

Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France ?

Myriam Mikou, Romain Roussel¹ (DREES)

Que signifie mesurer la part de l'assurance maladie obligatoire (AMO) dans la dépense de santé ? Plusieurs notions de dépenses de santé cohabitent dans le débat public (au sens des comptes de la Sécurité sociale, de l'ONDAM, des Comptes de la santé ou encore de l'OCDE) et la réponse à cette question dépend du contexte considéré.

Retenir une notion plutôt qu'une autre n'est pas neutre sur la valeur de la part de la dépense de santé prise en charge par l'assurance maladie. Sur le seul champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des Comptes de la santé, cette valeur s'établit à 76,6 % au global en 2014, mais est augmentée de 10 points sous d'autres concepts de dépense. À un niveau de nomenclature plus fin, la part de l'AMO varie très fortement d'un poste de dépense à l'autre, d'un peu moins d'un tiers pour les soins dentaires à plus de 90 % pour les soins hospitaliers et les transports sanitaires.

Si la part de l'assurance maladie obligatoire apparaît globalement très stable depuis 2006, l'évolution est un peu plus chahutée par poste de dépense. Cela tient à la fois à des effets de structure affectant les soins et les biens médicaux et aux mesures de régulation prises sur la période. L'exemple du poste médicament montre qu'un suivi efficace de la part de l'assurance maladie dans la dépense ne peut valablement s'effectuer que *via* une batterie d'indicateurs, qui sont par nature plus ou moins sensibles à ces différents phénomènes.

¹ Les auteurs remercient Marion Bouvet et Hélène Soual.

La question de la part que représente l'assurance maladie dans la dépense de santé d'un pays est régulièrement évoquée, que ce soit dans les débats nationaux ou encore dans une optique internationale de comparaison des systèmes, sous différents angles (qualité et accessibilité des soins, coût et efficacité de leur organisation...).

En France, dans le cadre de la stratégie nationale de santé (SNS), est notamment réaffirmé le fait que « le rôle et la place de l'assurance maladie obligatoire (AMO) seront consolidés. En particulier, la diminution progressive du niveau de remboursement par l'AMO que nous connaissons depuis dix ans sera enrayerée² ». Suivre cet engagement suppose de surmonter au préalable les questions méthodologiques complexes et diverses que poserait le calcul d'un ou de plusieurs indicateurs de mesure de la part de la dépense de santé couverte par l'assurance maladie. Ces questions portent à la fois sur la nature des indicateurs qui pourraient être proposés, sur le champ qu'ils seraient susceptibles de couvrir ainsi que sur leur méthode de calcul, pour éviter tout biais et être disponibles en routine sur une base annuelle.

Le présent article vise à expliciter la part des principaux financeurs du système de soins français – au premier rang desquels, l'assurance maladie obligatoire – selon la notion de dépense retenue et à rendre compte de l'influence des concepts et du degré de détail retenus, sur les résultats de la mesure.

La part de l'AMO se définit différemment selon la notion de dépense de santé considérée...

Que signifie mesurer la part de l'assurance maladie obligatoire dans la dépense de santé ? Qu'appelle-t-on exactement dépense de santé ? La réponse à ces questions n'est pas nécessairement la même selon l'optique retenue.

Plusieurs notions de dépenses de santé cohabitent dans le débat public et s'imposent comme des références dans leur contexte. Parmi les plus courantes, figurent celles :

– au sens des comptes de la Sécurité sociale, il s'agit des dépenses remboursées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, établies sur la base des comptes des régimes, qui utilisent le plan comptable unique des organismes de Sécurité sociale (PCUOSS) ;

– au sens de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), suivi annuellement par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS). Il s'agit d'une partie importante – mais non de la totalité – des dépenses des régimes de base de la branche maladie de la Sécurité sociale complétée, pour une part plus marginale, des dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (ces dépenses sont, là encore, exprimées sous la norme du PCUOSS – cf. *encadré 1*) ;

– au sens des Comptes de la santé, produits par la DREES en tant que compte satellite des comptes nationaux de l'INSEE, suivant une nomenclature et une méthodologie compatibles avec les concepts de la comptabilité nationale, à partir de différentes sources, dont les comptes des organismes de Sécurité sociale. Cette approche retrace la globalité de la dépense, quels que soient ses financeurs, et non les seules consommations prises en charge par l'assurance maladie. Dans le cas du concept central qu'est la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), seules sont prises en compte les dépenses pour perturbation temporaire de l'état de santé tandis que la dépense courante de santé (DCS) au sens français constitue un agrégat plus englobant (voir précisions en *encadré 1*) ;

– au sens de l'OCDE et d'Eurostat, produits par la DREES pour ce qui est de la France, dans le cadre du système harmonisé international SHA (System of Health Accounts) suivant une nomenclature et un périmètre dérivés de ceux des Comptes de la santé et uniformisés au niveau international (voir *encadré 2* ou *schéma 1*).

² Source : « SNS – ce qu'il faut retenir », 2013.

ENCADRÉ 1 : DE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) À LA CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM)

L'ONDAM comptabilise les seules dépenses prises en charge par les régimes de base de Sécurité sociale tandis que les Comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé. L'approche CSBM est donc plus large puisqu'elle comprend également les dépenses de soins prises en charge par les organismes complémentaires, par l'État et par les ménages.

Les postes de dépense pris en compte dans l'approche CSBM sont, en revanche, moins nombreux. La CSBM ne porte que sur les dépenses de soins et de biens médicaux qui correspondent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Elle exclut donc les dépenses de santé du secteur médico-social (ONDAM médico-social) ainsi que diverses dotations ou prestations en espèces. Elle correspond, en outre, aux dépenses effectuées sur le territoire national par les ressortissants des régimes français de Sécurité sociale et exclut donc également les soins des ressortissants français à l'étranger.

Plus précisément, l'ONDAM correspond à la partie de la CSBM qui est financée par les caisses de Sécurité sociale majorée :

- des indemnités journalières au titre des risques maladie et accidents du travail ;
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé ;
- des soins aux personnes âgées effectués en établissement (USLD, EHPA, EHPAD) ou à domicile (SSIAD) ;
- des soins aux personnes handicapées délivrés en établissement ;
- des prises en charge des dépenses des ressortissants français à l'étranger ;
- des dépenses médico-sociales non déléguées à la CNSA (qui comprennent notamment les dépenses des centres de soins spécialisés pour toxicomanes, des centres de cure en alcoologie et des appartements de coordination thérapeutique) ;
- de dotations de l'assurance maladie à certains fonds (FIQCS, FMESPP, FAC, FIR...).

Les postes constituant l'ONDAM listés ci-dessus sont toutefois quasiment tous retracés au sein de la dépense courante de santé au sens français (DCS, cf. fiche B1), hormis les dépenses médico-sociales non déléguées à la CNSA, les prises en charge des dépenses des ressortissants français à l'étranger et les dotations à certains fonds. Par ailleurs, la DCS inclut de nombreux postes de dépenses qui ne figurent pas dans l'ONDAM : les indemnités journalières de maternité, les dépenses de prévention, de formation et de recherche, ainsi que les coûts de gestion du système de santé.

La nomenclature de la CSBM est déterminée par une optique de « lieu d'exécution des soins » ou encore par la nomenclature HC (Health Care) du système des comptes internationaux de la santé (System of Health Accounts – SHA). Cette optique, qui s'inscrit dans une logique descriptive de l'organisation du système de soins, diffère de celle qui sous-tend la construction de l'ONDAM, qui relève d'une logique de pilotage financier de l'assurance maladie.

Ces deux approches conduisent en toute logique à des différences dans les imputations qui sont faites des différents postes de dépense. À titre d'illustration, les honoraires des médecins libéraux perçus en établissements privés sont comptabilisés en soins hospitaliers dans la CSBM, alors qu'ils sont retracés en soins de ville pour l'ONDAM, d'où des écarts non négligeables sur le champ des dépenses hospitalières, comme illustré dans la fiche D2 du présent rapport.

