîtrise directement l'évolution des prix.

Or une telle évolution limitée du prix des soins n'est pas anodine. Pour produire des soins il faut des ressources, du capital (des immeubles, des équipements...), des consommations intermédiaires (essentiellement des médicaments) et du travail (des personnels). Si le prix des soins augmente peu, il faut limiter la quantité et/ou le prix de ces ressources que l'hôpital peut mobiliser pour produire une unité de soins. Sur la période, le poste « consommation intermédiaire » à travers sa composante médicament contribue plutôt à l'inflation du prix de soins (arrivée sur le marché de médicaments plus onéreux, notamment en oncologie) ; c'est donc sur le facteur travail que l'ajustement à la contrainte sur les prix s'est donc

---

annuelles de la DREES, relatives aux dépenses de santé, publications qui servent ici de référence. L'évolution en volume de la production ou de la consommation d'un bien retrace normalement tant l'évolution des quantités que celle de la qualité de ce bien ; pour ce qui est des soins, l'évolution en volume retrace pour l'essentiel des évolutions en quantité.

<sup>7</sup> Par exemple les progrès des techniques anesthésiques permettent une réhabilitation plus précoce et des durées de séjours raccourcies donc moins de ressources à mobiliser mais elles autorisent aussi à pratiquer certains actes opératoires sur des personnes fragiles qui en étaient écartées auparavant.

<sup>8</sup> Revers de cette garantie, certains craignent que cette incitation à produire ne conduise les établissements à développer des prises en charge non pertinentes. Il reste toutefois à démontrer que la T2A a conduit les équipes hospitalières à induire une demande de soins non pertinente.

principalement effectué. Or s'ajuster sur le facteur travail (ressource bien évidemment essentielle pour produire des soins), implique soit de réduire les effectifs des personnels mobilisés pour produire une quantité donnée de soins, soit de peser sur leur rémunération moyenne.

Pour ce qui concerne les effectifs mobilisés par unité de soins, la décennie 2010 est effectivement marquée par une augmentation très forte de la productivité du travail. Fin 2009, les hôpitaux publics employaient 997 000 personnes. Ils en emploient 1 031 000 fin 2018<sup>9</sup>. Les effectifs ont augmenté de 3,4 %, (2,4 % pour le personnel non médical<sup>10</sup> et 12,6 % pour le personnel médical). Sur la même période, la production de soins en volume a progressé de 18,7 %. L'écart entre ces chiffres permet d'apprécier la forte progression, notamment pour ce qui concerne le personnel non médical, de la productivité du travail depuis le début de la décennie<sup>11</sup>. Pour soigner, produire une unité de soins, on mobilise moins de personnels.

Une amélioration de la productivité du travail est naturellement positive si elle résulte de procédures plus efficaces, d'une meilleure organisation du travail, d'une rationalisation des services ou des structures. Mais elle peut aussi s'avérer délétère - si elle résulte d'une moindre attention portée aux patients ou d'une intensification du travail, et donc d'une dégradation des conditions de travail. Dégradation des conditions de travail des soignants qui ne peut qu'entraîner une dégradation de la qualité des soins.

Pour ce qui concerne les salaires, le pouvoir d'achat du salaire moyen net par équivalent temps plein à l'hôpital public a diminué et se situe en 2018 à -1 % par rapport au niveau atteint en 2009<sup>12</sup>. Cette diminution du salaire moyen est d'autant plus notable que les effectifs des médecins, relativement mieux rémunérés, ont plus augmenté sur la période que les effectifs de personnels non médicaux. Diminution absolue du salaire net à l'hôpital donc, mais aussi appauvrissement relatif par rapport à l'ensemble des autres salariés : alors que le salaire moyen par tête diminuait de 1 % à l'hôpital public, il augmentait de 3,4% pour les

---

<sup>9</sup> Source DGAFP, INSEE.

<sup>10</sup> La croissance des effectifs de personnels non médicaux se concentre en début de période, ces effectifs diminuent sur la période 2012- 2018 (- 3500).

<sup>11</sup> Il se peut qu'une partie de l'écart s'explique aussi par l'externalisation de certaines fonctions. Dans ce cas, on substitue des consommations intermédiaires à du travail.

<sup>12</sup> Individuellement, les personnels ont pu connaître une augmentation du pouvoir d'achat comme le montrent les données sur l'évolution de la rémunération moyenne des présents/présents (RMPP). Dans un secteur où les salaires sont sensibles à l'ancienneté, le remplacement des plus âgés par des personnes plus jeunes contribue à modérer l'évolution de la rémunération moyenne. La position moyenne d'un groupe professionnel peut ainsi se dégrader sans que les personnes en emploi le ressentent directement et immédiatement. La mise en exergue de la RMPP plutôt que de la rémunération moyenne par tête contribue à occulter le phénomène.



salariés du secteur privé. Cette modération salariale à l'hôpital public a été organisée à travers le gel du point d'indice en vigueur sur toute la période (sauf exception 2016—2017) et s'explique aussi par l'augmentation des cotisations retraite à la CNRACL.

Ces efforts d'ajustement à la contrainte sur les prix induite par l'ONDAM (intensification du travail, modération salariale) n'ont finalement pas été suffisants pour préserver la situation financière des hôpitaux publics. Les hôpitaux publics, du fait d'une situation financière dégradée, ont dû réduire leurs investissements. Les hôpitaux publics investissaient environ 11% de leurs recettes en 2010-2011, contre seulement 5,2 % en 2018 (soit 4,1 Mds d'euros). Si le taux d'investissement des années 2010-2011 était certes particulièrement élevé et ne peut servir de référence, un taux de 5,2 % peut apparaître comme clairement insuffisant et faire craindre une dégradation de l'outil de production des soins.

