



Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Rapport annuel 2011

L'assurance maladie face à la crise

Mieux évaluer la dépense publique d'assurance maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins

Rapport adopté le 15 décembre 2011 à l'unanimité des membres du HCAAM
à l'exception de la délégation Force Ouvrière qui s'est abstenue.

Décembre 2011

Composition du HCAAM

Président

M. Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat

Vice-Président

M. Alain CORDIER, Inspecteur général des finances

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

M. Christophe PRUDHOMME, responsable du collectif national des médecins de la CGT

CFDT

Mme véronique DESCACQ, secrétaire nationale

M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral

M. Bernard EUZET, secrétaire de l'union départementale de l'Allier

CFTC

M. Michel ROLLO, secrétaire général de la Fédération CFTC santé sociaux

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale du pôle protection sociale

MEDEF

M. Bernard LEMOINE, Fédération française des industries de santé

M. Jean-Marc LAMERE, vice-président du Conseil de l'UNCAM

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

M. Daniel BOGUET

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l'Union Nationale des Professions Libérales

UNSA

M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés

M. Yves BUR, UMP, Bas-Rhin

M. Pierre MÉHAIGNERIE, président de la C^{ion} des affaires culturelles, familiales et sociales, UMP, Ille-et-Vilaine

M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne

M. Jean-Jacques JÉGOU, UDF, Val-de-Marne

N.

Sept représentants de l'Etat

M. Vincent CHRIQUI, directeur général au centre d'analyse stratégique

M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale

Mme Annie PODEUR, directrice générale de l'offre de soins

M. Jean-Yves GRALL, directeur général de la santé

M. Ramon FERNANDEZ, directeur général du Trésor

M. Julien DUBERTRET, directeur du budget

Mme Anne-Marie BROCAS, directrice de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)

M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)

M. Antoine PERRIN, médecin conseil national du Régime Social des Indépendants (RSI)

M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Luc ALLAIRE, ancien directeur de l'administration générale et de la modernisation des services

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF), président de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI)

M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)

M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Six représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Dr. Claude LEICHER, président de MG-France

M. Pierre LEPORTIER, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président honoraire de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)

Dr. Roland L'HERRON, président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

M. Patrick PÉRIGNON, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral)

M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Six représentants des établissements de santé

M. Frédéric VALLETOUX, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)

M. Michel COUHERT, délégué général de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)

Dr. Francis FELLINGER, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers

Pr. Alain DESTÉE, président de la conférence nationale des CME de CH Universitaires

Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

Un représentant des industries du médicament

M. Christian LAJOUX, président du LEEM (Les Entreprises du Médicament)

Un représentant des industries des dispositifs médicaux

M. Eric LE ROY, directeur général du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)

Un représentant désigné par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

M. Yann BOURGUEIL, directeur

Un directeur général d'agence régionale de santé

Mme Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale de l'Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

Un représentant des prestataires de services et distributeurs de matériels à domicile

M. Olivier LEBOUCHE, président du SYNALAM

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur en charge du dossier « Santé-Vieillesse » à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Arnaud DE BROCA, secrétaire général de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

M. Christian SAOUT, président du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)

Sept personnalités qualifiées

M. Laurent DEGOS, professeur de médecine

Mme Brigitte DORMONT, professeur des universités, université Paris-Dauphine

M. Bruno DURIEUX, président du Comité National des Conseillers du Commerce Extérieur de la France (CNCCEF), inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé

Pr. Bernard LUBOINSKI, médiateur à l'Institut Gustave-Roussy

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS, ancienne directrice de l'IRDES

M. Noël RENAUDIN, membre du contrôle général, économique et financier, ancien Président du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétaire général du HCAAM

M. Jean-Philippe VINQUANT, inspecteur général des affaires sociales

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p. 9
<u>CHAPITRE I</u> : Les évolutions de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au travers de quatre questions structurantes :	p. 11
1. L'ONDAM est-il la bonne image de l'effort national de couverture des frais de Santé ?	p. 12
2. L'ONDAM est-il un pur objectif ou une réelle enveloppe budgétaire ?	p. 20
3. Peut-on établir un lien pertinent entre l'ONDAM et les « besoins de santé » ?	p. 31
4. Peut-on envisager une décomposition de l'ONDAM autre que celle des sous- objectifs actuels ?	p. 59
<u>CHAPITRE II</u> : Le tableau de bord du HCAAM sur l'accessibilité financière des soins et la question des restes à charge	p. 73
Introduction	p. 73
<u>Partie A : Données macroéconomiques de cadrage.</u>	p. 75
1. Au vu des données macro-économiques, les ménages financent directement une part relativement restreinte de leurs dépenses de santé.	p. 75
2. Le foisonnement des situations individuelles observées a conduit le HCAAM à retenir des indicateurs de dispersion pour toutes les dimensions de l'objectif de l'accessibilité financière des soins.	p. 81
<u>Partie B : Indicateurs relatifs à la solidarité</u>	p. 85
1. Les indicateurs de solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie.	p. 85
2. Les indicateurs d'accessibilité financière pour les revenus les plus faibles	p. 96
3. Les indicateurs de recours efficient au système de soins	p. 117
4. Les indicateurs de renoncement aux soins pour raisons financières	p. 118
Conclusion d'étape	p. 123

<u>TABLEAU DE BORD DE L'ACCESSIBILITE FINANCIERE</u>	p. 127
<u>TABLEAUX FINANCIERS DE L'ASSURANCE MALADIE</u>	p. 139
<u>ANNEXES</u>	p. 159
Annexe 1 Chronique des taux d'évolution de l'ONDAM	p. 161
Annexe 2 Fixation d'un objectif pour les dépenses de santé ou d'assurance maladie : aspects comparatifs	p. 167
Annexe 3 L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ? Avis du 27 janvier 2011.	p. 173

Ont contribué à la rédaction du présent rapport au sein du secrétariat général du HCAAM :

M. Jean-Philippe Viquant
Mme Marie Reynaud
M. David Foucaud
M. Jean-Philippe Natali
Mme Pascale Bonnevide

INTRODUCTION

Dans son *Rapport annuel pour 2010* intitulé « L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse », le HCAAM a voulu souligner l'écart tendanciel de croissance entre les dépenses d'assurance maladie et la richesse nationale source de leur financement, pour appeler à organiser autrement le système de soins, notamment lorsqu'il doit prendre en charge des parcours complexes liés à des maladies chroniques ou des poly-pathologies.

Mieux organiser les soins, c'est en effet, pour le HCAAM, rechercher une meilleure qualité de la prise en charge des personnes malades tout en s'attelant à une meilleure pertinence économique et financière des dépenses. C'est aussi rechercher des économies non pas seulement sur la dépense publique d'assurance maladie, mais, plus globalement, sur la dépense de Santé, de telle manière que les progrès dans la gestion ne pèsent pas sur le taux de remboursement.

Le HCAAM a pu donner une mesure sommaire des marges d'efficience qui pourraient être mobilisées, dans le rapport qu'il a consacré aux *Dépenses d'assurance maladie des personnes âgées en perte d'autonomie* (juin 2011). Il a notamment montré que les économies par redéploiement de dépenses hospitalières évitables vers des dépenses médicales et sociales à domicile sont susceptibles de se chiffrer en milliards d'euros.

Mais de tels redéploiements des moyens ne pourront résulter que d'un processus structurel conduit dans la durée. Or le chemin de retour à l'équilibre n'est plus une cible qu'il suffit d'atteindre à un horizon distant ; chaque étape annuelle doit faire la preuve qu'elle s'inscrit dans une trajectoire crédible de redressement des recettes et dépenses de l'assurance maladie.

C'est dire, d'abord, la nécessité d'accélérer le processus de réforme structurel (« projets pilotes ») proposé par le HCAAM dans son rapport du 23 juin 2011.

C'est dire ensuite – indépendamment de la question du niveau des recettes de l'assurance-maladie - l'impact du contenu de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté chaque année par le Parlement.

C'est dire, enfin, la nécessité d'une observation statistique régulière, et la plus fine possible, du « reste à charge » des assurés. Autrement dit, la façon dont l'ONDAM contribue concrètement à l'accessibilité financière des soins, qui est une dimension essentielle de l'objectif général d'accessibilité des soins constitutif des missions de l'assurance maladie.

Le HCAAM a donc choisi, après sa réflexion de l'an dernier portant sur l'analyse de la crise financière de l'assurance maladie, de consacrer son Rapport annuel pour 2011 :

- 1) A l'ONDAM, considéré ici comme un levier fondamental au service de la « soutenabilité financière » de la dépense publique d'assurance maladie (chapitre 1^{er}) ;
- 2) A la première publication du « tableau de bord » du HCAAM consacré à l'accessibilité financière des soins (chapitre 2). Il s'agit en l'espèce de prolonger l'étude de principe adoptée par le HCAAM en janvier 2011 (« L'accessibilité financière des soins, comment la mesurer ? »).

3) Tout en reprenant, comme chaque année, une présentation synthétique des principaux indicateurs de la situation financière de l'assurance maladie.

Le HCAAM estime que le vote de l'ONDAM, et le respect de l'ONDAM tel qu'il a été voté, a vocation à être un élément fondamental de « démocratie sanitaire ». Mais certaines conditions doivent, pour cela, être remplies. Les conclusions essentielles du HCAAM sur ce point figurent aux pages 57 à 58 du rapport.

Le HCAAM a par ailleurs constaté, une nouvelle fois, la puissance du mécanisme public de mutualisation des dépenses de santé. Mais derrière les chiffres moyens, il attire l'attention sur l'existence de situations de très fort « reste à charge » après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. L'analyse de ces situations extrêmes, et les principales considérations qu'il est possible de tenir à ce stade, figurent aux pages 123 à 126 du rapport.

CHAPITRE I

LES EVOLUTIONS DE L'OBJECTIF NATIONAL DES DEPENSES D'ASSURANCE MALADIE AU TRAVERS DE QUATRE QUESTIONS STRUCTURANTES

L'ONDAM est communément défini comme le regroupement des dépenses de santé des régimes qui composent l'assurance maladie obligatoire.

De ce fait il occupe une place à part au sein des dépenses de sécurité sociale. En effet, c'est le seul objectif de dépenses de sécurité sociale, inscrit dans la loi de financement de la sécurité sociale, qui ne correspond pas au suivi d'une « branche » particulière.

Les années 2010 et 2011 ont, dans un contexte de fortes tensions sur le financement de l'assurance maladie, été l'occasion de réflexions sur les modalités de fixation et de suivi de l'ONDAM, marquées notamment par un rapport sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie¹ et la mise en œuvre de ses principales préconisations.

Dans la séance de travail consacrée par le HCAAM en avril 2010, en présence de M. Raoul Briet, aux conclusions de ce rapport, plusieurs membres ont souhaité que le processus d'élaboration et de vote de l'ONDAM puisse s'appuyer davantage sur des objectifs de Santé publique, et soit mis en relation avec une meilleure appréhension des besoins.

Car le respect d'un objectif de dépenses n'est pas un but en soi. Il n'est qu'un moyen d'aider à un pilotage plus pertinent – et choisi par la représentation nationale –, de la dépense d'assurance maladie, pour mieux garantir le succès du seul véritable objectif qu'est la pérennité du financement solidaire des dépenses de Santé.

L'ONDAM est en réalité au cœur de la conciliation exigeante entre la maîtrise du déficit public et le maintien d'un système de Santé solidaire et de qualité. C'est pourquoi, le HCAAM a souhaité revenir sur l'ONDAM, sa nature et son évolution, au travers de quatre questions structurantes :

1. L'ONDAM est-il la bonne image de l'effort national de couverture des frais de Santé ?
2. L'ONDAM est-il un pur objectif ou une réelle enveloppe budgétaire ?
3. Peut-on établir un lien pertinent entre le montant de l'ONDAM et les « besoins de santé » ?
- 4.. Peut-on envisager une décomposition de l'ONDAM autre que celle des sous-objectifs actuels ?

Le traitement successif de ces quatre questions - choisi pour aider à la clarté du raisonnement - ne doit évidemment pas conduire à sous-estimer les interactions qu'elles entretiennent entre elles, et très particulièrement le lien étroit entre la question du strict respect de l'ONDAM et celle de la juste couverture des besoins de santé.

¹ *Rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie*, groupe présidé par M. Raoul Briet, mai 2010.

1. L'ONDAM est-il la bonne image de l'effort national de couverture des frais de Santé ?

Le HCAAM entend, à travers cette question, examiner celle du « champ » de l'ONDAM.

Depuis, 1996, la Constitution (article 34) dispose que les lois de financement de la sécurité sociale « *déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique.* ». Cette rédaction permet donc de fixer plusieurs objectifs de dépenses.

L'article 1^{er} de la loi organique du 22 juillet 1996, relative aux lois de financement de la sécurité sociale (codifié en article L.O. 111-3 du Code de la sécurité sociale), a usé de cette faculté, en créant autant d'objectifs de dépenses que de branches gérées par chacun des régimes obligatoires de base, et en ajoutant un objectif particulier pour les dépenses d'assurance maladie. Il prévoit ainsi que : « *chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe :*

- *par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base* » et
- « *pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie* ».

Contrairement à ce que l'on croit souvent, l'ONDAM n'est donc pas l'objectif de la branche maladie de la sécurité sociale. Cet objectif « de la branche maladie » existe lui aussi dans la loi de financement de la sécurité sociale. Mais l'ONDAM est autre chose, de périmètre à la fois plus étroit et plus large.

Il y a donc coexistence, chaque année, du vote :

- d'un objectif inter-régimes de la branche maladie de la sécurité sociale,
- et d'un autre objectif « d'assurance maladie », l'ONDAM.

1.1. L'ONDAM ne concerne pas l'intégralité des dépenses des branches « maladie » des différents régimes.

On le sait, la branche maladie rassemble quatre risques : maladie, maternité, invalidité et décès². Or l'ONDAM ne concerne pas les prestations « invalidité et décès ». De plus, au sein des prestations de « maternité », l'ONDAM ne concerne que les prestations en nature (en sont donc exclues les IJ liées à la maternité).

Enfin, sont également exclues de l'ONDAM diverses dépenses rattachées à la branche maladie :

- les frais de gestion administrative,
- les frais financiers de la branche,
- les prestations dites « extra-légales » du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNASS),

² Voir l'article L200-2 du CSS : « *Le régime général comprend quatre branches : 1° Maladie, maternité, invalidité et décès ; 2° Accidents du travail et maladies professionnelles ; 3° Vieillesse et veuvage ; 4° Famille. (...) Les branches visées au 1° et au 2° sont gérées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, celle visée au 3° par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et celle visée au 4° par la Caisse nationale des allocations familiales.* »

- les actions de prévention financées par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS) : fonctionnement des centres d'examen de santé et financement de campagnes nationales de prévention et de dépistage.
- la part des prestations médico-sociales financées par les recettes propres de la CNSA.

1.2. L'ONDAM englobe en revanche certaines dépenses non couvertes par la branche maladie.

L'ONDAM retrace en effet certaines dépenses de la branche *accidents du travail et maladies professionnelles* : frais de soins et indemnités journalières pour incapacité temporaire, hors prestations pour incapacité permanente.

De plus l'ONDAM s'applique à des dépenses qui ne sont pas des prestations, comme – depuis 2006 – la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des professionnels de santé conventionnés, ou encore le financement de certains fonds comme le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) ou le Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), ou également – depuis 2008 – les dépenses de formation professionnelle des professions médicales et paramédicales conventionnées.

En cela, l'ONDAM va donc au-delà des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire définies à l'article L.321-1 du code de la sécurité sociale, qui dresse la liste des frais que « *L'assurance maladie comporte (...)* ».

Par ailleurs, on doit noter que ce périmètre de l'ONDAM a fluctué au cours du temps, essentiellement par l'effet d'ajouts successifs³. Ces modifications obligent à une certaine vigilance dans le maniement des séries chronologiques, notamment au regard du changement de périmètre de l'année 2006, estimé à l'époque à environ 2,5 mds €.

Le tableau ci-après, établi sur la base d'une méthodologie de la Cour des comptes et présenté chaque année dans l'annexe 7 aux PLFSS, présente de façon synthétique la différence entre le champ des dépenses incluses dans l'ONDAM et les comptes des branches « *maladie, maternité, invalidité décès* » et « *accidents du travail et maladies professionnelles* » de la sécurité sociale.

³ Il convient de noter que, comme le signalait la Cour des comptes dès son rapport de 2005 sur la loi de financement de la sécurité sociale, « *les périmètres des deux objectifs de branche, maladie et accidents du travail, et de l'ONDAM ne sont définis par aucun texte de manière exhaustive et il n'en existe pas de définition formalisée* ».

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité décès		Objectif de la branche AT-MP	
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
A. gestion technique I. Prestations sociales - part des prestations médico-sociales financée par la CNSA - prestations en espèce = IJ maternité - prestations invalidité décès - prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) - actions de prévention - autres prestations II. Charges techniques III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	A. gestion technique I. Prestations légales maladie maternité : - prestations en nature maladie maternité (hors part des prestations médico-sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales), minorées des remises conventionnelles pharmaceutiques - prestations en espèce (hors IJ maternité) II. Charges techniques, dont : - dotation ONDAM médico-social à la CNSA - prise en charge de cotisations des professionnels libéraux - dotation aux fonds (FICQS, FAC, FMESPP) III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	A. gestion technique I. Prestations pour incapacité temporaire : - prestations en nature - prestations en espèce suite à AT II. Charges techniques - rentes AT - dotations aux fonds amiante III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières	A. gestion technique - prestations pour incapacité permanente II. Charges techniques - rentes AT - dotations aux fonds amiante III. Diverses charges IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM V. Charges financières
B. gestion courante - aide à la télétransmission	B. gestion courante - aide à la télétransmission		B. gestion courante

14

1.3. Par ailleurs, le recouplement de l'ONDAM avec les grands agrégats traditionnels de la dépense de santé (CSBM, DTS, DCS⁴) n'est pas une chose simple.

Il n'est notamment pas possible de définir l'ONDAM comme « la partie collectivement prise en charge » de l'un ou l'autre de ces grands agrégats de comptabilité nationale.

L'ONDAM est à cheval sur ces trois agrégats (cf. graphique page suivante, repris du rapport du HCAAM *L'accessibilité financière des soins, comment la mesurer ?* du 27 janvier 2011).

C'est notamment pour cette raison que dans ce rapport de janvier 2011, le HCAAM, pour mieux mesurer la part de la dépense de soins financée par l'assurance maladie, a proposé de retenir un agrégat de « CSBM élargie » – c'est-à-dire élargie aux dépenses de soins des personnes âgées et handicapées en établissement et services médicaux sociaux.

C'est également pour cette raison que le rapport de la Commission nationale des comptes de la santé établit, chaque année, une table de passage de la CSBM et de l'ONDAM.

Encadré 1 : Passage de la CSBM à l'ONDAM pour l'année 2010 – Comptes de la santé 2010

Schématiquement, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale, augmentée :

- des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail ;
- des soins de longue durée aux personnes âgées (forfaits soins des établissements et des SSAD) ;
- des dépenses médico-sociales pour les établissements pour personnes handicapées et personnes précaires prises en charge par les régimes d'assurance-maladie ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé et des dotations à certains fonds (FIQCS, FMESPP, FAC,...) ;
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger.

À l'exception des dotations à des structures accueillant des personnes précaires, des dotations à divers fonds et des dépenses des ressortissants français à l'étranger, ces ajouts appartiennent tous à la dépense courante de santé (DCS) des comptes. Ils ne permettent cependant pas de la reconstituer en totalité puisque celle-ci inclut les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, et les coûts de gestion du système de santé.

Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale	132,7
Indemnités journalières et accidents du travail (hors IJ maternité)	10,0
Soins aux personnes âgées en établissement et SSAD	8,2
ONDAM personnes handicapées	7,9
Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,0
Autres prises en charges	1,1
Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC, télétransmission)	0,4
Prestations diverses	0,1
Total	162,5
Ecart d'évaluation sur les hôpitaux publics et ajustements divers	-0,5
ONDAM	162,0

⁴ CSBM : Consommation de Soins et de Biens Médicaux ; DTS : Dépense Totale de santé ; DCS : Dépense Courante de santé.

- **Tableau 2 : Les différents périmètres des dépenses de santé (2010, en milliards d'euros)**

DTS (nd en base 2005)	
<div data-bbox="312 342 826 1016"> <p>CSBM (175,0)</p> <ul style="list-style-type: none"> - soins hospitaliers (81,2) dont <ul style="list-style-type: none"> o publics (61,8) o privés (19,5) - soins de ville (44,0) dont : <ul style="list-style-type: none"> o médecins (18,5) o dentistes (9,9) o auxiliaires médicaux (11,3) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Infirmiers (5,5) ▪ Kinésithérapeutes (4,6) ▪ Orthophonistes, orthoptistes (0,9) ▪ Thermalisme (0,3) o laboratoires d'analyse (4,3) - transports sanitaires (3,8) - médicaments (34,4) - autres biens médicaux (11,6) dont : <ul style="list-style-type: none"> o optique (5,1) o prothèses, orthèses, VHP (2,1) o petit matériel, pansements (4,3) </div> <ul style="list-style-type: none"> - prévention autre que environnementale et alimentaire (3,9) <ul style="list-style-type: none"> o individuelle primaire (2,8) o individuelle secondaire (0,6) o collective (0,5) - dépenses et soins aux personnes âgées en établissement (9,0) dont <ul style="list-style-type: none"> o unités hospitalières de soins de longue durée (1,0) o établissements d'hébergement pour personnes âgées (6,7) <ul style="list-style-type: none"> ▪ publics (3,8) ▪ privés (2,9) o SSAD (1,3) - dépenses de soins liés au handicap et à la dépendance (8,3) - subventions reçues par le système de santé (dont prise en charge par AM des cotisations sociales des professionnels de santé) (2,4) - coûts de gestion de la santé (15,9) - dépenses en capital du secteur de la santé (ND) 	<p>DCS (234,1)</p> <ul style="list-style-type: none"> - prévention environnementale et alimentaire (1,9) <ul style="list-style-type: none"> o hygiène du milieu (0,5) o prévention et lutte contre la pollution (0,2) o sécurité sanitaire de l'alimentation (0,5) o autres (0,7) - II (12,5) <ul style="list-style-type: none"> o Maladie (6,8) o Maternité (3,0) o AT (2,7) - Dépenses de recherche hors pharmaceutique (3,4) - Formation (1,9)

Source : Drees, Comptes nationaux de la santé 2010 base 2005. Dans cette base, les dépenses de soins liées au handicap sont incluses dans la dépense courante de santé, alors que ce n'était pas le cas en base 2000.
Présentation HCAAM

Le surlignement jaune dans le tableau indique les postes qui sont retracés dans l'ONDAM (en tout ou partie, c'est-à-dire pour la part des dépenses effectivement prises en charge par un régime obligatoire d'assurance maladie).

1.4. En tenant compte de ces recoupements, il est néanmoins possible de dire que l'essentiel de la dépense publique de soins est retracée dans l'ONDAM.

L'ONDAM ne retrace pas la totalité de l'effort public national de couverture des dépenses de soins.

Il ne concerne en effet que les dépenses du champ de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS), et ne s'applique par conséquent :

- ni au financement de la CMU-complémentaire,
- ni au financement des frais de soins qui incombent à l'Etat (essentiellement : l'AME et des dépenses de prévention)⁵,
- ni au financement par les collectivités territoriales, notamment en matière de prévention (PMI, dépistage..).

Pour autant, sa part est essentielle dans l'ensemble de ces financements publics.

Ainsi, en 2010, les dépenses de soins (calculées sur la base de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) élargie, c'est-à-dire CSBM plus dépenses de soins médico-sociales et dépenses de prévention individuelles) s'élèvent à 194,4 mds €.

L'ensemble des financements publics de cet agrégat s'élève à 153,2 mds € (78,8%).

Sur cette dernière somme, 4,1 mds € (soit 2,1 %) représentent le financement de la CMU-C, les autres dépenses de l'Etat, et les dépenses des collectivités locales.

Les 149,1 mds € restants sont apportés par l'ONDAM, qui représente donc 97% du financement public de la « CSBM élargie ».

On obtient des ordres de grandeurs analogues par rapport à l'agrégat CSBM : la partie de l'ONDAM qui finance la CSBM représente, de manière stable dans le temps, environ 98% des dépenses publiques au sein de cette CSBM, et donc 98% de la dépense publique de soins si on définit la dépense de soin comme étant la CSBM.

1.5. Enfin, on ne doit évidemment pas confondre « pilotage des dépenses de l'ONDAM » et « maîtrise du déficit de la branche maladie ».

Premièrement, comme on l'a vu, les dépenses concernées par l'ONDAM ne correspondent pas aux dépenses des branches maladie des différents régimes.

Deuxièmement et surtout, comme le notait déjà le rapport du groupe présidé par M. Briet en mai 2010, le résultat d'exécution de la branche maladie est affecté aussi bien par l'évolution des dépenses que par celles des recettes. Alors que le « dépassement » d'ONDAM n'est par construction que la résultante des dépenses exécutées⁶.

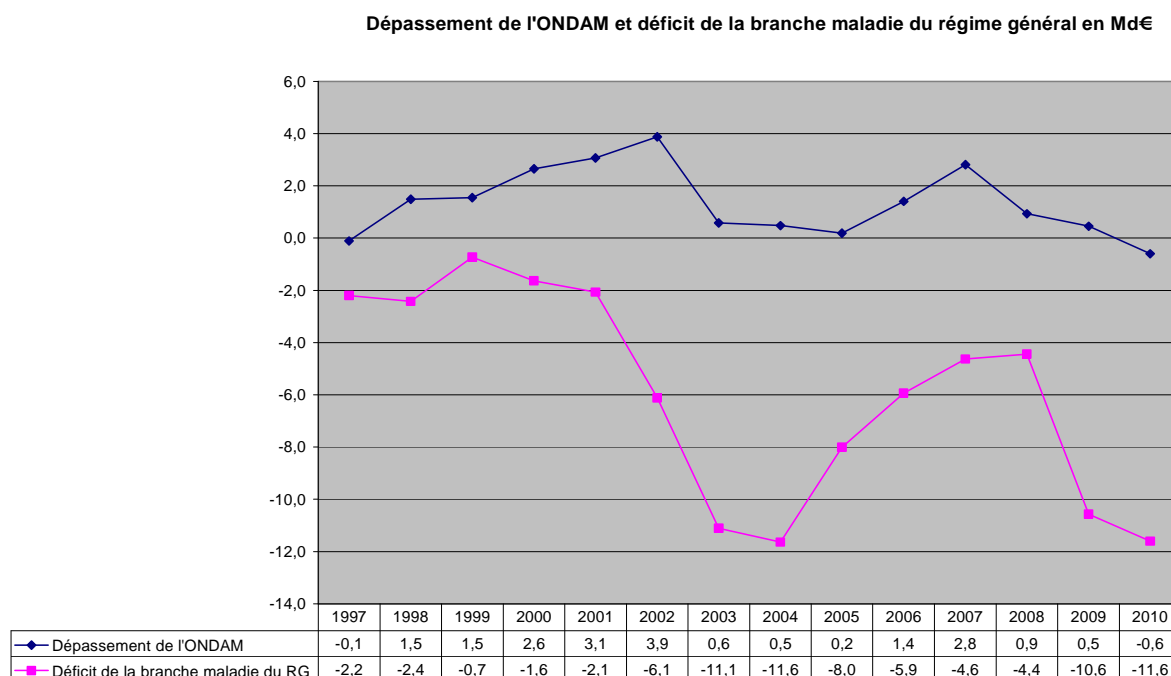
⁵ A ces éléments de dépense qui correspondent aux agrégats de comptabilité nationale, on pourrait évidemment ajouter, dans une optique économique, diverses dépenses fiscales, telles que la compensation par le budget de l'Etat des mesures d'exonération de cotisation sociales.

⁶ Par ailleurs, la dynamique de la dépense de branche peut être affectée par d'autres facteurs (dépenses de la branche hors champ de l'ONDAM, telles que FNPEIS, gestion administrative, etc.)

Le graphique suivant montre ainsi les évolutions comparées – et bien distinctes – de l'exécution de l'ONDAM (c'est-à-dire faisant apparaître ses dépassements entre 1997 et 2010), et du solde recettes / dépenses de la branche maladie (régime général). On constate par exemple qu'en 2010, le déficit de la branche maladie se creuse, sous l'effet d'une contraction des recettes, alors que la dépense du champ de l'ONDAM reste même légèrement inférieure à l'ONDAM voté.

Ce graphique illustre aussi, du même coup, les deux visées complémentaires de tout cadrage « sincère » d'une dépense publique : non seulement viser le respect effectif, sans dépassement, de l'objectif voté de dépenses (c'est la question du suivi de l'ONDAM, examinée dans ce rapport), mais aussi – ainsi que le HCAAM y avait insisté dans son rapport annuel de 2010 - viser l'objectif d'équilibre des recettes et des dépenses, et donc l'absence de déficit de la branche maladie.

Figure 1



Source : DSS, retraitement HCAAM. Note de lecture : en 2001, l'ONDAM a été dépassé de 3,1 Md€ et le déficit de la branche maladie du régime général s'est établi à -2,1 Md€.

Au total, le HCAAM retient que :

1) Se fixer un ONDAM c'est, en sus de l'effort qui doit porter sur le solde recettes-dépenses de l'assurance maladie, mettre l'accent sur le suivi d'un certain niveau de dépenses - publiques - de santé.

2) Et que suivre l'évolution des dépenses de santé ne peut se faire directement à partir des comptes des régimes et conduit inévitablement à additionner les dépenses au titre de la « maladie » et celles au titre des « AT-MP », à retrancher les frais de gestion administrative et les prestations d'invalidité et de décès, etc. : on est donc naturellement amené à construire un agrégat ad hoc, et c'est le sens de l'ONDAM.

3) A ce titre, le HCAAM souhaite que soit discutée l'idée d'« enrichissement » de l'ONDAM. Car la logique d'un objectif de dépenses, dans une perspective claire de régulation, est de récapituler toutes les dépenses qui sont en interaction structurelle (une économie globale d'ensemble pouvant être atteinte par tel ou tel effort sectoriel supplémentaire). Il serait dès lors pertinent que l'ONDAM concerne toutes les formes de prise en charge dont les évolutions gagneraient à être pensées conjointement.

Mériterait d'être examiné à cet égard (au titre de l'articulation des soins préventifs et des soins curatifs) l'inclusion dans le champ de l'ONDAM des dépenses du Fonds National de Prévention (FNPEIS)

Au titre de la continuité des « parcours » soignants, il faudrait être en mesure de globaliser aussi les dépenses de soins de l'Etat et des collectivités territoriales. Le HCAAM a toutefois conscience de ce que, s'agissant de dépenses qui n'ont pas la qualification de « dépenses de sécurité sociale » et n'en partagent pas les ressources, la loi organique qui fait de l'ONDAM un objectif « de sécurité sociale » y fait juridiquement obstacle.

2. L'ONDAM est-il un pur objectif ou une réelle enveloppe budgétaire ?

Depuis la création de l'ONDAM, des questions se sont posées sur les conséquences qu'il fallait tirer de sa nature d' « objectif ».

Le terme « objectif » n'a certainement pas ici le même sens que dans la sphère des finances de l'Etat. La loi organique du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances (LOLF) l'y emploie en effet pour désigner les buts qualitatifs ou quantitatifs que l'on cherche à atteindre par l'action et le financement publics, regroupés désormais par « missions » et subdivisés en « programmes ». Les dépenses des programmes sont des « crédits » et des « dotations ». A ces crédits sont donc associés des objectifs, énoncés en termes de finalités et de résultats attendus⁷

Dans l'acception des lois de finances du budget de l'Etat, la notion « d'objectif » telle que conçue par la LOLF vient enrichir la vision budgétaire des enveloppes limitatives. Les crédits limitatifs, s'ils signifient toujours que les dépenses ne peuvent être engagées et ordonnancées que dans la limite de crédits ouverts (article 9 de la LOLF), doivent désormais se voir également articulés aux objectifs définis en fonction de finalités d'intérêt général, ainsi que des résultats attendus.

A l'évidence, la notion d'objectif telle que retenue en 1996 par la fixation d'un ONDAM ne recouvre pas celle figurant cinq ans plus tard dans la LOLF. Pour autant, le HCAAM ne s'interdit pas de penser qu'un ONDAM mêle *de facto* une notion d'objectif cible à atteindre et une forme d'enveloppe budgétaire qui, à défaut d'être limitative, se veut en réalité contraignante et quasi opposable à la dépense publique de santé.

Il convient d'ailleurs de noter, à l'appui de cette observation, que l'assurance maladie a connu dans sa déjà longue histoire une série « d'objectifs », qui présentaient des niveaux de contrainte divers et nuancés :

- la dotation globale regroupant la part des dépenses des établissements de santé publics et privés participant au service public hospitalier prise en charge par les régimes d'assurance maladie⁸ ;
- les enveloppes qui fixaient le montant total de certains frais pris en charge par les régimes d'assurance maladie pour la biologie et les cliniques privées⁹, appelés « objectifs quantifiés nationaux » (OQN);
- les objectifs prévisionnels d'évolution des dépenses médicales anciennement annexés aux conventions médicales¹⁰ ;
- plus récemment, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et l'objectif de dépenses déléguées (ODD), qui devaient être fixés par un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général¹¹.

⁷ Article 7 de la LOLF « Un programme regroupe les crédits destinés à mettre en œuvre une action ou un ensemble cohérent d'actions relevant d'un même ministère et auquel sont associés des objectifs précis, définis en fonction de finalités d'intérêt général, ainsi que des résultats attendus et faisant l'objet d'une évaluation. »

⁸ Loi n°83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale et décret d'application du 11 août 1983.

⁹ Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 portant diverses mesures d'ordre social.

¹⁰ Loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 (dite « Loi Teulade ».) relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie.

¹¹ L'ODD, qui dans les faits n'était plus fixé, a été supprimé du code de la sécurité sociale par l'article 91 de la loi n° 2009-526 du 12 mai 2009 de simplification et de clarification du droit et d'allègement des procédures.

2.1. L'ONDAM n'est pas une enveloppe budgétaire limitative, mais il perd tout son sens s'il n'est pas strictement respecté.

Il a été clairement affiché dès le premier PLFSS présenté à l'automne 1996 – et cela reste encore vrai aujourd'hui – que l'ONDAM ne constitue pas un plafond limitatif de dépenses : *« C'est pourquoi l'objectif national de dépenses d'assurance maladie peut être fixé dans le projet de loi de financement à 600,2 milliards de francs (...). Il ne s'agit pas pour autant d'une enveloppe de crédits limitatifs, à la différence des lois de finances. Des droits sont ouverts et les prestations seront évidemment servies. »*¹²

De son côté, le groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie (voir encadré 2 ci-dessous) notait à propos de l'ONDAM : *« Objectif de dépenses et non budget au sens strict du terme car, outre les différences qui séparent de façon générale les LFSS des lois de finances applicables au budget de l'Etat, les dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire ne procèdent pas, sauf de rares exceptions, d'une allocation de crédits limitatifs gérés par une autorité centrale ».*

Encadré 2 : le rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie

Les dix propositions du rapport s'articulent autour de deux axes : aboutir à une architecture renforcée de la gouvernance de l'ONDAM ; corriger les faiblesses actuelles sans bouleversement du cadre général que constituent les LFSS, ni modification de la nature de l'ONDAM ou transformation de la philosophie et des caractéristiques essentielles des dispositifs de régulation.

Les mesures destinées à accroître la transparence de la construction de l'ONDAM

Face au constat d'une évaluation des mesures correctrices trop imprécise, d'une information riche mais encore insuffisante et d'une pluri-annualité très formelle, le rapport a formulé trois propositions :

- * Confier au comité d'alerte un rôle de contrôle ex ante du biais manifeste dans les hypothèses techniques sous-tendant la construction de l'ONDAM (1)
- * Enrichir l'annexe du PLFSS relative à l'ONDAM et la recentrer sur les éléments financiers et l'exécution de l'ONDAM (2)
- * Insérer davantage l'ONDAM dans une perspective pluriannuelle, qui pourrait prendre la forme à terme d'une loi de programmation des finances sociales (3)

Les mesures destinées à formaliser et renforcer le dispositif de suivi et de pilotage

La mission est partie du constat que le suivi de l'ONDAM était éclaté et que son pilotage était peu institutionnalisé. Par ailleurs, les remontées d'information étaient jugées de qualité et de fréquence inégales. Pour y remédier, les propositions suivantes ont été exprimées :

- * Instaurer un comité de pilotage de l'ONDAM et lui donner un fondement réglementaire. Il prendrait la forme d'un comité de niveau technique (directeurs) qui se réunit tous les deux mois, et d'un comité au niveau ministériel (santé, comptes publics) qui se réunirait trois fois par an (4)
- * Renforcer le suivi statistique et comptable et rassembler les acteurs de la production de données (5)
- * Instaurer une veille renforcée du comité d'alerte et prévoir un avis obligatoire avant le 15 avril (6)
- * Un seuil d'alerte progressivement abaissé à 0,5% (7)

Les mesures destinées à prévenir les risques de dépassement et limiter leur ampleur

Le rapport a estimé que la régulation *ex post* des dépenses a un impact infra-annuel limité. Le rapport propose donc des outils pour prévenir les risques de dépassement et limiter leur ampleur :

- * Conditionner la mise en œuvre de tout ou partie des mesures nouvelles au respect de l'ONDAM (8)
- * Mettre en réserve en début d'année une fraction des dotations (9)
- * Prévoir en cas d'alerte des mécanismes de décision adaptés et des procédures de décision simplifiées afin d'assurer la mise en œuvre rapide des mesures correctrices (10)

¹² Rapport définissant les conditions générales de l'équilibre de la sécurité sociale et les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale annexé à la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

Le caractère juridiquement non limitatif de l'ONDAM a ainsi comme principale justification le fait qu'il recouvre des prestations dont le bénéfice relève de droits prévus par la législation.

Quotidiennement, l'ordonnancement de la dépense d'assurance maladie est *de facto* exercé par le million de professionnels de santé qui exercent en ville ou en établissement. Une fois l'acte soignant effectué, il n'est pas juridiquement possible en l'état du droit français, d'en refuser la prise en charge au motif qu'une « ligne de crédit » de l'ONDAM serait épuisée.

De fait, l'ONDAM peut être dépassé, et il l'a été souvent comme le montre l'histoire de son évolution depuis 1997 (voir *l'annexe 2*).

Pourquoi alors chercher à fixer un objectif cible de dépenses qui de fait peut être dépassé ? Parce que ***l'ONDAM constitue le montant des dépenses d'assurance maladie remboursées par la collectivité compatible avec le niveau de recettes prévues, à niveau de solde donné.***

Pour le dire autrement, l'ONDAM est le niveau de dépenses d'assurance maladie pour lequel les recettes votées permettront *a priori* (ou « *ex ante* ») d'atteindre l'objectif de solde voté par le Parlement dans le cadre des mêmes PLFSS¹³.

Cette identification d'une enveloppe de dépenses publiques consacrées au financement des dépenses de soins n'est pas propre à la France. Le rapport du « groupe Briet », ainsi que les travaux de l'OCDE, font en effet apparaître l'existence de tels dispositifs dans la plupart des pays partenaires de la France.

¹³ On note donc que, pas plus que les objectifs de dépenses des branches, le montant de l'ONDAM ne doit nécessairement être fixé à un niveau qui établisse l'équilibre des comptes des régimes de sécurité sociale concernés. En effet, si le Conseil constitutionnel a confirmé que l'équilibre financier de la sécurité sociale était une exigence constitutionnelle (Décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997), il a considéré qu'elle « *n'impose pas que cet équilibre soit strictement réalisé pour chaque branche et pour chaque régime au Cours de chaque exercice* » (Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001)

L'étude de la Direction générale du Trésor « Enseignements tirés d'une approche comparée de la régulation des dépenses d'assurance maladie en Europe »¹⁴.

A la demande du groupe de travail présidé par M.Briet, la Direction générale du Trésor a conduit une étude portant sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie en Allemagne, au Royaume Uni, en Belgique et au Danemark. Le rapport de la mission Briet a ainsi pu relever que chacun de ces pays avait « *mis en place une procédure périodique de prévision nationale des dépenses de santé. Cet exercice permet de fixer un objectif global pour la période suivante. Cette cible est éventuellement déclinée par régions (Danemark, Allemagne) et par types d'activité ou d'actes (Belgique). Cette procédure est le plus souvent annuelle mais s'inscrit dans un cadre budgétaire triennal au Royaume Uni et pluriannuel au Danemark (« plan économique 2015 »).* »

S'agissant du caractère contraignant de ces objectifs, la DGT estime qu'il est variable selon les pays, son application étant la plus stricte au Royaume Uni. Les crédits votés sont limitatifs et délégués à des opérateurs locaux responsables de leur gestion. Ils peuvent être néanmoins surconsommés une année donnée. Dans ce cas, le dépassement de l'année N est « repris » en année N+1.

Dans les trois autres pays, la contrainte budgétaire est moins forte, mais des mécanismes d'ajustement des dépenses infra-annuels en cas de dérapage des dépenses sont prévus.

Les travaux de l'OCDE : l'étude *Health systems institutional characteristics : a survey of 29 OECD countries*¹⁵

Suite à une enquête auprès de ses pays membres conduite en 2009, l'OCDE a présenté un étude de synthèse sur les caractéristiques des systèmes de santé de 29 pays. Ce rapport donne notamment une information sur la gouvernance et l'allocation des ressources dans les systèmes de santé (décentralisation, nature de la contrainte budgétaire et établissement des priorités).

Cette étude fait apparaître qu'une très grande majorité de pays (25 sur 29) fixe des objectifs de dépenses de santé.

Dans 9 pays, cet objectif se traduit par une contrainte budgétaire stricte avec l'allocation de crédits limitatifs (*strict budget constraints*) soit à des entités régionales, soit à des secteurs de l'offre de soins (Royaume-Uni, Norvège, Nouvelle-Zélande, Pologne, Portugal, Suède, Irlande, Italie, Hongrie).

Dans 16 autres pays, un objectif est fixé mais peut être dépassé. En Espagne, les communautés autonomes (Comunidad autónoma) fixent également leurs objectifs, en principe limitatifs. Au Canada, les gouvernements provinciaux et territoriaux fixent leurs propres objectifs.

L'OCDE note que dans les pays où existe un système de sécurité sociale, les objectifs de dépenses sont fixés en fonction des recettes prévisionnelles affectées à l'assurance maladie. L'exemple de la France est cité (aux côtés de la République Tchèque et du Mexique) et résumé ainsi : « *le Parlement approuve les objectifs de dépenses, qui peuvent toutefois excéder le niveau attendu des recettes* ».

Seuls quatre pays ont indiqué ne pas disposer de budget prévisionnel ou d'objectif de dépenses de santé : l'Autriche, le Japon, la Corée du Sud et la Suisse. Néanmoins, s'agissant du Japon, des plans stratégiques quinquennaux sont adoptés, avec des projections de croissance des dépenses de santé.

Un tableau de l'OCDE, reproduit en annexe 2, présente une synthèse de cette question pour les 29 pays interrogés.

La France est ainsi, et à juste titre, classée dans l'étude de l'OCDE parmi les pays où un objectif est fixé, mais où il n'est pas limitatif.

Les critiques concernant le caractère non contraignant de l'ONDAM et l'idée de passer en enveloppe limitative surgissent dès lors régulièrement derrière les observations entendues à chaque fois que l'ONDAM a connu des dépassements récurrents (notamment 2000 – 2002 et

¹⁴ Texte complet de l'étude reproduit en annexe au présent rapport.

¹⁵ OCDE, Health working paper No. 50, 2009, *Health systems institutional characteristics : a survey of 29 OECD countries*, Valerie Paris, Marion Devaux and Lihan Wei.

2006 – 2007). On a ainsi pu parler de « *l'impossible respect de l'ONDAM* »¹⁶, la Cour des comptes ayant, dans le passé, plusieurs fois souligné l'inefficacité des « *instruments mis en œuvre pour réguler les dépenses* » (RALFSS de septembre 2004).

Mais le HCAAM estime que l'apparente ambiguïté sur la nature de l'ONDAM est en réalité riche de sens.

D'un côté, on le redit, la dépense d'assurance maladie reste, fondamentalement, une dépense constatée, et elle doit le rester. Notre sécurité sociale repose sur le droit : une insuffisance de crédit ne peut pas faire obstacle à ce que tout soin soit remboursé conformément à la règle applicable à la date à laquelle il a été prodigué.

Mais cela n'ôte rien au fait que le droit au remboursement s'exerce par construction dans un cadre de financement public, et donc nécessairement sous contrainte de prélèvements obligatoires ou d'endettement.

Le sens du « temps démocratique » qu'est le vote de l'ONDAM est de rechercher chaque année, autour de l'objectif cible de la dépense d'assurance maladie, la conciliation exigeante entre les besoins de santé publique, l'universalité et la qualité de la couverture maladie, et les contraintes qui pèsent sur la dépense publique, qui plus est dans un contexte de fort endettement¹⁷.

Si l'on veut que ce moment fondamental du point de vue de notre démocratie conserve tout simplement son sens et ne soit pas seulement un faux-semblant ou le résultat d'une simple vision budgétaire, il importe que l'ONDAM ait valeur d'engagement collectif, porté par chacun des acteurs concernés.

Le HCAAM entend souligner dès lors l'importance de la « sincérité budgétaire » de la loi de financement de la sécurité sociale : autrement dit, pour le HCAAM, toujours préférer l'exigence du choix à la facilité d'une insincérité budgétaire qui contenterait artificiellement toutes les attentes

¹⁶ Coudreau D., *Les partenaires sociaux, l'Etat et la régulation de l'assurance maladie (1967-2003). Chronique d'un échec*, Revue Sève, Les tribunes de la santé, automne 2004, p.39.

¹⁷ Le HCAAM reviendra dans des travaux ultérieurs sur ces points, en particulier sur la question essentielle de savoir si la dépense de santé peut aussi avoir un caractère d'investissement et justifier de ce fait un montant d'endettement.

S'agissant donc de la nature de l'ONDAM, le HCAAM :

- rappelle que l'ONDAM ne peut et ne doit pas constituer une contrainte d'ordre juridique sur le paiement des prestations : la disponibilité budgétaire ne peut pas faire obstacle à l'application de la règle de remboursement en vigueur à la date des soins..

- mais rappelle, tout aussi fortement, que la dépense de l'argent public doit obéir à l'expression d'un choix collectif, explicite et démocratique. Le vote d'une loi de financement fixant l'ONDAM est un moment clé d'un débat de démocratie sanitaire.

L'essence de cette dialectique entre besoins de santé et crédits publics disponibles, entre finalité du soin et finalité de la bonne gestion publique, entre santé et économie ou finances, renvoie au sens profond d'un ONDAM dès lors qu'il est voté par la représentation nationale.

C'est la raison pour laquelle le respect du montant voté de l'ONDAM est un impérieux engagement, parce qu'il s'agit d'un élément fondamental de la crédibilité du processus démocratique de choix des priorités des dépenses publiques.

2.2. Sur la période récente, l'ONDAM a connu une évolution significative vers une logique plus « budgétaire » de crédits contraignants.

L'idée de créer un objectif indépassable – réellement opposable – n'était pas absente, loin s'en faut, de l'intention du législateur au moment des ordonnances de 1996.

Pour preuve le mécanisme de « reversements » par les médecins en cas de dépassement de l'objectif d'honoraires et de prescriptions, mis en place en 1996 avant d'être invalidé par le Conseil constitutionnel¹⁸ (au motif qu'il ne respectait pas le principe d'égalité). Pour preuve également l'éphémère mécanisme de « lettres clés flottantes » créé par la LFSS pour 2000.

Les difficultés juridiques de mise en œuvre de ces dispositifs et leur rejet frontal par les professionnels de santé – y voyant une « maîtrise comptable » des dépenses de santé – ont très vite scellé leur abandon.

S'est alors ouverte une réflexion sur les outils qui – sans réintroduire les solutions antérieures – pouvaient être à même de garantir le respect de l'ONDAM.

Cette réflexion ne s'est toutefois concrétisée qu'après la période de dépassements importants et récurrents de l'ONDAM du début des années 2000.

La loi du 13 août 2004 a constitué un premier tournant, en instituant un comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie (article L.114-4-1 du CSS) chargé d'alerter le Parlement, le gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire « *en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement* ».

Si le Comité d'alerte estime « *sérieux* » dans un premier avis le risque de dépassement de l'ONDAM dans une proportion fixée par décret, mais qui ne pouvait être supérieure à 1% du montant de l'ONDAM, des mesures correctrices doivent être proposées par les organismes d'assurance maladie obligatoires et complémentaires ainsi que, le cas échéant, par l'Etat.

Cette procédure n'a été conduite de bout en bout qu'une seule fois, en 2007¹⁹. Néanmoins, il est indéniable qu'elle a eu un impact très fort sur la perception de la nature de l'ONDAM comprise jusqu'alors comme essentiellement « indicative ».

Les LFSS 2008 et 2009 ont également renforcé le sentiment d'une inflexion vers une conception plus budgétaire de l'ONDAM.

Ainsi la LFSS 2008, au travers de son article 36²⁰, prévoit un délai d'entrée en vigueur différé de 6 mois des dispositions conventionnelles revalorisant les tarifs des professionnels libéraux, et surtout un mécanisme de report de leur entrée en vigueur au plus tard au 1^{er} janvier de l'année qui suit en cas de déclenchement de la procédure d'alerte du fait d'un risque de dépassement au moins en partie imputable aux dépenses de soins de ville²¹.

¹⁸ Décision 98-404DC du 18 décembre 1998.

¹⁹ Avis du Comité d'alerte des 29 mai et 29 juin 2007. Annonce des mesures de redressement le 4 juillet 2007.

²⁰ Créant l'article L. 162-14-1-1. au CSS.

²¹ Plus précisément, « *lorsque le comité d'alerte (...) émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de*

La LFSS 2009, par son article 38 a étendu le champ de l'avis du Comité d'alerte aux conditions d'exécution de l'ONDAM de l'année précédente et à leur impact sur le respect de l'objectif de l'année en cours, et fixé un délai d'un mois pour la transmission par les caisses de leurs propositions de mesures de redressement. Et par son article 53, elle a prévu la possibilité d'une régulation infra-annuelle des tarifs de la T2A en cas de risque sérieux de dépassement de l'ONDAM, quand ce risque est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'activité hospitalière en MCO.

De son côté, la LFSS 2011, par son article 48, a complété les missions du Comité d'alerte pour prévoir qu'il remet un premier avis avant le 15 avril sur la prévision de réalisation de l'ONDAM de l'année précédente et surtout ses conséquences pour le respect de l'ONDAM de l'année en cours.

Quant à la loi du 28 décembre 2010 dite de programmation des finances publiques 2011 – 2014, elle a prévu que, pour garantir le respect des ONDAM, qu'« *une partie des dotations relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie est mise en réserve au début de chaque exercice. Son montant ne peut être inférieur à 0,3 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.* »²².

Cette disposition, qui avait été mise en œuvre dès 2010 s'agissant des dotations MIGAC face au risque de dépassement de l'ONDAM, s'inspire très étroitement des procédures budgétaires classiques que la LOLF n'a pas éteintes pour le budget de l'Etat : mise en réserve *ex ante* de crédits permettant un gel infra-annuel en cas de dérapage des dépenses.

Vue de manière « élégante », cette disposition peut se légitimer en provisions pour imprévus. Mais l'imprévu en question est bien le risque de dépassement des crédits ouverts, et par conséquent ce gel n'est pas de même nature qu'une provision au sens propre permettant d'absorber des dépenses imprévues²³. La technique de la mise en réserve et du « gel » de crédits ne saurait toutefois – malgré son apparente simplicité de mise en œuvre, ou plutôt : à cause de cette fausse simplicité – tenir lieu de mécanisme récurrent de régulation. La répéter systématiquement plusieurs années de suite ne pourrait en effet que créer le soupçon sur la sincérité des constructions budgétaires, et soulèverait également la question de la juste répartition de l'effort, dans la mesure où son impact est étroitement concentré sur les quelques postes de dépense qui, au sein de l'ONDAM, oeuvrent *de facto* sous enveloppe limitative.

Enfin, le décret n° 2011-432 du 19 avril 2011 a organisé l'abaissement progressif du seuil d'alerte. Le seuil est fixé à 0,7 % pour l'année 2011, à 0,6 % pour l'année 2012, pour passer à 0,5 % au 1^{er} janvier 2013.

Au-delà de ces différents textes, on notera :

- la mise en place d'un groupe de suivi statistique des dépenses du champ de l'ONDAM, qui se réunit mensuellement pour analyser la progression infra-annuelle des dépenses. Son secrétariat est assuré par la DSS ;

celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville ».

²² Cela représente 500 M€ pour l'année 2011, soit environ la moitié du seuil d'alerte fixé à 0,7% pour cette même année

²³ Pratique qui a été introduite par les Parlementaires dès la première loi de financement de la sécurité sociale, avec le vote d'un amendement sénatorial prévoyant « *une provision de 300 millions de francs destinée à faire face aux dépenses entraînées par des mesures de santé publique décidées en cours d'année par le Gouvernement ou les partenaires conventionnels.* », s'ajoutant déjà au 500 millions de francs provisionnés par le Gouvernement dans sa proposition initiale.

- la création d'un comité de pilotage de l'ONDAM, présidé selon les réunions par les ministres ou le directeur de la sécurité sociale. Il examine chaque mois les prévisions d'exécution des dépenses transmises par le groupe de suivi statistique et peut proposer ou prendre des mesures correctrices en cas de risque de dérapage.

2.3. En cas de « choc » exceptionnel sur les dépenses d'assurance maladie, des dispositions particulières peuvent être prises

L'introduction de logiques plus « budgétaires » dans le suivi de l'ONDAM, combinée à l'abaissement progressif du seuil d'alerte, pose la question de ce qui peut se passer en cas de dépenses exceptionnelles, imprévues et indispensables, qui entraîneraient le non respect de l'objectif une année donnée.

Il faut tenir compte de la diversité des situations susceptibles de se présenter.

a) On pense en premier lieu à une crise de santé publique qui entraînerait une progression des dépenses exceptionnelles par son ampleur, par exemple une pandémie.

A l'évidence, le problème posé par le dépassement de l'ONDAM serait considéré comme second au regard des enjeux de santé publique.

Le précédent de gestion de la pandémie grippale liée au virus H1N1 en 2009 en fournit une illustration intéressante. Dans l'incertitude sur l'ampleur de la pandémie, une disposition a été votée en LFSS pour 2010 qui disposait que le « *surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à la pandémie grippale n'est pas pris en compte par le comité d'alerte* » pour l'évaluation du risque sérieux de dépassement de l'ONDAM et le déclenchement de la procédure de correction du dépassement²⁴. Le Comité d'alerte a donc procédé dans son avis n°8 du 28 mai 2010 à une identification des dépenses exceptionnelles liées au virus grippal pour ne pas les intégrer dans l'évaluation du risque de dépassement de l'ONDAM 2010²⁵.

b) La question peut en principe se poser également pour une percée thérapeutique majeure (« medical breakthrough »), qui, d'un coup, augmenterait fortement les dépenses en cours d'année.

En principe, du fait du cycle long de développement, de mise au point, d'évaluation et d'inscription au remboursement des innovations médicales ou médicamenteuses, l'événement doit pouvoir être anticipé et provisionné lors de la construction de l'ONDAM²⁶.

²⁴ Article 34 de la n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010. Au final, le surcoût de dépenses de soins lié à cette pandémie (consultations, consommation de médicaments, dépenses d'hospitalisation), a été jugé faible *a posteriori* (une centaine de millions d'euros de dépenses supplémentaire d'hospitalisation selon la CCSS dans son rapport de juin 2010).

²⁵ « Dans ce dernier domaine, où le supplément de dépenses s'est révélé le plus important, des ajustements réalisés dans le cadre de la campagne tarifaire pour 2010 ont permis de réduire de 250 M€ le dépassement potentiel du sous-objectif relatif aux établissements de santé. Par ailleurs, les dépenses liées en 2009 à la grippe A, estimées à 100 M€, peuvent être considérées comme exceptionnelles. Au total, « l'effet base » consécutif au surdépassement constaté en 2009, c'est-à-dire sa répercussion sur les dépenses de 2010, pourrait être limité à une centaine de millions d'euros pour les établissements de santé, et serait à peu près compensé par l'effet de la révision à la baisse des soins de ville. »

²⁶ Cela a été le cas des nouvelles classes de médicaments contre certaines formes de cancer, ou encore de dispositifs médicaux nouveaux tels que le cœur artificiel.

On doit néanmoins souligner que ce type de perspective renvoie à la nécessité, lors de l'élaboration de la LFSS, de disposer d'une vision réellement à jour de l'état des sciences et des techniques (voir *infra* la partie 3.4.), et du rôle que doit notamment jouer la HAS sur ce point.

c) Enfin, on pourrait penser à des chocs de type juridique (modification de l'état du droit, par la loi ou la jurisprudence), dont il serait demandé à l'assurance maladie de financer tout ou partie, comme cela a été le cas pour la mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements de santé.

Mais si l'on met de côté le cas de décisions de justice non anticipées ayant un effet général et immédiat²⁷, et que l'on s'en tient aux évolutions législatives ou réglementaires, l'imprévu total en la matière n'a pas lieu d'être, dès lors que les politiques publiques sont gérées en cohérence. Ces évolutions, puisqu'elles relèvent de choix délibérés, doivent pouvoir être anticipées ou provisionnées lors de la construction de l'ONDAM. Ainsi, récemment, la mise en œuvre de la réforme LMD (Licence, Master, Doctorat) s'agissant des infirmiers salariés des établissements publics de santé a fait l'objet d'un provisionnement au sein de l'ONDAM hospitalier.

²⁷ On peut penser à l'arrêt Dellas, rendu par la CJCE le 1^{er} décembre 2005, disposant que le système d'équivalence et l'absence d'un statut de travailleur de nuit du droit français n'étaient pas conformes à la directive 2003/88/CE, qui fixe des règles minimales en matière de protection des travailleurs.

Au total, le HCAAM estime que, s'il est impossible de dire que l'ONDAM est un budget, on observe néanmoins, sur la période récente, un net renforcement de la « panoplie » des outils de maîtrise de l'ONDAM tel qu'il est voté par le Parlement.

Plusieurs éléments lui donnent désormais des effets régulateurs, par des canaux divers : mesures de régulation « ex ante »²⁸, mise en œuvre conditionnelle des dépenses en fonction du respect de l'ONDAM permettant, sur certains points, des ajustements en cours d'année, sous-enveloppes ou dotations auxquelles sont conférés des effets budgétaires limitatifs.²⁹

Ce renforcement récent d'une certaine logique « budgétaire » appelle plusieurs remarques :

- Premièrement, il n'a pas consisté à réintroduire les mécanismes qui avaient marqué les premiers temps de l'ONDAM (versements, lettres-clés flottantes). Le législateur a clairement renoncé aux systèmes de récupération « automatique » des dépassements, pour privilégier un travail d'évaluation plus précis, poste de dépenses par poste de dépenses, qui explique très largement, aux yeux de certains, les meilleures performances de la tenue de l'ONDAM ces dernières années, alors même que ses objectifs se faisaient plus exigeants.

- Deuxièmement, dans l'ensemble des outils et procédures ainsi mis en place, tous n'ont pas la même rapidité d'action ni la même « sûreté » de rendement, et tous n'agissent pas avec la même intensité sur les mêmes secteurs d'activité. Par ailleurs, à côté des actions de régulation « visibles » (par exemple : une baisse de prix), il existe des régulations moins visibles (par exemple : une absence de revalorisation tarifaire) vis-à-vis desquelles, là encore, toutes les activités soignantes ne sont pas nécessairement dans la même situation.

- Troisièmement, une très grande vigilance s'impose, en conséquence, quant à l'équité de la répartition de l'effort, dans la « tenue » de l'objectif des dépenses. La tenue de l'ONDAM ne doit pas conduire à faire peser des pressions déséquilibrées sur les différents secteurs, par le seul effet « mécanique » de l'efficacité plus immédiate de certains outils. C'est une condition absolue d'équité dans la démarche, qui est elle-même une condition absolue de l'adhésion de tous à son principe.

- Enfin, si ces différents éléments ont pour vocation de mieux assurer le respect de l'ONDAM voté, ils n'en sont pas la seule garantie. L'ONDAM sera d'autant plus observé qu'il aura été fixé de manière sincère et soutenable, et que l'année d'exécution ne sera pas marquée par un événement sanitaire imprévisible entraînant des dépenses de grande ampleur.

Ceci renvoie dès lors à la question des conditions auxquelles une construction d'ONDAM peut être considérée « robuste », et donc à la question cruciale de l'articulation entre fixation de l'ONDAM et appréhension des besoins de santé.

²⁸ Certaines d'entre elles sont strictement contraignantes (mises en réserve, provisionnements, montants de dotations globales en établissement médico-social). D'autres le sont moins, car elles consistent à fixer des tarifs d'actes à partir de leur volume prévisionnel (fixation des tarifs de GHS pour l'hôpital MCO et HAD, fixation de prix de journée dans le secteur médico-social, montant conventionnel des lettres-clés).

²⁹ C'est par exemple le cas de l'enveloppe MIGAC, dont l'article L. 162-22-13 du CSS précise qu'il est créé « au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ». C'est aussi le cas des enveloppes nationales et régionales de création de places dans le champ médico-social.

