



Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Rapport annuel 2012

Rapport adopté le 13 décembre 2012 à l'unanimité des membres du HCAAM

Composition du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

Président

M. Denis PIVETEAU, Conseiller d'Etat (jusqu'à fin septembre 2012), puis Mme Annick MOREL, Inspectrice générale des Affaires sociales

Vice-Président

M. Alain CORDIER, Inspecteur général des finances (jusqu'à fin septembre 2012), puis M. Vincent LIDSKY, Inspecteur général des finances

Quinze représentants des assurés sociaux et des employeurs ou des régimes d'assurance maladie

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

M. Christophe PRUDHOMME, responsable du collectif national des médecins de la CGT

CFDT

Mme Véronique DESCACQ, secrétaire nationale

M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral

M. David OLLIVIER-LANNUZEL, secrétaire général UFSO

CFTC

M. Michel ROLLO, secrétaire général de la Fédération CFTC santé sociaux

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, secrétaire nationale du pôle protection sociale

MEDEF

M. Bernard LEMOINE, Fédération française des industries de santé

M. Jean-Marc LAMERE, vice-président du Conseil de l'UNCAM

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

M. Daniel BOGUET

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

Dr Olivier AYNAUD, secrétaire général de l'Union Nationale des Professions Libérales

UNSA

M. François JOLICLERC, secrétaire national

Trois députés

M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne ; puis N.

M. Jean-Jacques JÉGOU, UDF, Val-de-Marne ; puis N.

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne

M. Vincent DELAHAYE, UCR, Essonne

Mme Catherine GENISSON, PS, Nord-Pas-de-Calais

Sept représentants de l'Etat

M. Vincent CHRIQUI, directeur général au centre d'analyse stratégique

M. Thomas FATOME, directeur de la sécurité sociale

M. Jean DEBEAUPUIS, directeur général de l'offre de soins

M. Jean-Yves GRALL, directeur général de la santé

M. Ramon FERNANDEZ, directeur général du Trésor

M. Julien DUBERTRET, directeur du budget

M. Franck VON LENNEP, directeur de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Jean-Luc HAROUSSEAU, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie

M. Michel RÉGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

M. Pascal PERROT, médecin conseil national du Régime Social des Indépendants (RSI)

M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

Le directeur de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA)

M. Luc ALLAIRE, ancien directeur de l'administration générale et de la modernisation des services

Trois représentants des organismes de couverture complémentaire de l'assurance maladie

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF).

M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)

M. Alain ROUCHÉ, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Six représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF)

Dr. Claude LEICHER, président de MG-France

M. Pierre LEPORTIER, Président honoraire de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPS)

M. Roland L'HERRON, président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD)

M. Patrick PÉRIGNON, vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral)

M. Philippe TISSERAND, président de la Fédération Nationale des Infirmiers (FNI)

Six représentants des établissements de santé

M. Frédéric VALLETOUX, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF)

M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)

M. Dominique COUDREAU, délégué général de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)

Dr Frédéric MARTINEAU, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers

Pr. Benoit VALLET, président de la CME du CHU de Lille

Mme Elisabeth HUBERT, présidente de la Fédération Nationale des Etablissements d'Hospitalisation à Domicile (FNEHAD), ancien ministre de la santé

Un représentant des industries du médicament

M. Christian LAJOUX, président du LEEM (Les Entreprises du Médicament)

Un représentant des industries des dispositifs médicaux

M. Eric LE ROY, directeur général du Syndicat National de l'Industrie des Technologies Médicales (SNITEM)

Un représentant désigné par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé

M. Yann BOURGUEIL, directeur de l'IRDES

Un directeur général d'agence régionale de santé

Mme Marie-Sophie DESAULLE, directrice générale de l'Agence Régionale de Santé - Pays de la Loire

Un représentant des prestataires de services et distributeurs de matériels à domicile

M. Olivier LÉBOUCHE, président du Syndicat national des Prestataires de Santé à Domicile (SYNALAM)

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur à l'Union Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Karim FELISSI, conseiller national de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

M. Christian SAOUT, président du Collectif Inter associatif Sur la Santé (CISS)

Sept personnalités qualifiées

M. Laurent DEGOS, professeur de médecine

Mme Brigitte DORMONT, professeur des universités, université Paris-Dauphine

M. Bruno DURIEUX, inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé

Pr. Bernard LUBOINSKI, médiateur à l'Institut Gustave-Roussy

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS.

M. Noël RENAUDIN, membre du contrôle général, économique et financier, ancien Président du Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétaire général du HCAAM

M. Jean-Philippe VINQUANT, Inspecteur général des affaires sociales, puis Mme Marie REYNAUD, administratrice de l'INSEE

SOMMAIRE

<u>INTRODUCTION</u>	P. 9
<u>TABLEAUX DE BORD DU HCAAM</u>	P.11
Volet accessibilité financière des soins	p.13
Volet tableaux financiers	p.25
<u>PREMIERES REFLEXIONS DU HCAAM</u>	
<u>SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE</u>	P.35
<u>DOCUMENT D'ETUDE SUR LES INEGALITES SOCIALES DE SANTE</u>	P.39

Ont contribué à la rédaction du présent rapport au sein du secrétariat général du HCAAM :

Mme Marie Reynaud
M. David Foucaud
M. Jean-Philippe Natali
Mme Pascale Bonnevide

Les statistiques du tableau de bord sur l'accessibilité financière des soins et celles de la note sur les inégalités sociales de santé ont été établies grâce aux données fournies par la CNAMTS et la DREES.

INTRODUCTION

Dans son rapport adopté à l'unanimité le 23 mars 2012 et intitulé « *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM* », le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a entendu formuler un avis global sur l'ensemble des questions qui décident aujourd'hui de l'avenir de l'assurance maladie.

Par son contenu, ce rapport du 23 mars 2012 représente donc l'essentiel de ce qui aurait vocation à figurer dans un « rapport annuel » du HCAAM pour l'année 2012.

Mais, comme chaque année depuis la création du HCAAM, il était nécessaire de porter également à ses débats et à son adoption la présentation des principaux chiffres qui décrivent la situation financière et technique de l'assurance maladie.

Cela d'autant plus que cette démarche s'inscrit, depuis maintenant deux ans, dans un processus d'élaboration concertée d'un « Tableau de bord » de l'assurance maladie.

Ce projet de « Tableau de bord » porté par le HCAAM repose, il faut le rappeler, sur l'élaboration progressive d'une série d'indicateurs, choisis de manière consensuelle à partir – c'est un point essentiel - d'une discussion approfondie sur les objectifs fondamentaux de l'assurance maladie.

Partant de ces fondements, le HCAAM entend suivre chaque année l'évolution des chiffres les plus aptes à décrire de manière pertinente la performance de notre système.

Cet exercice, qui complète utilement la réflexion générale de mars dernier, constitue ainsi l'essentiel du présent « Rapport annuel ».

Il s'y ajoute une restitution synthétique des premiers échanges qui se sont tenus lors de la séance du HCAAM du 24 mai 2012 sur le thème fondamental, bien qu'encore insuffisamment nourri de statistiques précises, des « inégalités sociales de santé ». Le document d'étude ayant servi de base à ces échanges est également joint au présent rapport.

TABLEAUX DE BORD DU HCAAM

Volet : accessibilité financière des soins

Le tableau de bord du HCAAM sur l'accessibilité financière des soins présenté dans le présent rapport est conforme au tableau de bord de principe adopté par le HCAAM en 2011.

Grâce à la collaboration de la CNAMTS, il est maintenant possible de présenter un certain nombre d'indicateurs prévus dans ce tableau de bord de principe mais qui n'avaient pas pu être renseignés dans le rapport annuel 2011 :

- Disposant de données couvrant une période de 3 années, 2008, 2009 et 2010, **des évolutions dans le temps** ont pu être calculées.
- De plus, des indicateurs de **restes à charge cumulés sur trois ans** figurent dans le tableau de bord pour la première fois.

Pour autant, s'agissant des données relatives à l'hôpital, le HCAAM a noté que des informations, nécessaires à l'orientation des décisions des pouvoirs publics, manquaient. Il en est ainsi de la distinction, au sein du reste à charge provenant de l'hospitalisation en MCO, entre le ticket modérateur, la participation forfaitaire et le forfait journalier. S'agissant des Soins de suite et de réadaptation et de l'hospitalisation en psychiatrie dans le secteur public, aucune statistique n'est disponible alors que ces soins sont susceptibles de générer de très forts restes à charge. Le HCAAM exprime le souhait qu'un état des lieux des données disponibles, des progrès en cours, des manques – et de leurs causes – soit établi.

Par ailleurs, dans l'attente de nouveaux travaux, il n'a pas été possible de progresser sur les indicateurs de taux d'effort par déciles de niveau de vie. Ceux qui sont présentés sont donc identiques à ceux du rapport de 2011.

Les données macroéconomiques sur le reste à charge ont pu être mises à jour à partir des comptes de la santé de la DREES et des comptes nationaux de l'INSEE.

Volet : tableau de bord financier

Le volet financier du tableau de bord a été modifié dans sa présentation par rapport à celui qui figurait dans le rapport annuel de 2011. Les données, qui se fondent sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale et le rapport de la commission des comptes de l'automne 2012, sont présentées de façon plus synthétique.

Tableau de bord

Volet : accessibilité financière des soins

Note : en raison de l'amélioration continue de la qualité des données sur les restes à charge et de plusieurs différences de champ entre les données ayant servi à l'élaboration du tableau de bord 2011 et du présent tableau de bord, les comparaisons terme à terme entre ces deux tableaux de bord ne sont pas possibles. En revanche, des comparaisons dans le temps, d'une année sur l'autre, ont été réalisées pour la première fois dans ce rapport grâce à des données construites avec la même méthodologie.

