

## **Chapitre I**

### **Les dépenses de la sécurité sociale**

---

**PRESENTATION**

---

*Les dépenses des régimes de base de la sécurité sociale, au sens de la loi de financement, se sont élevées à 346,6 Md€ en 2004, après 331,9 Md€ en 2003, soit une progression de 4,4 %.*

*L'année 2004 met en évidence un rapprochement du taux d'évolution entre les différentes branches, excepté pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) : famille (+4,4 %), retraite (+4,6 %), maladie (+4,5 %), AT-MP (+1 %).*

*Le chapitre analyse dans un premier temps les insuffisances dans la construction de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), notamment les problèmes de définition des périmètres et de suivi des objectifs de dépense. Puis sont successivement examinées les dépenses de chacune des branches.*

---

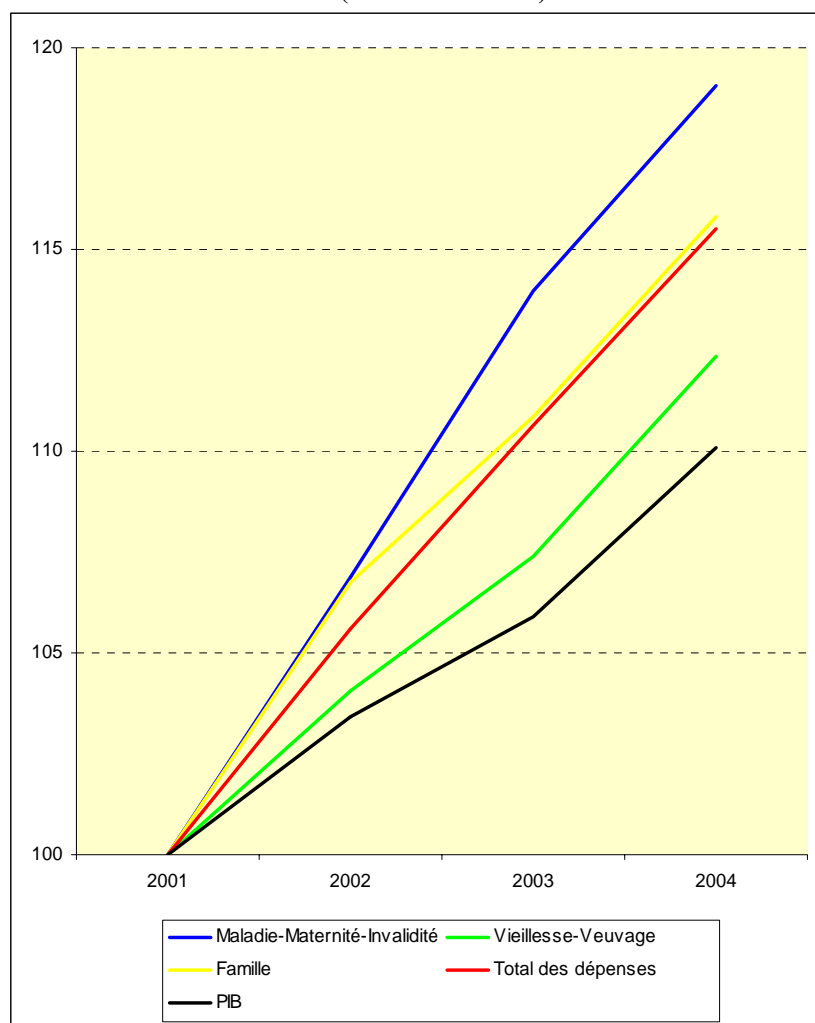
## **I - L'évolution des dépenses de la sécurité sociale depuis quatre ans**

Deux enseignements majeurs se dégagent de l'examen des dépenses depuis 2001. Sur la période examinée, la part de l'ensemble des dépenses de la sécurité sociale dans le PIB (dans le périmètre de la loi de financement) a progressé (20,0 % en 2001 et 21,0 % en 2004), l'essentiel tenant aux dépenses d'assurance maladie (8,1 % du PIB en 2000 et 8,8 % en 2004).

En outre, les dépenses des branches ont toujours excédé l'objectif fixé chaque année. Ce dépassement qui était constamment supérieur à 2 Md€ jusqu'en 2003 (2,1 Md€ en 2003, 4,9 Md€ en 2002 et 2,9 Md€ en 2001) s'abaisse à 1,2 Md€ en 2004. Au total, les dépassements cumulés depuis 2001 représentent 11,1 Md€. Sur ces 11,1 Md€ de dépassement, 9,9 Md€ sont dus aux dépenses d'assurance maladie.

Si, depuis 2001, la croissance des dépenses de retraite (+12,3 %) et d'accidents du travail (+12,5 %) a été proche de celle du PIB (+10,1 %), celle des dépenses de maladie a été beaucoup plus soutenue (19,0 % pour l'assurance maladie). L'augmentation des dépenses de la branche famille s'est située à un niveau intermédiaire (+15,6 %), proche de l'évolution des dépenses totales.

**Évolutions des dépenses de sécurité sociale dans le champ LFSS et du PIB (base 100 en 2001)**



## Les dépenses des régimes de base dans le champ LFSS

(En Md€)

Objectifs initiaux	Encaissements-décaissements*	Droits constatés		
	2001	2002	2003	2004
Maladie-Maternité-Invalidité	117,3	125,4	136,4	143,6
Accidents du travail	8,6	8,5	9,4	9,7
Vieillesse-Veuveage <sup>(1)</sup>	126,6	136,1	140,4	146,6
Famille <sup>(2)</sup>	42,2	42,0	43,6	45,5
<b>Total des objectifs de dépenses</b>	<b>294,7</b>	<b>312,0</b>	<b>329,8</b>	<b>345,4</b>
ONDAM	105,9	112,8	123,5	129,7
<b>Réalisations</b>	<b>2001</b>	<b>2002</b>	<b>2003</b>	<b>2004</b>
Maladie-Maternité-Invalidité - encaissements-décaissements - droits constatés	120,4 <i>121,3</i>	129,6	138,2	144,4
Accidents du travail - encaissements-décaissements - droits constatés	8,5 8,8	9,3	9,8	9,9
Vieillesse-Veuveage <sup>(1)</sup> - encaissements-décaissements - droits constatés	126,9 <i>130,9</i>	136,1	140,5	147,0
Famille <sup>(2)</sup> - encaissements-décaissements - droits constatés	41,8 39,2	41,8	43,4	45,3
<b>Total des dépenses</b> - encaissements-décaissements - droits constatés	<b>297,6</b> <b>300,0</b>	<b>316,9</b>	<b>331,9</b>	<b>346,6</b>
ONDAM - encaissements-décaissements - droits constatés	108,8 <i>108,9</i>	116,7	124,6	130,4
Pour mémoire : PIB <sup>(3)</sup>	1 497,2	1 548,6	1 585,2	1 648,4

(1) Ensemble des régimes de retraite de base comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, c'est-à-dire à l'exception des régimes complémentaires obligatoires (notamment AGIRC et ARRCO).

(2) Les dépenses qui apparaissent dans la LFSS au titre de la famille comprennent l'AAH mais n'incluent pas le transfert à la CNAV au titre de l'AVPF.

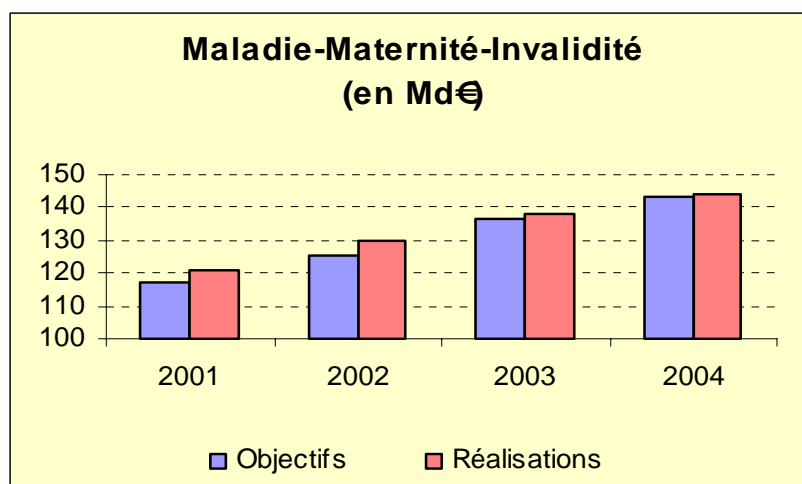
(3) Source : INSEE, base 2000.

\* Dans cette colonne, les chiffres en italiques correspondent à des séries en droits constatés.

Source : Cour des comptes et direction de la sécurité sociale

### Les dépenses d'assurance maladie dans le champ LFSS

#### Objectifs et réalisations



Source : LFSS 2001 à 2004

## II - Les dépenses de l'assurance maladie

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2004 avait été fixé à 129,7 Md€ Le dépassement constaté est de 650 M€<sup>1</sup>, ramené au sixième de celui de 2002. Après l'accélération constatée en 2000 (5,6 %), 2001 (6 %), 2002 (6,8 %) et 2003 (6,3 %), la croissance des dépenses en 2004 a été de 5 %, ce qui reste cependant supérieur au rythme constaté sur la période 1997-2000 (3,2 %)<sup>2</sup>. Le déficit de la branche maladie du régime général (-12,3 Md€) est le plus élevé jamais enregistré.

L'analyse de l'évolution des dépenses nécessite au préalable un examen des méthodes utilisées pour établir les prévisions et les réalisations de dépenses. La Cour a examiné les différents éléments de construction et de suivi des objectifs.

1. Comptes de la sécurité sociale (CCSS) de juin 2005.

2. La tendance de long terme des dépenses maladie a été en moyenne de 4,6 % par an de 1990 à 2000.

## **A – Les problèmes de définition des périmètres, de construction et de suivi des objectifs de dépenses**

### **1 – Des périmètres encore insatisfaisants**

#### *a) Objectifs de branche, ONDAM, agrégats ou « lignes » de dépenses*

La loi de financement de la sécurité sociale fixe chaque année deux objectifs de dépenses d'assurance maladie : d'une part, l'objectif de branche, qui regroupe l'ensemble des dépenses de la branche maladie, maternité-invalidité-décès, à l'instar des objectifs fixés pour les autres branches de la sécurité sociale, d'autre part, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) qui regroupe les dépenses considérées comme devant faire l'objet de mesures de maîtrise. L'ONDAM ne constitue cependant pas une enveloppe limitative.

Le champ couvert par l'ONDAM est à la fois plus étroit que l'objectif de branche (il n'inclut par exemple ni les indemnités journalières -IJ- du risque maternité ni les prestations du risque invalidité-décès) mais aussi plus large (il inclut une partie des prestations relevant de l'objectif de branche accidents du travail et maladies professionnelles).

#### **Les objectifs à l'intérieur de l'ONDAM**

Après son vote par le Parlement, l'ONDAM 2004 a été, comme les années précédentes, décliné en cinq objectifs pour la métropole (soins de ville, établissements sanitaires publics, établissements médico-sociaux, cliniques privées, réseaux de soins), auxquels s'ajoutent une ligne pour les prestations remboursées aux français de l'étranger, une autre pour les dépenses agrégées des DOM, ainsi qu'une réserve correspondant à une marge de manœuvre.

L'objectif de dépenses de soins de ville est décomposé en deux sous-enveloppes : les « dépenses déléguées » dont la gestion est déléguée à la CNAMTS et qui englobent les honoraires des professions de santé libérales et les transports sanitaires et une sous-enveloppe « autres soins de ville » placé sous la responsabilité de l'Etat et comprenant les médicaments, les dispositifs médicaux et les indemnités journalières versées en cas d'arrêt de travail.

L'objectif des dépenses des établissements médico-sociaux est décomposé, sans base juridique, en deux sous-enveloppes, personnes âgées et handicapées.

A partir de 2005, la présentation de l'ONDAM a été modifiée : d'une part, les dépenses des DOM ne sont plus agrégées dans une ligne spécifique mais sont imputées sur les divers sous-objectifs, d'autre part, les sous-objectifs des établissements de santé sont refondus, pour prendre en compte la tarification des établissements à l'activité (cf. page 19).

La loi organique du 2 août 2005 prévoit que le Parlement votera non plus seulement l'ONDAM, mais aussi le montant de chaque sous-objectif.

Les périmètres des deux objectifs de branche, maladie et accidents du travail et de l'ONDAM ne sont définis par aucun texte de manière exhaustive et il n'en existe pas de description formalisée. De même aucun tableau de passage entre les trois n'est disponible.

Le tableau ci-dessous, établi par la Cour, retrace l'articulation entre les trois objectifs.

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité, décès	Objectif de la branche AT-MP		
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
<i>A. Gestion technique</i>	<b>A. Gestion technique</b>	<b>A. Gestion technique</b>	<i>A. Gestion technique</i>
I. Prestations sociales :	<b>I. Prestations légales maladie-maternité hors IJ maternité :</b>	<b>I. Prestations pour incapacité temporaire :</b>	I. Prestations pour incapacité permanente (rentes, capital)
- prestations en espèces = IJ maternité	- prestations en nature maladie-maternité	- prestations en nature (ville et établissements)	
-prestations invalidité décès	- prestations en espèces = IJ maladie	- IJ suite à AT	
-prestations extra-légales (action sanitaire et sociale)			
-Actions de prévention			
-(Autres prestations)			
II. Charges techniques, dont :			II. Charges techniques
-prise en charge de cotisations des professionnels libéraux			
III. Diverses charges techniques			III. Diverses charges techniques
IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM	<b>IV. Dotations aux provisions des dépenses ONDAM</b>	<b>IV. Dotations aux provisions pour prestations d'incapacité temporaires</b>	IV. Dotations aux provisions pour dépenses hors ONDAM
V. Charges financières			V. Charges financières
<i>B. Gestion courante</i>			<i>B. Gestion courante</i>
<i>C. Charges exceptionnelles</i>			<i>C. Charges exceptionnelles</i>

Source : Cour des comptes

La nouvelle LOLFSS vise à remédier à ces insuffisances, déjà soulignées par la Cour. Désormais une annexe au PLFSS précisera le périmètre de l'ONDAM, ses modifications éventuelles ainsi que les modalités de passage des objectifs de branche à l'ONDAM.

*b) Les anomalies persistantes du périmètre de l'ONDAM*

Certaines dépenses entrant dans l'objectif de branche sont exclues du champ de l'ONDAM, alors même qu'elles relèvent de la régulation des dépenses d'assurance maladie :

- la part des cotisations sociales (maladie, famille, vieillesse) des professionnels libéraux (1 919 M€ pour l'ensemble des régimes dont 1 272 M€ au titre des seules cotisations maladie) supportée par l'assurance maladie. Elle constitue un élément de revenu pour les médecins et peut, depuis trois lois récentes, faire l'objet de négociations conventionnelles au même titre que les honoraires<sup>3</sup> ;
- les dépenses relatives à l'exonération du ticket modérateur pour les 31<sup>ème</sup> et 32<sup>ème</sup> maladies<sup>4</sup> qui relèvent des budgets d'action sanitaire et sociale des caisses, mais qui sont d'une nature très proche de celles prises en charge au titre des 30 affections de longue durée (ALD). Ces dépenses sont passées de 246 M€ en 2003 à 322 M€ en 2004 pour l'ensemble des régimes ;
- certaines dépenses relevant du fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) : une partie des vaccins (20 M€ en 2004), alors que les autres sont pris en charge sur les dépenses de prestations et donc inclus dans l'ONDAM et les bilans bucco-dentaires (20 M€) ;
- la contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), fixée par la LFSS pour 2004 à 470 M€ qui finance des opérations d'investissement et des mesures relatives au personnel.

---

3. Les cotisations étaient auparavant fixées par décret et prises en charges à hauteur de 2/3 de leur montant par l'assurance maladie. La participation financière de cette dernière peut désormais être modulée par conventions, selon la LFSS de 1999, la loi du 18 décembre 2003 et la loi du 13 août 2004 (cf. chapitre VI).

4. La 31<sup>ème</sup> maladie est une affection grave, caractérisée, non inscrite sur la liste des 30 ALD fixée par décret, mais comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La 32<sup>ème</sup> correspond à une polypathologie entraînant un état pathologique invalidant nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Les dépenses en cause et leur évolution sont pourtant significatives : 2 372 M€ pour le régime général et 2 751 M€, par extrapolation, pour l'ensemble des régimes.

*c) Les problèmes de définition des lignes<sup>5</sup> de l'ONDAM*

Définies principalement selon le critère de versement des régimes obligatoires d'assurance maladie à des catégories d'établissements et de service, plusieurs lignes de l'ONDAM présentent des périmètres de dépenses peu significatifs, parce que très partiels ; à l'inverse l'enveloppe soins de ville est indûment majorée.

*Une ligne personnes âgées de l'objectif médico-social très partielle*

Cette ligne (hors DOM) se compose de trois montants principaux, constitués des versements réalisés par l'assurance maladie, d'une part aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), d'autre part aux établissements d'hébergement pour personnes âgées. Ces établissements sont eux-mêmes scindés en deux groupes depuis la réforme tarifaire introduite en 1997 et appliquée depuis 2000 : les établissements qui ont signé une convention tripartite finançant leur médicalisation et sont habilités à accueillir des personnes âgées dépendantes (EHPAD)<sup>6</sup> et les établissements qui n'ont pas encore signé de convention (EHPA) mais se voient néanmoins appliquer la tarification « ternaire » définie en 1997<sup>7</sup>.

Toutefois, cette ligne (3,3 Md€ en 2003 et 3,6 Md€ en 2004) constitue un ensemble incomplet : plus de la moitié des dépenses concourant au fonctionnement des structures assurant la prise en charge des personnes âgées est imputée sur d'autres enveloppes de l'ONDAM.

En premier lieu, plus de 2,2 Md€ de dépenses comptabilisées dans l'enveloppe des établissements sanitaires sous dotation globale de l'ONDAM devraient l'être sur la ligne personnes âgées.

---

5. Les lignes sont les agrégats comptables à l'intérieur de la nomenclature de l'ONDAM. Elles ne correspondent pas, dans tous les cas, aux objectifs faisant l'objet d'une régulation.

6. En décembre 2004, 3 722 conventions ont été signées sur 8 000 prévues

7. Cette tarification comporte trois tarifs : le tarif hébergement à la charge du résident bénéficiant éventuellement de l'aide sociale à l'hébergement, le tarif dépendance à la charge du résident mais payé en majeure partie par l'APA, le tarif soins financé à 100 % par l'assurance maladie.

**Le non rattachement des USLD à la ligne personnes âgées**

Environ 90 % des personnes prises en charge en unités de soins de long séjour publiques<sup>8</sup> correspondent à la définition des personnes âgées dépendantes et sont comparables à celles accueillies en maison de retraite. Cependant, les dépenses des USLD, soit 1 410 M€ en 2003 et 1 437 M€ en 2004, ne sont pas comptabilisées dans la ligne « personnes âgées », mais dans les objectifs des établissements de santé : l'intégration des dépenses des USLD dans l'objectif médico-social a été prévue par la loi n° 2005-102 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, mais son application nécessite l'abrogation de l'article de la LFSS qui a défini le périmètre de l'objectif médico-social.

**La subvention indirecte des hôpitaux aux USLD et maisons de retraite**

Les USLD et les maisons de retraite médico-sociales rattachées à des hôpitaux font l'objet d'un budget annexe dont une partie importante, estimée à 800 M€ est imputée à tort sur le budget principal de ces hôpitaux. Depuis 1997, la DHOS a demandé aux ARH de réaliser les corrections comptables en lançant une « opération sincérité des comptes ». A la fin de 2004, celle-ci n'a été appliquée qu'à 55% des lits concernés et le ministère estime que 300 M€ sur les 800 M€ théoriques ne seront pas transférés sur les budgets annexes, faute de corrections suffisantes.

En second lieu, au moins 1,5 Md€ des dépenses comptabilisées dans l'enveloppe des soins de ville sont, en réalité, imputables aux établissements pour personnes âgées.

Avant la réforme tarifaire, les établissements médico-sociaux percevaient des forfaits de soins de cure médicale pour une partie limitée de leurs lits (26 % en moyenne). En sus, les EHPA avaient recours, réglementairement, à des prestations de soins (professionnels libéraux) et à des produits (médicaments et produits de la liste des produits et prestations remboursables -LPPR-) remboursés aux assurés résidents. En 1999, la CNAMTS a estimé ce montant, comptabilisé dans l'enveloppe soins de ville, à 1 460 M€

La tarification ternaire s'est accompagnée de la volonté d'incorporer la majeure partie (915 M€) de ces dépenses dans les nouveaux forfaits de soins versés aux établissements, donc dans la ligne

---

8. Les USLD, au nombre de 1 044 fin 2003, dispensent des soins comportant un hébergement à des personnes ayant perdu leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance médicale constante et des traitements d'entretien.

personnes âgées.<sup>9</sup> Cependant le transfert a été revu à 450 M€ en 2002, lorsque les médicaments et les produits de la LPPR ont été sortis des forfaits des établissements<sup>10</sup>. A la fin de 2004, le montant effectivement transféré depuis 2000 est de 165 M€ seulement, au vu des déclarations contenues dans les 3 722 conventions signées ce qui conduit à un montant résiduel d'environ 1 300 M€

Les soins en question ayant crû fortement en volume et en valeur depuis 1999, la Cour estime que le montant des dépenses de soins de ville restant rattaché aux résidents des EHPA et non suivi comptablement est, a minima, de 1 500 M€ et vraisemblablement davantage.

