

**PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE
SUR LES CHARGES ET PRODUITS POUR
L'ANNEE 2010**

CONSEIL CNAMTS DU 9 JUILLET 2009

Sommaire

SYNTHESE	4
LES 25 PROPOSITIONS DE LA CNAMTS	8
INTRODUCTION	11
1. UNE DYNAMIQUE SPONTANEE DE CROISSANCE DE LA DEPENSE	12
1.1. Une évolution tendancielle de 3,7% des volumes de consommation de soins	12
1.2. Les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies psychiatriques et neurologiques à l'origine des 2/3 de la croissance	13
1.3. Une déformation des modes de prise en charge vers les soins ambulatoires	14
1.4. Les facteurs qui contribuent à la déformation de la structure vers les pathologies lourdes.....	16
1.4.1. Un accroissement du nombre de personnes traitées	16
1.4.2. Un accroissement proportionnellement plus important des ALD	17
1.4.3. Des effets d'offre : intensification des soins, diffusion des techniques.....	18
1.5. La régulation des dépenses de santé est indispensable pour assurer le maintien du régime obligatoire d'assurance maladie.....	18
2. MALGRE CETTE DYNAMIQUE SPONTANEE, LES DEPENSES DE SANTE ONT ETE MAITRISEES SUR LA PERIODE RECENTE	20
2.1. Des dépenses d'assurance maladie contenues dans la période récente.....	20
2.2. Un taux de remboursement maintenu à un haut niveau	20
2.3. Le résultat d'une action continue sur l'ensemble des déterminants de la dépense.....	22
2.3.1. Des résultats substantiels	22
2.3.2. Des actions diversifiées inscrites dans une stratégie de long terme	24
3. UNE CRISE DE RECETTES SANS PRECEDENT	26
4. LES MARGES DE MANŒUVRE A MOBILISER	28
4.1. Médecine, chirurgie et obstétrique.....	28
4.2. Soins de suite et de réadaptation.....	29
4.3. Médicaments.....	30
4.4. Dialyse rénale.....	32
4.5. Soins de kinésithérapie.....	32
4.6. Transports de malades.....	33
4.7. Indemnités journalières.....	34
4.8. La variabilité des pratiques individuelles.....	37
5. PROJECTION TENDANCIELLE EN 2010.....	39
5.1.1. ONDAM 2010 : projection tendancielle	39
5.1.2. Compte tendanciel 2010.....	40
6. LA NECESSITE DE POURSUIVRE DES PROGRAMMES DE GESTION DES RISQUES STRUCTURANTS ..	41
6.1. Introduction : Comment favoriser l'efficience ? L'exemple de la prise en charge du diabète.....	41
6.2. Axe 1 : Accompagner nos assurés, acteurs de leur santé.....	43
6.2.1. Accompagner nos assurés dans la gestion de leur capital santé.....	43
6.2.2. Accompagner nos assurés dans le recours au système de soins	44
6.3. Axe 2 : Renforcer notre partenariat avec les offreurs de soins pour développer l'efficience.....	45

6.3.1. Un nouveau contrat conventionnel avec les prescripteurs libéraux.....	45
6.3.2. Rééquilibrer l'offre de soins ambulatoires sur le territoire.....	46
6.3.3. Le secteur optionnel	47
6.3.4. Enrichir notre action en faveur d'un recours plus adapté aux soins	47
6.4. <i>Axe 3 faire évoluer l'organisation des soins pour offrir à nos assurés un égal accès à des soins de qualité et au meilleur coût</i>	48
6.4.1. Le développement de la chirurgie extra hospitalière.....	48
6.4.2. Optimiser les modes de traitement de l'insuffisance rénale	49
6.4.3. Favoriser un développement efficient des structures SSR	49
6.4.4. Favoriser un développement soutenable des équipements lourds.	49
6.5. <i>Axe 4 : Développer des outils structurels de tarification favorisant l'efficience</i>	50
6.5.1. Le cycle de vie des produits de santé	50
6.5.2. Faire bénéficier l'assurance maladie des gains de productivité.....	51
6.5.3. Accompagner les évolutions des établissements grâce à une meilleure lisibilité de la politique tarifaire.....	51
6.6. <i>Accompagner ces programmes de gestion du risque structurants de mesures plus conjoncturelles</i>	51
6.6.1. Poursuivre la politique d'adaptation des tarifs des produits de santé.	52
6.6.2. Pour une prise en charge des cotisations sociales plus équitable	53
6.6.3. Favoriser une gestion plus économe des fonds	53
7. ONDAM 2010 ET RESULTATS DE L'ASSURANCE MALADIE	53
ANNEXES.....	55
ANNEXE 1 – L'EVOLUTION DE LA POPULATION TRAITEE POUR DIFFERENTS GROUPES DE PATHOLOGIES	56
ANNEXE 2 : ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE MALADES ET INTENSIFICATION DES TRAITEMENTS : L'EXEMPLE DU DIABETE.....	58
ANNEXE 3 : L'EVOLUTION DU TAUX DE PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SOINS.....	61
ANNEXE 4 : AVIS DU HCAAM SUR LA SITUATION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE	65
ANNEXE 5 : BILAN DES MESURES PROPOSEES EN 2009.....	80
ANNEXE 6 : LE BILAN DES NEGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE ...	82

SYNTHESE

En prolongeant les évolutions tendanciennes observées, le taux de croissance annuel spontané des dépenses du régime général de l'Assurance maladie s'établirait à +3,7% en moyenne sur la période 2009-2012, en volume (c'est-à-dire avant toute application d'éventuelles modifications de prix des prestations).

Cette dynamique spontanée des volumes de consommation de soins provient :

- d'une **croissance plus rapide du nombre de personnes souffrant de pathologies sévères** (notamment prise en charge au titre des Affections de Longue Durée), qui ont donc des dépenses de soins élevées, par rapport aux personnes dont le recours aux soins est plus limité,
- et conjointement d'une **intensification des soins** se traduisant par une augmentation des volumes de consommation unitaires.

L'ensemble des pathologies lourdes ou chroniques, quel que soit leur stade de gravité, contribue à expliquer 84% de la croissance totale du volume des soins.

Les pathologies cardio-vasculaires (en y incluant le diabète) expliquent, tous stades de sévérité confondus, plus de 30% de la croissance des volumes de soins, et les cancers 20%. Viennent ensuite les pathologies psychiatriques, neurologiques, et les démences (incluant la maladie d'Alzheimer), qui contribuent pour 14% à la croissance.

L'analyse confirme également le constat d'une évolution structurelle de la demande de soins, et donc des dépenses d'assurance maladie, **plus marquée pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers**, ce qui traduit l'évolution des modes de prise en charge.

Le nombre de patients traités augmente, qu'ils soient ou non pris en charge à 100% à travers le mécanisme des ALD, pour pratiquement tous les groupes de pathologies, à l'exception notable de la psychiatrie et des troubles mentaux.

Cette évolution résulte, dans certains cas, de tendances épidémiologiques indiscutables. C'est par exemple le cas de pathologies comme le diabète, dont les facteurs de risque tels que l'obésité voient leur prévalence augmenter dans la population. Les succès de la médecine contribuent aussi, paradoxalement, à accroître le nombre de malades traités, en accroissant la durée de vie avec la maladie.

L'augmentation du nombre de personnes traitées provient aussi d'un effet d'offre et d'évolution des pratiques de soins : l'augmentation de la propension à dépister précocement, et/ou à traiter accroît le nombre de personnes traitées, sans que cela ne reflète nécessairement une évolution épidémiologique.

L'analyse qui vient d'être faite des facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses montre que la régulation des dépenses de santé est indispensable pour assurer le maintien d'un régime d'assurance maladie solidaire. Des règles de prise en charge différentes ne modifieraient pas fortement la dynamique de la dépense de l'assurance maladie.

Ces tendances d'évolution ne sont pas nouvelles. Elles confirment ce que l'on sait des dynamiques médicales sous-jacentes à la croissance médicale – augmentation des pathologies chroniques, élévation des standards de soins, diffusion de l'innovation... La concentration des dépenses sur les affections de longue durée est un phénomène continu : les soins délivrés aux patients pris en charge à 100% représentaient 50% des dépenses en 1992, ils en représentent 62% aujourd'hui et pourraient représenter 70% en 2015.

Malgré ces facteurs permanents, la dépense de santé a été maîtrisée dans la période récente, tout en continuant à élargir l'accès aux traitements et la qualité de la prise en charge.

En moyenne, au cours des 5 dernières années, la croissance des dépenses d'assurance maladie a en effet été contenue au niveau de la croissance du PIB - croissance qui n'a pas été exceptionnellement élevée au regard des tendances de long terme.

Ces résultats ont été obtenus en s'appuyant sur une large palette d'actions de gestion du risque : mise en place du parcours de soins, accompagnement des professionnels de santé sur des thèmes de maîtrise médicalisée, ajustements tarifaires, mises sous accord préalable de certaines prestations, programmes de contrôle, actions d'accompagnement menées en direction des assurés.

Ces actions doivent s'inscrire dans une **stratégie de long terme menée de façon continue et sur la durée**. Cette stratégie de gestion du risque santé repose sur trois piliers :

- mieux prévenir les pathologies chroniques ;
- optimiser le recours au système de soins en favorisant, à efficacité thérapeutique équivalente, les prises en charge les moins coûteuses ;
- accroître l'efficacité des offreurs de soins.

L'effort continu de maîtrise des dépenses sur les années 2004 à 2008 a permis non seulement de contenir la dérive structurelle des dépenses, mais de résorber peu à peu le déficit accumulé en 2004. De 11,7 milliards d'Euros, le déficit est passé à 4,4 milliards d'Euros en 2008. Il aurait été inférieur à 4 milliards si le ralentissement économique n'avait pas été aussi prononcé. Ces efforts importants sont fortement contrariés par la crise qui impacte l'ensemble de l'économie mondiale.

La crise économique se traduit en effet par une situation sans précédent de pertes de recettes pour l'Assurance Maladie. Sous l'effet de cette baisse des recettes, liée à la montée du chômage et à la contraction de la masse salariale, le déficit qui avait été progressivement réduit se creuse à nouveau de façon brutale, en franchissant un palier supplémentaire par rapport à la situation observées lors de ces deux précédentes crises, au début des années 90 et au début des années 2000 : 9,4 milliards en 2009 selon la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Le choc conjoncturel des recettes rend d'autant plus nécessaire d'accroître l'efficacité du système de santé.

Les tendances de fond à la croissance des dépenses demeurent : quelles que soient les décisions prises sur les équilibres globaux des finances publiques, seule la mobilisation continue de gains d'efficacité peut nous permettre, à moyen et long terme, de continuer à intégrer les progrès techniques et les avancées des traitements tout en maintenant un haut niveau de remboursement des soins.

L'analyse du fonctionnement du système de soins fait apparaître qu'il existe encore de nombreuses marges de manœuvre à mobiliser.

Comme l'a rappelé le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son avis récent, la connaissance et la compétence de l'activité hospitalière ont beaucoup progressé dans les dernières années.

Certains écarts peuvent s'expliquer par des différences d'activités, de clientèles, des contraintes spécifiques, des surcoûts liés à des missions particulières. Mais il y a aussi, de manière incontestable, des disparités non justifiées par la nature des charges et qui renvoient à des différences de productivité et d'organisation.

La mise en place des ARS doit permettre d'optimiser le recours au système de soins dans les modes ambulatoires, hospitaliers ou médico-sociaux tout en accroissant la productivité de l'offre.

Le **secteur des soins de suite et de réadaptation** est régulé comme l'ensemble de l'activité en établissements de soins par une planification de l'offre à travers la définition des SROS. Plus de 1400 établissements pratiquaient des soins de suite et rééducation dont la moitié sont publics et 30 % privés à but non lucratif.

Ces établissements représentent environ 100 000 lits et places. La part du secteur public est d'un peu plus de 40%, la part du privé à but non lucratif d'un peu moins de 40 %, et la part du privé à but lucratif de 20 %.

Cette offre de soins apparaît peu homogène sur le territoire puisque elle varie fortement entre les départements et même les régions. Cela conduit à s'interroger sur la nécessité de différencier fortement le développement de l'offre de soins sur le territoire en fonction des besoins anticipés ainsi que sur l'existence éventuelle de disparités de pratiques et d'excès d'offre.

Les **dépenses de médicament** sont en France parmi les plus importantes des pays de l'OCDE. Plusieurs études ont montré quelques caractéristiques de notre consommation : nombre de doses consommées relativement élevé et forte pénétration des nouveaux médicaments.

La maîtrise de ces dépenses est donc l'un des enjeux-clés pour l'équilibre du système de soins et, depuis plusieurs années, des actions structurées et complémentaires sont mises en oeuvre pour contrôler leur croissance : maîtrise médicalisée, baisses de prix, développement des médicaments génériques...

L'insuffisance rénale chronique croît en moyenne dans les pays de l'OCDE de plus de 6% par an, reflet de l'augmentation de la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle. La greffe rénale et la dialyse sont les seuls traitements disponibles. La dialyse à domicile est peu développée alors qu'elle présente des avantages, tant en termes de possibilité d'adaptation de la durée et de la fréquence des traitements, qu'en termes d'autonomie du patient, de qualité de vie et de coût.

Enfin les **disparités constatées dans de très nombreux domaines** des soins ambulatoires, comme les soins de masso-kinésithérapie, les transports de malades, les prescriptions médicamenteuses ou les arrêts de travail consécutifs à certaines opérations chirurgicales montrent l'intérêt de développer progressivement des référentiels médicaux permettant d'assurer une meilleure égalité de traitement sur le territoire national tout en garantissant un meilleur ajustement de la prise en charge au besoin de soins.

Des programmes de gestion du risque structurants doivent être poursuivis ou mis en oeuvre en 2010 pour mobiliser ces marges de manœuvres. Ainsi, l'assurance maladie propose 25 mesures pour 2010 présentées ci-dessous.

Ces mesures permettent de maintenir l'évolution des dépenses à 3 %, ce qui apparaît nécessaire pour préserver à moyen terme la soutenabilité de l'assurance maladie, compte tenu de la conjoncture économique générale prévue pour 2010.

Ces efforts sur les dépenses ne permettront toutefois pas, en raison de la crise économique et de son impact sur les recettes, un retour à l'équilibre de la branche maladie du régime général.

En conséquence, une réflexion globale sur le redressement de la sécurité sociale et sur son financement devra être menée dès la sortie de crise. Cette réflexion devra préserver la nécessaire équité intergénérationnelle.

LES 25 PROPOSITIONS DE LA CNAMTS

Proposition 1 : Généraliser le programme SOPHIA en 2010-2011 progressivement sur l'ensemble du territoire, si l'évaluation globale apparaît positive ; il devra aussi être étendu par le développement du service à d'autres pathologies chroniques, telles que les maladies respiratoires et l'ensemble des pathologies cardiovasculaires.

Proposition 2 : Elargir au début de l'année 2010 l'offre Internet de l'assurance maladie en accroissant l'information santé pour favoriser le développement de la prévention. L'ouverture de ce site santé pourra être concomitante à l'enrichissement du volet prévention du compte assuré.

Proposition 3 : Intégrer des informations sur la qualité des actes et des offreurs de soins ainsi qu'un outil de géolocalisation, dans le service d'information de l'assurance maladie sur l'offre de soins (adresses et tarifs).

Proposition 4 : Développer un service de facilitation du retour à domicile en 2010, après une expérimentation en 2009.

Proposition 5 : Proposer de rénover dans la nouvelle convention médicale la rémunération des professionnels en retenant une structure avec 3 niveaux : un niveau forfaitaire en fonction d'engagements de service, un niveau intermédiaire de rémunération à l'acte, et un niveau de rémunération en fonction de résultats de santé publique et d'efficience.

Proposition 6 : Rechercher un accord conventionnel avec les représentants des masseurs-kinésithérapeutes pour corriger les déséquilibres démographiques actuels avec une double action dans les zones où l'offre de soins est déficitaire et dans les zones où elle est excédentaire.

Proposition 7 : Conformément à la volonté des parlementaires, rechercher un accord sur le secteur optionnel dans les délais prévus dans la loi HPST.

Proposition 8 : Instituer des contrats entre les CPAM et les établissements de santé sur leurs prescriptions de transport. Ces contrats définiront des taux cibles d'évolution des prescriptions et les conséquences financières de leur dépassement ou de leur respect.

Proposition 9 : Développer des actions de sensibilisation et d'accompagnement des entreprises dans lesquelles les arrêts de travail sont en nombre important.

Proposition 10 : Poursuivre la définition, en accord avec la Haute Autorité de Santé, de référentiels sur les arrêts de travail permettant de guider les prescripteurs. Ces référentiels, non opposables, pourront être aussi utilisés pour accroître l'efficacité de nos actions de contrôle médical.

Proposition 11 : Adapter la réglementation française pour intégrer une nouvelle offre de soins chirurgicaux en centres autonomes, avec des garanties en matière de qualité et de sécurité. Les ARS auraient alors pour objectif de favoriser le développement de cette offre.

Proposition 12 : Adapter progressivement les tarifs de la dialyse et favoriser le développement des modes de prise en charge les plus efficaces à travers l'action des ARS.

Proposition 13 : Donner des objectifs d'efficacité aux ARS dans le développement des soins de suite et de rééducation en privilégiant les zones dans lesquelles l'offre est faible, en favorisant les structures les plus efficaces et celles dans lequel les objectifs quantifiés limitent le taux d'utilisation des capacités et en encadrant les ratios de gestion et les tarifs pour les nouvelles autorisations.

Proposition 14 : Favoriser le développement des IRM à champ bas ou modéré en modulant les forfaits et en rendant plus attractive sur le plan financier la réalisation des examens uniquement dans les indications recommandées par la HAS. Les nouvelles demandes d'autorisation de matériels lourds devront donc être étudiées au regard de leur impact sur l'efficacité globale des activités ou équipements du territoire de santé ou de la région afin de s'assurer de leur viabilité et de leur impact sur la soutenabilité à moyen terme des évolutions de dépense.

Proposition 15 : Donner à l'UNCAM un droit de veto sur l'inscription des produits dont l'amélioration du service médical est faible ou insuffisant, si les conditions économiques s'avèrent défavorables.

Proposition 16 : Expérimenter une procédure de mise en concurrence pour les génériques. Cette procédure de mise en concurrence devrait permettre de révéler le juste prix de certains médicaments génériques. Les appels d'offre ne seraient lancés que dans certains groupes de génériques dont les prix français sont plus élevés que les prix observés dans les autres pays européens.

Proposition 17: Elargir le tarif forfaitaire de responsabilité à la classe des inhibiteurs de pompes à proton afin de neutraliser les effets négatifs du contournement de génériques et des fuites des prescriptions hors du répertoire.

Proposition 18 : Poursuivre la politique d'adaptation des tarifs en fonction des marges dans les secteurs bénéficiant de gains de productivité.

Proposition 19 : Stabiliser la classification des tarifs hospitaliers, afin de favoriser une meilleure gestion prévisionnelle de chaque établissement. Le développement des échanges avec les pays voisins pourrait permettre de définir des tarifs cibles homogènes tenant compte des éventuelles spécificités de chacun des pays.

Proposition 20 : En ce qui concerne les différences entre tarifs hospitaliers publics et privés, conformément aux recommandations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, envisager des ajustements ponctuels et certains rapprochements tarifaires pour des prestations effectivement comparables s'ils sont correctement documentés.

Proposition 21 : Poursuivre la politique d'adaptation de l'évolution des prix des produits de santé (médicaments et autres produits) à leur cycle de vie ainsi qu'au volume de consommation.

Proposition 22 : Fixer le taux K autour de 1 %.

Proposition 23 : Plafonner la prise en charge des cotisations sociales. Les revenus se situant au dessus du seuil de 100 000 € pourraient être exclus de l'assiette de prise en charge des cotisations maladie.

Proposition 24 : Evaluer les actions des différents fonds financés par l'assurance maladie (FIQSV et FMESPP), afin d'arrêter les actions dont l'efficacité est insuffisante et limiter certaines sur-dotations.

INTRODUCTION

La loi du 13 août 2004 dispose que « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie.»

L'objet de ce rapport est de présenter un état de lieu de la situation de l'assurance maladie en vue de formuler des propositions d'évolution des charges et des produits de la CNAMTS pour l'année 2010.

Dans un contexte structurel de hausse dynamique des dépenses de santé, les actions conjuguées de l'Etat et de l'assurance maladie ont permis de maîtriser les dépenses de santé en maintenant quasi constant le taux de prise en charge du régime obligatoire.

Les années 2009 et 2010 seront marquées pour l'assurance maladie par l'impact de la crise économique sur ses recettes. En effet, la masse salariale du secteur privé devrait diminuer durant ces deux années.

Cette situation conduira à interrompre la diminution régulière du déficit constatée sur la période 2004-2008. Néanmoins, eu égard au marge de manœuvre existantes, il est important de poursuivre les actions menées ces dernières années pour assurer la soutenabilité du système de santé à moyen terme.

Tel est l'objet des propositions de mesures structurantes présentées par le présent rapport.

Ces propositions complètent l'analyse examinée par le conseil de la CNAMTS le 2 juillet 2009. Les propositions de la CNAMTS pour l'année 2010 seront examinées au cours du conseil du 9 juillet 2009. Le rapport définitif comprenant les propositions du conseil de la CNAMTS, de la MSA et du RSI sera examiné par l'UNCAM le 9 juillet 2009.

1. UNE DYNAMIQUE SPONTANEE DE CROISSANCE DE LA DEPENSE

1.1. Une évolution tendancielle de 3,7% des volumes de consommation de soins

Si l'on prolonge les évolutions tendanciennes observées, le **taux de croissance annuel spontané des dépenses du régime général de l'Assurance maladie s'établirait à +3,7% en moyenne sur la période 2009-2012, en volume** (c'est-à-dire avant toute application d'éventuelles modifications de prix des prestations).

Cette dynamique spontanée des volumes de consommation de soins provient :

- d'une **croissance plus rapide du nombre de personnes souffrant de pathologies sévères** (notamment prise en charge au titre des Affections de Longue Durée), et ayant donc des dépenses de soins élevées, par rapport aux personnes dont le recours aux soins est plus limité,
- et conjointement d'une **intensification des soins** se traduisant par une augmentation des volumes de consommation unitaires.

Ces résultats confirment, à partir d'une analyse affinée et appuyée sur un historique plus important des tendances passées, ceux de la projection réalisée l'année dernière dans le cadre du précédent rapport. Ces projections s'appuient, et c'est leur aspect innovant, sur une segmentation des assurés, d'une part en fonction de leur pathologie et de son niveau de gravité (les malades les plus lourds étant identifiés par le biais de l'ALD, les autres par la prise régulière de médicaments pour un certain nombre de pathologies chroniques), d'autre part en fonction de leur mode de recours aux soins : épisode de soins hospitalier isolé, consommation courante de soins de ville, consommation très ponctuelle ou absence de recours aux soins¹.

La population traitée pour des pathologies sévères représente **15% de la population totale et concentre 62% de la dépense** (tableau ci-dessous). On projette une augmentation des effectifs de 3,6% par an en moyenne sur les trois prochaines années², particulièrement élevée pour les trois principaux groupes d'affections : **pathologies cardiovasculaires (+4,1%), cancers (+4,9%), diabète (+5,2%)**.

A contrario, on observe une diminution des effectifs de patients qui prennent des traitements chroniques, mais à des stades moins sévères, donc avec des coûts de traitement beaucoup moins élevés (2000 € par exemple pour les personnes ayant un traitement médicamenteux cardiovasculaire, versus 8000 € lorsqu'ils ont un stade de gravité plus important qui justifie leur prise en charge à 100%). On reviendra ci-dessous sur les facteurs qui peuvent expliquer cette évolution contrastée.

¹ Rappel de méthode : pour éviter les doubles comptes (une personne ayant une maternité pouvant aussi prendre des traitements réguliers pour une affection chronique par exemple), un ordre d'affectation aux différentes catégories de population a été défini (voir annexe 1 pour le détail de la méthodologie). Les effectifs de chaque catégorie sont donc ceux qui ne sont pas inclus dans les catégories précédentes. A titre d'exemple, au total environ 1,8 million de personnes prennent régulièrement des médicaments de l'asthme, mais ils sont, pour la plupart, répartis dans d'autres segments de population, qui priment sur celui de l'asthme (ALD, maternité, chroniques cardiovasculaires,...).

² La croissance observée les dernières années est de +3,6% en 2006, +4,2% en 2007, +3,9% en 2008.

On note également une augmentation importante (+4,4%) de la population qui a un épisode aigu de soins hospitaliers, médical ou chirurgical. Ceci peut s'expliquer, pour une part, par l'extension de la chirurgie fonctionnelle (voir *infra*).

A l'accroissement des effectifs vient s'ajouter une augmentation du volume de consommation de soins par personne, variable selon les segments de population, mais le plus souvent comprise entre 1 et 2% par an.

Effectifs et dépenses 2008, projections sur la période 2010-2012 pour chaque segment de population
Régime général France entière

Segment de population	Effectifs 2008		Dépenses 2008		Evolution projetée 2009-2012		
	Nombre	%	Montant	%	Dépenses totales (volume)	Effectifs	Volume par tête
Pathologies sévères							
Pathologie cardiovasculaire	2 304 441	4,1%	18 756	14,8%	5,2%	4,1%	1,1%
Tumeur maligne	1 447 760	2,6%	15 314	12,1%	6,1%	4,9%	1,1%
Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 296 837	2,3%	9 241	7,3%	6,6%	5,3%	1,2%
Affections psychiatriques de longue durée	820 798	1,4%	11 355	9,0%	2,8%	0,1%	2,6%
Insuffisance respiratoire chronique grave	223 000	0,4%	2 083	1,6%	5,0%	0,7%	4,2%
Maladie d'Alzheimer et autres démences	176 040	0,3%	2 363	1,9%	6,0%	4,2%	1,6%
Affections neurologiques et musculaires	166 159	0,3%	2 121	1,7%	6,4%	5,7%	0,7%
Maladies chroniques du foie et cirrhoses	127 261	0,2%	1 194	0,9%	4,5%	1,9%	2,5%
Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	133 321	0,2%	994	0,8%	8,7%	4,9%	3,6%
Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	81 975	0,1%	1 136	0,9%	6,9%	2,2%	4,6%
RCH et maladie de Crohn	95 533	0,2%	434	0,3%	7,2%	5,2%	1,9%
Maladie de Parkinson	62 794	0,1%	715	0,6%	6,5%	2,7%	3,7%
Néphropathie chronique	64 891	0,1%	1 799	1,4%	4,2%	4,1%	0,1%
Sclérose en plaques	56 924	0,1%	695	0,5%	6,5%	4,8%	1,7%
Autres Ald 30,31,32	1 259 617	2,2%	10 693	8,4%	3,9%	1,2%	2,7%
Episodes de soins aigus hospitaliers ou pathologies chroniques non aggravées							
Maternités	1 312 300	2,3%	4 250	3,4%	1,0%	-0,4%	1,4%
Traitements fréquents enfants 0-9 ans	2 202 081	3,9%	2 618	2,1%	3,9%	-0,9%	4,8%
Chronique cardio vasculaire	5 102 424	9,0%	10 006	7,9%	-1,5%	-2,5%	1,0%
Chronique AINS antalgiques	2 363 035	4,2%	6 336	5,0%	1,1%	-0,9%	2,0%
Chronique psychotropes	794 948	1,4%	2 520	2,0%	-2,7%	-4,4%	1,7%
Chronique asthme	567 474	1,0%	792	0,6%	4,2%	3,3%	0,9%
traitements fréquents	3 627 066	6,4%	4 807	3,8%	-3,4%	-4,4%	1,0%
Episodes de soins aigus hospitaliers	2 445 078	4,3%	10 007	7,9%	4,0%	4,4%	-0,4%
Soins ambulatoires courants	10 477 334	18,5%	650	0,5%	2,1%	1,5%	0,5%
Recours aux soins très faible	15 504 565	27,3%	5 731	4,5%	-0,5%	0,8%	-1,3%
Non consommateurs	4 038 894	7,1%				-1,0%	
TOTAL Consommateurs	52 713 655	92,9%	126 613	100,0%	3,7%	0,9%	2,8%
TOTAL pathologies sévères	8 317 350	14,7%	78 895	62,3%	5,2%	3,6%	1,5%
TOTAL hors pathologies sévères	48 435 198	85,3%	47 717	37,7%	0,9%	0,2%	0,7%
TOTAL	56 752 548	100,0%	126 613	100,0%	3,7%	0,7%	2,9%

1.2. Les pathologies cardio-vasculaires, les cancers, les maladies psychiatriques et neurologiques à l'origine des 2/3 de la croissance

Les pathologies cardio-vasculaires (en y incluant le diabète) expliquent, tous stades de sévérité confondus, plus de 30% de la croissance des volumes de soins, et les cancers 20%. Viennent ensuite les pathologies psychiatriques, neurologiques, et les démences (incluant la maladie d'Alzheimer), qui contribuent pour 14% à la croissance.

Ces trois groupes de pathologies expliquent donc au total les deux tiers de la croissance.

L'ensemble des pathologies chroniques, quel que soit leur stade de gravité, contribue à expliquer 84% de la croissance totale du volume des soins.

1.3. Une déformation des modes de prise en charge vers les soins ambulatoires

L'analyse confirme également le constat d'une évolution structurelle de la demande de soins, et donc des dépenses d'assurance maladie, **plus marquée pour les soins de ville que pour les soins hospitaliers**, ce qui traduit l'évolution des modes de prise en charge.