3. Peut-on établir un lien pertinent entre l'ONDAM et les « besoins de santé » ?

Deux critiques principales sur la fixation de l'ONDAM ont été émises dès sa création en 1997 et reviennent de manière récurrente : son caractère « non médicalisé » et sa « sous-évaluation » par rapport aux besoins de santé.

L'inflexion vers une gestion plus budgétaire de l'ONDAM, ainsi que l'accent mis sur le respect scrupuleux du montant voté par le Parlement renforcent la question.

Autrement dit : comment assurer la « sincérité » de la construction de l'ONDAM ? Qu'est-ce qu'un ONDAM « soutenable » au regard des besoins de santé ?

3.1. La « base » du premier ONDAM était un « historique » de dépenses.

Un lien a été voulu d'entrée de jeu entre l'ONDAM et les « objectifs » de santé publique. La loi organique de 1996 a ainsi prévu une liaison entre les objectifs de dépenses et les orientations des politiques de santé et de sécurité sociale au travers du rapport qui devait être transmis au Parlement avec les PLFSS³⁰.

Par ailleurs, l'article 1^{er} de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins prévoit que la conférence nationale de santé créée par ce même article³¹ remet un rapport d'analyses et de propositions qui doit être pris en compte « *pour l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale* ». Les rapports du Haut comité de la santé publique et de la conférence nationale de santé sont d'ailleurs transmis au Parlement.

Pour autant, le lien affirmé avec les priorités de santé publique ou les besoins de santé n'a pas conduit à calculer le premier ONDAM sur la base d'un « budget en base zéro » (ou « au premier euro »), c'est-à-dire de construire l'ONDAM sur une consolidation des besoins de soins de l'ensemble de la population, estimés *a priori* et valorisés financièrement.

Il faut dire qu'une telle construction, souhaitable du point de vue conceptuel, se heurtait – et se heurte encore – à de considérables difficultés :

- l'absence de données réellement médicalisées sur le suivi de la dépense (il n'y a pas, en soins de ville, de codage des pathologies, et le codage hospitalier en GHS ne répond pas à des objectifs d'études épidémiologiques).
- l'abîme d'expertise que recouvrirait l'idée d'une modélisation d'une « dépense nécessaire » à partir d'un état pathologique donné.

³⁰ L'article L.O. 111-4, dans sa rédaction issue de l'ordonnance, disposait que :

« I. - Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport présentant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

II. - Sont jointes au projet de loi des annexes :

a) Présentant les données de la situation sanitaire et sociale de la population ;

(...) »

³¹ Codifié à l'ancien article L. 766 du Code de la santé publique.

Dès lors, la fixation du premier ONDAM en 1996³² s'est faite sur la base des dépenses des régimes d'assurance maladie pour 1996 sur le champ de l'ONDAM et donc « recalculée » *ex post*.

Or cette reprise du niveau de dépenses « historiques », sans aucune analyse – faute qu'elle soit possible – du bien fondé de ces dépenses, signifie qu'ont pu être intégrés dans cette « base » initiale de l'ONDAM non seulement des dépenses justifiées et utiles, mais aussi une part de dépenses dont l'utilité n'était pas nécessairement établie ou qui était susceptible d'être optimisée (ainsi que permettent de le penser, cf. plus loin en 3.3., les écarts territoriaux de dépenses liés à des disparités d'organisation ou de densité de l'offre de soins).

De ce fait, depuis 1997, les débats autour de l'ONDAM ne se sont pas concentrés sur son montant « en base », mais sur son taux de progression.

Si cette absence de réelle évaluation de la « qualité » des dépenses fragilise la pertinence de la « base », pour autant – et on y reviendra plus loin – c'est dans le cadre de la fixation annuelle du taux de croissance de l'ONDAM, et par l'effet de certaines des mesures dites « d'économie » visant à garantir ce taux, que l'on agit en réalité, progressivement, sur cette « base » historique.

3.2. Le mode actuel de construction de l'ONDAM repose donc sur un « taux de croissance » par rapport à l'existant.

Au départ, le taux de croissance de l'ONDAM était présenté « ONDAM sur ONDAM », c'est-à-dire par rapport à l'ONDAM voté l'année précédente (que cet ONDAM ait ou non été dépassé).

Puis, progressivement depuis 2000, l'habitude a été prise de « rebaser » l'ONDAM, c'est-à-dire de présenter au débat parlementaire un taux de croissance de l'ONDAM qui n'était pas calculé par rapport à l'ONDAM voté de l'année précédente mais qui intégrait des éléments de sa réalisation anticipée.

Désormais, il convient de distinguer deux modes de calculs :

- c'est clairement par rapport à une « base » la plus proche possible de l'exécution effective de l'ONDAM de l'année en cours *que sont conduits les travaux préparatoires* à la définition de l'ONDAM de l'année suivante (voir l'encadré 3 ci-dessous pour les différences entre cette « base » et l'ONDAM exécuté) et *qu'est exprimé, devant la représentation nationale*, le taux de croissance anticipé de l'ONDAM ;

- en revanche, *en termes de cadrage pluriannuel*, les lois de programmations des finances publiques fixent des taux d'évolutions annuels qui sont définis par rapport à l'ONDAM voté de l'année antérieure³³.

³² A savoir : l'ONDAM pour 1997.

³³ La loi du 28 décembre 2010, qui porte sur la période 2011 – 2014, fixe une croissance de l'ONDAM de 2,9% en 2011, puis 2,8% pour chaque année suivante, ces taux étant calculés sur la base de l'ONDAM voté de l'année antérieure. Ils définissent, en somme, une croissance de 11,8% sur quatre ans (taux « composé » résultant de la série 2,9%, puis 2,8%, puis 2,8%, puis 2,8%).

L'approche qui est adoptée pour la construction de l'ONDAM peut ainsi, très schématiquement, se décomposer en trois temps.

a) premier temps : au vu des dépenses constatées en cours d'année N, et après correction de facteurs exceptionnels, établir une « base » d'ONDAM de l'année N.

Cette base correspond à peu près au montant anticipé (au moment où, dans le courant de l'année N, l'on construit l'ONDAM N+1), de ce que sera l'ONDAM effectivement exécuté de l'année N. On en retranche toutefois celles des dépenses « exceptionnelles » qui n'auraient pas vocation à se renouveler en N+1 (par exemple : liée à une épidémie exceptionnelle ou d'exceptionnelle incidence).

Encadré 4 : Différence entre ONDAM exécuté et base

Pour calculer la « base » de l'année N, à partir de laquelle sera exprimé le taux de croissance de l'ONDAM pour l'année N+1, on part du montant prévisionnel des dépenses de l'année N, telles qu'elles sont estimées par la commission des comptes de la sécurité sociale, lors de sa réunion de septembre de l'année N.

L'écart entre la « base » de l'année N et le résultat effectif d'exécution de l'ONDAM de l'année N peut, ainsi, avoir trois causes – évidemment cumulatives :

a) Les écarts entre l'exécuté de l'année N et la prévision qui pouvait être faite en septembre de l'année N.

Il est difficile de déterminer avec certitude au moment de l'élaboration de l'ONDAM de l'année N+1 (juin – septembre de l'année N) quelle sera son exécution finale. On ne dispose en effet que de 6 mois de données en date de soins sur les soins de ville, et de deux trimestres d'activité hospitalière. Or, quand le dépassement non anticipé de l'ONDAM est important, il peut apparaître une divergence importante entre l'ONDAM N exécuté et la base retenue pour construire l'ONDAM de l'année N+1.

Comme le rappelle la Cour des comptes dans son rapport pour 2011, citant les erreurs d'anticipation de l'ONDAM de l'année 2009, des effets de sens inverse peuvent d'ailleurs se produire et, partiellement, se compenser, entre telle et telle enveloppe de l'ONDAM (sous-estimation de l'exécution hospitalière de 440 M€, surestimation de l'exécution des soins de ville de 330M€)

b) Les dépenses non reconductibles ou « exceptionnelles »

Certaines dépenses sont exposées par l'assurance maladie une année donnée, mais n'ont pas vocation à se représenter l'année suivante (mesures « one shot ») ou en tout cas pas dans les mêmes proportions (pandémie grippale d'ampleur exceptionnelle). Ces sommes sont alors défalquées (on parle de « débasage ») du montant anticipé des dépenses de l'année N, et ne sont pas incorporées dans la « base » de l'année N.

c) Les changements de champ

Le champ de l'ONDAM est soumis à des évolutions, le plus souvent dans le sens d'une incorporation de dépenses autrefois non intégrées dans son périmètre. Cela a été le cas pour la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé conventionnés, mais également des personnes en ALD « hors liste » (ALD 31 et 32), liquidées sur le FNASS avant 2006.

La « base » de l'année N doit donc évidemment tenir compte, en sus du montant exécuté de l'année N, de tout éventuel changement de champ entre N et N+1.

b) deuxième temps : sur cette « base » de l'année en cours (N), prévoir les facteurs de progression des dépenses d'assurance maladie (en N+1).

Depuis 1997, on a recours au calcul du taux de progression « tendanciel » des dépenses du champ de l'ONDAM.

La notion de « tendanciel », souvent utilisée en prospective et associée à un « scénario », désigne l'évolution prévisible au regard de la tendance passée, en l'absence de toute mesure ou événement nouveau. Elle est utilisée dans d'autres domaines que celui des finances publiques, comme dans celui de l'énergie pour l'établissement de prévisions d'évolution de la consommation³⁴.

S'agissant de l'ONDAM, la notion de « taux tendanciel » est établie en tenant compte de :

- l'évolution prévisible des dépenses (leur « tendance spontanée »), en prenant notamment appui sur des méthodes économiques et statistiques permettant de calculer une tendance. A cette tendance spontanée se rattachent certaines dépenses supplémentaires que l'on sait inévitables (par exemple, l'extension en année pleine d'une revalorisation ou d'une mesure d'économie de l'année antérieure)
- des mesures nouvelles au sens budgétaire, c'est-à-dire correspondant à un choix de dépenses nouvelles (par exemple, au titre d'un plan de santé publique ou de l'inscription au remboursement d'un acte ou d'un vaccin radicalement nouveau) ; cf. encadré 4.
- enfin d'éventuelles « provisions » pour des dépenses susceptibles d'intervenir (signature d'accord conventionnel, avenant statutaire, etc.).

Il en résulte un « ONDAM tendanciel » de N+1 (ou un « taux d'évolution tendanciel » de N+1 par rapport à N), qui est un pur objectif intermédiaire technique.

³⁴ «Un scénario tendanciel est un scénario où la demande d'énergie évolue dans le futur conformément aux tendances du passé et où aucune politique nouvelle n'est adoptée » Définition de l'Agence internationale de l'énergie, citée par Giraud P.-N., *Un scénario énergétique tendanciel pour la France à l'horizon 2020*, Réalités Industrielles – Annales des Mines, Novembre 1999, pp. 24-30.

Encadré 5 : Question de sémantique : la « tendance » des dépenses incorpore-t-elle des « mesures nouvelles » ?

L'ONDAM tendanciel est l'addition d'une « tendance technique » spontanée et de ce qui est anticipé de manière certaine, pour l'année à venir, comme mesures « nouvelles » qui vont infléchir cette tendance, à la hausse ou à la baisse.

S'agissant des dépenses de soins de ville, la « tendance technique » n'inclut en principe qu'une seule catégorie de « mesures nouvelles » : celles qui relèvent d'un mécanisme récurrent, et sont d'un montant individuel ou cumulé comparable à celui constaté les années précédentes. Ainsi, chaque année, de nouveaux actes ou produits de santé sont inscrits au remboursement, s'inscrivant ainsi dans la progression tendancielle de long terme des dépenses.

Si l'on sait que seront inscrits au remboursement des actes et des produits radicalement nouveaux (c'est-à-dire élargissant le champ des dépenses d'assurance maladie, et créant donc une dépense nouvelle non incluse dans le tendanciel) ou très coûteux, des provisions sont ajoutées à la tendance pour établir l'ONDAM tendanciel. Cela a été par exemple le cas pour l'inscription au remboursement du vaccin inscrit dans l'indication de prévention du cancer du col de l'utérus en 2007 ou du forfait de prise en charge de séances de prévention des lésions du pied des patients diabétiques cette même année.

Les mesures nouvelles consistant en la création de nouvelles activités dans les établissements de santé ou de nouvelles places dans les établissements médico-sociaux sont également comptabilisées en sus de la tendance technique, et font également l'objet de provisions dans la construction de l'ONDAM.

Cette convention a d'ailleurs son symétrique dans la manière de calculer les « économies sur la tendance » : si l'on prévoit par exemple la baisse du taux de remboursement d'un volume très important de médicaments pour l'année à venir, cette mesure sera recensée en « économie par rapport au tendanciel », alors que des baisses obéissant au processus récurrent de renouvellement du panier des médicaments en fonction de leur SMR ou concernant des médicaments représentant peu de dépenses seront inclus « ex ante » dans la tendance.

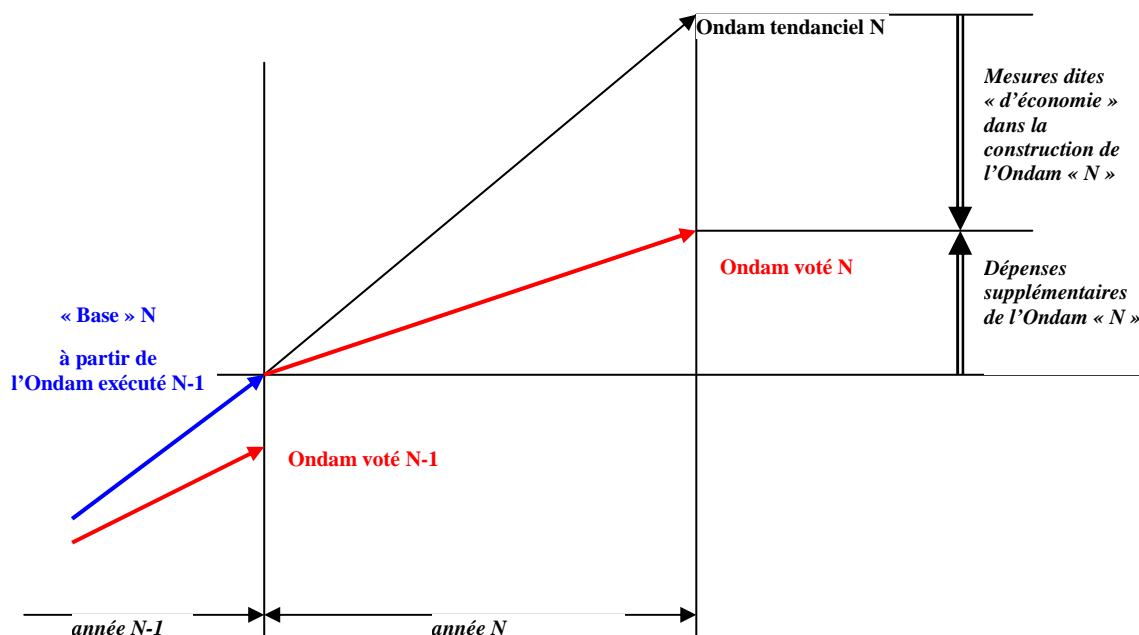
Une illustration peut en être donnée autour du « tendanciel » des dépenses de médicament pour 2010.

Lors de la construction de l'ONDAM 2010 en septembre 2009, L'Etat a anticipé une évolution tendancielle des dépenses remboursées de médicaments de + 6,5% (hors remises) et sur des économies totales sur le médicament de l'ordre de 1 Md€, l'ensemble aboutissant à un taux de croissance *ex ante* pour 2010 de + 2,3 % (hors remises). Ce tendanciel initial de +6,5% a pu sembler élevé à certains, notamment au regard de la progression des dépenses remboursées de médicaments en 2009 (+1,9% pour le régime général). Mais c'est en raison, précisément, de ce qu'il n'incorporait pas toute une série de mesures de baisses de prix qui pouvaient, d'un autre point de vue, être considérées comme suffisamment récurrentes pour être incorporées dans la tendance.

La DSS a en effet procédé à une « reconstruction *ex post* » du tendanciel pour 2010, compte tenu des montants effectivement constatés et des mesures d'économies effectivement prises. On obtient une évolution tendancielle *ex post* de + 6,3 %, (contre + 6,5 % initialement prévue), avec 1,2 Md€ d'économies finalement réalisées.

c) troisième temps : pour ramener ce taux d'évolution tendanciel vers celui qui paraît justifié ou financièrement soutenable, chiffrer l'impact de mesures pouvant minorer cette prévision de dépenses.

C'est ce taux corrigé qui aboutit à la proposition d'ONDAM soumise au vote parlementaire.



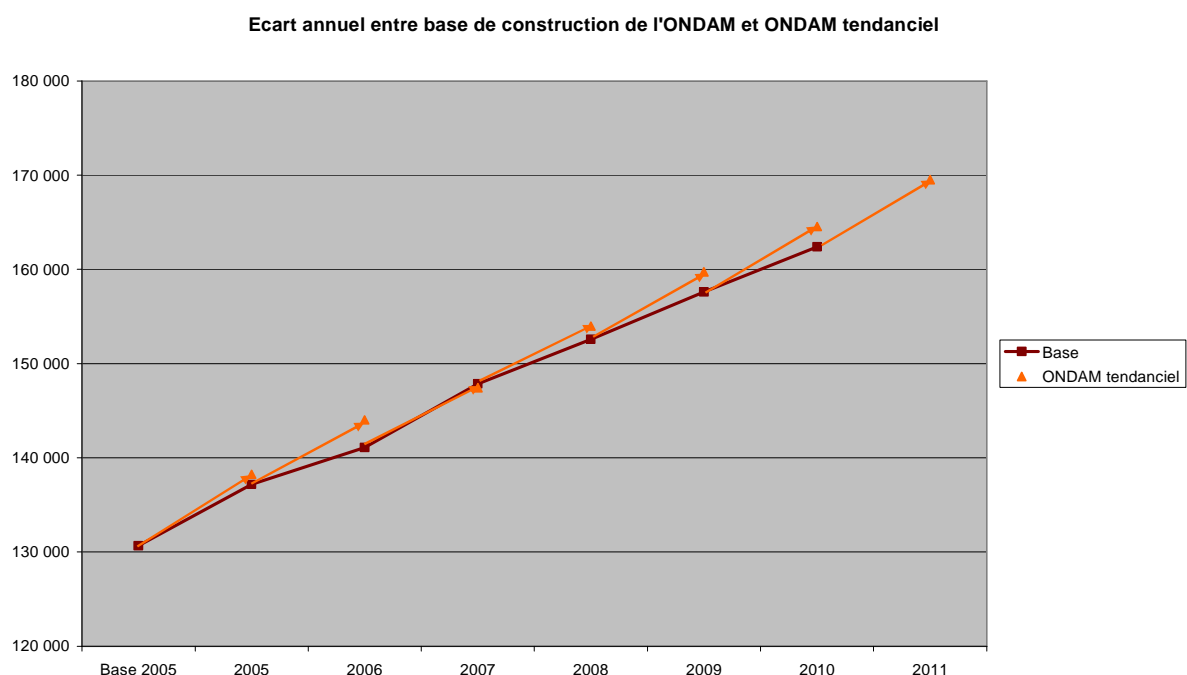
Comme on le voit, les mesures « nouvelles » pour l'année à venir se partagent ainsi, selon leur nature :

- s'il s'agit de mesures « positives », de dépenses supplémentaires, elles figurent normalement dans l'ONDAM tendanciel.
- s'il s'agit de mesures « négatives », de baisses des dépenses, elles sont – sauf exception – décomptées après calcul du tendanciel.

Le HCAAM estime qu'une autre expression de l'ONDAM tendanciel, n'incorporant que les effets de la seule « tendance technique », permettrait de mettre plus directement en regard les différentes mesures « nouvelles », positives et négatives, qui doivent être arbitrées ensemble.

S'agissant des valeurs de la croissance tendancielle de l'ONDAM, le HCAAM, dans son rapport annuel pour 2010, a présenté une analyse à partir de 2005 de l'évolution des taux de progression, tendanciels et votés, de l'ONDAM. Son actualisation fait apparaître peu de différence par rapport aux années précédentes, les taux de progression « tendanciels » retenus étant très proches d'une année sur l'autre (4,5% en 2007, 4,2% en 2008, 4,7% 2009 ; 4,4% en 2010 et en 2011).

Figure 2



(en Md€)	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Tendanciel	5,8%	5,0%	4,5%	4,2%	4,7%	4,4%	4,4%
Base n+1	130,7	137,2	141,1	147,9	152,6	157,6	162,4
ONDAM tendanciel	138,3	144,0	147,4	154,0	159,7	164,6	169,5
ONDAM voté	134,9	140,7	144,8	152,0	157,6	162,4	167,1

Source : annexe 7 et 9 aux PLFSS, DSS.

Le lien avec le « besoin de santé » a donc vocation à apparaître à chacune des trois étapes d'élaboration de l'ONDAM :

- *dans le calcul de la « base ».* Mais les difficultés pour concrétiser les choses ont été vues plus haut pour le calcul du premier ONDAM, et elles demeurent aujourd'hui.

- *dans l'appréciation du « tendanciel »,* pour chaque sous-objectif puis pour l'ONDAM global, en particulier pour le choix de mesures nouvelles.

- *dans le choix des mesures dites « d'économies »,* à la fois pour ne pas accompagner des hausses de dépenses non justifiées sur un plan de santé publique, et, à l'inverse, pour éviter les conséquences sanitaires indues de choix budgétaires.

Ce sont ces trois aspects qui sont repris successivement dans les considérations qui suivent :

3.3. S'agissant de la détermination de la base, le lien entre le niveau des dépenses d'assurance maladie et les facteurs liés aux comportements et aux effets d'offre est établi, mais difficile à prendre en compte dans le cadre d'un seul exercice annuel.

Si l'on souhaite questionner la base des dépenses constituant l'ONDAM, il convient notamment de raisonner en termes de dispersions des dépenses, à partir de critères objectifs. Les comparaisons de disparités territoriales de dépenses sont celles qui permettent le mieux de mettre en lumière ces écarts, même si les approches par populations prises en charge pour une même pathologie sont prometteuses.

Le sujet des disparités territoriales de dépenses liées à des effets de densité ou d'organisation de l'offre de soins a déjà fait l'objet de nombreuses études.

Ainsi que l'ont fait apparaître les travaux de la DREES et de la CNAMTS réalisés dans le cadre des rapports de la Commission nationale des comptes de la santé³⁵, reprises en annexe 7 au PLFSS 2010, des écarts départementaux et régionaux importants de consommation de soins sur le poste des soins de ville et hospitaliers sont constatés, et sont en partie inexpliqués, même en tenant compte des variables démographiques et épidémiologiques susceptibles de corriger les données brutes de la dépense de santé.³⁶

Par exemple, concernant les soins de ville, la consommation moyenne nationale s'établit à 1 006€ par assuré avec des écarts entre les départements, mesurés par le coefficient de variation, de plus de 14%. A partir de ce constat brut, la prise en compte des facteurs démographiques et de l'état de santé de la population réduit les disparités par rapport à la moyenne nationale d'un tiers, mais le coefficient de variation des consommations standardisées reste supérieur à 9%.

Une étude plus détaillée a été publiée en annexe 7 au PLFSS 2011, se penchant plus spécifiquement sur le lien entre le niveau de l'offre de soins et les dépenses d'assurance maladie (cf. encadré 6 ci-dessous).

Encadré 6 : étude sur Le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins dans les disparités territoriales des dépenses de santé

Cette étude visait à prolonger les études précédentes sur les disparités de consommation de soins en prenant en compte les facteurs de densité de l'offre de soins. Elle livre des conclusions intéressantes, même si, comme il est indiqué dans ses indications méthodologiques, la structure de l'offre de soins est très variable d'un territoire à l'autre et des effets forts de substitution existent entre certains soins, notamment s'agissant des dépenses de soins infirmiers et des prises en charges médico-sociales (et sociales pourrait-on ajouter).

Le lien entre offre de soins et consommation a tout d'abord été analysé pour les soins de ville, au travers de cinq postes majeurs de dépenses : omnipraticiens, spécialistes, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et médicaments. Pour tous ces postes, la corrélation entre offre et consommation moyenne de soins de ville est apparue significativement positive, quoique d'ampleur variable. Si elle est très limitée pour les dépenses de médicaments et pour les soins de spécialistes, le lien est jugé particulièrement fort pour les soins infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes. Or, ces deux professions sont plus inégalement réparties sur le territoire que les médecins omnipraticiens ou spécialistes hors médecins généralistes.

³⁵ L'étude complète est présentée dans le document *Les comptes nationaux de la santé pour 2008, Document de travail de la DREES* (série statistiques), n°137 – septembre 2009.

³⁶ Structure par âge et sexe, indicateur comparatif de mortalité (ICM) et indice synthétique représentant la proportion de personnes en affection de longue durée (ALD) pondéré par les coûts des différentes affections.

Comparaison des disparités observées de consommation de soins de ville et hospitalière en prenant en compte les facteurs démographiques et sanitaires puis l'offre de soins

Consommations annuelles par habitant			
		observée	standardisée
Soins de ville	Ecart-type	134 €	106 €
	Coefficient de variation	14,0%	11,0%
	Min	140 €	730 €
	Max	1 520 €	1 330 €
Soins hospitaliers	Ecart-type	63 €	36 €
	Coefficient de variation	9,9%	5,7%
	Min	540 €	560 €
	Max	850 €	760 €

Sources : CNAMTS, RSI, MSA, INSEE, PMSI. Calculs : DREES.

Champ : soins de ville hors honoraires des cliniques privées, RG, MSA et RSI, soins hospitaliers tous régimes, France métropolitaine. Année : 2007.

Lecture : la consommation annuelle moyenne observée par habitant de soins de ville a un écart-type de 134 € entre les départements, le coefficient de variation associé est de 14,0 %. Lorsqu'on corrige cette consommation observée des facteurs démographiques et sanitaires, le coefficient de variation se réduit à 11,0 %.

S'agissant des soins hospitaliers, la variance entre les taux de consommation standardisés de séjours MCO est forte, mais les différences sont plus infrarégionales qu'interrégionales (les différences entre départements d'une même région sur plus fortes que celles entre régions). Néanmoins, l'étude conclut que aucun « effet d'offre n'a pu être mis en évidence en ce qui concerne les soins hospitaliers de court séjour. Ce manque de relation peut s'expliquer en fait par l'importance des flux de patients entre départements et régions. ».

Pour autant, il est évidemment impossible de procéder, sur le fondement de tels constats, à des « ajustements de base » (également appelés : «débasages») lors de la construction de l'ONDAM une année donnée :

- aucun modèle ne permet de quantifier exactement le volume de dépenses concernées ;
- et l'économie correspondante ne peut être sérieusement réalisée qu'en contrepartie d'opérations de restructuration de l'offre et de modification des pratiques qui demandent du temps.

En conséquence, la « base » est, et ne peut être, faute de mieux, construite qu'à partir de la consommation constatée de l'année antérieure. En quelque sorte, le principe de reprise d'une « base historique », qui avait prévalu en 1996, se perpétue ainsi d'année en année.

En revanche, si ce n'est donc pas au moment de la fixation de la « base » annuelle que peut se faire le tri entre la dépense « justifiée » et celle qui pourrait être optimisée, en revanche, comme on le verra plus loin (point 3.5), un certain nombre des mesures annuelles « d'économie » ont pour but d'infléchir, non seulement le supplément de dépenses anticipé pour l'année à venir, mais aussi certains éléments de la dépense « en base » : par exemple le développement des soins ambulatoires, la baisse de consommation de certains médicaments, etc.

Au total, la rectification de la « base historique », en vue de la faire évoluer vers la dépense du « juste soin », s'effectue donc progressivement, sans correction « brutale » de base, par certaines actions de long terme sur l'organisation des soins et la consommation des biens et services de santé.

3.4. La détermination du « taux tendanciel » est davantage un moment de confrontation avec les besoins de soins.

3.4.1. Le taux de croissance tendanciel repose en réalité principalement sur un prolongement statistique des « tendances » spontanées.

Comme l'a noté la Cour des comptes, il existe une certaine hétérogénéité dans le concept même de « tendanciel » selon la sous-enveloppe de l'ONDAM que l'on considère.

S'agissant des dépenses des soins de ville, les évolutions tendanciennes des différents postes de dépenses sont appréhendées par des méthodes d'observation statistique de l'évolution des dépenses en valeur retracées dans le SNIIRAM, l'analyse tentant d'isoler les effets « volume » et les effets « prix » liés aux revalorisations ou à la baisse des tarifs des prestations et, pour les indemnités journalières, à l'évolution des salaires.

S'agissant des dépenses liées aux établissements de santé et aux prestations médico-sociales (prise en charge par les établissements et services pour personnes âgées et personnes handicapées), qui ne font pas l'objet d'un suivi statistique car non liquidées individuellement dans le SNIIRAM, la méthode est différente. Elle est fondée sur l'évolution des dépenses des opérateurs, liées à la fois à l'augmentation de leur activité et de leurs charges de personnel et de fonctionnement, et aux mesures nouvelles de créations de place ou de mise en œuvre de plan de santé publique (se traduisant notamment par des recrutements). Il ne s'agit donc pas d'un tendanciel au sens propre du terme, car ne découlant pas de l'observation des dépenses d'assurance maladie, mais de l'appréciation du besoin de financement des acteurs par l'assurance maladie.

3.4.2. Les principaux progrès récents sur le « tendanciel » tiennent à l'amélioration continue de l'information.

La notion même de « tendanciel » et son utilisation ont fait l'objet de critiques fréquentes, dans deux sens diamétralement opposés :

- parfois le « tendanciel » est considéré comme (délibérément ou non) sous-estimé par rapport à l'évolution prévisionnelle des dépenses de santé, ce qui aurait pour effet de minorer les économies inscrites dans la construction de l'ONDAM, faisant courir un risque de dépassement de cet objectif.
- parfois il est perçu comme (délibérément ou non) surestimé, ce qui a pour effet de majorer les économies inscrites dans la construction de l'ONDAM à un niveau supérieur à ce qui serait nécessaire pour en assurer le respect.

La Cour des comptes s'est, à plusieurs reprises, montrée critique sur le mode de calcul du tendanciel. Et pourtant, des progrès très importants, en méthodologie et en transparence, ont fait suite aux trois lois de 2004, 2005 et 2010.

La loi du 13 août 2004 a renforcé l'information du Gouvernement et du Parlement sur les analyses de l'assurance maladie en matière de progression des dépenses d'assurance maladie, en instituant la transmission par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) avant le 15 juin de chaque année « des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits » de la CNAMTS, de la MSA et du RSI « au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique ».

Les rapports « Charges et produits » des caisses d'assurance maladie apportent ainsi, chaque année, une importante contribution à la connaissance des déterminants de la progression des dépenses remboursées par l'assurance maladie, et des liens entre les besoins de santé et la consommation de soins.

Ces analyses passent notamment, depuis le rapport pour 2009 (juillet 2008) par des travaux de classification statistique des assurés, selon leur état de santé et leur type de recours aux soins.

Encadré : Extrait du rapport Charges et produits pour 2009

On peut ainsi répartir la population couverte par le régime général (soit 55 millions de personnes) en plusieurs catégories, selon l'état de santé et le type de recours aux soins. En 2006 :

- 7,7 millions de personnes sont en ALD ; les 4 principaux groupes de maladies (maladies cardio-vasculaires 2,1 millions, cancer 1,4 million, diabète 1,2 millions, affections psychiatriques 0,8 million) représentent 70% des patients en ALD ;
- les personnes non en ALD, mais qu'on peut qualifier de « chroniques », au sens où elles prennent régulièrement des traitements médicamenteux (au moins 8 prescriptions par an), sont au nombre de 14,9 millions ; parmi elles on peut identifier des patients traités avec des médicaments cardio-vasculaires (5,3 millions), des AINS et antalgiques (2,3 millions), des psychotropes (800 000 personnes), des médicaments pour l'asthme (500 000) ;
- 3,5 millions de personnes ont eu soit des soins au titre d'une maternité, soit un séjour hospitalier dans l'année, c'est-à-dire un épisode de soins aigu ponctuel, sans traitement chronique ;
- 14,9 millions ont recours à des soins ambulatoires courants, sans épisode hospitalier, sans maladie chronique (au sens : pas de traitement médicamenteux répété) ;
- 10,7 millions ont des soins remboursés très faibles (moins de 100 €) ;
- 4 millions de personnes n'ont pas de consommation de soins dans l'année.

Les rapports des années suivantes ont poursuivi ce type d'analyse en tentant d'appréhender les « moteurs » de la dynamique des dépenses, par grands types d'assurés (assurés couverts par le dispositif de l'ALD) ou de soins (principales maladies). Ainsi, par exemple, le rapport pour 2012 livre des réflexions sur les hypothèses de progression « tendancielle » du nombre d'assurés souffrant d'au moins une des « affections chroniques aggravées ». La CNAMTS calcule notamment l'impact « tendanciel » sur les dépenses de l'augmentation de la prévalence du diabète.

La loi organique du 2 août 2005 a fortement renforcé le contenu des rapports et annexes obligatoirement transmis avec les PLFSS, qui doivent contenir d'importantes précisions sur la fixation et l'évolution de l'ONDAM, en lien avec l'état de santé de la population :

- le nouveau rapport décrivant « *les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes* » doit également donner en prévisionnel l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir ;

- les « programmes de qualité et d'efficience » (PQE) créés par l'ordonnance de 2005 et relatifs aux dépenses et aux recettes de chaque branche de la sécurité sociale, doivent comporter notamment « *un diagnostic de situation appuyé notamment sur les données sanitaires et sociales de la population* », et présenter les « *objectifs retracés au moyen d'indicateurs précis dont le choix est justifié, une présentation des moyens mis en œuvre pour réaliser ces objectifs et l'exposé des résultats atteints lors des deux derniers exercices clos et, le cas échéant, lors de l'année en cours* »³⁷.

³⁷ Le HCAAM a déjà eu l'occasion de décrire ou de citer le PQE maladie, épais document comprenant des indicateurs de cadrage (descriptifs) et d'objectifs / résultats. Voir la note « *L'accessibilité financière des soins, comment la mesurer* » de janvier 2011, annexe 1 *Démarches de tableau de bord*, page 108 et suivantes.

- une annexe à la loi spécifiquement consacrée à l'ONDAM est créée (dite annexe 7). Elle établit notamment un lien beaucoup plus direct entre les besoins de santé et les dépenses de l'ONDAM, en analysant « *l'évolution, au regard des besoins de santé publique, des soins financés au titre de cet objectif* ». Elle doit en outre présenter « *l'évolution de la dépense nationale de santé ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense* ».

- une autre annexe à la loi (dite annexe 9) doit présenter l'effet des mesures comprises dans les PLFSS ou sous-jacentes aux PLFSS, notamment celles impactant l'ONDAM, « *au titre de l'année à venir et, le cas échéant, des années ultérieures* ». Nous reparlerons de cette annexe en partie 4, car c'est elle qui liste les économies inscrites dans la construction de l'ONDAM.

- le gouvernement a produit un premier PQE complet pour le PLFSS 2008.

Les différentes annexes aux PLFSS contribuent ainsi, année après année, à approfondir les déterminants de la demande et de la consommation de soins, notamment au travers d'études menées en partenariat par la DSS, la DREES et la CNAMTS. Elles ont permis de mieux documenter les déterminants de l'évolution du besoin de soins et du niveau ou de l'évolution des dépenses de santé.

Encadré 7 : liste des principales études incluses dans les annexe 7 aux PLFSS

- | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">• Annexe 7 au PLFSS 2007 : étude sur l'impact des « <i>besoins de santé, des changements démographiques, techniques, économiques et sociaux</i> » sur les dépenses de soins, qui a particulièrement intéressé le HCAAM dans ses travaux de 2010 sur le vieillissement ;• Annexe 7 au PLFSS 2008 : étude <i>L'importance du poids de l'innovation dans la dépense pharmaceutique</i>.• Annexe 7 au PLFSS 2009 : études <i>État de sante et niveau de dépenses : comparaisons au sein des pays de l'ocde et La prise en compte du vieillissement ? Plusieurs scénarios sur la demande de soins MCO</i>• Annexe 7 au PLFSS 2010 : étude <i>Une approche régionale des dépenses de santé</i> mettant notamment en lumière que les écarts de dépenses entre les régions ne s'expliquent pas totalement par l'état de santé des populations.• Annexe 7 au PLFSS 2011 : étude <i>Le rôle des facteurs de demande et d'offre de soins dans les disparités territoriales des dépenses de santé</i> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

La loi organique du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale a modifié l'article LO 111-4 du Code de la sécurité sociale pour inscrire dans la procédure de présentation des lois de financement de la sécurité sociale des mécanismes de meilleure information du Parlement sur la fixation et l'exécution de l'ONDAM.

L'article 2 de cette loi prévoit que le rapport annexé aux PLFSS « *précise les hypothèses sur lesquelles repose la prévision de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir. Ces hypothèses prennent en compte les perspectives d'évolution des dépenses et les mesures nouvelles envisagées* ». Cela revient à demander au gouvernement de donner pour l'ONDAM pluriannuel les informations qu'il était déjà tenu de fournir pour l'ONDAM de l'année à venir, et le contraint à présenter non pas un ONDAM résultant de la progression « *tendancielle* » des dépenses, mais un ONDAM cible après mesures.

Par ailleurs, l'annexe 7 devra fournir « *des éléments précis sur l'exécution de l'objectif national au cours de l'exercice clos et de l'exercice en cours ainsi que sur les modalités de construction de l'objectif pour l'année à venir en détaillant, le cas échéant, les mesures correctrices envisagées.* ». Cette disposition prend donc en compte une recommandation forte du rapport Briet qui était de donner des éléments plus précis sur les étapes permettant de préciser le passage de la base de dépenses en fonction de l'exécution de l'ONDAM de l'année précédente au taux de progression proposé.

L'annexe 7 à la LFSS 2011 donne ainsi, pour la première fois, des éléments détaillés sur l'exécution de l'ONDAM 2010 et, surtout, sur les « tendanciels » retenus pour chaque sous-objectif de l'ONDAM.

Tableau 3 : Décomposition des tendanciels 2001 par sous-objectifs de l'annexe 7 au PLFSS 2011

	Tendanciel 2011
1) Dépenses de soins de ville	5,1 %
Total ONDAM Etablissements de santé	3,3 %
2) Dépenses relatives aux établissements de santé à l'activité	3,4 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	3,0 %
Total ONDAM Etablissements et services médico-sociaux	5,8 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,9 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	4,8 %
6) dépenses relatives aux autres prises en charge	5,9 %
ONDAM TOTAL	4,4 %

Rapproché du tableau, également joint au PLFSS, qui indique le taux de progression et le montant des sous-objectifs proposés par le gouvernement, cette annexe permet de mesurer la ventilation entre chacun des sous-objectifs de l'ONDAM des « économies » opérées sur la tendance.

Enfin, à compter de la LFSS 2012, l'annexe 7 devra également indiquer « *le montant des objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir pour les établissements et services médico-sociaux relevant de l'objectif de dépenses* » et présenter « *le taux prévisionnel de consommation pluriannuel se rattachant aux objectifs d'engagement inscrits pour l'année à venir, ainsi que le bilan des taux de consommation des objectifs d'engagement arrivés à échéance au cours des deux derniers exercices clos et de l'exercice en cours.* »

D'autres dispositions pouvaient passer par une loi simple, et c'est la LFSS pour 2011 qui en a été le véhicule.

L'article 48 de cette loi a introduit le principe d'une expertise du Comité d'alerte, lequel doit en quelque sorte « certifier » la sincérité de la construction de l'ONDAM :

« *Le comité examine également les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie projeté pour l'année à venir. S'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut manifestement pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle de la dépense, il rend un avis explicitant ses réserves, au plus tard le 15 octobre.* »

Il est recouru à cette nouvelle procédure pour la première fois cette année, pour la construction de l'ONDAM proposée dans le cadre du PLFSS 2012.

3.4.3. Le lien le plus explicite entre le calcul du « tendanciel » et les besoins de santé est aujourd'hui celui qui conduit à intégrer, dans ou en sus de la « tendance spontanée des dépenses », les mesures qui traduisent l'application des plans de santé publique

Des efforts importants ont été accomplis ces dernières années pour procéder à une prise en compte de l'impact des plans de santé publique ou médico-sociaux sur les dépenses d'assurance maladie, comme cela était fait pour les dépenses supportées par l'Etat.

Ces différents chiffrages sont ainsi récapitulés, chaque année, dans l'annexe 7 au PLFSS.

On peut citer en particulier le plan Cancer 2009-2013, qui a fait l'objet d'un chiffrage et d'une budgétisation par tranche annuelle suite à un travail approfondi de la direction générale de la santé (DGS), de l'INCA, de la direction de la sécurité sociale (DSS), de la direction du budget (DB) et de la CNAMTS³⁸.

Toutefois, les mesures d'impact des différents plans de santé publique sur les sous-objectifs de l'ONDAM sont très hétérogènes, pour les raisons déjà dites plus haut, et pointées par la Cour des comptes, s'agissant des différents modes de calcul de l'ONDAM tendanciel. Pour ce qui concerne les dépenses de soins de ville, les dépenses afférentes à ces plans sont chiffrées en sus des tendances, et comptabilisées en provisions pour mesures nouvelles. S'agissant des sous-objectifs hospitaliers et médico-sociaux, elles sont incluses dans le calcul de tendance.

Dans les deux cas – ville et hôpital –, ces mesures se retrouvent bien chiffrées dans l'agrégat « tendanciel » le plus large, c'est-à-dire avant mesures « d'économie ». Mais elles le sont par deux cheminements méthodologiques différents, qui ne facilitent ni la compréhension d'ensemble, ni le suivi d'exécution des prévisions.

³⁸ Les mesures ont ainsi fait l'objet d'un chiffrage par financeur et les dépenses sont suivies et rendues publiques trimestriellement sur le site www.plan-cancer.gouv.fr.

Le HCAAM prend acte du renforcement constant, continu et substantiel de l'information sur les modalités de calcul de l'ONDAM « tendanciel ».

Il note néanmoins que les techniques de calcul et de valorisation demeurent encore relativement sommaires et hétérogènes, et souhaite que soient mieux mises à profit les méthodes statistiques usuelles de calcul de tendance, et que soient encore améliorées la standardisation et l'explicitation des méthodologies.

Le HCAAM insiste surtout sur l'importance de ne pas confondre la notion d'ONDAM « tendanciel » avec celle d'une « expression des besoins de santé » ou d'une « analyse prospective des besoins de santé ».

La prévision tendancielle des dépenses de l'année future, étape technique de construction de l'ONDAM, repose principalement sur une « projection de tendance » qui n'est sous-tendue par aucun jugement de valeur et, partant, par aucune analyse a priori de l'utilité de cette croissance anticipée de dépenses. Celle-ci peut traduire, sur certains segments, une réelle croissance des besoins de santé (en tant qu'elle reflète par exemple la montée de pathologies chroniques), mais elle peut n'être, sur d'autres segments, qu'une dynamique d'activité sans réelle justification médicale.

A cette tendance s'ajoutent il est vrai quelques éléments, et notamment ceux qui résultent de « plans » nationaux de santé publique, qui relèvent davantage d'une « expression de besoins » au sens fort du terme, c'est-à-dire soumise au crible de la nécessité ou, au minimum, de l'utilité.

Mais au total, si la « tendance » comme la « base » doivent servir de point de départ pour comprendre et anticiper, elles ne peuvent, ni l'une ni l'autre, servir de norme. Il peut y avoir des dépenses nécessaires en plus ; elles peuvent comporter des dépenses inutiles voire indues.

C'est donc à l'étape suivante, celle des mesures dites « d'économie sur la tendance » que doit impérativement s'exprimer l'analyse de l'utilité de la dépense.

3.5. Les mesures d'économie retenues dans le cadre de l'élaboration de l'ONDAM permettent de mettre en évidence les trois modes de régulation de la dépense

L'élaboration de l'ONDAM repose, on l'a dit plus haut, sur une étape de proposition et de chiffrage des mesures qui permettront de réduire le taux de croissance qui ressort des prévisions dites tendancielle, pour atteindre un taux de croissance de l'ONDAM, soumis au vote du Parlement, qui soit compatible avec l'objectif fixé de solde des comptes de l'assurance maladie.

Le terme « d'économies » usuellement utilisé – que l'on conservera par commodité de présentation – est évidemment trompeur, puisqu'il ne s'agit pas d'économies nettes pour les dépenses d'assurance maladie (dont l'accroissement d'une année sur l'autre est de près de 5 Mds€), mais d'économies « sur la tendance »³⁹.

Le HCAAM entend ici souligner combien il importe de ne pas assimiler ni réduire ces « économies » à des opérations de stricte technique budgétaire, qui viseraient simplement à « normer » la croissance d'un budget public afin qu'il reste dans l'épure des financements possibles.

Cette recherche « d'économies sur la tendance » dans la phase de construction de l'ONDAM est en effet fortement justifiée dans son principe – ainsi que le notait le HCAAM dans son rapport annuel pour 2010. Car elle doit être comprise comme consistant à vouloir évaluer régulièrement si une partie des dépenses qui composent la base de l'ONDAM et sa croissance tendancielle doivent ou non être prioritairement prises en charge par la collectivité au vu des contraintes qui pèsent sur l'endettement public.

Autrement dit, bien conduite et bien explicitée, cette phase de recherche et d'évaluation des futures « économies sur la tendance » peut être un moment décisif, et illustratif, des choix de priorité collectifs et des recherches d'optimisation de la dépense de santé.

Il importait donc au HCAAM d'observer plus attentivement les modalités d'analyse retenues.

3.5.1. Le HCAAM s'est appuyé sur les données d'économies « ex ante » présentées dans les « annexes 9 » aux récentes lois de financement.

L'étude des mesures « d'économie », dont il faut bien dire qu'elle est encore parcellaire et difficile, est néanmoins hautement facilitée depuis l'introduction, dans la loi de financement de la sécurité sociale, des « annexes 9 » qui comportent un chapitre relatif à « l'impact des mesures nouvelles ».

A l'origine en effet, les mesures « d'économies » associées à l'ONDAM, généralement annoncées au moment de la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre, n'étaient explicitées que dans des documents de communication (dossiers de presse ...) accompagnant l'annonce du PLFSS et de ses mesures.

³⁹ En revanche, certaines mesures peuvent évidemment avoir un effet de « baisse nette de la dépense » dans le secteur précis où elles interviennent, cette baisse étant sur-compensée par des hausses de dépenses dans d'autres secteurs.

Depuis la réforme de la loi organique de 2005, les mesures d'économies sont désormais énumérées et brièvement commentées dans l'annexe 9 aux PLFSS, et accompagnées de tableaux de chiffrage de leur rendement anticipé, pour les comptes du régime général et pour ceux de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie.

Le HCAAM doit néanmoins noter – et regretter – que les textes ne prévoient pas la reprise, dans l'annexe 9 de l'année N+1 ou N+2, des mesures annoncées en année N, accompagnées d'un chiffrage de leur impact non plus « *a priori* » (comme il figurait initialement), mais tel qu'on peut rétrospectivement l'évaluer.

En d'autres termes il n'existe pas, aujourd'hui, de tableau permettant de comparer, mesure par mesure, les économies réalisées *ex post* aux économies prévues *ex ante*

Il est vrai qu'une mesure de l'impact *ex post* des mesures d'économies est complexe. Elle peut obliger à une nouvelle estimation de la tendance (tendance *ex post*), si l'on n'est pas sûr de l'hypothèse selon laquelle la tendance anticipée correspond à la tendance *ex post*. Elle peut aussi se heurter, en l'état actuel des choses, sur le libellé trop général de certaines mesures annoncées (par exemple : « lutte contre la fraude » ou « efficience des établissements de santé »). Enfin, elle oblige à tenir compte des retards ou des délais variables de mise en œuvre de certaines mesures. Par ailleurs, le HCAAM estime qu'il conviendrait de mieux connaître et comprendre l'impact paradoxal de certaines mesures « d'économie » qui peuvent aboutir à terme à des résultats diminués, voire inversés, notamment en raison d'un report vers la consommation d'autres produits pouvant se révéler à la fois plus coûteux et moins adaptés sur le plan médical.

La commission des comptes de la sécurité sociale, ainsi que la CNAMTS dans son rapport sur les « charges et produits » fournissent néanmoins chaque année plusieurs analyses par type d'économies. Ainsi, on peut disposer de bilans des économies du plan médicament (CCSS) ou de la maîtrise médicalisée (CNAMTS).

De même, la Cour des comptes, dans ses rapports annuels sur les lois de financement de la sécurité sociale, s'est fréquemment livrée, notamment pour certaines années postérieures à 2006 et au moins pour certains postes, à cette comparaison critique.

Dans le RALFSS de septembre 2011, elle présente pour la première fois un comparatif des économies attendues / réalisées en 2010.

Il apparaît ainsi que les économies réalisées sur les soins de ville ont été inférieures de près de 400 M€ à celles prévues (1,429M€ contre 1,85M€). S'agissant des établissements de santé, le très fort dépassement de l'ODMCO (567M€) a été compensé principalement par un gel de MIGAC – sur la partie dite « d'aide à la contractualisation » - à hauteur de 524 M€. La Cour des comptes, néanmoins, pose la question de la réalité de la mise en œuvre des économies projetées, la DGOS les considérant comme automatiquement réalisées de part les paramètres de la campagne budgétaire, au travers de l'évolution des tarifs.

De manière générale, la cour note, que les prévisions d'économies sont souvent surestimées, très particulièrement pour celles qui concernent la « maîtrise médicalisée », dont le taux de réalisation est toujours inférieur à 80%.

Mais elle admet que, en dehors de quelques cas de sous-estimation qui ont pu donner lieu à des appréciations très critiques de sa part (en particulier pour l'ONDAM 2007, où elle parle du « caractère irréaliste des économies annoncées »), cette difficulté de prévision

est intrinsèque à l'exercice, qui oblige de mêler, comme elle l'indique dans son rapport pour 2010, des mesures « d'effet direct » (par exemple la baisse de prix) dont l'impact est assez aisément modélisable, et des mesures « d'effet indirect » (par exemple le changement de comportement de prescription), dont l'effectivité et le délai de réalisation reposent sur de multiples hypothèses.

3.5.2. Les « annexes 9 » permettent ainsi de dégager une forme de « classification » utile à l'analyse.

C'est en pleine connaissance de toutes ces limites que le HCAAM s'est livré à un exercice de classification des différents types « d'économie sur la tendance », telles qu'elles résultent des annexes 9 à la loi de financement, depuis l'année 2007 (c'est-à-dire dans leur expression *ex ante*).

Il apparaît ainsi trois grandes catégories d'économies sur l'évolution tendancielle, qui se partagent les quelques deux milliards d'euros qui sont *grosso modo* proposés chaque année au vote parlementaire.

- ***L'action sur les prix unitaires des biens et services***

Par exemple, quand on baisse les tarifs de certains médicaments ou de certains examens de biologie.

- ***L'action sur les volumes et la structure de consommation.***

Par exemple, quand on cherche à baisser la consommation globale de médicaments antibiotiques ou de radiographies conventionnelles du crâne. Ou encore (et il s'agit alors d'augmenter certains volumes pour en faire diminuer d'autres) lorsqu'on cherche à favoriser la prescription dans le répertoire ou qu'on développe la chirurgie ambulatoire (en supposant que les conditions post opératoires sont optimales y compris en termes médico-sociaux).

- ***L'action sur les conditions de prise en charge***

Par exemple, quand on baisse le taux de remboursement de certains médicaments ou que l'on crée une participation forfaitaire ou une franchise. Les décisions de déremboursement (i.e. la sortie du « panier de biens remboursables ») se rattachent à cette hypothèse, puisqu'elle équivaut à un remboursement descendu à zéro.

Cette typologie ternaire est notamment utilisée depuis plusieurs années dans les rapports annuels du comité économique des produits de santé, pour analyser l'évolution des dépenses remboursées de médicaments. Elle commence à apparaître également dans l'analyse de l'évolution des dépenses d'hospitalisation, notamment dans les rapports remis au parlement par le gouvernement sur la T2A.

Comme le montre le tableau récapitulatif de la page suivante, cette typologie permet de classer sans grande ambiguïté la quasi-totalité des « économies » présentées et valorisées (dans leur impact « *a priori* ») dans les différentes annexes 9 à la LFSS depuis 2007.⁴⁰

⁴⁰ Cette typologie se déduit en réalité du constat très simple selon lequel toute dépense « unitaire » d'assurance maladie peut schématiquement se décomposer comme le produit d'une quantité, d'un prix, et d'un taux de prise en charge :

$$\text{Dépense unitaire de l'AMO} = \text{Quantité} \times \text{Prix} \times \text{Taux de prise en charge}$$

L'ensemble des dépenses d'assurance maladie est la somme de toutes les dépenses unitaires, cette somme définissant du même coup une « structure de consommation ».

L'approche par sous-objectifs de l'ONDAM : économies sur les dépenses de soins de ville, sur les établissements de santé tarifés à l'activité.

Pour effectuer ce calcul, il faudrait disposer du « tendanciel » retenu chaque année sur ces sous-objectifs, pour en déterminer le montant « tendanciel » et calculer les économies par différence avec l'objectif fixé. Or, il n'est imposé de communiquer les « tendanciels détaillés » dans l'annexe 7 aux PLFSS qu'à compter de la LFSS 2011.

Il n'est donc pas possible à ce stade de présenter un bilan des économies sur chacun des sous-objectifs de l'ONDAM.

L'approche par acteur impacté : professionnels de santé et établissements, industrie, assurés, organismes complémentaires.

Cette dernière classification est plus politique, mais elle est importante si l'on veut s'assurer si le principe inscrit dans l'article 1^{er} de la loi du 13 août 2004 d'un effort partagé par tous (« *Chacun contribue, pour sa part, au bon usage des ressources consacrées par la Nation à l'assurance maladie.* ») est bien mis en œuvre.

Une telle classification – intéressante et justifiée dans son principe - soulève d'importants problèmes méthodologiques. Car pour suivre l'impact des mesures d'économies par acteurs, il ne suffit pas de ventiler les mesures entre ceux qu'elle concerne juridiquement, mais il faut raisonner en termes nets sur l'ensemble des mesures de la loi de financement.

A titre d'exemple, les assurés et les organismes complémentaires sont impactés négativement par les mesures de déremboursement et de création de participations forfaitaires, mais sont impactés positivement par les mesures de baisses de prix des actes et des produits de santé.

Par ailleurs, l'effort est souvent supporté par plusieurs acteurs (par exemple, s'agissant des tarifs forfaitaires de responsabilité, entre les pharmaciens, puisque la sur-marge applicable aux génériques tombe, et les laboratoires pharmaceutiques), sans que le quantum de chacun puisse être connu. A cela s'ajoutent les nombreux effets reports : par exemple, dans le cas général d'une baisse de taux de remboursement, on ne peut savoir sans enquête ad hoc comment l'économie est ventilée entre les assurés et les organismes complémentaires, la décision de prendre en charge ce nouveau taux appartenant à chacun des organismes complémentaires dans le cadre de ses garanties.

Compte tenu du caractère simplement « anticipé » de ces économies, et de l'absence de suivi systématique de leur réalisation, il n'est pas possible de déterminer avec certitude la part qu'a pris chacun de ces trois ensembles dans la totalité des économies de la période.

On doit néanmoins noter que les mesures qui consistent à modifier les conditions de remboursement des soins, si elles peuvent poser d'importantes questions de principe, ne constituent apparemment qu'une part minoritaire des « économies » opérées sur la tendance.

Si l'on tient compte du caractère très fréquemment surestimé des futures économies sur les volumes (autour de 70% de réalisation des mesures de maîtrise médicalisée, qui en font l'essentiel), on peut approximativement dire que les quelques 2 Md€ de mesures d'économie qui viennent « gager » chaque année l'objectif de l'ONDAM se répartissent, sur la période analysée, à peu près à 2/5^{èmes} sur les prix, 2/5^{èmes} sur les volumes, et 1/5^{ème} sur le taux de prise en charge⁴¹.

Cet effet de structure, qui correspond à la pondération respective des différents types de consommation, n'est pas figuré par une variable, mais il sera la résultante de ces volumes respectifs des différents soins consommés. Les « économies » peuvent par conséquent porter sur l'un des trois termes (ou sur la structure de consommation, c'est-à-dire sur la pondération des différentes dépenses unitaires).

⁴⁰ En données brutes, telle qu'on les calcule dans le tableau ci-dessous, le poids relatif des trois catégories est, entre 2007 et 2010, d'environ une moitié (50%) en tendance sur les « volumes », d'environ un tiers (30%) en tendance sur les « prix » et le reste sur les « conditions de prise en charge ».

Tableau 4 : Classification de la valorisation anticipée des « mesures d'économies » inscrites dans les annexes 9 aux PLFSS.

	2007		2008		2009		2010		2011		2012 (Dossier CCSS sept. 2011)
Actions de baisses de prix (productivité)	470		140		696		1030		975		1040
<i>Sur certaines professions</i>											
					215	radiologie et biologie	240	radiologie et biologie	200	radiologie et biologie	170
total médicaments	470	Médicament et DM	140	Médicament et DM	481	Médicament et DM	640	Médicament et DM	655	Médicament et DM	770
dont :	100	grands conditionnements			292	convergences par classe	300	baisses ciblées	500	baisses de prix	670
	370	baisses de prix ciblées	140	Baisses de prix ciblées	34	baisses génériques	100	baisses génériques	70	générication	100
					43	baisses DM	40	tarifs liste en sus	50	taux K à 0,5%	
					26	grands conditionnements	200	générication "sus de tendance"			
					86	marges de distribution					
Tarifs hospitaliers							150	convergence tarifaire	150	convergence tarifaire	100
Actions de baisses des volumes	1707		815		1166		740		1090		900
Volumes " injustifiés "	100				219		150		300		
	100	Fraudes			73	fraudes	150	fraudes	300	Passage AE/CP medicosoc	
					146	ajustement dotations					
Meilleure gestion à l'hôpital	277				166	établissements de santé			205	établissements de santé	350
											gains hors convergence
Redéploiements ("maîtrise médicalisée")	1330		815		781	Maîtrise médicalisée	590	Maîtrise médicalisée	585	Maîtrise médicalisée	550
	520	Incitation aux génériques	635	Avenant n°23	450	convention médicale	390	maîtrise med. Hors produits			
	610	Avenant n°10	30	transports par taxis	129	parcours de soins	200	Maîtrise med produits santé			
	100	référentiel transports	100	divers UNCAM	34	transports taxis					
	100	presc.hospit.en ville	50	prescriptions d'IJ (EP)	56	série d'actes anorm.longu					
					112	respect référentiels presc					
Modifications du remboursement	180		850	<i>(hors "35 à 35" et IJ)</i>			411		330		220
	100	revalo forfait journalier	50	"35% à 35%"			156	revalo forfait journalier	20	ALD HTA	220
	80	PF K50	70	Calcul des IJ			145	Taux à 15%	20	transports ALD	
			850	Franchise médicaments			110	Nouveau mode de calcul IJ	95	PF18 jusqu'à 120	
									95	35% à 30%	
									100	65% à 60% pour DM	
TOTAL	2357		1805		1862		1181		2390		2160
Montant total annexe 9	2828	Chiffre "fantaisiste" (CdC)	2025		1860		2211		2390		

3.5.3. Les économies « sur les prix », ou la récupération d'une partie des gains de productivité réalisés par les producteurs de biens et services de santé.

Il s'agit là d'un premier ensemble de mesures qui sont en principe sans effet sur la couverture quantitative des « besoins de santé », mais qui s'attachent en revanche à ce que cette couverture des besoins de santé s'effectue au « juste prix ».

En effet, elles reposent sur le principe que, à volume d'activité constant, les professionnels, établissements ou industries de santé réalisent, pour certains actes ou certains produits, des gains de productivité du fait de l'amortissement de leurs investissements initiaux (frais de recherche) ou de l'utilisation de matériels médicaux plus performants, permettant de produire les mêmes volumes à moindre coût (automates par exemple).

Ce sont les secteurs des produits de santé – surtout les médicaments et dispositifs de santé⁴² – et des actes techniques à visée diagnostique (radiologie, biologie) qui ont été principalement concernés.

On doit également y rattacher, depuis 2010, la recherche d'« économies » liées à une convergence tarifaire inter-sectorielle hôpitaux publics / cliniques privées, avec chaque année une étape sur certains types de groupes homogènes de soins en direction de la convergence tarifaire fixée à 2018 (tout en notant que cette orientation dite de « convergence » fait débat pour certains acteurs).

Dans le principe, la collectivité est légitime à bénéficier d'une partie des gains de productivité – stimulés ou spontanément réalisés – dans ces différents secteurs en procédant à des baisses de prix ou de tarifs. L'assurance maladie obligatoire n'est d'ailleurs pas la seule bénéficiaire de ce type de mesure : tous les financeurs, assureurs complémentaires et ménages, en profitent aussi, à proportion de leur quote-part dans la dépense initiale.

Le HCAAM tient toutefois à souligner le caractère relativement ciblé de ce type d'interventions, puisque limité depuis plusieurs années à des secteurs qui ne représentent, globalement, qu'environ 47% de l'ONDAM⁴³. Le HCAAM estime qu'il serait utile de disposer d'un observatoire des gains de productivité réalisés – ou réalisables – dans l'ensemble des champs de la santé.

⁴² Les baisses de prix sur les médicaments représentent d'ailleurs le premier et principal poste d'application de cette logique économique, sous des formes diverses (convergence de prix par classe, baisse du prix du princeps à la suite de la générique, baisse de prix des génériques, abaissement du « taux K », etc.).

⁴³ Médicament + dispositifs médicaux + ONDAM sanitaire public sous T2A + Biologie + Radiologie.

