

points de repère



Plusieurs séries statistiques relatives à la consommation de médicaments sont régulièrement publiées, et les évolutions annuelles qu'elles font apparaître sont parfois très différentes. C'est notamment le cas des chiffres de ventes de médicaments aux officines publiées par le GERS lorsqu'on les compare aux dépenses remboursées de la CNAMTS.

Une analyse détaillée a été réalisée par le BIPE afin d'une part d'identifier le contenu précis de ces deux sources de données ainsi que leurs différences, et d'autre part de quantifier le plus précisément possible la « matrice » de passage de l'une à l'autre source.

Ce numéro de Points de Repère présente les principaux résultats de ce travail qui montre que les évolutions des chiffres GERS et CNAMTS sont très cohérentes entre elles sur toute la période étudiée (2001 – 2007), lorsque l'on élimine les différences de champ, de valorisation ou de date de mesure.

Les écarts constatés sur les données brutes proviennent principalement de l'évolution de la rétrocession hospitalière, des marges de la distribution, des stockages importants certaines années et de l'évolution du taux de remboursement, sous l'impact de la croissance tendancielle des ALD et des mesures prises concernant le remboursement.

● Patrick BERTIN (BIPE)

Mieux connaître les dépenses de médicaments : une comparaison méthodique de deux sources de données GERS et CNAMTS

En 2007, les dépenses de médicaments ont représenté plus de 20 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), approchant un montant de 33 milliards d'euros, ce qui situe la France au troisième rang au monde en termes de dépenses moyennes par personne.

Les politiques de régulation menées dans ce secteur depuis un certain nombre d'années combinent différents registres : fixation des prix, sensibilisation et incitation des médecins à modifier leurs comportements de prescription, promotion des génériques,...

Ces actions doivent être fondées sur des informations et des analyses pertinentes.

Or de multiples sources de données sur le médicament existent, avec des différences de perspectives (marché pharmaceutique, consommation, prescription, remboursement), de champ, d'indicateurs (volume / valeur, prix fabricant / prix public,...), et les évolutions retracées au travers de ces sources n'apparaissent pas toujours concordantes.

La fiabilité et la cohérence de ces différentes sources est donc un enjeu majeur, partagé par les différentes parties prenantes de la régulation du secteur : Etat, Assurance maladie, Industrie. C'est dans ce cadre que s'inscrit l'analyse décrite ci-après, qui vise à étudier si l'évolution du chiffre d'affaires

des laboratoires pharmaceutiques, estimé à partir de leurs ventes aux officines, est cohérente avec l'évolution des dépenses de médicaments remboursées par les différents régimes d'assurance maladie.

● Des évolutions annuelles qui apparaissent *a priori* fortement différentes dans les deux séries

Deux sources de données sont principalement utilisées pour analyser les évolutions de dépenses de médicament : les données du GERS¹ et celles des régimes d'assurance maladie.

Le GERS est un groupement d'intérêt économique qui a été créé par les entreprises de l'industrie pharmaceutique afin de mettre en commun leurs données de ventes en ville et à l'hôpital et d'analyser les évolutions du marché. Le GERS recueille ainsi des données auprès des grossistes répartiteurs qui transmettent les informations sur la totalité de leurs ventes en ville et à l'hôpital, de leurs adhérents (les laboratoires pharmaceutiques) pour les ventes directes, ainsi que d'un panel de 5000 pharmacies permettant, entre autres, de fournir des informations sur les sorties officine et l'état des stocks. Les données du GERS fournissent donc un aperçu de l'évolution du chiffre d'affaires de l'industrie. A cet égard, elles servent également de référentiel dans la régulation conven-

tionnelle et sont dans ce cadre utilisées conjointement par le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises du médicament (LEEM).

De son côté, la CNAMTS, ainsi que les autres régimes d'assurance maladie, suivent les remboursements de médicaments délivrés par les officines aux patients sur prescription de médecins (soit libéraux, soit salariés). La série de données la plus largement diffusée et qui sert de référence est la statistique mensuelle du régime général : elle est commentée chaque mois par un communiqué présentant les tendances de la conjoncture, et consolidée annuellement².