	Evol. moyenne en volume sur la période 2009/2012
Honoraires	1,3%
Auxiliaires	5,5%
Pharmacie	7,0%
Labo	4,5%
LPP	9,2%
Transports	4,2%
IJ	1,5%
Total soins de ville	4,7%
Hospitalisation MCO	1,5%
Hospitalisation psychiatrie	1,1%
Hospitalisation SSR	2,5%
USLD et autres	6,4%
Total hospitalisation	2,2%
Médico social	5,0%
TOTAL	3,7%

La dynamique du poste médicaments est à relier aux pathologies qui contribuent le plus à l'évolution des volumes de soins (dynamique estimée à 7% avant baisse de prix et impact du médicament générique).

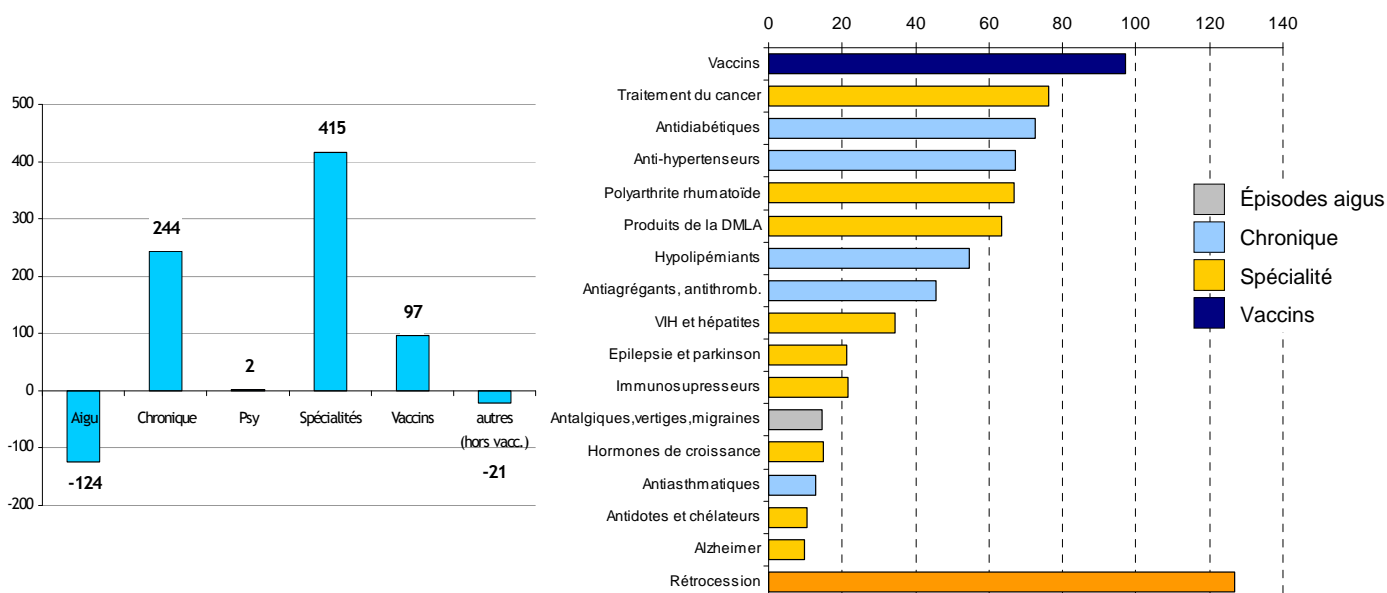
Ainsi, s'agissant des soins délivrés aux patients souffrant des maladies cardio-vasculaires, des cancers et du diabète, la pharmacie contribue au tiers de la croissance (34,2%). La croissance du médicament est particulièrement élevée pour les patients atteints de tumeurs (elle explique 43% de la croissance des remboursements de soins de ville) et pour le diabète (cette croissance s'expliquant par l'évolution des recommandations et des choix thérapeutiques) (tableau ci-dessous).

Evol. moyenne en volume sur la période 2009/2012			
	Cardio-vasculaire	Cancer	Diabète
Honoraires	0,9%	4,7%	6,4%
Auxiliaires	6,4%	7,3%	6,0%
Pharmacie	3,7%	13,1%	9,4%
Labo	4,0%	5,8%	6,9%
LPP	10,4%	9,9%	10,0%
Transports	6,3%	2,6%	7,2%
IJ	0,7%	0,9%	3,4%
Total SDV	3,8%	8,6%	8,0%
Hospitalisation MCO	1,0%	3,4%	4,0%
Hospitalisation psychiatrie	0,4%	2,0%	2,9%
Hospitalisation SSR	2,7%	3,8%	4,5%
USLD et autres	6,5%	6,8%	9,4%
Total hospitalisation	2,0%	4,0%	4,8%
México social	5,2%	5,3%	5,4%
TOTAL	3,1%	6,0%	6,6%

Remarque : pour les pathologies cardio-vasculaires, il s'agit de l'ensemble des patients (ALD et non ALD)

Ces évolutions se reflètent dans l'évolution du marché du médicament, où traitements du cancer et les antidiabétiques représentent les premières classes thérapeutiques en termes de croissance des dépenses, après les vaccins, en particulier le vaccin contre le cancer du col de l'utérus.

Croissance des dépenses par grande classe (en M€)



Les autres postes dynamiques sont les remboursements d'actes d'auxiliaires médicaux (13% de la dynamique de la croissance des dépenses de soins de ville) et les remboursements de dispositifs médicaux (12% de la dynamique de la croissance des soins de ville).

1.4. *Les facteurs qui contribuent à la déformation de la structure vers les pathologies lourdes*

L'augmentation du nombre de patients traités pour des pathologies lourdes, avec des coûts de traitement élevés, explique une part importante de la croissance des dépenses. Cette évolution reflète-t-elle un accroissement général de la morbidité, une aggravation des pathologies, des phénomènes induits par le développement de l'offre et la diffusion des techniques ?

Les analyses montrent que plusieurs facteurs se combinent³.

1.4.1. Un accroissement du nombre de personnes traitées

Qu'ils soient ou non pris en charge à 100% à travers le mécanisme des ALD, pour pratiquement tous les groupes de pathologies, à l'exception notable de la psychiatrie et des troubles mentaux, **le nombre de patients traités augmente** – avec une définition large du traitement, allant jusqu'à la prise de médicaments plusieurs fois dans l'année⁴.

Cardiovasculaire / diabète	1,1%
Asthme / BPCO (pour les 5 ans et plus)	0,4%
Psychiatrie et troubles mentaux	-1,7%
Cancers	4,9%
Alzheimer et neurologie	4,1%
Ostéoarticulaire chronique (pour les 20 ans et plus)	0,3%

Source : échantillon généraliste de bénéficiaires, traitements CNAMTS

(1) Au titre du groupe d'affections considérées ou d'une autre

Les augmentations les plus fortes de populations traitées s'observent pour les cancers et pour les maladies neurologiques (incluant la maladie d'Alzheimer).

Cette évolution résulte, dans certains cas, de tendances épidémiologiques indiscutables. C'est par exemple le cas de pathologies comme le diabète, dont les facteurs de risque tels que l'obésité voient leur prévalence augmenter dans la population (*cf.* annexe spécifique sur l'évolution du diabète). Les succès de la médecine contribuent aussi, paradoxalement, à accroître le nombre de malades traités, en accroissant la durée de vie avec la maladie. Le diabète en est là encore un exemple (*cf.* annexe déjà citée).

³ Voir annexe 1 pour les résultats complets de cette analyse et la méthodologie employée.

⁴ La définition de la population traitée est ici la suivante : personnes ayant au moins trois remboursements dans l'année d'un médicament traceur des pathologies concernées, et/ou une ALD au titre de ces pathologies. Pour les cancers sont ajoutées les personnes ayant eu une hospitalisation avec un diagnostic correspondant à ces pathologies.

Remarque : les catégories de patients considérées ici sont différentes de celles qui ont été utilisées pour la projection des dépenses exposée plus haut. On considère en effet tous les patients qui reçoivent un traitement, alors que la segmentation utilisée plus haut n'affecte les patients à une catégorie que s'ils n'ont pas été affectés à une autre catégorie listée avant (voir note 1 pour la précision méthodologique).

Le vieillissement de la population joue aussi un rôle dans l'augmentation de la morbidité, mais les travaux scientifiques montrent que globalement sa contribution est plus mineure que celle qui lui est souvent attribuée.

L'augmentation du nombre de personnes traitées provient aussi d'un effet d'offre et d'évolution des pratiques de soins : l'augmentation de la propension à dépister précocement, et/ou à traiter accroît le nombre de personnes traitées, sans que cela ne reflète nécessairement une évolution épidémiologique. Ainsi observe-t-on par exemple une augmentation de la prévalence des traitements du cancer de la prostate, tandis que la mortalité reste très stable.

1.4.2. Un accroissement proportionnellement plus important des ALD

Si le nombre de patients traités augmente, le nombre de patients traités et dont la pathologie justifie une prise en charge en ALD augmente encore plus rapidement.

Groupes de pathologies	Evolution annuelle de la population traitée entre 2005 et 2008	Dont patients en ALD (1)
Cardiovasculaire / diabète	1,1%	3,9%
Asthme / BPCO (pour les 5 ans et plus)	0,4%	2,8%
Psychiatrie et troubles mentaux	-1,7%	1,4%
Cancers	4,9%	3,5%
Alzheimer et neurologie	4,1%	4,6%
Ostéoarticulaire chronique (pour les 20 ans et plus)	0,3%	4,1%

Source : échantillon généralistes de bénéficiaires, traitements CNAMTS

(1) Au titre du groupe d'affections considérées ou d'une autre

Plusieurs facteurs sont sans doute à l'origine de l'écart entre l'évolution de la population traitée dans son ensemble et l'évolution de la population en ALD :

- une propension à déclencher l'ALD plus rapidement, peut-être en rapport avec l'intensification des traitements et leur coût⁵;
- une intensification des traitements curatifs et de la prévention des complications (cf. analyse en annexe); ce constat est sans doute, pour une part, la conséquence des progrès réalisés dans le suivi et le traitement des maladies chroniques, qui permettent un allongement de la durée de vie des personnes malades. L'entrée en ALD intervenant globalement au même âge, l'accroissement de l'espérance de vie des personnes malades augmente mécaniquement la prévalence de l'ALD.
- pour certaines pathologies, une diminution de la prescription non-conforme aux recommandations, pour les patients les plus légers⁶.

⁵ Ainsi 80% des patients diabétiques traités sont aujourd'hui pris en charge au titre de l'ALD, alors qu'ils n'étaient que 62% en 1993.

⁶ La définition de la population traitée dans l'analyse présentée ici est en effet très large, puisqu'elle inclut des patients qui prennent des médicaments concernés trois fois dans l'année. Certains groupes de pathologies

Dans ce contexte, il apparaît d'autant plus important de veiller au bon respect des règles de prise en charge à 100%.

1.4.3. Des effets d'offre : intensification des soins, diffusion des techniques

Parallèlement à l'augmentation du nombre de malades traités, on observe une intensification des soins.

Ainsi le volume de consommation de soins des patients diabétiques a augmenté de près de 5% en moyenne entre 2001 et 2007 (*cf.* annexe 2). **Les volumes de médicaments s'accroissent de 13% par an pour les patients atteints de cancer** (*cf.* partie 1.3), sous l'effet de l'introduction de médicaments nouveaux, initialement dispensés à l'hôpital puis délivrés en officine de ville.

Au demeurant, cette tendance à un recours aux soins plus important ne concerne pas uniquement les malades lourds. On observe ainsi une **diffusion rapide de la chirurgie fonctionnelle**. Le nombre de prothèses de hanche a augmenté de 40% entre 1998 et 2007, le nombre d'interventions sur les ligaments du genou de 50%, le nombre de cataractes de 60%, le nombre de prothèses de genou a plus que doublé. Les facteurs démographiques – croissance de la population et vieillissement – n'expliquent qu'une faible part de ces évolutions, qui reflètent pour l'essentiel l'extension de ces interventions à des populations de plus en plus nombreuses.

1.5. *La régulation des dépenses de santé est indispensable pour assurer le maintien du régime obligatoire d'assurance maladie*

Au vu de la dynamique des ALD et de la question de la soutenabilité de la dépense, certaines analyses mettent en cause le mécanisme d'exonération lui-même et suggèrent de rechercher la maîtrise des dépenses d'assurance maladie par une réforme des règles de prise en charge.

L'analyse qui vient d'être faite des facteurs explicatifs de l'évolution des dépenses montre que cette voie ne doit pas être surestimée : une telle réforme pourrait éventuellement obéir à d'autres objectifs (une distribution différente des restes à charge), mais elle n'apporte pas de réponse à la question de la dynamique de la dépense et du pilotage des dépenses de l'assurance maladie obligatoire.

Des simulations d'impact du bouclier sanitaire montrent que dans l'hypothèse d'un plafond uniforme évoluant de 2% par an⁷, et en supposant que les tendances actuelles en termes d'augmentation des pathologies chroniques et d'évolution des coûts unitaires de traitement se poursuivent, le taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie serait sur le moyen terme (4

rassemblent donc des stades de gravité des maladies très différents, allant des formes les plus lourdes jusqu'à la simple prévention primaire de facteurs de risque. Or c'est précisément dans ce domaine que l'assurance maladie a déployé des actions depuis 2005 pour mieux ajuster la prescription médicamenteuse, qui n'est pas toujours faite à bon escient. Ceci peut contribuer aussi à diminution observée du nombre de patients traités hors ALD.

⁷ Dans un contexte où les retraites évoluent comme les prix et où les malades sont pour beaucoup des personnes âgées, il sera très difficile d'accroître le plafond au-delà de l'indexation des retraites, sauf à accepter que les retraités les plus malades consacrent une part croissante de leurs revenus au financement de leurs soins.

ans) strictement identique à celui qui résulterait des mêmes dynamiques avec les règles de remboursement actuelles.

Une gestion du risque rigoureuse, une optimisation permanente de l'allocation des ressources, une utilisation raisonnée du progrès technique, une meilleure efficacité des processus et des structures sont donc indispensables pour réguler la dépense de santé et d'assurance maladie tout en maintenant un haut niveau de prise en charge.

L'expérience de la période récente montre qu'il est possible d'infléchir les tendances et qu'il faut poursuivre et amplifier l'action en ce sens.

2. MALGRE CETTE DYNAMIQUE SPONTANEE, LES DEPENSES DE SANTE ONT ETE MAITRISEES SUR LA PERIODE RECENTE

Les tendances d'évolution évoquées précédemment ne sont pas nouvelles. Elles confirment ce que l'on sait des dynamiques médicales sous-jacentes à la croissance médicale - augmentation des pathologies chroniques, élévation des standards de soins, diffusion de l'innovation... La concentration des dépenses sur les affections de longue durée est un phénomène continu : les soins délivrés aux patients pris en charge à 100% représentaient 50% des dépenses en 1992, ils en représentent 62% aujourd'hui et pourraient représenter 70% en 2015.

Pourtant, malgré ces facteurs permanents, la dépense de santé a été maîtrisée dans la période récente, tout en continuant à élargir l'accès aux traitements et la qualité de la prise en charge, comme l'illustrent les exemples du diabète et de la chirurgie fonctionnelle évoqués plus haut. Ceci montre qu'il est possible de faire des gains d'efficacité, en visant à la fois de meilleurs résultats de santé et une meilleure productivité des ressources.

2.1. *Des dépenses d'assurance maladie contenues dans la période récente*

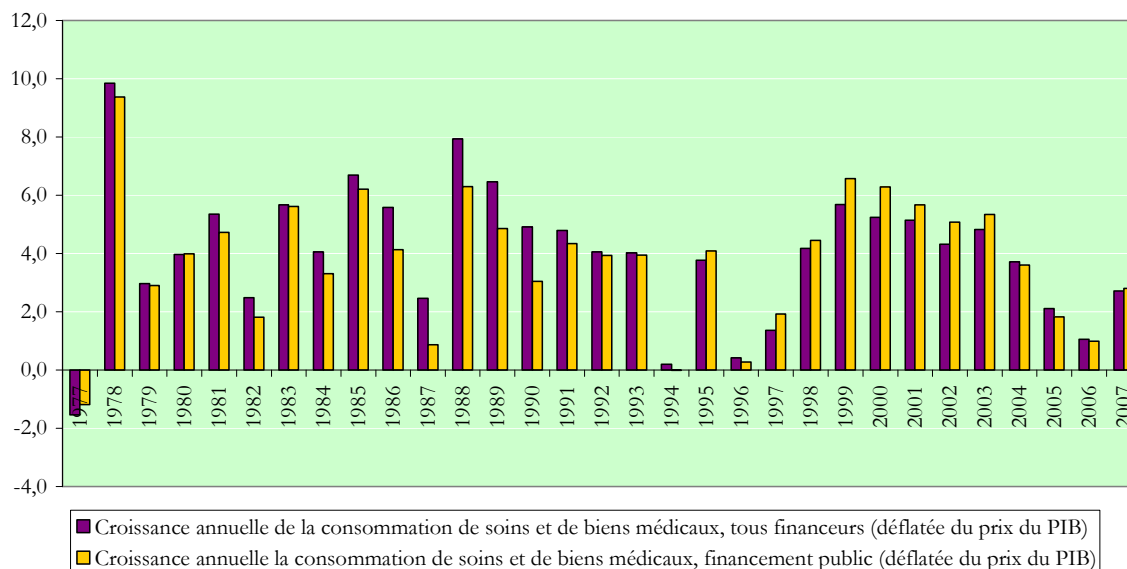
En moyenne, au cours des 5 dernières années, la croissance des dépenses d'assurance maladie a en effet été contenue au niveau de la croissance du PIB - croissance qui n'a pas été exceptionnellement élevée au regard des tendances de long terme.

Lorsque l'on resitue la période récente par rapport aux évolutions de long terme, seule la fin des années 1990 a été comparable en termes de maîtrise de la dépense. Encore faut-il rappeler que ces années avaient bénéficié d'une conjoncture économique beaucoup plus favorable, avec une croissance de l'ordre de 4% par an. En outre, les dépenses avaient alors connu assez rapidement une nouvelle reprise. C'est d'ailleurs tout l'enjeu de la stratégie mise en œuvre actuellement, qui consiste à développer une politique de maîtrise des coûts fondée sur des gains d'efficacité faits dans la durée.

2.2. *Un taux de remboursement maintenu à un haut niveau*

Cette évolution relativement maîtrisée des dépenses d'assurance maladie ne résulte pas d'un transfert sur les autres financeurs – ménages et assurances complémentaires : la **dépense de santé** a bien été infléchie globalement dans les années récentes, comme le montre le graphique ci-dessous.

Taux de croissance annuel de la consommation de soins et de biens médicaux (tous financeurs et financement public)



Financement public = sécurité sociale , CMUC-organismes de base, AME, autres financements Etat - source comptes de la santé

Le taux de prise en charge de la dépense totale par la solidarité nationale (assurance maladie de base, CMUC, AME) est ainsi le même, à 0,1 point près, qu'il y a 15 ans.

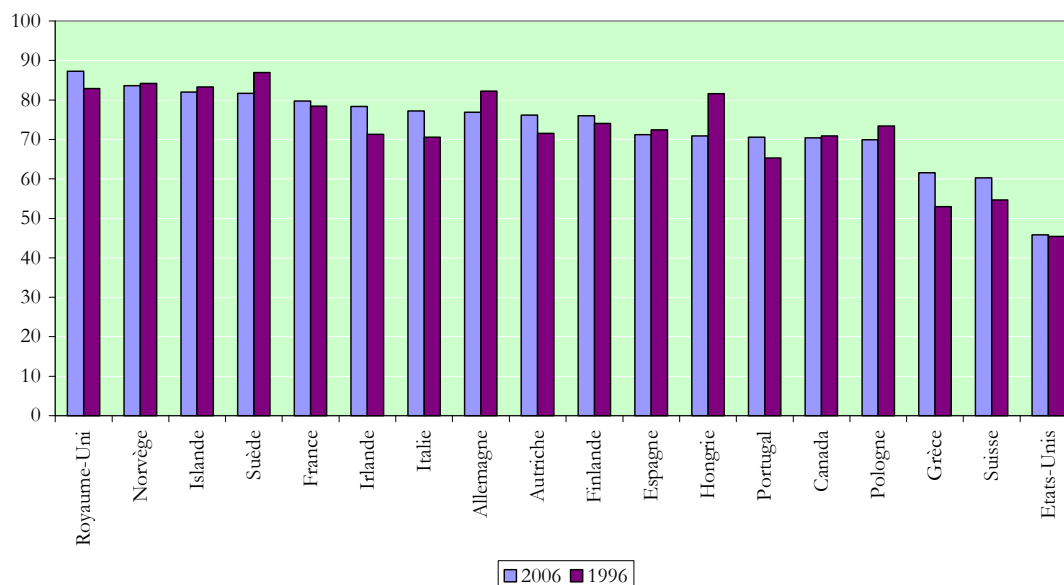
Evolution de la part du financement public sécurité sociale dans la dépense totale sur les 15 dernières années
(sécurité sociale , CMUC-organismes de base, AME, autres financements Etat)

	Soins ambulatoires et produits de santé	Soins hospitaliers	Total consommation de soins et de biens médicaux
1992	63,9%	93,5%	78,1%
1993	63,9%	93,4%	78,1%
1994	63,8%	93,4%	78,2%
1995	64,0%	93,3%	78,2%
1996	63,9%	93,0%	78,1%
1997	64,2%	93,2%	78,3%
1998	64,4%	93,3%	78,2%
1999	64,9%	93,2%	78,1%
2000	65,6%	93,3%	78,3%
2001	65,9%	93,5%	78,3%
2002	66,4%	93,3%	78,5%
2003	66,7%	93,4%	78,6%
2004	66,6%	93,3%	78,5%
2005	66,4%	93,1%	78,4%
2006	66,4%	92,7%	78,2%
2007	66,5%	92,4%	78,0%

Source : comptes de la santé

La France reste d'ailleurs, il faut le rappeler, un des pays où la part de la dépense publique dans le total des dépenses de santé est la plus élevée. Ce taux de prise en charge a été réduit par la mise en place des franchises à hauteur de 0,5 point sur les soins de ville.

Part des dépenses publiques dans les dépenses de santé en 1996 et 2006



2.3. *Le résultat d'une action continue sur l'ensemble des déterminants de la dépense*

2.3.1. Des résultats substantiels

La progression contenue des dépenses de santé sur les cinq dernières années a été obtenue par le déploiement d'un ensemble d'actions continues sur les différents facteurs : les prix, les volumes, la structure des soins, les modes de prise en charge, les processus.

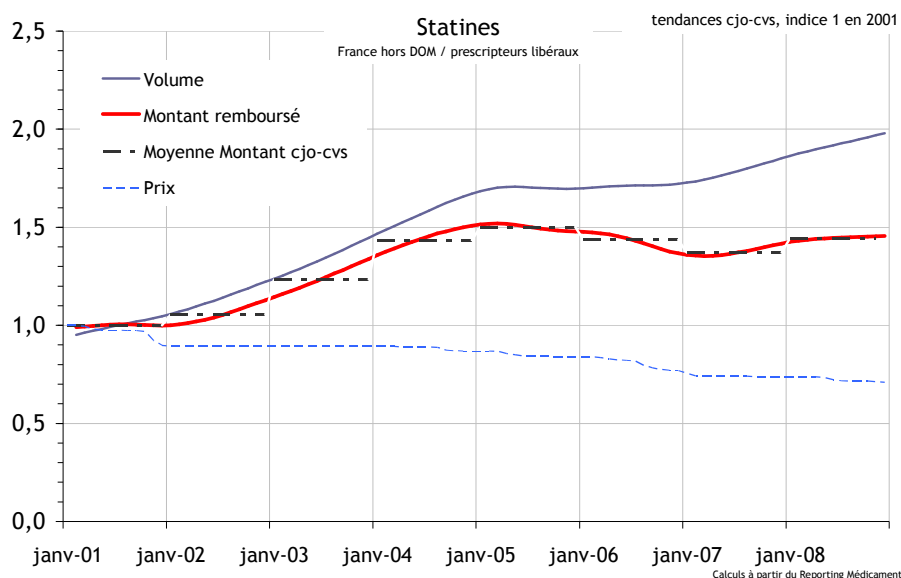
Le ralentissement, en valeur, touche tous les secteurs, à l'exception du médico-social :

Secteur	Taux de croissance moyens annuels	
	1998-2003	2003-2009
Dépenses régime général en dates de soins (1)		
Honoraires	4,3%	2,2%
Auxiliaires	6,8%	6,0%
Transports	9,1%	6,5%
Biologie	7,2%	2,0%
IJ	8,2%	1,8%
Médicaments	7,9%	3,3%
Total SDV	7,0%	3,3%
Cliniques	7,0%	4,9%
Dépenses régime général en dates de remboursement (1)		
	1998-2003	2003-2008
hopital public	4,4%	3,3%
Médico social	6,6%	8,9%

(1) Champ : métropole, sections locales mutualistes

Le domaine du médicament illustre bien les résultats obtenus une combinaison d'actions faisant jouer l'ensemble des leviers possibles.

Ces actions ont permis par exemple une stabilisation des dépenses de statines depuis 2005.



Les baisses de prix y ont certes contribué, mais aussi inflexion significative des volumes, qui résulte à la fois d'un ralentissement des quantités prescrites et d'un changement dans la structure des produits utilisés.

Les statines sont, il faut le rappeler, une classe médicamenteuse dont la prescription en prévention primaire, sur des populations très nombreuses, n'est pas toujours conforme aux recommandations⁸. Par ailleurs, les comparaisons internationales montrent que les médecins français ont tendance, beaucoup plus rapidement que leurs confrères d'autres pays, à substituer les produits les plus récents et les plus chers aux molécules plus anciennes, génériques, et dont l'efficacité thérapeutique est scientifiquement démontrée pour une grande part des indications. Il y a donc des marges d'efficience à gagner à la fois en volume et en structure, et c'est ce qui a été fait sur les dernières années – tout en continuant, il faut le souligner, à améliorer la couverture de populations à risque. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) poursuit et consacre cette démarche conjointe d'amélioration de la qualité des soins et de maîtrise des coûts.

L'inflexion des dépenses sur les statines résulte de l'action menée auprès des médecins, mais aussi auprès des pharmaciens, dans le cadre des objectifs de développement des génériques. Les génériques représentent aujourd'hui plus de 4 boîtes sur 5 dans le champ du répertoire, alors qu'ils représentaient moins d'une boîte sur 2 en 2004 (45,4 %). Ce développement rapide

⁸ Une étude réalisée sur un échantillon national représentatif d'instaurations de traitement par hypolipémiants en 2002 a montré que, parmi la population étudiée, 53% des patients n'avaient pas suivi de régime hypocholestérolémiant dans les 3 mois précédents l'instauration du traitement. Pour 32% des patients, le LDL-cholestérol n'avait pas été dosé alors que, selon les recommandations, la détermination du taux de LDL-Cholestérol en fonction du nombre de facteurs de risque est indispensable pour décider d'une intervention thérapeutique. Enfin, la moitié des patients pour lesquels était déterminé le taux de LDL-cholestérol s'est vu prescrire un traitement médicamenteux malgré un taux de LDL-cholestérol inférieur aux seuils définis par l'Afssaps (Saba et al., 2003).

est à mettre au compte des programmes d'accompagnement auprès des officines, avec un ciblage sur les pharmacies ayant de faibles taux de génériques délivrés, ainsi que de l'action en direction des assurés avec la mise en œuvre du tiers-payant contre générique. On a là encore l'illustration de l'efficacité de stratégies jouant de manière complémentaire sur différents leviers de changement des comportements.

Au-delà de l'exemple des statines, développé à titre d'illustration, on peut citer bien d'autres domaines où le déploiement de programmes de maîtrise médicalisée s'est traduit par des résultats tangibles :

- les dépenses d'antibiotiques ont diminué de 30% depuis 2001, de 20% depuis 2004 ;
- les dépenses d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) baissent depuis 2007 (début du programme de maîtrise médicalisée) ;
- les volumes d'indemnités journalières ont fortement baissé de 2004 à 2006. Les actions mises en œuvre (notamment un meilleur contrôle des arrêts de travail) ont permis de résorber la hausse des dépenses d'indemnités journalières observée au début des années 2000, qui excédait très largement les tendances imputables à la situation macro-économique, et même d'aller au-delà : à niveau d'emploi identique, le nombre d'indemnités journalières reste inférieur, en 2008, à celui de 2003 ;
- le taux de chirurgie ambulatoire a progressé fortement dans les 220 établissements mis sous accord préalable pour 6 interventions⁹ : au premier semestre 2008, la progression a été de 8,1 points dans les établissements publics (contre 3,7 points l'année précédente), de 3,8 points dans les cliniques (contre 1,9 point l'année précédente) ;
- les prescriptions de transport se sont infléchies en 2008 à la suite de la campagne réalisée, aussi bien pour les prescripteurs hospitaliers que libéraux.

2.3.2. Des actions diversifiées inscrites dans une stratégie de long terme

Ces résultats ont été obtenus en s'appuyant sur une large palette d'actions : accompagnement des professionnels sur des thèmes de maîtrise médicalisée, mises sous accord préalable, programmes de contrôle, actions menées en direction des assurés¹⁰.

Cette action, s'inscrit dans une **stratégie de long terme menée de façon continue et sur la durée**. Cette stratégie de gestion du risque santé repose sur trois piliers :

- mieux prévenir les pathologies chroniques ;
- optimiser le recours au système de soins en favorisant, à efficacité thérapeutique équivalente, les prises en charge les moins coûteuses ;
- accroître l'efficacité des offreurs de soins.