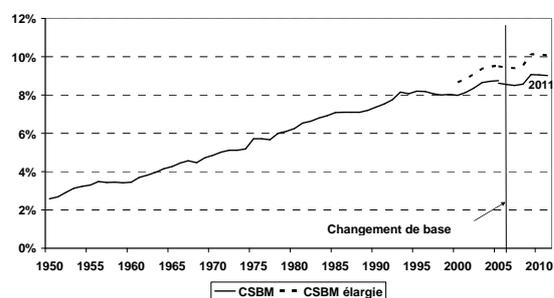
A. Données macroéconomiques de cadrage : les dépenses de santé et leur financement

• Les dépenses de santé

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) s'est élevée à 180 Mds d'€ en 2011 (9,0 % du PIB), en progression de 2,7 % par rapport à l'année précédente.

La CSBM élargie aux soins des personnes âgées et handicapées ainsi qu'à la prévention individuelle s'est établie à 201,3 Mds d'€ en 2011 (10,1 % du PIB), en hausse de 2,7 % par rapport à 2010.

Part de la CSBM et de la CSBM élargie dans le PIB



CSBM et CSBM élargie

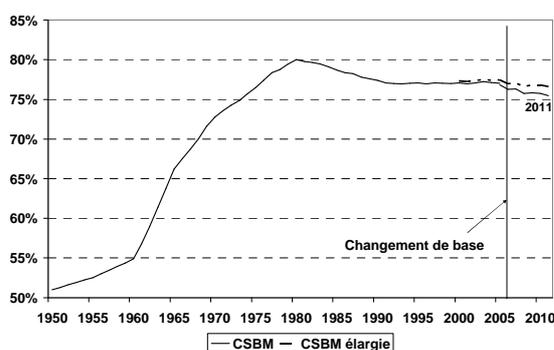
	Montants en millions d'€		N/N-1 en %
	2010	2011	
CSBM (1) dont	175 382	180 037	2,7
- Soins ambulatoires de ville	44 056	45 671	3,7
- Soins hospitaliers	81 426	83 582	2,6
- Transport de malades	3 787	3 900	3,0
- Médicaments	34 518	34 704	0,5
- Autres biens médicaux	11 595	12 180	5,0
SSAD	1 334	1 398	4,8
Soins aux personnes âgées en établissement (2)	7 665	7 963	3,9
Dépenses liées à la dépendance et au handicap (3)	8 255	8 531	3,3
Prévention individuelle (4)	3 391	3 417	0,8
CSBM élargie (1)+(2)+(3)+(4)	196 027	201 346	2,7

• Le financement des dépenses de santé

La CSBM est financée à hauteur de 75,5 % par la Sécurité sociale en 2011 (-0,3 point par rapport à 2010), par les organismes complémentaires pour 13,7 %. Les ménages financent directement 9,6 % de la CSBM, soit autant qu'en 2010.

La CSBM élargie est financée à hauteur de 76,6 % par la Sécurité sociale en 2011 (-0,2 point par rapport à 2010), par les organismes complémentaires pour 12,9 %. Les ménages financent directement 8,6 % de la CSBM élargie, comme en 2010.

Financement par la Sécurité Sociale de la CSBM et de la CSBM élargie



Structure de financement de la CSBM (en %)

	2005	2010	2011
CSBM			
Sécurité sociale	76,8%	75,8 %	75,5 %
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,2%	1,2 %	1,2 %
Organismes complémentaires	13,0%	13,5 %	13,7 %
Ménages	9,0%	9,6 %	9,6 %
CSBM élargie			
Sécurité sociale	77,4%	76,8 %	76,6 %
Etat, CMUC versée par organismes de base	1,9%	1,9 %	1,9 %
Organismes complémentaires	12,5%	12,7 %	12,9 %
Ménages	8,1%	8,6 %	8,6 %

Source : données DREES, base 2005

Sources, champ:

Sources : DREES, comptes de la Santé, 2011

INSEE, Comptabilité nationale

Champ géographique : France entière

- **Financement par la Sécurité Sociale de la dépense présentée au remboursement (en %)**

En 2010, la part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité sociale est de 75,0 % pour l'ensemble des soins des consommateurs du régime général. Elle est de 59,7 % pour les personnes qui ne sont pas en ALD et de 88,0 % pour les personnes en ALD (pour leurs soins en rapport ou sans rapport avec leur affection).

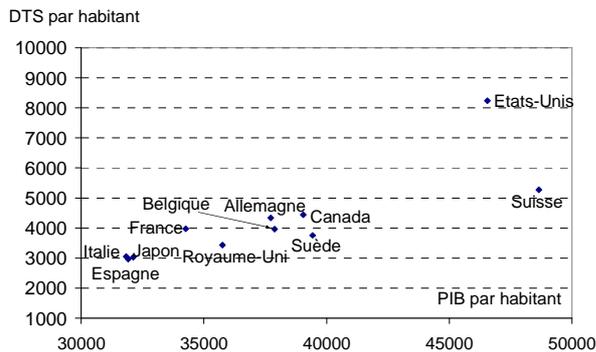
Part de la dépense présentée au remboursement prise en charge par la Sécurité Sociale 2010

	Non ALD	ALD	Ensemble des consommateurs
Ensemble des soins	59,7	88,0	75,0
Soins ambulatoires hors optique	56,6	86,0	71,8
Soins ambulatoires y compris optique	51,6	84,0	67,7
Hôpital	88,6	95,1	92,9
<i>Pour mémoire : Part dans la population de consommateurs</i>	<i>82,4 %</i>	<i>17,6 %</i>	<i>100,0 %</i>

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2010, calculs SG HCAAM

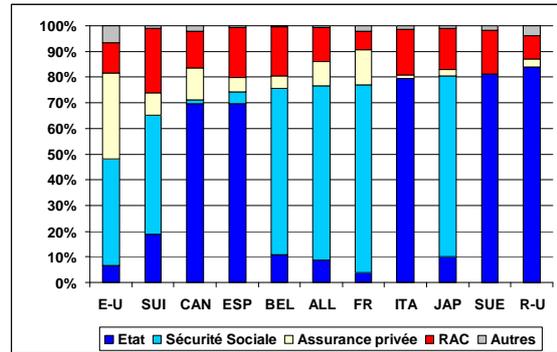
- **Comparaisons internationales**

Dépenses de santé totales par habitant et PIB par habitant (USD PPA), 2010



Japon : 2009

Financement des dépenses totales de santé en 2010



Japon : 2009

Sources, champs, définition :

RAC et Dépense présentée au remboursement

CNAMTS-ATIH, EGB apparié avec les données de l'ATIH sur l'hôpital MCO/PSY/SSR, 2010

Champ des assurés : Régime général hors SLM, migrants, bénéficiaires de l'AME

Champ des consommateurs : L'échantillon est constitué des personnes faisant partie du champ des assurés en 2008, en 2009 et en 2010 qui ont eu une dépense de soins en 2010, quel que soit le type de soins.

Champ des soins : soins de ville, hôpital MCO/PSY/SSR pour le secteur privé et hôpital MCO pour le secteur public. Les actes et consultations externes en activité libérale en clinique et à l'hôpital public ainsi que le secteur privé à l'hôpital public sont inclus dans les soins de ville. Les actes et consultations externes en activité salariée à l'hôpital public ne sont pas disponibles. Les chambres individuelles ne sont pas prises en compte.

Par rapport à la CSBM, la dépense présentée au remboursement exclut les dépenses de santé non remboursables par les régimes d'assurance obligatoires.

Champ géographique : France entière

Comparaisons internationales :

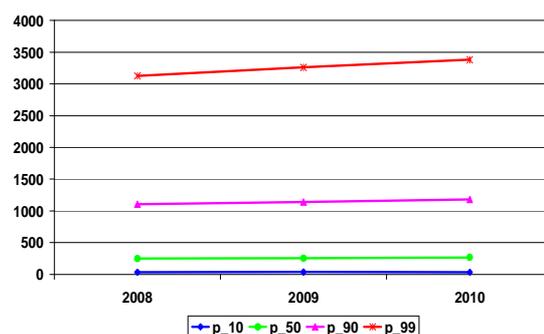
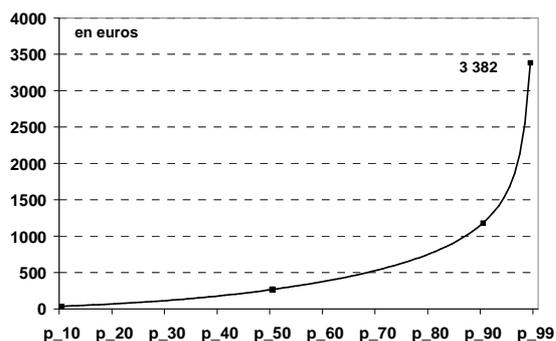
OCDE, Eco-Santé, 2010

B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

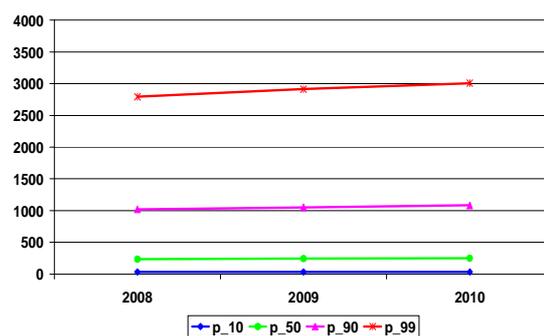
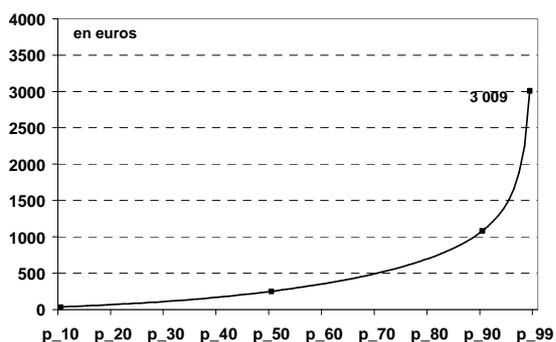
L'objectif d'accessibilité financière doit être atteint par un mécanisme de solidarité universelle entre bien-portants et malades. Son niveau d'aide est uniquement lié au coût de la maladie et ne dépend pas du revenu du malade. Les indicateurs associés à cet objectif mesurent la disparité des restes à charge après AMO en euros.

- Dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire en 2010
- Evolution dans le temps de la dispersion des RAC après Assurance maladie obligatoire

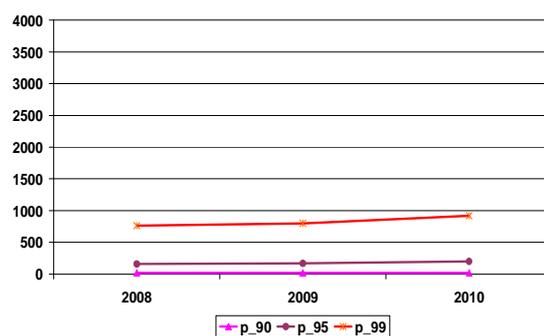
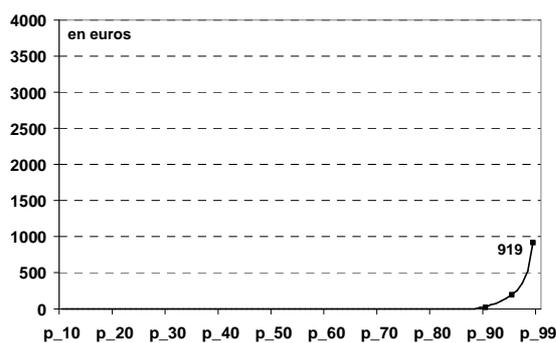
RAC après AMO sur l'ensemble des soins



RAC après AMO sur les soins de ville et consultations externes à l'hôpital



RAC après AMO sur les soins hospitaliers liés à un séjour



Les trois graphiques de gauche indiquent que les RAC après assurance maladie obligatoire présentent une importante dispersion : 10 % des consommateurs ont un RAC supérieur à 1 000 € en 2010 tandis que pour 50 % d'entre eux, le RAC est inférieur à environ 250 €.

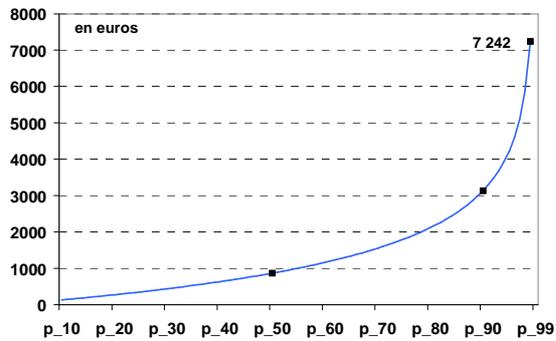
Entre 2008 et 2010, c'est au sommet de la distribution (p99) que les RAC se sont nettement accrus en montant.

Définition :

Les personnes consommatrices sont les personnes qui ont eu une dépense de soins, quel que soit le type de soins. Notamment les deux schémas du bas intègrent aussi des personnes n'ayant eu que des soins de ville (avec un RAC hospitalier égal à 0).

- Dispersion des RAC cumulés sur 3 ans (2008-2010)

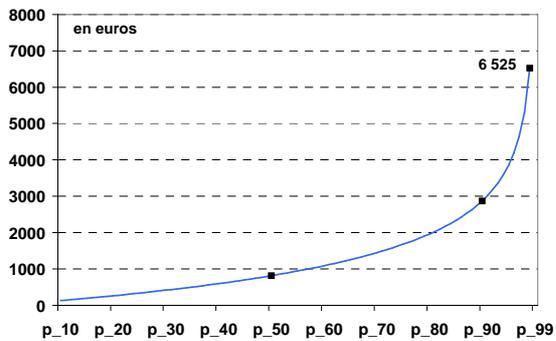
RAC après AMO sur l'ensemble des soins



Pour 50% des consommateurs de soins, le reste à charge total cumulé sur 3 ans est inférieur à 1000 €.

Pour 10%, le RAC est supérieur à 3000 € tandis que 1% des consommateurs est exposé à un RAC cumulé sur trois années supérieur à 7200 €.

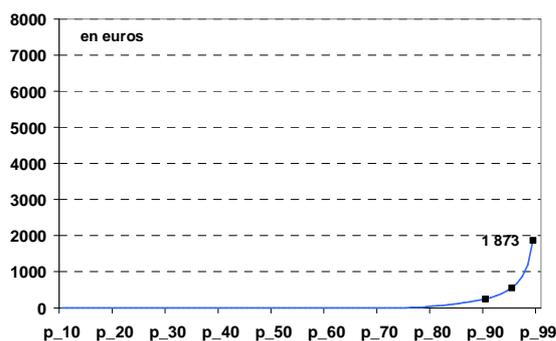
RAC après AMO sur les soins de ville et consultations externes à l'hôpital



Définition (suite) :

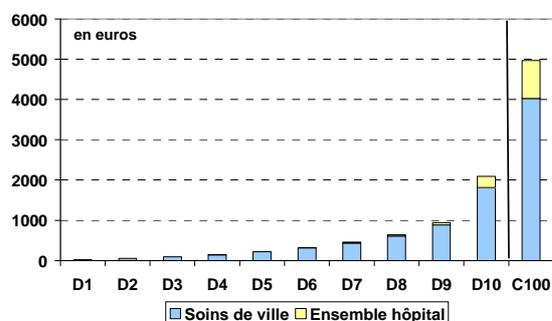
Les personnes prises en compte dans les indicateurs de dispersion couvrant la période 2008-2009 sont les personnes faisant partie du champ des assurés en 2008, en 2009 et en 2010 qui ont eu une dépense de soins au moins une fois sur la période de 3 ans.

RAC après AMO sur les soins hospitaliers liés à un séjour



B1. Solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie

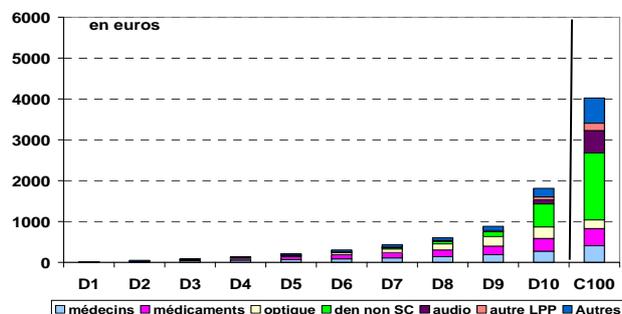
- Part des soins de ville et des soins hospitaliers liés à un séjour dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2010



RAC après AMO moyens par déciles et centile Ensemble des soins 2010 (€)

	Soins de ville	Hôpital	Ensemble
D1	18	0	18
D5	215	6	221
D10	1 812	278	2090
C100	4 026	945	4971
Ensemble	456	41	498

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, 2010



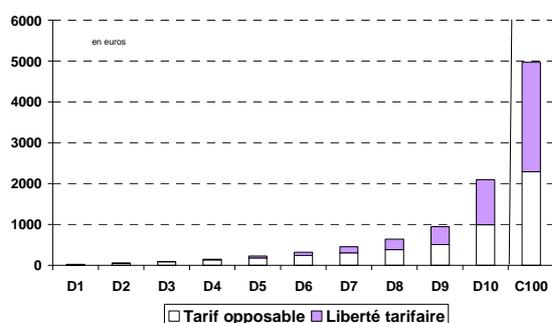
RAC après AMO moyens par déciles et centile Soins de ville 2010 (€)

	Médecins	Médicaments	Optique	Dentaire non SC
D1	9	6	0	1
D5	72	74	16	12
D10	279	311	280	565
C100	405	426	213	1 636
Ensemble	100	110	82	83

	Audio	Autres LPP	Autres	Ensemble
D1	0	0	1	18
D5	0	8	33	215
D10	99	71	208	1 812
C100	551	173	621	4 026
Ensemble	10	16	55	456

Autres : transports, auxiliaires, analyses de laboratoire, soins conservateurs dentaires, forfaits divers.

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, 2010

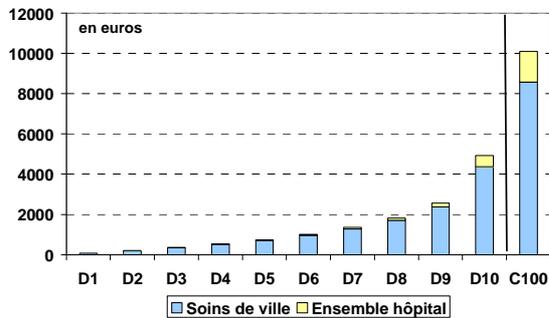


RAC après AMO moyens par déciles centiles Ensemble des soins (€)

€	Tarif opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	18	0	18
D5	181	40	221
D10	985	1 105	2 090
C100	2 287	2 684	4 971
Ensemble	286	212	498

Les personnes appartenant au 10^{ème} décile de RAC après AMO sur l'ensemble des soins ont des RAC provenant de la liberté tarifaire proportionnellement plus élevés que les autres.