Or lorsque l'on compare les séries brutes publiées par le GERS et la CNAMTS, des discordances significatives peuvent être constatées, variables selon les années. On remarque notamment qu'en 2002, le GERS est 2 points en dessous de la CNAMTS et qu'en 2005, c'est l'inverse³ (Tableau 1).

En fait, une analyse approfondie montre que ces écarts s'expliquent si on prend en compte les différences entre les agrégats décrits par ces deux séries.

● Des données sensiblement différentes

Ces deux sources diffèrent en effet sensiblement dans leur contenu, sur trois éléments (voir tableau 2) :

- le champ des produits inclus,
- la nature des prix unitaires observés,
- la temporalité de la mesure (flux entrant ou sortant des officines, avec un décalage lié à l'écoulement des stocks).

Il n'est donc pas anormal que les taux d'évolution annuels calculés à partir de ces deux sources diffèrent. La question est de savoir si l'on peut reconstituer une matrice de passage de l'un à l'autre.

Tableau 1

Évolution comparée des données brutes

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
GERS ventes aux officines	+ 4,1 %	+ 6,1 %	+ 6,2 %	+ 6,8 %	+ 0,8 %	+ 3,8 %
CNAMTS dépenses remboursées	+ 6,4 %	+ 6,3 %	+ 6,1 %	+ 4,7 %	+ 1,8 %	+ 4,6 %
Ecart GERS/CNAMTS	- 2,3 pts	- 0,2 pt	+ 0,1 pt	+ 2,1 pts	- 1,0 pt	- 0,8 pt

Encadré 1

Le champ particulier des données de MEDIC'AM

Avec MEDIC'AM, la CNAMTS publie chaque année le détail de la consommation des médicaments délivrés en officine spécialité par spécialité.

Cette source de données sur la consommation pharmaceutique diverge de celles du GERS ainsi que de celle de la CNAMTS en date de délivrance.

En effet, les données de MEDIC'AM ne couvrent que les dépenses en date de remboursement du régime général hors sections locales mutualistes hors DOM, soit environ 73 % des dépenses du régime général. Par ailleurs, ces données étant issues des montants présentés au remboursement n'incluent évidemment pas les dépenses de médicaments non remboursés (automédication remboursable, médicaments non présentés au remboursement et médicament non remboursable). Enfin, MEDIC'AM ne retrace que les remboursements des médicaments « codés » délivrés en officine. Sont donc exclus, comme pour le GERS, la rétrocession hospitalière, les honoraires spéciaux pharmaceutiques, les préparations magistrales et l'homéopathie remboursable.

¹ Deux autres sources sont utilisées pour donner une vision globale du marché pharmaceutique français : la Base taxe de l'Afssaps et la base LMP d'IMS-Health. Pour plus de précisions, on peut se référer au rapport du Conseil national de l'information statistique (Rapport du groupe de travail Connaissance statistique du médicament, Février 2005 - Président : M. Philippe NASSE, Rapporteurs : Mme Elise AMAR et M. Claude GISSOT).

² Par ailleurs, la CNAMTS publie chaque année les données issues de MEDIC'AM donnant le détail de la consommation de médicaments délivrés en officine (c.f. encadré 1).

³ On verra plus loin que l'évolution très irrégulière de la rétrocession hospitalière explique à elle seule une bonne partie de ces variations.