3.5.4. L'action sur les volumes, ou la recherche d'une meilleure « fonction de production » de l'état de santé de la population.

Dans l'action qu'on peut qualifier « d'action sur les volumes », il faut d'abord faire un traitement à part aux ajustements qui correspondent à des volumes d'activité radicalement indus.

C'est notamment le cas des économies attendues de la lutte contre la fraude (un peu plus de 100 M€ par an en moyenne), dont la justification de principe dépasse évidemment – et de beaucoup – le seul rendement financier⁴⁴. Il convient de préciser qu'il s'agit des fraudes évitées ou détectées *avant* le paiement des prestations, car le rendement lié au recouvrement d'indus sur prestations versées n'est pas comptabilisé dans l'ONDAM.

Se rattachent aussi à ces « volumes indus » différents postes plus anecdotiques, qui traduisent des ajustements nés de sous-consommations d'enveloppes, ou de changement de budget de rattachement⁴⁵.

Plus fondamental, sur le plan des principes économiques, est l'effort qui consiste à agir sur les volumes de biens et services par des actions dites de « maîtrise médicalisée ».

La maîtrise dite « médicalisée » vise à diminuer les volumes de soins ou de prestations consommés ou à modifier le profil de consommation en l'orientant vers les actes ou les biens les plus « *coûts efficaces* ». Sans altérer l'efficacité et la qualité des soins – et même en les améliorant – il s'agit de supprimer les actes ou prescriptions inutiles ou, ce qui revient au même, les remplacer par des actes et prescriptions moins nombreux ou moins coûteux.

Ces mesures visant à faire évoluer la structure de la dépense de santé visent, elles aussi, d'un certain point de vue, à susciter des gains de « productivité » dans le système de soins, pour en conserver une partie du bénéfice pour ses financeurs. Mais il s'agit d'une productivité qui a, à son numérateur, une production de santé et non plus une simple production de soins en volume : il ne s'agit pas de faire la même quantité d'actes pour moins cher, mais de diminuer ces quantités, ou d'en substituer d'autres moins coûteuses, pour le même résultat final en termes de santé.

Le HCAAM a présenté dans plusieurs de ses rapports (voir notamment le rapport annuel pour 2009) les différents axes de politique de maîtrise médicalisée. Elle concerne, outre les professionnels libéraux (objectifs conventionnels des médecins et CAPI, référentiels pour les séries longues d'actes des masseurs-kinésithérapeutes), les professionnels hospitaliers au travers des prescriptions hospitalières exécutées en ville (transports, médicaments).

⁴⁴ On ne doit cependant pas perdre de vue que le fait d'inscrire une somme de 100M€ au titre de la lutte contre la fraude une année donnée signifie qu'on entend opérer cette économie « en base », c'est-à-dire en supplément – et non pas en simple maintien – des performances déjà réalisées au Cours des exercices précédents. C'est, si l'on peut dire, une fraude « nouvelle » qu'on entend traquer, tout en maintenant constant l'effort qui a conduit à réprimer d'autres comportements frauduleux les années précédentes.

⁴⁵ Les mesures dites d'ajustement des dotations ont été prises sur la base de constats de décalage entre les dotations apportées chaque année sur l'ONDAM et le rythme de consommation effectif de ces dotations. Elles sont fondées la plupart du temps sur les recommandations de missions d'inspection IGAS et IGF (FMESPP, FAQSV, Objectif global de dépenses géré par la CNSA) et sur le principe d'une gestion « autorisation de programme / crédits de paiements » déjà pratiquée dans la sphère des finances de l'Etat.

Sous l'intitulé « gains d'efficience », elle a visé le secteur de l'hospitalisation au travers de politiques de production à un meilleur coût pour l'assurance maladie d'un volume de soins tendanciellement en progression. Très peu documentée dans les annexes à la LFSS de 2007 et 2009, cette politique s'appuie désormais sur le développement de l'activité ambulatoire au sein des établissements de santé. L'objectif des pouvoirs publics (Etat et assurance maladie) mais aussi des directeurs généraux d'ARS et d'établissements est de faire progresser fortement la part de certains soins réalisés sans nuitée.

Ainsi qu'on l'a déjà dit, et que le note la Cour des comptes dans son rapport pour l'année 2010, le chiffrage des économies réalisées par les actions de maîtrise médicalisée repose sur beaucoup d'hypothèses, y compris lorsqu'il s'agit d'en faire le bilan après coup.

Tous les efforts doivent néanmoins être déployés pour améliorer la mesure d'impact financier de ce type de décisions, notamment en inscrivant ces mesures dans des perspectives pluri-annuelles (compte tenu des délais de mise en place et des multiples effets différés), et en tenant mieux compte de différentes « externalités », positives ou négatives (par exemple : impact de dépenses d'action sociale sur le développement de solutions ambulatoires à l'hôpital, etc.)⁴⁶.

La question se pose également d'une meilleure articulation des initiatives retenues de maîtrise dite médicalisée de la dépense de santé aux travaux et recommandations de la HAS.

A cet égard, le HCAAM estime qu'une première étape indispensable serait que toutes les recommandations de bonne pratique de la HAS qui existent déjà, bâties sur un consensus professionnel, soient plus systématiquement et plus fermement suivies d'effet.

L'étape immédiatement suivante étant l'élaboration – et la mise en œuvre effective – de recommandations portant sur les parcours de soins et sur les situations de poly-pathologie, dont le HCAAM a souligné l'urgence dans ses rapports récents.

Il est très important de noter que, tant les mesures « sur les prix » que les mesures « sur les volumes » ont pour effet de porter non pas sur les seules dépenses d'assurance maladie, mais bien sur les dépenses de santé.

Leur mise en œuvre suppose ainsi une articulation forte – certains ajoutent : beaucoup plus forte qu'aujourd'hui - avec les politiques d'organisation des soins et de santé publique. La contrainte budgétaire n'a aucune prise sérieuse, et peut même générer des effets pervers, si elle ne s'inscrit pas dans une contrainte de réformes structurelles.

Par exemple, pour mettre en œuvre les économies attendues de la progression de la chirurgie ambulatoire, une adaptation de l'organisation *extra* et *intra* hospitalière est indispensable. Autre exemple, les baisses de tarifs sur les actes de biologie les plus automatisés ont été accompagnées d'une modification de la législation applicable à l'exercice des laboratoires de biologie, dont l'intention était précisément de leur permettre de réaliser des économies d'échelle.

⁴⁶ Le HCAAM renvoie ici à ce qu'il a déjà dit en matière de mesure d'impact économique des « projets pilotes » proposés dans son rapport sur la « Dépendance » de juin 2011.

On doit par ailleurs souligner que ces mesures d'économies produisent un gain qui est partagé par l'ensemble des financeurs (assurance maladie obligatoire, mais aussi assureurs complémentaires et ménages).

Il n'en va pas de même des mesures de la troisième catégorie.

3.5.5. L'action sur les conditions de prise en charge, ou la « priorisation » des remboursements de l'assurance maladie.

Pour le HCAAM, il s'agit, pour plusieurs raisons, d'un sujet majeur.

Et cela, alors même qu'il ne représente qu'une part minoritaire des mesures « d'économie sur la tendance »

Alors même aussi – et ce point est rarement relevé – que l'impact net des transferts sur les ménages et l'assurance complémentaire - est objectivement contrebalancé par des économies que réalisent ces mêmes ménages et assureurs complémentaires du fait des autres mesures dont il a été question, et dont l'effet est de baisser le prix des soins pour tous.⁴⁷

Car il s'agit d'économies par lesquelles l'assurance maladie obligatoire « se désengage », obligeant – si la structure de consommation reste inchangée – d'autres financeurs, assureurs et ménages, à prendre le relais. Autrement dit, de dépenses de santé auxquelles cesse de s'appliquer le principe : « *de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins* ».

Au surplus, sur la période étudiée, elles se sont traduites non seulement par d'assez classiques déremboursements de certains biens ou des baisses de taux de remboursement, mais aussi par des mesures nouvelles dans leur principe :

- mise en place en 2005 de la participation forfaitaire de 1€ sur les actes médicaux et biologiques et mise en place en 2008 des franchises sur les médicaments, les transports et les actes d'auxiliaires médicaux⁴⁸,
- création en 2007 de la participations forfaitaires de 18€ sur les séjours et actes dont le tarif est supérieur à 91€ ou au coefficient K50⁴⁹ rehaussé à 120€ en 2011,
- modification à partir de 2012 du champ du remboursement à 100% lié aux ALD. L'abandon de la mesure dite du « 35 à 35 » (remboursement à 35% de tous les médicaments inscrits à 35%, qu'ils soient en lien ou non avec l'ALD) envisagée en 2008 a conduit à proposer des mesures moins générales, mais qui ont le même objectif d'une

⁴⁷ La mesure du solde exigerait évidemment, pour être établie de manière rigoureuse, des études précises, qui distinguent les différents segments sur lesquels se font les économies, et la part qu'y prennent les différents financeurs.

Par ailleurs, ce constat n'épuise pas la question de l'accroissement des coûts de la santé pour les ménages. Ainsi que le montre la seconde partie de ce rapport, le « taux d'effort » des ménages peut augmenter même si le taux de remboursement reste constant, dès lors que le coût de financement de l'assurance maladie obligatoire (cotisations et CSG) ou de l'assurance complémentaire (primes) augmente.

⁴⁸ Ces mesures ont été, il est vrai, présentées comme visant à une « responsabilisation » des assurés face à leur consommation de soins (d'où leur non-remboursement dans les « contrats responsables »). Il reste qu'elles relèvent de cette catégorie d'économies puisqu'elles se traduisent, par leurs effets objectifs, en un désengagement – fut-il marginal- de l'assurance maladie obligatoire.

⁴⁹ Voir les détails sur cette participation forfaitaire dans la note HCAAM de janvier 2011 « *L'accessibilité financière des soins, comment la mesurer ?* ».

application plus stricte du remboursement à 100%, comme la suppression de la prise en charge à 100% systématique des transports, ou, plus récemment, la sortie de l'hypertension artérielle du champ du 100%.

Il n'a pas été possible de dégager au sein du HCAAM de position partagée sur le bien fondé de ces différentes mesures. Plusieurs membres estiment en effet qu'elles étaient, en totalité ou pour partie, injustifiées dans leur principe ou dans leur montant.

Pour autant, ***le HCAAM estime qu'il n'est pas, en soi et par principe, forcément illégitime d'agir sur les priorités de remboursement.***

En effet, dans la mesure où notre système d'assurance maladie n'est pas conçu comme un système de gratuité totale, le taux de remboursement est un paramètre qui doit être piloté :

a) Il est indispensable de maintenir une gestion dynamique du taux de remboursement, qui tienne compte de l'avancée des connaissances et de l'évolution du « panier » des biens remboursables

Il n'est pas illégitime, et il est même nécessaire, de baisser le remboursement d'un acte ou d'un produit dont le service médical apparaît, au vu des données de la science et de la clinique, comme insuffisant.

Le rôle d'expertise confié à la HAS (commission de la transparence, commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé, avec examen du service médical rendu et de son amélioration) est à cet égard fondamental.

b) Il peut être justifié d'inciter à certains comportements, notamment de prévention ou de recours à certains parcours soignants, en modulant autrement, en leur faveur, les taux de remboursement.

c) Il est d'ailleurs intéressant de noter que les mesures de modification des conditions de prise en charge adoptées entre 2007 et 2010 ont vu leur impact compensé pour moitié par l'évolution spontanée du taux de remboursement global.

On sait qu'en raison d'un effet de structure lié notamment à la croissance des prises en charge en ALD, le taux de remboursement moyen s'améliore mécaniquement avec le temps.

On sait (voir sur ce point le rapport du HCAAM de janvier 2011) que le taux global de prise en charge de la dépense de soins (CSBM) a légèrement fléchi, entre 2007 et 2010, d'environ 0,5 points, passant de 76,3% à 75,8%.

Or il se trouve que, sur la même période, ont été adoptées plusieurs mesures législatives et réglementaires qui ont modifié les conditions du remboursement des soins, pour un montant qui, actualisé en 2010, représente un peu plus de 2 mds€⁵⁰. Ce qui aurait dû mécaniquement

⁵⁰ Il s'agit là d'une estimation de la seule évolution des changements de réglementation du « copaiement ». Pour avoir la variation, sur la même période, de la charge pesant sur les assurés (et leurs assurances complémentaires), il faudrait ajouter à ce chiffre celui du solde net des « entrées » et des « sorties » du périmètre du remboursement (inscription de nouveaux actes ou produits, déremboursement d'actes ou produits), dont le HCAAM n'a pas connaissance. En revanche, il a été implicitement tenu compte de cette variation du périmètre de remboursement dans le calcul présenté ici.

conduire à une baisse du taux moyen de remboursement de 1,3 points, et non pas seulement les 0,5 points observés, mentionnés plus haut..

Tableau 5 : Estimation du rendement 2010 des mesures d'adaptation des conditions du remboursement depuis 2007

Mesures	Montant en md€	Source
Participations forfaitaires 1€	0,590	Chiffre actualisé valeur 2010 DSS
Franchises 2008	0,868	Chiffre actualisé valeur 2010 DSS
PF 18€	0,1	Chiffre estimatif
FJH (+3€ depuis 2007)	0,260	Rendement attendu annexes 9
Passage 35 à 15% médicaments	0,107	Chiffre actualisé valeur 2010 DSS
Pénalisation hors parcours de soins	0,3	Chiffre valeur 2009 DSS
TOTAL	2,225	

L'impact, sur le taux moyen de remboursement, des différentes mesures réglementaires prises entre 2007 et 2010, soit 1,3 points, a donc été compensé pour 0,8 points (1,3 points – 0,5 points), c'est-à-dire aux deux tiers, par l'ensemble des autres facteurs qui agissent sur l'évolution du taux moyen de remboursement (évolution du panier remboursable, part croissante des soins pris en charge à 100% ...) et qui – globalement – poussent spontanément à son amélioration.

Autrement dit, les deux tiers des mesures qui, au cours de cette période, ont « transféré la dépense de santé sur les assurés » ont eu une contrepartie en termes d'amélioration du taux de couverture par la dépense publique. Ce double mouvement est donc équivalent à une forme de redéploiement entre assurés sociaux (et pour l'essentiel : au profit de ceux qui, atteints d'une maladie grave, ont pu bénéficier d'une prise en charge améliorée au titre du mécanisme des ALD).

Force est toutefois de dire que l'impact précis, sur les assurés sociaux, de ce « redéploiement de fait » n'est pas connu, et que son bien fondé ne peut donc pas être discuté, même par ceux qui sont prêts à en admettre le principe.

Il paraît donc tout à fait indispensable de disposer, avant tout éventuel « redéploiement » de certaines priorités dans les conditions de prise en charge, de mesures d'impact aussi fines que possible sur l'accessibilité financière des soins. *C'est précisément à cet objectif que le HCAAM consacre, par la mise en place progressive de son « tableau de bord », la seconde partie de ce rapport.*

La capacité à se fixer un objectif de dépenses publiques de santé et à le tenir, élément désormais essentiel de la démocratie sanitaire, n'a de sens que si la collectivité nationale est en mesure de débattre de cet objectif au vu de ce qu'il implique concrètement en termes de qualité de la couverture publique des besoins de santé.

A cet égard, le HCAAM estime que, s'il est illusoire d'envisager la construction « au premier euro » d'un ONDAM qui traduirait le juste besoin de financement public de la santé, il est en revanche possible de progresser, année après année, c'est-à-dire au moment des choix qui sous-tendent les ONDAM annuels et leur trajectoire de croissance pluriannuelle, dans l'ajustement entre les dépenses publiques de santé et la mesure objective des besoins.

Par ailleurs, le HCAAM note que la mise en perspective par la loi de programmation des finances publiques, et par les engagements pris en conséquence par la France, d'objectifs de croissance de moyen terme (2012 -2014) de l'ONDAM et l'engagement pris par le gouvernement que ce taux serait, jusqu'en 2016, de 2,5%, rapprochés de la relative stabilité du « tendanciel » tel qu'il est actuellement estimé (supérieur à 4%) crée de toute évidence un contexte exigeant.

Prioritairement, il oblige à poursuivre et à amplifier les efforts « d'économie sur la tendance » qui visent à maîtriser, non pas seulement la dépense publique de santé, mais la dépense de santé dans son ensemble, car ils ont pour but de diminuer, à qualité constante, les coûts de santé pour tous les financeurs, à savoir :

- les mesures de baisse de prix liées aux gains de productivité ;*
- les mesures d'efficacité sur les volumes d'actes et de produits, incluant l'optimisation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques.*

Cela signifie – puisque les coûts de la santé correspondent quasi symétriquement aux revenus des professionnels, établissements et industries de santé – qu'une contrainte existe sur la croissance des revenus que les professions de santé tirent globalement de la dépense publique. Le HCAAM souligne à cet égard qu'une croissance de la dépense publique de santé compatible avec la croissance de la richesse nationale correspond, sur un plan macroéconomique, à une évolution du revenu global des offreurs de soins de même rythme que celui de l'ensemble des ménages, à taux de prélèvement constant. Mais il attire l'attention sur le très important enjeu d'équité, intersectorielle et interprofessionnelle, que soulèvent les mécanismes de régulation. La tenue de l'ONDAM voté par le Parlement doit porter équitablement sur l'ensemble des producteurs de soins, avec la même exigence de gains d'efficacité au regard de la situation propre de chacun.

Eu égard au montant des économies qui sont à réaliser chaque année sur la tendance (entre 2 et 3 milliards d'euros) et compte tenu du caractère forcément progressif de ce qui peut être attendu d'une meilleure organisation du système de soins, il paraît très peu probable qu'il soit possible, si l'on veut respecter le cadrage retenu de faire l'économie, d'ici 2014, de mesures portant sur les modalités de remboursement.

Les limites des capacités d'endettement public renforceront inévitablement le prisme du court terme. Dans ce contexte le HCAAM entend souligner la nécessité de rechercher cohérence et lisibilité des mesures prises en les inscrivant dans un projet sanitaire et financier de long terme.

Le HCAAM estime donc fondamental que la préparation et l'adoption de chaque ONDAM annuel soit davantage l'occasion d'un échange sur les priorités collectives :

- pour que toute mesure sur les modalités de prise en charge qui serait proposée exprime un choix de priorités, et non un « saupoudrage » d'économies peu lisibles et génératrices d'un sentiment diffus « d'effritement » de la protection solidaire.

- et que toute mesure s'inscrive dans une perspective pluriannuelle, de façon à faire coïncider, sur une même période de temps, les objectifs pluriannuels de croissance de l'ONDAM et les principales décisions à même d'en garantir le respect.

Le tout devant permettre un débat démocratique éclairé sur le choix du taux prévisionnel de croissance de l'ONDAM, c'est-à-dire sur la part des ressources publiques à consacrer à la santé, au vu des conséquences de ce choix et au regard de tous les autres grands besoins d'utilité collective.

A cette fin, le HCAAM préconise l'ouverture d'une réflexion collective explicite sur un schéma de long terme, portant sur ce qui doit être pris en charge, à quel niveau, et dans quel schéma d'ensemble d'organisation des soins et des parcours individuels de santé.

Il souhaite que soit simultanément étudiée la question de la contribution d'un certain niveau de dépense publique de santé à la croissance, l'impact de ces dépenses sur les ressources d'autres secteurs et la question de savoir si certaines de ces dépenses peuvent être assimilées à un investissement.

Enfin, il souligne la nécessité d'accélérer, dans le même temps, les changements nécessaires dans l'organisation des soins, notamment par le lancement rapide de premiers « projets pilotes », prototypes d'une prise en charge coordonnée des pathologies chroniques les plus lourdes, tels que préconisés dans son rapport du 23 juin 2011.

Sur tous ces sujets, en complément de l'apport du rapport « charges et produits » de l'UNCAM, le concours structurel de la HAS (par des avis, recommandations ou études), du HCSP, et des travaux prospectifs et comparatifs de l'ANAP et de l'ANESM, doivent être sollicités.

4. Peut-on envisager une décomposition de l'ONDAM autre que celle des sous-objectifs actuels ?

Le principe du vote chaque année d'un objectif national unique des dépenses d'assurance maladie « unique et global » prévu par l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale a été adapté par la loi organique du 3 août 2005 pour prévoir sa décomposition en sous-objectifs.

Ainsi, à compter de 2006, les LFSS doivent fixer « *l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs.* »

L'article LO.111-3 prévoit que « *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.* »

Dès 2006, il a été retenu d'adopter des sous-objectifs correspondant aux grands secteurs de l'offre de soins :

- Dépenses de Soins de ville
- Etablissements de santé tarifés à l'activité
- Autres dépenses relatives aux établissements de santé
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées
- Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées
- Autres prises en charge

Dans leurs grandes lignes, ces sous-objectifs (repris à l'identique les années suivantes) correspondent à des agrégats qui préexistaient à l'ONDAM et qui ont continué à être suivis après sa création en 1996, comme le montre le rapport de la CCSS de septembre 1999 :

Encadré 9 : rapport de la CCSS de septembre 1999

L'ONDAM est composé de plusieurs agrégats :

L'agrégat " soins de ville " comprend les dépenses d'honoraires privés, de prescriptions et de prestations en espèces exécutées en ville y compris les indemnités journalières (IJ) maladie à l'exception des IJ maternité et des rentes d'accidents du travail ;

L'agrégat " établissements sanitaires " regroupe les dépenses des établissements sanitaires fonctionnant sous dotation globale, y compris les établissements dont le financement relevait du prix de journée préfectoral (PJP) et qui ont opté pour le régime de la dotation globale à compter du 1^{er} janvier 1998, ainsi que les dépenses des hôpitaux militaires ;

L'agrégat " établissements médico-sociaux " comprend les dépenses des établissements prenant en charge les personnes âgées, l'enfance inadaptée et les adultes handicapés ;

L'agrégat " cliniques privées " comprend les dépenses des établissements à tarification conventionnelle entrant dans le champ de l'objectif relatif aux établissements privés d'hospitalisation ainsi que, de façon distincte, les établissements (ou les activités d'établissements) exclus de ce champ.

On peut noter toutefois trois différences importantes entre les sous-objectifs fixés à partir de 2006 et les agrégats qui les avaient précédés :

- le choix de placer dans le même sous-objectif les activités MCO des établissements publics, non lucratifs et privés pour prendre en compte la réforme de la T2A dans le secteur hospitalier,
- l'individualisation de deux sous-objectifs distincts (personnes âgées et personnes handicapées) au sein de l'agrégat « médico-social », concomitant de la création de la CNSA et de l'identification, dans ses comptes, de deux objectifs correspondants,
- enfin la création d'un sixième sous-objectif « autres prises en charge », qui a joué un rôle de « voiture balai » en regroupant des dépenses ne relevant d'aucun sous-objectif, ou relevant forcément de plusieurs d'entre eux.

On peut noter également que, bien qu'ils soient prévus par la loi organique, ces objectifs ne font (pas davantage que l'ONDAM lui-même) l'objet d'une définition formelle de leur contenu.

La Cour des comptes, qui l'a regretté, a exprimé à cette occasion quelques critiques sur la ventilation des dépenses entre les différents objectifs.⁵¹

Par ailleurs, comme le montre l'analyse de l'OCDE mentionnée en 2.1., certains pays ont fait d'autres choix de décomposition de leur objectif national des dépenses de santé, voire ont retenu l'option de fixer des objectifs régionaux.

4.1. Des sous-objectifs dont la finalité de régulation se heurte aux actions de gestion du risque qui passent par l'optimisation « transversale » des dépenses.

Le découpage retenu correspond globalement à des objectifs de dépenses ou des dotations pour lesquelles les champs de responsabilité sont relativement bien séparés (assurance maladie pour les dépenses de soins de ville, Etat pour les dépenses hospitalières, CNSA pour la dépense médico-sociale) et les instruments de régulation des dépenses bien distincts (conventions, arrêté tarifaire ministériel annuel, dotations régionales limitatives ...)⁵².

En revanche, l'inconvénient fréquemment cité de cette logique est d'opérer une forme d'imperméabilité entre les différents champs de l'ONDAM, même si c'est toujours le respect global de l'ONDAM voté qui est visé, et non son respect sous-objectif par sous-objectif.

En effet, comme le montre le tableau récapitulatif ci-dessous, certains des sous-objectifs revêtent, en raison des textes particuliers qui les régissent, ou parce qu'ils correspondent à des

⁵¹ Voir notamment le RALFSS 2007, dans lequel la cour exprime plusieurs souhaits : rattachement à l'objectif des établissements de santé des prescriptions hospitalières en ville et des honoraires des médecins spécialistes intervenant en clinique, rattachement des dépenses d'USLD au sous-objectif des établissements et services pour personnes âgées, etc.

⁵² Les évolutions de loi sur les différentes clauses de sauvegarde (cités en partie 2.2.) tendent d'ailleurs à accentuer ce phénomène d'outils de régulation centré sur un secteur de l'offre de soins, et donc sur un sous-objectif de l'ONDAM.

crédits d'intervention qui sont délégués de manière limitative, une « opposabilité » propre, au sein de l'ONDAM global.

On retrouve ici les considérations déjà exposées plus haut (point 2.2 ci-dessus), à savoir le risque d'une régulation s'appliquant plus sélectivement sur ceux des sous-objectifs, ou de leurs composantes, qui ont un caractère de facto opposable (et qui risquent, lorsqu'ils font l'objet d'une répartition régionale, de priver les ARS de certaines marges de manœuvre).

Certes, l'existence de différentes enveloppes n'empêche pas, en principe, les conversions d'activité ou les transformations juridiques qui ont pour effet de faire passer des structures d'une sous-enveloppe à une autre (par exemple du champ sanitaire vers le champ médico-social : de telles opérations donnent lieu, dans ce cas, à des transferts d'enveloppe constatés annuellement, « ex post »). En revanche, elle enferme l'optimisation de la dépense dans des logiques d'enveloppe qui peuvent être sous-optimales. Il n'est pas possible de gager un surcoût de fonctionnement dans une enveloppe (par exemple médico-sociale) par une économie concomitante et plus importante sur une autre enveloppe (par exemple hospitalière).

Comme l'a noté le HCAAM dans son récent rapport sur les liens entre assurance maladie et perte d'autonomie du grand âge, *cette critique de l'absence de fongibilité a pris un nouveau jour depuis la mise en place des ARS : l'absence de marges de manœuvre au niveau régional pour orienter, à travers la dépense d'assurance maladie, le recours aux soins et l'activité des professionnels et des structures, paraît en totale contradiction avec l'intention affichée de transversalité.*

C'est la raison pour laquelle le débat parlementaire sur la loi HPST a fortement ravivé la question (qui avait été soulevée de longue date) de la possible création d'objectifs globalisés régionaux, qui rassembleraient à ce niveau l'ensemble des crédits des différents sous-objectifs de l'ONDAM destinés aux dépenses de soins de la région.

Les sous-objectifs régionaux n'étant plus « opposables » séparément (en raison même de leur gestion totalement fongible), les promoteurs de l'idée envisagent que leur addition débouche sur un objectif opposable de dépenses d'assurance maladie au niveau régional (ORDAM).

4.2. Le retour récent des arguments en faveur d'objectifs globalisés régionaux.

Des arguments nouveaux ont ainsi été avancés, au moment où s'installaient les ARS, en faveur des ORDAM.

Ils permettraient un « décloisonnement » des dépenses d'assurance maladie, permettant de dépasser le débat de la fongibilité puisque chaque ARS disposerait d'une enveloppe régionale « unique et transverse », renforçant la possibilité pour les ARS de modifier l'allocation des ressources dans le système de soins. De par leur plus grande proximité avec le « terrain », on escompterait également une plus grande clairvoyance dans le pilotage du système de soins, et donc des économies sur les dépenses d'assurance maladie.

Récemment, la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale a ainsi abordé la question des ORDAM dans la partie relative aux missions et aux outils des ARS à l'occasion de son rapport de bilan de la mise en œuvre de la loi du 21 juillet 2009⁵³.

Certains députés, sans toutefois que la Commission reprenne cette proposition, ont plaidé en faveur de la création d'ORDAM. Le ministre de la santé a estimé qu'une telle évolution soulevait d'importantes difficultés préalables⁵⁴.

Le Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé présidé par le sénateur Jean-Pierre Fourcade a pour sa part estimé que qu'il était « *dès à présent nécessaire de définir des enveloppes régionales globalisant l'ensemble des moyens d'intervention, de fonctionnement et d'investissement des différents champs d'intervention : santé publique, prévention, soins ambulatoires, soins hospitaliers, médico-social* »⁵⁵. Une recommandation a été inscrite dans le rapport du Comité prévoyant à moyen terme que le financement de la santé devrait évoluer vers la définition d'ORDAM (proposition n°23).

4.3. Sans vouloir se prononcer définitivement sur l'intérêt qu'il y aurait à s'engager dans la voie d'une telle réforme, le HCAAM a estimé utile d'en débattre certains aspects.

Cela le conduit en particulier à mettre en garde contre l'idée qu'il pourrait y avoir là une réponse aisée et rapide aux différents défis de la régulation.

⁵³ Rapport d'information sur la mise en application de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, présenté par Jean-Marie Rolland et Christian Paul., Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, mars 2011.

⁵⁴ Intervention du ministre chargé de la santé : « Quant à la proposition de régionalisation de la maîtrise des dépenses de santé, il faut, comme pour les ARS en 2004, lever toute ambiguïté : s'agit-il d'assurer une meilleure prise en compte des enjeux de santé publique ou d'assurer une meilleure évaluation de l'efficacité, au risque d'aggraver encore les disparités régionales ? Devra-t-on fixer des ORDAM différenciés suivant les régions ? Selon quels critères ? Quelle entité régionale devrait définir cet objectif ? Loin de moi la volonté de refuser ce débat, mais ce sont là des questions légitimes. », ibidem.

⁵⁵ Comité d'évaluation de la réforme de la gouvernance des établissements publics de santé, rapport au Parlement, juillet 2011.

Tableau 6 : Opposabilité et déclinaison régionale des composantes des sous-objectifs de l'ONDAM

Objectifs	Montants 2010	Composantes (Rapport Cour des comptes LFSS, année 2010)	Opposabilité	Déclinaison régionale
Dépenses de soins de ville		Honoraires (professions médicales et paramédicales libérales) et prise en charge des cotisations sociales. Prestations de biologie et de transport sanitaire Produits de santé (médicaments et LPP)	Non, mais les négociations conventionnelles sur les tarifs doivent en tenir compte. Les mesures de revalorisation peuvent être reportés en cas de déclenchement d'une procédure d'alerte.	Non
		IJ (sauf IJ maternité)	Non	Non
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité		Dépenses dites « ODMCO » (L.162-22-9 du CSS): - dépenses de MCO des établissements pour leur activité objet d'un tarif T2A, forfaits annuels, médicaments et dispositifs facturés « en sus », forfaits haute technicité	Non, mais les tarifs fixés annuellement doivent garantir, en fonction du volume prévisionnel, la tenue de l'enveloppe Par ailleurs, les tarifs peuvent être diminués en cours d'année en cas de déclenchement de procédure d'alerte	Non
		Dotations MIGAC	Oui (crédits limitatifs)	Oui
Autres dépenses relatives aux établissements de santé		Dépenses dites « OQN SSR et PSY » (L.162-22-2 du CSS): - frais de séjour, médicaments et dispositifs médicaux pour les soins de suite et de réadaptation et les séjours psychiatriques en cliniques privées	Non, mais les tarifs fixés annuellement doivent garantir, en fonction du volume prévisionnel, la tenue de l'enveloppe	Non, mais encadrement des taux de variation régionaux
		Dépenses dites « ODA M » (L.174-1-1 du CSS) : - dotations annuelles de financement pour les séjours psychiatriques et les soins de suite en hôpitaux publics ou participant au service public - dépenses des USLD et des hôpitaux locaux - établissements de Mayotte et Saint Pierre et Miquelon	Oui (car conduisant à la fixation de dotations globales)	Oui
		Dotation au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP)	Oui (crédits limitatifs)	Oui
Dépenses en établissements et services pour personnes âgées		Dépenses médico-sociales. Contribution de l'assurance maladie à l'OGD (objectif global de dépenses) « personnes âgées » géré par la CNSA	Oui pour les créations de places. Tarifs fixés en fonction de l'enveloppe et des volumes prévus	Oui, par la CNSA
Dépenses en établissements et services pour personnes handicapées		Dépenses médico-sociales. Contribution de l'assurance maladie à l'OGD (objectif global de dépenses) « personnes handicapées » géré par la CNSA	Oui pour les créations de places Tarifs fixés en fonction de l'enveloppe et des volumes prévus	Oui, par la CNSA
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge		Dotation au FIQCS	Oui (crédits limitatifs)	Oui
		Dépenses du secteur médico-social hors champ de la CNSA	Oui pour les créations de places	
		Remboursement au CLEISS des dépenses des assurés français à l'étranger	Non	

4.3.1. Les difficultés à prévoir dans la définition et le suivi des « ORDAM ».

La première question est de savoir si les ORDAM regrouperaient les dépenses de *soins des assurés sociaux qui habitent la région* (quel que soit le lieu où ces soins sont dispensés), ou s'il ferait la somme des *soins dispensés dans la région* par les professionnels, établissements et structure qui y sont implantés (quel que soit le lieu de résidence du malade qu'ils soignent)⁵⁶.

Si l'on adopte une logique de couverture du « besoin de santé », et donc une logique populationnelle, des ORDAM correspondant à l'ensemble des dépenses de soins des ressortissants d'une région ont sans doute le plus de sens en termes de régulation. Car il faut optimiser le recours des assurés au système de soins, sans que le lieu d'administration de ces soins n'intervienne comme un critère premier⁵⁷. Le recours extra-régional aux soins n'est d'ailleurs pas négligeable, comme le montrent les études de la DREES, en particulier en matière de recours aux structures hospitalières⁵⁸.

Mais on se heurte alors, quelle que soit la performance de l'outil statistique - à plusieurs difficultés techniques dans l'imputation des dépenses d'assurance maladie :

- certains assurés, notamment parmi les retraités, peuvent partager leur résidence entre plusieurs régions.
- certaines dépenses, le plus souvent liées à des prestations tarifées à l'acte ou à l'activité, sont directement rattachables aux assurés consommateurs de soins ;
- d'autres dépenses, de l'ordre du forfait ou de la dotation, comme par exemple les MIGAC, les dotations des services de soins de suite et de réadaptation ou des centres de psychiatrie, ou encore la prise en charge des cotisations sociales des professionnels libéraux ou les nouveaux modes de rémunération forfaitaires, sont sans rattachement à des assurés individuels.

Pour surmonter le problème que créeraient ces dernières dépenses, il faudrait donc mettre en place des ventilations analytiques, plus ou moins conventionnelles, et améliorer substantiellement le système d'information, le tout au prix d'une certaine complexité de gestion.

⁵⁶ Cette question ne se pose évidemment qu'à la marge pour l'ONDAM national. Elle conduit notamment à placer « hors régulation » les dépenses de soins qui s'adressent à des non-résidents.

⁵⁷ En effet les assurés choisissent librement les professionnels ou structures qui délivrent les soins. Les seules restrictions qui subsistent – suite à la suppression de la règle dite de « l'établissement le plus proche » en matière de prise en charge hospitalière – sont liées à la prise en charge des transports sur une distance de plus de 150 Km, soumis à l'accord préalable du contrôle médical des caisses. De ce fait, un assuré résidant dans une région A peut exposer la majeure partie de sa dépense de soins dans une région B ou C, surtout s'il réside en zone « frontalière ».

⁵⁸ Selon les comptes de la santé 2011 de la DREES, la part des séjours et séances consommés hors région est de 6 % en moyenne en France en 2008. Mais cette moyenne peut masquer des situations locales plus contrastées : 35% des consommations hospitalières de court séjour réalisées dans des établissements de Meurthe et Moselle (département « attractif » en terme d'offre hospitalière) sont ainsi le fait de patients résidant hors du département et 12% des consommations hospitalières de court séjour des patients résidant en Meurthe et Moselle sont réalisées en dehors de ce département

4.3.2. Les difficultés de fixation du montant et du taux d'évolution des « ORDAM »

Si l'on souhaitait mettre en place les ORDAM, il faudrait en fixer le niveau « initial », ce qui poserait un certain nombre de questions dont la portée n'est pas que technique.

Il s'agit de la même problématique que celle exposée plus haut à propos du calcul de la base initiale de l'ONDAM.

On a dit plus haut (partie 2.1.) que lors de la fixation de la première base d'ONDAM en 1996, il avait été recouru au choix du niveau « historique », car il était totalement impossible de quantifier, au vu des différents paramètres descriptifs de l'état de santé de la population, le montant des dépenses de santé qui auraient été « nécessaires ».

Cette réalité est encore plus criante au niveau régional, pour lequel on constate à la fois :

- l'importance des inégalités interrégionales en termes de santé et d'espérances de vie (à titre d'illustration, les écarts interrégionaux atteignent aujourd'hui jusqu'à 5 années pour les hommes et 3 années pour les femmes, pour la seule métropole).
- mais aussi que les écarts de mortalité et de morbidité sont impuissants à expliquer, à eux seuls, les différences de niveau de dépenses par habitant entre les différentes régions, comme le montrent les études de la DREES et de la CNAMTS citées plus haut (point 3.3).

Autant on devrait tenir compte, dans la fixation des objectifs régionaux, des disparités épidémiologiques, autant on devrait être prudent avant d'entériner, sans s'interroger sur leur caractère optimal ou simplement justifié, les disparités liées aux habitudes de consommation et aux modes d'organisation des soins.

Mais il est vrai que de ne pas tenir compte des différentes situations « historiques », en ne retenant que des critères populationnels, démographiques et sanitaires, déboucherait sur des écarts extrêmement difficiles à gérer à court terme.

Il s'ensuit que la définition d'enveloppes régionales ne pourrait pas s'envisager autrement que par un travail de compromis, consistant par exemple à panacher les bases historiques et les indicateurs démographiques et de morbidité, ou à appliquer à des bases purement historiques des taux de progression des ORDAM différents suivant les régions pour corriger les inégalités.

A cela s'ajoute que l'évaluation d'un « taux de progression tendanciel » au niveau régional est encore plus incertaine au niveau d'une région qu'elle ne l'est au niveau national.

Au total, le HCAAM estime que la construction des ORDAM et de leurs taux d'évolution serait beaucoup plus complexe et imprécise que celle – déjà délicate – de l'ONDAM national.

On envisage mal, dans ces conditions, que les enveloppes ainsi définies puissent être revêtues d'une forte légitimité, et encore moins assorties d'un mécanisme d'opposabilité rigoureux.

4.3.3. Enfin, l'éventuelle « opposabilité » régionale des ORDAM soulèverait d'importants problèmes de principe.

Si l'on entend conserver au niveau d'un « ORDAM » régional l'opposabilité que revêtent aujourd'hui certaines enveloppes dont les ARS ont déjà la gestion (ONDAM médico-social, Fonds d'intervention ...), on se heurte à deux ensembles de difficultés, techniques et de principe.

Parmi les principales difficultés techniques, on peut signaler le fait qu'une masse importante de crédits sont aujourd'hui fléchés en déclinaison de l'ONDAM vers des actions prioritaires de santé publique, au travers principalement des enveloppes hospitalières et médico-sociales.

Leur exclusion des ORDAM limiterait fortement la « fongibilité » des crédits au niveau régional. Leur inclusion, à l'inverse, obligerait à renouveler profondément les formes d'impulsion de politiques prioritaires de niveau national.

Plus substantielle encore serait la difficulté qui naîtrait de la coexistence, au sein des ORDAM, d'enveloppes « ouvertes » et d'enveloppes juridiquement limitatives, ou très strictement régulées.⁵⁹

Mais la question la plus centrale posée par d'éventuels « ORDAM » est évidemment celle du principe même de leur régulation régionale.

Car si l'on met en place des ORDAM en espérant qu'ils concourent à une maîtrise des dépenses de santé, il conviendra que ces objectifs soient respectés, afin que, par leur addition globalisée, l'ONDAM « national » voté par le Parlement soit respecté.

Or il n'existe pas, aujourd'hui, de mécanismes régionaux de régulation de la dépense. Et leur mise en place ne pourrait pas se faire sans que l'on renonce, peu ou prou, à une gestion uniforme du système d'assurance maladie sur le territoire national.

On a rappelé plus haut que la construction de l'ONDAM repose sur une prévision de progression « tendancielle » des dépenses (incluant des provisions pour mesures de revalorisation) et un montant « d'économies sur la tendance », qui passent par les trois instruments de la maîtrise des volumes, de la régulation des tarifs, et de la gestion des taux de prise en charge.

⁵⁹ Ainsi, si une année donnée dans une région X, les dépenses de soins de ville sont modérées du fait d'une stabilité de la consommation de soins de ville, et que l'ARS re-déploie en conséquence les crédits vers le secteur médico-social en autorisant des créations de places, il existe le risque les années suivantes de devoir supporter les deux dépenses si celles de soins de ville repartent à la hausse.

Cette construction permet un pilotage et un suivi des dépenses mais aussi des « économies sur la tendance » relatives à chaque segment de l'offre de soins. Elle permet d'identifier des responsables nationaux pour la mise en œuvre de ces « économies » (DSS, DGOS, CEPS, UNCAM, etc.) et des acteurs qui feront l'objet de mesures de régulation.

La déclinaison des instruments « d'économie » selon une ventilation régionale, et très particulièrement ceux qui concernent les baisses de prix et les modulations de prise en charge, ne peut pas s'envisager sans des changements institutionnels profonds, d'ordre supra-législatif. Car elles conduisent à accepter le fait que les assurés comme les professionnels et les établissements soient traités différemment d'une région à l'autre, et peuvent conduire à d'extrêmes complexités administratives.

Si à l'inverse, comme cela est le plus probable, on s'interdit toute déclinaison régionale des prix et des taux de remboursement, et que l'on s'en tient aux mesures de gestion du risque centrées sur l'optimisation des volumes de consommation au niveau régional, il y a peu de chances que la totalité des objectifs régionaux soit tenue.

L'introduction d'ORDAM « régulateurs des dépenses » déboucherait donc, inévitablement, sur la perspective de donner au niveau régional de vrais outils de régulation, avec l'obligation d'en tirer toutes les conséquences quant à l'évolution des compétences actuellement exercées par le gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie⁶⁰.

Le rapport de prospective du Commissariat Général du Plan de 2005 « *Pour une régionalisation du système de santé en 2025 : offre, régulation, acteurs : essai de prospective.* » qui se livre à un essai « d'administration fiction » et imagine une réunion du conseil d'administration de l'ARS PACA en janvier 2025, livre des clés intéressantes pour mesurer les implications profondes en termes de déplacement de compétences de ce que serait la définition régionale d'objectifs de dépenses.

4.4. Le HCAAM estime en revanche qu'il est souhaitable et possible de progresser dans la souplesse d'optimisation des dépenses au niveau local sans mettre nécessairement en place des ORDAM.

La création d'ORDAM se heurterait à d'importantes difficultés de définition et de mise en œuvre, mais les questions qui sont posées, notamment de transversalité et d'initiative locale pour une optimisation pertinente de la dépense, sont réelles et méritent des réponses.

Il apparaît essentiel de donner plus de marges de manœuvre aux directeurs généraux d'ARS s'agissant de la fongibilité des crédits. La loi HPST a ouvert plus de possibilité en ces sens, mais, comme le HCAAM en a fourni l'exemple sur le sujet des personnes âgées en perte d'autonomie⁶¹, des gains importants pourraient être enregistrés si l'on mettait en place des formes de fongibilité plus souples « sur certains parcours », dont l'encadrement et le suivi devront limiter le risque de dépassement des enveloppes.

⁶⁰ On ne va pas jusqu'à imaginer ici que les ARS puissent disposer du levier ultime en cas de dépassement de leur objectif, qui serait de décider d'une augmentation des recettes affectées aux dépenses d'assurance maladie. A la différence des modèles suédois ou espagnol, fortement décentralisés en matière de santé et d'assurance maladie, le choix français n'a pas été de confier à une collectivité publique responsable également de la fiscalité locale, ce qui fait que l'ajustement régional ne peut porter que sur les dépenses.

⁶¹ Rapport « *Assurance maladie et perte d'autonomie* », juin 2011.

a) S'agissant des marges de manœuvre dans la gestion de certains fonds et certaines dotations, il existe désormais un large consensus pour dire qu'elles doivent être fortement développées.

D'ores et déjà, au sein de l'ONDAM, de nombreuses dotations d'intervention (ou assimilables) sont déléguées et gérées régionalement :

- Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (290 M€)
- FMESPP (350 M€)
- Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) (9 Mds d'€)

La mission IGAS / IGF de 2010⁶² sur la gestion des fonds financés par l'assurance maladie, a déploré la centralisation excessive de leur gestion⁶³. A cet effet, la mission propose de créer un fonds d'intervention régional *« qui pourrait regrouper les parts régionales des différents fonds financés par l'assurance maladie »*.

Un mécanisme de fongibilité a d'ores-et déjà été instauré entre deux fonds d'intervention financés par l'assurance maladie, le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) et le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), et gérés régionalement par les ARS.

L'article 88 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 permet ainsi de financer à partir de crédit du FMESPP des actions relevant du FIQCS, et inversement.

Cette « fongibilité » porte juridiquement sur l'intégralité des crédits dont sont dotés ces fonds, soit pour 2011 250 M€ pour le FIQCS et 347,7M€ pour le FMESPP. En réalité, les possibilités de fongibilité sont moindres, car elles ne portent que sur la marge de manœuvre dont disposent les ARS.

Dans un rapport élaboré en application de l'article 122 de la loi HPST⁶⁴, le gouvernement conclut favorablement à l'idée de donner aux ARS plus de latitude dans l'utilisation des crédits d'intervention. Le ministre chargé de la santé a indiqué que *« dans le cadre de l'élaboration du PLFSS pour 2012, et conformément à une demande unanime des ARS », il travaillait à la mise en place de « fonds d'intervention régionaux fusionnant les différentes parts régionales des fonds existants et dont les ARS pourraient user plus librement »*.

Le PLFSS pour 2012 comporte en ce sens un article 36 qui crée un fonds d'intervention régional sur un périmètre proche de celui préconisé par la mission IGAS / IGF précitée.

62 Les fonds d'assurance maladie (FNPEIS, FNPEISA, FNPM, FIQCS et FMESPP), Bonnet Yves , Brassens Bertrand , Inspection générale des finances Vieilleribière Jean-Luc , FRANCE. Inspection générale des affaires sociales.

63 Selon la mission, cette centralisation se traduit « par de faibles marges de manœuvre des gestionnaires locaux dans l'allocation des crédits, soit que les montants soient explicitement fléchés (...), soit que leur affectation résulte d'une stratification progressive de dispositifs ou de politiques qu'ils ont reçu instruction de promouvoir (...), soit enfin que la décision soit subordonnée à une validation nationale (...). La mission recommande d'abandonner le fléchage des crédits au profit d'une globalisation de crédits fongibles, fongibilité qui doit rester asymétrique vers les actions de prévention.

64 « Avant le 15 septembre 2010, le Gouvernement présente au Parlement un rapport évaluant l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'un sous-objectif de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie identifie une enveloppe destinée à contribuer à la réduction des inégalités interrégionales de santé. Une telle enveloppe pourrait être répartie par région et déléguée aux agences régionales de santé, qui disposeraient ainsi de moyens accrus pour résorber les inégalités de santé ».

Le HCAAM reprend ici la proposition qu'il a faite dans son récent rapport sur les liens entre l'assurance maladie et la perte d'autonomie, de « *permettre aux ARS de tester des formes nouvelles d'intéressement à un travail mieux coordonné* » et d'*identifier à cette fin, au sein de l'ONDAM médico-social, des « enveloppes d'aide à la contractualisation permettant aux ARS de financer des projets de meilleure coordination impliquant des établissements médico-sociaux ».*

Le HCAAM insiste par ailleurs :

- sur la nécessité d'une très bonne articulation entre les volets techniques des opérations de transformations de places sanitaires (hospitalières) en places d'accueil médico-social, et leurs volets financiers reposant sur des mécanismes de fongibilité budgétaire, afin que les transferts de financement d'une enveloppe à l'autre ne soient pas un obstacle au changement de statut des structures, et n'obèrent pas les marges de manœuvre des ARS⁶⁵.
- sur le fait que le regroupement de différents fonds, positif en termes de regroupement de moyens, ne doit pas viser à réduire ces moyens en les concentrant sur les seuls réseaux déjà financés, mais doit conserver les marges de manœuvre qui permettent aujourd'hui l'accompagnement d'actions innovantes.

b) S'agissant des inégalités territoriales de santé et de consommations de soins, un effort important doit être accompli

Compte tenu des disparités de consommation de soins mentionnées en 3.3., il paraît donc pertinent de chercher à mieux suivre l'évolution et la composition comparée des dépenses dans chaque région. ***Pour cela, la définition – sur la base d'une méthodologie nationale - d'enveloppes globalisées strictement indicatives, pouvant servir de repère comparatif dans le temps, et par rapport à d'autres régions, pourrait se révéler utile.***

Ce suivi pourrait déboucher sur la définition de priorités régionales dans les voies d'amélioration de la prise en charge, aussi bien par des actions sur les comportements de consommation des assurés que par une action adaptée sur l'offre de soins régionales (démographie et répartition territoriale des professionnels de santé, réduction des écarts régionaux d'offre médico-sociale, etc.)⁶⁶.

⁶⁵ A ce titre, la mise en œuvre de l'article 53 – VII de la loi du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 doit permettre d'accélérer la prise en compte comptable de ces transferts. Il permet en effet la fongibilité infra-annuelle entre objectifs sanitaires et médico-sociaux, qui peuvent désormais être corrigés « *en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions [les restructurations] réalisées en cours d'année.* »

⁶⁶ Certains de ces aspects font déjà l'objet d'indicateurs dans les programmes de qualité et d'efficience « maladie » ou « invalidité et dispositifs gérés par la CNSA ». Un renforcement de cette dimension dans les PQE est envisageable, mais l'annexe 7 offre également un support approprié pour approcher la réalité des écarts régionaux, présenter les mesures de rééquilibrage proposées, qui ne peuvent jouer qu'à moyen long terme, et en assurer l'évaluation régulière...

4.5. Le HCAAM suggère que soient définis et suivis, pour contribuer au pilotage des dépenses et à la qualité des décisions publiques, plusieurs agrégats indicatifs, nationaux ou régionaux, qui rassemblent des groupes de dépenses médicalement cohérentes.

Indépendamment des six sous-objectifs qui décomposent actuellement l'ONDAM et servent de base à la régulation des dépenses, *le HCAAM souhaite que s'engage une réflexion visant à proposer des « objectifs » indicatifs transversaux, qui reposeraient sur d'autres additions, sur d'autres nomenclatures clairement plus médicalisées de suivi des dépenses de soins, sans oublier les dépenses de prévention, et le cas échéant certaines dépenses de nature sociale.*

En effet, pour que des objectifs budgétaires – entendus ici comme des cibles indicatives – soient pertinents et orientent vers des choix qui correspondent à un vrai optimum médico-économique (notamment en termes de redéploiements de certaines dépenses vers d'autres), il faut s'efforcer de faire coïncider les agrégats financiers avec la réalité médicale des prises en charge et des « trajets de santé », dans une approche analytique des différents coûts.

Le HCAAM a pris note de ce que l'Etat et l'assurance maladie adoptent de plus en plus des approches par segments d'assurés ou par grands types de recours aux soins pour appréhender la dynamique des dépenses, dans des logiques de « dépenses globales » et de cumul des besoins sur toute la longueur du « trajet de santé ».

A ce titre, il pourrait être tiré parti de certaines nomenclatures internationales (on peut citer celle utilisées par l'OCDE), qui ne sont pas fondées sur les offreurs de soins ou les ordonnateurs des dépenses, mais qui opèrent des cumuls par grand type de prises en charge, tels que :

- Soins de premier recours (« Primary care »), qui pourraient par exemple à la fois regrouper les consultations des médecins libéraux en cabinet, mais aussi les consultations externes des médecins hospitaliers non liées à un séjour ;
- Soins aigus ambulatoires (« Outpatient acute care ») ;
- Soins aigus hospitaliers (« Inpatient acute care ») ;
- Soins de longue durée pour les personnes en rééducation, souffrant de troubles mentaux ou privées d'autonomie (« Long term care »), avec par exemple pour les personnes âgées un regroupement des dépenses de soins de nursing infirmiers, d'EHPAD, de SSIAD, d'USLD) ;

Une approche alternative et plus transversale quant aux types de soins délivrés pourrait être de suivre les dépenses de certaines populations de malades, en particulier les patients souffrant de maladies chroniques. Elle permettrait d'identifier les dépenses de soins rattachés à ces pathologies (aussi bien en soins primaires qu'en soins hospitaliers et médico-sociaux), d'en mesurer la progression, et d'organiser la prise la charge en conséquence.

Ces deux approches (par groupes de soins et par groupes de pathologies) pourraient se combiner. Leur inspiration commune est en effet d'assurer le reflet budgétaire, dans des enveloppes qui ont une fonction de « repère » financier, des organisations coordonnées qui constituent le véritable but à atteindre.

Le suivi d'enveloppes de cette nature pourrait s'insérer dans l'obligation faite aux ARS de consolider l'ensemble des dépenses ayant trait aux soins, qu'elles soient financées sur leurs budgets ou par des dépenses d'assurance maladie, dans des « états financiers retraçant l'ensemble des financements alloués au titre de la politique menée par l'ARS », dont est destinataire le conseil de surveillance de l'ARS.

Il pourrait ainsi être testé, dans une ou deux ARS volontaires, de regrouper ces états financiers de dépenses non par « poste budgétaire », mais par types de prises en charge.

C'est également dans ce cadre que pourrait être reprise l'idée de consolider dans un même « objectif » les dépenses de divers financeurs publics de la santé (notamment dans le champ de la perte d'autonomie).

Le HCAAM prend acte de ce que la segmentation de l'ONDAM en sous-objectifs thématiques, telle qu'elle est aujourd'hui prévue par la loi organique, et le découpage de certains de ces sous-objectifs en sous-objectifs régionaux – également prévu par la loi – est aujourd'hui un élément-clé de la « panoplie » des outils de gestion de l'ONDAM.

Il réitère son souhait que ce pilotage par sous-objectifs, surtout lorsque ceux-ci sont déclinés régionalement, n'entre pas en conflit avec la transversalité nécessaire à l'optimisation de la dépense, surtout depuis que la création des ARS permet, précisément, d'espérer une vision globale des parcours de santé.

Le HCAAM estime par ailleurs que ce souci de transversalité ne suffit pas à ce qu'on préconise la création « d'ORDAM » régionaux à visée de régulation. La construction d'objectifs régionaux opposables n'apporterait par elle-même de réponse, ni à la réalité des inégalités territoriales de l'offre de soins, ni à l'enjeu de mise en place des parcours de santé. Et elle se heurterait par ailleurs à de nombreux obstacles techniques et méthodologiques, qui annuleraient très largement les quelques avantages qu'on peut en attendre.

En revanche, des « ORDAM » indicatifs auraient du sens. Ils pourraient utilement servir d'outils de pilotage, de comparaison (dans le temps, ou entre territoires) et d'aide à la décision. Ils pourraient être ainsi des supports pertinents à l'exercice de la démocratie sanitaire au niveau local.

Pour ces mêmes raisons, le HCAAM souhaite que soient définis et suivis, plus généralement, différents agrégats indicatifs, nationaux ou régionaux, qui aient pour objet de rassembler des groupes de dépenses médicalement cohérentes, visant notamment certaines populations de malades (par exemple pour les personnes âgées en perte d'autonomie, ou pour la prise en charge en santé mentale).

CHAPITRE II

LE « TABLEAU DE BORD » DU HCAAM SUR L'ACCESSIBILITE FINANCIERE DES SOINS ET LA QUESTION DES RESTE A CHARGE

Introduction

Dans son avis du 27 janvier 2011, le HCAAM a montré qu'il fallait *distinguer au moins quatre outils de mesure de l'accessibilité financière des soins*, qui sont tous nécessaires, et complémentaires les uns des autres :

Premièrement, la mesure par le reste à charge après paiement par l'assurance maladie obligatoire (« RAC après AMO »), qui renseigne sur le fonctionnement du système public de mutualisation.

Ce système est le seul qui repose sur une cotisation obligatoire et proportionnée au revenu.

Le RAC après AMO donne donc la mesure de la façon dont est respecté, dans l'accès aux soins, le principe d'universalité sur lequel repose notre système de solidarité entre bien portants et malades : « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins ».

Le RAC après AMO est aujourd'hui la donnée la plus accessible sur le plan statistique, même si l'information est encore perfectible sur bien des points. C'est donc sur cette donnée que se sont concentrés, cette année, les travaux du HCAAM.

Deuxièmement, le reste à charge après paiement par l'AMO et par les assurances complémentaires (« RAC après AMO et AMC »), qu'il faut mesurer en tenant compte – et il y a plusieurs manières de le faire – du coût des cotisations et des primes d'assurance, et en le rapprochant du revenu. ***C'est lui qui renseigne de la manière la plus directe sur le respect du principe constitutionnel d'accessibilité financière des soins.***

Il s'agit en effet de s'assurer qu'aucune personne, particulièrement parmi les plus bas revenus, ne se retrouve, une fois que tout a été pris en compte, face à des coûts de santé qui font obstacle à ce qu'elle puisse se soigner.

Aujourd'hui, les données de RAC après AMO et AMC ne sont pas disponibles sous une forme qui en permettrait de larges exploitations statistiques. Or les assurances complémentaires contribuent de manière importante, sur certains segments de l'offre de soins, à des paiements qui entrent dans le périmètre de l'objectif constitutionnel d'accessibilité. Ce relatif manque de connaissance n'a pas permis au HCAAM de conduire pour l'instant des travaux approfondis sur ce point.

Troisièmement, le HCAAM souhaite qu'un travail s'engage pour déterminer ce que devraient être des indicateurs d'accessibilité financière de soins « efficients ».

En effet, le vrai objectif n'est pas tant de « bien rembourser les soins » que de « bien rembourser les bons soins ».

Quatrièmement, le HCAAM insiste sur la nécessité d'un travail sérieux et documenté sur les situations dans lesquelles des personnes sont conduites à « renoncer » à des soins qui seraient pourtant nécessaires.

Il s'agit à l'évidence d'un phénomène complexe, dans lequel interviennent de nombreux facteurs. ***On ne peut certainement pas l'appréhender en se bornant à additionner toutes les réponses positives à un simple questionnaire direct.***

Le HCAAM s'en tient donc pour l'instant, sur ce point, au faisceau de résultats issus d'enquêtes éprouvées, et souhaite que des travaux se poursuivent pour mieux comprendre ce phénomène, le mesurer, et le suivre dans le temps.

Le présent chapitre comporte deux parties :

- une note commentant les principaux tableaux et graphiques du tableau de bord ;
- le tableau de bord du HCAAM, dans une première édition, qui sera progressivement enrichie.

L'accessibilité financière des soins :
Note de commentaire du « tableau de bord » du HCAAM, et principales conclusions.

Cette note commente différents éléments du tableau de bord, que l'on trouve à la fin de ce document, en ajoutant, pour les besoins du commentaire, les résultats d'études complémentaires menées sur les mêmes données.

Elle reprend le plan du tableau de bord, avec les mêmes numérotations de parties.

Partie A : Données macroéconomiques de cadrage.

1. Au vu des données macro-économiques, les ménages financent directement une part relativement restreinte de leurs dépenses de santé.

1.1. En 2010, les ménages financent directement 9,4 % de leurs dépenses de santé

Tableau commenté : « Structure de financement de la CSBM (en %) »

	2005	2008	2009	2010
CSBM				
Sécurité sociale	76,8	75,7	75,8	75,8
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires	13,0	13,3	13,4	13,5
Ménages	9,0	9,7	9,6	9,4
CSBM élargie				
Sécurité sociale	77,4	76,6	76,8	76,9
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,9	1,9	1,9	1,9
Organismes complémentaires	12,5	12,7	12,7	12,8
Ménages	8,1	8,7	8,6	8,4

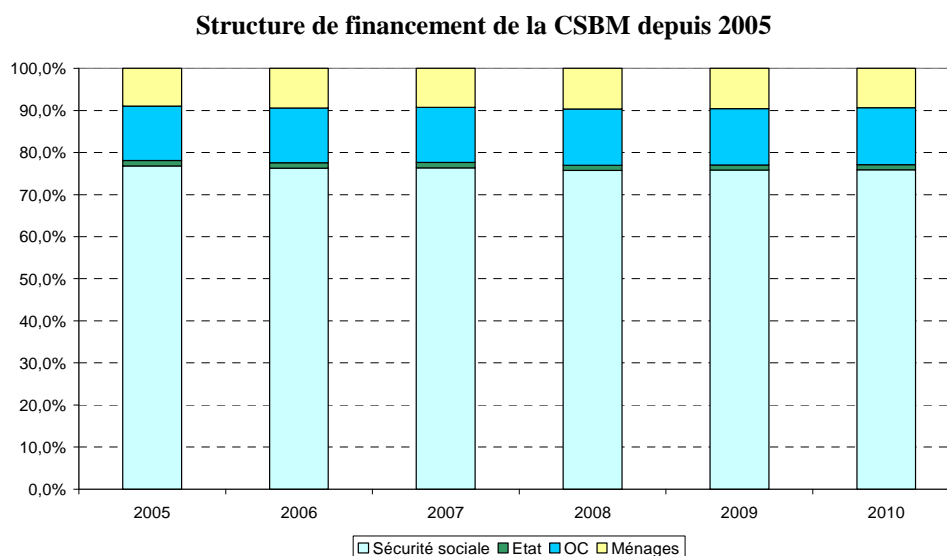
Source : DREES, comptes de la santé, 2010

D'après les comptes de la santé de la DREES, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 175,0 Mds € en 2010. Elle a été financée à hauteur de 77,0 % par la collectivité, 75,8 % par la Sécurité sociale et 1,2 % par l'Etat et les organismes de base au titre de la CMU-C. Les organismes complémentaires en ont pris en charge 13,5 %, ce qui laisse aux ménages 9,4 % de leurs dépenses de santé à financer.

