

point de CONjoncture



En 2007, les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM ont pour l'ensemble des régimes, progressé de 4,2 % engendrant un dépassement de l'objectif d'environ 2,9 milliards d'euros. Les soins de ville ont progressé de 4,5 % et les dépenses hospitalières de 3,3 %. Les taux des sous-objectifs ONDAM correspondants étaient respectivement de 1,1 % et de 3,5 %. Le dépassement 2007 a cependant été limité par le déclenchement en mai de la procédure d'alerte. Les mesures décidées dans ce cadre, ont eu un impact essentiellement au quatrième trimestre de l'année.

Pour le régime général sur le champ des prestations délivrées en métropole, le taux de croissance des soins de ville atteint 4,9 % en données brutes. Ce sont pour l'essentiel les produits de santé (médicaments et LPP) qui ont tiré cette croissance puisqu'ils connaissent une progression de 5,5 % contre 4,4 % pour les soins de ville hors produits de santé. Il convient toutefois de noter la persistance de taux de croissance élevés de l'activité des auxiliaires médicaux et la réapparition en 2007 d'une croissance positive des indemnités journalières.

Les dépenses des cliniques privées (champ du régime général et de la métropole) progressent de 3,2 % en données brutes contre 3,9 % en 2006.

Ce point de conjoncture a été réalisé par le Département Synthèse et Prévisions de la Direction de la Stratégie, des Études et des Statistiques de la CNAMTS.

Les dépenses d'assurance maladie en 2007

Selon la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale du mois de septembre 2008, les dépenses relevant du champ de l'ONDAM¹ se sont élevées à 147,8 milliards d'euros² en 2007, soit une progression de 4,2 %. Le dépassement de l'ONDAM serait de 2,9 milliards d'euros.

Les dépenses relatives aux établissements sanitaires progressent de 3,3 % et restent en deçà de leur objectif de 160 millions d'euros. Les soins de ville en revanche, avec une augmentation des dépenses de 4,5 % par rapport à 2006, dépassent leur objectif de 3,1 milliards d'euros.

La CCSS précise cependant que « *le respect du sous-objectif de soins de ville fixé à 66,7 milliards d'euros supposait une évolution nulle de ces dépenses. En effet, lors de la construction de l'ONDAM 2007 (septembre 2006), le dépassement sur 2006 était estimé à 700 millions d'euros sur les soins de ville alors qu'il s'est finalement élevé à 1,4 milliard d'euros. Ce dépassement supplémentaire en 2006 avait d'emblée absorbé toute marge de progression en 2007.* ».

Le dépassement de l'objectif de « soins de ville » est pour l'essentiel le fait des produits de santé (médicaments, produits de la LPP, produits d'origine humaine) puisque la prévision de dépenses de produits de santé compatible avec le respect de l'objectif est dépassée de 2,5 milliards d'euros alors que pour les soins de ville hors produits de santé, ce dépassement est de 0,6 milliard d'euros.

La présente note de conjoncture s'attache à décrire ces résultats pour les dépenses de prestations concernant des soins réalisés en 2007 pour le régime général et pour la seule métropole³.

● Les dépenses de prestations de soins de ville du régime général en 2007

Sur le champ des prestations servies par la CNAMTS, hors DOM et hors extension de périmètre, la dépense remboursée de soins de ville progresse de 4,9 % en données brutes et de 4,7 % en données corrigées des jours ouvrés. Par rapport aux années précédentes (2004, 2005, 2006), 2007 marque donc une reprise de la hausse des dépenses de prestations (voir graphique 1).

Cette augmentation de la dépense remboursée de soins de ville de 4,9 % en données brutes correspond à :

- une progression (en CJO) en volume de 4,8 % ;
- un effet prix de -0,3 % ;
- un effet « évolution du ticket modérateur » de l'ordre de 0,2 % ;
- un effet CJO de 0,1 %.

Le profil de l'année montre un deuxième et troisième trimestre plutôt dynamiques, le quatrième trimestre esquissant un ralentissement.

Les évolutions de l'activité (dépense reconnue en volume) assez soutenues sur l'ensemble de l'année le sont en effet particulièrement aux second et troisième trimestres (voir tableau 3).

Le net ralentissement enregistré au quatrième trimestre renvoie à l'impact des mesures prises consécutivement au déclenchement de la « procédure d'alerte »⁵.

Tableau 1

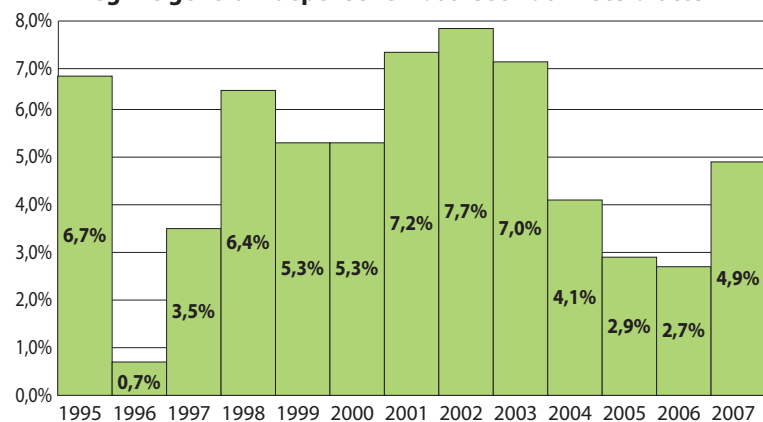
Réalizations provisoires de l'ONDAM 2007

en milliards d'euros	Montant des sous-objectifs	Taux d'évolution de construction	Taux d'évolution actualisé	Montant provisoire des réalisations 2007	Écart à l'objectif	Taux d'évolution
Soins de ville	66,7	1,1 %	0,0 %	69,7	3	4,5 %
Etablissements sanitaires	65,8	3,5 %	3,6 %	65,5	-0,2	3,3 %
Etablissements médico sociaux	11,8	6,7 %	6,7 %	11,8	0	6,7 %
Autres prises en charge	0,7	7,6 %	-3,5 %	0,8	0,1	3,6 %
ONDAM TOTAL	144,8	2,6 %	2,1 %	147,8	2,9	4,2 %

Source : rapport de la CCSS, juin 2008

Graphique 1

Taux d'évolution annuel des soins de ville Régime général - dépense remboursée - données brutes



Source : CNAMTS

Tableau 2

Taux de croissance des soins de ville

Année 2007	Hors produits de santé	Produits de santé	Total soins de ville
Dépense remboursable en volume (CVS CJO)	2,5 %	7,5 %	4,8 %
Dépense remboursable en valeur (CVS CJO)	4,4 %	4,6 %	4,5 %
Dépense remboursée (CVS CJO)	4,4 %	5,3 %	4,7 %
Dépense remboursée brute	4,4 %	5,5 %	4,9 %
Effet prix	1,9 %	-2,8 % ⁴	-0,3 %
Effet ticket modérateur	0,0 %	0,7 %	0,2 %
Effet CJO	0,1 %	0,3 %	0,1 %

Source : CNAMTS

¹ Les dépenses du champ de l'ONDAM sont constituées par les prestations maladie, maternité et AT-MP versées par l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie. Sont toutefois exclues les indemnités journalières maternité et les rentes d'accident du travail. Depuis 2006, l'ONDAM comprend de surcroît les cotisations sociales des professions médicales et paramédicales prises en charge par l'assurance maladie, l'exonération du ticket modérateur pour les ALD 31 et 32, les aides à la télétransmission et les dépenses de différents fonds (FAC, FIQCS, FMSPP). Par commodité, ces nouveaux venus dans l'ONDAM seront regroupés sous l'appellation « extension de périmètre ». Enfin, il convient de rappeler que pour le secteur médico-social, ne sont plus prises en compte dans l'ONDAM que les contributions des régimes d'assurance maladie à la CNSA. Le sous-objectif « médico-social » ne peut donc plus être dépassé ou sous consommé.

² Ces résultats concernant 2007 ne sont pas définitifs. Ils sont en effet issus des tableaux de centralisation comptable (TCDC) transmis par chaque régime à la DSS vers le mois d'avril 2008. Ils dépendent des provisions passées pour estimer le montant des dépenses appartenant à 2007 mais remboursées en 2008. Ces montants de provisions ont été revus (corrections de provisions) lors de la CCSS d'automne. Les provisions pour l'année 2007 seront définitivement corrigées lors de l'établissement des TCDC au mois d'avril 2009.

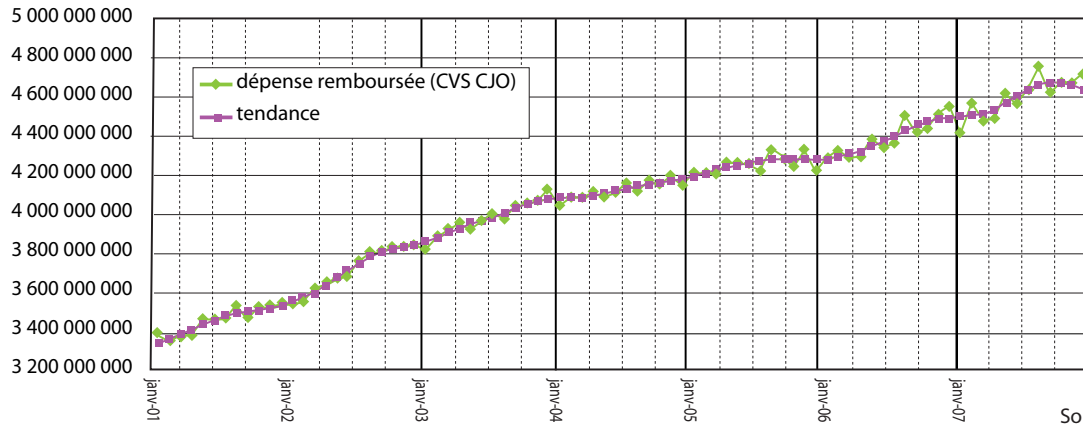
³ Les analyses de séries temporelles (Corrections des Jours Ouvrés et des Variations Saisonnières) utilisées dans cette note de conjoncture, nécessitent en effet un historique stable qui n'est à l'heure actuelle disponible que sur le champ des dépenses de prestations de la seule métropole.