Tableau 2

Les différences entre données GERS et CNAMTS

	GERS	CNAMTS
Champ*	<p><i>Inclut :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les médicaments remboursables par l'Assurance maladie ; ➢ y compris ceux consommés en automédication ➢ les médicaments prescrits délivrés, mais non présentés au remboursement - tous les régimes d'AM <p><i>N'inclut pas :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - La rétrocession hospitalière - Les honoraires spéciaux pharmaceutiques - Les préparations magistrales - L'homéopathie remboursable - Le non remboursable⁴ 	<p><i>Inclut :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Tous les médicaments remboursables, y compris : ➢ Les rétrocessions hospitalières ➢ L'homéopathie remboursable ➢ Les préparations magistrales - Les honoraires spéciaux pharmaceutiques <p><i>N'inclut pas :</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - L'automédication remboursable - Les médicaments prescrits délivrés, mais non présentés au remboursement - Le non remboursable - Les autres régimes d'AM
Nature des prix*	- Prix fabricant hors taxe	<ul style="list-style-type: none"> - Prix présenté au remboursement TTC ➢ Inclut donc la TVA et le taux de marge du pharmacien - Prix remboursé : ➢ Prix présenté au remboursement défalqué du ticket modérateur correspondant
Dates de livraison*	Date de livraison du médicament	Date de délivrance du médicament

* Voir encadré 2 pour une définition des différents termes

● Une méthode de comparaison en deux étapes

L'objectif de cette étude est donc d'estimer le degré de cohérence entre les deux agrégats (GERS d'une part et CNAMTS d'autre part). L'analyse porte sur les années 2001 à 2007 ; les taux d'évolution comparés concernent donc 6 points : de 2002 à 2007.

La méthodologie est construite en deux étapes.

Une première étape a consisté à rapprocher la série GERS et la série CNAMTS des dépenses dites « présentées au remboursement », c'est-à-dire avant application

du taux de remboursement, en prenant en compte :

- les différences de champ entre ces deux sources (rétrocession, automédication ou prescrit non présenté, homéopathie, honoraires spéciaux du pharmacien, préparations magistrales, autres régimes de base) ;
- les différences de valorisation (prix fabricant hors taxe (PFHT) à l'achat par les pharmacies, prix de vente du médicament (soit le prix fabricant augmenté de la marge réglementaire du grossiste et du pharmacien et enfin de la TVA à 2,1 %) lors de la délivrance) ;
- les effets de stocks, pour ceux qui sont connus et quantifiés⁵.

Pour chaque source, il est ainsi construit un taux d'évolution à « champ identique, reconstitué » :

T1 = taux d'évolution reconstruit en partant de la série GERS comme suit : (données GERS entrées pharmacies prix fabricant) + (passage en prix ttc) - (automédication ou prescrit non présenté) - (variation de stockage connue : ici effet des sur-stockages génériques de fin 2005, 2006 et 2007).

T2 = taux d'évolution reconstruit en partant de la série CNAMTS des dépenses présentées au remboursement comme suit : données régime général avant application du taux de rembour-

Encadré 2

Quelques définitions concernant le secteur du médicament

Automédication : Consommation de médicaments à prescription médicale facultative (PMF) dispensés dans une pharmacie et non effectivement prescrits par un médecin, qu'ils soient ou pas remboursables.

Automédication remboursable : Part de la consommation de médicaments sans prescription (automédication) qui seraient remboursables s'ils avaient été prescrits par le médecin.

Rétrocession hospitalière : Dispensation par une pharmacie hospitalière de médicaments, achetés par l'hôpital, à des patients ambulatoires. Ces dépenses sont présentées au remboursement en soins de ville.

Honoraires spéciaux pharmaceutiques : Majorations pour astreinte (gardes de nuit ou de jour), honoraires pour copie d'ordonnance.

Préparation magistrale : Préparation médicamenteuse effectuée en pharmacie extemporanément (pas le droit d'être stockée dans l'officine) pour un patient précis suite à une ordonnance nominative.

Prix du médicament / prix fabricant et taux de marge des pharmaciens : Le prix d'un médicament se décompose comme le Prix Fabricant Hors Taxe (PFHT) auquel on ajoute les marges commerciales du grossiste et du pharmacien puis la Taxe sur la Valeur Ajoutée (TVA).

Les tickets modérateurs applicables au médicament : Part financière qui reste à la charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie. Son taux varie en fonction des médicaments ou de l'état de santé. Une complémentaire santé peut prendre en charge tout ou partie de ce montant. Il existe trois niveaux de tickets modérateurs : 0 % (quelques médicaments innovants ou très coûteux sont systématiquement pris en charge à 100 %), 35 % et 65 %.