Si on élargit le périmètre des dépenses de santé aux soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées en établissement ainsi qu'à la prévention individuelle (CSBM dite « élargie », proposée par le HCAAM dans son rapport de janvier 2011), la part financée par la collectivité est un peu plus importante, laissant aux ménages 8,4 % de la dépense à leur charge.

Par rapport aux autres pays de l'OCDE, et si l'on s'en tient à la stricte définition du « paiement direct par les ménages », les ménages français financent directement une part plus réduite de leurs dépenses de santé.

1.2. La part des dépenses de santé prise en charge directement par les ménages diminue depuis 2008.



Source : DREES, comptes de la santé, 2010

La part des dépenses de santé financée par la Sécurité sociale a reculé d'un point environ de 2005 à 2008, passant de 76,8 % à 75,7 %. Elle s'est à peu près stabilisée à ce niveau en 2009 et 2010 (75,8 %).

Cette diminution a été compensée de 2005 à 2008 par l'augmentation du financement direct des ménages (+0,7 point) et des organismes complémentaires (+0,3 point). De 2008 à 2010, la part des dépenses de santé financées directement par les ménages a diminué (-0,3 point) tandis que la part financée par les organismes complémentaires continuait de croître (+0,2 point).

Considérées en montant global, les dépenses de santé directement financées par les ménages ont en revanche légèrement augmenté en 2010 (16,406 Mds € contre 16,354 Mds €, soit +0,3 %). Mais compte tenu de l'augmentation de la population (+0,5 %), cela correspond à une baisse moyenne de 0,2 % par personne.

1.3. Nonobstant la meilleure qualité de leur couverture, les personnes en ALD exposent (après remboursement par l'AMO) une part non négligeable de leurs frais de soins.

Tableau commenté :
Part de la dépense présentée au remboursement
prise en charge par la Sécurité Sociale
2008

	Non ALD	ALD	Ensemble des assurés
Ensemble des soins	60,8	87,1	73,9
Soins de ville hors optique	56,2	84,8	69,6
Soins de ville y compris optique	51,3	82,7	65,5
Hôpital MCO	89,5	94,6	92,5
<i>Pour mémoire : Part dans la population d'assurés</i>	85,3 %	14,7 %	100,0 %

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

a) On constate que, sur ce tableau réalisé à partir de l'échantillon EGB (voir plus loin l'encadré sur les conditions d'exploitation de cet échantillon), **le taux de remboursement, calculé par rapport à la dépense « présentée au remboursement » est de 73,9 % pour l'ensemble des assurés.** Ce taux est plus faible que lorsqu'on prend pour dénominateur – dans le tableau précédemment commenté – la CSBM (75,7 % en 2008), ce qui est a priori surprenant car la CSBM comprend une part de dépenses non présentées au remboursement (par exemple : les médicaments non remboursables).

Mais cela peut s'expliquer au moins en partie par le plus faible poids des dépenses hospitalières dans les données issues de l'appariement de l'EGB avec les données de l'ATIH qui ne couvrent que l'hôpital en MCO alors que la CSBM comporte aussi les soins en HAD, SSR et hôpitaux psychiatriques. On peut noter d'ailleurs que, pour les soins de ville, le taux de remboursement est plus élevé quand il est calculé sur la dépense présentée (65,5 %) que sur la CSBM (62,5 %)⁶⁷.

Ceci étant, ces considérations conduisent surtout à rappeler la prudence qu'il faut observer dans l'exploitation des différentes données sur la dépense de santé.

b) L'ensemble des soins des personnes en ALD (soins de ville et hospitalisation MCO) est pris en charge à hauteur de 87,1 %, en raison évidemment de l'exonération du ticket modérateur.

Il faut ainsi attirer l'attention sur le fait que, **contrairement à une idée reçue et tenace, les personnes en ALD ne sont pas, en moyenne, remboursées à 100 % de leurs dépenses de soins,** même lorsqu'on ne prend en compte comme ici que leur seule

⁶⁷ D'autres différences jouent certainement : absence des bénéficiaires de la CMU-C, de l'AME et des migrants, champ de l'échantillon ne couvrant pas les autres régimes que le régime général, non prise en compte des dépenses non individualisables comme les MIGAC, méthode de constitution de l'EGB.

consommation de soins « remboursables ». C'est la conséquence de ce que demeure la prise en charge « de droit commun » pour les dépenses non liées à leur affection (ordonnancier bi-zone), et aussi des effets de la liberté tarifaire (dépassements, dispositifs médicaux) sur les soins liés à l'affection ALD.

Par ailleurs, et comme l'a déjà rappelé le HCAAM à plusieurs reprises, malgré leur taux de remboursement global supérieur, les personnes en ALD supportent, si l'on considère non plus le taux mais le montant en euros, un reste à charge supérieur à celui des personnes qui ne sont pas en ALD (760 € environ, en moyenne, pour les personnes en ALD contre 450 € pour celles qui ne le sont pas, calculés sur la dépense « présentée au remboursement »). C'est un simple effet de base : leurs dépenses présentées sont en effet plus de 5 fois supérieures, en moyenne, à celles des personnes qui ne sont pas en ALD (autour de 5 900 € contre 1 150 €).

c) Enfin, le débat public s'est saisi d'un **indicateur de taux de remboursement moyen dit « des soins courants »**, qui correspond au taux moyen de remboursement des soins non hospitaliers des assurés qui ne sont pas en ALD. Autrement dit : les soins les plus ordinaires des personnes les moins malades (une année donnée).

Le tableau de bord du HCAAM reprend cet indicateur, en le proposant à la fois « avec » et « sans » les dépenses d'optique (les dépenses d'optique comportent en effet, sur le coût de la monture, une part particulièrement conséquente de choix personnel, non médical, que la collectivité n'a pas à prendre en charge).

Ainsi, en 2008, hors optique, la Sécurité sociale finance 56,2% des dépenses relatives aux soins dits « courants » (51,3% avec l'optique).

Beaucoup a été dit sur ce que certains regardent comme une « déprise » du système de protection sociale sur une part non négligeable des soins (Les soins « courants », dans la définition donnée ci-dessus, représentent environ 40 Mds €, soit environ un quart de la dépense « présentée au remboursement »), et sur l'inconvénient qu'il y aurait à ce que l'assurance maladie s'approche ainsi d'une prise en charge minoritaire pour les contacts les plus fréquents du grand nombre des assurés avec le système soignant.

On doit néanmoins reprendre ici les considérations déjà conduites dans le rapport de janvier 2011 sur la portée relative qu'il convient de donner à ce chiffre du « taux moyen de remboursement des soins courants » :

- premièrement, et contrairement à ce qui est parfois soutenu, les « soins courants » ont eu, de tout temps, un taux de remboursement moyen très inférieur à celui des soins d'ALD et des soins hospitaliers.
- deuxièmement, cet écart de taux moyen entre les soins « courants » et soins d'ALD et hospitaliers (qui sont majoritairement des soins plus coûteux) exprime, pour large partie, le principe fondamental de solidarité entre bien portants et malades (ou entre

« moins malades » et « grands malades ») sur lequel repose notre système d'assurance maladie⁶⁸.

- troisièmement enfin, le HCAAM estime qu'un « taux moyen » masque à la fois la diversité des situations (il vaut mieux, pour cela, suivre des dispersions que des moyennes), et la réalité sociale des difficultés de l'accès aux soins (il vaut mieux, pour cela, suivre des montants que des taux, et les rapprocher d'indicateurs de renoncement).

Cette première distinction entre les assurés et les soins a conduit le HCAAM à poursuivre la réflexion sur la diversité des situations des assurés au regard de leurs dépenses de santé et de leurs reste à charge.

Encadré 1 : Portée et limites de l'échantillon sur lequel ont été conduits les travaux.

Les traitements opérés par le secrétariat général du HCAAM, grâce à une collaboration active avec les services de l'ATIH et de la CNAMTS, reposent sur un échantillon « chaîné » EGB-PMSI d'environ 400 000 bénéficiaires de l'assurance maladie (consommants ou non).

C'est la première fois qu'il est ainsi possible de conduire des analyses relativement fines d'une dépense totale, et d'un reste à charge total (après AMO).

Un certain nombre de précautions doivent néanmoins guider l'interprétation des résultats.

1) *L'échantillon de bénéficiaires* souffre encore de plusieurs incomplétudes :

- Il n'est composé que d'assurés du régime général.

- Il ne comprend pas, en l'état :

- les assurés bénéficiaires de la CMU-C

- les bénéficiaires de l'AME

- les assurés dont les remboursements de base sont pris en charge par les sections locales mutualistes (SLM).

2) *Les soins couverts* sont ceux de l'année 2008.

Un suivi pluriannuel (« en coupe et « en panel ») est évidemment indispensable, et les travaux sont en cours en ce sens, auprès de la CNAMTS et de l'ATIH.

3) *Le périmètre des soins* comprend les soins de ville et les soins hospitaliers en MCO.

- les séjours en HAD, SSR et psychiatrie ne sont pas pris en compte

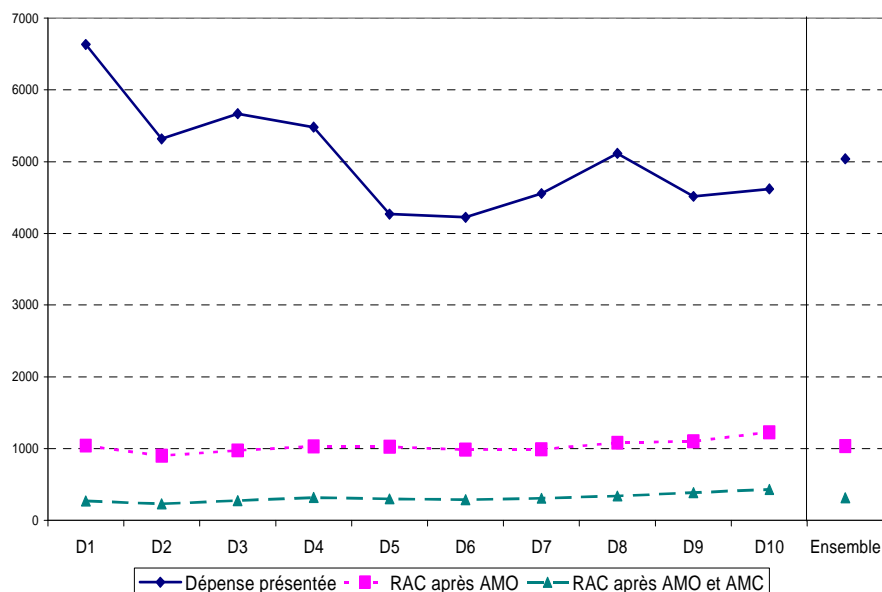
- ne sont également pas disponibles les actes et consultations externes à l'hôpital public, à l'exception toutefois de ceux qui, étant réalisés dans le cadre de l'activité dite « privée » à l'hôpital public, relèvent d'une facturation spécifique.

⁶⁸ Quand on dit que les soins courants – un quart de la dépense présentée totale – ne sont remboursés « qu'à » 50% environ, on néglige souvent de dire que l'ensemble des autres soins – trois quarts de la dépense totale – globalement destinés aux personnes les plus malades, sont, en contrepartie, remboursés à près de 90% !

1.4. L'assurance maladie obligatoire assure une diminution massive de la dépense présentée au remboursement

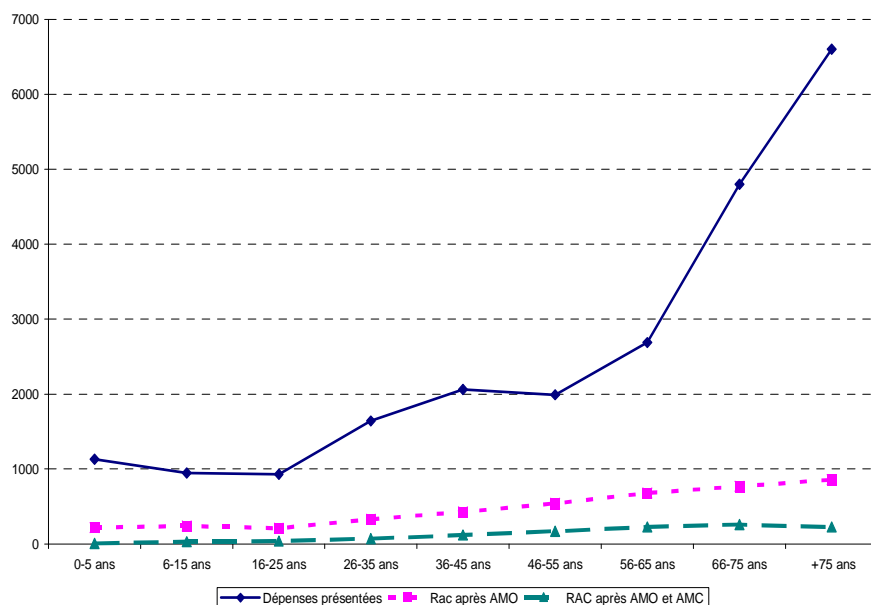
Que l'on classe la dépense présentée au remboursement par décile de niveaux de vie ou par âge (soit quasiment par niveau de dépenses présentées au remboursement), l'importance des remboursements exprimés en euros de l'AMO est manifeste. L'action additionnelle des remboursements des complémentaires santé pour réduire plus encore les RAC est également visible sur les deux graphes ci-dessous.

Dépense présentée au remboursement, RAC après AMO et RAC après AMO et AMC des ménages par déciles de niveau de vie 2006



Source : DREES, Comptes de la santé, 2009, microsimulation

Dépense présentée au remboursement, RAC après AMO et RAC après AMO et AMC des ménages par tranches d'âge 2008



Source : DREES, Comptes de la santé, 2010, microsimulation

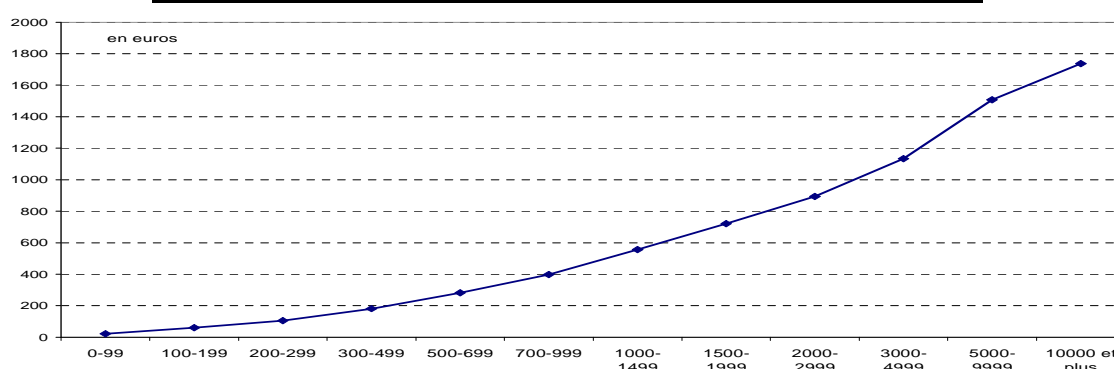
2. Le foisonnement des situations individuelles observées a conduit le HCAAM à retenir des indicateurs de dispersion pour toutes les dimensions de l'objectif de l'accessibilité financière des soins.

Le HCAAM souhaite que le débat public sache utiliser cette approche plus fine de la réalité du « reste à charge », plutôt que de rester centré sur des taux en valeur moyenne. En effet :

2.1. Un même taux de remboursement peut correspondre à une infinité de restes à charge différents pour l'assuré.

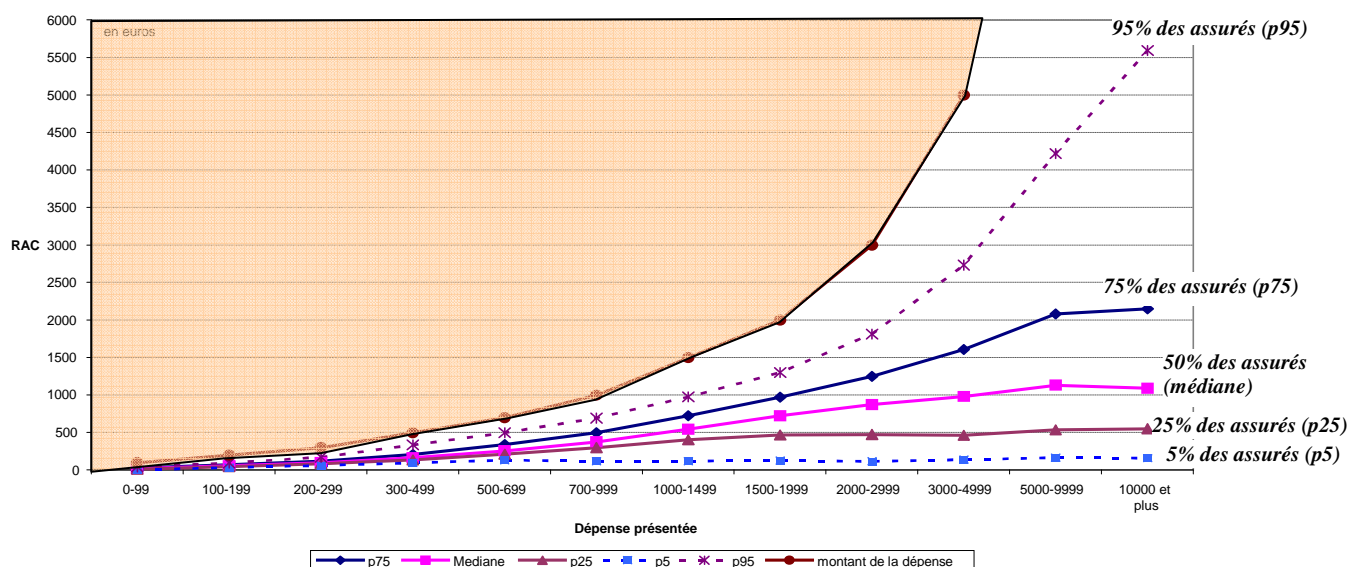
Pour un niveau de dépense donné (calculé dans les graphiques suivants sur la dépense « présentée »), on observe des niveaux de reste à charge extrêmement variables :

Restes à charge moyens après AMO, pour différents niveaux de dépenses



Dispersion de ces mêmes restes à charge, au sein de chaque niveau de dépenses

On constate que la dispersion est d'autant plus forte que la dépense de soins est élevée.



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

Note de lecture : La zone en beige correspond à la zone où les RAC seraient supérieurs à la dépense présentée au remboursement : elle est donc par définition impossible à atteindre.

Les courbes indiquent le pourcentage d'individus ayant un RAC inférieur ou égal à une certaine valeur. Par exemple, pour 75 % des personnes (courbe bleue pleine) qui ont une dépense présentée entre 700 et 999 € par an, le RAC après AMO est inférieur à 500 €.

Par exemple, pour un dixième environ (12%) de la population, le niveau de dépense est compris entre 300 et 500 €. On voit sur les graphiques ci-dessus que, si le reste à charge moyen de ce groupe de la population est d'environ 200 €, il existe une dispersion non négligeable de ce reste à charge après AMO : pour un quart de ces personnes, il est inférieur à 135 € et pour un autre quart il est supérieur à 210€.

Pour un autre dixième de la population (11%) les dépenses annuelles se situent entre 1000 et 1 500 €. La valeur « moyenne » du RAC après AMO de ce groupe de personnes est d'un peu moins de 600 € (graphique du haut). Mais on constate (graphique du bas), qu'un quart des personnes de ce groupe ont un RAC inférieur à 400 € et un quart ont un RAC supérieur à 725 €.

Enfin, des dépenses annuelles supérieures à 10 000 € sont peu fréquentes mais néanmoins pas anecdotiques : 3 % des assurés, soit près de 2 millions de personnes. Le reste à charge « moyen » de ce groupe de personnes est d'un peu moins de 1 800€ (graphique du haut). Mais ce chiffre n'a guère de valeur descriptive : pour un quart des personnes concernées, le RAC après AMO peut être inférieur à 550 €, et pour un autre quart, il est supérieur à 2 150 € (graphique du bas).

Le graphique montre aussi qu'un niveau donné de RAC après AMO peut être issu d'une dépense très variable. Ainsi, un RAC d'au moins 500 € peut provenir d'une dépense présentée comprise entre 500 et 700 € (5 % des personnes ayant ce niveau de dépense), entre 700 et 1 000 € (25 % des personnes ayant ce niveau de dépense), entre 1 000 € et 1 500 € (50 % des personnes ayant ce niveau de dépense) et de plus de 1 500 € (75 % des personnes ayant des dépenses supérieures à cette borne).

Ces exemples montrent que ***le taux de remboursement est un indicateur extrêmement peu pertinent pour rendre compte de l'accessibilité financière des soins*** car un même niveau de RAC peut renvoyer à des taux de remboursement différents. A cet égard, le niveau de RAC en euros est moins trompeur.

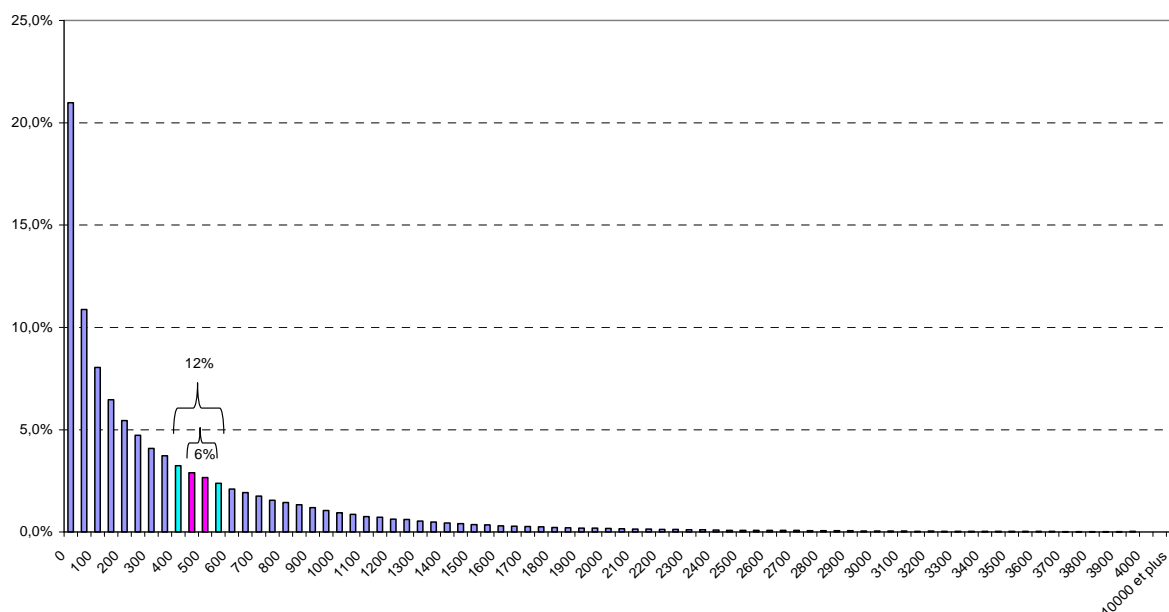
2.2. Peu d'assurés ont un RAC après AMO, exprimé en euros, aux alentours de la situation moyenne.

L'observation qui précède ne signifie pas qu'il suffit d'exprimer en montant (valeur moyenne en euros) le niveau du RAC après AMO (ou après AMC) pour avoir une mesure satisfaisante de l'accessibilité financière.

En effet, la dispersion des situations individuelles est telle que peu de personnes ont un RAC, exprimé en montant, proche de la moyenne.

La courbe de fréquence du RAC après AMO (sur la dépense présentée du régime général), cumulant le RAC sur les soins de ville et le RAC après hospitalisation en MCO illustre cette remarque :

**Fréquence des RAC après AMO sur la dépense présentée
(assurés « consommateurs », c'est-à-dire ayant fait une dépense de santé pendant l'année étudiée)**



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

En moyenne (moyenne calculée sur l'ensemble de l'échantillon ayant servi à établir le graphe de dispersion ci-dessus), les assurés qui ont consommé des soins dans l'année 2008 ***ont un RAC après AMO d'environ 500 €.***

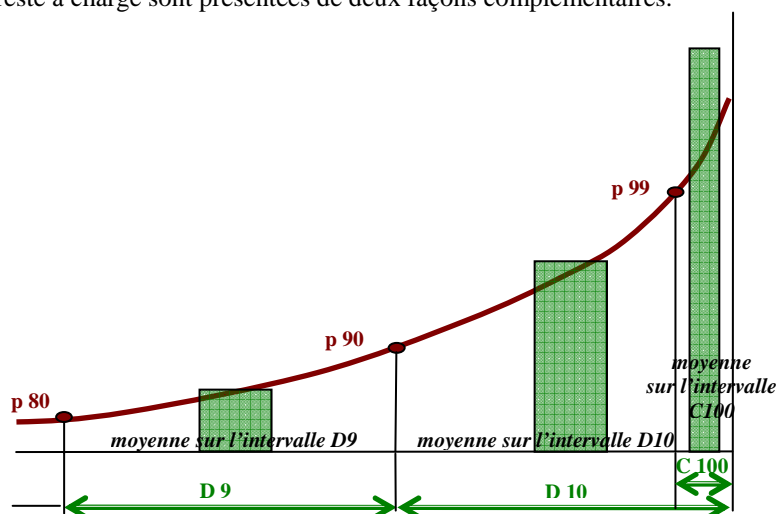
Or seuls 6 % des assurés ont un RAC compris dans la fourchette 450 € - 550 €(et 12 % dans une fourchette allant de 400 € à 600 €), le ~~niveau~~ niveau de RAC le plus fréquent étant compris entre 0 et 50 € (c'est le cas – première colonne du schéma – de 21 % des assurés consommateurs).

L'immense majorité des « consommateurs » (qui font 92% de la population chaque année) a donc un RAC après AMO éloigné de la moyenne globale. ***Les valeurs moyennes sont, comme les taux de remboursement, des indicateurs très peu pertinents pour décrire l'accessibilité financière des soins.***

Les données qui figurent dans le « tableau de bord » du HCAAM sont, en conséquence, pour un grand nombre d'entre elles, présentées sous forme de « courbes de dispersion ».

Ainsi qu'il est expliqué sur la page suivante, ces données de dispersion peuvent être présentées de manière brute (la population, ou l'échantillon, est directement représentée sur la courbe, et l'axe des abscisses est gradué en « percentiles »), ou par regroupements de « quantiles » (par exemple : par déciles de population, pour pouvoir faire des décompositions statistiques sur différents sous-groupes).

Les répartitions de reste à charge sont présentées de deux façons complémentaires.



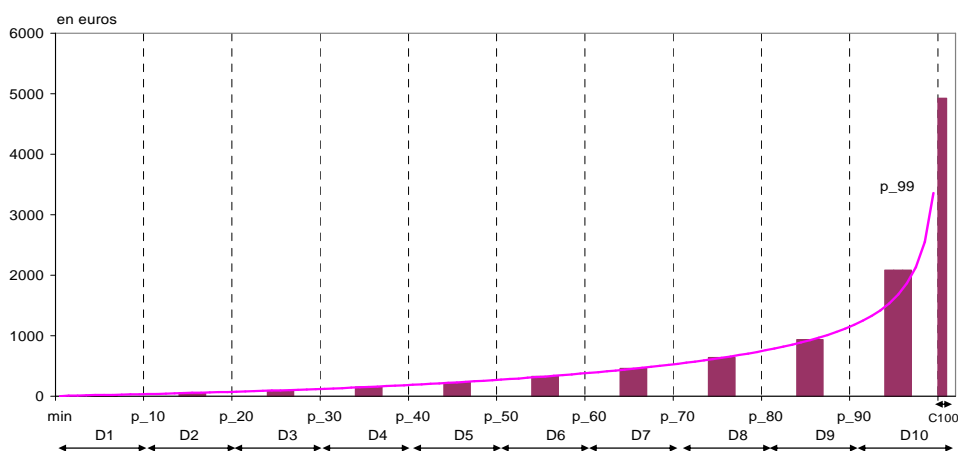
Sur la courbe violette, les individus sont classés selon leur RAC total croissant. Chaque point de la courbe représente un individu : ainsi, par exemple, 80 % des personnes ont un RAC inférieur à celui de l'individu « p80 » et 20 % ont un RAC supérieur.

Cette présentation, précise, ne permet pas en revanche de décrire la composition du RAC, par exemple selon le type de soins ou le type de RAC (opposable ou issu de la liberté tarifaire). Car cela n'a pas de sens d'examiner cette répartition sur un individu isolé. Il faut, pour cela, regrouper plusieurs individus en sous ensembles.

Dans l'exemple ci-dessus, on a ainsi procédé à un regroupement par « déciles », c'est-à-dire par sous ensembles correspondant chacun à 10 % de la population totale. Ainsi, dans le schéma ci-dessus, le 9^{ème} décile (D9) est l'ensemble des personnes dont le RAC se situe entre celui de l'individu p80 et l'individu p90. On a également représenté le dernier « centile », c'est-à-dire l'ensemble qui rassemble le 1% des personnes qui ont les RAC les plus élevés. Ces regroupements permettent de calculer des moyennes, représentées sous la forme des rectangles verts (histogrammes).

L'histogramme D10 correspond à la moyenne des RAC des personnes de ce décile. C'est au sein de ce décile (D10) qu'on peut isoler le 100^{ème} centile (C100), c'est-à-dire l'ensemble des personnes dont le RAC est supérieur à celui de l'individu p 99. La moyenne des RAC de ces personnes est représentée par l'histogramme C100.

Le graphique suivant montre ainsi, en superposition et sur des données réelles, les deux représentations possibles de la dispersion de la valeur du RAC après AMO sur l'ensemble des soins des « consommateurs de soins » en 2008



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie.

Cette partie commente les différentes données de « dispersion » du tableau de bord d'accessibilité financière, pour la partie relative à la « solidarité entre bien portants et malades », mesurée à partir du reste à charge après assurance maladie obligatoire (RAC après AMO).

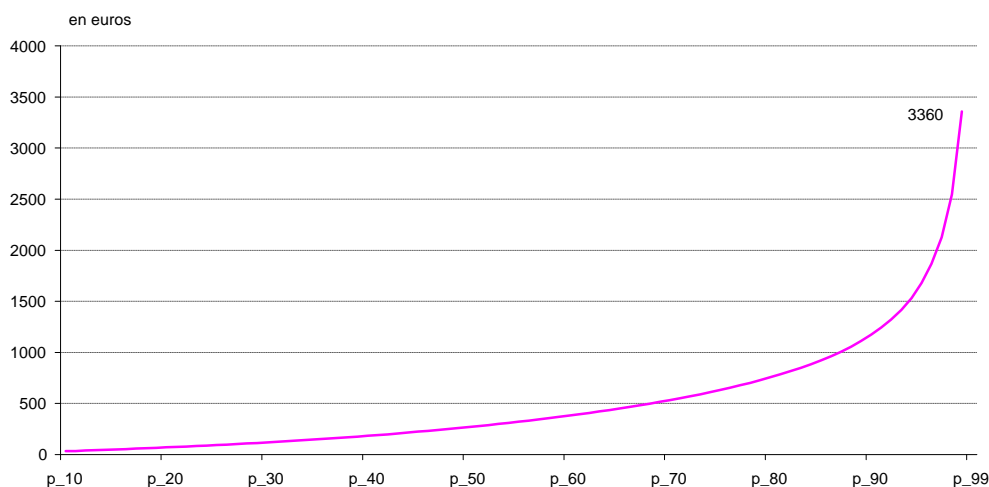
1. Si une grande majorité des assurés ont un RAC après AMO relativement peu élevé, il apparaît en revanche très important pour une minorité significative d'assurés.

Les données fournies par la CNAMTS et l'ATIH permettent de chaîner les dépenses de soins de ville et celles des soins liés à un séjour hospitalier en MCO, ce qui permet pour la première fois d'avoir une vue globale du RAC après AMO sur un échantillon d'individus de grande ampleur (environ 400 000 personnes). Ces données portent sur les soins réalisés en 2008.

Comme il a été dit plus haut, les données du « tableau de bord » établissent que les RAC après AMO sont très variables sur la population des assurés.

Les données relatives aux assurés du régime général permettent de fournir des estimations de cette dispersion.

RAC après AMO sur la dépense présentée (assurés consommateurs)



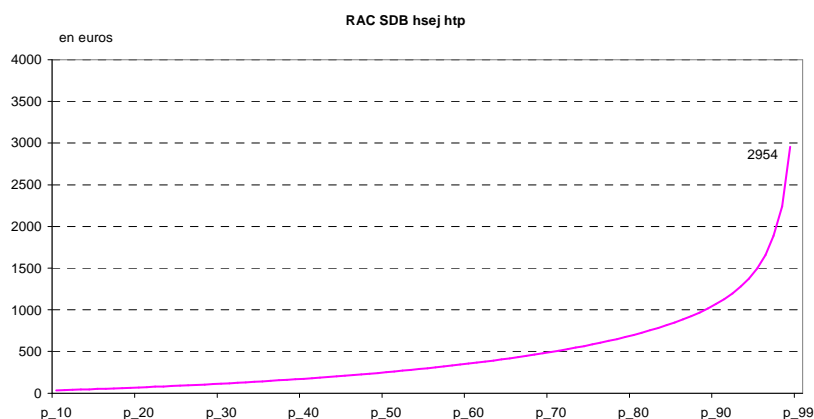
Une grande majorité des assurés qui ont consommé des soins durant l'année 2008 (70 %) ont un RAC après AMO relativement peu élevé (au plus 500 € soit à peu près 40 € par mois).

Environ un vingtième des consommateurs ont en revanche un reste à charge assez important, entre 500 € et 1 000 €. Et un dixième ont un reste à charge après AMO tout à fait substantiel, supérieur à 1 000 € par an. Pour 5 % des consommateurs, ce RAC dépasse même 1 500 €.

La variabilité des restes à charge pour les seuls soins de ville (y compris soins externes en clinique et à l'hôpital public et secteur privé des hospitaliers à temps plein) est très proche de celle qui est observée pour l'ensemble des soins. On retrouve une distribution où 70 % des

consommateurs ont au plus un RAC après AMO annuel de 500 €, 20 % entre 500 et 1 000 € et 10 % supérieur à 1 000 €.

RAC après AMO sur la dépense présentée de soins de ville Consommateurs de l'ensemble de soins (92 % des assurés)

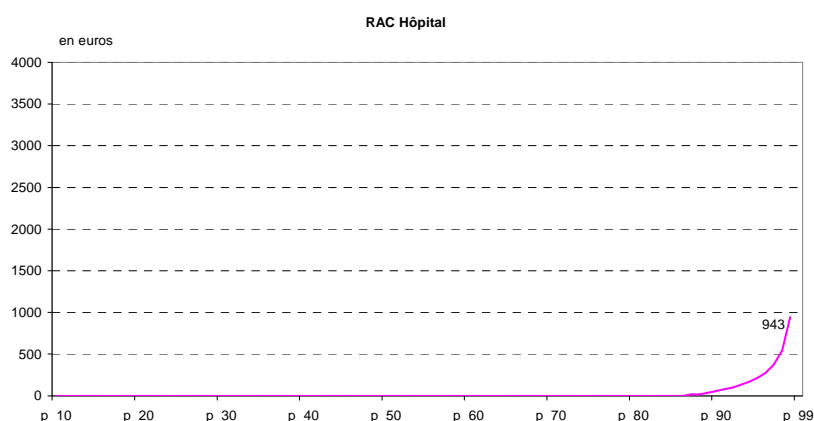


Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

La répartition des RAC après AMO des personnes qui ont été hospitalisées en MCO dans l'année diffère de celle des soins de ville. D'abord, les personnes hospitalisées dans une année sont une minorité : alors que quasiment tous les assurés ont une dépense de soins de ville dans l'année (92 % selon les données du Régime général), seuls 14 % sont hospitalisés une année donnée. La répartition ci-dessous concerne toujours l'ensemble des consommateurs de soins, quel que soit le type de soins.

En 2008, 86 % des consommateurs de soins n'ont pas été hospitalisés, leur RAC après AMO sur l'hôpital est nul par définition. Une faible part de personnes a aussi un RAC hospitalier nul tout en ayant été hospitalisées. Environ 98 % des personnes hospitalisées ont eu un RAC après AMO d'au plus 500 €. Pour 2 % de la population ayant consommé des soins dans l'année, le RAC à l'hôpital dépasse 500 € et pour 1% il dépasse 940 €.

RAC après AMO sur les soins hospitaliers publics et privés Consommateurs de l'ensemble de soins (92 % des assurés)



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

Sans qu'il soit possible de donner de valeur chiffrée à partir de laquelle on devrait estimer que la solidarité entre bien portants et malades n'est plus respectée, il est clair que ces chiffres – après AMO, mais avant AMC – posent, en première analyse, une question sérieuse.

En même temps, il est clair que la nature du reste à charge doit entrer en ligne de compte dans l'appréciation à porter. Le HCAAM a souvent souligné que la dépense présentée *de facto* au remboursement pouvait comporter des dépenses injustifiées.

Il est en effet très difficile de tirer des conclusions fermes à partir d'un indicateur de reste à charge qui globalise, sans pouvoir les séparer, des RAC issus de dépenses auxquelles la solidarité doit apporter une réponse, et des RAC issus de dépenses sur lesquelles la solidarité n'est pas interpellée de la même façon (par exemple parce que ces dépenses sont la conséquence d'un « mauvais » recours au système de soins ou qu'elles sont sans lien avec un service « médical »).

Le HCAAM s'est donc attaché à identifier l'origine des RAC les plus importants.

Encadré 2

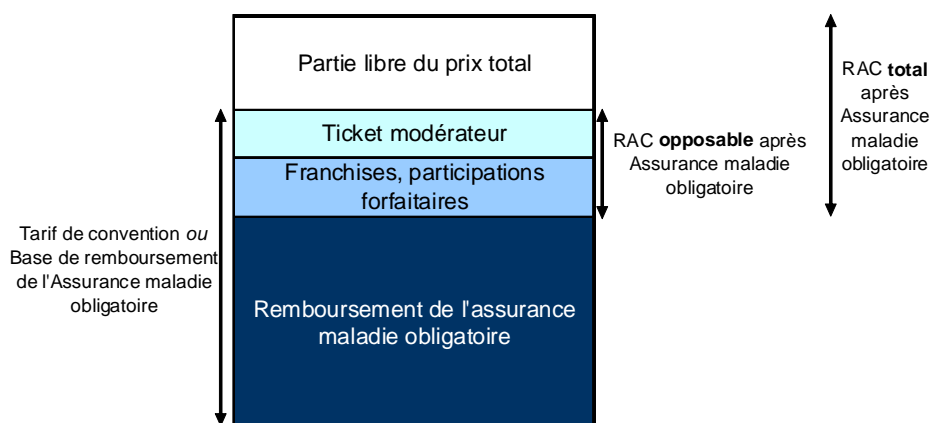
Pour aller plus loin dans la compréhension de la formation du RAC, on trouve plusieurs approches pour décomposer le RAC total après AMO :

- une première approche consiste à l'analyser sous l'angle de sa formation selon la nature des soins dispensés. Ainsi, au sein du RAC total après AMO, on peut distinguer le RAC hospitalier du RAC de soins de ville (y compris consultations externes en clinique et à l'hôpital public). Le RAC de soins de ville peut aussi être détaillé selon la nature des soins : médecin, médicament, optique, soins prothétiques dentaires, audioprothèses...

- une seconde approche décompose le RAC total après AMO selon les différents types de RAC. Trois éléments sont alors à considérer :

- le remboursement AMO,
- le RAC opposable après AMO (ticket modérateur, franchises et participations forfaitaires ; forfait journalier hospitalier à l'hôpital)
- la partie libre du prix total.

Le schéma suivant explicite ces différentes notions.

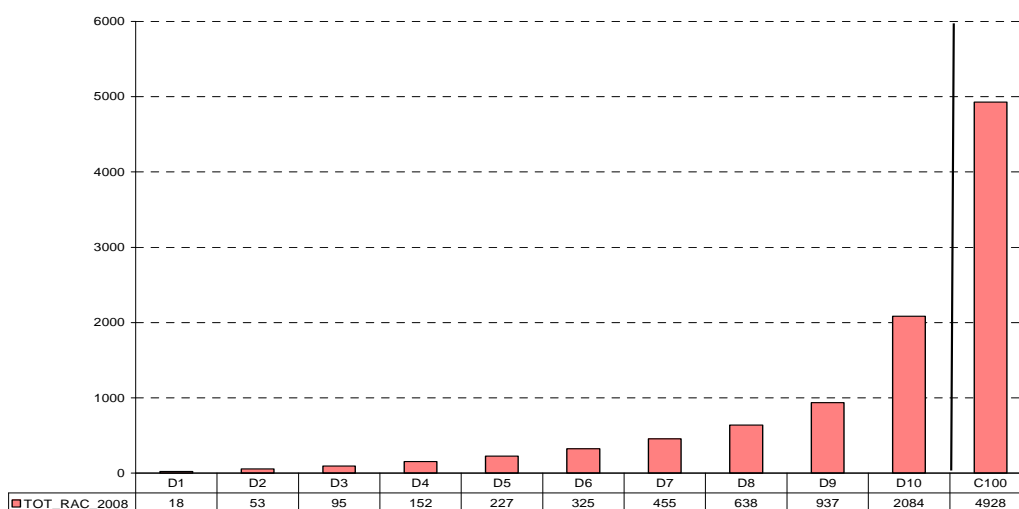


Source : cnam ; retraitement HCAAM

2. Pour engager son analyse des RAC après AMO les plus élevés, il a été procédé au regroupement des assurés par « déciles », en fonction du montant de reste à charge après AMO exposés au cours d'une année.

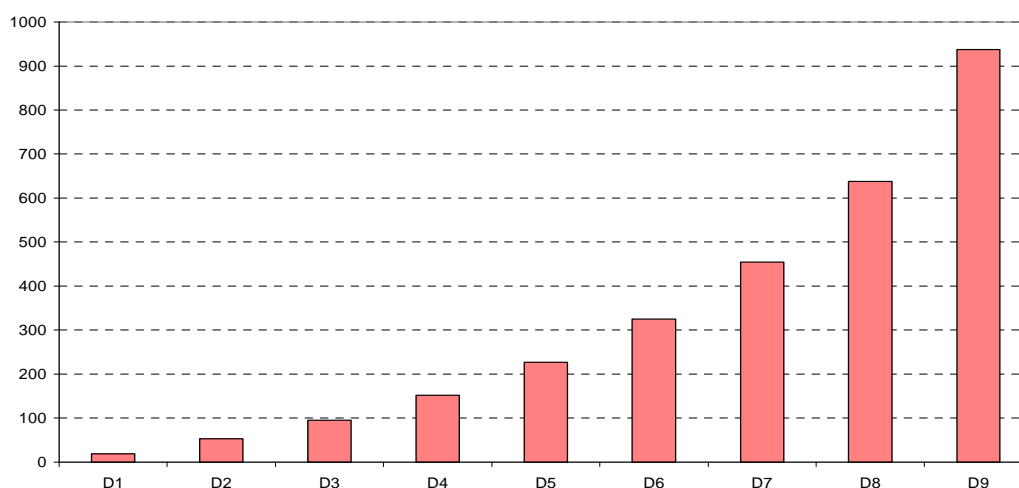
Dans le graphique suivant, qui indique le niveau moyen du RAC total après AMO, les assurés de l'échantillon EGB-PMSI ont été regroupés par tranches de 10% de l'échantillon total, selon leur niveau de reste à charge. Chaque « bâton » de l'histogramme représente la moyenne des RAC après AMO des personnes présentes dans chacun des déciles (ou, pour le « bâton » de l'extrémité, la valeur moyenne du dernier centile). Cette représentation diffère de la sous partie précédente qui indique les « bornes » des déciles (voir encadré 1 page 90).

RAC total après AMO en euros
Ensemble des consommateurs (92 % des assurés)



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

« Zoom » sur les 9 premiers déciles



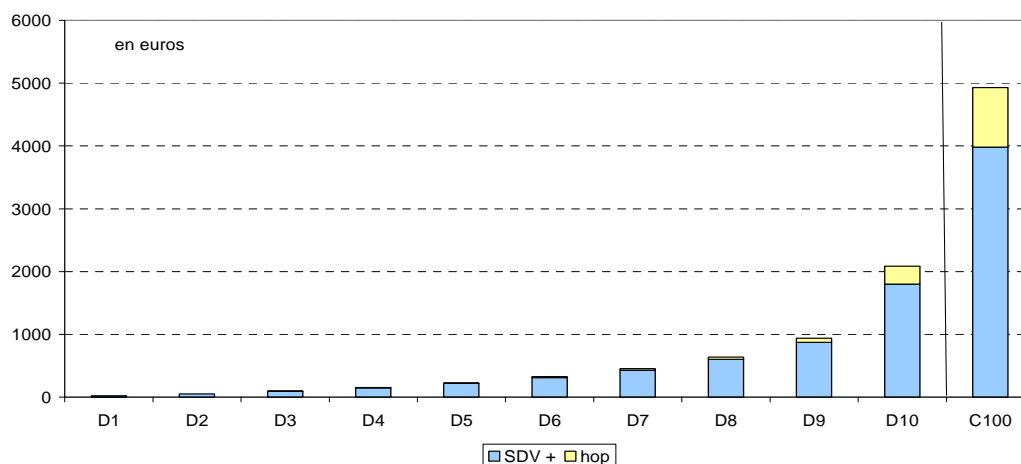
Le groupe formé par les personnes du dernier décile (D10) a en moyenne un reste à charge après AMO de plus de 2000 €. Certaines d'entre elles ont un RAC inférieur à ce montant, d'autres supérieurs (voir encadré 1 page 90).

Plusieurs décompositions des ces mêmes graphiques sont données dans les pages suivantes, afin d'en permettre l'analyse :

Décomposition des RAC moyens après AMO en fonction du « lieu de soins » (hôpital ou ville)

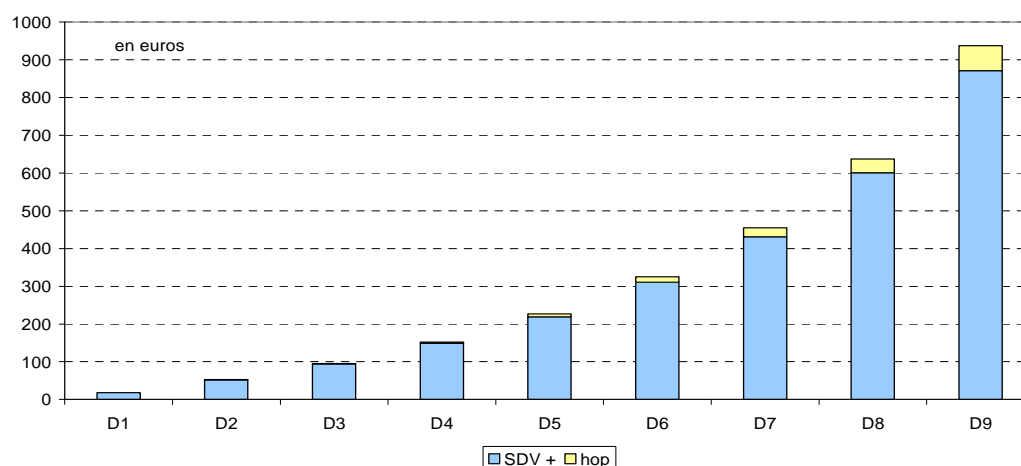
On note, en lecture du graphique ci-dessous, que les personnes du dernier décile (D10) ont un RAC après AMO de « soins de ville » (dans la définition explicitée ci-dessus) de 1 800 € et pour les soins hospitaliers de 300 € : environ 15 % de ce RAC est ainsi constitué de RAC hospitalier. La part du RAC à l'hôpital est supérieure pour le dernier centile.

Part des soins de ville et des soins hospitaliers MCO dans les RAC après AMO



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

« Zoom » sur les 9 premiers déciles



	Soins de ville *	Hôpital MCO	Ensemble
D1	18	0	18
D5	219	7	227
D10	1 797	286	2 084
C100	3 982	946	4 928
Ensemble	454	44	498

- y compris soins externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que secteur privé des hospitaliers à temps plein

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

Dans cette analyse, les « soins de ville » incluent :

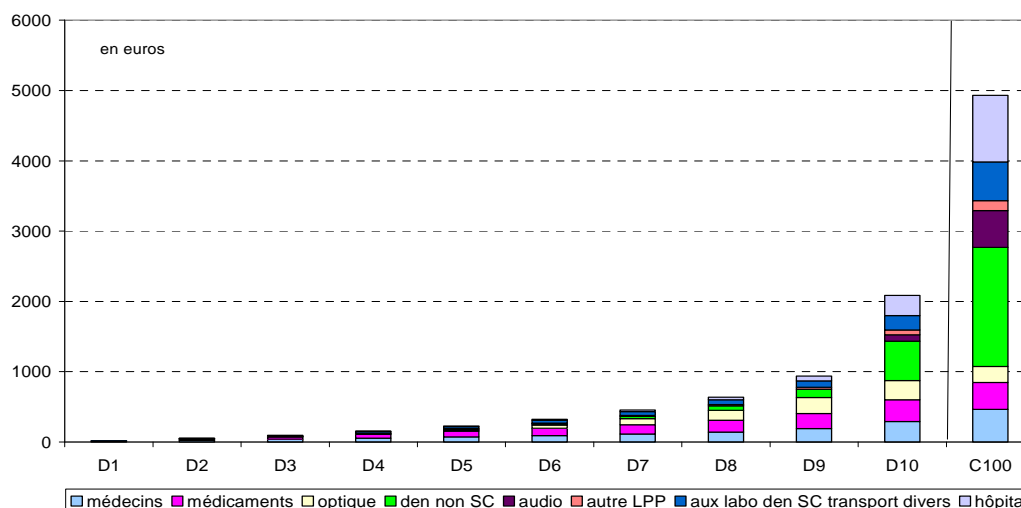
- les actes réalisés par les praticiens libéraux en cabinet de ville
- les actes et consultations externes en clinique (= honoraires des médecins pour des actes et consultations non liés à un séjour)
- l'intégralité de l'activité dite de « secteur privé » des hospitaliers à temps plein à l'hôpital public. En effet, les données de la CNAMTS et de l'ATIH ne permettent pas de distinguer, au sein de l'activité « privée » des hospitaliers à temps plein, les actes et consultations externes et ceux qui sont liés à un séjour. Le choix a donc été fait d'inclure l'ensemble dans l'agrégat de « soins de ville ».

En revanche, faute que la donnée soit disponible, cet agrégat ne comporte pas les soins externes réalisés à l'hôpital public dans le cadre de l'activité « publique ».

Décomposition des RAC moyens après AMO par type de soins

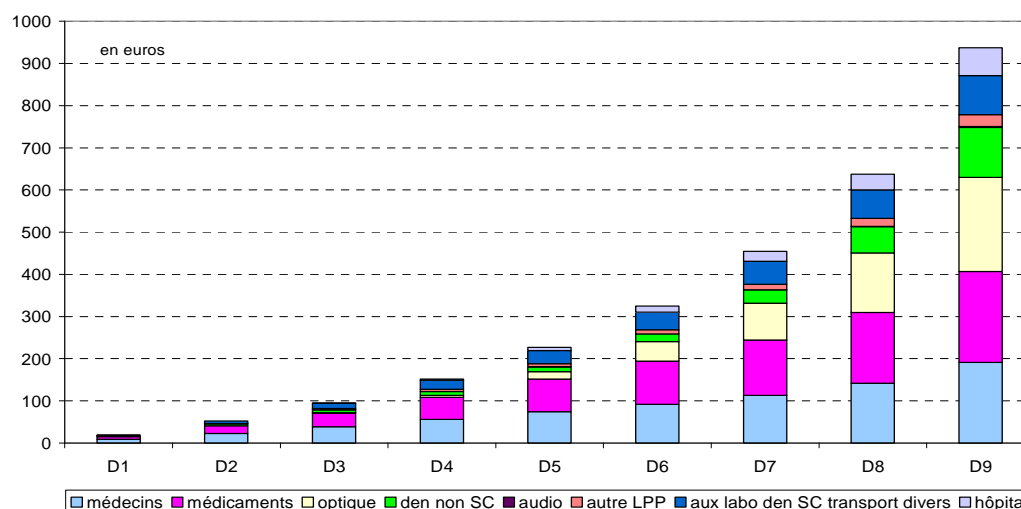
Les soins de prothèses dentaires sont à l'origine des RAC les plus élevés. Parmi les personnes du dernier décile (D10), plus du quart de leur RAC total (environ 2 100 €) est constitué d'un reste à charge sur les prothèses dentaires (560 €). Viennent ensuite les RAC après AMO sur les honoraires médicaux, les soins hospitaliers, les médicaments et l'optique pour environ 300 € pour chaque poste.

Part des types de soins dans les RAC après AMO par déciles et pour le dernier centile de RAC sur l'ensemble des soins, 2008



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

« Zoom » sur les 9 premiers déciles



	Médecins *	Médicaments	Optique	Prothèses dentaires	Autre	Dont Audioprothèses	Total SDV plus
D1	9	6	0	2	2	0	18
D5	74	78	17	12	39	0	219
D10	293	309	272	563	361	90	1797
C100	463	386	224	1696	1214	523	3982
Ensemble	103	111	79	83	78	9	454

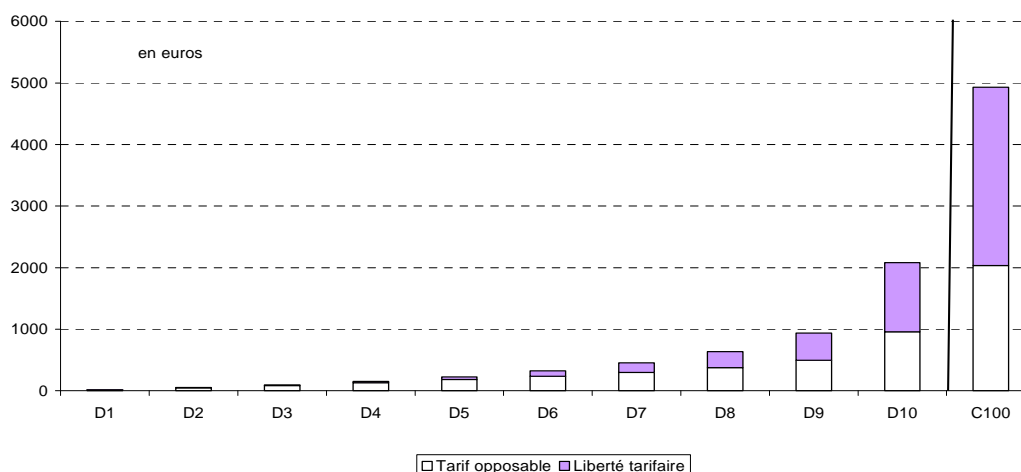
- y compris soins externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que secteur privé des hospitaliers à temps plein

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

Décomposition des RAC moyens après AMO par origine « juridique » (tarif opposable versus liberté tarifaire)

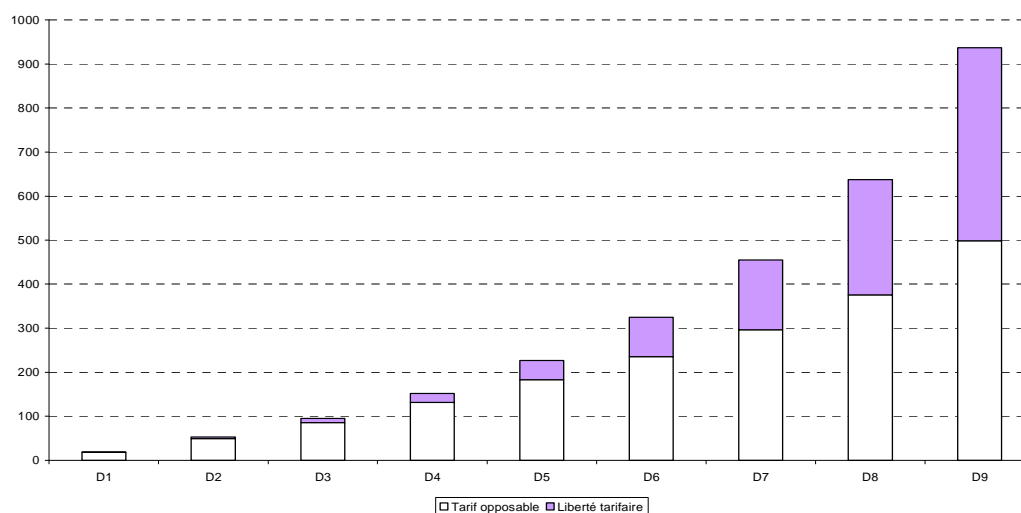
Le graphique suivant décompose le RAC total après AMO pour l'ensemble des soins entre RAC opposable et partie du prix total issue de la liberté tarifaire. Les effets de la liberté tarifaire sont calculés sur l'ensemble des soins de ville, y compris actes et consultations externes. Y sont ajoutés les dépassements sur honoraires de médecins en clinique liés à un séjour.

Part du RAC opposable et de la liberté tarifaire au sein du RAC total après AMO



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

« Zoom » sur les 9 premiers déciles



€	RAC opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	18	1	18
D5	183	44	227
D10	955	1128	2084
C100	2036	2892	4928
Ensemble	283	215	498

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

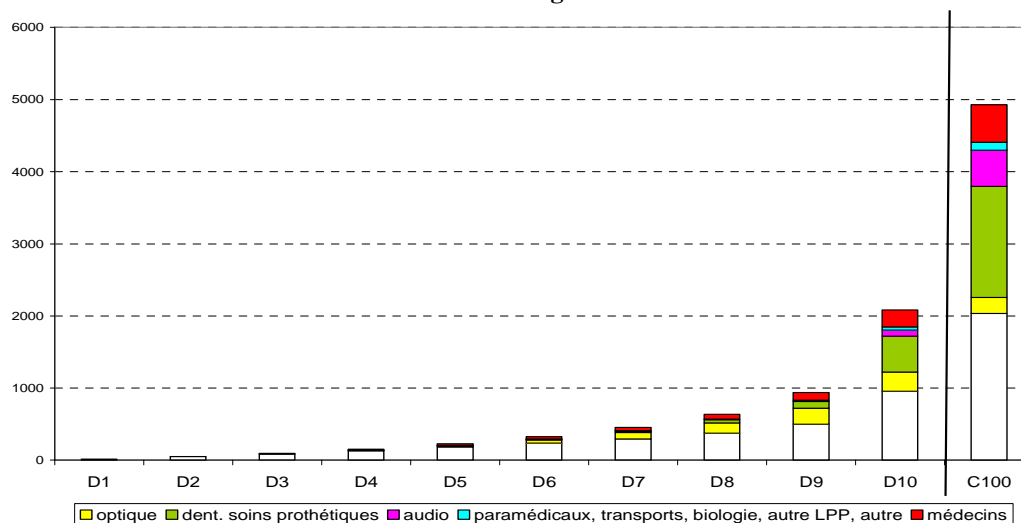
Si pour les 9 premiers déciles (90% des assurés), le RAC issu de tarifs opposable est, en moyenne, supérieur à l'effet de la liberté tarifaire, cette dernière prend, en moyenne, une part majoritaire du RAC total après AMO dans les restes à charge les plus élevés.

En moyenne, il ressort que le RAC total est composé à plus de 40% de RAC provenant de la liberté tarifaire. Plus l'on monte vers les RAC élevés, plus les RAC s'expliquent par la liberté tarifaire. Ainsi, dans le dernier décile de RAC (D10), la liberté tarifaire est à l'origine de plus de la moitié du RAC total. Dans le dernier centile, elle en représente presque 60%. Les montants en jeu s'accroissent fortement pour les RAC élevés puisque dans le dernier décile de RAC, ils atteignent 1 100 € pour la liberté tarifaire, et presque 3 000€ dans le dernier centile de RAC.

Décomposition des RAC après AMO issus de la liberté tarifaire

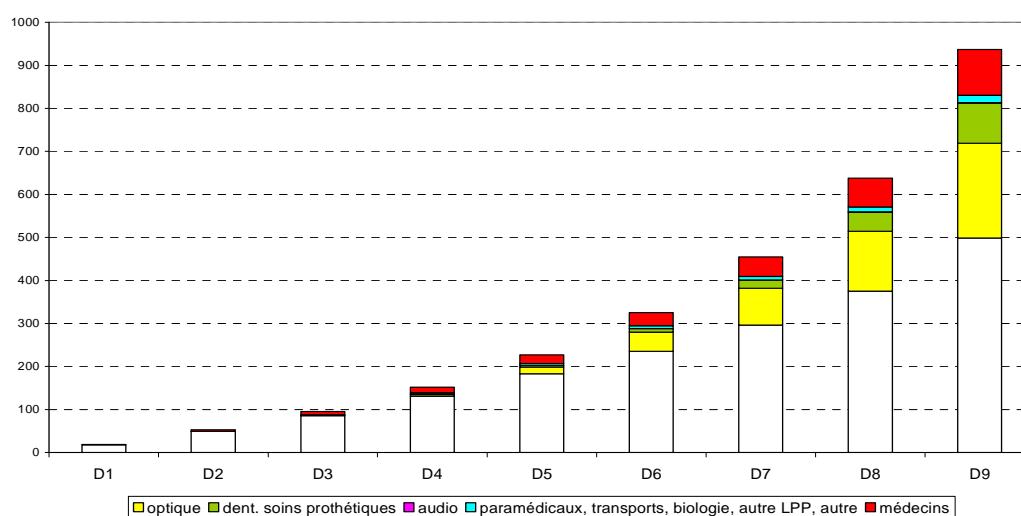
Le graphique suivant présente les RAC après AMO issus de la liberté tarifaire selon le segment de soin et par décile de RAC total (ainsi que le dernier centile). Il s'agit d'une décomposition de la partie supérieure (en violet) de chaque histogramme du graphique précédent, la partie inférieure (en blanc) étant le montant du RAC « opposable ».