Les relations conventionnelles avec les médecins constituent un exemple de ce déploiement progressif :

- les objectifs globaux de maîtrise médicalisée définis en 2005 ont conduit progressivement au développement d'actions d'accompagnement individuel des médecins, dont la fréquence s'est accrue;

⁹ cataracte, arthroscopie du genou, extraction dentaire, chirurgie des varices, ablation des végétations, canal carpien

¹⁰ Comme par exemple l'opération « tiers payant contre générique » qui, combinée aux visites de DAM ciblées sur les officines ayant une faible délivrance de génériques et à l'accord conventionnel avec les syndicats de pharmaciens, a fait faire un bond spectaculaire à la pénétration du générique dans le répertoire.

- ces objectifs de maîtrise ont été complétés par des objectifs de qualité des soins ;
- à partir des objectifs collectifs, des objectifs individuels par médecin ont été déclinés pour certains thèmes en 2007 ;
- le contrat d'amélioration des pratiques individuelles qui vient d'être mis en place (CAPI), permet de franchir une nouvelle étape en matérialisant ces objectifs individuels et en rémunérant l'effort du praticien pour les atteindre.

Ce contrat n'est pas un aboutissement, ni une fin en soi : c'est un élément d'une stratégie d'ensemble déployée pour mobiliser les marges d'amélioration de notre système de soins. Il repose sur le diagnostic de pratiques de soins très hétérogènes et de l'existence de marges de progrès importantes, tant en termes de qualité des soins que d'efficience.

Le développement de la gestion du risque fait donc partie d'une stratégie de moyen terme : développer par étapes des actions structurant l'offre et la consommation de soins.

Au-delà des interventions ciblées dont on a cité plus haut quelques exemples (antibiotiques, statines, arrêts de travail, génériques, chirurgie ambulatoire,...), elle repose sur des actions structurelles qui devraient permettre d'engranger des gains d'efficience dans le futur. Il s'agit par exemple :

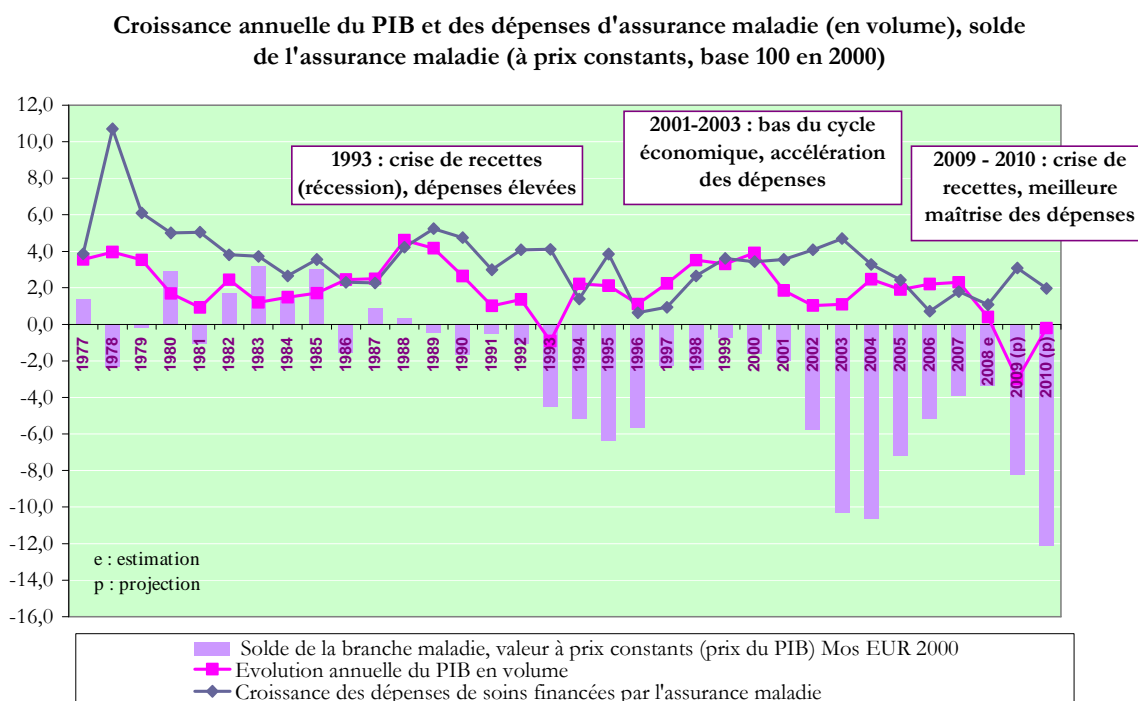
- du dispositif du médecin traitant et du parcours de soins coordonnés, qui permet de passer à une démarche d'objectifs de santé en population,
- de la mise en place d'un accompagnement des malades chroniques, qui vise à éviter ou retarder l'apparition des complications et des hospitalisations associées (Sophia),
- de l'accord conclu sur la démographie des infirmiers et leur répartition sur le territoire,
- du renforcement de l'information des assurés, etc.

L'amélioration des systèmes d'information, outils de détection et de retour d'information aux professionnels, la diversification des modes d'intervention, avec une démultiplication des canaux de communication avec les praticiens et des usagers (délégués d'assurance maladie, accompagnement des patients par des plateformes téléphoniques, Internet,...), la modernisation des processus traditionnels (campagnes de prévention, procédures d'entente préalable, contrôle en ligne...), ont renouvelé assez largement les démarches et outils de la gestion du risque et lui ont imprimé un nouvel élan. Les résultats substantiels qui ont été obtenus dans certains domaines font la preuve que ces démarches sont efficaces et qu'on peut, en déployant des processus industriels et en développant une dynamique d'innovation, mobiliser des marges de progrès dans le système.

3. UNE CRISE DE RECETTES SANS PRECEDENT

L'effort continu de maîtrise des dépenses sur les années 2004 à 2008 a permis non seulement de contenir la dérive structurelle des dépenses, mais de résorber peu à peu le déficit accumulé en 2004. De 11,7 milliards d'Euros, le déficit est passé à 4,4 milliards d'Euros en 2008. Il aurait été inférieur à 4 milliards si le ralentissement n'avait pas été aussi prononcé. Ces efforts importants sont fortement contrariés par la crise qui impacte l'ensemble de l'économie mondiale.

La crise économique se traduit en effet par une situation sans précédent de pertes de recettes pour l'Assurance Maladie. Sous l'effet de cette baisse des recettes, lié à la montée du chômage et à la contraction de la masse salariale, le déficit qui avait été progressivement réduit se creuse à nouveau de façon brutale, en franchissant un palier supplémentaire par rapport à la situation observées lors de ces deux précédentes crises, au début des années 90 et au début des années 2000 : 9,4 milliards en 2009 selon la Commission des comptes de la sécurité sociale.



L'ampleur de l'impact est sans comparaison avec les deux autres crises financières qu'a traversées l'assurance maladie depuis une quinzaine d'années, au début des années 2000 et au début des années 90 :

- le creusement du déficit entre 2001 et 2003 correspondait certes au bas d'un cycle économique, mais cet effet conjoncturel n'expliquait qu'un quart à un tiers de l'effet de ciseau que l'on observait alors entre les dépenses et les recettes : l'essentiel provenait d'une accélération des dépenses, avec un rythme de 4 à 5 points par an en volume en 2002-2003 ;
- l'impact de la dégradation de la conjoncture économique a été plus fort au début des années 90, avec une récession en 1993, mais beaucoup moins forte (-0,5%) que celle de 2009 : une contraction de 3% du PIB prévue cette année. Par ailleurs, lors de cette

période, le rythme d'évolution était resté soutenu - environ 4% par an en volume - ce qui a amplifié le décalage entre recettes et dépenses.

La situation observée en 2009 présente donc des différences avec les deux crises précédentes : les dépenses d'assurance maladie sont mieux maîtrisées, mais la récession économique est beaucoup plus importante que lors de ces deux crises précédentes, conduisant à des pertes de recettes beaucoup plus massives - ces pertes de recettes étant par ailleurs accentuées, pour le régime général, par le mécanisme de répartition de la contribution sociale généralisée entre les régimes.

Le choc conjoncturel des recettes rend d'autant plus nécessaire d'accroître l'efficacité du système de santé. Les tendances de fond à la croissance des dépenses demeurent : quelles que soient les décisions prises sur les équilibres globaux des finances publiques, seule la mobilisation continue de gains d'efficacité peut nous permettre, à moyen et long terme, de continuer à intégrer les progrès techniques et les avancées des traitements tout en maintenant un haut niveau de remboursement des soins.

L'analyse du fonctionnement du système de soins fait apparaître qu'il existe encore de nombreuses marges de manœuvre à mobiliser.

4. LES MARGES DE MANŒUVRE A MOBILISER

4.1. *Médecine, chirurgie et obstétrique*

La mise en œuvre du PMSI, puis de la tarification à l'activité, a amené un débat de plus en plus argumenté et pertinent sur les contributions des coûts entre établissements hospitaliers (quel que soit leur statut juridique).

Comme l'a rappelé le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son avis récent, (cf. annexe 3) la connaissance et la compétence de l'activité hospitalière ont beaucoup progressé dans les dernières années.

Si certains écarts peuvent s'expliquer par des différences d'activités, de clientèles, des contraintes spécifiques, des surcoûts liés à des missions particulières, il y a aussi, de manière incontestable, des disparités non justifiées par la nature des charges et qui renvoient à des différences de productivité et d'organisation. Des travaux menés par l'ancienne Mission Nationale d'Expertises et d'Audits Hospitaliers (MEAH) ont montré que des marges substantielles d'amélioration existaient dans de nombreux domaines.

La question des écarts entre secteurs est celle où le débat est le plus vif et le plus controversé. L'écart facial s'établirait, avec la nouvelle version 11 de la classification des séjours, autour de 25 % selon les analyses de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS), citées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie.

Selon le HCAAM, cet « écart facial » peut renvoyer à des différences de champ dans la computation des charges dans les deux secteurs, à des différences dans la nature des charges (notamment le case-mix des secteurs), à des contraintes qui s'imposent au gestionnaire à case-mix identique, mais aussi à des différences de productivité qui ne peuvent fonder une différence de tarifs.

Mais ce dernier rappelle aussi qu'il y a des écarts importants de productivité au sein d'un même secteur.

Pour l'Assurance Maladie, l'objectif est de favoriser les soins de qualité aux meilleurs prix. Ce devrait être, en toute logique, le niveau de tarifs qui permet aux établissements les plus efficaces de produire ce service avec des marges raisonnables. Les distorsions qui existent aujourd'hui (prestations homogènes facturées à des tarifs différents, niveaux de prix qui pourraient être diminués s'ils étaient alignés sur les coûts des établissements les plus efficaces) ont un effet sous-optimal du point de vue de l'allocation des ressources collectives. Et compte tenu des masses financières concernées, les enjeux pour les comptes de l'Assurance Maladie sont considérables.

La mise en place des ARS devrait permettre de les réduire progressivement.

4.2. Soins de suite et de réadaptation

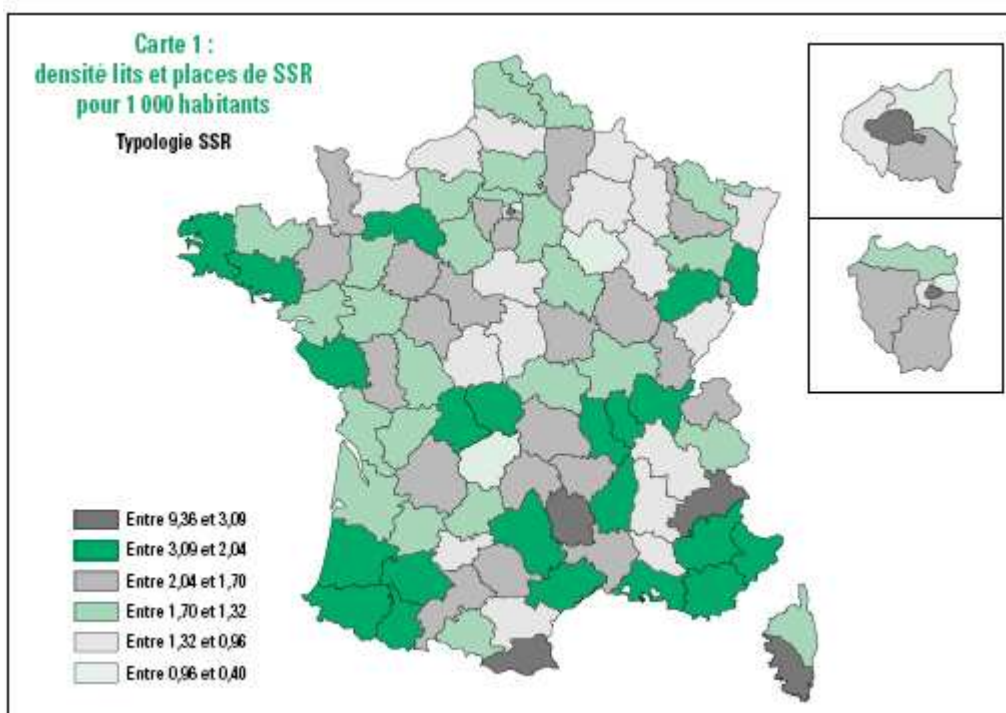
Le développement des soins de suite et de réadaptation est un élément important de la stratégie visant à développer les structures d'aval des « services aigus » afin de favoriser les sorties hospitalières (15% des hospitalisations en court séjour ne seraient dues qu'à l'absence de capacités d'accueil adéquat en aval). Il apparaît donc nécessaire de mieux comprendre et gérer ce secteur.

Les établissements de soins de suite et de réadaptation sont actuellement financés par des dotations globales. Il est prévu à terme de les financer à l'activité, sachant que les travaux préalables, notamment la définition des catégories d'activité (ie. Les GHM et les GHS) et l'analyse des situations relatives des établissements sont en cours.

Le secteur des soins de suite et de réadaptation est régulé comme l'ensemble de l'activité en établissements de soins par une planification de l'offre à travers la définition des SROS. Plus de 1400 établissements pratiquaient des soins de suite et rééducation dont la moitié sont publics et 30 % privés à but non lucratif.

Ces établissements représentent environ 100 000 lits et places. La part du secteur public est d'un peu plus de 40%, la part du privé à but non lucratif d'un peu moins de 40 %, et la part du privé but lucratif de 20 %.

Cette offre de soins apparaît peu homogène sur le territoire puisque qu'elle varie fortement entre les départements et même les régions. Cela conduit à s'interroger sur la nécessité de différencier fortement le développement de l'offre de soins sur le territoire en fonction des besoins anticipés ainsi que sur l'existence éventuelle de disparités de pratiques et d'excès d'offre. Ces interrogations sont d'autant plus fortes qu'il ne semble pas y avoir de complémentarité entre l'offre de soins en SSR et le secteur aval qui est le secteur ambulatoire : par exemple, la région Provence-Alpes-Côte d'Azur est bien dotée en structure de SSR et aussi en offre ambulatoire, alors qu'une région comme la Champagne Ardennes est sous dotée dans les différents types d'offres.



Par ailleurs, les tarifs des soins apparaissent très variables entre les établissements puisqu'à gravité des cas comparable, ils peuvent varier de plus de 50 % entre les structures.

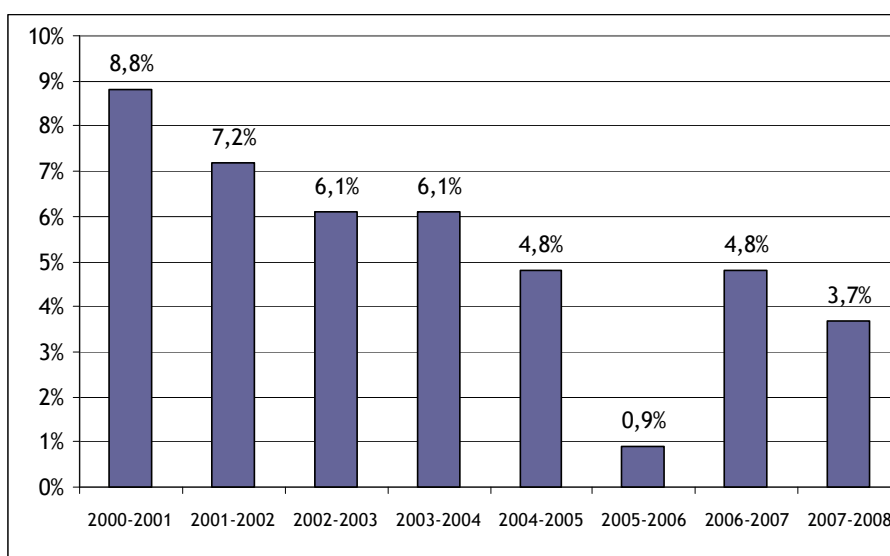
Enfin, il apparaît que les objectifs quantifiés (OQOS) limitent parfois le taux d'occupation des structures ; ceci est particulièrement pénalisant pour les patients qui souhaitent accéder aux établissements les plus performants, dont le rapport qualité/prix est par ailleurs parfois élevé.

4.3. *Médicaments*

Les dépenses de médicaments sont en France parmi les plus importantes des pays de l'OCDE. Plusieurs études ont montré quelques caractéristiques de notre consommation : nombre de doses consommées relativement élevé et forte pénétration des nouveaux médicaments.

La maîtrise de ces dépenses est donc l'un des enjeux-clés pour l'équilibre du système de soins et, depuis plusieurs années, des actions structurées et complémentaires sont mises en oeuvre pour contrôler leur croissance : maîtrise médicalisée, baisses de prix, développement des médicaments génériques...

En 2008, l'impact conjugué de ces actions est majeur : les montants remboursés (hors franchise) ont progressé de 3,7% seulement, après une hausse de 4,8% l'année précédente. C'est le plus faible taux enregistré depuis 2000, à l'exception de l'année 2006 marquée par un plan médicament de grande envergure. Depuis le début de la décennie, la baisse constante des taux de croissance annuels témoigne de l'efficacité des politiques engagées et de la nécessité de les poursuivre.



Le résultat obtenu en 2008 est principalement lié à deux facteurs :

- Les volumes de médicaments ont enregistré une quasi-stagnation (+1% seulement), après des taux de croissance nettement supérieurs les années passées, grâce notamment aux actions de maîtrise médicalisée menées avec les médecins libéraux.
- Le développement des médicaments génériques et les baisses de prix ont permis de réaliser sur l'année 500 millions d'euros d'économies, soit une « moindre croissance » nette des dépenses de -3%.

En 2008, comme en 2007, l'augmentation des dépenses de médicaments est principalement liée au poids croissant des médicaments coûteux, avec le développement des traitements pour

les pathologies lourdes et graves.

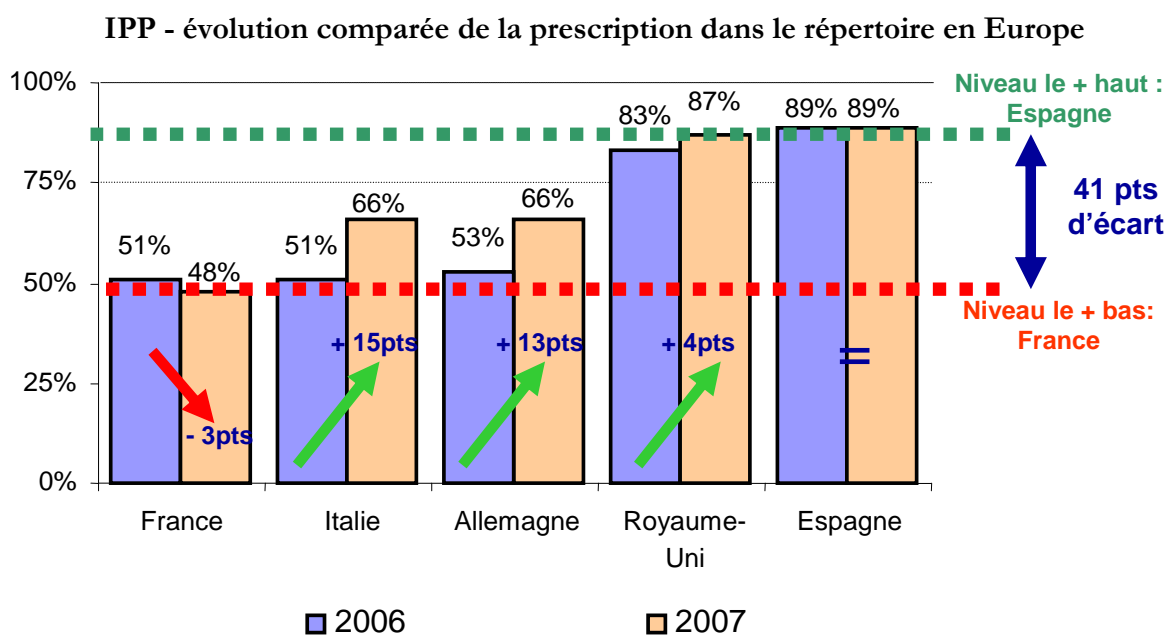
L'analyse détaillée des différentes classes thérapeutiques permet de mieux appréhender les moteurs de la croissance des dépenses et l'effet des actions menées dans ce domaine :

- Pour la 1ère fois, les médicaments prescrits pour les épisodes aigus et de courte durée tels que les antibiotiques ou les anti-douleurs ont vu leurs dépenses diminuer de -3,4%, soit une économie de plus de 100 millions d'euros.
- Le groupe des médicaments pour les maladies chroniques, prescrits pour des pathologies de longue durée comme le diabète, l'asthme, l'hypertension, a connu une progression maîtrisée (+3,9%), sensiblement inférieure aux taux enregistrés au début de la décennie, et ce, malgré une augmentation continue de la prévalence de ces pathologies.
- Ce sont les médicaments de spécialités qui enregistrent l'augmentation la plus importante : +9,7%, soit une hausse de près de 400 millions d'euros sur l'année. Les traitements du cancer, de la polyarthrite rhumatoïde et de la dégénérescence maculaire liée à l'âge DMLA totalisent la moitié de cette hausse.

Ces évolutions montrent le caractère structurel et concentré sur les médicaments spécialisés de cette croissance.

Néanmoins, de réelles marges de manœuvre d'optimisation des prescriptions existent.

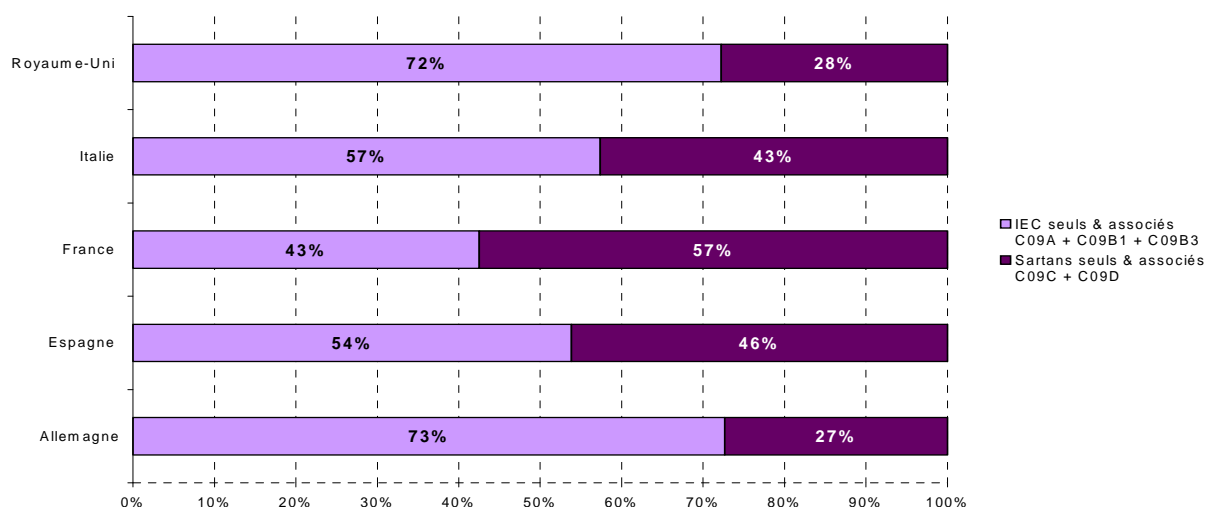
La prescription dans le répertoire mériterait d'être développée. On observe en général un déplacement des prescriptions vers des produits en dehors du répertoire. Ce phénomène qui est observé dans de nombreux pays est particulièrement marqué. Les politiques mises en œuvre ces dernières années ont pu freiner ce phénomène mais n'ont pu pour l'instant inverser la tendance. L'exemple des IPP le montre : la part des produits génériques a encore diminué en 2007 en France alors qu'elle s'accroît chez nos voisins.



Source : IMS Health 2007, Calculs CNAMTS – OCDE 2006

Ce constat rejoint le sujet plus général de la faiblesse de la hiérarchisation des traitements. L'exemple des IEC-Sartans le montre. Recommandé dans le traitement de l'hypertension, les IEC et les Sartans ont une efficacité comparable. Néanmoins, pour certaines personnes (moins de 10%), les IEC ont des effets secondaires en termes de toux. Les Sartans ont moins d'effets secondaires mais sont en général plus coûteux. En France, la part de Sartans prescrits est plus importante que dans les autres pays. Un constat identique peut être dressé sur les statines avec une proportion significative d'instauration de traitement effectué avec des produits qui ne devraient être prescrits qu'en deuxième intention.

Répartition de la consommation en nombre moyen de comprimés d'IEC et de sartans (seuls ou en association) consommés par habitant en 2007 (tous dosages confondus)
Sources : IMS Health ; calcul CNAITS - OCDE 2006



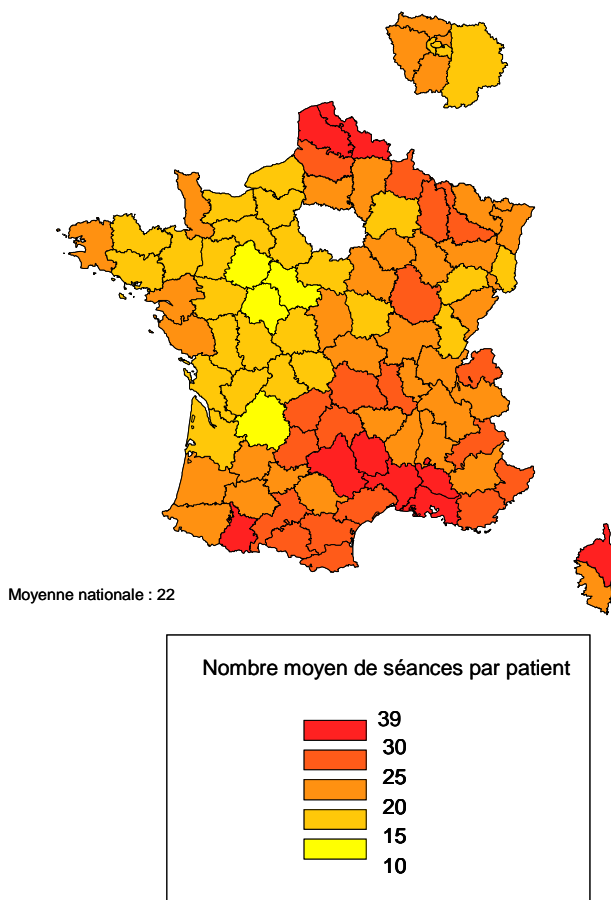
4.4. Dialyse rénale

L'insuffisance rénale chronique croît en moyenne dans les pays de l'OCDE de plus de 6% par an, reflet de l'augmentation de la prévalence du diabète et de l'hypertension artérielle. La greffe rénale et la dialyse sont les seuls traitements disponibles. La dialyse à domicile, est peu développée alors qu'elle présente des avantages, tant en termes de possibilité d'adaptation de la durée et de la fréquence des traitements, qu'en termes d'autonomie du patient, de qualité de vie, et de coût. En 2005, le coût moyen annuel était de 50 000€ pour la dialyse à domicile (péritonéale ou hémodialyse), de 60 000€ pour l'auto dialyse en centre et 80 000€ pour l'hémodialyse en centre.

Par ailleurs, les comparaisons européennes sur les tarifs révèlent que les tarifs français sont les plus élevés : si l'on appliquait le tarif allemand qui est unique quels que soient la technique et le lieu de réalisation, l'économie pourrait être à terme de plus de cent millions d'euros.

4.5. Soins de kinésithérapie

Les traitements de kinésithérapie apparaissent très différents d'un département à l'autre, ou même d'un professionnel à l'autre. Ainsi, par exemple, la rééducation à la suite d'une prothèse de hanche peut varier suivant les départements, d'un traitement moyen d'une dizaine de séances de masso-kinésithérapie à un traitement de plus de 30 séances.



Ce constat peut être étendu à d'autres types de traitement de kinésithérapie. Ainsi, globalement, les honoraires moyens de kinésithérapie par patient traité varient en 2007 entre département de 186 € à plus de 600 €.

