

Rapport 2005 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie

adopté le vendredi 8 juillet 2005¹

NOTE INTRODUCTIVE

En permettant l'accès de tous à des soins de qualité et au progrès médical, l'assurance maladie constitue une indéniable réussite de ces soixante dernières années. Notre système de soins a certes ses forces et ses faiblesses ; il est perfectible dans de nombreux domaines. Mais les critiques qu'on lui adresse - nécessaires, car il doit sans cesse être mû par l'exigence impérieuse d'améliorer le service qu'il rend à la population - ne doivent pas faire oublier les avancées qu'a permises une protection maladie solidaire et généreuse.

Aujourd'hui cependant tous les systèmes de soins sont traversés par des interrogations profondes. Le nôtre ne fait pas exception. Il accapare une part toujours croissante de la richesse nationale, asséchant les marges de manœuvre pour d'autres besoins sociaux, sans que cette croissance résulte d'un choix clairement exprimé - on la constate toujours après coup -, et sans que l'on soit toujours sûr que les Euros dépensés en plus procurent un réel bénéfice aux patients.

Cette croissance insuffisamment contrôlée pose la question de la viabilité financière du système. L'assurance maladie connaît des déficits récurrents, et ceux des années récentes atteignent des niveaux sans précédent : en 2004, plus d'un mois de fonctionnement n'était pas financé par les recettes courantes. Ces déficits ne sont pas ressentis à leur juste mesure parce qu'ils ne sont pas compensés par des efforts immédiats, sous forme d'augmentations de cotisations ou de baisse des remboursements. Notre pays s'est habitué à reporter cet effort sur les générations futures. Au 31 décembre 2006, les reprises de dette (tous régimes) par la CADES depuis 1996 s'élèveraient à plus de 100 milliards d'Euros, dont seulement une faible partie sera amortie à cette date. Et pendant vingt ans, les jeunes qui démarrent aujourd'hui leur vie active verront leurs revenus amputés pour financer des consommations médicales passées.

Face à cette situation, le Haut Conseil a souligné l'impossibilité à faire vivre l'assurance maladie à crédit et la nécessité de trouver un chemin de "développement durable" si l'on veut non seulement préserver ce bien commun, mais aussi le faire progresser. Il s'agit pour ce faire d'améliorer le fonctionnement et l'organisation du système de soins d'une part, de savoir faire des choix, pour garantir un accès universel aux soins efficaces sans diluer la capacité de financement sur des services sans valeur ajoutée d'autre part.

Quel regard porter sur le chemin parcouru depuis le diagnostic formulé par le Haut Conseil en janvier 2004 ?

Premier constat : le solde de l'assurance maladie s'est amélioré, notamment du fait de l'augmentation des recettes, ainsi que d'une amorce de décélération des dépenses.

¹ Rapport adopté à l'unanimité des membres du Haut Conseil à l'exception de la délégation Force Ouvrière.

Second constat : plusieurs réformes structurelles sont aujourd'hui mises en œuvre, qui visent à optimiser le système et à faire évoluer en profondeur les comportements des acteurs. Certaines sont le résultat de processus engagés avant même que le Haut Conseil n'entame le débat sur la réforme de l'assurance maladie. Il en est ainsi du changement de tarification à l'activité (T2A), de la gouvernance à l'hôpital, de la loi sur la santé publique, de la mise en place de la classification des actes médicaux (CCAM), qui est l'aboutissement d'un chantier ouvert il y a une dizaine d'années. Enfin la loi du 13 août 2004 sur la réforme de l'assurance maladie est venue apporter des innovations organisationnelles majeures, avec le parcours de soins et le dossier médical personnel (DMP), ainsi qu'une réorganisation profonde des responsabilités de gestion du système.

Ces réformes, qui répondent à des dysfonctionnements ou des carences du système, sont dans leurs principes positives.

Ainsi la CCAM et la T2A viennent remplacer partiellement des systèmes de tarification qui ont fait l'objet de critiques réitérées : tout le monde s'est accordé à dénoncer l'obsolescence de la nomenclature des actes médicaux et son caractère inéquitable, ou l'absence d'incitation à l'efficacité du budget global et la non pertinence de la rémunération des cliniques.

De même, le parcours de soins et le dossier médical personnel peuvent être les outils d'une meilleure coordination des soins au service des malades, autant que d'un usage plus économe des ressources. Le médecin traitant, pierre angulaire du parcours de soins, peut plus facilement organiser l'ensemble du suivi et du traitement des malades chroniques, aider ses patients à gérer leur calendrier de prévention, etc. Cette réforme ouvre donc, pour la majorité des membres du Conseil, la voie à une amélioration de la performance du système, tant en termes de qualité que d'efficacité. Elle est porteuse d'évolutions structurelles des comportements des médecins et des patients : on peut attendre de la « fidélisation » des patients auprès de leur médecin traitant une continuité des soins qui se traduise sur la durée par un rapport médecin / patient plus confiant, ce qui permettrait de mieux faire admettre des inflexions sur les prescriptions ; dans l'autre sens, le médecin voit son rôle évoluer vers une responsabilité vis-à-vis de sa patientèle, ce qui peut l'amener à développer son rôle en matière de prévention et de gestion des protocoles de soins notamment.

La réforme d'août 2004 fait aussi le pari que la nouvelle organisation des rôles et la clarification des responsabilités mises en place faciliteront une gestion plus active du périmètre de soins, ainsi qu'une gestion plus efficace du risque avec l'ensemble des professionnels de santé.

Mais on ne peut attendre de telles évolutions structurelles, qui visent à modifier en profondeur les conditions de fonctionnement et les comportements, des bénéfices instantanés. Ils ne peuvent se déployer que progressivement, dans la durée, et le décalage de calendrier avec l'urgence de la situation financière est pour une part inévitable.

Trois éléments risquent d'ailleurs de venir accentuer ce décalage :

- le déploiement des mesures lui-même n'est pas aussi immédiat qu'espéré – ou annoncé. C'est le cas pour le DMP. Le Haut Conseil souligne à ce titre l'urgence de la publication des textes juridiques qui l'encadrent. Le retard pris dans les décrets qui définissent les conditions de

remboursement en lien avec le parcours de soins est également préjudiciable, car il décale d'autant sa mise en place effective.

- ces réformes nécessitent, pour être menées à bien, des investissements nouveaux. Le DMP en est là encore un exemple. La réforme hospitalière, si elle doit porter ses fruits, doit faire l'objet d'un accompagnement pour aider les établissements à faire les gains d'efficience nécessaires - faute de quoi le risque existe qu'ils tentent d'échapper à la contrainte par des reports de charges ou des dotations complémentaires « négociées ».
- enfin certaines de ces réformes ont été conçues plus pour rendre l'allocation des ressources plus efficace que pour faire des économies. Le cas de la T2A ou de la CCAM est exemplaire à cet égard. La T2A vise à introduire une rémunération du service rendu plus rationnelle sur le plan économique, obligeant ainsi les directions hospitalières à faire des efforts de rationalisation de leur gestion : elle ne génère pas en elle-même, telle qu'elle est conçue, d'économies nettes. Au contraire, sa mise en place, comme celle de la CCAM, n'est pas dénuée de risques.

Pour toutes ces raisons, les gains financiers nets à attendre de ces réformes à très court terme sont certainement limités.

Ceci ne signifie nullement, pour la majorité des membres du Conseil, qu'il faille les abandonner, ou les dégrader jusqu'à les vider de leur sens. Ce serait au contraire la pire des solutions, car alors tous les bénéfices que l'on peut en engranger à terme seraient perdus. Il importe au contraire d'aller jusqu'au bout des logiques qui ont été enclenchées, d'assurer le déploiement des dispositifs prévus et de leur donner une traduction opérationnelle cohérente avec l'ambition de départ. Ainsi il faut ne pas rogner sur l'ambition du DMP, et mettre des moyens organisationnels à hauteur de l'enjeu. La T2A doit jouer son rôle restructurant, et obliger les établissements à se doter des instruments et des pratiques de gestion qui font aujourd'hui trop souvent défaut. Il faut même sans doute aller plus loin dans certains domaines : ainsi les perspectives en matière de démographie des professions de santé obligent-elles à repenser au plus vite les rôles des professionnels et les organisations de travail.

Mais il est peu probable que l'ensemble de ces réformes permette à elles seules d'atteindre l'équilibre financier à l'horizon 2007, compte tenu de la situation de départ très dégradée des comptes.

Rappelons en effet que l'année 2004 s'est soldée par un déficit de 11,6 Md€. Au regard de ce point de départ, le déficit 2005, tel que la commission des comptes de la sécurité sociale l'anticipe au vu des tendances d'évolution des premiers mois et des hypothèses économiques, représente un effort de redressement très sensible, puisqu'il s'établirait à 8,3 Md€. Mais il est très largement imputable à une augmentation des recettes².

Si les prévisions actuelles se confirment, la situation 2005 serait à peu de chose près conforme aux objectifs affichés, tant pour l'ONDAM que pour le déficit. Il s'agit là d'un résultat positif

² En 2005, la progression des recettes du régime général, branche maladie, devrait être de 7,1Md€ dont plus de 4,2Md€ de recettes nouvelles. La progression de l'ONDAM en 2005, prévue à 3,8%, est nettement inférieure à celle constatée au cours des années précédentes (6,3% en 2004, 5,1% en 2004). Toutefois, à système de recettes inchangées, la progression des dépenses prévues en 2005 serait supérieure à celle des recettes et le déficit 2005 serait de plus de 12,5Md€.

qu'il faut souligner, notamment pour les soins de ville. La progression sensible des génériques, l'amélioration notable de la situation en termes d'indemnités journalières depuis quelques mois constituent autant d'éléments encourageants.

Il n'en demeure pas moins que, si l'on ne veut pas accroître la dette au-delà de ce qu'a prévu la loi d'août 2004, le degré de contrainte à imposer au système dans les deux ans à venir, dans le cadre des structures de financement actuelles, reste extrêmement fort.

Si l'on veut rester dans l'enveloppe convenue d'endettement, le déficit 2006 ne devrait pas excéder 6,7 MD€. Sans ajustements nouveaux des taux de remboursement, l'ONDAM devrait alors, compte tenu des perspectives actuelles de recettes inférieures aux recettes attendues, progresser d'environ 2%. Revenir, sans nouvelles recettes, à un solde proche de l'équilibre en 2007 conduirait à un ONDAM voisin, en valeur absolue, de celui de 2006. Une telle évolution est à l'évidence peu réaliste.

Si, comme le Haut Conseil en réaffirme la nécessité, nous ne voulons pas obérer les capacités financières des générations futures en recourant à un endettement supplémentaire pour couvrir la croissance des dépenses de l'assurance maladie, au delà de la poursuite des efforts entrepris pour optimiser le système de soins, des mesures complémentaires devront être prises pour assurer l'équilibre - qu'elles portent sur les recettes et/ou les niveaux ou modalités de prise en charge.

Plan du rapport

Première partie : appréciation de la situation actuelle de l'assurance maladie au regard des principes dégagés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

I. Retour sur le diagnostic formulé en janvier 2004

II. L'architecture générale du système d'assurance maladie

III. L'optimisation de l'organisation et du fonctionnement du système

1. La gestion du périmètre de soins
2. La gestion hospitalière
3. Le parcours de soins
4. L'utilisation des instruments tarifaires
5. La qualité des pratiques professionnelles
6. L'organisation et la répartition de l'offre

IV. Le redressement de la situation financière de l'assurance maladie

1. La situation en 2004 et les objectifs financiers de la réforme
2. L'action sur le système de soins
3. La modification des conditions de prise en charge
4. Les mesures de recettes
5. La reprise des déficits par la CADES
6. La loi du 13 août 2004 consolide le principe de la compensation par l'Etat des exonérations et soustractions d'assiette qui affectent les recettes de la sécurité sociale
7. Le point sur la situation financière actuelle

V. La répartition de l'effort, l'évolution des reste à charge et l'équité du financement

1. L'évolution du reste à charge des usagers
2. Le partage entre les contrats de couverture complémentaire et les assurés
3. Appréciation de la pertinence des modifications du reste à charge
4. Appréciation des mesures de financement (recettes) au regard des positions du Haut Conseil
5. Le Conseil a pris acte des options retenues en matière d'endettement
6. Bilan financier

VI. La gouvernance

1. La volonté de développer le débat public
2. La consolidation du cadrage d'ensemble des dépenses
3. Les instances décisionnaires ou associées à la décision
4. La montée en puissance des caisses et de l'UNCAM
5. Le souci d'assurer l'indépendance des gestionnaires
6. Pouvoir d'opposition et arbitrage
7. L'association des complémentaires à la gouvernance
8. Le recentrage du rôle du Ministre en charge de la sécurité sociale
9. L'association des représentants des usagers
10. Les pouvoirs régionaux et locaux

Deuxième partie : les avis rendus par le Haut Conseil

1. Avis rendu le 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers
2. Avis rendu le 15 novembre 2004 sur l'Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de tous les acteurs
3. Avis rendu le 24 février 2005 sur la protection sociale complémentaire
4. Avis rendu le 28 avril 2005 sur une prise en charge efficiente des maladies dites « affections de longue durée »

Le Haut Conseil a pour missions, selon les termes du décret du 7 octobre 2003 qui l'a créé :

- « d'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;
- de décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur viabilité à terme ;
- de veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;
- de formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de solidité financière et de cohésion sociale. »

Ce décret précise également que le Haut Conseil remet tous les ans aux ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie un rapport analysant la situation de l'assurance maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer ses objectifs de cohésion sociale et son équilibre financier. Ce rapport est communiqué au Parlement et rendu public.

Le présent rapport constitue le premier rapport annuel depuis que le Haut Conseil a rendu son diagnostic initial en janvier 2004. C'est à la lumière de ce diagnostic partagé qu'il examine les évolutions récentes du système d'assurance maladie, notamment au regard des objectifs évoqués ci-dessus de viabilité financière, de cohésion, d'égalité d'accès et de justice.

Dans une seconde partie, ce rapport reprend les avis rendus par le Haut Conseil depuis son rapport de janvier 2004.

Première Partie.

Première Section

Retour sur le diagnostic formulé en janvier 2004

Lorsque le Haut Conseil, en octobre 2003, a reçu le mandat d'établir un diagnostic partagé sur le système de santé et d'assurance maladie, le déficit de l'assurance maladie (régime général) anticipé pour l'année 2004 s'élevait à 11 Md€. Ce niveau de déficit sans précédent n'était que partiellement imputable à la conjoncture économique. En 2003, environ un quart du déficit de la CNAMTS (soit 2,7 milliards d'euros en 2003) était lié à la conjoncture tandis que les trois autres quarts du déficit de l'assurance maladie étaient d'origine structurelle³.

1. Le Haut Conseil a jugé par ailleurs que les perspectives d'évolution n'avaient aucune raison de conduire spontanément à un retour à l'équilibre : structurellement, les dépenses de soins ont tendance à augmenter plus rapidement que la richesse économique globale. Sur les trente dernières années, les dépenses de soins ont ainsi progressé à un rythme supérieur de 2,4 points au dessus de l'évolution du PIB. Sur les dernières années, l'écart de croissance annuelle moyenne en volume entre les dépenses de santé et le PIB s'établit à 2,5 points en 2002 et à 3,3 points en 2003.

2. Il a souligné que face à cette équation structurellement déficitaire, il n'existait pas de solution miraculeuse. Il a unanimement exclu la perspective d'un endettement massif pour financer la croissance des dépenses. Y faire face, si elle se poursuit au rythme actuel, par des ajustements, soit des recettes, soit des taux de remboursement, aboutirait dans le premier cas à un doublement de la CSG à horizon de 20 ans, avec un effet d'éviction sur les autres besoins

³ Le déficit structurel s'explique par le fait que les dépenses d'assurance maladie croissent sur un rythme sensiblement supérieur à celui de la croissance potentielle de l'économie, donc de la masse salariale et des cotisations sociales.

collectifs, dans le second à une baisse de 21 points du taux de prise en charge : une telle dégradation remettrait en cause les principes de solidarité et d'égalité qui sous-tendent notre système d'assurance maladie et son architecture même, dont la préservation est apparue au Haut Conseil comme un objectif fondamental.

3. Au constat de cette situation financière problématique, le Haut Conseil a adjoint le diagnostic que pour des ressources investies très élevées, notre système de santé et d'assurance maladie, même s'il a des performances indéniables, recèle des marges importantes de qualité et d'efficience. On peut soigner mieux et, en mobilisant les marges de productivité importantes, infléchir sensiblement la tendance à la hausse des dépenses.

4. Face à cet ensemble de contraintes, il a, dans son rapport de janvier 2004, proposé la conjugaison de trois actions.

a) Les impératifs financiers de court terme imposent d'envisager un accroissement des recettes. Même s'il ne lui revenait pas de délibérer directement sur ses modalités, il a considéré que a) les modes de prélèvement actuels ont des aspects redistributifs qui sont positifs, que b) des réflexions devaient être menées sur le système des recettes, en prenant notamment en considération les principes d'universalité de l'assiette, de parité des efforts contributifs et des droits entre les régimes et leurs ressortissants, et c) que la transparence et la lisibilité des flux financiers entre l'Etat et l'assurance maladie étaient un préalable incontournable.

b) Un ajustement des conditions de prise en charge devait de même être envisagé. Les dépenses laissées à la charge des ménages par les régimes obligatoires sont évaluées à environ 330€ par personne protégée⁴ ; le taux d'effort de la majorité d'entre eux est modéré. Par ailleurs la couverture complémentaire, bénéficiant notamment pour les contrats collectifs obligatoires d'avantages fiscaux et sociaux, s'est considérablement développée. Enfin la CMUC constitue un dispositif adéquat pour protéger les ménages les plus modestes (même si le taux d'effort de ceux dont les revenus sont situés juste au dessus du seuil pour acquérir une couverture complémentaire reste élevé). Partant de ces constats, le Haut Conseil a souligné que toute évolution des taux de remboursement devait a) épargner les ménages les plus modestes et ceux, notamment en ALD, qui exposent des dépenses très importantes b) être assortie le cas échéant de mesures correctrices (plafonnement des restes à charge par exemple ; desserrement des paramètres de la CMUC...)

c) Au delà de ces leviers financiers, seule une action méthodique et résolue pour améliorer le système de soins et de protection sociale était de nature, d'une part, à optimiser l'emploi des ressources en améliorant la qualité du service rendu aux malades,

⁴ En 2001.

d'autre part, à mobiliser les gisements de productivité dont tout le monde s'accorde pour dire qu'ils existent dans notre système aujourd'hui faiblement organisé.

5. Cette action sur le système de soins et de protection sociale devait s'exercer dans plusieurs directions :

- une gestion plus active et critique du périmètre des biens et services qui sont pris en charge par l'assurance maladie, en prenant en compte des critères de sécurité, de qualité, d'efficience ;
- la recherche permanente de la qualité du service rendu au malade en utilisant tous les leviers possibles : formation professionnelle, évaluation des pratiques, élaboration et diffusion de référentiels ;
- des modes de rémunération des professionnels et des structures de soins plus directement porteurs d'incitations à la qualité des soins et à l'efficience ;
- une optimisation des moyens pour accroître l'efficacité globale du système, qui passe par une organisation plus structurée, une meilleure répartition de l'offre de soins sur le territoire, une meilleure articulation des différents acteurs qui interviennent au service du patient ;
- l'implication plus grande de l'usager comme acteur de la qualité et de l'efficacité de sa prise en charge, par une meilleure information lui permettant de faire des choix, et par des incitations financières à une utilisation efficiente du système de soins.

6. Enfin le Haut Conseil a constaté que l'enchevêtrement des compétences, la multiplicité des institutions sans identification claire des responsabilités et les carences dans les outils de pilotage du système freinent la capacité d'agir efficacement sur le système pour le faire évoluer. En conséquence, il a considéré qu'une orientation vers une délégation plus nette de compétences, associée à des responsabilités clairement identifiées et une reddition de comptes sur les résultats, ainsi qu'une participation accrue des usagers, étaient des évolutions institutionnelles souhaitables pour améliorer l'efficacité de la régulation. Il n'entrait pas en revanche dans son mandat de proposer une traduction opérationnelle de ces principes en termes de redéfinition des compétences.

C'est à la lumière de ces éléments de diagnostic partagés par l'ensemble de ses membres que le Haut Conseil porte aujourd'hui un regard sur le chemin parcouru depuis ce premier rapport. Dans l'intervalle, le système a connu des évolutions, en premier lieu sous l'impulsion de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, mais aussi de politiques menées en parallèle : réforme de la tarification et de la gouvernance des établissements hospitaliers, mise en place de la classification commune des actes médicaux, réforme du troisième cycle des études médicales, loi

du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, plan cancer, santé au travail, santé mentale, ...

Ces changements ont des conséquences potentielles importantes pour le système de santé et d'assurance maladie. Néanmoins, le recul est encore très faible pour juger de leur impact. Certains aspects des réformes sont en vigueur depuis très peu de temps, d'autres sont encore à concrétiser.

C'est pourquoi le Haut Conseil ne peut, dans le cadre de la mission d'évaluation qui lui a été confiée, porter qu'un jugement partiel, en prenant acte dans un certain nombre de cas des orientations décidées et en formulant le cas échéant, des recommandations pour leur mise en œuvre opérationnelle.

Ces évaluations et recommandations sont organisées autour des objectifs essentiels qui ont été formulés dans le diagnostic de janvier 2004, dont les principaux éléments viennent d'être rappelés : optimiser l'organisation et le fonctionnement du système dans une recherche de qualité, d'équité dans l'accès aux soins et d'efficience ; redresser la situation financière de l'assurance maladie pour assurer sa viabilité ; mieux organiser les responsabilités au service d'une régulation plus efficace. En préalable à ces trois dimensions, un objectif plus général sera considéré, celui de préserver l'architecture générale du système d'assurance maladie.

Deuxième section

L'architecture générale du système d'assurance maladie

1) Le Haut Conseil avait rappelé d'emblée dans son rapport de janvier 2004 que l'assurance maladie constitue un des grands succès collectifs de notre pays.

L'assurance maladie a permis le développement d'un système de santé technologiquement avancé et accessible, même s'il recèle d'importantes marges de progrès dans la qualité des soins et laisse persister des inégalités d'état de santé et d'accès aux soins préoccupantes. Les modalités de couverture des dépenses par l'assurance maladie obligatoire, et notamment le remboursement très élevé dès lors que les individus exposent des dépenses importantes, facilitent l'accès aux soins des plus malades. C'est un système qui bénéficie à tous, et l'intérêt général à améliorer ce bien commun est aussi un facteur de cohésion sociale.

Le Haut Conseil concluait cette première partie en considérant que « *cette armature de la prise en charge par les régimes de base de ces dépenses importantes doit être sauvegardée. On peut en discuter les paramètres mais pas la logique* ».

Le système d'assurance maladie, par ailleurs, s'est développé en respectant les principes de la médecine libérale qui paraissent, pour l'essentiel, pertinents pour autant que leur encadrement dans une meilleure organisation des soins cantonne les risques d'un exercice éclaté de la médecine.

Il est dès lors naturel de démarrer la réflexion sur l'évaluation des évolutions apportées par la réforme de l'assurance maladie.

2) L'évolution intervenue depuis quinze mois

a) Des schémas qui auraient comporté des changements radicaux ont été écartés :

- spécialisation des opérateurs attribuant par exemple aux complémentaires l'assurance des indemnités journalières, de la totalité des soins dentaires, des transports sanitaires ou du « petit risque » (notion au demeurant mal définie),
- réunification des prises en charge, le ou les opérateurs (le cas échéant en concurrence) intervenant du premier au dernier euro⁵.

⁵ Il convient de prendre en compte le fait que depuis le 1^{er} janvier 2005, une participation de 1€ par acte est laissée à la charge de l'assuré.

Ceci étant, il convient de poursuivre la réflexion de doctrine sur ces schémas – notamment par une analyse comparative avec les pays étrangers.

b) Les régimes de base gardent le rôle majeur dans la prise en charge des dépenses⁶

Comme le Haut Conseil l’a analysé dans les avis qu’il a rendus sur la protection sociale complémentaire et sur le système des Affections de Longue Durée (ALD) et bien qu’il subsiste des incertitudes sur l’impact financier des mesures de redressement retenues, les décisions prises par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ne se traduisent pas par un déport caractérisé des régimes de base vers les couvertures complémentaires, déport qui justifierait une extension significative des dispositifs d’aide aux contrats de couverture complémentaire.

Un déport plus important dans l’avenir ne peut cependant être exclu. Tout d’abord les contraintes réelles de notre système de prélèvements obligatoires ne peuvent être sous estimées. Une dérive des dépenses conduirait vraisemblablement à une baisse des taux ou conditions de prise en charge. Ce risque ne peut être évité ou cantonné que si les gains d’efficience escomptés dans le fonctionnement du système de soins sont au rendez vous. Aussi est-il impératif de tout mettre en œuvre pour rétablir rapidement l’équilibre financier, d’autant qu’aux termes de la loi, l’assurance maladie a désormais la responsabilité de proposer les mesures de redressement nécessaires pour respecter ce cadrage financier (article L.114-4-1), et peut être amenée à ce titre à proposer toute mesure, en particulier des ajustements de taux de remboursement dont la fixation relève maintenant de sa compétence (article L.182-2, 3°)⁷.

c) Le Haut Conseil rappelle, comme il l’a déjà souligné, qu’un déplacement radical du partage entre les régimes de base et les couvertures complémentaires n’est pas souhaitable.

En particulier, la suppression du régime d’exonération des ALD – hypothèse que certains pourraient envisager dès lors que les couvertures complémentaires couvrent plus de 90% de la population – aurait des conséquences très lourdes : quasi-doublement de la prime d’assurance complémentaire pour les personnes de plus de 60 ans, risque d’écroulement par les complémentaires et perte du levier que constitue l’exonération pour améliorer la qualité des soins par le suivi des protocoles.

Il n’en souligne pas moins dans ses avis la nécessité de vérifier la pertinence des critères actuels du régime des ALD (durée, stabilité du taux intégral d’exonération dans les régimes de base) d’une part, d’étudier des schémas de différenciation de la prise en charge d’autre part de façon à contenir la très forte augmentation du coût de l’exonération attachée au régime des ALD (dans son avis, le Haut Conseil l’a chiffrée, comme une hypothèse vraisemblable, à 0,85 point de CSG à l’horizon de 2010).

⁶ Compte tenu de la croissance du nombre des assurés en ALD, le taux de prise en charge par les régimes de base a tendance à augmenter.

⁷ Dans le cadre d’une amplitude qui a été fixée par décret à plus ou moins cinq points. En revanche, l’UNCAM n’a aucune marge de manœuvre à la hausse sur la participation forfaitaire de 1 euro puisque le décret a fixé dans le même temps l’amplitude et le montant du plafond.

d) Les mesures retenues n'affectent pas dans leurs fondements les principes de la médecine libérale

Ni la coordination des soins, avec le parcours de soins centré sur le médecin traitant et l'usage du dossier médical personnel (DMP), ni l'encadrement de la prescription par des référentiels de bonne pratique ou l'accréditation ne remettent en cause la médecine libérale.

La réflexion doit se poursuivre sur l'installation des professionnels de santé. L'objectif reste en effet, comme le Haut Conseil l'a rappelé, que celle-ci se fasse davantage en adéquation avec les besoins. Des mesures ont déjà été prises ou envisagées dans ce sens. Le Haut Conseil fera un point sur cette question au deuxième semestre 2005.

Troisième Section

L'optimisation de l'organisation et du fonctionnement du système

1) La gestion du périmètre de soins

Le Haut Conseil a appelé de ses vœux une gestion plus active et critique du périmètre des biens et services qui sont pris en charge par l'assurance maladie, en prenant en compte des critères de sécurité, de qualité, d'efficacité, mais aussi et surtout en exerçant une vigilance accrue, au-delà de leur inscription, aux conditions de leur utilisation.

