

## **Chapitre VII**

# **L'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les soins de ville : une surestimation des économies, un outil à réajuster**



### **PRESENTATION**

*Le sous-objectif de l'ONDAM « soins de ville »<sup>203</sup> (dans la suite « ONDAM ville ») est le plus important au sein de l'ONDAM dont il constitue 46 % (79,4 Md€), devant le sous-objectif « établissements de santé » (44 %).*

*En exécution, les dépenses ont progressé de 1,9 % dans ce périmètre en 2013, soit +1,5 Md€. Elles se sont situées ainsi à 1,1 Md€ en dessous de la prévision, poursuivant une tendance à l'œuvre depuis quatre ans.*

*Le taux de croissance de la dépense exécutée s'inscrit néanmoins en 2013 en légère accélération par rapport à celui constaté entre 2011 et 2012 (1,7 %) et continue d'excéder celui du PIB en valeur. De même, les économies telles qu'évaluées par l'administration en 2013 sont en retrait par rapport à celles de 2012. L'écart observé ne paraît pas apporter ainsi la preuve d'une rigueur particulière ou d'un effort supplémentaire de maîtrise de la dépense.*

*Dans le contexte d'un déficit persistant de l'assurance maladie, la Cour a souhaité approfondir l'examen des méthodes utilisées pour la construction de l'ONDAM ville, particulièrement à la lumière des résultats de 2013, de même qu'elle avait examiné plus particulièrement, pour 2012, la construction de l'ONDAM hospitalier et en particulier de son évolution spontanée, ou « tendanciel »<sup>204</sup>.*

*Il ressort des travaux de la Cour que, aux différents stades de l'établissement de la prévision, certaines conventions de calcul (fixation de l'assiette, du tendanciel, mais aussi des effets reports et des économies) ont contribué à une surévaluation de l'ONDAM soins de ville<sup>205</sup>.*

*Ces différentes étapes de construction devraient donc être revues par les administrations. Elles devraient également pouvoir être examinées*

---

203. La composition détaillée de ce sous-objectif est rappelée dans le chapitre relatif à l'ONDAM 2013.

204. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2013*, chapitre VI, La fixation de l'enveloppe de dépenses des établissements de santé dans le cadre de l'ONDAM, La Documentation française, septembre 2013, p. 176-199, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

205. Par construction, une partie de ces constats ont eu un impact sur la construction et le respect de l'ONDAM global dont l'ONDAM ville est une composante. Certains se retrouvent donc, dans une forme résumée, dans le chapitre du rapport consacré à l'ONDAM 2013. Inversement, certains éléments du présent chapitre (en particulier les questions liées au provisionnement) ne sont que des cas particuliers de logiques valables pour l'ONDAM dans son entier : ils ne sont donc décrits que de manière succincte dans cette partie, qui renvoie alors au chapitre général.

*au cours des travaux parlementaires qui précèdent l'adoption de la loi de financement. Il ne s'agit pas seulement d'un enjeu technique mais bien de contribuer à la plus grande sincérité des lois de financement de la sécurité sociale.*

*Le présent chapitre examine ainsi successivement les questions de fiabilité des estimations retenues pour le calcul de la base et de l'effet report des mesures des années antérieures (I), puis celles soulevées par le calcul du tendancier (II). Il montre que ces biais fragilisent le cadrage des économies à réaliser, ce qui se double de problèmes intrinsèques de définition et de calcul de ces économies (III).*

---

L'ONDAM soins de ville comprend notamment les honoraires des généralistes, des spécialistes, des sages-femmes et des dentistes, les honoraires paramédicaux, les dépenses en laboratoires, les transports des malades, les médicaments et dispositifs médicaux, ainsi que les indemnités journalières et autres diverses dépenses<sup>206</sup>

L'ONDAM pour l'année suivante est déterminé à l'automne en appliquant à une assiette de référence appelée « base », qui est l'estimation de l'exécution de l'année en cours (alors non encore totalement connue), un taux d'évolution, qui correspond à l'évaluation spontanée des dépenses (appelée « tendancier ») et l'effet des mesures nouvelles qui donnent lieu à des « provisions » (charges supplémentaires) ou constituent des « économies » (réductions de dépenses).

Ainsi, selon la loi de financement pour 2013, les dépenses de 2012 servant de base aux calculs avaient été estimées à 78,5 Md€. L'évolution tendancielle des dépenses avait été évaluée à 4,1 %. La prise en compte des effets de reports et des provisions nouvelles portait ce chiffre à 4,8%. Des « mesures d'économies » évaluées à 456 M€ permettaient de le ramener à 2,6 %, objectif finalement arrêté pour l'ONDAM de ville.

---

206 .Composition exhaustive : honoraires médicaux (des omnipraticiens, des spécialistes, des sages-femmes) ; honoraires paramédicaux (des infirmiers, des masseurs-kinésithérapeutes, des orthophonistes, des orthoptistes, des pédicures) ; honoraires des dentistes ; médicaments (dépenses brutes et remises conventionnelles) ; biologie (dépenses de laboratoires) ; dispositifs médicaux ; transports (taxis, ambulances...) ; prestations en espèces (indemnités journalières) ; permanence des soins ; autres honoraires ; contrats et accords ; IVG ; cures ; cotisations des personnels et assistants médicaux ; aides à la télétransmission.

**Tableau n° 55 : construction de l'ONDAM ville 2013**

*En Md€*

	Prévision ONDAM ville	ONDAM
Base		78,5
Application du tendancier ONDAM ville en volume	4,1 %	81,7
Après effets de report de mesures déjà prises	4,2 %	81,8
Après provisions nouvelles	4,8 %	82,3
Après « mesures d'économies »	2,6 %	80,55

Source : PLFSS

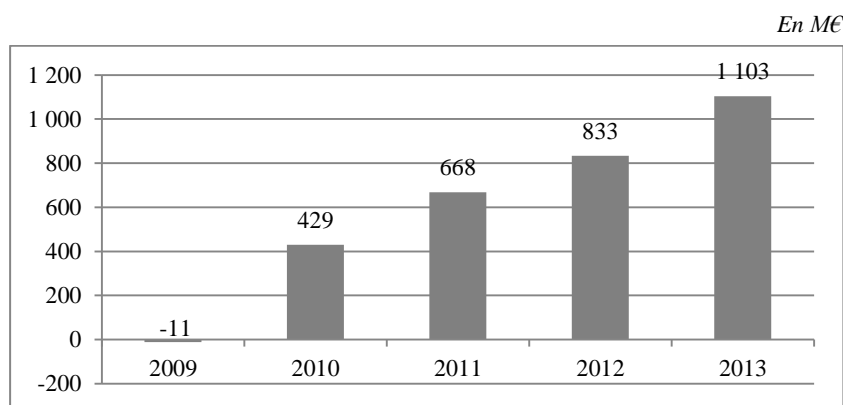
Cette prévision 2013, en cela relativement cohérente avec les observations sur les années récentes, consacrait une dichotomie entre un groupe de dépenses dynamiques (dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations<sup>207</sup>, kinésithérapie, soins infirmiers, transports) et un groupe de dépenses d'évolution plus modérée. Elle tablait par ailleurs sur le retour à une croissance un peu plus forte des indemnités journalières (IJ), des analyses en laboratoire et du médicament qu'en 2012, postulant un retour de ces postes de dépense vers leur tendance de moyenne période plutôt qu'une poursuite du ralentissement observé en 2012.

En exécution, l'ONDAM ville a été largement respecté puisqu'il atteint 79,4 Md€, en progression de 1,9 % par rapport à l'exécution 2012. Les écarts négatifs à l'objectif tiennent à 76 % au médicament et aux indemnités journalières, voire à 92 % si l'on tient compte des remises conventionnelles consenties par les laboratoires pharmaceutiques à l'assurance-maladie, alors que ces deux postes ne représentent que 40 % de la dépense.