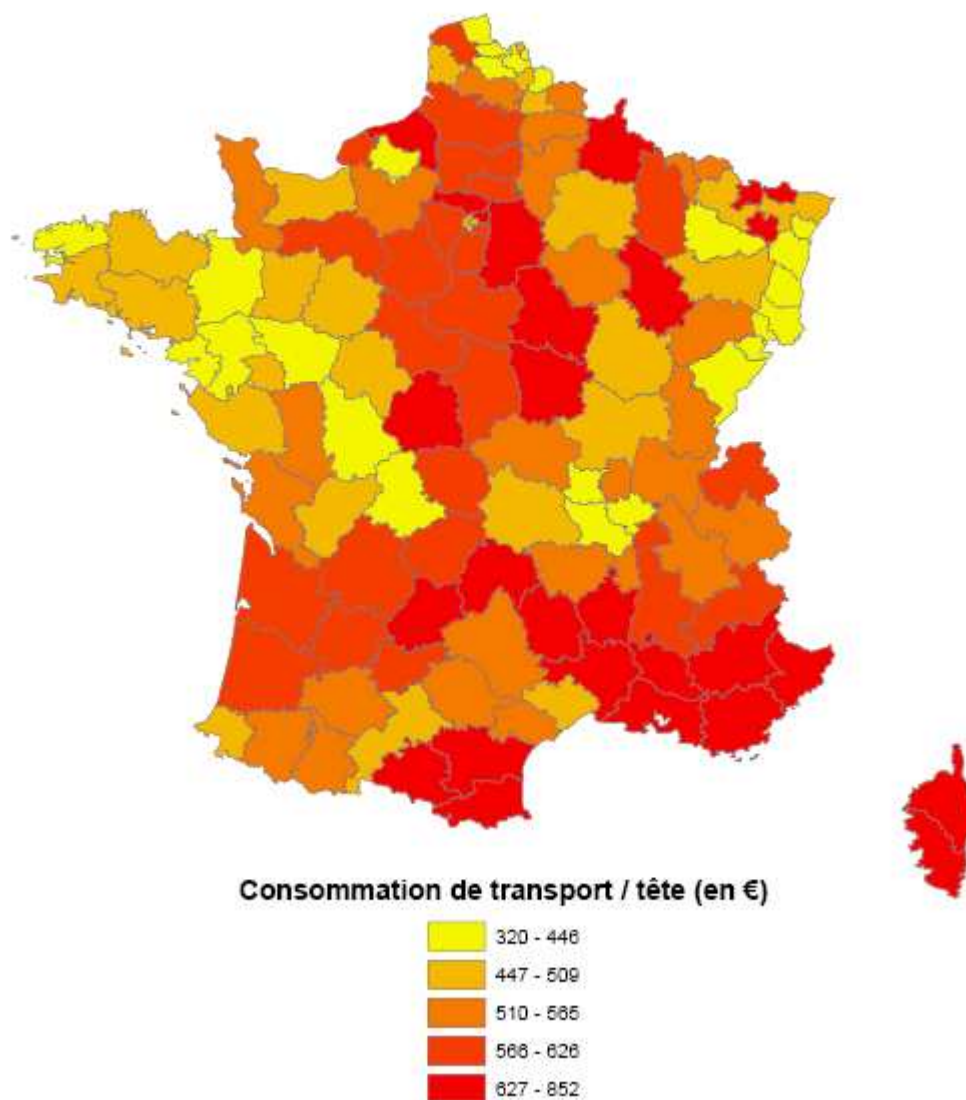
Suite aux propositions de l'assurance maladie de l'année dernière, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la mise en place de référentiels. Trois référentiels proposés par l'assurance maladie ont été validés par la Haute autorité de santé. La diffusion de ces référentiels aura lieu au cours du troisième trimestre et des contrôles seront mis en œuvre concomitamment.

4.6. *Transports de malades*

Les dépenses de transports de malades se sont fortement accrues au cours de la dernière décennie (près de 8% par an). En 2007 et 2008 suite aux actions conjuguées de l'assurance-maladie et des prescripteurs hospitaliers et libéraux, une certaine modération de l'évolution des dépenses a été constatée. Néanmoins depuis le début de l'année, on assiste à un retour vers les évolutions tendanciennes.

La dépense de remboursement de transport est très hétérogène : par exemple, la dépense par consommant varie de 320 € à 852 € par an sur le territoire. Les caractéristiques géographiques physiques et de peuplement n'expliquent que très partiellement cette hétérogénéité comme le montre la carte suivante. Dans certains départements ruraux ou montagneux, les dépenses sont très faibles alors que dans certains départements urbains elles sont très élevées.

REMBOURSEMENTS DES TRANSPORTS
- RÉGIME GÉNÉRAL Y COMPRIS SLM - HORS DOM
Tous consommateurs (ALD et non ALD)



4.7. *Indemnités journalières*

Une nouvelle approche par entreprise

Les indemnités journalières représentent pour le régime général plus de 10 milliards d'euros, dont 8 milliards au titre des risques maladie et accidents du travail et maladies professionnelles. Après plusieurs années de baisse en volume puis de stabilisation, ce poste retrouve aujourd'hui des rythmes de progression élevés¹¹, alors que dans un contexte de crise économique l'on pourrait s'attendre à une inflexion à la baisse, consécutive à la chute de l'emploi.

¹¹ 7.7% en remboursements de janvier à mai 2009, 5,4% en date de soins à fin mars.

Certes, l'impact de la conjoncture économique ne se manifeste qu'avec un décalage temporel¹². Néanmoins, il n'est pas impossible que les arrêts de travail jouent aussi, dans des secteurs très affectés par la crise, un rôle d'amortisseur social.

L'action menée par l'assurance maladie dans le domaine des arrêts de travail a jusqu'à présent été centrée – pour les IJ maladie tout au moins – sur les prescripteurs et les assurés.

Or la dimension de l'employeur peut aussi être prise en compte complémentairement, notamment dans le domaine des accidents du travail et de la santé au travail. Depuis 2007, la remontée au niveau national d'informations par entreprise permet d'analyser les taux d'IJ par branche professionnelle (tableau ci-dessous). Des analyses sont en cours sur les évolutions en 2008 et au début 2009 et permettront également d'analyser des évolutions anormalement élevées. C'est à partir de ce constat que des actions d'accompagnement auprès des employeurs pourront être engagées, pour les informer de cette atypie et envisager en concertation avec les différents acteurs de l'entreprise un plan d'actions afin de réduire les arrêts de travail.

Branche (1)	Nbre entreprises (en % du total)	Masse salariale (en % du total)	Taux d'IJ maladie/masse salariale	Taux d'IJ AT-MP /masse salariale	Taux d'IJ total /masse salariale
F – Construction	17,9%	7,0%	1,5%	1,1%	2,6%
I - Hébergement et restauration	9,1%	3,2%	1,5%	0,7%	2,2%
Q – Santé humaine et action sociale	6,1%	8,8%	1,6%	0,5%	2,1%
H - Transports et entreposage	3,1%	5,8%	1,3%	0,7%	2,0%
N - Activités de services administratifs et de soutien	5,9%	7,5%	1,2%	0,7%	2,0%
E - Production et distribution d'eau - assainissement, gestion des déchets et dépollution	0,4%	0,9%	1,2%	0,6%	1,9%
B – Industries extractives	0,2%	0,2%	1,2%	0,5%	1,8%
G - Commerce ; réparation d'automobiles et de motocycles	20,2%	15,1%	1,2%	0,4%	1,7%
R - Arts, spectacles et activités récréatives	1,6%	1,0%	0,9%	0,7%	1,6%
C - Industrie manufacturière	11,9%	21,6%	1,2%	0,4%	1,6%
L - Activités immobilières	2,1%	1,2%	1,2%	0,3%	1,5%
A - Agriculture, sylviculture et pêche	0,1%	0,0%	0,9%	0,6%	1,5%
S - Autres activités de services	6,0%	2,4%	1,1%	0,3%	1,4%
O - Administration publique (2)	2,6%	3,6%	1,2%	0,2%	1,4%
P – Enseignement (2)	2,6%	1,8%	1,0%	0,3%	1,3%
U - Activités extra-territoriales	0,0%	0,0%	0,7%	0,2%	0,9%
K - Activités financières et d'assurance	2,3%	6,4%	0,7%	0,1%	0,8%
M - Activités spécialisées, scientifiques et techniques	6,4%	7,8%	0,6%	0,1%	0,8%
D - Production et distribution d'électricité, de gaz, de vapeur et d'air conditionné (2)	0,0%	0,3%	0,6%	0,2%	0,7%
J - Information et communication	1,7%	5,3%	0,5%	0,1%	0,6%
Total	100,0%	100,0%	1,1%	0,4%	1,6%

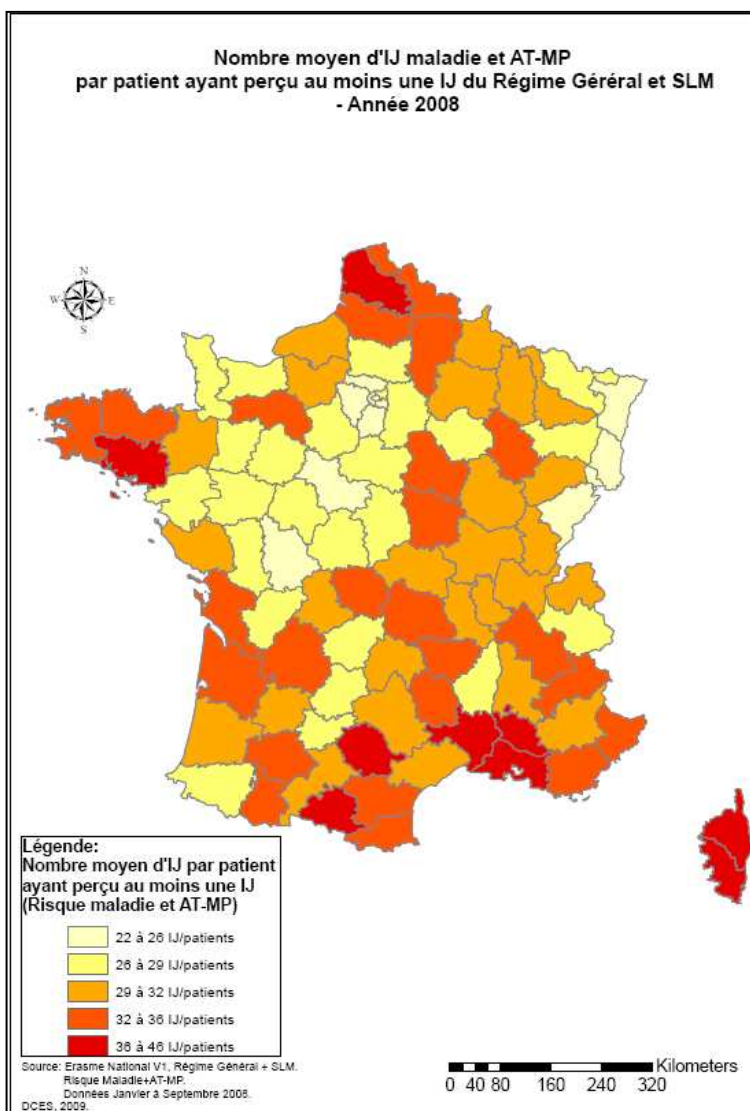
(1) Salariés, niveau 1 de la Nomenclature d'Activités Française (NAF)

(2) personnels non titulaires ou de droit privé

¹² En période de hausse de l'emploi, les salariés doivent acquérir des droits. En période de baisse, les chômeurs gardent leurs droits aux IJ. Des analyses économétriques menées à partir de l'observation des évolutions sur longue période ont conduit à estimer cet effet retard, dans la période passée, à 3 trimestres. Il est donc possible que le retournement lié à la conjoncture se fasse plutôt sentir à la fin du premier semestre.

Des disparités géographiques de durée d'arrêt de travail et des disparités pour une même pathologie

Les dépenses d'arrêt de travail par salarié couvert varient fortement d'une caisse primaire à l'autre. Cette disparité dépend en partie de facteurs structurels comme la structure de la population active en termes d'âge, de secteur d'activité et de qualification. Néanmoins une partie de cette disparité ne peut être expliquée par ces facteurs.



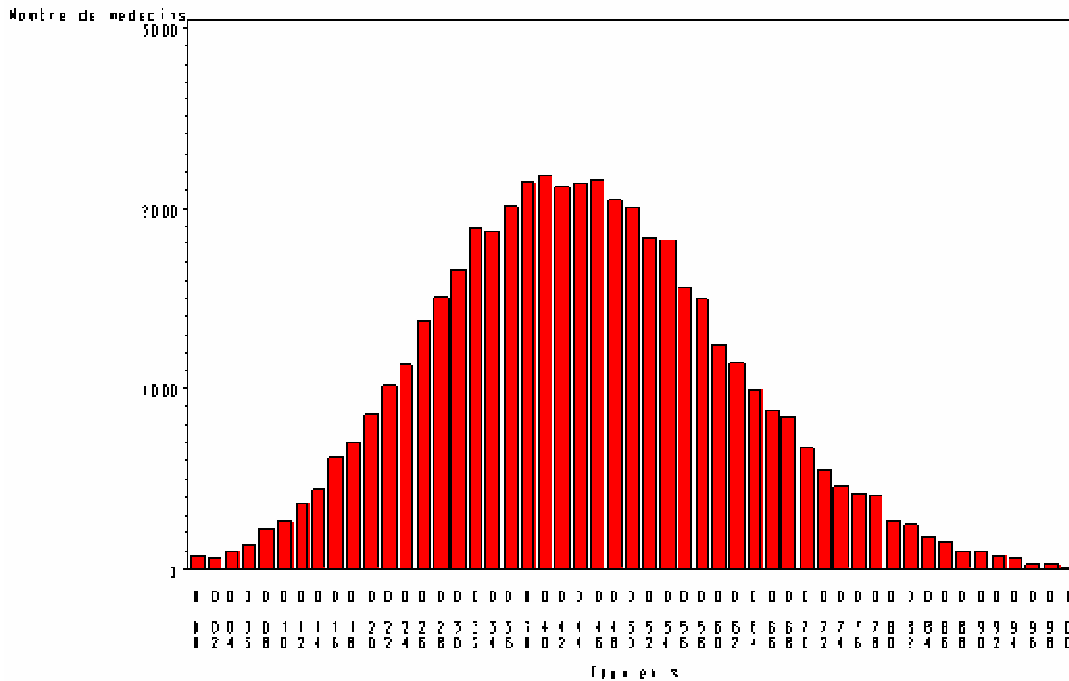
Une analyse par pathologie met en évidence des différences de pratiques médicales sur le territoire.

Ainsi la durée d'arrêt après une opération de l'appendicite varie-t-elle de 1 à 1,5 entre les groupes de départements extrêmes (17 jours à 25 jours environ).

La dispersion est encore plus élevée pour les lésions internes du genou, entre une trentaine de jours et plus de 90. Là encore, de tels écarts paraissent peu compréhensibles au regard des besoins de soins et pourraient relever d'usages locaux qu'il conviendrait d'harmoniser.

Cette variabilité des pratiques se retrouve aussi dans le choix des traitements. Par exemple, pour ces mêmes statines, 44 % des prescriptions portaient sur des produits dans le répertoire en 2006. Certains professionnels ne prescrivait quasiment que des produits dans le répertoire alors que d'autres quasiment aucun.

Répartition des médecins en fonction de leur part de prescription de statines dans le répertoire



Ces deux exemples conduisent à formuler plusieurs remarques :

- notre système est marqué par une forte hétérogénéité des traitements d'un professionnel à l'autre ;
- La diffusion de référentiels et de recommandations de bonne pratique ne semble pas forcément suffisante pour réduire fortement cette variabilité ;
- Certaines pratiques apparaissent encore assez éloignées des référentiels. Or, ceux-ci étant établis à partir d'évaluation scientifique des meilleurs traitements, il y aurait un intérêt à s'en rapprocher ;
- Certains coûts liés à un meilleur suivi des référentiels pourraient être plus que compensés par les importantes économies qui pourraient en être retirées, comme le montre l'exemple des statines : la part des patients à haut risque traité s'est accru régulièrement depuis 2005, alors que le chiffre d'affaires de la classe a été stabilisé.

Enfin, ces constats qui ont été établis précisément pour des prescripteurs libéraux du fait de l'existence de statistiques précises semblent pouvoir être étendus à d'autres professionnels, y compris en établissement de soins, tant pour leur pratique propre que pour leur prescription.

Il convient toutefois de rappeler que le problème d'hétérogénéité des pratiques n'est pas propre à la France, et que de nombreux pays développent des stratégies de réduction des écarts de pratiques par rapport aux référentiels.

5. PROJECTION TENDANCIELLE EN 2010

5.1.1. ONDAM 2010 : projection tendancielle

La projection tendancielle pour 2010 reprend les tendances de moyen terme projetées concernant les effectifs de patients et l'évolution des volumes de soins unitaires et intègre les évolutions prévisibles des tarifs ainsi que les effets report des différentes mesures mises en œuvre les années antérieures.

Avec ces hypothèses, l'évolution tendancielle des dépenses remboursées dans le champ ONDAM serait de +4,3%, et de +5% pour la médecine de ville (dont on a vu précédemment que les dynamiques médicales liées à la progression des traitements des pathologies lourdes y sont plus fortes que pour les soins hospitaliers).

Tous régimes	Réalisations 2008	Objectif 2009	Prévisions 2009	Prévisions 2010	Evolution 2010/2009
Soins de ville	71 355	73 189	73 420	77 152	5,1%
Total hospitalisation	67 731	69 362	69 541	71 696	3,1%
Secteur médico-social	12 894	14 144	14 144	14 993	6,0%
autres prises en charge	891	929	929	980	5,5%
TOTAL ONDAM	152 871	157 624	158 034	164 821	4,3%

5.1.2. Compte tendancier 2010

Le compte est construit avec une masse salariale du secteur privé à -1,25% pour 2009 et -0,5% pour 2010, et avec l'ONDAM tendancier à 4,3% pour 2010. L'ONDAM 2009 et le compte 2009 sont calés sur l'ONDAM et le compte CCSS. Enfin, ce compte intègre une provision de 400 M€ concernant la participation de l'assurance maladie à l'achat par l'EPRUS de vaccins contre la grippe A.

Compte 2006 - 2010 de la CNAMTS

	2007	%	2008	%	2009	%	2010	%
Charges nettes	140 403	3,8%	145 408	3,6%	151 010	3,8%	157 927	4,6%
Charges	161 531		166 123		174 694		184 981	
Reprises sur provisions pour prestations sociales	-7 916		-8 444		-10 526		-13 102	
Dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants	-119		-225		-59		-255	
Pertes sur créances irrécouvrables sur cotisations, impôts et produits affectés	-746		-1 084		-1 078		-950	
Participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA	-10 077		-10 962		-12 020		-12 747	
Produits nets	135 774	4,9%	140 961	3,8%	141 587	0,1%	143 018	1,0%
produits	156 902		161 676		165 271		170 072	
Reprises sur provisions pour prestations sociales	-7 916		-8 444		-10 526		-13 102	
Dotations aux provisions pour dépréciation des actifs circulants	-119		-225		-59		-255	
Pertes sur créances irrécouvrables sur cotisations, impôts et produits affectés	-746		-1 084		-1 078		-950	
Participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA	-10 077		-10 962		-12 020		-12 747	
résultat	-4 629		-4 447		-9 423		-14 909	

charges nettes = charges totales - reprises sur provisions - dotations aux provisions - anv sur actifs circulants - participations des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA

produits nets=reprises sur provisions -dotations aux provisions - anv sur actifs circulants - participations des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA

6. LA NECESSITE DE POURSUIVRE DES PROGRAMMES DE GESTION DES RISQUES STRUCTURANTS

Maintenir une croissance modérée des dépenses de santé et donc d'assurance maladie a demandé un effort de gestion continu. Les baisses des prix des médicaments, des examens biologiques ou des examens radiologiques ont contribué à cette modération de la croissance des dépenses, comme des mesures plus structurelles, notamment le parcours de soins et la maîtrise médicalisée. Les marges de manœuvre mises en évidence ci-dessus permettent de poursuivre ces efforts.

Cette poursuite des réformes structurelles de notre système de santé doit s'appuyer en particulier sur les nouveaux outils créés par la loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoires » comme la nouvelle gouvernance hospitalière, les ARS et les nouvelles responsabilités confiées à l'assurance maladie, notamment le contrat pluriannuel entre l'UNCAM et l'Etat.

6.1. *Introduction : Comment favoriser l'efficience ? L'exemple de la prise en charge du diabète.*

Afin de mieux comprendre les besoins de chacun des assurés, il est nécessaire d'identifier finement les différentes catégories de populations à partir de leurs caractéristiques spécifiques. A partir de ces catégories, il est possible d'abord d'analyser et de comparer les parcours dans le système de soins, ensuite de proposer des services adaptés et de mener des actions spécifiques de gestion du risque.

Afin de mieux comprendre cette stratégie recentrée sur l'assuré, il est préférable de prendre un exemple. Celui du diabète apparaît particulièrement pertinent. C'est en effet une pathologie potentiellement grave et fréquente (2,5 millions environ de diabétiques en France) en forte croissance, que l'on peut pour cette raison qualifier d'épidémie du diabète. Par ailleurs, comme cela est montré plus tôt son coût est en forte croissance.

Pour favoriser l'efficacité et l'efficience de la prise en charge de cette pathologie, il est indispensable de mieux la prévenir, de prévenir ses aggravations et de gérer efficacement le coût de la prise en charge.

Prévenir le diabète et ses complications

La prévention du diabète passe d'abord par une prévention de ses facteurs de risques et notamment l'obésité. L'assurance maladie n'est pas un acteur principal de ce type de prévention afin d'éviter des redondances avec d'autres acteurs et notamment l'Etat. Néanmoins, elle y participe au niveau national notamment par sa contribution à l'INPES et au niveau régional et local par son action dans les GRSP. Elle peut y contribuer aussi en développant de l'information à moindre coût grâce aux nouvelles technologies en développant de l'information santé (cf. 5.2).

La prévention des aggravations du diabète exige un rôle plus actif de l'assurance maladie. Trois types d'actions ont été développés :

- l'accompagnement des assurés. Rendre les assurés acteurs de leur santé est l'objectif du programme SOPHIA. A travers un accompagnement

ciblé, il leur apporte de l'information et les sensibilise à l'importance des évolutions de comportement et d'un suivi adapté (cf. 5.2).

- le développement de l'éducation thérapeutique. L'assurance maladie peut favoriser le développement de l'éducation thérapeutique en y apportant un financement, mais aussi et surtout en discriminant entre les actions pour privilégier les modèles qui, à travers leur capacité à intéresser les patients et à travers leur coûts, peuvent être étendus à l'ensemble de la population.
- la sensibilisation des professionnels soignants. Des actions d'accompagnement sont menées depuis plusieurs années au travers d'entretiens confraternels et de visites des délégués de l'assurance maladie grâce notamment au rappel des recommandations de la Haute Autorité de Santé et à la remise des guides qu'elle a édités. En 2009, le CAPI permet d'aller plus loin en donnant une plus grande incitation au médecin pour mieux suivre la prise en charge des diabétiques. Il apparaît donc important de faciliter son extension en 2010 (cf. 5.3).

Au total, le programme Sophia pour les assurés et le volet diabète du Capi pour les médecins assurent la cohérence d'un processus plus efficient destiné à mieux prendre en charge les patients diabétiques, à retarder ou à éviter des complications invalidantes et aux coûts importants.

Ce processus est marqué tout au long de son déroulement par des actions de sensibilisation, des services facilitateurs, des systèmes de suivi et de pilotage.

Mieux gérer la prise en charge et son coût

Mieux gérer la prise en charge et son coût nécessite d'analyser les parcours de soins et de bien différencier entre les niveaux d'aggravation.

Pour le diabète, les segmentations actuelles permettent de différencier les populations de patients qui ont un diabète non compliqué et celles qui commencent à souffrir de certaines aggravations. A partir de ces différences, il est possible de comparer les traitements et d'analyser leur diversité.

Ainsi, sur les traitements courants, la maîtrise médicalisée et le CAPI favorisent un meilleur usage des traitements adaptés tels que les statines pour favoriser les médicaments les moins coûteux quand cela est possible en fonction de l'état du patient (cf. 5.3).

Par ailleurs, l'assurance maladie expérimente actuellement une action de bon usage des bandelettes de lecture de la glycémie. L'usage de ces bandelettes apparaît en effet très variable et assez éloigné des recommandations de la Haute Autorité de Santé alors que leur coût, plus de 400 M€ en 2008, s'accroît fortement. A l'inverse, la mesure du taux de glycémie à travers le dosage de l'hémoglobine glycosylée, pourtant recommandée par les autorités sanitaires, est insuffisamment développée.

En ce qui concerne les traitements des complications, les actions doivent se focaliser sur chaque complication. Pour l'année 2010, l'assurance maladie propose de lancer un programme sur le traitement de l'insuffisance rénale chronique (cf. 5.4).

Ainsi, cette stratégie globale apparaît susceptible d'améliorer la qualité des soins tout en préservant la situation financière de l'assurance maladie. Des actions cohérentes visant à accroître la prévention et l'accompagnement des patients ainsi qu'à améliorer leur prise en charge et l'usage et la hiérarchisation de leurs traitements sont souhaitables pour les malades et pour l'équilibre de l'assurance maladie.

6.2. Axe 1 : Accompagner nos assurés, acteurs de leur santé

Conformément aux recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé, afin de favoriser un état de complet bien-être physique, mental et psychique, l'assurance maladie doit aider ses assurés à devenir des acteurs de leur santé. Pour ce faire, il est important de poursuivre le développement des services d'information, de prévention et d'accompagnement, tout au long de la vie.

C'est pourquoi il est important d'évaluer les besoins de chaque assuré et de lui offrir des services adaptés. Le développement des méthodes de segmentation de la population d'assurés et celui de services dédiés sont donc une priorité.

6.2.1. Accompagner nos assurés dans la gestion de leur capital santé.

Encourager l'assuré et l'accompagner pour développer la prévention de la maladie et de ses complications, tels sont les enjeux poursuivis par le programme Sophia.

Sophia, le service d'accompagnement proposé par l'Assurance maladie pour les personnes atteintes de diabète, est un dispositif expérimental mené dans dix départements pilotes. Ses objectifs sont d'améliorer l'état de santé et la qualité de vie des patients diabétiques.

Depuis le dernier trimestre 2008, l'accompagnement proprement dit des 43 000 personnes diabétiques ayant donné leur accord pour bénéficier du service a débuté. L'accompagnement téléphonique personnalisé (un patient – son conseiller), s'appuyant sur les informations communiquées par le patient et son médecin traitant, a pour objectifs de l'aider à adapter ses habitudes de vie et améliorer le suivi de son diabète pour, à terme, limiter les risques d'apparition de complications. Une gamme de services diversifiée (supports d'informations, courriers ciblés adaptés, outils pratiques, services sur Internet) s'enrichit progressivement.

L'évaluation du dispositif expérimental en termes de satisfaction des patients, des médecins, des indicateurs de santé et de l'impact médico-économique aboutira après une année complète de mise en œuvre.

Si cette évaluation globale apparaît positive, le programme pourra être généralisé en 2010-2011 progressivement sur l'ensemble du territoire et en direction d'autres pathologies chroniques, comme les maladies respiratoires et les pathologies cardiovasculaires [Proposition 1].

Par ailleurs, les autres programmes de prévention devront être renforcés, afin d'accroître leur efficacité. Les taux de participation, même s'ils sont croissants et parfois même très fortement, comme dans le cas de « M^T dents », restent encore insuffisants.

La sensibilisation des professionnels aux actions de prévention est aussi indispensable. Le contrat d'amélioration des pratiques individuelles devrait être un élément important de cette sensibilisation. En effet, plusieurs indicateurs portent sur la prévention avec, notamment, la vaccination antigrippale et le dépistage des cancers.

Parallèlement, il est nécessaire de renforcer l'information des assurés.

Les actions en cours peuvent être intensifiées. Pour la vaccination antigrippale, une relance systématique sera mise en place, 3 à 4 semaines après l'envoi du premier courrier d'information. Dans le domaine de la prévention bucco-dentaire, au-delà des nouvelles

campagnes de communication, les actions de sensibilisation auprès des populations, notamment des élèves, seront améliorées au vu des résultats des actions actuelles.

Au-delà, l'utilisation des nouveaux médias doit favoriser le déploiement de cette politique de développement de la prévention. L'assurance maladie a franchi une première étape grâce à l'ouverture de plus de 4 millions de comptes assurés d'ici la fin 2009. L'intégration d'un volet de prévention en 2009 dans le compte assuré permettra de franchir une étape supplémentaire.

Néanmoins, l'utilisation d'Internet pour favoriser la prévention reste encore trop limitée. L'utilisation du site « M'T dents » (<http://www.mtdents.info>) montre l'intérêt d'aller plus loin.

Ainsi, l'assurance maladie enrichira au début de l'année 2010 son site Internet en accroissant l'information santé pour favoriser le développement de la prévention. L'ouverture de ce service pourra être concomitante à la mise en place du volet prévention du compte assuré [Proposition 2].

6.2.2. Accompagner nos assurés dans le recours au système de soins

6.2.2.1. Poursuivre le développement d'une information globale sur le système de soins

La diffusion de l'information globale sur le système de santé est une priorité pour l'assurance maladie. Pour ce faire, elle mobilise un système d'information multicanal composé notamment de diffusion de brochures, de plateformes téléphonique et du site Internet Ameli.fr.

Cette information porte sur les droits et devoirs des assurés mais aussi l'existence de l'offre de soins. Depuis 2007 a été développé un outil permettant d'accéder aux tarifs de certains professionnels. Cet outil a été progressivement enrichi et permet aujourd'hui de connaître les tarifs des principaux actes techniques et des consultations des médecins et des chirurgiens dentistes, tant via le réseau Internet que par un appel au 3646. Ce service sera progressivement élargi aux informations relatives aux établissements de santé. Par ailleurs, ses fonctionnalités seront revues pour faciliter l'accès aux informations souhaitées.

Pour 2010, au-delà de l'élargissement des éléments tarifaires, l'offre de services devrait intégrer des informations sur la qualité des actes et des offreurs de soins ainsi qu'un outil de géolocalisation. [Proposition 3]

6.2.2.2. Proposer à nos assurés un service de facilitation des sorties des établissements afin de faciliter leur retour à domicile.