Au total, pour l'année 2003, les dépenses d'assurance maladie concourant au fonctionnement des SSIAD et des EHPA(D) sont de l'ordre de 7 Md€, dont 3,3 Md€ sont comptabilisés dans la ligne personnes âgées et 3,7 Md€ figurent en dehors.

#### *Une ligne cliniques privées inférieure à la réalité*

Cette ligne (hors DOM) se compose des versements réalisés par l'assurance maladie aux établissements de santé privés non financés par dotation globale, au nombre de 1 970 environ.

Les prestations prises en charge par l'assurance maladie se répartissent en deux blocs principaux : les « prestations hospitalières » donnant lieu à forfaits (prix de journée et forfaits techniques) et les « prestations en sus qui font l'objet d'une rémunération distincte ». Ces dernières comprennent, d'une part, les honoraires des professionnels libéraux qui interviennent dans les cliniques (praticiens, auxiliaires médicaux hors infirmières et biologistes), d'autre part, certains produits consommables non inclus dans les prix de journée, principalement des médicaments et certains dispositifs médicaux (LPPR).

Jusqu'en 2004 compris, la ligne cliniques de l'ONDAM ne comptabilise que les « prestations hospitalières » pour 8,2 Md€, sur un total de versements rattachables aux cliniques de 13,1 Md€. De ce fait, 4,5 Md€ sont ainsi imputés à l'enveloppe des soins de ville et 0,35 Md€ à la ligne DOM.

Dans l'enveloppe soins de ville, les honoraires des praticiens rattachés aux cliniques représentent 31 % du total des honoraires des

---

9. L'objectif de la réforme était de donner la maîtrise de ces dépenses aux directeurs d'établissements et de dégager une économie nette due en particulier à la disparition de la marge des officines sur les médicaments (dont le montant était estimé à 409 M€ en 1999).

10. Sauf ceux disposant d'une pharmacie hospitalière à usage intérieur (5,4 %).

spécialistes et les consommables facturés en sus par les cliniques 25 % du total des produits de la LPPR et une plus faible part de médicaments.

En outre, il conviendrait d'estimer les dépenses liées aux prescriptions par les praticiens en cliniques d'indemnités journalières, de médicaments achetés en ville ou de transports sanitaires : sans être nécessairement rattachables à la ligne cliniques, ces dépenses de la ligne soins de ville sont déterminées par l'activité des établissements et de leurs professionnels. Aucun chiffre n'est disponible pour les dépenses déterminées par les cliniques et exécutées en ville.

#### *Une ligne établissements sanitaires publics minorée*

Si la ligne établissements sanitaires sous dotation globale est majorée de 2,2 Md€ de dépenses relevant normalement de la ligne personnes âgées, les dépenses des prescriptions hospitalières exécutées en ville estimées par la CNAMTS ont pour effet d'imputer des dépenses des établissements ou déterminées par eux sur l'enveloppe de soins de ville.

Dans les établissements sous dotation globale, les prescriptions par les médecins hospitaliers d'IJ, de médicaments achetés en ville, d'analyses effectuées en ville et de transports sanitaires s'élèvent à 6 327 M€ en 2003 pour le régime général, soit une progression de 11 % sur l'année, selon la CNAMTS, contre une progression de 6,9 % de l'ensemble des prescriptions.

Le poste le plus dynamique est celui des prescriptions de médicaments : elles augmentent près de trois fois plus vite que l'ensemble des prescriptions de médicaments imputés sur l'enveloppe soins de ville (+19 % contre +6,4 %). Au sein de ce poste, la rétrocession hospitalière est particulièrement dynamique : les remboursements effectués par le régime général au titre des médicaments rétrocédés ont augmenté de 30 % en 2003 et de 9 % en 2004, nettement plus que les prescriptions en ville proprement dites.

#### *La refonte des lignes des établissements de santé en 2005*

En 2005, les dépenses des établissements sanitaires publics et privés sont reclassées au sein de l'ONDAM.

### **Les nouveaux sous-objectifs des établissements**

La tarification à l'activité (T2A) a pour objet de financer les établissements de santé, quel que soit leur statut, d'une manière homogène, reposant principalement sur la rémunération forfaitaire de groupes homogènes de séjours (GHS) tarifés nationalement. Elle ne s'applique pour l'instant qu'aux seules disciplines de court séjour, médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie (MCO) et de manière progressive durant une période transitoire qui doit s'achever en 2012. Deux sous-objectifs sont en conséquence communs aux hôpitaux et aux cliniques : l'objectif de dépenses de MCO (ODMCO) et l'enveloppe des MIGAC (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation).

En revanche, deux autres sous-objectifs conservent la distinction entre établissements : l'ODAM (dotations annuelles de fonctionnement pour les hôpitaux locaux, les USLD et les disciplines de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation des établissements publics) et l'OQN (versements aux cliniques privées en psychiatrie et soins de suite et de réadaptation selon l'ancienne tarification).

Concernant les cliniques privées, les dépenses de produits consommables relevant du champ MCO jusqu'ici imputées dans l'enveloppe des soins de ville, sont désormais rattachées à l'ODMCO.

Elles représentent la majeure partie des dépenses de produits consommables dont le montant total, toutes disciplines, (1 443 M€ en décaissement en 2004) a connu une croissance annuelle moyenne soutenue de 2000 à 2004 : +6,8 % pour les produits de la LPPR et +18,7 % pour les médicaments facturables en sus<sup>11</sup>. En 2004, cette croissance a été respectivement de 7,2 % et de 22,8 %.

En revanche, les honoraires demeurent comptabilisés dans l'enveloppe des soins de ville. Cette persistance semble peu compatible avec l'objectif d'unification à terme des tarifs applicables aux établissements publics et privés que poursuit la tarification à l'activité.

#### *Une enveloppe des soins de ville artificiellement majorée*

La ligne de l'ONDAM (ou « enveloppe ») afférente aux dépenses de soins de ville constitue un instrument à la fois de connaissance et de régulation pour autant qu'elle soit correctement définie.

Jusqu'en 2004, elle comprend, comme exposé précédemment, une part importante de dépenses qui ne relèvent pas du secteur ambulatoire : les dépenses de prescriptions hospitalières exécutées en ville ainsi que certaines dépenses qui concourent directement au fonctionnement des cliniques privées et des EHPAD.

---

11. Statistiques de la CNAMTS, régime général.

En revanche, elle ne comprend pas la partie des dépenses résultant de l'activité des professionnels en ville et qui ne figurent que dans l'objectif de branche : certaines dépenses du FNPEIS et une partie des cotisations sociales des professionnels libéraux prise en charge par l'assurance maladie.

\*  
\* \*

Au total, les problèmes de définition des lignes de l'ONDAM peuvent être résumés de la façon suivante :

#### Défauts d'imputation des charges entre lignes de l'ONDAM

*En Md€*

Ligne d'imputation en 2004 « majorée »	Nature des prestations	Montant en 2004
Etablissements sous DG	Personnes âgées :	<b>2,2</b>
	dont USLD	1,4
	dont subvention au budget principal des hôpitaux	0,8
Soins de ville	EHPAD dépenses résidents	<b>1,5</b>
Soins de ville	Cliniques :	<b>4,5</b>
	dont honoraires	3
	dont produits consommables	1,5
Soins de ville	Etablissements sous DG	<b>6,3</b> (2003)
<b>Total</b>		<b>14,5</b>

Source : *Cour des comptes*

Ces imputations contestables des dépenses entre lignes de l'ONDAM portent en 2004 sur plus de 14,5 Md€<sup>12</sup> soit plus de 11% du montant total des dépenses. Elles ne sont pas sans conséquences :

- elles présentent une image déformée du poids relatif de chaque poste de dépenses. La ligne « cliniques » ne représente par exemple que 63 % des dépenses des cliniques comprises dans l'ONDAM, la ligne personnes âgées seulement moins de la moitié des dépenses afférentes aux établissements et services pour personnes âgées ;
- surtout, elles conduisent à une appréciation erronée de l'évolution de chacun des postes qui peut ensuite affecter le choix des mesures de

12. Ce montant sera diminué à partir de 2005 d'environ 1,5 Md€ de dépenses de produits consommables qui sont intégrés dans les lignes des cliniques.

régulation. Par exemple, une part importante de la croissance des soins de ville, généralement très forte, résulte en réalité de la croissance de dépenses procédant des établissements privés et publics ou déterminées par eux.

Si les périmètres des objectifs de dépenses d'assurance maladie manquent encore parfois de clarté et de cohérence, les méthodes de détermination et de suivi des objectifs annuels méritent également, malgré les progrès récemment accomplis, d'être améliorées, stabilisées et explicitées.

## **2 – L'établissement des objectifs de dépenses**

### *a) L'établissement de l'ONDAM initial*

Le mode de calcul de l'ONDAM ne répond pas à des principes suffisamment stables et bien établis. L'objectif est calculé chaque année à partir d'une base, dont les règles de calcul sont évolutives, et à laquelle est appliqué un taux d'évolution des dépenses. Ce taux est censé traduire la « croissance tendancielle » des dépenses ainsi que l'effet des mesures programmées entraînant des coûts supplémentaires ou des économies. Deux principaux problèmes méritent d'être soulignés : la base n'est pas construite de manière homogène d'une année sur l'autre ni entre enveloppes ; l'évaluation de la croissance tendancielle et de l'effet des mesures d'économie est parfois difficile à réaliser.

#### *La base de calcul de l'ONDAM*

La base de calcul des ONDAM votés pour 1998 et 1999 était l'ONDAM voté l'année précédente. Depuis 2000, l'ONDAM, fixé en fin d'année par la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante, est calculé à partir de « l'ONDAM révisé » de l'exercice qui s'achève, voté dans la même loi de financement. Cet ONDAM révisé correspond à l'estimation, par la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) de septembre, des dépenses qui seront effectivement réalisées au cours de l'exercice. Cette pratique appelle deux remarques.

1) La base de calcul ne correspond pas exactement au montant de l'objectif révisé de l'année en cours. Trois facteurs expliquent les écarts constatés.

En premier lieu, la base est corrigée des changements de périmètre de l'ONDAM d'une année sur l'autre, c'est-à-dire des transferts de charges entre les caisses d'assurance maladie et autres personnes morales. Ainsi la base de calcul de l'ONDAM 2003 a été majorée de 544 M€ de transferts de l'Etat vers l'assurance maladie. De la base de calcul de

l'ONDAM 2005, c'est-à-dire de l'objectif révisé de 2004, a été soustraite, pour 178 M€ la compensation financière du transfert de l'assurance maladie aux collectivités territoriales du financement des écoles d'infirmières relevant des établissements de santé qui doit intervenir à la mi-année 2005.

Néanmoins, ces transferts de charges engendrent des économies ou des coûts supplémentaires pour l'assurance maladie et infléchissent donc l'évolution des dépenses. Or, comme ils sont intégrés dans la base, ils ne sont pas compris dans le taux d'évolution des dépenses, censé traduire l'impact des mesures nouvelles d'économies ou de coût supplémentaire. Il serait ainsi souhaitable d'afficher en annexe du PLFSS, à côté du taux d'évolution des dépenses par rapport à la nouvelle base, celui des dépenses par rapport à la base reconstituée selon le périmètre antérieur (c'est-à-dire à champ constant).

En deuxième lieu, la base de calcul (l'objectif révisé des dépenses de l'année en cours) est majorée ou minorée de l'impact de mesures nouvelles qui ne correspondent à aucun changement de périmètre de l'ONDAM et qui devraient donc être prises en compte dans le taux d'évolution des dépenses et non dans la base. Cette pratique a pour effet d'accroître le montant de cette base au lieu de faire apparaître, de manière plus transparente, un taux d'évolution des dépenses ou de croissance de l'objectif plus élevé. Par exemple, l'intégration dans la base des dépenses hospitalières des protocoles hospitaliers a majoré la base de l'ONDAM 2003 de 0,3 Md€ au titre des crédits de remplacement.

En troisième lieu, le calcul de la base n'est pas homogène selon les enveloppes et les lignes de dépenses. Par exemple, la base de la ligne « établissements sanitaires sous dotation globale » pour 2004 n'est pas le montant estimé des dépenses de cette ligne en 2003, mais bien l'objectif initial voté sur cette ligne pour 2003. Le dépassement estimé de cette ligne en 2003 a donc été déduit de la base de calcul de l'ONDAM 2004. En revanche, les dépassements des enveloppes « soins de ville » et « cliniques privées » ont été conservés dans la base. Ainsi, la base n'étant pas établie dans les mêmes conditions, les taux d'évolution des différentes enveloppes ne sont pas directement comparables<sup>13</sup>.

2) L'estimation même des dépenses du champ de l'ONDAM en cours d'exercice, par la CCSS de septembre, a une importance centrale. Ainsi une surestimation a pour effet de majorer la base utilisée pour le calcul de l'ONDAM de l'année suivante ; elle conduit donc à surévaluer

---

13. Le taux de progression de l'enveloppe soins de ville votée pour 2004 par rapport à 2003 est de 3,15 % et aurait été de 4,7 % si, comme pour l'enveloppe hôpitaux, le dépassement n'était pas pris en compte dans la base.

le montant de l'objectif de l'année suivante ou à afficher un taux de croissance prévisionnel des dépenses inférieur à la réalité.

En septembre 2004, les dépenses de l'ONDAM de l'exercice en cours ont été surestimées par la CCSS de 650 M€ parmi lesquels 252,5 M€ procèdent d'une surestimation des dépenses de la branche AT-MP entrant dans le champ de l'ONDAM.

La prévision par la CCSS de la réalisation effective des dépenses de chaque enveloppe de l'année en cours peut contribuer à majorer la base de l'ONDAM suivant. Ainsi, au moment de la détermination de l'ONDAM 2005, le montant du dépassement en 2004 des soins de ville (qui est intégré dans la base) a été surestimé de 780 M€, en revanche, le montant du dépassement de la ligne hôpitaux (qui est retranché de la base) a été sous-estimé de 230 M€. De même, au moment du calcul de l'ONDAM 2004, la CCSS a estimé que le dépassement de l'objectif de la ligne personnes handicapées serait nul, alors que cette ligne est sous-consommée (presque) chaque année<sup>14</sup>. Cette surestimation majore la base utilisée pour cette ligne et celle de l'ONDAM dans son ensemble et diminue leur taux de croissance apparent pour l'année suivante.

La prévision établie par la DSS et la CCSS pourrait en outre être améliorée si celles-ci disposaient de comptes de charges des régimes pour le premier semestre de l'année en cours.

#### Écarts entre prévisions de dépassements et dépassements constatés

	<i>Md€</i>			
	2001	2002	2003	2004
Dépassement estimé en septembre N	2,3	3,9	1,2	1,30
Dépassement effectif	3,2	3,9	0,6	0,65
Dépassement estimé -dépassement effectif	-0,9	0	0,6	0,65

Pour les années 2001 à 2003, le dépassement constaté est calculé à partir du montant des dépenses définitives corrigé des écarts entre provisions et charges réelles.

Source : Cour des comptes (d'après tableaux DSS)

#### *Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses*

Le taux d'évolution des dépenses ensuite appliqué à la base de calcul révisée est égal à la somme (pondérée) des taux d'évolution retenus pour chaque ligne de l'ONDAM. C'est ce taux qui est mentionné en

14. De 200 M€ en 2003

annexe de la loi de financement de la sécurité sociale : il traduit ainsi la progression de l'objectif de dépenses par rapport aux dépenses estimées de l'année en cours et non par rapport à l'ONDAM qui avait été initialement voté pour cette année là. Cette présentation minore donc le taux apparent de progression de l'objectif de dépenses voté. S'il est nécessaire de tenir compte, dans la fixation de cet objectif, de l'exécution effective des dépenses, l'information du Parlement mériterait d'être complétée par la mention du taux de progression réel entre l'ONDAM initialement voté pour l'année qui s'achève et celui soumis au Parlement pour l'exercice suivant.

La méthode retenue pour fixer le taux prévisionnel d'évolution des dépenses suscite elle-même plusieurs observations sur l'évaluation de la croissance tendancielle et celle de l'effet des mesures d'économie.

Pour 2004, l'objectif d'évolution des dépenses était de 4 %. La Cour<sup>15</sup>, avait estimé que l'ONDAM serait à nouveau dépassé en 2004, c'est-à-dire que ce taux d'évolution des dépenses avait été sous-estimé. Les facteurs qu'elle avait relevés dans son rapport de septembre 2004 expliquent en effet le dépassement de 650 M€ constaté en 2004.

Pour 2005, l'objectif d'évolution des dépenses de 3,2 % résulte, selon le ministère, d'une croissance tendancielle des dépenses de l'ordre de 5,5 %, (intégrant une tendance de +6,6 % pour l'enveloppe soins de ville) et de l'impact, d'une part, de dépenses supplémentaires (440 M€), d'autre part de mesures d'économies (3,5 Md€ dont 3,1 Md€ sur les soins de ville).

Ce taux de 3,2 % se situe très en dessous de la progression des dépenses constatées les années précédentes, même s'il est égal à l'évolution moyenne annuelle constatée de 1997 à 2000. Il traduirait donc un objectif ambitieux d'économies liées à la réforme de l'assurance maladie. En réalité, le montant de l'ONDAM 2005 n'est pas aussi ambitieux qu'il y paraît. Il résulte en effet d'une surestimation du taux de croissance tendancielle mentionnée ci-dessus et qui est due plus particulièrement à deux facteurs :

- d'une part, l'évaluation de la croissance tendancielle s'est appuyée sur la forte croissance des dépenses des années immédiatement précédentes. Or, celles-ci avaient été exceptionnellement majorées par les revalorisations d'honoraires, l'effet de la mise en œuvre de l'ARTT et des protocoles hospitaliers conclus en 2001 et 2002 et le fort acquis

---

15. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 19.

de croissance<sup>16</sup> à fin 2002 pour 2003. L'acquis de croissance à fin 2004 pour 2005 est au contraire faible. ;

- d'autre part elle intègre le poids important des dépenses de médicaments (35 %) à l'intérieur du poste « soins de ville<sup>17</sup> ». Or, le principal facteur de croissance de ces dépenses résulte d'un effet structure (introduction de nouveaux médicaments à des prix fixés par l'Etat) qui ne devrait pas entrer dans le calcul d'une tendance spontanée.

#### *b) Les diverses présentations de l'ONDAM*

Différentes présentations de l'ONDAM sont utilisées par les administrations concernées. Leurs évolutions d'une année sur l'autre peuvent fortement varier, ce qui n'est pas sans effet sur les conclusions et les interprétations que l'on peut en tirer. Le tableau ci-dessous les rassemble dans un document synthétique.

---

16. Il s'agit du taux de croissance des dépenses en N+1 qui serait constaté si les dépenses demeuraient au même niveau que celui atteint en fin d'année N.

17. En outre, la prévision de la tendance des soins de ville pourrait être améliorée : actuellement, on considère qu'il faut attendre trois mois après la fin d'un mois donné pour obtenir des données suffisamment fiables sur le montant des soins de ville de ce mois. Or, pour le régime général, le montant des dépenses en date de soins afférent à un mois donné est connu à hauteur de 96,6 % en moyenne au bout de deux mois. Les prévisions d'évolution de tendance pourraient ainsi être précisées en intégrant, au moment de la CCSS et de la fixation de l'ONDAM de l'année suivante (fin août), l'évolution de l'ensemble du premier semestre et non pas seulement celles des quatre premiers mois de l'année.

### Les diverses présentations de l'ONDAM

En Md€

	2001	2002	2003	2004	2005
ONDAM initial (LFSS Initiale)	105,7	112,8	123,5	129,7	134,9
ONDAM révisé	108,3	116,7	124,7	131	-
ONDAM réalisé*	109,2	116,7	124,1	130,4	-
ONDAM réalisé*/ONDAM réalisé*	6%	6,8%	6,3%	5%	-
ONDAM initial / ONDAM révisé précédent	ND	4,1%	5,8%	4%	3%
ONDAM initial / ONDAM révisé rebasé (base de calcul retenue)	2,6%	4%	5,3%	4%	3,2%
ONDAM initial / ONDAM initial de l'année précédente	5,5%	6,7%	9,5%	5%	4%

\*Le montant des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM tient compte de l'écart entre charges réelles et provisions.

Source : Cour des comptes

Ce tableau montre qu'aucune des nombreuses présentations actuellement utilisées ne permet de procéder à des comparaisons de l'ONDAM à périmètre constant ce qui est pourtant indispensable pour une bonne information du Parlement et du Gouvernement

C'est donc à juste titre que la LOLFSS prévoit (conformément à des recommandations anciennes de la Cour) que soit jointe au projet de loi de financement une annexe présentant « les modifications éventuelles du périmètre de l'ONDAM ou de la composition des sous-objectifs, en indiquant l'évolution à structure constante de l'objectif ou des sous-objectifs concernés par les modifications de périmètre<sup>18</sup> » Compte tenu de la formulation générale de cet article il restera à préciser à quelle présentation de l'ONDAM cette comparaison à périmètre constant doit s'appliquer. La Cour, pour sa part, recommande de le faire par rapport à l'ONDAM initial de l'année précédente.

18. Loi organique du 2 août 2005 (article 2, III, 7°).

*c) L'établissement de l'objectif de la branche assurance maladie, maternité, décès*

L'objectif de dépenses de la branche fixé par la loi de financement pour l'exercice n résulte de la prévision de dépenses du régime général pour cet exercice, effectuée par la DSS, à laquelle s'ajoutent les prévisions de dépenses des autres régimes, réalisées par ces régimes eux-mêmes.

