

Les économies directes sur le médicament 2005-2012

Septembre 2012

- Une régulation sans équivalent, et durable : pour les médicaments remboursables, des gains de productivité de 4,5 pts par an en moyenne sur 2005-2011 avec baisses de prix, génériques, grands conditionnements et régulation médicalisée (sans inclure ici les baisses de remboursement ni les franchises).
- Un « record » absolu en 2012 avec des gains pour l'assurance-maladie estimés à 7 points sur le médicament remboursable, plus 0,75 point traduisant la hausse de la taxation spécifique.
- Le médicament tout confondu (ville + hôpital) représente 15,2% de l'ONDAM total en 2012. Mais il constitue plus de la moitié des économies réalisées chaque année dans l'ONDAM.

©BIPE 2012

Constat

Sur la période 2005-2011, la partie de la régulation directe que l'on peut appeler « financière » constituée - par ordre d'importance - par les baisses de prix, la substitution générique et les règles de prix sur les grands conditionnements, a représenté **3,5 points de dépenses de médicaments présentées au remboursement, par an, en moyenne**.

En 2012, on peut déjà affirmer que cette régulation a très fortement augmenté, sous le double effet des baisses de prix décidées par la LFSS 2012 (910 M€ contre 450 en 2011) et du rebond de l'effet génériques (nombreuses tombées de brevets + nouvelle convention avec les pharmaciens) **pour avoisiner 6 points**.

Gains directs de productivité : les résultats

(tous les effets sont exprimés en pourcentage du montant total des dépenses remboursables Cnamts)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011 (estimé)	2012 (estimé)
Effet des baisses de prix	-1,2%	-2,9 %	-2,3%	-1,7%	-2,1%	-2,0%	-2,2%	-4,2%
Effet substitution générique	-0,8%	-1,3%	-1,4%	-1,3%	-1,1%	-1,5%	-0,8%	-1,5%
Effet des conditionnements trimestriels	-0,0%	-0,1%	-0,1%	-0,3%	-0,4%	-0,5%	-0,5%	-0,35%
Total	-2,0%	-4,3%	-3,8%	-3,3%	-3,6%	-4,0%	-3,5%	-6,0%

Source : BIPE sur données Medic'AM de la Cnamts 2005-2010 et estimation BIPE avec données GERS pour 2011 et 2012
Note : les règles de prix des conditionnements trimestriels ont été modifiées au 1^{er} juillet 2012

A cette régulation « financière » s'ajoutent les actions de **régulation « médicalisée »** pour modérer l'évolution des quantités prescrites sur de nombreuses classes majeures dans le cadre des accords conventionnels médecins / assurance-maladie. Selon les estimations de la Direction de la Sécurité sociale (DSS) sur données Cnamts, publiées en septembre 2011, cette régulation médicalisée économise un peu plus de **1 point** de remboursements de médicaments par an en moyenne depuis 2005 (hors effet génériques déjà compté).

Au total, on peut conclure que les gains de productivité sur le médicament en ville (régulation financière directe + régulation médicalisée) ont été de l'ordre de 4,5% par an, en moyenne sur 2005-2011 et voisins de 7% en 2012.

Parallèlement, on constate la **montée des gains d'efficacité sur le médicament à l'hôpital** ⁽¹⁾ : baisses de prix, génériques et incitation à la régulation médicalisée par la mise en place de taux-cibles. Faute de disposer des données détaillées pour faire le même calcul qu'en ambulatoire, les données agrégées montrent une très nette décélération du marché hospitalier à partir de 2009.

Enfin, les **prélèvements spécifiques** sur l'industrie pharmaceutique (versements à l'assurance-maladie, taxes particulières), qui ont représenté 800 à 900 M€ chaque année depuis 2004, ont augmenté de 190 M€ en 2012 (dont principalement la hausse du taux de la taxe sur le CA). Ceci représente l'équivalent d'un gain supplémentaire de 0,75 point de « productivité » en 2012 pour l'assurance-maladie, qui s'ajoute aux résultats précédents.

¹ Le médicament hospitalier représente pour l'assurance-maladie un peu moins de 1/5^{ème} du coût total du médicament (hors rétrocession prise en charge sur le budget ville) et le médicament de ville un peu plus des 4/5^{èmes}.