La réforme apporte à cette question une réponse à la fois en termes d'institutions et d'instruments :

- la création d'une autorité indépendante. La Haute autorité de santé a pour objectif de renforcer la capacité du système à la fois à faire des choix éclairés sur les biens et services qu'il faut inclure ou exclure dans le champ du remboursement et à définir les protocoles de soins encadrant leur usage dans la pratique quotidienne des professionnels ;
- sur la base de ces référentiels, les protocoles de soins définissant la liste des actes et prestations pris en charge au titre de l'ALD impliqueront désormais le médecin traitant, le médecin conseil de la caisse et le patient lui-même ; ils peuvent être le support à la fois d'une meilleure qualité des soins et d'une clarification des règles de remboursement. Il conviendrait de profiter de la réforme de l'assurance maladie pour mobiliser la totalité des acteurs sur ce huitième de la population que représentent les malades en ALD, que ce soit en accélérant l'élaboration des référentiels médicaux applicables en ville comme à l'hôpital, en privilégiant les thèmes sur les pathologies ALD dans le cadre de la formation médicale continue, en hiérarchisant pour les praticiens conseils le repérage des carences des dossiers thérapeutiques et le suivi des patients ALD et en faisant jouer un rôle plus moteur au patient dans l'élaboration du contrat thérapeutique.
- les nouvelles responsabilités conférées à l'assurance maladie la mettent en situation de mobiliser ses systèmes d'information et déployer l'ensemble des outils dont elle a désormais la maîtrise afin de faire respecter les référentiels de bonne pratique.

Le Haut Conseil prend acte de façon positive de ces orientations. Bien entendu il conviendra de faire une évaluation de ces nouveaux dispositifs lorsque le recul sera suffisant mais il est nécessaire de mettre en place les outils d'une évaluation rigoureuse dès à présent.

2) La gestion hospitalière

Le Haut Conseil a peu investi sur le champ de l'hospitalisation (56,4Md€ de dépenses d'assurance maladie, ONDAM réalisé en 2004, hospitalisation hors secteur médico-social). D'une part, les modifications telles que celles relatives à la tarification (T2A) et à la gouvernance hospitalière sont trop récentes pour permettre d'avoir un recul nécessaire à leur évaluation et d'autre part, les premiers travaux du conseil ont mis en évidence l'opacité qui existait dans ce secteur. Il s'agit plus d'une opacité dans l'exploitation des données que d'une absence réelle d'informations. Il existe en effet une base nationale (PMSI) pour la médecine, la chirurgie, l'obstétrique qui permet de connaître dans le détail, hôpital par hôpital et pour chaque séjour, l'activité, l'âge des patients, les durées d'hospitalisation, les diagnostics, etc... De même les ressources humaines des établissements hospitaliers (personnels, qualification, répartition, productivité globale, etc.) sont répertoriées par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE). Mais l'ensemble de ces informations n'est pas assez utilisé comme outil d'analyse médico-économique dans la gestion interne des établissements, ni mis en débat au plan national.

Pour ces raisons le Haut Conseil a pris la décision d'approfondir ses analyses dans le cadre de son programme de travail 2005-2006.

Dans ce rapport, le Conseil se borne à donner quatre « coups de projecteur » sur l'hospitalisation qui n'épuisent pas la problématique hospitalière⁸.

a) Les coûts hospitaliers

A la suite de son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil a été amené à se pencher à nouveau sur la question de la formation des coûts dans les établissements hospitaliers et a rendu un avis⁹ dans lequel il s'étonne de la grande opacité qui règne et qui ne permet pas de comprendre la considérable variabilité des coûts, que ce soit au sein de chacun des secteurs hospitaliers, publics et privés, ou entre les deux secteurs. Aucun des éléments d'explication avancés – qu'il s'agisse des défauts de l'instrument de mesure (erreurs et biais lors de la saisie des informations, finesse insuffisante des regroupements de séjours hospitaliers, insuffisante prise en compte de l'hétérogénéité liée aux caractéristiques des patients, etc.) ou encore des analyses qui introduisent la taille de l'établissement ou l'influence des facteurs géographiques – ne parvient à éclairer les écarts de coût.

Pour les établissements appartenant au secteur public, les carences peuvent être attribuées prioritairement aux insuffisances criantes du suivi de gestion de l'activité hospitalière et de la connaissance qu'ont les établissements des éléments pertinents de leurs propres coûts de production. Le Haut Conseil constate et déplore la diffusion confidentielle des outils que sont les tableaux de bord, le contrôle de gestion ou la comptabilité analytique. Seule une minorité de structures disposent ainsi d'une comptabilité analytique d'exploitation alors que l'obligation en a été inscrite depuis bientôt douze ans, par décret, dans le code de la santé publique. Le Haut

⁸ Les questions de périmètre des soins, la politique d'emploi, les politiques de normes ou la permanence des soins spécialisés constituent autant d'autres points importants.

⁹ Avis rendu le 21 juillet 2004.

Conseil insiste sur l'urgence d'une mise en place déterminée, générale et effective de cet outil de gestion que constitue la comptabilité analytique.

Dans le cas des comparaisons intersectorielles, le Haut Conseil regrette qu'aucune étude n'ait réussi à quantifier de façon rigoureuse les écarts de coût de prise en charge entre le secteur hospitalier public et le secteur hospitalier privé. Le Haut Conseil estime que ce travail comparatif est particulièrement urgent dans un contexte de montée en puissance de la tarification à l'activité.

Le Haut Conseil a par conséquent recommandé aux autorités de tutelle, entourées de toutes les parties directement concernées, de lancer et d'entretenir un programme d'études ayant pour objectifs de quantifier les imperfections actuelles de l'outil de mesure de l'activité (PMSI) et de réaliser une mesure fiable des écarts. La mise en place d'un Comité de Pilotage « convergence public/privé » le 22 juillet 2004 avec les quatre fédérations de l'hospitalisation rejointes par l'ATIH¹⁰ en novembre de la même année a constitué une première étape. Un vaste programme d'études a été validé par l'ensemble des fédérations. Si le Conseil se félicite de la création de ce comité de pilotage, il déplore dans le même temps le fait que l'étude nationale de coûts commune, qui constitue une préoccupation de premier rang, ne puisse être réalisée avant l'exercice 2006 et que les résultats obtenus fin 2007 ne puissent être interprétés qu'au cours de l'année 2008¹¹.

Il a décidé de faire le point sur cette situation qui lui semble particulièrement critique à l'automne 2005.

b) La tarification à l'activité

Décidée dans le cadre du plan Hôpital 2007, la tarification à l'activité (T2A) se met en place progressivement depuis 2004. C'est l'aboutissement d'un chantier ouvert depuis près de vingt ans avec l'expérimentation, puis la généralisation, du programme de médicalisation des systèmes d'information. Il s'agit d'une réforme très importante pour les établissements hospitaliers, notamment en termes de meilleure allocation des ressources. Afin de mieux en saisir les conséquences potentielles, le Haut Conseil considère qu'il aurait été utile de faire une simulation « grandeur nature » de l'application complète de ce nouveau mode de tarification.

Ce choix de faire évoluer le mode de rémunération des hôpitaux publics et privés s'est appuyé sur le constat récurrent des défauts du système ancien. Du côté des hôpitaux publics, la dotation globale de financement, insuffisamment liée à l'activité réalisée, générait des rentes de situation, pénalisait les plus dynamiques et globalement ne comportait pas d'incitation à l'efficacité ; de fait, les analyses menées à partir du PMSI montrent de grands écarts de coût entre établissements, comme le Haut Conseil l'avait souligné dans son rapport de janvier 2004 puis son avis sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers. Dans le secteur privé, la tarification, détaillée à l'excès, était construite sur des principes qui n'ont pas forcément de réalité

¹⁰ Fédération Hospitalière de France (FHF), Fédération Hospitalière de France (FHP), Fédération des établissements hospitaliers et d'assistance privés à but non lucratif (FEHAP), Fédération Nationale des Centres de Lutte contre le Cancer (FNLCC) et Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation (ATIH).

¹¹ La DHOS note qu'il faut trois à six mois aux « gros » établissements (type CHU) pour modifier leur schéma comptable et que la définition de la méthodologie commune nécessite trois à six mois de travail.

économique (le lien entre la rémunération de l'acte médical et les coûts de la clinique) et variait sur le territoire de manière injustifiée. Enfin les différences de modes de rémunération entre les deux secteurs étaient considérées de part et d'autre comme injustes.

La T2A n'est pas, en soi, un outil de maîtrise des budgets hospitaliers mais le principe de la réforme s'inscrit dans la recherche d'une meilleure gestion et d'incitations économiques à la performance. Sa mise en œuvre pratique soulève toutefois de nombreuses questions :

D'une part, aucun système de rémunération n'est idéal, et tous comportent des avantages et des inconvénients au regard des différents objectifs poursuivis (d'efficacité, d'équité et d'accès aux soins, de maîtrise des coûts). En l'occurrence la T2A implique une vigilance sur toutes ces dimensions. Elle comporte un risque d'écroulement (au profit des GHS les plus rémunérateurs), voire, dans des cas extrêmes, de baisse de la qualité, qui appellent des outils spécifiques. D'autre part, elle n'est pas, en tant que telle, un instrument de maîtrise budgétaire mais davantage un instrument visant à donner aux différents acteurs une visibilité tarifaire.

Cette seconde question - la maîtrise globale des dépenses - se pose d'autant plus que la manière dont le système est conçu ne génère pas d'économies *a priori* (il opère uniquement d'une redistribution à enveloppe constante, puisqu'il est fondé sur les tarifs moyens) et n'est pas dénué de risques inflationnistes¹² : surcoûtage, course à l'activité, facturations spécifiques de certains postes de dépenses, compensation des déficits des établissements « perdants », rapprochement des tarifs du privé vers ceux du public,...

D'autre part il ne suffit pas que le principe soit vertueux ; s'agissant d'une réforme très ambitieuse et complexe, les détails de la mise en œuvre sont essentiels. Des inquiétudes se sont manifestées sur ce point, notamment en ce qui concerne la fixation des tarifs, fondés sur des échantillons limités même si des efforts ont été faits pour assurer une représentativité.

Enfin inciter les établissements aujourd'hui surdotés à faire des gains de productivité ne garantit pas *ipso facto* que ceux-ci pourront les réaliser, c'est-à-dire améliorer concrètement l'organisation pour conduire la même activité avec moins de moyens. S'ils n'y parviennent pas, le risque existe qu'ils tentent d'échapper à la contrainte par des reports de charges, qui augmentent d'ores et déjà depuis plusieurs années¹³. D'où la nécessité, en cas de difficulté, d'un accompagnement, qui est d'ailleurs commencé à être mis en place par la DHOS¹⁴.

Le Haut Conseil a salué dans son rapport de janvier 2004 le principe de l'évolution vers un mécanisme de dotation budgétaire qui tiendrait compte de l'activité. Au stade actuel de la mise en œuvre, et en l'état de ses réflexions, il n'a pas de vision suffisamment claire sur les modalités de cette mise en œuvre et leur impact pour se prononcer. Il a décidé de faire le point sur ce dossier stratégique à l'automne 2005.

¹² C'est ce que font ressortir les études centrées sur les expériences étrangères de mise en œuvre de la tarification à l'activité (cf. Hartmann L., Moschetti K. et Rochaix L. (2001) "La tarification à la pathologie aux Etats-Unis", Dossiers Solidarité et santé n°1, janvier et mars 2001). Cf. également les actes du colloque « T2A : expériences européennes », février 2005 consultables sur <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/hopital2007/index.htm>

¹³ Ce qui montre d'ailleurs *a contrario* que la dotation globale n'est pas un outil suffisant de maîtrise des dépenses hospitalières.

¹⁴ Des dispositifs de ce type (évaluation de performance et mission d'aide aux établissements en cas de difficulté persistante) sont également mis en place dans d'autres pays (Royaume-Uni, communauté autonome de Catalogne en Espagne notamment).

c) Le conseil de l'hospitalisation

La loi du 13 août 2004 a créé le Conseil de l'hospitalisation.

Les missions de ce conseil sont importantes et multiples. Il « contribue à l'élaboration de la politique de financement des établissements de santé ainsi qu'à la détermination et au suivi de la réalisation des objectifs de dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation ». Il donne son avis « sur les orientations de la politique salariale et statutaire et les conséquences financières de chaque projet d'accord ou de protocole d'accord destiné à être conclu entre l'Etat et les organisations syndicales » ainsi que sur « les projets de textes réglementaires fixant des nouvelles normes de sécurité sanitaire applicables aux établissements de santé. Ses avis portent notamment sur l'évaluation de l'impact financier et l'analyse des conséquences de ces mesures sur l'organisation des établissements » (article L.162-21-2). De même, en vue de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le conseil de l'hospitalisation transmet chaque année, au plus tard le 15 juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale des propositions relatives au montant des objectifs de dépenses d'assurance maladie et des dotations nationales afférents aux établissements de santé et un rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé. Ce rapport est rendu public (arrêté du 8 octobre 2004 fixant la composition, les missions et les modalités de fonctionnement du conseil de l'hospitalisation).

Pour l'instant les travaux de cette instance qui ont débuté en décembre 2004 sont essentiellement consacrés au suivi de la tarification.

On aurait pu s'attendre à ce que cette instance permette une plus grande coordination entre l'ambulatoire et l'hospitalisation, notamment en associant beaucoup plus les représentants de l'assurance maladie. Mais on constate que sur les neuf membres du conseil¹⁵ seuls deux représentent l'assurance maladie.

De même est-il souhaitable que le Conseil de l'hospitalisation contribue par la publication d'études et d'avis au débat public sur l'hospitalisation qui, encore aujourd'hui, est particulièrement pauvre. Ce débat doit impliquer, au-delà des professionnels et de leurs tutelles, les partenaires sociaux et les représentants des usagers.

d) La gouvernance hospitalière

La réforme de la tarification introduite par la T2A s'accompagne d'une réforme de la gouvernance hospitalière.

¹⁵ Le conseil composé de 9 membres est présidé par le DHOS (directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins), vice-présidé par le DSS (directeur de la sécurité sociale) et comprend 2 représentants de la DHOS, 1 de la DSS, le DGS (directeur général de la santé), le directeur de la CNAMTS, un représentant des organismes nationaux d'assurance maladie et une personne qualifiée nommée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Dans son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil avait souligné les difficultés propres aux conditions de « gouvernance » de l'hôpital. Ces difficultés se manifestaient soit de manière interne (la concurrence et l'imbrication des pouvoirs du conseil d'administration, du directeur d'hôpital, de la commission médicale d'établissement, des chefs de service, des communautés universitaires ont conduit à parler de « déficit d'autorité à l'hôpital »¹⁶), soit vis-à-vis des autorités extérieures, agences régionales d'hospitalisation et administrations centrales de l'Etat.

Le Haut Conseil notait toutefois qu'un processus de réforme de la gestion interne de l'hôpital avait été engagé dans le cadre du plan Hôpital 2007.

L'ordonnance du 2 mai 2005¹⁷ et le décret du 4 mai 2005¹⁸ introduisent des nouvelles règles de gouvernance hospitalière. (Voir annexe 1)

Le Haut Conseil n'a pas analysé, à ce stade, la pertinence de cette réforme.

3) Le parcours de soins

La nécessité d'une meilleure coordination des soins, souvent soulignée, a été rappelée par le Haut Conseil en janvier 2004. Elle trouve une traduction dans la réforme sous la forme de deux innovations organisationnelles importantes : le médecin traitant et le dossier médical personnel.

a) Les enjeux du parcours de soins

Le principe de la réforme est de considérer que le parcours de soins est le bon mode d'accès aux soins qu'il convient d'encourager, le « hors parcours » devenant l'exception qu'une pénalisation financière doit décourager.

a1) Une meilleure qualité de suivi et de traitement des malades

Le système de soins français est de haut niveau, mais à beaucoup d'égards, les modèles sur lesquels il est construit doivent s'adapter pour relever les nouveaux défis en termes d'amélioration de la santé de la population, qui passent par la prévention, par la qualité, notamment dans le domaine de la prise en charge des maladies chroniques qui va être la question dominante des prochaines décennies.

Tous les pays sont d'ailleurs confrontés à ce défi et développent des outils de gestion du risque, pour mieux organiser les parcours de soins, pour assurer la conformité des protocoles de traitement aux référentiels, pour prévenir les complications, en impliquant à la fois les

¹⁶ Rapport présenté par M. René Couanau, mars 2003.

¹⁷ Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹⁸ Décret n°2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique. J.O n°104 du 5 mai 2005.

professionnels de soins et les malades eux-mêmes. Partout en effet les études montrent que des progrès substantiels peuvent être faits dans la prise en charge des maladies chroniques, et la France n'échappe pas à ce constat.

Le système de soins français n'est pas très bien armé pour relever ce défi, car il repose sur une séquence de contacts du malade avec des médecins isolés et faiblement coordonnés, dont aucun n'a de responsabilité sur l'ensemble du parcours de soins et sur la gestion du « capital santé » du patient.

Désigner un médecin ayant cette responsabilité est dès lors un premier pas vers une meilleure coordination. L'enjeu de qualité est notamment important pour les ALD, comme le haut Conseil l'a souligné dans son avis récent.

a2) Une efficience accrue

L'un des enjeux du parcours de soins est d'ordre financier. Il s'agit d'utiliser le recours à la médecine spécialisée à bon escient, d'éviter des consultations inutiles chez certains spécialistes. Il s'agit aussi, en fidélisant les assurés, de diminuer la pression que la volatilité redoutée de la clientèle exercerait sur les médecins en termes de prescriptions et d'arrêts de travail.

Aucune étude ne permet aujourd'hui d'apprécier l'ampleur d'une surconsommation d'actes de spécialistes, mais plusieurs constats viennent étayer l'idée que l'importance du recours à la médecine spécialisée n'est pas systématiquement liée aux besoins de soins, et n'est pas forcément synonyme de meilleure qualité. On observe par exemple de fortes différences de recours selon le milieu social ; et si celles-ci ne préjugent évidemment pas du caractère utile ou inutile du recours au spécialiste, d'autres observations accréditent l'hypothèse selon laquelle un recours aux soins supplémentaire n'apporte pas nécessairement de bénéfice médical. Quant à la prescription, notamment médicamenteuse, les constats comparatifs avec d'autres pays aussi bien que les écarts observés avec les référentiels laissent entrevoir d'importants gisements d'économie.

Mais au-delà d'un usage plus économe des ressources, l'enjeu du parcours de soins et du DMP est un enjeu d'amélioration de la qualité. Il peut aussi être un levier pour améliorer l'équité d'accès, même si les modalités de mise en œuvre peuvent avoir des effets paradoxaux de ce point de vue.

a3) Un levier pour améliorer l'accès aux soins

Les modalités de mise en place du parcours de soins ont fait débat sur le plan de l'équité, du fait de la responsabilisation financière des patients en cas de recours direct au spécialiste, et donc des différences de facilité d'accès selon le revenu.

Le dispositif du médecin traitant pourrait aussi être, en tant que tel, source de progrès. On sait en effet que l'accès à certains soins préventifs (dépistages des cancers par exemple) est aujourd'hui très inégalement distribué en France. L'inscription chez un médecin traitant et le dossier médical personnel peuvent constituer de ce point de vue l'amorce d'un système dans lequel les médecins ne se sentent pas redevables seulement à la clientèle qui franchit la porte du cabinet, comme c'est le cas aujourd'hui, mais aussi à la population dont ils ont la responsabilité.

Ces objectifs de qualité et d'équité ne peuvent cependant être atteints que si le système est conçu, dans sa mise en œuvre opérationnelle, pour les prendre en compte.

b) Les modalités de mise en œuvre du parcours de soins

b1) Un système reposant sur des incitations financières

b11) Le patient sera plus ou moins remboursé selon le parcours de soins emprunté. Il sera

◆ moins bien remboursé, à la fois par le régime de base¹⁹ et par son régime complémentaire, s'il ne se conforme pas aux règles du parcours de soins.

Pour le régime de base, l'article 7 de la loi du 13 août avait prévu que: *« La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant. Un décret fixe les cas dans lesquels cette majoration n'est pas appliquée, notamment lorsqu'est mis en œuvre un protocole de soins. Les dispositions prévues à l'alinéa précédent ne sont pas applicables lorsque la consultation se fait en cas d'urgence auprès d'un autre médecin que celui désigné à l'organisme gestionnaire du régime de base d'assurance maladie, ou lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus. »*

Cette disposition concerne potentiellement non seulement les actes et consultations des médecins mais aussi leurs prescriptions²⁰ (analyses et examens de laboratoires, médicaments, etc.).

¹⁹ La loi du 13 août 2004 a prévu que c'était au conseil de l'UNCAM de délibérer sur ce niveau de remboursement : *« art. L. 182-2-3. - Le conseil délibère sur : (...) La participation mentionnée aux articles L. 322-2 et L. 322-3, sur proposition du collège des directeurs »*

²⁰ En effet :

- Le I de l'article L322-2 parle de la participation aux tarifs servant de base au calcul des prestations prévues aux 1°, 2° et 3° de l'article L. 321-1

- Le L321-1 énumère :

1°) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèses dentaires, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examens de laboratoire, y compris la couverture des frais relatifs aux actes d'investigation individuels, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de soins, de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L. 313-3, y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et des frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;

2°) La couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;

3°) La couverture, sur décision de la commission mentionnée à l'article L. 146-9 du code de l'action sociale et des familles, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements mentionnés au 2° et au 12° du I de l'article L. 312-1 du même code ainsi que celle des frais de traitement concourant à leur éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application des articles L. 112-1 à L. 112-4, L. 123-4-1, L. 351-1 à L. 351-3 et L. 352-1 du code de l'éducation.

Le décret d'application en cours de consultation à la date d'adoption du présent rapport précise que la majoration de participation applicable à compter du 1^{er} janvier 2006 « *pour les actes et consultations réalisés par des médecins* » pourra se situer entre 7,5% et 12,5% du tarif servant de base au remboursement d'une consultation de spécialiste dans le parcours de soins coordonnés, soit actuellement 2€ et 3,4€²¹.

Cette règle appelle trois remarques :

- + les prescriptions effectuées par un médecin « hors parcours » ne sont pas concernées,
- + la majoration en cause ne représentera qu'une fraction plus faible des débours sur les actes techniques. Pour une valeur moyenne de 60€, elle se situera entre 3,33 et 5,66%,
- + dans la suite de ce rapport, on a retenu à titre d'hypothèse un taux de 10 points (soit une majoration de 2,7€), valeur qui situe le taux de prise en charge à 60%.

Pour les complémentaires, la baisse de la prise en charge hors parcours de soins est définie dans le cadre du *contrat responsable*. Dans ces contrats, le projet de décret prévoit

- + l'interdiction totale de prise en charge de la majoration de participation lorsque l'assuré est hors parcours ou lorsqu'il n'autorise pas un professionnel de santé à accéder à son dossier médical personnel ou à le compléter;
- + l'interdiction de prise en charge des dépassements d'honoraires hors parcours quel que soit le secteur. Cette dernière interdiction, applicable aux actes cliniques et techniques, porte sur le montant du dépassement autorisé sur les actes cliniques, soit actuellement 5€²².

◆ mieux pris en charge par les contrats de complémentaire lorsqu'il se situe « en parcours de soins ». Le décret précité prévoit en effet que les contrats en cause doivent compléter le remboursement par les régimes de base

- + à hauteur de 100% pour les C (et à la marge les CS) du médecin traitant (mais pas des autres médecins),
- + à hauteur d'au moins 95% pour les analyses de biologie et les médicaments à vignette blanche prescrits par le seul médecin traitant,

Ce dispositif appelle deux commentaires

- + la garantie ainsi instituée ne jouera qu'à la marge (la plupart des contrats de complémentaire prennent en charge la totalité du ticket modérateur)

²¹ La base actuelle du tarif servant de base au remboursement d'une consultation de spécialiste dans le parcours de soins coordonnés est actuellement 27€. 7,5% de 27€ = 2€ et 12,5% de 27€ = 3,375€

²² Le dépassement est plafonné à hauteur de 17,5 %, arrondi à l'euro supérieur, sur la base des tarifs applicables dans le parcours de soins coordonnés, soit 17,5% de 27€ = 4,7€ arrondi à 5€.

+ si l'on comprend l'intention des pouvoirs publics de « primer » le parcours de soins, elle diminue encore la lisibilité du dispositif

b12) le dispositif comporte pour les médecins un ensemble complexe de modifications :

- une rémunération spécifique du médecin traitant pour la prise en charge des patients en ALD (40 € par an et par assuré ALD),
- pour les médecins correspondants (généralistes et spécialistes), une majoration de coordination de 2 euros par acte,
- pour les médecins spécialistes, une majoration d'honoraires s'ils reçoivent des patients adressés par leur médecin traitant pour une consultation ponctuelle²³ (C2 au lieu de CS),
- pour les médecins spécialistes du secteur 1 consultés en accès direct²⁴, la possibilité de pratiquer, dans un cadre plafonné, des dépassements d'honoraires,
- pour les médecins du secteur 2 qui entreraient dans l'option conventionnelle de coordination, la prise en charge d'une partie des cotisations sociales en contrepartie de l'application des tarifs conventionnels à une partie de leur activité.

Le dispositif repose donc sur le choix du consommateur plutôt que la contrainte : on peut choisir de garder une liberté totale de circulation dans le système de soins, mais on paye pour cette absence de contrainte. C'est sans doute, compte tenu des habitudes, de la valeur attachée à la liberté de choix, la seule voie possible dans le contexte français.

²³ Conformément à l'article 18 de la NGAP, le médecin correspondant rend un **avis ponctuel** de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.

La notion d'avis ponctuel implique que le médecin spécialiste correspondant n'a pas reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation. De même, le médecin correspondant ne peut pas coter de C2 s'il doit revoir le patient dans les 6 mois suivants.

Cette possibilité de cotation en 2C existait déjà à la nomenclature avant la réforme d'août 2004. L'article 18 de la NGAP précise en effet : « *Les praticiens agissant à titre de consultants ne peuvent porter sur les feuilles de maladie les cotations prévues ci-dessous qu'à la condition de se conformer aux règles suivantes :*

- *ne se rendre au domicile du malade ou ne le recevoir à leur cabinet qu'avec le médecin traitant ou à sa demande ;*
- *ne pas donner au malade des soins continus, mais laisser au médecin traitant la charge de surveiller l'application de leurs prescriptions. »*

Le 2C était alors réservé aux médecins anciens internes d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier universitaire, agissant à titre de consultants. Il était pratiqué essentiellement par les chirurgiens. La convention de janvier 2005 étend la possibilité de cotation en 2C à l'ensemble des spécialistes ayant un CES. La cotation C2 pour avis ponctuel de consultant sera également étendue aux médecins qui obtiendront un diplôme d'études spécialisées de médecine générale à compter du 1er janvier 2007.

²⁴ Pour les **actes** dits « en accès spécifique » des gynécologues, ophtalmologues, psychiatres, neuropsychiatres et neurologues, ces spécialistes de secteur 1 ne sont pas autorisés à pratiquer des dépassements même pour des assurés qui n'ont pas de médecin traitant. Le Haut Conseil a eu connaissance de quelques interprétations discutables de cette règle. Tant les ministres concernés que les partenaires conventionnels ont clairement indiqué que ces dérives n'étaient pas admissibles.

