

Avis du Comité d'alerte n°2013-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Dans son avis rendu le 15 avril, le comité d'alerte a présenté le constat de dépenses 2012 nettement inférieures à l'objectif et estimé que « les dépenses d'assurance maladie devraient à nouveau pouvoir être réalisées en 2013 significativement en-deçà de l'objectif fixé à 175,4 Md€ ». Le présent avis précise ce constat et les conditions du respect de l'objectif pour 2013.

Le comité a analysé les informations disponibles et entendu les experts de l'administration¹ et de la CNAM. Le constat provisoire de 2012 se trouve confirmé. Les dépenses d'assurance maladie sont estimées à 170,3 Md€, soit 860 M€ de moins que l'objectif initial fixé par la LFSS pour 2012 et 510 M€ de moins que l'estimation de ces dépenses retenue à la rentrée 2012 dans la construction de l'ONDAM pour 2013². L'augmentation des dépenses est ainsi de 2,4 % en 2012 (après 2,7 % en 2011). Elle marque un net ralentissement pour les soins de ville (1,9 %, et même 1,5 % en excluant les rémunérations sur objectifs de santé publique, après 2,4 % en 2011).

L'écart négatif constaté sur les dépenses de 2012 porte presque intégralement sur les soins de ville pour lesquels il est de 830 M€ par rapport à l'objectif initial et de 480 M€ par rapport à l'estimation 2012 retenue pour l'ONDAM 2013. Ce dernier montant donne l'ordre de grandeur de l'effet de base dont bénéficient les dépenses de 2013 : le respect des taux de croissance associés à l'ONDAM 2013 (2,7 % pour l'ensemble, 2,6 % pour les soins de ville) conduirait à un montant de dépenses inférieur d'environ 500 M€ à l'objectif.

Toutefois, la prévision des dépenses de l'année 2013 doit prendre en compte plusieurs autres éléments : le surcroît de dépenses, estimé à un peu plus de 100 M€, occasionné sur les premiers mois de l'année par une longue épidémie de grippe, qui s'est traduit par une accélération des remboursements de soins de ville ; le rendement net un peu plus faible que prévu des mesures intégrées dans l'ONDAM, lié notamment à des décalages de mise en œuvre ; le risque d'un nouveau dépassement sur les dépenses de soins à l'étranger ; en sens inverse, la tendance des soins de ville (hors mesures) pourrait se révéler plus modérée que prévu.

Aucun effet de base n'est retenu sur les établissements de santé, dont le dépassement éventuel des dépenses liées à l'activité est susceptible d'être compensé par l'annulation des crédits mis en réserve en début d'année, comme cela a été le cas au cours des dernières années.

Au total, une grande partie de l'effet de base hérité de 2012 doit pouvoir être conservée. Une prévision prudente prenant en compte tous les aléas négatifs conduit pour 2013 à un montant de dépenses inférieur de 200 M€ à l'objectif. Mais les réalisations pourraient être sensiblement plus basses.

Il n'y a donc pas lieu de mettre en œuvre la procédure d'alerte définie par l'article L. 144-4-1 du code de la sécurité sociale.

Le comité d'alerte

François Monier
Jean-Luc Tavernier

¹ Direction de la sécurité sociale, direction générale de l'offre de soins, direction générale du trésor

² La prévision de dépense pour 2012 présentée à la Commission des comptes de la Sécurité sociale d'octobre 2012 et retenue dans la construction de l'ONDAM pour 2013 était inférieure de 350 M€ à l'objectif initial fixé par la loi de financement pour 2012.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a fixé l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 175,4 Md€. Ce montant représente une augmentation de 2,7 % par rapport aux dépenses de l'année 2012 telles qu'elles étaient estimées à la rentrée 2012.

Pour passer d'une évolution tendancielle estimée à 4,1 % (y compris les provisions pour dépenses nouvelles) à l'objectif de 2,7 %, le montant des économies prévues par la loi de financement était de 2,4 Md€, dont 1,76 Md€ sur les soins de ville (portant pour 1,2 Md€ sur les produits de santé) et 660 M€ sur les établissements de santé.

La prévision des dépenses pour l'année 2013 dépend d'abord du constat de l'année 2012.