Analyse

1^{ère} observation : **les économies prélevées sur le médicament depuis 2005 n'ont aucun équivalent, ni historique, ni dans les autres secteurs de soins.**

La comparaison aux autres postes de soins montre que le médicament n'est pas le seul poste qui amène des gains d'efficience. Les analyses biologiques ont rendu 2 points par an depuis 2005. Les radiologues ont subi des baisses. Enfin, le gel des prix de la T2A (tarification à l'activité) à l'hôpital équivaut, de fait, à des gains de productivité. Cependant, on reste loin des économies faites sur le médicament, en pourcentage comme en valeur absolue.

Entre 2005 et 2011, les économies directes sur le médicament faites par l'assurance-maladie obligatoire ont représenté en moyenne 1 Md€ par an ⁽²⁾. En 2012 ce sera 1,5 Md€. Ceci est à mettre en regard avec le total des remboursements médicaments « ville » : 22 Mds€ pour 2012.

2^{ème} observation : **la régulation du médicament effectue un saut considérable en 2012 avec des gains de productivité directs de 7% sur le médicament en ville** (7,75 points en incluant la valeur de la hausse de la taxation spécifique).

Effectivement, le marché du médicament remboursable 2012 est actuellement en recul (-1,5%), tandis que le marché hospitalier est autour de zéro. En moyenne sur les années 2006 à 2012, le marché remboursable (prix producteur) aura évolué de + 1,0% par an en nominal, ce qui représente un recul en termes réels, compte tenu de l'inflation, ceci pendant 7 années. Cela n'avait jamais été observé, ne serait-ce qu'une seule année.

3^{ème} observation : **la part du médicament dans les économies est sans rapport avec sa part dans les dépenses** : le médicament représente plus de la moitié des économies réalisées chaque année sur les dépenses maladie, alors qu'il ne représente que 15,2% de l'ONDAM (2012) ⁽³⁾.

Les remboursements de médicaments ville + hôpital vont représenter une charge de 27 Mds€ en 2012 pour l'ensemble des régimes de base (métropole + Dom) ou encore 26 Mds€ net des reversements et taxes pour l'assurance-maladie. Or l'ONDAM 2012 est de 171,2 Mds€.

4^{ème} observation : en-dehors des économies calculées, **les facteurs haussiers de la demande sont présents** et il est nécessaire de distinguer : a) la démographie pure (augmentation de la population + vieillissement) qui explique +1 pt de croissance du marché remboursable par an ; b) la pénétration progressive des nouveaux produits (mesurée « intra-classes » = modification de la structure de la prescription à pathologie donnée, hors génériques) ; c) le mix-pathologies (ou « inter-classes »), souvent oublié = modification de la structure des pathologies traitées.

La méthode par classes homogènes utilisée par le BIPE calcule **que l'effet structure intra-classes** (mix-produits dans la classe, hors génériques) **a été de +2,6 pts par an, en moyenne sur 2005-2011 et l'effet structure inter-classes** (mix-pathologies) **+2,4 pts**. Autrement dit, l'augmentation du nombre de patients traités pour des pathologies majeures, plus coûteuses, participe de façon importante à l'évolution des dépenses de médicaments remboursables. Ceci

² En sus des gains de productivité calculés ci-contre, l'assurance-maladie a fait d'autres économies avec les mesures sur le remboursement : déremboursements de classes en 2006, 2008 et 2012 ; hausses du ticket modérateur (vignettes orange et bleue) en 2010 et 2011 ; franchises par boîte en 2008. Soit au total une économie cumulée de 1,4 Md€ sur la période.

³ ONDAM = Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie, voté chaque année par le Parlement (171,2 Mds€ en 2012).

est corroboré par la très forte hausse du nombre de personnes en affections de longue durée (ALD, prises en charge à 100% du tarif conventionnel) selon les données Cnamts, et ceci depuis une douzaine d'années. Actuellement, le nombre de personnes présentes en ALD continue d'augmenter sur une pente de 4% par an pour le régime général (alors que la population française n'augmente que de 0,6% par an).

Cette hausse de la prévalence des maladies graves ou chroniques (affections cardiovasculaires, cancers, diabète, asthme, allergies, dépression, maladies neurologiques...) constitue le principal défi du système de santé. Mais ce n'est pas propre à la France, c'est vrai dans tous les pays comparables. L'étude Cnamts, sur données à fin 2009, avait déjà permis de constater que, dans les classes majeures en ville, le niveau de consommation française en quantité était rattrapé et souvent dépassé par d'autres pays européens : leur pente de croissance étant très supérieure à celle de la France. Le phénomène est confirmé et amplifié dans l'étude Essec-Santé/LIR de juin 2012, qui intègre les données à fin 2011 pour les sept principaux pays européens.

Achevé de rédiger le 12 septembre 2012