En conclusion, sur la décennie 2010, la politique des finances publiques s'est traduite par des ONDAM contraints qui ont pesé sur les ressources des hôpitaux publics alors même que ceux-ci délivraient de plus en plus de soins. Les hôpitaux n'ont pu faire face à cette situation que grâce à une diminution absolue et relative de la rémunération de leurs personnels, par une intensification du travail et par une diminution de l'investissement. Comme on l'indiquait dès 2019 : « l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), plus que l'expression d'une politique de santé, est déterminé par les objectifs de la politique des finances publiques »<sup>13</sup>.

## **2. LA COVID : UNE RUPTURE MAJEURE DE LA POLITIQUE RESTRICTIVE CONDUITE PENDANT 10 ANS**

Les contraintes de la décennie 2010 ont créé des tensions au sein des établissements hospitaliers publics.

On peut en voir les prémices dans l'évolution même de la production de soins à l'hôpital. La croissance du volume des soins délivrés à l'hôpital s'est fortement ralentie sur les trois dernières années de la période (+ 0,35 % par an en moyenne sur les années 2017-2019 contre + 2,3 % sur les années 2009-2016)<sup>14</sup>. Cette brusque rupture interroge : ces trois

---

<sup>13</sup> P.L. Bras art. cité

<sup>14</sup> Ce ralentissement des volumes permet en fin de période une augmentation des prix. Ils ont augmenté de 4% sur la période 2016-2019 contre 0,6% sur la période 2009-2016. Ce mécanisme de « vases communicants » prix/volume est

dernières années ne sont marquées par aucun changement significatif des tendances démographiques ou des évolutions thérapeutiques. Peut-être faut-il y voir l'indice de difficultés des établissements de santé publics à faire face à la demande (limites à l'intensification du travail, perte d'attractivité des emplois à l'hôpital et difficultés de recrutement...) et donc l'ébauche d'un rationnement des soins, malgré la T2A qui constitue une incitation à accroître la production. A cet égard, il est intéressant de noter que le volume des soins délivrés par les cliniques privées ne ralentit pas, voire accélère sur les années 2017-2019.

Mais ces tensions se sont plus directement manifestées par les divers mouvements sociaux qui ont mobilisé les personnels de l'hôpital public tout au long de l'année 2019. Cette mobilisation s'est traduite en fin d'année 2019 par un plan d'urgence pour l'hôpital qui a donné lieu à des discours de contrition par rapport à la politique passée. Ainsi le Premier ministre, en présentant ce plan, affirmait : « Nous avons entendu leur colère [celle des personnels de l'hôpital]. Nous avons entendu leur épuisement. Nous avons entendu leur désarroi... Nous ne cherchons aucune excuse, mais comme le Président de la République l'a rappelé, nous héritons comme souvent d'une situation qui vient de loin »<sup>15</sup>.

Ce plan comportait bien évidemment son lot d'annonces de réformes dites structurelles à venir (choc de simplification, réformes de la gouvernance, évolution des modes de financement ...) : des annonces classiques et répétitives lors de telles occasions, qui restent souvent incantatoires. Au-delà de cet exercice obligé, le plan ne mobilisait que peu de moyens nouveaux pour l'hôpital. Au moment de son annonce, l'ONDAM hospitalier 2020 était déjà voté par le Parlement en première lecture, avec une progression de 2,1% en 2020. Le plan augmentait cette progression à 2,45 %, soit un effort de 0,35 % représentant 300 millions d'euros. Cet effort initial devait être porté à 700 millions d'euros sur trois ans en 2022. Pour ce qui concerne les investissements, il était prévu un allègement de la dette des hôpitaux publics de 10 milliards sur trois ans, dont on pouvait espérer qu'il faciliterait la reprise de l'investissement<sup>16</sup>.

---

le résultat d'un objectif de dépenses fixé en valeur : si les volumes progressent peu, le régulateur peut être plus « généreux » sur les prix.

<sup>15</sup> Discours de M. le Premier Ministre, E. Philippe, « Plan d'urgence pour l'hôpital, Ma santé 2022 », 20 novembre 2019.

<sup>16</sup> Il est impossible d'apprécier le gain réel pour les hôpitaux de cette reprise de dette, il faudrait connaître la maturité de la dette reprise et le niveau des taux auxquels elle a été souscrite, données qui ne sont pas disponibles à notre connaissance. Voir le dossier de presse, *Ma santé 2022, investir pour l'hôpital*, 20 novembre 2019.

Ce plan n'était donc qu'une inflexion à la marge de la politique d'allocation des ressources financières aux hôpitaux publics telle que pratiquée depuis le début de la décennie, inflexion qui ne devait rien au débat parlementaire sur l'ONDAM (le plan a été présenté après que les députés eurent voté l'ONDAM en première lecture) mais devait tout à la vigueur persistante du mouvement social à l'hôpital<sup>17</sup>. En cela, cet épisode illustre le peu de portée des débats sur l'ONDAM au Parlement ; plus que la résultante d'un tel débat, l'ONDAM est le produit d'un rapport de forces socio-politiques.

Mais si le mouvement social de 2019 n'a provoqué qu'une inflexion à la marge, l'épidémie de COVID va bouleverser profondément les rapports de forces socio-politiques et provoquer une vraie rupture dans la politique d'allocation des ressources à l'hôpital public. Pendant la première vague épidémique, l'hôpital a fait face et l'engagement des personnels soignants a été unanimement salué. Le sentiment de reconnaissance des Français à l'égard des personnels de l'hôpital public a fondamentalement modifié la perception de la question des dépenses hospitalières. Il n'était plus possible dès lors de poursuivre la politique restrictive conduite jusqu'alors vis-à-vis de l'hôpital public sans heurter l'opinion publique et risquer une sanction électorale. L'ordre des priorités politiques (finances publiques versus exigence du système de soins) était nécessairement bouleversé.