Ce constat d'une exécution en-deçà de la prévision tend à s'amplifier d'année en année comme le montre le graphique ci-dessous.

207. Les dispositifs médicaux (DM) inscrits sur cette liste (LPP) sont définis par le code de la santé publique comme tout instrument, appareil, produit... destiné à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques.

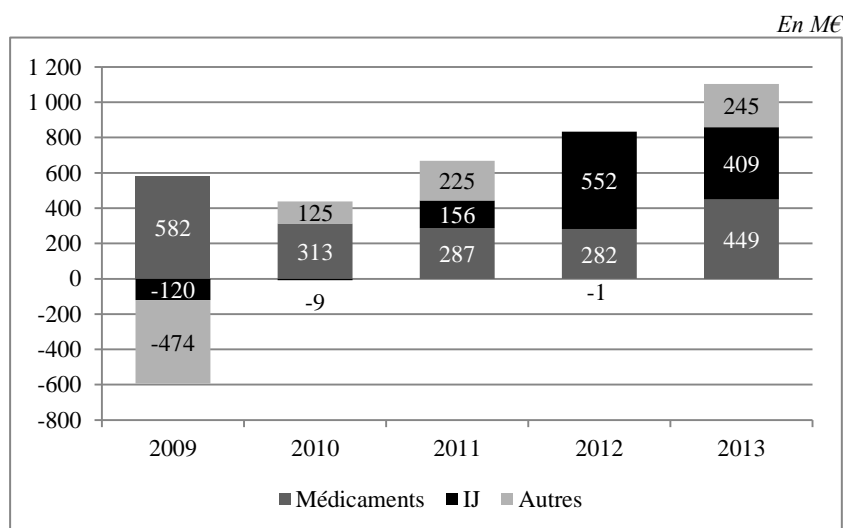
**Graphique n° 10 : écart en exécution des dépenses de soins de ville (2009-2013)**



Source : DSS, Cour des comptes

L'analyse par poste montre que les indemnités journalières et le médicament sont à l'origine de cet écart croissant, non seulement en 2013, mais au cours des années précédentes : la dépense de médicament est surévaluée en prévision depuis cinq ans et la tendance à la surévaluation des indemnités journalières s'observe depuis 2011.

**Graphique n° 11 : contribution des IJ et du médicament à l'écart d'exécution (2009-2012)**



Source : DSS, Cour des comptes

Pour autant, le respect de l'ONDAM en 2013 ne résulte pas d'un effort plus important de régulation sur ces deux postes, mais principalement d'erreurs de prévision. Certaines tiennent à des biais dans les conventions et les méthodes de calcul retenues, qui affectent en réalité chaque année la prévision et peuvent expliquer aussi dans une certaine mesure la surévaluation des années antérieures. D'autres sont spécifiques à l'exercice 2013.

Le tableau en annexe présente en détail l'effet des différentes étapes de construction de l'objectif pour chacun des postes et permet de juger de l'effet des conventions retenues. Si cette déclinaison par objectifs ne présente pas de caractère contraignant par elle-même, ces données de construction, auxquelles le Parlement n'a pas accès pour l'instant, paraissent indispensables à une compréhension éclairée des déterminants de la fixation de l'ONDAM. Elles devraient ainsi lui être communiquées de manière transparente lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

## **I - Une assiette de départ surestimée : effet de base et effets reports**

### **A - Un effet de base croissant, partiellement corrigé en 2013**

La construction de l'ONDAM tient d'abord compte des changements de périmètre entre sous-objectifs de l'ONDAM. Pour 2013, ces effets ont toutefois joué un rôle négligeable<sup>208</sup>. En revanche, les effets de base ont eu un impact majeur.

#### **1 - Un effet de base qui va en s'amplifiant**

Toute surévaluation de la base retenue par rapport à l'exécution réelle crée mécaniquement une surévaluation de l'objectif ou « effet base négatif ».

---

208. Avec un montant négatif de 27 M€, résultant du transfert d'environ 45 M€ de l'ONDAM soins de ville vers le sous-objectif relatif aux « autres prises en charge » au titre des soins à l'étranger des assurés d'un régime français et du transfert de 18 M€ des établissements médico-sociaux pour personnes âgées vers les dépenses de soins de ville au titre du financement de médicaments inclus jusqu'alors dans les forfaits de soins de ces établissements.

Cet « effet de base négatif », s'il est identifié au moment du vote de l'ONDAM pour l'année n (en décembre de l'année n-1), constitue ainsi une forme de marge de sécurité pour le respect de l'ONDAM de l'année n en montant : l'objectif en montant sera d'autant plus facile à respecter, qu'il a été surévalué, parce que l'assiette qui a permis de le calculer était elle-même surestimée. Toutefois, il est possible que les données connues sur les exécutions précédentes au moment du vote ne permettent pas d'anticiper l'existence d'un « effet base » et que celui-ci se révèle seulement a posteriori, notamment si une rupture de tendance intervient dans le dernier tiers de l'année.

Les années précédentes, l'ONDAM de ville bénéficiait déjà d'un certain « effet de base négatif » :

**Tableau n° 56 : effet de base sur les soins de ville, 2009-2011**

*En M€*

Soins de ville	2009	2010	2011	2012
ONDAM (base retenue pour n+1)	73 224,0	75 139,0	77 278,0	78 522
ONDAM exécuté n	73 200,4	74 811,8	76 628,9	77 932,1
écart base n / exécuté n-1 (effet base)	-23,6	-327,2	-649,1	-589,9

Source : Cour des comptes

## 2 - Une rectification partielle de la base en 2013

Au cours du processus de construction et de fixation de l'ONDAM ville à partir de juin 2012, certaines informations sont devenues disponibles. Elles concernaient tout d'abord l'exécution 2012 en cours d'année, en-deçà de la prévision. Ces informations portant sur une partie de l'année en cours doivent néanmoins être maniées avec précaution, par exemple au regard de la survenue d'épidémies à certaines périodes plutôt qu'à d'autres. L'exécution de 2011 a également été connue avec une certitude croissante.

Ces informations ont conduit à estimer que pouvait être neutralisé un effet de base de 350 M€. Ce montant n'a pas varié au cours du processus. Ainsi, lors de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin, puis au moment de la tenue du comité d'alerte sur l'ONDAM (le 9 octobre) et enfin début décembre 2012 pour le vote de la loi de financement, ce montant est resté inchangé, alors que des données plus complètes sur l'exécution de 2012 devenaient disponibles : en octobre, le calcul n'était fondé que sur les données de janvier à mai, en décembre, il s'appuyait sur des données de janvier à août.

La cible de dépenses arrêtée en 2011 pour 2012 (78,85 Md€) n'a donc pas été reprise intégralement comme base pour 2013, mais avec un abattement de 350 M€. Cette décision a conduit à retenir une base de



78,5 Md€. Cette rectification visait à compenser un effet de base négatif portant intégralement sur les soins de ville et essentiellement dû aux indemnités journalières et au médicament. *A contrario*, une contribution à un effet de base en sens inverse était enregistrée sur les honoraires médicaux et paramédicaux<sup>209</sup>.

Ce n'est que plus tardivement et très progressivement que la pleine mesure de l'écart d'exécution sur 2012 a été prise en considération : le groupe statistique de suivi de l'ONDAM l'a estimé à 100 M€ supplémentaires le 24 janvier 2013, puis le comité de pilotage de l'ONDAM entre 210 et 295 M€ le 5 février, cette fois sur la base des données de janvier à octobre. En avril 2013, il était évalué à 550 M€, pour être finalement arrêté à 620 M€ en mars 2014.

