

Bilan de 9 ans de régulation sur les différents postes de soins 2005-2013

Juin 2013

- Pour la 1^{ère} fois, est synthétisé l'ensemble des économies réalisées par l'assurance-maladie sur les différents postes de dépenses depuis 2005 jusqu'à 2013, à partir des données officielles et avec une méthodologie explicitée.
- Le résultat confirme, en les affinant, les travaux précédents : le médicament a apporté 56% des économies totales sur la période alors qu'il ne représente que 15% de l'ONDAM. Ceci sans compter le médicament hospitalier, pour lequel les économies n'ont pas été séparées de celles estimées pour l'ensemble des dépenses hospitalières.
- Les économies nouvelles réalisées par l'assurance-maladie de base sur le médicament ont représenté 10,3 Mds€ en 9 ans, soit 1,15 Md€ par an, soit un gain de « productivité » moyen de 5,4% par an. Ce ratio a atteint près de 7% en 2012 et en 2013.

©BIPE 2013

9 années de régulation (2005-2013)

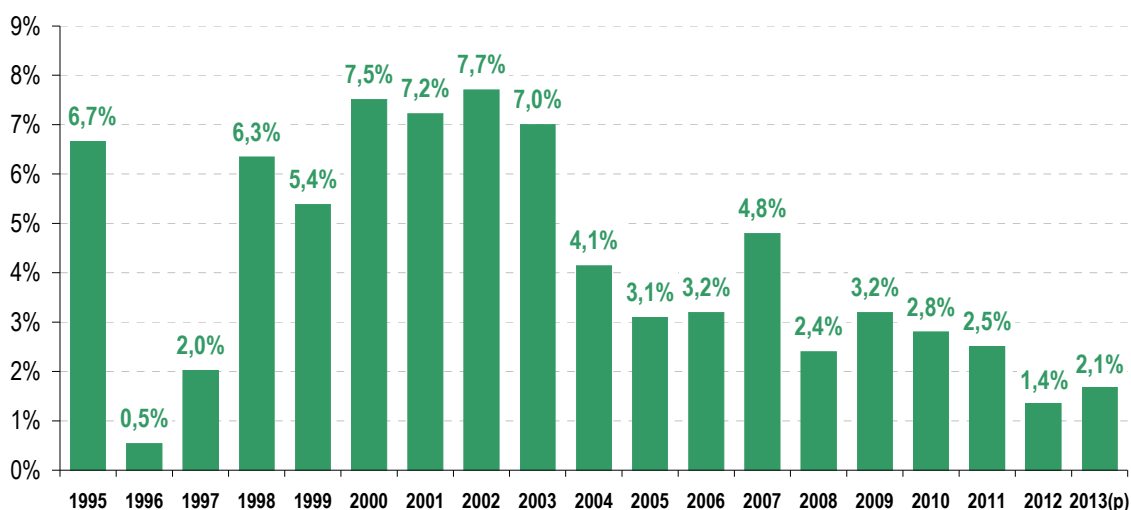
Cette note analyse la régulation des différents postes de dépenses de santé de 2005 à 2013 inclus. 2005 est l'entrée en vigueur de la dernière réforme de l'assurance-maladie (loi du 13 août 2004). Et la régulation de l'année 2013 en cours, peut déjà être estimée.

Le déficit de l'assurance-maladie du régime général était de 11,6 Mds€ en 2004, avant la période étudiée. Il était encore de 5,9 Mds€ en 2012 et sera du même ordre en 2013, dans un contexte marqué par deux crises, celle des banques et celle, durable, des dettes souveraines.

Pourtant, **les efforts de régulation des dépenses déployés pendant les années 2005 à 2013 ont été massifs**, comme le montre le graphique de l'évolution des soins de ville. La seule période comparable a été 1996-97, mais sur une durée très courte et à une époque où le tendancier des dépenses était inférieur à celui d'aujourd'hui. En effet, depuis 2000 on assiste à une forte hausse du nombre de personnes en ALD.