Néanmoins le système d'incitations financières peut se révéler ambigu dans ses effets « à la marge ». Les patients sont incités financièrement à passer par leur médecin traitant. Mais les médecins spécialistes conservent, même si les modalités de la convention en limitent l'ampleur, des incitations financières à l'accès direct. Ils pourraient donc être dès lors conduits à privilégier cette catégorie de patients, qui risquent d'être, encore plus qu'aujourd'hui, les patients les plus aisés. Dans un contexte de diminution prévisible du nombre de spécialistes, il convient de veiller à garantir l'accès aux soins spécialisés pour tous sans discrimination. Les partenaires conventionnels sont convenus d'être vigilants sur d'éventuels comportements d'inégalité dans l'accès aux spécialistes²⁵.

b2) La mise en œuvre du dispositif

42% des assurés concernés (plus de 16 ans) ont à ce jour choisi un médecin traitant. Une montée en charge progressive est assez logique puisque celle-ci suit le rythme auquel les assurés vont consulter leur médecin pour la première fois en 2005. On peut noter au passage que si tous les assurés avaient dû consulter leur médecin traitant en début d'année pour s'inscrire auprès de lui et si ce dernier avait fait payer cette « consultation », hypothèse choquante au demeurant, les dépenses d'assurance maladie auraient enregistré un surcoût de l'ordre de 624 millions d'euros (48 millions de personnes concernées à 13 € de remboursement individuel).

Le médecin traitant choisi par les assurés est massivement le généraliste (99,6%), comme l'avaient pensé les partenaires conventionnels.

b3) La nécessité d'accompagner les incitations financières par une réflexion sur le contenu professionnel et l'organisation de l'offre

Si, comme on l'a dit ci-dessus, le dispositif du médecin traitant, appuyé par le DMP, constitue l'amorce d'une organisation des soins qui fait aujourd'hui défaut en France et qui peut être porteuse d'améliorations substantielles, la mise en œuvre d'incitations financières n'est pas de nature, à elle seule, à permettre d'engranger ces bénéfices potentiels. Il est nécessaire de l'accompagner d'un projet sur :

- le contenu professionnel de la fonction de médecin traitant, ce qui conduirait aussi à mieux expliciter la contrepartie des incitations financières en termes de service rendu au malade ; ceci rejoint la nécessité, développée plus loin, de mieux définir le rôle et les missions de la médecine générale (voir ci-dessous la partie 5 « organisation de l'offre ») ;
- il faut également accompagner cette évolution d'une politique favorisant une médecine de première ligne. C'est aussi un des leviers de l'amélioration de la prise en charge des maladies chroniques, et c'est par ailleurs la voie d'un accès à des soins de qualité pour tous dans un contexte de diminution de l'offre médicale qui est celui que nous allons connaître dans les prochaines années.

²⁵ Les caisses d'assurance maladie entendent que les conciliateurs des caisses suivent cette question. Les représentants des usagers ont également souligné que les usagers pourraient, sur ce point, saisir la Haute Autorité de Lutte contre les Discriminations si nécessaire.

- l'évolution de la pratique médicale en général vers une organisation plus collective et plus interprofessionnelle.

b4) La coordination ville-hôpital

Dans son rapport 2004, le Haut Conseil insistait sur la nécessité de mieux articuler, au service du patient, le travail des différents acteurs de la santé. Il estimait que tout devait être fait pour résorber les discontinuités entre les prises en charge successives dont un même patient peut faire l'objet.

La loi du 13 août 2004 mise sur trois dispositifs pour favoriser la coordination ville-hôpital :

- Le Dossier Médical Personnel dans lequel chaque professionnel de santé, exerçant en ville ou en établissement de santé, reporte les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge. En outre, à l'occasion du séjour d'un patient, les professionnels de santé habilités des établissements de santé reportent sur le DMP les principaux éléments résumés relatifs à ce séjour. Ce dispositif qui favorise le partage d'information entre les professionnels de santé devrait faciliter les liens entre l'hôpital et la médecine de ville pour une meilleure prise en charge en évitant les actes redondants.
- Le protocole de soins permet également une prise en charge coordonnée du patient. Il est établi entre le médecin traitant de ville ou d'établissement de santé et le médecin conseil. Le patient est tenu de communiquer, sauf cas d'urgence, son protocole au médecin consulté pour bénéficier de la limitation ou de la suppression de sa participation aux frais de soins.
- Le médecin traitant participe à la mise en place et à la gestion du dossier médical personnel. Il est amené à orienter le patient vers le professionnel de santé le plus apte à gérer sa situation.

b5) Le bilan financier

Le bilan financier à attendre de cette régulation de l'accès au spécialiste dépendra du comportement des patients et des médecins.

b51) A un premier niveau, celui des consultations, visites et actes techniques, leur nombre et leur valeur résulteront de mouvements de sens contraire.

On doit distinguer deux types de patients : ceux qui actuellement vont consulter le spécialiste²⁶ en première intention ; ceux qui ne consultent un spécialiste que sur adressage de leur généraliste (qui va être leur « médecin traitant »)

- Si les premiers ne changent pas leur comportement, et acceptent d'être moins remboursés pour garder leur liberté de circulation dans le système, l'assurance maladie est susceptible de faire en

²⁶ Sauf ceux « en accès spécifique », c'est-à-dire les gynécologues, ophtalmologistes, psychiatres.

instantané et « mécaniquement » une économie sur 19% des actes cliniques et techniques de spécialistes²⁷.

Dans l'hypothèse où le moindre remboursement serait de 2,7€²⁸, l'économie maximale à attendre – si aucun assuré ne modifie son comportement et demeure hors parcours – serait de 120M€).

Il est prématuré d'estimer le nombre d'assurés qui resteront hors parcours de soins. Il n'est pas exclu, compte tenu du profil socio-démographique de la population qui utilise beaucoup l'accès direct au spécialiste (population jeune, éduquée, niveau social et revenus élevés), que celle-ci accepte un décrochement du remboursement et ne modifie pas ses habitudes.

Si, au contraire, une partie des patients change de comportement, le bilan final des débours qu'ils engendrent dépendra de plusieurs éléments :

- ° la propension de ces patients à consulter désormais en « début de parcours » leur médecin traitant pour être ensuite adressés par lui à un spécialiste. On enregistre alors deux types de dépenses supplémentaires : la consultation « additionnelle » du médecin traitant (soit un coût pour l'assurance maladie de 13€²⁹) ; le C2 au lieu du CS pour une fraction des consultations de spécialiste, soit un coût pour l'assurance maladie de 9€³⁰,
- ° la baisse des consultations de spécialistes et des actes techniques lorsque le médecin traitant juge inutile le recours à un spécialiste.

- Pour les seconds qui sont déjà « dans le parcours de soins », le nombre de consultations ne va normalement pas changer ; mais on aura la substitution d'un C2 à un CS dans le cas de consultation ponctuelle. Le nombre des actes techniques n'est pas modifié.

Il est prématuré de vouloir avancer un solde pour l'ensemble de ces mouvements. Si le système fonctionne de manière vertueuse, le résultat devrait être une baisse des consultations de spécialistes et d'actes techniques « superflus », induisant une moindre dépense de l'assurance maladie sans préjudice pour le patient. On verra à l'expérience si cette baisse est inférieure ou supérieure aux surcoûts précités. Le Haut Conseil procèdera à l'automne à une première analyse de l'incidence du parcours de soins.

b52) A un second niveau, on peut attendre de la « fidélisation »³¹ des patients auprès de leur médecin traitant une continuité des soins qui se traduise sur la durée par un rapport patient/médecin plus confiant (ce qui permettrait par exemple de mieux faire admettre des inflexions sur les prescriptions : ordonnance moins longue, préférence pour les génériques, diminution des IJ...).

De même la fidélisation de la patientèle devrait permettre de faire évoluer les relations entre le médecin et son patient en facilitant la promotion d'actions de santé publique et de prévention.

²⁷ Chiffres en cours de validation.

²⁸ On rappelle que la fourchette prévue par le décret est entre 7,5% et 12,5% du tarif servant de base au remboursement d'une consultation dans le parcours de soins coordonnées, soit actuellement 27€. 2,7€ correspond à une réfaction du taux de 10 points, soit le milieu de la fourchette 7,5 – 12,5.

²⁹ 70% de 20€ ; puis déduction forfaitaire de 1 euro.

³⁰ 27€ de C2 (70% de 40€ ; puis déduction de 1 euro) contre 18€ de CS (70% de 27€ ; puis déduction de 1 euro).

³¹ Même si formellement la loi autorise le patient à changer de médecin traitant à tout moment. Il conviendra de suivre avec attention les changements de médecin traitant afin de mesurer l'importance du phénomène.

C'est à l'évidence l'enjeu majeur sur le plan financier.

b53) A moyen terme, la croissance potentielle de l'activité des médecins généralistes en relation avec leur rôle de médecin traitant nécessitera de mieux organiser la pratique médicale et de recentrer leur activité.

c) Le dossier médical personnel

Dans son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil avait souligné la nécessité de mieux articuler, au service du patient, le travail des différents acteurs de la santé et avait déploré à cet égard le retard pris dans la généralisation d'un dossier médical partagé.

L'article 3 de la loi du 13 août 2004 crée le Dossier Médical Personnel dont chaque assuré social de plus de seize ans devra disposer au plus tard le 1^{er} juillet 2007. Un GIP de « préfiguration du DMP » a été institué en avril 2005 regroupant l'Etat, l'assurance maladie et la Caisse des Dépôts et Consignation avec pour objectif de préparer les dispositions juridiques, organisationnelles, financières et logistique du futur organisme gestionnaire du DMP et d'en assurer les premières réalisations dans l'attente de l'installation d'une structure pérenne du DMP.

Les enjeux du DMP et les enseignements tirés des expériences étrangères sont brièvement exposés à l'annexe 2.

c1) la loi du 13 août 2004 prévoit des mécanismes incitant les assurés et les professionnels de santé à mettre en œuvre le DMP ;

- les patients qui refusent l'ouverture d'un DMP ou s'opposent à l'inscription par les professionnels de santé des prestations de soins seront moins bien pris en charge par les régimes de base.

- les professionnels de santé qui ne « serviraient » pas le DMP pourraient être sanctionnés. Le projet de décret – qui vise l'ensemble des motifs de sanction, et pas seulement le défaut de gestion du DMP, a fait l'objet le 3 mai 2005 d'un avis négatif de la CNAMTS. Selon son conseil, les procédures prévues ne « dotaient pas l'assurance maladie d'un levier important de son action de maîtrise du risque ».

c2) les options :

La mise en œuvre de ce dossier nécessite d'apporter des réponses concrètes à trois grandes interrogations qui portent sur le contenu du dossier, sur les mécanismes de sécurité d'accès au DMP et sur l'architecture globale du système et son articulation avec l'existant.

S'agissant du contenu, quel doit être le noyau minimal du dossier [provenant de l'hôpital, la lettre de sortie qui dresse un résumé du passage du patient à l'hôpital ; provenant du médecin de ville ou des consultations externes hospitalières, la fiche de consultation, la prescription médicamenteuse, la prescription d'examen complémentaires (biologie et radiologie notamment) ; provenant du laboratoire d'analyses médicales, les résultats d'analyses biologiques ; provenant du cabinet radiologique, le compte-rendu d'examen radiologiques ; provenant de la pharmacie, la délivrance médicamenteuse ; le cas échéant, provenant du médecin

traitant, l'indication d'ALD avec le protocole de soins associé (PIRES, article 6 de la loi du 13 août 2004)] ?

De même, en matière de sécurité d'accès au DMP et d'architecture globale, rien n'est encore arrêté à ce jour (normes de sécurisation, interopérabilité des logiciels médicaux, etc.).

c3) déploiement du DMP

Il est prévu à l'automne 2005 le lancement de douze expériences pilotes s'appuyant sur des réalisations existantes permettant de tester l'acceptabilité et l'utilisation du dossier médical personnel par le médecin et par le patient.

Un premier pas pourrait être l'initialisation d'un dossier à partir des données codées de l'assurance-maladie (médicaments, examens de biologie, Classification Commune des Actes Médicaux, séjours hospitalier GHS). Toutefois, ce palier ne saurait être envisagé comme une alternative au DMP.

Enfin, compte tenu de l'importance en termes de qualité des soins et de santé publique de la bonne coordination des soins pour les patients en ALD, il conviendrait d'étudier la faisabilité d'un démarrage du DMP pour cette partie de la population.

Le Haut Conseil considère que le DMP est un élément majeur de la réforme de l'assurance maladie. Il est à cet égard essentiel :

- **ne pas accepter durablement de palier « dégradé » dans le contenu et la circulation du DMP,**
- **de prévoir explicitement des moyens organisationnels et financiers à hauteur de l'enjeu,**
- **de réaffirmer la volonté politique et les calendriers³²**

d) Le Haut Conseil considère que ces évolutions sont positives.

Le médecin traitant et le DMP peuvent constituer le socle d'une gestion active du processus de soins, en particulier pour les maladies chroniques. C'est un enjeu essentiel de qualité des soins et d'efficacité. S'agissant des modalités de la mise en place du parcours de soins, le Haut Conseil fait cinq remarques.

- Le dispositif repose sur le choix du consommateur plutôt que la contrainte (on peut choisir de garder une liberté totale de circulation dans le système de soins, mais on paye pour cette absence de contrainte), ce qui est la seule voie possible dans le contexte français.
- Certains membres du Conseil ont estimé que le recours au « parcours de soins » serait plus facilement accepté par les assurés si la prise en charge était dans ce cas améliorée. Cette amélioration devrait être recherchée
 - ° par le cantonnement des dépassements. Une première étape peut résulter de l'adhésion des spécialistes à l'option de coordination.

³² Il convient que les textes organisant le financement sortent rapidement faute de quoi le risque existe de ne pas y avoir d'opérateurs candidat

° par l'augmentation de la prise en charge (base + complémentaire). On a dit plus haut que le projet de décret précité faisait un pas dans ce sens. Par ailleurs, le protocole d'août 2004 signé entre le Ministre de la santé et de la protection sociale, la CNAMTS et les syndicats des médecins spécialistes évoquait la piste d'une « opposabilité intégrée »³³.

Le Haut Conseil n'a pas analysé ces pistes dont on mesure mal les données politiques, juridiques et financières.

- Le contenu professionnel de la fonction de médecin traitant gagnerait à faire l'objet d'une réflexion plus approfondie (objectifs en matière de prévention, de qualité du suivi des pathologies chroniques,...).
- Il faut accompagner cette évolution d'une politique favorisant une médecine de première ligne organisée de manière plus collective et plus interprofessionnelle.

4) L'utilisation des instruments tarifaires

Le Haut Conseil a plaidé pour une meilleure utilisation par l'assurance maladie des instruments tarifaires. Les modes de rémunération des producteurs de soins sont en effet un des leviers importants d'amélioration de la qualité et du rapport qualité / coût du système.

De fait, dans ce registre, deux chantiers très importants, qui sont le fruit de plusieurs années de travail technique, sont en voie d'aboutissement opérationnel : la classification commune des actes médicaux et la tarification à l'activité. Leur mise en œuvre constitue un bouleversement pour une part importante des offreurs de soins.

a) La T2A

La T2A a déjà été abordée dans le chapitre précédent sur l'hôpital. Elle constitue un outil de rationalisation économique et de tarification, mais il convient d'être vigilant sur les modalités et l'accompagnement de sa mise en œuvre, sur lesquels le Haut Conseil ne peut se prononcer à ce stade.

³³ La déclaration liminaire du texte du 24 août 2004 précise : « Une solution pérenne (...) pourrait consister en la création d'un « secteur optionnel », en honoraires opposables et dont le plafond des dépassements est négocié en accord entre l'UNCAM, l'Union des organismes d'assurance maladie complémentaires et les organisations médicales ».

b) La classification commune des actes médicaux (CCAM)³⁴

La classification commune des actes médicaux représente un important progrès qui a mobilisé une méthodologie élaborée et une expertise très large.

Elle repose sur un travail préalable de refonte de la nomenclature descriptive des actes, qui se substitue à la fois à la NGAP (Nomenclature générale des actes professionnels), base de remboursement des actes en médecine libérale, et au Catalogue des actes médicaux conçu initialement pour le PMSI. Sur la base de cette nouvelle nomenclature commune, la hiérarchisation des actes, en termes de travail du médecin, a été totalement repensée, en prenant en compte les différentes ressources physiques et intellectuelles que le médecin met en jeu - stress, technicité, temps passé, effort mental -, à partir d'une méthodologie inspirée des travaux du Département de santé publique de l'université de Harvard. Ces deux étapes ont été réalisées en étroite collaboration avec les sociétés savantes médicales et ont mobilisé de très nombreux experts.

La deuxième composante de l'honoraire médical, les charges professionnelles, a fait également l'objet d'une réévaluation complète, discutée avec les syndicats médicaux.

La nomenclature tarifaire élaborée à partir de ces deux éléments permet pour la première fois d'avoir une unité d'œuvre commune à l'ensemble des spécialités médicales pour les actes techniques. Elle remet à plat, sur des bases homogènes, un système de tarification qui n'avait pas fait l'objet de révision d'ensemble depuis 1972 et dont tout le monde s'accordait à dénoncer l'obsolescence et le caractère inéquitable.

Elle conduit ainsi à revoir la distribution des ressources et génère donc, à enveloppe constante, des « gagnants et des perdants ». Le secrétariat général du Haut Conseil ne dispose pas d'analyses chiffrées sur les incidences de la nouvelle nomenclature en termes d'actes gagnants et perdants et leurs effets sur les honoraires des spécialités concernées. En particulier il ne connaît pas l'amplitude des transferts financiers entre spécialités qu'induirait l'application, à enveloppe constante, de la CCAM.

L'option prise pour la mise en route, qui consiste à revaloriser partiellement les actes sous-cotés tout en « consolidant » à leur niveau les valeurs de ceux qui sont surcotés³⁵, entraîne d'ores et déjà pour l'assurance maladie un surcoût de 180 millions d'euros³⁶.

Comme l'enveloppe des 180M€ ne couvre qu'une partie de la revalorisation résultant de la CCAM, on peut craindre (et certains partenaires, notamment les organismes complémentaires, expriment cette inquiétude) que les surcoûts soient très importants si on poursuit les revalorisations sans contrepartie. On doit, au minimum, geler durablement la valeur des actes

³⁴ L'analyse qui suit porte sur la seule application de la CCAM aux soins de ville alors qu'elle aura également un impact sur les soins à l'hôpital

³⁵ A l'exception de la médecine nucléaire pour qui l'application de la nouvelle nomenclature CCAM devrait entraîner une baisse d'honoraires d'environ 3,8% par rapport à la même activité codée en NGAP.

³⁶ Les actes « gagnants » relèvent essentiellement des disciplines suivantes : chirurgie, anesthésie, dermatologie ; les actes « perdants » concernent surtout la gastro-entérologie, la radiologie conventionnelle. Il convient de savoir qu'il a été fait un raisonnement acte par acte et non pas sur l'activité moyenne des spécialités. Ainsi l'application de la CCAM à l'ophtalmologie n'entraînait pas en moyenne de perte d'honoraires pour la spécialité, même si certains actes comme par exemple l'intervention sur la cataracte se trouvaient fortement « perdants ».

surcotés ; mais la convergence de ces actes vers la valeur résultant de la CCAM ne se ferait que très lentement.

L'étroitesse des marges financières (voir infra page 50) devrait exclure qu'on adopte sans précaution une deuxième étape de revalorisation des actes.

L'objectif d'ONDAM retenu par le Conseil de la CNAMTS dans son avis adopté le 7 juillet ne paraît pas pouvoir abriter une deuxième étape.

c) Les rémunérations en médecine de ville

La CCAM n'épuise pas la question des modes de rémunération en médecine de ville. Elle ne concerne d'ailleurs pour le moment que les actes techniques. Les travaux relatifs à la nomenclature des actes cliniques sont en cours.

Ainsi on assiste à l'introduction progressive, en sus du paiement à l'acte, d'éléments de rémunération qui permettent de prendre en compte des missions du médecin non quantifiables en termes de production d'actes, tels que les 40 € par malade atteint d'une ALD pour les médecins traitants. Il est important de poursuivre cette réflexion globale sur les modes de rémunération en médecine de ville et sur des modalités innovantes permettant d'inciter les acteurs à la performance.

5) La qualité des pratiques professionnelles

Dans son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil constatait que l'élaboration, la diffusion et l'application effective de référentiels de pratique médicale (qu'il s'agisse de recommandations de pratique clinique ou de référentiels de prescription ou d'analyse) souffraient de graves carences. Il estimait qu'il n'était pas possible, en cette matière, de se contenter de lents progrès ; il fallait *« engager beaucoup plus vite et plus résolument le système de soins (dans toutes ses composantes, hospitalière et ambulatoire) dans une démarche d'évaluation périodique des pratiques professionnelles, systématiquement articulée à une offre de formation professionnelle plus substantielle et plus indépendante, et appuyée par des procédures d'accréditation. »*

a) Référentiels de bonne pratique.

a1) définition et procédures

La loi du 13 août 2004 a créé la Haute Autorité de Santé installée au début de l'année 2005. Au terme de l'article L.161-37 du code de la sécurité sociale, c'est à elle que revient d'*« élaborer les guides de bon usage des soins ou les recommandations de bonne pratique, procéder à leur diffusion et contribuer à l'information des professionnels de santé et du public dans ces*

domaines, sans préjudice des mesures prises par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans le cadre de ses missions de sécurité sanitaire ». Concrètement la Haute Autorité reprend et développe les missions d'organismes supprimés par la loi du 13 août 2004 tels que l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) et le Haut Comité médical de la sécurité sociale (HCMSS).

Ces référentiels de bonne pratique visent à aider les acteurs de la santé en les informant de l'état des connaissances et des pratiques à propos d'une stratégie médicale à visée préventive, diagnostique ou thérapeutique. Ils permettent en outre de faciliter l'intégration des connaissances nouvelles dans la pratique courante. Ils visent enfin à réduire, sur un point donné, un écart trop important entre l'état des connaissances scientifiques et les pratiques, ou entre les pratiques elles-mêmes.

Pour mener à bien ces tâches, la Haute Autorité a retenu un mode d'organisation spécifique. Par exemple, dans le domaine des affections de longue durée, une commission « Périmètre des biens et services remboursables (ALD) » a été constituée au sein de la Haute Autorité de santé et une organisation particulière du travail a été définie avec :

- l'analyse de l'impact statistico-financier de chaque ALD ;
- l'audition des associations de patients au cours de la procédure d'élaboration du protocole de prise en charge ;
- la mise en œuvre d'une phase de test auprès de praticiens généralistes, afin de recueillir leurs avis sur la faisabilité et la pertinence des référentiels proposés au regard de leurs pratiques ainsi que sur les difficultés éventuelles qu'ils sont susceptibles de générer ;
- la mise en place d'une veille médico-scientifique pour tenir compte de l'évolutivité de certaines procédures de prise en charge.

D'ores et déjà, le travail d'élaboration des référentiels a débuté pour 4 ALD : diabète, hypertension artérielle, hépatites chroniques (B et C) et dépression qui concernent 40% des malades en ALD et 14 % des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

a2) conséquences en termes de qualité/sécurité d'une part, en termes financiers d'autre part.

On soulignera que si l'application stricte des référentiels de bonne pratique peut permettre de diminuer les consommations de soins inutiles, elle peut également avoir la conséquence inverse d'augmenter les soins nécessaires et aujourd'hui insuffisamment réalisés. Les études du service médical de l'assurance maladie fournissent diverses illustrations de ce cas de figure. Rappelons par exemple que seulement 41% des diabétiques ont un fond d'œil annuel, 60% un bilan glycémique à intervalle suffisamment rapproché³⁷

³⁷ Cf. Faits Marquants CNAMTS (2001), page 26. Notre système de santé n'est pas le seul à faire ce constat. Citons, entre autres, les travaux américains récents mettant en évidence qu'un adulte américain confronté à une maladie commune (pneumonie, diabète, hypertension artérielle,...) bénéficie en moyenne d'à peine plus de la moitié des soins recommandés dans le cadre de sa pathologie. [McGlynn et al. (2003) "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States" *The New England Journal of Medicine*, vol. 348 (26), pp. 2635-2645].

Si dans tous les cas la qualité et l'efficacité du système s'en trouvent améliorées, le bilan financier est de ce fait complexe.

b) Accréditation, évaluation des pratiques professionnelles

La loi du 13 août introduit un chapitre nouveau dans le Code de la Santé Publique intitulé « accréditation de la qualité de la pratique professionnelle »³⁸.

Les équipes médicales ou les médecins appartenant à la même spécialité et qui exercent dans un établissement de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée. La procédure d'accréditation ouvre aux bénéficiaires le droit à une aide pour la souscription d'une assurance en responsabilité civile. Le montant de cette aide, financée par la CNAMTS, est variable en fonction des spécialités médicales. L'accréditation est donnée par la Haute autorité de santé pour une durée de quatre années et les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. La Haute autorité doit recueillir auprès des médecins ou des équipes médicales qui demandent à être accrédités les déclarations des événements considérés comme porteurs de risques médicaux et de procéder à leur analyse. Elle doit élaborer avec les professionnels et les organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues ou valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondées sur des critères multiples. Elle doit ensuite diffuser ces référentiels et favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés. Elle est également tenue d'organiser la procédure d'accréditation des médecins ou des équipes médicales au regard des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles et de veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients.

S'agissant de l'évaluation des pratiques professionnelles, la loi du 13 août 2004 introduit une évaluation individuelle obligatoire des pratiques professionnelles pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins exerçant dans les établissements de santé privés. Le décret du 14 avril 2005 confie aux Unions Régionales de Médecins Libéraux le soin de mettre en œuvre l'évaluation des pratiques professionnelles des médecins.

c) Formation continue et évaluation

La loi du 13 août 2004 n'a pas introduit de changements majeurs. Elle ne modifie que deux articles du chapitre III « Formation médicale continue » du Code de la Santé Publique : l'article L.4133-1-1 relatif à l'évaluation individuelle des pratiques professionnelles évoqué supra et l'article L.4133-2 : l'avis à partir duquel le Conseil national de la formation médicale continue des médecins libéraux et le Conseil national de la formation continue des médecins salariés non hospitaliers agréent les organismes aptes à effectuer les procédures d'évaluation n'est plus rendu par l'ANAES mais par la Haute Autorité de santé.

³⁸ Article 16 de la loi n°2004-810 et article L.4135-1 du Code de la Santé Publique.

Qu'il s'agisse de l'évaluation/accréditation ou de la formation continue, le Haut Conseil constate que si ces concepts sont pertinents, ils ne sont pas nouveaux. Il espère, notamment sous l'impulsion à l'apport de la Haute Autorité, qu'ils donneront lieu à une mise en place pratique effective, ce qui n'a pas été le cas ces dix dernières années³⁹.

6) L'organisation et la répartition de l'offre

Améliorer la qualité du système de soins et mobiliser les gisements de productivité disponibles supposent plusieurs registres d'action : sur les comportements individuels des patients et des professionnels, mais aussi sur l'organisation du système de soins : répartition de l'offre, modes d'exercice, contenus des métiers des professionnels,....

Cette dimension est d'autant plus urgente que la France va connaître, dans les deux décennies qui viennent, une situation jusqu'alors inconnue : une diminution du nombre de médecins, qui devrait faire passer la densité médicale de 340 médecins pour 100 000 habitants aujourd'hui à 285 en 2025⁴⁰.

Cette baisse de l'offre médicale, obtenue par la réduction des flux d'entrée en formation, est le résultat d'une politique volontaire, visant à résorber ce qui apparaissait, à l'issue d'une période d'explosion des effectifs dans les années 70 et 80, comme des excédents manifestes. Au discours lancinant des années 90 sur la pléthore médicale a succédé depuis quelques années un discours tout aussi alarmiste sur la pénurie. En réalité, il est difficile dans ce domaine de définir une norme ; la comparaison avec d'autres pays montre un éventail assez large de densité médicale, et celle-ci est à l'évidence très contingente à l'organisation des soins. Au demeurant, on peut difficilement évoquer une pénurie globale dans la situation actuelle, où la densité médicale n'a jamais été aussi élevée et se situe dans une bonne moyenne par rapport à l'ensemble des pays de niveau comparable. Les problèmes qui sont ressentis aujourd'hui sont liés aux déséquilibres de la répartition des médecins, entre spécialités, entre secteurs et entre zones géographiques. Ces déséquilibres ne sont pas nouveaux, mais leurs conséquences apparaissent plus fortement dans un contexte de stabilisation des effectifs globaux.

a) Les déséquilibres dans la répartition des professionnels

a1) Déséquilibres géographiques

Le rapport de la Commission démographie médicale qui vient d'être rendu au Ministre souligne une fois encore les inégalités de répartition de l'offre de soins, qui sont anciennes et non justifiées

³⁹ Le bilan de la Formation Professionnelle Conventionnelle est jugé positif par les partenaires conventionnels. 32% des médecins généralistes y ont participé.