⁴ Les médicaments non remboursables sont également retracés dans le GERS. L'analyse présentée ici ne s'intéresse néanmoins qu'au GERS remboursable

⁵ A savoir l'effet des sur-stockages de génériques de fin 2005, fin 2006 et fin 2007 suite au changement des règles des remises.

sement et en date de soins (qui est celle de la délivrance) - (rétrocession hospitalière) - (homéopathie remboursable présentée) - (préparations magistrales) - (honoraires spéciaux du pharmacien) + (passage du régime général à l'ensemble des régimes).

On reconstitue ainsi, à partir de deux sources différentes, l'évolution d'un même agrégat : le montant des médicaments vendus par les officines et présentés au remboursement. Les deux taux T1 et T2 devraient donc logiquement être similaires.

Dans une deuxième étape, le passage des dépenses « présentées au remboursement » aux remboursements effectifs a été analysé en identifiant, année par année, les principaux facteurs explicatifs des écarts : poids régulièrement croissant des prises en charge à 100 %, changement des modalités de remboursement,...

● Estimation de l'évolution des ventes officine présentées au remboursement à partir des données du GERS

Il s'agit ici de reconstruire un taux d'évolution T1 en partant de la série GERS et en prenant en compte le passage en prix publics, l'automédication ou le prescrit non présenté au remboursement et les variations de stockage.

Le tableau 3 récapitule l'impact de ces différents facteurs.

Le passage des prix fabricants hors taxes aux prix publics

Les taux de marge annuels utilisés proviennent des calculs de la chambre syndicale des répartiteurs (CSRP), qui a appliqué chaque mois depuis janvier 2001 les marges réglementées à l'ensemble du marché remboursable avec la même source GERS « entrées officines ».

L'écart de croissance dépend notamment de la contribution à la croissance du marché des produits « chers » (dans la deuxième tranche de la marge dégressive). L'écart élevé de 2004 résulte de la baisse de marge des grossistes de mars 2004 à hauteur d'environ 0,85 point, avec un effet report sur 2005.

Les déremboursements de 2006, qui ont porté sur des produits peu chers, ont augmenté l'écart.

L'application de la TVA n'a pas d'impact dès lors que l'analyse porte sur les taux de croissance, puisqu'elle est proportionnelle.

L'automédication

L'automédication en médicaments remboursables pèse peu dans le marché remboursable total, mais évolue nettement moins vite que le total (lequel est tiré par les pathologies lourdes). Elle a donc tendance à freiner un peu l'évolution GERS. En outre, une partie de ces produits est maintenant généralisée, d'où un effet-prix négatif.

Son impact sur le taux de croissance global reste néanmoins assez difficile à estimer. Seules des estimations tirées de panels « sorties » pharmacies sont disponibles⁸. Pour les médicaments remboursables à prescription médicale facultative (PMF) achetés en automédication, les chiffres convergent vers 350 millions d'euros en 2007, en prix public TTC, soit seulement 1,3 % du marché remboursable total.

Même si le poids est faible, l'impact n'est pas négligeable car les taux d'évolution de cet agrégat divergent beaucoup de ceux du marché total.

Ces taux d'évolution ont été estimés comme le montre le tableau 4.

L'automédication évolue donc beaucoup moins vite que le marché total, ce qui veut dire que les montants remboursables par l'assurance maladie augmentent plus vite que le chiffre d'affaires total des laboratoires (l'année 2006 ayant été très particulière avec les déremboursements de nombreux médicaments à service médical rendu insuffisant à partir de mars).

Ces estimations sont malgré tout entachées d'une certaine incertitude, alors même que l'impact de ce facteur est loin d'être négligeable. Néanmoins une analyse de sensibilité montre qu'une erreur d'estimation du taux de croissance de l'automédication de 1 point une année donnée ferait varier le résultat final de 0,02 point.