Pour le régime général, l'objectif de dépenses de la branche maladie est établi selon la même méthode que l'ONDAM : la base de calcul est le montant estimé des dépenses de la branche maladie de l'année en cours (objectif de branche révisé), auquel est appliqué le taux d'évolution des dépenses retenu pour l'ONDAM.

Les objectifs prévisionnels établis par les autres régimes et fondés, en principe, sur le taux d'évolution de l'ONDAM sont ajoutés à l'objectif du régime général.

**3 – L'arrêté des dépenses effectivement réalisées dans le champ de l'objectif de branche et de l'ONDAM**

*a) L'arrêté des dépenses du champ de l'ONDAM*

La CCSS établit le montant des dépenses définitives du champ de l'ONDAM en septembre de l'année qui suit la clôture de l'exercice, à partir des comptes définitifs des régimes. Depuis le passage à la comptabilisation en droits constatés<sup>19</sup>, l'exactitude du provisionnement est importante pour établir ce montant.

En effet, pour les soins de ville, les dépenses en dates de soins afférentes aux derniers mois de l'année ne sont connues qu'au fur et à mesure de la réception par les caisses des feuilles de remboursement, c'est-à-dire, pour partie, après la clôture des comptes de l'année. Cette partie des dépenses fait donc l'objet d'une estimation par les caisses nationales qui se traduit dans les comptes par des provisions. Des provisions sont également constituées pour d'autres lignes de l'ONDAM. Le montant de ces provisions est imputé sur les comptes de l'année n : il est donc compris dans le montant des dépenses définitives du champ de l'ONDAM, tel que présenté par la commission des comptes en septembre n+1.

---

19. En dates de soins et non plus en dates de remboursement (cf. troisième partie, chapitre IX, I)

Mais, une fois connu le montant des charges effectives, on constate un écart entre ces charges et les provisions constituées. Si les provisions ont été surestimées, c'est-à-dire si elles sont supérieures aux charges réelles, le montant des dépenses définitives de l'ONDAM s'avère avoir été indûment majoré. Dans le cas inverse, il se révèle avoir été minoré.

**Effet des écarts entre provisions et charges réelles sur le montant des dépenses définitives de l'ONDAM**

*En M€*

Exercice	Écart entre provisions et charges réelles	Écart pour le régime général	Écart pour les autres régimes (dont la MSA)	Écart pour la MSA
2001	-399	93	-492	ND
2002	49	235	-186	-91
2003	467	224	243	103

*Source : Chiffres DSS, CNAMTS, MSA.*

Les provisions comptables constituées fin 2003 au titre de l'exercice 2003 ont été surestimées de 467 M€: l'ONDAM réalisé de 2003 a été majoré d'autant.

Alors même que les dépenses du régime général représentent 84,2% de l'ensemble des dépenses, la majeure partie des erreurs de provisionnement (52 % en 2003) provient des autres régimes. La nouvelle méthode de calcul adoptée par la MSA en 2003 n'a pu être mise en œuvre dans de bonnes conditions<sup>20</sup> et les provisions ont été surestimées de 103 M€

En outre, l'inexactitude du montant des dépenses définitives du champ de l'ONDAM n a un impact sur celle de l'ONDAM prévisionnel pour n+2. En effet, la base de l'ONDAM n+2, c'est-à-dire le montant des dépenses estimées de l'année en cours n+1, est établie à partir de l'ONDAM réalisé définitif de n. Ainsi, le montant des dépenses effectives de 2003 présenté par la CCSS en septembre 2004 étant majoré de 467 M€, l'estimation des dépenses en cours pour 2004, c'est-à-dire la base de calcul pour l'ONDAM 2005, fondée sur ce montant majoré, a été elle aussi surévaluée du même montant. La détermination de l'ONDAM n+2 reflète ainsi l'aléa de la qualité du provisionnement.

---

20. L'application du PCUOSS en cours d'année pour le régime agricole a induit une mauvaise répartition entre les prestations maladie de l'exercice en cours et celles imputables aux exercices antérieurs, ces dernières étant surévaluées.

Jusqu'en 2005, le montant des dépenses réalisées du champ de l'ONDAM présenté à la CCSS n'était pas corrigé de ces erreurs liées des écarts entre charges réelles et provisions. A la suite notamment aux travaux menés par la Cour, la DSS et la CCSS se sont engagées à corriger le montant des dépenses réalisées définitives de 2003.

Les principaux problèmes concernent cependant tant le calcul de la base elle-même que celui du taux de croissance prévisionnel. Des progrès sont indispensables pour clarifier l'information donnée au Parlement, permettre une meilleure perception des évolutions réelles et ainsi mieux éclairer l'action des pouvoirs publics et des différents acteurs concernés.

*b) L'arrêté des dépenses de l'objectif de la branche maladie*

Contrairement aux dépenses constatées dans le champ de l'ONDAM, le montant des dépenses définitives entrant dans le champ de l'objectif de branche n'est pas présenté dans les rapports de la CCSS et n'est pas mentionné dans les documents transmis au Parlement. La loi organique prévoit désormais que le Parlement se prononce sur le tableau (le solde) par branche et pour l'ensemble des régimes, y compris donc de la branche maladie. Les administrations devront ainsi effectuer un suivi précis de la réalisation des dépenses de l'objectif de branche (tous régimes).

## **B – Les limites des méthodes de régulation des dépenses des établissements de santé**

Dans ses précédents rapports sur la sécurité sociale, notamment en 2003, la Cour a examiné les mécanismes de régulation de l'enveloppe soins de ville. Les réformes engagées par la loi du 13 août 2004 n'étant pas encore totalement mises en œuvre, elles ne peuvent aujourd'hui être évaluées.

En revanche, l'examen des dispositifs en vigueur pour réguler les dépenses des établissements permet de formuler des remarques sur leurs deux composantes essentielles : les périmètres des prestations régulées et les mécanismes d'encadrement à caractère économique.

Si la ligne de l'ONDAM afférente aux dépenses de soins de ville constitue à la fois un sous-objectif, défini par l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, et un agrégat comptable, il n'en allait pas de même, jusqu'à 2004 inclus, pour les trois lignes concernant les établissements : établissements sanitaires publics, cliniques privées, établissements médico-sociaux. Les lignes de l'ONDAM ne correspondaient pas aux agrégats comptables utilisés pour la régulation. En effet, les articles qui

trahaient de ces établissements introduisaient en réalité deux références, l'une à l'ONDAM, l'autre à un ensemble de dépenses régulé.

Les modifications apportées en 2005 règlent, on l'a vu, une part importante des problèmes de périmètres entre ces enveloppes. Elles alignent par ailleurs les périmètres utilisés pour la régulation sur ceux des nouvelles lignes de l'ONDAM. En ce qui concerne les mécanismes de régulation, elles introduisent, pour le secteur des établissements de santé jusqu'alors sous dotation globale, la perspective d'une extension de ceux jusqu'alors appliqués aux seules cliniques privées. Ce passage progressif d'une procédure budgétaire d'encadrement a priori à une régulation ex post par les tarifs justifie un examen attentif de la pertinence de cette dernière.

### **1 – Les dépenses de cliniques**

#### *a) Un agrégat régulé différent, jusqu'à la fin de 2004, de la ligne cliniques de l'ONDAM*

La volonté d'encadrer les dépenses d'assurance maladie des cliniques privées a précédé la création de l'ONDAM et le vote des LFSS. A partir de 1992 a été mis en œuvre un dispositif de régulation par les tarifs, appliqué à une enveloppe -l'objectif quantifié national (OQN)- déclinée en sous-objectifs régionaux. Ce système a perduré après 1997.

Comme la ligne cliniques de l'ONDAM, cet objectif ne comprend pas les honoraires des professionnels libéraux. De même, certaines « prestations hospitalières » sont exclues de la régulation : dialyse alternative, hospitalisation à domicile, séances de scanner et d'IRM. Ceci a pour conséquence d'exclure de l'objectif des structures dont ces prestations représentent la seule activité. Au total, en 2004, les cliniques relevant de l'OQN étaient au nombre de 1 288, alors que 1 970 établissements relèvent de la ligne de l'ONDAM hors DOM.

### Comparaison des périmètres de l'ONDAM et de l'OQN

Rubriques	Ligne ONDAM	OQN
<b>Total des prestations</b> L 162-22-1 et R 162-31		
<b>I- Frais d'hospitalisation</b> dont prestations hospitalières * incluses dans l'OQN * exclues de l'OQN dont produits refacturés * consommations intermédiaires * médicaments en sus	Oui Oui Non Non	Oui Non Oui Non
<b>II- Honoraires</b>	Non	Non

Source : Cour des comptes

Ainsi, en 2004, l'OQN réalisé est de 8 642 M€<sup>21</sup>, mais en sont exclus 4 103 M€ soit 3 036 M€ d'honoraires France entière, 482 M€ de médicaments facturables et 585 M€ de prestations hospitalières non régulées (dialyse alternative, scanner et IRM).

De 1997 à 2004 ont coexisté la ligne de l'ONDAM et l'OQN, dont les périmètres de dépenses sont à la fois partiels et différents. En 2005, la définition des quatre sous-objectifs de dépenses des établissements de santé, dont deux communs aux établissements anciennement sous dotation globale et aux cliniques privées, met un terme à cette coexistence, puisque les montants de dépenses régulées correspondent désormais au découpage en sous-objectifs de l'ONDAM.

#### *b) L'évolution de l'articulation entre les procédures propres à l'ONDAM et à l'OQN*

Malgré la mise en place du système des lois de financement et de l'ONDAM à partir de 1997, la négociation de l'OQN a longtemps conservé la prééminence sur ces nouveaux mécanismes. En 2000, le dispositif de l'OQN a été modifié : son montant a été désormais fixé préalablement par l'Etat dans les 15 jours suivant le vote de l'ONDAM et en fonction de cet objectif. La négociation entre l'Etat et les organisations professionnelles qui doit se traduire par un accord national avant le 25 février a donc été réduite à la répartition des crédits supplémentaires tenant compte de l'effet volume et des hausses tarifaires accordées.

21. Statistiques de la CNAMTS, mai 2005.

En 2005, le dispositif de l'OQN disparaît et le vote de l'ONDAM par le Parlement devient déterminant. En outre, l'accord national est remplacé par des décisions réglementaires préparées par des recommandations du conseil de l'hospitalisation, créé par la loi du 13 août 2004. Ces recommandations, émises après le vote de l'ONDAM, portent d'une part sur le montant des nouveaux sous-objectifs de dépenses des établissements de santé, d'autre part, après avis des organisations professionnelles, sur leur mise en œuvre (partage des crédits supplémentaires entre hausse des prix et augmentation du volume d'activité).

*c) Les mécanismes de régulation et leurs résultats*

Jusqu'en 2004, le système de régulation par l'OQN mis en place en 1991 repose sur la détermination ex ante d'objectifs de dépenses, dont la réalisation, constatée ex post et de manière théoriquement infra annuelle, doit générer les ajustements tarifaires nécessaires par le truchement de minorations des tarifs sur la période suivante calculée de manière à récupérer les dépassements éventuellement constatés au titre d'une année déterminée.

L'examen du fonctionnement de ce dispositif nécessite d'autant plus d'attention que, du fait de l'application de la T2A aux établissements jusqu'alors sous dotation globale, les pouvoirs publics devront appliquer progressivement une régulation du même type, c'est-à-dire ex post en fonction des prestations remboursées.

L'efficacité d'un tel dispositif repose, d'une part, en prévision pour l'année suivante, sur la capacité à prévoir un montant d'OQN fondé sur des hypothèses réalistes de volume et de prix, d'autre part, en exécution, sur l'aptitude à mesurer avec précision les résultats de l'année et à appliquer, en cas de dépassement de l'objectif annuel, les minorations de tarifs nécessaires.

Or, de 2000 à 2004, le dispositif mis en œuvre n'a pas rempli ces différentes conditions et a conduit à un dépassement total de près d'1 Md€<sup>22</sup> sur cinq ans, soit la moitié de la croissance de 2 Md€ observée entre ces deux dates (l'OQN réalisé de 1999 a été de 6 538 M€, celui de 2004 de 8 642 M€). Ce dépassement a été intégré, à chaque fois, dans la base de l'OQN<sup>23</sup> : +32,8 %, à champ constant (+5,83 % en moyenne

---

22. Le dépassement est calculé par différence entre les montants fixés dans les arrêtés initiaux et les dépenses effectives communiquées par la DHOS.

23. Les rebasages effectués sont de 168 M€ pour 2002, de 349 M€ pour 2003 et de 179 M€ pour 2004.

annuelle), alors que la croissance autorisée, définie dans les arrêtés fixant les OQN, était de 18,5 % (+3,45 % en moyenne annuelle).

La fixation du montant de l'OQN résultait d'un calcul rudimentaire : il consiste à décomposer l'OQN en trois composantes (les « prestations hospitalières » des établissements de métropole, les produits consommables et les « prestations hospitalières » des DOM) et à appliquer à chacune d'elles le taux de croissance de certaines lignes de l'ONDAM qui sont en réalité sans rapport direct avec elles. Par exemple, les consommations intermédiaires ont connu une croissance réelle moyenne de 6,8 % par an de 2000 à 2004 (source CNAMTS), très supérieure au taux appliqué par le ministère dans sa prévision<sup>24</sup>.

Une fois le montant de l'OQN fixé, l'accord annuel portant sur le partage entre le volume et les hausses tarifaires à accorder au cours de l'exercice à venir est préparé sans cohérence avec les hypothèses ayant servi à la construction de l'OQN. Les hypothèses retenues dans la négociation avec les cliniques favorisaient systématiquement la hausse des tarifs au détriment de l'augmentation en volume : cette dernière était évaluée chaque année à 1 % de l'ensemble des dépenses, y compris celles des DOM et des consommations intermédiaires. En outre, les hausses tarifaires n'étaient calculées que sur les « prestations hospitalières » et non sur les consommations intermédiaires, comme si le prix de celles-ci demeurait stable. L'effet volume, constaté de 2000 à 2004<sup>25</sup>, est en fait globalement de +2,7 % par an en moyenne.

En outre, le décalage entre l'exercice tarifaire des cliniques (de mai à avril jusqu'en 2004) et l'exercice civil lié au vote de la LFSS crée systématiquement un effet report de quatre mois sur l'exercice suivant : en effet, la marge disponible de mesures tarifaires à accorder, calculée d'abord en montant, est ensuite ramenée à un taux applicable sur huit mois pour l'année en cours mais continue à exercer ses effets sur les quatre premiers mois de l'exercice suivant.

Le taux général de la hausse tarifaire annuelle, ainsi calculé, est ensuite modulé à plusieurs niveaux. Au niveau national, le ministère calcule des taux différenciés par discipline et surtout par régions, afin de réduire les inégalités qui existent entre elles. Les ARH négocient ensuite un accord régional fixant les critères d'attribution des hausses différenciées à chaque établissement : par rapport au taux national, la fourchette de modulation qui s'impose aux ARH est très large puisqu'elle

---

24. Ces taux ont été de +4 % en 2003 et de +3,3 % en 2004 et ne sont pas disponibles pour 2001 et 2002.

25. Calculé en déflatant les dépenses réalisées par l'effet prix accordé. Cet effet volume est de 0,4 % par an en moyenne pour les établissements sous dotation globale.

allait de 0 % à 150 % depuis 2001. La coexistence d'une procédure de fixation d'enveloppe fermée au niveau national et d'opérations de modulations successives enlève au dispositif une large part de son efficacité en créant, par construction, des effets structure importants. Ainsi, dans sa logique même (méthodes de calcul lors du cadrage et modalités de distribution des hausses tarifaires) le système de régulation des cliniques privées contient en germe les causes de son non respect. Le principe d'ajustements ex post, infra annuels ou annuels est en effet politiquement difficile à mettre en œuvre et il n'a jamais été appliqué au cours de la période considérée (2000 à 2004).

Ces dérapages des dépenses comptabilisées dans l'OQN sont intervenus alors même que divers autres avantages avaient été attribués aux cliniques, tels la mise en place d'acomptes versés par les caisses centralisatrices des paiements en 2001<sup>26</sup>, la ristourne sur les achats de consommables instaurée en 2000, le financement par le FMCP de mesures salariales (à titre rétroactif sur 2001, puis en 2002).

En 2005, si le champ des dépenses régulées coïncide avec les sous-objectifs de l'ONDAM, le dispositif de régulation des cliniques, pourtant inopérant, demeure inchangé.

## **2 – Les dépenses des établissements de santé financés (jusqu'à la fin 2004) par dotation globale**

### *a) Un agrégat de régulation (les « dépenses encadrées hospitalières ») distinct jusqu'en 2004 de la ligne des établissements hospitaliers de l'ONDAM*

S'agissant des établissements publics de santé et des établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH), l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale distingue, d'une part, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie, dit « ONDAM hospitalier », et d'autre part, « corrélativement le montant total annuel des dépenses hospitalières prises en compte pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestation des établissements susvisés », généralement dénommées « dépenses encadrées hospitalières ».

Le premier agrégat résulte de l'ONDAM, mais c'est le second qui a été jusqu'en 2004 utilisé comme enveloppe de régulation. Il couvrait un champ à la fois plus étroit que l'ONDAM (il exclut la partie de

---

26. Voir chapitre IV, 3, « les modalités de mise en place des caisses centralisatrices de paiement ».

l'ONDAM hospitalier relative au compte épargne temps des personnels hospitaliers -CET- et aux USLD) et plus large (il inclut la part des dépenses d'hospitalisation financées par les recettes du groupe 2, c'est-à-dire principalement les recettes du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier qui représentaient 7 % de l'objectif 2004 des dépenses encadrées).

*b) Les limites de la régulation par les dépenses encadrées*

Les limites du principe d'une régulation par les dépenses encadrées sont de plusieurs ordres.

Si l'objectif des dépenses encadrées a contribué à contenir globalement la croissance des charges, les dépassements sont devenus systématiques à compter de 1999, variant entre 34 M€ et 303 M€ sauf en 2003 où l'objectif initial a été au contraire amputé de 104 M€ au profit des cliniques privées (100 M€) et des DOM (4 M€)<sup>27</sup>. L'une des raisons de ces dépassements qui résultent de causes et qui ont eu des effets différents, tient aux reports de charge pour les établissements publics de santé et aux déficits pour les PSPH. Reports et déficits qui constituaient des dépassements par rapport aux budgets fixés à ces établissements par l'ARH donnaient lieu en définitive systématiquement, à l'initiative de l'administration centrale, à des financements complémentaires a posteriori, pratiques qui contribuaient naturellement à décourager les gestionnaires rigoureux. Ces pratiques étaient condamnables sur le plan strict de la gestion budgétaire des établissements puisque le principe même du mécanisme de régulation budgétaire, le budget global, supposait justement le respect des budgets annuels notifiés par l'autorité administrative. Au surplus, elles ont été financées par des expédients peu compatibles avec le respect de l'ONDAM hospitalier et dans des conditions peu transparentes.

*c) Le suivi insuffisant de l'ONDAM hospitalier*

Le fait que l'instrument de régulation soit l'enveloppe de dépenses encadrées explique que le ministère ait suivi d'assez loin l'ONDAM. Or si les recettes du groupe 2 ont été surestimées les années antérieures, le mécanisme de la dotation globale implique que l'assurance maladie est amenée à payer plus que ce que permet globalement l'ONDAM hospitalier. C'est peut-être pour cette raison que l'objectif de l'ONDAM hospitalier a été dépassé en 2004. L'ampleur de ce dépassement s'est avérée difficile à établir : dans son avis du 10 février 2005 au ministre de

---

27. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 41.

la santé sur le montant de l'ONDAM hospitalier, le conseil de l'hospitalisation donnait une fourchette d'estimation variant entre « 110 M€ et 300 M€ selon les sources ». Fin mai 2005, la DHOS a disposé des remontées d'information des ARH montrant que le dépassement aurait atteint 334 M€ sur la ligne hôpital. Ce dépassement aurait été partiellement compensé par une sous-consommation de 151 M€ sur deux autres lignes de l'ONDAM hospitalier, afférentes à d'autres types d'établissements<sup>28</sup>. Le caractère tardif du chiffrage du dépassement de l'ONDAM hospitalier a mis en lumière des lacunes dans le suivi des dépenses. Une mission conjointe IGF/IGAS a été diligentée pour identifier les facteurs du dépassement et les dysfonctionnements dans le pilotage budgétaire des hôpitaux

*d) La nouvelle méthode de régulation à compter de 2005*

La régulation par la T2A met un terme, progressivement, à celle par la dotation globale. Elle vise à allouer les ressources en fonction de l'activité. En 2004, près de 10 % des dotations déléguées aux ARH l'ont été sur cette base. Pour 2005, la part des recettes liée à la tarification à l'activité dans le total des ressources pour les services de médecine, chirurgie obstétrique (MCO) est de 25 %, les 75 % restants donnant lieu à une dotation annuelle complémentaire calculée de manière analogue à celles des anciennes dotations globales.

En 2005 également, le concept de dépenses encadrées disparaît et les dotations déléguées aux ARH correspondent désormais au champ de l'ONDAM. Les dépenses ont été reclassées dans les nouveaux sous objectifs de l'ONDAM précités (ODMCO, MIGAC et ODAM), ce qui a occasionné des opérations complexes de détermination des bases. Celles-ci ont dû être décomposées pour identifier les parts respectives des nouveaux agrégats dans les dépenses antérieures puis recomposées dans les nouveaux objectifs. Les délais nécessaires à ces opérations complexes n'avaient pas été correctement estimés. Ceci explique en partie que la campagne, désormais qualifiée de « tarifaire » et non plus de « budgétaire » dans les textes de la DHOS, ait été lancée tardivement, par une circulaire du 1<sup>er</sup> mars 2005. Les textes réglementaires ont été publiés encore plus tardivement, en avril, pour la définition des missions entrant dans le sous objectif MIGAC et le 31 mai 2005 pour la fixation des trois nouveaux sous objectifs.