⁴⁰ Encore faudrait-il prendre en compte, dans cette analyse prospective, l'évolution du temps de travail des médecins (à la baisse à court terme), et les besoins supplémentaires liés aux vieillissement ; la densité corrigée de ces deux effets pourrait baisser plus fortement.

au regard des besoins de soins⁴¹. Phénomène plus récent, on voit apparaître depuis quelque temps des difficultés pour maintenir une présence médicale et une offre de proximité dans certaines zones, en particulier des zones rurales.

Comme le note ce rapport, ce phénomène est moins dû à une baisse globale des effectifs – qui ne se fait pas encore vraiment sentir aujourd’hui – qu’aux évolutions démographiques et sociologiques de la profession médicale : évolution des modèles professionnels et familiaux, évolution des aspirations en matière de temps et de conditions de travail, modification en corollaire des critères de choix de lieu et de forme d’exercice. Il faut souligner que ces évolutions sont générales à tous les pays, qui sont tous confrontés, parfois avec beaucoup plus d’acuité, au problème d’assurer la desserte de soins dans des zones peu attractives.

Aujourd’hui, en France, il est excessif de parler de « désertification médicale » comme on l’entend souvent. Les difficultés sont circonscrites à un nombre très limité de zones. Ainsi une analyse de l’Observatoire National des Professions de Santé conduit à identifier 86 cantons, représentant 1,6% de la population, qui conjuguent plusieurs éléments. Mais la conjonction de ces tendances lourdes et de la baisse globale des effectifs risque d’accentuer le non renouvellement dans les zones peu attractives ; une étude complémentaire de la CNAMTS estime à 0,6% la population vivant dans les zones en difficulté avérée, à 4,1% dans les zones fragiles, c’est-à-dire dont la situation peut se dégrader à relativement court terme (voir annexe 3).

a2) Déséquilibres par secteurs et spécialités

L’attractivité différente qu’exercent les spécialités sur les étudiants en troisième cycle, dans un système qui laisse d’importantes marges de choix aux intéressés, conduit à des déséquilibres dans la répartition par discipline. Le Gouvernement a ainsi estimé que les anesthésistes réanimateurs, puis les gynécologues obstétriciens et les pédiatres étaient formés en nombre insuffisant et que ces spécialités devaient faire l’objet de mesures particulières. Le croisement avec les déséquilibres géographiques et par secteur conduit à des situations très tendues dans certains domaines comme la psychiatrie de secteur.

Dans ce domaine une question très structurante est celle de la place de la médecine générale par rapport aux spécialités.

a3) La répartition des tâches et le contenu des métiers

La question des besoins en main d’œuvre suppose la réponse à la question : « qui fait quoi ? » En France, l’abondance de la ressource médicale n’a pas prédisposé jusqu’à présent à poser

⁴¹ Le rapport de la Commission note que « En 2003, le nombre d’omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants varie de 77 en Seine-Saint-Denis à 136 dans les Pyrénées-Orientales, soit une fourchette de 1 à 1,8, sans que cet écart se justifie par des différences de besoins de soins. Il ne se justifie pas non plus, au contraire de certaines spécialités pointues, par la nécessité de concentrer les moyens dans les départements sièges d’hôpitaux universitaires. De la même façon, les départements de l’Aube, de l’Eure et de l’Eure-et-Loire ont moins de 45 infirmières libérales pour 100 000 habitants, tandis qu’elles sont 4 fois plus nombreuses dans les Bouches-du-Rhône ou l’Aveyron. – Ces disparités ne peuvent, en tout état de cause, être considérées comme légitimes. Soit elles sont la marque d’un besoin non satisfait dans les zones les moins bien pourvues, soit elles induisent des consommations au-delà du nécessaire dans les zones sur-médicalisées. Dans les deux cas, elles sont préjudiciables en termes d’équité et d’optimisation de l’emploi des fonds publics. »

explicitement cette question qui est aujourd'hui à traiter. Certains exemples, maintes fois mis en avant depuis quelques années, montrent que c'est une des clés du problème démographique: ainsi la pénurie d'ophtalmologistes, paradoxale si l'on considère la densité française par rapport à d'autres pays européens, soulève la question du bien-fondé de la prise en charge exclusive par ces derniers des prescriptions de lunettes.

Cette question de la répartition des tâches peut être posée dans beaucoup de champs de la pratique, comme l'a montré un récent rapport qui a permis le lancement d'expérimentations dans ce domaine⁴². Le transfert de compétences devrait permettre de faire face, en partie seulement, à la diminution annoncée de la démographie médicale, mais aussi d'optimiser le système de soins, de régulariser des pratiques inexistantes non reconnues, d'éviter la mise en place d'organisations parallèles sources de conflits et de baisse de la qualité des soins, d'apporter une légitime reconnaissance à certains professionnels paramédicaux. Une condition nécessaire d'une délégation légitime semble reposer sur la compétence et donc la formation. Le rapport précité insiste sur la nécessité d'envisager une meilleure formation des acteurs médicaux et paramédicaux susceptibles d'accepter le partage des tâches, soit en modifiant la formation actuelle sans modifier la durée des études, soit en allongeant la durée de la formation. Bien entendu il convient de bien définir et promouvoir les politiques d'accompagnement qui doivent aller de pair avec toute nouvelle répartition des tâches.

a4) Les modalités d'exercice

La France est un pays où l'exercice médical reste encore majoritairement isolé, et sur le modèle exclusif d'une relation ponctuelle avec une clientèle. Il est clair que ce modèle doit évoluer.

D'une part il ne correspond pas aux aspirations des jeunes générations, en termes de contraintes (temps de travail, gardes et astreintes), mais aussi de mode d'exercice professionnel (formation, diversification de l'activité). C'est d'ailleurs une condition nécessaire du maintien de professionnels dans certaines zones.

D'autre part, satisfaire les besoins de soins avec un effectif médical plus faible est possible à condition d'économiser du temps médical par une meilleure organisation des cabinets et un partage des tâches plus efficient.

Enfin, la qualité de la prise en charge des maladies chroniques, de plus en plus nombreuses, suppose une intervention articulée de plusieurs professionnels qui peut difficilement se concevoir dans un cadre du modèle de l'exercice isolé. De nombreuses expériences menées dans d'autres pays impliquent un exercice plus concerté.

b) Les actions menées

Les difficultés d'action dans ce domaine ne doivent pas être sous-estimées. D'une part, les solutions ne sont pas évidentes. Par exemple concernant le maintien d'une offre de soins dans des

⁴² Mission « coopération des professions de santé : le Transfert de tâches et de compétences », Rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon Berland, octobre 2003. A l'issue de ce rapport, une dizaine d'expérimentations ont été lancées.

zones peu attractives, l'expérience de certains pays comme le Canada qui, depuis longtemps, mettent en œuvre des politiques, montre la difficulté à régler structurellement le problème des zones non attractives. En France, un changement de cap a été opéré avec les hôpitaux locaux : à une politique de fermeture a succédé une politique de maintien voire de développement, comme point d'appui pour la structuration d'une offre de premiers recours. Les actions menées peuvent même avoir des effets pervers. L'individualisation de certaines spécialités avec des concours d'internat spécifiques, qui répondait à la désaffection pour ces spécialités, en a eu (impact en retour sur les autres spécialités, difficulté d'assurer la formation par exemple en gynécologie obstétrique). Enfin c'est aussi une évolution structurelle des modèles d'exercice professionnel qui est en jeu, elle n'est pas aisée même si le renouvellement des générations y contribuera.

Des voies de réflexion ont été ouvertes récemment :

- des expérimentations de transferts de tâches entre médecins et professions paramédicales ont été lancées,
- des mesures incitatives pour attirer les médecins dans les zones sous-médicalisées pourraient être mises en place à travers plusieurs textes et dispositifs,
- des propositions viennent d'être faites dans ce domaine par la Commission de démographie médicale.

Le Haut conseil attire l'attention sur plusieurs points :

- Il faut prendre garde à la cohérence d'ensemble des actions menées.

Ainsi malgré les discours relatifs à la revalorisation de la médecine générale, malgré son élévation au rang de spécialité à part entière, la première année de fonctionnement de l'examen national classant s'est soldée par le fait que 600 postes de médecine générale n'ont pas été pourvus ; ceci montre bien que dans les faits, la médecine générale reste fondamentalement, symboliquement, au bas de la hiérarchie médicale. De fait, la proportion de généralistes formés sera très inférieure à la proportion de postes mis au concours (36% au lieu de 46%), et l'on peut craindre que la proportion finale restant dans un exercice de médecin généraliste soit encore plus faible compte tenu des possibilités de spécialisation ultérieure. Il est à craindre également que cette situation se reproduise à l'examen national classant de 2005. La tendance de fait à la spécialisation serait dans ce cas assez incohérente avec la logique du médecin traitant aussi bien qu'avec les efforts faits pour maintenir une médecine de proximité sur tout le territoire.

Il y a donc un enjeu de reconnaissance effective de la médecine générale si l'on veut promouvoir cette médecine de premier recours solide sur l'ensemble du territoire, ce que sous-tend la logique du parcours de soins introduite par la réforme, et il est essentiel de définir positivement ses missions à la fois en termes de gestion des soins et de la santé et en termes de maîtrise médicalisée.

- La question des modes d'exercice doit faire partie intégrante des politiques.

Les incitations mises en place jusqu'à présent pour attirer des professionnels dans des zones sous-médicalisées sont essentiellement des incitations financières, le plus souvent ponctuelles. Or toutes les analyses et enquêtes montrent que ce qui est en jeu, ce sont beaucoup plus les conditions d'exercice professionnel que les aspects financiers.

Une politique structurée, lisible, pour favoriser le partage du temps de travail médical (regroupement des professionnels, etc.), est un des éléments de l'optimisation de l'offre sur le territoire. C'est une condition nécessaire pour maintenir une offre de proximité dans certaines zones.

- Une action assez rapide et résolue est nécessaire.

Ces questions de démographie professionnelle et d'organisation sont des chantiers de politique publique extrêmement stratégiques et structurant pour le système. S'appuyant sur les réflexions entamées ces dernières années, des politiques structurées sont à mettre en œuvre.

Elles doivent être menées rapidement : en 2010 en effet la baisse du nombre de médecins va se faire sentir, c'est un horizon très proche au regard des évolutions en jeu.

Elles doivent être évaluées. Ainsi un ensemble cohérent d'actions, adaptées au niveau régional, impliquant la formation initiale, l'adaptation des modèles d'exercice professionnel, l'action sur les conditions de travail, peut favoriser le maintien d'un maillage territorial satisfaisant. Mais il faudra en évaluer l'impact, et envisager d'autres instruments si l'égalité d'accès aux soins n'est plus garantie.

Le Haut Conseil a mis l'analyse des conditions de vie et d'exercice des professionnels de santé à son programme de travail (2^{ème} semestre 2005/1^{er} trimestre 2006). La première analyse portera sur les médecins et sera suivie par une étude relative aux infirmières.

Quatrième section :

Le redressement de la situation financière de l'assurance maladie

1) La situation en 2004 et les objectifs financiers de la réforme

Estimé à 11,1 Md€⁴³, le déficit prévisionnel de la branche maladie du régime général pour 2004 avait été chiffré à 13,2 milliards d'euros par la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2004. Il s'est finalement établi à 11,6 Md€, soit 500 millions d'euros de plus que prévu initialement⁴⁴.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie met en œuvre une série de mesures dont l'impact financier a été chiffré par le Gouvernement à 15 Md€ à l'horizon 2007. 8,7 milliards proviendraient d'une meilleure organisation et d'une amélioration du fonctionnement du système ; 6,3 proviendraient de recettes nouvelles et d'une diminution des frais financiers.

Impact financier de la réforme en 2007 (milliards d'euros) – estimation en septembre 2004

1. Organisation et fonctionnement du système de soins	(Total offre de soins)	9,8
Maîtrise médicalisée		3,5
Produits de santé		2,3
Hôpital (hors revalorisation du forfait journalier)		1,6
Amélioration de la gestion des indemnités journalières		0,8
Systématisation du recours contre tiers		0,3
Economies sur les frais financiers (reprise de la dette par la CADES)		1,1
Diminution des coûts de gestion de la CNAMTS		0,2
2. Participation de l'utilisateur	(Total participation de l'utilisateur)	1,0
Contribution de 1€ par acte		0,7
Revalorisation du forfait journalier hospitalier		0,3
3. Redressement financier	(Total volet recettes)	4,2
Transfert d'une partie des droits tabacs de l'Etat à la CNAMTS		1,0
Création d'une contribution additionnelle à la C3S		0,9
Relèvement de la CSG :		
- élargissement de l'assiette de la CSG des actifs		1,0
- relèvement de 0,4 point du taux de CSG des retraités imposables		0,6
- relèvement de 0,7 point du taux de CSG sur les revenus du patrimoine		0,6
- augmentation de 2 points du taux de CSG sur les jeux		0,1
Total des mesures		15,0

Source : Projet de loi de la réforme pour l'assurance maladie. Dossier de presse de la communication en Conseil des Ministres. Repris dans le rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2004.

⁴³ Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2003.

⁴⁴ L'écart de prévision entre la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2004 (13,2Md€) et celle de juin 2005 (11,6Md€) s'explique majoritairement par un dynamisme des produits très supérieur à celui de la prévision, alors que les charges sont globalement proches de la prévision. Cette accélération des recettes au cours de l'exercice 2004 s'est produite en particulier sur les revenus d'activité (cotisations, exonérations de cotisations compensées par l'Etat, CSG).

Le plan de redressement conjugue donc les trois volets que le Haut Conseil avait envisagés dans son rapport : l'action sur le système de soins, l'ajustement des conditions de prise en charge et l'augmentation des recettes

Ces aspects sont analysés ci-dessous du seul point de vue de leur rendement financier. Les parties IV et V qui suivent analysent leurs conséquences distributives et leur caractère structurant pour l'évolution du système de soins. Ce plan prévoit également le transfert des déficits accumulés sur la CADES (Caisse d'amortissement de la dette sociale).

2) L'action sur le système de soins

L'impact financier à attendre des mesures relatives à l'organisation et au fonctionnement de l'offre de soins est malaisé à analyser, d'autant que le détail des modes de calcul et les échéanciers de réalisation n'ont pas tous été précisés.

L'essentiel des discussions et convention intervenues depuis le rapport de janvier 2004 a été mené avec les médecins. Cependant il va de soi que l'ensemble des professions de santé est concerné par l'amélioration de la qualité et la maîtrise médicalisée dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. Le CNPS souhaite dans ce but que les discussions en cours avec les autres professions de santé aboutissent dans les meilleurs délais.

a) La maîtrise médicalisée

Les gains escomptés au titre de la maîtrise médicalisée tablent sur un changement de comportement des médecins et des patients, lui-même obtenu par la conjonction de plusieurs actions : l'amélioration de la coordination des soins avec la mise en place du médecin traitant et du dossier médical personnel, les incitations financières à une utilisation raisonnée du système de soins par les usagers (modulation des restes à charge, contrats responsables), et les politiques de gestion du risque menées au quotidien par l'assurance maladie, désormais en situation de responsabilité par rapport à des objectifs financiers, pour faire respecter les référentiels de bonne pratique (communication et information, contrôle, liquidation médicalisée). Le montant de 3,5 milliards d'euros d'économies envisagés à ce titre (soit environ 5% des remboursements de soins de ville en 2007) constitue un objectif que les professionnels jugent réaliste même s'il convient de poursuivre l'analyse sur quelques risques et incertitudes. Mais l'horizon temporel des économies (2007) paraît à certains observateurs comme assez optimiste, notamment en raison des délais de montée en charge d'opérations lourdes telles que le dossier médical personnel.

Les redondances de consultations et d'examen dont le médecin traitant et le DMP permettent d'espérer la diminution ont été assez peu documentées jusqu'à présent. Il n'est d'ailleurs pas si facile de définir précisément, dans notre système, ce que l'on entend exactement par redondances et consommations inutiles. Mais on s'accorde à estimer qu'elles sont importantes.

Dans le cadre des économies de 3,5Md€ prévues, les travaux menés par l'UNCAM et les médecins en janvier 2005 ont dégagé des objectifs chiffrés. Les économies attendues s'élèvent à 998 millions d'euros sur l'année 2005 sur les thèmes de maîtrise suivants :

« Sous forme d'engagements de maîtrise médicalisée :

- un infléchissement de 10% par rapport aux montants définitifs 2004 de la prescription des antibiotiques (91 millions d'euros d'économies) ;
 - un infléchissement de 10% par rapport aux montants définitifs 2004 de la prescription des anxiolytiques et des hypnotiques (33 millions d'euros d'économies) ;
 - une baisse de 1,6% par rapport aux montants définitifs 2004 de la prescription d'arrêts de travail (150 millions d'euros d'économies)⁴⁵ ; [voir ci-dessous au c) page 45]
 - un infléchissement de 1,5% par rapport aux montants définitifs 2004 des remboursements (prise en charge collective) de statines (161 millions d'euros d'économies) ;
- Sous forme d'accords de bon usage de soins (AcBUS) :
- l'efficacité des prescriptions d'anti-agrégants plaquettaires (23 millions d'euros d'économies) ;
 - le bon usage des examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne (15 millions d'euros d'économies) ;
 - la pratique de la coloscopie après polypectomie (15 millions d'euros d'économies).

Un meilleur respect de la réglementation de l'ordonnancier bizonne et des feuilles de soins permettant une juste attribution des dépenses sans rapport avec une affection de longue durée à hauteur de 5 points⁴⁶ (455 millions d'euros d'économies).

Un engagement des médecins à augmenter la prescription des médicaments génériques sera proposé par l'UNCAM, dans l'objectif d'atteindre une économie complémentaire de 55 millions d'euros d'économies. »

b) Produits de santé

b1) La quasi totalité des économies prévues d'ici 2007 porte sur les médicaments.

La valorisation des mesures attendues sur la période 2005-2007 est la suivante :

- développement du marché des génériques	1,050 Md€
- gestion conventionnelle des prix des médicaments brevetés	350 M€
- grands conditionnements	180 M€
- déremboursement des médicaments à SMR insuffisants	250 M€
- baisse des tarifs et des prix des dispositifs médicaux	200 M€

Rapportées aux dépenses de médicaments tous régimes projetées en 2007 (23,7Md€) les économies prévues sur les médicaments (1,83Md€ en 2007) correspondent à 7,8% de ce poste de dépenses.

⁴⁵ Dans le tableau présentant l'impact financier de la réforme en 2007, la ligne « amélioration de la gestion des indemnités journalières » est séparée de la ligne « maîtrise médicalisée ».

⁴⁶ 5 points de dépenses remboursables sans rapport avec l'ALD à rembourser au taux de base.

Comme on le voit, l'économie la plus importante concerne les génériques (1,05Md€).

La pénétration des médicaments génériques progresse sensiblement depuis l'accord entre l'assurance maladie et les médecins généralistes de juin 2002. La loi du 13 août a permis, par la mise en conformité avec la réglementation européenne de la définition des génériques (L.5121-1 du code de la santé publique) d'élargir la notion utilisée jusque là des groupes génériques et a facilité le mouvement d'extension de leur marché. Aujourd'hui la proportion des unités (boîtes, flacons, etc.) de génériques par rapport au marché généricable⁴⁷ est de 60%.

Evolution de la part des médicaments génériques depuis 2000 (*Régime gén., Hors SLM, Hors DOM*)

	2000	2001	2002	2003	2004	janv-05
Médicaments génériques / Total des médicaments remboursables en volume (nombre de boîtes)	5,4%	6,7%	8,4%	10,4%	13%	14,3%
Médicaments génériques / Total des médicaments remboursables en valeur (dépenses remboursables)	3%	3,5%	4,6%	5,7%	7%	8,1%
Médicaments génériques / Total des médicaments du répertoire en volume (nombre de boîtes)	24%	30%	38,7%	51,8%	56,8%	58,9%
Médicaments génériques / Total des médicaments du répertoire en valeur (dépenses remboursables)	15,9%	20,4%	29,4%	43,3%	46%	47,9%

* Répertoire : Le répertoire correspond à la liste des médicaments qui disposent d'un générique. Rappelons que les médicaments sont généricables quand le brevet d'exploitation du laboratoire pharmaceutique qui l'a découvert arrive à expiration.
Source : CNAMTS, Point d'information mensuel, 12 mai 2005

L'arrivée sur le marché de nouveaux génériques, l'engagement renforcé des professionnels de santé, l'attitude positive des assurés⁴⁸ expliquent ces progrès. En 2004, les génériques ont déjà permis d'économiser 380 millions d'euros pour une qualité de soins identique. Cela représente une économie de 550 €/mois par médecin généraliste⁴⁹ (en dépenses remboursées) soit 16% du coût mensuel de prescription d'un omnipraticien⁵⁰.

Toutefois, le potentiel de développement des médicaments génériques reste significatif. Si le médicament générique avait été utilisé à chaque fois que cela était possible, une économie supplémentaire de 420 €, par mois et par médecin généraliste, pourrait être réalisée. On peut donc

⁴⁷ Le marché généricable est constitué de l'ensemble des médicaments (produits de référence dits « princeps » et produits génériques) qui appartiennent au répertoire des génériques de l'AFSSAPS. C'est au sein de ce répertoire que la substitution entre princeps et génériques peut se faire.

⁴⁸ Selon une enquête du CREDOC pour l'Assurance Maladie réalisé début 2004, seuls 7% des assurés déclarent avoir refusé qu'on leur délivre un générique

⁴⁹ Cf. étude de la CNAMTS effectuée sur le mois de janvier 2005

⁵⁰ Source : Point d'information mensuel CNAMTS 12 mai 2005, page 5.

estimer l'économie potentielle supplémentaire pour l'assurance maladie à plus de 300 millions d'euros par an. Par ailleurs, les molécules nouvellement généricables entre 2005 et 2007, dont le coût actuel pour l'assurance maladie s'élève à près de 2,5 milliards d'euros, représentent un potentiel d'économies de plus de 700 millions d'euros sur cette période.

On attend du déremboursement des médicaments à service médical rendu « insuffisant » une économie de 250M€. Les hésitations des pouvoirs publics résultent en partie du lien « historique » entre utilité d'un médicament et prise en charge, même partielle, par les régimes de base. Un déremboursement total est « vécu » comme un constat d'inutilité. Or la prise en charge par la collectivité relève de critères composites (efficacité et effets indésirables du médicament ; place dans la stratégie thérapeutique au regard notamment des autres thérapies disponibles ; gravité de la pathologie à laquelle il est destiné ; caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux ; intérêt pour la santé publique), critères qui expriment l'idée d'utilité collective, c'est-à-dire le souhait ou non qu'à la collectivité à prendre en charge le médicament en question. Un produit à SMR insuffisant qui est déremboursé ne signifie pas qu'il n'est pas efficace pour une pathologie donnée mais simplement que la collectivité souhaite consacrer ses ressources, par nature limitées, à d'autres prises en charge qu'elle juge plus utiles collectivement et donc prioritaires. Dans cette perspective l'expression « service médical rendu insuffisant » n'est sans doute pas la plus appropriée

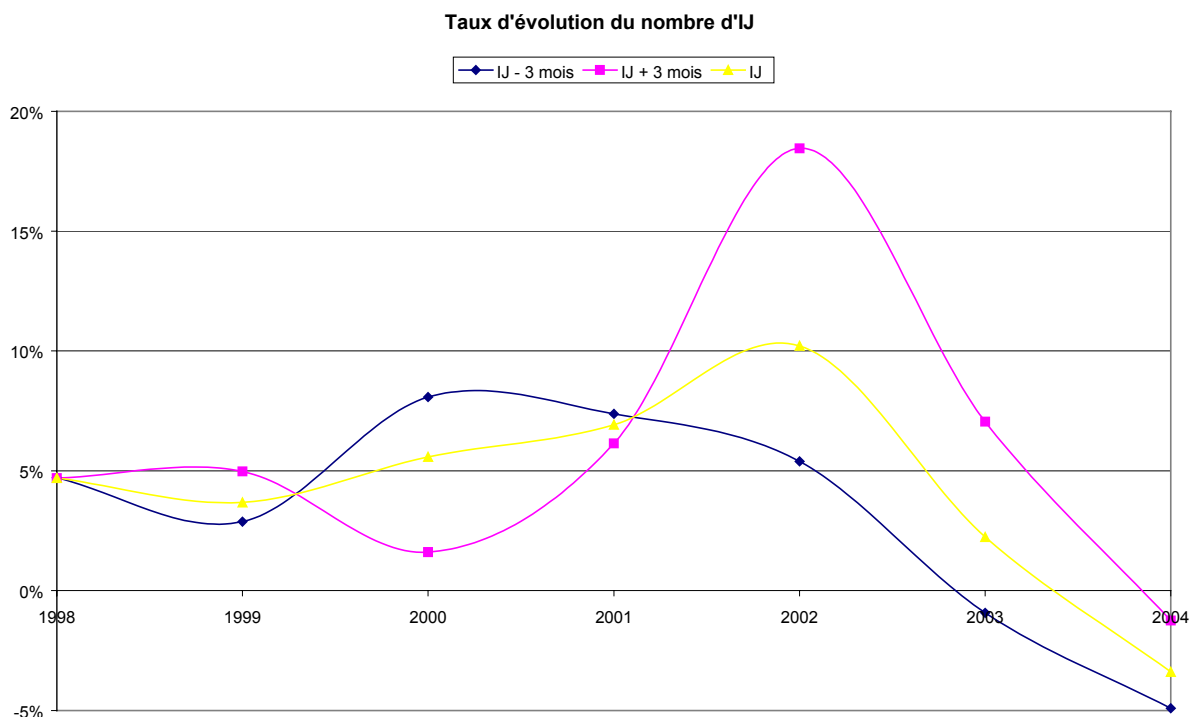
Le Haut Conseil considère donc que le principe d'un déremboursement de ces médicaments est pertinent. Le problème de leur prise en charge par les organismes complémentaires est étudié infra page 61.

b2) Les autres mesures sur les produits de santé sont essentiellement des recettes nouvelles (contributions sur les dépenses de promotion, etc.) et sont présentées à ce titre dans la partie consacrée aux recettes.

Les médicaments génériques ont fortement progressé en France depuis quelques années. La consommation de génériques a presque doublé en trois ans.

c) Renforcement du contrôle des arrêts de travail

c1) les constats des dernières années



Comme on peut le constater sur le graphique précédent, la progression du nombre des indemnités journalières a été particulièrement forte au cours de l'année 2002.

c2) les politiques engagées en 2003/2004 :

- l'élaboration d'un protocole national standardisé, par l'échelon national du service médical notamment sur les arrêts de travail courts et itératifs dont la justification médicale n'était pas toujours établie (assurés ayant totalisé sur les douze derniers mois au moins cinq arrêts de travail inférieurs à quinze jours au titre du risque maladie) en fonction des contextes régionaux ou locaux. Le plan a été reconduit en 2004 avec notamment pour les arrêts de longue durée, une modification de la date des contrôles (passage du contrôle systématique de 90 jours à 60 jours) et un changement dans les modalités de mise en invalidité des assurés (transfert du risque maladie au risque invalidité sans attendre la fin de la période de 3 années).