Il paraît toutefois très improbable qu'un tel écart, en l'état actuel des systèmes d'information qui se sont considérablement améliorés, n'ait pas pu être mieux anticipé. Ceci est d'autant plus vrai que rien n'indique qu'un changement de tendance significatif soit intervenu dans les derniers mois de 2013.

L'absence de prise en compte, ou la prise en compte partielle, dans l'estimation des 350 M€ de rectification de la base, des effets du dénouement des provisions, a pu jouer un rôle.

#### **La problématique des provisions**

En février de l'année *n*, à l'occasion de l'arrêté des comptes, l'exécution de l'année *n-1* n'est pas encore exhaustive, du fait de la comptabilisation en droits constatés et des délais de demande de remboursement des soins délivrés en *n-1*. Sont ainsi arrêtées des « provisions » qui estiment les charges encore rattachables à l'année *n-1* et qui seront dénouées pour une part prépondérante en année *n* et pour un reliquat en année *n+1*. Ainsi, au moment du vote en décembre 2012, les provisions 2011 ne sont pas encore totalement dénouées (elles le seront début 2013), mais leur adéquation à la réalité de l'exécution 2011 peut être appréhendée avec une quasi-certitude, puisque l'aléa ne porte plus que sur l'infime minorité des dépenses qui n'ont toujours pas été présentées au remboursement près d'un an après la date de soins.

Comme le montre le tableau ci-dessous, le dénouement des provisions explique 134 M€ (soit 22 %) de l'effet base pour 2012.

---

209. Le détail des effets de base estimés par poste en prévision est donné dans le tableau récapitulatif en annexe.

**Tableau n° 57 : impact de la prise en compte du dénouement des provisions sur le calcul de l'effet de base**

*En M€*

Soins de ville	2012
ONDAM (base retenue pour n+1)	78 522,0
ONDAM exécuté n (post-dénouement provision)	77 932,1
ONDAM exécuté n (hors dénouement provision)	78 066,2
écart base n / exécuté n-1 (effet base)	589,9
<i>dont dénouement des provisions</i>	<i>134,1</i>

Source : Cour des comptes

Dans la mesure où le calcul de l'effet de base n'est pas entièrement documenté, il n'est pas possible de savoir si la rectification de 350 M€ de la base a tenu compte de tout ou partie de ce sur-provisionnement. En tout état de cause, même si le montant en cause est significatif, il ne suffirait pas à expliquer l'ampleur de l'effet de base constaté.

Au demeurant, pour affiner encore l'estimation de la rectification de la base à effectuer, d'autres éléments auraient pu être mobilisés, telles que des informations, même partielles, sur l'exécution de septembre 2012. Dans le domaine du médicament, des bases privées, utilisées par certaines administrations, permettent de connaître les ventes en J+1 et ainsi de raccourcir les délais de détection des ruptures de tendance. En matière d'indemnités journalières, des données sur les liquidations plus récentes que celles d'août étaient disponibles ou pouvaient l'être. La prise en compte des éléments réellement disponibles aurait pu ainsi conduire à recalculer la base avec davantage de rigueur<sup>210</sup>.

Par ailleurs, une méthode alternative de détermination de la base pourrait être fondée sur l'application du taux de l'ONDAM voté en n-1 à la base n-2 calculée après dénouement des provisions (cf. chapitre général sur l'ONDAM 2013).

210. Il est à noter qu'une rectification de la base de l'ONDAM (et donc de sa composante ville) beaucoup plus approfondie a été effectuée en 2014, en deux temps (PLFSS et loi de financement rectificative).

## **B - L'impact net des décisions antérieures : une marge de précaution**

Pour la CNAMTS, la prise en compte de l'effet report net des mesures antérieures (y compris l'incidence du passage en génériques de certaines molécules<sup>211</sup>) et de l'augmentation des dépenses dues aux décisions déjà prises, mais prenant leurs effets à partir de 2013 (« provisions nouvelles » au sens de la loi de financement), devait avoir un effet net de 0,4 % sur la progression de l'ONDAM, dont +0,6 % d'effet report des mesures déjà prises et -0,2 % d'effet report des arrivées de génériques survenues en 2012 (soit 190 M€).

Pour autant, la méthode d'estimation de ces effets reports par la CNAMTS tend à minorer celui des génériques. En effet, elle considère que « la hausse du taux de pénétration du générique en 2013 des médicaments dont le brevet est tombé en 2012, n'est pas un effet report 2012 pour l'année 2013, mais plutôt une économie de l'année 2013 ». Elle indique en outre ne pas avoir estimé d'économies à ce titre (ce qui revient à considérer que la montée en charge des génériques 2012 était terminée à la fin de l'année). Or, le plus probable est au contraire que le taux de pénétration en 2013 des nouveaux génériques apparus en 2012 continue en réalité de croître, sans que, par ailleurs, il s'agisse d'une mesure d'économie en tant que telle, mais essentiellement de l'effet du cycle de vie des médicaments.

Dès lors, l'hypothèse prise par la CNAMTS tend en règle générale à majorer les économies, au lieu des effets reports. En outre, le fait qu'aucun report d'économie n'ait été prévu à ce titre pour 2013 tend à sous-estimer l'impact de ce facteur et peut être une cause d'exécution en-deçà de la prévision.

Par ailleurs, la direction de la sécurité sociale (DSS), qui fixe, notamment sur la base des propositions de la CNAMTS, les montants à retenir à chaque étape de la construction de l'ONDAM, a arbitré en faveur d'effets reports nets et de provisions nouvelles accroissant l'ONDAM de 0,7 % et non de 0,4 %<sup>212</sup>. La différence s'explique pour

---

211. Il convient de distinguer deux effets : la tombée du brevet qui permet une concurrence et l'inscription au répertoire, étape par laquelle un médicament est reconnu comme pouvant avoir des génériques, c'est-à-dire des produits considérés comme équivalents qui peuvent lui être substitués (cf. *infra* chapitre IX, la diffusion des médicaments génériques : des résultats trop modestes, des coûts élevés).

212. Montant obtenu par différence entre le tendanciel en volume retenu par la DSS (4,1 %) et le tendanciel en volume après effets reports nets et provisions nouvelles (4,8 %).

l'essentiel par le fait qu'elle a inclus ex-ante dans son « tendanciel » l'effet report des génériques.

Mais cet écart s'explique aussi pour partie par des conventions de calcul différentes adoptées par l'administration en ce qui concerne cet effet report<sup>213</sup>. Ces conventions auraient eu pour effet, selon la CNAMTS, de majorer en 2013 le tendanciel par rapport à sa propre méthode, avec un impact de 0,4 % sur le poste « médicament »<sup>214</sup> et de 0,1 % sur l'ONDAM ville. Enfin, les deux méthodes ont sous-évalué la combinaison de l'effet report des passages antérieurs de certaines molécules à des formes génériques et de la mesure « tiers payant contre-générique », laquelle visait à stimuler le recours aux génériques par les patients.

Le recalage partiel de la base des soins de ville en 2013, s'il doit être apprécié comme une première étape pour mettre fin à un biais d'importance croissante, laissait déjà perdurer une première marge de précaution sur la capacité à respecter l'ONDAM. Le calcul des effets reports des génériques en a ménagé une deuxième.

---

213. La DSS retranche au tendanciel 2012 un montant correspondant à l'écart entre les économies attendues pour 2013 sur le générique et celles attendues pour 2012 et applique le taux de progression à l'ensemble. La CNAMTS fait une prévision hors effet générique, puis estime l'effet report de la « générotation » (c'est-à-dire des tombées de brevet et mises sur le marché de génériques) de l'année précédente. Par ailleurs, la DSS indique avoir des échanges avec le CEPS sur les perspectives de baisse dans la dépense de médicament.