Evolution des dépenses remboursées de soins de ville

Données brutes en dates de soins, régime général



Source : Cnamts, prévision BIPE

Le vote de chaque **ONDAM** s'accompagne d'une liste de mesures d'économies, à hauteur de plus de 2 Mds€ par an, en moyenne. Mais mesure programmée ne rime pas toujours avec économie réalisée ! De plus, certaines économies ne sont pas inscrites dans la liste mais participent bel et bien à la maîtrise des dépenses : c'est le cas de la substitution générique et de l'évolution des tarifs des GHS à l'hôpital. Il faut donc une vision plus précise.

Note : L'objectif de ce travail est de mesurer les économies de l'assurance-maladie de base sur les différents producteurs de soins. **Les économies via les transferts sur les complémentaires et les ménages (hausses de ticket modérateur, forfaits et franchises) sont chiffrées en annexe mais ne sont pas comptées ici, car ces transferts ont généralement peu impacté la consommation des postes concernés.** Mais les déremboursements ont été comptés.

Les chiffres des postes ambulatoires sont issus de différentes sources officielles, détaillées en annexe. Quand le chiffrage n'existait pas, nous avons fait une estimation.

Concernant l'hôpital, il n'y a pas de source officielle sur les économies réelles. Nous avons fait le choix d'une méthode : la différence chaque année entre l'évolution « tendancielle » des charges hospitalières et l'évolution constatée des dépenses, qui donne un ordre de grandeur.

Le médicament 1^{er} poste d'économies ...

Le tableau ventile les économies réalisées par l'assurance-maladie (tous régimes de base).

Concernant le **médicament en ville**, il s'agit pour plus de 90% des baisses de prix (lesquelles font la moitié), de la substitution générique - ou TFR - et de la régulation médicalisée (inflexion des volumes). Et pour une petite part des déremboursements et des boîtes trimestrielles. Noter que le médicament hospitalier est hors champ, sauf pour les baisses de prix de produits rétrocédés qui sont remboursés sur le poste ville. En effet, ni la montée des génériques et les actions de maîtrise médicalisée à l'hôpital, ni les économies sur les achats de médicaments intra-GHS, ne disposent de chiffrages (seules les baisses de prix liste en sus seraient mesurables). Enfin, la taxation spécifique (reversements et taxes) n'est pas comptée (cf. infra).

Autres postes : pour la biologie et la radiologie, ce sont des baisses de tarifs. De même pour les dispositifs médicaux avec, à partir de 2012, de la régulation médicalisée. Pour les kinésithérapeutes et les transports sanitaires ce sont les économies de régulation médicalisée estimées par la Cnamts. De même pour les indemnités journalières (renforcement des contrôles et de la réglementation ; objectif pour les médecins et fiches-repères). Pour ce dernier poste ont été ajoutées les deux mesures sur le calcul des indemnités de décembre 2010 et janvier 2012.

Economies pour l'assurance-maladie, en millions €, hors transferts (1)

(économies nouvelles par rapport à l'année précédente, y compris régulation médicalisée)

	Médica- ments (2)	Biologie	Imagerie	Dispositifs médicaux (2)	Transport	Kinés	IJ (arrêts de travail)
2005	788	60		164 sur 2005-08			432
2006	1278	45					262
2007	1062	114	29		24		
2008	907	103	65		105		
2009	1097	104	85	25	69	55	
2010	1140	113	103	75	93	53	
2011	1030	98	109	45	45	47	282
2012	1510	145	110	82	100	31	350
2013 (p)	1500	90 (*)	75 (*)	145	70	40	100
Total	10 312	872	576	536	506	226	1 426

(1) non compris les transferts de charges sur les complémentaires et les ménages (hausses de ticket modérateur, forfaits, franchises) : cf. annexe

(2) non compris le médicament hospitalier ni les dispositifs médicaux à l'hôpital

(*) baisses de prix officielles 2013 globalisées pour biologie + imagerie : hypothèse de partage + petit objectif régulation médicalisée en biologie

Sources : CCSS, Cnamts, LFSS successives et annexes, CEPS, GERS, estimations BIPE

Pour 2012 et 2013 la hausse radicale des économies sur le poste médicament vient des baisses de prix (plus de 800 M€ en 2012 et plus de 700 programmées en 2013) et des génériques (montant élevé des tombées de brevet + bond du taux de substitution). Pour ces derniers, les économies - qui ne figurent pas dans la LFSS - ont été estimées par le BIPE à l'aide de données GERS, nettes de la nouvelle rémunération spécifique des pharmaciens. La ventilation des économies de régulation médicalisée 2013 (total tous postes 550 M€) est celle du plan national de gestion du risque de l'Uncam (avril 2013) qui donne aussi les résultats 2012.