1/ Des dépenses inférieures à l'objectif en 2012

Les dépenses d'assurance maladie qui ressortent des comptes des régimes pour 2012 s'élèvent à 170,3 Md€ dans le champ de l'ONDAM soit 860 M€ de moins que l'objectif. Cet écart est concentré sur les soins de ville (-830 M€). Pour le reste, un écart de -50 M€ est enregistré sur les établissements de santé, et un dépassement de 20 M€ sur les « autres prises en charge ».

L'ONDAM 2012 (constat comptable)

	Objectif et sous-objectifs fixés pour 2012 (Md€)	Prévision des dépenses 2012 en sept 2012 (Md€)	Montant des dépenses constaté en 2012 (Md€)	Ecart à l'objectif initial (à la prévision de sept 2012) en Md€	Taux d'évolution 2012/2011 en %
Soins de ville	78,9	78,5	78,1	-0,8 (-0,5)	1,9 %
Établissements de santé	74,6	74,6	74,5	-0,1	2,5 %
Médico-social	16,5	16,5	16,5	0,0	4,1 %
Autres prises en charge	1,2	1,2	1,2	0,0	0,8 %
ONDAM total	171,1	170,8	170,3	-0,9 (-0,5)	2,4 %

Les dépenses de 2012 avaient déjà été révisées à la baisse, de 350 M€³, en septembre 2012 dans le cadre de la préparation de loi de financement pour 2013. Par rapport à cette prévision, qui avait servi de base à la construction de l'ONDAM pour 2013, l'écart constaté est de -510 M€ pour l'ensemble des dépenses, et de -480 M€ pour les soins de ville. C'est cet écart qui crée un effet de base favorable pour les dépenses de 2013.

Soins de ville : un ralentissement sensible en 2012

Les dépenses de soins de ville ont progressé de 1,9 % en 2012, après 2,4 % en 2011. Elles intègrent à hauteur de 280 M€ les rémunérations sur objectifs de santé publique (ROSP)⁴ versées aux médecins en avril 2013 au titre de 2012, qui n'avaient pas été prises en compte dans la construction de l'ONDAM. Hors ROSP et intéressement des pharmaciens au titre de la mesure « tiers payant contre générique », la hausse des dépenses de soins de ville est limitée à 1,5 % en 2012 sur le champ du régime général.

Ce ralentissement s'explique par la modération ou la baisse de quatre grands postes de dépenses représentant au total les trois quarts des soins de ville : sur le champ du régime général, les honoraires médicaux et dentaires ont augmenté de 1 % en 2012⁵ (hors ROSP), après 3,2 % en 2011 (hausse liée notamment à la revalorisation des consultations des généralistes) ; les dépenses remboursées de médicaments sont restées pratiquement stables (+ 0,1 %) en raison de baisses de prix plus fortes que les années précédentes et du développement des médicaments génériques ; les

³ La révision portait en totalité sur les soins de ville

⁴ Rémunération supplémentaire mise en place en janvier 2012, dans le cadre de la convention médecins – assurance maladie signée en juillet 2011, et conditionnée à l'atteinte d'objectifs de santé publique.

⁵ En données corrigées des jours ouvrés

dépenses des laboratoires d'analyses se sont réduites de 1 % (après +2,1 % en 2011) ; les versements d'indemnités journalières pour arrêt de travail ont diminué de 1,1 % après une augmentation de 1,9 % en 2011.

En revanche, les horaires paramédicaux (+7,4 %), les dépenses de dispositifs médicaux (+5,6 %) et de transports (+6,5 %) sont restées dynamiques.

Etablissements de santé (2^e et 3^e sous-objectif de l'ONDAM) : une croissance toujours soutenue de l'activité compensée par des annulations de crédits

Comme les années précédentes, les dépenses des établissements publics de santé financées par la tarification à l'activité ont été nettement supérieures aux prévisions (+ 560 M€), reflétant la forte augmentation du volume « économique »⁶ de leur activité (nombre de séjours, d'actes et de consultations), sensiblement supérieure à l'hypothèse retenue dans la campagne tarifaire 2012-2013 (environ 3,1 % au lieu de 2,4 %). Les dépenses des cliniques privées ont quant à elles été inférieures de 80 M€ aux prévisions.