- Part des soins de ville et des soins hospitaliers liés à un séjour dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, sur trois ans (2008-2010)



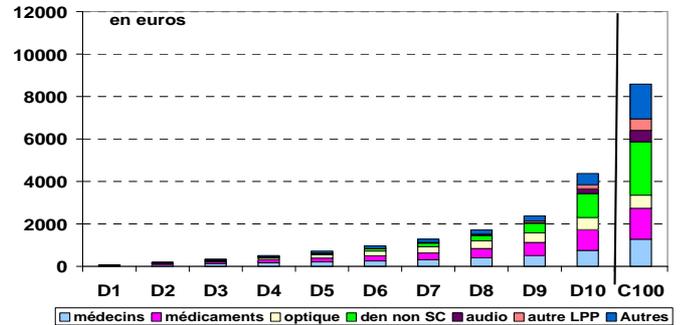
RAC après AMO moyens par déciles et centile
Ensemble des soins 2008-2010 (€)

	Soins de ville	Hôpital	Ensemble
D1	68	1	69
D5	714	32	746
D10	4 378	558	4 936
C100	8 581	1 525	10 106
Ensemble	1 253	105	1 358

Les 10% des consommateurs exposés au RAC cumulé sur 3 ans le plus élevé font face à un RAC moyen de près de 5 000€, dont 90% sont issus des soins de ville.

Pour 1% des consommateurs, le RAC cumulé moyen dépasse les 10 000€.

- Part des différents types de soins dans les RAC après AMO sur les soins de ville, par déciles de RAC sur l'ensemble des soins, sur trois ans (2008-2010)

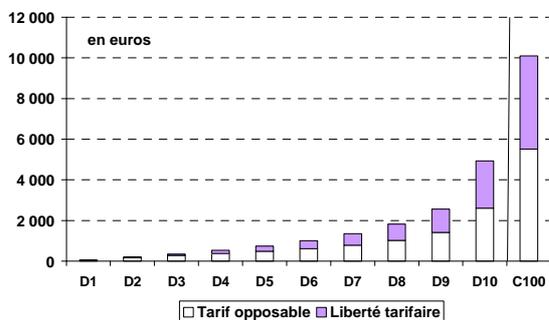


RAC après AMO moyens par déciles et centile
Soins de ville 2008-2010 (€)

	Médecins	Médicaments	Optique	Dentaire non SC
D1	30	22	1	6
D5	206	181	147	68
D10	746	979	575	1 124
C100	1 270	1 465	619	2 507
Ensemble	281	310	218	227

	Audio	Autres LPP	Autres	Ensemble
D1	0	2	8	68
D5	0	20	92	714
D10	231	189	533	4 378
C100	545	541	1 633	8 581
Ensemble	26	43	147	1 253

- Part des différentes natures de RAC dans les RAC après AMO sur l'ensemble des soins, par déciles de RAC et pour le dernier centile, sur trois ans (2008-2010)

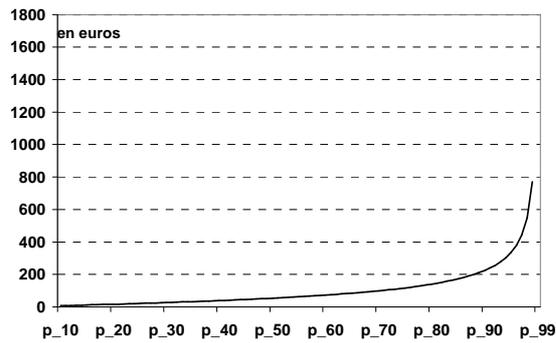


RAC après AMO moyens par déciles centiles
Ensemble des soins (€)

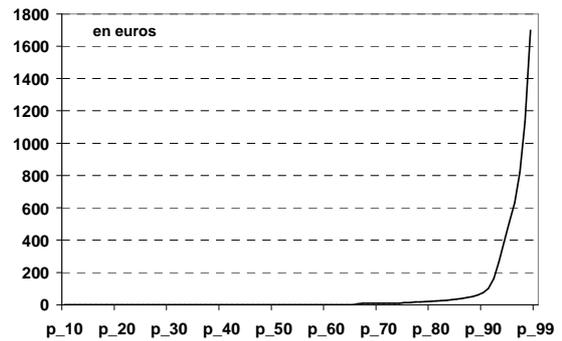
€	Tarif opposable	Liberté tarifaire	Ensemble
D1	65	4	69
D5	491	254	746
D10	2 608	2 328	4 936
C100	5 511	4 595	10 106
Ensemble	787	570	1 358

• Dispersion par centiles des RAC après AMO pour les consommateurs de soins, 2010

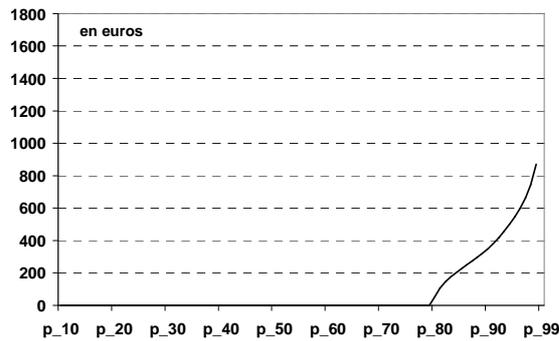
Médecins



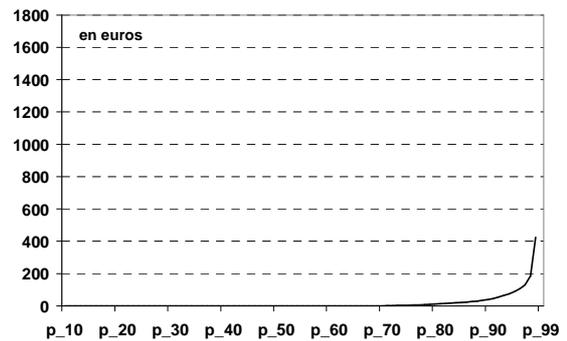
Soins prothétiques dentaires



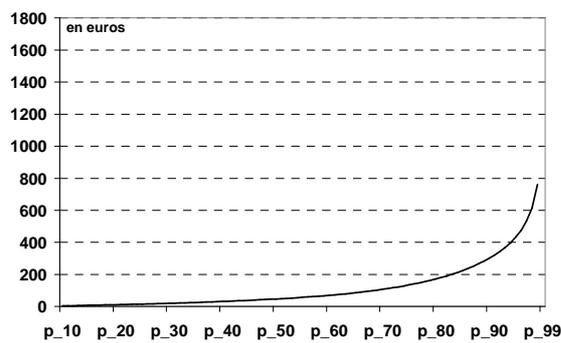
Soins d'optique



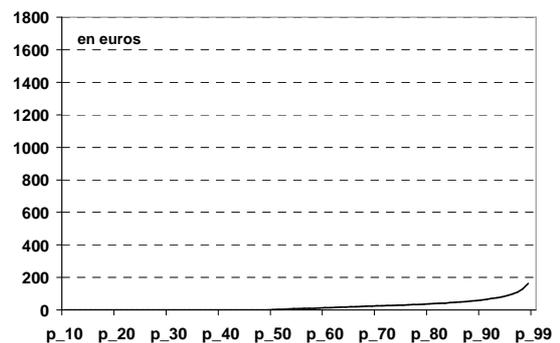
LPP hors optique



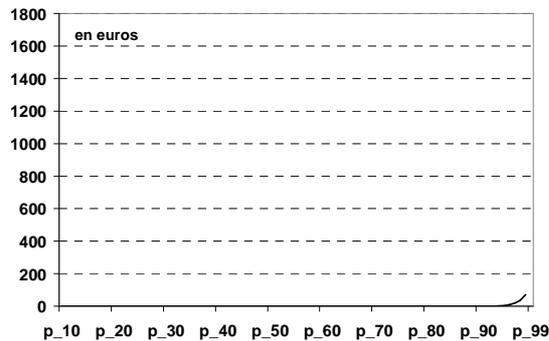
Médicaments



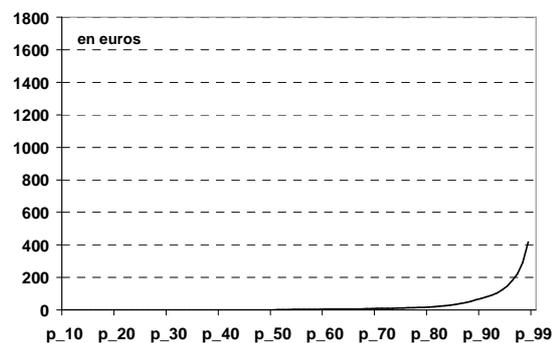
Laboratoires



Transports



Autres soins



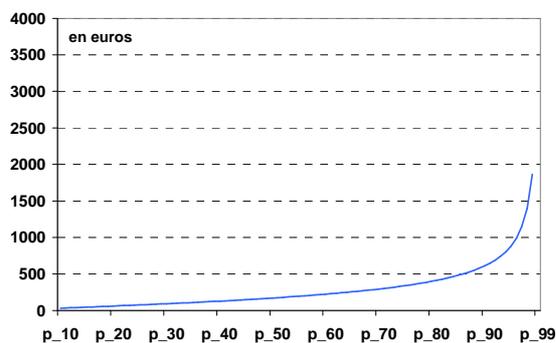
Précautions méthodologiques :

Dans ces graphiques de la partie B1, la population considérée est constituée de l'ensemble des consommateurs de soins, quels qu'ils soient.