214. Calculé ici avant effet de la « maîtrise médicalisée », cf. *infra*.

## **II - L'appréciation de la tendance spontanée des dépenses : des limites méthodologiques et des biais de précaution**

### **A - La prévision de la CNAMTS : un modèle empirique, des limites multiples**

#### **1 - Une méthode empirique**

Comme l'a rappelé la Cour dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012<sup>215</sup>, la méthode de prévision du tendancier n'est pas uniforme entre les différents sous-objectifs, du fait des particularités de chacun. La méthode de prévision du tendancier hospitalier repose sur une démarche de type « budgétaire » consistant à appliquer à une base un taux de croissance résultant d'une série d'hypothèses, relatives d'une part à l'augmentation de la masse salariale (effet du GVT et de la valeur du point), d'autre part à celle des autres charges (essentiellement corrélées à l'inflation et à l'activité). À l'inverse, la construction du tendancier ville repose essentiellement sur une méthode mathématique de prolongation des courbes d'évolution constatées dans le passé (depuis 1994). Sur la base des données de la CNAMTS, les administrations centrales (direction de la sécurité sociale, direction du budget, direction générale du Trésor) et la caisse nationale elle-même réalisent des projections qui sont ensuite comparées entre elles, la prévision définitive étant arrêtée par la direction de la sécurité sociale.

---

215. Cour des comptes, *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale pour 2012*, chapitre II : l'objectif national de dépenses d'assurance maladie 2011, p. 51-80, La Documentation française, septembre 2012, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

**Les modèles de prévision des dépenses de santé à court et long terme**

La prévision de l'évolution des dépenses de santé peut reposer sur plusieurs types de modèles. Dans le prolongement de diverses études et du récent rapport de la Cour sur la situation et les perspectives des finances publiques<sup>216</sup>, on peut distinguer deux grandes catégories de modèles de prévision pour les dépenses de santé :

- les méthodes historiques ou empiriques appliquent au futur une tendance constatée sur une période de référence, par exemple sur la base d'une moyenne. De manière plus sophistiquée, plutôt qu'une simple moyenne, des méthodes purement mathématiques ou empiriques de lissage et de prolongation de courbes peuvent aussi être employées.

- les modèles analytiques ou encore « déterministes » estiment sur le passé le pouvoir explicatif de différentes variables : hypothèses macro-économiques, progrès technique, démographie de l'offre de soins et des bénéficiaires, puis font des hypothèses sur le niveau futur de ces variables pour en déduire celui de la dépense. Ils sont particulièrement utilisés pour les prévisions de long terme.

Selon la classification ci-dessus, les procédés utilisés par la CNAMTS et la DSS appartiennent pour l'essentiel à la catégorie des méthodes historiques et comportent les étapes suivantes :

1. estimer, pour chacune des principales lignes qui composent l'ONDAM de ville, sa progression spontanée en volume par deux méthodes mathématiques d'extrapolation. Schématiquement, il s'agit de prolonger à l'année suivante les courbes de volume exécuté (hors maîtrise médicalisée) observées dans le passé pour le régime général en métropole. La seule exception, pour les principales lignes, est l'estimation de l'évolution des indemnités journalières, qui est réalisée sur la base d'une méthode analytique, c'est-à-dire d'une modélisation en fonction d'un jeu de variables explicatives. Cette opération est conduite sur le périmètre « France métropolitaine, régime général » ;
2. effectuer certains retraitements et corrections : prise en compte de la variation annuelle du nombre de jours ouvrables, extrapolation au périmètre « France entière tous régimes » ;
3. intégrer l'évolution tendancielle des prix au cas particulier des IJ : dans le cas général, l'évolution possible des prix n'est pas considérée

---

216. Cour des comptes, *Rapport sur la situation et les perspectives des finances publiques*, « Les méthodes d'estimation de la tendance des dépenses », p. 121-123, juin 2014, La Documentation française, disponible sur [www.ccomptes.fr](http://www.ccomptes.fr).

comme faisant partie du tendancier<sup>217</sup>. Les IJ constituent une exception à ce principe car le niveau des salaires qu'elles visent à remplacer est exogène et elles sont corrélées aux salaires. Le tendancier inclut donc l'évolution prévisionnelle du prix des IJ.

Ainsi, en 2013, la caisse nationale anticipait un tendancier en volume du régime général en métropole, via deux méthodes de prolongation de tendance (proches dans leur conception), selon le cas de 3,75 % ou de 3,9 % (soit un écart de 120 M€). En ne conservant plus que la borne haute de ces deux méthodes, en effectuant les corrections et changements de périmètre indiqués ci-dessus et en incluant l'effet prix anticipé des indemnités journalières (revalorisation évaluée à 2,4 %), elle évaluait le tendancier avant effets de report et mesures nouvelles à 4,2 %.

Par construction puisqu'il prolonge les tendances passées en remontant depuis 1994, dans le détail, ce tendancier distinguait des postes à faible croissance en volume (spécialistes et plus encore généralistes) et prévoyait au contraire une hausse beaucoup plus marquée (de l'ordre de 5 %) du volume des autres composantes (laboratoires, transports, médicament, honoraires paramédicaux, dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations). La hausse du poste des indemnités journalières était évaluée à 2,5 % en volume par la méthode analytique qui lui est propre, à quoi devaient s'ajouter 2,4% d'augmentation en prix calquée sur celle anticipée pour les salaires.

## **2 - Des biais de surestimation systématiques ou spécifiques à 2013**

### *a) La longueur excessive de la période rétrospective retenue*

Tout d'abord, le fait, pour la CNAMTS, de retenir la borne haute entre les deux méthodes de prévision contribue mécaniquement à favoriser une possibilité de surévaluation.

Ensuite, comme évoqué ci-dessus, la méthode de construction retenue est purement empirique (sauf pour certains postes très spécifiques dont les IJ). Le choix de ne pas se référer, dans le modèle, à l'évolution anticipée des déterminants de la consommation médicale, est néanmoins valide car il s'agit ici d'une prévision de très court terme (l'année suivante) et car cette prévision peut s'appuyer sur des données d'exécution historiques récentes assez stables pour nombre de postes.

---

217. En effet, il est considéré que ceux-ci étant administrés, ils résulteront a priori uniquement de décisions discrétionnaires (mesures d'économies ou au contraire revalorisations).

Ainsi, une méthode prédictive analytique serait en réalité moins adaptée, pour la plupart des postes, à une prévision de court terme. Elle cumulerait les difficultés d'estimation des variables macroéconomiques sur courte période (la conjoncture n'étant généralement pas correctement anticipée à court terme, il serait dangereux de rendre le modèle trop dépendant d'hypothèses sur son niveau) et la difficulté à relier celles-ci, sur courte période également, à la dépense de soins de ville.

Toutefois, la période rétrospective retenue dans le calcul est de toute évidence trop longue. Choisir de remonter jusqu'en 1994 conduit à inclure de nombreuses années de forte progression et contribue à un effet de surévaluation<sup>218</sup>.

Par construction, la méthode utilisée est vouée à n'intégrer qu'avec retard certaines mutations : ralentissement de l'innovation dans le domaine des médicaments, « effet crise » (car si les agents peuvent être insensibles dans leur consommation à un à-coup ponctuel dans la conjoncture, un régime de croissance faible sur plusieurs années peut altérer certains de leurs comportements). Ces changements de comportement ne sont pris en compte que partiellement par la méthode, car celle-ci prolonge la tendance mais atténue ses inflexions par l'effet du profil antérieur des données.