Part de la liberté tarifaire de chacun des segments de soins au sein du RAC total.



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

Zoom sur les 9 premiers déciles



Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

	Médecins	Optique	soins prothétiques	Audio	Autre	Ensemble
D1	1	0	0	0	0	1
D5	20	16	3	0	5	44
D10	235	268	496	85	44	1128
C100	521	221	1539	500	111	2892
Ensemble	53	78	67	9	10	215

Au total, il ressort que les RAC après AMO les plus élevés (dernier « décile » et dernier « centile »), fortement liés à la liberté tarifaire, sont composés très largement des soins dentaires prothétiques. L'optique explique une part importante des dépassements au sein des déciles élevés mais devient marginale pour comprendre la formation des RAC les plus extrêmes. Au sein du dernier centile de RAC, les équipements d'audioprothèses, ainsi que les consultations de médecins, prennent une place conséquente dans les montants payés (après AMO).

Cependant, il convient de noter que les segments de soins à l'origine des montants de liberté tarifaire les plus élevés sont ceux :

- dont la récurrence est *a priori* la plus faible, et donc présentent une consommation irrégulière dans le temps ;
- pour lesquels le comportement du consommateur est un des éléments pouvant expliquer le choix d'une exposition plus ou moins importante au reste à charge ;
- pour lesquels enfin, sans que les données aujourd'hui disponibles permettent d'en analyser précisément l'impact, la prise en charge par une couverture complémentaire est relativement fréquente.

B2 Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Le HCAAM a identifié, dans son rapport de janvier 2011 « L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer », plusieurs manières de calculer le taux d'effort des ménages.

Ces différentes définitions prennent toutes en compte les revenus, l'ensemble des dépenses et toutes les formes de mutualisation. Mais elles diffèrent selon la façon dont sont consolidées les dépenses et les ressources : une cotisation, obligatoire ou assurantielle, peut par exemple être considérée alternativement comme une dépense de santé en plus, ou comme un revenu en moins. Un remboursement peut, symétriquement, être assimilé à une dépense en moins, ou comme un revenu supplémentaire permettant de payer des dépenses inchangées, etc.

Le HCAAM entend souligner *que les quatre indicateurs qu'il a estimé nécessaire de documenter et de suivre sont tous utiles pour approcher la complexité des situations réelles*, issues de l'interaction des dépenses de santé, des prélèvements et des revenus. Ainsi par exemple :

- *L'indicateur « de taux d'effort brut », qui comporte à son numérateur la totalité des dépenses, aussi bien de cotisation (obligatoire et assurantielle) que des paiements au système de soins, se rapproche de la vision « économique » des flux financiers globaux. C'est aussi l'indicateur qui traduit le plus directement l'impact – massif – des cotisations d'assurance maladie obligatoire sur les flux financiers globaux. A ce titre, il permet de suivre particulièrement bien la façon dont, conformément au principe « de chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins », on réalise l'égalité entre assurés, non pas en modulant les remboursements, mais en modulant les prélèvements.*

- *Les indicateurs de « taux d'effort après AMO » ou de « taux d'effort sur dépenses volontaires » (ce dernier ayant au numérateur le reste à charge après AMO et AMC, augmenté du coût des primes d'assurance), sont notamment ceux qui permettent les comparaisons les plus naturelles avec d'autres « taux d'effort » de consommation courante (telles que les dépenses de transport, de logement, d'alimentation, etc.). L'indicateur de « taux d'effort après AMO » est celui des deux qu'il est le plus facile de calculer, avec le système d'information actuel. L'indicateur de « taux d'effort sur dépenses volontaires » aura, lui, pour mérite d'être plus sensible aux éventuels transferts de charge entre assurance maladie obligatoire et assurance complémentaire.*

- *Enfin, l'indicateur de « taux d'effort après AMO et AMC », qui a au numérateur la dépense la plus minimale, celle qui reste à payer après qu'aient joué tous les mécanismes assurantiels, publics et privés, et sans y ajouter le coût d'aucune cotisation (autrement dit, le « out of pocket » des comparaisons internationales), est une mesure du taux « ressenti ». Autrement dit, il constitue un élément important de toutes les analyses de renoncement aux soins. Car au moment où se décide l'éventuel renoncement aux soins pour motif financier, la question d'une souscription ou non d'une assurance complémentaire ne se pose plus : elle a été souscrite, ou ne l'a pas été.*

De ce fait, ces différents indicateurs ne mettent pas en évidence les mêmes phénomènes. Ils doivent naturellement, tous les quatre, être calculés pour différentes situations de pouvoir d'achat et être suivis dans le temps.

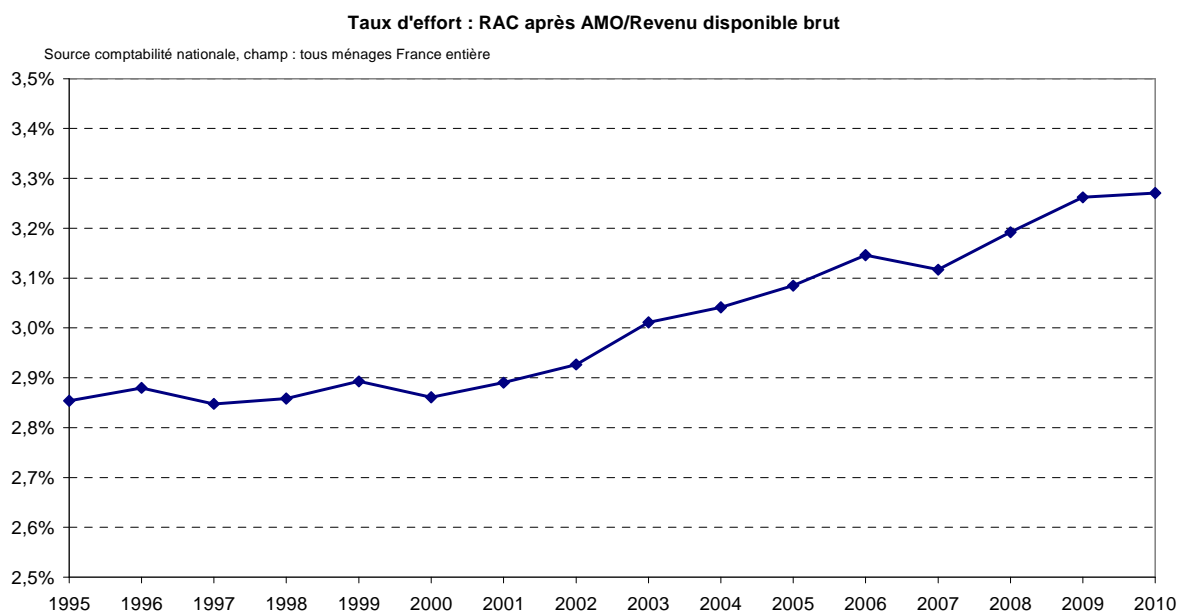
Cependant, au niveau macroéconomique, il n'est possible pour l'instant de calculer qu'un seul indicateur : le taux d'effort « après AMO ».

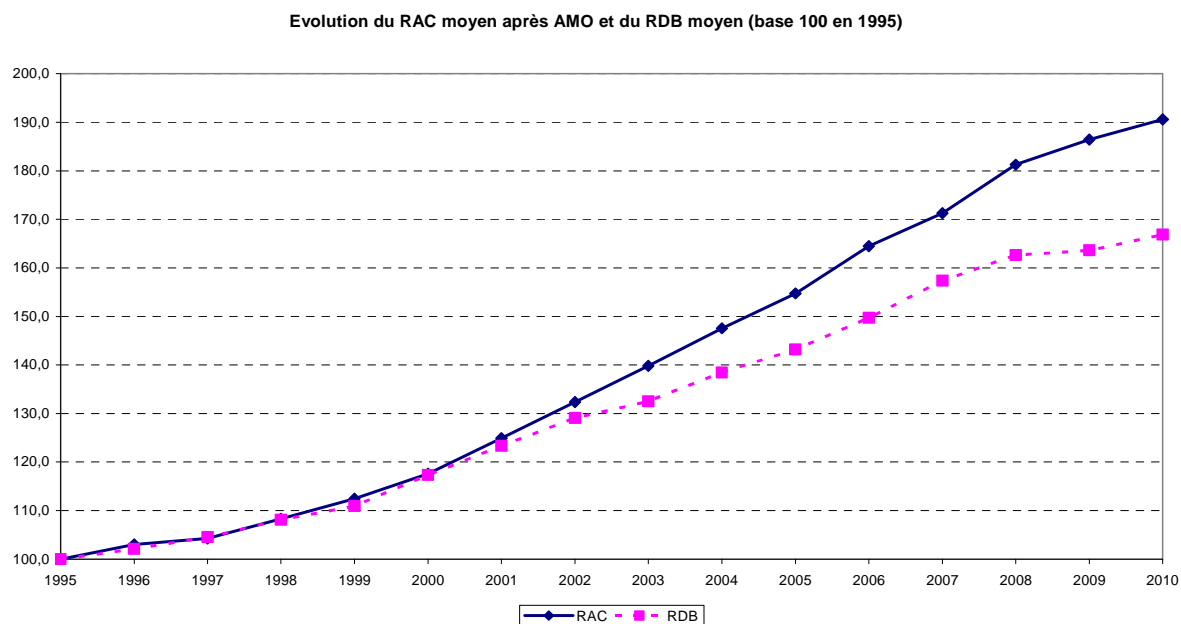
C'est sur cet unique taux calculable que peuvent être établis quelques constats macroéconomiques :

Le taux d'effort moyen « après AMO » des ménages s'est stabilisé en 2010 à 3,3 % du revenu disponible brut.

Les données de comptabilité nationale de l'INSEE et les comptes de la santé de la DREES permettent de calculer le taux d'effort après AMO, qui est calculé comme le ratio du RAC après AMO et du revenu disponible brut (RDB), lequel correspond au revenu des ménages dont les prélèvements obligatoires ont été retranchés et prend en compte le solde des remboursements des organismes complémentaires et des primes qui leur sont versées.

Depuis le début des années 2000, le taux d'effort après AMO augmente assez régulièrement. Les années 2008 et 2009 ont été marquées par une plus forte croissance du taux d'effort due au ralentissement des revenus en 2008 et en 2009. En 2010, le taux d'effort après AMO se stabilise à 3,3 % du RDB, ce qui résulte du ralentissement de la croissance du RAC après AMO et de la légère amélioration des revenus des ménages.





Ces données globales sont utiles comme cadrage d'ensemble et pour suivre les évolutions dans le temps. Mais elles ne disent rien pour le suivi de l'objectif d'accessibilité financière pour les bas revenus. Ces informations doivent impérativement être complétées par des données détaillées par niveau de vie.

Taux d'efforts sur données détaillées : les résultats de la « microsimulation » (DREES)

Actuellement, les sources statistiques manquent pour calculer les quatre taux d'effort que le HCAAM estime nécessaires. L'objectif est exigeant, puisqu'il faut rassembler, pour un échantillon de ménages, les revenus, les prélèvements obligatoires pour la santé, les primes versées le cas échéant aux organismes d'assurance, les dépenses de santé, les remboursements des régimes obligatoires et ceux des organismes complémentaires.

Le projet « Monaco », mené sous l'égide de l'IDS, réunit l'IRDES, les assureurs maladie obligatoires et complémentaires pour mettre en commun les données de dépenses de santé et les remboursements obligatoires et complémentaires. La première étape, relative au test de faisabilité est en cours avec une évaluation prévue au premier trimestre 2012. La seconde étape consistera à construire l'échantillon pérenne, si le test est concluant.

Le HCAAM suit ce projet et en attend les résultats avec le plus grand intérêt. On doit néanmoins noter qu'il ne comporte pas, en l'état, de rapprochement avec les primes versées aux organismes complémentaires et les revenus.

Pour pallier ce manque de données observées, ***la DREES a construit un modèle, INES-OMAR, qui simule les situations individuelles d'un échantillon représentatif de ménages.*** Pour chaque ménage, sont ainsi estimés leurs dépenses de santé, leurs remboursements par l'assurance maladie obligatoire et les assurances complémentaires, leurs revenus et les cotisations qu'ils versent (publiques et privées). Cette modélisation micro-économique permet d'analyser les différentes mutualisations à l'œuvre dans le système de santé, selon plusieurs critères et notamment le niveau de vie des ménages.

Plusieurs résultats issus de cet outil de micro-simulation⁶⁹ ont déjà été publiés⁷⁰. La DREES présente ici pour le HCAAM une étude originale et spécifique sur les taux d'effort.

Comme l'indique la DREES dans sa note ci-dessous, une telle simulation présente un certain nombre de limites, inhérentes à l'exercice qui consiste à partir de données « simulées » (c'est-à-dire extrapolées des données réelles au moyen d'un modèle) et non directement observées. Par exemple, les contrats complémentaires qui sont attribués par le modèle aux ménages de l'échantillon le sont en fonction des caractéristiques des contrats les plus souscrits. La dispersion des primes et des remboursements est donc diminuée par rapport à la situation réelle. Par ailleurs, la taille de l'échantillon ne permet pas d'étude détaillée de sous-populations particulières. On doit également signaler qu'en l'état actuel des choses, il n'est pas possible de comparer les résultats obtenus sur plusieurs années.

⁶⁹ Une telle simulation est appelée « micro-simulation » en référence au fait que sont estimées les données pour chaque ménage, unité de base de l'échantillon, et par opposition aux estimations macro-économiques qui portent sur l'ensemble d'une population.

⁷⁰ « La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté », Comptes de la santé, 2009, DREES

« Comparaison des transferts intergénérationnels opérés par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires », Comptes de la santé, 2010, DREES

Sous ces réserves⁷¹, les principales conclusions de la DREES sont les suivantes :

- Le taux d'effort est plus élevé quand le niveau de vie est faible. Cette situation provient avant tout de la distribution des revenus, plus dispersée que celle des dépenses de santé et donc des remboursements.
- Malgré ce « profil », une importante redistribution verticale au profit des ménages les plus pauvres est opérée essentiellement par le biais des prélèvements affectés à l'assurance maladie. La contribution nette au système de santé est ainsi en moyenne négative sur les bas revenus et positive en moyenne sur les hauts revenus.
- Au sein de chaque décile de niveau de vie, le taux d'effort moyen recouvre une importante redistribution horizontale, au profit des ménages les plus touchés par la maladie, essentiellement opérée par les remboursements de l'AMO. Il y a donc, au sein de chaque tranche de niveau de vie, une grande dispersion des taux d'effort et une grande diversité de contributions nettes.

⁷¹ Auxquelles il faut évidemment ajouter les limites intrinsèques à la mesure des RAC indiquées dans l'étude des précédents indicateurs.

**Ministère du travail, de l'emploi et de la santé
Ministère du budget, des comptes publics et de la réforme de l'État
Ministère des solidarités et de la cohésion sociale**

**Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques**

**Sous-direction 'observation de la santé et
de l'assurance maladie'**

Bureau 'dépenses de santé et des relations
avec l'assurance maladie'

NOTE

Objet : Calculs Drees de taux d'effort des ménages à partir d'Ines-Omar

La connaissance de la structure de financement des dépenses de santé au niveau microéconomique et en particulier la distribution des restes à charge des individus représente un enjeu important, notamment pour permettre un pilotage fin des politiques de santé. Or, faute de données disponibles, jusqu'à présent ces éléments n'étaient connus qu'à un niveau macroéconomique, grâce aux comptes de la santé. Pour répondre à ce besoin de connaissances (en attendant que des données observées représentatives soient un jour disponibles), la Drees a construit un Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes à charge (Omar) afin de simuler au niveau individuel et au niveau du ménage le partage de la dépense entre les trois financeurs de la dépense de santé: la Sécurité sociale, l'organisme complémentaire et l'individu⁷².

Pour réaliser cette analyse visant à mettre en relation au niveau individuel dépenses de santé et financements associés, nous nous sommes appuyés sur une mise en œuvre combinée de deux outils de microsimulation développés par la Drees : Omar, Outil de Microsimulation pour l'Analyse des Restes à charge, et Ines, outil général d'analyse de la redistribution des revenus (développé conjointement avec l'Insee).

La note est organisée en deux parties. La première partie présente les calculs de taux d'effort des ménages par déciles de niveau de vie à partir d'Ines-Omar selon les différentes définitions proposées par le Hcaam. La deuxième partie discute la nature des résultats obtenus.

⁷² A ce jour, deux éditions d'Omar ont été élaborées : l'une sur données Epas-SPS 2006, l'autre sur données Epas-SPS 2008. La première édition a donné lieu à une publication dans le précédent ouvrage des comptes de la santé qui éclairait spécifiquement la question de l'accessibilité financière des soins des plus malades. De plus, un article plus méthodologique mobilisant aussi l'édition 2006 doit paraître prochainement dans un numéro d'Économie et Statistiques spécial économie de la santé.

II. Taux d'effort par déciles de niveau de vie à partir d'Ines-Omar

D'une façon générale, on entend par taux d'effort le rapport d'une dépense à un revenu. Dans son avis de janvier 2011 sur la mesure de l'accessibilité financière des soins, le Hcaam propose 4 approches du taux d'effort en santé : un taux d'effort brut, un taux d'effort après AMO, un taux après AMO et AMC et enfin un taux d'effort des dépenses volontaires. Chaque notion apporte un certain éclairage sur l'accessibilité financière. Chacune des notions fait intervenir la dépense totale de santé, les remboursements AMO et AMC, les cotisations maladie obligatoires, les primes d'assurance complémentaire et le revenu disponible⁷³.

1.1 Sources utilisées dans Ines-Omar

Ines-Omar est construit grâce au rapprochement de plusieurs sources d'informations : l'enquête Santé et Protection Sociale (ESPS), l'échantillon permanent d'assurés sociaux (Epas), l'enquête sur les contrats complémentaires les plus souscrits (ECPS) conduite par la Drees et le modèle de microsimulation Ines géré conjointement par l'Insee et la Drees.

L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) est une enquête bisannuelle réalisée par l'Irdes qui interroge tous les deux ans 8 000 ménages ordinaires environ, soit 22 000 individus résidant en France métropolitaine. Elle permet de recueillir des données sur les caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, revenus, catégorie socioprofessionnelle, composition du ménage...), sur les couvertures complémentaires ainsi que sur l'état de santé. La base de sondage servant à définir les individus interrogés est par construction incluse dans l'Échantillon Permanent des Assurés Sociaux (Epas), de manière à apparier les données de l'enquête avec les données de remboursements de l'Assurance Maladie.

L'Échantillon Permanent d'Assurés Sociaux (Epas) est un échantillon au 1/600^{ième} d'assurés sociaux du régime général. En tant que fichier administratif de liquidation, l'Epas permet de connaître les dépenses médicales présentées au remboursement. A noter que l'Epas utilisé ici (et servant de base de sondage à l'ESPS) est en réalité un Epas élargi puisqu'en plus des données de la Cnamts il comporte des assurés sociaux auprès de la MSA et du RSI.

L'enquête sur les contrats les plus souscrits est réalisée chaque année par la Drees auprès des trois types d'OC (sociétés d'assurances, instituts de prévoyance et mutuelles). Les questions portent sur les contrats couvrant le plus grand nombre de personnes pour chaque organisme enquêté, qu'ils fassent encore partie de l'offre commerciale ou non. Ils sont appelés contrats modaux⁷⁴. L'enquête permet d'une part de rassembler quelques informations sur l'activité globale de chaque organisme enquêté et d'autre part de décrire de façon détaillée les caractéristiques et les garanties proposées par les cinq contrats modaux qu'il propose.

Le principe du modèle de microsimulation Ines, développé par la Drees et l'Insee, consiste à appliquer la législation socio-fiscale à un échantillon représentatif de la population. Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la Cnaf et le détail des revenus déclarés à l'administration

⁷³ On entend ici par *revenu disponible* le revenu à la disposition du ménage pour consommer et épargner. Il comprend les revenus déclarés au fisc (revenus d'activité, retraites et pensions, indemnités de chômage et certains revenus du patrimoine), les revenus financiers non déclarés imputés (produits d'assurance vie, livrets exonérés, PEA, PEP, CEL, PEL) et les prestations sociales, nets des impôts directs (impôt sur le revenu, taxe d'habitation, contribution sociale généralisée - CSG - et contribution à la réduction de la dette sociale - CRDS -). Ce revenu disponible est ainsi proche du concept de revenu disponible brut (RDB) au sens de la comptabilité nationale, mais son champ est un peu moins étendu.

⁷⁴ Pour les contrats individuels, les questions portent sur les trois contrats couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de l'ensemble des contrats individuels de chaque organisme. Pour les contrats collectifs, les questions portent sur les deux contrats couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de l'ensemble des contrats collectifs de chaque organisme, que l'adhésion soit obligatoire ou facultative. Les contrats couvrant les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont hors du champ de l'enquête. Les organismes concernés relèvent de la France métropolitaine et des Dom.

fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. L'échantillon est représentatif de la population vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire (logement non collectif).

2.1 Taux d'effort brut

Le taux d'effort brut d'un ménage est égal au rapport de l'ensemble des dépenses liées à la santé (cf. Annexe 1 pour le niveau des dépenses selon le décile de niveau de vie) et de l'ensemble des ressources. L'ensemble des dépenses correspond aux dépenses de soins, aux prélèvements obligatoires pour la santé et aux primes versées le cas échéant aux organismes complémentaires. L'ensemble des ressources englobe les revenus du ménage nets des prélèvements obligatoires versés pour les autres risques que la santé, les remboursements des régimes obligatoires et complémentaires.

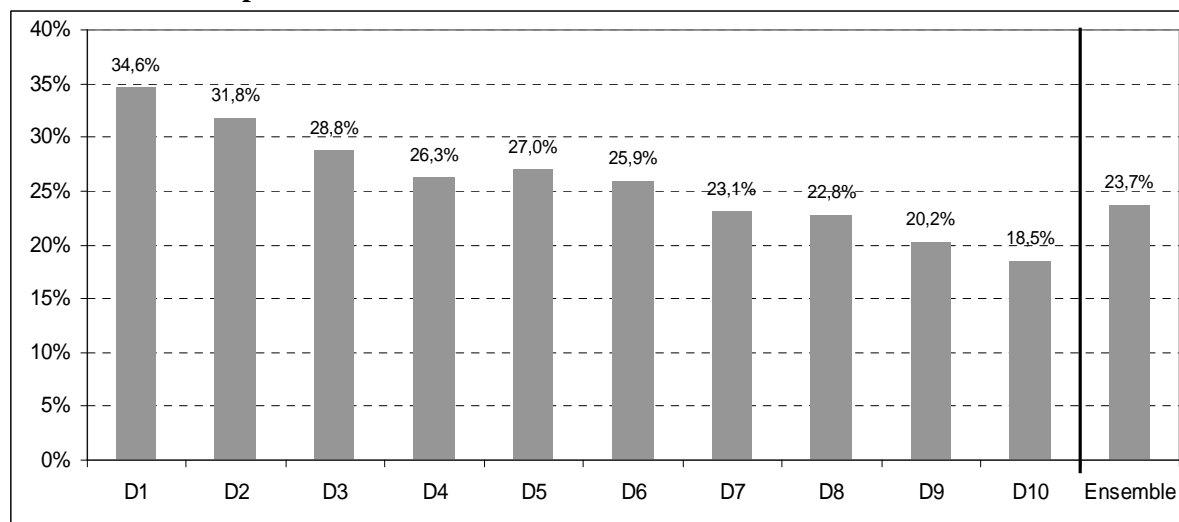
Cet indicateur est sensible aux dépenses de soin et aux prélèvements obligatoires pour la santé. Compte tenu du fait qu'elles sont d'un montant bien moindre, les primes versées aux organismes complémentaires ont un effet peu visible sur cet indicateur. De plus, il n'est pas sensible aux modalités de remboursements obligatoire et complémentaire, qui sont consolidés avec le revenu.

Pour le calcul de cet indicateur, voici la formule explicite retenue par la Drees :

$$\text{Taux d'effort brut} = \frac{\text{Dépenses de santé} + \text{Cotisations patronales} + \text{CSG revenus et patrimoine} + \text{Primes totales} - \text{ACS}}{\text{Revenu disponible augmenté des contributions AMO} + \text{Remboursements AMO} + \text{Remboursements AMC}}$$

Selon les données de la Drees, en 2008, les ménages du premier décile de niveau de vie ont un taux d'effort brut de près de 35 % et ceux du dernier décile d'environ 18 %, la moyenne se situant à près de 25 % pour l'ensemble des ménages. Le taux d'effort brut des ménages du premier décile est donc près de deux fois plus important que celui des ménages du dernier décile.

Taux d'effort brut par décile de niveau de vie



Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008.

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

2.2 Taux d'effort après AMO

Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO et le revenu disponible des ménages. Cet indicateur « consolide » au numérateur les dépenses de soins et les remboursements des régimes obligatoires et au dénominateur les revenus, les prélèvements obligatoires pour la santé, ceux des organismes complémentaires nets des remboursements de ces organismes.

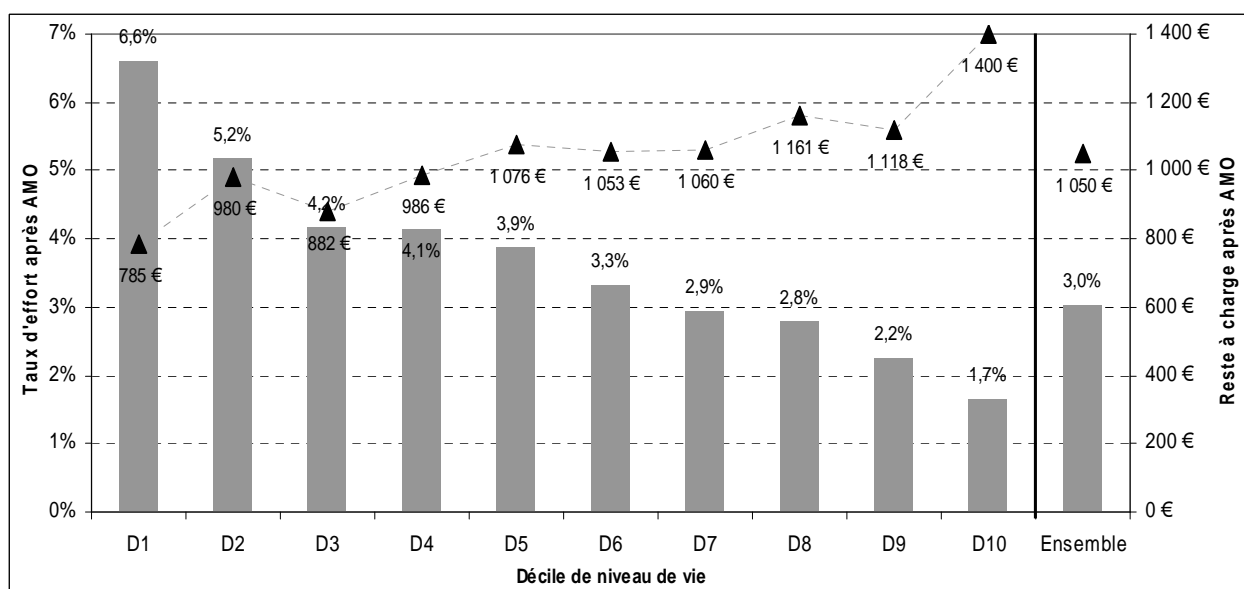
Cet indicateur de taux d'effort est sensible au RAC après AMO. Cet indicateur ne rend en revanche pas compte de la mutualisation opérée par les organismes complémentaires (car leurs remboursements et leurs primes pèsent peu vis-à-vis du revenu avec lequel ils sont consolidés). Il ne l'est pas non plus vis-à-vis des prélèvements obligatoires pour la santé.

Pour le calcul de cet indicateur, voici la formule explicite retenue par la Drees :

$$\text{Taux d'effort après AMO} = \frac{\text{Dépenses de santé} - \text{Remboursements AMO}}{\text{Revenu disponible} + \text{Remboursements AMC} - \text{Primes totales} + \text{ACS}}$$

Selon les données de la Drees, en 2008, les ménages du premier décile de niveau de vie ont un taux d'effort après AMO d'environ 6,6 % et ceux du dernier décile d'environ 1,6 %, la moyenne se situant à 3 % pour l'ensemble des ménages⁷⁵. Le taux d'effort après AMO des ménages du premier décile est donc quatre fois plus important que celui des ménages du dernier décile.

En niveau, le reste à charge correspondant (dépenses de santé – remboursements AMO) est cependant près de deux fois plus faible pour les ménages du premier décile par rapport aux ménages du dernier décile.



Taux d'effort après AMO par décile de niveau de vie

Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008.

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

Rappelons enfin que la CMU-C est considérée, dans l'ensemble de ces travaux, comme une couverture complémentaire et non comme une couverture principale élargie. En conséquence, ce premier taux d'effort, « après AMO », ne prend pas en compte les remboursements au titre de la CMU-C.

⁷⁵ Selon la comptabilité nationale, le taux d'effort après AMO pour l'ensemble des ménages est de 3,2 % en 2008. La différence s'explique par la différence de champ (les personnes en institution sont exclues de la microsimulation ainsi que les habitants des DOM) et des différences méthodologiques.

2.3 Taux d'effort après AMO et AMC

Le taux d'effort après AMO et AMC est le rapport entre le RAC après AMO et AMC et le revenu disponible des ménages diminué des cotisations versées aux organismes complémentaires.

Cet indicateur de taux d'effort après AMO et AMC est sensible aux modalités de remboursement des soins, à la fois par les régimes de base et par les régimes complémentaires. Il n'est en revanche pas sensible aux primes versées par les OC car elles sont consolidées avec les revenus.

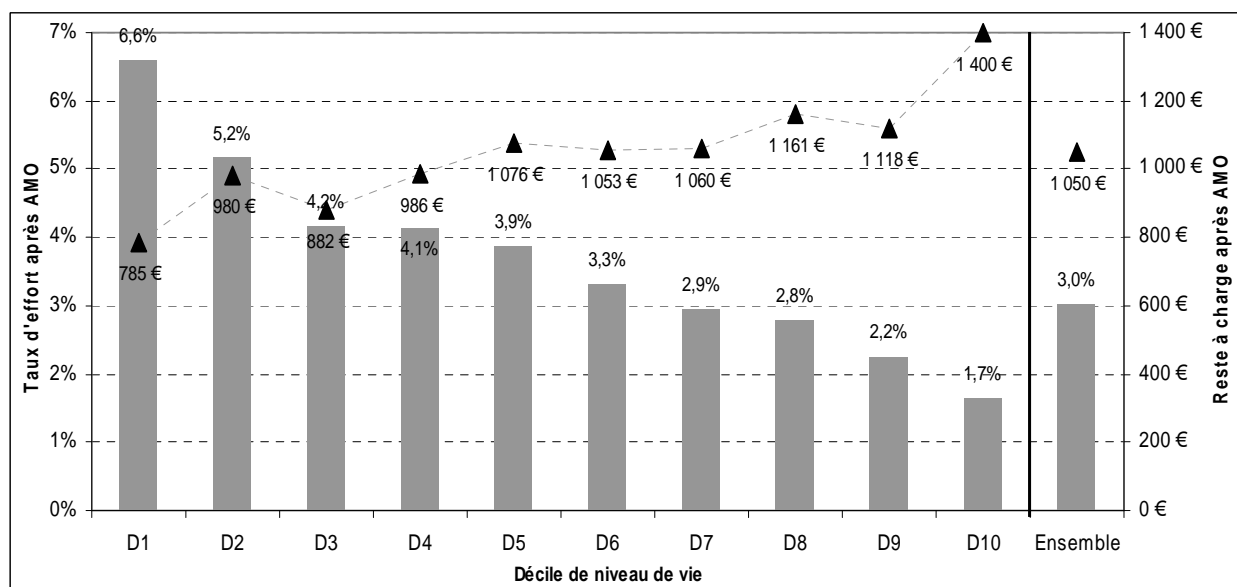
Cet indicateur prend en compte les remboursements permis par la CMU-C (considérée comme une couverture complémentaire à proprement parler). Les bénéficiaires de la CMU-C ne versent pas de cotisations à ce titre ; la CMU-C est en effet financée par une taxe payée par les organismes complémentaires mais supportée *in fine* par les autres assurés *via* des primes majorées.

Pour le calcul de cet indicateur, voici la formule explicite retenue par la Drees :

$$\text{Taux d'effort après AMO et AMC} = \frac{\text{Reste à charge après AMO et AMC}}{\text{Revenu disponible} - \text{Primes totales} + \text{ACS}}$$

Selon les données de la Drees, en 2008, les ménages du premier décile de niveau de vie ont un taux d'effort après AMO et AMC d'environ 1,6 % et ceux du dernier décile d'environ 0,7 %, la moyenne se situant à 1 % pour l'ensemble des ménages. Le taux d'effort après AMO et AMC des ménages du premier décile est donc deux fois plus important que celui des ménages du dernier décile.

En niveau, le reste à charge correspondant (dépenses de santé – remboursements AMO – remboursements AMC) est cependant trois fois plus faible pour les ménages du premier décile par rapport aux ménages du dernier décile.



Taux d'effort après AMO et AMC par décile de niveau de vie

Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008.

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

2.4 Taux d'effort des dépenses « volontaires »

Le taux d'effort des dépenses volontaires est le rapport entre le RAC après AMO et AMC augmenté des primes versées aux organismes complémentaires et le revenu net des ménages.

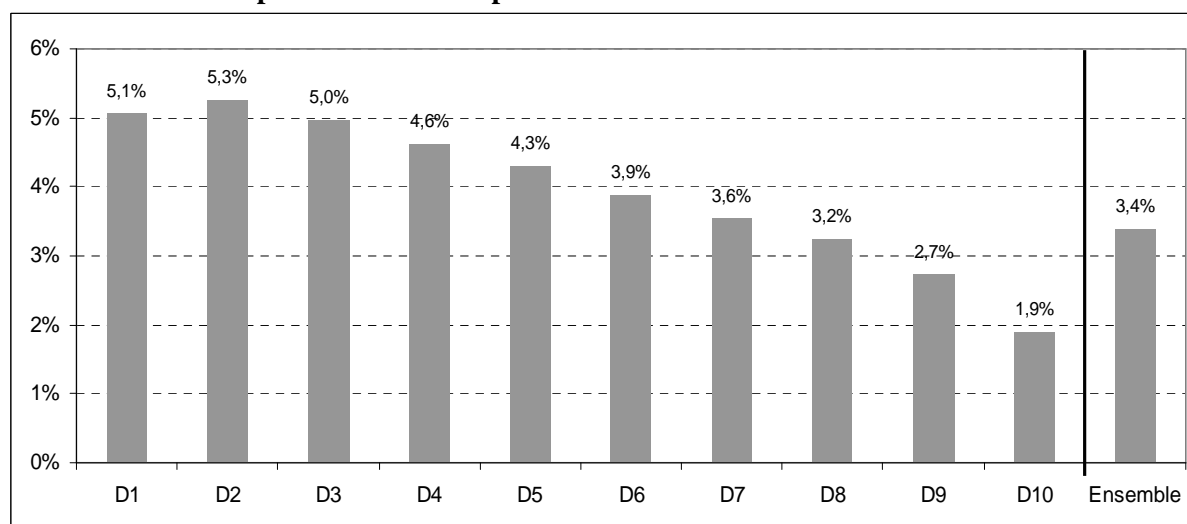
Par construction, cet indicateur est sensible au RAC après AMO et AMC et aux primes versées aux organismes complémentaires, ce qui n'est le cas d'aucun des autres indicateurs de taux d'effort.

Pour le calcul de cet indicateur, voici la formule explicite retenue par la Drees :

$$\text{Taux d'effort des dépenses volontaires} = \frac{\text{Reste à charge après AMO et AMC} + \text{Primes totales} - \text{ACS}}{\text{Revenu disponible}}$$

Selon les données de la Drees, en 2008, les ménages du premier décile de niveau de vie ont un taux d'effort des dépenses volontaires d'environ 5,2 % et ceux du dernier décile d'environ 1,9 %, la moyenne se situant autour de 3 % pour l'ensemble des ménages. Le taux d'effort des dépenses volontaires des ménages du premier décile est donc deux à trois fois plus important que celui des ménages du dernier décile.

Taux d'effort des dépenses volontaires par décile de niveau de vie



Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

II. Interprétation des résultats et discussion

2.1 Des indicateurs inégalement sensibles aux différents paramètres d'intérêt

Selon la définition du taux d'effort retenue, les paramètres d'intérêt (prélèvements obligatoires, primes versées aux OC, remboursements AMO et AMC) apparaissent tantôt au numérateur, tantôt au dénominateur, si bien que leur influence sur le taux d'effort peut être plus ou moins importante. Le tableau ci-dessous présente la sensibilité des 4 indicateurs aux différents paramètres.

Sensibilité des indicateurs de taux d'effort à ...

	Prélèvements obligatoires pour la santé	Modalités de remboursements AMO	Modalités de remboursements AMO et AMC	Primes versées aux OC
Taux d'effort brut	X			
Taux d'effort après AMO		X		
Taux d'effort après AMO et AMC			X	
Taux d'effort des dépenses « volontaires »			X	X

Notons que le revenu disponible figurant systématiquement au dénominateur de chacun des taux d'effort précédent, tous les indicateurs y sont donc sensibles.

2.2 Les disparités importantes de taux d'effort entre déciles ne doivent pas faire oublier les mécanismes puissants de redistributions verticale et horizontale opérées par l'Assurance Maladie

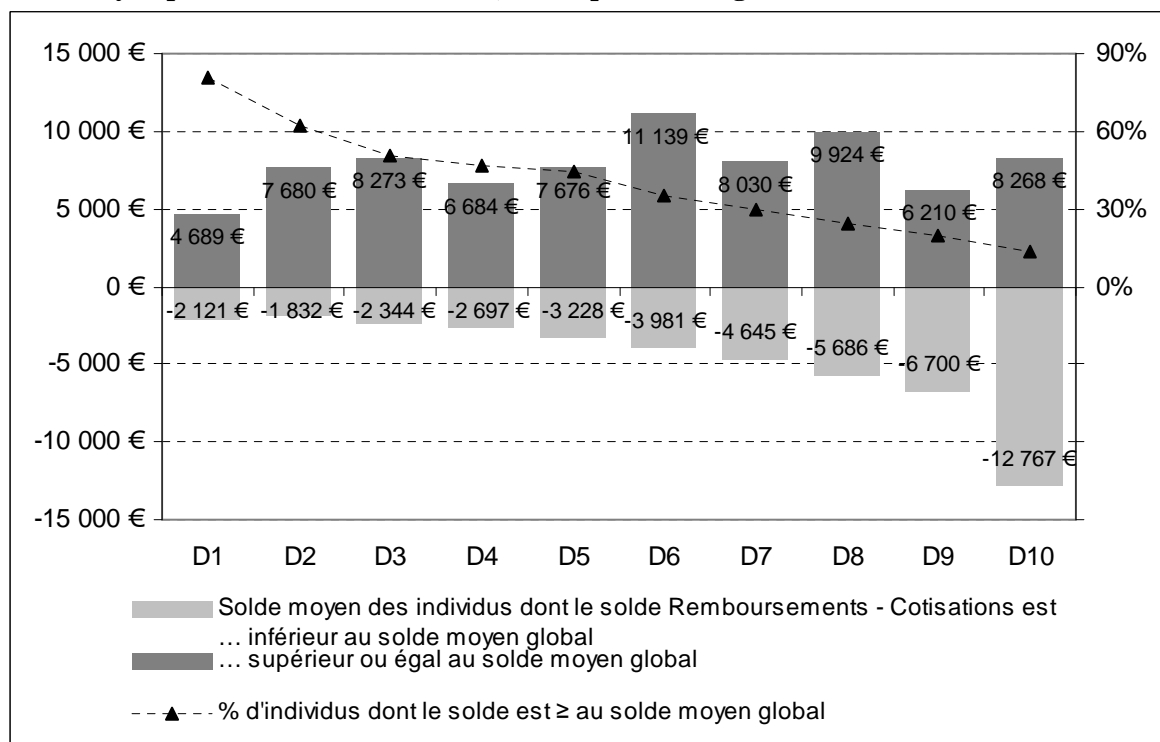
Quel que soit l'indicateur de taux d'effort retenu, le taux d'effort est plus élevé quand le niveau de vie est faible. Cette situation est en grande partie mécanique et provient avant tout de la distribution des revenus, plus dispersée que les dépenses de santé et par suite les remboursements AMO et AMC. Ainsi par exemple, entre le 1^{er} décile et le 10^{ème} décile, le revenu est multiplié par 8 quand le RAC après AMO et AMC n'est multiplié que par 3.

Par ailleurs, les moindres taux d'effort observés pour les déciles supérieurs ne doivent pas masquer l'importante redistribution verticale opérée par l'assurance maladie obligatoire au profit des ménages les plus modestes.

Le graphique ci-dessous fait apparaître, entre autres, la part de ménages « bénéficiaires » selon le décile de niveau de vie. La notion de ménage « bénéficiaire » (respectivement « non bénéficiaire ») renvoie à un ménage dont l'écart entre les remboursements AMO et AMC et les cotisations AMO et AMC est supérieur ou égal (respectivement inférieur) à l'écart moyen calculé sur l'ensemble de la population⁷⁶.

⁷⁶ Cet écart moyen calculé pour 2006 est de -326€ : en moyenne, à partir des données issues des modèles de microsimulation Ines-Omar, les ménages de France métropolitaine versent des cotisations AMO et AMC supérieures de 326€ aux prestations qu'ils reçoivent de ces mêmes AMO et AMC.

Solde moyen par décile de niveau de vie, selon que le ménage est « bénéficiaire » ou non



Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine.

Note de lecture : le solde présenté ici est la différence entre les remboursements AMO et AMC et les cotisations AMO et AMC. Le solde moyen global calculé sur l'ensemble des ménages vaut -326€. Nous appelons « bénéficiaires » les ménages dont le solde est supérieur à ce solde moyen. Ainsi, 81% des ménages du 1^{er} décile de niveau de vie perçoivent des prestations AMO et AMC supérieures à leurs cotisations AMO et AMC (ou au moins inférieures de moins de 326€ à leurs cotisations) : leur solde moyen est de 4689€. Seuls 20% des ménages de ce même décile versent des cotisations annuelles supérieures aux prestations qu'ils reçoivent de plus de 326€ : leur solde moyen s'établit à -2121€.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

Le graphique ci-dessus fait apparaître à la fois la part des ménages « bénéficiaires » dans l'ensemble des ménages de leur décile de niveau de vie, mais représente aussi les soldes « Remboursements – Cotisations » moyens pour les deux sous-groupes définis précédemment. Ce graphique montre que la part des « bénéficiaires » décroît très sensiblement avec le niveau de vie, passant de 81% de ménages bénéficiaires dans le premier décile de niveau de vie, à 14% dans le dernier décile.

L'analyse fine des soldes moyens par décile de niveau de vie, selon que le ménage est « bénéficiaire » ou non révèle qu'en outre le solde moyen des ménages « non bénéficiaires » est fortement décroissant avec le niveau de vie.

Au final, plus un ménage est riche, plus la probabilité de recevoir de l'AMO et de l'AMC moins qu'il ne leur donne est élevée. Dans ce cas, l'écart entre ce qu'il donne et ce qu'il reçoit est d'autant plus grand que le ménage est riche.

L'assurance maladie opère également une importante redistribution horizontale : le graphique précédent montre bien qu'il existe des ménages « bénéficiaires » dans tous les déciles de niveau de vie. Il est d'ailleurs important de noter que le terme « bénéficiaires » employé ici est impropre car les ménages concernés sont avant tout des ménages plus touchés par la maladie. Ainsi, près de 14% des ménages du 10^{ème} décile de niveau de vie reçoivent des prestations santé qui sont supérieures à leurs cotisations AMO et AMC : leur solde moyen s'élève en effet à plus de 8000€.

L'assurance maladie opère donc à la fois une redistribution verticale par le biais des cotisations d'AMO croissantes avec les revenus et une redistribution horizontale entre malades et bien-portants, quel que soit le niveau des revenus.

L'analyse fine des mécanismes de redistribution verticale opérée par l'assurance maladie obligatoire et les assurances maladie complémentaires à partir d'Ines-Omar fera l'objet d'une étude de la Drees en 2012.

2.3 La question de la soutenabilité financière du coût de la santé pour les premiers déciles de niveau de vie

Cependant, si la question posée est celle de la soutenabilité financière du coût de la santé, il importerait de compléter l'analyse précédente en s'intéressant plus particulièrement aux ménages appartenant aux premiers déciles de niveau de vie. Dans l'idéal, il faudrait pouvoir raffiner l'analyse de deux manières. Premièrement, en dépassant la notion de revenu disponible actuellement utilisée dans le calcul des différents indicateurs de taux d'effort, pour une notion de reste à vivre, une fois acquittées les dépenses incompressibles. Deuxièmement, il faudrait pouvoir substituer aux taux d'effort moyens par décile, une analyse fine de l'éventail des situations au sein de chaque décile (autrement dit, une analyse en distribution).

Au vu de la méthodologie retenue pour élaborer l'outil Ines-Omar, il n'apparaît pas possible de descendre à un niveau bien plus fin que la moyenne par décile. Une étude détaillée des queues de distribution, s'intéressant par exemple au cas des ménages du 1^{er} décile de niveau de vie aux dépenses de santé les plus élevées, ne peut en effet pas être réalisée à partir de données en partie simulées.

Annexe méthodologique

Champ de l'outil Ines-Omar

S'appuyant sur l'enquête SPS et l'outil Ines, Omar est seulement représentatif des ménages vivant en France métropolitaine, hors ménages en institution. Côté dépenses, s'appuyant sur les données de l'Epas issue des systèmes d'information de l'Assurance maladie, l'outil ne porte donc que sur les dépenses présentées au remboursement. Une autre limite inhérente à l'appariement Epas-ESPS est la sous-représentation des individus ayant de fortes dépenses hospitalière. Néanmoins, des dispositions particulières ont été prises pour que les dépenses imputées dans Ines-Omar soient calées sur la distribution Epas des dépenses hospitalières. Côté contrats complémentaires, l'information concerne les contrats les plus souscrits⁷⁷. De fait, nous ne tenons pas compte des contrats de niches (très peu ou très couvrants), ce qui impacte naturellement la valeur simulée du remboursement par les organismes complémentaires en diminuant sa dispersion. Enfin, en ce qui concerne l'information sur les cotisations obligatoires issue d'Ines, il est à noter que les recettes fiscales (droits alcool, tabac, médicament *etc.*) en sont exclues tout comme les produits techniques (dont transferts entre caisses) reçues par la branche maladie. Notons toutefois que ces diverses sources de financement ne pèsent pas directement sur le budget des ménages.

Périmètre des recettes retenues dans la modélisation

Assurance Maladie Obligatoire (AMO)

Les résultats présentés dépendent fortement du périmètre des prélèvements pris en compte.

Sont retenues ici la part maladie de la CSG ainsi que les cotisations sociales patronales et non salariées du risque maladie. La question de l'incidence économique se pose pour le traitement des cotisations patronales. L'hypothèse retenue ici est de considérer que les cotisations patronales sont *in fine* payées par les salariés et doivent donc être comptabilisées dans les différents soldes que l'on calcule. Ce choix est cohérent avec celui fait pour les cotisations sociales des indépendants pour lesquelles la distinction entre part salariale et part patronale ne sont pas distinguées.

Les recettes fiscales (droits alcool, tabac, médicament *etc.*) sont en revanche exclues. D'un point de vue fiscal ces recettes n'ont pas lieu d'être individualisées et elles ne sont en outre pas aisément individualisables dans Ines en l'absence d'une structure fine de la consommation et ne sont donc pas comptabilisées dans le modèle. Le biais éventuel introduit est de toute façon très faible. Le montant total de ces recettes s'élève à 14Mds € contre 119Mds € en 2008 pour les cotisations sociales et la CSG maladie. L'absence de cette partie du financement ne modifie donc pas les résultats et les conclusions présentés ici.

Enfin la branche maladie reçoit également des produits techniques (dont des transferts entre caisses) qui ne sont pas modélisés ici. Là encore, cela n'affecte pas les conclusions de l'étude puisque d'une part, dans le cadre de ce travail sur données individuelles on peut considérer que ces diverses sources de financement ne pèsent pas directement sur le budget des ménages et que d'autre part le but de la micro-simulation n'est pas ici de reconstituer le bilan de l'AMO.

⁷⁷ Les trois les plus souscrits par organisme pour les contrats individuels, et les deux les plus souscrits par organisme pour les contrats collectifs.

Assurance Maladie Complémentaire (AMC)

Dans le champ des couvertures complémentaires, seuls les contrats collectifs et certains contrats individuels de la fonction publique sont co-financés par l'assuré et son employeur. Ici encore, les primes associées à chaque assuré n'ont pas été décomposées entre financement par le salarié et financement par l'employeur. Deux raisons principales motivent ce choix méthodologique. Tout d'abord, dans le cas de contrats collectifs pour lesquels la participation de l'employeur est en moyenne de 58 %, cette participation peut être assimilée à un salaire indirect. Ensuite, pour les contrats collectifs obligatoires et responsables – mis en place dans trois quarts des établissements proposant un contrat collectif – les primes totales (parts salarié et employeur) sont déductibles des revenus imposables du salarié (Art 83 - 1° quater du Code Général des Impôts), dans la limite d'un plafond annuel fixé par la législation. Au-delà de ce plafond, les montants sont à ajouter aux revenus imposables. De même, l'employeur est exonéré de charges sociales sur sa participation. Enfin, ce choix de ne pas distinguer les cotisations du salarié et de l'employeur permet de traiter de manière homogène le financement de l'AMO et de l'AMC.

Limites pesant sur les montants des primes imputées

Dans Ines-Omar, la simulation des cotisations versées aux OC se fonde sur les montants totaux déclarés par les organismes pour un contrat donné dans ECPS. Suivant que le contrat est individuel ou collectif, le mode de calcul de ces primes n'est pas le même.

A partir des montants totaux déclarés dans ECPS, il est en effet possible de reconstituer le montant moyen versé par souscripteur. Il suffit pour cela de diviser les montants totaux par les effectifs déclarés. Pourtant, l'objectif d'un modèle de microsimulation est de dépasser la vision moyenne et d'arriver à simuler l'hétérogénéité présente dans une population.

L'hétérogénéité des primes versées aux organismes complémentaires dépend en fait du type de contrats. Ainsi, l'observation des contrats proposés par ces organismes fait apparaître une différence dans la fixation des primes, suivant que le contrat est collectif ou individuel. En réalité, les primes versées au titre de contrats collectifs sont rarement modulées suivant le nombre de bénéficiaires (souscripteur et ayants-droit) ou l'âge du souscripteur : la logique même de ces contrats implique en effet une mutualisation des risques au sein du groupe concerné et donc une homogénéisation du niveau des primes. En résumé, l'hétérogénéité des primes versées au titre d'un contrat collectif donné est très faible.

A l'inverse, les contrats individuels couvrent, par définition, un risque individuel. De ce fait le niveau de la prime est fixé en fonction de l'âge du souscripteur (et donc indirectement en fonction de son état de santé) mais dépend aussi du nombre d'ayants-droit rattachés au souscripteur du contrat. Cette logique de fixation des primes est ainsi à l'origine d'une hétérogénéité non négligeable dans le niveau des primes versées au titre d'un même contrat.

Cette différence quant au niveau d'hétérogénéité des primes suivant que le contrat est individuel ou collectif est à l'origine du traitement différencié réservé à l'imputation des primes dans Ines-Omar, suivant le type de contrat souscrit. L'hétérogénéité des primes pour un contrat collectif donné étant faible, la prime imputée dans Ines-Omar à un individu détenteur d'un tel contrat correspond à la prime moyenne obtenue à partir de l'ECPS. Parallèlement, les primes imputées aux souscripteurs de contrats individuels ne peuvent correspondre à cette seule moyenne. La moyenne obtenue à partir de l'ECPS est donc modulée suivant l'âge et le nombre de bénéficiaires couverts par le contrat.

Cette modulation du niveau des primes repose sur les données publiées annuellement par le Fonds CMU dans son rapport sur l'évolution des prix et du contenu des contrats ayant donné droit à l'ACS. Ce rapport présente entre autres l'effet marginal sur la prime de l'augmentation du nombre de bénéficiaires. De même, la modulation des primes en fonction de l'âge du souscripteur peut être simulée dans Ines-Omar à partir de ce rapport. Pour cela, les taux de variation du niveau des primes entre classes d'âge publiés le Fonds CMU sont appliqués aux moyennes obtenues à partir de l'ECPS.

In fine, les primes versées au titre de contrats individuels sont bien modulées suivant l'âge du souscripteur et le nombre de bénéficiaires du contrat.

Les résultats obtenus sur les primes par cette méthode sont en cohérence avec les données commerciales mises à disposition par les organismes de couverture maladie complémentaire. Toutefois, afin d'améliorer encore les montants simulés, des modifications méthodologiques seront apportées à Ines-Omar dès lors que la nouvelle version de l'enquête sur les contrats les plus souscrits sera disponible.

Individualisation des cotisations versées aux organismes de couverture complémentaire

Les cotisations versées aux organismes de couverture complémentaire ne sont pas connues au niveau individuel, il a fallu individualiser le coût d'un contrat au sein d'un ménage. Dans une logique assurantielle, chaque nouveau bénéficiaire a un coût : il semble donc cohérent de faire supporter les cotisations à l'ensemble des bénéficiaires. Ce raisonnement s'applique totalement au cas des contrats individuels. Concernant les contrats collectifs, les logiques prévalant à la mise en place de la couverture ne sont pas les mêmes, et le fait de rattacher un ayant-droit à une couverture complémentaire n'entraîne pas nécessairement de surcoût. Au final, les cotisations versées aux OC sont donc équi-réparties entre les bénéficiaires de contrats individuels mais restent pleinement supportées par le souscripteur dans le cas de contrats collectifs.

Méthode de rapprochement d'Ines avec Omar

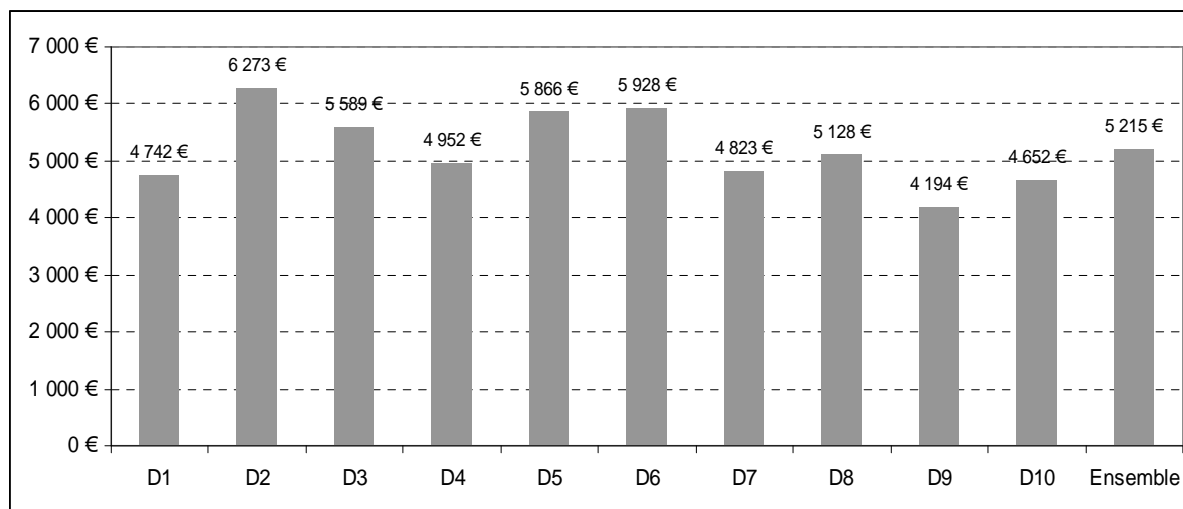
Utilisant des méthodes identiques à celles mises en œuvre pour l'élaboration d'Omar, le rapprochement d'Ines et Omar dans leurs éditions 2008 s'est fait en trois temps :

- *Première étape* : Imputation d'une couverture complémentaire santé. On commence par déterminer si le ménage est éligible à la CMU-C sur la base de son revenu/UC et du barème CMU-C. Si tel est le cas, on simule aléatoirement si le ménage recourt effectivement au dispositif (auquel cas tous les membres seront à la CMU-C), ou s'il ne recourt pas (auquel cas, aucun de ses membres ne sera couvert). Pour les ménages non éligibles à la CMU-C, on détermine la couverture de chacun de leurs membres grâce à un rapprochement par *hot deck* avec les contrats complémentaires présents dans Omar⁷⁸, sur la base de caractéristiques ménage.
- *Deuxième étape* : Imputation des dépenses de santé (et variables connexes) au niveau individuel par *hot deck*⁷⁹. Pour cette étape, seules les dépenses en clair de l'appariement Epas-ESPS sont utilisées. Contrairement à ce qui est fait dans Omar, les dépenses sont imputées en un seul bloc (comprenant donc optique, dentaire et autres dépenses). Cette étape arrive dans un deuxième temps, dans la mesure où l'information sur la couverture maladie complémentaire (pas couvert, couvert par une assurance privée, couvert par la CMU-C) est utilisée comme critère supplémentaire pour guider l'imputation des dépenses.
- *Troisième étape* : Calcul du montant remboursé par l'organisme complémentaire par application des taux de remboursements complémentaires aux dépenses imputées.

⁷⁸ Et donc issus de l'enquête Drees sur les contrats les plus souscrits et imputés par tirage au sort.

⁷⁹ Le *Hot Deck* désigne une procédure d'imputation alternative à la méthode par équation et résidus simulés. Assez proche de la méthode du plus proche voisin, le *hot deck* consiste à former des strates de « receveurs » (pour lesquels l'information est manquante ou inconnue) et de « donneurs » (pour lesquels l'information est disponible). Le receveur d'une strate donnée se voit alors affecter par tirage au sort l'information reliée à un donneur appartenant à la strate correspondante (*i.e.* identique à la strate du receveur vis-à-vis de certaines caractéristiques préalablement définies).

Annexe 1 – Dépenses de santé selon le décile de niveau de vie



Source : Drees, microsimulation Ines-Omar, 2008

Champ : ménages ordinaires, France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie ; dépenses individualisables seulement.

Note de lecture : les ménages appartenant au premier décile de niveau de vie dépensent en moyenne 4740€ par an pour des soins présentés au remboursement de l'assurance maladie.

Note sur le barème des déciles de niveau de vie des ménages (UC Insee) : D1 ≤ 10754€, D2 ≤ 13262€, D3 ≤ 15248€, D4 ≤ 17061€, D5 ≤ 19168€, D6 ≤ 21530€, D7 ≤ 24402€, D8 ≤ 28515€, D9 ≤ 35985€ et D10 > 35985€.

Annexe 2 - Reste à charge maladie selon le décile de dépenses de santé du ménage

Cette fiche présente la structure de financement des dépenses de santé et le reste à charge des ménages en fonction du niveau de dépenses de santé des ménages, à partir du modèle de microsimulation Ines-Omar. Les ménages sont classés par décile en fonction du niveau de leurs dépenses de santé.

Les dépenses des 10 % des ménages ayant les dépenses les plus élevées s'élèvent en moyenne à près de 28 000 euros. Grâce aux remboursements de l'assurance maladie obligatoire, et notamment aux prises en charges élevées des dépenses hospitalières et des dépenses en lien avec une affection de longue durée donnant droit à exonération, seulement 8 % de ces dépenses restent à leur charge en moyenne avant remboursement des assureurs complémentaires. Après remboursement des assureurs complémentaires, ce reste à charge se limite à environ 2 % de la dépense.

Pour les ménages ayant des dépenses de santé inférieures à la médiane (déciles 1 à 5), le reste à charge après AMO est supérieur à 40 %, et le reste à charge après AMO et AMC est d'environ 12 %. Toutefois, ces restes à charges en % s'appliquent à des dépenses de niveaux très différents, particulièrement élevés dans le dernier décile, si bien que au final, malgré les remboursements AMO et AMC, les ménages ayant les dépenses les plus élevées font bien face aux restes à charges les plus élevés.

Dans l'analyse des distributions, l'outil de microsimulation Ines-Omar ne permet pas de descendre à un niveau plus fin que les déciles. Il est vraisemblable que dans le dernier décile, les dépenses et les restes à charge moyens masquent en fait des disparités importantes.