... loin devant l'hôpital

Les économies de l'assurance-maladie dans les établissements hospitaliers sont délicates à approcher. Elles peuvent être de différentes sortes : a) mesures « programmées » dans la LFSS ; b) publication des tarifs GHS en mars (début de la campagne budgétaire) ; c) en fin d'année, gels possibles des dotations mises en réserve, selon l'évolution des dépenses.

Compte tenu des difficultés à mesurer les économies réelles, nous avons directement comparé deux taux de croissance :

- projection des charges hospitalières « avant mesures »,
- évolution réellement observée pour le sous-objectif hôpitaux/cliniques de l'ONDAM.

La projection des charges avant mesures (méthode DGOS, Ministère de la Santé), qui sert de « tendanciel » est un point-clé. Le rapport IGAS-IGF 2012 soulignait que ce tendanciel incluait des gains de productivité (on observe qu'il est moins élevé ces dernières années d'après notre tableau). Autrement dit, comme le note le Comité d'alerte, ce n'est pas un tendanciel « pur ». Ce qui nous semble en partie « naturel ». Ceci posé, sous cette réserve, cette méthode donne un ordre de grandeur des économies réelles. Elle est discutée en annexe.

Par ailleurs, noter que la dépense réelle dans le champ hospitalier est globalisée et qu'elle inclut donc les économies (non isolées) faites sur le **médicament hospitalier** (et les dispositifs médicaux), qui devraient figurer dans le tableau précédent.

Evaluation sous hypothèses des économies assurance-maladie à l'hôpital (millions €)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013 (p)	Total
« Tendanciel » avant mesures (1)		4,2%	4,2%	3,8%	3,6%	3,45%	3,3 %	3,3%	3,4%	
Evolution réelle	4,4%	3,0%	3,0%	3,9%	3,6%	2,0%	2,4%	2,5%	2,6%	
Economies hors transferts (2)	0	650	640	0	0	850	550	560	600	3850

Sources : DGOS, CCSS, rapports « charges et produits » de l'assurance-maladie, Comité d'alerte, calculs BIPE

(1) 2006-2011 taux tendanciel implicite d'après les économies dites « en construction »

(2) déduction faite, comme pour les autres postes de soins étudiés, des mesures de transferts sur les complémentaires : soit 107 M€ en 2006 (hausse 1€ du forfait journalier et 4 mois du forfait actes lourds) ; 133 M€ en 2007 (hausse 1€ forfait journalier et effet report forfait actes lourds ; 156 M€ en 2010 (hausse 2 € forfait journalier) ; 95 M€ en 2011 (relèvement du seuil du ticket modérateur)

Au total 3,85 Mds€ d'économies y compris 2013 en supposant que l'objectif (+2,6%) sera atteint. Comme page précédente, les mesures d'économies par transferts de dépenses sur les complémentaires, neutres pour les hôpitaux, ont été exclues (total 490 M€ : cf. note 2).

Le résultat obtenu découpe **trois périodes** : d'abord les économies venant de la montée en charge du plan 2005-2007. Ensuite, pas d'économies comptées pendant 2 ans (2008-2009) : dépassement d'objectif avec une forte progression des dépenses en « volume », qui coïncide avec la généralisation de la tarification à l'activité (2008).

Depuis 2010, bien que cette hausse des volumes (quantité + structure) ait continué, il y a eu un freinage de la dépense sous l'action de 2 facteurs principaux : le gel ou la baisse des tarifs des GHS et l'annulation, en fin d'année, de crédits mis en réserve. Ce dernier outil, instauré suite au rapport Briet, a été utilisé en 2010, 2011 et 2012 pour des montants importants (respectivement : 525 M€, 354 M€ et 415 M€ chiffre provisoire). Ces dernières années incluent aussi la montée de la régulation du médicament hospitalier, notamment pour la liste en sus.