*b) Les limites du modèle de prévision des indemnités journalières par la CNAMTS*

L'évaluation des IJ est l'une des seules de nature analytique que comporte le modèle. Elle est assise sur l'anticipation du niveau de variables explicatives : taux d'emploi, taux de chômage, taux d'emploi des plus de 50 ans, prévalence de l'épidémie de grippe, nombre de contrôles. Ce modèle a fourni des résultats relativement robustes dans le passé, avec toutefois des erreurs de prévision significatives pour certaines années. Tel est précisément le cas en 2013.

En effet, la progression spontanée des IJ en volume avait été évaluée par la CNAMTS à 2,5 %, ce qui, compte tenu de l'augmentation

---

218. En outre, la méthode implique de recomposer ex-post une série exécutée en volume pour chaque poste de dépense, ce qui exige un nombre significatif d'hypothèses pour déflater les effets prix. En particulier, le déflateur appliqué à chaque poste est global, c'est-à-dire qu'il postule la stabilité des tendances de déformations de structure qui peuvent, par exemple, se traduire par une tendance à l'augmentation relative de médicaments dont le prix évolue plus rapidement, alors que celles-ci peuvent s'infléchir.



prévisionnelle de leur prix, portait leur évolution tendancielle à 4,9 %<sup>219</sup>. En exécution, la progression en volume des indemnités journalières est évaluée par la CNAMTS à -1 %<sup>220</sup>, les effets prix à 1,2 %.

La Cour a demandé à la caisse nationale de simuler de nouveau son modèle ex-post avec les données réelles de 2013 pour les variables explicatives<sup>221</sup>. Paradoxalement, il apparaît que le modèle aurait prédit un tendanciel encore plus élevé pour les indemnités journalières en 2013 (donc encore plus surévalué) si les variables conjoncturelles avaient été mieux anticipées<sup>222</sup>. L'erreur de prévision en 2013 sur les IJ du modèle CNAMTS provient donc entièrement de limites du modèle analytique lui-même<sup>223</sup>.

## **B - La fixation du tendanciel : les insuffisances de la contre-expertise**

Les prévisions techniques en volume de la CNAMTS et de la DSS sont ensuite confrontées à d'autres sources. *In fine*, c'est la direction de la sécurité sociale qui arrête le tendanciel et sa déclinaison détaillée par postes.

Le tableau ci-dessous montre que la valeur ajoutée des autres prévisions par rapport à celles de la CNAMTS et de la direction de la sécurité sociale est faible. Ces prévisions, qui appliquent des méthodes similaires et donnent des résultats très proches, ne sont donc pas soumises à une véritable contre-expertise. Dans l'ensemble, les différentes prévisions sont soit très voisines, soit au contraire affectées d'écarts qui

---

219. Comme on le verra, la DSS a arrêté un tendanciel un peu inférieur, à 4,1 % effet prix inclus.

220. Données métropole qui ne peuvent directement être comparées à la prévision France entière ; mais l'écart est vraisemblablement négligeable.

221. En effet l'inflation a été de 0,8 % en 2013 contre 1,8 % attendus dans le PLF et l'emploi a régressé de 30 000 postes au lieu de progresser de 145 000, de même la masse salariale n'a pas évolué comme anticipé (1,3 % au lieu 2,3 %).

222. Selon la CNAMTS, un taux de chômage plus fort et un emploi plus faible (qui tirent à la baisse le nombre d'IJ) a été plus que compensé par la hausse des personnes de plus de 50 ans dans la population en emploi et par une épidémie de grippe plus importante (facteurs qui influent à la hausse le nombre d'IJ).

223. En outre, la CNAMTS elle-même reconnaît que son modèle de prévision des indemnités journalières « suppose la constance de l'effet des variables explicatives sur la variable expliquée dans le temps. Or, les variables explicatives agissent avec retard et il est probable que les effets ne sont pas les mêmes en temps de crise qu'en temps normal ».

les discréditent, quand elles ne s'expliquent pas par de simples différences de périmètre (par exemple sur les dispositifs médicaux ou le médicament)<sup>224</sup>.

**Tableau n° 58 : différentes prévisions du tendancier en volume 2013<sup>225</sup>, (incluant l'effet de la maîtrise médicalisée et de la générication, CJS-CVO, régime général – métropole), mai 2012**

*En %*

Volume	CNAMTS	DB	DG Trésor	DSS
Généralistes	-0,4	0	0	-0,3
Spécialistes	2,4	2,7	3,1	2,7
Dentistes	1,1	0,3	1	0,9
Infirmières	5,4	6,7	6,4	5,7
Kinésithérapeutes	4,5	3,1	3,5	3,4
Laboratoires	4,3	4,8	5,0	4,4
Transport	2,7	5,5	4,9	3,0
Médicaments	3,3	3,9	5,3	3,5
LPP	5,5	11	6,6	5,2
Indemnités journalières	0,8	-	1,5	1,0

Source : DSS

Remis en perspective dans le tableau ci-dessous par rapport à la moyenne des années récentes, les objectifs retenus par la DSS se distinguent surtout par une dynamique forte prévue pour le médicament et les indemnités journalières, mais aussi pour les soins infirmiers, les dispositifs médicaux, les transports et la kinésithérapie.

224. La direction du budget indique que sa prévision des dispositifs médicaux (LPP) est assise sur une série longue qui ne permet pas de rendre compte d'une rupture de tendance survenue en 2009.

225. Pour certaines prévisions (CNAMTS), les données intègrent l'effet report de la « générication » 2012 et de la maîtrise médicalisée, concept qui sera analysé *infra*. Pour la DSS, il s'agit d'une prévision intermédiaire et non de l'arbitrage définitif.

**Tableau n° 59 : prévisions en volume finalement retenue et moyenne récente (y compris maîtrise médicalisée<sup>226</sup>, mais hors effets reports et « génération »)**

En %

	Évolution retenue DSS	Évolution moyenne 2006-2012	Évolution moyenne 2009-2012	Évolution prévue CNAMTS
Généralistes	-0,3 (-0,3)	-0,5	-0,3	0,1 (0,1)
Spécialistes	2,7 (2,7)	2	2,6	2,8 (2,8)
Infirmiers	5,5 (5,7)	6,5	6,2	6,9 (7,1)
Kinésithérapie	3,3 (4,5)	3,3	2,8	3,0 (4,2)
Biologie	3,9 (4,2)	4,6	4,4	5,0 (5,3)
Médicament	4,2 (5,3)	4,8	4,4	4,1 (5,2)
LPP	4,7 (6)	6,8	5,2	3,8 (5,1)
Transports	4,2 (6)	3,3	3,1	3,1 (4,9)
Indemnités journalières	3,1 (4)	3,3	1,1	4,0 (4,9)
Total ville	3,4 (4,1)	3,6	3,2	3,5 (4,2)

Source : Cour des comptes et CNAMTS-DSES

Le choix d'un tendancier plutôt au-dessus de la moyenne de période récente (en ligne avec les extrapolations de la CNAMTS) apparaît dépourvu de fondement, alors même que sont à l'œuvre des facteurs structurants influant à la baisse sur la dépense de soins de ville (ralentissement de l'innovation, déremboursement de médicaments pour cause de service rendu insuffisant ou retrait pour cause de iatrogénie, plafonnement du dosage de certaines vitamines qui avait accéléré la croissance des frais de laboratoire, démographie médicale<sup>227</sup>), face, il est vrai, au facteur structurel en sens inverse que constitue le vieillissement de la population.

Certes, ces prévisions s'appuient sur des méthodes statistiques usuelles. Toutefois, les administrations pourraient chercher à en corriger les biais au vu des tendances récentes dont elles ont pleinement connaissance<sup>228</sup>.