La régulation par le biais d'enveloppes nationales et régionales limitatives et articulées avec les budgets des hôpitaux laisse la place (pour

---

28. Unités de soins de longue durée d'une part, service de santé des armées et institution national des invalides d'autre part.

la partie T2A des établissements) à terme à une régulation prix-volume, comme c'est déjà le cas pour les cliniques. Les résultats de la campagne 2005 devraient constituer un premier élément d'appréciation de l'efficacité de ce système de maîtrise des dépenses. Deux remarques doivent cependant être faites. En premier lieu, l'expérience des cliniques montre toutes les difficultés de l'exercice et les limites de l'efficacité de ce mode de régulation. En second lieu, le système sera très complexe, particulièrement pendant la période de mise en place et d'extension progressive de la T2A : un même établissement reçoit en effet depuis 2005 pour ses activités de médecine-chirurgie-obstétrique, des versements au titre de l'ODMCO, calculés en fonction de la T2A et d'autres, forfaitaires, au titre des MIGAC. Il reçoit également, s'il a des activités de soins de suite ou de psychiatrie, des financements sur d'autres enveloppes. Le bon fonctionnement du système et la maîtrise des dépenses supposent que puisse être vérifiée, par les établissements, l'exacte imputation de leurs dépenses entre les diverses activités. Les faiblesses de la comptabilité analytique des hôpitaux, les possibilités de transferts entre activités, dont la Cour a relevé l'existence entre le budget général des hôpitaux et leurs budgets annexes où sont comptabilisées les dépenses des USLD, montrent l'ambition du projet et les risques afférents.

### **3 – Les dépenses médico-sociales des personnes âgées**

L'objectif médico-social a été introduit plus tardivement que les objectifs de dépenses d'assurance maladie des cliniques et des hôpitaux : il s'agissait de tenir compte des observations que la Cour avait faites dans son rapport sur la sécurité sociale de 1998<sup>29</sup>, fondées sur le constat que 12 % des dépenses de l'ONDAM n'étaient soumises à aucune régulation.

Depuis sa création en 1999, l'objectif médico-social se traduit par la parution d'un arrêté dans les quinze jours suivant le vote de l'ONDAM et par la détermination d'un second agrégat (dépenses encadrées).

Cette distinction entre les dépenses d'assurance maladie autorisées et les dépenses encadrées des établissements n'a pas de raison d'être pour les structures médico-sociales, pour lesquelles le préfet autorise budgétairement un périmètre de dépenses identique à celui financé par l'assurance maladie.

Bien qu'il s'agisse du même périmètre, un écart existe cependant entre les deux montants. Il résulte de la prolongation de celui constaté en 1999 et demeuré inexplicé entre les deux sources d'information

---

29. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 1998, partie III, section V (dépenses non encadrées).

utilisées, les versements des caisses d'une part, les informations budgétaires des établissements remontées par le système de la DHOS (PAGE) d'autre part. Le ministère rapproche progressivement les deux agrégats en n'imputant les mesures nouvelles que sur la ligne de l'ONDAM, laquelle est passée de 89 % à 98 % du périmètre des dépenses encadrées entre 1999 et 2005. Cette imprécision des bases de calcul traduit l'insuffisante rigueur du dispositif de régulation.

Celle-ci est, par ailleurs, du même type que celle exercée sur les hôpitaux jusqu'en 2005 et s'opère sur l'agrégat des dépenses encadrées, au moyen d'enveloppes limitatives régionales, réparties ensuite entre départements par la commission administrative régionale.

Les critères pris en compte pour le calcul de ces dotations, en particulier pour la partie correspondant aux mesures nouvelles structurelles (création de places de SSIAD et d'hébergement temporaire ou de jour, conventions tripartites avec les établissements) sont rudimentaires.

De plus ces critères ne sont pas opposables par le ministère aux DDASS, celles-ci pouvant allouer leur enveloppe selon des critères différents. C'est la raison pour laquelle la DHOS a parfois tendance à confondre, dans ses informations, ce qui est autorisé et ce qui est réalisé (qu'elle méconnaît d'ailleurs partiellement).

Seule existe une remontée d'information selon une périodicité annuelle pour la création de places et mensuelle pour les conventions signées, mais aucune sur la consommation détaillée des enveloppes notifiées aux DDASS, faute d'un système d'information adapté<sup>30</sup>.

#### **4 – Les nouvelles instances chargées d'éclairer la régulation**

La loi du 13 août 2004 a créé deux instances consultatives auprès du ministre : le conseil de l'hospitalisation et le comité d'alerte. Elles n'ont pas pu jouer pleinement leur rôle au premier semestre 2005.

##### *a) Le rôle du conseil de l'hospitalisation*

La loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie a prévu la création d'un conseil de l'hospitalisation afin notamment d'associer les organismes nationaux de l'assurance maladie « à

---

30. La COG en cours de négociation entre l'Etat et la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) comportera un volet relatif à la mise en place d'un système d'information.

l'élaboration de la politique de financement des établissements hospitaliers<sup>31</sup> ».

Selon l'article 45 de cette loi, « les décisions relatives au financement des établissements de santé, à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation sont prises sur la recommandation du conseil [de l'hospitalisation]. Lorsque la décision prise est différente de la recommandation du conseil, elle est motivée ».

La recommandation 2005-10 du 10 février 2005 du conseil sur la campagne 2005 n'a pas été suivie par le ministre et la circulaire de la DHOS du 1<sup>er</sup> mars 2005 adressée aux ARH ne motive pas cette décision<sup>32</sup>. La circulaire prévoit une augmentation des tarifs de 0,27 % pour les établissements publics et de 1,56 % pour les cliniques, alors que le conseil de l'hospitalisation recommandait une baisse de 1,25 % pour les premiers et de 0,79 % pour les seconds.

#### *b) L'intervention du comité d'alerte*

Instauré par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie rend un avis chaque année, au plus tard le 1<sup>er</sup> juin, sur le respect de l'ONDAM pour l'exercice en cours. S'il considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'ONDAM avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret à 0,75 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

Le rôle du comité d'alerte rencontre cependant deux limites. D'une part, il n'examine que l'évolution des dépenses, sans la comparer à celle des recettes alors qu'en 2005, contrairement aux années précédentes, le désajustement entre l'évolution des dépenses et celle des recettes risque de constituer l'un des principaux problèmes. D'autre part, son avis ne porte que sur l'évolution globale des dépenses du champ de l'ONDAM, sans distinction de l'évolution propre de chaque ligne : certains postes en fort dépassement peuvent donc ne faire l'objet d'aucune alerte ni

---

31. Exposé des motifs de la loi du 13 août 2004.

32. Cette motivation devait, selon la DHOS, figurer dans les arrêtés que la circulaire anticipait. L'arrêté du 30 juin 2005 publié le 2 août explicite les hypothèses retenues, mais non les motifs pour lesquels les recommandations du conseil n'ont pas été suivies. Il ne fait pas apparaître non plus clairement les taux d'augmentation tarifaire retenus.

d'aucune mesure de redressement si ces dépassements sont compensés par une sous-consommation sur d'autres lignes de l'ONDAM.

## **C – L'évolution des dépenses**

### **1 – L'évolution générale des dépenses en 2004**

#### *a) L'évolution initialement prévue des deux objectifs*

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a fixé l'ONDAM à 129,7 Md€, soit une hausse de 5 % par rapport à l'ONDAM fixé par la LFSS pour 2003. Par rapport à l'ONDAM révisé de 2003, la hausse était de 4,1 %.

Pour 2005, l'ONDAM (134,9 Md€) adopté par le Parlement prévoit une progression de 4 % par rapport à l'ONDAM initial de 2004, et de 3 % par rapport à l'ONDAM révisé de 2004 (131 M€).

L'objectif de branche a, quant à lui, été fixé par la LFSS pour 2005 à 148,3 M€. Il est supérieur de 3,3 % à l'objectif de branche initial de 2004 et de 2,2 % à l'objectif de branche révisé de 2004 (145,1 Md€). On constate donc un écart de l'ordre de 0,8 point entre l'évolution de l'objectif de branche et celle de l'ONDAM qui s'explique notamment par la diminution des charges financières induite par le transfert de dette à la CADES (50 M€ en 2005).

La Cour avait relevé dans son précédent rapport<sup>33</sup> le manque de cohérence entre la croissance de l'ONDAM (2003), soumis au Parlement et les objectifs présentés par ailleurs au Parlement dans les programmes triennaux de stabilité. Cette observation peut être précisée et actualisée par le tableau suivant :

---

33. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, p. 14-15.

### Objectifs d'évolution des dépenses dans les LFSS et les programmes pluriannuels

En %

	Programmations pluriannuelles successives							Objectif voté en LFSS* %
	2000-2002	2001-2003	2002-2004	2003-2005	2004-2006	2005-2006	2005-2007	
2000	2,8							2,9
2001	2,6	3,0						2,6
2002	2,6	3,0	3,3					4,0
2003		3,0	3,3	3,3				5,3
2004			3,3	3,3	4,0			4,0
2005				3,3	4,0	3,75		3,2

\* Les objectifs votés en LFSS sont les taux de croissance de l'ONDAM voté dans les LFSS par rapport à l'objectif révisé de l'année en cours sur la base de calcul retenue.

Source : DGTPE pour la programmation pluriannuelle

La nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale prévoit que la LFSS est accompagnée d'un rapport décrivant notamment l'ONDAM pour les quatre années à venir. Ces prévisions doivent être établies de manière cohérente avec les perspectives d'évolution des dépenses présentées dans le rapport joint au projet de loi de finances de l'année. Ainsi, le cadrage pluriannuel de l'ONDAM devra être cohérent avec les programmes pluriannuels de finances publiques.

#### b) L'évolution des dépenses effectives

Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM en 2004 s'élèvent à 130,35 Md€, soit une augmentation de 5 %<sup>34</sup>. L'objectif a ainsi été dépassé de 0,65 Md€<sup>35</sup>. Le dépassement est le plus faible enregistré ces dernières années avec celui de 2003.

34. Le montant des dépenses en 2003 avait été établi par la CCSS de septembre à 124,6 M€. Comme il incluait des provisions qui se sont avérées supérieures aux charges réelles et une surestimation de certaines dépenses, ce montant a été révisé à 124,1 M€. Le taux de progression des dépenses en 2004 n'est donc plus de 4,6 %, mais de 5 %.

35. Le chiffre de 700 M€ cité par la CCSS de juin 2005 résulte d'un arrondi des dépenses à 130,4 Md€.

**Dépassements de l'ONDAM***En Md€ en %*

Année	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Dépassement	1,5	1,6	2,65	3,2	3,9	0,6	0,65*
Taux de croissance annuel des dépenses	4 %	2,8 %	5,6 %	6%	6,8%	6,3%	5 %
Part dans le PIB	4,4 %	3,2 %	5,5 %	3,9 %	3,4 %	2,4 %	4,0 %
Dépenses de consommation finale des ménages	4,0 %	2,9 %	6,0 %	4,3 %	3,3 %	2,8 %	3,8 %

\* Chiffre non corrigé, en juillet, des écarts entre provisions et charges réelles. Pour 2001 à 2003, chiffres corrigés des écarts entre provisions et charges effectives

Source : *Cour des comptes - Comptes nationaux- Base 2000, INSEE.*

Depuis plusieurs années, les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM progressent à un rythme bien supérieur à celui du PIB.

Le ralentissement des dépenses de prestations n'a contribué que pour un tiers à la stabilisation du déficit de la CNAMTS en 2004, les deux autres tiers tenant à la progression des recettes et à l'affectation de nouvelles ressources.

*c) Les facteurs d'inflexion constatés en 2004 et début 2005*

Deux types de facteurs expliquent l'essentiel du ralentissement de la croissance des dépenses en 2004 (1,2 point par rapport à 2003) et au début de 2005.

Le premier est constitué par des effets purement mécaniques, notamment l'achèvement de la montée en charge des mesures prises les années antérieures et qui avaient provoqué l'emballement des dépenses en 2002 et 2003 :

- l'ARTT dans les hôpitaux et les protocoles hospitaliers, dont le coût supplémentaire en 2004 était inférieur de 571 M€ à celui de 2003 ;
- les revalorisations d'honoraires, dont le coût était inférieur de 303 M€ en 2004 à ce qu'il avait été l'année précédente à la suite des fortes revalorisations de 2002 et 2003 ;
- l'augmentation du nombre de patients en ALD induite par la création de la visite à tarif majoré dont le surcoût est devenu négligeable en 2004.

Un autre effet mécanique résulte du mode de comptabilisation de la remise versée par l'industrie pharmaceutique. Celle-ci étant comptabilisée en atténuation de dépenses et non en recette<sup>36</sup>, sa hausse de 58 M€ en 2004, succédant à une baisse de 66 M€ en 2003, ralentissait automatiquement les dépenses de 124 M€

A eux seuls, ces effets mécaniques ont donc fait décélérer la croissance des dépenses de près de 2 Md€ en 2004, soit de 1,6 point, donc plus que le ralentissement global de 1,2 point.

Le second facteur explicatif est la baisse des dépenses d'IJ qui sera examinée ci-après avec l'évolution des dépenses de soins de ville. Pour le régime général, ce poste, qui avait augmenté de 10,9 % en 2002 et de 6,6 % en 2003, a baissé de 0,5 % en 2004, contribuant pour environ 500 M€ à la décélération des dépenses.

#### *d) L'évolution des dépenses en 2005*

Pour résorber le déficit<sup>37</sup>, l'objectif de dépenses devrait être inférieur à la croissance prévisionnelle du PIB et de la masse salariale. Au moment de l'élaboration de la LFSS pour 2005, l'ONDAM (3 %) était cohérent avec ce constat, puisque les prévisions du Gouvernement pour 2005 étaient de 2,5 % pour la croissance et de 1,5 % pour les prix. En revanche, si la croissance n'atteint que 1,5 % en volume comme l'a indiqué l'INSEE en juin 2005, soit 3 % en valeur, et si les dépenses effectives sont supérieures à l'ONDAM et progressent de 3,8 % comme l'a prévu la CCSS du printemps la cohérence n'est plus assurée et la croissance des dépenses, bien que très inférieure à celle des années précédentes, demeurera trop importante en l'état actuel de la situation de l'assurance maladie.

Dans ses précédents rapports, la Cour avait estimé souhaitable que l'objectif soit révisé lorsque l'évolution des dépenses, la conjoncture économique ou la politique des pouvoirs publics le rendent nécessaire<sup>38</sup>. Si l'évolution des dépenses ne justifiait pas à elle seule un tel réexamen, son cumul avec le ralentissement de la conjoncture n'en était pas moins préoccupant dès la fin du printemps 2005.

---

36. Le montant de la remise pharmaceutique est déduit de l'ONDAM réalisé.

37. Le déficit s'est aggravé de 5 Md€ en 2003 et de 0,5 Md€ en 2004. La décélération des dépenses de prestations de 1,3 point représente 1,4 Md€. Les recettes ont progressé de 5,2 Md€ en 2004 contre 2,5 Md€ en 2003, soit de 2,7 Md€ de plus.

38. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2003, p. 25.

De plus, si l'évolution des dépenses de soins de ville est modérée en 2004 et début 2005, des incertitudes importantes pèsent sur celle des dépenses des hôpitaux et des cliniques privées.

## 2 – Les dépenses de soins de ville

Ce poste (après correction de l'incidence des écarts de provisions), qui avait progressé de 7,1 % en 2002 et 6,7 % en 2003 est revenu à une croissance de 4,4 % en 2004, égale à celle de 1999<sup>39</sup>.

Au moment de l'enquête de la Cour, la DSS ne disposait des chiffres détaillés que pour le régime général<sup>40</sup>. Pour celui-ci, les soins de ville ont augmenté de 4,3 %. L'acquis de croissance à fin 2003 pour 2004 était de 4,2 %<sup>41</sup> : la hausse afférente à la croissance supplémentaire des dépenses en 2004 n'aurait donc été que de 0,1 %. En données corrigées des variations saisonnières et, donc notamment de l'épidémiologie défavorable de 2003, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 3,5 % en valeur. L'acquis de croissance à fin 2003 était de 1,9 % et la hausse propre à 2004 est donc de 1,6 %.

### *a) Les dépenses d'honoraires des médecins*

Ces dépenses d'honoraires ont augmenté de 2,7 % (1,7 % corrigé des variations saisonnières et des jours ouvrés) contre 6,3% en 2003, contribuant seulement pour 0,6 point à la croissance générale des dépenses de soins de ville.

En 2003, la forte augmentation des dépenses d'honoraires des généralistes de 8,3 % était liée, à hauteur de 6,3 %, aux effets des mesures de nomenclature et de revalorisation d'honoraires décidées en 2002 et 2003. Les effets de ce type de mesures décidées en 2003 et 2004 ne représentent plus en 2004 qu'un surcoût de 8 M€, inférieur de 309 M€ à celui de 2003. Les dépenses d'honoraires des généralistes baissent de 0,8 % en valeur en 2004.

---

39. Champ ONDAM, dépenses effectives. Ces chiffres diffèrent des chiffres antérieurs de la CCSS, repris par la Cour, qui n'étaient pas corrigés des écarts de provisions.

40. Les données transmises par la CNAMTS sont rebasées pour 2003 et 2004 afin de tenir compte du changement de périmètre de l'enveloppe soins de ville en 2005 (transfert des dispositifs médicaux et médicaments facturés par les cliniques privées dans l'enveloppe ODMCO).

41. Source : CNAMTS-DSE.

Celles des spécialistes progressent en revanche de 5,1 %, dont 1,7 point en raison des mesures tarifaires et de nomenclature décidées en 2003 et 2004. Les honoraires des spécialistes exerçant en établissements privés progressent, pour leur part, de 2,4 % en 2004 après 2,8 % en 2003, donc moins que la moyenne.

Le nombre de consultations et de visites (généralistes et spécialistes), en hausse de 0,7 % en 2003, soit comme les assurés du régime général, est en baisse de 1,6 %, alors même que, selon les chiffres du conseil national de l'ordre des médecins, le taux d'augmentation du nombre des médecins en 2004 est de 1,05 %.

#### *b) Les dépenses de médicaments*

Les dépenses augmentent de 6,4 % (5,5 % cvs) en 2004 après 4,5 % en 2003 et 6,4 % en 2002, contre une moyenne de 8 % l'an entre 1997 et 2003. Leur contribution à la croissance des soins de ville est cependant de 47,2 %, en quasi-totalité (46 %) en raison de médicaments remboursables à 100 %.

Cette hausse n'est pas imputable à la quantité puisque celle-ci a baissé de 1,2 %<sup>42</sup>, après être restée stable les années précédentes.

Elle intervient, d'autre part, alors que plusieurs facteurs ont joué dans le sens d'un ralentissement. Seul un médicament bénéficiant d'une amélioration du service médical rendu (ASMR) de niveau II a été admis au remboursement et aucun d'ASMR de niveau I contre dix d'ASMR I ou II en 2003<sup>43</sup>. Une forte baisse a aussi été constatée pour les extensions d'indication. Le retrait du VIOXX et la forte chute des ventes du CELEBREX ont réduit, en effet brut, les dépenses de 40 M€<sup>44</sup>, la moindre consommation d'antibiotiques de 35 M€ et celle du traitement hormonal substitutif de 41 M€. L'économie brute induite par la baisse du taux de remboursement pour certains médicaments a été de 130 M€ et l'effet brut des déremboursements de 140 M€. L'extension des génériques a représenté une économie de 132 M€, dont environ la moitié résultant de ce que divers brevets sont tombés dans le domaine public. Au total, hors effet de la raréfaction des produits innovants, ces divers facteurs de réduction des dépenses ont représenté environ 520 M€.

---

42. Source GERS, reprise par le CEPS.

43. Source CEPS. Les ASMR de niveaux I, II, et III peuvent donner lieu à un avantage de prix.

44. Source CEPS.

Cette énumération montre notamment la place réduite qu'a tenue l'extension des médicaments génériques qui ne représentent encore que 7 % du chiffre d'affaires hors taxes et 13 % des boîtes vendues, soit beaucoup moins que dans les pays voisins<sup>45</sup>. Une nouvelle impulsion est donc nécessaire en ce domaine.

L'ensemble des éléments qui précèdent montre que, même en la quasi-absence d'innovation récente, l'effet structure, c'est-à-dire la substitution de produits chers à des produits meilleur marché, a été très important : de 7,7 % selon le GERS, 7,9 % selon le CEPS, et même vraisemblablement plus<sup>46</sup>. La question des prix et de leur évolution au fur et à mesure du cycle de vie d'un produit demeure donc essentielle, comme la Cour l'avait relevé en septembre 2004.

Le taux moyen de remboursement est passé pour sa part de 75 % en 2002 et 2003 à 75,4 %, contribuant pour 0,5% à la hausse des dépenses, malgré la baisse de 65 % à 35 % du taux de remboursement de certains médicaments. Cette progression est liée au fait, relevé précédemment, que la croissance des médicaments a presque totalement tenu aux produits remboursés à 100 %.

Le plan médicaments de 2004 prévoyait 2,5 Md€ d'économies, dont 900 M€ en 2005. Les économies possibles sur les médicaments à service médical rendu insuffisant ont été repoussées, un avis ayant été demandé à la haute autorité de santé. Les économies mises en œuvre ou paraissant pouvoir l'être rapidement<sup>47</sup> ne semblent devoir représenter que de l'ordre de la moitié de ce qui avait été annoncé pour 2005.