⁴ Cet effet prix n'est pas un effet prix pur. Il comprend, pour le poste médicament, l'effet générique (environ -1%) et l'effet prix pur (-2,5%). Voir dans cette note la partie consacrée au médicament.

⁵ Le Comité d'alerte, créé par la loi du 13 août 2004, se réunit au moins une fois par an et chaque fois qu'existe un risque de dépassement de l'ONDAM de 0,75 % du montant de l'objectif. Le 29 mai 2007, l'avis du comité d'alerte a déclenché la procédure aboutissant au plan de redressement proposé par l'UNCAM et retenu par le Gouvernement. Les mesures composant ce plan de redressement sont appelées dans ce point de conjoncture « mesures alerte ».

Graphique 2

Dépense remboursée de soins de ville (CVS CJO)



Source : CNAMTS

● Les dépenses remboursées de soins de ville hors produits de santé

Les dépenses de soins de ville hors produits de santé comprennent l'ensemble des honoraires médicaux et paramédicaux ainsi que les indemnités journalières. Avec une progression de 4,4 % en données brutes sur l'ensemble de l'année, elles contribuent pour 2,76 points à la progression de l'enveloppe de soins de ville (voir tableau 4).

Ce sont les dépenses d'honoraires médi-

caux, d'auxiliaires médicaux, de transports et d'indemnités journalières qui affichent la plus forte contribution à la croissance des soins de ville. Les honoraires médicaux⁶ (honoraires des médecins généralistes et spécialistes, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes) progressent de 4,1% en données brutes (4 % en données CJO).

Les honoraires des auxiliaires médicaux connaissent une vive progression (8,3 %) due pour l'essentiel à la croissance des dépenses remboursées rela-

tives à l'activité des infirmières (9,4 %). Les dépenses remboursées relatives à l'activité des transports croissent de (5,1 %). Cette croissance, toujours assez vive, est cependant nettement inférieure à celle des années précédentes (7,3 % en 2005, 9,1 % en 2006).

Les indemnités journalières affichent en 2007 une croissance de 3,7 %.

Les développements qui suivent s'attachent à préciser et à expliquer ces évolutions.

Tableau 3

Taux de croissance trimestriels des soins de ville (CVS CJO)

Taux de croissance par rapport au même trimestre de l'année précédente	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre	Quatrième trimestre
Dépense reconnue en volume	4,4 %	5,1 %	5,3 %	4,3 %
Dépense reconnue en valeur	3,7 %	4,6 %	5,4 %	4,2 %
Dépense remboursée en valeur	4,3 %	4,9 %	5,4 %	4,2 %
Taux de croissance par rapport au trimestre précédent	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre	Quatrième trimestre
Dépense reconnue en volume	0,1 %	1,6 %	1,8 %	0,7 %
Dépense reconnue en valeur	0,1 %	1,6 %	1,8 %	0,7 %
Dépense remboursée en valeur	-0,3 %	1,5 %	2,5 %	0,5 %

Source : CNAMTS

⁶ Plus exactement, il s'agit de la dépense remboursée relative aux honoraires médicaux. Pour approcher plus précisément les honoraires médicaux, il faut se référer à la dépense remboursable en valeur.

Mesures 2007 concernant les soins de ville

• Les revalorisations et inscriptions de nouveaux actes

D'un montant de 261 millions d'euros, « tous régimes, France entière », elles concernent les professions suivantes :

- les *généralistes* (130 millions d'euros) : la revalorisation de la « C » et de la « V » au 1^{er} juillet 2007 et dans une moindre mesure l'extension de la majoration de consultation généraliste pour enfant de 2 à 6 ans (MGE) aux visites,
- les *spécialistes* (19 millions d'euros) : la répercussion de la revalorisation de la « C » du 1^{er} juillet 2007 (10,1 millions d'euros) ainsi que les modifications de la CCAM pour un montant de 8,7 millions d'euros hors « mesures alerte »,
- les *infirmières* (68 millions d'euros) : la revalorisation du 25 juillet 2007,
- les *masseurs-kinésithérapeutes* (43 millions d'euros) : la revalorisation de 1/2 point des coefficients 7 et 9 des actes de rééducation ostéo-articulaires (fractures) et rachidiennes (dos) cotés AMS (AMC si exécutés en établissement),
- les *laboratoires* (1,5 million d'euros). Ce montant résulte de plusieurs modifications de la nomenclature dont les effets sont opposés en termes de coût : l'inscription de nouveaux actes (cytogénétique et oncologie, hématologie, biochimie) et la création d'un chapitre diagnostic biologique des maladies héréditaires) compensés par la baisse de cotation.

• La CCAM

- La convergence des tarifs de la CCAM vers les tarifs cibles se poursuit en 2007, engendrant un coût de 8,7 millions d'euros, hors « mesures alerte » - tous régimes, France entière.

Pour mémoire, la mise en place de la CCAM doit aboutir à une mise à jour des tarifs des actes. Cette mise à jour a pour conséquence d'augmenter le tarif de certains actes et de diminuer simultanément celui d'autres actes. Avec le premier temps de la seconde étape de la CCAM mis en œuvre le 12 septembre 2007, les spécialités gagnantes (échographies, actes cliniques médicaux, actes obstétricaux, actes chirurgicaux...) ont obtenu 21 M€. Les spécialités perdantes (scintigraphie, cardiologie interventionnelle, supplément numérisation) ont perdu 12 M€.

• La maîtrise médicalisée

Elle concerne essentiellement le médicament, les arrêts de travail, les transports, les ALD, la LPP et l'accord de bon usage de soins des antiagrégants plaquettaires (Acbus AAP). Cinq catégories de médicaments sont concernées : les antibiotiques, les statines, les psychotropes, les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) et les IEC-Sartans.

Les économies réalisées en 2007 grâce à la maîtrise médicalisée sur les soins de ville s'élèvent à 490 millions d'euros. Ces économies se répartissent ainsi :

- 255 millions d'euros sur la seule prescription de médicaments des médecins libéraux ;
- 73 millions d'euros sur les prescriptions des ordonnances bi-zone des patients en ALD ;
- 24 millions d'euros sur les transports ;
- 24 millions d'euros sur les Acbus AAP ;
- 7 millions d'euros sur la prescription de LPP (lits médicaux) ;
- 107 millions d'euros liés au taux de pénétration du générique (l'accord national avec les pharmaciens d'officine introduisant le tiers payant contre le générique).

• Le plan médicament

Le plan médicament 2007 (hors « mesures alerte ») engendre 142 millions d'euros d'économies tous régimes, France entière. Il s'agit essentiellement de baisse de prix de médicaments.

• Les « mesures alerte »

Les « mesures alerte » mises en place au cours de la deuxième moitié de l'année 2007 sont pour l'essentiel :

- la pénalisation accrue des consultations réalisées en dehors du parcours de soins coordonnés, soit une économie de 37 millions d'euros tous régimes, France entière ;
- la modification du plafond de la participation forfaitaire journalière qui passe de 1 euro à 4 euros, soit 51 millions d'euros d'économies tous régimes, France entière ;
- les autres « mesures alerte » (87 millions d'euros d'économies, tous régimes, France entière) comprennent la lutte contre la fraude (30 millions d'euros), les mesures sur la CCAM portant sur les scanners et IRM (17 millions d'euros), la diminution des visites à domicile des médecins généralistes (10 millions d'euros), les nouvelles baisses de prix sur le médicament (8 millions d'euros), la maîtrise médicalisée supplémentaire sur les transports (10 millions d'euros) et la baisse de cotation pour les laboratoires (13 millions d'euros).

Tableau 4

**Soins de ville hors produits de santé (données brutes)
Taux de croissance 2007**

millions d'euros	Évolution sur 12 mois				
	12 mois de 2006	12 mois de 2007	Taux d'évolution	Poids du poste dans les soins de ville	Contribution à la croissance (*)
Généralistes	4 674	4 916	5,2 %	8,9 %	0,46
Spécialistes	7 394	7 645	3,4 %	14,1 %	0,48
Dentistes	2 433	2 508	3,1 %	4,6 %	0,14
Sages femmes	95	101	5,9 %	0,2 %	0,01
Infirmières	2 610	2 856	9,4 %	5,0 %	0,47
Kinésithérapeutes	2 120	2 278	7,5 %	4,0 %	0,30
Orthophonistes	359	377	5,0 %	0,7 %	0,03
Orthoptistes	38	40	5,1 %	0,1 %	0,00
Laboratoires	2 645	2 681	1,4 %	5,0 %	0,07
Transports	2 261	2 377	5,1 %	4,3 %	0,22
Indemnités journalières	7 232	7 498	3,7 %	13,8 %	0,51
Centres de santé	471	498	5,8 %	0,9 %	0,05
Autres	261	269	3,1 %	0,5 %	0,02
Soins de ville hors produits de santé	32 594	34 044	4,4 %	62,0 %	2,76
Soins de ville	52 590	55 141	4,9 %		