226. La prévision en volume hors impact prévu pour la maîtrise médicalisée est fournie entre parenthèses.

227. À titre d'exemple, la population de médecins généralistes a diminué de 5,5 % entre 2007 et 2013

228. Par exemple, la DSS participe au comité économique des produits de santé et peut avoir une vue assez complète des perspectives de tombées de brevet et d'introduction de nouveaux produits.

### III - Les économies : un moindre effort en 2013, un effet d'affichage

Une fois la base et la tendance arrêtées, le quantum d'économies, leur nature et l'ONDAM pour l'année suivante qui en découlent sont fixés conjointement. Par nature, la pertinence de cet exercice est toutefois affectée par les biais de construction qui pèsent sur la base et sur la tendance.

Le projet de loi de financement pour 2013 tablait sur environ 1,8 Md€ d'« économies » sur les soins de ville, principalement du fait de baisses de prix et autres effets sur le médicament (906 M€) et d'actions dites de maîtrise médicalisée (550 M€), plus marginalement par la baisse des tarifs des radiologues et des biologistes (155 M€). Ces mesures permettaient in fine de fixer l'ONDAM soins de ville à 2,6 %, contre 2,1 % pour 2012.

#### A - Un ressaut de l'ONDAM ville traduisant un moindre effort d'économies

Comme le montre le tableau suivant, les « économies » annoncées pour 2013 étaient nettement en-deçà de celles prévues pour 2012 (2,15 Md€). Il s'agit même de l'effort le plus faible affiché depuis 2009.

**Tableau n° 60 : comparaison pluriannuelle de la construction de l'ONDAM ville**

*En Md€ courants*

Soins de ville		2009	2010	2011	2012	2013
Base (après opérations sur périmètre) ,		71,02	73,22	75,21	77,28	78,5
Évolution tendancielle selon PLFSS	Taux	5,2 %	5,0 %	4,7 %	4,3 %	4,2 %
	Montant	3,68	3,66	3,56	3,35	3,30
Montant (avant provisions et économies)		74,70	76,88	78,77	80,63	81,8
Dépenses		0,44	0,36	0,42	0,41	0,46
Économies <sup>229</sup>		-1,95	-1,99	-1,89	-2,15	-1,8
Montant de l'objectif		73,19	75,24	77,30	78,90	80,5
Évolution cible	Taux	3,1 %	2,8 %	2,8 %	2,1 %	2,6 %
	Montant	2,17	2,02	2,09	1,62	2,03

Source : PLFSS

229. On retient ici la nomenclature du PLFSS, voir *infra*.

Les « provisions nouvelles » évoquées ci-dessus (456 M€) étaient elles-mêmes en légère hausse par rapport à celles des années précédentes (310 M€ en 2010, 420 M€ en 2011, 410 M€ en 2012).

Ainsi, malgré un tendancier en volume arrêté à un niveau plus faible que les années précédentes, la hausse des provisions nouvelles et surtout le choix d'afficher des économies moindres, ont finalement abouti à fixer un ONDAM ville en net ressaut par rapport à une tendance au ralentissement affirmée pour 2012. L'effet de signal donné, mettant fin à une dynamique pluriannuelle de ralentissement de la dépense, a été en décalage avec le contexte de déficit persistant de l'assurance maladie.

Ce ressaut en prévision (2,6 % contre 2,1 % en 2012) s'est bien concrétisé en exécution, quoique de manière atténuée, avec une progression de 1,9 % en 2013 contre 1,7 % en 2012.

## **B - Des amalgames dans la présentation des mesures d'économies**

Les effets décrits dans le projet de loi de financement comme étant des « économies » relèvent en réalité de plusieurs types qui ne résultent pas tous d'un réel effort de mise sous tension de la dépense de soins de ville en faveur d'une plus grande efficacité.

Ainsi, ces « mesures d'économies » agrègent non seulement de véritables mesures discrétionnaires, telles que des baisses de tarif (par exemple en 2012 sur la biologie) mais aussi, pour partie, l'effet de la « générique »<sup>230</sup>. Or, celle-ci n'a pas relevé, jusqu'ici, uniquement d'une action des pouvoirs publics<sup>231</sup>, même si ceux-ci peuvent et doivent l'encourager et faire en sorte d'en accélérer la pénétration (exemple en 2012 de la mesure « tiers-payant contre générique », cf. *infra*).

Elles incluent également les actions dites de « maîtrise médicalisée », consistant essentiellement en efforts de pédagogie vis-à-vis des prescripteurs, visant à encourager des comportements vertueux. Or, d'une part ces actions sont répétées année après année quasiment à l'identique, d'autre part, elles relèvent, au moins en grande partie, de simples mesures de bonne gestion par la CNAMTS. Or, par principe, les mesures récurrentes de bonne gestion devraient être, ne serait-ce que

---

230. Une partie des effets de la « générique » est incluse dans le tendancier par la DSS via la définition d'un « taux de pénétration » spontané des génériques, en pratique dépassé.

231. Hors la procédure d'inscription sur la liste des génériques, de nature administrative.

partiellement, intégrées au tendanciel, plutôt que considérées comme un effort d'économies. En outre, la mesure de leurs effets réels est incertaine et peu documentée (cf. *infra*).

Certes, selon la CNAMTS, des études montrent que les actions de maîtrise médicalisée, si elles ne sont pas répétées, cessent de produire leurs effets. Pour autant, la convention retenue, tout aussi fragile, revient à considérer qu'il n'y a aucun effet durable des mesures de maîtrise médicalisée d'une année donnée sur les années suivantes et à assimiler gestion courante par l'assurance-maladie et mesures d'économie traduisant de nouveaux efforts. Elle conduit à majorer à la fois les économies et le tendanciel. Ce point est d'autant plus à relever que les économies annoncées au titre de la maîtrise médicalisée constituent une large part (31 %) du total des économies.

Enfin, comme indiqué ci-dessus, la hausse du taux de pénétration des génériques introduits l'année précédente est considérée en présentation comme une nouvelle « économie » pour 2013. Ce parti tend à majorer d'autant en présentation les économies réalisées.

### **C - La réalisation des objectifs d'économies, une question de convention**

Depuis 2011, les économies prévues sur les soins de ville sont affichées comme étant fidèlement respectées.

Si l'on s'en tient aux évaluations ex-post, sur les trois années 2010-2012, on relève que le médicament a supporté 40 % de la baisse, les bénéficiaires de prestations 9 % sous forme de diminution de prise en charge ou d'IJ, les professionnels 12 % sous forme de baisse de tarifs (radiologie, laboratoires)<sup>232</sup>. Les effets de la maîtrise médicalisée, représenteraient 31 % de la baisse (pour autant que ceci puisse être mesuré) ; auxquels s'ajoutent encore 3 % au titre du ralentissement structurel de ces dépenses, facteur qui ne représente pas une économie au sens usuel du terme.

---

232. Sous réserve que le calcul permette de tenir compte d'une éventuelle inflation des volumes de prestations qui a pu être recherchée par les professionnels pour compenser l'effet des baisses de prix. Le tableau 7 montre à cet égard que les effets les concernant ont été moindre qu'escomptés, en 2010 et en 2012.

**Tableau n° 61 : économies prévues et exécutées, 2010-2012**

en M€

Économies directes / indirectes		2012		2011		2010		
		LFSS	Exécution	LFSS	Exécution	LFSS	Exécution	
Soins de ville	Directes	Baisse de tarifs de certains professionnels de santé	260	217	200	202	240	188
		Baisse de prix (médicaments et produits de santé)	980	974	500	525	600	673
		Diminution de la prise en charge des indemnités journalières	150	150	-	20	110	20
		Baisse des remboursements (médicaments et forfaits)	-	-	220	171		
	Indirectes	Maitrise médicalisée	575	617	550	613	740	551
		Ralentissement structurel des dépenses de médicament	80	70	70	13	145	107
		Autres	25	8	185	143		
	Total soins de ville		2 070	2 036	1 725	1 687	1 835	539

Source : Cour des comptes

Au total, les actions sur les médicaments et produits de santé, moins délicates à mettre en œuvre que celles qui augmentent le reste à charge ou freinent la rémunération des professionnels, représentent l'essentiel (près de 60 %) de la baisse de la dépense de ville par rapport au tendanciel.