ENCADRÉ 2 : LE PASSAGE DES CONCEPTS FRANÇAIS À LA DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ ET À LA DÉPENSE TOTALE DE SANTÉ AU SENS DE L'OCDE ET D'EUROSTAT

Dans les Comptes de la santé, les principaux concepts de référence sont ceux de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de dépense courante de santé (DCS) au sens français dont la charge est assurée par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages.

La CSBM (190,6 milliards d'euros en 2014) comprend les soins hospitaliers, les soins de ville (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux (optiques, prothèses, petits matériels et pansements). Ne sont prises en compte par définition que les consommations de soins et de biens médicaux qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé et effectuées sur le territoire national. Aussi en sont exclues les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées.

La DCS au sens français (256,9 milliards d'euros en 2014) inclut l'ensemble des dépenses courantes (les dépenses en capital en sont exclues) dont la charge est assurée par les différents financeurs du système de santé. Elle couvre un champ plus large que la CSBM puisqu'elle prend également en compte les soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées en établissement (y compris les USLD, c'est-à-dire les unités de soins de longue durée du secteur hospitalier), les services de soins à domicile (SSAD), les indemnités journalières (IJ), les subventions reçues par le système de santé, les dépenses de prévention (individuelle ou collective), de recherche et de formation médicales ainsi que les coûts de gestion de la santé.

La dépense totale de santé (DTS, 244,7 milliards d'euros en 2013, dernière année publiée) est un concept commun utilisé jusque récemment par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres. Pour la France, il est calculé par la DREES à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention (prévention environnementale et alimentaire), les dépenses de recherche et de formation médicales et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que certaines dépenses sociales liées au handicap et à la dépendance (les services offerts aux personnes âgées dépendantes ou handicapées qui relèvent de l'aide à la vie quotidienne – AVQ : se lever, se laver, s'habiller, se nourrir, aller aux toilettes, etc.).

Le concept de DTS n'apparaît pas comme le plus pertinent pour comparer les coûts de gestion relatifs des systèmes de santé des différents pays. En effet, malgré l'harmonisation des méthodologies intervenue au cours de ces dernières années, le traitement de certaines dépenses demeure assez variable d'un pays de l'OCDE à l'autre, notamment celles liées au handicap et à la dépendance, ou à l'investissement dans le système de soins (ou FBCF, pour formation brute de capital fixe). Aussi, pour les comparaisons entre pays de l'OCDE, le concept de dépense courante de santé au sens international (DCSi - 231,4 milliards d'euros en 2013, dernière année publiée), calculé en retirant de la DTS les dépenses d'investissement, tend-il désormais à s'imposer au niveau international.

Outre les différences en termes de champ, ces notions se différencient également, du fait de leur nomenclature propre : dans certains cas, c'est la nature du producteur des soins qui prévaut pour la comptabilisation des soins, dans d'autres, il s'agit du lieu d'exécution de ces soins (cf. *fin d'encadré 1*).

Dès lors, le fait de retenir un concept plutôt qu'un autre n'est pas neutre en termes de valeurs de la part de la dépense totale de soins prise en charge par l'assurance maladie. Sous les deux premiers concepts, la part de l'assurance maladie représente la totalité de la dépense suivie, ce qui est effectivement le but recherché s'agissant d'une optique de régulation. Dans d'autres optiques, comme l'évaluation de la production de soins sur le territoire national ou encore la comparaison des dépenses de santé entre pays de l'OCDE, ce sont les concepts de CSBM et de DCS qui doivent prévaloir.

La part de l'assurance maladie obligatoire dans la dépense est également dépendante d'autres facteurs qui, à concept donné, sont liés plus spécifiquement au périmètre exact retenu pour la dépense de soins. Ainsi, se fonder par exemple sur le concept de dépense sous-jacent à la CSBM (c'est-à-dire la consommation totale de soins) signifie-t-il qu'il faille *de facto* se caler sur son panier de biens *stricto sensu* ? Plusieurs champs potentiels d'extension du périmètre de la dépense au-delà de la CSBM pourraient être proposés, même si ceux-ci semblent devoir être écartés :

– *les indemnités journalières (IJ)* : versées en cas d'arrêts de travail, s'il s'agit bien de prestations servies par l'assurance maladie (pour ce qui est des régimes de base obligatoires), celles-ci ne relèvent pas du soin à proprement parler mais d'une logique de maintien de salaire, donc de revenu. Aussi apparaît-il très discutable d'agréger la part de la dépense prise en charge par l'assurance maladie à ce titre à celle de la dépense de soins *stricto sensu*. En outre, pour des raisons de comparabilité internationale de l'indicateur, celui-ci ne peut pas comporter les IJ, qui sont par définition exclues du concept standard qu'est la DCS au sens international ;

– *les chambres particulières à l'hôpital* : ces dépenses, qui participent fortement à l'accroissement des frais des patients en établissements de santé, ne sont pas comptabilisées dans les « restes à charge » en santé, car elles ne relèvent pas du champ des Comptes de la santé. Il s'agit de prestations d'hébergement et non de dépenses de soins à proprement parler. Par ailleurs, ces dépenses sont mal mesurées rendant ainsi problématique leur évaluation et le suivi de leur ventilation par financeur ;

– les formes traditionnelles de médecine telles que l'acupuncture, les médecines dites douces, etc. : ces dépenses sont parfois prises en charge par les organismes complémentaires et font l'objet de demande de reconnaissance par certains pays membres ou partenaires de l'OCDE (la Chine notamment) dans le cadre de SHA. Toutefois, celles-ci n'étant pas reconnues en France par la Sécurité sociale et ne figurant pas non plus, de ce fait, dans le champ des Comptes de la santé, il est proposé de ne pas les retenir à ce stade (d'autant qu'il n'existe pas de système de remontées statistiques ou comptables sur ces champs) ;

– le traitement des perturbations permanentes ou de longue durée de l'état de santé : incluses dans les notions de DCS et de DTS, il s'agit des dépenses au titre des unités de soins de longue durée, entièrement prises en charge par l'assurance maladie, et de celles relevant du secteur médico-social (forfaits soins en établissements médico-sociaux).

Leur inclusion, qui conduirait à afficher une part plus élevée de l'assurance maladie dans le total de la dépense³, permettrait certes de mieux correspondre au périmètre global de l'ONDAM. Toutefois, il s'agirait là d'un artefact, seuls les frais pris en charge par l'assurance maladie étant de fait retracés dans les Comptes de santé. De surcroît, en cas de prise en compte des frais d'hébergement ou de dépendance restant à la charge des ménages et des organismes complémentaires (forfaits journaliers en USLD, tarifs hébergement et dépendance en EHPAD...), la notion de « reste à charge » qui en résulterait ne serait pas homogène avec celle présentée sur les autres postes de dépense (notamment en « soins de ville », où cette notion ne recouvre que du soin *stricto sensu*) ; aussi est-il proposé de l'écarter.

Pour les raisons évoquées, les valeurs des taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire présentées dans la suite de l'article sont toutes calculées sur le champ de la CSBM des Comptes de la santé.

La part de l'AMO dépend du concept exact et du degré d'agrégation retenus pour l'examen de cette dépense

Sur le champ de la CSBM, la part de l'assurance maladie fluctue de 10 points en fonction du concept de dépense de santé considéré

L'ensemble des concepts dérivés des Comptes de la santé (CSBM, DCS – au sens français et international – et DTS) se fondent sur le plus large des concepts de dépense présentés au schéma 1 : la consommation totale. La consommation totale inclut à la fois des estimations de la dépense non présentée au remboursement (par exemple, les feuilles de soins non retournées à l'assurance maladie par les malades) et de la dépense non remboursable (comme les médicaments non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire) ou encore les dépassements d'honoraires.

