

## **Avis n°1 du Comité d'alerte**

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, en créant le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, a prévu qu'il rende chaque année, au plus tard le 1<sup>er</sup> juin, un avis sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours (voir textes en annexe). Ce premier avis du Comité s'inscrit dans ce cadre.

Après avoir analysé les informations disponibles et entendu les experts de l'administration et des caisses nationales, le Comité considère qu'à ce jour et au vu des tendances du début de l'année, le respect de l'objectif fixé pour 2005, soit 134,9 Md€, paraît possible. De ce fait, il n'y a pas lieu de mettre en œuvre la notification prévue en cas de risque sérieux de dépassement de l'objectif de plus de 0,75 %. Le comité souligne toutefois la fragilité des données disponibles à cette date et la grande incertitude qui entoure la prévision des dépenses, incertitude aggravée cette année par la difficulté d'évaluer tous les effets de la réforme de 2004 et par les perturbations résultant de l'instauration de la tarification à l'activité dans les établissements de santé.

La situation présente requiert une certaine prudence dans l'interprétation des évolutions récentes. La modération des dépenses constatée depuis un an pourrait résulter de facteurs transitoires. Une grande vigilance s'impose donc pour la suite. L'application de la réforme de 2004 ne fait que commencer et il est trop tôt pour en apprécier les effets, puisque son succès suppose une modification durable des comportements. Pour sa part, le Comité d'alerte continuera de suivre et d'analyser l'évolution des dépenses d'assurance maladie afin de pouvoir signaler toute éventualité de dépassement de l'objectif, conformément à la mission qui lui est confiée par la loi du 13 août 2004.

\*\*\*\*\*

Les membres du Comité se sont réunis à cinq reprises entre le 24 mars et le 30 mai. Ils ont entendu des représentants des administrations et organismes suivants :

- Ministère des solidarités, de la santé et de la famille : direction de la sécurité sociale (DSS), direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), direction des hôpitaux et de l'organisation des soins (DHOS)
- Ministère de l'économie, des finances et de l'industrie : direction du trésor et de la politique économique (DGTPE)
- Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)
- Mutualité sociale agricole (MSA)

Il en ressort les principaux enseignements suivants.

## **1/ Les dépenses d'assurance maladie ont été moins élevées en 2004 qu'il n'avait été prévu au moment de la fixation de l'objectif pour 2005**

Selon les calculs quasi définitifs fondés sur les comptes des régimes d'assurance maladie, les dépenses du champ de l'ONDAM se sont élevées à 130,35 milliards d'euros en 2004, soit 650 millions d'euros de moins que dans les prévisions de septembre dernier. La révision à la baisse est importante sur les soins de ville (- 780 M€) ; en revanche, les versements aux établissements de santé (hôpitaux et cliniques) ont été supérieurs aux prévisions (de 330 M€). Une correction à la baisse intervient par ailleurs sur les prestations des DOM (- 80 M€).

Pour pouvoir comparer l'objectif de 2005 aux dépenses de 2004, il faut par ailleurs tenir compte d'une légère modification du périmètre de l'ONDAM entre 2004 et 2005, qui se traduit par des transferts nets pour un montant de 240 millions d'euros. Sur le champ de l'ONDAM 2005, les dépenses de 2004 ont été de 130,11 milliards d'euros.

Par rapport à cette nouvelle évaluation des dépenses de l'année 2004, l'objectif fixé pour 2005 (134,9 Md€) représente ainsi une augmentation de 3,7 % à champ constant, au lieu de 3,2 % dans le calcul présenté au moment de la fixation de l'ONDAM sur la base des anciennes estimations pour 2004.

## **2/ Une croissance modérée des soins de ville**

Les soins de ville ont connu au début de 2004 une inflexion sensible : leur tendance, qui était proche de 6 %, en volume, sur la période 1997-2003, est de 3 à 3,5 % depuis le début de 2004.

Les statistiques mensuelles de la CNAM montrent que cette croissance modérée se poursuit au début de l'année 2005, même si les soins dispensés en février ont été poussés à la hausse par une conjoncture épidémique. Ces statistiques sont en valeur mais elles devraient être proches des évolutions en volume car les variations de prix sont faibles sur la période. Elles sont disponibles jusqu'en février en date de soins et jusqu'en avril pour les décaissements de la CNAM.