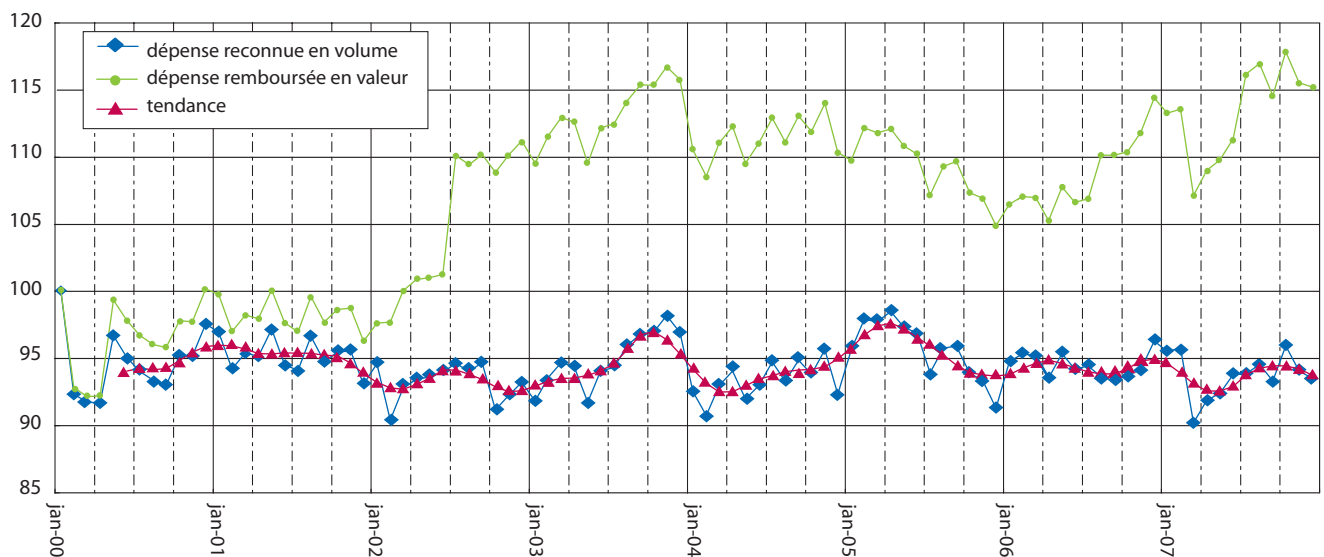
(*) contribution à la croissance de l'ensemble des soins de ville

Source : CNAMTS

Graphique 3

Médecins généralistes

Dépense reconnue en volume et dépense remboursée hors RMT et PDS



Source : CNAMTS

● Analyse des principaux postes des soins de ville hors produits de santé

Les médecins généralistes

L'activité des médecins généralistes a baissé de - 0,8 % en 2007. Comme le montre le graphique 3, cette évolution est conforme au mouvement de moyen terme. Les consultations et les visites baissent respectivement de - 0,14 % et - 4,97 %.

En 2006, les consultations avaient baissé de - 0,9 %. Ce petit différentiel de croissance du volume des consultations pourrait s'expliquer par une activité épidémique plus importante en 2007. On dénombre en effet 2,9 millions de cas de grippe en 2007 contre 2,3 millions en 2006 (graphique 4).

Les médecins généralistes ont bénéficié

de d'environ 298 millions d'euros de revalorisations tarifaires sur le champ du régime général, France entière. L'effet prix est alors de 5 %. Le tableau 5⁷ présente l'ensemble des éléments qui composent la dépense remboursée des généralistes.

L'effet « ticket modérateur » est légèrement négatif (-0,1 %) ce qui signifie que les conditions de remboursement des soins médicaux n'ont pas contribué à faire croître la dépense remboursée par l'assurance maladie. Il convient de voir là l'effet de deux « mesures alerte » :

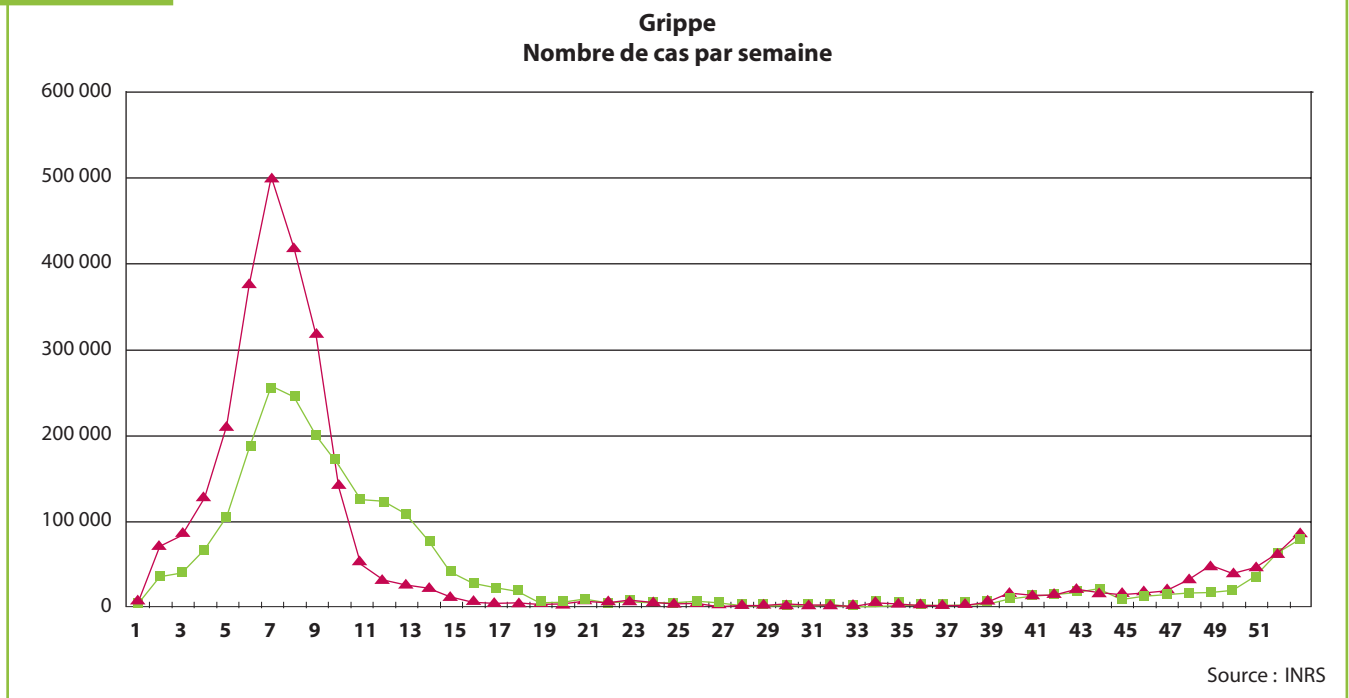
- la modulation du ticket modérateur pour les assurés ne respectant pas le parcours de soins mise en œuvre début septembre 2007 ;
- le relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire de 1 à 4 euros mis en œuvre le 3 août 2007.

Le graphique 5 montre l'impact de ces deux mesures sur le taux de remboursement des actes de généralistes. L'effet « déremboursement lié au hors parcours » est nettement plus important - dans le cas des généralistes - que l'effet du relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire.

En effet, du fait de la modulation du ticket modérateur, le taux de remboursement baisse d'environ 0,8 point entre les mois de septembre à décembre et les mois de mai à août (courbe bleue).

Le relèvement du plafond (voir courbe rose retraçant l'évolution du taux moyen de remboursement, participation forfaitaire incluse), stabilise très légèrement le taux de remboursement au quatrième trimestre, avant une remontée habituelle en fin d'année⁸.

Graphique 4



⁷ La dépense remboursable en volume indiquée dans le tableau correspond au volume d'actes médicaux effectués par les médecins généralistes ; la dépense remboursable en valeur est obtenue en valorisant cette activité par les tarifs correspondants. Son évolution en 2007 (4,2 %) combine donc la hausse des tarifs (5 %) et la baisse du volume d'activité (-0,8 %). La partie basse du tableau renseigne sur l'évolution de la dépense remboursée ; elle précise notamment la contribution de chaque composante à la croissance de la dépense remboursée brute.

⁸ La participation forfaitaire baisse en fin d'année du fait de l'existence d'un plafond annuel. Cette baisse contribue mécaniquement à faire remonter le taux moyen de remboursement après participation forfaitaire.

Tableau 5

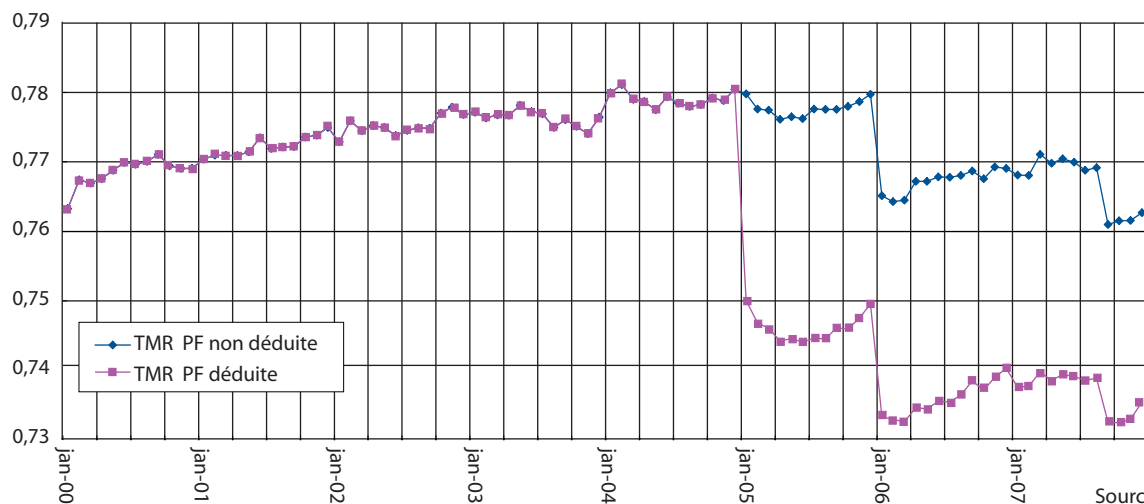
Décomposition de la dépense remboursée des médecins généralistes