Ce nouveau rapport de forces va se traduire par des mesures financières de grande ampleur à l'issue du Ségur de la santé, un processus de concertation devenu incontournable après la première vague COVID. Quasiment dans les mêmes termes qu'en décembre, des mesures structurelles sont annoncées (les thématiques de la simplification, de la gouvernance, des modes de financements sont à nouveau abordées...). Mais l'essentiel des résultats du Ségur consiste dans une augmentation de 6,8 Mds d'euros des dépenses d'assurance maladie pour le secteur hospitalier (y compris les établissements privés) sur la période 2020/2023<sup>18</sup>. Cette augmentation permettra, pour l'essentiel, une augmentation du niveau de rémunération des personnels, et, dans une moindre mesure, des recrutements nouveaux (15 000 sont prévus). Par ailleurs, en ce qui concerne l'investissement, un plan d'investissement de 19 Mds d'euros est affiché (établissements de santé et établissement

---

<sup>17</sup> Le 20 novembre 2019, l'actuel ministre des solidarités et de la santé, O.Véran, alors rapporteur du projet de loi de financement de la sécurité sociale, déclarait que ce plan « *est un bon moyen de permettre à l'hôpital de retrouver de l'oxygène* ». Après la crise COVID, on sait désormais que lorsque l'on doit placer un patient sous oxygène, la situation est grave et le pronostic incertain...

<sup>18</sup> Un montant de 8,2 Mds d'euros a été mis en avant mais il inclut le secteur médico-social.

d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), qui englobe les 10 Mds d'euros de reprise de dette prévus en décembre, et est censé permettre une reprise de l'effort d'investissement à l'hôpital<sup>19</sup>.

Il est clair que la première vague de l'épidémie COVID a donc débouché sur une rupture majeure avec la politique conduite durant la décennie précédente : on dégage des moyens pour soutenir l'investissement, on compense des années de compression des rémunérations, on programme de nouveaux recrutements alors qu'auparavant on tablait sur une stabilité des effectifs.

Alors que le mouvement social de 2019 n'avait produit qu'une inflexion à la marge pour répondre aux tensions induites par une décennie de politique restrictive à l'hôpital, c'est la profonde modification du rapport de forces politiques induite par l'épidémie de la COVID 19 qui va provoquer un changement brutal et d'ampleur de la politique financière conduite à l'égard de l'hôpital public<sup>20</sup>.

### **3. LA CRISE COVID REVELE LES LIMITES DE L'ONDAM**

Ce regard rétrospectif sur la période récente montre que la régulation des dépenses publiques dépend bien plus des aléas des rapports de forces politiques que d'une appréciation, si ce n'est rationnelle, du moins un minimum informée et ordonnée des exigences de notre système de soins.

Cette interrogation est redoublée dès lors que l'on considère la promesse que sous-tendait l'instauration des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS). Instituées en 1996, elles étaient censées permettre un débat démocratique et éclairé sur l'évolution des dépenses de sécurité sociale et plus particulièrement, à travers l'ONDAM, sur les dépenses d'assurance maladie et donc sur les ressources de l'hôpital public. Or, loin des espoirs qui avaient été

---

<sup>19</sup> Pour ce qui concerne l'investissement, les affichages peuvent être trompeurs. *In fine*, les investissements sont engagés par les hôpitaux eux-mêmes notamment en fonction de leurs capacités financières. Aussi, la mise en place d'une enveloppe d'investissement ou de reprise de dette ne signifie pas nécessairement que l'investissement va augmenter à due proportion...

<sup>20</sup> La Cour des comptes présente, même après le Ségur de la santé, en 2020, un bilan de la décennie 2010-2019 qui ignore les tensions à l'hôpital. Voir le chapitre II intitulé « Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier » dans son rapport annuel de septembre 2020 sur la sécurité sociale.

placés dans cette réforme, le vote de l'ONDAM, au lieu de donner lieu à un débat éclairé sur notre système de soins, sert essentiellement à assurer la pleine efficacité d'une politique de maîtrise des dépenses. Il est vrai que ce vote lui confère une onction démocratique en faisant approuver par les représentants élus de la Nation son principal instrument : l'ONDAM. Les LFSS constituent un instrument de légitimation de la politique financière proposée par l'exécutif plutôt que l'espace de débat démocratique sur les besoins sociaux qu'elles étaient censées organiser.

Le ministre des solidarités et de la santé, ancien rapporteur du PLFSS, Olivier Véran, semble lui-même en convenir désormais comme en témoigne sa déclaration lors de son discours de clôture du Ségur de la Santé, citée en introduction.

#### **4. L'ONDAM ACTUEL : UNE FICTION DELETERE**

Au détour de l'épidémie COVID, la question se pose d'une rénovation des mécanismes de fixation de l'ONDAM et d'une nouvelle organisation des débats autour de cet objectif.

Comment l'ONDAM est-il déterminé aujourd'hui ? Formellement, l'ONDAM est présenté comme le résultat du processus suivant : une tendance spontanée des dépenses est établie, des mesures d'économies sont programmées, et l'ONDAM est censé être la résultante d'une opération de soustraction (dépenses tendanciennes – économies = ONDAM).