- les actions de contrôle ciblées sur les assurés et sur les prescripteurs. Les actions de contrôles ont concerné en 2003 plus de 2 100 médecins libéraux (81 % de généralistes et 19 % de spécialistes) et plus de 50 000 assurés. En 2004, 420 000 arrêts de plus de trois mois et plus de 180 000 arrêts de courte durée ont été contrôlés par les caisses.

c3) l'apport de la loi du 13 août 2004

- la loi renforce la place du contrôle du service médical des caisses en conférant une valeur légale à l'obligation pour tout assuré de se soumettre aux contrôles du service médical sous peine de

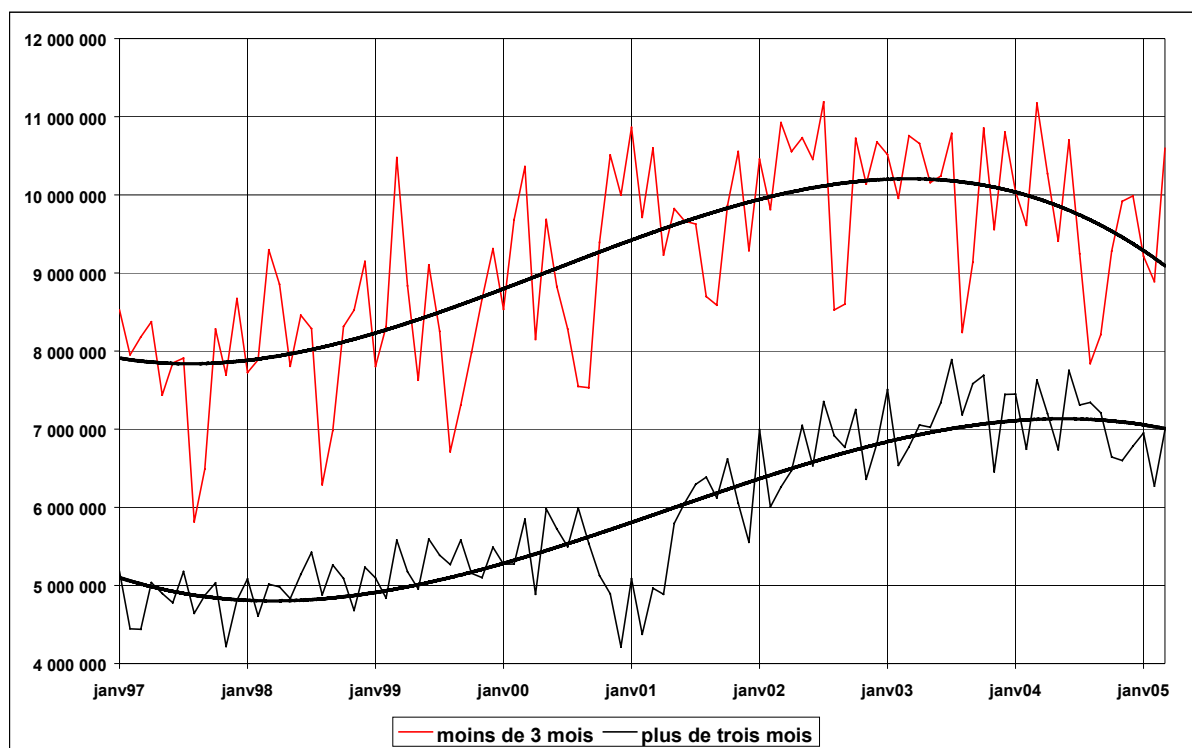
suspension du versement des indemnités journalières (article L.315-2, dernier alinéa). Auparavant cette obligation n'était inscrite que dans le règlement intérieur des caisses.

- la responsabilité des prescripteurs est affirmée. Ils devront suivre un référentiel et dont les pratiques seront encadrées. Le directeur de la caisse peut dorénavant subordonner pendant six mois le versement des IJ à l'accord préalable du service médical dans le cas où le médecin prescrit un nombre ou une durée d'arrêts de travail « *donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie* » (article L.162-1-15)

- un dispositif de sanction des pratiques irrégulières visant assurés, professionnels de santé, organismes de couverture complémentaire et employeurs est institué.

c4) premiers résultats (source CNAMTS)

Evolution du nombre des indemnités journalières (Régime général)



Le rendement attendu du renforcement des contrôles est estimé à 800 millions d'euros d'ici 2007. Les partenaires conventionnels en ont inscrit 150 millions au titre de l'année 2005.

c5)

Il conviendra d'étudier si la baisse des IJ de longue durée s'accompagne de transferts vers l'invalidité

d) la liquidation médicalisée

Article L314-1

Lorsqu'ils reçoivent les documents établis pour l'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie, les caisses, avec l'appui des services médicaux de chacun des régimes d'assurance maladie obligatoire, dans le respect du secret professionnel et médical, vérifient :

1° Que l'ensemble des conditions auxquelles est subordonnée la prise en charge est rempli, notamment les exigences prévues aux articles L. 162-4, L. 162-4-1, L. 161-36-2, L. 315-2, L. 322-3 et L. 324-1 ;

2° Que les actes pratiqués ou les traitements prescrits :

a) n'excèdent pas les limites et indications prévues par les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ;

b) respectent les recommandations de bonne pratique clinique et les références professionnelles mentionnées à l'article L. 162-12-15 ;

3° Que les dépenses présentées au remboursement ne méconnaissent pas les engagements conventionnels ou le règlement arbitral, les engagements prévus dans les contrats souscrits en application des articles L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 183-1-1 et les accords prévus à l'article L. 162-12-17.

Les assurés sociaux et les professionnels de santé ayant réalisé les actes ou prestations, ou délivré les produits sont tenus, le cas échéant, de fournir à la caisse ou au service du contrôle médical les éléments nécessaires aux vérifications mentionnées ci-dessus.

Lorsqu'une anomalie est constatée par la caisse ou le service médical, ceux-ci apprécient les responsabilités respectives de l'assuré ou du professionnel de santé dans l'inobservation des règles prévues au présent article. En fonction de cette appréciation et des irrégularités relevées, il est fait application des procédures prévues au présent code et notamment celles mentionnées aux articles L. 162-1-14, L. 162-1-15 et L. 315-2. Si l'irrégularité est imputable à l'assuré ou à son ayant droit, la caisse peut décider de ne pas procéder à la prise en charge des frais.

Il est trop tôt pour savoir ce qu'une telle liquidation qui repose sur la définition de règles d'expertise médico-administrative peut apporter effectivement.

Une première application de la maîtrise médicalisée concernera la meilleure gestion de l'ordonnancier bizon.

e) Une meilleure gestion de l'ordonnancier dans le cas des ALD

Un meilleur respect de la réglementation de l'ordonnancier bizon et des feuilles de soins devrait conduire à une économie pour l'assurance maladie⁵¹, évaluée par les partenaires conventionnels à 455 millions d'euros, soit environ 1,5% de l'ensemble des dépenses remboursées de soins de ville pour les seuls patients en ALD. La question posée est celle de la mise en œuvre pratique de cette mesure.

Les régimes de base élaborent actuellement les procédures de respect de l'ordonnancier bizon.

⁵¹ prise en charge par l'assurance complémentaire.

f) Politique des achats à l'hôpital

L'amélioration de la politique des achats à l'hôpital devrait rapporter 850 millions d'euros d'ici 2007, dont 150 millions en 2005 sur environ 13,5 Md€ d'achats de biens et services en 2004 (circulaire DHOS/F/DSS/1A/2004/514 du 21 octobre 2004). D'autres gains de gestion (chirurgie ambulatoire, hospitalisation à domicile...) devraient contribuer à hauteur de 750 millions d'euros d'économie.

L'action sur les achats s'appuie sur les travaux de la Mission d'Expertise et d'Audit Hospitaliers (MeaH), l'une des trois missions opérationnelles associées au Plan Hôpital 2007⁵². A partir d'un audit effectué en 2003⁵³ auprès de 15 établissements hospitaliers et d'un accompagnement de leur politique d'achat, la MeaH a montré qu'une meilleure organisation de la fonction achat pourrait permettre d'obtenir 2 % d'économies sur les médicaments (hors économies procurées par un meilleur usage du médicament et la rationalisation du circuit du médicament dans l'hôpital), 10 % sur les dispositifs médicaux et les fournitures hôtelières et générales et 5 % sur la majeure partie des prestations de services. Un plan de généralisation à l'ensemble des hôpitaux publics a été validé en juillet 2004 et le projet OPERAH (Optimisation de la performance des achats hospitaliers) a été lancé au début de mars 2005. Fondé sur le volontariat, le projet qui vise à aider les établissements à dégager rapidement des marges de manœuvre économiques afin de répondre aux objectifs de 150 M€ d'économies pour 2005 fixés par le Ministre de la Santé, ne regroupe à ce jour qu'une petite centaine d'établissements hospitaliers publics ou participant au service public hospitalier sur les 1800 établissements concernés.

Le Haut Conseil souhaite que cette démarche soit généralisée au plus tôt.

g) Systématisation du recours contre tiers

La procédure du *recours contre tiers* prend la forme d'un recours des caisses contre la personne responsable d'un sinistre et son assureur, leur permettant de récupérer le montant des prestations servies à la victime à l'occasion des soins nécessités.

La LFSS 2004, visant à augmenter les sommes recouvrées a introduit la disposition suivante : *« La personne victime, les établissements de santé, le tiers responsable et son assureur sont tenus d'informer la caisse de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de l'obligation d'information des caisses par l'assureur du tiers responsable donne lieu à la majoration de 50% de l'indemnité forfaitaire mentionnée ci-après dans les conditions déterminées par le même décret [...] En contrepartie des frais qu'elle engage pour obtenir le remboursement mentionné au troisième alinéa ci-dessus, la caisse d'assurance maladie à laquelle est affilié l'assuré social victime de l'accident recouvre une indemnité forfaitaire à la charge du tiers responsable et au profit de l'organisme national d'assurance maladie. Le montant de cette indemnité est égal au tiers des sommes dont le remboursement a été*

⁵² Les deux autres missions sont la Mission Tarification à l'Activité (T2A) et la Mission Nationale d'Appui à l'Investissement Hospitalier (MAINH)

⁵³ Voir *Rapport d'étape sur les achats dans les Hôpitaux et les Cliniques*, MeaH, 2003 et la note du Haut Conseil sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, HCAAM, 2004. On trouvera l'analyse comparative de l'enquête pilote de la MeaH pour 52 produits et services sur le site sante.gouv.fr

obtenu, dans les limites d'un montant maximum de 760 euros et d'un montant minimum de 76 euros».

Le rendement attendu de cette mesure s'élève à 300 millions d'euros d'ici 2007 et correspond à un accroissement de 100 millions d'euros par an par rapport au recouvrement actuel d'environ 900 millions d'euros par an.

3) La modification des conditions de prise en charge

Ses incidences (avant intervention des complémentaires) avaient été évaluées par le gouvernement en septembre 2004 à 1 milliard d'€, dont :

- 700 M€ au titre de la participation forfaitaire de 1 € par acte, Compte tenu du plafonnement à 50 forfaits annuels par an et par personne protégée et des règles d'exonération⁵⁴, le rendement de la mesure de participation forfaitaire serait de 460M€ au lieu des 700M€ prévus.
- 300 M€ au titre de l'augmentation du forfait journalier (augmentation d'un euro en 2005, 2006 et 2007).

4) Les mesures de recettes

a) 2,31 Md€ de recettes nouvelles sont levées via la CSG:

Type de revenus	Modification de l'assiette (à compter du 1 ^{er} janvier 2005)	Modification du taux de la CSG(à compter du 1 ^{er} janvier 2005)	Rendement de la mesure
Activité salariée	L'assiette passe de 95 % du revenu brut à 97 %.		1 000 M€
Allocations chômage	L'assiette passe de 95 % de l'allocation chômage à 97%		
Retraite/préretraite Invalidité		Le taux passe de 6,2 à 6,6%	560 M€
Patrimoine Placements		Le taux passe de 7,5 à 8,2%	650 M€
Jeux (gains < 1 500€)		Le taux passe de 7,5% à 9,5%	100 M€
Jeux (gains > 1 500€)		Le taux passe de 10 à 12%	
TOTAL			2 310 M€

Source : Direction de la sécurité sociale

⁵⁴ Les seuls cas d'exonération de la participation forfaitaire mentionnée au II de l'article L.322-2 sont les ayants droit mineurs et les bénéficiaires de la protection complémentaire (CMUC).

b) autres recettes : 1,96Md€:

Type de recettes	Modification assiette	Modification taux	Rendement de la mesure
Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)(à partir du 1/01/2005)		Hausse de 0,03 % (passage de 0,13 à 0,16 %)	780 M€
Droits de consommation sur les tabacs (à partir du 1/01/2005)		Modification de la répartition des droits fixés en Loi de Finances Initiale pour 2005	1 000 M€
Contribution sur les dépenses de promotion « médicaments » ⁵⁵		Modification des taux appliqués à chaque tranche (en moyenne + 30 % de hausse) 16 % → 19 % 21 % → 29 % 27 % → 36 % 32 % → 39 %	50 M€
Contribution sur les dépenses de promotion « dispositifs » ⁸		Doublement du taux de 5% à 10%	20 M€
Contribution sur le Chiffre d'affaires en spécialités remboursables des laboratoires pharmaceutiques (cette taxe exceptionnelle créée par la LFSS 2004 a été pérennisée) ⁵⁶	Chiffre d'affaires, sauf génériques hors Tarif Forfaitaire de Responsabilité	Modification du taux 0,525% → 0,6 %	110 M€
TOTAL			1 960 M€

Source : Direction de la sécurité sociale

⁵⁵ Ces dispositions s'appliquent pour la première fois à la détermination de la contribution due au plus tard le 1^{er} décembre 2005. Article 73 de la loi n°2004-810.

⁵⁶ La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95% du produit du chiffre d'affaires. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Article L.245-5-6 du CSS.

5) La reprise des déficits par la CADES

a) rappel de la position du Conseil

Dans son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil affirmait qu'au-delà d'ajustements conjoncturels il ne serait pas admissible de recourir de façon systématique à l'endettement, inacceptable sur le plan moral dans la mesure où les générations futures n'ont pas à payer les dépenses actuelles et destructeur sur le plan financier : par un effet de boule de neige, l'endettement se nourrit par lui-même, les charges financières venant grever de façon écrasante le déficit courant. Le Haut Conseil était ainsi unanime dans son refus de recourir à un endettement massif pour couvrir la croissance des dépenses d'assurance maladie.

b) face au déficit, les modalités envisageables

La prise en charge du déficit pouvait se faire selon plusieurs modalités différentes.

- ° augmenter très sensiblement la CRDS dans des proportions suffisantes (+0,7 point) pour que la caisse réalise l'amortissement d'ici l'échéance fixée lors de l'ouverture précédente, à savoir 2014.
- ° allongement de la durée de la mission de la CADES, dans des proportions suffisantes pour lui permettre d'assurer le refinancement de la dette transférée sans augmentation de la CRDS.
- ° panachage des deux premières solutions tendant à marier l'allongement de la durée de vie de la CADES et l'augmentation du prélèvement qui lui est affecté.

c) les pouvoirs publics ont retenu l'allongement de la durée de mission de la CADES.

Ils l'ont expliqué par le fait qu'une augmentation des prélèvements, dans une période où l'économie connaissait une timide reprise, pourrait se traduire par des effets récessifs et creuser à nouveau les déficits sociaux. La volonté des pouvoirs publics était de ne pas peser sur la consommation des ménages en bas de cycle.

d) dispositif retenu

d1) une enveloppe globale couvrant les déficits acquis et prévus sur 2005/2006

Le dispositif retenu apparaît dans l'article 76 de la loi du 13 août 2004 qui prévoit que la CADES prendra à sa charge 50 milliards d'euros de 2004 à 2006 (voir à l'annexe 4 les chiffres clés de la CADES en 2004 et en 2005) :

- Dans le régime général, les déficits cumulés de la branche maladie, maternité, invalidité et décès arrêtés au 31 décembre 2003 et du déficit prévisionnel de la branche maladie, pour l'exercice 2004⁵⁷ pour 35Md€.
- Les déficits prévisionnels de la seule branche au titre des exercices 2005 et 2006 prévus par les lois de financement de la sécurité sociale de ces mêmes années, dans la limite de 15 milliards d'euros.

d2) extension de la durée de vie de la CRDS et de la CADES jusqu'à extinction de la dette

La loi du 13 août 2004 prévoit par ailleurs une extension de la durée de vie de la CRDS et de la CADES jusqu'à extinction de la dette, en conséquence de quoi la limite du 31 janvier 2004 est supprimée.

La durée de vie de la CADES dépendra notamment de l'évolution de la valeur de la CRDS et du taux d'intérêt.

La durée de vie de la CADES. Projections.

La date d'extinction de la dette dépend de deux paramètres-clés

- la valeur de la CRDS qui est liée à la croissance du PIB. Pour l'année 2005, le rendement brut de la CRDS est estimé à 5,08 Md€⁵⁸, soit Md€ nets de frais de collecte.
- le niveau des taux d'intérêt qui déterminent les charges (les charges telles que les frais de personnel et les frais de gestion sont considérés comme marginales⁵⁹).
- Dans un scénario central caractérisé par une croissance des recettes de la CADES de 3,5% et par un taux d'intérêt de 5%, l'extinction de la dette de la CADES interviendrait en 2024.
- Avec le même taux d'intérêt mais un taux de croissance des recettes plus faible (2,5%), la durée de vie de la CADES serait prolongée jusqu'à 2027.
- Un autre scénario assis sur un taux de croissance des recettes de 3,5% et un taux d'intérêt de 6,5% prévoit une prolongation de la CADES jusqu'en 2029.

Enfin, en considérant le scénario le plus défavorable, marqué conjointement par un taux de croissance des recettes très faible (2,5%) et un taux d'intérêt élevé (6,5%), le remboursement de la dette sociale n'interviendrait pas avant 2033.

d3) conséquences par rapport au compte tendanciel

Par rapport au compte tendanciel où le déficit aurait du être couvert par une augmentation du plafond d'avances, la mesure permet d'économiser près d'un milliard d'euros de gain en intérêts financiers.

⁵⁷ La CADES a versé à l'ACOSS 10Md€ à ce titre le 1^{er} septembre 2004, 7Md€ le 11 octobre 2004, 9Md€ le 9 novembre 2004 et 9Md€ le 9 décembre 2004.

⁵⁸ Source : CADES lettre n°13. Février 2005.

⁵⁹ Source : PICHET (2003). "L'irrésistible apothéose de la CADES et de la CRDS", *Cahiers de recherche CEREFI*.

d4) Le disponible au titre de la CADES, en supposant tenu l'objectif pour 2005, serait de 7Md€ pour 2006.

d5) à l'occasion du débat sur le projet de loi organique sur les LFSS, un amendement parlementaire a prévu que « tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d'une augmentation de recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale.

Pour l'application de l'alinéa précédent, la durée d'amortissement est appréciée au vu des éléments présentés par la caisse dans ses estimations publiques »

Le Haut Conseil souligne que ce schéma – qui a certes le mérite de cantonner la durée d'endettement de l'assurance maladie – n'en conduirait pas moins à accroître la dette à amortir et la charge des assurés jusqu'au terme convenu.

6) La loi du 13 août 2004 consolide le principe de la compensation par l'Etat des exonérations et soustractions d'assiette qui affectent les recettes de la sécurité sociale.

a) le débat d'origine et la loi du 25 juillet 1994

Dans leur stratégie financière, les ministres en charge de la sécurité sociale ont cherché dans les dernières décennies à sauvegarder le rendement des cotisations sociales face à l'adoption de plus en plus fréquente de mesures d'exonération (portant quasi exclusivement sur les cotisations patronales) ou de soustraction/réduction d'assiette décidées au titre de politiques publiques variées.

Bien qu'elles se traduisent toutes par une diminution des recettes de la sécurité sociale, il convient de distinguer

- les exonérations. Elles n'affectent pas l'assiette des prélèvements. On applique soit un taux nul (exonération totale) soit un taux minoré aux éléments d'assiette en cause (exonération partielle) sur les cotisations du seul régime général

- les soustractions d'assiette. Les éléments salariaux en cause ne supportent aucun prélèvement, dans le régime général et dans les régimes qui se réfèrent à l'assiette de ce dernier (notamment l'ARRCO, l'AGIRC et l'UNEDIC). On est donc potentiellement sur des enjeux financiers beaucoup plus importants que les exonérations du régime général⁶⁰.

Par ailleurs, la réduction de l'assiette rétroagit sur les prestations en espèces des salariés en cause, qui sont abaissées : IJ maladie ou AT, retraites...

⁶⁰ Une exonération totale des charges patronales au régime général diminue les recettes du régime général de 30,19% du salaire brut ; une soustraction d'assiette de 45% (66,05% tous régimes y compris les régimes de retraite complémentaire et de chômage)

Estimant que de telles pratiques rompaient avec les principes d'uniformité des taux et d'universalité de l'assiette salariale⁶¹, ils faisaient valoir qu'elles affaiblissaient les recettes de la sécurité sociale et, ce faisant, poussaient à l'augmentation des taux.

C'est la diffusion massive des exonérations décidées en matière d'emploi qui a conduit en 1994 à poser le problème dans sa globalité et à retenir le principe d'une compensation financière intégrale à la charge de l'Etat.

Ainsi, faute de pouvoir évaluer les effets réels de ces politiques d'exonérations et devant les besoins de financement des régimes sociaux, le gouvernement a opté avec la loi du 25 juillet 1994 pour le principe de compensation.

Mais le ministère du budget qui s'y était opposé, plaidant que les emplois créés – en partie grâce à l'abaissement du coût du travail – généraient des recettes nouvelles et que la sécurité sociale « récupérait ainsi sa mise », a obtenu

- que la compensation ne s'appliquerait qu'aux dispositifs nouvellement institués.
- que seules les exonérations directes donneraient lieu à compensation (les réductions d'assiette ne rentrant pas dans le champ de la compensation)

Article L 131-7 dans sa rédaction issue de la loi du 25 juillet 1994

« Toute mesure d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale, instituée à compter de la date d'entrée en vigueur de la loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 relative à la sécurité sociale, donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application ».

Malgré des divergences sur la qualification des dispositifs (étaient ils « nouveaux » au sens de la loi de 1994) ou sur leur incidence (quelle est l'ampleur de la perte de recettes ?) d'une part, et de fréquents retards de paiement par l'Etat d'autre part, la loi de 1994 a constitué un progrès en consolidant les recettes sociales.

b) la loi du 13 août 2004 vient prolonger celle adoptée dix ans plus tôt.

Les éléments nouveaux concernent essentiellement le champ des mesures « compensables ». On y intègre désormais les minoration de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et de CSG/CRDS. La garantie couvre non seulement les cotisations mais aussi les contributions directement affectées aux régimes ainsi que les cotisations ou contributions affectées aux organismes qui concourent à leur financement et à l'amortissement de leur endettement.

Les exonérations non compensées s'élèvent aujourd'hui à 2 milliards d'euros pour l'ensemble des branches du régime général (1Md€ pour l'assurance maladie)

⁶¹ L'article L 242-1 du code de la sécurité sociale précise que sont assujetties aux cotisations de sécurité sociale « toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail » quels qu'en soient la forme, le mode de calcul ou la périodicité retenue pour leur paiement.

Par suite, en application de l'article L 136-1 CSS et de l'article 14 de l'ordonnance du 24 janvier 1996, ces éléments sont également assujettis à la CSG et à la CRDS

Article L 131-7 dans la rédaction issue de la loi du 13 août 2004.

« Toute mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale instituée ...donne lieu à compensation intégrale aux régimes concernés par le budget de l'Etat pendant toute la durée de son application.

La règle définie au premier alinéa s'applique également :

1° à toute mesure de réduction ou d'exonération de contribution affectée aux régimes susmentionnés, aux organismes concourant à leur financement ou à l'amortissement de leur endettement....

2° à toute mesure de réduction ou d'abattement de l'assiette et de ces cotisations et contributions... »

L'ampleur⁶² et l'ancienneté des minorations d'assiette expliquent qu'on ait limité le champ de ces dispositions aux « mesures nouvelles ».

Ce dispositif appelle six remarques.

1) le Haut Conseil se félicite des avancées permises par la loi du 13 août 2004 dans la mise en œuvre de la compensation. Il tient à affirmer son attachement à trois objectifs :

- le respect du principe même de compensation. La sécurité sociale doit disposer de ressources prévisibles, équitables, régulières et économiquement supportables. Il est évidemment essentiel, dans ce cadre, de ne pas priver la sécurité sociale des recettes dont elle a besoin.
- la transparence des flux financiers entre l'état et la sécurité sociale. Une annexe aux lois de financement annuelles décrira désormais de façon précise, les exonérations et réductions de cotisations sociales et les compensations prévues par le législateur.
- la sincérité des évaluations. A ce titre, il importe que la Commission des comptes de la sécurité sociale et le parlement puissent s'assurer des modalités de prévision en disposant de toutes les données utiles à l'évaluation.

2) la correcte affectation des recettes et le respect du principe de compensation sont une exigence incontournable si on veut que l'opinion et les partenaires sociaux puissent prendre la mesure des problèmes de financement de la sécurité sociale. Mais le rapport de janvier 2004 avait rappelé que « une partie des membres du haut Conseil ont souligné que l'affectation à la branche maladie de telle ou telle recette « jugée » lui revenir « légitimement » (tout comme la reprise par l'état de

⁶² A partir des travaux de la Cour des Comptes (notamment son rapport public pour 2002), on peut évaluer la perte de recettes pour le régime général à plus de 10Md€. Ce calcul n'intègre pas la moins value de recettes liée à la différence d'assiette et de taux des cotisations sociales pour les fonctions publiques. On rappellera ici que dans son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil avait « pointé » cette situation (page 42) et – discrètement – appelé de ses vœux qu'on mène « des réflexions sur le système de recettes en prenant notamment en considération les principes ...de parité des efforts contributifs et des droits entre les régimes et leurs ressortissants » (pages 13 et 14) : les particularités des cotisations des fonctions publiques sont à l'évidence un point d'application possible de ce souhait.

charges jugées « indues » ne ferait que déplacer entre agents les problèmes aigus d'équilibre des finances publiques qui constituent un ensemble global tout aussi pertinent pour le pilotage des politiques publiques que les bilans financiers propres à chaque agent ». A l'inverse certains membres du Haut Conseil souhaitent la réaffectation des recettes perdues par la Sécurité Sociale à l'occasion de l'épisode FOREC.

3) Le Haut Conseil s'interroge sur l'applicabilité de la loi du 13 août 2004 à des mesures qui n'ont pas pour objet direct et explicite d'instituer une exonération ou une minoration d'assiette mais dont l'effet indirect est de diminuer les recettes de la sécurité sociale.

Deux mesures récentes – antérieures à la loi du 13 août 2004 – illustrent ce problème : la réforme de la décote intervenue en 2001 ; la réforme des dividendes mise en œuvre dans la loi de Finances pour 2004. Elles ont pesé indirectement sur les recettes de la CSG sans qu'il y ait eu compensation. Il semble au Conseil que des mesures de ce type sont compensables. Il souhaite que ce point de vue soit confirmé par les pouvoirs publics. Il juge par ailleurs opportun que la DSS soit associée⁶³ de façon précoce aux discussions initiales sur l'adoption ou la modification des règles fiscales (y compris les dépenses fiscales) qui pourraient avoir indirectement des effets sur les recettes de la sécurité sociale.

4) Le Parlement a bien entendu la faculté par la loi de faire une exception au principe de compensation⁶⁴. Mais les procédures de discussion et de vote citées ci-dessus devraient à tout le moins donner lieu à un débat de fond plus nourri, peut être de nature à dissuader de faire exception au principe de la compensation. Les partenaires sociaux seront par ailleurs mieux à même d'intervenir dans ce débat comme ils l'ont fait – avec succès – à propos d'une des mesures contenues dans le projet de loi relatif au développement des services aux personnes.