Dans de nombreux pays, les assureurs ou les autorités publiques ont développé des actions visant à favoriser les retours à domicile à travers une meilleure organisation des services de prise en charge ambulatoire et à travers une anticipation des retours à domicile dans les établissements. Dans un certain nombre de régions, l'assurance maladie a expérimenté un service de facilitation du retour à domicile en offrant des prestations spécifiques et en accompagnant des patients identifiés par les services sociaux des établissements.

L'assurance maladie devrait développer ces expérimentations d'accompagnement des patients (et de leurs familles) pour faciliter le retour à domicile dans deux directions prépondérantes : l'anticipation des besoins des patients pour préparer, lors de l'hospitalisation, toutes les étapes du retour à domicile et la coordination de tous les acteurs impliqués que ce soit en ville ou à l'hôpital, l'assurance maladie offrant le service d'un « référent hospitalisation ».

Les expérimentations pourraient concerner 2 champs : celui de la rééducation post-opératoire d'interventions orthopédiques que la HAS a ciblées comme compatibles avec une rééducation à domicile et celui de la prise en charge des femmes qui viennent d'accoucher sans complication et qui pourront bénéficier de soins de sages femmes à leur domicile.

Ces services devraient permettre d'accompagner en aval les établissements de santé tout en optimisant la prise en charge des patients.

Après expérimentation en 2009, il est proposé que l'assurance maladie généralise en 2010 ce type d'offre de service favorisant le retour à domicile, sous réserve de l'accord du patient. [Proposition 4].

6.3. *Axe 2 : Renforcer notre partenariat avec les offreurs de soins pour développer l'efficience*

Le développement accru depuis 2004, des relations de l'assurance maladie avec l'ensemble des acteurs de la filière de soins (professionnels de santé, établissements de santé, industriels...) a permis des succès dans des champs diversifiés. Nous citerons, à titre d'exemple, les actions coordonnées de l'assurance maladie avec les médecins et les pharmaciens qui ont contribué à placer la France au niveau des autres pays européens au regard des génériques (82% des médicaments du répertoire délivrés en ville sont des génériques), avec les cliniques privées et les hôpitaux publics qui ont montré leur capacité à s'organiser pour développer la chirurgie ambulatoire (le taux est passé de 36% en 2000 à 54 % en 2008). Nous citerons aussi l'accord sur la démographie des infirmiers qui permet d'envisager un rééquilibrage progressif de l'offre sur le territoire.

Au vu des différences de pratique mises en évidence ci-dessus, ce partenariat doit se prolonger et s'intensifier sur tous les segments de l'offre de soins en utilisant de nouveaux outils afin de répondre à l'ambitieux projet d'obtenir, au meilleur prix pour les assurés et la collectivité, des résultats sanitaires de qualité.

Ce partenariat doit aussi porter sur l'accès aux soins qui s'entend géographiquement et financièrement. Les déséquilibres démographiques actuels peuvent être une source d'inégalité choquante face à la maladie mais aussi une source d'inefficience. Par ailleurs, les dépassements d'honoraires peuvent entraîner des renoncements aux soins qui peuvent conduire à une prise en charge tardive.

6.3.1. Un nouveau contrat conventionnel avec les prescripteurs libéraux

L'année 2010 est une année charnière avec les médecins au niveau conventionnel : une nouvelle convention devra être signée. Pour l'assurance maladie, il s'agit de consolider les acquis des conventions précédentes, tout en franchissant une nouvelle étape dans sa politique de gestion du risque.

Il apparaît notamment important de s'appuyer sur la diffusion du Contrat d'Amélioration des Pratiques Individuelles (CAPI). Cette démarche, volontaire, de santé publique, menée par le médecin vers sa propre patientèle, est développée dans 2 axes : d'une part la prévention et le suivi des maladies chroniques (diabète et hypertension artérielle) et d'autre part, l'optimisation des prescriptions. Les objectifs à atteindre ont été définis en s'appuyant sur les recommandations des agences nationales et internationales ainsi que sur l'analyse de la pratique des médecins traitants. En contrepartie des efforts faits pour mieux suivre ses

patients, le médecin traitant reçoit une rémunération fonction du nombre des patients suivis et des objectifs atteints. Le développement des adhésions au CAPI est en cours et l'objectif de 5 000 contrats signés d'ici la fin de l'année a d'ores et déjà été atteint.

Ce nouveau mode de rémunération incitative à la qualité sur des objectifs de santé publique, en cours de développement dans de nombreux pays, pourrait conduire à une rénovation du contrat conventionnel au côté de la réorganisation des soins ambulatoires, préconisée notamment par la Ministre de la Santé. Des expérimentations sont ainsi en cours pour favoriser le regroupement des professionnels et une meilleure concertation entre les professionnels de santé.

Ainsi, la nouvelle convention pourrait proposer d'évoluer vers une nouvelle structure de la rémunération des prescripteurs [Proposition 5] :

- un niveau de forfaits correspondant à l'engagement des professionnels dans un certain nombre de domaines : prise en charge des pathologies chroniques, permanence des soins, regroupement, développement des outils informatiques, ...
- un niveau central reposant sur l'actuelle rémunération à l'acte. Sa structure et les tarifs devront être adaptés pour favoriser notamment la pratique clinique ;
- un niveau de rémunération à la performance qui permettrait la généralisation et à l'extension du contrat d'amélioration des pratiques individuelles.

Par ailleurs, les expérimentations sur les nouveaux modes de rémunération seront poursuivies.

Ces évolutions doivent favoriser une prise en charge des maladies chroniques pluridisciplinaire autour du médecin traitant de premier recours avec partage des tâches et le développement de nouveaux métiers.

Enfin, la recherche de meilleures pratiques doit être favorisée par l'évolution de la formation des professionnels, le développement des référentiels et le développement du dossier médical partagé.

6.3.2. Rééquilibrer l'offre de soins ambulatoires sur le territoire

Assurer un accès aux soins de qualité égal sur le territoire est une priorité pour l'assurance maladie. L'accord conventionnel avec les infirmiers applicable depuis le 18 avril 2009 est une première réponse à la répartition géographique très inégale sur le territoire avec des conséquences importantes sur l'activité des infirmiers et l'accès aux soins des patients. Le dispositif met en place une régulation de l'accès au conventionnement, en contre partie d'une aide à l'équipement et d'une revalorisation des tarifs des actes infirmiers.

Un accord de régulation démographique paraît souhaitable avec la profession des masseurs kinésithérapeutes. Les masseurs-kinésithérapeutes constituent une des professions pour lesquelles on constate des écarts de densité importants entre les départements. Au niveau national, la densité est de 75 masseurs kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. On note des différences de densité importantes entre le Nord et le Sud de la France avec des extrêmes allant de 34 masseurs pour 100 000 habitants en Haute Saône (36 en 2006) à 151 dans les Hautes Alpes (144 en 2006). Des mesures structurantes devront être recherchées pour

remédier aux difficultés rencontrées dans les zones déficitaires en soins tout en envisageant les outils de régulation adaptés dans les zones excédentaires.

Cet accord accompagnera la mise en œuvre des référentiels présentés ci-dessus (cf. partie 4) qui se poursuivra en 2010.

Ainsi, l'assurance maladie doit rechercher un accord avec les représentants des masseurs-kinésithérapeutes pour corriger les déséquilibres démographiques actuels en agissant à la fois dans les zones où l'offre de soins est déficitaire et dans les zones où elle est excédentaire [Proposition 6].

Enfin, la nouvelle convention médicale doit permettre d'adopter des mesures incitant les médecins à la solidarité géographique et à participer au maintien d'une présence médicale de qualité dans les zones où les besoins ne sont pas totalement couverts sous diverses formes adaptées (consultations avancées dans des maisons de santé, cabinet secondaire, contrat santé solidarité, option conventionnelle ...).

6.3.3. Le secteur optionnel

L'accès aux soins peut être aussi limité par la pratique des dépassements d'honoraires surtout dans les secteurs où il n'existe pas d'offre alternative à tarif opposable.

Pour remédier à cette situation, la transparence sur les tarifs est nécessaire mais non suffisante. Un autre élément indispensable est l'évolution des secteurs conventionnels. Une première étape a été franchie en 2005 avec la mise en place d'une option conventionnelle ouverte aux praticiens de secteur 2 qui s'engage à réguler leurs dépassements dans le parcours de soins. Néanmoins, les paramètres choisis et l'absence de prise en charge spécifique par les organismes complémentaires la rendent insuffisamment attractive.

Le conseil de l'UNCAM a voté en 2008 un texte d'orientation prévoyant la mise en place d'un secteur optionnel dans lequel les dépassements seraient encadrés. En contrepartie, les professionnels bénéficieraient d'avantages conventionnels. Un protocole d'accord sur la création d'un tel secteur a été signé en juillet 2008 entre les partenaires conventionnels. **Conformément à la volonté des parlementaires un accord sera recherché dans les délais prévus par la loi HPST. [Proposition 7].**

6.3.4. Enrichir notre action en faveur d'un recours plus adapté aux soins

L'assurance maladie a agi ces dernières années en partenariat avec les professionnels pour favoriser un recours plus adapté aux soins que ce soit en favorisant une meilleure hiérarchisation des traitements médicamenteux ou en proposant des référentiels pour les traitements de kinésithérapie, référentiels actuellement en cours de développement.

Cette année, deux domaines de prescription ont été particulièrement examinés : les transports et les arrêts de travail. Les constats présentés ci-dessus conduisent à rechercher de nouvelles formes d'actions.

Les dépenses de transports résultent à hauteur des deux tiers environ de prescriptions issues des établissements de santé. C'est donc en direction de ces établissements que doivent avoir lieu les actions prioritaires.

Ainsi, la responsabilisation des prescripteurs hospitaliers devrait être favorisée par la signature de contrats entre les CPAM et les établissements de santé sur leurs prescriptions de transport. Ces contrats définiraient des taux cibles d'évolution des prescriptions et les conséquences financières de leur dépassement ou de leur respect. [Proposition 8]

En ce qui concerne les arrêts de travail, les deux analyses présentées dans la partie 4 conduisent à retenir deux types d'actions qui s'ajoutent à celles qui existent déjà (contrôle des arrêts, sensibilisation des prescripteurs, mises sous accord préalable) :

- **le développement d'actions de sensibilisation des entreprises dans lesquelles les arrêts de travail sont importants [Proposition 9] ;**
- **la définition en concertation avec la Haute Autorité de Santé de référentiels permettant de guider les prescripteurs. La diffusion de ces référentiels non opposables doit se faire dans les meilleurs délais, dès 2009 si possible. [Proposition 10]**

6.4. *Axe 3 faire évoluer l'organisation des soins pour offrir à nos assurés un égal accès à des soins de qualité et au meilleur coût*

La mise en place des agences régionales de santé a pour objectif de favoriser une gestion plus cohérente de l'organisation des soins entre le secteur des établissements de soins, le secteur ambulatoire et celui des établissements médico-sociaux. Il s'agit d'une opportunité pour faire évoluer notre système de santé dont la part des soins dispensés en établissements apparaît plus importante que la moyenne des pays comparables, au vu des comparaisons internationales. Ainsi, d'après les analyses de l'OCDE, le système français se place en 1^{ère} position pour le pourcentage de dépenses de soins hospitaliers dans le total des dépenses de soins curatifs et de rééducation, 10 points au-dessus de la moyenne de l'OCDE. (cf. *Panorama de la Santé* OCDE 2007). Cela nécessite une double réflexion : sur la place et l'évolution des établissements de santé, et concomitamment sur l'organisation de la prise en charge hospitalière.

Ainsi, les ARS pourraient lancer des programmes d'action visant à favoriser l'adaptation de l'offre de soins aux évolutions des techniques et des attentes de la population ainsi qu'au besoin du développement de l'efficacité. Des objectifs concrets devraient leur être définis notamment dans les domaines analysés ci-dessus (cf. partie 4) : le développement des centres de chirurgie extra hospitalière, une recherche de l'efficacité dans le domaine des soins de suite et de rééducation, une adaptation du secteur de la dialyse, l'évolution du parc des IRM.

6.4.1. Le développement de la chirurgie extra hospitalière

L'évolution des techniques de chirurgie et d'anesthésie permet d'envisager la prise en charge des patients dans des centres non hospitaliers pour un certain nombre de pathologies. Les modifications de l'organisation des soins dans de nombreux pays le confirment. Ainsi dans la plupart des pays de l'OCDE, il existe des structures extrahospitalières prenant en charge différentes interventions chirurgicales ou endoscopiques dans des conditions de sécurité définies. A titre d'exemple, les opérations de la cataracte sont pratiquées principalement en ambulatoire (OCDE 2007 graphe 4.14.2 : 90% au Canada, en Suisse en 2004) alors qu'en France, seules 59% le sont en 2006.

La France, en se basant sur des recommandations attendues de la HAS, et sur le cahier des charges proposés l'an dernier par l'assurance maladie, pourrait s'inscrire dans le développement de la chirurgie extrahospitalière qui permet de diminuer les contraintes de structure en maintenant un niveau de sécurité équivalent pour le patient.

Pour ce faire, la réglementation française pourrait être adaptée d'ici la fin de l'année pour intégrer une nouvelle offre de soins chirurgicaux, sous forme de centres autonomes, avec des garanties élevées en matière de qualité et de sécurité. Les ARS auraient alors pour objectif de favoriser le développement de cette offre. [Proposition 11].

6.4.2. Optimiser les modes de traitement de l'insuffisance rénale

Suite au constat établi ci-dessus, il paraît nécessaire d'agir dans deux directions : une adaptation progressive des tarifs, ainsi que le développement, à travers l'action des ARS, des modes de prise en charge les plus efficaces compatibles avec les besoins de soins des patients.[Proposition 12]

6.4.3. Favoriser un développement efficace des structures SSR

Suite au constat établi ci-dessus, et sans remettre en cause la stratégie du développement de l'usage des soins de suite et de réadaptation notamment dans les cas où une prise en charge ambulatoire n'est pas possible, l'assurance maladie propose de favoriser la recherche d'une plus grande efficacité dans ce développement.

Les ARS doivent ainsi avoir des objectifs d'efficacité dans le développement des soins de suite et de rééducation en privilégiant les zones dans lesquelles l'offre est faible, en favorisant les structures les plus efficaces et celles dans lequel les objectifs quantifiés limitent le taux d'utilisation des capacités et en encadrant les ratios de gestion et les tarifs applicables aux nouvelles autorisations. [Proposition 13].

6.4.4. Favoriser un développement soutenable des équipements lourds.

L'assurance maladie propose de favoriser le développement des IRM à champ bas ou modéré en modulant les forfaits et en rendant plus attractive sur le plan financier la réalisation des examens uniquement dans les indications recommandées par la HAS. Les nouvelles demandes d'autorisation de matériel lourd devront donc être étudiées au regard de leur impact sur l'efficacité globale des activités ou équipements du territoire de santé ou de la région afin de s'assurer de leur viabilité et de leur impact sur la soutenabilité à moyen terme des évolutions des dépenses. [Proposition 14]

6.5. *Axe 4 : Développer des outils structurels de tarification favorisant l'efficacité*

6.5.1. **Le cycle de vie des produits de santé**

La consommation de médicaments en France reste l'une des plus importantes des pays de l'OCDE : les dépenses représentaient en 2009 1,9 % du PIB.

Des efforts importants ont été mis en œuvre au cours de ces dernières années pour maîtriser son évolution. Des baisses de prix ont été réalisées sur les médicaments les plus anciens et souvent déjà génériques. Les recommandations médico-économiques de la Haute autorité de Santé ont conduit à s'interroger sur certains comportements de prescription. L'assurance maladie a mené des actions de maîtrise médicalisée. Ces actions ont abouti à des résultats parfois spectaculaires : par exemple, le passage à 80 % de la part de génériques délivrés pour des prescriptions dans le répertoire ; la stabilisation en valeur des dépenses de statines entre 2005 et 2009 après des hausses supérieures à 10 % par an au cours des années précédentes, concomitamment à une hausse de la consommation par les populations à risque ; une réduction de 25 % des consommations des antibiotiques.

Cette politique de maîtrise de la dépense pharmaceutique doit toutefois être poursuivie, en préservant la recherche sur les nouvelles molécules. Dans ces conditions, comme l'année passée, l'assurance maladie formule plusieurs propositions :

- **Donner à l'UNCAM un droit de veto sur l'inscription des produits dont l'amélioration du service médical est faible ou insuffisant, si les conditions économiques leur paraissent défavorables. [Proposition 15].** En effet, dans le système français, tout produit qui obtient une autorisation de mise sur le marché devient remboursable. Or, dans quelques rares cas, les conditions financières obtenues par les entreprises ne paraissent pas toujours être compatibles avec la faiblesse ou l'absence d'amélioration du service médical rendu, et créent un effet d'offre au détriment de médicaments plus anciens.
- **l'expérimentation d'une procédure de mise en concurrence pour les génériques. [Proposition 16].** Cette procédure de mise en concurrence devrait permettre de révéler le juste prix de certains médicaments génériques. Les appels d'offre ne seraient lancés que dans certains groupes de génériques dont les prix français apparaissent plus élevés que les prix observés dans les autres pays européens. Les modalités de cet appel d'offre pourraient faire l'objet d'un travail commun entre l'assurance maladie et l'Etat au deuxième semestre de cette année pour une mise en œuvre effective en 2010. Une attention particulière doit être portée à la garantie de qualité des produits retenus au moyen d'une labellisation des laboratoires éligibles à l'appel d'offres par l'AFSSAPS.
- **Elargir le tarif forfaitaire de responsabilité à une classe médicamenteuse afin de neutraliser les effets négatifs des contournements de générique et de fuite des prescriptions hors du répertoire. [Proposition 17].** Il serait souhaitable d'expérimenter un tel élargissement à la classe des inhibiteurs de la pompe à proton au vu du constat de la Haute Autorité de Santé de similarité des effets thérapeutiques des molécules.

6.5.2. Faire bénéficier l'assurance maladie des gains de productivité

Les prix payés par l'assurance maladie pour certains services ou biens de santé n'ont pas toujours, historiquement, suivi l'évolution des gains de productivité permis par le progrès technique. De ce fait, certains secteurs bénéficient de marges importantes qui permettent des adaptations des tarifs.

Au cours des dernières années, une politique d'adaptation des tarifs a été mise en œuvre, permettant des baisses significatives de tarifs notamment dans le secteur des analyses de biologie, qui a bénéficié de gains de productivité significatifs grâce à l'industrialisation des méthodes d'analyse.

Cette politique d'adaptation des tarifs en fonction des marges doit être poursuivie. [Proposition 18]

6.5.3. Accompagner les évolutions des établissements grâce à une meilleure lisibilité de la politique tarifaire.

L'évolution trop fréquente des nomenclatures et des tarifs empêche les établissements de mettre en place des stratégies de productivité sur le moyen terme.

Ainsi, tous les ans interviennent des modifications tarifaires dans le cadre de la tarification à l'activité - pour 2009, nouveaux GHS, nouveaux éléments tarifants (supplément environnement), création du forfait « précarité », passage à la V 11, ou des évolutions peu lisibles de l'enveloppe MIGAC.

Cette instabilité du processus T2A depuis sa mise en œuvre rend difficile l'élaboration des projets médico-économiques des établissements et complexifie la mise en œuvre des contrats de retour à l'équilibre.

L'assurance maladie renouvelle régulièrement ses demandes de stabilisation de la classification et des tarifs, gage d'une meilleure acceptation par les professionnels, gage également d'une meilleure gestion prévisionnelle de chaque établissement. Le développement des échanges avec les pays voisins pourrait permettre de définir des tarifs cibles homogènes tenant compte des éventuelles spécificités de chacun des pays. [Proposition 19]

En ce qui concerne les écarts entre secteurs qui ont été mis en évidence par différentes études, l'assurance maladie reprend la conclusion du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie : **s'il n'est pas possible d'adopter dans l'immédiat d'adopter une politique budgétaire qui différencie sensiblement les évolutions tarifaires des deux secteurs, on peut cependant envisager des ajustements ponctuels et certains rapprochements tarifaires pour des prestations effectivement comparables s'ils sont correctement documentés. [Proposition 20]**

6.6. *Accompagner ces programmes de gestion du risque structurants de mesures plus conjoncturelles*

Comme cela a été montré ci-dessus, l'assurance maladie connaît en 2009 et 2010 une dégradation marquée de sa situation financière à cause de la diminution de la masse salariale.

A ces difficultés, il faut ajouter le coût des mesures de prévention contre la grippe A (H1N1). **L'achat de plus de 90 millions de vaccins à l'industrie pharmaceutique, notamment, devraient coûter entre 600 et 800 M€ à l'EPRUS** qui est financé à 50 % par l'assurance maladie.

Il apparaît donc nécessaire d'accompagner les programmes de gestion du risque structurants présentés ci-dessus de mesures adaptées visant à soutenir l'action de maîtrise de la dépense.

6.6.1. Poursuivre la politique d'adaptation des tarifs des produits de santé.

Des ajustements des tarifs de médicaments sont mis en œuvre chaque année par le CEPS dont l'assurance maladie est membre. **Il est nécessaire de poursuivre en 2010 cette politique conjoncturelle d'adaptation de l'évolution des prix des produits de santé (médicaments et autres produits) à leur cycle de vie ainsi qu'au volume de consommation ; [Proposition 21]**

Par ailleurs, il apparaît souhaitable de fixer le taux K autour de 1 %, dans le prolongement des années antérieures à un niveau compatible avec l'ONDAM. [Proposition 22].

Le Parlement vote chaque année un objectif de croissance global du marché des produits pharmaceutiques remboursables. Cet objectif est traduit par le comité économique des produits de santé en objectifs de croissance par classe de produits en fonction des besoins thérapeutiques identifiés. Lorsqu'une classe thérapeutique croît plus que la croissance prévue dans un contexte où le marché global dépasse aussi cet objectif, les entreprises doivent verser des remises à l'assurance maladie. L'outil des crédits de remises demandées par le comité économique des produits de santé pour les entreprises commercialisant des produits dans les classes thérapeutiques ayant dépassé une croissance prévue en fonction des besoins de la population pourrait être mieux aligné avec les objectifs de la maîtrise médicalisée.

Les efforts importants menés auprès des médecins pour substituer, à chaque fois que c'est pertinent, une prescription d'IEC à une prescription de sartans, devraient se traduire par une croissance négative de la classe des sartans. Il est donc logique que l'objectif de croissance de la classe des sartans tel qu'il est prévu par le CEPS soit également négatif. La fixation d'objectifs par classe aussi ambitieux que les objectifs de maîtrise médicalisée permettraient de s'assurer que, même en cas de succès insuffisant de la maîtrise médicalisée, une partie des objectifs d'économie portant sur ces classes soient atteints, via des crédits de remise venant en réduction de l'ONDAM. L'existence de ces clauses de remise permettrait également de limiter l'intérêt pour les laboratoires de mener des actions visant à contrecarrer les objectifs de maîtrise médicalisée.

Il est donc possible, en travaillant à partir des objectifs de croissance par classe thérapeutiques fixées en fonction du taux "k" voté par le Parlement d'accompagner les efforts de maîtrise médicalisée.

6.6.2. Pour une prise en charge des cotisations sociales plus équitable

Afin de rendre plus juste la participation de l'assurance maladie à la prise en charge des cotisations sociales des médecins du secteur 1, il est proposé, comme pour les cotisations famille, un plafonnement du niveau de revenus retenus pour l'assiette d'appel à cotisation au titre de la maladie. **Les revenus se situant au dessus du seuil de 100 000 € (plus de 2 fois les revenus moyens des omnipraticiens) ne rentreront plus dans l'assiette de prise en charge des cotisations maladie. [Proposition 23]**

6.6.3. Favoriser une gestion plus économe des fonds

L'assurance maladie finance différents fonds, notamment le FICQS et le FMESPP. Eu égard à sa situation financière, **il est important d'évaluer l'utilisation des moyens de ces fonds, d'arrêter les actions dont l'efficacité est insuffisante et de limiter certaines sur-dotations. [Proposition 24].**

7. ONDAM 2010 ET RESULTATS DE L'ASSURANCE MALADIE

L'impact des facteurs structurels d'évolution des dépenses menace à moyen terme la soutenabilité du régime d'assurance maladie, soutenabilité qui est affectée actuellement en outre par la crise économique. Les efforts menés ces dernières années qui ont permis de limiter l'évolution des dépenses doivent être poursuivies avec vigueur.

Une application rigoureuse des mesures structurelles et des mesures conjoncturelles présentées ci-dessus devrait permettre de maintenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie autour de 3 %.

L'évolution des différents sous-objectifs doit prendre en compte la politique de développement du médico-social et le nécessaire rééquilibrage entre soins ambulatoires et soins hospitaliers, prévus notamment à l'article 8 et dans le rapport annexé à la loi du 9 février 2009 de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012.

Impact en 2010 des propositions de l'assurance maladie

	Impact sur l'ONDAM	Impact sur le régime général
Axe 2	550	460
Axe 3	200	170
Axe 4	450	380
Mesures conjoncturelles	700	590
Lutte contre les abus et les fraudes	150	125
Total	2050	1725

Ces efforts sur les dépenses ne permettront toutefois pas, en raison de la crise économique et de son impact sur les recettes, un retour à l'équilibre de la branche maladie du régime général.

Par ailleurs, eu égard à la dégradation de la situation financière de l'ensemble des risques, une stratégie de redressement nécessite une réflexion globale sur le redressement de la sécurité sociale et sur son financement qui devra être menée dès la sortie de crise. Cette réflexion devra préserver la nécessaire équité intergénérationnelle.

Annexes

ANNEXE 1 – L'EVOLUTION DE LA POPULATION TRAITEE POUR DIFFERENTS GROUPES DE PATHOLOGIES

1. Méthode

Objectif : Calculer des effectifs et taux (bruts, standardisés) selon 6 catégories de patients « pathologie »

Source : EGB, échantillon SNIIRAM au 1/100è / PMSI

Champs : Régime général hors SLM - France entière - Année de soin 2005, 2006, 2007 et 2008 - Caractéristiques des bénéficiaires : âge, sexe, ALD

On cherche à comptabiliser les bénéficiaires selon plusieurs axes d'entrées : soit par leur ALD, soit par leur consommation de médicaments spécifiques, soit par une hospitalisation en rapport avec la maladie.

Au final, on comptabilisera les bénéficiaires dans chaque groupe « maladie » selon trois axes : ALD spécifiques // Autre ALD // Médicaments spécifiques (sans ALD).