Tableau 3

Reconstitution du taux T1 à partir des taux d'évolution GERS

	Corrections apportées au taux de croissance annuel pour tenir compte de l'impact des différents facteurs				Taux T1 = estimation des ventes officine présentées au remboursement
	Taux GERS données brutes	passage PFHT → prix public	auto-médication et non présenté au remboursement	sur-stockages de génériques de 2005 2006 2007	
2002	+ 4,06 %	-0,45 point	+0,16 point		+ 3,77%
2003	+ 6,06 %	-0,61 point	+0,15 point		+ 5,60 %
2004	+ 6,22 %	-1,30 point	+0,25 point		+ 5,18 %
2005	+ 6,78 %	-0,82 point	+0,12 point	-0,56 point	+ 5,52 %
2006	+ 0,77 %	-1,01 point	+0,24 point	+0,20 point	+ 0,21 %
2007	+ 3,80 %	-0,57 point	+0,03 point	+0,34 point	+ 3,61 %

⁶ Voir encadré 1 pour un rappel des taux de marge et tickets modérateurs, qui varient selon les prix et la nature des médicaments.

⁷ La cohérence de ces calculs avec des données publiées par ailleurs (officinaux) a été vérifiée. Un redressement a néanmoins été effectué pour les années 2004 et 2005, car les effets de stockage, suite à la baisse de marge de mars 2004, ne sont pas pris en compte dans ces calculs CRSP. La correction a été faite sur la base d'une hypothèse de l'existence d'un mois de stock à l'ancien prix (la baisse est donc un peu moins élevée en 2004 et un peu plus en 2005 que l'estimation initiale de la CRSP).

⁸ soit d'IMS (résultats publiés dans des revues comme Pharmaceutiques) soit depuis décembre 2005 du GERS

A l'automédication courante proprement dite, il faut ajouter les médicaments à prescription médicale obligatoire remboursables, qui sont parfois délivrés sans prescription. Cet ensemble représentait en 2007 de l'ordre de 160 millions d'euros prix TTC. On peut supposer qu'une partie est régularisée ex-post à la pharmacie, avec une ordonnance, et donc remboursée. Sous l'hypothèse que le montant restant est de l'ordre d'une centaine de millions d'euros est qu'il est *a priori* plutôt stable, donc va moins vite que le marché total, une correction supplémentaire de 0 à 0,02 point selon les années a été ajoutée.

Enfin, il y a les médicaments délivrés avec prescriptions mais non présentés au remboursement. Le montant correspondant est sans doute très faible, mais la montée de la télétransmission en début de période et la suite de la généralisation du tiers payant total ont contribué à limiter les « pertes » (négligence d'envoi de la feuille de soins ou perte des vignettes sur les boîtes), donc là encore à accroître le taux d'évolution des remboursements par rapport à celui des ventes. En l'absence de données disponibles, une hypothèse de 0,05 point en début de période, puis une diminution jusqu'à 0 en 2007, a été retenue. L'hypothèse de diminution de l'effet est liée à la montée en charge de la télétransmission.

Les effets de stockage

Les effets de stockage, c'est-à-dire de différences constituées par le décalage entre l'entrée pharmacies (GERS) et la date de délivrance (qui est la date de soins CNAMTS) n'ont pu être estimés, faute de données. On peut simplement noter que les génériques - qui contribuent à freiner le marché total - sont livrés (majoritairement en ventes directes) avec des stocks

Tableau 4

Estimation des montants d'automédication sur des médicaments remboursables

	Montant estimé en M€	Taux d'évolution
2001	425	
2002	421	- 1%
2003	425	+ 1%
2004	400	- 6%
2005	404	+ 1%
2006	343	- 15%
2007	350	+ 2%

qui peuvent être de l'ordre d'un mois en moyenne, alors que les autres produits sont livrés pour l'immense majorité par les grossistes-répartiteurs et avec des stocks pharmaciens beaucoup plus courts (livraisons possibles deux fois par jour), en particulier les produits chers qui tirent le marché. Les grossistes « gèrent » en quelque sorte les stocks des pharmaciens. Ces effets restent donc un facteur d'explication non redressable des écarts d'évolution GERS / CNAMTS, mais son impact reste vraisemblablement modeste.

