

**Avis n° 2 du Comité d'alerte  
sur le respect de l'objectif national d'assurance maladie pour 2006  
(en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, alinéa 3)**

Les informations recueillies par le comité montrent qu'il existe actuellement un risque de dépassement de l'objectif de dépenses d'assurance maladie fixé pour 2006 (140,7 Md€). Même si son évolution est modérée en début d'année, la consommation de soins de ville pourrait, en l'absence de mesures correctrices, excéder d'environ 600 M€ le montant prévu dans l'objectif, alors que, dans le domaine hospitalier, les économies intégrées dans l'ONDAM ne semblent pas encore entièrement mises en oeuvre. Le comité considère que le dépassement total peut être contenu dans la limite des 0,75 % (soit 1 Md€), fixée par l'article D. 114-4-0-7 du code de la sécurité sociale, au-delà de laquelle il doit notifier un avis d'alerte. Il a donc décidé de ne pas mettre en oeuvre cette procédure à ce stade. Toutefois, il estime que la réalisation de l'objectif nécessite une inflexion supplémentaire de l'évolution des soins de ville et une grande vigilance dans le suivi des établissements de santé.

Conformément à la mission qui lui est confiée par la loi du 13 août 2004, le comité se réserve de rendre un nouvel avis au cours des prochains mois si le risque de dépasser le seuil d'alerte devait se renforcer.

\*\*\*\*\*

*Rappel : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, tel qu'il est fixé par la loi de financement, est un montant exprimé en milliards d'euros (134,9 Md€ pour 2005, 140,7 Md€ pour 2006). Lors de la présentation de l'objectif proposé par le gouvernement pour l'année suivante à la fin du mois de septembre, puis du débat parlementaire, des taux d'évolution sont calculés par rapport aux estimations de dépenses de l'année en cours. Ces taux d'évolution, qui ne figurent pas dans la loi de financement, sont susceptibles de varier à mesure que se préciseront les dépenses de l'année de base. C'est ainsi que le taux de variation des dépenses de l'année 2005 par rapport à 2004 a été révisé à la hausse à plusieurs reprises (de 3,2 % à l'origine à 3,9 % en avril 2006), en raison non d'un dépassement du montant objectif retenu pour 2005 mais de révisions à la baisse du montant des dépenses de 2004. En sens inverse, pour l'année 2006, l'objectif retenu pour les soins de ville (65,3 Md€) qui figure dans la loi de financement correspond aujourd'hui à un taux d'augmentation plus faible qu'il n'était prévu en septembre 2005 (0,4 % contre 0,9 %) par rapport aux dépenses de 2005, celles-ci s'étant révélées un peu plus élevées qu'il n'était anticipé au moment de la fixation de l'objectif.*

## I- L'ONDAM a été respecté en 2005

Les dépenses d'assurance maladie se sont élevées à 135,0 Md€<sup>1</sup> en 2005. L'objectif (134,9 Md€) a été respecté à quelques dizaines de millions d'euros près. L'augmentation est de 3,9 % par rapport aux dépenses de 2004.

Ce résultat d'ensemble recouvre un dépassement important des versements de l'assurance maladie aux établissements de santé (+ 700 M€ par rapport à l'objectif initial). En revanche, les dépenses ont été inférieures aux prévisions pour les soins de ville (-430 M€) et le secteur médico-social (-190 M€). Les taux d'augmentation par rapport à 2004 sont de 3,1 % pour les soins de ville, de 4,3 % pour les établissements sanitaires et de 7,2 % pour le médico-social.

### Les dépenses d'assurance maladie en 2005

	Montant 2005 en Md€	Ecart par rapport à l'objectif (M€)	Variation par rapport à l'année précédente		
			2003	2004	2005
Soins de ville	62,2	-430	6,2 %	4,3 %	3,1 %
Etablissements sanitaires	61,6	700	5,5 %	4,6 %	4,3 %
Médico-social	10,7	-190	9,0 %	9,0 %	7,2 %
Autres	0,4	-10			
<b>Total des dépenses du champ de l'ONDAM</b>	<b>135,0</b>	<b>70</b>	<b>6,4 %</b>	<b>4,9 %</b>	<b>3,9 %</b>

Source : direction de la sécurité sociale

Par rapport aux estimations qui étaient faites pour 2005 en septembre dernier et qui ont servi de base à l'ONDAM 2006, les dépenses de soins de ville sont relevées de 250 M€, les versements aux établissements de santé de 75 M€.