D'après ces statistiques, les remboursements de soins de ville des quatre premiers mois de 2005 (janvier-avril) correspondent à des montants remboursables (avant participation forfaitaire de 1 €) en augmentation de 3 % par rapport à la même période de 2004 (après correction des jours ouvrables et des perturbations statistiques induites par la mise en place de la tarification à l'activité<sup>1</sup>).

Le ralentissement de la croissance des soins de ville porte principalement sur deux postes : les indemnités journalières et les médicaments. Les indemnités journalières expliquent à elles seules près de la moitié de l'inflexion de tendance des soins de ville. Elles sont en baisse depuis l'automne 2003, alors que leur croissance moyenne, en valeur, avait été de 8,2 % par an sur la période 1997-2003. Leur diminution (- 0,5 % en moyenne annuelle 2004, - 3,8 % en glissement annuel sur les quatre premiers mois de 2005) paraît liée principalement au renforcement des contrôles de la CNAM.

Quant aux médicaments, leur rythme d'augmentation en valeur est passé d'environ 8 % l'an entre 1997 et 2003 à 6,5 % en moyenne annuelle 2004 et à moins de 4 % en glissement annuel sur les quatre premiers mois de 2005.

Une autre approche met en évidence que le ralentissement de la consommation de soins porte essentiellement sur les patients soumis au ticket modérateur, alors que le recours aux soins des patients atteint d'une affection de longue durée (ALD), qui sont exonérés du ticket modérateur au titre de cette affection, continue de croître à un rythme rapide sans aucune inflexion. Cette différence de

---

<sup>1</sup> Un certain nombre de cliniques privées ne disposent pas encore des logiciels nécessaires pour facturer leur activité à l'assurance maladie. L'absence de transmission de leurs factures a des répercussions sur les statistiques relatives aux cliniques, mais aussi aux spécialistes, aux laboratoires. Certains spécialistes rencontrent des difficultés de même nature pour le codage de leurs actes dans la nouvelle nomenclature (CCAM). La CNAM a estimé la minoration des dépenses qui résulte de ce décalage (700 M€ pour les mois de mars et avril) et a corrigé ses statistiques en conséquence. Ces perturbations devraient continuer d'affecter les statistiques jusqu'à l'été.

comportement explique que le ralentissement se concentre sur les honoraires des généralistes, sur les médicaments remboursés à 35 et à 65 % et sur les indemnités journalières.

Dans le domaine des soins de ville, la réalisation de l'objectif fixé pour 2005 dépendra :

- du maintien de la tendance modérée des derniers trimestres, liée à des mesures prises en 2003 et 2004 et aux effets « psychologiques » de la réforme de l'assurance maladie ;
- de l'incidence des dispositions nouvelles touchant l'année 2005 en application de la réforme et de la convention médicale conclue le 12 janvier dernier

Sur le premier point, la baisse des indemnités journalières, qui, comme on l'a vu, explique une part importante du ralentissement récent des soins de ville, n'est pas extrapolable longtemps. Un retournement à la hausse est prévisible à terme plus ou moins rapproché, sans qu'on puisse en prévoir la date et l'ampleur. La poursuite du comportement modéré des assurés avec ticket modérateur est une autre incertitude.

Sur le second point, certaines des estimations faites au moment de la construction de l'ONDAM 2005 font l'objet de révisions. Les dépenses de l'assurance maladie seraient modérées par un rendement plus élevé que prévu de la remise conventionnelle de l'industrie pharmaceutique et par le décalage de la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM) de janvier à avril, qui réduit son coût en 2005. En sens inverse, le rendement de la participation forfaitaire de 1€ par acte est revu à la baisse à la suite des règles de plafonnement décidées lors du vote de la loi de financement ; les économies du plan médicament seraient aussi un peu inférieures aux prévisions en 2005, compte tenu de leur étalement sur plusieurs années.