En revanche, il a été possible d'évaluer les sur-stockages exceptionnels connus de décembre 2005, décembre 2006 et novembre-décembre 2007 qui ont résulté d'un changement de la réglementation des marges arrières sur les génériques (marges arrières plafonnées à 20 % à partir du 1/1/2006 puis à 15 % à partir du 1/1/2007 et enfin passage en marges avant en décembre 2007).

L'analyse des données mensuelles GERS sur les génériques a abouti à des estimations proches de celles faite par le CEPS pour les deux années 2005 et 2006. Ce sont les chiffres des rapports du CEPS que nous avons retenus, soit un sur-stockage de génériques à hauteur de :

- 80 millions d'euros en prix fabricant en décembre 2005,
- 130 millions en prix fabricant en décembre 2006, mais sans oublier 80 millions déstockés début 2006.
- Pour 2007 notre estimation est de 125 millions, prix fabricant.

L'ensemble de ces correctifs appliqué aux données du GERS (prix publics, automédication, envoi au remboursement, effets de stockage) conduit à la série T1. La comparaison avec les taux d'évolution calculés sur données brutes montre que ces effets ne sont pas négligeables (tableau 5), jusqu'à 1,3 point en 2005 ou 1 point en 2004.

● Estimation de l'évolution des ventes officine présentées au remboursement à partir des données de la CNAMTS

Symétriquement, il est possible de reconstruire, en partant de la série CNAMTS des dépenses présentées au remboursement, un taux d'évolution T2 homogène avec le taux T1 précédent, en soustrayant du champ CNAMTS des éléments qui ne sont pas inclus dans le champ du GERS (rétrocession hospitalière, homéopathie remboursable présentée au remboursement, préparations magistrales, honoraires spéciaux du pharmacien) et en élargissant à l'ensemble des régimes.

Rappelons que la série de départ est celle des dépenses présentées au remboursement (avant application du taux de remboursement) et en date de soins (qui est celle de la délivrance).

L'exercice est ici plus simple puisqu'on connaît de manière exhaustive le montant annuel des rétrocessions,

Tableau 5

Comparaison du taux de croissance brut sur données GERS et du taux T1 reconstitué

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Taux sur données brutes GERS	+ 4,1 %	+ 6,1 %	+ 6,2 %	+ 6,8 %	+ 0,8 %	+ 3,8 %
T1 reconstitué après corrections de champ	+ 3,8 %	+ 5,6 %	+ 5,2 %	+ 5,5 %	+ 0,2 %	+ 3,6 %

Tableau 6

Corrections de champ pour reconstituer le taux T2 à partir des taux d'évolution CNAMTS

	(A) Montant présenté au remboursement régime général, en date de soins (M€)	Taux d'évolution annuel	(B) Montant de la rétrocession hospitalière (M€)	(C) Montant des honoraires spéciaux des pharmaciens (M€)	(D) Montant des préparations magistrales (M€)	(E) Montant estimé de l'homéopathie remboursable présentée au remboursement (M€)	(A) - (B) - (C) - (D) - (E)
2001	17979,2		855,0	7,9	72,3	201	
2002	18924,3	+ 5,26 %	1113,8	7,6	90,6	210	+ 3,92%
2003	20132,7	+ 6,39 %	1286,9	8,3	101,6	220	+ 5,79%
2004	21272,0	+ 5,66 %	1379,8	7,3	109,6	215	+ 5,64%
2005	22179,5	+ 4,27 %	1176,4	7,3	137,7	210	+ 5,53%
2006	22228,8	+ 0,22 %	1082,6	23,3	162,8	205	+ 0,52%
2007	23095,3	+ 3,90 %	1084,0	45,1	178,7	209	+ 3,97%

des honoraires spéciaux des pharmaciens et des préparations magistrales⁹. Seules les dépenses d'homéopathie remboursable ont dû être estimées¹⁰. Une estimation précise avait toutefois été réalisée par la CNAMTS au moment du reclassement des ces produits sur une base de remboursement à 35 %. Le montant de la dépense remboursable avait été évalué à 220 millions d'euros pour 2003. En se basant sur des données fournies par l'AFSSAPS¹¹, il a été possible de reconstituer le taux d'évolution de ce poste.