Tableau 1 - Restes à charge en santé suivant le décile de dépenses de santé du ménage

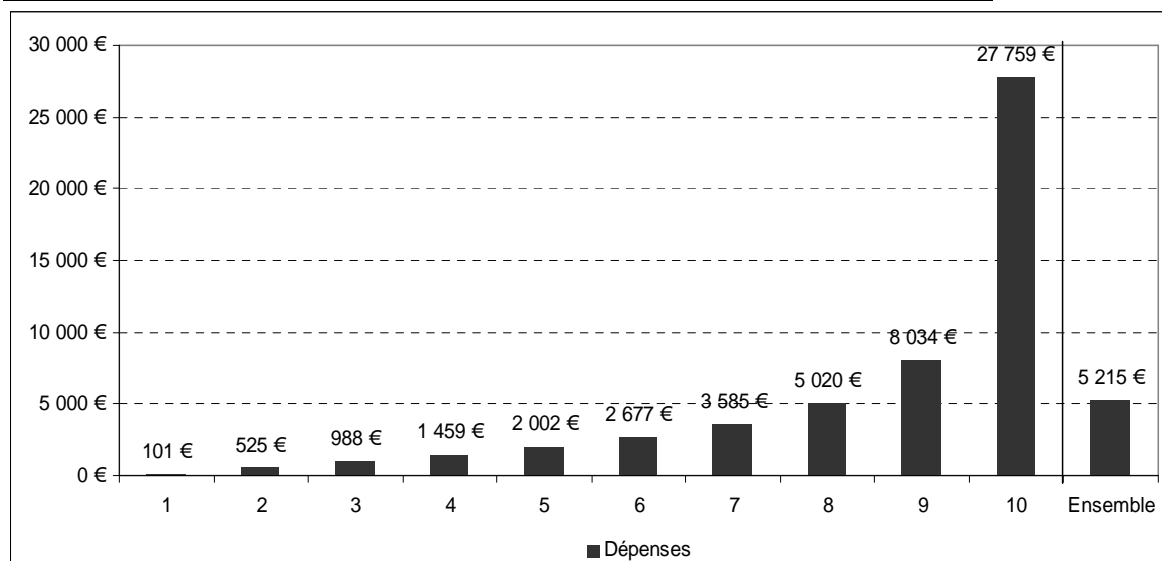
Décile de dépenses de santé du ménage	Dépenses moyennes	RAC avant AMC moyen	RAC après AMC moyen	Dépenses moyennes	RAC avant AMC moyen	RAC après AMC moyen	RAC avant AMC moyen	RAC après AMC moyen
	... par ménage			... par individu			... en % de la dépense	
D1	101 €	41 €	12 €	83 €	34 €	10 €	41%	12%
D2	525 €	237 €	64 €	316 €	143 €	39 €	45%	12%
D3	988 €	447 €	121 €	485 €	219 €	59 €	45%	12%
D4	1 459 €	634 €	170 €	657 €	286 €	77 €	43%	12%
D5	2 002 €	848 €	229 €	811 €	343 €	93 €	42%	11%
D6	2 677 €	1 085 €	315 €	1 042 €	422 €	123 €	41%	12%
D7	3 585 €	1 366 €	426 €	1 373 €	524 €	163 €	38%	12%
D8	5 020 €	1 633 €	555 €	1 880 €	612 €	208 €	33%	11%
D9	8 034 €	1 921 €	680 €	3 020 €	722 €	256 €	24%	8%
D10	27 759 €	2 286 €	664 €	11 518 €	949 €	276 €	8%	2%
Ensemble	5 215 €	1 050 €	324 €	2 318 €	467 €	144 €	20%	6%

Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; dépenses de santé individualisables et présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : Afin de tenir compte de l'effet taille des ménages (plus un ménage a de membres, plus ses dépenses de santé sont élevées), le Tableau 1 présente les montants moyens par ménage et par membre de ménage. Les 10% des ménages ayant les dépenses de santé les plus élevées (D10) dépensent en moyenne sur un an 27 759 euros, soit en moyenne 2 318 euros par membre de ces ménages.

Graphique 1 - Dépenses de santé moyennes suivant le décile de dépenses de santé du ménage

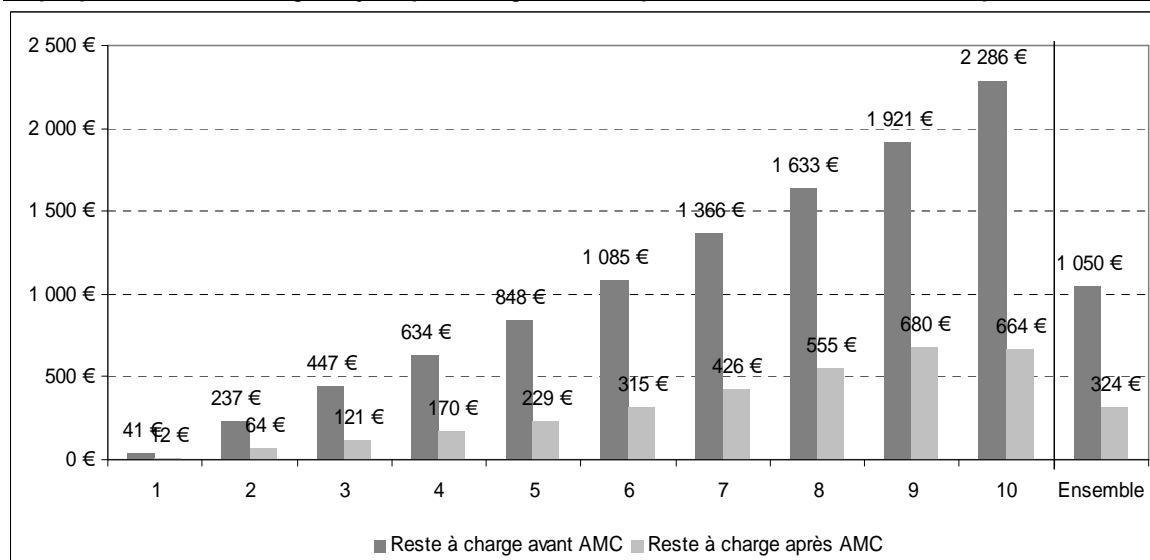


Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; dépenses de santé individualisables et présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : les 10% des ménages ayant les dépenses de santé les plus élevées (D10) dépensent en moyenne sur un an 27 759 euros.

Graphique 2 - Restes à charge moyens par ménage avant et après AMC suivant le décile de dépenses du ménage



Source : Ines-Omar 2008.

Champ : ménages ordinaires de France métropolitaine ; dépenses de santé individualisables et présentées au remboursement de l'assurance maladie.

Note de lecture : les 10% des ménages ayant les dépenses de santé les plus élevées (D10) ont un reste à charge avant AMC de 2 286 euros en moyenne par an et un reste à charge après AMC de 664 euros.

B3. Recours efficient au système de soins

Aucun indicateur n'a pour l'instant été dégagé par le HCAAM, au soutien de cette approche qu'il estime néanmoins fondamentale.

Les travaux à conduire doivent viser à cerner des mesures de reste à charge associés à un recours pertinent au système de soins. Autrement dit : le reste à charge qu'il est d'autant plus nécessaire de combattre qu'il correspond à de la dépense médicalement justifiée.

C'est sur la base de tels indicateurs que peuvent notamment se décider des politiques incitatives à certains comportements (par exemple, de prévention, de recours aux soins primaires, etc.).

B4. Renoncement aux soins pour raisons financières

Dans son avis du 21 janvier 2011, le HCAAM avait estimé prioritaire d'améliorer la compréhension des phénomènes de renoncement aux soins pour raisons financières, afin d'éclairer le lien entre l'accessibilité financière des soins, le ressenti des assurés sur cette question et le recours effectif aux soins.

Le HCAAM a retenu dans son tableau de bord les données de renoncement aux soins issues de deux enquêtes périodiques, l'enquête Santé Protection Sociales de l'IRDES (ci-après SPS) et l'enquête menée pour Eurostat SILC-SRCV, qui permet une comparaison européenne.

Ces deux enquêtes publiques sont les sources les plus fiables sur un plan méthodologique (taille de l'échantillon, méthode de recueil des réponses, stabilité dans le temps des questions) pour appréhender le non recours aux soins⁸⁰. Le rapprochement avec une autre enquête récurrente et méthodologiquement robuste, celle du Crédoc sur les conditions de vie et les aspirations des Français, fait apparaître que les restrictions sur les dépenses de santé s'inscrivent dans des variations plus globales des restrictions financières que s'imposent les ménages.

Pour autant, les variations enregistrées ainsi que le caractère déclaratif des enquêtes, laissant une part à la subjectivité des personnes interrogées, font que le HCAAM a exprimé son plus grand intérêt pour les travaux de recherche conduits sous l'égide de la DREES, en collaboration avec l'IRDES, le LEGOS et l'INSERM. Ces travaux ont donné lieu à la publication d'une première étude dans le rapport des Comptes nationaux de la santé pour 2010.

1. Les enquêtes « SPS » (IRDES) et « SILC-SRCV » (Eurostat) mettent en évidence une faible progression du renoncement aux soins en période récente, qui reste un phénomène concentré sur les soins dentaires et l'optique

L'enquête SPS

L'enquête SPS étant bisannuelle, ses derniers résultats sur le renoncement aux soins pour des raisons financières, rendus publics en 2010, portent sur l'année 2008. On y observait une hausse des renoncements déclarés par rapport à 2006 de deux points pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire, de près de trois points pour les titulaires d'une couverture complémentaire santé. Étonnamment, on y notait un recul de 1,6 point des renoncements déclarés pour les personnes sans couverture complémentaire, alors qu'on les suppose plus exposés aux restes à charges après assurance maladie obligatoire.

⁸⁰ Des enquêtes commanditées par des instituts de sondage sont publiées régulièrement, mais elles n'offrent pas forcément les garanties méthodologiques des trois enquêtes mentionnées ici. On doit par ailleurs être très attentif à la question posée avant de tirer conclusions ou comparaisons. Ainsi, par exemple, le taux de 29% de renoncement de l'enquête « Baromètre Cercle santé - Europ assistance » de juin 2011 (institut CSA) doit, entre autres choses, être rapproché du fait que la question posée en France portait à la fois sur le « renoncement » et le « report » des soins, et surtout qu'elle englobait, pour le répondant, non seulement sa situation personnelle mais aussi celle de n'importe quel membre de son « foyer ». Elle n'est donc pas du tout comparable aux enquêtes retenues à ce jour par le HCAAM, et ne signifie pas, en tout état de cause, comme pourtant cela a été dit, « que 29% des Français renoncent à des soins ».

Il n'en reste pas moins que ces derniers sont deux fois plus exposés aux renoncements que les titulaires d'une assurance complémentaire, et 1,5 fois plus que les bénéficiaires de la CMUC.

Part des personnes « ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »

	2000	2002	2004	2006	2008
CMUC	26,2	16,1	17,9	19,1	21,0
Couverture privée	14,1	9,7	11,9	12,6	15,3
Sans couverture complémentaire	29,3	25,1	27,9	32,0	30,4

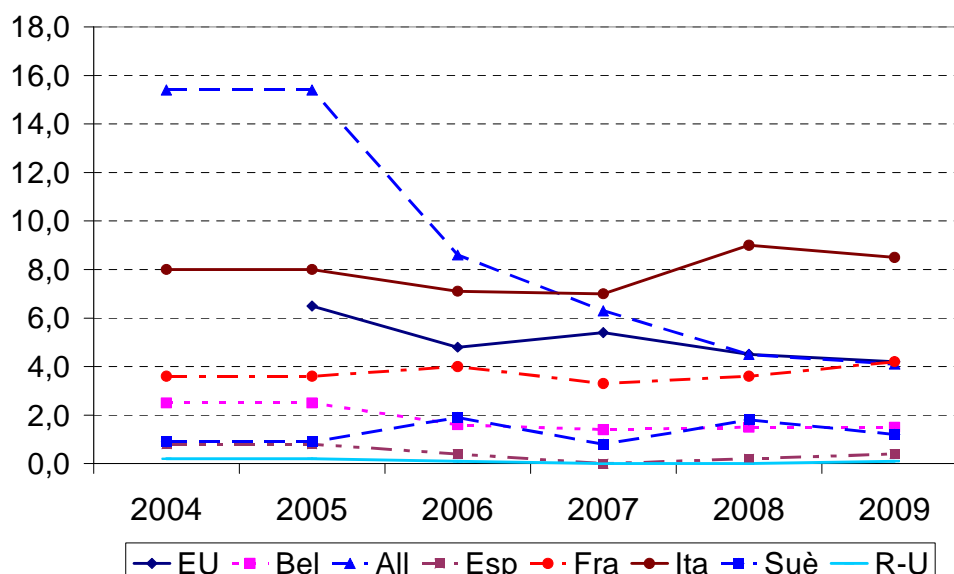
Enquête SPS 2008, IRDES, juin 2010.

Pour l'ensemble des ménages, par rapport à un taux global de renoncement de 10,4%, les soins concernés par les renoncements sont principalement dentaires (10% de taux de renoncement), d'optique (4,1%), les soins de généralistes et de spécialistes faisant l'objet d'un taux de renoncement de 3,4%.

L'enquête SILC-SRCV

Par rapport à la maquette présentée par le HCAAM en janvier dernier, on dispose d'une année supplémentaire, l'année 2009, dans l'historique de l'indicateur du taux renoncement à consulter un médecin des personnes du premier quintile de niveau de vie.

Part des personnes « ayant renoncé à voir un médecin pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois », 1^{er} quintile de revenu



Source : Enquête SILC-SRCV, Eurostat, 2011

On observe une assez faible variation de ce taux en 2009, année pourtant marquée par une récession économique. Il diminue en moyenne dans les pays de l'Union européenne de 0,3 point pour s'établir à 4,2%. En France et en Espagne, ce taux de renoncement augmente légèrement.

Sur la période 2004-2009, le taux de renoncement à consulter un médecin dans le premier quintile de revenu a augmenté de 0,6 point en France mais il reste néanmoins bas et ne concerne toujours que moins de 5% des 20% des Français les moins riches.

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2009/2008 en points	2009/2004 en points
Union- Européenne		6,5	4,8	5,4	4,5	4,2	-0,3	-2,3
Belgique	2,5	2,5	1,6	1,4	1,5	1,5	0,0	-1,0
Allemagne	15,4	15,4	8,6	6,3	4,5	4,1	-0,4	-11,3
Espagne	0,8	0,8	0,4	0,0	0,2	0,4	0,2	-0,4
France	3,6	3,6	4,0	3,3	3,6	4,2	0,6	0,6
Italie	8,0	8,0	7,1	7,0	9,0	8,5	-0,5	0,5
Pays-Bas	0,3	0,3	0,4	0,2	0,0	0,1	0,1	-0,2
Suède	0,9	0,9	1,9	0,8	1,8	1,2	-0,6	0,3
Royaume-Uni	0,2	0,2	0,1	0,0		0,1		-0,1

Source : Enquête SILC-SRCV, Eurostat, 2011

2. Le phénomène du renoncement aux soins doit être replacé dans un contexte plus large

Le HCAAM avait signalé en janvier 2011 la nécessité de prendre en compte plusieurs facteurs pouvant influencer sur le renoncement aux soins et ses évolutions :

- le besoin de soins est appréhendé au travers du ressenti des personnes, et donc parfois différent d'un besoin médical objectif ;
- il dépend des individus et des groupes sociaux et peut aussi varier dans le temps en fonction d'autres facteurs que les politiques de remboursement des soins et des restes à charge.

L'étude de l'IRDES sur les déterminants du renoncement

Sur le premier point, une étude économétrique sur les déterminants démographiques et les facteurs socio-économiques du renoncement aux soins réalisée par l'IRDES et le LEGOS⁸¹ montre un lien fort entre renoncement aux soins et consommation de soins : plus les personnes sont dans une santé altérée (personnes en ALD notamment), plus le renoncement aux soins sera important. Cela fait dire aux auteurs que « *ce résultat traduit le fait que le renoncement suppose un besoin de soins. Quand les besoins sont plus forts, les risques de renoncer augmentent* ». Par ailleurs, constat qui peut paraître contre-intuitif, plus les soins sont aigus, plus le taux de renoncement est élevé.

S'agissant des facteurs socio-économiques, l'étude confirme le fait que le pouvoir d'achat influence fortement le renoncement financier aux soins, mais qu'il joue par « *effets de seuil* » entre les catégories les plus pauvres et les plus aisées, tout particulièrement sur les soins dentaires. Mais si la situation sociale présente des personnes influe fortement sur leur taux de renoncement, il convient de prendre en compte également leur situation passée (origine sociale). Pour mesurer l'ensemble de ces dimensions, l'étude a construit un « *score de précarité* » étalonné de 0 (très faible précarité) à 7 (très forte précarité).

La dispersion du taux de renoncement en fonction de ces 7 niveaux est très forte : il va de 5% pour les personnes à très faible risque de précarité à près de 50% pour les personnes à très forte précarité.

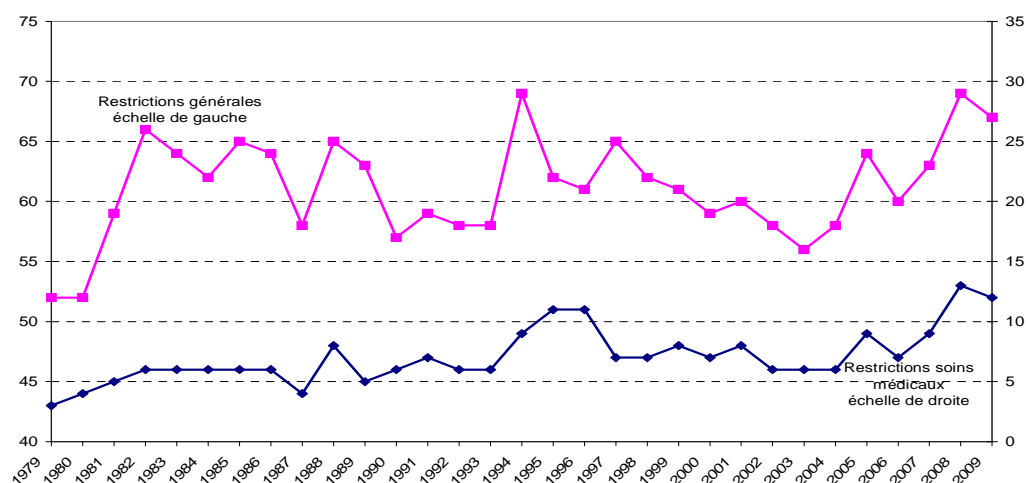
⁸¹ Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins, C. Desprès, P. Dourgnon, IRDES, R. Fantin, F. Jusot, LEGOS, rapport des Comptes nationaux de la santé 2010, septembre 2011.

Le rapprochement avec l'enquête globale du CREDOC

L'impact de la situation économique et sociale générale sur le renoncement aux soins peut être mis en évidence par un rapprochement avec le nombre de personnes déclarant s'imposer régulièrement des restrictions sur l'ensemble de leurs dépenses. Il est mesuré par le Crédoc depuis 1979 dans le cadre de son enquête sur les conditions de vie et les aspirations des Français. Cette enquête permet deux types de comparaisons : l'une dans le temps, sur longue période ; l'autre entre différents postes de dépenses des ménages.

La figure ci-dessous montre ainsi qu'il existe un « trend » général des restrictions budgétaires, qui est fortement corrélé au cycle économique et à la situation sociale. On y voit que les fluctuations des restrictions sur les soins médicaux s'inscrivent dans le cadre des restrictions concernant l'ensemble des postes de dépenses des ménages.

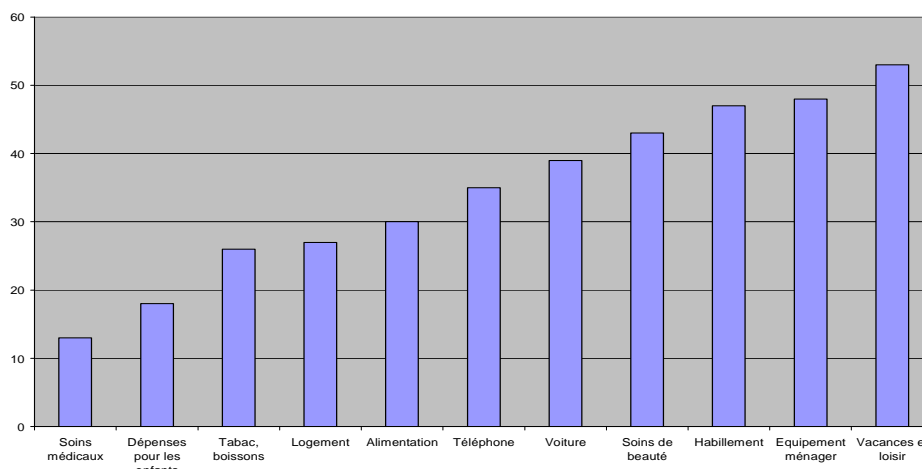
Proportion d'individus « déclarant s'imposer régulièrement des restrictions sur certains postes de leurs budgets » (courbe rose – échelle de gauche) et « sur les soins médicaux » (courbe bleue - échelle de droite)



Source : Crédoc, département Conditions de vie et aspirations, janvier 2010, retraitement HCAAM.

On note par ailleurs que le poste des soins médicaux est le poste de dépenses pour lequel les personnes interrogées déclaraient le moins de restrictions régulières :

Proportion d'individus « déclarant s'imposer régulièrement des restrictions sur les postes suivants : » (en %)



Source : Crédoc, département Conditions de vie et aspirations, janvier 2010

Le HCAAM estime, au vu de ces dernières études, qu'une prudence s'impose (faute notamment de toute information sur l'utilité des soins auxquels il est renoncé) dans l'interprétation des taux de renoncement aux soins. Même si la tendance récente à la croissance de ce taux doit retenir l'attention, plusieurs travaux suggèrent que le renoncement est déterminé par un ensemble de causes. L'accessibilité financière (ou plutôt : la perception subjective de cette accessibilité financière) n'est qu'un facteur parmi d'autres. Les délais d'attente, la disponibilité concrète des services, les barrières culturelles et sociales, la difficulté d'accès à un bon parcours soignant incluant les soins de prévention, sont autant d'éléments qui se combinent aux considérations de coût.

Le HCAAM prolongera cette analyse dans le suivi de son tableau de bord, en rapprochant notamment les données de renoncement et celles du reste à charge des personnes à bas revenus.

A titre de conclusion d'étape,

le HCAAM observe que face à la réalité complexe du « reste à charge », toute observation partielle apparaît trop réductrice, et dès lors potentiellement fausse. Un important effort de connaissance est encore nécessaire pour avoir une mesure plus exacte du respect de nos principes de solidarité.

Le HCAAM n'a pour l'instant conduit d'analyse que sur le reste à charge « après assurance maladie obligatoire », c'est-à-dire sur ce qui reste à payer par l'assuré lui-même ou par son assurance complémentaire.

Ce reste à charge traduit donc, non pas l'accessibilité financière dans toutes ses dimensions, mais celle à laquelle aboutit le système de protection collectif obligatoire.

Par ailleurs, si cette analyse, rendue possible par la fusion des fichiers de dépenses hospitalières et de dépenses de soins de ville, apporte de premières informations importantes, elle ne porte pour l'instant que sur les prestations en nature (à l'exclusion des IJ), et n'a pas pu, non plus, englober les biens et services qui ne font l'objet d'aucune prise en charge par l'assurance maladie (alors même que, s'agissant par exemple des aides techniques pour les personnes en perte d'autonomie, il peut s'agir de dépenses étroitement liées aux soins).

*

Le HCAAM constate – comme il l'avait fait dans ses rapports des années antérieures – la puissance du mécanisme de mutualisation public, qui opère une importante redistribution des coûts de santé entre les bien portants et les malades, et ne laisse subsister, pour l'immense majorité des assurés qui tombent malades au cours d'une année, que des sommes qu'ils peuvent supporter sans réelle diminution de leur niveau de vie.

Pour autant, les analyses du HCAAM établissent aussi :

- la forte dispersion de ce qui reste à la charge des personnes malades après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire : chaque année, un dixième d'entre eux supporte presque la moitié (40%) du reste à charge global, dépenses de ville et dépenses hospitalières confondues ;
- ce qui s'explique par l'existence d'un nombre minoritaire mais non négligeable de malades, non bénéficiaires de la CMU-C, qui, même après leur remboursement par l'assurance maladie obligatoire, ont encore des dépenses très importantes, payées directement par eux-mêmes ou par les complémentaires qu'ils ont souscrites : ainsi, chaque année, environ un pour cent des malades (soit la population moyenne d'un département) fait face, après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, à un reste à charge, soins de ville et hospitaliers confondus, supérieur à trois mille euros. Et environ dix pour cent des malades ont un reste à charge « après assurance maladie obligatoire » de plus de mille euros

Ce constat paraît contredire, en première analyse, le principe de solidarité entre bien portants et malades sur lequel repose le système public de couverture des dépenses de santé.

Il peut par ailleurs susciter de l'inquiétude bien au-delà du groupe, même minoritaire, de ceux qui sont directement frappés par les restes à charge extrêmes.

Il doit donc faire l'objet d'une analyse attentive, notamment pour bien isoler la partie de ces restes à charge extrêmes qui s'expliqueraient par des parcours de soins sous optimaux ou des dépenses relevant de choix personnels ou de soins qui ne s'imposaient pas médicalement.

Les principaux éléments de constat sur les restes à charge « après assurance maladie obligatoire » les plus élevés sont les suivants :

- S'ils peuvent parfois résulter de séjours hospitaliers, les soins de ville y ont néanmoins un poids nettement prépondérant.
- Ils sont, pour une bonne partie, la conséquence de soins « épisodiques », qui vont peser lourdement l'année où on les observe, mais ne se reproduiront normalement pas avant un certain temps (p.ex. prothèses dentaires, audioprothèses, honoraires d'actes de chirurgie ...).
- Il s'agit souvent de soins pour lesquels l'assurance maladie a, *de facto* et de longue date, cessé de faire coïncider ses tarifs de prise en charge avec la réalité des prix et des coûts. En conséquence, ils relèvent de secteurs (optique, soins dentaires prothétiques, dispositifs médicaux ...) qui sont traditionnellement l'objet de couvertures complémentaires, même si c'est avec d'importantes variations selon les contrats et leurs montants.
- La liberté tarifaire sous toutes ses formes (dépassements d'honoraires médicaux, en ville comme en clinique et dans le secteur privé de l'hôpital public, soins dentaires, optique, autres dispositifs médicaux ...) y joue un rôle majeur.
- Le poids des dépassements d'honoraires médicaux n'est pas, en moyenne, le poste dominant. Pour le 1% des assurés qui connaissent le reste à charge le plus élevé, les soins dentaires prothétiques sont en moyenne le premier poste (en raison notamment de l'impossibilité d'assurer une offre aux tarifs de l'assurance maladie), et les audioprothèses viennent en second.

Ainsi, parce qu'ils découlent pour grande partie de soins à tarifs libres, qui peuvent dans certains cas connaître d'importantes variations d'un professionnel à l'autre, d'une gamme de produits à une autre, d'un réseau de distribution à un autre, ces restes à charge ne résultent pas seulement de déterminants sanitaires mais aussi de multiples et complexes mécanismes de consommation.

A cet égard, même là où le tarif de prise en charge par l'assurance maladie est unanimement reconnu comme insuffisant, l'importance du « reste à charge » par rapport au prix réel n'interpelle pas seulement le niveau de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, mais peut - tout autant - questionner le niveau des prix observés sur le marché, et donc renvoyer aussi à leurs mécanismes de formation, et aux moyens de lutter contre ceux qui seraient jugés excessifs.

Enfin, il n'est pas possible de faire abstraction des phénomènes dits « d'aléa moral », c'est-à-dire du choix de certains assurés de s'exposer, après le remboursement de l'assurance maladie obligatoire, à des restes à charge élevés, parce qu'ils se savent couverts par l'assurance complémentaire qu'ils ont souscrite.

En somme, tous les comportements de consommation, très particulièrement à l'égard de certains biens à prix libres (choix d'une monture de lunettes, choix d'un certain type de prothèse dentaire, choix, dans certains cas, d'un médecin pratiquant des « dépassements » ...) ne sont pas forcément des dépenses de santé vis-à-vis desquelles doit prioritairement s'exercer la solidarité publique.

*

En conséquence, le HCAAM considère que :

1) Le débat sur la solidarité entre bien portants et malades doit prioritairement s'appuyer sur l'observation de la dispersion des restes à charge, au lieu de se focaliser sur les taux « moyens » de remboursement.

Ni le fait que le système de couverture publique et privée ne laisse au paiement direct par les ménages que 8,4% des dépenses, (calculées sur la CSBM « élargie ») ni, à l'inverse, le faible taux moyen de remboursement des « soins courants » (56,2%, hors optique) ne permettent de poser un diagnostic complet et pertinent.

2) Pour complexe qu'elle soit, la question de l'opposabilité tarifaire est aujourd'hui fondamentale dans le débat public sur l'assurance maladie.

La part observée de liberté tarifaire dans le reste à charge permet aussi de dire que, tant qu'il n'y sera pas apporté des réponses, les mécanismes de type « bouclier » se heurteront, en tout état de cause, à une objection radicale.

3) L'importance de la question des restes à charge crée une exigence de progrès continus dans la connaissance de leurs origines et de leurs montants.

Premièrement, aucune analyse rigoureuse de la manière dont notre système public assure la solidarité entre bien portants et malades n'est possible tant qu'on ne pourra pas *calculer la valeur de montants de reste à charge « cumulés », pour une même personne et sur plusieurs années.*

Cet objectif requiert notamment la « mise en routine » d'une exploitation régulière de l'échantillon chaîné EGB-PMSI sur le reste à charge « après AMO ».

Deuxièmement, aucune analyse rigoureuse de l'impact des restes à charge sur l'accessibilité financière des soins n'est possible tant qu'on ne disposera pas, en plus du suivi du reste à charge « après AMO », des chiffres permettant de *suivre le reste à charge « après AMC » et de tenir compte du coût des cotisations.*

Cet objectif requiert qu'on accélère le processus de constitution de bases de données AMO-AMC en observation réelle, incorporant le suivi du coût des primes d'assurance, prioritairement sur tous les segments où s'applique aujourd'hui la liberté tarifaire.

Plus généralement, aucune analyse rigoureuse de l'accessibilité financière des soins, considérée de manière globale, n'est possible sans *examiner l'ensemble des causes financières du renoncement ou du mauvais recours aux soins, en mobilisant évidemment l'ensemble des indicateurs de reste à charge mentionnés ci-dessus, mais en les combinant aussi avec d'autres éléments issus d'enquêtes qualitatives.*

Le HCAAM estime à ce titre tout à fait fondamental l'approfondissement des travaux sur le renoncement aux soins. Le HCAAM, dont le projet de « tableau de bord » consiste précisément à privilégier une combinaison de plusieurs indicateurs, reviendra désormais chaque année, dans son rapport annuel, sur cette question.

4) Au total, s'agissant de l'accessibilité financière des soins, la « démocratie sanitaire » doit se traduire par un débat sur trois sujets qui touchent aux priorités du périmètre de la solidarité :

- ***Le contenu du panier de soins remboursable*** et les priorités des inscriptions nouvelles ;
- ***La régulation des prix des biens et services partiellement financés par l'assurance maladie***, particulièrement là où il est décidé de maintenir des espaces de liberté tarifaire ;
- ***Le lien entre le reste à charge et la qualité des « trajets de santé » des malades***, tant il est essentiel de rappeler qu'il importe, non pas de bien prendre en charge les soins, mais de bien prendre en charge les *bons* soins.

Tableau de bord

Volet : accessibilité financière des soins

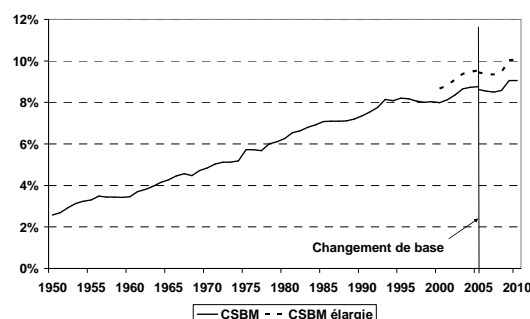
A. Données macroéconomiques de cadrage : les dépenses de santé et leur financement

• Les dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 175 Mds d'€ en 2010 (9,1 % du PIB), en progression de 2,3% par rapport à l'année précédente.

La CSBM élargie aux soins des personnes âgées et handicapées ainsi qu'à la prévention individuelle s'est établie à 195,7 Mds d'€ en 2010 (10,1 % du PIB), en hausse de 2,5% par rapport à 2009.

Part de la CSBM et de la CSBM élargie dans le PIB

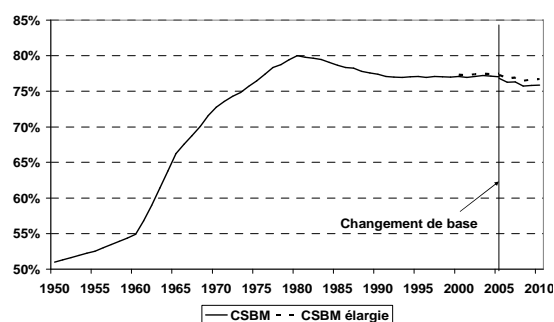


• Le financement des dépenses de santé

La CSBM est financée à hauteur de 75,8 % par la Sécurité sociale en 2010, comme en 2009, par les organismes complémentaires pour 13,5 %. Les ménages financent directement 9,4 % de la CSBM, soit 0,2 point de moins qu'en 2009.

La CSBM élargie est financée à hauteur de 76,9 % par la Sécurité sociale en 2010 (+ 0,1 point par rapport à 2009), par les organismes complémentaires pour 12,8 %. Les ménages financent directement 8,4 % de la CSBM élargie, soit 0,2 point de moins qu'en 2009.

Financement par la Sécurité Sociale de la CSBM et de la CSBM élargie



CSBM et CSBM élargie

	Montants en millions d'€		N/N-1 en %
	2009	2010	
CSBM (1) dont	170 956	174 968	2,3
- Soins ambulatoires	43 191	43 953	1,8
- Soins hospitaliers	79 116	81 204	2,6
- Transport de malades	3 595	3 784	5,2
- Médicaments	34 075	34 449	1,1
- Autres biens médicaux	10 978	11 578	5,5
SSAD	1 311	1 334	1,8
Soins aux personnes âgées en établissement (2)	7 273	7 665	5,4
Dépenses liées à la dépendance et au handicap (3)	8 035	8 261	2,8
Prévention individuelle (4)	3 444	3 483	1,1
CSBM élargie (1)+(2)+(3)+(4)	191 019	195 710	2,5

Structure de financement de la CSBM (en %)

	2005	2009	2010
CSBM			
Sécurité sociale	76,8%	75,8%	75,8%
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2%	1,2%	1,2%
Organismes complémentaires	13,0%	13,4%	13,5%
Ménages	9,0%	9,6%	9,4%
CSBM élargie			
Sécurité sociale	77,4%	76,8%	76,9%
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,9%	1,9%	1,9%
Organismes complémentaires	12,5%	12,7%	12,8%
Ménages	8,1%	8,6%	8,4%

Source : données DREES, base 2005

- **Financement par la Sécurité Sociale de la dépense présentée au remboursement (en %)**

En 2008, la part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité sociale est de 73,9 % pour l'ensemble des soins des assurés du régime général. Elle est de 60,8 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD et de 87,1 % pour les personnes en ALD (pour leurs soins en rapport ou sans rapport avec leur affection).

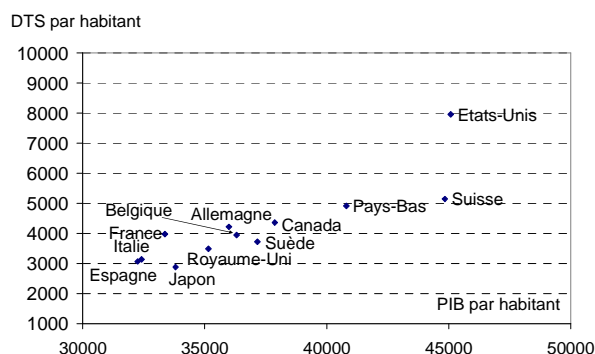
Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité Sociale 2008

	Non ALD	ALD	Ensemble des assurés
Ensemble des soins	60,8	87,1	73,9
Soins de ville hors optique	56,2	84,8	69,6
Soins de ville y compris optique	51,3	82,7	65,5
Hôpital MCO	89,5	94,6	92,5
<i>Pour mémoire : Part dans la population d'assurés</i>	85,3 %	14,7 %	100,0 %

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM

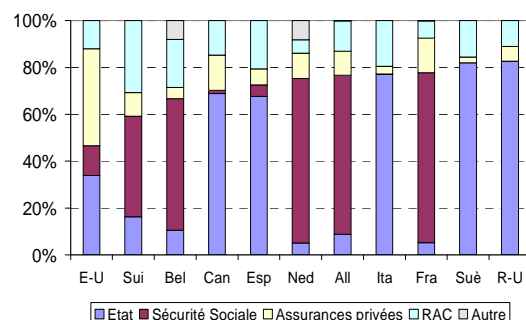
- **Comparaisons internationales**

Dépenses de santé totales par habitant et PIB par habitant (USD PPA), 2009



Japon : 2008

Financement des dépenses totales de santé en 2008



Sources, champs, définition :

Dépenses de santé et financement des dépenses de santé :

DREES, comptes de la Santé, 2010

INSEE, Comptabilité nationale

Champ géographique : France entière

Dépenses présentées au remboursement :

CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO, 2008

Champ des assurés : Régime général hors SLM, hors bénéficiaires de la CMUC et de l'AME

Champ des soins : soins de ville, hôpital MCO (public et privé). Les séjours en SSR, HAD et psychiatrie ne sont donc pas inclus. Les actes et consultations externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que le secteur privé à l'hôpital public sont inclus dans les soins de ville. Les actes et consultations externes en activité salariée à l'hôpital public ne sont pas disponibles. Les chambres individuelles ne sont pas prises en compte.

Champ géographique : France entière

Par rapport à la CSBM, la dépense présentée au remboursement exclut les dépenses de santé non remboursables par les régimes d'assurance obligatoires.

Comparaisons internationales :

OCDE, Eco-Santé, 2010

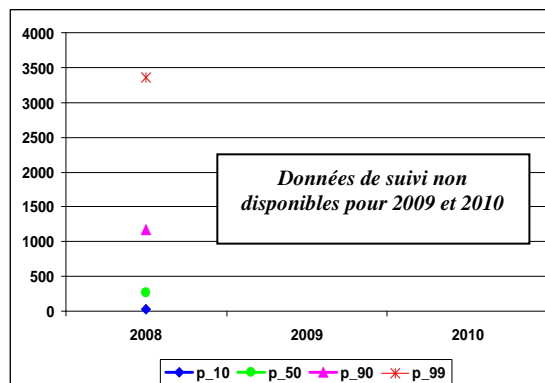
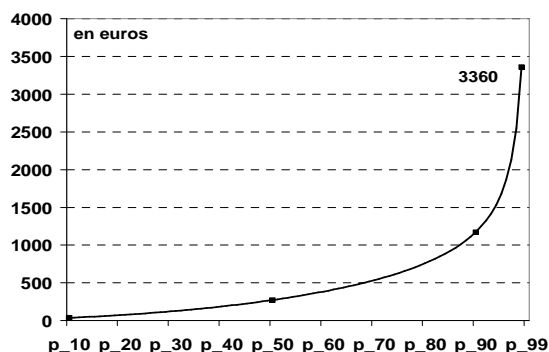
B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

L'objectif d'accessibilité financière doit être atteint par un mécanisme de solidarité universelle entre bien-portants et malades. Son niveau d'aide est uniquement lié au coût de la maladie et ne dépend pas du revenu du malade. Les indicateurs associés à cet objectif mesurent la disparité des restes à charge après AMO en euros.

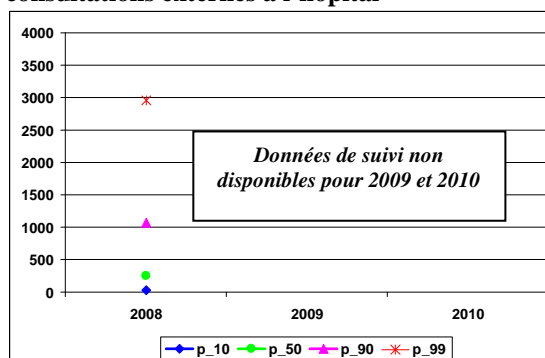
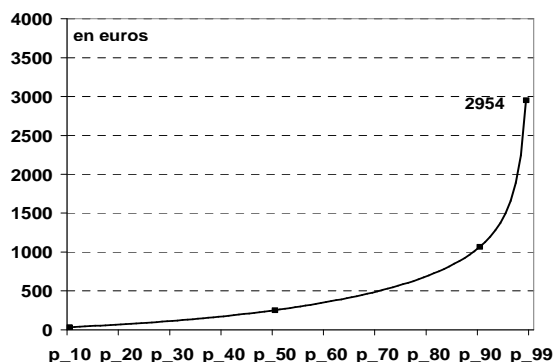
- Dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire en 2008

- Evolution dans le temps de la dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire

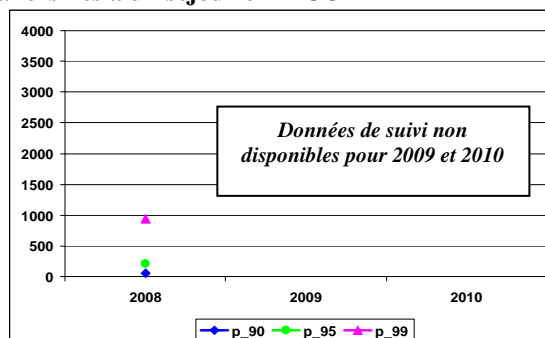
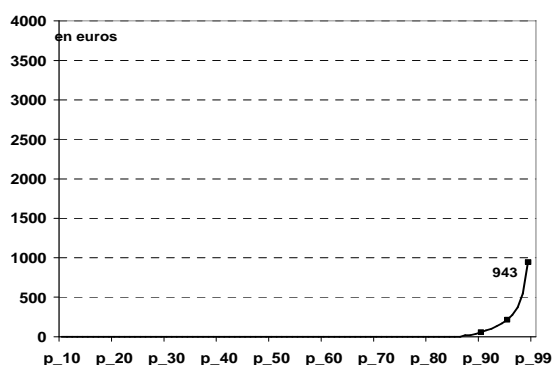
RAC après AMO sur l'ensemble des soins



RAC après AMO sur les soins de ville et consultations externes à l'hôpital



RAC après AMO sur les soins hospitaliers liés à un séjour en MCO



Ces trois graphiques présentent les restes à charge après remboursements des assurances obligatoires sur la dépense présentée (RAC) des assurés ayant consommé des soins en 2008 pour l'ensemble des soins, puis pour les soins de ville et enfin pour les soins hospitaliers.

Les RAC présentent une importante dispersion.

Sources et champs :

Données 2008 : CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO, 2008

Les indicateurs de dispersion par centiles p 10-p 99 concernent l'ensemble des consommateurs de soins en 2008, quel que soit le soin considéré.

Les données permettant de tracer des évolutions ne sont pas aujourd'hui disponibles.

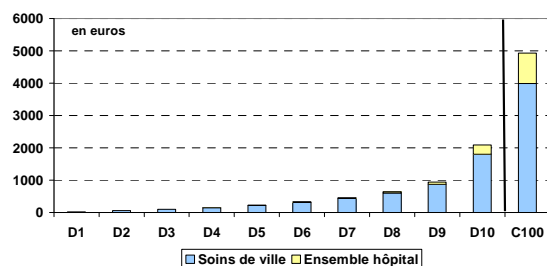
Le tableau de bord a vocation à reprendre les graphiques de la page ci-contre. Les données permettant de fournir les RAC cumulés sur 5 ans pour une même personne ne sont pas disponibles.

- **Dispersion des RAC moyens annuels sur 5 ans**

<p><i>Données de cumul sur 5 ans pour un même individu non disponibles</i></p>

B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

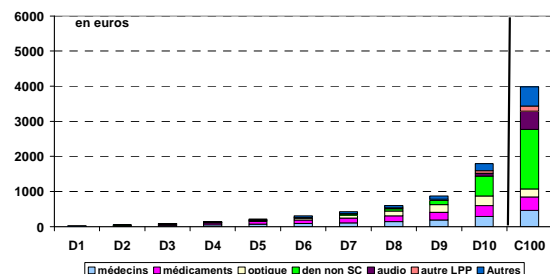
- Part des soins de ville et des soins hospitaliers liés à un séjour en MCO dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2008



RAC après AMO moyens par déciles et centile
Ensemble des soins 2008 (€)

	Soins de ville	Hôpital MCO	Ensemble
D1	18	0	18
D5	219	7	227
D10	1797	286	2084
C100	3982	946	4928
Ensemble	454	44	498

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, 2008

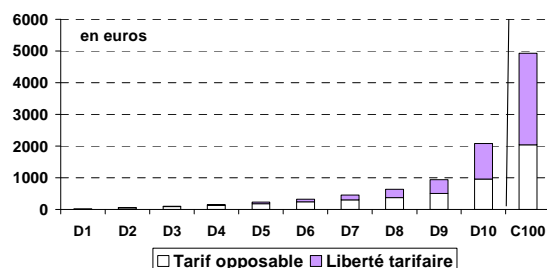


RAC après AMO moyens par déciles et centile
Soins de ville 2008 (€)

	Médecins	Médicaments	Optique	Dentaire non SC
D1	9	6	0	2
D5	74	78	17	12
D10	293	309	272	563
C100	463	386	224	1696
Ensemble	103	111	79	83

	Audio	Autres LPP	Autres	Ensemble
D1	0	0	1	18
D5	0	7	31	219
D10	90	66	205	1798
C100	523	144	547	3982
Ensemble	9	15	54	454

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2008



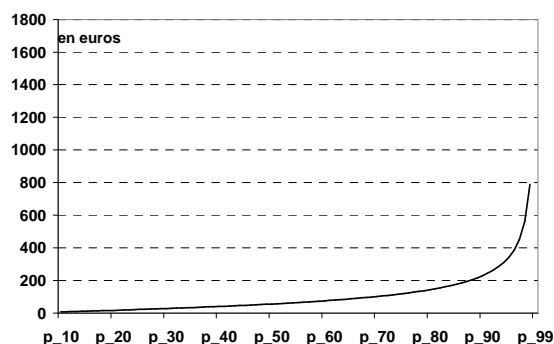
RAC après AMO moyens par déciles centiles
Ensemble des soins (€)

€	Tarif opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	18	0	18
D5	183	44	227
D10	955	1128	2084
C100	2036	2892	4928
Ensemble	283	215	498

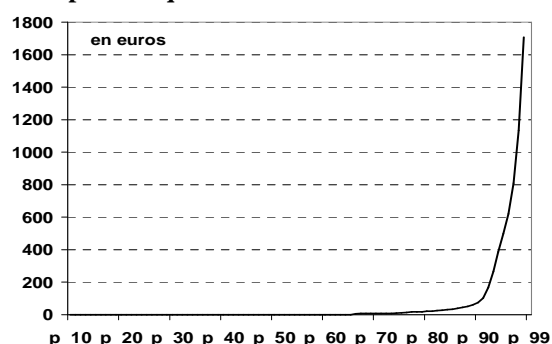
Les personnes appartenant au 10^{ème} décile de RAC après AMO sur l'ensemble des soins ont des RAC provenant de la liberté tarifaire proportionnellement plus élevés que les autres.

• Dispersion par centiles des RAC après AMO pour les consommateurs de soins, 2008

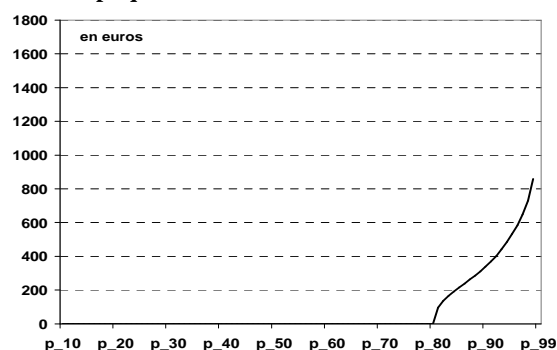
Médecins



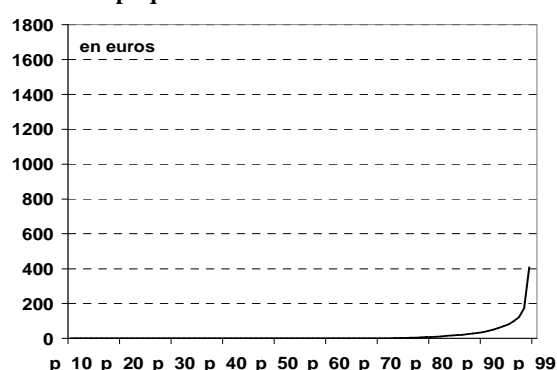
Soins prothétiques dentaires



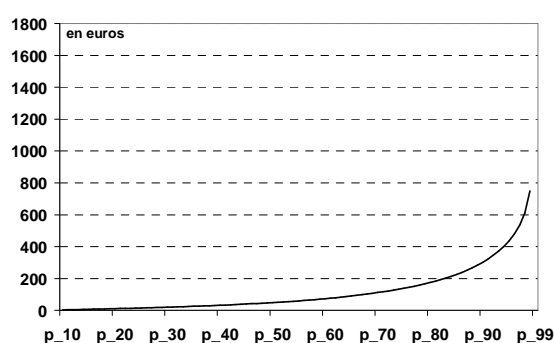
Soins d'optique



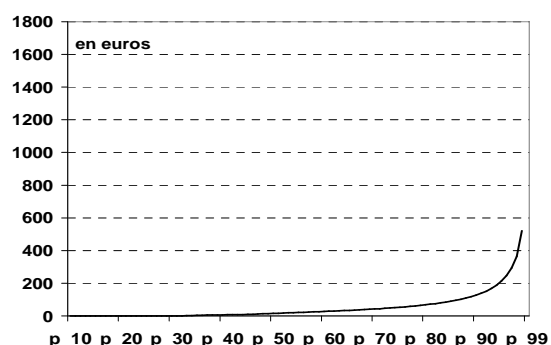
LPP hors optique



Médicaments



Autres soins



Précautions méthodologiques :

Dans ces graphiques de la partie B1, la population considérée est constituée de l'ensemble des consommateurs de soins, quels qu'ils soient. Les individus de cette population sont classés selon leur RAC après AMO total (ville et hôpital) croissant.

Pour les indicateurs par déciles D1-D10 (dernier centile C100), on a procédé à un regroupement par « déciles », correspondant chacun à 10 % de la population considérée. Les RAC après AMO moyens par sous catégorie de soins sont calculés pour chaque décile.

On a également représenté le dernier « centile », c'est-à-dire l'ensemble qui rassemble le 1 % des personnes qui ont les RAC totaux (ville et hôpital) les plus élevés.

Dans les indicateurs de dispersion par centiles p10-p99, chaque point de la courbe représente un individu : ainsi par exemple, 80 % des personnes ont un RAC inférieur à celui de l'individu « p80 » et 20 % ont un RAC supérieur.

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

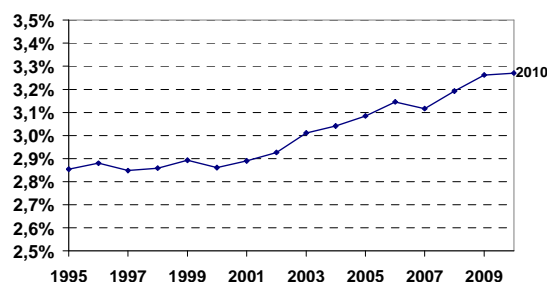
Données macro-économiques

Comme le principe de solidarité entre bien portants et malades n'implique pas nécessairement la totale gratuité, il est nécessaire de vérifier que les dépenses pour la santé restent accessibles financièrement aux personnes ayant de bas revenus. Toutes les formes de mutualisation doivent alors être prises en compte et les dépenses doivent être rapportées au revenu. En conséquence, les indicateurs associés à cet objectif intègrent toutes les dépenses - dépenses de soins, prélèvements obligatoires pour la santé, versements des primes aux organismes complémentaires - et toutes les ressources - revenu, remboursements de l'assurance maladie obligatoire, remboursements des assurances complémentaires.

- **Taux d'effort après AMO moyen par ménage**

En moyenne, le taux d'effort après AMO pour l'ensemble des ménages s'est stabilisé en 2010 à 3,3 % du revenu disponible brut.

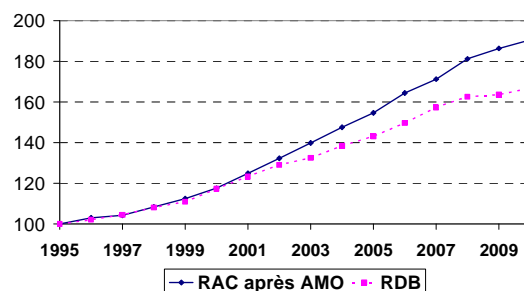
Taux d'effort après AMO



- **Evolution des différentes composantes du taux d'effort après AMO**

La stabilisation du taux d'effort observée en 2010 résulte de la poursuite de la croissance du RAC après AMO au rythme un peu ralenti de 2009 et de la légère amélioration des revenus des ménages.

RAC après AMO moyen et RDB des ménages (base 100 en 1995)



La courbe analogue pour le taux d'effort après AMO et AMC sera insérée dans une prochaine version.

Sources, champs, définitions :

Taux d'effort après AMO moyen annuel

DREES, Comptes de la Santé, 2010

INSEE, Comptabilité nationale, 2010

Champ : France entière, ensemble des ménages

Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO, calculé sur la dépense totale de CSBM pour l'ensemble des personnes du ménage et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

Le RDB est égal à la somme des revenus d'activité, des prestations en espèces, des revenus de la propriété diminuée des impôts et des cotisations sociales et augmenté du solde des remboursements d'assurance et des primes d'assurance.

$$\text{RDB} = \text{Revenu} - \text{Impôts \& cotisations sociales} + \text{Remboursements AMC} - \text{Primes AMC}$$

Dispersion des taux d'effort (page suivante)

DREES, Microsimulation OMAR-INES, 2008

La dépense de soins prise en compte dans les taux d'effort est la dépense présentée au remboursement.

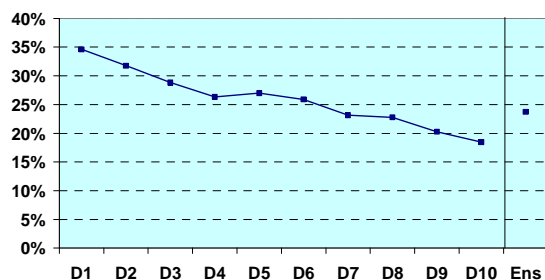
Le niveau de vie du ménage est égal au revenu du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage. Les unités de consommation pondèrent chaque personne du ménage selon un coefficient (1 UC pour le premier adulte, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans et plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans). Cette pondération vise à tenir compte du fait que les besoins des ménages ne sont pas strictement proportionnels au nombre de personnes du ménage (notamment le logement et les biens de consommation durables).

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Analyse de dispersion

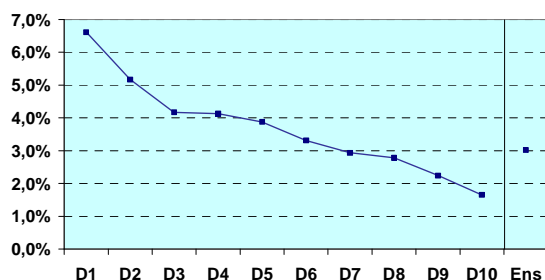
Les indicateurs ci-dessous sont issus d'une simulation, réalisée par la DREES, sur données individuelles portant sur l'année 2008. Les taux d'efforts sont calculés par décile de niveau de vie.

• Taux d'effort brut



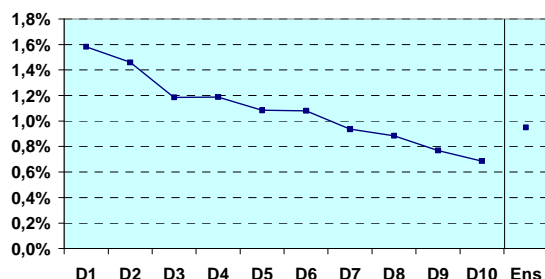
Le taux d'effort brut est égal au rapport entre la somme des dépenses liées à la santé (dépenses de soins, cotisations sociales et impôts, primes versées aux assurances complémentaires) et la somme des revenus et des remboursements (revenus nets de tous les prélèvements obligatoires hormis ceux versés pour la santé, remboursements des assurances obligatoires et complémentaires).

• Taux d'effort après AMO



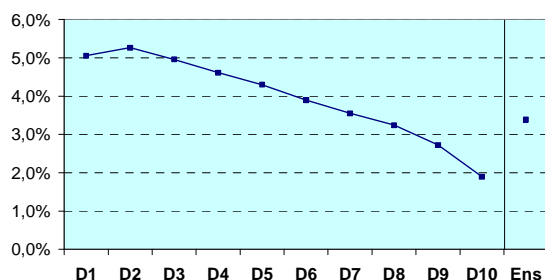
Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

• Taux d'effort après AMO et AMC



Le taux d'effort après AMO et AMC est égal au RAC après AMO et AMC rapporté à l'ensemble du revenu net de tout prélèvement obligatoire diminué des primes d'assurance.

• Taux d'effort sur revenus nets



Le taux d'effort sur revenu net est égal au RAC après AMO et AMC augmenté des primes d'assurance, rapporté au revenu net de tout prélèvement obligatoire.

B3. Recours efficient au système de soins

L'objectif global d'accessibilité financière des soins ne peut pas faire abstraction d'un usage de qualité du système de soins : cette solidarité ne s'étend pas aux dépenses « injustifiées ». Les indicateurs associés à cet objectif doivent viser trois objectifs.

- Ils doivent d'abord permettre de mesurer si les soins ou les parcours de soins de qualité sont accessibles financièrement. –
- Ils ne doivent ensuite pas être tributaires de mauvais parcours, laissant d'importants restes à charge.
- Ils doivent enfin rendre possible de porter un jugement sur la lisibilité du système de prise en charge pour que les incitations aux parcours efficients puissent avoir des effets positifs.

Le HCAAM n'a pas encore défini ces indicateurs et en fera l'objet de ses travaux à venir.

B4. Renoncement aux soins pour raisons financières

Des indicateurs de renoncement aux soins sont un complément indispensable aux indicateurs de suivi des objectifs de solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie, de recours efficient au système de soins, d'accessibilité financière pour les bas revenus. Les indicateurs pour ces objectifs se rapportent en effet à des dépenses pour des soins qui ont eu lieu et il y aurait une sorte de paradoxe à ne mesurer l'accessibilité financière des soins qu'avec des indicateurs qui présupposent l'accès aux soins.

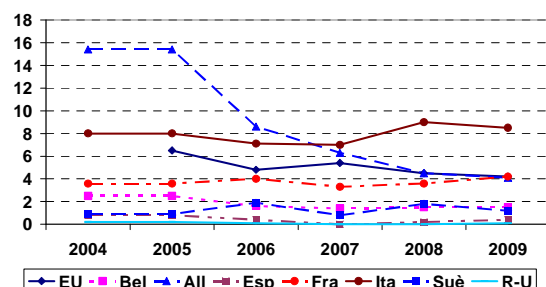
• Renoncement aux soins pour des raisons financières selon les types de couverture complémentaire

Part des personnes « ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
Enquête SPS (%)

	2000	2002	2004	2006	2008
CMUC	26,2	16,1	17,9	19,1	21,0
Couverture privée	14,1	9,7	11,9	12,6	15,3
Sans couverture complémentaire	29,3	25,1	27,9	32,0	30,4

Part des personnes « ayant renoncé à voir un médecin pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »

1^{er} quintile de revenu Enquête SILC-SRCV (%)



Les comparaisons européennes sont délicates car les contextes locaux d'organisation des soins jouent vraisemblablement.

Sources, définitions :

Taux de renoncement aux soins Enquête SPS

IRDES, enquête Santé et protection sociale, 2010

Le questionnement est le suivant : « Au cours des douze derniers mois, vous et-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? »

Taux de renoncement aux soins Enquête SILC-SRCV

Eurostat, enquête européenne SILC, Survey on Income and Living Conditions, SRCV, Situation des revenus et des conditions de vie, INSEE, 2009

Le questionnement est le suivant : Avoir répondu par l'affirmative à la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? » et avoir cité comme raison « Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher ».

Les quintiles de revenus rassemblent 20 % de la population. Le premier quintile de revenus correspond aux 20 % de personnes qui ont les revenus les plus bas.

Tableau de bord

Volet : tableaux financiers de l'assurance maladie

Dans son rapport annuel pour 2010, le HCAAM s'est livré à une analyse approfondie de la situation de l'assurance maladie dans un contexte de profonde crise financière et économique. Les analyses s'appuyaient sur un certain nombre de graphiques permettant de décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'identifier les déterminants de leur pérennité.

Dans une approche de « tableau de bord » financier, la présente partie du rapport annuel 2011 reprend, en les actualisant des évolutions récentes, ces principaux graphiques. Sont également inclus les différents tableaux de suivi qui sont traditionnellement présentés dans les rapports annuels du HCAAM.

1. La situation de l'assurance maladie

1.1. Les soldes

En 2010, le déficit de la branche maladie du régime général s'est établi à 11,6 Md€, en augmentation de 1 Md€ par rapport à l'année 2009. Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie est de 11,4 Md€, en augmentation de 1 Md€ par rapport à 2009.

Pour l'année 2011, la Commission des comptes de la sécurité sociale, dans son rapport de septembre 2011, prévoit une amélioration du solde tant de la branche maladie du régime général que de l'ensemble des régimes obligatoires, le déficit s'établissant néanmoins à un niveau toujours très élevé, autour de 10 Md€.