Le passage de la dépense remboursée à la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM), tel que figuré au schéma 1, s'effectue en plusieurs étapes :

– la dépense remboursée correspond à la prestation versée par les organismes de Sécurité sociale, c'est-à-dire celle prise en charge par l'assurance maladie obligatoire ;

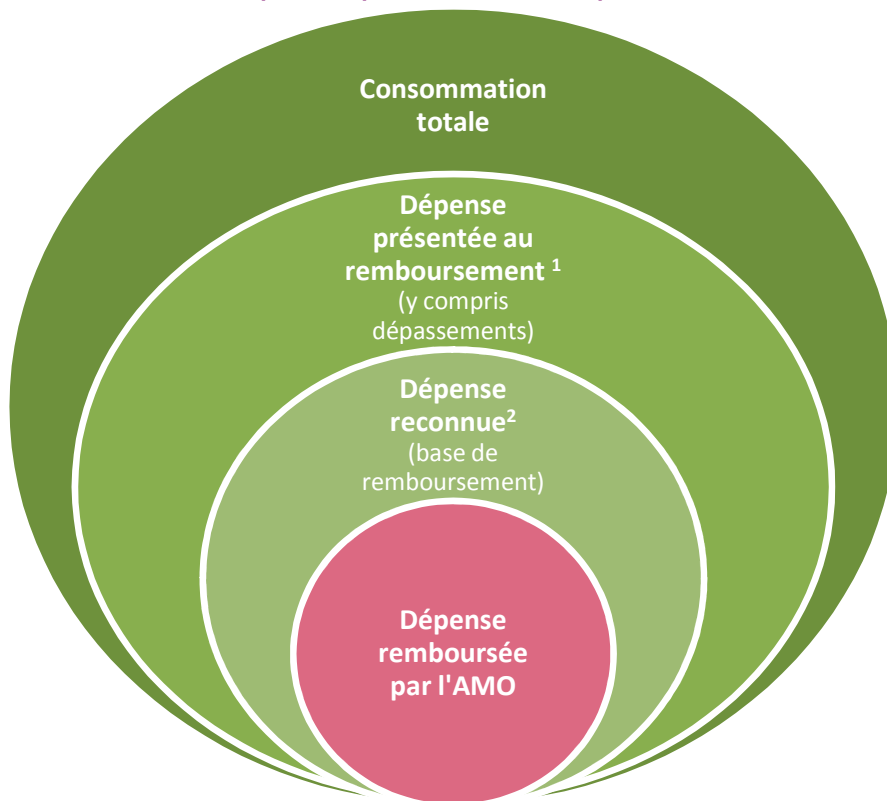
– la dépense reconnue s'obtient en y ajoutant le ticket modérateur, le forfait journalier, les participations forfaitaires, les franchises ainsi que les financements de l'État à divers titres (aide médicale de l'État – AME –, soins urgents et soins des anciens combattants). Elle est égale à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires de l'assurance maladie ;

– la dépense remboursable présentée au remboursement (aussi appelée dépense présentée ou dépense totale remboursable) est calculée en ajoutant à la dépense reconnue les dépassements d'honoraires ou de tarif. Elle correspond à la consommation de biens et de services inscrits aux nomenclatures de l'assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée ;

– la consommation totale, qui correspond à la CSBM, représente le concept de dépense le plus englobant puisqu'il comprend la dépense remboursable (y compris la dépense non présentée au remboursement) et la dépense non remboursable. La dépense non présentée au remboursement comprend une part d'automédication ainsi que les honoraires et prescriptions qui ne font pas l'objet d'envoi de justificatifs aux caisses ; la dépense non remboursable est principalement constituée par les soins des médecins non conventionnés, les soins hors nomenclature (implants dentaires, ostéopathie...) et les médicaments non remboursables.

³ Du fait que seules sont susceptibles d'être retracées les dépenses de l'assurance maladie sur les champs des USLD et de l'ONDAM médico-social, les taux moyens de prise en charge par l'AMO sur un champ englobant la CSBM et le médico-social ressortiraient à des niveaux globaux supérieurs d'environ 2 points.

Schéma 1 – L'emboîtement des concepts de dépense issus des Comptes de la santé



Note : En rouge, figure un concept de dépense susceptible de constituer le numérateur d'un ratio de prise en charge de la dépense de santé par l'assurance maladie obligatoire tandis qu'en vert figurent les concepts de dépense pouvant en constituer le dénominateur.

(1) : Cette dépense, remboursable, présentée au remboursement, est aussi appelée dépense totale (dans les statistiques de la CNAMTS par exemple). Elle inclut notamment les dépassements d'honoraires des professionnels de santé et le différentiel entre prix réel et base de remboursement de la Sécurité sociale pour les biens médicaux. Cette dépense correspond à la consommation de biens et de services inscrits aux nomenclatures de l'assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée.

(2) : La dépense reconnue est égale à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires. En sus de la dépense remboursée par l'assurance maladie, elle inclut le ticket modérateur, le forfait journalier hospitalier, les participations forfaitaires et les franchises médicales.

Sources : DREES / SEEE.

Sur le périmètre de dépense de la CSBM *stricto sensu* peuvent ainsi être calculées trois valeurs alternatives pour le taux global de prise en charge de la dépense par l'assurance maladie, en fonction du concept de dépense retenu.

Plus précisément, l'indicateur global de prise en charge de la dépense par l'assurance maladie vaudrait en 2014 :

- 87,0 % sous le concept de dépense reconnue ;
- 80,1 % sous le concept de dépense présentée au remboursement ;
- 76,6 % sous le concept de dépense totale.

Sur le seul champ de la CSBM, considérée au niveau global, le choix du concept de dépense influence donc de 10 points la valeur du ratio pour une année et une base comptable données. Pour mémoire, le troisième de ces indicateurs est habituellement présenté et commenté dans le cadre des Comptes de la santé et repris dans le Programme de qualité et d'efficacité (PQE) « maladie » annexé au PLFSS⁴.

⁴ Voir ligne « régimes obligatoires d'assurance maladie » de l'indicateur n°1-2-1 de la partie « objectifs / résultats » du PQE « maladie » du PLFSS pour 2015, intitulé « Part de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par les administrations publiques ».

Plus en détail, la part de l'assurance maladie obligatoire – et symétriquement, celles des autres financeurs du système de santé – est très variable selon le type de soins ou de biens médicaux considérés

À concept de dépense donné, la part de l'AMO dans la dépense est très variable d'un poste de dépense à l'autre. Le concept retenu ici est celui de la consommation totale, c'est-à-dire celui employé dans les Comptes de la santé pour le calcul de la CSBM. Il reflète en effet la consommation réelle de soins et de biens de santé des ménages et non une fraction de celle-ci.

Sur ce champ, le taux moyen de 76,6 %, qui est la part de la CSBM prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoire, recouvre des valeurs moyennes très différentes selon le type de dépense considéré : cette part varie de 32,5 % pour les soins dentaires en ambulatoire à 93,0 % pour les transports sanitaires de malades, soit un écart de plus de 60 points (*tableau 1*). Plus le niveau de nomenclature présenté est fin, plus les variations par champ de dépense sont importantes. À titre d'illustration, le taux moyen de prise en charge par l'AMO relatif aux soins de ville varie de 32,5 % à 79,0 % selon le sous-champ de dépense considéré.