Pour obtenir le taux T2, il faut enfin passer du régime général à l'ensemble des régimes¹². Le régime général seul progresse un peu plus vite (pour des raisons d'effectifs) que l'ensemble des régimes de base (dont il représente près de 85 %). L'analyse des données disponibles sur l'ensemble des régimes conduit à une estimation de l'impact à hauteur de 0,2 point, ce qui est d'ailleurs l'écart habituellement admis et servant de référence dans les projections.

L'ensemble de ces éléments a donc permis de calculer le taux d'évolution T2 (tableau 7).

L'essentiel des écarts provient de l'évolution de la rétrocession hospitalière, qui a été très heurtée sur la période, comme le montre le graphique 1. L'impact est particulièrement fort en 2002, mais il joue

également (dans l'autre sens et avec une ampleur moindre) en 2005 et 2006.

● Une différence non expliquée minime

Pour les 6 années étudiées en taux de croissance, les résultats sont résumés dans le tableau 8.

Les évolutions GERS et CNAMTS sont très cohérentes entre elles sur toute la période étudiée.

La « matrice » de passage des données GERS aux données CNAMTS reste toutefois variable selon les années car les différences de nature entre les deux sources ne sont pas constantes dans le temps.

Tableau 7

Comparaison du taux de croissance brut sur données CNAMTS présentées et du taux T2 reconstitué

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
CNAMTS dépenses présentées au remboursement	+ 5,3 %	+ 6,4 %	+ 5,7 %	+ 4,3 %	+ 0,2 %	+ 3,9 %
T2 reconstitué après corrections	+ 3,7 %	+ 5,6 %	+ 5,4 %	+ 5,3 %	+ 0,3 %	+ 3,8 %

Tableau 8

Comparaison du taux de croissance sur le champ commun GERS / CNAMTS

	2002	2003	2004	2005	2006	2007
T1 dérivé du taux GERS	+ 3,8 %	+ 5,6 %	+ 5,2 %	+ 5,5 %	+ 0,2 %	+ 3,6 %
T2 dérivé du taux CNAMTS présenté au remboursement en date de délivrance	+ 3,7 %	+ 5,6 %	+ 5,4 %	+ 5,3 %	+ 0,3 %	+ 3,8 %
Ecart (résidu) T1-T2	0,1 pt	0,0 pt	- 0,2 pt	0,2 pt	- 0,1 pt	- 0,2 pt

⁹ Cette dernière série a été reconstituée en « présenté » à partir des données mensuelles en « remboursé » par le régime général dont nous disposions avec la ventilation avec et sans ticket modérateur (ATM/STM). Pour les rétrocessions, la quasi-totalité des médicaments sont pris en charge à 100% et la totalité des honoraires spéciaux sont exonérés du ticket modérateur.

¹⁰ L'information est connue dans les données de remboursement mais n'a pu être exploitée dans le cadre de cette étude faute de temps

¹¹ L'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé isole en effet l'homéopathie remboursable, mais mesurée en prix producteurs et incluant l'automédication.

¹² Pour le champ France métropolitaine, car la série de base utilisée pour T1 dans cette étude est la série GERS métropole.

A l'arrivée le résidu non expliqué est faible, de l'ordre de 0,2 au maximum en valeur absolue. Compte tenu des éléments qui n'ont pu être estimés (les variations de stocks « ordinaires » par exemple, qui ont un impact sur décalage temporel qui subsiste entre l'entrée pharmacie et la délivrance), et de la marge d'incertitude sur certaines estimations (automédication, médicaments non présentés au remboursement, passage régime général / tous régimes), un ordre de grandeur de 0,2 point est largement dans l'intervalle de confiance que les analyses de sensibilité ont permis d'établir autour des valeurs ici retracées.