### *c) La baisse des dépenses d'indemnités journalières*

La baisse des dépenses d'indemnités journalières est de 0,5 % pour 2004. C'est pour les IJ maladie de moins de trois mois que le fléchissement de ces dépenses est le plus marqué (-3 %), mais il est net aussi pour les IJ de longue durée. Cette baisse n'avait été anticipée dans les prévisions ni au moment du vote de l'ONDAM 2004 ni à celui de l'estimation de l'ONDAM révisé de 2004, en septembre. Le ralentissement était cependant engagé dès mars 2003 et la baisse dès juillet-août 2003, avant de s'accroître au début de l'été 2004.

---

45. Il est précisé que la définition et donc le champ des génériques varie fortement selon les pays.

46. En raison d'une sous-estimation de la baisse des prix, évaluée par ces sources à -0,4 % alors que l'INSEE évalue, pour sa part, la baisse à 1,7 %.

47. Baisse de prix négociés (160 M€), conditionnements (70 M€), extension des génériques.

Les raisons de cette inversion de tendance ne sont pas encore identifiées. L'épidémiologie favorable<sup>48</sup> de 2004 aurait contribué à ce ralentissement.

La politique plus active de contrôle des arrêts de travail menée par la CNAMTS et la politique de communication sur ces contrôles ont vraisemblablement eu un impact, mais il est difficilement chiffrable.

L'évolution constatée semble aussi confirmer l'analyse faite par la Cour dans son rapport de 2004<sup>49</sup> : la croissance des IJ les années précédentes était notamment liée à l'arrivée dans la classe d'âge des plus de 55 ans des générations nombreuses de l'après guerre, alors que c'est dans cette tranche d'âge que le nombre cumulé d'IJ par an est le plus élevé. La part des plus de 55 ans dans la population employée augmentant deux fois moins vite en 2004 et 2005 qu'antérieurement, cette évolution démographique constitue un facteur spontané de stabilisation.

### **3 – Les dépenses des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale**

En 2004, pour les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale, le bilan des dépenses hospitalières suivies par la DHOS fait apparaître un montant de dotations régionales notifiées aux ARH de 50 583 M€, en augmentation de 5,4 % par rapport aux bases régionales établies à 47 974 M€. Ce taux de croissance est de 5 % pour les établissements métropolitains

Cependant, hors effet de l'ARTT et des protocoles hospitaliers, cette croissance n'aurait été, sur la base des enveloppes prévisionnelles notifiées par la DHOS, que de 2,8% en 2002, 2,6 % en 2003 et 3,63 % en 2004. Sur ces trois exercices, l'ARTT et les effets des protocoles ont représenté globalement 38,9 % de la hausse totale des dépenses hospitalières. Pour 2005, l'effet de l'ARTT et des protocoles n'étant plus que de 202 M€, il représente 0,5 % des nouvelles enveloppes. La hausse des enveloppes hospitalières en 2005 hors les effets de l'ARTT et des protocoles est donc de 3,1 %, c'est-à-dire supérieure à ce qu'elle était les années précédentes (2,3 %).

---

48. Faiblesse des épidémies de grippe et baisse des accidents de la route notamment.

49. Voir le rapport de la Cour sur la sécurité sociale de septembre 2004, page 34.

## 4 – Les dépenses des cliniques

### *a) L'exercice 2004*

Les dépenses réalisées en 2004 sur l'ancien champ ont été revues à la hausse à trois reprises : par rapport à la ligne de l'ONDAM fixée à 8 036 M€ la CCSS de juin 2004 prévoyait une réalisation de 8 094 M€ celle de septembre de 8 097 M€, soit un dépassement de 61 M€ et celle du 21 juin 2005 une réalisation de 8 200 M€, soit un dépassement de 164 M€. Par rapport à la base fixée pour 2004 (7 719 M€), la progression estimée de 2004 par les trois commissions des comptes est respectivement de 4,6 %, de 5,0 %, enfin de 6,2 %, soit moitié plus que le taux de progression initialement fixé à 4,1 %. Par rapport aux dépenses réelles de 2003 (7 667 M€), la progression de 2004 est même de 6,95 %.

Le comité d'alerte du 31 mai 2005 et la commission des comptes du 21 juin font état d'un dépassement supplémentaire de 140 M€ par rapport aux estimations de septembre. La bonne compréhension de ce chiffre suppose d'y ajouter le dépassement de 61 M€ déjà estimé en septembre 2004 (8 097 M€ - 8 036 M€).

Ce dépassement supplémentaire de 140 M€ résulterait du cumul de deux facteurs : d'une part, une sous-évaluation des dépenses de 2003 pour un montant de 90 M€ (excès de provisions de 70 M€ dans le calcul des droits constatés, mais imputation insuffisante de 160 M€ de dépenses de cliniques par la MSA), qui a conduit à sous-estimer d'autant les dépenses de 2004, d'autre part une accélération effective de la croissance par rapport aux prévisions, qui représente 50 M€ de dépenses supplémentaires.

Sur le périmètre de dépenses de l'OQN, le dépassement est de 179 M€ (8 642 M€ de réalisations par rapport à un objectif fixé à 8 463 M€), soit une croissance réelle de 6 % par rapport à une réalisation 2003 de 8 152 M€<sup>50</sup>.

### *b) Les perspectives pour 2005*

Le champ des nouveaux sous-objectifs concernant les cliniques a été redéfini, on l'a vu, en intégrant les dépenses des DOM et une partie des dépenses facturées en sus (produits et médicaments) : la base qui a servi à la fixation des sous-objectifs, fondée sur les dépenses estimées en septembre 2004, a incorporé des dépenses jusqu'alors externalisées et intégré divers éléments.

---

50. Source : direction des statistiques et des études, CNAMTS 2005.

La base retenue pour les sous-objectifs (MIGAC, ODMCO, OQN) est au total de 9 470 M€ et elle aboutit à un objectif 2005 de 9 795 M€ (+3,4 %). La marge de croissance en 2005 réellement disponible par rapport aux dépenses réelles de 2004 (9 705 M€) n'est donc que de 86 M€ (soit une augmentation de 0,9 %), alors que des hausses tarifaires de 1,56 % en moyenne sont applicables avec effet début mars.

Ainsi, si la tendance observée sur les cinq derniers exercices (5,7 %) ne connaît pas d'infléchissement sensible, l'écart entre les réalisations et les sous-objectifs fixés pour 2005 serait pour les seules cliniques privées très largement supérieur aux réserves actuelles. En outre, en raison de la mise en œuvre de la T2A à compter de mars 2005, les cliniques bénéficieront d'un régime d'avances qui fera obstacle à une connaissance rapide des dépenses réelles.

**Dépenses des cliniques en 2004 et objectif 2005 (nouveau champ)***En M€*

	Base	«Surdépassement» total en 2004	Réalisé 2004 commission de juin 2005	Objectif 2005
Ancienne ligne ONDAM	7 952			
Dépenses USLD privés et établissements étrangers	-260			
Prestations hospitalières reclassées en sous- objectifs	8 212	216	8 428	
Produits en sus	1 258	23	1 281	
<i>dont LPPR</i>	933		919	
<i>médicaments</i>	325		362	
<b>Total des sous- objectifs</b>	<b>9 470</b>	<b>239*</b>	<b>9 709</b>	<b>9 795</b>

\* Le surdépassement total de 239 M€ constatés inclut le dépassement estimé en 2004 de 71 M€

Source : Montants communiqués par la CNAMTS à la DHOS en mai 2005

**5 – Les dépenses médico-sociales « personnes âgées »***a) Evolution générale de 2000 à 2005*

L'évolution en 2004 et 2005 des dépenses de l'ONDAM consacrées aux structures médico-sociales pour personnes âgées doit être mise en perspective. En effet, depuis 2000, l'évolution de ces dépenses est marquée notamment par la mise en œuvre de la réforme tarifaire des EHPAD et la signature des conventions tripartites, ce qui s'est traduit, de 2000 à 2004, hors apport de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie, par une croissance moyenne annuelle de 10,4 %, supérieure de 4,5 points au reste des dépenses de l'ONDAM. Toutefois, le taux de croissance réelle à champ constant n'est que de 8,9 % en raison des importantes opérations de fongibilité qui ont affecté cette ligne de dépenses (transfert de dépenses de soins de ville, opération « sincérité des comptes »)

### Ligne personnes âgées de l'ONDAM de 2000 à 2004

en M€

	Base	Objectif fixé	Objectif réalisé
Pour 2000	2 193	2 357	2 366
Pour 2001	2 359	2 644	2 505
Pour 2002	2 725	3 053	2 897
Pour 2003	2 946	3 187	3 259
Pour 2004	3 264	3 591 + 151 CNSA 3 742	-  3 626
Pour 2005	3 848	4 282 dont CNSA 217	

Source : Cour des comptes

Sur l'ensemble des cinq exercices, l'objectif connaît une sous-consommation significative en 2001, 2002 et 2004, alors même que le coût unitaire des conventions signées avec les EHPAD n'a cessé de dériver par rapport au plafond qui s'imposait théoriquement aux DDASS. Cette situation que les besoins de modernisation du secteur et le vieillissement démographique rendent paradoxale résulte du retard dans la signature des conventions.

Cette sous-consommation s'accompagne par ailleurs d'un surcoût de la réforme pour l'assurance maladie, non identifié, constitué par le fait que les dépenses de soins de ville rattachés aux résidents demeurent beaucoup plus importantes que dans l'estimation initiale : la partie intégrée dans les dotations qui devait représenter initialement la moitié du surcoût des conventions et 33 % à partir de 2002 (avec le retrait des médicaments des forfaits de soins) en représente en réalité moins de 20 %.

Les mesures nouvelles autorisées sur la période et imputées sur la ligne personnes âgées ont financé à 31,2 % les mesures salariales et catégorielles de personnel et à 68,8 % les mesures structurelles (conventions et création de places de SSIAD, d'hébergement temporaire et d'accueil de jour). Dans le taux de croissance moyen de la ligne de l'ONDAM (10,4 %), la part attribuée à la réforme des EHPAD (conventions) peut être estimée à 4,3%.

#### b) Les exercices 2004 et 2005

En novembre 2003, suite à la canicule d'août, le Gouvernement a présenté un plan « vieillissement et solidarités », destiné aux personnes

âgées dépendantes et handicapées<sup>51</sup>. Il s'est concrétisé dans la loi 2004-626 par la création de ressources nouvelles et de la CNSA ainsi que par certaines dispositions de la loi 2005-102.

Pour 2004, les moyens supplémentaires alloués au financement des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées, financés par l'ONDAM personnes âgées, étaient initialement de 327 M€<sup>52</sup>. En cours d'année, les nouvelles sources de financement créées qui alimenteront ultérieurement la CNSA ont permis de les majorer de 151 M€(dont 115 M€pour les conventions), les portant à 478 M€

Pour 2005, la CNSA a apporté 368 M€ pour ces mêmes établissements et services, dont 151 M€au titre de la reconduction des moyens alloués en 2004 et 217 M€de ressources nouvelles. Cet apport est égal aux mesures nouvelles provenant de l'assurance maladie (217 M€) soit, au total, 434 M€de moyens supplémentaires alloués au secteur.

Les moyens supplémentaires alloués en 2005 au financement des structures médico-sociales pour personnes âgées conduisent par ailleurs à un taux de croissance global des financements certes élevé (environ +11 %), mais inférieur au taux de croissance de ces moyens en 2004. L'augmentation globale des ressources en 2005 se rapproche de la croissance moyenne de l'ONDAM personnes âgées de 1999 à 2003, 2004 apparaissant comme une année à part, où la progression a été plus forte grâce à la combinaison des financements nouveaux et à la poursuite de l'effort de l'assurance maladie.

Une mission a été confiée à la Cour par le Gouvernement afin de rendre compte de l'utilisation des prélèvements affectés à la dépendance.

## **D – Les dépenses de radiologie et de biologie**

Dans son rapport de 2004, la Cour avait analysé quatre postes de dépenses<sup>53</sup>. Elle a choisi d'en examiner cette année deux autres, concernant les dépenses de biologie médicale et de radiologie. Ces deux postes ont plusieurs points communs. Ils s'inscrivent dans une tendance à la technicisation des soins constatée dans tous les pays industriels et

---

51. Ce plan s'est substitué au plan « Guinchard-Kunstler », prévu sur le période 2001-2005.

52. Il s'agit des moyens dégagés par l'évolution de 10 % de la base retenue pour le calcul de l'ONDAM 2005.

53. Affections de longue durée, indemnités journalières, liste des produits et prestations remboursables, et transports des malades.

contribuent au progrès médical. L'accroissement même du recours à ces techniques<sup>54</sup> rend possible des économies d'échelle sans préjudice pour la qualité des soins et implique une capacité des tutelles à favoriser des évolutions structurelles. Par ailleurs, ces deux spécialités ont, déduction faite des frais professionnels, des revenus moyens imposables nettement supérieurs à ceux des autres professionnels de santé.

## 1 – Des dépenses de biologie et de radiologie en hausse rapide

### a) La croissance des dépenses et du volume d'activité

#### *Les dépenses de biologie médicale*

La croissance rapide des dépenses d'honoraires remboursés pour des actes effectués dans des laboratoires de ville ne tient pas à une augmentation du taux moyen de remboursement.

#### **Evolution des dépenses d'analyses remboursables et remboursées tous régimes**

*En Md€*

Dépenses	1998	1999	2000	2001	2002	2003	TCAM
Remboursables	2,60	2,65	2,89	3,07	3,38	3,66	7,1%
Remboursées	1,93	1,9	2,1	2,25	2,49	2,72	7,1%
Taux moyen de remboursement	74,2%	71,7%	72,7%	73,3%	73,7%	74,3%	0,0%

TCAM= taux de croissance annuel moyen

Source : CNAMTS données SNIR et DSS

La hausse entre 2000 et 2003 de 28,2 % des dépenses remboursables recouvre une hausse des volumes (+20 %) beaucoup plus qu'une hausse du prix moyen de l'acte (+6,8 %). La croissance du nombre d'actes a été encore plus rapide que le nombre d'ordonnances (+14,7 %)<sup>55</sup>.

54. L'imagerie médicale recouvre notamment l'ensemble des techniques utilisant à des fins diagnostiques les rayons X (radiologie conventionnelle, scanographie) ainsi que l'imagerie par ultra-sons (échographie) et l'imagerie par résonance magnétique (IRM) qui repose sur l'action d'un champ magnétique sur les protons d'hydrogène. Ne sont pas examinées ici les techniques de radiations à des fins thérapeutiques (notamment radiothérapie et curiethérapies).

55. Source : CNAMTS, « BIOLAM », régime général hors sections mutualistes.

Durant la même période, l'activité mesurée en coefficients de la lettre B<sup>56</sup> a augmenté de 27,2 %. Dans le même temps, l'activité des établissements publics progressait deux fois moins rapidement, passant de 8,6 à 9,8 millions de B, soit +13,9 %<sup>57</sup>.

Le constat que les augmentations de dépenses s'expliquent par une augmentation des volumes vaut pour la plupart des actes. Ainsi, la cotation des hormones thyroïdiennes a été abaissée de B70 à B65 (en juillet 1999), puis à B55 (en août 2000), mais le volume de ces analyses a fortement augmenté : +19 % en 2001, +17,4 % en 2002, +8,1 % en 2003.

Les dépenses de biologie concernent en majorité les personnes âgées de plus de 50 ans (54 % des dépenses contre 32,9 % de la population). Or, les perspectives de vieillissement de la population et l'amélioration des prises en charge médicales constituent des tendances lourdes qui devraient contribuer à la poursuite de la croissance de ces dépenses durant les prochaines années.

En outre, pour le virus de l'immunodéficience humaine, le seul examen pratiqué à la fin des années 1980 était une sérologie cotée B70, complétée, pour les malades séropositifs, par un antigène VIH P24, coté B70 également. Aujourd'hui le suivi des malades nécessite des examens beaucoup plus lourds : mesure de la charge virale, cotée B300, test de résistance génotypique aux antirétroviraux, coté B1100. Un autre exemple d'amélioration de la prise en charge est le suivi des diabétiques de type 2, pour lesquels sont recommandés et se développent des dosages plus performants et plus coûteux. Le développement de ces tests induit un surcroît de dépenses d'analyses médicales, mais pour le bénéfice des patients et avec une forte dimension préventive.

#### *Les dépenses de radiologie*

Les dépenses remboursées sont passées de 1,62 Md€ à 1,98 Md€ entre 2000 et 2004, soit une progression de 5,1 % par an. Sur le long terme, les actes en Z<sup>58</sup>, la principale catégorie d'actes des radiologues et des radiothérapeutes, qui représentent à eux seuls environ les deux tiers de leurs honoraires, sont passés de 18,4 millions en 1980 à 52 en 2003,

---

56. La nomenclature des actes de biologie médicale distingue les actes de biologie en B, les prélèvements sanguins effectués par les directeurs de laboratoire (PB), autres que sanguins (KB), les prélèvements effectués par un technicien de laboratoire (TB). Selon leur complexité et leur technicité, ces actes sont affectés d'un coefficient qui, multiplié par la valeur de la lettre de base, en détermine la valeur de remboursement.

57. Source : DREES SAE 2003. Ce nombre de B ne coïncide pas avec celui indiqué plus loin pour les charges nettes des établissements.

58. Données issues du système national interrégimes SNIR.

soit une progression moyenne de 4,6 % l'an. Les honoraires afférents à ces mêmes Z ont progressé de 15,2 % entre 1999 et 2003, essentiellement par une croissance en volume : le nombre de coefficients Z a augmenté de 11,8 % et le prix moyen du coefficient Z seulement de 3 %.

Aux dépenses d'honoraires des radiologues s'ajoutent les forfaits techniques versés par l'assurance maladie pour couvrir les frais d'amortissement, de maintenance et de fonctionnement des scanners et IRM. Ces forfaits sont également en forte augmentation : 230 M€ en 2003, 301 en 2004 (+30%).

*b) L'absence de connaissance de ces dépenses dans les établissements sous dotation globale*

Dans les établissements sous dotation globale, les dépenses de biologie ne sont pas chiffrées au sein des dotations. A la demande de la Cour, l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) a réalisé un important travail de retraitement qui permet de chiffrer à 2 Md€ le total des charges directes d'analyses pour les établissements sous dotation globale. Le coût d'unité d'œuvre<sup>59</sup> du B ressort à 0,18 € et à 0,23 € si l'on inclut les charges d'administration et de structure, contre 0,27 € pour la valeur du B en soins de ville hors forfaits techniques.

Les soins de ville incluent les prestations assurées par les biologistes exerçant dans les cliniques sous objectif quantifié national. Au total l'ensemble des dépenses de biologie se présente comme suit :

**Estimation des dépenses de biologie en 2003 tous régimes**

*En Md€*

Etablissements sous dotation globale *	2,4	40%
Soins de ville**	3,66	60%
<b>Total</b>	<b>6,06</b>	<b>100%</b>

\* Y compris les frais d'administration générale et de structure

\*\* Données SNIR

Source : CNAMTS et ATIH

Dans les établissements sous dotation globale, les dépenses de radiologie ne sont pas davantage chiffrées au sein des dotations.

59. Ce coût comprend les dépenses de personnels médicaux et non médicaux rattachés aux unités fonctionnelles des laboratoires, les dépenses à caractère médical, les dépenses de logistique, les charges d'amortissement et de provision.

Selon la même méthode que pour les dépenses d'analyses médicales, l'ATIH a retraité les charges directes des unités d'imagerie des établissements.

Le total des charges directes d'imagerie pour ces établissements s'élève à 1,70 Md€ En se référant aux charges nettes majorées, qui mesurent les coûts supportés pour les seuls patients soignés dans les établissements, le coût d'unité d'œuvre ressort à 1,64 €<sup>60</sup>, et, si l'on inclut les charges d'administration et de structure, à 2,09 € contre 1,62 € pour le Z en soins de ville.

Les soins de ville incluent les prestations assurées par les radiologues exerçant dans les cliniques sous objectif quantifié national.

Au total l'ensemble des dépenses de radiologie peut être estimé comme suit :

#### Estimation des dépenses de radiologie en 2003 tous régimes

Md€

Établissements sous dotation globale *	2,06	42%
Soins de ville**	2,55	52%
Forfaits techniques**	0,27	6%
<b>Total</b>	<b>4,88</b>	<b>100%</b>

\* Y compris les frais d'administration générale et de structure

\*\* Données SNIR

Source : CNAMTS et ATIH

---

60. Le CHU d'Angers qui exploite les données de comptabilité analytique d'une centaine d'établissements arrive pour sa part à un coût du Z de 1,36 € en 2003, avec une croissance de ce coût en 2002 du fait de la mise en place de l'ARTT.

## c) Des honoraires et des revenus élevés

**Honoraires par laboratoire et par radiologue, comparés à ceux d'autres professions***En € constants 2004*

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	TCAM
Laboratoires	710 521	712 455	764 803	816 780	887 843	947 355	1 002 485	5,9%
Radiologues	477 295	470 854	503 438	512 676	522 615	526 434	526 991	1,7%
Tous spécialistes	191 972	191 201	199 903	204 130	212 901	217 211	221 129	2,4%
Tous médecins	146 155	145 715	152 164	154 366	161 401	166 066	165 009	2,0%
Généralistes	109 704	109 621	114 329	114 684	120 186	125 554	120 118	1,5%

TCAM = taux de croissance annuel moyen. Il y a en moyenne 1,5 biologistes par laboratoire, sans compter les autres personnels.