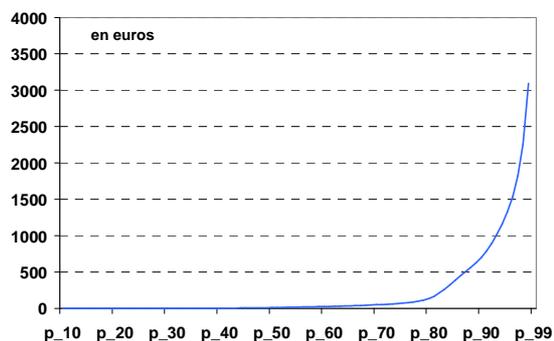
Pour les indicateurs par déciles D1-D10 (dernier centile C100), les individus sont classés selon leur RAC après AMO total (ville et hôpital) croissant. On a ensuite procédé à un regroupement par « déciles », correspondant chacun à 10 % de la population considérée. Les RAC après AMO moyens par sous catégorie de soins sont calculés pour chaque décile.

• Dispersion par centile des RAC cumulé après AMO pour les consommateurs de soins, sur trois ans (2008-2010)

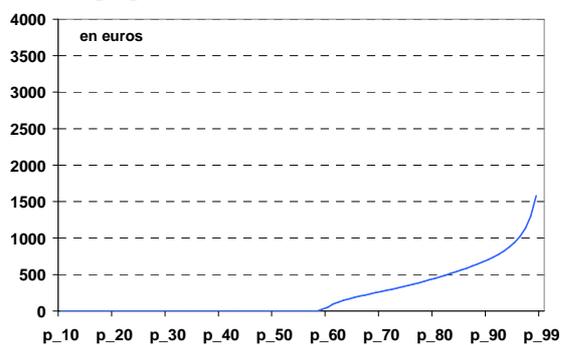
Médecins



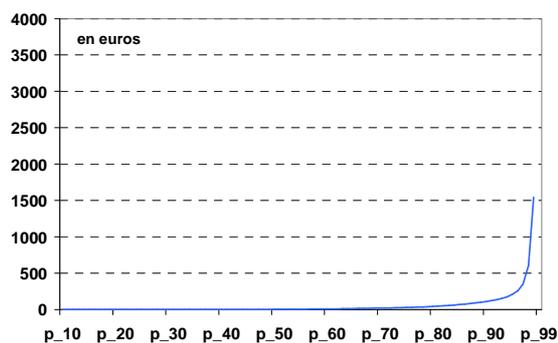
Soins prothétiques dentaires



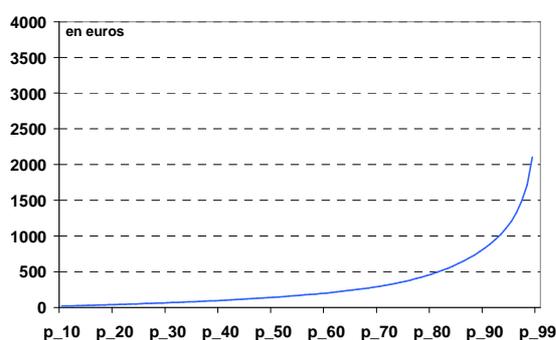
Soins d'optique



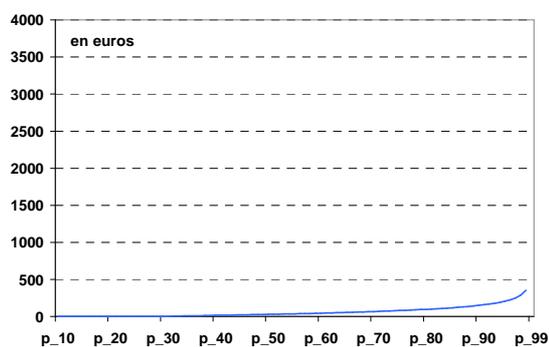
LPP hors optique



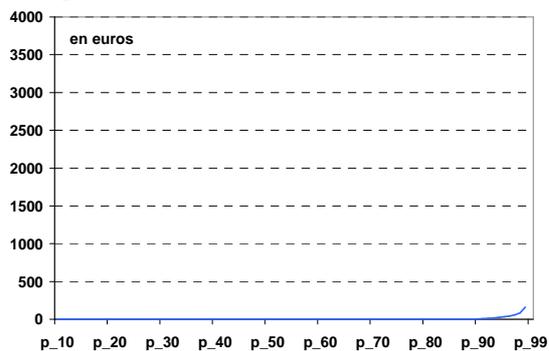
Médicaments



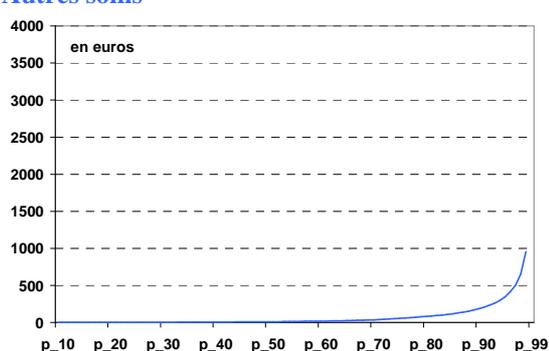
Laboratoires



Transports



Autres soins



Précautions méthodologiques (suite) :

On a également représenté le dernier « centile », c'est-à-dire l'ensemble qui rassemble le 1 % des personnes qui ont les RAC totaux (ville et hôpital) les plus élevés. Dans les indicateurs de dispersion par centiles p10-p99, chaque point de la courbe représente un individu : ainsi par exemple, 80 % des personnes ont un RAC inférieur à celui de l'individu « p80 » et 20 % ont un RAC supérieur. Les individus sont ainsi classés selon le RAC croissant du soin considéré. Ce classement est donc différent du précédent.

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Données macro-économiques

Comme le principe de solidarité entre bien portants et malades n'implique pas nécessairement la totale gratuité, il est nécessaire de vérifier que les dépenses pour la santé restent accessibles financièrement aux personnes ayant de bas revenus. Toutes les formes de mutualisation doivent alors être prises en compte et les dépenses doivent être rapportées au revenu. En conséquence, les indicateurs associés à cet objectif intègrent toutes les dépenses - dépenses de soins, prélèvements obligatoires pour la santé, versements des primes aux organismes complémentaires - et toutes les ressources - revenu, remboursements de l'assurance maladie obligatoire, remboursements des assurances complémentaires.

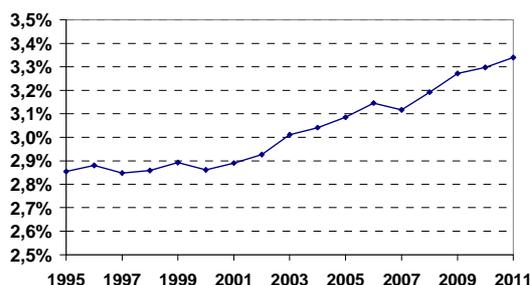
- **Taux d'effort après AMO moyen par ménage**

En moyenne, en 2011, le taux d'effort après AMO pour l'ensemble des ménages s'établit à 3,3 % du revenu disponible brut, en très légère progression par rapport à 2010.

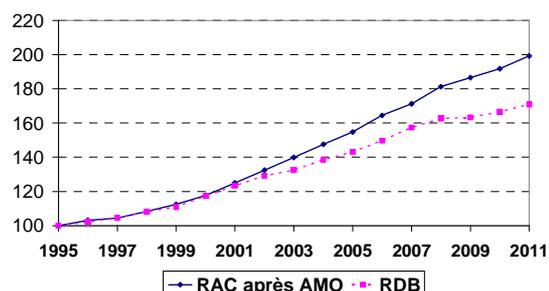
- **Evolution des différentes composantes du taux d'effort après AMO**

Le RAC après AMO et le revenu disponible des ménages ont augmenté en 2011 à un rythme plus rapide qu'en 2010. La légère hausse du taux d'effort moyen observé cette année résulte de la croissance plus rapide du RAC après AMO.

Taux d'effort après AMO



RAC après AMO moyen et RDB des ménages (base 100 en 1995)



Sources, champs, définitions :

Taux d'effort après AMO moyen annuel

DREES, Comptes de la Santé, 2011

INSEE, Comptabilité nationale, 2011

Champ : France entière, ensemble des ménages

Le taux d'effort après AMO est le rapport entre le RAC après AMO, calculé sur la dépense totale de CSBM pour l'ensemble des personnes du ménage et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

Le RDB est égal à la somme des revenus d'activité, des prestations en espèces, des revenus de la propriété diminuée des impôts et des cotisations sociales et augmenté du solde des remboursements d'assurance et des primes d'assurance.

$RDB = \text{Revenu} - \text{Impôts \& cotisations sociales} + \text{Remboursements AMC} - \text{Primes AMC}$

Dispersion des taux d'effort (page suivante)

DREES, Microsimulation OMAR-INES, 2008

La dépense de soins prise en compte dans les taux d'effort est la dépense présentée au remboursement.

Le niveau de vie du ménage est égal au revenu du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation du ménage. Les unités de consommation pondèrent chaque personne du ménage selon un coefficient (1 UC pour le premier adulte, 0,5 pour les autres personnes de 14 ans et plus et 0,3 pour les enfants de moins de 14 ans). Cette pondération vise à tenir compte du fait que les besoins des ménages ne sont pas strictement proportionnels au nombre de personnes du ménage (notamment le logement et les biens de consommation durables).

B2. Accessibilité financière pour les revenus les plus faibles

Analyse de dispersion par décile de niveau de vie

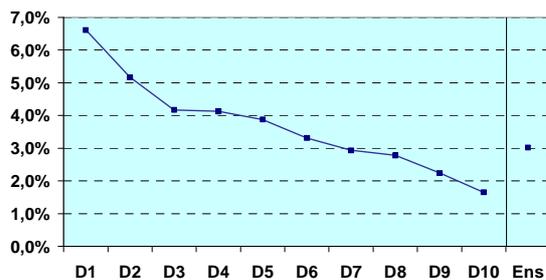
Les indicateurs ci-dessous, identiques à ceux du tableau de bord du rapport annuel de 2011, sont issus d'une simulation, réalisée par la DREES, sur données individuelles portant sur l'année 2008. Les taux d'efforts sont calculés par décile de niveau de vie.