Médecins généralistes millions d'euros	2006	2007	Taux de coissance	Contribution à la croissance de la dépense remboursée brute
Dépense remboursable en volume (CVS CJO)	4 956	4 916	-0,8 %	
Dépense remboursable en valeur hors RMT et PDS (CVS-CJO)	5 912	6 160	4,2 %	
Dépense remboursée				
Dépense remboursée en valeur d'actes médicaux (CVS-CJO)	4 536	4 723	4,1 %	
Dépense remboursée en valeur d'actes médicaux (brute)	4 517	4 717	4,4 %	4,3
Participation forfaitaire de 1 euro de l'assuré	-185	-185	0,2 %	0,0
RMT (Rémunération Médecin Traitant)	212	236	11,0 %	0,5
Différentiel médecin traitant-RMT	1	23		0,5
PDS (Permanence Des Soins)	129	126	-2,4 %	-0,1
Participation de 18 euros de l'assuré	0	0		0,0
Dépense remboursée brute	4 674	4 916	5,2 %	5,2

Source : CNAMTS

Graphique 5

Médecins généralistes - Taux moyen de remboursement



Les médecins spécialistes

L'activité des médecins spécialistes mesurée par la dépense reconnue en volume a progressé de 2,7 % en 2007. Bien qu'ayant un profil plus heurté que les années précédentes, cette croissance de l'activité des médecins spécialistes s'inscrit dans leur tendance de moyen terme. Le graphique 6 montre que les deuxième et troisième trimestres sont particulièrement dynamiques avec un point haut au mois d'août (voir aussi tableau 6).

Ce profil est commun à l'ensemble des actes des médecins spécialistes. C'est notamment le cas des actes techniques qui représentent plus de 60 % de l'activité des médecins spécialistes. On note également un premier trimestre plutôt vif pour les scanners et IRMN⁹.

Tous les actes en revanche, affichent une croissance particulièrement basse au quatrième trimestre. La forte décélération enregistrée pour les scanners IRMN est à mettre en relation avec les « mesures alerte » intervenues le 12 septembre 2007¹⁰.

Les médecins spécialistes ont bénéficié en 2007 de 204 millions d'euros de revalorisations¹¹, pour l'essentiel en effet report des revalorisations mises en œuvre en 2006.

Ils représentent environ 63 % des actes médicaux effectués par les médecins spécialistes (voir tableau 6). Ils contribuent à hauteur de 2,5 points à la croissance de la dépense remboursée.

L'effet ticket modérateur est positif

(0,2 %). Il est affecté par les deux « mesures alerte » déjà évoquées dans la partie concernant les médecins généralistes :

- La modulation du ticket modérateur pour les assurés hors parcours de soins, effective début septembre 2007, fait passer le taux de remboursement moyen de 84,9 % à 84,7 % ;
- Le relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire mis en œuvre début août, engendre une hausse de la participation forfaitaire en août (elle passe de 9,8 M€ à 11,7 M€ pour baisser ensuite en fin d'année). Cette hausse correspond mécaniquement à une baisse du taux moyen de remboursement après participation forfaitaire comme le montrent les graphiques 7 et 8.

Tableau 6

Croissance des différentes composantes de l'activité des spécialistes

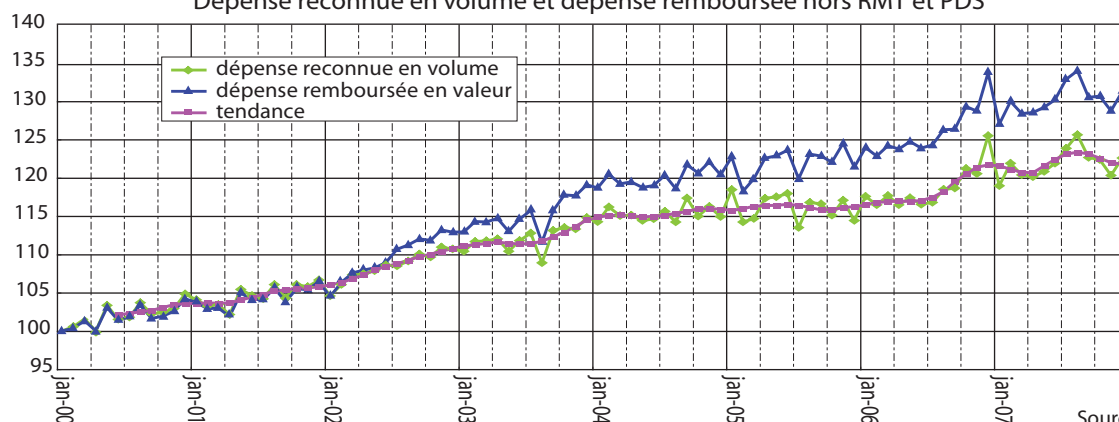
Dépense reconnue en volume	Somme des actes	Consultations ATM	Consultations STM	Actes techniques	Scanner-IRMN	Autres honoraires
Premier trimestre	2,7 %	-2,8 %	1,7 %	3,9 %	15,4 %	2,3 %
Second trimestre	3,6 %	-2,1 %	1,3 %	5,0 %	13,8 %	3,8 %
Troisième trimestre	5,2 %	0,8 %	1,5 %	6,5 %	12,0 %	3,8 %
Quatrième trimestre	-0,6 %	-3,2 %	-1,2 %	0,4 %	0,0 %	0,9 %
2007/2006	2,7 %	-1,8 %	0,8 %	3,9 %	9,9 %	2,7 %

Source : CNAMTS

Graphique 6

Médecins spécialistes

Dépense reconnue en volume et dépense remboursée hors RMT et PDS



Source : CNAMTS

⁹ Contrairement aux autres actes de spécialistes, on ne dispose pas de volume pour les actes de scanner IRMN. L'existence de forfaits réduits selon les tranches d'activité annuelle de l'appareil rend peu commode la détermination d'un indice permettant de « déflater » la dépense reconnue et d'obtenir ainsi un volume d'activité. Ce point conduit, en cas de modifications des forfaits scanner et IRMN à déformer légèrement les évolutions en volume.

¹⁰ Création de deux seuils supplémentaires pour appliquer une tarification dégressive ; baisse des tarifs des forfaits pleins et réduits de 2,5 % pour les scanners et de 4 % pour les IRMN.

¹¹ Champ du régime général.

Tableau 7

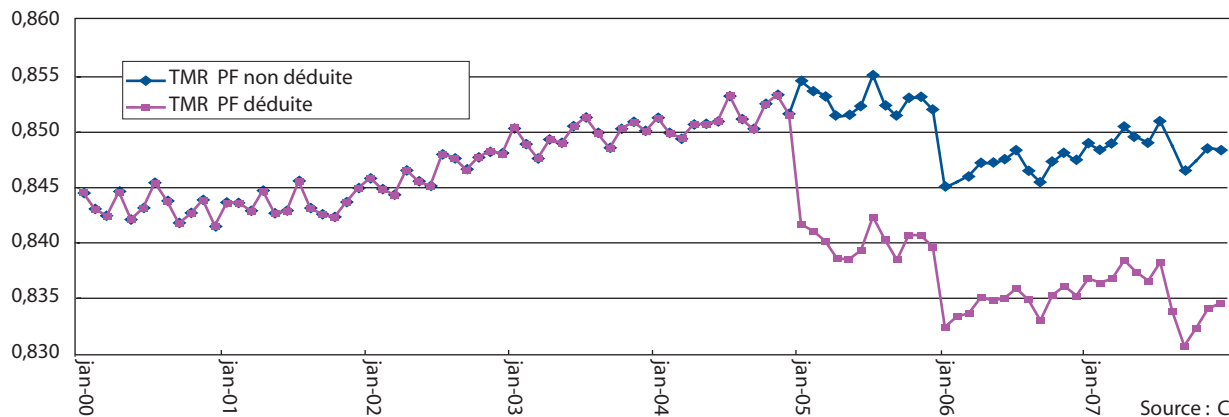
Décomposition de la dépense remboursée des médecins généralistes

Médecins spécialistes (millions d'euros)	2006	2007	Taux de croissance	Contribution à la croissance de la dépense remboursée brute
Dépense remboursable en volume (CVS-CJO)	8 259	8 481	2,7 %	
Dépense remboursable en valeur hors RMT et PDS (CVS-CJO)	8 828	9 106	3,1 %	
Dépense remboursée				
Dépense remboursée en valeur d'actes médicaux (CVS-CJO)	7 475	7 729	3,4 %	
Dépense remboursée en valeur d'actes médicaux (brute)	7 457	7 722	3,6 %	3,6
Participation forfaitaire	-108	-121	12,3 %	-0,2
RMT	1	2	6,1 %	0,0
Différentiel médecin traitant-RMT	0	0		0,0
PDS	44	45	3,6 %	0,0
Participation de 18 euros	0	-2		0,0
Dépense remboursée brute	7 394	7 645	3,4 %	3,4
Participation de 18 euros de l'assuré	471	498	5,8 %	0,9 %
Dépense remboursée brute	261	269	3,1 %	0,5 %

Source : CNAMTS

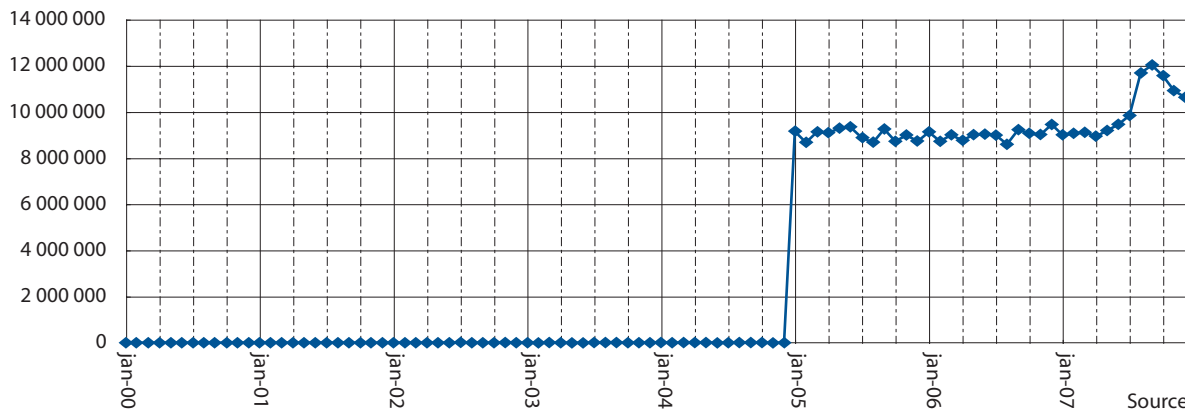
Graphique 7

Médecins spécialistes - Taux moyen de remboursement



Graphique 8

Médecins spécialistes - Participation forfaitaire



Les chirurgiens-dentistes

L'activité des chirurgiens-dentistes, mesurée à l'aide de la dépense reconnue en volume (CVS CJO) a reculé de 0,8 % en 2007, ce qui est légèrement inférieur à leur tendance de moyen terme.