1. Groupe 1 : cardiovasculaire / diabète
 - Remboursement à 3 dates différentes d'un médicament traceur
 - Un médicament cardiovasculaire : classe ATC = C01, C02, C03, C07, C08, C09, C10
 - Un médicament diabète : classe ATC = A10
 - Et/ou ALD en rapport avec cardio (ALD1, ALD3, ALD5, ALD12, ALD13) ou ALD en rapport avec diabète (ALD8)
2. Groupe 2 : Asthme / BPCO pour les 5 ans et plus
 - Remboursement à 3 dates différentes d'un médicament traceur ATC = R03
 - Et/ou ALD14
3. Groupe 3 : Psy et troubles mentaux
 - Remboursement à 3 dates différentes d'un médicament traceur ATC = N05, N06A
 - Et/ou ALD23
4. Groupe 4 : Cancers
 - ALD30 (quelque soit l'ancienneté)
 - Et/ou une hospitalisation dont le diagnostic principal ou relié est en C00-C97, D37 à D48 et GHM de chimio et radiothérapie
5. Groupe : Alzheimer et maladies neurologiques
 - Remboursement à 3 dates différentes d'un médicament traceur
 - Médicaments Alzheimer : liste_alzheimer
 - Médicaments Parkinson : liste_parkinson
 - Et/ou ALD15, ALD16, ALD9, ALD20, ALD25
6. Groupe 6 : Ostéoarticulaire chronique pour les 20 ans et plus
 - Remboursement à 3 dates différentes d'un médicament traceur
 - AINS rhumato : liste_ains
 - Ostéoporose : liste_osteo
 - Et/ou ALD22, ALD27

Standardisation directe selon âge et sexe : population de référence INSEE au 1 Janvier 2009

2. Résultats

Effectifs de personnes traitées pour les principales maladies chroniques

Source : SNIIRAM-Echantillon Généraliste de Bénéficiaires (DSES)

Estimation inter-régimes

Groupe 1 : CARDIOVASCULAIRE / DIABETE	Taux de prévalence brut	Effectif total	Dont ALD spécifique	Dont autres ALD	Dont médicaments spécifiques sans ALD
2005	22,16%	14 003 385	4 230 577	1 734 857	8 037 951
2008	22,50%	14 467 596	4 924 336	1 774 040	7 769 221
TCAM 2005-2008 (%)	0,5	1,1	5,2	0,7	-1,1

Groupe 2 : ASTHME / BPCO (pour les 5 ans et plus)	Taux de prévalence brut	Effectif total	Dont ALD spécifique	Dont autres ALD	Dont médicaments spécifiques sans ALD
2005	4,69%	2 777 776	345 742	555 286	1 876 748
2008	4,67%	2 812 337	376 562	601 544	1 834 231
TCAM 2005-2008 (%)	-0,1	0,4	2,9	2,7	-0,8

Groupe 3 : PSY. et TROUBLES MENTAUX	Taux de prévalence brut	Effectif total	Dont ALD spécifique	Dont autres ALD	Dont médicaments spécifiques sans ALD
2005	14,87%	9 393 108	1 164 776	2 631 289	5 597 044
2008	13,89%	8 934 018	1 231 775	2 727 642	4 974 601
TCAM 2005-2008 (%)	-2,2	-1,7	1,9	1,2	-3,9

Groupe 4 : CANCERS	Taux de prévalence brut	Effectif total	Dont ALD spécifique	Dont autres ALD	Dont hospitalisation sans ALD
2005	3,11%	1 962 491	1 743 904	90 601	127 986
2007	3,38%	2 160 992	1 931 192	102 660	127 140
TCAM 2005-2007 (%)	4,3	4,9	5,2	6,4	-0,3

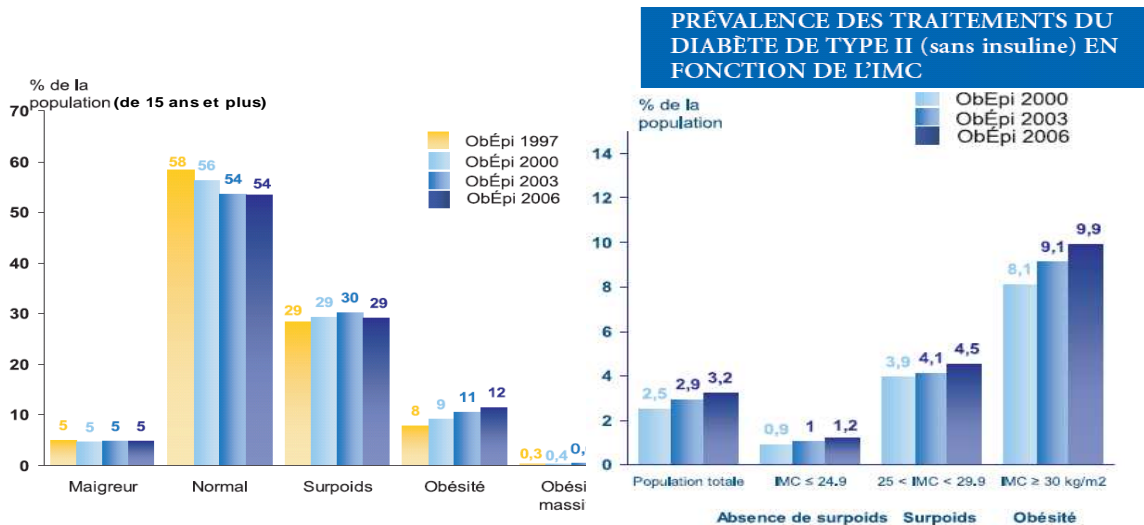
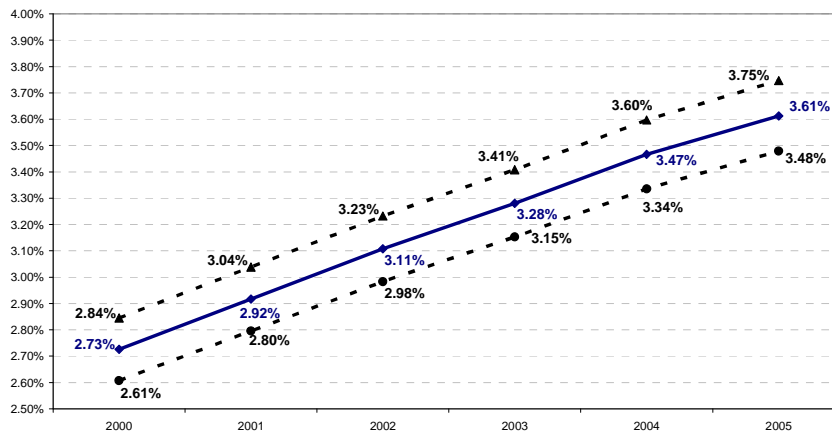
Groupe 5 : ALZHEIMER ET NEUROLOGIE	Taux de prévalence brut	Effectif total	Dont ALD spécifique	Dont autres ALD	Dont médicaments spécifiques sans ALD
2005	1,23%	777 626	629 551	98 983	49 092
2008	1,36%	876 493	731 354	102 111	43 029
TCAM 2005-2008 (%)	3,5	4,1	5,1	1,0	-4,3

Groupe 6 : OSTEOARTICULAIRE CHRONIQUE (pour les 20 ans et plus)	Taux de prévalence brut	Effectif total	Dont ALD spécifique	Dont autres ALD	Dont médicaments spécifiques sans ALD
2005	39,14%	18 467 177	232 377	2 797 113	15 437 687
2008	38,48%	18 620 654	281 604	3 132 696	15 206 354
TCAM 2005-2008 (%)	-0,6	0,3	6,6	3,8	-0,5

ANNEXE 2 : ACCROISSEMENT DU NOMBRE DE MALADES ET INTENSIFICATION DES TRAITEMENTS : L'EXEMPLE DU DIABETE

Une maladie de plus en plus fréquente

Le nombre de patients diabétiques continue de croître. La prévalence du diabète traité a ainsi augmenté de 2,9% en 2000 à 3,9 en 2007, soit un passage de 1,8 à 2,5 millions de personnes diabétiques traitées. Cette croissance est liée à la progression du surpoids et de l'obésité, au vieillissement de la population, mais aussi à l'amélioration de l'espérance de vie des personnes traitées pour diabète et à l'intensification du dépistage.



Une intensification des traitements et un meilleur suivi

L'étude ENTRED (échantillon national témoin représentatif des personnes diabétiques) menée en 2001 et reconduite en 2007 permet de comparer, à six années d'écart, les facteurs de risque, l'état de santé et la prise en charge de la population atteinte de cette maladie.

Cette étude montre une intensification des traitements antidiabétiques et une modification des choix thérapeutiques : on observe en effet une augmentation des traitements antidiabétiques avec plus de metformine et plus de bi et trithérapie, un peu plus d'insuline dans le diabète de type 2, correspondant mieux aux recommandations actuelles.

Les traitements préventifs des maladies cardiovasculaires et rénales se sont aussi beaucoup intensifiés. On observe ainsi une forte augmentation de l'utilisation des statines (+24%) et des traitements antihypertenseurs, avec notamment une hausse de 12 points pour les thiazidiques et de 18 points pour les sartans.

Des améliorations de la qualité du suivi médical sont observées. Les actes nécessaires au dépistage et au suivi des complications du diabète sont plus souvent pratiqués : fréquence des 3 dosages annuels d'HbA1c en hausse de 10 points, surveillance de la fonction rénale en hausse de 8 points, dosage des lipides en hausse de 8 points, électrocardiogramme en hausse de 5 points. En revanche, la fréquence de consultation ophtalmologique annuelle est presque stationnaire, pratiquée chez la moitié des personnes diabétiques (50 %, en hausse de 2 points) et l'examen attentif des pieds, qui vise à dépister la neuropathie et l'atteinte vasculaire périphérique et à traiter précocement toute lésion, reste très insuffisamment pratiqué.

Des résultats positifs sur l'état de santé

Globalement les personnes traitées pour diabète ont réduit leur risque cardiovasculaire : le contrôle glycémique s'est amélioré (HbA1c médiane : 6,9 %, - 0,3 %), la pression artérielle (médiane 130/80 mmHg, - 10 mmHg pour la systolique) et le LDL cholestérol ou «mauvais » cholestérol : 1,04 g/l, - 0,19 g/l) ont baissé quel que soit l'âge.

L'espérance de vie des personnes diabétiques semble s'améliorer fortement, confirmant les progrès médicaux. Ainsi la mortalité aurait diminué de 11,8% entre 2001 et 2007, à âge et sexe égal¹³.

Mais aussi, paradoxalement, plus de facteurs de risque et de complications chez les diabétiques

En même temps que les bons résultats sur la baisse de la glycémie et le recul de la mortalité, on observe **deux résultats paradoxaux qui doivent nous alerter :**

- le surpoids constitue le facteur de risque modifiable majeur du diabète de type 2. Or depuis 2001 **l'obésité des diabétiques a progressé de 7 points**, particulièrement chez ceux traités par insuline (+ 11 points).
- Alors que les experts attendaient une diminution, **la fréquence des complications traitées du diabète augmente.**
 - Un antécédent d'angor ou d'infarctus du myocarde est rapporté par 16,7 % des personnes diabétiques de type 2, un chiffre stable depuis 2001. Toutefois, la fréquence des revascularisations coronariennes est de 13,9 % et a augmenté de 5 points depuis 2001, ce qui porte au total la fréquence des complications coronariennes (en incluant les revascularisations) à 20,8 % (+ 3 points).
 - La perte de la vue d'un œil est estimée à 3,9 % (stable depuis 2001) et la fréquence du traitement ophtalmologique par laser à 16,6 %, ce qui a un peu augmenté depuis 2001 (+ 3 points).
 - Un mal perforant plantaire, lésion du pied pouvant conduire à l'amputation et signant une atteinte des nerfs et une atteinte vasculaire périphérique, est rapportée par 9,9 % (+ 4 points) des personnes diabétiques de type 2.
 - Une dialyse ou une greffe rénale, complications gravissimes mais rares du diabète concernent 0,4 % des personnes diabétiques.

¹³ Estimations Cnamts.

Un paradoxe qui n'est qu'apparent ?

Pourquoi observe-t-on un meilleur suivi des patients, une meilleure normalisation du diabète, et en même temps une augmentation de la fréquence des complications ?

Une explication partielle pourrait être qu'elles sont plus fréquemment dépistées.

Mais pour une part, c'est peut-être là une conséquence même des progrès accomplis : l'espérance de vie est plus longue chez les plus âgés et ceux présentant des complications.

Une progression très rapide des dépenses

L'ensemble des phénomènes décrits : forte augmentation de la fréquence du diabète, intensification des traitements et du suivi médical, augmentation de l'obésité des diabétiques, fréquence des complications traitées accrues contribuent à une augmentation très importante des dépenses pour la prise en charge de cette affection.

Le remboursement annuel s'élève en moyenne à 5 300 euros par patient diabétique en 2007¹⁴. Au total, les soins remboursés par l'Assurance maladie aux personnes diabétiques (traitements du diabète et de leurs autres affections) sont estimés à 12,5 milliards d'euros en 2007 :

- 4,7 milliards d'euros pour les hospitalisations,
- 3,4 milliards d'euros pour les médicaments : 37 % des remboursements de médicaments concernent les traitements à visée cardiovasculaire, les antiagrégants plaquettaires et les hypolipémifiants ; 23 % des remboursements concernent les antidiabétiques (soit 770 millions d'euros).
- 1,0 milliard d'euros pour les soins infirmiers, ce qui équivaut aux honoraires médicaux (1,0 milliard d'euros) remboursés à ces patients ;
- 1,0 milliard d'euros pour le matériel médical : le remboursement du matériel d'autocontrôle représente 370 millions d'euros par an ; plus de 70 millions d'euros sont consacrés aux pompes à insuline. Ces remboursements sont passés de 7,3 à 12,5 milliards en euros constants entre 2001 et 2007.

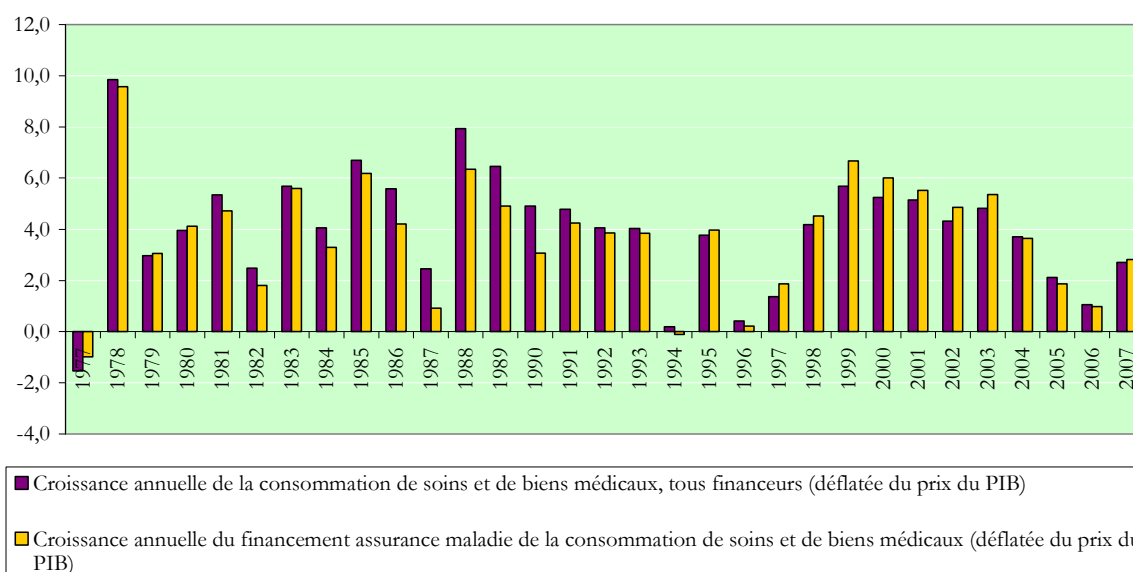
Compte tenu de ces facteurs la croissance des dépenses liées au diabète augmente de près de 10 % par an. La moitié de cette tendance résulte de l'augmentation du nombre de patients et la moitié de l'évolution du coût moyen du traitement par patient.

¹⁴ On constate toutefois des écarts importants entre les patients diabétiques, 10 % des personnes diabétiques représentant 50 % des remboursements.

ANNEXE 3 : L'EVOLUTION DU TAUX DE PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SOINS

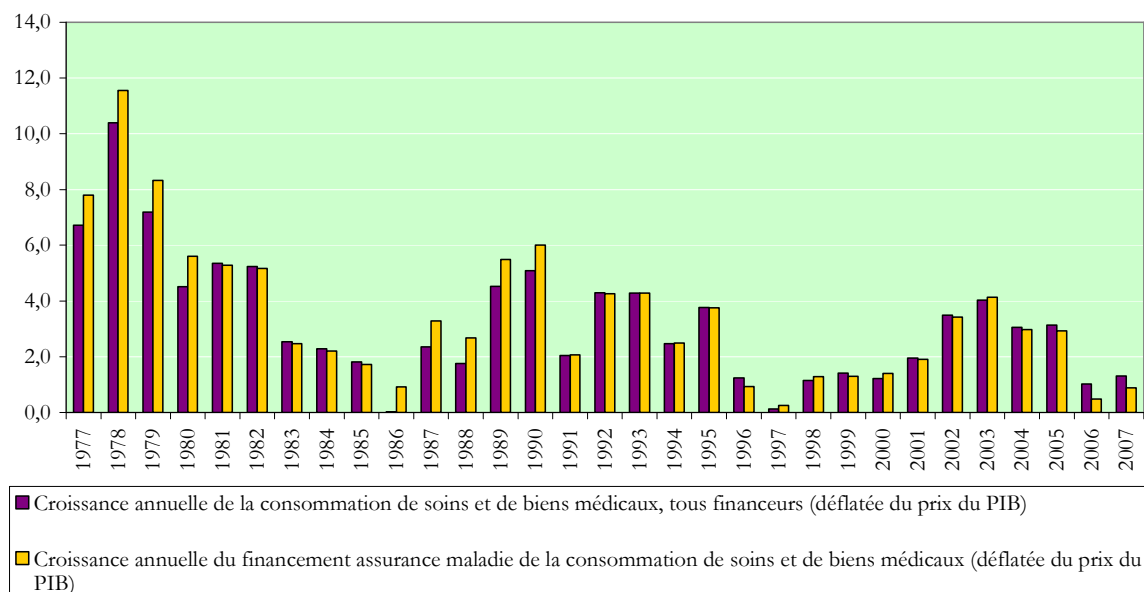
L'écart d'évolution entre la dépense totale et la dépense d'assurance maladie est resté très faible sur les soins de ville¹⁵. De fait, la part du financement de la sécurité sociale se stabilise autour de 65%, et ce taux a eu plutôt tendance à s'accroître sur les dix dernières années. Le taux recule en revanche de 1 point sur les dernières années pour les soins hospitaliers, de 92 à 91% (cf. graphiques et tableau ci-dessous).

Taux de croissance annuel de la consommation de soins de ville (tous financeurs et financement assurance maladie)



¹⁵ Le champ inclut les soins ambulatoires et les produits de santé au sens des comptes de la santé.

Taux de croissance annuel de la consommation de soins hospitaliers (totale et financée par l'assurance maladie)



Part du financement sécurité sociale dans la dépense totale (soins ambulatoires et produits de santé)

	Soins ambulatoires et produits de santé	Soins hospitaliers
1997	63,0%	92,0%
1998	63,2%	92,1%
1999	63,8%	92,0%
2000	64,3%	92,2%
2001	64,5%	92,2%
2002	64,9%	92,1%
2003	65,2%	92,2%
2004	65,1%	92,1%
2005	65,0%	91,9%
2006	64,9%	91,4%
2007	65,0%	91,1%

Source : Comptes de la santé

Une analyse plus détaillée a été menée, pour les postes pour lesquels il était possible de la mener, afin de décomposer l'écart entre la dépense totale et la dépense maladie en deux composantes :

- l'écart entre remboursé et remboursable d'une part,
- l'écart entre remboursable et dépense totale d'autre part.

En effet, les évolutions de la prise en charge des régimes d'assurance maladie obligatoires ou complémentaires ne relèvent pas toutes de la même logique.

Certaines relèvent d'un choix explicite d'inclusion ou non de certaines prestations dans le panier de soins financé collectivement. Par exemple, certains médicaments dont le service médical rendu est jugé insuffisant sont retirés du remboursement. Ce type de mesures, qui reflète des choix explicites sur les priorités d'allocation des ressources collectives, ne peut pas

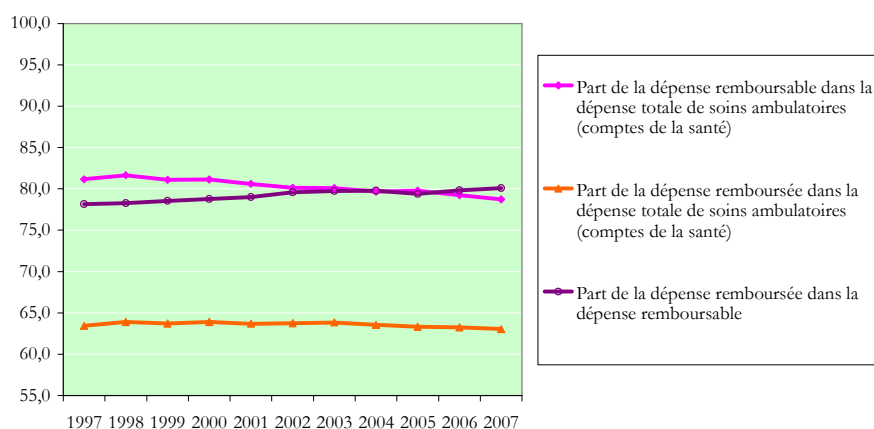
être considéré de la même façon que des hausses générales de co-paiements (tickets modérateurs, franchises, participations forfaitaires) ou d'autres phénomènes (dépassements).

C'est ce qu'avait indiqué le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, qui avait souligné « qu'il était souhaitable et légitime, autant que faire se peut, d'utiliser les modulations de prise en charge comme incitations financières à un usage efficient du système de soins par les assurés et les médecins, plutôt que d'appliquer des dispositifs aveugles et uniformes »¹⁶.

La décomposition remboursé – remboursable n'est pas possible pour les soins hospitaliers en l'état des données disponibles sur le secteur hospitalier public et l'analyse est donc limitée aux soins de ville.

Sur l'ensemble des soins de ville, on observe un double mouvement : la part de la dépense remboursable dans la dépense totale diminue, mais le taux moyen de remboursement (dépenses remboursées / dépenses remboursables) augmente, avec pour résultat final une quasi stabilité de la part des dépenses remboursées par l'assurance maladie dans le total des dépenses¹⁷.

Soins de ville : dépense remboursée, dépense remboursable, dépense totale



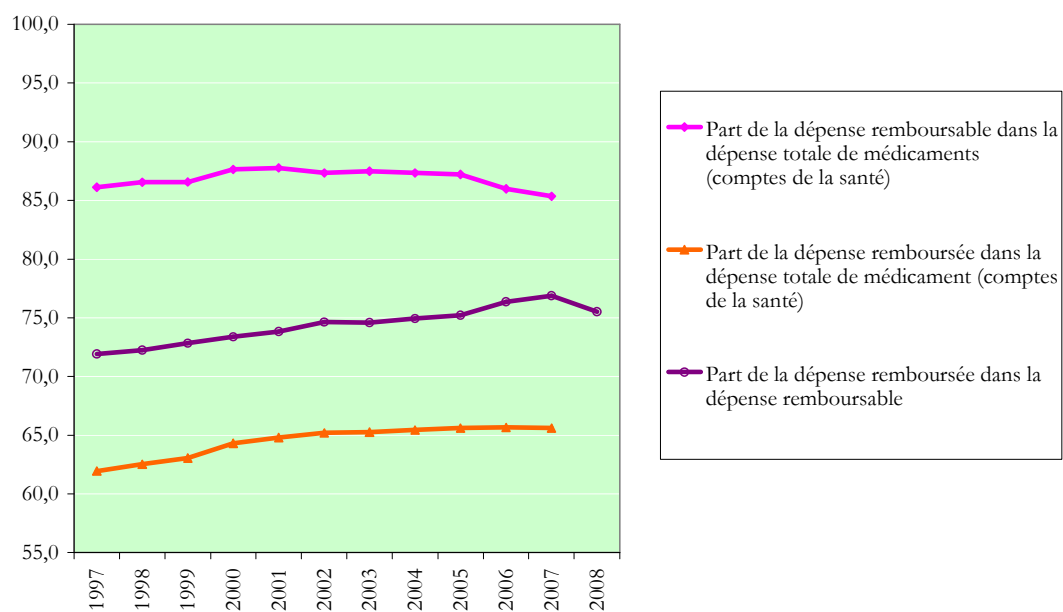
Au sein des soins de ville, cette évolution est encore plus nette dans le domaine du médicament : on a à la fois, sur la période récente, resserré le panier remboursable (déremboursement de médicaments SMRI) et accru significativement le taux de prise en charge sur les médicaments admis au remboursement (cf. graphique ci-dessous).¹⁸ Au passage, on peut noter que le taux moyen de remboursement redescend après mise en place de la franchise, mais qu'il reste un peu au-dessus du niveau de celui de 2005 (75,5% *versus* 75,2%).

¹⁶ Rapport annuel 2005, p 67. On peut aussi inclure dans le registre des participations ciblées le principe d'incitations financières à un usage du système de soins conforme au « mode d'emploi » préconisé : c'est le cas de la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins.

¹⁷ Il s'agit ici du champ des soins de ville au sens de l'assurance maladie, c'est-à-dire incluant l'ensemble des honoraires des médecins libéraux mais excluant les consultations externes hospitalières. Ce champ est donc un peu différent de celui des comptes de la santé, qui est considéré dans les graphiques précédents.

¹⁸ Cet accroissement résultant à la fois d'un effet mécanique (les médicaments sortis ayant des tickets modérateurs plus élevés) et de la dynamique de croissance des médicaments de spécialités, destinés à des pathologies lourdes et pris en charge à 100%

Médicaments : dépense remboursée, dépense remboursable, dépense totale



**ANNEXE 4 : AVIS DU HCAAM SUR LA SITUATION DES ETABLISSEMENTS DE
SANTÉ**

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

23 avril 2009

Avis sur la situation des établissements de santé

adopté le 23 avril 2009

par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

à l'exception de la CGT, de la CGT/FO et de Monsieur Le Guen (Personnalité Qualifiée)

L'hôpital¹⁹ n'est pas simplement une entreprise. Ni pour ceux qui y rentrent, ni pour ceux qui y travaillent. Ce qui s'y déroule met toute une communauté professionnelle au contact de réalités fortes, souvent dures, de situations humaines parfois aux limites, qui donnent au monde hospitalier sa singularité et sa grandeur.

Et pourtant l'hôpital est aussi une entreprise, et même parfois une très grosse entreprise, par la multiplicité de ses métiers, par la complexité de son organisation, par les processus d'organisation et de gestion qu'il doit par conséquent impérativement mettre en œuvre pour sa production de soins.

C'est pour ces deux raisons, prises ensemble, que s'impose la recherche de la performance dans toutes ses dimensions, humaine, médicale et économique. Cette efficacité globale de l'organisation hospitalière est attendue par tous. Par ceux qui y travaillent, d'abord, mais aussi par tous les Français, qui se souviennent qu'ils ont eu recours à l'hôpital et qui savent qu'ils y auront recours, aux moments les plus difficiles, et qui lui font confiance.

L'hôpital est une partie de notre « capital de confiance » collectif.

La mission de service public des établissements de santé ne doit en rien les exonérer de la nécessité d'une recherche volontariste et permanente d'efficacité et d'optimisation des moyens qu'ils mobilisent.

A partir de là, l'équité dans la définition et la répartition des moyens, la pertinence dans l'organisation des soins, la responsabilité dans les prises de décision médicales et administratives sont autant de valeurs auxquelles le Haut Conseil entend, par ce rapport, exprimer son adhésion.

¹⁹ Terme générique désignant les établissements de santé publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif. Trois fédérations les suivent : la FHF, la FEHAP, la FHP.

I) La complexité des activités des établissements et l'importance des enjeux humains et financiers qui sont en cause appellent un investissement intellectuel important d'une part, une gouvernance interne efficace d'autre part

1) Le nécessaire investissement intellectuel

La connaissance et la compréhension de l'activité hospitalière ont incontestablement progressé dans les dernières années. La mise en œuvre de la tarification à l'activité (T2A) a exercé une forte pression en obligeant les gestionnaires – centraux et locaux – à améliorer les instruments de mesure et d'analyse de cette activité.

a) Au niveau des administrations centrales, de la HAS, des régimes de sécurité sociale et des fédérations professionnelles.

Le renforcement de l'expertise de la DHOS²⁰, l'apport de l'ATIH et de la MeaH, le concours de la CNAMTS et de la DREES ont facilité la mise en œuvre d'un courant d'études qui permettent une compréhension plus étendue de l'économie des établissements. Les bases de données (celle de la FHF ou le groupement de comptabilité analytique d'Angers par exemple) regroupent désormais des données cohérentes en nombre et qualité. Les études sur l'échelle nationale des coûts ont progressé.

Des indicateurs (diagnostic flash, indicateurs sur les composantes de la productivité, approches des disparités territoriales par une cartographie fine) mettent en lumière des dispersions dont la compréhension est indispensable à une bonne gestion.

L'attention portée aux problèmes concrets d'organisation – c'est le cas notamment des études de la MeaH – et la diffusion, amorcée, des savoir-faire concrets acquis dans ces études accélèrent la prise en compte des processus d'amélioration des pratiques.

La procédure de certification a conduit à une mobilisation autour des enjeux de la qualité mais la HAS constate une grande variabilité entre établissements.

Ce mouvement est encore insuffisant.

Comme ces études ou collectes statistiques n'ont été mises en œuvre que de façon récente, on manque de « profondeur historique » et de suivis pluriannuels. Reposant souvent sur des échantillons, elles souffrent d'une représentativité parfois insuffisante. Pour mieux apprécier les parcours de soins individuels, il faudra rapidement réussir dans le double chantier de l'identification du médecin prescripteur et de la facturation directe dans les établissements publics de santé.

De ce fait il reste encore des zones où la connaissance et la compréhension des données économiques sont insuffisantes (c'est largement le cas sur le sujet – pourtant sensible de la convergence intersectorielle ou de l'insuffisance du secteur en aval du MCO). Cette carence justifie des études complémentaires et leur diffusion sur un mode qui permette concrètement la mise en œuvre de leurs conclusions.

Enfin, le Haut Conseil considère que la réussite de la future agence nationale pour l'appui à la performance hospitalière, l'ANAP, est un enjeu capital dans l'amélioration de l'efficacité de notre système hospitalier.

²⁰ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) et la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) sont rattachées à la DHOS.

b) Au niveau des ARS

Les agences vont assumer des responsabilités accrues. Ce sera le cas notamment pour assurer la cohérence entre les conséquences « spontanées » de la T2A en termes de spécialisation et de variations de parts de marché d'une part, de préoccupations d'équilibre régional d'autre part. Ce sera aussi le cas pour concevoir une meilleure intégration des établissements de santé dans une approche plus globale du système de soins (avec, à titre d'exemple, les progrès à assurer en matière de réseaux de soins et de prise en charge des urgences).

Elles doivent disposer des moyens nécessaires : un noyau significatif de cadres – médecins et non médecins – qui mettent en ordre raisonné les données issues des comptabilités et tableaux de bord des établissements. C'est l'investissement préalable si on veut que les ARS utilisent de façon cohérente les moyens juridiques qui sont les leurs en s'appuyant sur les analyses de la réalité médicale, sociale et économique des établissements d'une part, sur le développement d'une expertise opérationnelle d'autre part.

c) Au niveau des établissements de santé

Les établissements de santé sont des unités complexes (la taille moyenne des établissements MCO les met dans les 0,2% d'entreprises de plus de 250 salariés en France par exemple).

Ils doivent se doter de meilleurs instruments de pilotage et de suivi pour achever la trop lente montée en charge de la comptabilité analytique et développer de façon plus systématique l'analyse des processus de production et des moyens de leur optimisation.

Puisque la gouvernance de l'hôpital associe nécessairement médecins et autres personnels soignants, directeurs et cadres, il faut le développement d'une culture commune. S'il convient de ne pas multiplier les structures de concertation et de ne pas demander aux médecins des travaux qui peuvent être suivis par les cadres hospitaliers, le temps requis des médecins pour participer à l'élaboration et à l'exploitation des données socio-économiques et des indicateurs ne doit pas être considéré comme du temps « pris » sur leur activité de soins.

C'est un investissement indispensable pour accélérer l'action de réforme.

2) L'amélioration du système de gouvernance des hôpitaux publics est nécessaire.