• Taux d'effort brut



Le **taux d'effort brut** est égal au rapport entre la somme des dépenses liées à la santé (dépenses de soins, cotisations sociales et impôts, primes versées aux assurances complémentaires) et la somme des revenus et des remboursements (revenus nets de tous les prélèvements obligatoires hormis ceux versés pour la santé, remboursements des assurances obligatoires et complémentaires).

• Taux d'effort après AMO



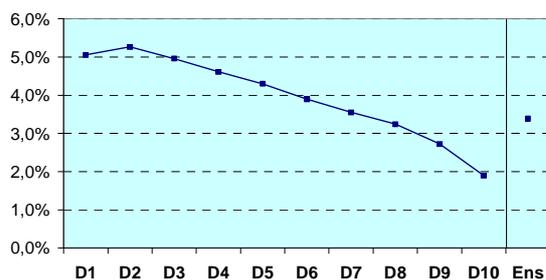
Le **taux d'effort après AMO** est le rapport entre le RAC après AMO et le Revenu disponible brut (RDB) du ménage.

• Taux d'effort après AMO et AMC



Le **taux d'effort après AMO et AMC** est égal au RAC après AMO et AMC rapporté à l'ensemble du revenu net de tout prélèvement obligatoire et des primes d'assurance.

• Taux d'effort sur revenus nets



Le **taux d'effort sur revenu net** est égal au RAC après AMO et AMC augmenté des primes d'assurance, rapporté au revenu net de tout prélèvement obligatoire.

B3. Renoncement aux soins pour raisons financières

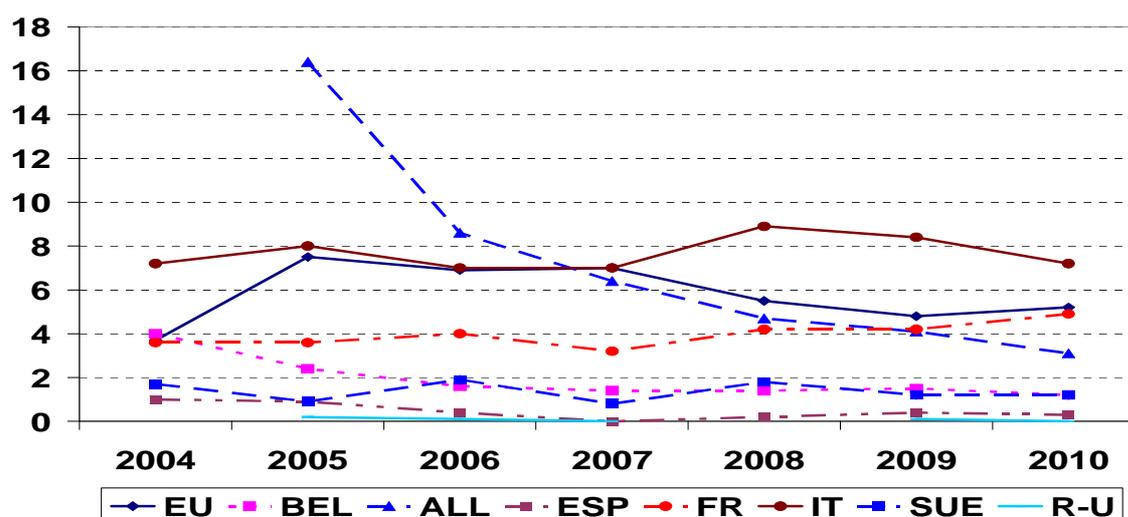
Des indicateurs de renoncement aux soins sont un complément indispensable aux indicateurs de suivi des objectifs de solidarité entre bien portants et malades face au coût de la maladie, d'accessibilité financière pour les bas revenus, et lorsque les données seront disponibles de recours efficient au système de soins. Les indicateurs pour ces objectifs se rapportent en effet à des dépenses pour des soins qui ont eu lieu et il y aurait une sorte de paradoxe à ne mesurer l'accessibilité financière des soins qu'avec des indicateurs qui présupposent l'accès aux soins.

• Renoncement aux soins pour des raisons financières selon les types de couverture complémentaire

Part des personnes « ayant renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
Enquête SPS (%)

	2000	2002	2004	2006	2008	2010
CMUC	26,2	16,1	17,9	19,1	21,0	19,7
Couverture privée	14,1	9,7	11,9	12,6	15,3	14,0
Sans couverture complémentaire	29,3	25,1	27,9	32,0	30,4	32,6

Part des personnes « ayant renoncé à voir un médecin pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois »
1^{er} quintile de revenu Enquête SILC-SRCV (%)



Les comparaisons européennes sont délicates car les contextes locaux d'organisation des soins jouent vraisemblablement.

Sources, définitions :

Taux de renoncement aux soins Enquête SPS

IRDES, enquête Santé et protection sociale, 2010

Le questionnement est le suivant : « Au cours des douze derniers mois, vous et-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? »

Taux de renoncement aux soins Enquête SILC-SRCV

Eurostat, enquête européenne SILC, Survey on Income and Living Conditions, SRCV, Situation des revenus et des conditions de vie, INSEE, 2009

Le questionnement est le suivant : Avoir répondu par l'affirmative à la question « Au cours des douze derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ? » et avoir cité comme raison « Je n'en avais pas les moyens, c'était trop cher ».

Les quintiles de revenus rassemblent 20 % de la population. Le premier quintile de revenus correspond aux 20 % de personnes ayant les revenus les plus bas.

Tableau de bord

Volet : tableaux financiers

A . Les hypothèses macroéconomiques

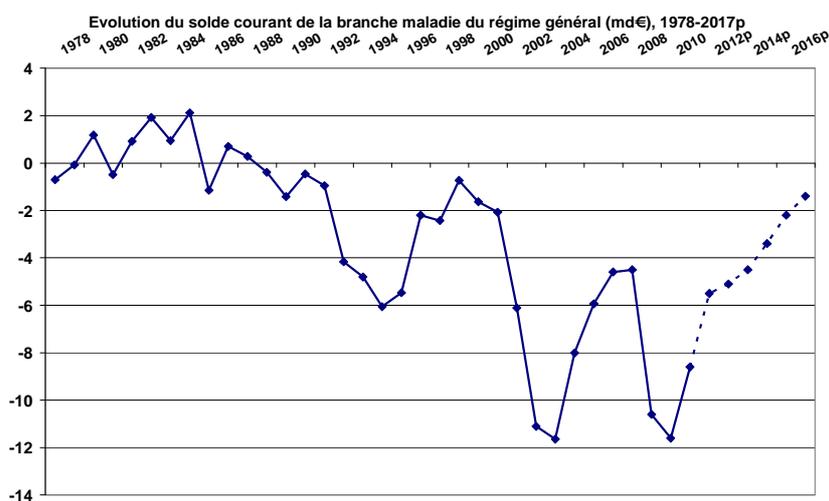
Tableau 1 : Hypothèses macroéconomiques du Gouvernement

	ONDAM en valeur	PIB en volume	Masse salariale en valeur
2012	2,6%	0,3%	2,5%
2013	2,7%	0,8%	2,3%
2014	2,6%	2,0%	4,0%
2015 à 2017	2,5%	2,0%	4,0%

Source : annexe B au PLFSS 2013.

B . La situation de la branche maladie

B.1 - Le solde de la branche maladie s'améliore après l'aggravation du déficit de 2009-2010



Source : annexes B au PLFSS, INSEE.

Après le brutal décrochage des recettes lié à la crise de 2008-2009, le déficit a commencé à se réduire en 2011.

En 2011, le déficit de la branche maladie du régime général s'est établi à -8,6 Mds €, contre -11,6Mds € en 2010.

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie était de -8,5Mds €, contre -11,4Mds € en 2010.

Pour l'année 2012, le PLFSS prévoit une amélioration du solde tant de la branche maladie du régime général que de l'ensemble des régimes obligatoires, le déficit s'établissant néanmoins à un niveau toujours élevé, à -5,5 Md €.

Le PLFSS prévoit la poursuite de cette amélioration de 2013 à 2017, sans toutefois parvenir à un retour à l'équilibre.

Tableau 2 - Solde de la branche maladie (RG et obligatoires de base)

En Md€	2007	2008	2009	2010	2011	2012p	2013p
Régime général	-4,6	-4,4	-10,6	-11,6	-8,6	-5,5	-5,1
Ensb des régimes de base	-5,0	-4,1	-10,4	-11,4	-8,5	-5,5	-5,1
FFIPSA, part maladie	-1,2	-1,4	-	-	-	-	-
Ensemble régimes de base et FFIPSA	-6,2	-5,5	-10,4	-11,4	-8,5	-5,5	-5,1

Source : annexe B au PLFSS 2013

B.2 - La branche maladie n'est pas la seule à connaître un déficit important

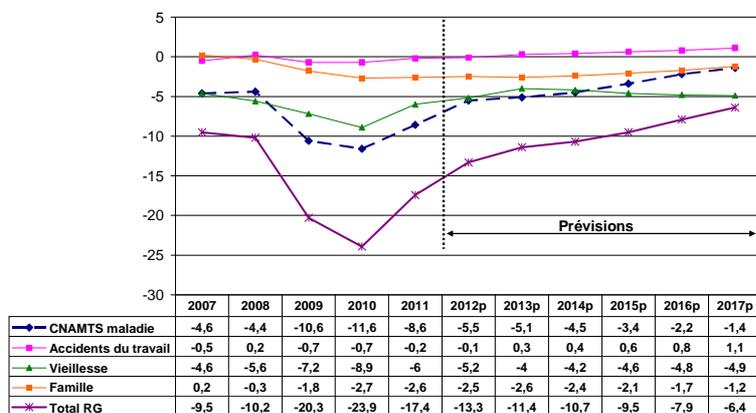
Sur la période récente, la branche maladie n'est pas la seule à connaître une situation dégradée. La branche vieillesse enregistre également une situation déficitaire très soutenue, avec près de -9 Mds € en 2010.