Tableau 1 - Soldes de la branche maladie (régime général et obligatoires de base)

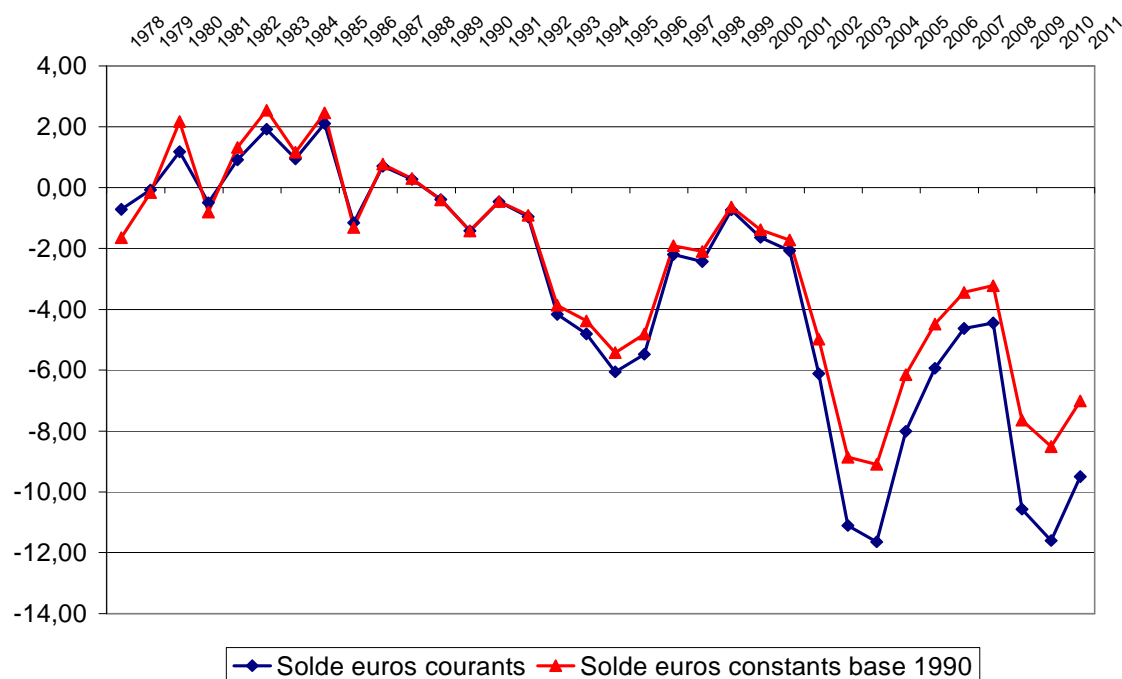
En Md€	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (p)
Régime général	-11,6	-8,0	-5,9	-4,6	-4,4	-10,6	-11,6	- 9,9
Ensemble des régimes de base	-11,6	-8,1	-5,8	-5,0	-4,1	-10,4	-11,4	-9,8
FFIPSA, part maladie	-	-0,85	-0,7	-1,2	-1,4	-	-	-
Ensemble régimes de base et FFIPSA	-11,6	-8,9	-6,5	-6,2	-5,5	-10,4	-11,4	-9,8

Sources : DSS-SDEPF/6A, rapport CCSS septembre 2011.

Le déficit 2011 de la branche maladie du régime général serait ramené à -9,5 Md€ après prise en compte de mesures nouvelles de recettes intervenant dès 2011. C'est ce montant qui est inscrit en partie II du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, tel que voté en dernière lecture par l'Assemblée nationale. Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance passerait également à -9,5 Md€.

Comme cela a été fait dans rapport annuel 2010, le déficit de la branche maladie du régime général est présenté dans la figure ci-dessous sur longue période à la fois en euros courants et en euros constants (c'est-à-dire déflaté de l'inflation), **aux prix de 1990**.

Figure 1 Comparaison du déficit de la branche maladie du régime général en euros courants et euros constants aux prix de 1990



	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Solde euros courants	-11,1	-11,6	-8,0	-5,9	-4,6	-4,4	-10,6	-11,6	(p) -9,5
Solde euros constants base 1990	-8,9	-9,1	-6,1	-4,5	-3,4	-3,2	-7,6	-8,5	-7,3

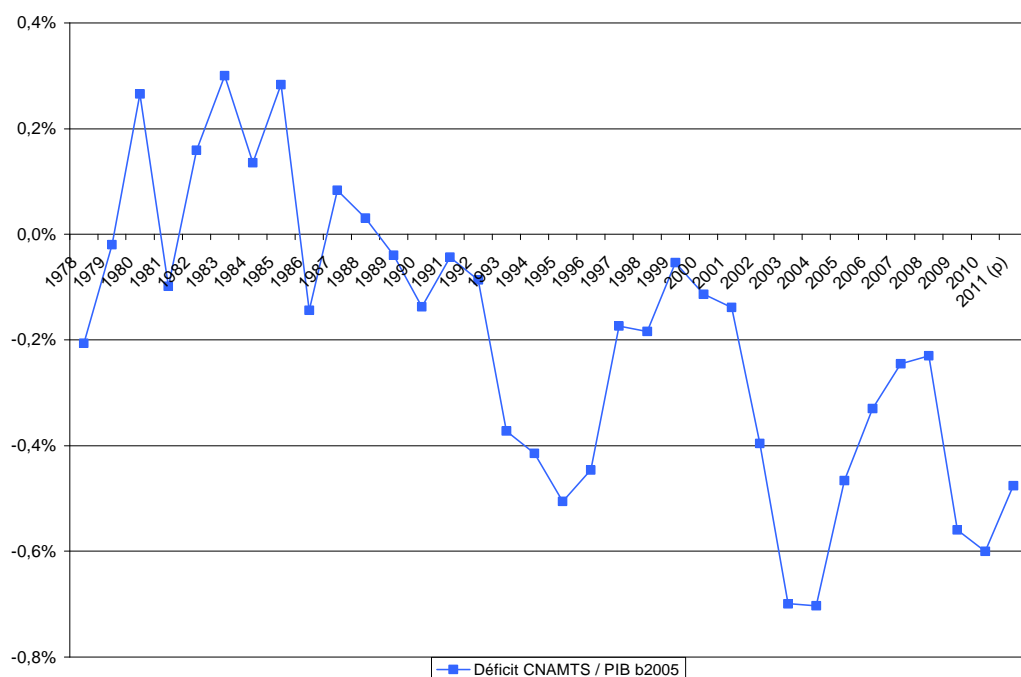
Source : DSS, INSEE. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

Si cette approche relativise quelque peu le niveau des déficits atteints en 2009, 2010 et 2011, puisqu'ils sont légèrement inférieurs en euros constants à ceux de 2003 et 2004, l'observation de la série longue n'en fait pas moins que la répétition que nous connaissons de trois années de déficits à un niveau aussi élevés place l'assurance maladie dans une situation inédite. Surtout, chaque année qui passe ajoute une dette supplémentaire à un niveau historiquement élevé.

Une autre mise en perspective du niveau de déficit consiste à comparer les soldes de la branche maladie du régime général avec le PIB.

Après deux années d'augmentation, le ratio « déficit de la branche maladie du régime général rapporté au PIB en valeur » devrait légèrement s'améliorer en 2011, pour s'établir à 0,5%.

Figure 2 : Rapport entre le déficit de la branche maladie du régime général et le PIB en valeur

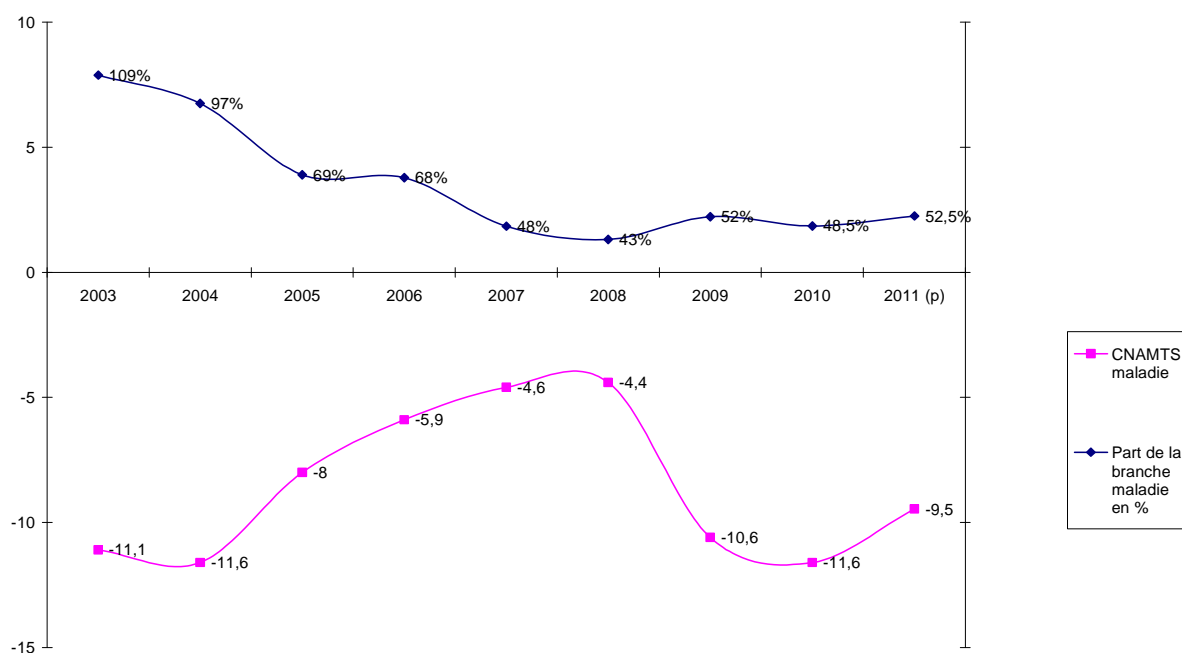


Source : DSS, INSEE. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

Une des principales caractéristiques de la période, pointée par le HCAAM dans son rapport annuel pour 2010, était que le déficit de l'assurance maladie était environné de déficits publics importants.

S'agissant de la position de l'assurance maladie par rapport aux autres branches du régime général, l'indicateur rapportant le déficit de la branche maladie du régime général au déficit de l'ensemble des branches du régime général est passé de 48,5% en 2010 à 53,2% en 2011. Le poids de la maladie dans le déficit global du régime général a donc légèrement augmenté.

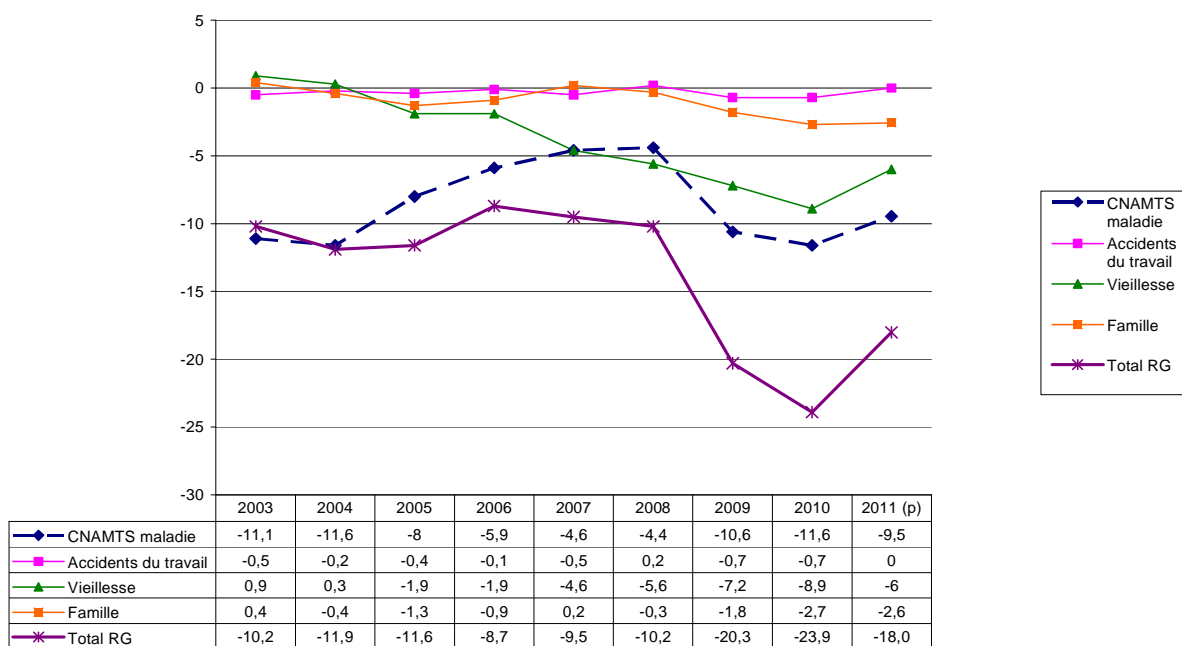
Figure 3 : Evolution du déficit de la branche maladie du régime général en montant et part en % du déficit global du régime général



Sources : rapports de la CCSS. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

Ce résultat est lié à la réduction plus rapide des déficits des branches Accidents du travail et Vieillesse de la sécurité sociale que celui de la branche maladie :

Figure 4 : Evolution du solde des différentes branches et du solde global du régime général



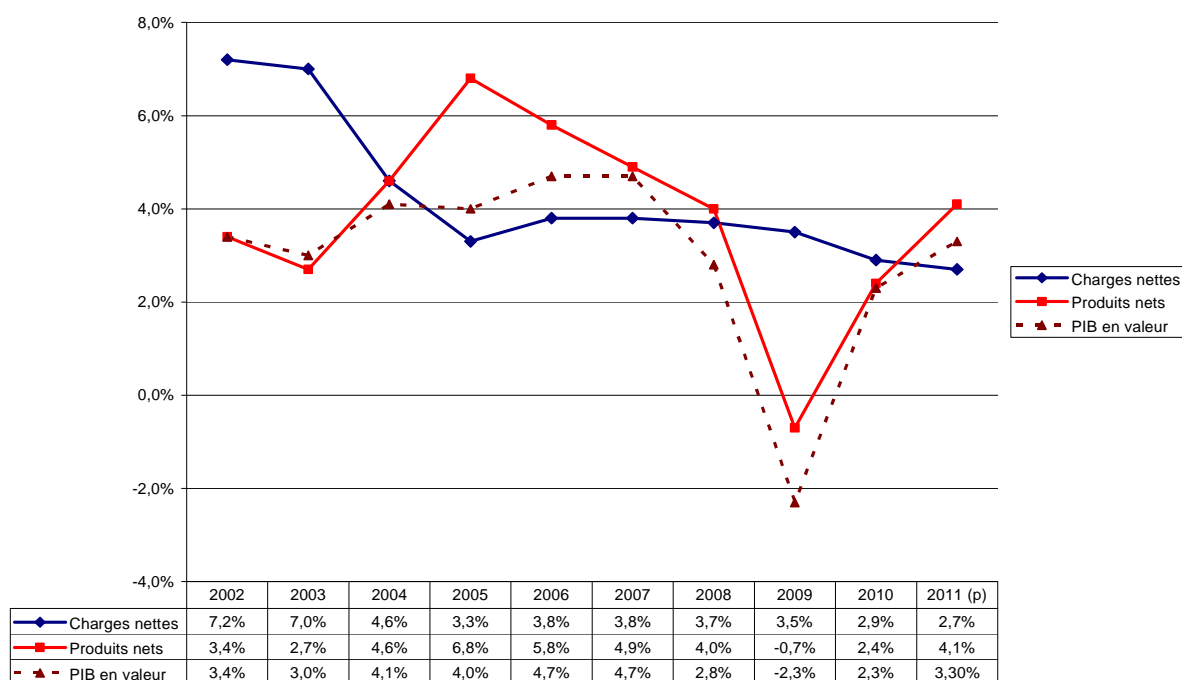
Sources : rapports de la CCSS. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

L'analyse des évolutions des déterminants du solde de la branche maladie du régime général fait apparaître deux évolutions contraires :

- d'un côté, la moindre croissance des « charges »⁸² de la branche maladie ;
- de l'autre la reprise de la progression de ses « produits » à compter de 2010, après une diminution en 2009, avec une progression plus rapide des recettes que le PIB en valeur en 2011, liée à l'apport de recettes nouvelles.

Le croisement des deux courbes explique la réduction du déficit enregistrée en 2011.

Figure 5 : Taux de croissance comparés des charges et produits de la branche maladie du régime général et du PIB en valeur



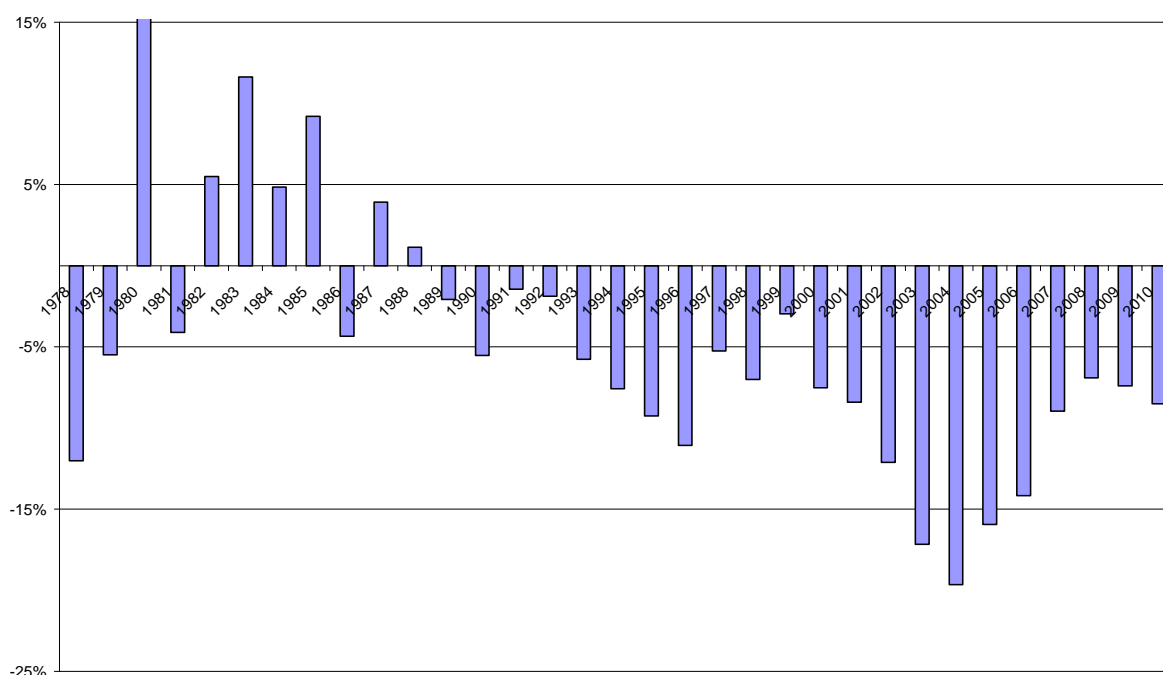
Sources : rapports de la CCSS ; INSEE Comptes nationaux, PLFSS 2012

Le HCAAM suit également depuis 2010 les évolutions comparées du déficit de la branche maladie du régime général et de celui de l'ensemble des administrations publiques (déficit au sens de Maastricht).

Sur 2009-2010, il apparaît que le déficit de la branche maladie du régime général a évolué plus défavorablement que le déficit de l'ensemble des administrations publiques. Ainsi, entre 2008 et 2010, son poids est passé de 6,9% à 8,5% du déficit de l'ensemble des administrations publiques. Les données sur le déficit au sens de Maastricht en 2011 n'étant pas disponible, il est impossible de calculer ce ratio pour 2011.

⁸² Comme cela a été fait dans le rapport annuel du HCAAM pour 2010, on reprend ici les évolutions des « charges nettes et produits nets » de la CNAMTS présentés dans les rapports de la CCSS, qui neutralisent les effets comptables des dotations aux provisions (en charges) et reprises de provisions (en produits).

Figure 6 : Déficit de la branche maladie du régime général en % du déficit public au sens de Maastricht



	2008	2009	2010
Total administrations publiques (S13)	-64,3	-142,5	-136,5
Déficit CNAMTS maladie	-4,4	-10,6	-11,6
Déficit CNAMTS maladie en % déficit public	-6,9%	-7,4%	-8%

Sources : données des rapports de la CCSS et INSEE-Comptes nationaux (base 2005 pour le PIB)

En 2010, cette évolution s'est expliquée par un double mouvement en sens contraire : l'accroissement d'environ 10% du déficit de la branche maladie du régime général entre 2009 et 2010, quand les autres déficits publics (hors branche maladie du régime général donc) connaissaient un léger recul (moins 5%).

1.2. Les objectifs et hypothèses retenues par le Gouvernement pour le cadrage du PLFSS 2012 et les perspectives 2013-2015

Les éléments définitivement votés par le Parlement ont fortement évolué par rapport de ceux qui ont été présentés lors de la CCSS du 22 septembre 2011 et inscrits dans le PLFSS initial pour 2012. Par amendement du Gouvernement en deuxième lecture à l'Assemblée nationale, la progression des dépenses a en effet été revue à la baisse pour palier les pertes de recettes liées aux nouvelles prévisions de croissance, pour un objectif de solde inchangé :

- la prévision de progression du PIB en volume a été ramenée de +1,75% à +1,0%, tandis que celle concernant la masse salariale est passée de +3,7% à +3,0% ;
- le taux de progression de l'ONDAM a été ramené à +2,5% au lieu de +2,8% sur la période 2012-2015, le Gouvernement ayant précisé que ce même taux sera retenu en 2016 ;

Pour 2012, il est finalement retenu un objectif de réduction de 40% (soit 3,6 Md€) du déficit de la branche maladie du régime général, avec un solde cible de -5,9 Md€. Le déficit tous régimes proposé s'élève également à -5,9 Md€.

Cet objectif s'appuie :

- d'une part sur l'affectation aux régimes obligatoires d'assurance maladie d'une fraction des 6 Md€ de recettes nouvelles affectées à la sécurité sociale ;
- d'autre part sur la fixation d'un ONDAM en progression de +2,5%, pour s'établir à 171,2 Md€ (au lieu de 171,7 Md€ dans le PLFSS initial), soit 4 Md€ de dépenses remboursées supplémentaires de plus qu'en 2011), Par rapport au taux de progression tendanciel (voir le chapitre premier sur cette notion) estimé à +4,1%, ce sont 2,7 Md€ (500 M€ s'ajoutant au 2,2 Md€ initiaux) « d'économies sur la tendance » qui seront à réaliser.

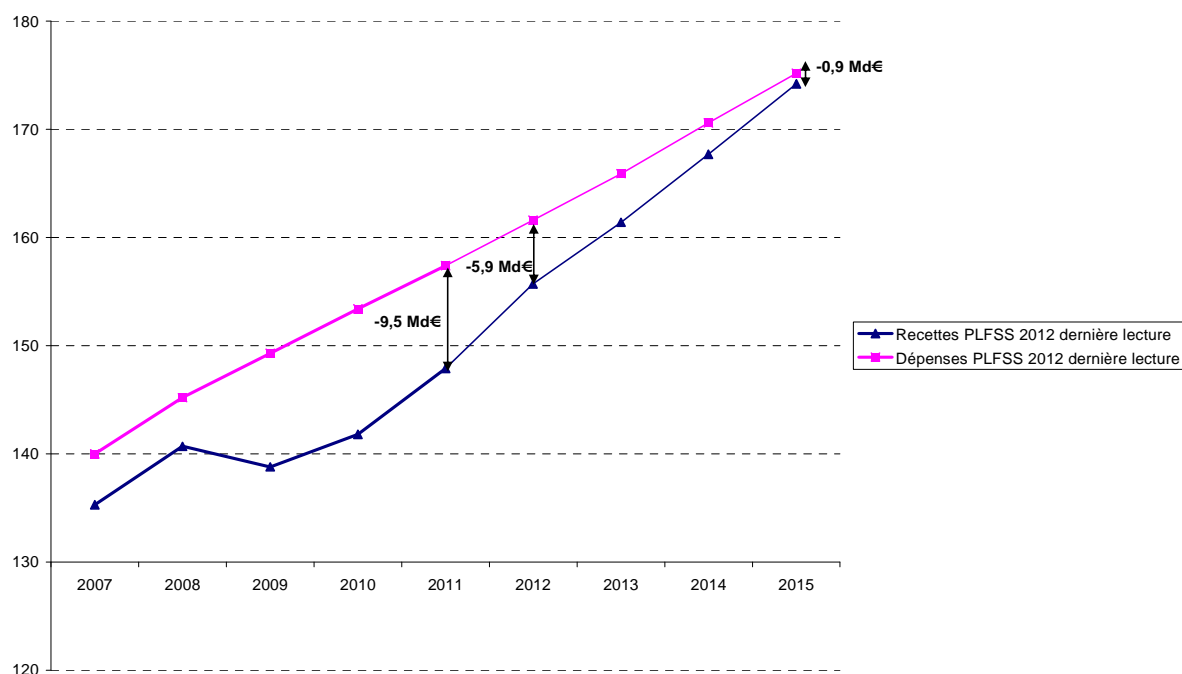
Les hypothèses macro-économiques de l'annexe B au PLFSS 2012 ont également été revues et sont les suivantes :

Tableau 2 : Hypothèse macro-économique du Gouvernement

	ONDAM en valeur	PIB en volume	Masse salariale en valeur
2012	2,5%	1,0%	+3,0%
2013 à 2015	2,5%	2,0%	+4,0

Ces hypothèses, projetées sur la période 2012 – 2015 et hors apport de recettes nouvelles, doivent conduire à une réduction du déficit de l'assurance maladie de 5 Md€ cumulés entre 2013 et 2015, pour porter son montant à -0,9 Md€ en 2015 (contre -2,5 Md€ dans le PLFSS initial).

Figure 7 : LFSS 2012 - hypothèses retenues par le Parlement pour l'évolution du déficit de la branche maladie du régime général



Source : annexe B au PLFSS 2012. Retraitements : Secrétariat général du HCAAM.

Nota bene : le déficit retenu pour 2011 dans cette figure est celui prenant en compte les mesures du PLFSS 2012, soit un montant inférieur de 400 M€ à celui présenté dans le rapport de la CCSS de septembre 2011 (- 9,9M€).

2. Analyse de l'évolution des dépenses

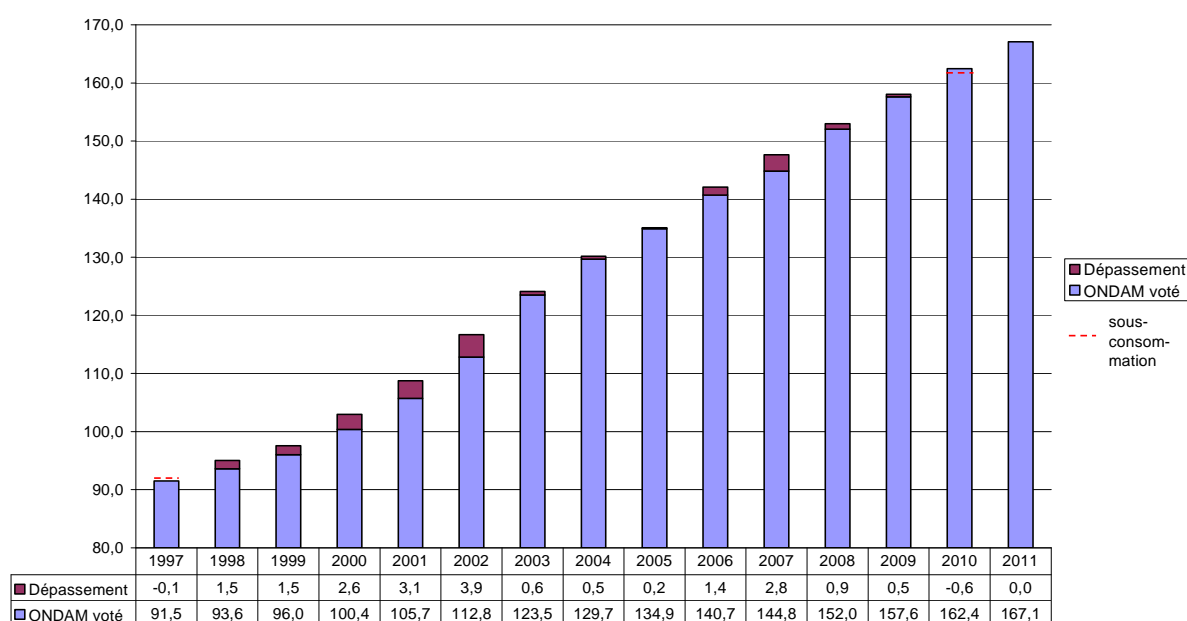
2.1. Les dépenses du champ de l'ONDAM

Le HCAAM a déjà souligné dans son rapport annuel pour 2010⁸³ la contribution de la maîtrise des dépenses d'assurance maladie à la réduction du déficit de l'assurance maladie sur la période précédant la crise actuelle. Cet effort de maîtrise s'est traduit, comme on l'a vu dans le chapitre premier, par une baisse progressive du taux de progression de l'ONDAM voté, et par une meilleure exécution de cet objectif.

a) Evolution globale de la dépense sur le champ de l'ONDAM

Pour la première fois depuis 1997, l'ONDAM 2010 a été respecté, et même exécuté à un niveau (161,8 Md€) légèrement en deçà de l'objectif voté (162,4 Md€). L'ONDAM pour 2011 devrait, selon la CCSS, être exécuté au niveau de l'objectif voté par le Parlement.

Figure 8 : ONDAM votés et exécution de l'ONDAM, en Md€

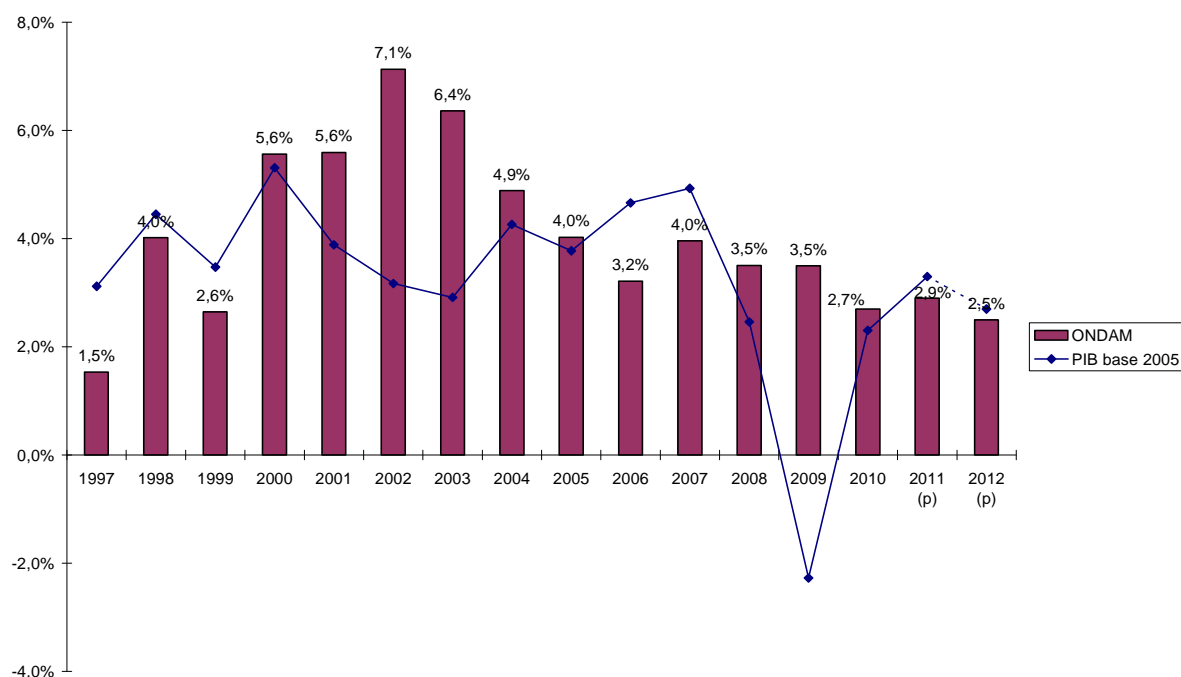


Source : DSS, CCSS, retraitements SG du HCAAM. Note de lecture : l'ONDAM 2009 a été voté à 157,6 M€ et dépassé de 500 M€ en exécution.

La progression de l'ONDAM, de 2,8% en moyenne en 2010-2011 selon la CCSS, se situe à un niveau légèrement inférieur à l'évolution du PIB en valeur pour ces mêmes années, comme le montre la figure 9 ci-après :

⁸³ Voir notamment pages 32 à 34.

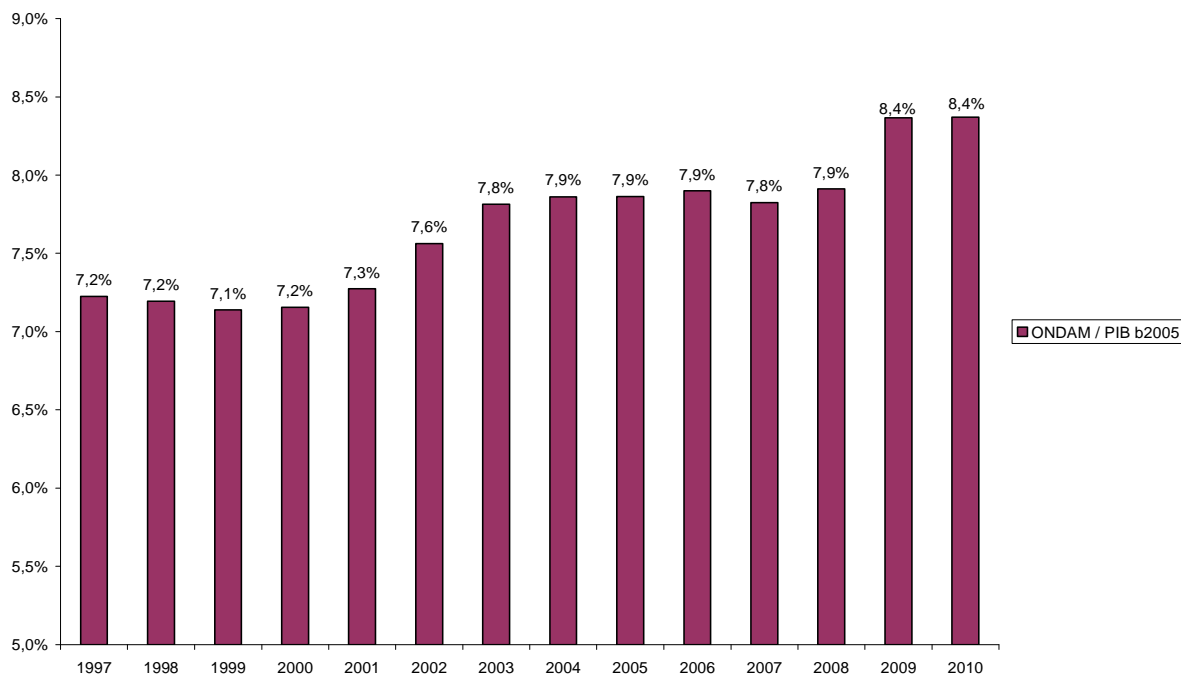
Figure 9 : Evolutions de l'ONDAM et du PIB en valeur



Sources : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2012 pour 2012 et 2013

Il n'en reste pas moins que, du fait de la récession traversée par la France en 2009, le poids de l'ONDAM dans le PIB se situe un demi-point au dessus de son niveau de 2007, avant la crise.

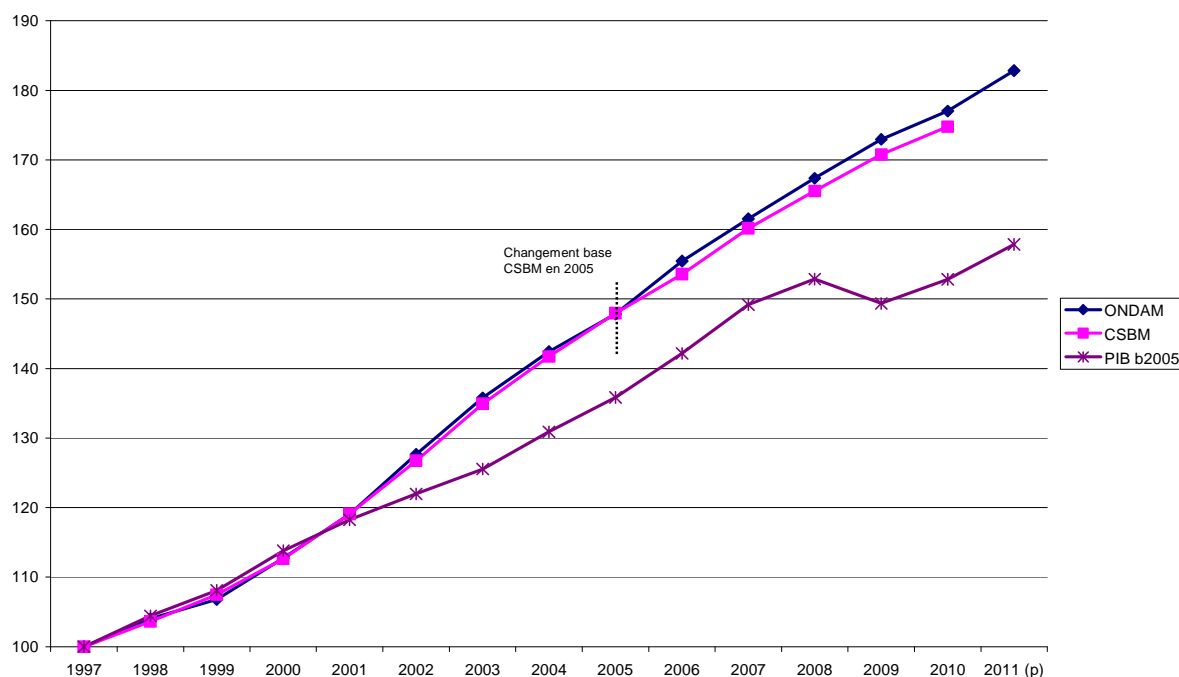
Figure 10 : Dépenses de l'ONDAM rapportées au PIB



Source : DSS, INSEE. Nota bene : par rapport au graphe inscrit dans le rapport annuel 2010 du HCAAM, le présent graphe reprend la nouvelle « base 2005 » du PIB.

L'ONDAM a également progressé plus vite en 2010 que la CSBM, même s'il convient de rappeler que l'ONDAM et la CSBM n'ont pas le même périmètre (voir le chapitre I pour le détail des différences de champ entre ces deux agrégats). L'ONDAM comprend ainsi, par exemple, des dépenses très dynamiques du secteur médico-social (personnes âgées et personnes handicapées) qui ne figurent pas dans la CSBM.

Figure 11 : Evolution en base 100 1997 de l'ONDAM, de la CSBM et du PIB



Source : DSS, INSEE Comptes nationaux, DREES Comptes de la santé.

Retraitement : secrétariat général du HCAAM

Note bene : du fait de la rupture de série sur la CSBM lié au passage en base 2005, sans rétropolation disponible, pour l'instant, de la nouvelle base sur 1997-2005, ce sont les données de la CSBM « base 2000 » qui ont été retenues pour déterminer la base 100 de la CSBM en 1997 et son évolution jusqu'à 2005.

A partir de 2005, on utilise la CSBM « nouvelle base 2005 » disponible pour les années 2005 à 2010. Le point 2005 a été conventionnellement choisi comme identique pour la CSBM « base 2000 » et « base 2005 ».

Tableau 3 – Décomposition des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM – Tous régimes

	Objectifs 2010	Écart/objectif 2010 (Md€)							
	arrêtés (*) (Md€)		2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/2004
Soins de ville	75,2	-0,4	3,10%	2,80%	4,40%	2,60%	3,20%	+2,2%	19,7%
Etablissements de santé	70,9	-0,1	4,40%	3,00%	3,00%	3,90%	3,50%	+2,0%	21,5%
Médico-social	15,2	-0,1	7,80%	6,40%	6,70%	6,40%	5,10%	+7,1%	46,6%
Autres	1	0		14,40%	3,80%	4,90%	0,80%	+11%	39,4%
ONDAM	162,4	-0,6	4,00%	3,20%	4,00%	3,50%	3,50%	+2,7%	22,8%
PIB en valeur			4,00%	4,70%	4,90%	2,80%	-2,10%	+2,3%	17,6%

Source : rapport de la CCSS de septembre 2011

(*) : Les écarts entre les objectifs arrêtés et ceux votés lors de la LFSS pour 2009 proviennent des transferts de fongibilité qui ont globalement un impact nul.

Cette évolution appelle deux commentaires :

- sur la période 2004-2010, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont progressé plus vite que le PIB en valeur (+22,8% contre +17,6%);

- les dépenses de l'ONDAM médico-social connaissent une forte progression (+46,6% entre 2004 et 2010).

On peut obtenir une estimation de l'ONDAM en termes réels par deux approches : l'approche « dépenses » qui met en regard les dépenses de l'assurance maladie avec la dépense de santé et qui consiste à déflater l'ONDAM en valeur par l'évolution des prix de la CSBM ; et l'approche « ressources » pour laquelle on déflate l'ONDAM par l'évolution des prix du PIB, les ressources de l'assurance maladie étant quasiment indexées sur le PIB en valeur.

Les prix de la santé évoluant différemment de ceux du PIB, on constate que sur les cinq années étudiées, les dépenses de l'ONDAM en volume, corrigées de l'évolution des prix de la CSBM, ont progressé plus rapidement que le PIB en volume. Le constat est également vérifié s'agissant de l'ONDAM corrigé des prix du PIB, à l'exception des années 2006 et 2007. Cela fait apparaître que la modération de la progression des dépenses du champ de l'ONDAM en valeur tient plus à la modération des prix qu'à celles des volumes.

Tableau 4 – Evolution de l'ONDAM et du PIB en termes réels

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/2004
ONDAM déflaté par les prix de la CSBM	+ 2,7%	+ 2,5%	+ 3,2%	+ 2,8%	+ 3,2%	+2,4%	+17,9%
ONDAM déflaté par les prix du PIB	+2,0%	+0,8%	+1,5%	+0,9%	+3,0%	+1,9%	+10,4%
PIB en volume	+ 1,9%	+ 2,2%	+ 2,4%	+ 0,2%	-2,6%	+1,5%	+5,6%

Sources : DSS-SDEPF/6A pour l'ONDAM ; Drees, comptes de la santé pour la CSBM ; Insee, comptes nationaux pour le PIB. Calculs : secrétariat général du HCAAM

Un écart d'1 point représente, en 2010, 1,6Md€.

b) Evolution par type de prestations

b1) Soins de ville du régime général

Les dépenses de soins de ville ont augmenté de 22% entre 2004 et 2010. La croissance des honoraires privés est relativement modérée (+13,7%).

L'année 2010 est caractérisée par une croissance de tous les postes qui composent les soins de ville.

Tableau 5 – Les soins de ville dans le champ de l'ONDAM – Régime général*en millions d'euros*

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2010/2004
Honoraires libéraux	23 028	23 596	+2,5%	24 634	+4,2%	25 766	+4,7%	26 513	+2,9%	27 383	+3,3%	28 083	+2,6%	+22,0%
dt hono privés	13 991	14 161	+1,3%	14 597	+3,0%	15 163	+3,9%	15 518	+2,4%	15 783	+1,7%	15 902	+0,8%	+13,7%
dt hono.paraméd.	4 564	4 795	+5,0%	5 129	+6,9%	5 549	+8,2%	5 843	+5,3%	6 216	+6,4%	6 595	+6,1%	+44,5%
dt laboratoires	2 540	2 568	+1,3%	2 646	+2,8%	2 678	+1,4%	2 689	+0,4%	2 750	+2,3%	2 798	+1,7%	+10,2%
dt transports	1 932	2 071	+7,3%	2 262	+9,1%	2 377	+5,1%	2 462	+3,6%	2 634	+7,0%	2 787	+5,8%	+44,3%
Autres soins de ville	25 801	26 672	+3,4%	27 960	+1,5%	29 375	+5,0%	30 331	+3,3%	31 293	+3,2%	32 202	+3,2%	+24,8%
dt médicaments	15 935	16 679	+4,6%	16 976	+1,8%	17 738	+4,6%	17 648	-0,5%	18 152	+2,9%	18 476	+1,8%	+15,9%
dont IJ maladie et AT	7 363	7 275	-1,2%	7 232	-0,6%	7 511	+3,7%	7 934	+5,6%	8 341	+5,1%	8 679	+4,0%	+17,9%
dont disp. méd.	2 504	2 718	+8,7%	2 932	+7,8%	3 257	+11,1%	3 544	+8,8%	3 602	+1,6%	3 875	+7,6%	+54,8%
Total Soins de ville	48 829	50 268	+2,9%	52 593	+2,9%	55 142	+4,9%	56 845	+3,1%	58 676	+3,2%	60 385	+2,9%	+23,7%

*Sources : rapports de la CCSS***b2) Evolution des IJ maladie**

La progression des indemnités journalières maladie a ralenti en 2010, avec une hausse de 3,8% en raison d'un net infléchissement de la croissance des indemnités journalières de plus de 3 mois. Les IJ de moins de 3 mois augmentent significativement, de plus de 4% en 2010. Déflatée de l'évolution du salaire moyen par tête (SMPT), la progression sur la période 2004/2010 des IJ maladie est ramenée de 18% à 2%, faisant apparaître une modération des volumes sur la période. Même si le SMPT ne donne qu'une approximation des salaires remplacés, la croissance des IJ maladie paraît s'expliquer principalement par la croissance de ces derniers.

Tableau 6 – Les indemnités journalières maladie (Régime général)*en millions d'euros*

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2010 /2004
Total	5 236	5 335	+1,9%	5 231	-1,9%	5 385	+2,9%	5 677	+5,4%	5 957	4,90%	6 182	+3,8%	+18,0%
dont IJ – 3mois	2 971	3 052	+2,7%	3 039	-0,5%	3 190	+5,0%	3 386	+6,1%	3 503	3,50%	3 655	+4,3%	+23,0%
dont IJ + 3 mois	2 265	2 283	+0,8%	2 192	-4,1%	2 196	+0,2%	2 291	+4,3%	2 454	7,10%	2 506	+2,1%	+10,6%
SMPT			+2,6%		+3,0%		+3,1%		+2,8%		+1,0%		+2,2%	+15,6%

Sources : rapport de la CCSS de sept 2011 pour les IJ maladie ; ACOSS pour le SMPT

Note : le SMPT a été préféré au salaire mensuel de base (SMB) comme déflateur car il présente l'avantage de prendre en compte l'emploi à temps partiel.

b3) Les dépenses d'hospitalisation

Les dépenses d'hospitalisation ont à nouveau progressé fortement en 2010.

L'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a donné dans son rapport semestriel de juin 2011 une analyse de la progression des dépenses hospitalières du champ MCO (médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie) :

- pour les établissements de santé anciennement sous dotation globale (publics et privés non lucratifs), un taux d'évolution brut de +2,7%, entraînant un écart à l'objectif de près de 500 M€. Cette évolution serait imputable à la progression des volumes, soit +3,1% ;
- pour les établissements ex-OQN (cliniques privées), un taux d'évolution brut de +2,2%, imputable à la progression des volumes, représentant un écart à l'objectif de 66 M€.

Il convient de rappeler en effet que la campagne budgétaire 2010 avait été construite sur une prévision d'évolution des volumes de +1,7% pour les activités de soins, et +8% pour les produits de la liste en sus.

Tableau 7 – Evolution des dépenses d'hospitalisation en 2010

	Objectifs arrêtés 2010	Estimation des réalisations	Ecart réalisations attendues / objectifs arrêtés	Ecart réalisations attendues / objectifs arrêtés après neutralisation fongibilité	Taux brut d'évolution des réalisations 2010/2009
TOTAL	70 251	70 334	83	93	1,8%
ODMCO + MIGAC	52 442	52 665	224	228	2,5%
ODMCO	44 299	44 866	567	567	2,6%
MIGAC	8 142	7 799	- 343	- 339	1,6%
ODAM + OQN	17 810	17 668	- 141	- 134	-0,2%
ODAM	15 455	15 314	- 141	- 134	-0,9%
OQN psy-ssr	2 354	2 354	-	-	5,1%

Source : PMSI – SNIIRAM ATIH. Tableau de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, note semestrielle, juin 2011

Ainsi que cela a été dit dans le chapitre premier du présent rapport, le risque de dépassement de l'ODMCO a été compensé par des non délégations de crédits sur les MIGAC, la dotation annuelle de fonctionnement des établissements non MCO (DAF) et le FMESPP. Du fait d'un ralentissement des dépenses de soins hospitaliers par rapport aux estimations infra-annuelles, l'exercice 2010 se solde par une sous-consommation de l'ONDAM hospitalier 2010 de 150M€.

S'agissant de l'analyse de la progression en 2010 des dépenses du champ MCO tarifiée à l'activité (notion de « volume économique »), le rapport de juin 2011 fait apparaître plusieurs phénomènes intéressants.

* S'agissant des établissements ex-DG :

La progression du « volume économique » de dépenses MCO a atteint + 2,8%. Elle est liée à la progression des volumes bruts mesurés en nombre de séjours (+1,7%) et à un effet structure (déplacement de l'activité vers des GHS mieux rémunérés) toujours présent (+1,1%), bien qu'en diminution par rapport à 2009 (+2,1%).

Ce sont principalement les séjours sans nuitée et les séances qui contribuent à l'augmentation des volumes bruts. Néanmoins, l'hospitalisation complète contribue toujours à l'évolution des dépenses, principalement liée à l'effet structure (+2,4%), mais aussi toujours par une augmentation du nombre de séjours (+0,5%).

* S'agissant des cliniques privées :

La progression du « volume économique » a ralenti en 2010 à +1,1% (contre +2,5% en 2009), avec un effet nombre de séjours de +0,5% (+0,7% en 2009) et un effet structure de +0,7% (+1,9% en 2009).

L'évolution en 2010 par type de prestations fait apparaître une forte progression des séjours sans nuitée (+4,7%), à la fois en volumes brut (+2,9%) et en effet structure (+1,8%), une légère progression de l'hospitalisation complète (+0,2%) due uniquement à l'effet structure (+1,9%), le nombre de séjours diminuant (-1,7%). Les séances sont en recul (-0,6%), cette baisse étant pour moitié due à une baisse des volumes et à un effet structure négatif.

b4) Les dépenses médico-sociales

La contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées a représenté 7,2 Md€ en 2010. Tout comme en 2009, un ajustement a été effectué en 2010 sur ces dépenses à hauteur de 100M€, « *en raison de la sous-consommation structurelle des crédits alloués à ce secteur* » estime la CCSS. L'enveloppe pour personnes handicapées s'est pour sa part élevée à 7,9 Md€, en hausse de 2,8% par rapport à l'exercice précédent.

c) Les prestations maladie hors ONDAM

c1) Evolution des dépenses liées à la maternité

Les dépenses liées à la maternité ont progressé plus rapidement en 2010 qu'en 2009 (+4,4%) pour atteindre presque 3Md€. Après un recul pour la première fois depuis 2004, en 2009, l'année 2010 a été marquée par un retour de la croissance des IJ paternité. Déflatée de l'évolution du SMPT, la progression sur la période 2004/2010 des IJ maternité est ramenée de 21,4% à +5%.

Tableau 8 – Les indemnités journalières maternité et paternité (Régime général)

en millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%	2010/2004
Total	2 451	2 516	2,7%	2 609	3,7%	2 651	1,6%	2 790	5,3%	2 857	+2,4%	2983	+4,4%	+21,7%
dont IJ maternité	2 272	2 329	2,5%	2 412	3,6%	2 447	1,4%	2 572	5,1%	2 640	+2,6%	2759	+4,5%	+21,4%
dont IJ paternité	179	187	4,9%	197	5,2%	204	3,6%	218	6,7%	216	-0,9%	224	+3,4%	+25,1%
SMPT			+2,6%		+3,0%		+3,1%		+2,8%		+1,0		+2,2%	+15,6%

Source : rapport de la CCSS de sept 2011 (DSS –SDEPF/6A) pour les IJ maternité ; ACOSS pour le SMPT ; (champ : France métropolitaine).

c2) Les dépenses d'invalidité

Les pensions d'invalidité atteignent 4,3Md€ en 2010 en baisse significative par rapport à 2009.

Tableau 9 – Les pensions d'invalidité (régime général)

en millions d'euros

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2009/2004
Montants	3 781	4 072	4 269	4 398	4 435	4 458	4 292	
Progression en valeur	8,1%	7,7%	4,8%	3,0%	0,9%	0,5%	-3,7%	+13,5%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%	1,4%	1,3%	0,9%	+9,6%
dont effet volume	6,3%	5,6%	3,0%	1,2%	-0,5%	-0,8%	0,5%	+9,8%
dont ASI							-5,1%	-5,1%

Source : rapport de la CCSS de sept. 2011 (DSS –SDEPF/6A)

c3) Les autres dépenses (chiffres 2010)

L'année 2010 a été marquée par la signature tardive (octobre) d'une nouvelle convention d'objectifs et de gestion 2010-2013 liant l'Etat et la CNAMTS. Traditionnellement, la première année d'une nouvelle COG est marquée par une consommation faible de crédits.

- dépenses de gestion courante : 5 945 M€, en diminution de -1,7% par rapport à 2009.

Les dépenses de gestion courante ont représenté, en 2010, 3,8% des charges nettes totales de la branche maladie du régime général, contre 4% en 2009.

- dépenses sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale : 303 M€ (-18% par rapport à 2009)

- dépenses sur le Fonds national de prévention, d'éducation et information sanitaire : 452 M€ (-3,2% rapport à 2009)

- charges financières : 161 M€, contre 54M€ en 2009

3. Les recettes des régimes de base

3.1. Les grandes catégories de recettes

Les recettes affectées à la CNAMTS ont augmenté plus rapidement sur la période 2004 / 2010 que la croissance du PIB en valeur. La baisse des recettes de la CNAMTS en 2009 a symétriquement été moins accentuée que la diminution du PIB en valeur enregistrée cette même année. En 2010, le différentiel s'est estompé et l'augmentation des recettes de la CNAMTS s'est établie à un niveau proche de l'augmentation du PIB en valeur.

Tableau 10 – Evolution des recettes et du PIB

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010/2004
Recettes⁸⁴ de la CNAM- maladie	4,6%	6,8%	5,8%	4,9%	4,0%	-0,7%	+2,4%	+25,4%
PIB (en valeur)	4,1%	4,0 %	4,7 %	4,9%	2,8%	-2,1%	+2,3%	+17,6%
PIB (en volume)	2,5 %	1,9 %	2,2 %	2,4%	0,2%	-2.6%	+1,5%	+5,6%

Sources : rapports et notes de conjoncture de la CCSS pour les recettes et INSEE-Comptes nationaux pour le PIB.

Tableau 11 – Masse salariale du secteur privé

	Evolutions en moyenne annuelle					
	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Masse salariale du secteur privé en comptabilité nationale	3,2%	4,3%	4,8%	3,4%	-1,2%	n.d.
Masse salariale du secteur privé champ URSSAF	3,4%	4,3%	4,8%	3,6%	-1,3%	+2,0

Source : rapports et note de conjoncture de la CCSS

⁸⁴ Au sens de recettes nettes. Voir la note infrapaginale 2 page 7.

3.2. Les recettes nouvelles

a) Les recettes nouvelles et pérennes entre 2004 et 2010

Tableau 12 - Impact des mesures nouvelles et pérennes d'assurance maladie sur les recettes (ensemble des régimes de base)

en millions d'euros

Mesures	en 2007 par rapport à 2006		en 2008 par rapport à 2007		en 2009 par rapport à 2008		en 2010 par rapport à 2009	
	prévues	réalisées	prévues	réalisées	prévues	réalisées	prévues	réalisées
Ménages								
CSG (activité salariée/allocation chômage)								
CSG (retraite/préretraite/invalidité)								
CSG (patrimoine/placements)							174++	174++
CSG (jeux)							-110++	-123++
Suppression de l'avoir fiscal								
Intégration de l'abattement 20% dans le barème IR	300++ 580**	300++						
Prélèvement à la source sur les dividendes			702++	760++	-760++	-760++		
Prélèvement sur les jeux et paris en ligne							115++	128++
Sociétés								
Contribution additionnelle à la C3S								
Abattement temps partiel								
Indemnités de rupture								
Contrôles URSSAF avec échantillonnage								
Compensation/Application RTT								
Contribution de 10% sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites			250	220++				
Instauration d'un forfait social à 2%					360++	315++		
Augmentation forfait social de 2 points							380+	340++
Contribution « pandémie grippale »							125++	125++
Industrie								
Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques (de 0,525% à 0,6% en 2005, de 0,6% à 1,96% en 2006, de 1,96% à 1% en 2007)	-170+	-170						
Contribution sur les dépenses de promotion « dispositifs »								
Contribution sur les dépenses de promotion « médicaments »								
Clause de sauvegarde pharmaceutique								
Sécurité sociale								
Actualisation du versement au titre de la sous-déclaration des AT / MP	80**	80			300++	300++		
Etat								
Droits de consommation sur les tabacs					840++	880++		
Réaffectation de droits tabacs au fonds CMU	-230**	-230						
Réaffectation de droits alcools au fonds CMU								
Hôpital								
Valorisation du patrimoine immobilier hospitalier	0++	0						
Améliorations internes								
Amélioration du recours contre tiers + réforme	150++	150++						
Contrôles								
Recettes diverses	40**	40						
Total avant FFIPSA	170 à 450	170	952++	980++	740++	735++		
Perte de la subvention d'équilibre du régime agricole								

Sources : (*) rapports HCAAM (2005, 2006) ; (**) annexes au PLFSS (2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009) ; (***) rapport CCSS (septembre et juin 2004, 2005, 2006, 2010) ; (+) Dossier Assemblée nationale du PLFSS (2005, 2006, 2007) ; (++) Direction de la sécurité sociale (DSS)

b) Les recettes récentes

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a prévu des mesures de recettes nouvelles affectées au régime général de la sécurité sociale pour un peu plus de 900 M€, principalement au titre de la « réduction des niches sociales » (annexe 9 au PLFSS 2011). Sur ce montant, 400 M€ devaient bénéficier à la « CNAMTS maladie ».

Les principales mesures sont les suivantes :

- l'augmentation du taux du forfait social sur les éléments de rémunération non soumises à cotisations sociales ;
- l'augmentation des contributions sur les stock-options ;
- l'assujettissement aux cotisations sociales des rémunérations versées aux salariés par des tiers non employeurs du bénéficiaire de la gratification ;
- le plafonnement de l'abattement de 3% pour frais professionnels applicable à la CSG ;
- la limitation des exonérations de taxes sur les médicaments orphelins à ceux réalisant moins de 30 M€ de chiffre d'affaires.

Par ailleurs, l'article 28 de la LFSS 2011 a abaissé le seuil de déclenchement de la clause de sauvegarde en fixant le taux « K »⁸⁵ d'évolution des dépenses de médicaments à 0,5% pour 2011, au lieu de 1% en 2010.

4. L'évolution de la dette sociale

Une importante opération de reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) a été conduite suite au vote de la loi organique du 13 novembre 2010 sur la gestion de la dette sociale, et l'augmentation consécutive de quatre ans de la durée maximale d'amortissement de la dette.

Au cours de l'année 2011, les déficits du régime général (hors branche AT-MP) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) constatés pour les années 2009 – 2010 et prévisionnels pour 2011 ont été repris. Le montant de la reprise a été fixé à 65,3 Md€, susceptible de révision au vu des déficits constatés pour 2011, dans le plafond de 68 Md€.

On peut estimer que le déficit de la branche maladie du régime général est à l'origine de quasiment la moitié des 65,3 Md€ de dette reprise par la CADES en 2011 le déficit cumulé de la branche maladie du régime général s'élevant en effet à environ 32 Md€ sur la période 2009-2011.

Ces 32 Md€ s'ajouteraient aux 76,6 Md€ de dettes transférées au titre de l'assurance maladie entre 1996 et 2009, soit un montant total de 108,6 Md€. Cette somme représente plus de la moitié de la dette reprise par la CADES depuis sa création, qui avoisine les 200 Md€ selon la CCSS.

⁸⁵ Le taux K est le pourcentage du taux de croissance du chiffre d'affaires des entreprises exploitant des médicaments remboursables, au-delà duquel elle doivent verser des remises à l'assurance maladie, en l'absence de la signature d'une convention avec le Comité économique des produits de santé.

Tableau 13 - Evolution du montant de la dette sociale transférée à la CADES depuis sa création

Années	Montant total transféré à la CADES (en M€)	Estimation des montants transférés au titre la branche maladie du régime général (en M€)
1996	44 730	12 530
1998	13 206	7 755
2003	1 280	
2004	36 100	35 000
2005	6 610	6 610
2006	5 700	5 700
2007 (régularisation reprise 2006)	-65	-65
2008	10 000	3 500
2009	17 000	5 578
2011 (Maladie : estimation SG du HCAAM)	65 300	32 000
Total	199 861	108 608

Source : rapports de la CCSS et Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale de la DSS

Il convient de signaler que, contrairement aux déficits prévisionnels 2012-2018 de la branche vieillesse du régime général et du FSV, aucune reprise de dette au-delà de 2011 pour la branche maladie du régime général n'a été prévue dans les dispositions prises dans le cadre de la loi organique du 13 novembre 2010.