S'agissant de 2013, les économies auraient dépassé les prévisions de 160 M€, essentiellement, selon la direction de la sécurité sociale, du fait de la sous-estimation de l'effet du dispositif conventionnel de rémunération sur objectifs de santé publique visant à rémunérer les pharmaciens en fonction de la progression du taux de substitution des princeps par les génériques (cf. infra). Les principaux écarts sur les mesures nouvelles concernent ainsi le médicament (-190 M€), les professionnels de santé (-90 M€) et les transports (-50 M€) (le détail est donné infra dans le tableau n° 62).

Pour autant, les évaluations ex-ante sont en partie de convention, car il est par nature difficile d'anticiper les effets par lesquels certains prestataires soumis à une régulation par les prix, cherchent à modifier leur volume d'activité ou à promouvoir de nouveaux produits, plus chers, pour compenser leur manque à gagner. Par ailleurs, s'agissant du médicament, les économies dues aux génériques sont calculées en faisant l'hypothèse que le prix du princeps serait resté constant, ce qui n'est pas nécessairement le cas.

De même, a posteriori, dans une variation observée de volume d'activité sur un poste, il n'est pas possible d'isoler ce qui est véritablement dû à une mesure précise, faute d'avoir une certitude sur ce

qu'aurait été le comportement des acteurs en l'absence de la mesure et dont l'évaluation sur une base tendancielle n'est qu'une estimation. Les écarts identifiés entre les montants d'économie attendus et réalisés sont donc doublement à considérer avec une grande prudence.

En particulier, les objectifs en matière de maîtrise médicalisée qui constituent une catégorie spécifique d'économies, évaluées à 550 M€ par le projet de loi de financement pour 2013, sont eux aussi la plupart du temps réputés atteints. Ils seraient même dépassés pour les transports, ce qui compense le fait qu'ils ne soient pas respectés sur d'autres postes, principalement sur les dispositifs médicaux (30 M€ au lieu de 70 M€). Il est toutefois singulièrement difficile de s'assurer ex-post qu'un moindre volume consommé provient bien de l'action de sensibilisation qui a été conduite, plutôt que d'une surestimation du tendanciel et de modifications spontanées des comportements.

### **D - Médicaments : une sous-évaluation particulièrement forte de facteurs de baisse en 2013**

Certaines conventions pérennes majorent à la fois le tendanciel et les économies et n'ont pas d'effet sur le respect de l'ONDAM. Elles permettent en revanche d'afficher un quantum d'économies plus significatif.

D'autres reviennent à majorer les économies de l'année considérée, cette fois au détriment des effets de report des années antérieures.

Mais par ailleurs, certaines estimations peuvent tendre à sous-évaluer l'impact d'effets pesant à la baisse sur la dépense, créant ainsi cette fois une marge de sécurité supplémentaire pour le respect de l'ONDAM en exécution.

La CNAMTS a indiqué en effet que, pour 2013, elle n'avait pas inclus d'effet générique propre à cette année, ayant jugé l'effet attendu des nouvelles tombées de brevets assez modeste. Ce postulat s'est trouvé invalidé a posteriori, la commission des comptes de la sécurité sociale faisant au contraire état d'un fort effet de nouvelles tombées de brevets en 2013<sup>233</sup>, ce qui pouvait être anticipé car leur calendrier est en bonne partie connu à l'avance. La DSS a pu ne corriger que partiellement cette hypothèse.

---

233. Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale « *Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2013 et prévision 2014* » (juin 2014) fait état p. 68 d'« importantes tombées de brevet en 2012 et 2013 »



Il en va de même de l'évaluation de l'impact net combiné de la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique au bénéfice des pharmaciens et de l'effet report de la généralisation de la mesure « tiers-payant contre générique ».

**L'évaluation de l'économie procurée par la rémunération sur objectifs de santé publique accordée aux pharmaciens<sup>234</sup>**

La rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), créée par un accord conventionnel avec les pharmaciens, avait vocation à rémunérer les pharmaciens en proportion de l'atteinte d'objectifs de substitution de génériques aux princeps. Il était prévu dans les hypothèses sous-jacentes au PLFSS que cette prime compense tout juste les économies réalisées.

*A posteriori*, la direction de la sécurité sociale considère avoir sous-évalué les effets de cette mesure à hauteur de 160 M€.

En réalité, il n'est pas possible d'isoler l'effet de la ROSP d'une part et l'effet report de la mesure « tiers-payant contre générique » (généralisée mi-2012) d'autre part. Les effets reports de cette dernière mesure ont manifestement été sous-estimés initialement, ménageant ainsi une marge de sécurité (la DSS a évalué à 25 M€ seulement l'ensemble des effets reports pour le médicament). Ce parti pris initial conduit *a posteriori* à attribuer à la ROSP un effet disproportionné par rapport à son estimation initiale.

Cette convention a donc eu pour résultat d'aboutir à une présentation favorable en exécution des effets de la ROSP, alors qu'une mesure dont le bilan financier apparaissait comme nul en prévision pouvait présenter un caractère contestable au stade de son adoption.

Ces effets s'ajoutent donc à de nombreux autres erreurs ou biais dans le domaine de la prévision de la dépense de médicament, systématiques ou spécifiques à 2013, poste qui apparaît particulièrement affecté par les conventions retenues.

Ce n'est donc pas un hasard s'il constitue le principal cas d'exécution en-deçà de la prévision. Ainsi, en 2013, comme déjà souligné, l'évolution de la dépense de médicament a été de -0,2 %, voire -0,6 %, avec l'effet des remises conventionnelles. L'écart tient principalement à la minoration *ex-ante* des effets prix, reports et économies. L'effet des génériques aurait ainsi conduit à réduire la dépense de médicament de 2,2 %, davantage que les 1,3 % retenus en prévision.

\*  
\* \*

234. À ce sujet, se reporter également au chapitre sur les conventions entre l'assurance-maladie et les professionnels libéraux.

Les développements qui précèdent identifient, parmi les sources d'écart entre la prévision et l'exécution, bien davantage qu'une recherche accrue de véritables économies, trois facteurs : l'effet base, l'erreur sur le tendancier et l'écart sur les mesures d'économie.

Bien que ce partage relève en partie de conventions dont on a vu la fragilité, la DSS a effectué ex-post, en 2013, une tentative de décomposition de l'écart en exécution selon ces trois catégories. Selon ses calculs, les principaux écarts sur le tendancier touchent la prévision des indemnités journalières ; les principaux écarts sur l'évaluation des mesures ont trait au médicament, confirmant les analyses précédentes.

**Tableau n° 62 : décomposition des écarts en exécution total et principales lignes**

*En M€*

	Effet base	Écart sur les tendances	Écart sur les mesures nouvelles
Soins de ville	-640	-190	-160
Généralistes	-30	20	-20
Spécialistes	20	-50	40
Dentistes	20	-20	-20
Infirmières	-50	-30	20
Laboratoires	-40	-50	10
Transports	-30	10	-50
Médicament	-200	-50	-180
Indemnités journalières	-300	-150	0
Dispositifs médicaux	-20	90	60

Source : DSS

Une analyse pluriannuelle montre que ces trois sources d'écart ont également joué les années précédentes : l'effet base s'avère bien la principale, l'exercice 2013 étant plus particulièrement marqué par une sous-évaluation de l'effet des mesures.