Les perspectives de redressement de la branche vieillesse apparaissent moins favorables puisque le déficit devrait se maintenir autour de 4-5 Mds € dans les années qui viennent.

Dans une moindre mesure la branche famille, partant d'un excédent en 2007, a plongé et enregistrerait un lent redressement.

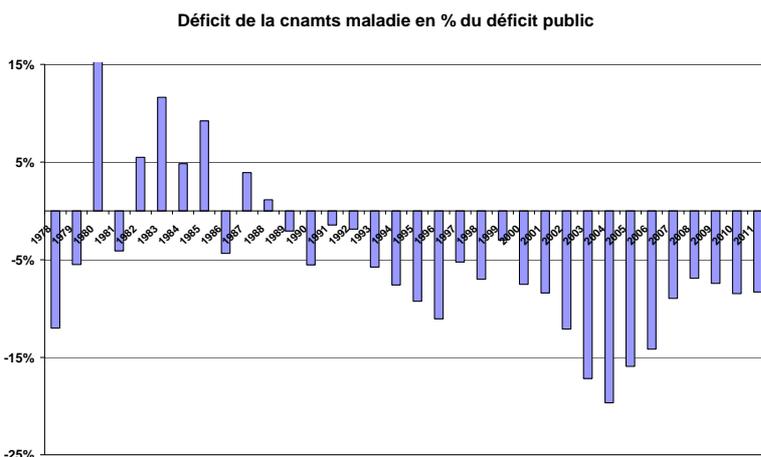
Au total, la branche maladie, qui constituait une part majeure du déficit du régime général en 2009/10 et 2011 devrait être à l'origine d'une part plus limitée du déficit.

Evolution du solde par branche du régime général (md€), 2007-2017p



Source : annexe B au PLFSS 2013.

B.3 – Le déficit de la branche maladie représente 8,3% du déficit de l'ensemble des administrations publiques



Source : annexes B au PLFSS ; INSEE Comptes nationaux.

Le HCAAM suit depuis 2010 les évolutions comparées du déficit de la branche maladie du régime général et de celui de l'ensemble des administrations publiques (déficit au sens de Maastricht).

En 2011, le déficit de la branche maladie a évolué un peu plus favorablement que celui de l'ensemble des administrations publiques, avec un poids de 8,3% contre 8,5% en 2010.

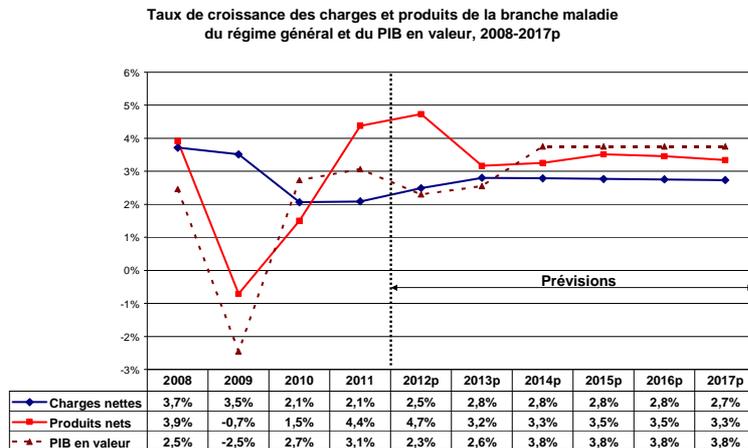
B.4 - Le retour à l'équilibre de la branche maladie devrait être lent et progressif

La crise a fait plonger les produits de la branche maladie du régime général, avec un recul en 2009, alors que les charges progressaient rapidement.

En 2010, la situation s'est améliorée avec une hausse des produits et une croissance modérée des charges.

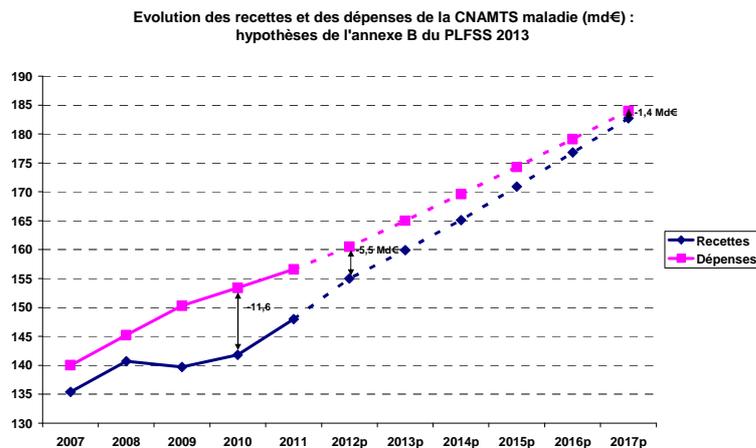
Enfin, les années 2011 et 2012 sont marquées par un dynamisme des produits supérieur à celui des charges.

Pour les années suivantes, il est prévu une progression des produits légèrement supérieure à celle des charges.



Source : annexe B au PLFSS 2013 ; INSEE Comptes nationaux.

Ces projections prennent en compte les mesures nouvelles associées au PLFSS et au PLF pour 2013 dont l'impact court sur l'ensemble de la période de projection ainsi que les mesures annuelles qui seront prises pour respecter l'Ondam (+2,6 % en 2014 et +2,5 % par an de 2015 à 2017).

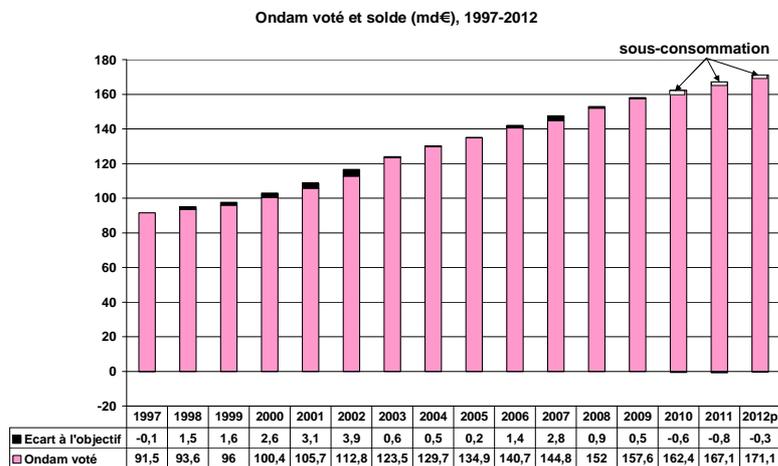


Source : annexe B au PLFSS 2013.

Partant d'un déficit 2012 de 5,5 Mds €, le solde de la branche maladie du régime général devrait se situer à -1,4 Md€ en 2017.

C. Les dépenses de santé

C.1 – En 2012, pour la troisième année consécutive, l'Ondam réalisé devrait être inférieur à l'Ondam voté



Source : DSS, CCSS.

En 2012, pour la troisième année consécutive l'Ondam devrait afficher une sous-consommation, d'un montant d'environ 350 millions d'euros.

Ceci avait déjà été le cas en 2010 avec 600 millions et en 2011 avec 800 millions de sous-consommation.

Cette nouvelle période tranche avec les années précédentes, durant lesquelles l'Ondam avait été systématiquement dépassé.

C.2 - C'est sur le segment des soins de ville que l'Ondam 2012 devrait afficher une réalisation inférieure de 350 millions d'euros à l'objectif voté

En 2012, les dépenses de soins de ville devraient se monter à 78,5 Mds €, pour un objectif de 78,9 Mds €. Au sein des soins de ville, ce sont les honoraires libéraux qui ont connu la plus forte progression des dépenses.

Concernant les établissements de santé, les dépenses devraient se situer au niveau des objectifs (74,6 Mds €). Avant mesures correctrices, le risque prévisionnel de dépassement sur le champ des établissements de santé s'élève à un peu plus de 0,4 Mds €. Les établissements anciennement sous dotation globale contribuent à ce dépassement prévisionnel pour près de 450 M € alors que, à l'inverse, les dépenses des cliniques privées seraient inférieures de 45 M € au niveau initialement prévu. Ce risque de dépassement est gagé par les mises en réserve de dotations prévues en début d'année pour un montant total de 415 M €.

La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services médico-sociaux constitue une enveloppe fermée et ne peut être ni dépassée ni sous-consommée. Des crédits d'ONDAM pour un montant de 100 M€ dans le secteur personnes âgées ont été mis en réserve en début d'exercice, et reviendront au secteur dès lors que la dynamique réelle de la dépense permettra le respect de l'objectif global des dépenses médico-sociales.