Tableau 1 – Part de l'AMO et des autres financeurs de la CSBM, par grand poste de dépense, en 2014

En %

	AMO	AMC	Ménages	Autres (État...)	Total CSBM
Soins hospitaliers	91,1	5,3	2,4	1,3	100
Soins de ville	63,9	21,7	12,5	1,9	100
Médecins en ambulatoire	66,9	19,9	11,3	1,9	100
Auxiliaires en ambulatoire	79,0	11,4	8,7	0,9	100
Dentistes en ambulatoire	32,5	38,8	25,2	3,5	100
Analyses en ambulatoire	70,8	25,6	1,5	2,1	100
Transports de malades	93,0	4,3	1,8	0,9	100
Biens médicaux	61,6	21,0	16,2	1,2	100
Médicaments	69,1	13,7	15,9	1,3	100
Autres biens médicaux	43,3	38,9	16,9	0,9	100
CSBM	76,6	13,5	8,5	1,4	100

Note: Le poste noté ici « auxiliaires » comprend les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes...). Les sages-femmes sont regroupées par convention avec les médecins S'agissant des financeurs, la catégorie « Autres » regroupe les dépenses de l'État (au titre notamment des anciens combattants, de l'aide médicale d'État et des soins d'urgence aux personnes en situation irrégulière) et celles de la CMU-C des organismes de base (prestations au titre de la CMU-C versées aux bénéficiaires de cette aide qui ont choisi un régime de base pour leur affiliation).

Source : DREES, *Comptes de la santé 2015*.

Par symétrie, les taux de prise en charge de la dépense par les financeurs autres que l'AMO (assurance maladie complémentaire – AMC, État et organismes de base gérant la CMU-C), d'une part, et par les ménages – c'est-à-dire le reste à charge en santé –, d'autre part, varient selon le type de soins considéré.

Alors que la part des organismes complémentaires (OC) dans le financement de la CSBM atteint au global 13,5 % en 2014, celle-ci est aussi fortement différenciée selon le type de soins considéré : elle varie de 4,3 % pour les transports sanitaires à 38,9 % pour les autres biens médicaux. Sur le champ des soins de ville, premier poste de dépenses des OC, le taux de prise en charge par ces organismes atteint 21,7 % en 2014.

De même, le reste à charge des ménages représente au global 8,5 % de la CSBM en 2014, mais varie de 1,5 % pour les analyses à 25,2 % pour les dentistes.

Les dépenses totales de soins hospitaliers sont prises en charge à 91,1 % par l'AMO, à 5,3 % par l'AMC et enfin à 2,4 % par les ménages. En revanche, pour les soins dentaires, la prise en charge par l'AMC devance celle de l'AMO avec 38,8 % des dépenses prises en charge, contre 32,5 % pour l'AMO.

Au-delà de ces différences, la répartition de la dépense par type de soins est très contrastée d'un financeur du système de soins à l'autre, comme illustré au *tableau 2* : sur l'ensemble des dépenses de la CSBM prises en charge par l'AMO, 55,2 % relèvent des soins hospitaliers, 21,9 % des soins de ville, 20,1 % des biens médicaux et 2,8 % des transports de malades.

Tableau 2 – Structure de la CSBM et de la dépense de chacun de ses principaux financeurs par grand poste, en 2014

En %

	AMO	AMC	Ménages	Dépense totale
Soins hospitaliers	55,2	17,9	13,1	46,5
Soins de ville	21,9	42,3	38,6	26,2
Médecins en ambulatoire	9,2	15,6	14,1	10,6
Auxiliaires en ambulatoire	7,6	6,4	7,6	7,4
Dentistes en ambulatoire	2,4	16,0	16,5	5,6
Analyses en ambulatoire	2,1	4,2	0,4	2,2
Transports de malades	2,8	0,7	0,5	2,3
Biens médicaux	20,1	39,1	47,8	25,0
Médicaments	16,0	18,1	33,4	17,8
Autres biens médicaux	4,1	21,0	14,4	7,2
CSBM	100	100	100	100

Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

Premier constat : le principal poste de financement au sein de la CSBM diffère pour ces trois acteurs du système. Pour l'AMO, il s'agit des soins hospitaliers, qu'elle prend en charge à 55,2 % en 2014, alors que pour l'AMC, le premier poste de dépenses est constitué des soins de ville (42,3 %) ; pour les ménages, il s'agit de celui des biens médicaux (47,8 %), qui comprend pour l'essentiel leurs dépenses de médicaments (remboursables ou non, y compris les franchises médicales et les tickets modérateurs acquittés) et de dispositifs médicaux, ces derniers pouvant dans de nombreux cas être facturés à des montants supérieurs aux tarifs opposables.

S'agissant des soins hospitaliers, si les parts respectives des organismes complémentaires et des ménages sont bien inférieures au poids de ces soins dans la dépense totale (46,5 %) au niveau global, les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)⁵ ont montré qu'en raison des règles de participation aux frais de soins à l'hôpital, les sommes reportées sur les ménages et les OC sont très contrastées. Dans la plupart des situations, le reste à charge des patients après intervention de l'assurance maladie de base est nul ou très faible, mais il peut dans de rares cas atteindre des niveaux extrêmement élevés (supérieur à 3 250 euros dans 1 % des cas en 2009, avant intervention des organismes complémentaires).

Enfin, il est notable de constater que les soins dentaires représentent, tant pour les organismes complémentaires que pour les ménages, une part de leur budget santé près de trois fois supérieure (respectivement 16,0 % et 16,5 % de leurs dépenses de santé) à la part que les soins dentaires occupent dans la CSBM (5,6 %). Cette situation s'explique essentiellement par le faible niveau de remboursement par l'AMO des soins prothétiques, les soins dentaires ne représentant au global que 2,4 % des dépenses de l'assurance maladie sur le champ de la CSBM (y compris les remboursements au titre des soins conservateurs, non susceptibles de dépassement).

Aussi, la structure de prise en charge des soins de ville apparaît-elle au final très différenciée par financeur : les soins dentaires ne représentent pour l'AMO qu'un peu plus du quart des montants remboursés au titre des soins de médecine ambulatoire (2,4 % contre 9,2 % en 2014) alors qu'ils en représentent une part supérieure tant pour l'AMC (16,0 % contre 15,6 %) que pour les ménages (16,5 % contre 14,1 %).

La dynamique de la part de l'AMO dans le total de la dépense et les facteurs susceptibles de l'influencer

Les Comptes nationaux élaborés par l'INSEE font l'objet, tous les cinq ans, d'un changement de base, afin de corriger des erreurs éventuelles et d'intégrer les sources d'information les plus récentes. Les Comptes de la santé, comptes satellites des Comptes nationaux, sont donc également révisés périodiquement. Les différentes corrections opérées dans ce cadre ont non seulement un impact sur le niveau et sur l'évolution de la dépense globale de santé mais également sur la répartition du financement de la CSBM entre les différents agents économiques.

Ainsi, les indicateurs de prise en charge de la dépense par type de financeurs peuvent-ils être affectés à la fois en niveau et en évolution par les changements de base comptable. L'analyse de ces taux doit donc être effectuée à base comptable constante. À l'heure actuelle, les Comptes de la santé sont présentés selon les concepts de la « base

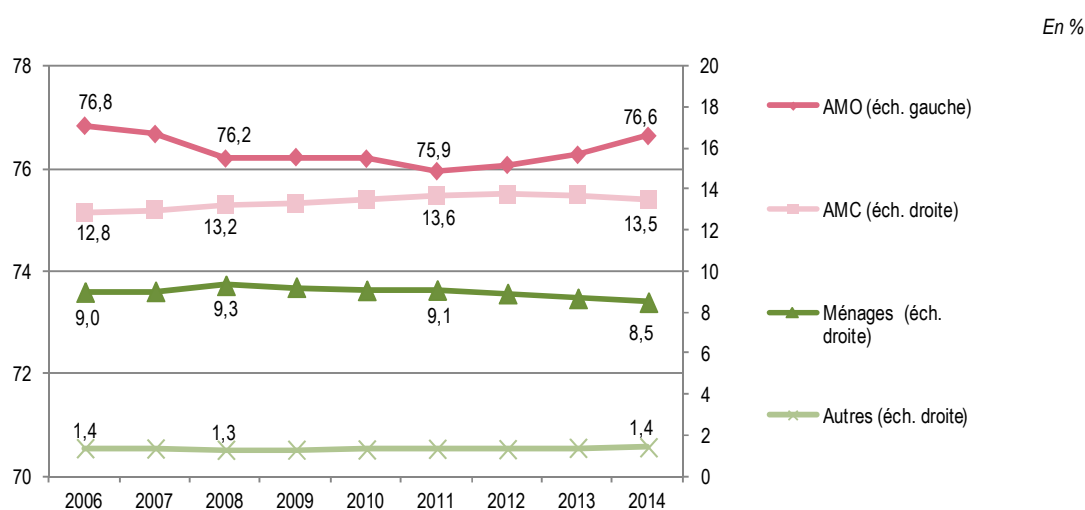
⁵ Voir le rapport 2013 du HCAAM qui étudie le reste à charge des patients hospitalisés en 2010 dans les secteurs hospitaliers public et privé.