La dépense reconnue en valeur (CVS-CJO) progresse de 2,9 %. Les effets prix sont de l'ordre de 3,7 %. La dépense remboursée liée à l'activité des chirurgiens-dentistes s'accroît de 2,9 % en données CVS-CJO et de 3,1 % en données brutes.

Les auxiliaires médicaux

La croissance du volume d'activité des infirmières reste importante en 2007 : mesurée par la dépense reconnue en volume (en CVS-CJO), elle atteint 7,9 % après avoir été de 7,1 % en 2006 et de 6,2 % en 2005. La dépense reconnue en valeur progresse de 9,7 % (CVS-CJO). L'effet prix de 1,7 % s'explique par la revalorisation intervenue le 1^{er} juillet 2007 pour un montant de 47 millions d'euros (champ régime général, France entière).

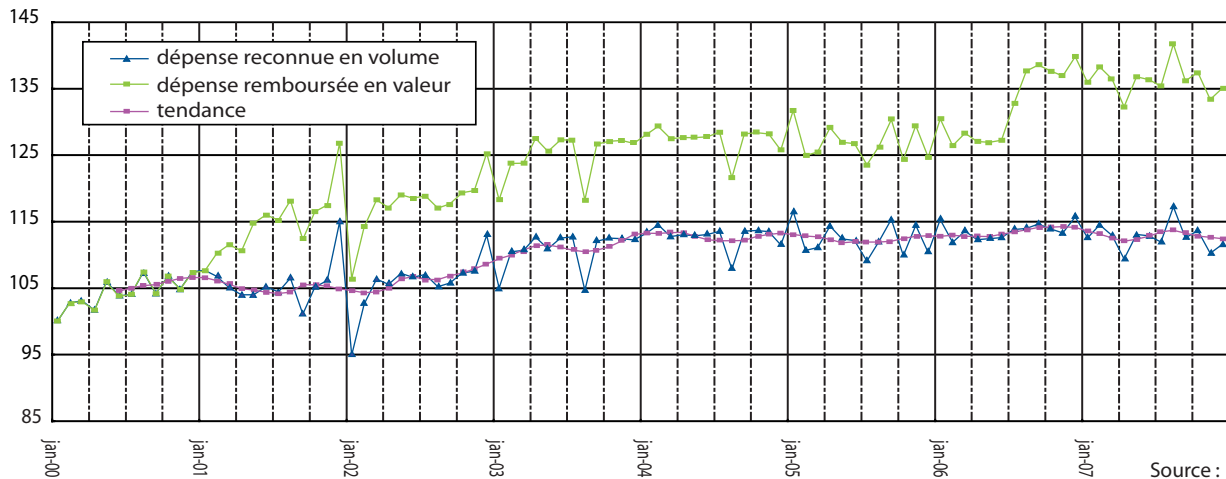
L'activité des masseurs kinésithérapeutes (dépense reconnue en volume

(CVS CJO) d'actes de masso kinésithérapie) progresse de 4,6 % en 2007, ce qui correspond à leur progression moyenne sur les cinq dernières années. En valeur, la dépense reconnue croît de 7,3 % du fait de l'impact des revalorisations de tarifs (70 millions d'euros champ du régime général France entière).

La dépense remboursée en valeur progresse de 7,3 % en données CVS-CJO et de 7,5 % en données brutes. Comme pour d'autres postes de dépenses, les deuxième et troisième trimestres sont particulièrement dynamiques.

Graphique 9

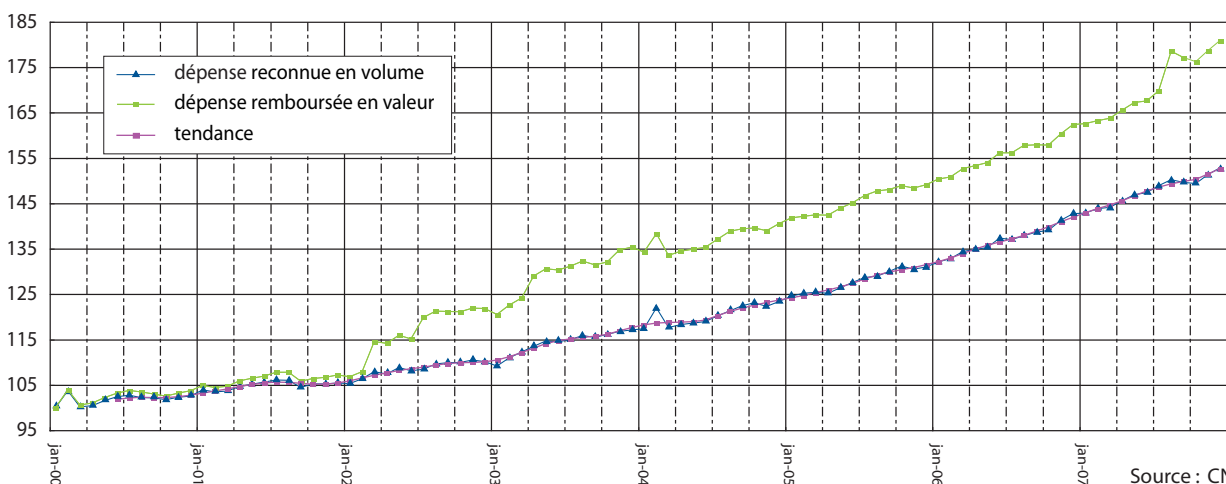
Chirurgiens-dentistes
Dépense reconnue en volume et dépense remboursée



Source : CNAMTS

Graphique 10

Actes infirmiers
Dépense reconnue en volume et dépense remboursée

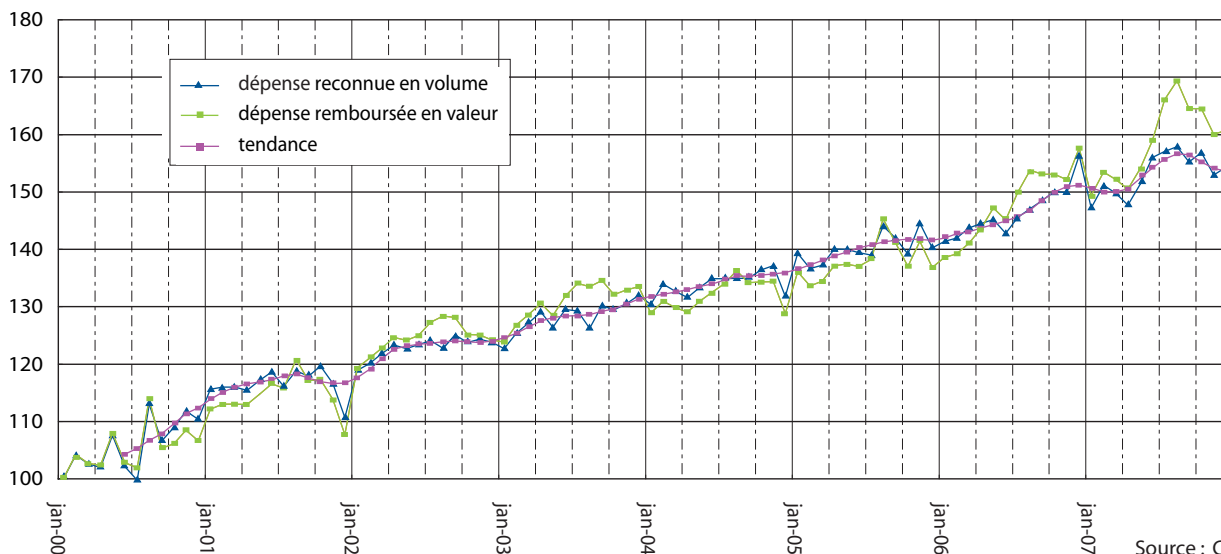


Source : CNAMTS

Graphique 11

Actes de kinésithérapie

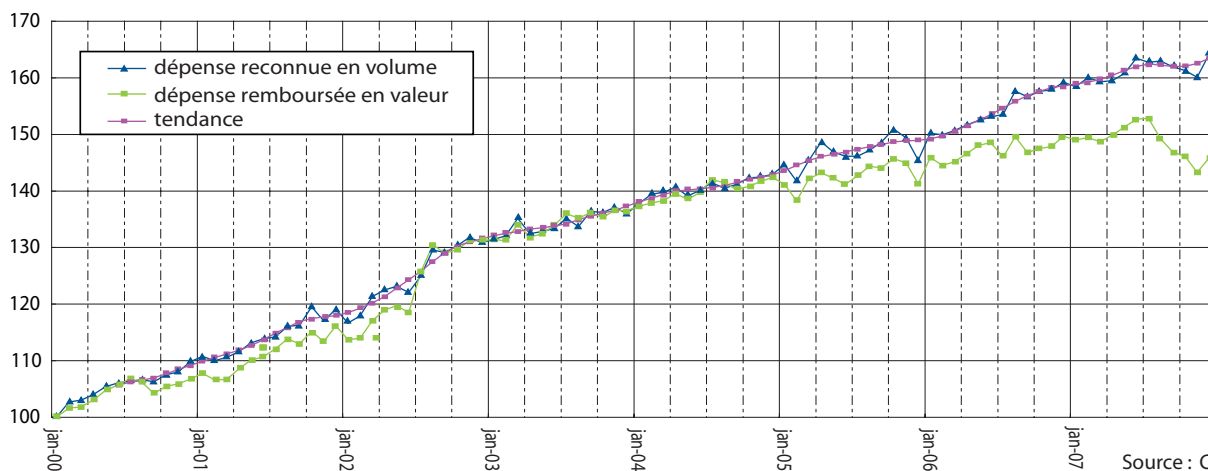
Dépense reconnue en volume et dépense remboursée