En elle-même, cette présentation est révélatrice de la perspective très particulière adoptée pour aborder les dépenses de santé. Elle nous raconte une histoire : les dépenses de santé sont censées obéir à des forces puissantes (la fameuse tendance) que, par des efforts diligents d'économie, les pouvoirs publics vont parvenir à contrecarrer ; la maîtrise des dépenses est mise en scène comme un acte d'héroïsme. Dans cette présentation, les dépenses de soins ne sont pas productrices de bien-être pour la population française (années de vie gagnées, souffrances évitées, handicaps réduits) mais une charge qu'il faut s'efforcer de contenir. Cette présentation ne laisse aucune place à d'éventuelles dépenses nouvelles (on ne fait que des économies) et s'il en existe, elles sont intégrées dans la tendance.

Elle a l'avantage de permettre un double discours. On peut mettre en avant l'augmentation des dépenses permises par un ONDAM en croissance. Ainsi le dossier de presse du projet

de LFSS pour 2019 soulignait : « Les ressources dédiées à notre système de santé augmenteront au total de 4.9 milliards d'euros au service d'un système de santé tourné vers l'accès aux soins, la prévention, l'innovation et l'efficience »<sup>21</sup><sup>22</sup>. Mais on peut aussi souligner combien la politique conduite est rigoureuse en matière de dépenses ; pour la même loi, on peut lire : « Le tendancier de dépenses restant à un niveau élevé (4,5%), le respect de l'objectif fixé pour 2019 nécessitera un effort d'économie de 3,8 milliards d'euros. »<sup>23</sup>. Ce double discours permet ainsi de mobiliser, selon les circonstances et les interlocuteurs, deux figures du « bon gouvernement » : d'une part celle du gouvernement attentionné et compatissant qui se préoccupe de la santé des Français, d'autre part celle du gouvernement sévère et rigoureux qui veille à limiter l'ampleur des dépenses publiques.

Le caractère fictionnel de l'ONDAM s'affirme encore lorsque l'on examine plus avant comment sont établies la tendance d'une part, les économies d'autre part.

Comment la tendance spontanée des dépenses est-elle calculée ? On trouve quelques indications dans les documents publics qui lui sont consacrés<sup>24</sup>. Ils sont peu nombreux, ceux qui se risquent à cette lecture, mais les rares qui tenteront l'exercice constateront, comme la Cour des Comptes, que « des fragilités majeures, soulignées à plusieurs reprises par la Cour, affectent de manière récurrente l'estimation de l'évolution tendancielle des dépenses de soins de ville et des dépenses hospitalières »<sup>25</sup>. Cette « tendance » ne fait d'ailleurs l'objet d'aucun questionnement : par exemple, les Français sont moins soignés par les généralistes, ils bénéficient de moins d'actes de leur part (4,8 actes par habitant en 2000 ; 3,9 en 2017). Cette évolution, pourtant majeure de notre système de soins, ne sera jamais questionnée, mise en exergue, elle est intégrée dans la « tendance » et ainsi occultée, alors même qu'elle mériterait débat.

On peut aussi se persuader du caractère fictif de l'exercice en examinant le type d'économies mises en avant dans cette présentation de l'ONDAM. On sera surpris, par exemple, de constater qu'une baisse des tarifs de certains professionnels libéraux (radiologues,

---

<sup>21</sup> Dossier de presse PLFSS pour 2019, p.37.

<sup>22</sup> Cette phrase est, de plus, ambiguë : le fait que les ressources du système de soins augmentent de 4,9 Mds d'euros ne signifie pas nécessairement que le système de soins bénéficiera de plus de moyens, cela peut indiquer simplement que les ressources mobilisées seront plus chères.

<sup>23</sup> Annexe B de la LFSS, p. 174

<sup>24</sup> Chaque année une annexe « ONDAM » de la LFSS fournit en deux ou trois pages succinctes quelques éléments parcellaires sur le calcul de la tendance.

<sup>25</sup> Cour des comptes, *Rapport annuel sur la loi de financement de la sécurité sociale*, septembre 2015.

biologistes) constitue une économie, mais qu'à l'inverse les augmentations programmées d'autres professionnels (généralistes par exemple...) ne sont jamais présentées comme des dépenses supplémentaires (elles sont intégrées dans la tendance). On notera que des économies relatives à la maîtrise médicalisée des dépenses sont systématiquement invoquées et précisément chiffrées, alors même que l'IGAS souligne : « un manque de transparence affecte aussi les chiffres repris dans la construction de l'ONDAM... Parmi elles, la maîtrise médicalisée se voit attribuer un « rendement » économique d'environ 550 M€... L'estimation des économies obtenues étant nécessairement fondée sur un écart à une tendance, l'instabilité des taux tendanciels et le caractère relativement mystérieux de leur calcul posent problème, il est quasiment impossible de suivre dans le temps les économies réalisées »<sup>26</sup>. Pour ce qui est de l'hôpital, il est question d'économies sur les achats, de progrès sur la pertinence mais aucunement de ce qui, on l'a vu, constitue les ressorts essentiels de la politique de maîtrise des dépenses : l'évolution des effectifs, la productivité du travail, le niveau des rémunérations, des investissements. Bien évidemment, il ne faut pas laisser soupçonner que les économies pourraient nuire à la qualité des soins, il n'est question que d'amélioration de la performance interne des établissements, de maîtrise médicalisée, de réduction des rentes par adaptation tarifaire...

Enfin, pour se convaincre totalement du caractère artificiel de cette présentation, il suffit de considérer que si l'ONDAM était le résultat d'un calcul aussi savant, il ne serait pas possible d'en programmer à l'avance l'évolution, alors que c'est la pratique commune dans les programmes présidentiels ou dans les documents de programmation financière. Or ce sont bien ces documents qui disent la vérité de l'ONDAM : l'objectif est largement fixé a priori à partir de considérations relatives à la politique globale des finances publiques et la présentation officielle n'est qu'une mise en forme d'un objectif prédéfini.