2005 » pour la période allant de 1950 à 2012 et en « base 2010 » pour les années 2006 à 2014. Afin d'éviter les effets induits par cette rupture de série, l'analyse en évolution menée ici porte donc à ce stade sur la période 2006-2014. Les éléments d'analyse pourront être établis avec une profondeur historique plus grande une fois que les Comptes de la santé auront été rétroplés en « base 2010 ».

La part de l'assurance maladie obligatoire dans la CSBM résulte d'une multitude de facteurs, qui ne peuvent être convenablement appréciés qu'à un niveau de dépense désagrégé

Les Comptes de la santé présentent généralement la part des différents financeurs de la CSBM au niveau global (cf. *graphique 1*). À ce niveau d'agrégation, les parts de l'AMO, de l'AMC et des ménages apparaissent relativement stables depuis 2006. Mais cela masque des phénomènes de fond qui affectent la structure de la dépense (progression des effectifs de personnes en affection de longue durée, déformation de la consommation de soins vers les soins les mieux remboursés...) et des mesures diverses portant sur l'assurance maladie (mesures de régulation prises notamment en PLFSS, inscription au remboursement de nouveaux actes et traitements innovants, etc.).

Graphique 1 – Structure globale de prise en charge de la CSBM par financeur depuis 2006



Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

Pour mieux comprendre ces évolutions est détaillée la part de l'AMO au sein des principaux postes de la CSBM (cf. *tableau 3*) : en 2014, l'AMO prend en charge 91,1 % des soins hospitaliers, en 2006, elle prenait en charge 92,0 % de ce poste.

Tableau 3 – Part de l'AMO depuis 2006 au sein des principaux postes de la CSBM

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Soins hospitaliers	92,0	91,8	91,8	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1
Hôpitaux du secteur public	92,5	92,4	92,4	92,3	92,1	91,8	91,7	91,7	91,8
Hôpitaux du secteur privé	90,3	89,8	90,0	90,1	89,5	89,3	89,1	89,1	88,8
Soins de ville	63,4	63,3	62,8	62,6	62,6	62,6	63,0	63,4	63,9
Médecins en ambulatoire	67,0	67,0	66,4	65,8	66,1	66,1	66,2	66,4	66,9
Auxiliaires en ambulatoire	79,0	79,0	78,5	78,8	79,1	79,1	79,2	79,3	79,0
Dentistes en ambulatoire	35,7	35,2	34,4	33,9	33,1	32,7	32,3	32,1	32,5
Analyses en ambulatoire	73,5	72,4	70,8	70,8	70,9	70,7	70,7	70,9	70,8
Autres soins et contrats	98,7	98,5	98,1	97,6	98,1	99,5	99,8	99,9	99,5
Transports de malades	92,7	92,7	91,9	92,1	92,0	93,0	93,1	92,9	93,0
Biens médicaux	62,3	62,4	61,0	60,8	61,0	60,6	60,5	60,5	61,6
Médicaments	68,5	68,6	66,8	66,9	67,4	67,3	67,5	67,7	69,1
Autres biens médicaux	41,7	42,5	43,1	42,0	42,3	41,8	42,0	42,6	43,3
CSBM	76,8	76,7	76,2	76,2	76,2	75,9	76,1	76,3	76,6

Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

S'agissant des dépenses hospitalières, la légère érosion de la part de l'assurance maladie obligatoire constatée en 2010 (-0,3 point) découle de la hausse du forfait journalier hospitalier⁶, passé au 1^{er} janvier 2010 de 16 à 18 euros par jour en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie. Depuis, la part prise en charge par l'AMO a continué de baisser légèrement sur ce poste, principalement du fait de l'activité et de la tarification des cliniques privées, celle-ci étant marquée notamment par une progression des dépassements d'honoraires facturés (les dépassements d'honoraires en cliniques sont passés de 3,6 % des dépenses totales au titre des cliniques en 2006 à 4,5 % en 2014).

Sur le champ des soins de ville, l'évolution globale de la part de l'assurance maladie obligatoire sur la période 2006-2014 forme un V avec un « point bas » à 62,6 % de 2009 à 2011. Les principales composantes de cette dépense (les soins de médecins et d'auxiliaires médicaux), qui représentent pour l'assurance maladie les trois quarts environ de la dépense de soins de ville en 2014, suivent la même évolution. En revanche, la part des soins dentaires est en baisse pratiquement chaque année de 2006 à 2014.

Plus en détail sur différents sous-postes :

– pour ce qui est des dépenses de médecins, l'impact de l'instauration de la participation forfaitaire de 1 euro, qui date du 1^{er} janvier 2005, n'est pas visible sur cette série car son impact était déjà comptabilisé en année pleine sur 2005. En revanche, la légère baisse de la part prise en charge par l'AMO sur ce poste en 2008-2009 peut s'interpréter comme les effets de la montée en charge et du durcissement du parcours de soins : depuis le 31 janvier 2009, le ticket modérateur applicable en dehors du parcours de soins est majoré de 20 points et atteint désormais 70 %. Depuis 2010, le taux de remboursement des consultations médicales par l'AMO tend plutôt à augmenter à un rythme régulier à la suite notamment de la revalorisation du tarif de la consultation intervenue en 2011 et d'une meilleure maîtrise de la croissance des dépassements d'honoraires⁷ : il atteint 66,9 % en 2014 contre 66,1 % en 2010 ;

– pour ce qui est des auxiliaires médicaux, le taux de prise en charge par l'assurance maladie a connu également un creux en 2008 (-0,5 point, à 78,5 %) à la suite de l'instauration des franchises médicales de 0,5 euro par acte⁸. Depuis, ce taux est lentement remonté, à un niveau similaire à celui qui prévalait avant l'instauration de cette franchise (79,0 % en 2014, comme en 2007). Une analyse plus fine encore, profession par profession, serait nécessaire pour expliciter cette tendance ;

– s'agissant des soins dentaires, la baisse sensible et régulière du taux de prise en charge par l'assurance maladie (de 35,7 % en 2006 à 32,1 % en 2013) s'explique notamment par la croissance régulière des dépassements d'honoraires des chirurgiens dentistes, qui dépassent en moyenne d'au moins 50 % les bases de remboursement depuis 2009 et atteignent 53,2 % en 2013. Cela traduit notamment la hausse du coût des soins prothétiques, moins bien pris en charge par l'AMO que les soins conservateurs, et le développement des actes hors nomenclature dentaire⁹. Le taux de prise en charge des soins dentaires par l'assurance maladie est toutefois légèrement remonté en 2014, à 32,5 %, sous l'effet des revalorisations tarifaires de 2013-2014¹⁰ qui ont été suivies d'un léger recul des dépassements d'honoraires (redescendus à 52,8 % des bases de remboursement en 2014) ;

– s'agissant des analyses en laboratoire, la tendance à la baisse va au-delà de l'effet du relèvement de la participation forfaitaire de 1 euro intervenu en 2007 (-1,1 point cette année-là), puisque le taux de remboursement par l'AMO a en tout diminué de 2,7 points de 2006 à 2014. La comparaison est toutefois rendue complexe par les évolutions sous-jacentes de la nature des actes composant ce poste sur la période considérée. La nature des actes réalisés aurait évolué sous l'effet des progrès de la médecine en biologie, mais aussi en réponse aux politiques actives de baisses différenciées de cotations d'actes de biologie menées régulièrement par l'assurance maladie dans le cadre des mesures PLFSS sous-tendant la construction de l'ONDAM.