## II- Les tendances actuelles conduisent à un dépassement en 2006

### 1/ Rappel de l'objectif

L'objectif national d'assurance maladie fixé pour 2006 (article 67 de la loi de financement pour 2006) est de 140,7 Md€. Il correspond à une augmentation de 2,5 % à périmètre constant. Pour la première fois, en application de la loi organique du 2 août 2005, la loi précise la décomposition de l'objectif en six sous-objectifs.

### Les sous-objectifs de l'ONDAM 2006

<i><u>En milliards d'euros et en %</u></i>	Objectifs de dépenses pour 2006	Variation par rapport aux estimations 2005 de sept. 2005	Variation par rapport aux réalisations 2005
<b>Soins de ville</b>	65,3	0,9 %	0,5 %
<b>Dépenses relatives aux établissements de santé</b>	63,8	3,5 %	3,4 %
- Etablissements de santé tarifés à l'activité	45,8		
- Autres dépenses	17,9		
<b>Contribution de l'assurance maladie au médico-social</b>	10,9	6,7 %	6,7 %
- Etablissements et services pour personnes âgées	4,3		
- Etablissements et services pour personnes handicapées	6,6		
<b>Autres prises en charge</b>	0,7		
<b>ONDAM TOTAL</b>	<b>140,7</b>	<b>2,5 %</b>	<b>2,3 %</b>

Sources : loi de financement pour 2006 et direction de la sécurité sociale

<sup>1</sup> Estimation fondée sur les comptes des régimes d'assurance maladie qui incorporent des provisions pour les soins de l'année 2005 n'ayant donné lieu à décaissement de l'assurance maladie qu'en 2006. Les résultats définitifs comptabilisant les charges réelles au titre de l'exercice 2005 seront disponibles en septembre 2006.

## 2/ Les soins de ville

*L'objectif : une quasi-stabilité des dépenses en 2006 par rapport à 2005*

L'objectif retenu pour 2006 en matière de soins de ville (65,3 Md€) correspondait à une augmentation de 0,9 % par rapport à 2005 au moment de la fixation de l'ONDAM. Cette progression est en fait de 0,5 % par rapport à des réalisations 2005 qui se sont révélées un peu supérieures aux estimations de septembre 2005.

Cette quasi-stabilité des dépenses en 2006, qui représente un ralentissement marqué par rapport à l'augmentation constatée en 2005 (3,1 %), repose essentiellement sur les médicaments pour lesquels une véritable rupture de tendance est attendue (baisse en 2006 après une augmentation de plus de 5 % en 2005).

L'ONDAM 2006 a ainsi été construit sur l'hypothèse d'un montant d'économie de 2,1 Md€ sur les remboursements de médicaments, résultant du « plan médicament » et de mesures nouvelles (déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant, baisses de prix par classe, ...). Par ailleurs, des économies de maîtrise médicalisée ont été prévues pour un montant de l'ordre de 800 M€. Elles ont trouvé leur traduction dans l'avenant 12 à la convention nationale, signé le 3 mars 2006, qui comporte par ailleurs des dispositions engendrant un coût pour l'assurance maladie (160 M€ au total sur l'année 2006), dont la principale est la revalorisation de la consultation du généraliste au 1<sup>er</sup> août 2006.

*Des retards dans la mise en œuvre de certaines mesures*

Dans le domaine du médicament, certaines des dispositions envisagées lors de la construction de l'ONDAM ont été abandonnées (TFR généralisé) ou ont vu leur application différée. C'est le cas des baisses de prix, différenciées par classe de médicaments, et des déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant<sup>2</sup>, intervenus respectivement au 1<sup>er</sup> février et au 1<sup>er</sup> mars (au lieu du 1<sup>er</sup> janvier). Ces abandons ou retards ont pour effet de réduire d'environ 500 M€ les économies prévues sur le médicament en 2006.

C'est donc dans le domaine du médicament que le risque de dépassement de l'objectif (ambitieux) fixé pour 2006 est le plus grand. Les autres composantes des soins de ville semblent à peu près en ligne avec l'objectif.

*Une évolution modérée des remboursements de soins de ville en début d'année 2006*

Sur les quatre premiers mois de l'année 2006, l'augmentation des remboursements de soins de ville est limitée à 1,4 % par rapport à la période correspondante de 2005, ce qui est modéré. Cette évolution doit toutefois être interprétée avec une certaine prudence compte tenu des perturbations statistiques qui avaient marqué la plus grande partie de l'année 2005.