On pourrait considérer que cette fiction est, après tout, utile pour ordonner le débat public, qu'elle reste nécessaire, malgré ses imperfections, pour fixer des repères. Mais son effet le plus délétère est de centrer le débat sur des questions (achats à l'hôpital, pertinence des soins, organisation des parcours...) qui, sans être dénuées d'intérêt, restent annexes - et donc d'occulter celles qui devraient être au centre du débat : délivrera-t-on des soins en rapport avec ce qu'exigerait l'évolution de notre démographie et les progrès thérapeutiques ? La demande de soins sera-t-elle rationnée faute de professionnels pour y répondre ?

---

<sup>26</sup> C. Bensussan, D. Chaumel, Dr. F. Chieze, N. Destais, « La gestion du risque maladie », Rapport IGAS. Mai 2014.

Mobilisera-t-on pour délivrer ces soins les effectifs adéquats, ou envisage-t-on des progrès de productivité tels que les conditions de travail, et donc la qualité des soins, risquent d'être dégradés ? La rémunération des soignants (salariés et libéraux) évolue-t-elle plus ou moins rapidement que celle de l'ensemble des travailleurs ? Le niveau d'investissement dans notre système de soins induit par les décisions relatives à l'ONDAM est-il suffisant ? Bien évidemment, même un débat mieux organisé autour de l'ONDAM ne permettra pas d'apporter des réponses certaines et précises à ces questions, mais il est certain que si ces questions ne sont pas posées, on ne peut espérer leur apporter des réponses pertinentes.

Autre effet délétère de ce mode de présentation de l'ONDAM : la querelle récurrente que suscite quasiment chaque année, la comparaison des taux d'évolution du sous-objectif « soins de ville » et du sous-objectif « établissements de santé »<sup>27</sup>. Si le taux d'évolution d'un sous-objectif « établissements de santé » est supérieur à celui du sous-objectif « soins de ville », les médecins libéraux dénoncent l'hospitalo-centrisme. Si, à l'inverse, celui des « soins de ville » est supérieur à celui des « établissements de santé », les défenseurs de l'hôpital dénoncent « le mépris du service public »<sup>28</sup>. Que chaque segment du système de soins essaie dans le cadre d'une enveloppe contrainte de bénéficier de plus de ressources est, somme toute, assez logique. Mais il est assez navrant que le mode d'organisation du débat sur l'ONDAM autorise, et même favorise, ces querelles dignes de cours de récréation du type « mon ONDAM doit grandir plus vite que le tien ». D'autant que cette querelle n'est pas sans effet : le Gouvernement, conscient qu'elle risque de s'envenimer, est contraint de calibrer des évolutions de l'ONDAM relativement similaires dans les deux secteurs.

Toute mise en statistiques, toute fixation d'indicateurs ou d'objectifs est une construction qui fournit une représentation plus ou moins pertinente de la « réalité ». S'il est vain d'espérer s'abstraire de la « gouvernance par les nombres », il est essentiel de questionner les nombres qui nous gouvernent. A cet égard, la construction actuelle de l'ONDAM met en scène la maîtrise des dépenses mais ne constitue pas un outil pour aider à une appréciation informée de l'évolution souhaitable des ressources qui doivent être consacrées aux soins.

---

<sup>27</sup> L'ONDAM est lui-même découpé en six sous objectifs dont les deux principaux sont le sous objectif « soins de ville » et le sous objectif « établissements de santé ».

<sup>28</sup> Il est vrai que ces derniers ont pu légitimement s'offusquer que l'hôpital serve de variable d'ajustement en cas de progression trop soutenue des dépenses de ville ; les pouvoirs publics mettent en réserve des dotations ou des augmentations de tarifs des hôpitaux publics qui ne sont pas libérées si la progression des dépenses de ville est trop importante au regard de l'ONDAM.



### Encadré : l'ONDAM 2021

Il est remarquable qu'en pleine crise sanitaire, l'ONDAM 2021, comme à l'accoutumée, a été présenté sous la forme traditionnelle.

Bien évidemment, des dépenses spécifiques prévues pour la prise en charge du COVID et celles induites par le Ségur de la santé ont été ajoutées à la tendance mais on n'en a pas moins, comme d'habitude, calculé une tendance comme si la crise sanitaire ne devait pas perturber le fonctionnement régulier du système de soins. La tendance est donc censée s'établir en 2021 à 4,4% ; la tendance ne s'écarte jamais beaucoup de 4,5%.

Comme d'habitude, la crise sanitaire semblant sans influence sur les économies que l'on peut et que l'on doit réaliser, des économies (4 Mds d'euros) ont été déduites de cette tendance pour aboutir à un ONDAM en croissance de 2,5 % hors mesures exceptionnelles Ségur et COVID. La liste de ces économies nous est fournie.

Mesures de régulation en 2021 (en millions d'€)	
<b>Structuration de l'offre de soins ☒</b>	<b>805</b>
<i>Structurer des parcours de soins efficaces (chirurgie ambulatoire, alternatives à l'hospitalisation, réduction des hospitalisations évitables, etc)</i>	265
<i>Améliorer la performance interne des établissements de santé et médico-sociaux</i>	540
<b>Actions sur les tarifs des médicaments</b>	<b>640</b>
<b>Actions sur les tarifs des dispositifs médicaux</b>	<b>150</b>
<b>Pertinence et qualité des actes et des prescriptions</b>	<b>975</b>
<i>Pertinence et adaptation tarifaire de la biologie</i>	140
<i>Pertinence et adaptation tarifaire de la radiologie (protocole)</i>	40
<i>Maîtrise médicalisée et structure de prescription (actes, certificats médicaux, antibiotiques...)</i>	570
<i>Promotion des génériques et biosimilaires</i>	110
<i>Pertinence et adaptation tarifaire sur les autres actes</i>	115
<b>Pertinence et efficacité des prescriptions d'arrêts de travail et de transports ☒</b>	<b>310</b>
<i>Transports</i>	125
<i>Indemnités journalières</i>	185
<b>Lutte contre la fraude et dispositifs de contrôle associés</b>	<b>80</b>
<b>Gestion dynamique du panier de soins remboursé</b>	<b>35</b>
<b>Effet de la hausse tendancielle des volumes sur les outils existants (dont remises sur les produits de santé)</b>	<b>500</b>
<b>Contribution exceptionnelle des organismes complémentaires dans le cadre de la crise sanitaire</b>	<b>500</b>
<b>TOTAL ONDAM</b>	<b>3995</b>