● Des dépenses remboursables de la CNAMTS aux dépenses remboursées

Le taux de croissance des dépenses effectives de médicaments par le régime général est tendanciellement supérieur à celui des dépenses remboursables [avant application du taux].

Ceci s'explique surtout par la progression beaucoup plus rapide des médicaments pris en charge à 100 % au titre des ALD, que des médicaments remboursés avec ticket modérateur (taux effectif de 65 % ou 35 % ou 15 %). Il faut également tenir compte du fait que parmi les médicaments remboursés à 100 % sur le budget « ville », une fraction vient de la rétrocession hospitalière (6 % du total des remboursements en 2007).

Pour cette raison, l'écart « spontané » dans le passage des dépenses remboursables aux dépenses remboursées, est tendanciellement fort : plus de 1 point de croissance, hors mesures de régulation. Cependant, en réalité, cet écart a varié sensiblement en fonction des mesures sur le remboursement, comme le montre le tableau 9.

En 2003, l'écart tendanciel a été annulé par les reclassements massifs de 65 % à 35 % d'avril 2003 (médicaments à SMR faible ou modéré), et, plus marginalement, par la première liste de TFR en septembre.

En 2004, à l'effet report des mesures 2003 s'est ajouté le reclassement de 65 % à 35 % de l'homéopathie en janvier (et très

marginalement la mesure dite K50 (actes post-opératoires)).

En 2005, la hausse tendancielle du taux de remboursement a été tempérée par l'action sur l'ordonnancier bi-zone menée dans le cadre de la convention médicale et par le reclassement à 35 % des vasodilatateurs encore à 65 %.

En 2006, les déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant augmentent mécaniquement la part du 100 % et l'écart de croissance tendanciel « présenté/remboursé ». Par ailleurs la baisse massive de prix du répertoire a davantage concerné les dépenses avec ticket modérateur alors que les médicaments à 100 % n'ont que très faiblement contribué aux baisses de prix.

Tableau 9

Comparaison des évolutions CNAMTS : montants présentés au remboursement et montants remboursés

Années	Evolution du montant présenté	Evolution des remboursements effectifs	Ecart
2002	+ 5,3 %	+ 6,4 %	+ 1,1 point
2003	+ 6,4 %	+ 6,3 %	- 0,1 point
2004	+ 5,7 %	+ 6,1 %	+ 0,4 point
2005	+ 4,2 %	+ 4,7 %	+ 0,5 point
2006	+ 0,2 %	+ 1,8 %	+ 1,5 point
2007	+ 3,9 %	+ 4,6 %	+ 0,7 point

Source : CNAMTS, données en dates de soins, y compris rétrocession (série rétopolée pour tenir compte du changement d'enveloppe des médicaments des cliniques en 2005).

Graphique 1

Taux d'évolution comparés des médicaments délivrés en officines et à l'hôpital (rétrocession) Données CJO-CVS en dates de soins, en montants présentés au remboursement



Source : CNAMTS



Conclusion

Les évolutions annuelles du marché pharmaceutique et des remboursements de l'assurance maladie, telles qu'on peut les retracer respectivement au travers des données du GERS et de la CNAMTS, sont cohérentes. Les écarts apparents résultent en fait de différences dans la nature des agrégats analysés.

Lorsque l'on analyse la période 2001-2007, la « matrice » de passage est très variable selon les années, car les différences de nature entre les données GERS

et CNAMTS ne sont pas constantes dans le temps.

Les sources d'écart les plus importantes proviennent de trois types de facteurs :

a) la rétrocession hospitalière, dont l'évolution a été extrêmement heurtée sur les années récentes ;

b) les marges de la distribution auxquelles s'ajoutent les sur-stockages ponctuels de 2005-2006-2007, liés à trois

changements successifs des règles des remises des pharmaciens ;

c) l'effet des ALD ainsi que des mesures sur les règles de remboursement.

Il sera donc intéressant de suivre ces différents éléments et de reproduire l'exercice sur une base régulière.

Contact : dominique.polton@cnamts.fr ou patrick.bertin@bipe.fr