Médicament : gain moyen de productivité 5,4% par an

En moyenne 2005-2013, la régulation du médicament en ville a représenté plus de 1,1 Md€ d'économies nouvelles par an pour l'assurance-maladie de base. **Soit 5,4% par an des dépenses maladie sur ce poste.** Le second poste de la régulation est les analyses biologiques (3,0% par an, par le levier baisses de prix) et le troisième est l'imagerie (1,8%).

Part des économies dans les dépenses de chaque poste : moyenne 2005-2013

	Total économies 2005-2013 (millions €)	Moyenne par an (millions €)	Dépense assurance- maladie 2012 (Mds€)	Ratio économies / dépenses (moy. 2005-13)
Médicaments (ville)	10 312	1 146	22	5,4 %
Biologie	872	97	3,3	3,0 %
Imagerie	576	64	4,0 (*)	1,8 %
Dispositifs médicaux (ville)	536	60	5	1,4 %
Transports	506	56	3,6	1,8 %
Kinésithérapie	226	25	3,2	0,9 %
IJ (arrêts de travail)	1426	158	10	1,7 %

Evaluation sous hypothèses :

Hôpitaux et cliniques	3850	428	74,5	0,6 %
-----------------------	------	-----	------	-------

(*) base de dépenses imagerie : rapport charges et produits de l'assurance-maladie pour 2012

Source : résultats des tableaux précédents et calcul BIPE (base de dépenses par poste : régime général + extrapolation tous régimes de base)

Rappel : ces économies n'incluent pas les forfaits, franchises et hausses de ticket modérateur qui sont des transferts de dépenses (cf. annexe).

Parallèlement aux économies réalisées, d'autres postes de soins ont bénéficié de **mesures de revalorisation sur 2005-2012**, surtout les médecins et auxiliaires médicaux. Concernant les médecins spécialistes, l'évolution moyenne qui ressort (+0,4%) est tirée à la baisse par les fortes baisses de tarifs de l'imagerie. En outre, les hausses de tarifs ont été variables selon les spécialistes. Noter que les kinésithérapeutes et les transports figurent dans les 2 tableaux.

Professionnels de santé : évolution des dépenses maladie et des tarifs 2005-2012

	Evolution du poste en valeur (moyenne par an)	dont effet tarif (moyenne par an)
Généralistes	+ 2,4 %	+ 1,6 %
Spécialistes	+ 2,8 %	+ 0,4 %
Dentistes	+ 1,3 %	+ 0,9 %
Soins infirmiers	+ 8,0 %	+ 2,5 %
Kinésithérapeutes	+ 4,6 %	+ 1,3 %
Transports	+ 6,1 %	+ 3,0 %

Pour mémoire :

Inflation moyenne sur 2005-2012	+ 1,7%
---------------------------------	--------

Source : calcul BIPE sur données Cnamts ; indice des prix à la consommation INSEE

Résumé chiffré de la régulation 2005-2013

1^{ère} observation : **les économies prélevées sur le médicament depuis 2005 n'ont aucun équivalent, ni historique, ni dans les autres secteurs de soins, et de loin.**

La comparaison aux autres postes de soins montre que le médicament n'est pas le seul poste qui amène des gains d'efficacité. Les **analyses biologiques** ont rendu 3 points par an depuis 2005. Les **radiologues** ont subi des baisses récurrentes. Les **dispositifs médicaux** ont apporté des économies, surtout par l'action du CEPS. La pente des **indemnités journalières** a été infléchie. Enfin, les gels/baisses des tarifs des GHS et les annulations de crédits ont produit des économies significatives à **l'hôpital**.

Mais, proportionnellement, sans commune mesure avec celles faites sur le médicament.

Entre 2005 et 2011, **les économies directes sur le médicament** faites par l'assurance-maladie (essentiellement : baisses de prix, substitution générique, régulation médicalisée, déremboursements) ont représenté en moyenne un peu plus de 1,0 Md€ par an (¹). En 2012 et 2013, on observe une hausse radicale avec 1,5 Md€.

C'est à comparer avec le total des remboursements de médicaments « ville » : 22 Mds€ en 2012. Ce qui veut dire que les **gains de productivité** qui étaient déjà de 4,9% par an sur 2005-2011 ont bondi à près de 7% en 2012 et 2013. Soit une moyenne de 5,4% sur les neuf années.