Au-delà des soins de ville *stricto sensu*, trois autres postes des soins ambulatoires appellent également des commentaires quant à l'évolution de la part de l'assurance maladie obligatoire : il s'agit des transports sanitaires, des autres biens médicaux et des médicaments.

6 Le forfait journalier hospitalier (FJH) est une participation forfaitaire à la charge des patients hospitalisés. Son montant intègre des frais liés à l'hébergement correspondant à des frais hôteliers (alimentation par exemple) et des coûts fixes tels que le chauffage, la lingerie, l'entretien des équipements... Tous les établissements de santé, publics et privés, sont concernés par ce forfait, à l'exception des unités de soins de longue durée (USLD) et des établissements d'hébergement pour personnes âgées. Il s'applique aux séjours en hospitalisation complète, dans les disciplines de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en soins de suite et de réadaptation (SSR) et en psychiatrie (son montant est plus faible dans cette discipline : 13,5 euros).

7 En lien notamment avec l'instauration de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP). Toutefois, la ROSP n'est pas directement comptabilisée dans cette rubrique mais dans celle relative aux « autres soins et contrats », en quasi-totalité financée par l'AMO.

8 Ce montant est doublement plafonné par patient : à 2 euros par jour et à 50 euros par an (le plafond annuel s'applique globalement aux actes d'auxiliaires médicaux, de transport et au médicament). Par ailleurs, à l'instar de la participation de 1 euro pour consultation médicale, plusieurs catégories de patients sont exonérées du paiement de cette participation (mineurs, bénéficiaires de la CMU-C – et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) depuis 2015 –, de l'assurance maternité, pensionnés militaires d'invalidité...).

9 Ceux-ci sont entièrement à la charge des patients et de leur complémentaire santé éventuelle. L'estimation du coût de ces actes est toutefois fragile, compte tenu de l'insuffisance des systèmes d'information dans ce domaine.

10 Notamment la revalorisation des soins conservateurs et la rénovation de la CCAM dentaire (classification commune des actes médicaux) en juin 2014.

La part des transports sanitaires pris en charge par l'assurance maladie apparaît globalement stable entre 2006 et 2014, à près de 93,0 % (valeur atteinte en 2014). Toutefois, l'instauration de la franchise¹¹ a eu un effet notable en 2008 (-0,8 point de prise en charge par l'AMO, plus encore que pour les auxiliaires médicaux) et une remontée de 1 point est observée en 2011, en lien vraisemblablement avec la montée en charge des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins et avec les actions de maîtrise médicalisée menées sur ce poste.

La part de l'AMO dans la dépense des autres biens médicaux atteint 43,3 % en 2014. Elle a évolué de manière irrégulière sur la période 2006-2014. Cette catégorie regroupe, à titre principal, des dispositifs divers de la liste des produits et prestations (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour personnes handicapées physiques, mais aussi nutriments, petits matériels et pansements) ainsi, qu'à titre secondaire, les produits d'origine humaine (sang, plasma...). La part de l'AMO apparaît chahutée : à la hausse en 2008 à la suite d'un effet de champ (imputable au basculement, au 1^{er} août 2008, des dépenses liées aux lits médicalisés des soins ambulatoires vers le tarif global « soins » des établissements d'accueil pour personnes âgées dépendantes), puis à la baisse en 2011-2012 à la suite de l'abaissement (de 65 % à 60 % des tarifs conventionnels) du taux standard de remboursement de ces biens par l'AMO à compter de mai 2011. Depuis 2013, la part de l'AMO dans la dépense tend à remonter assez sensiblement (+1,3 point en deux ans). Au-delà de l'effet progression des effectifs de personnes en ALD, commun à de nombreux postes de dépense, cela pourrait notamment s'expliquer par une meilleure gestion de ce risque par les organismes complémentaires. Celle-ci tendrait en effet à modérer l'évolution de la consommation totale en valeur de certaines composantes de ce poste (optique notamment).

Enfin, le médicament est le poste sur lequel l'effet des franchises médicales a été le plus fort : -1,8 point de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en 2008, ce qui est cohérent avec le fait que l'essentiel du rendement de cette mesure (plus de 80 %) porte sur ce poste. En dehors de l'effet franchise, le taux de prise en charge du médicament par l'AMO tend plutôt à augmenter (il atteint 69,1 % en moyenne en 2014) et ce en dépit de plusieurs baisses de niveaux de remboursement par l'assurance maladie (réduction de 35% à 30% du taux intermédiaire de remboursement courant 2011 et baisses de 35 % à 15 % du taux de prise en charge de certains médicaments à service médical rendu insuffisant). Cette hausse s'explique par la déformation progressive de la structure de consommation de soins vers des traitements plus coûteux, généralement pris en charge à 100 % par l'assurance maladie dans le cadre de la prise en charge des maladies chroniques, en progression continue selon la CNAMTS¹² et par la sortie du panier de soins remboursables de médicaments à service médical rendu insuffisant (SMRI).

Le taux de prise en charge par les différents financeurs ne peut être valablement analysé que via une batterie d'indicateurs, par nature plus ou moins sensibles aux divers événements affectant la dépense de santé

Afin de bien interpréter les évolutions passées et d'anticiper quelles pourraient être les valeurs à venir du taux de prise en charge de la dépense de soins par l'assurance maladie obligatoire, il est important de comprendre quels effets peuvent être attendus de l'innovation en matière de santé et de mesures de régulation de la dépense d'assurance maladie. Pour ce faire, sont présentés ci-après des « cas d'école » et leur traduction en termes de variation des taux de prise en charge par l'assurance maladie, selon le concept de dépense et le degré d'agrégation retenus.

Les simulations qui suivent ont seulement valeur d'illustration : il s'agit de cas types simplifiés et fictifs qui ne se substituent pas à des évaluations *ex-ante* détaillées. L'évaluation de véritables mesures ciblées sur telle ou telle catégorie de médicaments serait bien plus complexe et nécessiterait des jeux d'hypothèses supplémentaires portant sur différents paramètres influençant la dépense (taux facial de prise en charge, proportion de personnes exonérées de ticket modérateur pour ces spécialités, nombre de boîtes vendues, etc.), ce qui n'entre pas dans l'objet de l'analyse menée ici. Les résultats de simulation de tels cas spécifiques seraient contingents à ces hypothèses et, de ce fait, susceptibles de différer de ceux présentés aux tableaux suivants.

Sont examinés ci-après les effets de trois types de mesures concernant plus particulièrement le secteur du médicament remboursable. Ces mesures font perdre ou gagner un montant identique à l'assurance maladie, à savoir par hypothèse 500 millions d'euros.

– Cas n° 1 : un déremboursement total de certains médicaments, par exemple à service médical rendu insuffisant, calibré pour atteindre 500 millions d'euros de moindre dépense pour l'AMO. Le panier des biens remboursables est alors supposé se réduire car une partie n'est plus remboursée. Par ailleurs est faite l'hypothèse simplificatrice que le taux moyen de prise en charge par l'assurance maladie de la dépense reconnue (cf. *schéma 1*) demeure globalement

¹¹ Dans le cas des transports sanitaires, le montant de la franchise médicale est de 2 euros par transport, plafonné à 4 euros par jour.