La baisse des indemnités journalières se poursuit et même s'accroît (-3,5 % sur un an) et l'évolution des honoraires médicaux et dentaires reste modérée (1,1 %). L'augmentation des prescriptions s'infléchit mais reste positive sur le premier quadrimestre (+2,8 % par rapport à 2004).

<sup>2</sup> Au 1<sup>er</sup> mars 2006, 282 spécialités supplémentaires ont été radiées de la liste des spécialités remboursables. Quant aux veinotoniques, leur taux de remboursement a été fixé transitoirement à 15 %, et leur prix diminué de 15 %.

*En résumé, la prévision de la consommation de soins de ville en 2006 doit tenir compte d'une base 2005 un peu plus élevée que prévu au moment de la construction de l'ONDAM, de retards dans la réalisation de certaines économies sur le médicament, mais en revanche d'une tendance très modérée en début d'année. La synthèse de ces éléments conduit à revoir à la hausse la consommation de soins de ville en 2006 d'environ 600 M€. Son augmentation sur l'ensemble de l'année serait alors de 1,4 % par rapport à 2005.*

## **2/ Les contributions de l'assurance maladie au secteur médico-social**

Les modalités de financement du secteur médico-social sont modifiées depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006 avec le rôle central donné à la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie). Le sous-objectif « Établissements médico-sociaux » (10,9 Md€ en 2006) de l'ONDAM est désormais une dotation de l'assurance maladie servant à financer l'objectif global de dépenses géré par la CNSA. Cette dotation sera versée pour le montant exact prévu en loi de financement. Par construction, cette charge pour l'assurance maladie n'est donc plus susceptible d'être minorée par des retards de consommation, comme cela a été le cas en 2005, ou majorée par un dépassement. D'éventuelles dépenses supplémentaires pèseraient sur les comptes de la CNSA.

## **3/ Les versements aux établissements de santé (hôpitaux et cliniques)**

La situation est difficile à appréhender en raison de la complexité des circuits de financement et de la pauvreté de l'information disponible sur les évolutions de 2006.

*L'objectif 2006 : des économies à hauteur de 560 M€*

L'objectif fixé pour 2006 sur le champ des arrêtés ONDAM correspond à une augmentation de 3,44 % des versements de l'assurance maladie aux établissements par rapport à la base 2005 telle qu'elle était connue en septembre 2005, qui incorporait un dépassement de 625 M€ en 2005. Dans la circulaire du 24 février 2006 relative à la campagne tarifaire 2006 des établissements de santé, le Ministre de la santé et des solidarités attire l'attention sur « l'existence d'un écart entre l'évaluation de la progression naturelle des dépenses des établissements et le taux de progression de l'ONDAM hospitalier ». Cet écart, évalué à 560 M€, soit 0,9 % du montant de l'objectif, représente le montant des économies demandées au secteur hospitalier comme « participation au redressement indispensable des comptes de l'assurance maladie ».

L'année 2006 voit par ailleurs la poursuite de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé publics et privés. La fraction des ressources financées à l'activité sur le champ MCO (médecine-chirurgie-obstétrique) est fixée à 35 % (25 % en 2005). L'hypothèse d'activité qui avait été retenue pour 2005 (1 % en volume) a été sensiblement dépassée (la réalisation est de 3,7 %). Pour 2006, le taux prévisionnel d'évolution a été fixé à 2,6 %. Au-delà de la seule activité, ces taux intègrent les effets d'une plus grande exhaustivité et d'une optimisation du codage des actes par les établissements : ce phénomène a été observé au début de la mise en œuvre de réformes comparables dans d'autres pays. Des contrôles ont été mis en place par l'assurance maladie pour éviter les abus.

L'hypothèse d'activité a conduit à décider une baisse des tarifs de 1 % en 2006. Leur niveau est susceptible d'être révisé à mi-année, en fonction de l'évolution de l'activité.

### *La mise en place des EPRD*

Un élément important à prendre en compte est la réforme en 2006 du régime budgétaire et comptable des établissements, qui se caractérise par l'instauration d'un état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD) ; l'EPRD, qui repose sur des crédits évaluatifs et non plus limitatifs, conduit à mettre fin à la pratique des reports de charges, mais il peut être présenté et réalisé en déficit, ce qui constitue une profonde modification par rapport à l'ancien budget.