Graphique 12

Laboratoires d'analyses médicales

Dépense reconnue en volume et dépense remboursée



Les laboratoires d'analyses médicales

La dépense reconnue en volume (CVS-CJO) liée à l'activité des laboratoires d'analyses biologiques évolue de 4,6 % en 2007, soit à un rythme proche de celui adopté durant les quatre dernières années. En valeur, la dépense reconnue (CVS-CJO) croît de 2,7 %.

Cet effet prix négatif s'explique par l'effet report des mesures de nomenclature mises en œuvre en avril 2006 et qui impactent les dépenses à hauteur de -62 millions d'euros¹² ainsi que par une nouvelle baisse de cotation (-10,6 millions d'euros) intervenue en novembre dans le cadre des « mesures alerte »¹³.

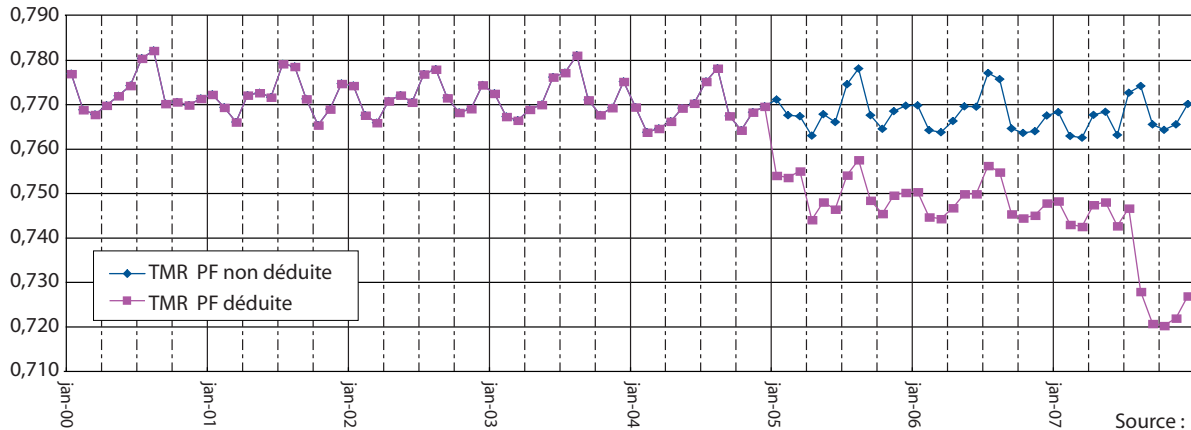
La dépense remboursée en valeur évolue de 1,1 % en données CVS-CJO et de 1,4 % en données brutes. Elle est fortement affectée, dès le début du mois d'août 2007 par le relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire. Le taux moyen de remboursement après participation forfaitaire chute fortement et passe de 74,6 % à 72,3 % (voir graphique 13).

¹² Il s'agit d'un montant « régime général France entière ». La cotation de 12 actes pour lesquelles de fortes progressions ont été observées a été baissée.

¹³ Cette mesure est entrée en vigueur le 11 novembre 2007. Sur le champ du régime général France entière, son impact en année pleine est de 85 M€. Un important effet report jouera alors en 2008.

Graphique 13

Laboratoires de biologie médicale Taux moyen de remboursement



Les indemnités journalières

En volume, les indemnités journalières affichent un taux de croissance de 1,1 %. L'année 2007 voit donc le retour d'un taux de croissance positif après trois années de baisse du volume des indemnités journalières. Elle apparaît, cependant mis à part le quatrième trimestre, moins dynamique que 2006 dont les deuxième et quatrième trimestres ont connu une forte croissance du volume des indemnités journalières¹⁴.

En valeur, les indemnités journalières progressent de 3,8 %.

● Les dépenses remboursées de produits de santé

Les produits de santé comprennent les médicaments, les produits de la LPP et les produits d'origine humaine. En 2007, la dépense remboursée des produits de santé progresse de 5,5 % en données brutes (5,2 % en données corrigées des jours ouvrés).

La dépense de médicaments, qui représente 32 % des dépenses de soins ville croît de 4,6 % contribuant à hauteur de 1,48 point à la croissance des soins de ville. On notera également la forte progression (11,1 %) des dépenses de LPP.

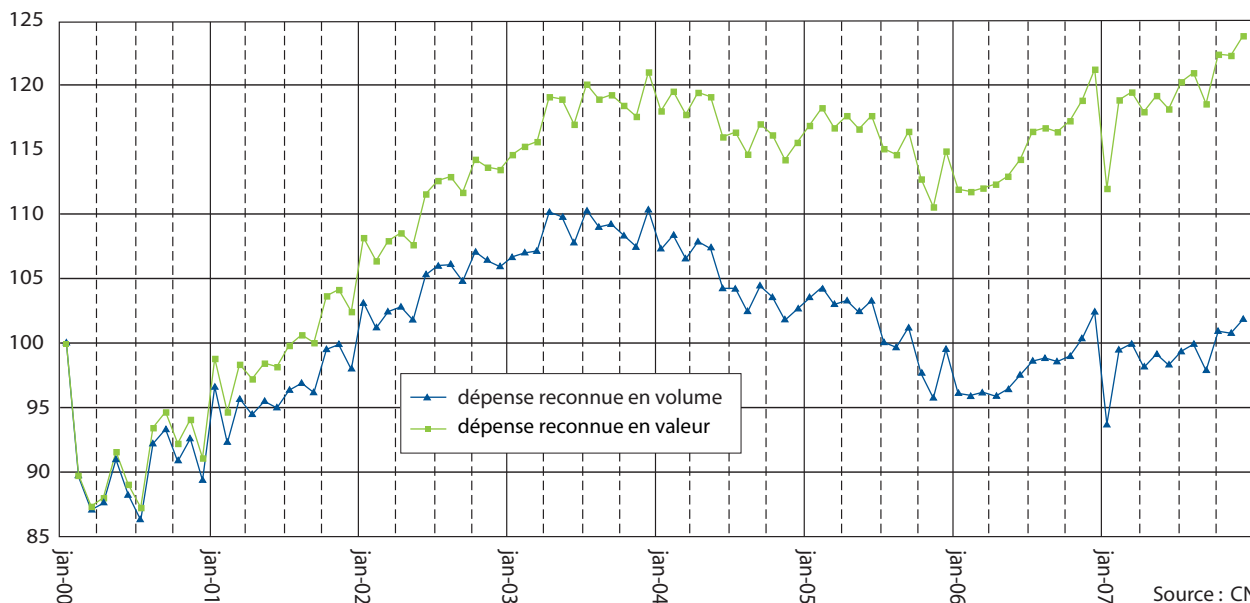
Les dépenses de médicaments

Sur l'ensemble de l'année, et en données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières, la dépense reconnue en volume de médicaments évolue de 7,1 %. En valeur, la croissance de la dépense reconnue est de 3,5 %¹⁵. Bien que le rythme de croissance reste inférieur à celui d'avant 2004, la dépense remboursable de médicaments enregistre par rapport à l'année 2006 (0,6 %) une notable progression.

Toujours en données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières, la dépense remboursée croît de 4,2 %¹⁶ (4,6 % en données brutes) contre 2,2 % en 2006.

Graphique 14

Dépenses d'indemnités journalières



¹⁴ A fin 2006, l'acquis de croissance en volume est de 2,6 %.

Le profil de l'année (voir graphique 15) montre, quelle que soit la série observée, un fort quatrième trimestre, la hausse du quatrième trimestre étant moins accusée pour les médicaments remboursés à 65 % (voir tableau 8).

Les forts effets prix négatifs constatés, notamment au premier trimestre, s'expliquent par les baisses de prix mises en œuvre dans le cadre du plan médicament. Tous régimes, l'économie réalisée par le canal des baisses de prix est d'environ 470 millions d'euros (393 M€ pour le seul régime général) dont 320 millions d'euros

d'effet report du plan 2006 sur l'année 2007 (268 M€ pour le seul régime général).

Par ailleurs, la progression de la pénétration du générique a occasionné en 2007 une baisse de 1,2 % du montant remboursé de médicaments par rapport à 2006. En 2007, 423 millions de boîtes de médicaments génériques ont été vendues (France métropolitaine, Régime Général), soit une hausse de 20 % par rapport à 2006 (353 millions). Cette forte croissance a fait passer la part du générique dans l'ensemble des boîtes de médi-

caments vendues de 17,7 % en 2006 à 20,5 % en 2007.