Cette liste est quasi rituelle. On retrouve chaque année, à quelques variations près, les mêmes rubriques et les mêmes montants. Certains intitulés sont relativement mystérieux tels que « structurer des parcours de soins efficaces ». Ainsi cette rubrique englobe « la chirurgie ambulatoire » comme si le développement de la chirurgie ambulatoire n'était pas une « tendance ».

Les constats du rapport de l'IGAS de 2013 sur le « caractère mystérieux » des résultats de la maîtrise médicalisée n'empêchent pas d'inscrire chaque année des économies à ce titre pour un montant compris entre 550 et 750 millions d'euros. Sous cette rubrique, des économies sur les prescriptions d'antibiotiques sont revendiquées chaque année (voir annexe LFSS, PQE assurance-maladie p. 167) ; toutefois dans le même document on lit que la consommation d'antibiotiques en ville est passée de 24 doses définies journalières pour 1000 habitants en 2010 à 24,2 en 2018 (voir annexe LFSS, PQE assurance-maladie p. 129).

On reste donc perplexe... On pourrait multiplier à l'infini les éléments de perplexité sur le sens des intitulés et la pertinence des chiffrages.

Quoi qu'il en soit, cette présentation de l'ONDAM qui relève, on l'a dit, de la fiction « en temps normal », tend à la farce lorsqu'elle est plaquée sur une année de crise sanitaire comme l'année 2021.

## 5. UN ONDAM RÉNOVÉ

Si l'on souhaite donc que l'ONDAM serve effectivement de base à un réel débat sur la politique de santé, il faudrait que le débat s'organise non pas autour de fictions mais s'articule autour de données qui aient du sens.

Revenons à l'exemple de l'hôpital. Pour évaluer l'ONDAM de l'année à venir, il faudrait partir de la demande de soins qui devrait être adressée à l'hôpital au cours de cette année. Elle peut s'apprécier à partir de l'évolution de la population, de son vieillissement, des tendances de prévalence des principales pathologies. A cet égard, les travaux récents de la Caisse nationale d'Assurance maladie montrent que l'on peut parvenir à des résultats relativement fiables<sup>29</sup>. Bien évidemment, il est loisible au Gouvernement et au Parlement de pas entériner l'évolution prévisible de la demande de soins. Il peut programmer son inflexion s'il considère que certaines demandes ou certaines pratiques ne sont pas pertinentes ou pas vraiment utiles pour la santé. Mais encore faut-il spécifier précisément les domaines où l'on pourrait diminuer sans dommage le volume des soins et admettre que l'amélioration de la pertinence est une entreprise difficile et souvent de long terme<sup>30</sup>. Actuellement un discours vague et peu étayé<sup>31</sup> sur la non pertinence sert souvent de justification à une politique restrictive qui, faute de s'appliquer aux activités non pertinentes, concernera aussi les activités utiles.

Dès lors que l'on veut satisfaire cette demande et non la rationner, il est possible de discuter de l'évolution souhaitable des effectifs à l'hôpital. On peut certes envisager de ne pas recruter des personnels à hauteur de l'évolution programmée de la production de soins. Mais cela ouvre un débat concret sur les gains de productivité possibles sans dégrader les conditions de travail des soignants et donc la qualité des soins. Débat qui serait d'ailleurs plus éclairé si l'on disposait de données actualisées sur l'évolution des conditions d'exercice de leur métier, recueillies par sondage auprès des personnels, comme c'est le cas au Royaume-Uni depuis plus de 10 ans. L'ONDAM actuel est fixé sans considération de l'évolution des conditions de travail à l'hôpital, alors que pourtant il les détermine largement. Il peut être adopté sans que

---

<sup>29</sup> Caisse nationale de l'assurance maladie, *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'assurance maladie pour 2021*, Juin 2020. Chapitre 1.

<sup>30</sup> Même dans un domaine, comme les antibiotiques, où la surconsommation est avérée et fait l'objet d'une politique affichée de maîtrise médicalisée, les résultats se font attendre, cf. encadré.

<sup>31</sup> On pense notamment aux propos de Mme. A. Buzin, ministre de la santé, qui avait coutume de déclarer que 30% des dépenses d'assurance maladie était inutiles (cf. notamment le *JDD* du 21 octobre 2017). Cette estimation n'a, à ma connaissance, aucun fondement mais peut bien évidemment servir à justifier de sévères restrictions sur l'évolution de l'ONDAM.

le ou la ministre n'ait à indiquer devant la représentation nationale quelle évolution est programmée pour les effectifs de l'hôpital public. Par contraste, le ministre de l'Education nationale sait parfaitement qu'il devra indiquer à la représentation nationale l'évolution des effectifs de personnels enseignants lors du débat de son budget. Ce simple écart dans la nature des données débattues au Parlement révèle la pauvreté du débat actuel sur l'ONDAM.