Le bilan provisoire des dernières réformes (notamment sur la gestion par pôles et l'analyse médico-économique) montre qu'on a progressé. Il faut aller plus loin et assurer que le travail commun entre professionnels de soins, gestionnaires et représentants des usagers, travail coordonné par le conseil exécutif qui regroupe direction et représentants de la CME, débouche sur des décisions opérationnelles en s'appuyant sur des procédures clarifiées.

II) L'équipement hospitalier

1) Un secteur crucial pour les Français

Les établissements de santé occupent une place de premier rang dans la réponse aux problèmes de santé des Français : une personne sur six est hospitalisée dans l'année, soit en « hospitalisation complète » (séjour avec hébergement dans l'un des 220 000 lits de « médecine-chirurgie-obstétrique », MCO), soit en « hospitalisation partielle » (chirurgie ambulatoire ou hôpital dit « de jour », dans l'une des 20 000 places de MCO). Mais le recours global à l'hôpital est beaucoup plus important : soit au titre des soins d'urgence (environ 16 millions de passages par an), soit au titre des séances et cures (dialyse, radio et chimiothérapies), soit encore au titre des 33 millions d'actes dits « externes ». Enfin – mais ce point est hors du champ de cet avis – il faudrait ajouter toutes les hospitalisations qui ne concernent pas les soins aigus : soins de suite, psychiatrie et soins de longue durée.

Ce recours massif à l'hôpital concerne toutes les tranches d'âge, avec toutefois une nette prédominance des personnes âgées ; il touche toutes les catégories socioprofessionnelles, même si c'est certes de façon inégale.

L'hôpital est enfin un employeur très important : 1,2 millions de personnes y travaillent (environ 1 million d'ETP), les charges de personnel représentant près de 70% des dépenses des établissements.

2) Densité et qualité des établissements

Le réseau des établissements de santé (MCO) est un réseau dense : environ 4 lits (ou places d'hospitalisation partielle) pour 1000 habitants en moyenne, ce qui place la France dans une position médiane par rapport aux autres pays de l'OCDE. Mais les inégalités territoriales, aussi bien en termes bruts qu'en termes corrigés tenant compte de la part de population âgée plus « hospitalo-requérante », sont importantes.

Il emploie des personnes qui sont souvent hautement qualifiées et toujours très fortement impliquées. Les difficultés de recrutement et de carrière qu'on connaît sur quelques métiers et sur quelques territoires de santé appellent une réaction rapide.

La qualité technique des établissements de santé est, dans l'ensemble, très élevée et les assurés sont soignés sur les standards les plus exigeants – et souvent innovants.

Ces caractéristiques – de densité et de qualité – ont permis au système hospitalier d'absorber, sans trop de tensions, la croissance régulière du volume de son activité (évaluée à plus de 1% par an). Mais il n'y a pas eu d'inflation désordonnée du recours à l'hôpital surtout si on rapporte les chiffres précités à l'augmentation de la population (pondérée légèrement « vers le haut » par son vieillissement). Cette croissance est liée essentiellement à la « densité » technique de la prise en charge (c'est l'effet « structure », c'est-à-dire l'évolution du coût moyen de chaque passage).

3) Le système hospitalier engage des financements importants (la dépense hospitalière est de 72 Md€ en 2008, dont 75 % dans le secteur MCO sur lequel l'étude du HCAAM est centrée).

Le poids de la dépense hospitalière dans le PIB est parmi les plus élevés de l'OCDE²¹.

C'est bien entendu la disponibilité et la qualité de l'offre qui expliquent l'importance de la dépense hospitalière.

²¹ Même si sa part dans les dépenses de santé a constamment baissé depuis 20 ans.

Mais elle renvoie aussi à :

- * des défauts dans l'organisation des soins. On évoque souvent une tendance à « l'hospitalo-centrisme » et plus précisément un secteur MCO excessif. Ce peut être le cas par exemple pour une part des urgences. L'insuffisance du secteur aval et des alternatives à l'hospitalisation – chirurgie ambulatoire et HAD – contribuent à des hospitalisations abusives en MCO ;

- * des organisations ou processus insuffisamment productifs.

Leur exacte appréciation est cruciale pour le pilotage de la politique hospitalière et sa traduction opérationnelle.

III) L'offre hospitalière et son financement répondent très honorablement à l'attente des usagers : une vraie égalité devant les soins ; de hauts standards de qualité

L'accessibilité de l'offre hospitalière est une notion multiforme : distance d'accès, délais d'attente, coût restant à la charge de l'assuré. On peut considérer que cette accessibilité est, dans l'ensemble, très bonne ; elle est d'ailleurs ressentie comme telle. Il existe en revanche, sur tous ces points, quelques situations très insatisfaisantes, en nombre limité mais qui peuvent être aiguës.

1) L'accessibilité physique aux établissements de santé est dans l'ensemble aisée

La proximité du service hospitalier, qu'il conviendrait de définir par des temps de parcours maximum, par type de besoin de soins, et non pas comme des distances moyennes à des équipements, est globalement bien assurée. C'est sur certaines disciplines et dans certaines zones géographiques seulement que l'on constate la permanence de « points noirs », où le délai d'accès excède le souhaitable voire ce que recommande le consensus médical²².

La France n'est, par ailleurs, pas considérée par l'OCDE comme confrontée à une situation de liste d'attente pour les opérations programmées. Même si, là aussi, des délais d'intervention existent dans certaines disciplines (ophtalmologie p.ex.).

2) L'information des usagers – et celle de leur médecin traitant - est insuffisante pour permettre une orientation vers le type de prise en charge le plus pertinent.

La mise en ligne de la plate-forme internet d'information sur les établissements de santé, le site Platines, représente un effort de communication des pouvoirs publics envers les usagers.

Le site Hopital.fr développé par la FHF, la FEHAP et la FNCLCC, va également dans le sens d'une meilleure information du grand public.

Le rapport de certification de la HAS, qui comprend désormais une version synthétique, est rendu public. Il est de plus relayé par les médias nationaux ou régionaux.

²² C'est le cas notamment pour l'infarctus.

3) La sécurité et la qualité des prises en charge

C'est un champ désormais mieux connu et mieux suivi.

La fermeture de petites unités (maternités et unités de chirurgie) dont la taille ne garantissait ni la qualité ni l'économie a été bien amorcée. Elle doit être poursuivie, notamment en chirurgie. Les formules de communauté hospitalière de territoire et de groupement de coopération permettront une action à la fois plus résolue et socialement mieux acceptée.

La généralisation des procédures de certification contribue grandement à l'amélioration de la qualité. La diffusion de référentiels de bonne pratique et leur suivi dans des tableaux de bord, désormais publics, permettent de nets progrès (c'est le cas par exemple pour les maladies nosocomiales).

L'amélioration du cadre de vie des patients est réelle, liée à des investissements importants et à la présence de professionnels attentifs et compétents.

4) Le niveau de prise en charge de l'hospitalisation reste – et c'est souhaitable - élevé

Le taux de prise en charge des soins hospitaliers est très élevé (plus de 90% des dépenses sont remboursées par un régime obligatoire d'assurance maladie ; une bonne partie du solde par les couvertures complémentaires). Mais il reste encore des situations de reste à charge très élevé.

On peut donc dire que les frais hospitaliers sont à la fois de très loin les mieux couverts en moyenne, et, en même temps, les premiers responsables des taux d'effort excessifs, notamment pour les ménages modestes dépourvus de couverture complémentaire ou dont le contrat n'offre que des garanties limitées.

a) C'est la puissance des exonérations (notamment pour les assurés en ALD et pour les soins coûteux – l'ex « K50 ») qui explique ce taux élevé.

Ce taux d'engagement ne baisse pas de façon significative sur la période récente.

b) Mais ce système de prise en charge a des défauts significatifs

b1) une fréquence – certes faible - de reste à charge élevés dans le champ de la dépense remboursable

Elle provient de l'application du ticket modérateur dans les services de médecine pour les prises en charge inférieures à trente jours et de forfaits journaliers en nombre élevé (notamment en psychiatrie).

Bien entendu, ces reste à charge (RAC) élevés sont très largement pris en charge par les organismes complémentaires qui réalisent ainsi une mutualisation opportune de ces risques.

Il n'en demeure par moins qu'ils pénalisent les assurés qui n'ont pas de complémentaire ou dont le contrat ne couvre le forfait que sur une durée limitée.

On devrait corriger ces situations.

b2) les dépassements

Ils sont désormais relativement fréquents et parfois d'un montant important ; la diminution de l'offre en tarifs opposables dans certains territoires de santé et/ou dans certaines spécialités s'accroît.

C'est dans ce contexte que le HCAAM avait considéré que l'accès des patients à une offre à tarifs opposables ou à défaut maîtrisés était l'objectif prioritaire. Cela passe par le cantonnement des dépassements en établissement.

A défaut d'un scénario de « reconquête » (augmentation du tarif opposable dans le cadre d'une refonte globale du système de rémunération des médecins impliquant une croissance des honoraires pris en charge par les régimes de base), deux approches sont en cours de discussion, l'une - le dispositif prévu par le projet de loi HPST – dans le cadre parlementaire, l'autre - le secteur optionnel – dans le champ conventionnel.

L'action autonome des organismes qui gèrent les couvertures complémentaires tendant à rendre les dépassements plus transparents et à peser sur leur niveau pourrait contribuer au règlement de ce problème.

*

* *

Confirmant avec insistance la position qu'il avait émise lors de ses précédents rapports, le Conseil considère que l'existence de reste à charge excessif, dont les dépassements, n'est pas acceptable. Il a décidé de mettre ce sujet à son programme de travail.

IV) Il existe des défauts dans l'organisation de l'offre de soins qui pèsent sur la productivité des établissements

1) La réponse aux besoins de soins en amont et en aval du MCO n'est pas suffisamment connue

Ainsi ne connaît-on que de façon très partielle l'insuffisance des structures en aval du MCO – notamment pour les SSR et les prises en charge des personnes âgées. On n'a pas d'analyse rigoureuse du potentiel de développement et du bilan économique de la HAD eu égard à son déploiement.

Cet état de fait permet la diffusion d'idées fausses (par exemple la comparaison du coût des urgences avec le C, surestimation des zones de concurrence entre urgences et PDS..).

Or il existe une grande plasticité dans le « besoin en capacité » de MCO comme l'a montré une récente étude de la DREES à l'horizon 2030 : selon les trois scénarios analysés, le besoin en lits MCO se situe, par rapport au niveau de 2004, à +36% dans le scénario le plus conservateur, à + 11% si on prolonge les progrès réalisés ces dernières années et à – 4% si on adopte une politique plus volontariste.

2) Le rapport du HCAAM a porté notamment sur

a) Les soins non programmés

La réponse à la demande de soins non programmés est le fait de la médecine de ville, des services d'urgence.

a1) Le recours aux services d'urgence des établissements de santé a considérablement augmenté (de 7 à 16 millions de passages entre 1986 et 2006).

Une très grande partie des passages dans ces services ne renvoie pas à une situation grave de santé ce qui explique le faible taux d'hospitalisation consécutif à ces passages. Il s'agit le plus souvent d'épisodes banals, de faible gravité.

Des motifs puissants expliquent ce recours : la disponibilité et la certitude d'une prise en charge « complète » (consultation, soins et actes techniques de biologie et de radiologie) – et ces atouts l'emportent, même si les assurés savent d'expérience ou pressentent que les temps d'attente et de passage peuvent être longs.

L'offre « en ville » ne peut pourvoir à la totalité de cette demande. L'assuré peut être loin du cabinet de son médecin (il est par exemple sur son lieu de travail) ; comme la plupart des médecins sont seuls dans leur cabinet, la prise en charge d'une demande urgente n'est pas toujours facile même pendant les heures d'ouverture de leur cabinet ; les disparités de densité médicale peuvent affecter la disponibilité de la médecine de ville ; la PDS a une portée limitée.

Ces éléments expliquent certains traits structurants du système actuel

60% des passages aux services hospitaliers d'urgences se font, du lundi au vendredi, de 6 h à 18 h, durée qui recouvre très largement la période d'ouverture des cabinets des médecins de ville (ces 7M de passages présentent près de 3% des C et V des médecins libéraux hors PDS²³).

La permanence des soins la nuit et le dimanche prend en charge environ la moitié des recours sur ces périodes (plus le dimanche que la nuit, notamment entre 0 et 8h²⁴).

Il est donc illusoire de vouloir freiner très sensiblement la pression sur les urgences dans les conditions actuelles de l'exercice en ville. Reste à organiser la prise en charge, et ce à un double niveau :

- encourager les structures hors des établissements de santé (c'est le cas avec les maisons médicales ou des pôles de santé) ;
- améliorer les procédures internes aux hôpitaux notamment pour diminuer les temps d'attente et de passage et mieux prendre en charge les malades qui devront être hospitalisés, notamment par le développement de procédures d'admission directe.

a2) il faut encore « crédibiliser » la PDS. A la fois pour soulager la pression qui s'exerce sur les établissements de santé et pour « amortir » les frais d'astreinte. Les progrès de la régulation sont encore insuffisants.

a3) Les consultations externes dans les hôpitaux publics – en nombre élevé, 29 M en 2006 pour le MCO – sont mal connues. Leur coût est mal analysé ; mais il est vraisemblablement trop élevé dans certains cas.

L'organisation est parfois défectueuse. Mais là encore, l'étude réalisée par la MEAH doit permettre de généraliser la rationalisation des organisations, étant observé que sur certaines spécialités et dans certains territoires, ces consultations externes sont le principal voire le seul accès offert aux patients.

²³ Estimation réalisée à partir d'un échantillon de 900 000 passages aux urgences soit 6% du total national à partir des données des établissements de la région parisienne du réseau cyber-urgences.

²⁴ Ce qui explique le coût élevé de la visite dans cette tranche horaire – plus de 213 €.

b) L'HAD : des objectifs à préciser, un bilan à affiner

Son développement est récent. La part importante d'initiatives locales explique les disparités régionales de taux d'équipement. On a adopté ces dernières années une politique plus volontariste.

Le niveau actuel reste insuffisant (100 mille prises en charge pour 2,3 M de journées).

Or ce type de prise en charge hospitalière est considéré comme efficace et économe. Il peut par ailleurs répondre au souhait des malades et de leur famille.

Mais il n'y a pas d'analyse rigoureuse ni sur la cible potentielle ni sur le bilan économique de la HAD. Cette incertitude ne permet pas de dire s'il faudrait aller au-delà de l'objectif de 15 000 places prévu pour 2010.

Le développement d'études pour la constitution d'une échelle nationale des coûts et sur les indications d'HAD a été opportunément engagé.

c) Les marges encore existantes sur la prise en charge en ambulatoire

Que cela concerne la chirurgie ou la chimiothérapie, la prise en charge en ambulatoire est de plus en plus souhaitée par les patients. Les hôpitaux publics n'ont pris conscience que très récemment de la nécessité d'organiser cette offre ambulatoire. Ils doivent encore poursuivre dans ce sens.

d) L'insuffisance des structures aval (SSR et long séjour d'une part, établissements médico-sociaux d'autre part)

Elle est mal connue mais unanimement déplorée.

L'option d'un développement fort du secteur médico-social est nécessaire si on veut n'avoir recours à l'hospitalisation en MCO qu'à bon escient.

Les besoins en personnel qu'il implique devraient rendre moins difficiles les ajustements d'effectifs du secteur MCO.

e) Les rapports entre les médecins traitants et les structures hospitalières, qu'il s'agisse de l'admission ou de la sortie, devraient être améliorés et rationalisés.

f) La faiblesse des réseaux de soins

On est au tout début du processus. Et ce, avec des résultats mitigés.

Il est temps de sortir de la phase expérimentale incertaine et heurtée dans son financement et son organisation. C'est un enjeu central notamment pour la qualité des prises en charge des personnes âgées.

3) Les voies d'amélioration

Comme indiqué au début de cet avis, il faut encore progresser dans une meilleure connaissance des différentes modalités de prise en charge d'une part, doter les ARS des moyens humains adéquats d'autre part.

Le projet de loi HPST devrait permettre de procéder aux restructurations nécessaires. Les outils que constituent les communautés hospitalières de territoire et les groupements de coopération devraient y contribuer.

Le développement résolu du secteur médico-social est un enjeu capital.

V) Le constat de disparités²⁵ – non justifiées par la nature des charges – entre établissements permet de conclure qu’une meilleure organisation dégagerait des marges substantielles de productivité. L’approche prudente des convergences tarifaires pousse à leur mobilisation

1) Le constat : d’importantes disparités dans les indicateurs

L’apparition récente d’indicateurs d’efficacité (qu’il s’agisse de la qualité ou de la productivité des prises en charge) est liée à la T2A qui a amené les administrations et les établissements à mieux repérer les zones d’écart, préalable à leur explication puis à leur résorption.

Le trait commun de ces analyses, c’est le constat d’une forte dispersion des indicateurs. Sans doute faut-il être prudent dans son interprétation. Mais par son ampleur cette dispersion renvoie incontestablement à des différences de productivité.

Le développement d’études de terrain (notamment les études de la MEAH) qui, de façon convergente, soulignent l’importance des problèmes organisationnels (cf. étude sur les blocs opératoires, la gestion des lits ou les temps d’attente et de passage dans les services d’urgence) montre qu’il s’agit très souvent d’améliorations dans l’organisation des services. La productivité des fonctions de logistique – qui pèsent plus de 15% dans les charges – est très inégale. D’où des écarts de coût anormaux entre établissements. Les progrès dans la mutualisation et l’externalisation dans les établissements publics sont encore insuffisants. Pourtant ces formules permettent à l’équipe de direction de concentrer son action sur le « cœur de métier » que constituent les soins et de rechercher des économies, dégageant des moyens additionnels au profit des soins.

Cet objectif de gain de productivité doit être permanent sur les principaux postes de dépenses²⁶.

*

* *

C’est pour réduire cette dispersion et amener l’ensemble des établissements vers le meilleur niveau d’efficacité qu’on a entrepris de faire converger leurs moyens budgétaires.

2) Une approche prudente des convergences tarifaires

²⁵ Il ne faut pas croire que les disparités sont le fait des seuls établissements publics. Ainsi, on constate dans les cliniques que le CA par euro de salaire varie sensiblement autour de la moyenne : on va de 1,25 à 2,75 (source Observatoire économique des cliniques, FHP).

²⁶ % d’établissements ayant tout ou partie de l’activité externalisée

	public	privé lucratif
Restauration, linge déchets	40%	91%
Achats, maintenance	4%	6%
Prestations techniques	59%	74%
Activités médico-techniques	41%	48%
Gestion du personnel, formation	10%	11%
informatique	28%	44%
Contrôle, finances, contrôle de gestion	0%	18%

Le poids des personnels externalisés dans le public est de 1,3% de la masse des rémunérations (source : DHOS), il est de 8% dans le privé (source : Observatoire économique des cliniques, FHP). Il faut cependant tenir compte de du fait que les médecins ne sont pas comptés dans les effectifs du privé, à l’inverse du public ; le ratio du privé devrait être sensiblement rabaisé pour être comparé à celui du public. Il faut, par ailleurs, être prudent.

a) Les données de base de la gouvernance financière

a1) une nouvelle doctrine pour l'allocation des ressources

L'introduction de la tarification à l'activité (T2A) est évidemment le sujet majeur des dernières années.

On doit cependant prendre garde à ne pas confondre les questions : la T2A ne décide pas du volume des ressources, qui résulte exclusivement de l'enveloppe de l'ONDAM votée par le Parlement (en ce sens, il serait inexact de dire que la garantie d'un revenu global suffisant pour le fonctionnement des hôpitaux exige une multiplication de leurs actes). En revanche, la T2A gouverne la répartition de cette ressource globale entre les différents établissements hospitaliers. La nouveauté, par rapport à la « dotation globale » instaurée en 1983, qui reposait fondamentalement sur la reconduction historique des budgets, est considérable : la clé de partage des ressources entre hôpitaux s'efforce désormais d'être la plus proche possible de l'importance de leur activité soignante.

Ce principe consistant à répartir les ressources disponibles en fonction de données médicales a déjà été adopté par une vingtaine de pays de l'OCDE, et apparaît comme un gage d'équité et de bonne gestion.

Généralisée depuis 2005 dans le secteur privé, elle s'applique selon les mêmes modalités au secteur public depuis 2008. Dans les deux secteurs, la montée en charge est progressive puisque des « coefficients de transition » doivent assurer l'ajustement jusqu'en 2012.

Le Conseil confirme l'avis positif qu'il avait porté dans son rapport de 2005. Il considère que le passage de la T2A à 100% en 2008 était vraisemblablement l'option la plus réaliste dès lors qu'elle ne trouvait son plein effet que sur quatre ans et qu'on acceptait d'en corriger certains aspects ou incidences par l'augmentation des dotations MIGAC.

Cette approbation du principe de la T2A n'invalide pas l'analyse faite à l'époque sur les possibles effets pervers d'un tel mode de répartition, inhérents à tout mode de répartition à l'activité. Leur suivi doit faire l'objet d'une vigilance permanente qui incombe désormais au « Comité d'évaluation de la T2A » : risque d'actes ou d'examen abusifs, risque d'abandon d'activités regardées comme insuffisamment rentables, de contre-sélection de patients dont les coûts seraient mal reconnus, ou encore de négligences dans la qualité des soins dispensés. Il convient par ailleurs de veiller à mettre en cohérence les effets spontanés de la T2A (en termes de spécialisation, d'implantation et de « parts de marché ») d'une part, les nécessités d'un équilibre par territoires et secteurs d'autre part. Le Haut Conseil souhaite qu'on vérifie que la composition et le mode de fonctionnement de ce comité permettent le développement d'un débat plus « ouvert ».

La généralisation de la T2A à 100% doit être accompagnée par l'octroi de moyens financiers en sus des tarifs de la T2A. Les MIGAC, loin d'être contraires à la logique de la T2A, en sont le complément nécessaire pour autant que les crédits de l'espèce soient documentés et discutés avec les Fédérations professionnelles.

Bien qu'introduite aujourd'hui « à 100% » dans les budgets hospitaliers, la T2A ne couvrait en 2008 que 76% des dépenses hospitalières remboursées par l'assurance maladie.

Certaines dépenses ont, en premier lieu, vocation à être prises en charge en dehors de la T2A de manière forfaitaire : les dépenses d'enseignement et de recherche, les dépenses liées à diverses missions d'intérêt général (prévention, aide médicale urgente, soins aux détenus, vigilance sanitaire, etc.) et les dépenses destinées aux adaptations structurelles. Tel est l'objet des dotations rassemblées sous l'ensemble MIGAC (« Missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation »). Il n'est toutefois pas possible, aujourd'hui, d'assurer que le montant

fortement croissant des MIGAC (6,6 Mds€ en 2008, soit +37% depuis 2005) correspond exactement à leur contenu de principe. Ce point, fondamental pour la crédibilité du système et l'équité de répartition entre les deux secteurs – le secteur privé n'émargeant guère aux MIGAC – nécessite encore des efforts de transparence. Il justifie pleinement la mise en place, à partir de 2008, d'une démarche obligatoire et spécifique de contractualisation avec l'ARH pour l'attribution de MIGAC.

En second lieu, s'il est admis que des dépenses de médicaments ou dispositifs médicaux innovants et coûteux soient couvertes « en sus » de la tarification à l'activité, il convient de s'assurer qu'elles ne pèsent pas négativement sur les efforts d'optimisation. Mais cela suppose que ces listes de médicaments et dispositifs médicaux « en sus » (qui représentent environ 3,5 Mds€, et plus de 60% des dépenses de médicament à l'hôpital) soient gérées de manière dynamique, et que les nouvelles inscriptions sur la liste en sus conduisent à réexaminer le bien-fondé des anciennes.

a2) L'accompagnement – très imparfait – du « nouveau cours » par les contrats de retour à l'équilibre

Même si le changement a été mené à pas comptés, certains établissements n'ont pu suivre, d'où l'apparition de situations dégradées.

Le Conseil ne trouve pas contestable dans son principe la mise en place de plans d'accompagnement. Mais le bilan qui en a été dressé, pour la première génération d'entre eux, est – à juste titre – sévère.

La nouvelle génération devrait être gérée avec plus de rigueur ; elle devrait être désormais mieux étayée par la disponibilité de données sociales, économiques et financières pertinentes et sous-tendus par des plans d'actions opérationnels.

a3) L'ONDAM/MCO fixé ces dernières années l'a été à un niveau réaliste compte tenu du niveau du PIB et des prix.

Mais la dégradation de la situation financière de certains établissements montre qu'il aurait été dangereux de le contraindre davantage. Non qu'une telle contrainte eût été en soi irréaliste. Elle aurait tout simplement excédé la capacité d'évolution et de gouvernance du système et des mesures plus radicales n'auraient pas été comprises en raison des risques sociaux liés aux compressions d'effectifs du personnel qu'elles auraient entraînées.

Certains membres du Conseil ont estimé que l'ONDAM avait été fixé à un niveau trop faible.

b) Les voies de la convergence

b1) la convergence intra-sectorielle

C'est sans conteste le point prioritaire. Comme le secteur public est plus homogène dans les prestations que fournissent les divers établissements publics, l'analyse des dispersions et leur résorption sont plus facile.

Elle ne pose pas de problème de principe, ce qui ne veut pas dire que sa conduite soit aisée. Il s'agit d'en échelonner le cadencement de façon opportune. C'est le cas des options retenues pour autant qu'on sache par la gestion des aides à la contractualisation lisser, si nécessaire et de façon temporaire, les situations les plus critiques.

b2) la convergence inter-sectorielle entre le secteur public et le secteur privé

C'est un sujet très polémique. En témoigne « le grand écart » entre les positions des différentes fédérations professionnelles : plus de 12Md€ de « surfinancement » du secteur public selon la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP) ; guère d'écart selon la Fédération hospitalière de

France (FHF). Sans doute y a-t-il dans ces positions une part de « jeu de rôle ». Mais il y a surtout une grande difficulté à apprécier la situation actuelle, préalable à toute mise en œuvre de la convergence dont le Parlement a fixé le terme à 2012.

Le principe n'est pas contestable : il n'y a aucune raison de payer à des tarifs différents des prestations homogènes. C'est l'approche qui a été retenue dans la loi de 2005.

Reste à établir :

- le niveau de l'écart qu'il convient de justifier ou de résorber
- d'expliquer l'origine des écarts et de les classer en :
 - * éléments qui justifient une différence de tarifs (la loi précitée prévoit ainsi très normalement que la comparaison – puis la convergence- doivent se faire pour des prestations de nature comparable).
 - * éléments qui ne peuvent fonder – en tout cas durablement – une différence de tarifs.

b3) le rapport remis au Parlement²⁷ chiffre à 37% « l'écart facial » en 2008.

Ce chiffre – le seul officiel – est contesté par la FHF qui estime que la comparaison faciale est calculée sur un champ trop étendu²⁸. Elle propose que l'écart facial soit calculé sur un champ plus restreint où l'activité dans le secteur privé a une densité minimale.

Elle fixe alors l'écart facial à 25%.

Le Conseil recommande qu'on diligente des études sur cette approche.

b4) cet « écart facial » peut renvoyer :

- à des différences de champ dans la computation des charges dans les deux secteurs ;
- à des différences dans la nature des charges (notamment le case-mix des secteurs). Elles justifient un écart de tarifs ;
- à des contraintes qui s'imposent au gestionnaire à case-mix identique. On doit essayer de les résorber progressivement, et à défaut on doit admettre qu'elles autorisent un écart de tarifs au moins de façon temporaire ;
- à des différences de productivité. Elles ne peuvent fonder une différence de tarifs.

La plupart des intervenants dans ce débat admettent que le problème se pose dans ces termes.

Reste donc à « éclater » l'écart facial – dont a vu qu'il faisait l'objet de deux approches différentes – entre ces motifs.

*

* *

- on a progressé sur l'analyse des différences de champ et on pourrait rapidement stabiliser cette analyse.

- des études – encore partielles et imparfaites – ont permis une première approche de la différence dans la nature des charges, ce qui a conduit dans les campagnes budgétaires 2008 et surtout 2009 de restructurer les modalités d'allocation financière (adoption de la version V11,

²⁷ Octobre 2008.

²⁸ Elle considère que les tarifs accordés au secteur privé sur des activités où celui-ci est quasiment absent sont irréalistes.

basculement des tarifs vers les MIGAC pour tenir compte de la précarité et de l'urgence...). De ce fait l'écart facial est ramené, en 2009, à 26% (contre 37% dans le calcul DHOS précité pour 2008).

-on a pu vérifier, mais de façon très rustique, que l'écart résiduel n'était pas lié de façon significative à des différences objectives dans le coût des facteurs de production (coût salarial du personnel non médical, charges fiscales).

*

* *

Mais on ne sait toujours pas à quel niveau s'établirait l'écart résiduel une fois qu'auraient été prises en compte, de façon plus complète, les différences dans la nature des charges.

Le Conseil prend acte de ces résultats intermédiaires.

Il en tire deux conclusions :

* dans l'immédiat, il n'est pas possible qu'on adopte une politique budgétaire qui différencie sensiblement les évolutions tarifaires des deux secteurs. On peut cependant envisager des ajustements ponctuels et certains rapprochements tarifaires pour des prestations effectivement comparables s'ils sont correctement documentés.

* il faut poursuivre très activement les études pour arriver à un resserrement des estimations et établir ainsi la ligne de convergence à assurer.

VI) Perspectives financières

Les principes de la T2A définissent les règles de répartition des ressources.

Mais c'est bien évidemment l'ONDAM qui définit concrètement le niveau de la dépense²⁹.

La crédibilité de l'ONDAM est donc le problème central du pilotage budgétaire des établissements de santé.