De ce point de vue un amendement à la loi organique des lois de financement de la sécurité sociale actuellement en deuxième lecture à l'assemblée nationale stipule que toutes les exceptions au principe de la compensation doivent être prévues dans les lois de financement de la sécurité sociale. Le Haut Conseil salue cette garantie de procédure mais déplorerait qu'elle facilite les entorses au principe de la compensation.

5) Comme on l'a vu, c'est la date d'institution de la mesure d'exonération qui détermine l'applicabilité du principe de la compensation. Cette règle dont on a dit plus haut l'origine est d'application délicate lorsque les pouvoirs publics étendent des dispositifs préexistants occasionnant un accroissement des pertes de recettes de la sécurité sociale. On a dans le passé connu des « glissements » de ce type (adjonction des CES consolidés aux CES par exemple). Ce pourrait être le cas pour les dispositifs de participation et d'intéressement ;

Il faut souhaiter que dans les débats sur de telles réformes un maximum d'informations soit fourni aux partenaires sociaux et au Parlement.

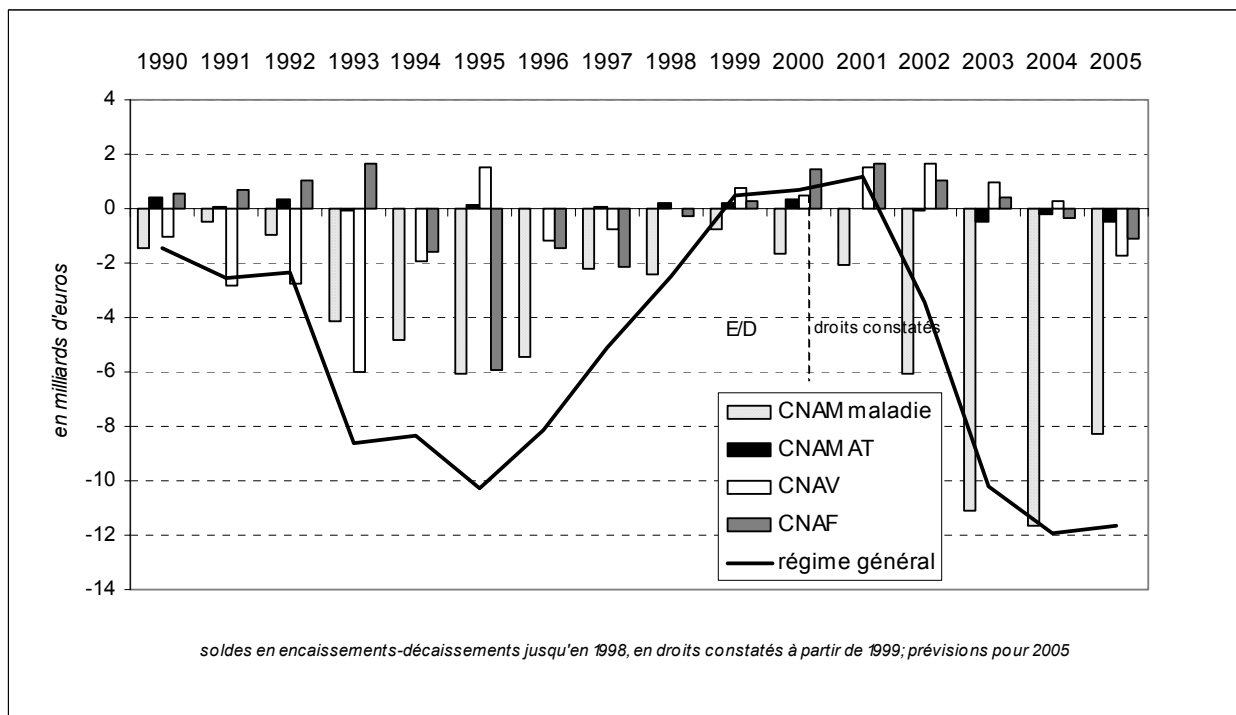
⁶³ Ce n'a pas été le cas sur les deux réformes précitées.

⁶⁴ C'est le cas pour les contrats d'avenir et les contrats d'accompagnement dans l'emploi (loi du 18 janvier 2005)

6) L'Etat doit s'acquitter avec ponctualité et diligence des dettes qu'il peut avoir vis-à-vis de la sécurité sociale. A cet effet des conventions assorties d'échéanciers ont été mises en place. Elles doivent être respectées. A défaut, les retards de paiement pèsent sur la trésorerie du régime général et engendrent des frais financiers que ce régime doit alors supporter.

7) Le point sur la situation financière actuelle

Historique des soldes du régime général entre 1990 et 2005, par branche
(en euros courants)



Source : Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, juin 2005

Il est prématuré de faire un pronostic sur le déficit de 2005. Certes le Comité d'alerte a « considéré que...le respect de l'objectif (l'ONDAM) fixé pour 2005, soit 134,9Md€, paraît

possible ». Mais il soulignait parallèlement la « *fragilité des données disponibles et la grande incertitude qui entoure la prévision des dépenses* ».

Par ailleurs, le Comité d'alerte – mais ce n'était pas son rôle – n'a pas pris position sur le solde déficitaire qui dépend non seulement des dépenses de l'ONDAM mais aussi des recettes.

Selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2005, le déficit probable de la branche assurance maladie du régime général s'établirait pour l'année 2005 à 8,3Md€..

Dans ces conditions et compte tenu des déficits des années antérieures, il resterait **6,7Md€** de disponible dans le plafond de transfert de dette à la CADES pour financer le déficit de 2006.

Il n'est pas prévu à ce jour de recettes supplémentaires en 2006 (à l'exception d'une nouvelle tranche d'augmentation du forfait journalier). A taux de prise en charge inchangé, le déficit de l'assurance maladie ne sera contenu à 6,7Md€ que si l'ONDAM pour 2006 progresse à un rythme inférieur à l'évolution de ses recettes (résorber 1,6Md€ de déficit pour le ramener de 8,3 à 6,7Md€ représente 1,2% de l'ONDAM).

La réalisation des économies prévues dans le plan de redressement est donc le gage de la tenue du déficit dans la limite précitée.

Le retour vers l'équilibre en 2007 est un objectif extrêmement ambitieux à taux de prise en charge et à structure de recettes inchangés. Un équilibre des comptes dès 2007 conduirait en effet à fixer l'ONDAM 2007 au même niveau en valeur absolue que 2006⁶⁵

Rien ne serait pire pour y parvenir que de brusquer le cours des réformes en cours, dans les soins de ville comme dans le secteur hospitalier. La continuité est ici le gage du succès.

⁶⁵ Pour apprécier l'effort à poursuivre dans les années suivantes, on peut rappeler l'évolution respective de l'ONDAM et de quelques grandeurs macroéconomiques pour les années 2003 à 2005.

	2003	2004	2005
ONDAM	124,1Md€ (réalisé)	130,4Md€ (réalisé)	134,9Md€ (objectif) 135,1Md€ (prévision CCSS juin 2005)
Taux de progression sur l'année précédente	6,3%	5,1%	3,5% (objectif) 3,8% (prévision)
PIB en valeur	2,4%	4%	3,9% (source CCSS juin 2005)
Masse salariale secteur privé champ URSSAF	1,9%	2,9%	3,4% (source CCSS juin 2005)

Si l'évolution de la dépense remboursable ne permet pas d'atteindre l'équilibre attendu, il faudrait étudier la combinaison optimale entre un déport sur la CADES (mais le Haut Conseil n'y est pas favorable), un ajustement des taux de prise en charge⁶⁶ et/ou un ajustement des recettes.

Cinquième section

La répartition de l'effort, l'évolution des reste à charge et l'équité du financement

1) L'évolution du reste à charge des assurés

Deux remarques préalables :

L'analyse qui suit ne tient pas compte

- des mesures décidées avant la loi du 13 août 2004 (citons notamment la réforme du K50 à partir du 1^{er} janvier 2004 ou le déclassement du taux de remboursement de médicaments en 2003).
- de la tendance haussière de la dépense de soins (rappelons que sur les quarante dernières années la dépense a progressé en moyenne de plus de deux points au dessus du PIB).

Les chiffres qui suivent sont ceux de l'agrégat « usagers ». Compte tenu de la forte concentration des dépenses de soins, l'incidence des mesures analysées diffère très sensiblement d'un assuré à l'autre.

a) L'augmentation de la participation des usagers aux dépenses de santé (à volume et comportement inchangés) est difficile à établir.

Participation de l'utilisateur

- 460 M€ au titre de la participation forfaitaire de 1 € par acte,
- 300 M€ au titre de l'augmentation du forfait journalier à l'hôpital (augmentation d'un euro en 2005, 2006 et 2007),

Retour à l'application du droit commun

- 455 M€ résultant d'une utilisation plus stricte de l'ordonnancier bi-zone,

⁶⁶ un tel ajustement se traduit mécaniquement par une baisse de l'ONDAM qui est libellé en dépenses prises en charge.

Incidence des mesures conventionnelles

- 78 M€ correspondant à la part restant à leur charge des majorations de tarifs opposables décidées dans les récents accords conventionnels⁶⁷,
- 45 M€ correspondant aux dépenses supplémentaires liées à la mise en œuvre de la classification commune des actes médicaux (CCAM)⁶⁸.

Le total des rubriques précitées s'établit à 1 338M€. Pour les rubriques qui suivent, il est prématuré de vouloir à ce stade évaluer leur incidence.

Incidence du recours aux spécialistes « hors parcours de soins ». Il s'agit :

- ° de la hausse du ticket modérateur (montant non défini) sur les consultations et visites d'une part, les actes techniques d'autre part.
- ° des dépassements en secteur I, puisque les spécialistes en cause sont désormais autorisés à pratiquer des dépassements dans certaines limites (dépassement par acte plafonné à 17,5% du tarif opposable et honoraires sans dépassement représentant 70% des honoraires totaux)⁶⁹.

Le bilan est encore plus complexe à établir pour les assurés « en parcours de soins » comme exposé ci-dessus page 22.

b) mais, par rapport à la tendance, les assurés vont bénéficier des économies sur les actes et les prescriptions analysées ci-dessus.

b1) Estimation des « économies induites » par la maîtrise médicalisée

- ° à l'horizon de 2007 et sur la base de l'objectif de 3,5Md€ d'ici 2007 :

Les mesures de la réforme qui impactent le système de soins (Dossier Médical Personnel, modification des comportements consécutifs à l'organisation du parcours de soins

⁶⁷ La CNAMTS évalue à 572M€ en année pleine l'ensemble des impacts des mesures de revalorisations tarifaires sur les honoraires des médecins généralistes et spécialistes (hors dépassements et hors CCAM). Certaines de ces mesures sont entièrement à la charge de l'assurance maladie comme par exemple la rémunération du médecin traitant (203M€) ou la permanence des soins (70M€). Le coût pour l'assurance maladie de l'ensemble de ces mesures (hors CCAM) est 494M€, d'où un reste à charge pour les assurés égal à la différence 572 – 494 = 78M€ [se reporter à l'annexe 5].

⁶⁸ Le coût de la CCAM est estimé à 180M€ en année pleine. Sous l'hypothèse d'un taux de prise en charge moyen par l'assurance maladie de 80%, le reste à charge pour les assurés est de 45M€.

⁶⁹ Dans l'hypothèse – pessimiste au regard de l'objectif de structuration du parcours de soins – de maintien des comportements, la CNAMTS a évalué ces dépassements « potentiels » en secteur 1 à 160 M€ (Voir annexe 5). Viendraient en atténuation 30M€ de diminution des dépassements des médecins du secteur 2 qui auraient choisi l'option de coordination, soit un accroissement net des dépassements de 130 M€.

coordonnés) ainsi que d'autres mesures comme le plan sur les produits de santé devraient conduire à des économies pour les assurés. Toute la question est évidemment le délai d'obtention de ces effets.

En ce qui concerne le volet maîtrise médicalisée, les économies pour l'assurance maladie, si elles sont acquises d'ici 2007, sont évaluées à 3,5Md€. Sur la base d'un taux de remboursement moyen des soins de ville de 80%, une économie de 3,5Md€ pour l'assurance maladie induit mécaniquement une économie de 875M€ pour les assurés.

° en application de la convention médicale de janvier 2005 :

L'économie pour l'assurance maladie est estimée à 818M€⁷⁰, soit 363M€ après déduction de l'item « gestion de l'ordonnancier bizon »⁷¹. Compte tenu des taux moyens de prise en charge des différentes catégories d'actes et de prescriptions concernées, cet infléchissement devrait générer pour les assurés des « économies » estimées à 110M€⁷²

b2) estimation des « économies induites » pour les autres mesures du plan de redressement (notamment sur les produits de santé) : de l'ordre de 600M€⁷³.

c) Le solde pour le reste à charge des assurés est difficile à établir. Si les économies attendues sont au rendez vous, on est proche de la neutralité.

2) Le partage entre les contrats de couverture complémentaire et les assurés

On rappellera que plus de 90% des ménages sont couverts soit par un contrat de complémentaire soit par la CMUC.

La quasi-totalité des contrats de complémentaire prennent en charge au moins le ticket modérateur et le forfait journalier ; une majorité les dépassements en tout ou partie.

⁷⁰ Afin d'être en cohérence avec la ligne « maîtrise médicalisée » du tableau d'impact financier qui prévoit 3,5Md€ d'économies en 2007, les IJ ont été retirées des mesures prévues dans le cadre de la convention de janvier 2005.

⁷¹ Convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, JO du 11 février 2005, § 3.2

⁷² Estimation du secrétariat général du Haut Conseil à partir des données de la convention (91M€ d'économies sur les antibiotiques, 33 sur les anxiolytiques et les hypnotiques, 161 sur les statines, 23 sur les anti-agrégants plaquettaires, 15 sur les examens biologiques explorant la fonction thyroïdienne, 15 sur la pratique de la coloscopie et 55 sur les génériques) et des taux moyens de remboursement par l'assurance maladie (70% pour les antibiotiques, 80% pour les anxiolytiques et les psychotropes, 80% pour les statines, 90% pour les anti-agrégants plaquettaires, 90% pour les examens de la thyroïde, 80% pour les coloscopies et 75% pour les génériques).

⁷³ Nous avons retenu un taux moyen de remboursement par l'assurance maladie de 75% pour l'ensemble des produits de santé et n'avons pas inclus, dans les produits de santé, les 250M€ des produits à SMR insuffisant

a) Les dépenses que les complémentaires ne seront pas incitées à prendre en charge en tout ou partie

La loi du 13 août a en effet prévu que le bénéfice des aides sociales et fiscales accordé actuellement aux contrats de complémentaire ne serait maintenu qu'aux contrats qui respecteraient un certain nombre de règles, qu'il s'agisse soit d'exclure la prise en charge de certaines dépenses, soit de l'imposer lorsque la garantie d'une couverture intégrale (base et complémentaire) est indispensable pour remplir des objectifs de santé publique.

a1) l'objectif de dissuasion

C'est dans cet objectif

- que la contribution d'un euro ne peut être remboursée par les complémentaires (évaluation de 460M€),

- que l'abattement sur le taux de remboursement par les régimes de base pour les actes cliniques et techniques « hors parcours de soins » ne sera pas pris en charge. Dans l'hypothèse retenue par le Secrétariat du Conseil d'un taux de remboursement de 60%, l'abattement non pris en charge par les organismes complémentaires serait de 120M€. Mais il s'agit là d'une limite très théorique : il est en effet probable qu'un nombre élevé d'assurés se situeront dans le parcours de soins (avec les taux de remboursement usuels),

- que tout ou partie des dépassements pour les actes cliniques et techniques hors parcours de soins ne pourront pas être pris en charge par les organismes complémentaires :

- ° des dépassements en secteur 1 dont la possibilité a été ouverte par la loi du 13 août 2004. Ces dépassements sont limités à 17,5% de la valeur de la consultation de spécialiste majorée pour coordination (soit 5€) et les honoraires associés à ces actes avec dépassements ne peuvent représenter plus de 30% des honoraires totaux. La CNAMTS les évalue au maximum à 160M€ (voir annexe 5). Ces dépassements resteront vraisemblablement à la charge des assurés.

Pour ces derniers, le reste à charge pour des soins hors parcours s'établira donc à la somme de l'abattement sur le remboursement par le régime de base et au dépassement facturé par le spécialiste. Pour une consultation de spécialiste « hors parcours de soins » facturée au maximum 32€, le RAC sera de 18,2€⁷⁴ non pris en charge par les complémentaires. Le taux de prise en charge serait ainsi de 43,1%. Pour un acte technique dont la tarification moyenne est actuellement 60€, le hors parcours se traduira par un dépassement maximum de 10,5€⁷⁵ et un reste à charge de 32,7€. Le taux de prise en charge serait ainsi de 53,9%.

⁷⁴ Remboursement du régime général : 70% de 25€, diminué de 2,7€ (majoration de participation due au hors parcours) et de 1€ (participation forfaitaire), soit $70\% \times 25 - 2,7 - 1 = 13,8$. Le reste à charge est donc de $32 - 13,8 = 18,2$ €.

⁷⁵ Le dépassement est plafonné à 17,5% de la valeur de l'acte arrondi à l'euro supérieur, soit 11€ ($17,5\% \times 60 = 10,5$), ce qui porte le coût de l'acte technique à 71€. Le remboursement du régime général est de 70% de 60€, diminué de 2,7€ (majoration de participation due au hors parcours) et de 1€ (participation forfaitaire), soit $70\% \times 60 - 2,7 - 1 = 38,3$ €. Le reste à charge est donc de $71 - 38,3 = 32,7$ €.

° des dépassements en secteur II. Le décret sur les contrats responsables lie le maintien des avantages fiscaux et sociaux des contrats complémentaires à la non prise en charge d'une partie seulement de ces dépassements, partie correspondant au dépassement autorisé sur les actes cliniques, c'est-à-dire actuellement 5€.

Sans prendre de position unanime sur le régime de ces dépassements (une partie de ses membres contestant le principe même de l'approche retenue par la loi du 13 août), le Haut Conseil avait souhaité que la part non prise en charge soit significative.

a2) l'objectif de promotion

Le projet de décret précité prévoit dans ce sens l'obligation pour les contrats responsables d'atteindre

- les taux de prise en charge totale indiqués page 19 pour certains des soins et prescriptions du médecin traitant
- le taux de 100% en matière de prévention.

La liste des actes et prescriptions en cause sera fixée par décret. Le Haut Conseil souhaite que sa sortie soit rapide.

b) les dépenses qui pourraient normalement être prises en charge par les complémentaires et la CMUC

Seraient prises en charge l'augmentation du forfait journalier (300M€)⁷⁶, le redressement des pratiques de gestion de l'ordonnancier bizonne (évalué à 455M€), le ticket modérateur sur les majorations tarifaires issues de la convention du 12 janvier 2005 (évalué à 78M€⁷⁷), l'incidence de la CCAM (45M€ correspondant à la première étape) et les compléments visés au a2) ci dessus.

c) les dépenses pour lesquelles la politique des institutions de couverture complémentaire peut évoluer.

En attendant de pouvoir bénéficier d'informations détaillées sur le codage des médicaments et notamment sur les produits à SMR insuffisant, certains organismes complémentaires envisagent de ne plus rembourser à 100% les médicaments à vignette bleue dont le taux de prise en charge par les régimes de base est 35%. L'idée serait d'avoir un seul taux de complémentarité à 35%, quel que soit le médicament. Dès lors les médicaments à vignette blanche seraient remboursés à 100% (65% par les régimes de base et 35% par les complémentaires) et ceux à vignette bleue à 70% (35% par les régimes de base⁷⁸ et 35% par les complémentaires).

On remarquera que la référence d'un complément de 30% qui figure dans le projet de décret précité est inférieure au taux de 35% souvent évoqué.


⁷⁶ Cela devrait être le cas le plus général pour les complémentaires bien que certaines mutuelles ne couvrent pas l'intégralité des forfaits hospitaliers.

⁷⁷ Source : CNAMTS (2005).

⁷⁸ Y compris dans certains scénarios pour les ALD.

d) La situation des ménages les plus modestes

d1) des progrès significatifs ont été réalisés pour la couverture complémentaire des ménages les plus modestes

- le Premier ministre a annoncé l'intégration de 300 000 enfants dans la CMUC. Le décret n'est toujours pas . Le Haut Conseil regrette ce retard.

- la loi du 13 août 2004 a institué une aide à l'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire pour les ménages dont les revenus se situent entre le plafond de la CMUC et ce plafond majoré de 15%. 2 millions de personnes seraient dans le champ de ressources éligibles.

Pour ces ménages, la contribution de l'assurance maladie (modulée selon l'âge ; 75, 150 ou 250 euros) peut

+ les aider à l'acquisition d'une couverture. On ignore le nombre des ménages modestes qui n'ont pas de couverture complémentaire même si les informations disponibles – qui sont fragiles – amènent à penser qu'ils sont minoritaires dans ce champ (en 2002, parmi les personnes qui ont moins de 690€ de revenu mensuel⁷⁹, qui représentent environ 10% des français, 15% n'ont pas de couverture complémentaire selon les chiffres de l'IRDES).

La question est de savoir si l'aide est suffisante pour les amener à souscrire un contrat. Le taux d'effort requis, même pour un contrat d'entrée de gamme, reste en effet significatif. Il s'établit par exemple

° à 5,6% pour un contrat d'entrée de gamme évalué à 816€ par an et un revenu annuel de 14 520€ pour un couple avec deux enfants dont le revenu est juste supérieur au plafond de la CMUC⁸⁰ et encore 5% au plafond de l'aide complémentaire (revenu annuel de 16 800€)

° à 4% pour un contrat d'entrée de gamme évalué à 408€ par an et un revenu annuel de 10 400 € pour un parent isolé avec un enfant dont le revenu est juste supérieur au plafond de la CMUC⁸¹ et encore 3,4% au plafond de l'aide complémentaire.

⁷⁹ Revenu individuel au sens : revenu du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (uc). Les unités de consommation sont calculées selon une échelle d'équivalence attribuant 1 uc au premier adulte du ménage, 0,5 uc aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 uc aux enfants de moins de 14 ans.

⁸⁰ Le plafond de ressources mensuelles applicables en France métropolitaine s'établit à 1.209,87 € pour un foyer de quatre personnes depuis le 1^{er} juillet 2004. Source CNAMTS (2005). Pour le même foyer, le plafond de ressources mensuelles pour l'attribution de l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire s'établit à 1.391,36 € (soit le plafond de la CMUC majoré de 15%).

⁸¹ Le plafond de ressources mensuelles applicables en France métropolitaine s'établit à 864,19 € pour un foyer composé de deux personnes depuis le 1^{er} juillet 2004. Source CNAMTS (2005). Pour le même foyer, le plafond de ressources mensuelles pour l'attribution de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire s'établit à 993,83 € (soit le plafond de la CMUC majoré de 15%).

S'agissant des ménages avec enfants à charge, ces taux d'effort diminueront lorsque les plafonds de la CMUC et de l'aide complémentaire seront majorés au titre du décret précité.

+ diminuer le taux d'effort des ménages qui sont déjà détenteurs d'un contrat de complémentaire. Le montant de l'aide accordée varie de 75€ pour une personne de moins de 25 ans à 150€ pour une personne âgée de 25 à 59 ans et atteint 250€ pour une personne âgée de plus de soixante ans. L'aide accordée représente 4,1% et 3% du revenu⁸² au plafond de la CMUC pour les ménages précités ; 3,6% et 2,5% pour ceux dont le revenu est supérieur de 15% au précédent. Là encore, cette aide sera étendue à la parution du décret précité.

Au 31 mai, la CNAMTS avait délivré 99 000 attestations (pour 170 000 personnes), soit 8,5% de la population totale. Par extrapolation simple, les projections réalisées par la CNAMTS tablent sur 410 000 attestations d'ici à fin 2005⁸³, soit, avec les autres régimes, d'environ 21,5% des bénéficiaires potentiels.

Les données sur le nombre de droits ouverts et sur le rapprochement entre les attestations délivrées et les droits ouverts sont encore trop récentes et fragiles pour porter une appréciation sur le dispositif.

Le financement de ce dispositif – à la charge des régimes – s'effectue pour l'essentiel par redéploiement des crédits d'action sociale.

d2) les allocataires de la CMUC sont dispensés de la contribution forfaitaire de un euro.

d3) la situation des assurés modestes dans le parcours de soins

- les allocataires de la CMUC bénéficient du tiers payant dans le parcours de soins. Hors parcours de soins, ils vont devoir supporter les éventuels dépassements d'honoraires. Quant à la réfaction sur le taux de remboursement dans le régime de base, elle ne leur est pas applicable.

- les allocataires du complément de la CMUC (ménages dont les revenus se situent entre le plafond de la CMUC et ce plafond majoré de 15%) vont bénéficier du tiers payant dans le régime de base lorsqu'ils sont dans le parcours de soins⁸⁴. Hors parcours de soins, ils relèvent du droit commun qu'il s'agisse du taux de remboursement par les régimes de base, de la non prise en compte par les complémentaires de la réfaction sur ce taux ou des dépassements.

⁸² Sur la base d'un montant d'aide de 150€.

⁸³ Source : CNAMTS (2005).

⁸⁴ Cette mesure a été actée le 16 juin 2005 par l'avenant n°8 à la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et les l'Assurance Maladie.

3) Appréciation de la pertinence des modifications du reste à charge.

a) Rappel des positions du Haut Conseil dans son rapport de janvier 2004 :

- Le conseil avait indiqué, que parallèlement à une action sur les recettes, un effort supplémentaire de participation aux frais médicaux pouvait être envisagé.
- Il devrait alors remplir deux conditions : épargner les assurés qui exposent les dépenses les plus élevées, et d'autre part s'accompagner de mesures correctrices pour garantir l'accès aux soins des personnes ayant des revenus modestes : *« En conséquence, tout ajustement des taux de remboursement qui 1°) n'épargnerait pas les ménages qui exposent les dépenses les plus élevées et 2°) ne serait pas accompagné de mesures correctrices destinées – notamment - à ceux qui ont les revenus les plus modestes (adaptation de la CMUC, aide à l'acquisition de la couverture complémentaire, plafonnement du ticket modérateur, etc.), méconnaîtrait les principes mêmes de la solidarité nationale. »*

b) Appréciation au regard de ces recommandations

b1) compte tenu de l'importance de leurs dépenses de soins, il est pertinent de s'intéresser en premier lieu aux assurés en ALD.

Le reste à charge des assurés en ALD va légèrement augmenter avec la mise en application des mesures récentes. L'application de la loi du 13 août 2004 devrait se traduire par une augmentation de l'ordre de 60€ du reste à charge (5€ par mois), soit une progression de 10%. Elle sera très largement prise en charge par les couvertures complémentaires.

Le Haut Conseil a jugé qu'il était cohérent de faire supporter aux ALD les participations de type franchise dès lors que les plus modestes en sont dispensés⁸⁵ (par la CMUC et ses compléments). Le Haut Conseil rappelle que le principe de la participation forfaitaire de un euro par acte (consultations, visites et actes de biologie) s'applique, que le patient soit en ALD ou qu'il ne le soit pas. Certes, la participation d'un euro par acte qui va rester le plus souvent à la charge des ménages est proportionnelle à la consommation de soins ; les assurés ALD seront donc plus sollicités que les autres assurés. Mais le plafonnement retenu va écrêter les fortes augmentations du reste à charge, si bien que l'augmentation maximale (50 euros) est acceptable au regard du revenu des assurés (moins de 1% au seuil d'exclusion de la CMUC). Pour le forfait journalier, l'augmentation est significative compte tenu de la fréquence de l'hospitalisation de ces assurés. Ils vont supporter 65% des 300M€ en cause. Mais la prise en charge du forfait journalier par les complémentaires et l'amélioration de la CMUC permettent de relativiser cette incidence.