Source : CNAMTS (SNIR) et INSEE indice des prix à la consommation base 100 en 1998.

Pour les laboratoires, les honoraires indiqués ne correspondent pas à des honoraires individuels, à la différence des autres professions. Leur très forte augmentation n'en est pas moins significative.

Pour les radiologues, l'évolution des honoraires a été contrastée : en euros constants, ils ont d'abord baissé, de 1998 à 1999, de 1,4 % contre 0,4 % pour l'ensemble des spécialistes, puis ont augmenté entre 1999 et 2004, de 11,9 %, contre 15,6 % pour l'ensemble des spécialistes.

C'est le niveau des honoraires, parmi les plus élevés de tous les spécialistes, qui est l'élément le plus particulier. En outre, il est relativement proche pour les secteurs 1 et 2 : respectivement 497 200 € et 535 867 € en 2002.

Alors que radiologues et radiothérapeutes ne représentent que 9,9 % des spécialistes, leurs honoraires représentent près du quart du total des honoraires des spécialistes.

Les différences observées pour les honoraires se retrouvent également pour les revenus imposables.

**Revenu imposable moyen des différentes professions médicales***En €*

	Honoraires 2004	Taux moyen de charges déductibles	Revenu imposable
Biologistes (BNC)	630 009	68,0%	201 428
Radiologues et radiothérapeutes	526 991	53,3%	246 104
Tous spécialistes	221 129	47,7%	115 650
Généralistes	120 118	46,5%	64 263
Tous médecins	165 009	47,1%	87 285

*Source : Pour les laboratoires, honoraires et taux proviennent d'une enquête faite sur 2003 par la DGI à la demande de la Cour. Il s'agit uniquement des bénéficiaires non commerciaux (BNC) des laboratoires exploités en entreprise individuelle et non des bénéficiaires industriels et commerciaux des laboratoires exploités en société commerciale. Pour les médecins, les taux indiqués, également issus de la DGI, sont ceux de 2001, les plus récents connus, et ont été appliqués aux honoraires 2004 indiqués par la CNAMTS<sup>61</sup>.*

Pour les radiologues et les radiothérapeutes, les revenus indiqués ne comprennent pas les forfaits techniques versés par l'assurance maladie pour couvrir l'amortissement des scanners et des IRM.

Les revenus des directeurs de laboratoire présentent une forte dispersion : le revenu imposable du premier quartile est de 68 400 € celui du dernier quartile dépasse 431 000 €

61. Selon la DREES (Etudes et Résultats n°412 juillet 2005), le niveau de revenu moyen des radiologues s'élève à 191 000 € en 2003. Deux éléments expliquent, pour l'essentiel, cette forte différence : la Cour ne prend en compte que les honoraires des actifs à part entière, sensiblement plus élevés que ceux de l'ensemble des radiologues (respectivement 526 991 € contre 480 676 € en 2004) et la DREES applique aux honoraires du SNIR un taux de débours et de rétrocessions. La DREES prend en compte la totalité des radiologues ayant perçu au moins 1 € d'honoraires au cours de l'année. Des décalages identiques, quoique de moindre importance, sont observés pour les autres catégories de médecins libéraux : ainsi, pour l'ensemble des médecins, le revenu imposable moyen des actifs à part entière a été en 2003 de 87 300 € et celui de la totalité des médecins de 80 000 €

## 2 – Les limites des dispositifs existants

### a) *L'insuffisance de la régulation par les tarifs et la nomenclature*

Depuis 1996, diverses mesures ont été prises détaillées dans le chapitre V (encadrement des dépenses, plan d'économies, baisse des lettres-clés...) mais elles ont été insuffisantes pour maîtriser les dépenses dont le rythme d'accroissement a été important sur cette période.

### b) *Une réglementation favorisant l'atomisation des laboratoires*

L'impératif de santé publique explique l'importance des dispositifs de contrôle mis en œuvre dans ces spécialités : contrôle de la conformité des procédures au guide de bonne exécution des analyses médicales, mise en demeure par le préfet en cas de dysfonctionnement, puis, au besoin, retrait d'autorisation, contrôle de qualité des analyses, assuré par l'AFSSAPS.

Pour le reste, l'installation des laboratoires privés d'analyses médicales est soumise à un ensemble de normes très restrictives en matière de qualification, d'effectifs<sup>62</sup> et de locaux.

Les transmissions de prélèvements d'un laboratoire à l'autre sont subordonnées à la conclusion de contrats de collaboration conclus dans une même zone géographique, transmis à l'administration et limités à neuf. Les transmissions de prélèvement réalisées par les établissements de santé dans le cadre de conventions d'exercice privilégié conclues avec les laboratoires n'ont été légalisées que tardivement, par la LFSS pour 2001, mais sans aucune restriction géographique.

Le statut juridique des laboratoires est à la fois très encadré et très éclaté (sept régimes différents). En cas d'exploitation sous forme commerciale, les dirigeants doivent être directeurs ou directeurs adjoints de laboratoire. Une société commerciale ne peut exploiter qu'un seul laboratoire. Ses associés ne peuvent être que des personnes physiques et les trois quarts au moins du capital social doivent être détenus par le ou les directeurs et directeurs adjoints de laboratoire. Par contre, en cas d'exercice sous forme de société d'exercice libéral (SEL), la SEL peut

---

62. Il faut un technicien de laboratoire par tranche de million de B jusqu'à trois millions de B, un technicien par tranche de deux millions de B à partir de trois millions de B et un directeur pour deux techniciens. De telles normes ne sont pas favorables aux gains de productivité.

exploiter jusqu'à cinq laboratoires mais dans trois départements contigus. L'ouverture du capital à des professionnels extérieurs est limitée<sup>63</sup>.

Près de la moitié des 4 244<sup>64</sup> laboratoires recensés au 1<sup>er</sup> janvier 2005 étaient regroupés dans des SEL. Les laboratoires de petite taille prédominent cependant : 68,1 % des laboratoires ont un montant d'honoraires annuel inférieur à 1 M€<sup>65</sup> et ne totalisent que 38,1 % des honoraires.

La consommation individuelle moyenne en France métropolitaine a été de 104 € par patient en 2003. Dans la grande majorité des régions elle varie faiblement entre 90 € et 114 €. Deux régions affichent des dépenses nettement plus élevées : PACA avec 127 € et la Corse avec 139 €. L'explication de ces écarts ne peut résulter exclusivement du fait que ces régions ont une population âgée de plus de 60 ans (respectivement 24,1 % et 24,9 %) supérieure à la moyenne nationale (21,3 %) car six autres régions qui ont un taux de population âgée supérieure à ceux de PACA et de la Corse (notamment le Limousin avec 29,4 % et le Poitou-Charentes avec 25,9 %) ont des consommations proches de la moyenne nationale. Pour les régions PACA et Corse, la densité des laboratoires, qui est très supérieure<sup>66</sup> à ce qui est observé dans le reste de la métropole, pourrait expliquer le niveau élevé de la consommation par patient. Néanmoins, cette corrélation n'est pas observée dans les autres régions de métropole, ce qui tend à montrer que, globalement, l'offre de biologie médicale n'y induit pas nécessairement une demande supplémentaire.

*c) Une offre contingentée d'imagerie médicale en coupe.*

Les scanners et les IRM sont, en tant qu'équipements matériels lourds, soumis à autorisation. Ce régime d'autorisation a fait l'objet d'une déconcentration, ancienne pour les scanners (loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière), plus récente pour les IRM.

---

63. Plus de la moitié du capital et des droits de vote doit être détenue par des professionnels en exercice dans la société. Le quart au plus du capital peut être détenu par des personnes morales ou physiques n'exerçant pas la profession de biologistes. La détention directe ou indirecte de parts ou d'actions est interdite à toute personne exerçant une autre profession de santé, ou une activité de fournisseur, distributeur ou fabricant de matériels d'analyses.

64. Selon l'ordre national des pharmaciens. La CNAMTS recensait pour sa part 3 913 laboratoires à la même date.

65. Source : CNAMTS.

66. Pour une densité moyenne de 6,4 laboratoires pour 100 000 habitants, les densités en Corse et en PACA sont de 14,2 et de 11,6.

Les autorisations ont été accordées par les ARH dans le cadre du schéma régional d'organisation des soins, sur la base d'indices nationaux de besoin qui ont été assouplis à plusieurs reprises.

Au total, la France comptait, au 1<sup>er</sup> mars 2005, 795 scanners et 448 IRM autorisés. Cependant tous les équipements autorisés ne sont pas installés, les délais (qui sont en moyenne de 18 mois) pouvant atteindre exceptionnellement plusieurs années. Le niveau d'équipement reste inférieur à celui constaté dans d'autres pays développés, en particulier les Etats-Unis, le Japon et l'Allemagne, qui compte 2,4 fois plus de scanners et 2,2 fois plus d'IRM par million d'habitants.

L'ordonnance du 4 septembre 2003 portant réforme du système de soins n'a pas supprimé le régime d'autorisation, mais prévoit des contrats entre les ARH et chaque établissement pour en préciser les modalités d'utilisation. La référence à un indice national disparaît des schémas régionaux en cours d'élaboration et devant comporter un volet imagerie.

Les délais d'attente des patients se sont nettement raccourcis, mais, dans les hôpitaux, ils restent longs dans certains cas pour les malades externes.

#### Délais d'attente selon la statistique d'activité 2003

*En jours*

	Malades hospitalisés	Malades externes
Scanner	5	15
IRM	12	36
Caméras à scintillation	5	16
Tomographes à émission	8	15

Source : DHOS SAE 2003<sup>67</sup>

Outre les délais d'attente qu'elle a induits, la procédure d'autorisation a longtemps provoqué des inégalités d'équipement entre secteur public et libéral<sup>68</sup> et contribué à privilégier les équipements haut de gamme, écartant les IRM à bas champ, pourtant moins chers. Il est vrai que ces derniers ne peuvent être utilisés de manière efficace qu'en complément d'appareils plus perfectionnés. De plus, en n'ayant longtemps qu'un accès résiduel aux scanners et aux IRM, les radiologues

67. L'enquête de la Cour auprès des ARH confirme des délais maximum nettement supérieurs pour les malades externes : jusqu'à 50 voire 70 jours pour une IRM.

68. Mais en mars 2005, la DHOS recensait 248 IRM privés sur les 448 recensées.

de ville ont eu tendance à privilégier la radiologie conventionnelle. Ceci a pu favoriser, dans certains cas, la pratique de doubles examens, d'abord conventionnels, puis, l'accès se libérant, par scanner ou IRM.

*d) Un risque de pénurie de personnel de radiologie dans les établissements publics*

La densité régionale de radiologues libéraux actifs à part entière<sup>69</sup> dénombrée par la CNAMTS montre des variations relativement faibles selon les régions avec 5,5 radiologues pour 100 000 habitants pour le quartile inférieur et 8 pour le quartile supérieur<sup>70</sup>. Le niveau d'honoraires par radiologue et le niveau de dépenses annuelles de radiologie par client présentent une dispersion encore plus faible<sup>71</sup>. En fait, le nombre de radiologues libéraux et les dépenses de radiologie sont proportionnels à la population<sup>72</sup>.

Cependant, si la répartition des radiologues libéraux est relativement harmonieuse, il apparaît des goulets d'étranglement dans le secteur public<sup>73</sup>. La pénurie de radiologues et de manipulateurs radio dans certains établissements publics risque de faire obstacle au développement de l'imagerie médicale.

### **3 – Les voies d'une régulation plus efficace**

*a) La biologie médicale*

La régulation de la prescription d'analyses médicales passe par l'élaboration de référentiels destinés aux médecins. Les accords conclus avec les professionnels permettent d'enclencher des dynamiques dont les résultats sont cependant insuffisants pour l'instant<sup>74</sup>. Ces référentiels devraient également donner une assise plus consistante aux contrôles individuels de prescripteurs dont la portée est pour l'instant modeste.

---

69. C'est-à-dire qui ne se sont ni installés ni retirés dans l'année (définition de la CNAMTS).

70. L'écart type est de 1,58 et le coefficient de variation de 0,23.

71. Leurs coefficients de variation sont respectivement de 0,10 et de 0,05.

72. Le coefficient de corrélation entre le nombre de radiologues et la population par région est de 0,999, celui entre le montant total de dépenses par région et la population par région de 0,998.

73. 24 % des 72 postes de praticiens hospitaliers budgétés à plein temps étaient vacants en Lorraine, 24 postes étaient vacants en Auvergne, 31 postes à plein temps étaient vacants en Nord-Pas-de-Calais.

74. Cf. l'analyse de l'Acbus sur les hormones thyroïdiennes, chapitre V.

Il est aussi indispensable que la nomenclature soit fréquemment actualisée en abaissant la cotation de ceux pour lesquels les progrès techniques permettent des économies d'échelle.

#### **Le cas des réactifs : un exemple d'économie d'échelle**

Le prix des réactifs est très variable selon l'ampleur des séries de tests. Ainsi, pour la détection d'un génome viral pour le cancer utérin, la mission biologie de la CNAMTS cite deux exemples de prix de revient du réactif par patiente :

- 14,88 € par test lorsque le coût est calculé sur une série de 90 tests ;
- 22,83 € lorsque le coût est calculé sur quatre séries de 18 tests.

L'économie d'échelle ne provient pas seulement du fait que les conditions de vente des réactifs sont différentes en fonction du nombre, mais aussi du fait qu'avec des séries longues de tests, le nombre de contrôles par série se réduit sans perte de fiabilité.

Les économies d'échelle sont potentiellement fortes du fait des charges d'exploitation plus importantes (20 %) des petits laboratoires (premier quartile) par rapport aux gros laboratoires.

#### **Charges d'exploitation selon la taille des laboratoires**

*En milliers d'€*

Quartile sur les recettes nettes	Montant des recettes nettes	Charges d'exploitation sur recettes
1 <sup>er</sup> quartile	81 993	79,47%
2 <sup>ème</sup> quartile	250 571	71,81%
3 <sup>ème</sup> quartile	403 854	69,14%
4 <sup>ème</sup> quartile	896 527	65,31%
Ensemble	408 236	67,96%

*Source : DGI à la demande de la Cour. Laboratoires relevant des BNC.*

Pour exercer effectivement la responsabilité de modifier la nomenclature que lui confie la loi du 13 août 2004, l'UNCAM doit mettre en place avec les représentants des professionnels une commission de hiérarchisation des actes de biologie.

La législation qui favorise actuellement la biologie de proximité devrait être assouplie pour faciliter la constitution de laboratoires dotés d'équipements lourds, hautement spécialisés et permettant des économies

d'échelle<sup>75</sup> : suppression des limitations en nombre et en volume des possibilités de coopération entre les laboratoires, possibilité pour une même société de détenir plusieurs laboratoires, dégressivité des effectifs obligatoires de directeurs et de techniciens. Le différentiel de 17 % entre le coût d'unité d'œuvre du B (0,23 €) dans les établissements sous dotation globale et le tarif du B (0,27 €) en soins de ville laisse penser qu'il existe des marges pour des gains de productivité dans les laboratoires de ville.

#### *b) L'imagerie médicale*

En premier lieu, il convient que le référentiel élaboré avec le concours des sociétés savantes fasse l'objet d'une large diffusion par la haute autorité de santé. Son utilisation devrait favoriser une rationalisation des pratiques et fournir un support à des contrôles plus efficaces. Ceux-ci sont actuellement peu nombreux mais ils font apparaître que les radiographies réalisées sont loin d'être toutes indispensables. Ainsi une étude de l'URCAM d'Ile-de-France réalisée en 1998 montrait que sur 1 971 dossiers de radiographie conventionnelle sélectionnés parmi les 30 % de radiologues ayant la plus forte activité, seuls 1,9 % justifiaient intégralement le nombre d'incidences (prises de vues) effectuées, 37,9 % présentaient une incidence non justifiée, et 32,3 % deux incidences non justifiées.

En outre, les dispositions de la directive européenne de 1997 relative à la protection des personnes contre les dangers des rayonnements ionisants lors d'expositions à des fins médicales ont été mises en œuvre en ce qui concerne le contrôle des équipements, mais toujours pas en ce qui concerne le contrôle des pratiques médicales. Il y a là des sources d'économies possibles.

Une régulation plus efficace implique aussi que la hiérarchie des actes prévue par la CCAM<sup>76</sup> soit appliquée aux actes de radiologie, afin d'éviter des rémunérations injustifiées au regard de leur difficulté et de leur technicité. Le maintien de certains tarifs au niveau actuel pérennise des rentes de situation dans le domaine de la radiologie conventionnelle. Ce maintien ne peut donc être que transitoire. Il est essentiel que soit

---

75. L'Allemagne dispose de dix fois moins de laboratoires (400 au total) que la France mais les prélèvements courants sont effectués dans les cabinets médicaux et les laboratoires ne sont pas soumis aux contraintes de ramassage des échantillons et de détention de capital existantes en France.

76. La classification commune des actes médicaux (CCAM) a fait l'objet d'un protocole d'accord le 25 février 2005 entre l'UNCAM et les syndicats représentant les professions médicales. Voir chapitre V, note 167, p. 169.

engagé le plus rapidement possible le passage graduel aux tarifs cibles qui devront conduire à la baisse de certains tarifs. De même, il importe de revoir à la baisse le forfait technique des scanners et des IRM en fonction des coûts constatés, qui sont inférieurs à ceux du barème. Une étude de la CNAMTS en 2003 montrait pour les scanners des coûts inférieurs aux forfaits en moyenne de 6 % pour les appareils installés avant 2003 et de 11 % à 18 % pour les appareils installés en 2003, ce qui donne lieu à des revenus supplémentaires pour les professionnels concernés. La CCAM prévoit une baisse des forfaits de seulement 2 %.

Enfin la poursuite de l'implantation de scanners et d'IRM devrait contribuer à la diminution des examens de radiologie conventionnelle, et la téléradiologie devrait être encouragée afin de faciliter les coopérations à distance, éliminant ainsi les examens inutiles.

---

#### SYNTHESE

---

*La croissance des dépenses d'assurance maladie est revenue, en 2004 et au début de 2005, à un rythme plus modéré. Elle demeure cependant nettement supérieure à la progression du produit intérieur brut et des recettes. Entre 6,5 % et 7 % des dépenses de 2005 ne seront pas couvertes par les recettes.*

*En outre, mis à part celui des IJ, le ralentissement résulte pour l'essentiel de facteurs mécaniques.*

*Dans la progression de la plupart des postes de dépenses, qu'il s'agisse de l'hôpital, des établissements pour personnes âgées ou du médicament par exemple, l'effet prix est le facteur principal. Plus élevé que dans l'ensemble de l'économie, il résulte tantôt de la hausse des coûts, tantôt d'effets de structure, le renchérissement lié à la hausse du nombre de patients en ALD étant en revanche devenu marginal en 2004. Le suivi, la compréhension et la maîtrise de ces évolutions constituent donc un problème central de la régulation des dépenses.*

*Certains des effets de structure sont inévitables car ils résultent des progrès médicaux et de la substitution de techniques plus chères mais plus efficaces aux thérapeutiques antérieures. Ce mouvement, bénéfique pour l'état de santé des personnes, suppose, pour être compatible avec la maîtrise des dépenses, que tous les effets de structure qui peuvent générer des économies soient recherchés et mis en œuvre. Les constatations faites par la Cour sur les dépenses de radiologie, de biologie et de médicaments qui confirment celles présentées l'an dernier sur les transports sanitaires, les dispositifs médicaux et les ALD montrent que tel n'est pas aujourd'hui le cas.*

*Le système de régulation des dépenses hospitalières est par ailleurs devenu plus fragile. Les principes de la régulation ex post par les tarifs mis en œuvre à partir de 1992 pour les cliniques (vraisemblance des hypothèses de croissance en volume et ajustement ex post des tarifs) n'ont pas toujours été appliqués et ont conduit à des dépassements substantiels ces dernières années. La sous-estimation de la croissance en volume a permis d'accorder systématiquement des hausses de tarifs excessives au regard de l'OQN. La généralisation aux hôpitaux, avec la tarification à l'activité, de ce mode de régulation, risque donc d'aboutir à de graves mécomptes.*

*Pour ce qui concerne l'ONDAM, la nouvelle loi organique vise à remédier à nombre de dysfonctionnements, notamment par la fixation des sous-objectifs de l'ONDAM et par l'intégration dans les annexes de la loi de financement des informations permettant d'établir des modalités de passage entre objectifs de branche et ONDAM. Pour autant, certains problèmes ne sont pas résolus.*

*Les méthodes de prévision et de suivi des dépenses de l'ONDAM et celles utilisées pour sa préparation méritent encore des améliorations substantielles. La définition des différents agrégats de dépenses manque encore de clarté et de cohérence et le périmètre de l'ONDAM demeure à ce jour incomplet : certaines dépenses ne sont pas toujours imputées sur les lignes pertinentes de l'ONDAM et ces dernières ne correspondent pas toujours à des dépenses homogènes. Des progrès importants demeurent donc à accomplir dans les méthodes et dans la transparence des informations publiées, pour donner une base plus claire et mieux assurée à la régulation des dépenses d'assurance maladie.*

---

#### RECOMMANDATIONS

---

- 1. Améliorer la cohérence du champ de l'ONDAM en y intégrant diverses dépenses qui en sont aujourd'hui exclues.*
- 2. Mettre fin aux défauts d'imputation entre les lignes de l'ONDAM en y intégrant la totalité des dépenses qui normalement s'y rapportent.*
- 3. Rendre cohérente la méthode de « rebasage » entre les différentes enveloppes et intégrer l'impact de l'ensemble de mesures nouvelles dans le taux de croissance de l'ONDAM.*
- 4. Mentionner dans l'annexe au PLFSS le taux de croissance par rapport à l'ONDAM initial de l'année précédente.*
- 5. Corriger les montants définitifs des dépenses du champ de l'ONDAM une fois connu l'écart entre charges réelles et provisions.*

6. Appliquer strictement aux cliniques le dispositif de régulation en vigueur en se fondant sur des hypothèses réalistes en volume et en procédant, le cas échéant, aux ajustements tarifaires. En tirer les conclusions pour les activités hospitalières relevant maintenant de la T2A.