5. Les créances du régime général sur l'Etat

Le rapport de la CCSS de septembre 2011 indique que, pour la première fois, la situation de l'Etat au 31 décembre 2010 fait apparaître non pas une dette, mais une créance sur les organismes de sécurité sociale du régime général, de l'ordre de 470 M€. Cette créance atteint 150 M€ pour la seule la branche maladie du régime général. Cette situation est liée aux opérations prévues par la loi de finances rectificatives pour 2010, qui a affecté des excédents des paniers de recettes fiscales à la compensation d'exonérations de charges sociales générales ou ciblées.

ANNEXES

Annexe 1 : Chronique des taux d'évolution de l'ONDAM.

Annexe 2 : Fixation d'un objectif pour les dépenses de santé ou d'assurance maladie : aspects comparatifs.

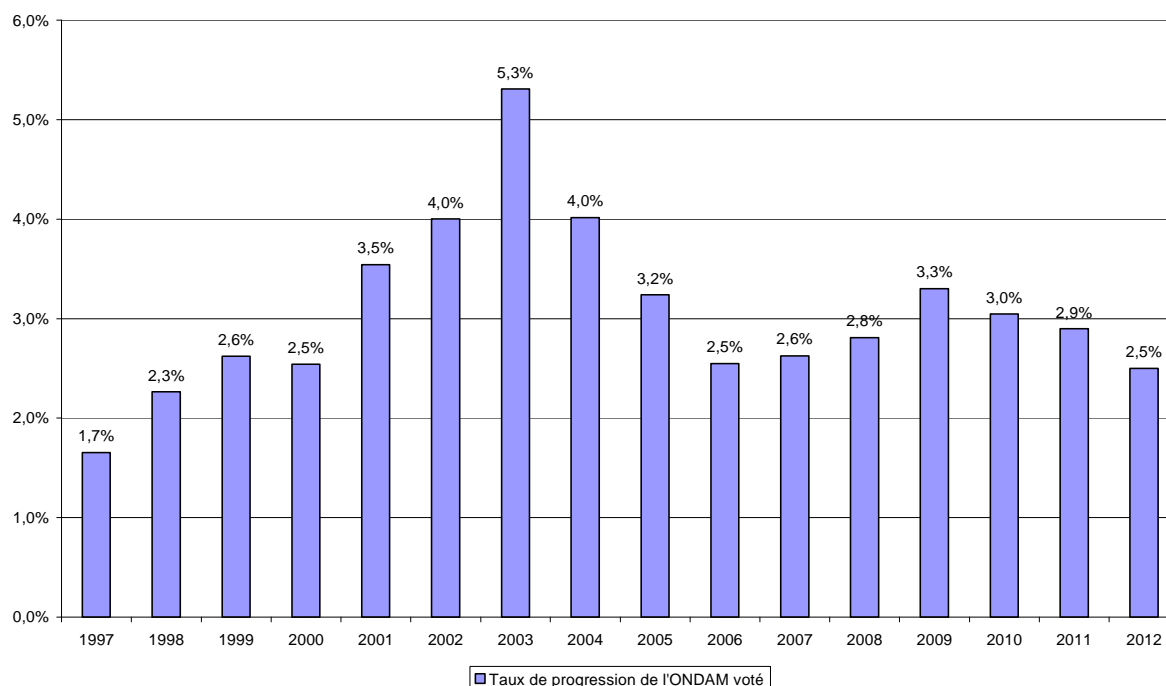
**Annexe 3 : L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?
Avis du 27 janvier 2011.**

Annexe 1 : Chronique des taux d'évolution de l'ONDAM

Depuis 2005, les dépenses du champ de l'ONDAM ont fortement décéléré⁸⁶. Cette décélération des dépenses exécutées a été constatée dans un contexte où le taux de progression de l'ONDAM voté (dit « ONDAM initial ») a connu plusieurs grandes évolutions. Trois périodes se sont ainsi succédé⁸⁷ :

- Entre 1997 et 2003, une augmentation du taux de progression voté ;
- en 2004 et 2006, une forte diminution puis une tendance à l'augmentation du taux de progression voté de l'ONDAM ;
- à compter de 2010, une nouvelle diminution du taux de progression voté.

Figure 1 : taux de progression de l'ONDAM voté depuis 1997



Source : DSS

Il faut bien noter qu'il s'agit de taux calculés par rapport à l'ONDAM « rebasé » de l'année précédente, autrement dit d'un ONDAM plus élevé que celui qui avait été voté l'année d'avant. Le cumul de ces taux annuels successifs est donc nettement inférieur à la croissance globale de l'ONDAM sur la période.

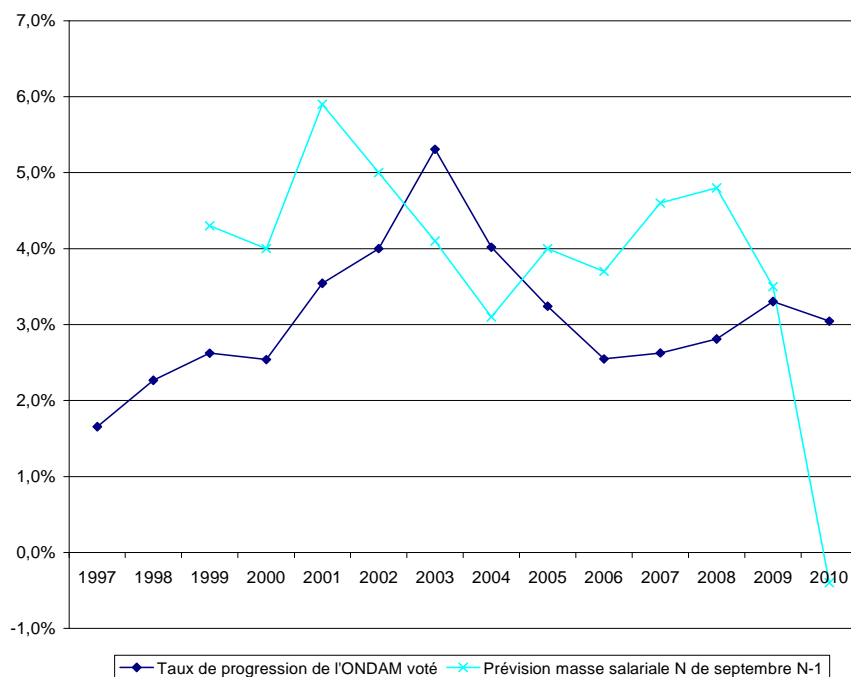
Ces évolutions posent la question de la référence adoptée en matière de fixation de l'ONDAM.

⁸⁶ Rapport annuel du HCAAM pour 2010.

⁸⁷ Il s'agit bien là du taux de progression de l'ONDAM « initial », le secrétariat général de la CCSS ainsi que le rapport de la mission de Raoul Briet ayant fait apparaître l'absence de corrélation entre le niveau de l'ONDAM voté et le respect de l'objectif mesuré par son taux de dépassement.

La figure 2 ci-dessous rapproche les taux de progression de l'ONDAM votés des taux prévisionnels d'évolution de la masse salariale retenus dans le cadrage macro-économique du gouvernement, qui définit « le champ du possible » en terme d'augmentation des recettes « à solde constant ». Son observation ne fait pas apparaître de corrélation flagrante, si ce n'est que le taux de progression de l'ONDAM augmente toujours un peu plus rapidement quand la masse salariale reprend une bonne dynamique.

Figure 2 : taux de progression de l'ONDAM voté et de la masse salariale de l'année N prévue en septembre N-1



Source : rapports de la CCSS et annexes aux PLFSS

La période 1997 – 2003 : un taux de progression fluctuant au gré du cycle économique et de la dynamique propre aux dépenses de santé

La période 1997 à 2003 est marquée par une progression quasi continue du taux d'évolution de l'ONDAM. Elle a accompagné deux phénomènes :

- l'amélioration du cycle économique, avant son retournement ;
- une forte dynamique des dépenses tenant à la fois à des effets volumes et des effets prix (revalorisation des honoraires médicaux ; mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux).

Il est très difficile d'identifier la doctrine qui a présidé, sur la période, à la fixation du taux de progression de l'ONDAM. Elle semble avoir fluctué tout d'abord en fonction de la situation économique, et s'être ensuite affranchie de la plupart des contraintes, les taux de progression votés « finançant » la progression spontanée des dépenses. Ces années 2001 / 2003 se caractérisent évidemment par une dégradation rapide des comptes de l'assurance maladie.

La période 2004-2009 : un taux de progression fixé au maximum de ce qui est compatible avec le cadre d'un plan de retour à l'équilibre

La période 2004 / 2009 se caractérise par l'objectif de réduction sur quatre ans du déficit de l'assurance maladie mais aussi par la volonté affichée de financer les plans de santé publique ou médico-sociaux lancés et des mesures de revalorisations concernant les professionnels.

Dans la foulée du vote de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, l'objectif exprimé dans la LFSS pour 2005 est ainsi que : *«La réforme de l'assurance maladie, à travers les économies ainsi effectuées et l'augmentation des recettes déterminée dans la loi du 13 août 2004, permettra un retour vers l'équilibre financier en 2007. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 traduit dans ses équilibres financiers la première étape de ce redressement »*⁸⁸.

Ainsi, l'ONDAM voté pour 2004 surtout pour 2005 (+3,2%) engagent-ils un mouvement de décélération du taux de progression de l'ONDAM.

Cette évolution se confirme en 2006 avec la proposition et le vote d'un ONDAM en augmentation de 2,5%, le plus bas depuis l'année 2000. Elle devait se prolonger en 2007 par une nouvelle baisse de la progression de l'ONDAM initial. Ainsi, l'annexe B de la LFSS pour 2006 prévoyait un retour à l'excédent de la branche maladie en 2008. S'agissant de l'ONDAM, elle indiquait : *« Le taux de croissance de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) retenu dans cette prévision, 2,2 %, suppose une poursuite de l'effort de redressement engagé par la réforme de 2004. »*⁸⁹

La tendance à l'augmentation du taux de progression de l'ONDAM initial se poursuit en 2008 et 2009. Après le fort dépassement de l'ONDAM 2007, elle est principalement justifiée par la volonté de fixer des ONDAM « *crédibles* », car fixés à un niveau réaliste et donc susceptibles d'être mieux respectés.

Sur la période 2004 – 2008, les normes pour la fixation de l'ONDAM ont donc été d'un côté l'objectif de réduction du déficit de la branche, qui dépend certes de l'ONDAM, mais aussi de bonne tenue des recettes, et de l'autre le souci de financer les augmentations des dépenses liées notamment au coût des facteurs, aux revalorisations dont devaient bénéficier certains professionnels et à des mesures de santé publique ou d'amélioration des prises en charge. La norme n'en a donc pas, ou pas prioritairement, été le PIB en valeur.

La loi de programmation des finances publiques du 9 février 2009 a innové une première fois en fixant un cadre pluri-annuel pour la fixation de l'ONDAM pour les exercices 2009 à 2012, prévoyant une progression de l'ONDAM de 3,3 % en valeur, avec comme postulat que *« la poursuite du redressement de l'assurance maladie implique le maintien d'une maîtrise réaliste*

⁸⁸ Rapport annexé à loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005.

⁸⁹ En définitive, compte tenu de la croissance supérieure aux prévisions des recettes en 2006 qui avait permis de réduire à 8 Md€ le déficit de l'assurance maladie, et de la volonté de donner des « marges de manœuvre » pour les négociations conventionnelles, le gouvernement proposait un ONDAM en progression de +2,5% en 2007, annoncé comme permettant la réduction du déficit de la CNAMTS à -3,9 Md€⁸⁹. Lors de la discussion parlementaire, le sous-objectif des dépenses de soins de ville sera relevé⁸⁹, portant l'objectif de progression de l'ONDAM global à +2,6%.

des dépenses, dont l'évolution devra rester inférieure à la croissance du PIB associée à une consolidation des recettes de la branche»⁹⁰.

La crise financière de 2008-2009 a très directement rendu difficile l'application de cette règle.

Ainsi, la LFSS pour 2009 a fixé un taux de progression de l'ONDAM conforme au taux pivot pluriannuel prévu par l'article 8 de la loi de programmation, alors même que les prévisions de croissance du PIB et d'inflation prises en compte dans la construction de l'ONDAM étaient respectivement de 0,5% et 1,5% (hors tabac). L'objectif de fixer une progression de l'ONDAM inférieure au PIB en valeur ne pouvait donc pas être tenu, l'écart *ab initio* entre les deux taux de progression étant de 1,3 point.

Dans un contexte de crise, le choix était donc fait de ne pas réduire les dépenses du champ de l'ONDAM, et même de leur assurer un taux de progression déconnecté de celui du PIB et des recettes affectées à la branche. Comme le gouvernement s'en est expliqué lors des discussions parlementaires de 2009 et 2010, il a été expressément décidé que les dépenses de sécurité sociale devraient jouer un rôle « d'amortisseur de la crise et de stabilisateur automatique ».

Au final, la progression de l'ONDAM 2009 exécuté a été supérieure de 5,8 points à la progression du PIB en valeur, soit le plus gros écart enregistré depuis la création de l'ONDAM.

Pour l'ONDAM 2010, le gouvernement, tout en affichant le même objectif de laisser les dépenses de sécurité sociale jouer le rôle d'amortisseur de la crise, a confirmé vouloir « réformer la sécurité sociale pour garantir son avenir », en faisant de la maîtrise des dépenses de santé une priorité simultanée. Ainsi, le rapport du gouvernement sur l'évolution de l'économie nationale et sur les orientations des finances publiques de juin 2009 indiquait : « il ne semble pas impossible de fixer un taux cible d'ONDAM inférieur à 3,3% en valeur. En particulier, l'impact de deux années d'inflation 2009 et 2010 à des niveaux moins élevés qu'en 2007 et 2008 et moins élevés qu'il n'était prévu dans la loi de programmation doit être pris en compte. [...] L'objectif de progression de l'ONDAM 2010 pourrait donc être ajusté par rapport à celui mentionné à l'article 8 de la [loi de programmation des finances publiques pour 2009 – 2012] qui doit constituer un maximum. »

Dans le cadre de la LFSS pour 2010, le taux de progression proposé pour l'ONDAM a donc été de 3 %, ce qui correspondait à la fois aux orientations évoquées *supra*, et à la recommandation exprimée par la CNAMTS dans ses propositions sur les charges et produits pour l'année 2010⁹¹.

⁹⁰ Rapport annexé à la loi n° 2009-135 du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012.

⁹¹ Page 53 : « L'impact des facteurs structurels d'évolution des dépenses menace à moyen terme la soutenabilité du régime d'assurance maladie, soutenabilité qui est affectée actuellement en outre par la crise économique. Les efforts menés ces dernières années qui ont permis de limiter l'évolution des dépenses doivent être poursuivies avec vigueur. Une application rigoureuse des mesures structurelles et des mesures conjoncturelles présentées ci-dessus devrait permettre de maintenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie autour de 3 %. »

Depuis 2010 : l'ONDAM, partie prenante des engagements français en matière de finances publiques

L'année 2010 marque un tournant dans la fixation du taux de progression de l'ONDAM, par l'inscription très claire de cet objectif dans les engagements de la France en matière de réduction de ses déficits.

A l'issue de la deuxième conférence sur le déficit public du 20 mai 2011, l'annonce a été faite que l'augmentation de l'ONDAM serait fixée à 2,9% en 2011 et 2,8% en 2012. Le relevé de décisions de la conférence précise que *«pour dégager des économies tout en maintenant une qualité de soins élevée, plusieurs leviers nouveaux devront être mobilisés, en particulier les agences régionales de santé, créées en avril 2010, qui vont permettre d'améliorer le lien entre ville, hôpital et médico-social. Les 150 projets de performance des hôpitaux participeront également à l'atteinte de ces objectifs dans le secteur hospitalier. »*

La fixation d'une progression de l'ONDAM en valeur de 2,9% en 2011, soit de 1,1 point inférieure à celle du PIB majoré de la hausse des prix à la consommation, constituait ainsi un retour à l'objectif fixé par l'article 8 de la loi de programmation du 9 février 2009.

La LFSS pour 2011 comporte ainsi un ONDAM en progression de 2,9% par rapport à la base 2011 (exécuté 2010). La projection quadriennale de son annexe B reprend l'objectif de progression de l'ONDAM de 2,8 % dès 2012 et l'applique également aux années 2013 et 2014.

La loi de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014 fixe ainsi à son article 8, «à périmètre constant » pour les années 2010-2014, un « *objectif de dépenses des régimes, obligatoires de base de sécurité sociale* », ainsi que le montant de l'ONDAM, également « à périmètre constant », pour ces mêmes années.

Le rapport annexé à cette loi – et adopté par son article 2 – indiquait un objectif de 1,2 % de progression en volume des dépenses sociales sur le champ des ASSO. S'agissant de l'ONDAM, le rapport précisait que *« la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base (ONDAM) sera limitée à 2,9 % en valeur en 2011, puis 2,8 % par an à partir de 2012 »*.

Compte tenu des prévisions d'inflation pour 2011 (1,5%) et pour les années 2012 et suivantes (1,75%), l'ONDAM s'inscrivait donc à peu de choses près dans un objectif global de limitation de la progression des dépenses à 1,2% en volume.

Pour faire face à la crise de l'endettement public, le gouvernement a toutefois, le 7 novembre 2011, annoncé son intention de ramener le taux de progression de l'ONDAM à 2,5% par an.

Annexe 2 : Fixation d'un objectif pour les dépenses de santé ou d'assurance maladie - aspects comparatifs

1. L'étude de la direction générale du Trésor sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie - Synthèse de quatre systèmes européens (Allemagne, Royaume Uni, Belgique, Danemark)

Pour éclairer les réflexions sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie du groupe de travail présidé par M. Briet, la Direction Générale du Trésor a lancé une étude auprès de son réseau international. Quatre services économiques, en Allemagne, en Belgique, au Danemark et au Royaume-Uni, ont ainsi été interrogés. La présente note propose une synthèse de leurs contributions. Elle souligne notamment certains principes et mécanismes remarquables de ces pays concernant l'élaboration des objectifs de dépense maladie, le suivi de ceux-ci, et les leviers de la régulation. Aucun de ces pays sauf la Belgique n'a, par exemple, mis en place une procédure d'alerte comme l'a fait la France. Toutefois, tous disposent d'outils visant à réguler les dépenses de santé, sur la base le plus souvent d'un suivi local fin d'objectif national annuel de dépenses, d'une mise en concurrence et d'une responsabilisation financière des différents acteurs.

I/ Un cadrage annuel et parfois pluri annuel des dépenses maladie

Dans les quatre pays interrogés, l'Allemagne, la Belgique, le Danemark et le Royaume-Uni, le système de santé est financé principalement par prélèvements obligatoires.

Chaque pays a donc logiquement mis en place une procédure périodique de prévision nationale des dépenses de santé. Cet exercice permet de fixer un objectif global pour la période suivante. Cette cible est éventuellement déclinée par régions (Danemark, Allemagne) et par types d'activité ou d'actes (Belgique).

Cette procédure est le plus souvent **annuelle** mais s'inscrit dans un cadre budgétaire **triennal** au Royaume Uni et **pluri annuel** au Danemark (« plan économique 2015 »).

Il ne semble pas y avoir **de règle prédéfinie dans la fixation de l'objectif** des dépenses. Néanmoins, la Belgique a une norme de croissance servant de base aux premières réflexions budgétaires. En effet, une première estimation d'un volume global des dépenses autorisées s'obtient en ajoutant à l'objectif n-1 une norme de croissance fixée par la loi à 4,5% et une indexation des prestations fixée par un texte de loi. Cette norme pourrait s'apparenter au tendanciel de construction de l'ONDAM dans le cas français. L'objectif est ensuite fixé en tenant compte du rendement estimé des éventuelles mesures d'économies proposées.

II/ Les principes de la régulation

L'Allemagne, le Danemark et le Royaume-Uni disposent d'un **cadre budgétaire national** avec une **gestion déconcentrée** de la dépense. Dans leur cas, le pilotage des dépenses maladie s'effectue à **l'échelle locale et engage la responsabilité des acteurs locaux. Le degré de contrainte de l'objectif national est très variable.** Son application est **stricte au Royaume Uni.** En cas de déficit ou d'excédent par rapport à la prévision, le budget de l'année suivante est réajusté à hauteur du dépassement ou de la sousconsommation constaté.

Chaque organisme payeur local, les PCT (Primary Care Trusts), est tenu de clôturer son compte à l'équilibre : en cas d'échec, la **responsabilité de l'équipe dirigeante est engagée** et peut se traduire par son licenciement.

L'objectif national est plus indicatif dans le cas de l'Allemagne où il ne sert qu'à **définir le taux de cotisation nécessaire à l'équilibre financier du système** avec un aléa permis de 5%. Le **système allemand** de maîtrise des dépenses repose sur la **concurrence entre les différentes caisses** dans l'application locale du principe général **d'équilibre budgétaire par la recette**. Selon l'efficacité de sa gestion vis-à-vis du respect de ses objectifs, chaque caisse peut proposer une baisse ou contraindre à une hausse des cotisations de ses affiliés. Les caisses les moins efficaces deviennent les plus chères et ainsi les moins attractives et sont ainsi amenées à disparaître. Leur nombre s'est d'ailleurs sensiblement réduit ces dernières années. Pour éviter des comportements de sélection adverse, une **compensation est organisée entre caisses** selon le profil sociomédical de leurs affiliés. Parallèlement, les **mesures structurelles** visant à infléchir **au niveau national** le dynamisme naturel des dépenses de santé sont décidées et mises en place **dans un cadre législatif distinct de la procédure budgétaire**. Sur les neuf dernières années, huit réformes de ce type ont ainsi été votées et mises en place.

Au Danemark, la régulation est également menée au niveau local (régions et communes) sous la forme **d'accords budgétaires Etat-Collectivités locales non contraignants**. Les dépassements par rapport aux objectifs fixés sont autorisés mais ceux-ci ne sont pas couverts par l'Etat et sont donc laissés à la charge des régions. Ne pouvant lever l'impôt, ces dernières sont fortement incitées à respecter le contrat. Outre une certaine **responsabilité financière des tutelles locales**, le système danois de maîtrise de la dépense repose sur **l'autorégulation des professionnels** permise par **l'organisation officielle de la transparence** des mécanismes de marché (médicaments, établissements de santé).

Le **système belge** s'appuie sur un **objectif national** de dépenses fixé en tenant compte des tendances en volume des besoins à législation constante, des effets prix et revalorisations puis de mesures d'économies sur les volumes ou les prix. Cet objectif est ensuite **décliné par sous secteur**. Le **suivi** de ces objectifs est alors **quasi continu** tout au long de l'année et peut à tout moment mener à la définition de mesures correctrices en cas de dépassement. **L'absence d'alerte et de dépassement global dans les récentes années interroge sur le caractère vraiment contraignant du niveau de l'objectif fixé de dépenses.**

III/ Le suivi infra-annuel explicite

Au Royaume Uni, l'application stricte du principe de responsabilité financière du gestionnaire local limite le risque de dépassement au niveau national et rend ainsi inutile tout contrôle au niveau de l'Etat sur une base infra-annuelle.

L'Allemagne, le Danemark et la Belgique disposent, en revanche, de **projections fréquentes** des dépenses de santé. Les régions danoises publient ainsi des rapports trimestriels. La Belgique a développé des rapports d'audit mensuels, trimestriels et semestriels ; autant d'occasions pour déclencher d'éventuelles mesures correctrices en cas de dérapages des dépenses par rapport aux objectifs. Le suivi allemand s'appuie également sur des projections fréquentes, toutes n'étant pas rendues publiques. Un groupe d'experts de prévision des dépenses maladie se réunit tous les trimestres et publie les projections deux fois par an, sous une forme agrégée⁹². Le détail des projections n'est communiqué qu'aux parties prenantes du

⁹² Ce groupe de prévision est composé d'experts de la Fédération des Caisses maladies, de représentants du Ministère de la Santé et de l'administration de la sécurité sociale.

groupe. Les projections des différentes parties peuvent être divergentes : dans ce cas, les projections peuvent être publiées mais les raisons de ces divergences doivent être documentées.

Par rapport au cadre de régulation défini sur l'année, **les leviers d'interventions supplémentaires visant à corriger d'éventuels dépassements en cours d'année sont rarement explicités** au-delà de la pression continue exercée par les gestionnaires locaux (caisses en Allemagne, PCT au Royaume Uni, Régions et communes au Danemark) sur les différents professionnels.

Seule la Belgique dispose d'un mécanisme d'alerte institutionnalisé dans le cadre de leurs Rapports d'Audit Permanent. Ce mécanisme n'a, pour le moment, jamais débouché sur des préconisations de mesures nouvelles d'économies en dehors du processus annuel.

IV/ Les mécanismes de régulation

La régulation s'effectue généralement au niveau local selon des leviers propres à chaque acteur.

1) Les professionnels de santé

Le caractère négocié prime sur l'automatisme du montant des revalorisations. Les revalorisations sont en effet négociées plus ou moins directement entre les syndicats de médecins et les financeurs des soins, principalement la ou les caisses d'assurance maladie. Au Royaume Uni, le Ministère de la Santé décide unilatéralement les revalorisations des médecins hospitaliers et la valeur du point médical qui sert au calcul du budget alloué aux cabinets de médecine générale. Pour autant, il appuie sa décision sur les recommandations de deux Commissions composées minoritairement de médecins.

L'uniformité tarifaire à laquelle nous sommes habitués n'est pas systématique à l'international et **certains pays laissent aux régions le soin de fixer tout ou partie des tarifs**, impliquant *de facto* des tarifs différents d'une région à l'autre. En Allemagne et au Royaume Uni notamment, les actes techniques et les forfaits de rémunération pour les médecins sont **tarifés au niveau national** mais l'enveloppe globale de rémunération des médecins est négociée au niveau local en fonction de critères relatifs à la structure de la demande (besoins de la population inscrite dans le cabinet pour le Royaume-Uni ou critères de morbidité pour l'Allemagne par exemple). Il existe également, en Allemagne, des **mécanismes correcteurs en cas de dépassement et des mécanismes d'incitations individuelles** au respect des enveloppes assignées. Ainsi, une part de la rémunération des médecins dépend directement de leur performance en termes de respect de l'enveloppe. C'est également le cas au Royaume-Uni mais dans le cadre moins formel des interactions continues entre PCT et cabinet de médecine générale.

Pour autant, les **revalorisations nationales sont encore rarement conditionnées à la performance des médecins.**

2) Le marché du médicament

En Allemagne et au Danemark, les pouvoirs publics agissent sur le marché du médicament via les montants remboursés alors qu'au Royaume-Uni, la régulation s'effectue par les volumes.

En Allemagne et au Danemark, les prix sont librement fixés par les entreprises pharmaceutiques. Au Danemark par exemple, les fabricants doivent déclarer les prix de leurs produits tous les 15 jours, ces prix étant consultables par les professionnels et les assurés, ce qui assure une parfaite transparence entre l'offre et la demande sur le marché du médicament.

Dans les deux cas, il existe un prix de référence servant de base au remboursement des assurés. Pour l'Allemagne, ce prix de référence fixe le plafond de prise en charge par l'assurance maladie pour les médicaments d'un même groupe thérapeutique et pour le Danemark, le remboursement s'effectue sur la base du produit équivalent le moins cher du marché.

Le Royaume-Uni quant à lui, dispose d'une régulation sur les volumes de prescriptions. En effet, chaque PCT prévoit une enveloppe de prescriptions pour chaque cabinet de médecine générale.

3) Les établissements de santé tarifés à l'activité

La plupart des pays interrogés disposent d'un système de tarification à l'activité dans les hôpitaux, avec un processus de convergence des tarifs à l'échelle nationale en Allemagne comme au Royaume-Uni.

En Allemagne, la déclinaison locale des objectifs s'effectue dans le cadre de négociations entre les établissements et les caisses. L'accord trouvé s'accompagne alors de fortes incitations au respect de l'objectif sous la forme de **sanctions** en cas de dépassement ou de **reversement** des économies réalisées.

Au Royaume-Uni, un contrôle des volumes pour chaque pathologie s'effectue par le PCT. Il n'y a **pas de possibilité de dépassement de l'enveloppe hospitalière**, l'établissement n'est financé qu'à hauteur du volume prévu.

4) Les assurés sociaux

Peu de mécanismes de régulation concernant les assurés sont explicitées dans les différentes notes des pays interrogés. Certaines mesures mises en place récemment comme en Allemagne (déremboursements de certains médicaments, système de franchises sur la médecine de ville) ont une vocation plus structurelle que de régulation conjoncturelle.

2. Tableau de synthèse de l'étude de l'OCDE : *Health systems institutional characteristics : a survey of 29 OECD countries* ⁹³

Tableau 31 page 72. *Nature and stringency of the budget constraint (Q69)*
(nature et degré de contrainte budgétaire)

Country	Q69. Budget constraint defined annually for public spending at macro-level?	Q69b. Target is further divided in sub-targets	Q69b. Which criteria?
Australia	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Austria	No		
Belgium	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Canada	Yes, target with possible overshooting	for different health services, by region/sector	
Czech Republic	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Denmark	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Finland	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
France	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Germany	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Greece	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Hungary	Yes, strict health budget	for different health services	
Iceland	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Ireland	Yes, strict health budget	by region/sector	historic costs for the area
Italy	Yes, strict health budget	by region/sector	population adjusted for demographic characteristics
Japan	No		
Korea	No		
Luxembourg	Yes, target with possible overshooting		
Mexico	Yes, target with possible overshooting	for different health services, by region/sector	historic costs for the area
Netherlands	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
New Zealand	Yes, strict health budget	for different health services, by region/sector	population adjusted for demographic characteristics and for morbidity/mortality data, inequalities
Norway	Yes, strict health budget	for different health services, by region/sector	population adjusted for demographic characteristics and for morbidity/mortality data Education level Degree of decentralisation
Poland	Yes, strict health budget	for different health services, by region/sector	population adjusted for demographic characteristics
Portugal	Yes, strict health budget	for different health services, by region/sector	population adjusted for demographic characteristics
Slovak Republic	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
Spain	Yes, target with possible overshooting	by region/sector	historic costs for the area, population adjusted for demographic characteristics
Sweden	Yes, strict health budget	for different health services, by region/sector	historic costs for the area, population adjusted for demographic characteristics, for morbidity/mortality data and for consumption of health services
Switzerland	No		
Turkey	Yes, target with possible overshooting	for different health services	
United Kingdom	Yes, strict health budget	for different health services, by region/sector	historic costs for the area, population adjusted for demographic characteristics and for morbidity/mortality data

⁹³ OCDE, Health working paper No. 50, 2009, *Health systems institutional characteristics : a survey of 29 OECD countries*, Valerie Paris, Marion Devaux and Lihan Wei. Ce document n'a pas été traduit en français.

Annexe 3

L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?

Avis du 27 janvier 2011.

I. La démarche et sa première application.

Le HCAAM entend proposer un ensemble d'indicateurs d'évaluation de l'assurance maladie, sous la forme d'un « tableau de bord » qui :

- ne se limite pas aux seuls aspects financiers, mais englobe aussi les dimensions du recours efficient au système de soins ;
- renforce les analyses et les comparaisons, notamment avec les systèmes étrangers de protection sociale ;
- contribue à la qualité du débat public, en vue des nécessaires adaptations du système d'assurance maladie au regard du respect de ses objectifs fondamentaux.

Le suivi de ces indicateurs servira de base aux considérations des « rapports annuels » du HCAAM.

La première étape de ce travail porte sur « l'accessibilité financière des soins » pour tous.

Cet objectif est en effet une des conditions essentielles du principe d'égal accès aux soins et de respect du droit constitutionnel de « protection de la santé ».

Sa mesure fait aujourd'hui l'objet de débats :

Doit-on se rassurer, avec ceux qui rappellent que la combinaison de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires aboutit à une couverture moyenne de plus de 90% des frais de soins ?

Doit-on au contraire s'inquiéter, avec ceux qui soulignent que le taux de couverture des « soins courants » est beaucoup plus faible, qu'il tend à diminuer et s'établit aujourd'hui autour de 55% pour les personnes qui ne sont pas en ALD ?

En réponse, la démarche du HCAAM consiste à s'interroger d'abord sur ce que l'on veut mesurer avant de choisir les indicateurs chiffrés qui serviront à la mesure.

Car, en réalité, aucun des deux chiffres qu'on vient de citer ne renseigne :

- ni sur la solidarité face à la maladie, qui se joue et se mesure sur toute la durée d'une vie, et dépend moins du 'taux' de couverture que du montant total qui reste à charge ;
- ni sur l'accessibilité financière concrète, qui exige de tenir compte de tous les coûts – y compris les primes d'assurance et les prélèvements sociaux – et de les rapporter aux revenus du ménage ;
- ni sur ce que coûtent vraiment aux malades et à la collectivité les soins qui répondent à un cheminement optimal dans le système.

C'est pourquoi, **au terme d'une analyse de ce qu'implique l'objectif « d'accessibilité financière des soins », le HCAAM se propose de retenir, sur ce premier volet de son tableau de bord, un ensemble restreint d'indicateurs qui permettront de suivre cet objectif fondamental, selon trois angles d'approche :**

- **la solidarité entre bien portants et malades**, au regard du coût de la maladie et quels que soient les revenus du malade ;
- **la garantie d'accessibilité financière pour les revenus les plus faibles ;**
- **le financement de l'accès optimal au système de soins.**

En somme, **pour dépasser les confrontations limitées à quelques chiffres, le HCAAM suggère d'opter pour une démarche « descendante », qui part des objectifs** (selon quels principes voulons-nous couvrir les coûts de santé ?) **pour aller vers les indicateurs** (comment peut-on mesurer la façon dont ces principes sont tenus dans le temps ?).

II. Les forces et limites des ratios macroéconomiques actuels.

II.1. Les indicateurs courants établissent la force de notre système de prise en charge collective de la dépense de santé.

Globalement, l'assurance maladie obligatoire et l'assurance maladie complémentaire assurent une très forte mutualisation de notre dépense de santé.

Le taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire est de 75,5% en 2009⁹⁴. Ce taux de couverture est pratiquement stable depuis plus de trente ans (entre 75% et 80%), même s'il a connu un léger fléchissement sur les années récentes⁹⁵. Et au total **les remboursements de l'assurance maladie obligatoire ont progressé, depuis dix ans, pratiquement à la même vitesse que les dépenses de santé** (+59,6% pour l'ONDAM entre 1999 et 2009 et +60% pour la CSBM, alors que la richesse nationale ne progressait, sur la même période, que de 39,4%).

De son côté, le remboursement complémentaire contribue pour près de 14% à la couverture de la dépense de santé, soit plus que dans la quasi-totalité des autres pays européens.

Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des assurances maladies complémentaires combinent ainsi leurs rôles⁹⁶ :

⁹⁴ Calculé sur la Consommation des soins et biens médicaux (CSBM). Il est de 76,4% si l'on le calcule sur une CSBM « élargie » prenant en compte les dépenses de prévention individuelle et de soins médico-sociaux.

⁹⁵ Le taux de 75,5% s'élevait en effet à 77% au début des années 2000.

⁹⁶ Ce constat, à dire vrai, ne s'établit pas à partir des seuls indicateurs macroéconomiques « standards », mais a requis des travaux conduits par le HCAAM grâce à la collaboration des trois familles de complémentaires membres du Haut conseil. Ces résultats sont tout à fait convergents avec ceux d'une récente étude de la DREES pour la Commission des comptes de la santé de septembre 2010.

- L'assurance publique assure une forte couverture des dépenses les plus élevées et réduit les écarts de reste à charge, ce qui limite la disparité des risques à mutualiser par l'assurance privée.
- L'assurance privée, par son complément de couverture, opère à la fois une mutualisation des aléas restants et une atténuation générale des restes à charge.

On peut donc dire, au vu de ces chiffres globaux, que les ménages français ne financent directement, en moyenne, qu'une part très modeste de leurs dépenses de santé : moins de 10%, soit à peine plus de 20 euros en moyenne par personne et par mois⁹⁷.

II.2. Il est toutefois nécessaire d'aller **plus loin qu'un taux global de remboursement** ou qu'un montant moyen de paiement direct.

Premièrement, mesurer l'accessibilité financière par des chiffres de reste à charge laisse de côté – sans qu'on en ait toujours conscience – toute la « zone aveugle » qu'est le non-recours aux soins.

Les soins auxquels on renonce ne figureront jamais dans aucun agrégat, ni de remboursement d'assurance maladie, ni même de dépense totale de santé.

Il est donc indispensable de connaître ce phénomène, en le mesurant par des enquêtes régulières. **Ces indicateurs sont d'une extrême importance, bien que les chiffres avancés et leurs évolutions doivent être accueillis avec une certaine prudence⁹⁸ :**

- Peut-on additionner ou comparer des réponses recueillies auprès de personnes vivant dans des environnements économiques et culturels très différents ?
- Que sait-on de la nécessité des soins auxquels on déclare avoir renoncé ?
- N'y a-t-il pas d'importants renoncements inconscients ou sous-estimés par les personnes enquêtées ?

Le HCAAM, qui souhaite introduire ces indicateurs dans son tableau de bord, suivra donc attentivement les travaux actuellement engagés pour renforcer la méthodologie et la qualité des enquêtes.

Deuxièmement, la dispersion des dépenses et des remboursements est très importante : 10% des patients concentrent environ 60% des dépenses de soins – 10% des patients (pas forcément les mêmes que les précédents) concentrent environ 40% du reste à charge.

Dès lors, les chiffres moyens ne décrivent pas, la plupart du temps, la réalité telle qu'elle est vécue individuellement par les usagers.

⁹⁷ Calculés sur la CSBM « élargie » définie en note 1. Par comparaison, la dépense moyenne annuelle par personne est d'environ 3000 euros.

⁹⁸ Ces enquêtes existent tant au niveau français (enquête « santé protection sociale » de l'IRDES) qu'au niveau européen. L'enquête SPS de l'IRDES fait par exemple apparaître 15% de renoncements aux soins pour motif financier en 2008 au cours des 12 derniers mois, pour les personnes ayant une couverture complémentaire privée.

On peut en citer deux illustrations bien connues :

- L'existence de forts contrastes géographiques. Le HCAAM les a mis en évidence dans son rapport de l'année 2009 s'agissant des dépassements médicaux, point très sensible du « ressenti » de l'accessibilité financière des soins, ou s'agissant de la répartition territoriale des praticiens pratiquant des tarifs opposables.
- La concentration progressive des remboursements de l'assurance maladie au profit des personnes les plus malades (ALD) et sur les soins lourds ou de longue durée (hospitaliers ou médico-sociaux). Ainsi, le taux moyen de couverture par l'assurance maladie obligatoire masque par exemple, sur les soins de ville, un contraste entre le taux de remboursement des personnes qui ne sont pas en ALD (57,2% en 2008)⁹⁹ et le même taux pour les personnes en ALD (85,1%).

Troisièmement, un taux de remboursement ne renseigne que sur « l'emprise », en pourcentage, de tel ou tel financement public ou privé, mais pas sur le montant qui reste à payer par le patient.

Certes, toute la réglementation de l'assurance maladie obligatoire – et la plupart des clauses de contrats complémentaires – repose sur la notion de taux de remboursement. Mais ce que l'on attend, consciemment ou non, d'un système d'assurance maladie est qu'il fournisse une forme de garantie – un « bouclier » – contre les dépenses qu'on ne pourrait pas payer¹⁰⁰.

Or des soins très coûteux ou répétés peuvent laisser, même à des taux de remboursement élevés, des restes à charge importants.

Ainsi par exemple, et le HCCAM l'avait signalé dès 2005, les personnes en ALD – pourtant les mieux couvertes en « taux de remboursement » - sont exposées en moyenne aux plus forts restes à charge¹⁰¹.

Quatrièmement, l'assurance obligatoire comme l'assurance complémentaire ont des coûts, dont il faut tenir compte, car ils sont eux aussi, in fine, supportés par les usagers.

Les modes de financement de deux systèmes assurantiels ont un impact sur le coût total d'une couverture financière contre la maladie et sur sa répartition.

Pour approcher cet effort global, on ne peut pas se contenter du reste à charge dans sa définition courante : il faut aussi tenir compte des primes d'assurance et du montant des prélèvements sociaux.

⁹⁹ Il s'agit de ce qu'on appelle parfois le taux de remboursement des soins « courants », calculé ici hors frais d'optique mais incluant les dépassements médicaux et l'ensemble des soins dentaires.

¹⁰⁰ Comme l'ont rappelé les débats récents sur le « bouclier sanitaire ».

¹⁰¹ Sur la base des dépenses présentées au remboursement (échantillon EGB) : RAC soins de ville après AMO de 702 euros par an en 2008 contre 373 euros pour les « non ALD ».

III. Ces observations conduisent le HCAAM à proposer d'autres indicateurs, en préconisant une vision en « trois dimensions » de l'objectif d'accessibilité financière des soins.

« Première dimension » de l'accessibilité financière des soins :

Notre pays a choisi de faire reposer prioritairement l'accessibilité financière des soins sur une solidarité entre bien-portants et malades face aux coûts de la maladie.

Cette solidarité « universelle » entre bien portants et malades consiste à couvrir le coût des soins par des prestations dont le niveau est indépendant de la richesse de la personne malade, et dont le financement, collectif, repose sur des prélèvements indépendants du « risque » individuel de tomber malade.

« De chacun selon ses moyens, à chacun selon ses besoins » : la santé de chacun, prise en charge par tous, devient ainsi une fonction d'utilité collective.

Il s'agit d'un choix exigeant, qui ne s'imposait pas¹⁰². C'est une option très forte de « philosophie politique » de notre système d'assurance maladie.

Il est en effet très structurant, en ce qu'il a pour conséquences que :

- Les dépenses d'assurance maladie sont celles de l'ensemble de la population et évoluent donc, par construction, comme les dépenses de santé « tout court ». La maîtrise de la croissance des dépenses *remboursées* invite donc à mobiliser prioritairement les instruments de maîtrise de la croissance *globale* des dépenses de santé. Le Haut conseil l'a récemment réaffirmé dans son rapport annuel pour 2010.
- Les dépenses de remboursement se concentrent mécaniquement sur les maladies les plus lourdes et les soins les plus coûteux. Ainsi, c'est avant tout parce qu'ils concentrent une majorité des dépenses (55% du total) que les 15% de personnes en ALD concentrent une majorité des remboursements (62%). Le meilleur taux de remboursement de leurs soins ne joue que marginalement en sus de ce phénomène mécanique.
- Il n'est pas illégitime, au regard de ce principe, que les soins les moins lourds (soins de ville) des personnes les moins malades (non ALD) soient moins couverts que les autres. Du coup, puisque les temps de maladie coûteuse restent l'exception, l'assuré se trouve plus fréquemment en position de bien-portant contributeur qu'en position de malade bénéficiaire.
- Mais comme il est du sort de chacun de connaître les deux situations sur la durée de son existence, **l'assurance maladie offre en réalité le visage d'une assurance de long terme**¹⁰³.

¹⁰² D'autres choix auraient été possibles, et notamment celui d'aides exclusivement destinées aux situations financières critiques (soins extrêmement coûteux et/ou malades à très bas revenus).

¹⁰³ Pour fixer les idées, le Haut conseil a procédé au calcul, purement indicatif, d'un taux de remboursement « longitudinal », c'est-à-dire qui tient compte de l'historique du remboursement tout au long d'une vie, par une approche analogue dans son principe aux calculs « d'espérance de vie à la naissance » : on aboutit à un taux de

Pour surveiller cette « pierre angulaire » de l'accessibilité financière qu'est la solidarité entre bien-portants et malades, il faut des indicateurs spécifiques.

Le reste à charge doit être calculé :

- avant intervention de la couverture complémentaire¹⁰⁴, pour s'en tenir aux remboursements assis sur des cotisations liées aux revenus et indépendantes du risque ;
- en montant (observé sur une certaine période de temps) et non pas en taux de remboursement. L'idéal serait par exemple de pouvoir suivre le montant du reste à charge cumulé, pour chaque personne, sur quatre ou cinq années « glissantes » ;
- en portant une attention particulière à l'égalité de traitement, c'est-à-dire aux écarts qui séparent les valeurs médianes des valeurs extrêmes ;

Sur ces bases, les premiers travaux du HCAAM attirent l'attention sur la dispersion des restes à charge.

Certes, l'assurance maladie obligatoire réduit nettement l'inégalité devant la maladie : la dépense de santé des personnes du « centile le plus élevé » est près de quarante fois supérieure à celle des personnes ayant une dépense médiane, alors que le reste à charge des personnes du « centile le plus élevé » n'est que dix fois supérieur à celui des personnes se situant dans la médiane¹⁰⁵.

Mais le seuil de ce dernier centile de reste à charge est très élevé (de l'ordre de 3000 € par an)¹⁰⁶.

Surtout, le seul fait qu'il y ait une dispersion importante porte atteinte à l'égalité face à la maladie. Concrètement, ces écarts introduisent le risque que les assurés sociaux ne soient pas égaux quant à leur « assurabilité », à un même niveau de primes, sur le marché de l'assurance complémentaire.

Dès lors, le HCAAM place le suivi de la dispersion des restes à charge au cœur des indicateurs de l'objectif de solidarité entre bien-portants et malades.

Il poursuivra ses études visant à **caractériser et expliquer les restes à charge « extrêmes »**, afin de connaître leurs composantes, leur éventuelle récurrence¹⁰⁷, ainsi que les possibles

80% (à comparer au taux moyen de remboursement des soins courants de la personne en « bonne santé » égal à 56,7%)

¹⁰⁴ Qu'on appelle couramment le « reste à charge après assurance maladie obligatoire » (RAC après AMO).

¹⁰⁵ Le « centile le plus élevé de dépense » correspond au chiffre de dépenses *au dessus duquel* se trouve le centième de population qui a les dépenses les plus élevées. Il est à distinguer de la *dépense moyenne* de ce même centième de population.

¹⁰⁶ On doit, il est vrai, rappeler que ce chiffre ne tient pas compte des remboursements par l'assurance complémentaire. Mais comme ce remboursement va dépendre des garanties du contrat et donc du montant des primes versées, il faudrait alors tenir compte aussi du montant de ces primes. On est donc renvoyé, sur ce point, aux indicateurs de « taux d'effort » dont il est question plus loin.

¹⁰⁷ Quelle est la probabilité d'avoir un gros RAC de soins de ville ou de soins hospitaliers une année N si l'on a connu un RAC élevé l'année N-1 ?

phénomènes de cumul entre restes à charge extrêmes en soins hospitaliers et restes à charge extrêmes en soins de ville.

Pour autant, l'accessibilité financière des soins ne saurait évidemment se mesurer au seul suivi des dépenses et des restes à charge les plus lourds.

En effet, même si l'effort prioritaire sur les grosses dépenses de soins s'inscrit naturellement dans la logique de solidarité entre bien portants et malades, il faut rester vigilant sur tous les niveaux de dépenses.

- On peut estimer ainsi qu'une trop forte polarisation sur les malades les plus graves et les dépenses les plus lourdes risque de remettre en cause l'universalité du système, telle qu'elle est concrètement attendue par tous ceux qui ne présentent chaque année que de modestes dépenses au remboursement¹⁰⁸. Avec, à la clé, le risque d'une désaffection pour une solidarité dont on ne perçoit pas le « retour », et qui pourrait déboucher sur un rétrécissement de la base de mutualisation.
- On doit aussi faire davantage de pédagogie sur le fait que « l'universalité » de l'assurance maladie obligatoire ne signifie pas prise en charge identique de tous les soins, mais veut seulement dire que les montants distribués le sont en fonction des seuls coûts de la maladie, quels que soient les revenus du malade.
- En somme, **l'accessibilité financière des soins doit aussi faire l'objet d'un suivi sur les soins peu coûteux :**
 - Afin de veiller à ce **que les restes à charge peu élevés ne constituent pas un obstacle à l'accès aux soins pour les niveaux de revenus les plus faibles.**
 - Afin de veiller aussi à **la cohérence entre les règles de remboursement et la priorité donnée au développement de la prévention, des soins de proximité et du juste recours à l'hôpital.**

D'où les deux autres dimensions de la mesure de l'accessibilité financière des soins :

« Deuxième dimension » de l'accessibilité financière des soins :

Le principe de solidarité entre bien portants et malades se complète d'un principe d'accessibilité financière des soins pour tous les revenus, y compris les plus faibles.

Si la solidarité « entre bien portants et malades », fondement de l'assurance maladie, ne passe pas nécessairement par la gratuité des soins¹⁰⁹, c'est à la condition de veiller à l'existence simultanée d'une solidarité spécifique à l'égard des bas revenus.

C'est à cette préoccupation qu'a répondu, très tôt, l'aide sociale des collectivités locales et des caisses d'assurance maladie, et qu'ont répondu ensuite la CMU-C et l'instauration de l'aide à la couverture complémentaire (ACS). C'est à cette même préoccupation que doivent répondre des indicateurs mesurant l'impact de la dépense de santé au regard du revenu.

¹⁰⁸ Un tiers de la population n'a, au cours de l'année 2009, soit rien présenté au remboursement, soit présenté une somme de moins de 25 euros par mois.

¹⁰⁹ Le principe du copaiement par l'assuré a été posé dès l'origine de l'assurance maladie, avec notamment pour but de responsabiliser le consommateur de soins (ticket modérateur, plus récemment forfaits et « franchises »). A la fonction régulatrice s'ajoute l'« effet de levier » pour l'argent public, qui peut ainsi solvabiliser sans tout payer.

Dès lors, **le HCAAM souhaite disposer d'un « taux d'effort », par tranches de revenu ou de niveau de vie :**

- qui exprime le montant des dépenses de santé rapporté au revenu des ménages¹¹⁰ ;
- qui prend en compte les remboursements de l'assurance maladie obligatoire mais aussi ceux issus de la mutualisation assurancielle ;
- qui ne limite pas la mesure du coût des soins au seul « reste à charge », mais intègre le coût des primes d'assurance, et le montant des cotisations obligatoires¹¹¹ ;
- et qui est en conséquence calculé par « ménages », au sens économique du terme, et non pas par individus.

Le HCAAM attire l'attention sur le fait que le « taux d'effort » peut avoir plusieurs définitions différentes, selon qu'on le calcule en données nettes (les dépenses de santé étant diminuées de tous les remboursements, et les ressources des ménages étant nettes de leurs versements et cotisations) **ou en données brutes** (c'est-à-dire calculées avant l'impact des transferts obligatoires ou assurantiels).

Selon la définition que l'on retient, le taux d'effort varie du simple au décuple et n'est pas sensible aux mêmes formes de hausse des coûts¹¹².

Cela invite donc à une grande précision, dans le débat public, sur le chiffre que l'on choisit et la cohérence des agrégats économiques qui servent à son calcul.

Cela invite surtout à disposer de plusieurs indicateurs de taux d'effort, calculés selon les différentes options, qu'on puisse suivre dans le temps en procédant à des comparaisons par tranche de revenu ou de niveau de vie. **Or les seules données aujourd'hui disponibles, issues de la comptabilité nationale, ne permettent le suivi que d'une seule des définitions possibles du taux d'effort** (le reste à charge après assurance maladie obligatoire, rapporté au revenu disponible brut), **qui n'est de surcroît pas détaillée par tranche de niveau de vie.**

Le HCAAM observe ainsi qu'il n'est pour l'instant pas possible d'assurer un suivi crédible du principe d'accessibilité financière des soins pour tous les revenus.

Tout en saluant la possibilité de disposer de résultats approchés grâce à l'outil de « micro-simulation » élaboré par la DREES avec l'IRDES et la DGT, le HCAAM souhaite que des efforts résolus soient engagés pour disposer d'un suivi sur données réelles, en prenant notamment appui sur le rôle et les compétences de l'Institut des données de santé.

¹¹⁰ Afin de pouvoir suivre plus spécifiquement les ménages situés dans les premiers « déciles » de niveau de vie.

¹¹¹ Qui varient, il faut le rappeler, non seulement selon le revenu mais aussi selon le régime d'affiliation.

¹¹² Il s'agit ici d'une estimation à partir de cas-types, car ainsi qu'il est indiqué, le HCAAM a constaté qu'il n'était pas possible de disposer de statistiques permettant de calculer, et donc de comparer, ces différentes définitions du « taux d'effort » à partir de données réelles.

« Troisième dimension » de l'accessibilité financière des soins :

L'accessibilité financière doit se conjuguer avec la qualité du recours au système de soins.

Aucun système de financement ne saurait faire l'économie de l'optimisation de la qualité des soins remboursés. C'est même une exigence pour une assurance obligatoire, car **la solidarité face au coût des soins n'a pas de raison d'être en dehors des soins réellement pertinents.**

Cette qualité des soins doit s'apprécier à la fois par rapport aux actes et produits eux-mêmes (leur « service médical rendu ») et par rapport à la manière dont ils sont administrés (le « juste recours » aux différents niveaux du système de soins, le bon cheminement dans ce système).

C'est ainsi que **l'accessibilité financière des soins doit contribuer à la qualité de la prise en charge, en favorisant les actes et produits à fort service médical rendu, les modalités de recours au système de soins et les objectifs de santé publique que l'on veut encourager** : on pense ici, très particulièrement, au suivi continu et coordonné, par une médecine de prévention et de proximité, organisée autour du médecin généraliste¹¹³ ; on pense aussi à l'application des protocoles de soins pour le traitement de certaines maladies chroniques.

Par ailleurs, il convient que les règles incitatives soient particulièrement claires et lisibles, et d'effet prévisible pour les assurés, faute de quoi elles ne pourront pas susciter un comportement responsable de leur part dans leur recours au système de soins.

Le HCAAM entend tirer les conséquences de ces objectifs spécifiques dans le choix et le mode de calcul de ses indicateurs d'accessibilité financière des soins :

- Ils sont ainsi calculés, en principe, par rapport au montant de la dépense de santé « remboursable », c'est-à-dire celle qui s'inscrit dans le panier de soins reconnu par l'assurance maladie obligatoire¹¹⁴.
- En outre, le HCAAM entend suivre un ensemble d'indicateurs observant spécifiquement l'accessibilité financière des « bons cheminements » dans le système de soins¹¹⁵, en mettant l'accent sur l'accessibilité des soins de prévention et des soins de premier recours.
- Il devra s'y ajouter des indicateurs de la lisibilité des conditions de prise en charge.

Sur ces deux derniers points, les indicateurs sont complexes à construire.

Le HCAAM se propose d'ores-et-déjà d'en calculer sur la base de l'ensemble des soins de ville dits « de premier recours » : médecine générale et autres spécialistes de première intention, médicaments et dispositifs médicaux courants, soins dentaires conservateurs, actes de laboratoire, interventions des auxiliaires médicaux.

¹¹³ C'est à cette logique, on s'en souvient, que se rattachent les règles de remboursement au sein du « parcours de soins coordonné » institué par la loi du 13 août 2004 et la convention médicale de 2005.

¹¹⁴ Ce principe connaît évidemment des exceptions, notamment pour le calcul des indicateurs de cadrage macroéconomique qui n'ont de sens que par rapport à la dépense de santé totale.

¹¹⁵ Il faut en effet rappeler qu'outre les effets de la réglementation, le montant du RAC peut être influencé non seulement par les choix tarifaires des professionnels de santé, mais aussi par certains comportements de soins des assurés.

Les indicateurs de « lisibilité » devront, pour leur part, s'appuyer à la fois sur des mesures objectives de dispersion des taux de remboursement, et sur des mesures subjectives de leur perception par les assurés.

IV. Quatre principales directions de travail.

Le tableau de bord proposé par le HCAAM appelle des travaux dans quatre directions, qui sont autant d'enjeux pour le débat public :

L'enjeu de la maîtrise des restes à charge les plus élevés.

C'est à ses marges, sur une petite fraction de consommateurs de soins, que semblent se concentrer les faiblesses de notre système de remboursement. 5% des assurés supportaient ainsi, en 2008, plus d'un quart du total du reste à charge après assurance maladie obligatoire¹¹⁶.

Cet enjeu doit tenir compte bien sûr de la totalité de la dépense (ambulatoire et hospitalière) et de la totalité des remboursements (obligatoires et complémentaires).

A certains égards, il s'agit moins d'un enjeu financier que d'un enjeu de réglementation, pour répartir plus équitablement la charge financière¹¹⁷. Mais on ne doit pas sous-estimer non plus la nécessité d'apporter une réponse à différentes situations : droits à dépassements prévus par la convention médicale, dépassements prothétiques et liberté des prix sur certains dispositifs médicaux, qui peuvent contribuer de manière conséquente aux restes à charge les plus élevés.

L'enjeu de meilleure connaissance des liens subjectifs entre l'accessibilité financière ressentie et le recours aux soins.

Il s'agit prioritairement d'améliorer notre compréhension des phénomènes de renoncement aux soins, qui soulèvent une question majeure de santé publique et de solidarité.

Il s'agit aussi d'améliorer la façon dont le système de prise en charge, dans ses deux composantes d'assurance maladie obligatoire et complémentaire, peut parvenir à rendre lisibles, par des incitations tarifaires, les « bons cheminements » dans le système de soins.

Sur ce dernier point, le HCAAM met en garde, ainsi qu'il l'a déjà fait à plusieurs reprises, sur la trop grande complexité des règles de remboursement, particulièrement dans le recours aux professionnels qui exercent en ville. Elle se retourne contre l'objet même de ces co-paiements qui est d'inciter à un recours raisonné aux soins.

¹¹⁶ Cette concentration reste vraie, quoique certainement moins forte, si l'on tient compte de l'intervention de l'assurance maladie complémentaire. Ainsi, d'après les données transmises au SG du HCAAM par un groupement de mutuelles portant sur les seuls soins de ville, les 10% d'assurés ayant les plus fortes dépenses présentées au remboursement ne supportent qu'environ un tiers du RAC total après AMO et AMC. Cette estimation comporte toutefois le biais méthodologique de ne pas tenir compte du coût des primes d'assurance.

¹¹⁷ La réglementation particulièrement complexe du calcul de la participation de l'assuré aux frais hospitaliers appelle, à cet égard, un effort prioritaire. On peut se demander d'ailleurs si sa gestion administrative n'absorbe pas une part importante de son rapport financier.

L'enjeu de clarté des choix de remboursement.

Le reste à charge est calculé par rapport au prix d'un soin ou d'un produit de santé.

Mais qu'appelle-t-on un acte ou produit « de santé » ? Tout acte ou produit qui s'intitule tel, ceux d'une liste à définir, ou seulement ceux que l'assurance maladie prend en charge¹¹⁸ ?

Et qu'appelle-t-on son « prix » ? Le montant de la facture aussi variable qu'il soit, le prix le plus bas négocié par un assureur, ou le tarif qui sert de base au remboursement par l'assurance maladie ?

Il existe autant de valeurs du reste à charge qu'il existe de manières de définir ces deux notions. Selon les choix qui président à son calcul, le chiffre du reste à charge annuel par habitant peut aller de 341 à 709 euros¹¹⁹. Aucun chiffre n'a de sens si l'on ne précise pas ces choix.

Il faut aussi pouvoir en justifier dans le débat public.

En effet, le fait de calculer – ainsi qu'on le fait usuellement – le reste à charge par rapport à l'ensemble des biens et services « remboursables », suppose que les critères d'inclusion dans le « panier des biens et services remboursables », ou d'exclusion hors de ce panier, soient aisément compréhensibles, et clairs pour le débat¹²⁰.

L'enjeu du recueil de l'information nécessaire pour combler les carences de notre système d'observation.

Trois points majeurs doivent faire l'objet de progrès :

- La connaissance de ***tous les coûts***, permettant de suivre notamment l'évolution et la répartition des coûts de souscription des assurances.
- La connaissance des dépenses de santé et des restes à charge mesurés par ménages avec une prise en compte de leurs revenus, et en ne s'attachant pas uniquement aux « ouvrants-droits », mais aussi en s'intéressant à la situation des enfants au sein des ménages.
- La connaissance « ***chaînée*** » des coûts de santé, autrement dit le total cumulé des dépenses et restes à charge d'une même personne, qu'il s'agisse de soins de ville, de soins hospitaliers, de soins médico-sociaux, voire même d'aides sociales liées à la perte d'autonomie.

Au fond, il s'agit d'orienter notre système de recueil d'information pour qu'il perçoive les données de paiement et de remboursement *telles qu'elles sont vues par les assurés*.

¹¹⁸ A cet égard, on doit attirer l'attention sur le fait que la notion de dépense « remboursable » peut ne pas recouvrir le même ensemble de prestations pour l'AMO et l'AMC (par exemple : chambres individuelles à l'hôpital, implantologie ...)

¹¹⁹ Le chiffre de 341€ correspond au RAC moyen après AMO sur la dépense opposable de la CSBM (valeur 2009). Le chiffre de 709€ quant à lui correspond au RAC sur la dépense totale de la CSBM « élargie ». Il est clair que l'intervention de l'assurance maladie complémentaire accroît encore l'éventail, qui va alors de 33 € à 709 €, sur les deux mêmes périmètres, hors coût des primes.

¹²⁰ Par exemple la notion actuelle de « service médical rendu » ne facilite pas l'intelligence des motifs d'admission ou de non-admission au remboursement, parce qu'elle mêle de façon synthétique des critères aussi divers que l'efficacité du soin, la gravité de la maladie ou l'intérêt pour la santé publique.

Le HCAAM souligne l'importance majeure d'un tel investissement de connaissance. La contrainte financière met aujourd'hui sous tension la pérennité de notre système de solidarité. On n'y répondra que par un travail obstiné d'optimisation de la dépense, pour « bien » couvrir les « bons » soins.

Or l'information parcellisée sur la dépense et le reste à charge qui est encore la nôtre rend impossible une politique d'optimisation *véritablement transversale*, entre soins de ville, soins hospitaliers, soins médico-sociaux et aide sociale.