⁸⁵ Le Haut Conseil tient à rappeler qu'il est attaché à ce que les plafonds de la CMU soient correctement indexés afin de ne pas aggraver les effets de seuil.

b2) pour les autres assurés,

Le plafonnement de la participation forfaitaire à 50 € par an et par personne protégée, sa non application aux bénéficiaires de la CMU complémentaire et de l'aide médicale Etat, l'amélioration du barème de la CMUC (décret en cours d'arbitrage) et l'aide à l'achat d'une couverture complémentaire pour les ménages au dessus du seuil ouvrant droit à la CMUC permettent d'alléger le RAC, au demeurant le plus souvent pris en charge par les complémentaires (sauf la participation forfaitaire pour laquelle le plafonnement est cohérent dans son principe avec la position du Haut Conseil).

b3) le Haut Conseil avait également 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.

De ce point de vue, le forfait d'un euro reste dans la logique dominante des co-paiements actuels, qui lient le reste à charge à la consommation de soins sans aucune différenciation selon les modes d'utilisation du système. Le caractère responsabilisant de cette participation financière – voulue par le législateur, qui lui a quasiment conféré un caractère de ticket modérateur d'ordre public, puisqu'elle ne devrait pas être remboursée par les complémentaires – peut être débattu. Certains membres du Haut Conseil sont opposés au principe même de cette participation forfaitaire.

La modulation des remboursements en lien avec le parcours de soins incorpore en revanche le principe d'incitations financières à un usage du système de soins conforme au « mode d'emploi » préconisé. Les contours définitifs en restent à préciser avec la fixation du niveau de remboursement des soins non coordonnés et du cahier des charges des contrats responsables. Tel qu'il est aujourd'hui construit, le système apparaît cependant assez complexe pour l'utilisateur. Il requiert, plus que jamais, une information accessible et transparente sur le prix auquel le patient doit s'attendre lorsqu'il consulte. Une évaluation précoce des comportements est indispensable.

b4) dans ces conditions, le Haut Conseil – avis du 24 février 2005 – n'a pas jugé qu'il convenait de mettre en œuvre des dispositifs universels ou de large champ pour diminuer le taux d'effort des ménages pour leur contrat de complémentaire.

4) Appréciation des mesures de financement (recettes) au regard des positions du Haut Conseil

a) La CSG sur les actifs

Le Haut Conseil avait considéré que « la CSG, par son assiette large et le principe de proportionnalité qui la sous-tend, constituait jusqu'à présent un choix pertinent ».

La loi du 13 août 2004 a élargi l'assiette de la CSG qui passe de 95 à 97% du salaire brut.

b) La CSG des retraités :

Le rapport avait rappelé que le régime de la CSG des retraités était peut être excessivement favorable (d'autant plus que la réforme de la décote en 2001 avait substantiellement diminué le nombre des assujettis à la CSG). Dès l'origine de la CSG en 1991, on avait en effet institué un large régime d'exonérations et de taux privilégié pour les retraités. Une étude de la DSS à partir de données de la CNAV montre que 40% des retraités sont totalement exonérés de CSG (niveau 1), 5% entrent dans le champ du niveau 2 (taux de CSG à 3,8%) et 55% figurent dans le niveau 3 (taux de CSG de 6,2%) et évalue à 5,8 Md€⁸⁶ la perte de recettes de la CSG (dont 63% pour la branche maladie) par rapport au droit commun des salariés.

Le taux « normal » a été porté de 6,2% à 6,6% sur les pensions de retraite, les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite.

seuils de pension déclarées à l'impôt sur le revenu 2005 avant abattement de 10 et de 20% (pensions déclarées en 2004) déclenchant une exonération totale ou un taux réduit de CSG.

	Personne isolée	Couple
Exonération totale	9.952 €	15.268 €
Taux réduit	11.797€	17.994€
Taux à 6,6%	> 11.797€	> 17.994€

Source : DSS

c) L'augmentation de la CSG sur les revenus mobiliers et sur les jeux est bienvenue

La CSG sur les revenus mobiliers passe de 7,5% à 8,2% tandis que la CSG sur les jeux évolue de 7,5 à 9,5% pour les jeux dont les gains sont inférieurs à 1.500€ et de 10 à 12% pour les jeux dont les gains sont supérieurs à 1.500€.

d) Certains membres du Conseil avaient marqué le souhait que les taxes sur l'alcool et le tabac soient intégralement affectés aux différents régimes de base de la sécurité sociale.

S'agissant des droits sur le tabac, les montants affectés aux régimes de base de la sécurité sociale représentent 8,047Md€ en 2005 sur un total de 9,405 Md€, soit 85,6% de la totalité des droits sur le tabac⁸⁷.

Sur l'ensemble des droits sur l'alcool (2,995Md€ en 2005), seuls 370M€ (12,3%) sont affectés au fonds CMU.

⁸⁶ Aux 5,8Md€ pour les retraités, on pourrait rajouter 0,8Md€ pour les chômeurs.

⁸⁷ Source : PLF 2005.

e) tout en soulignant que « son mandat n'est pas de délibérer directement sur d'éventuelles réformes d'ensemble du système de recettes de l'assurance maladie », le Haut Conseil avait estimé dans son rapport de janvier 2004 que « en lien avec des études sur ces réformes, des réflexions pourraient utilement être menées sur le système des recettes en prenant notamment en considération les principes d'universalité de l'assiette, de parité des efforts contributifs et des droits entre les régimes et leurs ressortissants. Ces réflexions pourraient aller jusqu'à l'étude d'une modification de l'assiette des prélèvements »

Il confirme son souhait dans le présent rapport.

5) Le Conseil a pris acte des options retenues en matière d'endettement et les assortit des commentaires indiqués page 51

6) Bilan financier

L'objet de ce développement est de récapituler les principales mesures à caractère financier selon les agents.

a) Les ménages d'actifs sont concernés

- en tant que cotisants : élargissement de la CSG (équivalant à une augmentation du taux de 2,11%),
- en tant que titulaires d'un contrat de couverture complémentaire. Le bilan est complexe à établir dans la mesure où il dépend largement du rythme d'apparition des économies liées notamment à la maîtrise médicalisée,
- en tant que payeurs du reste à charge ultime (après l'intervention de la complémentaire). Ils sont concernés par la participation forfaitaire et par la non prise en charge de dépenses hors parcours de soins.

b) Les ménages de retraités

- en tant que cotisants, une minorité est concernée par l'augmentation du taux de CSG,
- en tant qu'assurés dans les régimes de base et complémentaires, ils sont concernés selon les mêmes rubriques que les actifs, mais à un niveau supérieur compte tenu de leurs fortes dépenses de soins.

c) les entreprises sont concernées par l'augmentation de la C3S

Le taux de prélèvement de la contribution sociale de solidarité des sociétés, que doivent acquitter les entreprises dont le chiffre d'affaires est supérieur ou égal à 760 000€, est passé de 0,13 à 0,16% depuis le 1^{er} janvier 2005. L'impact de la mesure est estimé à 800M€, soit une augmentation de 0,03% par rapport à l'assiette⁸⁸.

d) les épargnants sont concernés par l'accroissement des prélèvements sur les revenus mobiliers.

Le taux de la CSG sur les revenus de patrimoine et les revenus de placement a été porté de 7,5 à 8,2%. Le rendement de la mesure est estimé à 650M€, soit une augmentation de 0,7% par rapport à l'assiette⁸⁹.

e) Les entreprises de production du secteur pharmaceutique sont sollicitées

- la contribution sur les dépenses de promotion « médicaments » est revalorisée. L'article L.245-2 du Code de la sécurité sociale définit un taux de contribution dû par chaque entreprise calculé selon un barème comprenant quatre tranches. La loi du 13 août 2004 modifie les quatre taux : le taux de 16% passe à 19 %, celui de 21% à 29%, celui de 27% à 36% et enfin celui de 32% à 39%. Le rendement de cette mesure est chiffré à 50M€.

- le taux de la contribution sur les dépenses de promotion « dispositifs » passe de 5 à 10%⁹⁰. Le rendement est évalué à 20M€,

- enfin, l'article L 245-6-1 du CSS pérennise la contribution exceptionnelle sur le chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques instituée par le VII de l'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. Cette contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes des entreprises pharmaceutiques réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au cours d'une année civile au titre des médicaments remboursables ou sur la liste des produits agréés, à l'exception toutefois des génériques afin de favoriser l'emploi de ceux-ci (ceux remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité entrant cependant dans le calcul de l'assiette). Ce chiffre d'affaires qui était jusqu'ici taxé au taux de 0,525 % l'est désormais au taux de 0,6 %. Le rendement de cette mesure équivaldrait à 10M€.

Mais il convient de souligner que ces entreprises s'inscrivent dans un trend de croissance.

⁸⁸ En 2004, l'assiette de la CSSS s'élève à 2568,5Md€. Source : ORGANIC.

⁸⁹ En 2004, l'assiette de la CSG sur les revenus de patrimoine et de placement s'élève à 92 580 M€. Source : rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale, juin 2005.

⁹⁰ Article L.245-5-2 du CSS.

f) Les professionnels de santé dans le secteur libéral

° les médecins. Selon la CNAM (cf. annexe 5), les majorations d'honoraires attendues – pour une large fraction dès 2005 – seraient de l'ordre de 730M€, soit une augmentation de 4%⁹¹. Selon les organisations représentatives des médecins, on ne saurait les imputer intégralement à « la réforme » ; il s'agirait largement d'un rattrapage (par exemple le blocage du CS) ou de l'aboutissement de réformes depuis longtemps en discussion (par exemple sur la permanence des soins). Pour d'autres membres du Conseil, il s'est agi en partie « d'intéresser » les médecins au succès de cette réforme (les charges de l'assurance maladie ainsi assumées – 494M€ en année pleine – représentent 14% des économies attendues à l'horizon 2007 au titre de la maîtrise médicalisée⁹²).

° D'autres professions de santé (notamment pharmaciens, biologistes...) dont la croissance du chiffre d'affaires pourrait être freinée notamment avec la maîtrise médicalisée⁹³.

⁹¹ Comme les charges professionnelles ne sont pas toutes proportionnelles aux honoraires, l'augmentation du revenu net des médecins sera sensiblement supérieure à 4%.

⁹² C'est semble-t-il dans cette logique que certaines majorations d'honoraires dont le principe a été retenu (majoration pour coordination) sont conditionnées aux résultats des engagements de maîtrise médicalisée. Voir à ce sujet le paragraphe 1.5 de la convention médicale de février 2005.

⁹³ Des négociations sont en cours avec certaines d'entre elles

Sixième section

La gouvernance

Plutôt que de décrire à plat les modifications de la gouvernance, institution par institution, on essaiera de rendre en compte de la réforme en caractérisant les inflexions majeures retenues.

Remarque préalable. L'analyse de la gestion de l'assurance maladie est difficile à établir dans la mesure où la réalité peut être, ou pas, très en marge de la lettre des textes (cf Conseil de l'hospitalisation ; place du directeur général de l'UNCAM face à ses conseillers ou à ses tutelles ; équilibres internes de l'UNOCAM...). C'est par ailleurs un domaine très évolutif (ainsi le Gouvernement a-t-il marqué sa réticence lors du débat sur la loi organique à la proposition de prévoir qu'il puisse procéder par ordonnances pour rééquilibrer le compte de l'assurance maladie en cas d'alarme en cours d'exercice, estimant que cela obérait les responsabilités de l'UNCAM).

Dans ce panorama mouvant et encore incertain, on peut souligner onze évolutions.

1) la volonté de développer le débat public

Les problèmes d'assurance maladie sont par nature très complexes. Leur technicité peut enfermer la gestion de l'assurance maladie dans un cercle étroit de spécialistes avec le risque de jouer dans un petit périmètre et d'enserrer le débat dans des limites qui le plus souvent se révèlent étroitement conservatrices.

Actuellement, bien des décisions échappent au commentaire politique ou ne font l'objet de débat qu'a posteriori et sur des informations lacunaires.

La loi du 13 août 2004 semble rompre avec cette logique tant elle multiplie les obligations de rendre compte, de publier avis et propositions en temps réel, de motiver ses positions (nombreux rapports au Parlement ; obligation, pour le Ministre, de motiver ses positions sur l'hospitalisation en cas de désaccord avec le conseil de l'hospitalisation ; etc.)

2) la consolidation du cadrage d'ensemble des dépenses

Cette consolidation du cadrage d'ensemble avait été initiée par les ordonnances dites « Juppé » de 1996. Certes la définition d'objectifs chiffrés ne débouche pas sur des enveloppes limitatives et ce principe a été réaffirmé dans les débats à l'Assemblée nationale. Mais ils constituent une feuille de route, référence majeure pour les gestionnaires. Il s'agit de « tangenter l'obligation de résultats ». Encore faut-il que la procédure de leur établissement et de leur suivi leur donne une réelle crédibilité, ce qui n'a pas été le cas jusqu'à présent. Quelques avancées sont à signaler notamment l'association des caisses d'assurance maladie lors de l'établissement de l'ONDAM.

De même, il est clairement fait référence à la programmation pluriannuelle des dépenses publiques⁹⁴.

En ce qui concerne le suivi, la loi du 13 août 2004 introduit différents mécanismes afin de créer les conditions d'un retour à l'équilibre :

- le comité d'alerte. C'est un mécanisme d'ajustement en cours d'exercice avec le déclenchement de la procédure d'alerte. Il intervient de façon précoce (à tout moment et au plus tard le 30/6, le comité d'alerte doit publiquement se prononcer sur la possibilité de tenir l'objectif annuel). Le comité doit donner un avis sur l'incidence des mesures de redressement envisagées par les caisses nationales et l'Etat, donc évaluer la capacité de rentrer dans l'objectif)
- l'ancrage plus affirmé du souci de cadrage dans la loi organique (rédaction à établir au vu du texte définitif de la loi)

Il faut dans ce cadre situer le renforcement du rôle du Parlement avec le suivi par les missions d'évaluation et de contrôle mises en place dans les commissions parlementaires, les saisines directes par les institutions gestionnaires de l'assurance maladie, les différents rapports (procédure d'alerte, rapport annuel du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, rapport annuel de la Haute autorité de santé, rapport annuel de l'Institut des données de santé).

3) les instances décisionnaires ou associées à la décision

Trois raisons concourent à ce qu'on ait choisi de créer de nouvelles instances :

- la volonté de développer le débat public,
- le souci de confier des responsabilités de régulation à des instances indépendantes,
- l'espoir qu'une organisation plus structurée permettra de prendre en charge des fonctions mal « attribuées » dans le système précédent (Haute Autorité de Santé par exemple).

4) la montée en puissance des caisses et de l'UNCAM

La réforme de l'assurance maladie a fortement accru les compétences propres de l'assurance maladie en confiant à l'UNCAM l'admission et le niveau de remboursement des soins pris en charge. De même l'assurance maladie est représentée au Conseil de l'hospitalisation (mais on a vu que sa participation avait été calibrée a minima) et son poids est renforcé au sein du Comité économique des produits de santé.

Toutefois le Gouvernement a une légitimité politique propre qu'il sera difficile de « mettre de côté » en cas de crise grave entre les gestionnaires et les professions de santé. Par ailleurs certains partenaires sociaux ont dénoncé le rôle que le Ministre a joué lors de la négociation de la convention médicale.

S'agissant de la CNAMTS et de l'UNCAM, il convient de souligner que

⁹⁴ Art. L.111-11 du Code de la Sécurité Sociale. « Chaque caisse nationale d'assurance maladie transmet avant le 30 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits 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. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique »

- le directeur général de l'UNCAM (associé à ses collègues des autres régimes) dispose d'un pouvoir propre, autonome, important dont le législateur attend qu'il donne unité d'action et dynamisme à la politique des régimes, dont les responsabilités en matière de gestion du risque à tous les échelons sont renforcées.
- les organes délibérants reposent largement sur les partenaires sociaux.

Ainsi le conseil de la CNAMTS comporte-t-il, sur 35 membres, paritairement 13 représentants des syndicats de salariés et 13 représentants des employeurs.

Le conseil de l'UNCAM est composé de 18 membres (12 membres, dont le président, désignés par le conseil de la CNAM en son sein ; trois membres, dont le président, désignés par le conseil d'administration de la CANAM en son sein ; trois membres, dont le président, désignés par le conseil central d'administration de la MSA en son sein), tous représentant les partenaires sociaux, employeurs, travailleurs indépendants et salariés. Certains membres du Conseil se félicitent de cette option qui s'enracine dans l'histoire de la protection sociale française, d'autres (la CFDT, l'UNSA, la FNMF, l'UNAF ou les représentants des usagers) la déplorent.

Depuis la loi du 13 août, ces organes délibérants se voient confier un pouvoir d'orientation, de suivi et d'évaluation, la gestion et la mise en œuvre de ces orientations étant confiée au directeur général.

5) le souci d'assurer l'indépendance des gestionnaires

Plusieurs points sont à souligner :

- le Secrétaire général de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale est nommé par le Premier Président de la Cour des Comptes,
- les huit membres du collège de la Haute autorité de santé sont nommés en raison de leur expérience et de leur qualification pour un mandat long (6 ans, renouvelable une fois) et ne sont pas révocables,
- le directeur général de la CNAMTS et de l'UNCAM a un « statut protégé ». Il est nommé pour un mandat de 5 ans. La procédure de nomination permet de vérifier son « acceptabilité » par le Conseil ; mais le Conseil ne peut s'opposer à la proposition du gouvernement qu'à une majorité qualifiée (2/3). Il n'est pas révocable sauf majorité qualifiée du Conseil.

6) Pouvoir d'opposition et arbitrage

L'importance des pouvoirs confiés aux partenaires conventionnels a, très légitimement, conduit à prévoir :

- un pouvoir d'opposition

La loi introduit un pouvoir d'opposition des syndicats non signataires à l'encontre d'un accord (convention, accord-cadre, accord conventionnel interprofessionnels) : dès lors que ces syndicats représentent la majorité des professionnels⁹⁵, ils peuvent s'opposer à la mise en œuvre de l'accord.

⁹⁵ L'opposition formée à l'encontre de l'un des accords mentionnés au premier alinéa par au moins deux organisations syndicales représentant pour les médecins, d'après les résultats des élections aux unions régionales des médecins

- un pouvoir arbitral

En cas de difficultés à établir ou renouveler les conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé, un arbitre est désigné d'un commun accord entre l'UNCAM et les syndicats avec recours au Président du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie en cas de blocage. Les pouvoirs de cet arbitre sont étendus et il définit, entre autres, le « règlement arbitral ».

7) l'association des complémentaires à la gouvernance

- la FNMF est représentée au conseil de la CNAMTS au titre de *"l'intérêt général qui s'attache à faire participer le secteur de la mutualité, associé de par la Loi à la gestion du service public de la sécurité sociale, à l'administration dudit service"*⁹⁶.

Les complémentaires ne sont pas représentées à l'UNCAM.

- la loi du 13 août crée une Union des complémentaires où les trois familles sont représentées et qui a un rôle important dans la gouvernance :

- ° elle peut être associée à la négociation et à la signature de décisions importantes : les accords cadres conclus avec les professions de santé, les accords de bon usage des soins, les contrats de bonne pratique, les contrats de santé publique, l'ensemble des dispositions communes aux conventions (dont notamment les aides à l'installation, la détermination de la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé), l'établissement du règlement arbitral, les relations entre les organismes d'assurance maladie et les pharmaciens d'officine, les rapports entre l'assurance maladie et les centres de santé, enfin les accords entre l'assurance maladie et les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel
- ° elle est membre du comité économique des produits de santé (un sur onze)
- ° elle examine conjointement avec l'UNCAM « leurs programmes annuels de négociation avec les professionnels et les centres de santé »
- ° elle détermine conjointement avec l'UNCAM « les actions communes menées en matière de gestion du risque »

8) le recentrage du rôle du Ministre en charge de la sécurité sociale

- Il garde des fonctions de cadrage et d'impulsion

- ° pour la LFSS même si les caisses nationales sont associées très en amont du processus,
- ° pour la mise en œuvre d'actions qui se réfèrent aux objectifs et textes de droit positif qui définissent la politique de santé publique.

exerçant à titre libéral mentionnées aux articles L. 4134-1 à L. 4134-7 du code de la santé publique, la majorité absolue des suffrages exprimés et, pour les autres professions, au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par les organisations syndicales signataires, au vu de l'enquête de représentativité prévue à l'article L. 162-33, fait obstacle à sa mise en œuvre. Lorsque pour ces autres professions, moins de trois organisations syndicales ont été reconnues représentatives, l'opposition peut être formée par une seule organisation si celle-ci représente au moins le double des effectifs de professionnels libéraux représentés par l'organisation syndicale signataire. L'opposition prévue au présent alinéa s'exerce dans le mois qui suit la signature de l'accord et avant la transmission de ce dernier aux ministres.

⁹⁶ arrêt du Conseil d'Etat du 12 février 1997, n°s 180079, 180708, 180806, 180850, 180866.

- de nombreuses décisions qui lui appartenaient sont désormais prises par l'UNCAM.
- et son pouvoir d'opposition aux textes conventionnels est limité ; il est souvent astreint à motiver ses positions (par exemple, textes conventionnels, inscriptions ou radiations de prises en charge, décisions s'écarter des recommandations du conseil de l'hospitalisation). A noter cependant
 - ° qu'il continue d'approuver, sans avoir à motiver sa décision qui n'est, au demeurant, pas limitée aux motifs retenus par ailleurs (légalité, santé publique et égal accès aux soins) les conventions avec les pharmaciens d'officine.
 - ° qu'il peut s'opposer – sans avoir à motiver son opposition - aux prix des médicaments lorsqu'il sont arrêtés par le comité économique des produits de santé (faute d'accord avec l'exploitant).
 - ° qu'il peut s'opposer à la décision du comité et fixer les prix pour les spécialités inscrites sur la liste prévue à l'article L 5126-4 du code de santé publique
- il dispose de pouvoirs significatifs en cas de carence des gestionnaires :
 - inscription et radiation de prises en charge après avis de la Haute autorité de santé
 - fixation des prix et marges des produits et prestations (en tenant compte de l'évolution des charges, des revenus et du volume d'activité des praticiens ou entreprises concernées). Ce pouvoir est exercé (article L.162-38) « *sans préjudice des dispositions relatives aux conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie et les professions de santé ou entre le comité économique des produits de santé et les entreprises exploitant des médicaments ou les fabricants et distributeurs de produits ou prestations* »

9) l'association des représentants des usagers

Le Haut Conseil dans son rapport de janvier 2004 estimait qu'il fallait « *agir franchement dans le sens d'une plus grande diversité d'expressions démocratiques et de représentations des usagers et des professionnels de santé, dans différentes instances du système d'assurance maladie.* »

La loi du 13 août 2004 ne modifie pas la situation existante. La demande des usagers d'être considérés comme des partenaires à part entière n'a pas été satisfaite malgré la structuration de certains mouvements regroupés au sein du CISS sous forme d'association loi 1901 (ainsi ne sont-ils pas membres de l'UNCAM).

En revanche, en ce qui concerne l'information des usagers, que le Haut Conseil avait qualifié de « *parent pauvre* » du système de soins dans son rapport de janvier 2004, la loi du 13 août a prévu une plus grande implication des usagers en introduisant une disposition qui les associe à l'évaluation des mesures d'information. Ainsi l'article L162-1-11 du code de la sécurité sociale qui définit le cadre de la mission générale d'information des assurés sociaux dévolue aux organismes gestionnaires des régimes de base de l'assurance maladie a-t-il été complété par « *les différents régimes d'assurance maladie assurent cette mission en coordonnant leurs actions, en veillant à mettre en commun par voie, le cas échéant, de conventions les moyens nécessaires, et en l'évaluant chaque année avec le concours de représentants des familles et des usagers.* »

10) la recherche du décroisement

La réforme opère des décroissements entre :

- le régime général et les autres régimes (création de l'UNCAM)
- les régimes de base et complémentaires (liens UNCAM – UNOCAM)
- la médecine de ville et l'hôpital.

11) les pouvoirs régionaux et locaux

Enfin la loi du 13 août n'introduit aucun changement radical dans l'articulation entre le niveau central et les niveaux régionaux et locaux.

a) on a procédé à des aménagements limités des structures existantes.

a1) Les URCAM font l'objet d'une double réforme.

D'une part leurs prérogatives et missions sont élargies. Parmi les nouvelles missions qui leur sont assignées, les URCAM promeuvent et évaluent les actions de coordination des soins et la mise en œuvre des bonnes pratiques par les professionnels de santé. Elles négocient et signent les différents accords prévus à cet effet. Elles veillent en outre à la mise en œuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

D'autre part, l'organisation interne des URCAM est renforcée sur un mode similaire à celui que prévoit la loi pour les CPAM et la CNAMTS. La loi du 13 août 2004 instaure en outre un contrat pluriannuel d'objectifs et de gestion interrégimes entre chaque URCAM et l'UNCAM qui va jusqu'à mettre en œuvre au plan régional des objectifs quantifiés d'amélioration de l'efficacité des soins, d'amélioration des pratiques et de bon usage et précise les indicateurs associés à ces objectifs, les modalités d'évaluation des résultats des unions régionales et de mise en œuvre de la modulation des ressources notamment en fonction de ces résultats.

a2) les Missions Régionales de Santé.

Pour améliorer l'articulation des secteurs hospitalier et ambulatoire, une plus grande coordination est instituée entre les ARH et les URCAM. A cette fin est créée une « mission régionale de santé » constituée entre l'ARH et l'URCAM, chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. La mission détermine notamment les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire et des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins (après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux). Elle définit en outre le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la

délivrance des soins remboursables à visée préventive, diagnostique, ou curative notamment en matière de développement de réseaux. Elle définit encore le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Elle apporte enfin si nécessaire son appui aux programmes de prévention mis en œuvre par le groupement régional de santé publique. Cette mission est dirigée alternativement par périodes d'une année, par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM dans des conditions définies par décret.

b) La création d'agences régionales de santé est envisagée, sur un mode expérimental, à compter de l'été 2005.

Deuxième Partie.

AVIS rendu le 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers

Le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, comme il l'avait indiqué dans son rapport du 23 janvier 2004, a mis à son programme de travail l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers. A la suite de trois réunions de travail, le Haut Conseil a adopté l'avis que vous trouverez ci-joint. La CGT partage l'opinion du Haut Conseil sur la nécessité et l'importance d'un effort en vue de mieux connaître les coûts des services rendus par les établissements hospitaliers. Mais elle n'a pas cru possible de s'associer au présent avis, en raison de l'opposition qu'elle entend manifester à l'égard de la mise en place de la "Tarification à l'activité" dans les hôpitaux publics.

1) Le présent avis porte sur la connaissance du coût des soins dans les établissements hospitaliers.

Par le présent avis et les documents qui y sont annexés, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a souhaité faire le point sur la formation des coûts au sein des hôpitaux au sens large du terme, c'est-à-dire les établissements de santé publics, privés « participants au service public », et privés à but lucratif.

Il ne s'agit là, bien sûr, que d'un aspect parmi tous ceux que comporte la question plus générale de la mobilisation des moyens de l'assurance maladie pour répondre, par les services hospitaliers, mais aussi par une coordination plus étroite entre les soins hospitaliers et les soins de ville, aux besoins de santé publique.

Le Haut conseil avait souligné, dans son rapport du 23 janvier 2004, la difficulté dans laquelle il se trouvait lui-même pour bien connaître et comprendre la manière dont les structures hospitalières utilisent les ressources qui sont les leurs.

Ces ressources sont importantes : 63 milliards d'euros en 2003⁹⁷, soit un peu plus de 50% des dépenses d'assurance maladie. Leur croissance est, en moyenne, de près de 4% par an depuis 1990, le nombre d'admissions restant à peu près stable et le nombre de journées d'hospitalisation diminuant d'environ 13%.