7. La croissance des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux représentant 62 % de l'augmentation globale des dépenses de soins de ville constatées en 2004, mettre en oeuvre les recommandations formulées par la Cour sur ces postes dans son rapport de 2004.

8. Lever les diverses mesures réglementaires contrariant les regroupements de laboratoires et la rationalisation de leur activité.

9. Abaisser régulièrement la cotation des actes pour lesquels les progrès techniques permettent des économies d'échelle.

10. Desserrer le contingent des équipements d'imagerie nouvelle (scanner et IRM) afin de réduire les usages inappropriés de radiologie conventionnelle. Développer les contrôles pour rationaliser le nombre de radiographies effectuées. Engager l'application des tarifs cibles.

11. Assurer une connaissance annuelle des dépenses totales de biologie et de radiologie en demandant à l'ATIH de chiffrer les coûts directs de ces dépenses dans les établissements hospitaliers publics et privés.

---

### **III - Les dépenses de la branche accidents de travail et maladies professionnelles**

#### **A – L'objectif de branche**

##### **1 – La construction de l'objectif de branche**

La construction de l'objectif de la branche AT-MP appelle trois remarques :

- le coût des accidents du travail et maladies professionnelles des 3,6 millions de fonctionnaires (330 M€) est manifestement sous

évalué. Alors que le coût par salarié est de 520 € dans le régime général, il n'est que de 96 € pour les fonctionnaires<sup>77</sup> ;

- s'agissant des méthodes de prévisions des dépenses, seules celles du régime général font l'objet d'un processus itératif entre les pouvoirs publics et l'organisme gestionnaire (CNAMTS). Les prévisions des autres régimes sont seulement agrégées. Les outils de prévision y sont frustes et la prévision se réduit à la poursuite d'une tendance des deux dernières années corrigée des effets des mesures nouvelles. D'autre part, les travaux font plus appel à l'expérience qu'à des méthodes statistiques et l'erreur sur la prévision a été importante en 2004 (cf. infra) ;
- enfin, l'objectif de branche net que vote le Parlement est construit en retranchant des dépenses brutes le transfert au profit de la branche maladie<sup>78</sup>. De ce fait l'objectif de la branche AT-MP ne reflète qu'une partie du coût des accidents du travail et des maladies professionnelles.

## 2 – La réalisation de l'objectif

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 avait fixé à 9,7 Md€ l'objectif de dépenses de la branche. Il a été révisé, comme chaque année, et a été porté à 10,1 Md€ dans la LFSS pour 2005 alors qu'il était quasiment exécuté. Le résultat définitif de l'année 2004 est de 9,9 Md€

---

77. La fréquence des accidents du travail parmi les fonctionnaires (16,9 pour mille) est cependant inférieure à celle des salariés du régime général (43,1 pour mille) en raison de l'absence de présomption d'imputabilité mais également d'une structure des emplois différente.

78. Au sein du régime général, la branche accidents du travail verse au fonds national d'assurance maladie une contribution annuelle destinée à compenser une sous déclaration des maladies professionnelles et accidents du travail (art L. 176-1 du CSS). D'un montant de 144 M€ en 2001, cette contribution atteint 330 M€ en 2004 et pourrait encore s'accroître.

### Objectif de la branche AT-MP

En Md€ et en %

	2001	2002	2003	2004	2005
LFSS initiale	8,6	8,5	9,4	9,7	10,5
Objectif révisé	8,8	9,0	9,5	10,1	
Réalisé	8,5	9,3	9,8	9,9	
Variation LFSS initiale/ objectif initial n-1		-1 %	10 %	3 %	8 %
Dépenses réalisées en n/n-1		9 %	5,0 %	1 %	
Dépenses réalisées/ LFSS initiale	-1,2 %	9 %	4,3 %	2 %	

Source : Cour des comptes et DSS

Alors qu'il avait été jusque là respecté, l'objectif initial a donc été dépassé pour les trois dernières années considérées et 2004 a connu un dépassement de 200 M€

Selon l'annexe C du PLFSS, l'objectif AT-MP du régime général pour 2004 était fixé à 8,9 Md€ soit 92 % de l'objectif global de branche. Les dépenses auront atteint 8 994 M€<sup>79</sup>. L'essentiel des dépassements tiendrait donc aux autres régimes, surtout en raison d'insuffisances dans les prévisions.

### B – L'évolution des dépenses du régime général en 2004

Jusqu'en 2001, la branche AT-MP du régime général a été excédentaire. Cette situation s'inverse en 2002, comme pour l'ensemble de la branche (tous régimes confondus). En 2004, les charges (9 368 M€) excèdent de 184 M€ les produits (9 184 M€). Le déficit dépasse ainsi de deux fois et demi celui prévu en annexe de la loi de financement pour 2004.

La situation pour 2004 paraît certes moins dégradée qu'en 2003 (476 M€) et le résultat est meilleur que les prévisions de la CCSS de septembre 2004 qui prévoyait un déficit de 505 M€. Il convient toutefois de relativiser ce qui pourrait paraître une amélioration.

79. Soit 9 368 M€ de charges auxquelles il faut soustraire 290 M€ de reprise sur provisions sur prestations, 78 M€ de pertes sur créances irrécouvrables sur cotisations et 5,2 M€ de dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants.

S'agissant des prévisions de la CCSS de septembre 2004 pour l'année 2004, certains postes avaient en effet été alors largement évalués ; pour les prestations exécutées en ville, la croissance était estimée à +9,9 %, sous l'effet notamment d'un changement de méthodes comptables, alors qu'elle était de +3,8 % en 2003 et que la CCSS estimait à 6,5 % la croissance du poste pour la branche maladie. L'augmentation n'a été en définitive que de 3,5 %. L'évolution des prestations exécutées en établissements était de même estimée à +9,9 %, alors qu'elle était de +0,6 % en 2003 et qu'elle s'établit à -6,6 %.

Si l'on compare les années 2003 et 2004, la réduction du déficit résulte également de facteurs conjoncturels, notamment de certaines opérations sur provisions<sup>80</sup> qui masquent l'évolution réelle du risque.

Enfin, en neutralisant les opérations exceptionnelles<sup>81</sup>, on peut évaluer le déficit structurel de la branche à 315 M€ en 2004.

Les reports à nouveau positifs des exercices précédents ont permis à la situation nette de la branche de rester excédentaire. Mais, sans réforme et même en adoptant les hypothèses plutôt optimistes de l'annexe C de la LFSS pour 2005 (augmentation des charges de 2,7 % en 2006 puis 2007 contre 4,7 % et 4,8 % pour les produits), elle deviendrait négative dès 2006 (-147 M€) et continuerait à se dégrader ensuite (-482 M€ en 2007). La dégradation de la situation de la branche se traduit en trésorerie. Le fonds de roulement net global chute de 35 % en trois ans.

### **1 – L'ajustement insuffisant des taux de cotisations par rapport aux dépenses prévisionnelles**

Les cotisations sociales payées par les entreprises (6,9 Md€ en 2004) constituent plus de 75 % des produits<sup>82</sup>. Leur produit augmente de 11 % entre 2000 et 2004 en euros courants sous le seul effet de

---

80. Jusqu'en 2003, les dix premiers jours de l'année étaient rattachés à l'année précédente en « charges à payer ». A compter de 2003 cette « période complémentaire » de dix jours est supprimée et compensée par une augmentation de 84 % de la dotation aux provisions. Cette opération est d'autant plus sensible que les reprises sur provisions en 2003 ont été faibles en raison d'un sous provisionnement de 46 M€ en 2002.

81. Cf. le tableau des résultats financiers des branches du régime général, chapitre III, I, A.

82. Le quart restant des produits est constitué des cotisations prises en charge par l'Etat (1,5 Md€), de transferts, contributions et divers produits techniques (400 M€ en 2004), de reprises sur provision (389 M€ en 2004) ainsi que d'autres produits (produits financiers, produits de gestion courante et produits exceptionnels).

l'augmentation de la masse salariale. Pendant la même période, en effet, le taux net des cotisations a été ramené de 2,2 % de la masse salariale à 2,185 % alors même que les dépenses augmentaient de 32 % et que le déficit s'installait et cela en dépit du principe d'équilibre de la branche posé par l'article L. 242-5 du CSS. Or, l'ajustement annuel des taux de cotisation, spécifique à cette branche, a pour objet d'assurer l'équilibre en fonction des prévisions de dépenses.

## **2 – Les facteurs de l'évolution des charges**

Les charges se composent de 93 % de charges de gestion technique (8,7 Md€ en 2004) et de 7 % de charges de gestion administrative (691 M€). La proportion des charges de gestion administrative (7,4 %) est légèrement supérieure à ce qu'elle était en 2001 (+0,32 points). La Cour avait relevé en 2002 que la complexité du système de tarification alourdit le coût de la gestion.

Les charges de gestion technique sont essentiellement composées de la prise en charge directe des conséquences des accidents et maladies professionnels (6 719 M€ soit 78 %) auxquelles s'ajoutent les transferts (1 596 M€) et les dotations aux provisions sur prestations (268 M€).

Comme la Cour l'avait relevé en 2002, l'analyse de l'évolution de ces charges est limitée par le fait que les statistiques d'accidents du travail et des maladies professionnelles ne sont connues qu'avec deux ans de décalage.

Entre 2002 et 2003, dernière année connue, le nombre d'accidents du travail recensés par le régime général baisse de 5,1 %, mais leur fréquence par rapport au nombre d'heures travaillées augmente ainsi que leur gravité. Le nombre des maladies professionnelles déclarées connaît un fort accroissement de 10 % et les décès qui leur sont imputés une augmentation de 13,8 %.

### *a) Les prestations d'incapacité*

Les prestations d'incapacité représentent plus de 70 % des dépenses de la branche, plus des  $\frac{3}{4}$  des charges de gestion technique et 97 % des prestations sociales.

Les prestations d'incapacité temporaire (2 922 M€ en 2004) qui représentent 32 % de la dépense totale de la branche augmentent de 1,8 % en 2004 soit bien moins que les soins de ville. Habituellement, les deux postes évoluent de façon similaire.

Le ralentissement de la progression est dû notamment à la diminution de 3,6 % des indemnités journalières<sup>83</sup> qui constituent 66 % de ces dépenses, recul plus rapide que celui des indemnités journalières maladie (-0,5 %).

Ce ralentissement tient également à la baisse de 6,6% des prestations exécutées en établissements<sup>84</sup>. Cette diminution prolonge la baisse continue de la part des AT-MP dans les hospitalisations. En 1986, les AT-MP représentaient 1 % des journées d'hospitalisation sur la base des déclarations des établissements. Elles n'en représentaient plus que 0,69 % en 2000 et 0,63 % en 2003. Cette baisse a été accentuée par des modifications techniques dans la comptabilisation des dépenses des établissements sous dotation globale. La sous estimation des AT-MP dans les hospitalisations parait donc s'amplifier.

Les prestations d'incapacité permanente (3 597 M€) sont, pour l'essentiel, des rentes versées aux victimes (soit 97 % du total) et, marginalement, des indemnités en capital, versées pour les incapacités d'un taux inférieur à 10 %. Elles n'ont évolué que sous l'effet du nombre de bénéficiaires et de la revalorisation annuelle pour tenir compte de l'inflation (+1,7 % en 2004 après +1,5 % en 2003 et +2,2 % en 2002). En effet, contrairement à la LFSS 2002, les LFSS pour 2003 et 2004 n'ont pas comporté d'amélioration de l'indemnisation, ce qui a contribué à modérer la croissance globale de ce poste (+4 % en 2004, 2,8 % en 2003).

#### *b) Les transferts, subventions et contributions (1,6 Md€)*

Les transferts, subventions et contributions se sont élevés à 1,6 Md€ en 2004. Ils représentent 17 % des charges totales de la branche. Les charges de compensation au bénéfice d'autres régimes (mines, salariés agricoles) et le reversement à la branche maladie de la CNAMTS approchent 900 M€ soit 9,6 % des charges AT/MP.

#### *La contribution au fonds national de l'assurance maladie (330 M€)*

Le montant de cette contribution, destinée à compenser la sous-déclaration des AT-MP et leur prise en charge consécutive par l'assurance maladie, est révisé tous les trois ans après avis d'une commission.

Parmi les éléments dont cette commission dispose pour se prononcer, figure tout d'abord l'augmentation continue du nombre de

---

83. 1 968 M€ en 2003, 1 961 M€ en 2004.

84. 488 M€ en 2003, 456 M€ en 2004.

maladies professionnelles reconnues chaque année : 5 000 en 1991, 10 000 en 1996, 40 000 dont 35 000 avec arrêt de travail en 2003. Cette augmentation traduit notamment l'inscription de nouvelles pathologies au tableau des maladies susceptibles d'être reconnues comme d'origine professionnelle. A réglementation inchangée depuis 1991, le nombre de maladies reconnues en 2003 aurait été inférieur de 39 % à ce qu'il a été.

Cependant, il reste patent que les maladies professionnelles continuent, malgré les progrès enregistrés, à être sous déclarées et sous reconnues. Les statistiques épidémiologiques le montrent toujours davantage. Cette sous-reconnaissance résulte notamment des pratiques différentes des CRAM en la matière. Si certaines pathologies, comme le cancer, font l'objet d'études qui permettent d'évaluer ces phénomènes avec une certaine précision, l'information est en revanche extrêmement lacunaire pour d'autres pathologies professionnelles très répandues, tels que les troubles musculo-squelettiques.

La charge globale de cette sous-imputation est certainement très supérieure à la compensation de 330 M€ que verse la branche AT-MP à l'assurance maladie. Pour les seules dépenses d'hospitalisation, la charge induite par les défaillances dans l'imputation à la branche AT-MP font peser sur l'assurance maladie avait en effet été évaluée en 2002 par la Cour à 300 M€

Des progrès dans l'estimation de cette charge sont néanmoins possibles au travers d'une meilleure prise en compte des données épidémiologiques existantes.

## **C – Les problèmes de fond**

L'évolution des dépenses et la situation financière qui viennent d'être décrites résultent pour une large part de problèmes de fond. La situation et les perspectives de la branche devraient inciter à des réformes plus profondes. Faute d'une adaptation longuement différée, la branche se trouve aujourd'hui devant un cumul de difficultés : croissance prévisible des dépenses dues à l'indemnisation des victimes de l'amiante et au progrès des connaissances sur l'origine professionnelle des maladies ; rénovation souhaitable de l'indemnisation des victimes pour la rapprocher du droit commun ; nécessité d'une plus grande vérité des coûts des risques professionnels afin d'ajuster la compensation au profit de l'assurance maladie.

## **1 – Des recommandations qui tardent à être traduites dans les faits**

En février 2002, la Cour a publié un rapport public particulier sur la gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Les recommandations faites à cette occasion soulignaient notamment la nécessité d'une réflexion d'ensemble sur la réparation des risques professionnels, afin de rendre plus homogène l'indemnisation à l'intérieur même du régime AT-MP et de mieux l'articuler avec le droit commun. Elles montraient aussi les limites de la prévention et l'inadaptation du système de tarification qui devait être simplifié et rénové. Elles relevaient aussi l'absence de convention d'objectif et de gestion (COG) entre l'Etat et la branche, les limites de l'action de l'INRS et les insuffisances manifestes tant dans le domaine des statistiques que dans celui de la capacité d'expertise permettant de mieux connaître les risques professionnels.

Trois ans après, le bilan est très mitigé. Certes la signature de la COG propre à la branche est intervenue le 25 février 2005 avec effet au 1<sup>er</sup> janvier 2004 pour une durée de trois ans, mais ce calendrier heurté rend peu crédible certaines des échéances contenues dans cette COG. Dans son préambule, celle-ci reconnaît la nécessité de moderniser et de simplifier les instruments de tarification et la branche s'engage à proposer, d'ici la fin du troisième trimestre 2005, des aménagements aux mesures relatives aux majorations ou minorations de taux. De même le point 2-3 prévoit d'améliorer « les statistiques et études de la branche AT/MP. » La première échéance est fixée pour la fin 2005 et la CNAMTS s'engage pour cette date à créer une base de données permettant un suivi exhaustif des éléments fondamentaux de la sinistralité. L'article 54 de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie va dans le même sens puisqu'il invite les partenaires sociaux à « soumettre au Gouvernement et au Parlement, le cas échéant, des propositions d'évolution des conditions de prévention, de réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. »

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique dispose, pour sa part, que l'institut de veille sanitaire mettra en oeuvre « en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés » un outil de centralisation et d'analyse des statistiques AT-MP et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu de travail.

Enfin la publication en février 2005 du plan santé au travail constitue aussi une réponse partielle à certaines préoccupations de la Cour. Une agence publique chargée de la santé au travail est créée. Elle doit fournir une expertise scientifique indépendante sur l'évaluation des

risques en milieu professionnel (notamment en matière de risques chimiques).

Au total, la plupart de ces dispositions sont récentes. Elles n'ont donc pas encore été mises en œuvre. Leur accumulation témoigne du cloisonnement persistant qui prévaut au sein de l'Etat entre l'approche du ministère chargé du travail et celui chargé de la sécurité sociale. Enfin, des recommandations importantes de la Cour, notamment sur la nécessaire réforme du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels, qui constitue un élément central du système de reconnaissance de l'origine professionnelle des risques, n'ont toujours pas été suivies d'effet.

## **2 – Les fonds amiante (600 M€ en 2004)**

Les dotations de la branche AT-MP au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) sont passées de 103 M€ en 2000 à 600 M€ en 2004 et 800 M€ en 2005. Le poids du financement des deux fonds amiante s'accroît tendanciellement. Il pèse globalement sur la branche AT-MP qui supporte 90 % de la dépense (depuis 2000 pour le FCAATA et 2001 pour le FIVA). L'Etat en supporte 10 % sans qu'une clé de répartition ait été définie.

Le FIVA indemnise des victimes de pathologies avérées de l'amiante contractées, pour l'essentiel, dans l'exercice d'une activité professionnelle. Des dispositions exorbitantes du droit de la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles ont été fixées en adoptant le principe de la réparation intégrale. Ces sommes étant dépensées pour une indemnisation de maladies professionnelles, un financement par la branche AT-MP paraît s'imposer. Une partie des dépenses devrait cependant être prise en charge par l'Etat dont la responsabilité est engagée à un double titre, en tant qu'employeur, dans le cadre d'entités publiques ayant recouru à l'amiante et au titre de son activité régalienne en raison de son retard à régler alors que les dangers de l'utilisation de l'amiante étaient connus.

Toute autre est la question du FCAATA qui finance la cessation anticipée d'activité des salariés ayant travaillé dans des entreprises appartenant à des secteurs où l'amiante a été utilisé. Seuls 10% de ses bénéficiaires sont des victimes de pathologies avérées, les autres n'étant que des victimes potentielles. Parmi elles, certaines n'ont été que très peu, voire jamais, exposées directement à l'amiante. Le FCAATA étant un des derniers systèmes de préretraite existant, il a eu tendance à devenir un dispositif de gestion de l'emploi. Son financement apparaît à bien des

égard une charge indûment supportée par la branche AT/MP et contribuant pour une part importante de son déficit. Les financements que la branche AT-MP a consacrés au FCAATA sont depuis 2002, année d'apparition du déficit, en cumulé, supérieurs au déficit de la branche.

Un recentrage des financements accidents du travail et maladies professionnelles sur les préretraites servies par le FCAATA aux seules victimes ayant développé une maladie s'impose<sup>85</sup>. Une partie des sommes ainsi dégagées pourrait être mobilisée pour mieux indemniser, à l'avenir, les victimes malades. Cette meilleure indemnisation pourrait passer par la reconnaissance au FIVA d'une compétence pour compléter les indemnisations au titre de la réparation intégrale des indemnités pouvant être perçues sur le fondement de la faute inexcusable de l'employeur, et ce, sans que la victime doive aller en justice.

Ces pistes de réflexion ont été formulées par la Cour dans un rapport remis en mars 2005 à la commission des affaires sociales du Sénat et qui a été publié.

### 3 – Les accidents de trajet

En dix ans, alors que le nombre des accidents corporels de la circulation a diminué de 34 %, celui des accidents de trajet a augmenté de 2,8 % et le nombre de journées perdues à ce titre de 30 %<sup>86</sup>. Les décès par accident de trajet représentaient 8 % des accidents mortels enregistrés par la sécurité routière en 1993 et 8,8 % en 2003.

Les accidents de trajet sont indemnisés suivant les mêmes principes que les accidents du travail. L'existence ou non d'une faute du salarié est sans effet sur l'indemnisation, contrairement aux règles du droit commun. L'incitation à adopter un comportement responsable est donc faible.

En revanche, comme la Cour l'a indiqué en 2002, l'indemnisation versée par la branche AT/MP est le plus souvent inférieure à celle qui pourrait être obtenue en droit commun. Sur cinq dossiers réels d'accidents de trajets analysés en 2003, d'une part par l'assurance maladie, d'autre

---

85. La situation des personnes ayant été exposées à l'amiante dans leur travail, mais n'ayant pas développé de pathologie, devrait être examinée, par exemple, dans le cadre des travaux de mise en œuvre de l'article 12 de la loi portant réforme des retraites sur la prise en compte de la pénibilité dans les conditions de départ à la retraite.