¹² Voir les analyses du rapport Charges et produits de 2014 de la CNAMTS qui montrent que, hors effet du coût du traitement, ce sont les pathologies cardio-vasculaires, le diabète et les pathologies vasculaires qui expliquent à elles seules les deux tiers de la croissance attendue de la dépense du régime général d'assurance maladie à l'horizon 2017. Voir également l'éclairage sur l'évolution du marché du médicament dans cet ouvrage.

inchangé sur le champ des médicaments. Cela signifie que le taux de remboursement AMO avant réforme sur les médicaments désormais déremboursés était identique au taux de remboursement AMO des médicaments restant remboursables après réforme. Cette hypothèse est simplificatrice : il paraît en effet peu probable que des médicaments faisant l'objet d'un déremboursement aient été initialement pris en charge à la même hauteur que les autres médicaments (ces exemples de réforme se veulent principalement illustratifs) ;

– Cas n° 2 : une baisse du taux de remboursement de certains médicaments, par exemple à service médical rendu insuffisant, pour une moindre dépense AMO de 500 millions d'euros. Il s'agit d'une mesure de même rendement que celle prise dans le cas 1 mais qui ne modifie pas le périmètre du panier de soins remboursables. Elle modifie en revanche le taux de prise en charge de la dépense reconnue. Les médicaments concernés par cette réforme sont en effet toujours dans le champ des médicaments remboursables mais à un plus faible taux de prise en charge. Cela va donc diminuer le taux de remboursement moyen AMO sur l'ensemble du champ des médicaments remboursables ;

– Cas n° 3 : une inscription au remboursement d'une nouvelle molécule médicamenteuse innovante, non prise en charge à 100 %, pour un coût AMO attendu de 500 millions d'euros (il est fait l'hypothèse simplificatrice de l'absence d'effets de report d'une molécule à l'autre, la structure de consommation des médicaments demeure donc par ailleurs inchangée). Il s'agit donc, en termes d'impact sur les dépenses d'assurance maladie, du parfait symétrique du cas n° 1.

Par convention de calcul, la situation de référence considérée est l'année 2014. Les taux de prise en charge par l'AMO (cf. *tableau 4*) varient selon le concept de dépense retenu et selon le champ adopté, à savoir le seul champ du médicament *stricto sensu*, remboursable ou non selon la dépense analysée, ou la totalité du champ CSBM.

En 2014, sur le champ du médicament remboursable, l'AMO prend en charge 79,9 % de la dépense reconnue et 79,9 % de la dépense présentée ; sur le champ du médicament dans son ensemble, 69,1 % de la dépense totale. Pour les médicaments, la dépense reconnue est strictement égale à la dépense présentée, ce qui explique la rigoureuse équivalence entre les taux de prise en charge AMO sur le champ des médicaments remboursables pour ces deux types de dépenses. Il faut avoir à l'esprit que le champ médicament pour les dépenses reconnue et présentée ne concerne que les médicaments remboursables (cf. *schéma 1*). À l'inverse, pour la dépense totale, le champ médicament englobe aussi les médicaments non remboursables, ce qui explique la diminution du niveau de la prise en charge par l'AMO au passage à la dépense totale.

Sur le champ plus large de la CSBM, en 2014, 87,0 % de la dépense reconnue est prise en charge par l'AMO, 80,1 % de la dépense présentée et 76,6 % de la dépense totale. Dans ce cas, la dépense reconnue n'est pas équivalente à la dépense présentée car cette dernière intègre en plus les dépassements d'honoraires et le différentiel entre prix réel et base de remboursement de l'assurance maladie pour les biens médicaux. Cela explique le taux de prise en charge AMO inférieur au passage à la dépense présentée.

Tableau 4 – Valeurs de référence (2014) pour le taux de prise en charge par l'AMO en fonction du concept de dépense et du champ considéré

Valeur de l'indicateur au niveau...	En %		
	Dépense reconnue	Dépense présentée	Dépense totale
Médicament	79,9	79,9	69,1
CSBM	87,0	80,1	76,6

Source : DREES, Comptes de la santé.

Selon le concept de dépense retenu et le champ investigué (médicaments ou CSBM) est évalué par la suite l'impact des trois réformes types sur les taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire. Le changement de périmètre de la dépense remboursable n'est pas ici neutralisé : le taux de prise en charge AMO n'est pas comparé, avant et après réforme, à panier de soins équivalent mais à panier de soins courant.

Tableau 5 – Variation, en points, de la part prise en charge par l'AMO

Cas étudié	Variation de l'indicateur au niveau...	... de la dépense reconnue	... de la dépense présentée	... de la dépense totale
Cas 1 - déremboursement*	Médicament	-	-	- 1,47
	CSBM	0,03	0,00	- 0,26
Cas 2 - baisse du taux de remboursement	Médicament	- 1,70	- 1,70	- 1,47
	CSBM	- 0,30	- 0,27	- 0,26
Cas 3 - inscription au remboursement*	Médicament	-	-	0,20
	CSBM	- 0,03	- 0,00	0,01

* Sous l'hypothèse simplificatrice d'une absence de modification du taux moyen de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et d'une dépense totale inchangée, sans effet de report des assurés consommant les médicaments déremboursés.

Source : DREES, Comptes de la santé – année 2014. Les résultats sont présentés ici à panier de biens remboursables courant.

Pour les concepts de dépenses reconnue et présentée, le champ du médicament se réduit aux seuls médicaments remboursables. L'hypothèse de conservation du taux de remboursement AMO sur ce champ avant et après réforme étant faite dans le cas 1, l'impact de la première mesure est donc nul sur le taux de la prise en charge par l'AMO lorsqu'il est mesuré sur les dépenses reconnues et présentée (cf. *tableau 5*). La dépense totale, elle, inclut les dépenses de médicaments remboursables et non remboursables. Elle est par ailleurs supposée inchangée avec la réforme – il n'y a pas, par exemple, d'effet de report vers d'autres médicaments encore remboursables –, mais avec une dépense AMO au titre des médicaments qui est diminuée de 500 millions d'euros. Le taux de prise en charge par l'AMO de la dépense totale diminue donc, de 1,47 point de pourcentage.

Sur un champ élargi de la CSBM, toujours dans le cas de la première réforme, l'impact varie selon les cas de -0,26 à +0,03 point par rapport aux niveaux de référence présentés au *tableau 4* (76,6 % à 87,0 %). L'impact d'une moindre prise en charge de 500 millions d'euros de l'assurance maladie et du déremboursement d'un ensemble de médicaments, à taux de remboursement AMO constant, implique que la dépense reconnue va diminuer de plus de 500 millions d'euros. Une moindre dépense remboursée, à taux AMO fixé, entraîne en effet un rendement moindre de l'ensemble « franchises, tickets modérateurs... ». La dépense remboursée diminue strictement de 500 millions d'euros, mais la dépense reconnue diminue, elle, de plus de 500 millions d'euros. Ainsi :

– l'effet de cette première réforme augmente donc le taux de prise en charge AMO sur le champ de la CSBM pour la dépense reconnue (+0,03 point) ;

– pour la même raison, elle l'augmente aussi si on considère la dépense présentée au remboursement, mais de manière négligeable (de moins de 0,1 point) en raison d'un volume de dépense plus important ;

– en revanche, dans le cas de la dépense totale, le taux de remboursement AMO diminue (-0,26 point) car la dépense non remboursable est intégrée et celle-ci a augmenté de plus de 500 millions d'euros. Le même type de raisonnement s'applique dans chacun des cas, sur chacun des champs et pour l'ensemble des concepts de dépense étudiés.

Plusieurs enseignements peuvent en être tirés :

– Premièrement, dans tous les cas de figure, les impacts simulés diffèrent en fonction du concept de dépense et du degré d'agrégation de l'indicateur considéré. Ils apparaissent en outre très faibles dans la plupart des cas étudiés, sauf dans le cas 2 et lorsque les indicateurs se fondent sur le concept sous-jacent de dépense totale de soins.

⇒ *Les indicateurs pris pour référence pour estimer la part de l'AMO dans la dépense de soins sont donc, par construction, plus ou moins sensibles aux mesures susceptibles d'affecter le système de prise en charge.*

– Deuxièmement, les évolutions des taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire sont de signes opposés dans le cas 1 selon les concepts de dépense considérés : la baisse est de -0,26 point sur le champ de la CSBM sous le concept de dépense totale alors qu'il est positif de 0,0 à 0,03 point avec les deux autres concepts de dépense.