**Tableau n° 63 : source des écarts en exécution**

*en M€*

	Effet base	Effet tendancier	Écart sur les mesures	Écart en exécution
2011	400	200	38	668
2012	600	450	34	853
2013	640	190	160	1 100

Source : DSS, CNAMTS-DSES

Il en ressort, que pour fiabiliser davantage et dans la durée la construction de l'ONDAM de ville, il faut agir dans ces trois domaines.

### CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS

*Les écarts en exécution croissants constatés dans le domaine des soins de ville ne sont pas principalement la conséquence d'une meilleure gestion ou d'un effort plus important. Ils sont avant tout expliqués par un effet de base et par différents erreurs ou biais de prévision, les uns structurels, les autres spécifiques à 2013 et qui pèsent particulièrement sur la prévision des indemnités journalières et du médicament. On relève ainsi :*

- *au stade de la fixation de l'assiette, la surévaluation des dépenses pour l'année en cours ;*
- *au stade de la prise en compte des effets reports des génériques: du côté de la CNAMTS, un biais de précaution spécifique ; du côté de la direction de la sécurité sociale, des conventions qui minorent cet effet par rapport au calcul de la CNAMTS;*
- *au stade de la confection du tendancier : un biais de précaution dans le choix de celle des deux méthodes qui fournit le résultat le plus élevé, la prise en compte d'années trop éloignées où prévalaient des circonstances aujourd'hui périmées et une appréciation insuffisante de l'effet des ruptures de tendance notamment dues à un « effet crise » d'une part, au tarissement prolongé de l'innovation dans le domaine du médicament d'autre part. En outre, s'agissant des indemnités journalières, la mauvaise performance du modèle pour l'année 2013, aggravée par l'absence de retraitement de données 2012, qui avaient été impactées par des problèmes techniques.*
- *au stade de l'évaluation des « économies » nouvelles et des autres facteurs spontanés de réduction de la dépense : la sous-estimation de l'effet des nouvelles introductions de génériques en 2013 par la CNAMTS.*

*Le cumul du choix d'une base surestimée et de la surévaluation du tendancier a superposé les marges de précaution. Il a ainsi créé une situation où l'ONDAM est de facto aisément respecté, pouvant donner l'impression que les économies réalisées ont été supérieures à celles qui étaient prévues.*

*Par ailleurs, la qualification d'« économies » ne devrait s'appliquer qu'à des mesures discrétionnaires, par opposition à de simples mesures récurrentes de bonne gestion, ou à des évolutions indépendantes des pouvoirs publics. Elle conduit à surévaluer, en miroir, à la fois le tendancier et les économies attendues. Ce faisant, elle ne facilite pas en elles-mêmes le respect de l'ONDAM, mais elle contribue à faire passer l'effort réel de maîtrise pour plus prononcé qu'il ne l'est réellement. Elle ne permet pas aux patients et aux professionnels de santé de prendre la*

*mesure véritable des enjeux. À l'heure où le gouvernement prévoit d'intensifier la recherche d'économies dans tous les secteurs de l'action publique, une plus grande rigueur dans leur définition prend d'autant plus d'importance.*

*L'addition de ces effets finit par constituer une marge de sécurité élevée certes favorable par construction au respect de l'ONDAM ville, mais qui affaiblit en réalité considérablement son pouvoir de régulation.*

*Les conditions sont créées où un ONDAM ville apparemment ambitieux peut être respecté, sans pour autant qu'un effort substantiel ne soit recherché sur les différentes composantes de la dépense, ce qui donne aux pouvoirs publics comme aux professionnels de santé le sentiment qu'un tel effort peut être différé, malgré le déficit récurrent de l'assurance-maladie.*

*La Cour formule les recommandations suivantes :*

*27. prendre en considération les informations les plus récentes sur l'exécution en cours des soins de ville au moment de la fixation de la nouvelle base ;*

*28. éliminer les biais de construction pouvant conduire à une surévaluation du tendancier et vérifier la crédibilité de la prévision au regard des ruptures de tendance observables, notamment dans les domaines du médicament et des indemnités journalières, à cette fin, utiliser des données exogènes ;*

*29. réserver l'appellation de « mesures d'économies » aux mesures discrétionnaires décidées par les pouvoirs publics pour la maîtrise de la dépense et ne pas l'appliquer aux écarts constatés par rapport à une croissance tendancielle de la dépense au caractère largement conventionnel, en l'absence d'une évaluation précise de l'effet des mesures prises;*

*30. documenter à destination des parlementaires les méthodes, les hypothèses et les conventions qui président à la fixation du tendancier, à l'évaluation de l'effet de report des mesures antérieures et à celle des mesures d'économies nouvelles ; indiquer également la sensibilité des projections à ces hypothèses.*

---

**Annexe : déclinaison par postes de la construction de l'ONDAM ville**

*En M€*

POSTES,	Objectifs 2012	Effet Base	Effet périmètre	Base 2013	Évolution tendancielle	Montants 2013	Effet Report(+/-)	Provisions	Économies	Maîtrise médicalisée	Objectifs 2013	Évolution cible
Soins de ville	78 899	-350	-27	78 522	4,1 %	81 741	108	456	1 206	550	80549	2,58 %
	0	0										
Total hors prestations	2 178	0		2 178	2,2 %	2 226		76	0		2 302	5,7 %
Fonds des actions conventionnelles (fac)	63	0		63	0,0 %	63					63	0,0 %
Aides a la télétransmission	86	0		86	2,0 %	88					88	2,0 %
Remises conventionnelles	-270	0		-270	0,0 %	-270					-270	0,0 %
Prise en charge cotisations sociales	2 299	0		2 299	2,0 %	2 345		76			2 421	5,3 %
Soins de ville (prestations)	76 721	-350	-27	76 344	4,2 %	79 515	108	380	1 206	550	78 247	2,5 %
Honoraires privés	19 836	53		19 889	1,5 %	20 197	-1	186	93	0	20 288	2,0 %
Généralistes	6 151	-5		6 146	-0,3 %	6 128	27	106	4		6 257	1,8 %
Spécialistes	10 204	45		10 249	2,7 %	10 526	-35	40	87		10 444	1,9 %
Sages-femmes	194	-6		187	6,8 %	200	7		0	0	206	10,3 %
Dentistes	3 288	19		3 307	1,1 %	3 343		40	2		3 381	2,2 %
Honoraires paramédicaux	9 707	157		9 863	5,2 %	10 380	197	0	6	50	10 521	6,7 %
Infirmières	5 867	76		5 942	5,7 %	6 281	71		4	10	6 339	6,7 %
Kinésithérapeutes	3 214	69		3 282	4,5 %	3 430	95		2	40	3 483	6,1 %
Orthophonistes	565	11		577	4,7 %	604	28		0	0	631	9,4 %
Orthoptistes	62	1		62	4,3 %	65	3		0	0	68	9,2 %
Laboratoires	3 473	-16		3 457	4,2 %	3 602	-8		77	10	3 507	1,4 %
Transports	3 819	23		3 841	6,0 %	4 071		125	72	70	4 053	5,5 %
Médicament	22 784	-84	18	22 718	5,3 %	23 922	-25	65	871	250	22 841	0,5 %
Indemnités journalières	10 667	-261		10 406	4,0 %	10 822	-55		7	100	10 660	2,4 %
Dispositifs médicaux	5 254	44		5 298	6,0 %	5 616			78	70	5 468	3,2 %
Ald 31 et ald 32	477	-477		0	4,0 %	0				0	0	
Autres	705	211	-45	871	4,0 %	906		4	0	0	910	4,4 %

Source : DSS