La croissance importante des ventes du générique s'explique par l'élargissement du répertoire, mais aussi par l'augmentation de la pénétration du générique au sein du répertoire. Sur la lancée des années précédentes, le taux de pénétration a fortement augmenté en 2007. Dans le répertoire conventionnel de fin décembre 2006¹⁷, la part des génériques en nombre de boîtes est ainsi passée de 70,1 % en décembre 2006 à 83,6 % en décembre 2007. En moyenne annuelle, cette part passe de 63,4 % en 2006 à 76,5 % en 2007.

Graphique 15

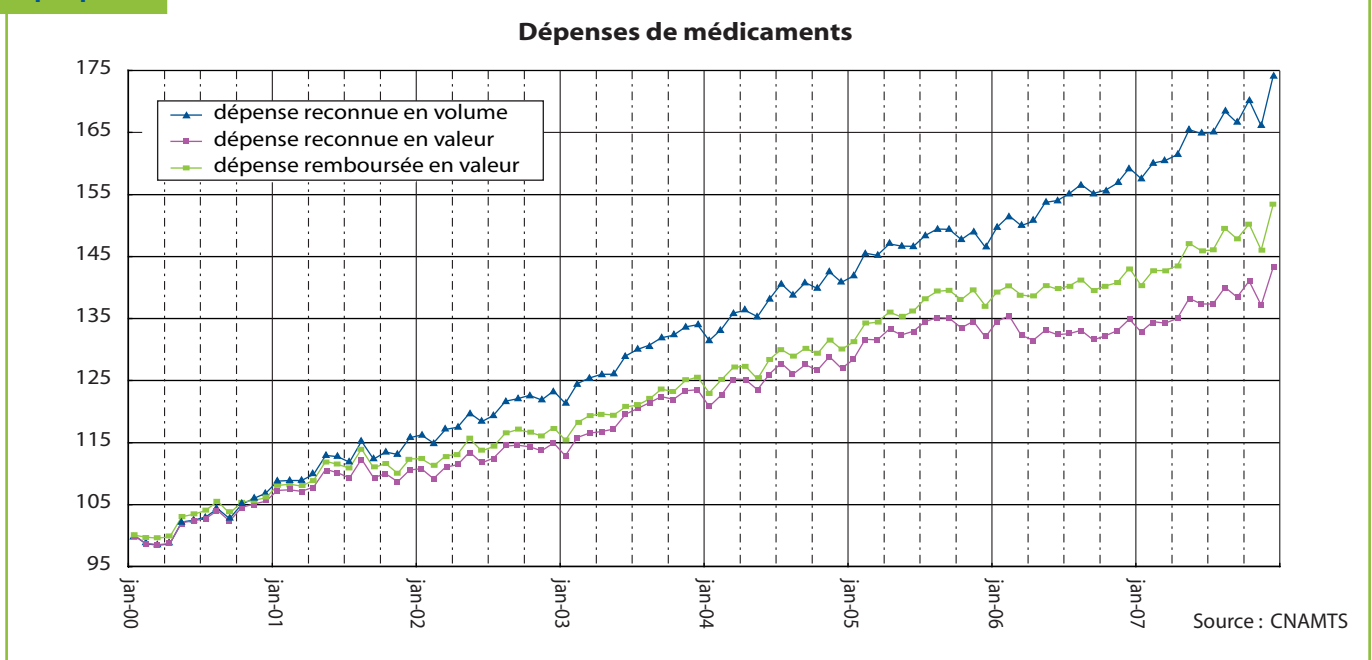


Tableau 8

**Soins de ville hors produits de santé (données brutes)
Taux de croissance 2007**

millions d'euros	Évolution sur 12 mois				
	12 mois de 2006	12 mois de 2007	Taux d'évolution	Poids du poste dans les soins de ville	Contribution à la croissance (*)
Médicaments	16 976	17 752	4,6 %	32,3 %	1,48
LPP	2 932	3 259	11,1 %	5,6 %	0,62
POH	88	86	-1,5 %	0,2 %	0,00
Produits de santé	19 996	21 097	5,5 %	38,0 %	2,09
Soins de ville	52 590	55 141	4,9 %		

(*) contribution à la croissance de l'ensemble des soins de ville

Source : CNAMTS

¹⁵ Cette croissance de la dépense reconnue en valeur comprend « la permanence des soins pharmacie » (garde pharmacie) ; en neutralisant cette garde pharmacie, le taux de croissance s'établit à 3,4 %.

¹⁶ 4,1 % si on neutralise la permanence des soins pharmacie.

Tableau 9

Évolution trimestrielle des dépenses de médicaments

Trimestre 2007 / trimestre 2006	Premier trimestre	Deuxième trimestre	Troisième trimestre	Quatrième trimestre
Dépense reconnue en volume	6,0 %	7,3 %	7,1 %	8,2 %
Médicaments à 35 %	-12,2 %	6,3 %	4,7 %	6,8 %
Médicaments à 65 %	7,0 %	3,8 %	6,2 %	5,3 %
Médicaments à 80 et 100%	10,5 %	11,8 %	10,0 %	11,1 %
Rétrocession	-2,9 %	-3,1 %	-4,0 %	8,8 %
Dépense reconnue en valeur	0,7 %	3,5 %	4,3 %	5,7 %
Médicaments à 35 %	-16,9 %	2,2 %	1,8 %	4,2 %
Médicaments à 65 %	1,4 %	-0,2 %	3,3 %	2,7 %
Médicaments à 80 et 100%	4,6 %	7,5 %	7,0 %	8,4 %
Rétrocession	-2,9 %	-3,1 %	-4,0 %	8,8 %
Dépense remboursée en valeur	1,9 %	4,1 %	4,8 %	6,2 %
Médicaments à 35 %	-16,9 %	2,2 %	1,8 %	4,2 %
Médicaments à 65 %	1,4 %	-0,2 %	3,3 %	2,7 %
Médicaments à 80 et 100%	4,6 %	7,5 %	7,0 %	8,4 %
Rétrocession	-2,9 %	-3,1 %	-4,0 %	8,8 %

Source : CNAMTS

Après avoir fortement baissé en 2005 (-14,6 %) et en 2006 (-6,7 %), les dépenses liées à la rétrocession¹⁸ enregistrent un très léger recul en 2007 (-0,5 %). En montants remboursés, les médicaments délivrés en officine progressent de 4,4 %, contre 4,1 % pour le total des médicaments.

Un effet prix de -2,46 %

Sur l'ensemble de l'année, l'effet prix est de -2,46 % ; les principaux autres effets gouvernant la dépense de médicaments sont précisés dans le tableau 10.

La composition de ces différents effets conduit à une évolution de 4,1 % de la

dépense remboursée, à quoi il convient d'ajouter l'impact de la permanence des soins « pharmacie » (0,1 %)

La contribution des différentes classes thérapeutiques

Parmi les 25 premières classes thérapeutiques, contribuant le plus à la croissance, cinq d'entre elles expliquent 2,7 points de croissance sur 4,9 :

- Les antinéoplasiques (L01) progressent de 71 % et représentent près de 1 point de croissance ;
- Les médicaments des syndromes obstructifs des voies aériennes (R03) affi-

chent un taux de croissance de 11 % et représentent 0,5 point de croissance ;

- Les antiviraux à usage systémique (J05) utilisés dans le traitement du SIDA progressent de 16 % et représentent 0,5 point de croissance ;
- Les médicaments du diabète (A10) avec une contribution de 0,4 point progressent de 9 % ;
- La classe J07 (Vaccins) enregistre un taux de croissance de 17,5 % dû pour l'essentiel à la campagne de vaccination contre le cancer du col de l'utérus (Gardasil).

Tableau 10

Effets contribuant à la croissance de la dépense de médicaments en 2007

Evolution de la dépense remboursée de médicaments	4,1 %
Effet quantité	3,4 %
Effet structure	3,6 %
Effet prix	-2,5 %
Effet générique	-1,2 %
Effet taux de remboursement	0,6 %

Source : CNAMTS

¹⁷ Les groupes au TFR sont hors répertoire conventionnel.

¹⁸ La rétrocession désigne la délivrance de médicaments par des pharmacies hospitalières (hôpital public) à des patients non hospitalisés. En 2005 et en 2006, ont eu lieu d'importantes sorties de médicaments de la réserve hospitalière. Depuis, ces spécialités peuvent être délivrées en officine.