Ceci est confirmé par la faible évolution du **marché remboursable, prix producteur** sur 2006-2011 (+1,4% en moyenne par an), son recul en 2012 (-3,3%) et la prévision d'un nouveau recul de l'ordre de -2% en 2013.

*Quelle évolution y aurait-il sans aucune régulation ? Pour le médicament comme pour les autres postes, **les facteurs haussiers de la demande de santé restent présents** et la croissance tendancielle des dépenses de médicaments avant toute régulation [c.a.d. avant baisses de prix, avant effet génériques et avant régulation médicalisée et déremboursements] avoisine +6%. En effet, la démographie pure (augmentation de la population + vieillissement) explique 1 pt de croissance du marché remboursable par an. La pénétration progressive des produits nouveaux 2,5 pts par an, en moyenne sur 2005-2012 et le « mix-pathologies » 2,4 pts. Ce dernier effet est « épidémiologique » il traduit l'augmentation du nombre de patients traités pour des pathologies majeures, plus coûteuses et il est corroboré par la vive hausse du nombre de personnes en affection de longue durée (ALD), sur une pente de près de 4% par an depuis les années 2000, comme le rappelle régulièrement la Cnamts.*

Cette hausse de la prévalence des maladies graves ou chroniques (affections cardiovasculaires, diabète, cancers, asthme, allergies, dépression, maladies neurologiques...) constitue le principal défi du système de santé. Mais ce n'est pas propre à la France, c'est vrai dans tous les pays comparables ! L'étude Cnamts, sur données 2009, avait déjà permis de constater que, dans les classes majeures en ville, le niveau de consommation française de médicaments en quantité était rattrapé et souvent dépassé par d'autres pays européens : leur pente de croissance étant très supérieure à celle de la France. Le phénomène est confirmé et amplifié dans l'étude Essec-Santé/LIR de juin 2012, qui intègre les données à fin 2011 pour les sept principaux pays européens.

¹ Sans compter les transferts : franchises par boîte en 2008 (730 M€) et baisses de taux de remboursement non suivies de déremboursement en 2010 et 2011 : 35% à 15% et 35% à 30% (environ 200 M€).

2^{ème} observation : **la part du médicament dans les économies ONDAM est sans rapport avec sa part dans les dépenses :**

Sur le total des 9 années, les gains de productivité mesurés représentent :

- 10,3 Mds€ pour le médicament en ambulatoire,
- 3,8 Mds€ pour les hôpitaux et cliniques (sous nos hypothèses),
- 1,4 Md€ pour les indemnités journalières,
- 870 M€ pour la biologie,
- 580 M€ pour l'imagerie,
- 540 M€ pour les dispositifs médicaux, (...)

Le médicament fait 56% des économies de la période 2005-2013, alors qu'il ne représente que 15% de l'ONDAM (2013). Même si on peut discuter telle ou telle estimation, telle ou telle hypothèse de travail, le résultat est, sur le fond, indiscutable.

D'autant plus qu'on a vu que les économies à l'hôpital incluaient une part d'économies sur le médicament hospitalier, dont la pente du marché s'est nettement infléchie à partir de 2009-2010 (+4%), puis en 2011 (+0,5%), selon les données quasi-exhaustives de l'Agence. Et en 2012 selon la centralisation GERS pour le CEPS de l'agrégat liste en sus + rétrocédables (+0,9%).

Calcul du ratio ONDAM : les remboursements de médicaments ville + hôpital vont représenter une charge estimée à 27 Mds€ en 2013 pour l'ensemble des régimes de base, soit 26 Mds€ nette des reversements et taxes pour l'assurance-maladie. Et l'ONDAM 2013 est de 175,4 Mds€.

Pour mémoire, la taxation spécifique du médicament s'ajoute à la régulation directe des marchés de ville et hospitalier : reversements à l'assurance-maladie et taxes particulières. Elle s'est progressivement alourdie jusqu'en 2004 (près de 800 M€ pour l'industrie et plus de 1 Md€ avec les reversements des grossistes-répartiteurs). Les reversements « globaux » n'ont pas eu lieu entre 2008 et 2012 à cause de la stagnation/recul du marché, mais les remises spécifiques « produits » ont augmenté. Par ailleurs, le taux - voté par le Parlement - d'évolution du marché qui déclenche les reversements, a été abaissé près de zéro (il est de 0,4% pour 2013) et son champ a été étendu (inclusion de la liste en sus et des médicaments rétrocédables). Enfin, la taxe sur le CA qui était de 0,525% en 2004 est passée à 1%, puis 1,6% depuis 2012.