86. Les accidents de trajet sont ceux qui se produisent entre le domicile et le lieu de travail. Les accidents qui interviennent sur des parcours effectués pendant le temps de travail sont classés en accidents du travail.

part, par des assureurs privés à l'occasion des travaux sur la réparation intégrale<sup>87</sup>, quatre concluaient à une meilleure indemnisation par le droit commun. La différence la plus sensible concernait le dossier le plus grave (décès). L'indemnisation par l'assurance maladie s'établissait à 150 997 €; le même dossier indemnisé par une société d'assurance l'aurait été à hauteur de 328 698 €

Les accidents de trajet ne sont pas imputés individuellement au compte des employeurs. La majoration de la cotisation accidents du travail est mutualisée. Cette contribution est donc sans effet sur la mise en œuvre par l'employeur d'une politique de prévention. Il ne peut d'ailleurs intervenir que pour une part, en mettant par exemple en place un dispositif de transport en commun ou en tenant mieux compte de la disponibilité de transports en commun dans l'organisation du travail.

En 2003, 16% des cotisations encaissées, soit 1,08 Md€ l'étaient au titre de la réparation des accidents de trajet<sup>88</sup>.

Une réflexion devrait être engagée pour une révision profonde du système de prise en charge des accidents de trajet, dans le prolongement des conclusions du rapport public particulier de la Cour<sup>89</sup> d'avril 2005 qui recommande de peser sur le coût relatif des déplacements collectifs et en voiture individuelle et de limiter l'usage de celle-ci. Cette réflexion devrait avoir le souci de mieux responsabiliser les salariés et les entreprises pour une meilleure prévention, de contribuer au redressement du financement de la branche et à une meilleure indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles.

---

#### SYNTHESE

---

*L'objectif de la branche AT-MP avoisine les 10 Md€ en 2004 mais est minoré d'un montant censé être représentatif des dépenses que la branche maladie prend en charge en raison de la sous déclaration et de la sous reconnaissance des accidents du travail et maladies professionnelles. En dépit des améliorations permises par les travaux de la commission AT-MP, la contribution forfaitaire de la branche AT-MP à la branche maladie ne compense pas les conséquences financières de cette sous-déclaration.*

---

87. La rénovation de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles présentée en mars 2004 par le comité technique de pilotage de la réforme des accidents du travail.

88. Il ne s'agit pas de la seule contribution que versent les employeurs pour les déplacements de leurs salariés. Dans le rapport public particulier qu'elle a consacré en avril 2005 au financement des transports urbains, la Cour note que les entreprises ont par ailleurs contribué pour 4,5 Md€ en 2003 à ces transports.

89. Rapport public particulier relatif au financement des transports urbains avril 2005.

*De plus cette contribution n'est pas comptabilisée dans l'objectif de la branche AT-MP.*

*Equilibrée jusqu'en 2001, la branche AT-MP connaît depuis lors un déficit que les excédents antérieurs ne suffiront plus à compenser à compter de 2006. Le déficit d'exploitation de 184 M€ qu'affiche le régime général serait, en l'absence d'opérations exceptionnelles, en réalité de 315 M€ en 2004. Malgré une augmentation des dépenses de 32 % entre 2000 et 2004 le taux net des cotisations, qui assurent plus des trois quarts des financements de la branche, a été ramené de 2,2% de la masse salariale à 2,185 %. La prise en charge légitime des conséquences de l'usage de l'amiante contribue pour une part importante à l'augmentation des dépenses, sans en être seule responsable.*

*Au-delà de la seule recherche de l'équilibre, une reconnaissance et une prise en charge équitable des accidents du travail et maladies professionnelles conduisent à envisager des réformes profondes. Celles que la Cour proposait dans son rapport public particulier de février 2002 ont été retenues dans leur principe par les pouvoirs publics mais n'ont été que partiellement mises en œuvre. La Cour les a depuis complétées de pistes de réflexion visant à recentrer le FCAATA sur l'indemnisation des victimes de pathologies avérées et une amélioration de l'indemnisation des victimes de l'amiante. Enfin, le présent rapport propose d'engager une réflexion sur l'indemnisation des accidents de trajet afin de développer la prévention, de contribuer au redressement du financement de la branche et permettre l'amélioration de l'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles.*

---

#### RECOMMANDATIONS

---

*12. La Cour renouvelle les recommandations qu'elle avait formulées en 2002, notamment sur la rénovation de l'indemnisation des accidents du travail et maladies professionnelles, la simplification des conditions de la tarification et l'amélioration du calcul de la compensation que verse la branche AT-MP à la maladie. Elle y ajoute les préconisations suivantes :*

*13. Réexaminer les modalités de construction de l'objectif de branche afin qu'il ne soit plus artificiellement minoré et appliquer la règle d'ajustement annuel des cotisations aux dépenses ;*

*14. Définir une clé de répartition des dotations affectées au financement des fonds d'indemnisation de l'usage de l'amiante stable et tenant compte des responsabilités entre l'Etat et la branche AT-MP ;*

15. *Recentrer le FCAATA sur le départ en préretraite des seules victimes malades et intégrer les indemnités dues en cas de faute inexcusable de l'employeur dans l'indemnisation du FIVA ;*

16. *Engager une réflexion sur le principe et les modalités d'indemnisation des accidents de trajet par la sécurité sociale.*

---

## **IV - Les dépenses de la branche retraite**

Le bilan de la mise en œuvre de la loi du 21 août 2003 relative à la réforme des retraites, présenté par le rapport de la Cour sur la LFSS 2003, montrait que des textes importants n'avaient pas encore été pris.

Depuis lors, le rapport n° 2238 déposé par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale en avril 2005 a fait un point complet sur la publication des textes nécessaires à la mise en œuvre de la réforme des retraites. La Cour ne revient donc pas sur ce sujet. De plus, il est trop tôt pour porter une appréciation sur les effets des réformes concernant les différents régimes visés par la loi de 2003.

La LFSS pour 2004 ne contenait aucune disposition relative aux retraites, autre que le taux de l'objectif des dépenses.

L'objectif initial de dépenses de la branche retraite entrant dans le champ de la LFSS, soit 146,6 Md€, a été porté à 146,8 Md€ par la LFSS pour 2005. Les dépenses se sont élevées à 147 Md€

L'année 2004 est celle de l'entrée en vigueur de la loi du 21 août 2003. Celle-ci comporte de nombreuses mesures destinées à freiner la croissance des dépenses de retraite. Mais elles montent en charge très progressivement et n'ont donc guère d'impact sur les dépenses de l'année 2004. Par contre, certaines mesures sont de nature à générer des dépenses supplémentaires dès 2004 : il s'agit essentiellement de la retraite anticipée au profit, d'une part, des assurés ayant commencé à travailler très jeunes et justifiant d'une longue durée d'assurance et, d'autre part, des assurés handicapés.

De ce fait, la branche retraite affiche un déficit de 75,5 M€ contre un solde positif de 616,4 M€ en 2003 et de 1 660 M€ en 2002. La prévision pour 2005 est de -1 745 M€

Si la dégradation de 2003 (-719 M€ par rapport à 2002) s'expliquait par la réforme des règles de compensation, celle de 2004 est entièrement imputable à l'augmentation des charges propres au régime.

**Charges de la branche retraite (régime général)**

Charges	2004 (M€)	% 2004/2003
A- Charges de gestion technique	74 729	+ 5,0
dont :		
- prestations légales retraite	67 702	+ 5,2
- prestations légales veuvage	78	+ 0,7
- action sociale	320	+ 17,5
- compensation généralisée	2 866	- 4,7
- autres transferts	2 922	+ 2,2
- dotations aux provisions	367	+ 87,3
- charges financières	17	NS
B- Charges de gestion courante	971	+ 6,1
<b>Total</b>	<b>75 730</b>	<b>+ 5,0</b>

Source : DSS

Les charges totales de la branche ont progressé de 5 % comme en 2003. Mais les évolutions des différentes catégories de dépenses sont diverses :

- les prestations légales de retraite progressent de 5,2 %, conformément à la prévision de septembre 2004. Il faut rappeler que la prévision de septembre 2003 qui n'incluait pas la réforme de 2003 prévoyait une augmentation de 3,9 %. Au sein de ces prestations de retraite, les droits propres augmentent de 5,4 %, les droits dérivés de 4,2 %. Les majorations accordées sous condition de ressources progressent de 7,9 % (contre 8,7 % en 2003) au titre de l'ancien article L. 814-2 (majoration de pension) et de 6,9 % au titre de l'ancien article L. 815-2 (allocation supplémentaire du FSV)<sup>90</sup> ;
- les prestations d'action sociale opèrent un rattrapage après la baisse de 11 % en 2003 ;

90. L'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 a fusionné les allocations constitutives du minimum vieillesse en une seule allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA art. L 815-1 et s. du CSS) dont l'entrée en vigueur doit intervenir au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2006. A côté de l'ASPA a été créé un complément de retraite (art. L. 815-30) destiné aux non résidents (cf. infra chapitre II, III).

- les dépenses de compensation généralisée diminuent après la forte augmentation de 2003 due à la réforme des mécanismes de calcul de la compensation ;
- les frais financiers font un bond spectaculaire qui traduit l'accroissement des besoins de trésorerie en cours d'année, en dépit du solde encore positif ;
- les charges de gestion courante progressent de 6,1 % sous l'effet d'une forte hausse des dépenses de personnel de 7 %. Cette hausse s'explique par l'évolution des effectifs (+4 % en raison des embauches anticipées pour préparer les départs en retraite des agents et la mise en œuvre de la réforme des retraites), par l'évolution du salaire annuel moyen (+2 %) et par l'évolution importante de primes et indemnités, notamment d'intéressement et de départ en retraite ;
- la progression des prestations (+5,2 %) est, en 2004, contrairement aux années précédentes, supérieure à celle des produits (+4 %). Ces produits comprennent les cotisations (+3,2), les impôts (+5,6) et les transferts (-19,8)<sup>91</sup>.

L'augmentation des pensions en 2004 résulte de trois effets :

- la revalorisation de 1,7 %, identique à l'évolution de l'indice des prix à la consommation (hors tabac) ;
- l'évolution du nombre de retraités : +3,23 %, contre 1,61 % en 2003 ;
- l'effet de structure (évolution de la pension moyenne hors revalorisation) : +0,24 %.

Les deux derniers effets mesurent l'accroissement en volume des prestations, égal à la différence entre la progression totale des pensions (5,2 %) et l'effet prix (1,7 %), soit 3,5 % en 2004, taux nettement supérieur à celui de 2003 (2,2 %).

Cette croissance en volume s'explique essentiellement par la mesure relative aux départs en retraite avant 60 ans. En droits constatés, le facteur volume des dépenses ressort pour les droits propres (seuls concernés par la mesure) à 3,6 % alors que, en excluant les départs avant 60 ans, le taux est de 2,6 %. Pour les seules pensions dites normales (hors inaptitude), le taux est de 4,5 % au lieu de 3,2 %.

---

91. Parmi ceux-ci figurent les versements effectués ou dus par le FSV à la CNAVTS (cf. chapitre II, III). La créance de la CNAVTS résultant des insuffisances de versements du FSV est comptabilisée en produits à recevoir. Elle figure au bilan de la CNAVTS au 31 décembre 2004 pour un montant de 2,6 Md€. A la mi 2005, la moitié environ de cette créance avait été réglée.

Environ 113 000 assurés ont bénéficié de la retraite anticipée en 2004. Le coût supplémentaire qui en est résulté est évalué à 565 M€ Pour 2005, avec 105 000 nouveaux bénéficiaires estimés par la CNAV, le coût total de la mesure passerait à 1 355 M€

## **V - Les dépenses de la branche famille**

Pour la première fois depuis 1998, les comptes de la branche famille ont été déficitaires en 2004 : -561 M€

La dégradation du solde a été de 783 M€ entre 2003 et 2004 et s'explique principalement par l'augmentation des aides légales à la petite enfance (+6,3 %) et des dépenses d'action sociale à destination majoritairement de la petite enfance (+17,6 %), augmentations qui ont été très supérieures à la progression des recettes de la branche (+2,9 %).

### **A – Les mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004**

L'article 60 de la LFSS pour 2004 a créé une nouvelle prestation appelée à devenir une des composantes majeures de la politique familiale : la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) et ses compléments.

Pour tous les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 (et leurs frères ou sœurs aînés âgés de moins de six ans), la PAJE prend la succession de cinq prestations versées précédemment aux parents d'enfants de moins de trois ou six ans<sup>92</sup>, prestations qui continuent à être versées aux enfants nés avant 2004 (et n'ayant pas de frère ou de sœur né ou adopté depuis 2004) et qui ont vocation à disparaître progressivement d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2007.

Elle est constituée de trois composantes :

- la « prime à la naissance ou à l'adoption » et « l'allocation de base » de la PAJE (ces deux prestations sont également appelées le « socle » de la PAJE) prennent la suite de l'allocation pour jeune enfant (APJE) et de l'allocation d'adoption, avec des conditions de ressources moins restrictives ;

---

92. En cas d'adoption, la limite d'âge pour le « socle » de la PAJE et pour l'allocation d'adoption décrites ci-dessous est de 20 ans, mais cette composante des aides représente moins de 0,2 % du coût de l'ensemble.

- le « complément de libre choix d'activité » succède à l'allocation parentale d'éducation (APE), dont il élargit le champ : le parent souhaitant ne pas avoir d'activité professionnelle pour élever son enfant de moins de trois ans est dorénavant éligible à une aide (sous conditions d'activité antérieure) dès le premier enfant (mais pour une durée maximale de six mois au lieu d'un peu moins de trois ans à compter du deuxième enfant) ;
- le « complément de libre choix de garde » prend la suite, avec des conditions financières un peu plus généreuses, de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle (AFEAMA) et de l'allocation de garde à domicile (AGED).

## **B – L'évolution des dépenses**

Le montant total des dépenses de la branche s'est établi à 49,2 Md€ en droits constatés, soit une progression de 4,5 % par rapport à 2003 :

**Evolution des principaux postes de dépenses de la branche famille**

	Dépenses 2004 (M€)	Evolution 2004/2003 (%)
Les prestations légales :	34 307	+4,2
- Allocations familiales	11 699	+2,2
- Complément familial	1 575	+1,2
- Allocation pour jeune enfant	1 783	-36,7
- APE, AFEAMA, AGED	5 052	-4,9
- PAJE	1 809	
- Monoparentalité	1 927	+5,6
- Allocation de rentrée scolaire	1 370	+2,4
- Logement	3 473	+6,3
- Handicapés	5 304	+5,1
- Frais de tutelle	195	+6,7
- Autres	120	+0,2
Les prestations extra-légales (action sociale)	2 879	+17,6
Les transferts versés :	9 510	+3,4
- AVPF	3 885	+3,6
- Majoration pour enfant (FSV)	1 965	+3,7
- Congé paternité	222	+7,5
- Financement FNH-FNAL	3 271	+2,8
- Autres transferts versés	167	+4,7
Les charges de personnel et autres charges de gestion courante	1 794	+4,0
Les charges diverses	714	
<b>Total</b>	<b>49 204</b>	<b>+ 4,5</b>

Source : CNAF

**1 – Une augmentation importante des prestations familiales***a) Les prestations d'entretien (hors petite enfance)*

La base mensuelle des allocations familiales (BMAF), sur laquelle le niveau de la plupart des prestations familiales est indexé, a été augmentée de 1,7 % au 1<sup>er</sup> janvier 2004. Les allocations familiales (+2,2 %), le complément familial (+1,2 %), de même que l'allocation de rentrée scolaire (+2,4 %), ont connu des progressions relativement comparables à celles de la BMAF, les écarts étant principalement dus à des facteurs démographiques de faible ampleur sur l'année et à l'évolution des ressources des parents pour le complément familial et l'allocation de rentrée scolaire.

*b) Les prestations spécifiques à la petite enfance*

Les prestations spécifiques à la petite enfance sont composées des aides à la garde du jeune enfant, de l'aide au libre choix d'activité et des prestations d'entretien. En absence d'évolution démographique marquée (le nombre des naissances a été sensiblement identique en 2004 à celui des deux années précédentes) et en rappelant que l'augmentation de la BMAF a été de 1,7 %, ces trois composantes ont augmenté de la façon suivante :

- les dépenses relatives à la garde du jeune enfant ont continué à augmenter fortement (+10,4 %) en raison du choix des parents qui ont de plus en plus recours à une assistante maternelle agréée et du succès de l'AFEAMA dont les modalités ont été reprises et améliorées dans la PAJE (les dépenses au titre de l'AFEAMA avaient augmenté de 5,0 % en 2003, 10,3 % en 2002 et 10,4 % en 2001) ;
- après une faible augmentation en 2003 (+1,25 %), les dépenses relatives au libre choix d'activité ont augmenté d'un peu plus de 2,5 % en 2004 en raison principalement de l'augmentation du nombre de bénéficiaires, conséquence de l'extension au premier enfant autorisée par la PAJE ;
- les prestations d'entretien du jeune enfant (entre 7<sup>ème</sup> mois de grossesse et 3 ans de l'enfant) ont augmenté de près de 7,5 % en 2004, ce qui constitue un renversement de tendance dû principalement à la création de la PAJE (en 2003, la dépense au titre de l'APJE avait baissé de 0,13 %).

Au total, la dépense au titre des prestations légales spécifiques à la petite enfance a progressé de 512 M€ soit une augmentation de 6,3 % très supérieure à l'augmentation des recettes de la branche.

*c) L'allocation de parent isolé*

De même que les autres prestations liées à la précarité (les dépenses relatives au RMI ont ainsi augmenté de 10,7 % en 2004), l'allocation de parent isolé a connu une forte croissance, passant de 833 M€ en 2003 à 900 M€ en 2004, soit une augmentation de 8,0 % due principalement à l'augmentation du nombre de parents nouvellement isolés et éligibles<sup>93</sup>. Cette augmentation des dépenses n'a pas d'effet sur

---

93. L'API est versée pendant une durée maximale de 12 mois (ou pour une durée plus longue mais limitée aux trois ans de l'enfant pour les parents isolés de très jeunes enfants) aux parents isolés dont les revenus sont très faibles.

le solde de la branche car la dépense au titre de l'API est intégralement remboursée par l'Etat.

*d) Les aides au logement*

Après une progression de 7,9 % en 2001 et de 6,1 % en 2002, en raison principalement de la réforme des aides mise en œuvre à la suite de la LFSS pour 2001, les aides au logement n'avaient augmenté que de 1,2 % en 2003, principalement du fait de l'absence de revalorisation des barèmes due à différents retards. Cette revalorisation ayant eu lieu au second trimestre 2004 avec effet rétroactif au 1<sup>er</sup> juillet 2003, les dépenses ont augmenté de 6,3 % en 2004, entraînant une charge supplémentaire de 206 M€ par rapport à 2003.

*e) Les aides aux personnes handicapées*

L'allocation aux adultes handicapés (AAH) et son complément ont représenté une dépense totale de 4 812 Md€ soit une augmentation de 5,1 % due principalement à la hausse du nombre de bénéficiaires. Cette progression n'a pas d'incidence sur le solde financier de la branche car les dépenses au titre de l'AAH et de son complément sont intégralement remboursées par l'Etat.

De plus, les dépenses relatives à l'allocation d'éducation spéciale (AES)<sup>94</sup> sont passées de 468 M€ en 2003 à 492 M€ en 2004, soit une progression de 5,1 %, très inférieure aux progressions de 20,8 % et 10,9 % enregistrées en 2003 et 2002 (progressions dues principalement à la réforme intervenue en avril 2002).

## **2 – Une très forte augmentation des dépenses d'action sociale**

Après une forte croissance en 2002 (+13 %) suite à l'impulsion donnée par la COG 2001/2004 et une croissance plus modérée en 2003 (+3,6 %), les prestations d'action sociale ont à nouveau augmenté très fortement en 2004, passant de 2 449 M€ à 2 879 M€ (+17,6 %).

Si les contrats temps libre continuent d'augmenter, s'élevant à 269 M€ contre 187 M€ en 2003, le surcoût total de 430 M€ est principalement dû à la progression des prestations de service relatives à la petite enfance. Les prestations de service ordinaires sont ainsi passées de 999 M€ à 1 183 M€ et les contrats enfance de 411 M€ à 545 M€ en

---

94. Allocation renommée « allocation d'éducation de l'enfant handicapé » par la loi du 11 février 2005.

raison, en particulier, de la forte croissance ces dernières années des dépenses d'investissement permettant la création de nouvelles places de crèches et de haltes-garderies (ce qui entraîne mécaniquement une hausse des coûts de fonctionnement les années suivantes).

### **3 – Une relative stabilité du transfert de la branche au profit du FSV**

L'article 25 de la LFSS pour 2001 a prévu la prise en charge progressive par la CNAF des majorations de pensions pour enfant, avantage non contributif financé par le FSV depuis 1993. Cette prise en charge a joué un rôle majeur ces dernières années dans la dégradation du solde de la branche : en 2003, par exemple, le taux était passé de 30 % à 60 %, entraînant des charges supplémentaires à hauteur de près de 1 Md€ pour la branche famille.

L'article 62 de la LFSS pour 2004 a maintenu le taux à ce niveau de 60 % et l'évolution des dépenses au titre de ce transfert n'a donc eu qu'une incidence limitée sur l'évolution du solde de la branche en 2004 (augmentation de 70 M€ soit 3,7 %).