Le surcroît global de dépenses a été compensé par l'annulation de la totalité des crédits mis en réserve en début d'année et par des dépenses moindres que prévu sur d'autres postes, si bien qu'au total les réalisations relatives aux établissements de santé ont été inférieures de 50 M€ à l'objectif.

Les autres sous-objectifs

- La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux a été conforme au montant (16,5 Md€) initialement prévu en LFSS pour 2012.
- Les « autres prises en charge », qui constituent le 6^e sous-objectif de l'ONDAM, ont donné lieu à un dépassement de 20 M€ imputable pour l'essentiel à la forte augmentation des dépenses liées aux soins des Français à l'étranger, qui a de nouveau été sous-estimée en 2012 et dont le dynamisme mériterait des analyses plus précises.

2/ Les perspectives pour 2013

Les dépenses de l'année 2013 bénéficient d'un effet de base favorable d'environ 500 M€ sur les soins de ville. Leur prévision doit aussi prendre en compte les évolutions des premiers mois de 2013, ainsi que les estimations les plus récentes du taux de réalisation des économies intégrées dans la construction de l'objectif.

Un « effet de base » favorable pour les soins de ville

- Les dépenses de soins de ville de 2012 se sont révélées inférieures de 480 M€ au montant qui avait été retenu à la rentrée 2012 pour la construction de l'ONDAM 2013. A taux de croissance des dépenses inchangé, cet écart négatif se répercute sur 2013, induisant un effet de base favorable de -480 M€.
- Les informations disponibles sur les premiers mois de 2013 montrent une accélération des remboursements du régime général, dont l'évolution avait été très modérée dans la seconde moitié de 2012. Les remboursements de soins de ville du premier quadrimestre (janvier-avril) augmentent de 2,8 % par rapport à la période correspondante de 2012 (en données corrigées des jours ouvrables et des variations saisonnières). Cette accélération est en partie imputable à la grippe saisonnière de début d'année dont le coût total, estimé à 200 M€, est supérieur d'une centaine de millions à celui de 2012, et dont l'impact a été très sensible sur les dépenses de médecins généralistes en janvier-février. Elle s'explique aussi par la relative faiblesse de la consommation de soins de ville sur les premiers mois de 2012.

⁶ Indicateur mesurant à la fois l'évolution du nombre de séjours et celle de la structure de l'activité, c'est-à-dire de la lourdeur des cas traités.

- Le rendement de certaines mesures d'économies intégrées dans la construction de l'ONDAM pour 2013 pourrait être légèrement inférieur aux prévisions (décalage de baisses de prix de médicaments, incidence moindre que prévu de baisse de tarifs médicaux). En sens inverse, la mesure « tiers payant contre générique » pourrait générer une économie plus forte que prévu lors de la construction de l'ONDAM. Au total, le risque sur le rendement net des mesures est estimé à une centaine de millions d'euros.

Les établissements de santé : une prévision sécurisée par les mises en réserve de dotations

La campagne tarifaire 2013 a été construite de manière à prendre en compte le dépassement de 2012 sur les dépenses de T2A. La « provision volume » correspondant à l'hypothèse de progression de l'activité est plus élevée que les années précédentes (2,8 % contre 2,4 % en 2012). Il a par ailleurs été procédé à une mise en réserve de crédits de 415 M€ sur l'ONDAM hospitalier. Pour la première fois, une partie de cette mise en réserve (115 M€) se fait sous la forme d'une minoration des tarifs (de -0,35 % dans la campagne 2013) par l'application d'un « coefficient prudentiel ».

Comme les années précédentes, ces mises en réserve sécurisent la prévision d'un respect de l'objectif pour 2013.

Les indications disponibles sur le 1^{er} trimestre, qui doivent être interprétées avec prudence, semblent traduire une évolution modérée du volume d'activité.

Les autres sous-objectifs

- La contribution de l'assurance maladie au secteur médico-social, qui fait l'objet des 4^e et 5^e sous-objectifs de l'ONDAM, est une enveloppe fermée dont le montant, fixé à 17,1 Md€ en 2013 par la LFSS, n'est pas susceptible de variation. Son augmentation est de 4 % par rapport à 2012.
- Un dépassement de 50 M€ est retenu en 2013 sur les « autres prises en charge » prenant notamment en compte la forte augmentation des dépenses de soins à l'étranger.