Conclusion

Cette cure d'austérité qui se prolonge pour le médicament entraîne des questions :

- Doit-on rester au niveau record d'économies de 2012-2013, alors que le surplus d'économies dégagé reste **sans commune mesure** avec la problématique géante des comptes sociaux qui nécessite une autre approche ?
- Est-ce qu'il n'y a pas un moment (peut-être déjà atteint ?) où les **pertes macroéconomiques** et le manque à gagner pour les comptes publics deviennent supérieurs aux économies supplémentaires ? La question est cruciale pour un secteur de pointe qui fait encore partie de nos atouts, riche en valeur ajoutée, en emplois (industriels), en recherche, en commerce extérieur - autant de points clés pour notre pays – mais qui doit évoluer (ex : biotechs).
- Comment aller vraiment, à moyen terme, vers une **réforme structurelle** et des **économies plus équilibrées sur les acteurs** ? Quel calendrier et quel chiffrage raisonnables ?
- A court terme, peut-on donner à la régulation du médicament une plus grande **visibilité** ?

Achévé de rédiger le 24 juin 2013

**Bilan 2005-2013 de la régulation
sur les différents postes de soins**
Annexe

Juin 2013

2

©BIPE 2013

Sources et méthode des chiffrages

1^{er} tableau : Economies pour chaque poste de soins de ville

1) Médicaments en ville

Les économies incluent toutes les baisses de prix, la substitution générique - ou TFR - les déremboursements et la régulation médicalisée. Ainsi que les économies sur les marges de la distribution (dont les conditionnements trimestriels). Comme indiqué dans l'étude, les baisses de taux de remboursement ne sont pas comptées [sauf si suivies d'un déremboursement complet], car ces transferts sur les complémentaires et les ménages ont généralement peu impacté la consommation des postes concernés. Ni, pour la même raison, les franchises par boîte instaurées en 2008. Enfin, le médicament hospitalier est par définition hors champ, sauf pour les baisses de prix des produits rétrocédés, remboursés sur le poste ville.

Conformément au choix de privilégier les sources officielles, nous avons retenu, pour les années 2005 à 2009, les chiffrages présentés dans le rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale (CCSS) de septembre 2011, chapitre 10.1. Globalement sur la période, les résultats sont proches des chiffrages que nous avons réalisés pour contrôle (et en retenant les estimations de la Cnamts pour la partie « régulation médicalisée »).

Mais pour les années 2010 à 2013, les chiffrages sont en partie du BIPE. En effet, il faut souligner que le dernier rapport de la CCSS de juin 2013 a repris le sujet des économies sur le médicament dans sa partie 2.2. Mais, cette fois il est précisé dans ce rapport que « *seules les mesures actées dans la LFSS sont comptées c'est-à-dire hors économies liées aux tombées de brevet des médicaments et leur générication. A l'exception de l'année 2010 où la générication du Plavix [médicament n°1 à l'époque] a été inscrite dans la construction de l'ONDAM* ».

Or, dans la présente étude, les économies liées à l'élargissement du répertoire et la hausse du taux de substitution doivent être comptées. Ceci a représenté, selon notre calcul 260 M€ d'économies en 2010 (dont Plavix 160 M€, déjà compté par la CCSS), 150 M€ en 2011 et 370 M€ en 2012 (soit pour cette dernière année 440 M€ brut, dont nous déduisons l'intéressement de 70 M€ versé aux pharmaciens). Au final, ce sont donc les chiffrages BIPE qui ont été retenus pour les économies totales sur les médicaments en 2010, 2011 et 2012 soit respectivement 1140 M€, 1030 M€ et 1510 M€ [versus 1070, 973 et 1244 en CCSS, sans la pénétration génériques mais avec les baisses de taux de remboursement].