Tableau 3 – Décomposition des dépenses réalisées dans le champ de l'ONDAM – Tous régimes (en Mds €)

	2010 périmètre 2011	Constat provisoire 2011	Taux d'évolu- tion	Sous- objectifs arrêté 2011	Ecart réalisation /objectif	2011 périmètre 2012	Constat provisoir e 2012	Taux d'évolutio n	Sous- objectifs arrêté 2012	Ecart réalisatio n/objectif
Soins de ville	74,8	76,7	2,5%	77,3	-0,6	76,7	78,5	2,4%	78,9	-0,35
Etablissements de santé	70,9	72,6	2,4%	72,9	-0,2	72,7	74,6	2,5%	74,6	0,00
Médico-social	15,1	15,8	4,8%	15,8	0,0	15,8	16,5	4,1%	16,5	0,00
dont personnes âgées	7,2	7,6	5,8%	7,6	0,0	7,6	8,0	6,1%	8,0	0,00
dont pers. handicapées	7,9	8,3	3,9%	8,3	0,0	8,2	8,4	2,4%	8,4	0,00
Autres	1,1	1,2	8,7%	1,1	0,1	1,2	1,2	1,1%	1,2	0,00
ONDAM	161,9	166,3	2,7%	167,1	-0,8	166,4	170,8	2,6%	171,1	-0,35

Source : rapport de la CCSS de septembre 2012

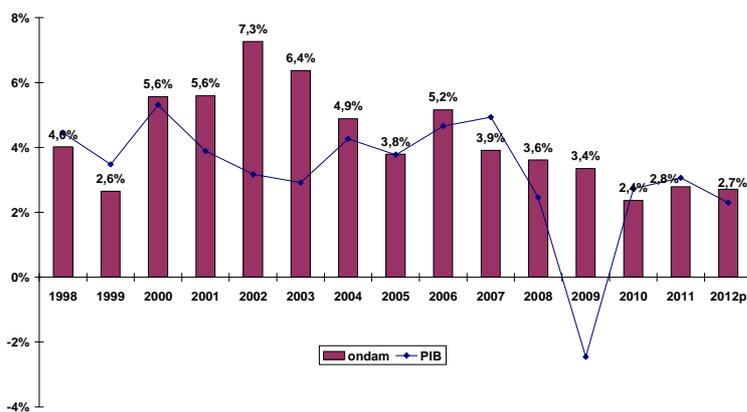
Tableau 4 – Les soins de ville dans le champ de l'ONDAM – Régime général (en M€)

	2010	2011	Evolution 2011/2010	Evolution 2012/2011
Honoraires libéraux	28 073	29 028	3,4%	3,1%
dt hono privés	15 899	16 393	3,1%	1,4%
dt hono.paraméd.	6 591	6 905	4,8%	7,6%
dt laboratoires	2 797	2 858	2,2%	-0,7%
dt transports	2 786	2 871	3,1%	5,6%
Autres soins de ville	30 970	31 528	1,8%	0,3%
dt médicaments	18 417	18 621	1,1%	0,1%
dont IJ maladie et AT	8 682	8 874	2,2%	0,1%
dont disp. méd.	3 871	4 033	4,2%	2,3%
Total Soins de ville	60 325	61 844	2,5%	1,7%

Source : rapport de la CCSS de sept. 2012. NB : rémunération à la performance exclue

C.3 - La progression de l'Ondam est depuis trois ans quasi-identique à celle du PIB

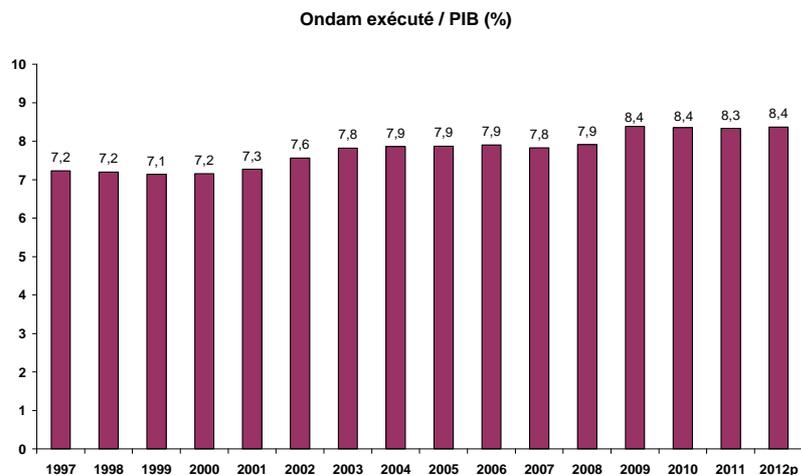
Evolutions annuelles du PIB et de l'Ondam exécuté, 1998-2012



Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2013

Hormis en 2008, et surtout en 2009, comme conséquence de la crise, l'Ondam progresse en valeur de manière assez similaire à celle du PIB. Ceci est particulièrement frappant pour la période 2010-2012.

C.4 - Depuis 2009, l'Ondam représente environ 8,4% du PIB



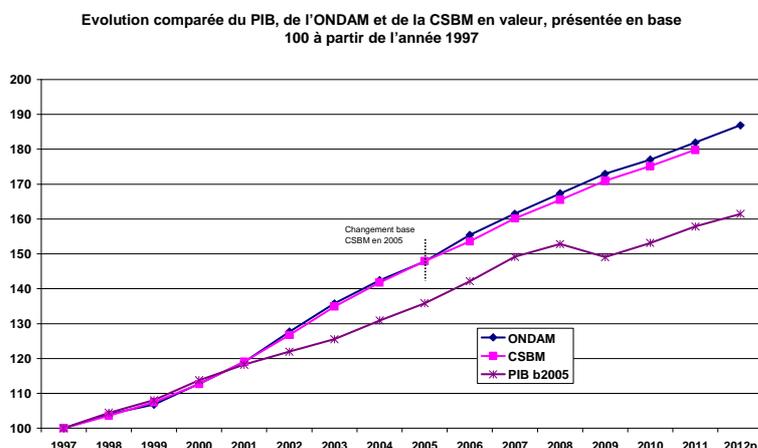
Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2013

Du fait de ces évolutions parallèles, l'Ondam rapporté au PIB s'est stabilisé autour de 8,3-8,4% depuis maintenant quatre ans.

Trois périodes se distinguent nettement :

- de 1997 à 2001, l'Ondam représentait environ un peu plus de 7% du PIB,
- de 2002 à 2008, le rapport se rapproche des 8%,
- depuis 2009, l'Ondam a sensiblement dépassé les 8%.

C.5 - Depuis 1997, l'Ondam a progressé de 90% contre 60% pour le PIB



Source : données des rapports de la CCSS, INSEE, annexe B au PLFSS 2013, DREES Comptes de la santé.

Ce graphique présente la progression du PIB, de l'Ondam et de la CSBM, en prenant comme point de départ l'année 1997, avec la valeur 100.

Il apparaît aujourd'hui que l'Ondam a progressé plus vite que le PIB pour atteindre presque la valeur 190 (contre 100 en 1997), contre un peu plus de 160 pour le PIB (contre 100 en 1997).

Quant à la CSBM, elle a suivi globalement le même sentier que l'Ondam, ce qui se traduit par un taux de remboursement global constant.

C.6 – Les prestations maladie hors Ondam

Tableau 5 – Les indemnités journalières maternité et paternité (Régime général)

	2010 M €	2011 M €	Evolution 2011/2010	2012 M €	Evolution 2012/2011
Total	2 983	2 968	-0,5%	3 022	1,8%
dont IJ maternité	2 759	2 741	-0,7%	2 790	1,8%
dont IJ paternité	224	227	1,6%	231	1,9%
SMPT			2,5%		2,5%

Source : rapport de la CCSS de sept 2012 ; ACOSS pour le SMPT.

Tableau 6 – Les pensions d'invalidité (Régime général)

en millions d'euros

	2010	2011	2012
Total	4 292	4 513	4 813
Progression en valeur	-3,7%	5,2%	6,6%
dont revalorisation	0,9%	1,8%	2,1%
dont effet volume	0,5%	2,3%	0,6%
dont réforme retraite		0,9%	3,9%
dont ASI	-5,1%	0,0%	0,0%

Source : rapport de la CCSS de sept. 2012.

D. La dette sociale

Tableau 7 - Evolution du montant de la dette sociale transférée à la CADES depuis sa création

Années	Montant total transféré à la CADES (en M €)	Estimation des montants transférés au titre la branche maladie du régime général (en M €)
1996	44 730	12 530
1998	13 206	7 755
2003	1 280	
2004	36 100	35 000
2005	6 610	6 610
2006	5 700	5 700
2007 (régularisation reprise 2006)	-65	-65
2008	10 000	3 500
2009	17 000	5 578
2011 (Maladie : estimation SG du HCAAM)	67 800	32 000
2012	6 600	0
2013	8 100	0
Total	217 061	108 608

Source : rapports de la CCSS et Mission comptable permanente des organismes de sécurité sociale de la DSS

Après avoir repris en 2012 6,6 Mds € de dettes issues de la branche vieillesse, la CADES devrait reprendre en 2013 8,1 Mds € de dettes provenant de la CNAV et du FSV. Aucune reprise de dette n'est prévue d'ici 2018 pour la branche maladie du régime général dans le cadre de la loi organique du 13 novembre 2010.

A la fin de l'année 2013, le montant des dettes reprises par la CADES s'élèvera à 217 Mds € dont on peut estimer que la moitié provient de la branche maladie du régime général (109 Mds €).

Pour l'année 2013, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la CADES s'élève à 12,4 Mds €. Ce résultat porterait le total de la dette amortie depuis la création de la CADES à 84,1 Md€, soit plus de 38 % de la dette cumulée reprise à fin 2013.

E. Les créances du régime général sur l'Etat

L'état semestriel établi au 31 décembre 2011 faisait état d'une créance de l'Etat de 98 M € sur les régimes obligatoires de base, qui recouvrait une créance de 184 M € sur le seul régime général et une dette à l'égard des autres régimes, notamment la MSA. Cette créance atteignait 84,5 M € pour la seule branche maladie du régime général.

Depuis 2007, plusieurs opérations d'apurement de dette, ainsi qu'un effort marqué en faveur de la non reconstitution annuelle de celle-ci ont eu pour effet d'assainir globalement la situation. (source CCSS).