La fixation de l'ONDAM/MCO doit s'appuyer sur :

- l'analyse des segments d'activité sur lesquels il faut encore accroître les moyens d'une part et les marges d'économies liées à une amélioration dans l'organisation de l'offre de soins et de l'efficacité interne des établissements d'autre part ;

- la capacité des établissements à assumer cette ligne budgétaire. Elle renvoie à une amélioration de leur gestion. Or celle-ci ne peut être ni radicale ni très rapide dans une communauté de travail complexe et parfois inquiète. L'investissement dans la connaissance de l'économie des établissements et leurs processus de production est, comme il a été dit au début de cet avis, un enjeu primordial ;

- la capacité, au niveau central, des administrations de l'état, de l'assurance maladie et des fédérations professionnelles et au niveau local des ARS à mieux organiser l'offre de soins.

Le Conseil considère qu'on peut envisager que l'ONDAM MCO progresse moins vite que l'ONDAM global, ce qui permettrait de financer l'ONDAM médico-social. Il pourrait évoluer à un rythme légèrement inférieur à celui de la richesse nationale sur le moyen terme. Cette évolution correspond à la fois à une adaptation des besoins relatifs du médico social et du MCO, et à l'amélioration de la productivité telle qu'évoquée précédemment. Cette option peut

²⁹ Nul doute que la T2A serait plus « acceptée » si elle se déployait dans le cadre d'ONDAM plus élevés.

entraîner pour certains établissements des baisses d'effectifs dont l'incidence sur l'économie locale et la situation de l'emploi sera d'autant plus faible qu'on développera résolument le secteur médico-social. L'ajustement des effectifs est cohérent avec le turn-over du personnel et les possibilités de mobilité – dont il faudrait mesurer l'attractivité – au sein du secteur public de santé.

Notre capacité à tenir cette ligne budgétaire serait plus effective si on accroissait l'effort afin de mieux expliquer à l'opinion – et au premier rang, la communauté hospitalière – les enjeux de cette évolution d'une part, de la rassurer en rappelant sans cesse la force de notre hospitalisation et la « progressivité assumée » du changement d'autre part.

ANNEXE 5 : BILAN DES MESURES PROPOSEES EN 2009

Mesures proposées dans le rapport pour 2009	bilan des propositions au 30 juin 2009
Axe 1 : Développer la prévention	
Développement de l'action du médecin traitant	Décision UNCAM du 9 avril 2009 publiée le 21 avril 2009 - Contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) lancement juin 2009.
Développement de téléservices prévention	<p style="text-align: center;">Compte prévention CNAMTS</p> Site pédagogique MT dents - Espace prévention sur le "compte assuré" du site ameli en cours de finalisation. <p style="text-align: center;">Ma prévention Santé du RSI :</p> Ouverture généralisée fin 2008 du portail prévention comprenant un dossier personnel de prévention
Programme d'éducation et d'accompagnement thérapeutique	<p>Déploiement de SOPHIA : Ouverture de deux centres d'accompagnement pour que les 43 000 patients diabétiques des départements expérimentaux bénéficient d'un accompagnement personnalisé par une cinquantaine d'infirmiers conseillers en santé.</p> <p>Déploiement de RSI-Diabète : lancement début 2009 du programme d'éducation et d'accompagnement thérapeutique dans 3 régions</p>
Axe 2 : L'évolution de l'organisation des soins ambulatoires pour améliorer la prise en charge des patients	
Démographie des professionnels de santé	Convention des infirmières - avenant n°1 paru au JO du 18 octobre 2008 - Entrée en vigueur le 18 avril 2009 : régulation de l'accès au conventionnement, aide à l'équipement et revalorisation des tarifs
Renforcer le rôle du médecin traitant et du parcours de soins	Décret paru au JO du 29 avril 09 : principes des expérimentations. Financement par l'assurance maladie d'expérimentations de maisons pluridisciplinaires
Réguler les dépassements	Négociation en cours sur le secteur optionnel
Mettre en place des référentiels sur les processus de soins	LFSS 2009 : article 42 - Pour les actes en série, permet de préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire - 3 premiers référentiels validés par la HAS en avril 2009, mise en œuvre en cours
Gestion dynamique des tarifs	Décision de l'UNCAM publiée au JO du 8 janvier 2009 : réduction de certains tarifs des biologistes

	Décision de l'UNCAM du 5 mars 2009, publiée au JO du 11 mars 2009 : le 2ème acte de radiologie et les éventuels actes suivants sont tarifés à la moitié de leur valeur Ces deux décisions permettront de rapporter environ 190 M€ en 2009
Axe 3 : Le développement de la productivité dans le secteur hospitalier	
Evolution de la tarification	Non retenu à ce stade
Certification des comptes des établissements	Loi Hôpital Patients Santé Territoires titre I
Suppression des OQOS	Non retenu à ce stade
Extension des mises sous accord préalable	LFSS 2009 : article 59 - Etendu aux prestations d'hospitalisation non conformes aux référentiels HAS et à un nombre de prestations d'hospitalisation atypiques - Expérimentation en cours dans une région : l'évaluation sera finalisée début juillet 2009
Tarifification dégressive	Non retenu à ce stade
Redressement des établissements	Loi Hôpital Patients Santé Territoires titre I
Dispositif de sauvegarde pour les établissements en difficulté	Non retenu à ce stade
Axe 4 : Une meilleure articulation entre le secteur ambulatoire et le secteur hospitalier pour favoriser les modes de prise en charge les plus efficaces	
Amélioration des relations entre établissements et médecins généralistes	Non retenu à ce stade
Régulation de la permanence des soins	Loi Hôpital Patients Santé Territoires titre I
Organisation des sorties d'hôpital	LFSS 2006 - Recommandations HAS complétées en avril 2008 - Expérimentation novembre 2009
Création d'un statut de centre de soins ambulatoire	Non retenu à ce stade
Contrats pour les maisons pluridisciplinaires orientés vers la prise en charge de patients lourds	Non retenu à ce stade
Axe 5 : La hiérarchisation des traitements	
Appel d'offre pour les génériques	Non retenu à ce stade
Tarif forfaitaire par classe	Non retenu à ce stade
Gestion de prix	Baisse de prix mise en œuvre par le CEPS
Adaptation des compétences de l'UNCAM	Non retenu à ce stade
Axe 6 : Faire évoluer les conditions de prise en charge	
Contrôle du respect de la prise en charge à 100%	Extension de l'action Liqmed du RSI (10 pathologies ALD couvertes en 2009) - Expérimentation du contrôle en ligne mise en place en juin.

ANNEXE 6 : LE BILAN DES NEGOCIATIONS ENTRE L'UNCAM ET LES PROFESSIONNELS DE SANTE

La LFSS 2009, par son article 38, a complété l'article L 111-11 du code de la sécurité sociale. Cet article dispose désormais que le rapport charges et produits doit comporter « un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier ...des négociations avec les professionnels de santé... »

Tel est l'objet de la présente annexe qui dresse un bilan des négociations qui se sont déroulées en 2008 et début 2009.

Ne figurent dans ce document que les professions avec lesquelles un texte a été signé par l'UNCAM, qu'il s'agisse d'un protocole d'accord ou d'un avenant conventionnel, avec ou sans publication au Journal Officiel. Ces avenants et protocoles sont présentés en fonction de l'ordre alphabétique des professions.

Centres de santé

L'accord national des centres de santé a été reconduit tacitement en avril 2008 pour une durée de 5 ans.

Chirurgiens dentistes

La convention a été signée les 11 et 19 mai 2006 et approuvée par arrêté du 14 juin 2006 publié au JO du 18 juin 2006.

L'année a été marquée par la modification de la participation des caisses aux **cotisations sociales** des chirurgiens-dentistes.

Le Conseil d'État, par un arrêt du 16 juin 2008, a annulé pour rétroactivité les dispositions de l'arrêté du 14 juin 2006 permettant la modification de l'assiette des cotisations maladie des chirurgiens dentistes pour la période du 1er mai 2006 au 30 avril 2007, l'obligation des chirurgiens-dentistes de s'acquitter de leur cotisations étant constituée au 1^{er} mai 2006.

En conséquence, le reversement par les URSSAF du trop versé par les chirurgiens-dentistes au titre de la période du 1^{er} mai 2006 au 30 avril 2007 a été effectué.

Afin de rétablir l'équilibre économique de la convention de 2006, l'article 37 de la LFSS pour 2009 a donné compétence au directeur général de l'UNCAM pour déterminer, après avis des syndicats représentatifs, le taux de participation des caisses aux cotisations sociales exigibles en 2009.

Ce taux de participation des caisses aux cotisations sociales exigibles en 2009 a été fixé par la **décision** du directeur général de l'UNCAM **signée le 16 mars 2009** et publiée au JO du 25 mars 2009. L'économie attendue est de 111 M€ en année pleine.

Infirmières

La convention a été signée le 22 juin 2007 et approuvée par arrêté du 18 juillet 2007 publié au JO du 25 juillet 2007.

Les négociations sur la démographie des infirmières libérales ont duré 18 mois et ont donné lieu à la signature d'un protocole d'accord le 22 juin 2007. A l'époque, la base légale ne permettait pas de prendre en compte le contenu du protocole dans la convention.

C'est ce qu'a permis **l'article 46 de la LFSS pour 2008** qui, par son I, permet aux partenaires conventionnels de subordonner le conventionnement à la densité de la zone d'exercice.

La signature de l'avenant n° 1 à la convention nationale le 4 septembre 2008 par l'ensemble des syndicats représentatifs de la profession et l'UNCAM permet la mise en place d'un système de régulation conventionnel, négocié entre les partenaires, visant à **rééquilibrer l'offre de soins infirmiers** sur le territoire. Il a pour objectifs d'améliorer l'accès aux soins des assurés sociaux, de garantir une réponse adaptée aux besoins de soins de la population sur l'ensemble du territoire et d'améliorer les conditions d'exercice des infirmières libérales.

Paru au Journal officiel le 18 octobre 2008, l'avenant n° 1 permet la création d'une option conventionnelle appelée « **contrat santé solidarité** » dans les zones « très sous dotées » et la limitation des conventionnements au seul remplacement des infirmières libérales conventionnées qui cessent leur activité sur le territoire dans les zones « sur dotées ». Il prévoit également des revalorisations tarifaires pour un montant total de 210 M€ en année pleine.

Le « contrat santé solidarité », option conventionnelle à adhésion individuelle, permet à l'infirmière de bénéficier :

- du versement d'une aide à l'installation et à l'équipement du cabinet, dans la limite de 3000€/an, pendant 3 ans ;
- de la prise en charge totale des cotisations sociales au titre des allocations familiales (5,4%).

L'avenant n° 1 à la convention infirmière est entré en vigueur le 18 avril 2009.

Par ailleurs, la parution, le **25 octobre 2008**, de la **décision UNCAM modifiant la NGAP** des infirmiers a consacré la valorisation de **l'activité de vaccination antigrippale** sans prescription médicale à hauteur de AMI 2, conformément à ce qui était prévu dans la convention nationale, en créant un supplément à l'acte d'injection sous-cutanée et intramusculaire.

En effet, le décret du 29 août 2008, paru au JO du 2 septembre 2008 par application de l'article 40 de la LFSS 2008, instaure une nouvelle compétence pour les infirmières leur permettant de pratiquer l'injection du vaccin contre la grippe, à l'exception de la première injection, sans prescription médicale.

Masseurs kinésithérapeutes

La convention a été signée le 3 avril 2007 et approuvée par arrêté du 10 mai 2007 publié au JO du 16 mai 2007.

Les derniers accords conventionnels ont porté sur l'évolution de la nomenclature, les simplifications administratives et les engagements de maîtrise médicalisée relatifs à l'optimisation du placement en soins de suite et de réadaptation et en centre de rééducation fonctionnelle.

- **L'avenant n° 1** à la convention, signé le 17 décembre 2007 est paru au Journal officiel le **8 mars 2008**. Il simplifie le circuit d'envoi des fiches de synthèse du **bilan diagnostic kinésithérapique** (BDK) par le masseur-kinésithérapeute au médecin traitant (suppression de l'envoi systématique de la fiche initiale). L'application de cet avenant nécessite une adaptation du cadre réglementaire.
- Un **groupe de simplification administrative** tripartite comprenant des représentants des masseurs kinésithérapeutes, des médecins et l'assurance maladie s'est réuni et a proposé de faire évoluer l'utilisation de la procédure d'entente préalable. Ainsi la décision **UNCAM du 13 décembre 2007**, parue au Journal officiel du **9 mars 2008** subordonne-t-elle l'entente préalable aux prescriptions nécessitant plus de **30 séances** sur une période de 12 mois quelle que soit l'indication médicale.

Des négociations sont en cours afin d'améliorer la répartition démographique des masseurs-kinésithérapeutes, d'accroître l'efficacité de la prise en charge, de poursuivre la démarche de simplification administrative et enfin, d'accompagner ces évolutions par un pilotage tarifaire adapté.

- La **densité des masseurs kinésithérapeutes libéraux** par rapport à la population sur le territoire est très inégale sur le territoire avec des écarts de 1 à 5 entre les départements et une concentration importante dans le sud de la France. Elle est ainsi la deuxième profession dont la répartition est la moins équilibrée, après les infirmières.

L'amélioration de la répartition démographique devra passer par un **dispositif structurant** permettant d'optimiser la répartition de l'offre de soins sur le territoire en fonction des besoins de soins.

- **L'article 42 de la LFSS pour 2009**, permet, pour les prescriptions d'actes réalisés en série, d'introduire un seuil au-delà duquel la poursuite de la prise en charge du traitement par l'Assurance maladie est soumise à un **accord préalable du service du contrôle médical** fondé sur un référentiel élaboré par la Haute Autorité de santé (HAS) ou validé par celle-ci sur proposition de l'UNCAM.

L'assurance maladie a élaboré et transmis à la HAS pour validation au cours du premier trimestre 2009, 3 référentiels de masso-kinésithérapie qui proposent des seuils de mise sous accord préalable pour 3 situations de rééducation post opératoire des membres inférieurs et supérieurs. La HAS, par courrier du 28 avril 2008, considère qu'aucun argument scientifique n'est de nature à s'opposer à la validation des seuils proposés. Trois autres référentiels ont été adressés à la HAS au cours du deuxième trimestre 2009 et d'autres encore sont en cours de préparation.

- Dans le cadre de la **maîtrise médicalisée** en 2007 les partenaires conventionnels avaient inscrit l'optimisation du placement des patients en **soins de suite et de réadaptation et en centre de rééducation fonctionnelle** comme engagement de maîtrise médicalisée de la convention 2007, compte tenu de la publication de recommandations de la HAS. Les actions menées par l'assurance maladie vers les prescripteurs nécessitent d'être renforcées et complétées.

Ainsi l'assurance maladie a-t-elle mis en place en 2009 **l'accompagnement** des patients dans la préparation des sorties d'hospitalisation afin de favoriser le retour au domicile lorsque cela est possible. L'accompagnement des patients ayant subi une intervention chirurgicale

nécessitant de la rééducation prise en charge en SSR ou en ambulatoire, constitue l'une des situations qui seront **expérimentées au cours du dernier trimestre 2009**.

- Un pilotage tarifaire adapté devra accompagner ces mesures structurantes. Il sera basé sur l'amélioration de la connaissance du contenu de l'activité des kinésithérapeutes afin de favoriser des revalorisations ciblées.

Médecins

La convention a été signée le 12 janvier 2005 et approuvée par arrêté du 3 février 2005 publié au JO du 11 février 2005.

Pour l'année 2008, les parties signataires ont convenu que les éventuels avenants conventionnels devaient poursuivre et renforcer les actions entreprises ces dernières années en faisant porter l'effort sur le respect de l'ONDAM afin d'éviter l'intervention du comité d'alerte.

- Afin d'accroître la qualité de la prise en charge des personnes atteintes de **pathologies chroniques, plusieurs programmes** ont été développés :

Sur le diabète, le projet SOPHIA d'accompagnement des patients diabétiques est totalement déployé sur les 10 sites pilotes. En 2008, deux centres d'accompagnement ont ainsi été ouverts par l'assurance maladie: ainsi les 43 000 patients diabétiques des départements expérimentaux bénéficient d'un accompagnement personnalisé par une cinquantaine d'infirmiers conseillers en santé. Le déploiement se fera au 2eme semestre 2009 à la Réunion qui compte une population diabétique importante (25 % de la population).

En outre, la mutualité sociale agricole développe des ateliers thérapeutiques et le RSI son programme d'éducation et d'accompagnement thérapeutique RSI-diabète.

Sur les « pathologies respiratoires » l'assurance maladie a développé en partenariat avec les professionnels de santé des actions d'information et d'accompagnement vers les professionnels et vers les assurés pour l'amélioration des pratiques dans le cadre du suivi des patients asthmatiques. La prise en charge de l'asthme reste souvent suboptimale alors que des traitements efficaces sont disponibles. Les symptômes restent trop fréquents chez de nombreux malades avec une altération de la qualité de vie, une réduction des activités physiques, un absentéisme, des hospitalisations et un risque vital doublé par rapport à la population non asthmatique. L'enjeu est d'augmenter l'implication du patient dans son suivi en le sensibilisant à une meilleure appréciation de son état respiratoire et d'inciter le médecin à effectuer cette évaluation à chaque consultation.

- Afin de donner aux médecins traitants les moyens d'améliorer les pratiques par une participation et un engagement individuel, par le biais des contrats d'amélioration individuelle des pratiques, l'UNCAM a défini un **contrat d'amélioration des pratiques professionnelles**.

C'est la décision de **l'UNCAM du 9 mars 2009** publiée au Journal officiel du 21 avril 2009 qui a permis sa mise en application opérationnelle. Depuis le début du mois de juin, les praticiens conseils et les délégués de l'assurance maladie présentent cet outil innovant aux médecins généralistes. Au 1^{er} juillet 2009, près de 5000 contrats avaient été signés.

Les économies réalisées par la diminution des prescriptions non justifiées du champ d'optimisation des prescriptions permettront de financer, d'une part les actes et prescriptions supplémentaires liés à l'amélioration de la prévention et du suivi et, d'autre part, la rémunération des médecins entrés dans le dispositif.

- Afin de renforcer les engagements en matière d'efficacité des soins, les efforts sur les thèmes retenus les années antérieures dans le cadre de la **maîtrise médicalisée** (arrêts de travail, antibiotiques, génériques, statines) ont été poursuivis et de nouvelles actions ont été déployées (inhibiteurs de la pompe à protons, transports, antihypertenseurs).
- Afin de favoriser l'organisation des soins de premier recours et le rééquilibrage de la **démographie médicale**, dans la suite des états généraux d'organisation de la santé (EGOS), et après un premier bilan de l'avenant n° 20, différentes mesures ont été abordées par les parties signataires en vue d'une évolution du dispositif conventionnel de répartition géographique des médecins généralistes. Les principaux axes d'évolution permettent de :
 - Décharger les médecins d'une part de leurs tâches administratives (envisager des aides au recrutement des secrétaires) ;
 - Organiser des vacations de médecins issus des zones où le niveau de l'offre de soins médicaux est particulièrement élevé dans des zones où les besoins en implantation ne sont pas satisfaits ;
 - Renforcer l'accompagnement des médecins lors de leur installation (simplifier les démarches d'installation, accompagner des premiers mois d'exercice...) ;
 - Promouvoir les fonctions de maître de stage en privilégiant les terrains de stage participant à l'organisation structurée des soins de premier recours, c'est-à-dire orienter les stagiaires vers des structures d'exercice collectif plutôt que vers des cabinets individuels et prévoir des aides financières ciblées sur les zones déficitaires, où le remplacement des praticiens qui prennent leur retraite pose le plus de difficultés ;
 - Améliorer l'information délivrée aux internes avant leur installation ;
 - Adapter le statut de médecin remplaçant.
- Afin de réguler les **dépassements d'honoraires**, la mise en œuvre d'un secteur spécifique, le **secteur optionnel**, basé sur l'accord sur la chirurgie signé avec les organisations représentatives des médecins libéraux le 24 août 2004 fait l'objet de discussions conventionnelles ou de propositions législatives depuis 2005.

La Commission mixte paritaire lors de l'examen du projet de loi HPST (juin 2009) a fixé aux partenaires conventionnels une date butoir pour trouver un accord sur le secteur optionnel - le 15 octobre 2009 – faute de quoi des mesures pourront être prises par voie réglementaire.

Et enfin, 3 avenants conventionnels ont été signés et sont en attente de parution au JO :

- **Avenant n° 29 signé le 10 avril 2009** relatif à la création d'un comité technique paritaire permanent chargé des simplifications administratives placé près la Commission Paritaire Nationale;
- **Avenant n° 30 signé le 10 avril 2009** relatif à la mise place d'un comité du Fonds des Actions Conventionnelles (FAC) instauré près la CPN et chargé de construire les conditions d'élaboration du budget du FAC pour les médecins ;

- **Avenant n° 31 signé le 7 mai 2009** précisant les modalités d'indemnisation des médecins formateurs et des experts participant à des actions de formation continue conventionnelle.

2 syndicats signataires, la CSMF et le SML ont décidé de **s'opposer à la tacite reconduction** de la convention actuelle au-delà de son terme légal, le 11 février 2010 et en ont informé le directeur de l'UNCAM. Celui-ci est tenu conformément à la loi d'organiser sans délai de nouvelles négociations. Un arbitre doit être désigné par le directeur de l'UNCAM et au moins un syndicat représentatif.

Si la nouvelle convention n'est pas signée un mois avant l'échéance de la convention (soit le 11 janvier 2010), un règlement arbitral sera élaboré pour une durée de 5 ans et des négociations en vue de la signature d'une nouvelle convention devront être engagées dans les 2 ans suivants.

Une 1ère séance plénière a réuni le **2 juillet 2009** les syndicats et l'UNOCAM et des rencontres bilatérales auront lieu durant le mois de juillet. Le mandat de négociation du directeur de l'Uncam lui sera confié par le collège des directeurs de l'UNCAM après le vote des orientations de la négociation par le conseil de l'UNCAM. Deux dates ont été fixées fin août et mi septembre.

Orthoptistes

Convention publiée au JO du 5 août 1999.

Conclu le 12 mars 2008, l'avenant n° 7 a été **publié au JO du 27 mai 2008**.

Il prévoit :

- la création d'une commission pour de hiérarchisation des actes d'orthoptie ;
- les nouvelles dispositions applicables en matière d'avantages sociaux ;
- la reconduction pour l'année 2007 et les suivantes de l'aide forfaitaire annuelle de télétransmission ;
- la modification de la valeur des lettres-clés AMY à 2,50 € et IFD à 2,20 €. Cette mesure entrera en vigueur le **28 novembre 2008**.
- une actualisation de la Nomenclature générale des actes professionnels, sous réserve de la parution de la décision de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie au Journal officiel.

Pharmaciens titulaires d'officine

La convention a été signée le 3 avril 2006 et approuvée par arrêté du 11 juillet 2006 publié au JO du 25 juillet 2006.

Le Conseil d'État, dans une **décision du 14 mai 2008**, a annulé certaines dispositions relatives aux sanctions de la convention nationale relatives à la dispense d'avance de frais. Les relations des pharmaciens avec l'Assurance Maladie n'en sont pas affectées dans la mesure où leur conventionnement continue d'être une condition pour pratiquer la dispense d'avance de frais et bénéficier de fait des autres avantages de la convention.

L'avenant n°1 à la convention a été signé le 28 avril 2009.

Il confirme la mise à jour quotidienne (et non plus mensuelle) de la **liste d'opposition des cartes vitale** et fixe l'échéance au plus tard au 1^{er} octobre 2009 pour l'équipement par les pharmacies du lecteur de carte de l'assurance maladie version v3.x.

L'avenant n° 2 signé le 29 mai 2009 est consacré à la mise en œuvre du dispositif de la formation continue conventionnelle des pharmaciens et de leurs adjoints. Ainsi sont définies les instances, les modalités de rémunération et les conditions de réalisation de la formation continue conventionnelle des pharmaciens.

Par ailleurs, les négociations autour **d'un protocole d'accord de dématérialisation des ordonnances** avec expérimentation préalable sur CDRom sont en cours de finalisation.

Pour répondre à l'intérêt de simplifier les modalités de transmission des pièces justificatives par le pharmacien, de faciliter leur réception et leur archivage par la caisse et, par voie de conséquence, de parvenir, à terme, à la dématérialisation du transfert des ordonnances après numérisation, les parties signataires s'accordent sur une phase d'expérimentation. Elle aura lieu dans 7 caisses primaires, concerneront 112 pharmacies et elle ne pourra dépasser le 31 décembre 2009.

Un **accord tripartite** entre les médecins libéraux, les pharmaciens titulaires d'officine et l'UNCAM a été signé le 6 avril 2006 afin de favoriser la prescription et la délivrance de **médicaments génériques**. Les partenaires conventionnels fixent, par avenant annuel, l'objectif annuel.

L'avenant n° 4 à l'accord génériques a été signé le 28 avril 2009. Il n'a pas encore été publié au JO.

Le taux de pénétration des génériques atteignant 82 % à la fin de l'année 2008, les partenaires se sont engagés, pour 2009, à atteindre le même objectif national que celui fixé pour 2008, soit une progression du taux de pénétration des génériques de 9 points, compte tenu du rebasage (extension du répertoire).

Taxis

L'accord cadre a été signé le 3 avril 2007 et approuvé par arrêté du 10 mai 2007 publié au JO du 16 mai 2007.

L'article 38 de la LFSS pour 2008 dispose que les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie.

Cette convention, conforme à une **convention type**, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais.

La convention type élaborée en concertation avec les organisations professionnelles les plus représentatives de la profession comporte des innovations dans plusieurs domaines :

- Régulation de l'offre ;
- Normalisation de l'identification des taxis sur le territoire ;
- Remise sur les tarifs, définie au niveau départemental.

La convention type a fait l'objet d'une **décision du directeur général de l'UNCAM** après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives en date du **8 septembre 2008** et publiée au JO du 23 septembre 2008. En contre partie de la solvabilité des

assurés apportée par l'Assurance maladie, les entreprises de taxi accordent une remise sur les tarifs habituellement pratiqués. Le taux de remise maximum applicable ne doit en tout état de cause pas excéder sur la moyenne des transports 15% par rapport tarif préfectoral.

Les Caisses Primaires d'Assurance Maladie déterminent le taux de la remise en fonction du contexte local, en concertation avec les organisations représentatives et en tenant compte de la typologie des transports réalisés dans le département.

Au 25 mai 2009, tous les organismes d'assurance maladie ont signé une convention avec les entreprises ou les fédérations de taxis, après avoir préalablement mis en place les commissions de concertation locales. Environ **17 000 entreprises** de taxis se sont conventionnées sur les 40 000 possédant au moins une licence de taxi en France.

Le **taux de remise** est unique et global dans 32 départements avec un abattement moyen de 9,1% (de 5 à 15%). Il est multiple dans 65 départements selon différents critères qualitatifs.

Un dispositif de communication spécifique sur les dernières mesures réglementaires et conventionnelles, l'identifiant des véhicules (logo) et les formulaires de facturation sera mis en place au 2eme semestre 2009 vers les entreprises de taxis, les médecins prescripteurs et les assurés.

Transporteurs sanitaires

La convention a été publiée au Journal officiel du 23 mars 2003. Elle a été conclue pour 5 ans et renouvelée par tacite reconduction.

Les dispositions réglementaires ont un impact majeur sur les négociations conventionnelles et notamment les conséquences de l'arrêt Dellas de la Cour de justice des Communautés européennes. L'arrêt Dellas prévoit pour le décompte du temps de travail « effectif » un système d'équivalences consistant à appliquer un mécanisme de pondération aux périodes de présence. La CJCE conditionne le système au respect des seuils et plafonds communautaires.

Dans ce contexte les transporteurs ont signé, le 6 juin 2007, un accord avec leurs salariés qui induit une augmentation des charges des entreprises.

Cet accord a conduit à des négociations qui ont abouti à la signature de l'avenant n° 5 le 14 mars 2008. Cet avenant tient compte des répercussions de l'arrêt Dellas, que l'assurance maladie s'engage à financer en contrepartie d'engagements des professionnels. Il porte sur :

- **la transparence et la traçabilité du transport sanitaire** : La connaissance et le suivi du parc des véhicules et des personnels sont posés comme objectifs préalables (article 1). Les caisses d'assurance maladie suivront et exploiteront de façon régulière les déclarations de personnels et de véhicules des entreprises de transport sanitaire. Un dispositif de géolocalisation (matériel embarqué dans les véhicules) favorisera une meilleure traçabilité du transport et permettra de mieux sécuriser les données de la facturation. Des travaux seront menés en matière de simplification administrative, dont un premier chantier portera sur la simplification de la facturation.
- **l'optimisation de l'organisation des transports sanitaires** : L'avenant entend favoriser l'optimisation de l'organisation des transports : il définit les bases d'un contrat de bonne pratique pour le développement du transport partagé (article 2). D'autres outils conventionnels tels que la maîtrise médicalisée des transports, la mise

en place de pôles dédiés au transport, l'efficacité de la garde ambulancière, sont développés.

- **la restructuration tarifaire** visant à privilégier le véhicule sanitaire léger sont prévues sur une période triennale (article 3).
- L'ensemble des mesures nouvelles est estimé à un montant global de 152,6 millions d'euros sur trois ans (2008-2010), réparti de façon dégressive (95M€ en 2008, 36,5M€ en 2009 et 21,1M€ en 2010).

Cet avenant conventionnel a été signé le 14 mars 2008. Les textes ont été approuvés par arrêté du 11 avril 2008 et sont parus au JO le 5 août 2008. La date d'effet des revalorisations tarifaires est le 11 octobre 2008, pour la première étape, le 1er juin 2009 pour la seconde. Le contrat de bonne pratique devrait entrer en vigueur au 2ème semestre 2009.