Graphique 16

Evolution de la dépense remboursable des médicaments délivrés en officine et en rétrocession

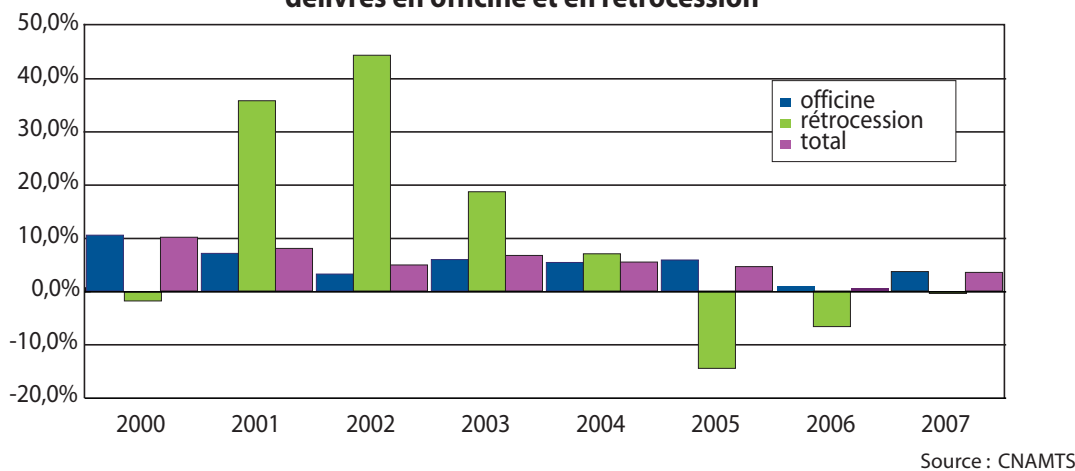


Tableau 11

Les 25 premières classes thérapeutiques pour les médicaments délivrés en ville

REGIME GENERAL - hors SLM	Poids de la classe	Contribution à la croissance en PCAP CJO	Cumul annuel		Evolution en PCAP			
			Montants remboursés	Volumes	Montants remboursés		Volumes	
					Brut	CJO	Brut	CJO
Ensemble	100,0 %	5,4 %	14 323 846 257	1 815 969 135	5,4 %	5,4 %	3,5 %	3,4 %
25 premières classes	84,4 %	4,9 %	12 050 774 145	1 203 792 514	6,0 %	5,9 %	3,4 %	3,3 %
C09 - MEDICAMENTS SYSTEME RENINE ANGIOTENSINE	7,2 %	0,3 %	1 029 200 988	54 288 750	4,6 %	4,5 %	3,0 %	3,0 %
C10 - HYPOLIPEMIANTS	6,6 %	-0,3 %	937 189 561	56 116 906	-3,7 %	-3,7 %	2,2 %	2,1 %
N02 - ANALGESIQUES	5,5 %	0,3 %	775 950 597	339 955 647	6,1 %	6,0 %	6,2 %	6,1 %
R03 - SYNDROMES OBSTRUCTIFS DES VOIES AERIENNES	5,3 %	0,5 %	744 790 259	38 194 775	11,0 %	10,9 %	1,2 %	1,1 %
A02 - TROUBLES DE L'ACIDITE	5,3 %	-0,1 %	774 763 288	57 881 933	-2,4 %	-2,4 %	5,0 %	4,9 %
B01 - ANTITHROMBOTIQUES	4,7 %	0,3 %	677 495 927	40 688 780	5,5 %	5,5 %	4,9 %	4,8 %
N06 - PSYCHOANALEPTIQUES	4,5 %	-0,0 %	652 776 401	57 184 394	0,0 %	-0,0 %	0,6 %	0,5 %
J01 - ANTIBACTERIENS A USAGE SYSTEMIQUE	4,5 %	0,1 %	585 995 693	94 523 062	1,5 %	1,3 %	4,3 %	4,2 %
A10 - MEDICAMENTS DU DIABETE	4,4 %	0,4 %	616 771 285	44 578 509	9,2 %	9,1 %	5,0 %	4,9 %
N05 - PSYCHOLEPTIQUES	3,9 %	0,2 %	565 843 539	107 733 515	4,1 %	4,0 %	-1,1 %	-1,2 %
J05 - ANTIVIRAUX A USAGE SYSTEMIQUE	3,8 %	0,5 %	530 365 973	4 088 262	16,2 %	16,1 %	10,2 %	10,2 %
L03 - IMMUNOSTIMULANTS	3,1 %	0,3 %	468 242 859	1 140 847	10,1 %	10,0 %	16,2 %	16,1 %
L04 - IMMUNOSUPPESSEURS	2,9 %	0,4 %	404 909 100	2 726 313	16,2 %	16,1 %	11,2 %	11,1 %
L02 - THERAPEUTIQUE ENDOCRINE	2,4 %	0,1 %	342 312 198	2 630 983	4,1 %	4,0 %	3,0 %	3,0 %
L01 - ANTINEOPLASIQUES	2,2 %	0,9 %	279 780 789	1 630 402	71,1 %	70,9 %	12,0 %	11,9 %
B03 - PREPARATIONS ANTIANEMIQUES	2,1 %	0,2 %	331 559 305	12 519 171	10,3 %	10,2 %	5,0 %	4,9 %
S01 - MEDICAMENTS OPHTALMOLOGIQUES	2,1 %	0,2 %	264 767 097	47 334 452	10,5 %	10,6 %	3,5 %	3,4 %
M01 - ANTIINFLAMMATOIRES ET ANTIRHUMATISMAUX	2,0 %	0,0 %	287 571 521	72 478 174	1,7 %	1,6 %	2,7 %	2,7 %
J07 - VACCINS	2,0 %	0,3 %	250 755 985	17 964 304	17,5 %	17,4 %	4,8 %	4,0 %
N03 - ANTIEPILEPTIQUES	1,9 %	0,2 %	273 686 851	20 005 238	12,6 %	12,5 %	6,7 %	6,6 %
C07 - BETABLOQUANTS	1,9 %	0,1 %	268 644 672	36 466 865	4,9 %	4,9 %	2,1 %	2,1 %
C08 - INHIBITEURS CALCIFIQUES	1,8 %	-0,0 %	293 321 762	22 951 805	-0,2 %	-0,3 %	0,5 %	0,4 %
G03 - HORMONES SEXUELLES ET MODULATEURS FONCTION GENITALE	1,6 %	-0,1 %	260 176 639	35 946 760	-3,7 %	-3,7 %	-2,1 %	-2,2 %
M05 - TRAITEMENT DES DESORDRES OSSEUX	1,5 %	0,2 %	217 782 829	6 259 474	15,0 %	14,9 %	11,1 %	11,1 %
C01 - MEDICAMENTS EN CARDIOLOGIE	1,4 %	-0,1 %	216 119 028	28 503 193	-4,6 %	-4,6 %	-5,2 %	-5,2 %

Source : CNAMTS

Enfin, on notera pour la seconde année consécutive, une contribution négative de la classe des hypolipémiants (C10) -0,3 point après -0,2 point en 2006 – conséquence des accords conventionnels de maîtrise médicalisée des dépenses.

● Les dépenses des cliniques privées en 2007

En date de soins et en données brutes les dépenses remboursées par le régime général liées à l'activité des cliniques privées ont progressé de 3,2 %. En données corrigées de variations saisonnières et des jours ouvrés, cette progression est de 3 %.

L'analyse de l'évolution des dépenses par trimestre montre qu'après un premier et second trimestres plutôt modérés (respectivement 1,6 % et 2,3 % en données CVS-CJO), la croissance des troisième et quatrième s'est révélée assez dynamique (respectivement 5,2 % et 4 % en données CVS-CJO) (voir graphique 16).

Les dépenses par grands postes

Les taux de croissance par grands postes

de dépenses sont les suivants :

- Objectif de dépenses médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) : +2 % en données CVS-CJO contre 5,91 % en 2006. Les données brutes sont respectivement de 2,3 % et de 5,4 %.
- Les soins de suite et de réadaptation (SSR) progressent de 8,4 % en données CVS-CJO contre 6,2 % en 2006 ; en données brutes les taux de croissance sont de 8,2 % pour 2007 et de 6,7 % pour 2006.
- Les dépenses du poste psychiatrie (PSY) ont progressé de 4,6 % en données CVS-CJO contre 3,3 % en 2006. Les taux de croissance en données brutes sont respectivement de 4,5 % et de 3,5 %.
- Enfin, les unités de soins de longue durée (USLD) voient leurs dépenses diminuer de 14,8 % contre -39,3 % en 2006. En données brutes, la croissance de 2007 est de -15,6 % et celle de 2006 de -39 %.

● Les dépenses des établissements sanitaires publics

Les dépenses 2007 de l'hospitalisation publique s'élèvent à presque 54 milliards

d'euros dont 32 milliards d'euros sur l'objectif des dépenses médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO).

L'objectif des dépenses d'assurance maladie (ODAM) comprenant les dotations annuelles de fonctionnement (DAF) et les unités de soins de longue durée (USLD) atteint un montant de 5,2 milliards d'euros.

Le champ de l'ODMCO comprend les dotations annuelles complémentaires (DAC), les forfaits¹⁹ ainsi que l'activité proprement dite comprenant la tarification à l'activité et les dépenses liées aux dispositifs médicaux et aux médicaments. L'année 2007 poursuit la montée en charge de la part activité, tout en diminuant simultanément l'enveloppe des DAC. Le tableau 13 rappelle la chronique des taux de passage de l'activité.

En replaçant les montants des DAC et de l'activité de l'année 2006 dans le champ de 2007, l'ensemble des dépenses de 2007 de l'hospitalisation publique a évolué de 3 %, l'ODMCO à 1,8 %, le MIGAC à 9,7 % et l'ODAM à 2,8 %.

¹⁹ Il s'agit des forfaits annuels d'urgence (FAU), des Forfaits Annuels de Prélèvement d'Organe (FAPO), des Forfaits Annuels de Transplantation et Greffe de moelle Osseuse (FATGO).

Tableau 12

Hospitalisation publique en 2007

Tous régimes millions d'euros	2007
Etablissements publics	53 975
TOTAL hospitalisation publique	53 522
ODMCO	32 120
MIGAC	6 193
ODAM	15 209
D0 : DAF	13 833
U : USLD	1 376
Autres publics	453

Source : DHOS

Tableau 14

Hospitalisation publique-évolution en 2007

Tous régimes - taux de croissance	Évolution 2007/2006 ⁽¹⁾
Etablissements publics	3,03 %
TOTAL hospitalisation publique	2,92 %
ODMCO	1,82 %
MIGAC	9,68 %
ODAM	2,79 %
D0 : DAF	2,82 %
U : USLD	2,45 %

⁽¹⁾ Evolution 2007 sur 2006, 2006 étant replacé dans le champ de 2007.

Tableau 13

Chronique des taux de passage à l'activité

	2005	2006	2007	2008
La DAC passe à	75 %	65 %	50 %	0 %
L'activité passe à	25 %	35 %	50 %	100 %

Source : CNAMTS

Contact : michel.pouliquen@cnamts.fr