Dès lors que l'on anticipe l'évolution des effectifs pour passer au niveau des dépenses, il faut évoquer une autre réalité concrète : le niveau de rémunération de ces effectifs. Bien évidemment, l'évolution des dépenses hospitalières dépend, à effectif donné, de l'évolution de la rémunération de ces personnels. Cette question cruciale n'est jamais évoquée lors des débats autour de l'ONDAM. Si elle l'avait été, on aurait certainement perçu que le salaire des personnels soignants à l'hôpital décrochait par rapport au salaire moyen, mettant progressivement en péril l'attractivité des métiers de soignants.

On ne peut enfin discuter de l'ONDAM sans prendre en compte les effets que les moyens alloués à l'hôpital auront sur la situation financière des établissements de santé, dans la mesure où celle-ci détermine leur capacité à investir et, de ce fait, l'avenir de notre système de soins.

La démarche rénovée de débat sur l'hôpital que nous venons de décrire à grands traits devrait valoir pour tous les autres composantes du système de soins et, au-delà même du soin, sur les moyens consacrés à la prévention. Par exemple, pour les soins de premier recours assurés par les généralistes : actuellement la production de soins par tête diminue, la demande y est rationnée par insuffisance de l'offre disponible. Le gouvernement devrait répondre devant le Parlement de la politique qu'il propose en la matière en fixant tel ou tel niveau d'ONDAM, à partir de questions essentielles : quelle évolution du nombre d'actes de généralistes serait nécessaire/souhaitable ? Les effectifs de médecins généralistes pourront-ils spontanément l'assurer ? Quelles évolutions peut-on promouvoir et quels moyens peut-on mobiliser pour éviter une insuffisance de l'offre ? Quel niveau de revenu pour les médecins généralistes ?

Une telle démarche n'est possible que si l'on ne raisonne plus à partir de sous-objectifs qui agrègent des segments de dépenses obéissant à des logiques très diverses. Ainsi, même si elles sont regroupées au sein du même sous-objectif « soins de ville », il n'y a rien de commun entre les dépenses de généralistes (baisse de la démographie, stagnation des volumes, hausses régulières des tarifs), les infirmières libérales (hausse de la démographie,

hausse des volumes, stagnation des tarifs) et les médicaments délivrés en ville (baisse des prix des médicaments anciens, introduction régulière de nouveaux médicaments plus chers). Les débats n'ont nécessairement aucun sens puisque cet agrégat amalgame des dépenses qui obéissent à des logiques fort différentes.

Le débat sur l'ONDAM ne peut avoir quelque substance que si le Gouvernement fournit, pour la ou les années à venir et pour chaque composante du système de soins, des perspectives claires et documentées sur l'évolution de la quantité des soins qu'il entend voir dispenser, sur les effectifs de personnel soignant qu'il prévoit pour assurer ces soins, sur le niveau de rémunération qu'il programme pour ces personnels, sur le niveau des investissements dans le système de soins<sup>32</sup>.

Par ailleurs, on l'a rappelé en introduction, l'ONDAM ne concerne que les dépenses remboursées par l'AMO ; l'évolution du taux de prise en charge des dépenses de santé est à ce titre un élément essentiel de l'évolution de l'ONDAM. Aujourd'hui, on débat de l'ONDAM sans que soit nullement estimée l'évolution de ce taux, compte tenu des mesures envisagées par le Gouvernement au cours de l'année à venir. Il serait pourtant primordial que les débats publics sur l'ONDAM puissent s'appuyer sur une telle estimation. Ce taux de prise en charge a évolué à la hausse, on l'a rappelé en introduction, au cours de la décennie 2010. Pour autant, il n'est pas exclu que, pour maîtriser les dépenses publiques, l'on renoue un jour avec la pratique des années 2000 où, chaque année, des mesures de déremboursement érodaient ce taux de prise en charge. S'il est une question qui mérite de faire l'objet d'un débat public à propos de l'ONDAM, c'est bien le niveau de socialisation des dépenses de santé. L'évolution du partage des rôles public/privé pour la prise en charge des dépenses de soins n'est-il pas une question essentielle qui mériterait un débat public éclairé ? Or on discute actuellement de l'ONDAM sans aucune prospective sur le taux de remboursement.

---

<sup>32</sup> On peut trouver des éléments de réponse à cette question dans les annexes des LFSS notamment dans l'annexe dite PQE pour programme de qualité et d'efficience assurance maladie. Mais ces indications sont rétrospectives et il est impossible de faire le lien avec l'ONDAM, par nature prospectif, qui est soumis à la discussion des parlementaires. On ne peut s'étonner, dans ces conditions, que « ce document dont la qualité est largement reconnue n'a[it] pas fait l'objet d'une appropriation par le Parlement » comme l'indique, p 199, le rapport du HCFIPS d'octobre 2019 intitulé « Les lois de financement de la Sécurité sociale. Apport, limites et perspectives d'amélioration ».

## 6. QUE PEUT-ON ESPERER ?

On peut espérer que changer le cadre de la discussion de l'ONDAM, en le nourrissant ainsi de données concrètes, enrichira la qualité de ce débat et permettra d'envisager une politique plus cohérente d'allocation de ressources pour produire des soins. Il ne s'agit pas, pour autant, de succomber à l'illusion d'une gouvernance experte et rationnelle.

Le Parlement n'a pas vocation à devenir un forum apaisé de statisticiens, de sages qui, guidés par de bonnes données, parviendraient à la décision pertinente. Le Parlement est et restera pour l'essentiel une arène politique où se confrontent des visions politiques, où se mène un combat pour se maintenir dans des positions de pouvoir ou y accéder. Nos institutions sont telles que le travail parlementaire, quelle que puisse en être par ailleurs la qualité, s'inscrit toujours dans l'horizon d'un combat entre une majorité qui soutient la politique conduite par l'exécutif et une ou des oppositions qui la combattent. Il est toutefois possible d'espérer que cette conflictualité inhérente au travail parlementaire sera plus productive si elle s'organise autour de données qui ont du sens, plutôt que de se déployer à partir de fictions.