Pour 2013, le chiffre prévisionnel total retenu est de 1500 M€ et se ventile ainsi : 775 M€ de baisses de prix inscrites en LFSS ; 390 M€ d'effet génériques (520 M€ brut, net de 130 M€ d'intéressement des pharmaciens) ; 70 M€ des autres mesures inscrites en LFSS ; 250 M€ de régulation médicalisée sur le médicament (objectif officiel) ; 10 M€ de grands conditionnements (marges révisées en juillet 2012) et 5 M€ d'effet report des déremboursements de 2012.

2) Biologie et imagerie

2007-2011 : rapport charges et produits de la Cnamts pour 2012, p.7.

2005-2006 (biologie) : calcul effet-prix avec données Cnamts en dates de soins valeur/volume.

2012 : source estimation Cnamts en cours d'année, cohérente avec l'évolution finale (effet-prix de -4,3% en 2012 pour la biologie contre -2,5% par an sur les 5 dernières années selon le rapport CCSS de juin 2013).

2013 : partage du montant de baisses de prix inscrites en LFSS 2013 pour le total biologie + imagerie (155 M€) à raison de 80 M€ pour la biologie et 75 M€ pour la radiologie. A ceci s'ajoute un objectif de 10 M€ de régulation médicalisée en biologie.

3) Dispositifs médicaux en ville

2005 à 2011 inclus : rapports du CEPS (baisses de prix).

2012 : dans l'attente du rapport CEPS 2012, baisses de prix inscrites en LFSS (50 M€) + économie réalisée en régulation médicalisée (32 M€, source : plan national de gestion du risque, Conseil de la Cnamts du 25/4/2013).

2013 : baisses de prix inscrites en LFSS (75 M€) + objectif de régulation médicalisée (70 M€, même source : plan national de gestion du risque).

4) Transports, kinésithérapeutes et indemnités journalières (IJ)

2005 à 2011 : source : tableau récapitulatif de l'atteinte des objectifs de régulation médicalisée, annexe 1 au PLFSS 2013 : programme de qualité et d'efficacité (PQE) « maladie », page 163 (données Cnamts).

2012 : montants réalisés de source plan national de gestion du risque, déjà cité supra.

2013 : objectifs par poste de la régulation médicalisée inscrite en LFSS, même source.

2008-2011 : ajout des économies de prescriptions hospitalières (budget ville) estimées par la Cnamts dans le même tableau du PQE. La ligne est commune aux transports et aux arrêts de travail (IJ) : hypothèse d'attribution côté transports sur 2008-2010 (poste plus important de prescription hospitalière que les IJ et cf. hypothèse rapport CCSS juin 2011) + partage en 2011.

Enfin, prise en compte des mesures mécaniques sur le mode de calcul des IJ : celle de 2010 à hauteur de 110 M€ et celle de 2012 (baisse du plafond) pour 150 M€.

2^{ème} tableau : Economies dans les établissements hospitaliers

Tendancier : sur 2006-2011, le « tendancier » (= projection des charges des établissements hospitaliers avant mesures) a été reconstitué ainsi :

Pour les années 2007 à 2011 : source : rapport 2011 au Parlement sur la T2A, page 8 : les économies dites « en construction » et l'objectif hospitalier de l'ONDAM, en taux de croissance, conduisent à un tendancier implicite avant économies.

Pour 2006, les économies « en construction » (560 M€) et les économies supplémentaires finalement réalisées par rapport à l'objectif voté (environ 200 M€) donnent les économies brutes (avant déduction des transferts). La réalisation finale (+3,0%) donne un tendancier implicite.

Pour 2012 et 2013, le tendancier, calculé par la DGOS, a été repris dans le rapport Cnamts charges et produits.

L'écart entre le **taux de croissance réellement réalisé** dans le champ de l'ONDAM hospitalier et le **taux de croissance « tendancier »** mesure les économies réalisées par l'assurance-maladie, en pourcentage : elles sont converties en valeur absolue (M€) avec le montant des dépenses en base de l'année précédente. Et **les transferts de dépenses sont déduits** pour aboutir aux économies réalisées par les hôpitaux.

Les transferts de l'assurance-maladie vers les complémentaires et les ménages (hausse du forfait journalier, nouveau forfait actes lourds, hausse du seuil du ticket modérateur) représentent des économies effectives pour les versements de l'assurance-maladie mais sont neutres pour les budgets des hôpitaux. Comme pour les postes de soins de ville, ces économies par transferts ne sont pas comptées dans cette étude, ce ne sont pas des efforts pour les secteurs de soins, mais des efforts pour les complémentaires et les ménages.