Une proportion non négligeable d'établissements prévoient de recourir à cette possibilité dès 2006. D'une enquête réalisée par la Fédération hospitalière de France, il ressort en effet que, sur 229 hôpitaux ayant répondu, 158 déclarent avoir voté un budget prévisionnel en déficit (8 présentent un excédent et 63 sont à l'équilibre), pour un déficit total de 403 M€.

*Les rappels qui précèdent soulignent les principales incertitudes qui pèsent sur les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé en 2006. La première porte sur la capacité ou la volonté des établissements de réaliser les économies demandées ; la seconde sur le niveau de déficit qu'ils pourraient accepter, si leurs dépenses augmentaient temporairement plus vite que les versements de l'assurance maladie (seuls pris en compte dans l'ONDAM).*

*Le suivi des évolutions est rendu difficile par les délais de remontée des informations. Ainsi les premières indications sur l'activité du 1<sup>er</sup> trimestre ne seront disponibles qu'à la mi-juin. Les données mensuelles relatives aux décaissements de la CNAM, qui sont disponibles jusqu'en avril, doivent être considérées avec précaution compte tenu des soubresauts de liquidation engendrés par les réformes mises en place en 2005. On notera toutefois qu'elles font apparaître des taux d'augmentation en année glissante<sup>3</sup> nettement supérieurs aux objectifs (4,5 % pour les établissements publics et 7,0 % pour les cliniques privées), et que sur les quatre premiers mois de 2006, l'augmentation des versements aux cliniques privées (+ 10,1 % par rapport à la période correspondante de 2005), même si elle comporte une part de surestimation statistique, est inquiétante.*

*L'appréciation du risque de dépassement de l'objectif sur les établissements n'est pas de même nature que sur les soins de ville, dans la mesure où un éventuel supplément de dotation passe par une décision du Ministre qui a par ailleurs la possibilité de modifier les tarifs de la T2A. Face aux difficultés rencontrées par un certain nombre d'établissements pour réaliser les économies qui leur sont demandées, les pouvoirs publics disposent d'instruments de pilotage pour éviter que les risques de dépassement de l'objectif se concrétisent.*

*La plus grande vigilance s'impose dans le suivi des établissements. Le recours à un relèvement sensible des dotations ferait courir un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM avec une ampleur supérieure à 0,75 %.*

Jean-Michel CHARPIN

Michel DIDIER

François MONIER

---

<sup>3</sup> Période mai 2005-avril 2006 rapportée à mai 2004-avril 2005

## **Annexe 1 : auditions et contributions**

Cet avis repose sur l'information recueillie par le Comité auprès de diverses administrations et organismes, au cours d'auditions ou sous la forme de contributions écrites.

Ont été entendus par le Comité :

- des représentants des principales directions concernées du ministère des solidarités, de la santé et de la famille : direction de la sécurité sociale (DSS), direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS)
- le président du Comité économique des produits de santé (CEPS)
- le directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS)
- le président du LEEM (Les entreprises du médicament)
- le délégué général de la Fédération hospitalière de France (FHF)

Des contributions écrites ont été fournies par l'ACOSS et par la DREES.

## **Annexe 2 : textes relatifs au Comité d'alerte**

### **Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie (article 40)**

#### Art. L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale

« Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et les caisses nationales d'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique et social.

Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Chaque année, au plus tard le 1<sup>er</sup> juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le Comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'État entend prendre pour sa part ».

### **Décret n° 2004-1077 du 12 octobre 2004**

« Le comité d'alerte prévu à l'article L. 114-4-1 peut faire participer à ses travaux les experts de son choix et procéder à toute audition qu'il jugera utile.

Les services de l'Etat, les établissements publics de l'État et les organismes de sécurité sociale sont tenus de communiquer au comité d'alerte les éléments d'information et les études dont ils disposent utiles à l'exercice de sa mission.

Le seuil prévu à l'article L. 114-4-1 est fixé à 0,75 %.

Les caisses nationales d'assurance maladie disposent d'un délai d'un mois à compter de la notification par le comité d'alerte d'un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour proposer des mesures de redressement.

Le comité d'alerte dispose d'un délai de quinze jours à compter de la transmission des mesures de redressement par les caisses nationales d'assurance maladie ou, le cas échéant, l'État pour rendre un avis sur l'impact financier de ces mesures.

Le Secrétaire général permanent de la commission des comptes de la sécurité sociale organise les travaux du comité d'alerte. Il fait appel à cette fin aux services du Ministre chargé de la Sécurité sociale ».