Il convient aussi de ne pas nourrir d'illusions sur la capacité du Parlement à modifier l'ONDAM qui lui est proposé par le Gouvernement. Dans le cadre de la V<sup>e</sup> République, les objectifs financiers des lois de finances et des LFSS (et donc l'ONDAM) ne sont jamais fondamentalement modifiés par le Parlement ; le gouvernement dispose de l'article 40 de la Constitution pour le discipliner mais surtout d'une majorité qui est tenue, sauf à risquer une crise politique majeure, de soutenir la politique macroéconomique qui lui est proposée par l'exécutif, et donc de valider la substance des lois financières. Modifier les termes du débat sur l'ONDAM ne bouleversera pas cette logique - le « fait majoritaire » - inscrite dans nos institutions. Il est toutefois possible d'espérer qu'un débat mieux ordonné sur l'ONDAM, contraignant le Gouvernement à justifier plus précisément les choix qu'il opère pour la régulation du système de soins, aboutira à des décisions plus pertinentes. Par ailleurs, les données du débat parlementaire alimenteraient aussi un débat public plus large, mobilisant toutes les parties prenantes, en amont et en aval de la discussion des LFSS.

Il est clair que l'on ne pourra pas se déprendre totalement de la logique surplombante des finances publiques. Certains verront toujours dans les dépenses de soins, au-delà du bien-être produit (années de vies gagnées, souffrances évitées, handicap réduit...), des dépenses publiques devant être strictement encadrées au nom de la réduction du niveau de la dette et

du taux des prélèvements obligatoires. Il est toutefois possible d'espérer que les décisions sur les ressources allouées au système de soins seront plus pertinentes si sont mises en balance d'une part les exigences de la régulation des finances publiques et d'autre part les conséquences de ces décisions sur notre capacité à fournir des soins de qualité à la population française.

Pour autant, même ainsi rénové, le débat sur l'ONDAM ne peut tenir lieu de débat sur la politique de santé. La santé ne se réduit pas aux soins. La politique de santé ne se réduit pas à allouer des ressources à notre système de soins et cela, même si les ressources allouées à la prévention sont prises en compte. Des lois financières annuelles telles que les LFSS, votées en urgence, ne peuvent fournir le cadre d'un débat sur la politique de santé envisagée dans sa globalité. Des tentatives ont été faites pour créer l'espace d'un tel débat. Une loi de 2002 prévoyait que chaque année se tiendrait durant la session de printemps, un débat au Parlement sur la politique de santé publique au sens large. En 2004, une nouvelle loi prévoyait, non un débat annuel, mais un débat quinquennal sur la politique de santé publique. Cette promesse n'a pas été tenue et il n'existe plus aujourd'hui aucun rendez-vous programmé pour que s'organise un débat parlementaire consacré à la politique de santé. Il est clair que le débat annuel sur l'ONDAM devrait, pour être pleinement pertinent, s'inscrire dans le cadre de débats publics et parlementaires plus larges organisés régulièrement sur les résultats et les ambitions de la politique de santé publique. Il est clair aussi que des exercices dits « stratégiques » tels que le plan « Ma santé 2022, un engagement collectif » qui ne comporte aucune référence aux moyens nécessaires pour satisfaire les innombrables promesses qu'il affiche, ne permet pas d'éclairer les débats autour de l'ONDAM<sup>33</sup>.

## **CONCLUSION**

La crise COVID a révélé que des ressources étaient allouées aux soins en fonction des exigences de la politique des finances publiques et non en considérant les moyens nécessaires pour délivrer des soins de qualité. Ce mode de régulation borgne (au sens où il privilégie un seul aspect de la régulation) a volé en éclat pour ce qui concerne les établissements de santé à la suite de la première vague COVID. Le rapport de forces

---

<sup>33</sup> Ministère des solidarités et de la santé. « Ma santé 2022, un engagement collectif », Septembre 2018.

politique ayant profondément changé, les besoins du système de soins, du moins ceux des établissements de santé, ont dû être reconnus. Après la première vague, le Gouvernement, régulateur des dépenses de santé, aurait été sanctionné s'il n'avait pas fait droit aux demandes exprimées avant la crise par les personnels de l'hôpital public.

Après cette crise, il est possible que l'on revienne au mode de régulation des dépenses qui prévalait au cours des années 2010, soit des politiques restrictives conduites jusqu'au point où une crise en révèle les limites. Après une période où il est admis qu'une trop grande rigueur en matière de dépenses risquerait d'aggraver la situation économique, il est probable que se feront entendre à nouveau des voix qui plaideront pour faire de la maîtrise des dépenses publiques un impératif catégorique - et cela quelle que soit la pertinence et le bien-être procurés à nos concitoyens par lesdites dépenses publiques.

Mais il est aussi possible que la COVID débouche sur une rénovation du cadre du débat sur les ressources allouées aux soins. En ce cas, le drame humain et le désastre économique que constitue la COVID auraient eu au moins un avantage : susciter des anticorps contre l'ONDAM, du moins contre l'ONDAM tel qu'il est aujourd'hui déterminé et débattu.



@TerraNovaThinkTank



@\_Terra\_Nova



Terra Nova- think tank

*Terra Nova est un think tank progressiste indépendant ayant pour but de produire et diffuser des solutions politiques innovantes en France et en Europe.*