Ce résultat vient du fait que la demande totale de biens de santé est supposée ici inélastique aux prix (la CSBM totale reste identique à ce qu'elle était avant cette mesure), les montants de consommation de médicaments supposés désormais non remboursés se reporteraient donc, pour un montant identique, sur les ménages et les OC.

⇒ *Le sens de variation de l'effet d'une mesure de coût ou d'économie pour l'assurance maladie sur son taux de prise en charge dépend donc du concept de dépense retenu et des hypothèses comportementales des assurés.*

– Troisièmement, bien que celles-ci correspondent toutes deux à une économie de 500 millions d'euros pour l'assurance maladie, les effets des mesures 1 et 2 ne sont identiques que lorsque l'indicateur est défini par rapport à la dépense totale. En revanche, sous les autres concepts de dépense, les cas 1 et 2 ont des effets de sens inverse et

d'ampleur différente : seule la mesure de baisse du taux de remboursement (cas 2) fait baisser la valeur du taux de prise en charge par l'AMO, et ce, de manière significative.

En effet, dans le cas 1, la fraction de la dépense de médicament ainsi déremboursée vient s'ajouter à la dépense non remboursable, sans que le ratio entre la dépense remboursée et la dépense reconnue¹³ soit modifié, sous l'hypothèse simplificatrice retenue ici. En revanche, dans le cas 2, la baisse du taux de prise en charge vient accroître le ticket modérateur, ce qui vient réduire le taux de prise en charge par l'assurance maladie, quel que soit le concept de dépense considéré. Dans ce cas, la réduction du taux de prise en charge ressort d'autant plus nettement que le périmètre de dépense de référence est étroit, c'est pourquoi la diminution apparaît plus marquée sur le champ du médicament (-1,70 point¹⁴) que sur celui de la CSBM dans sa totalité (-0,30 à -0,27 point, selon que l'on considère la dépense reconnue ou la dépense présentée au remboursement).

– Quatrièmement, *les effets du cas 3 sur la part de l'assurance maladie dans la dépense totale ne sont pas de même ampleur (en sens inverse) que ceux du cas 1, pourtant a priori symétrique*. Ils apparaissent au contraire très fortement atténués par rapport au cas 1. Du fait de l'inscription au remboursement de la nouvelle molécule, la consommation totale de médicaments et la CSBM (qui constituent le dénominateur de l'indicateur de taux de prise en charge par l'AMO) ne restent pas constantes et sont supposées augmenter.

Cela revient à supposer qu'il n'y a pas – ou tout du moins pas pour un montant équivalent – d'effet de substitution des nouvelles molécules aux anciennes, précédemment présentes sur le marché pharmaceutique mais bien un effet globalement « inflationniste » de l'innovation thérapeutique, ce qui semble une hypothèse raisonnable.

⇒ *Ces quatrième et cinquième constats montrent que le sens et l'ampleur de la variation du taux de prise en charge de la dépense par l'AMO dépendent non seulement du concept de dépense retenu mais aussi de la nature précise de la mesure de régulation ou d'innovation considérée.*

– Cinquièmement, *même lorsque l'impact d'une mesure apparaît nul en termes de prise en charge par l'AMO sur le seul champ du médicament, il peut être visible sur le champ élargi à la CSBM.*

Ainsi, alors que dans le cas 1, l'impact sur les indicateurs construits en référence à la dépense reconnue et à la dépense présentée au remboursement est nul dans le champ du médicament *stricto sensu*, il est très légèrement positif sur le champ élargi à la dépense globale (respectivement +0,03 et +0,0 point). Cela peut apparaître *a priori* paradoxal s'agissant d'une mesure de baisse de prise en charge par l'AMO mais provient du fait que, sur un champ élargi à la CSBM, la dépense remboursée diminue proportionnellement un peu moins vite que la dépense reconnue et que la dépense présentée au remboursement à la suite des mesures prises. Par symétrie, on retrouve des effets inverses de même ampleur dans le cas d'une inscription au remboursement d'un nouveau médicament pour un montant équivalent, à supposer qu'il ne soit pas remboursé à 100 % par l'AMO (cas 3).

⇒ *La bonne appréciation de l'effet d'une mesure de coût ou d'économie pour l'assurance maladie sur son taux de prise en charge nécessite donc que son impact soit examiné à différents niveaux d'agrégation de la dépense.*

Au *tableau 5*, les évolutions des taux de prise en charge de la dépense de soins par l'assurance maladie ont été présentées à panier de soins courant. Or, il est également d'usage, dans le cadre du suivi de l'ONDAM notamment, de présenter des évolutions d'une année à l'autre en neutralisant les effets de périmètre de remboursement. Ce type d'approche permet de mieux prendre en compte les évolutions du panier des soins remboursables qui, s'agissant notamment du médicament, se modifie progressivement du fait de la mise sur le marché remboursable de nouvelles spécialités thérapeutiques et de la sortie du champ remboursable de spécialités devenues obsolètes. Aussi, apparaît-il également utile d'examiner aussi la part de la dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire à paniers de biens constant, comme présenté au *tableau 6*.

¹³ Celle-ci est, par définition, identique à la dépense présentée au remboursement sur le champ du médicament.

¹⁴ Les différences entre les scénarios 1 et 2 apparaîtraient encore plus fortes que celles indiquées au *tableau 5* s'il avait été postulé que les spécialités déremboursées étaient celles dont les taux de prise en charge étaient initialement les plus faibles, ce qui est généralement le cas.

Tableau 6 – Variations, en points, de la part prise en charge par l'AMO à panier de biens remboursables constant*

Cas étudié	Variation de l'indicateur au niveau...	... de la dépense reconnue	... de la dépense présentée	... de la dépense totale
Cas 1 - déremboursement**	Médicament	-	-	-
	CSBM	-	-	-
Cas 2 - baisse du taux de remboursement	Médicament	- 1,70	- 1,70	- 1,47
	CSBM	- 0,30	- 0,27	- 0,26
Cas 3 - inscription au remboursement	Médicament	-	-	-
	CSBM	-	-	-

*Par panier de biens remboursables constant, on suppose ici que l'on prend toujours pour référence, pour la comparaison, le nouveau panier de biens (après mesures), rétréci dans le cas 1, inchangé dans le cas 2 et élargi dans le cas 3.

** Sous l'hypothèse simplificatrice d'une absence de modification du taux moyen de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie et d'une dépense totale inchangée, sans effet de report des assurés consommant les médicaments déremboursés.

Source : DREES, *Comptes de la santé – année 2014*.

Du fait de cette neutralisation, les effets des mesures simulées aux cas 1 et 3 apparaissent totalement nuls sous l'hypothèse d'absence de report des assurés vers des médicaments mieux remboursés¹⁵. En revanche, les effets de la mesure de baisse du taux de remboursement, qui ne suppose, quant à elle, aucune modification du panier de biens, ressortent inchangés par rapport à ceux déjà présentés au *tableau 5*. Dès lors, les mesures sous-jacentes aux cas 1 et 2 qui apparaissaient précédemment équivalentes sous le concept de dépense totale ne le sont plus une fois les neutralisations d'effets de champ opérées.

⇒ *La bonne appréciation de l'effet d'une mesure de coût ou d'économie pour l'assurance maladie sur son taux de prise en charge nécessite que son impact soit examiné à la fois à périmètre courant et constant.*

¹⁵ Il est toujours fait l'hypothèse simplificatrice que ces mesures ne modifient pas le taux moyen de prise en charge des médicaments par l'assurance maladie (ce qui revient à supposer que ces médicaments, déremboursés ou nouvellement introduits, étaient ou deviennent remboursés au taux moyen de prise en charge par l'AMO).