La limite de la méthode pour estimer les économies à l'hôpital serait que le tendancier n'est pas « pur » et inclurait déjà des gains de productivité (cf. rapport IGF-IGAS de 2012). Ceci suggère quelques remarques :

- il n'est pas anormal que le tendancier des charges diminue lentement sur la période, au fur et à mesure des efforts de réorganisation des hôpitaux. Cependant, dans l'évolution des charges, l'évolution des salaires pèse très fortement. Et il y a des besoins nouveaux à couvrir.
- si on prenait une hypothèse « maximale » majorant nettement, par exemple à +3,8% le tendancier des cinq dernières années au lieu du 3,3-3,5% retenu par la DGOS, le cumul des économies 2005-2013 à l'hôpital passerait de 3,85 Mds€ à 5,2 Mds€. Le médicament représenterait alors 52,5% des économies totales de l'assurance-maladie sur 2005-2013 au lieu de 56% [en fait un peu plus pour les deux chiffres puisque les économies sur le médicament hospitalier ne sont pas comptées côté médicament, elles sont mélangées avec les économies à l'hôpital]. Cela ne modifierait pas la conclusion de l'étude.
- le tendancier des charges hospitalières tient compte des hausses prévisionnelles de salaires. En revanche pour les autres postes de soins de ville, les économies ne commencent qu'avec les baisses de tarifs, donc au niveau zéro : l'écart avec l'inflation n'est pas pris en compte. Sur ces postes aussi, il y a donc des gains de productivité implicites, non comptés.

Autres économies : les transferts de financement

Quand une mesure d'économie revient à un simple transfert de dépenses de l'assurance-maladie vers les complémentaires et/ou les ménages, la consommation des postes concernés est généralement peu touchée [sauf s'il s'agit d'un déremboursement complet] et ce n'est donc pas un effort demandé aux professions de santé (producteurs de soins) mais bien aux financeurs.

La liste suivante récapitule les **transferts de dépenses 2005-2013** (hors déremboursements) :

- forfait de 1€ par acte de médecine et biologie à partir de 2005 (430 M€)
- plafond du forfait par acte jusqu'à 4€ par jour si actes multiples, 2007 (150 M€)
- forfait journalier à l'hôpital 1€/an en 2005, 2006 et 2007 (250 M€) et 2€ en 2010 (156 M€)
- forfait 18€ actes lourds au 1/9/2006 (85 M€)
- modulation du ticket modérateur hors parcours de soins en 2006 (10%), 2007 (10%) et 2009 (20%), soit au total environ 450 M€
- « franchises » sur les boîtes de médicaments, actes d'auxiliaires médicaux et transports à partir du 1/1/2008 : environ 860 M€ dont 730 sur les médicaments
- passage de certains médicaments (« SMR faible ») de 35% à 15% (vignette orange) en juin 2010 (230 M€) dont une partie sera ultérieurement déremboursée (les « SMR insuffisant »)
- relèvement du seuil du ticket modérateur à l'hôpital de 91 à 120€ au 1/1/2011 (95 M€)
- passage des médicaments à vignette bleue du taux de 35% à 30% en mai 2011 (95 M€)
- passage des dispositifs médicaux du taux de 65% à 60% en mai 2011 (100 M€)

La mesure de meilleur respect des règles de l'ordonnancier bi-zone est un transfert « naturel » sur les complémentaires qui a « économisé » 350 M€ à l'assurance-maladie sur 2005-2011.

Par ailleurs, les vagues de déremboursements de médicaments de mars 2006, janvier 2008, décembre 2011 et mars 2012 ont donc été incluses dans l'étude avec les économies sur les producteurs de soins (la consommation est très fortement touchée). Cependant, l'ensemble de ces déremboursements n'a compté que pour 6% des économies totales du poste médicaments sur la période 2005-2013 (environ 650 M€ sur 10,3 Mds€).

Enfin, indépendamment des prestations, les complémentaires santé et donc les assurés ont subi une forte hausse de la taxation des contrats : taxe CMU-C passée de 2,5% à 5,9% en 2009 et taxe sur les contrats responsables passée de 0 à 3,5% puis 7% (octobre 2011).