Quant à la nouvelle convention médicale, qui n'était pas intégrée dans l'ONDAM, elle comporte à la fois des coûts, liés à des mesures tarifaires (revalorisation d'honoraires) et des économies importantes qui reposent sur des engagements de « maîtrise médicalisée ». Par nature, ces coûts sont plus assurés que les économies : l'équilibre de la convention suppose une surveillance particulière du respect des engagements.

En résumé, la tendance récente des soins de ville est compatible avec la réalisation de l'ONDAM 2005, mais les incertitudes sont nombreuses tant sur la persistance de certains éléments qui ont assuré la modération des derniers trimestres que sur l'impact en 2005 de la réforme de l'assurance maladie. Le respect de l'objectif dépend du succès de la maîtrise médicalisée. Il dépend aussi de l'issue des négociations avec certaines professions de santé et des revalorisations qui pourraient en résulter.

### **3/ Des tensions sur les budgets des établissements de santé**

A la différence de ce qui s'est passé pour les soins de ville, les versements de l'assurance maladie aux établissements de santé (hôpitaux et cliniques) ont été supérieures aux prévisions en 2004. Le dépassement atteint 330 millions d'euros (respectivement 190 millions d'euros pour les hôpitaux et 140 millions d'euros pour les cliniques privées).

Pour les seuls hôpitaux, un important dépassement de la dotation globale hospitalière a été constaté en 2004 (330 M€) en partie compensé par des versements moindres que prévu de l'assurance maladie au Fonds pour l'emploi hospitalier. Les causes de ce dépassement, dont l'ampleur n'est apparue que tardivement, font l'objet d'une enquête des inspections générales (IGAS et IGF), dont les conclusions devraient être connues à la fin du mois de juin. Cette analyse devrait notamment permettre de préciser les répercussions à en attendre sur les dépenses de 2005.

En tout état de cause, cette révision à la hausse des dépenses de 2004 rend l'objectif 2005 plus difficile à atteindre. Les dotations 2005, calculées sur la base de l'objectif 2004 dont on sait aujourd'hui qu'il a été dépassé, représentent par rapport aux réalisations des augmentations plus faibles que prévu. Un financement complémentaire de 190 millions d'euros a déjà été attribué aux agences régionales de l'hospitalisation, qui vise aussi à compenser une surestimation du rendement de la hausse du forfait hospitalier (d'environ 30 millions d'euros) dans leurs recettes.

La revalorisation des salaires des fonctionnaires décidée au printemps 2005 (0,5 % en juillet et 0,3 % en novembre) constitue pour les hôpitaux un surcoût estimé à 110 M€.

L'année 2005 voit par ailleurs une première étape de la mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé publics et privés. Celle-ci concernera cette année 25 % de leur activité de médecine, chirurgie ou obstétrique. Les hypothèses d'activité retenues lors de la fixation de l'ONDAM (+ 1 % en volume) sont assez basses et pourraient être dépassées.

Les éléments qui précèdent, dont la révision à la hausse de la base 2004 est le plus important, laissent augurer de tensions sur les budgets des hôpitaux en 2005. Mais il est difficile d'en dire davantage à cette date, dans l'attente de l'analyse des causes du dépassement de 2004, et faute de toute information sur l'évolution des dépenses des hôpitaux au cours des premiers mois de 2005. Ainsi les premières données sur l'activité du 1<sup>er</sup> trimestre ne devraient pas être disponibles avant la mi-juin.

En résumé, plusieurs éléments de dépassement peuvent être identifiés sur les hôpitaux. Ils ne peuvent être traduits mécaniquement en supplément de dépenses de l'assurance maladie dans la mesure où les pouvoirs publics disposent en ce domaine, davantage que pour les soins de ville, d'instruments de pilotage avec la dotation globale hospitalière et la possibilité de modifier les tarifs de la T2A. Mais c'est clairement sur les établissements de santé que pèsent aujourd'hui les risques financiers les plus importants pour la réalisation de l'ONDAM 2005.

Jean-Michel CHARPIN

Michel DIDIER

François MONIER

## **Annexe : 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'Etat 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'Etat 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'Etat 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. »