Si les principales causes de ce renchérissement des soins sont aisément identifiables (accroissement de la technicité, et surtout augmentation de la masse salariale liée à la croissance des effectifs et aux améliorations statutaires), il est frappant de constater la considérable variabilité du coût des soins d'un établissement à un autre. C'est en tous cas ce qui résulte des comparaisons que permet le seul instrument de mesure aujourd'hui disponible : la valeur du Point ISA de l'hôpital en question. Il s'agit du prix de l'unité d'œuvre élémentaire calculé, pour chaque établissement, à partir du système de description de l'activité hospitalière dit Programme Médicalisé des Systèmes d'Information (PMSI) en vigueur dans tous les hôpitaux.

Au sein, par exemple, des centres hospitaliers publics - hors CHU - , le coût moyen des prises en charge varie de plus de moitié selon que l'établissement se situe dans les 10% les plus coûteux ou dans les 10% les moins coûteux. Pour les établissements privés, cet écart est presque du simple au double.

Quelles qu'en soient les origines (biais dû à l'outil de mesure, charges spécifiques, plus ou moins grande efficacité gestionnaire...), ces écarts ne peuvent évidemment pas rester inexpliqués. Les médias en reprennent d'ailleurs régulièrement les quelques éléments disponibles, pour procéder à des classements comparatifs qui suscitent souvent la polémique.

2) La connaissance du coût des soins doit sortir de son environnement technique

Le Haut Conseil estime qu'il faut aujourd'hui se donner les moyens d'une véritable discussion, démocratique et argumentée, sur les écarts de coût que révèle le PMSI.

Il est essentiel en effet, au moment où l'on se plaint, dans bien des services hospitaliers, de conditions de travail difficiles ou dégradées, de pouvoir débattre de manière transparente sur l'équité dans l'affectation des ressources. Et essentiel par conséquent de soumettre à l'échange public contradictoire les mesures dont on dispose sur la répartition de ces ressources, particulièrement si elles révèlent l'existence de rentes ou de dépenses aggravées par une mauvaise gestion. Ce qui ne doit pas faire esquiver les questions qui peuvent aussi se poser sur la pertinence de l'instrument de mesure lui-même.

En somme, le PMSI et les données issues du PMSI doivent sortir de la sphère technique où ils sont aujourd'hui confinés, pour faire l'objet de débats accessibles à toutes les personnes concernées par le fonctionnement de l'hôpital. Il pèse, sur la mesure de l'emploi des fonds collectifs en univers hospitalier la même exigence de transparence, la même obligation de rendre

⁹⁷ Etablissements publics et privés (à l'exception des établissements médico-sociaux), y compris prescriptions hospitalières. Chiffres tous régimes, France entière.

compte, que sur ce qui concerne la qualité et la sécurité des soins. Le Haut Conseil a déjà eu l'occasion de rappeler fermement l'importance de l'une et de l'autre.

Par ailleurs, il faut rappeler que le PMSI constitue aussi la cheville centrale de la réforme, désormais engagée, de la *Tarification à l'activité* (T2A). D'ici huit ans, tous les établissements de santé verront une part substantielle du budget de leur activité MCO (Médecine, Chirurgie, Obstétrique) fixé sur une base uniforme par catégorie de traitement. L'outil qui fait apparaître aujourd'hui tous ces contrastes dans les coûts hospitaliers va ainsi servir, demain, au financement de la plus grande partie de l'activité hospitalière. Il faut donc oser l'exposer davantage à des discussions, ouvertes et argumentées, sur sa validité et ses limites.

La mesure des coûts constitue ainsi un important enjeu de mobilisation interne et d'échanges constructifs au sein des établissements.

3) Cette connaissance des coûts est objectivement insuffisante : elle ne permet pas, en effet, d'expliquer les écarts que l'on constate.

Les contrastes de coût révélés par le PMSI sont flagrants, y compris à l'intérieur des groupes d'établissements ayant les mêmes modes de tarification.

On pourrait multiplier les exemples : ainsi, sans même parler du niveau particulier qu'affichent les CHU de Paris, Lyon et Marseille, on trouve plusieurs cas de centres hospitaliers régionaux, distants de moins de cent kilomètres, entre lesquels l'écart de coût global des soins se situe entre 10% et 15%. Ou encore, s'agissant des autres établissements sous dotation globale, on constate que, même en excluant les déciles extrêmes, le coût moyen des soins dans les huit dixièmes restants oscille dans une plage de plus ou moins 20% autour de la valeur moyenne, ce qui est considérable.

Et pourtant, ce sont moins ces disparités qui appellent des commentaires sévères que l'incapacité, semble-t-il, d'y apporter une explication claire.

On peut invoquer bien sûr tout ce qui tient à l'instrument de mesure lui-même. Il peut d'abord y avoir des erreurs et des biais, volontaires ou involontaires, lors de la saisie des informations. Par ailleurs, les regroupements des différents séjours hospitaliers en *Groupes Homogènes* n'ont pas toujours la finesse médicale suffisante : deux traitements auront la même description, donc le même classement dans la liste des *Groupes Homogènes de Malades* (GHM), alors qu'ils ne mobilisent pas le même niveau de ressources. On peut ajouter à cela l'insuffisante prise en compte de certaines autres caractéristiques des malades, par exemple leur âge, leur état sanitaire général, leurs handicaps associés, leur statut social ou leur mode d'admission (urgence, intervention programmée).

Certains membres du Haut conseil considèrent que toutes ces difficultés mettent en cause le bien-fondé de l'approche elle-même, c'est-à-dire la mesure de l'activité hospitalière par groupage en GHM. Mais l'opinion largement dominante demeure toutefois qu'il ne s'agit que d'imperfections de l'outil, qui peuvent faire, et font effectivement, l'objet de corrections au fur et à mesure des « versions » successives de la liste des GHM. De ce point de vue, on peut souligner que

l'amélioration technique de la classification – qui doit s'appuyer sur un consensus des professionnels soignants - constitue aujourd'hui un processus permanent, qui mérite d'être salué.

Il est sûr, en tout état de cause, qu'il n'existe pour l'instant aucune mesure quantitative, même grossière, de l'impact des imperfections de l'outil PMSI. Pour reprendre l'exemple de la dispersion des coûts imputable à la diversité des malades accueillis, on ne sait pas estimer et distinguer, aujourd'hui, ce qui pourrait être couvert par l'affinement progressif de l'outil de mesure, et ce qui résulte d'effets plus structurels, qu'il s'agisse d'une insuffisante spécialisation des plateaux techniques, ou des sujétions d'accueil liées aux missions de service public.

Il en va de même des explications par la taille de l'établissement, ou par l'introduction d'un facteur géographique. Ces approches descriptives ne vont pas au fond des choses. Elles ne permettent, ni de trancher la question du bien fondé des écarts de coûts que l'on observe, ni, à plus forte raison, d'orienter utilement les décisions de gestion.

Mention doit ici être faite de la façon dont sont estimées les charges particulières d'enseignement et de recherche statutairement assurées par les CHU et les Centres de lutte contre le cancer. Une sorte de convention tacite a conduit à retenir, pour refléter ces missions et donc ces dépenses supplémentaires, un montant forfaitaire, uniforme, et proportionnel de 13% sur la totalité du budget MCO de chaque établissement. Ce chiffre et ce mode de calcul n'ont aucune justification méthodologique sérieuse. Certes, une partie de ces missions, profondément imbriquées dans le fonctionnement des services concernés, relève très vraisemblablement d'une valorisation forfaitaire. Mais son niveau devrait être fixé sur des bases mieux établies, et assorti d'une part variable qui permette d'épouser davantage, en s'appuyant sur divers indicateurs, l'effort effectif d'enseignement universitaire, de recherche et d'innovation.

Enfin, même s'il s'agit d'un rapprochement pour lequel aucun outil d'ensemble n'est aujourd'hui disponible, on doit évidemment souligner que tous ces écarts n'ont jamais été rapportés à ce qui devrait être le comparateur fondamental des indices de coût : à savoir la mesure, la plus objective possible, de la qualité des soins dispensés.

4) Ces insuffisances renvoient à celle des outils analytiques et de gestion, et aux causes profondes de la lenteur de leur déploiement.

Le Haut Conseil a pu constater qu'il était possible d'avancer de nombreuses justifications à la très forte disparité apparente du coût des soins. Mais il constate aussi que ces explications demeurent presque toujours dans l'ordre du qualitatif, ce qui ne permet aucune rigueur dans l'analyse et la compréhension des phénomènes. On ne parvient pas à identifier et à pondérer les vraies causes de ce que l'on observe.

Au sein du secteur public, qui retient l'attention en raison de son poids médical et financier prédominant, cette carence peut être attribuée, pour une large part, aux insuffisances criantes du suivi de gestion de l'activité hospitalière, et de la connaissance qu'ont les établissements des éléments pertinents de leurs propres coûts de production. Retard qui peut, à son tour, s'expliquer notamment par le fait que, jusqu'à présent, ni les règles de fixation des budgets, ni les formes – insatisfaisantes - de responsabilisation et d'exercice de l'autorité au sein des établissements, n'ont

créé d'incitation suffisamment puissante au développement des outils que sont les tableaux de bord, le contrôle de gestion, ou la comptabilité analytique.

Seule une minorité de structures disposent ainsi d'une comptabilité analytique d'exploitation, alors que l'obligation en a été inscrite depuis bientôt douze ans, par décret, dans le code de la santé publique. Il est frappant de constater, à cet égard, que le *Groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière* rassemblé autour du CHU d'Angers ne procède qu'à un recensement anonyme de données analytiques fournies par seulement une centaine d'établissements volontaires. Alors même que, sur cet échantillon, on observe fréquemment des écarts de coûts allant du simple au double, voire au triple, sur des prestations et des fournitures ordinaires. Les récents rapports de la *Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier* vont dans le même sens, qui montre l'urgence d'une mise en place déterminée, générale et effective des outils de gestion les plus évidents.

De même, les responsables hospitaliers devraient être davantage mobilisés sur l'usage systématique d'outils comparatifs de leur activité (tels que les tableaux *Coûts-Case-mix*), qui permettent de dresser de manière très simple le profil médico-économique de leur établissement, et de le situer par rapport aux établissements étroitement comparables.

L'usage effectif de l'ensemble de ces instruments constitue un des aspects de la qualité du travail hospitalier ; il mériterait, par conséquent, d'être évalué dans le cadre des procédures d'accréditation conduites par l'ANAES.

5) L'opacité dans la formation des coûts est particulièrement illustrée par tous les obstacles qui se dressent lorsque l'on tente une comparaison entre secteur public et secteur privé.

Depuis qu'une étude officielle s'est efforcée, en 2002, de mesurer la différence moyenne des coûts de prise en charge entre le secteur hospitalier public et le secteur privé, et qu'elle a conclu à un écart de 30% à 40% sur la valeur de *Point ISA*, le débat sur le caractère structurellement plus onéreux de l'hôpital public a focalisé toutes les attentions.

Toutefois le Haut Conseil constate, et déplore, le caractère insuffisamment instruit de ce dossier, qui rend encore incertaine, pour l'instant, toute comparaison sérieuse.

Un constat chiffré n'a de sens que lorsqu'on peut commencer à l'expliquer, ne serait-ce que pour s'assurer qu'il ne résulte pas d'un artefact ou d'une erreur de méthode. Or, faute d'études plus poussées, faute d'harmonisation des données disponibles, et peut-être aussi parce qu'a manqué, jusqu'à présent, la volonté partagée de progresser, les justifications de cet important écart de 30% à 40% sont restées essentiellement qualitatives.

Il est sûr, en premier lieu, que les instruments de mesure introduisent des distorsions importantes : la valeur du *Point ISA* ne se calcule pas du tout, dans le secteur public, selon les mêmes règles que dans le secteur privé. A un instrument de mesure des coûts s'oppose une logique de tarifs. On peut même considérer qu'il y a une forme d'abus de langage à employer la même expression pour désigner des outils de description élaborés pour l'instant sur des bases méthodologiques extrêmement différentes.

De même, il n'est pas douteux que les deux secteurs se distinguent, sur le fond, par d'importants facteurs structurels qui peuvent, eux aussi, expliquer une partie de l'apparent écart tarifaire : sujétions de service public, spécialisation plus ou moins marquée des structures, statut et niveau de rémunération des agents, composition des équipes, modes de gestion, etc ...

Mais de telles considérations générales ne permettent pas de faire progresser utilement le débat. Encore faudrait-il qu'on se mette en mesure d'approcher la valeur explicative de chacun de ces paramètres, en corrigeant d'abord les effets des outils de mesure, puis en connaissant la part qui relève des éléments structurels permanents de la sphère publique (par exemple l'enseignement et la recherche), puis la part qui a trait à des facteurs qu'on peut espérer corriger sur le long terme (par exemple la répartition de l'accueil des populations démunies, ou certains ratios de personnel administratif sur le personnel soignant), et enfin la part de ce qui devrait faire l'objet d'ajustements plus vigoureux et plus rapides (tels que le développement des soins ambulatoires ou la gestion des politiques d'achat).

Tant que ce travail n'est pas effectué, les chiffres déjà cités n'ont aucune valeur sérieuse, et leur usage doit être récusé : les affrontements auxquels ils donnent lieu sont tout simplement stériles.

Mais le Haut Conseil estime, en même temps, que ce travail comparatif est possible, et particulièrement urgent dans un contexte où l'ensemble du champ hospitalier est engagé, par l'effet de la loi, dans un processus qui va progressivement conférer une part beaucoup plus importante à l'approche par le tarif. Il convient désormais d'obtenir rapidement des résultats fiables. Notamment par la réalisation d'études ponctuelles sur des échantillons d'établissements publics et privés ayant des profils d'activité identiques, et par l'élaboration d'une « échelle de coûts » commune aux deux secteurs, permettant de disposer de valeurs de *Points ISA* qui soient parfaitement comparables.

6) En conclusion, le Haut conseil exprime sa vive préoccupation à l'égard de l'importante opacité qui marque encore la formation des coûts dans les établissements de santé.

L'opacité sur la formation des coûts altère la qualité du débat démocratique sur l'hôpital.

Sur la foi des rares chiffres disponibles, et faute d'études nombreuses, rendues publiques et soumises à échanges contradictoires, l'hôpital – et très spécifiquement l'hôpital public – est aujourd'hui régulièrement mis en procès. Il apparaît comme une « boîte noire », dans laquelle il serait impossible de discerner ce qui coûte et d'en justifier le pourquoi.

En somme, ce qui affecte les instruments de mesure des soins hospitaliers, et particulièrement le PMSI, est moins un déficit d'ordre technique qu'un déficit d'analyse et de mise en discussion.

Il appartient par conséquent aux autorités de tutelle, entourées de toutes les parties directement concernées, de lancer et d'entretenir un vaste programme finalisé, très ouvert, de recherches et d'études sur les données de l'activité hospitalière. Il faut développer de manière massive l'expertise statistique, c'est-à-dire l'intelligence des chiffres et de leur traitement, à partir de toutes les mesures que l'on peut avoir de cette activité.

Il s'agit là, au demeurant, d'une exigence normale compte tenu de l'investissement financier et humain que représente, dès aujourd'hui, la collecte des données médicalisées du PMSI.

Par ailleurs, et très concrètement, cette même opacité sur les coûts pourrait fragiliser le rythme de mise en place de la *Tarification à l'activité*.

Le délai de huit ans prévu par la loi représente, malgré les apparences, une convergence rapide qui va contraindre les établissements qui apparaissent actuellement surdotés à engager de vigoureux efforts de productivité. A cette fin, les écarts révélés par le PMSI doivent pouvoir être expliqués de manière précise et objective, par des facteurs sur lesquels il soit possible et légitime d'agir. Pour progresser dans la nouvelle tarification à la vitesse voulue par le législateur, et pour que puissent se mettre en place, tout aussi vite, des formes de responsabilisation et d'exercice de l'autorité plus efficaces, il faut effectuer, encore plus rapidement, d'importants progrès dans la connaissance des coûts.

La tentation sera forte, sinon, de compenser les écarts de prix dont l'on ignore la cause par des financements aveugles, coefficients géographiques ou forfaits divers, qui s'écarteront de l'objectif d'efficacité. Non qu'il faille récuser le maintien d'éléments forfaitaires dans la fixation des budgets hospitaliers : une part de forfaitisation paraît inévitable, et même nécessaire. Mais elle ne saurait être le paravent de l'ignorance ; elle doit, elle aussi, être fixée avec méthode et objectivité.

Le Haut conseil dressera un bilan de l'ensemble des préconisations du présent avis dans son prochain rapport annuel.

AVIS rendu le 15 novembre 2004
sur l'Assurance maladie et prévention : pour un engagement plus efficient de
tous les acteurs

A la suite de son rapport du 23 janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a été saisi, par le ministre chargé de la santé et de l'assurance maladie, d'une demande relative au rôle que peut et doit jouer l'assurance maladie en matière de prévention.

Sur la base d'une première étude⁹⁸, le Haut conseil a adopté un document dont les principales conclusions peuvent se résumer de manière suivante :

1. De nombreux indicateurs attestent de ce que notre système de santé souffre d'une insuffisante capacité à prévenir les maladies et accidents évitables. Ce retard préoccupant est au surplus assorti de fortes inégalités sociales et spatiales.

2. La cause de cette carence n'est à rechercher ni exclusivement, ni même prioritairement du côté d'une insuffisance des sommes consacrées aux actions de prévention. Il est au demeurant difficile d'en cerner le montant exact : le recensement des opérations expressément étiquetées comme telles, qui aboutit à un chiffre d'environ 10 milliards d'euros, sous-estime très certainement l'effort financier réel.

3. D'ailleurs il ne serait pas pertinent de séparer, par une frontière rigide, les soins curatifs et les soins préventifs, ou de rechercher pour ces derniers une définition qui permettrait de les isoler. Au-delà de la prévention au sens le plus étroit du terme, c'est à dire intervenant avant que la maladie ou l'accident ne surviennent, tout ce qui concourt à la qualité du traitement et permet de prévenir les complications évitables relève aussi d'une démarche de prévention. Il faut tenir compte de l'ensemble de ces aspects dans les actions de santé publique.

4. Le vrai motif de préoccupation relève donc d'une problématique globale : il tient au manque de mobilisation et de structuration de tout notre système de soins – et également de notre système de prise en charge financière – autour d'objectifs de santé publique. A ce titre, le rôle de prévention et d'éducation à la santé que jouent, et que pourraient jouer bien davantage, tous les professionnels de santé dans le cadre de leur activité ordinaire (en exercice libéral ou en établissement) est insuffisamment reconnu, insuffisamment stimulé, et insuffisamment organisé.

⁹⁸ Cette étude est annexée au présent avis. Elle reprend très largement les éléments d'un rapport particulier réalisé pour le Haut Conseil par madame Suzanne VON COESTER, membre du Conseil d'Etat.

5. C'est dans cette perspective que doivent être examinés la place et le rôle de l'assurance maladie dans les questions de prévention.

En premier lieu, il est sûr que l'efficacité des démarches de prévention représente, pour l'assurance maladie, une préoccupation de premier rang. Ne serait-ce qu'en raison d'un certain nombre de menaces clairement identifiées qui – telle la croissance de l'obésité infantile – sont porteuses, à un horizon relativement proche, d'un risque important pour les comptes sociaux.

6. Mais on doit aussitôt affirmer, en deuxième lieu, qu'on ne peut pas envisager l'articulation entre dépenses d'assurance maladie et dépenses de prévention dans une simple perspective de rendement financier.

Il faudra, en effet, toujours préférer la dépense qui permet d'éviter une maladie grave et évitable, ou qui permet d'éviter les complications graves et évitables d'une maladie. Même si sur le long terme et tous calculs faits, l'assurance maladie doit déboursier autant, ou plus, au titre des affections inévitables qui s'y substitueront.

7. Ce qui n'empêche pas, en troisième lieu, que les soins de prévention doivent, comme n'importe quelle activité soignante, être appréciés à l'aune économique de l'efficience. Il faut promouvoir le souci de la performance dans l'emploi des moyens consacrés à la prévention, et il faut évaluer les actions de prévention, aussi bien sur le plan qualitatif que quantitatif. Pour cela, il conviendrait de disposer, davantage qu'aujourd'hui, des instruments qui en permettent la mesure.

8. Immédiatement concernée, donc, par les enjeux de prévention, l'assurance maladie dispose aussi des instruments qui lui permettent d'y investir.

Traditionnellement, elle est intervenue par des incitations financières aux professionnels de santé, par le suivi de ses affiliés et par des prises en charge améliorées. Ces instruments demeurent au cœur de son action. Mais ils doivent faire, aujourd'hui, l'objet d'une mobilisation plus large : c'est à dire impliquer davantage les organismes d'assurance maladie complémentaire. La récente loi du 13 août 2004 *relative à l'assurance maladie* en offre le moyen.

9. Plus généralement, on doit prendre conscience qu'il ne peut y avoir de prévention efficace s'il n'y a pas continuité du dialogue thérapeutique, suivi du patient, coordination des intervenants, formation spécifique des professionnels et évaluation des résultats. La dimension d'incitation financière et la dimension d'organisation du système de soins doivent être étroitement conjuguées.

Il se dégage par conséquent, sur le cas particulier des soins de prévention, la même problématique que celle mise en évidence par le Haut conseil, pour les soins en général, dans son rapport du 23 janvier 2004. L'objectif de qualité du soin préventif et l'objectif d'efficience de la dépense peuvent et doivent se conjuguer. Et ils ne peuvent être atteints qu'à la condition d'accepter les exigences et la discipline d'un surcroît d'organisation.

10. Il paraît ainsi essentiel d'insérer l'intervention des professionnels libéraux – et par exemple la « consultation périodique de prévention » créée par la loi du 9 août 2004 *relative à la politique de santé publique* – dans une forme de « mandat » d'ensemble qui offrirait au praticien, outre sa rémunération spécifique, les éléments de formation, les protocoles et recommandations techniques, et l'insertion dans un réseau pluridisciplinaire. Le tout étant évidemment assorti d'évaluations et de garanties sur la qualité de la pratique.

Bien que ces idées de principe soient largement admises et partagées, il n'existe pas, pour l'instant, de schéma concret d'une telle démarche. Le Haut Conseil estime que ce chantier est d'une absolue priorité.

11. Il convient aussi que l'assurance maladie favorise systématiquement les campagnes programmées, c'est à dire organisées de façon méthodique, en faveur de personnes qui sont en situation de risque, et pour lesquelles il est établi qu'une opération de dépistage ou de soins préventifs présente, collectivement, plus d'avantages que d'inconvénients.

Ainsi, chaque fois qu'il existe un consensus sur les méthodes et la cible d'un tel programme, l'assurance maladie doit vigoureusement inciter à une forte participation des personnes concernées. Corrélativement, elle doit clairement indiquer, en modulant le cas échéant les conditions de sa prise en charge, que le recours parallèle à des actes de « dépistage spontané », en dehors du protocole organisé, n'offre pas les mêmes bénéfices individuels et collectifs.

12. Enfin, on ne doit pas oublier que les soins préventifs ont ceci de propre qu'ils s'adressent, bien souvent, à des patients qui ne se présentent pas spontanément. La sensibilisation des personnes concernées - parfois toute la population, et parfois seulement un groupe bien précis - est une condition absolue du succès.

Le Haut conseil estime que cet objectif de forte participation doit être atteint par des moyens empreints de pragmatisme. Ainsi dans certains cas il peut être efficace, et donc légitime, de mettre en place des incitations financières individuelles, qui en appellent à la responsabilité de chacun face à sa santé. Mais dans d'autres situations, à l'égard d'autres publics ou pour d'autres problèmes de santé, la prise de conscience ne pourra pas forcément faire appel aux mêmes ressorts, et devra passer par des formes de sensibilisation qui ne s'appuient pas sur des avantages ou des pénalités.

13. Au titre des formes de mobilisation collective, le Haut conseil remarque que, par la loi du 9 août 2004 déjà citée, la Nation s'est fixé pour la première fois une liste de « cent objectifs » de santé publique à atteindre à l'horizon de cinq ans, dont plusieurs sont quantifiés et mesurables.

Il faut que ces objectifs soient relayés et connus du grand public.

Au surplus, la plupart des « cent objectifs » peuvent trouver les moyens de leur réalisation dans les instruments financiers de l'assurance maladie et par la mobilisation de ses compétences techniques. Le Haut conseil souhaite donc que ce travail de rapprochement, qui n'a pour l'instant pas été effectué, puisse s'engager de manière systématique. Cela concourrait à la crédibilité des

objectifs arrêtés par le législateur, et conférerait du même coup aux politiques tarifaires de l'assurance maladie des finalités de santé publique explicites, hiérarchisées et cohérentes.

14. Le Haut conseil n'a pas abordé, à ce stade de son étude, les aspects strictement institutionnels de la prise en charge de la prévention. Mais il admet que ceux-ci sont indissociables de la question traitée.

D'abord, bien sûr, en ce qui concerne le pilotage d'ensemble des actions de prévention : l'imprécision, soulignée plus haut, de la frontière entre soins curatifs et soins de prévention, se reflète dans les difficultés à répartir les rôles et les financements de l'Etat et de l'Assurance maladie, et à définir des formes claires de coordination dans l'action. Ce partage des responsabilités devrait, à tout le moins, constituer un sujet central des conventions d'objectifs et de gestion.

Des efforts sont également à faire pour que naissent des formes de prise de responsabilité locales, pluri-partenariales et contractualisées.

Enfin, se pose de manière aiguë la question du rôle dévolu à d'autres organismes ou institutions explicitement en charge de questions de prévention : centres d'examen de santé de l'assurance maladie, services de protection maternelle et infantile, services de santé scolaire et médecine du travail.

Le Haut conseil entend consacrer de prochains travaux aux missions propres de ces différentes institutions et structures, à leur place dans l'ensemble des dispositifs de prévention, ainsi qu'à la manière d'en mieux articuler l'intervention avec le reste du système de soins.

AVIS rendu le 24 février 2005 sur la protection sociale complémentaire

Comme la sécurité sociale ne prend pas en charge totalement les dépenses de soins et d'arrêt de travail, les entreprises et les institutions de protection complémentaire viennent en relais des régimes de base.

Les pouvoirs publics ont constamment soutenu l'aspiration des ménages à un haut degré de protection en assortissant les contrats de couverture complémentaire d'aides diverses et en soulageant le taux d'effort des ménages les plus pauvres. Ils ont par ailleurs mis en place des règles de gestion, de prudence et de tutelle évitant les pratiques de sélection abusives ou les modifications unilatérales des contrats. Ils ont encouragé les systèmes mettant en œuvre la mutualisation des risques et le caractère viager des contrats.

La protection complémentaire maladie est ainsi devenue un élément important et solide de notre système social qui distribue plus de 25 milliards d'euros (dont plus de 21 pour les prestations en nature).

Pour les prestations en nature, la protection complémentaire prend en charge 12,2% des dépenses de soins. Mais son poids diffère très sensiblement selon les segments de soins ; il est plus fort sur les soins de ville que dans le champ hospitalier et il est majoritaire dans les soins dentaires et optiques. Or les institutions qui gèrent la protection complémentaire ne sont guère associées à la régulation globale des dépenses. L'efficacité de cette régulation peut s'en trouver affaiblie : l'intervention indifférenciée des complémentaires ne permet pas de promouvoir une utilisation toujours judicieuse du système de soins par les professionnels et les assurés ; leur capacité propre de gestion du risque n'a pas toute l'efficacité souhaitable faute d'être menée en concertation avec les régimes de base. Dès lors que les intérêts convergent la concertation est indispensable.

L'accès à la couverture complémentaire reste par ailleurs inégalement distribué selon les catégories sociales, le niveau de revenu, la position par rapport au marché du travail.

C'est au regard de ces deux objectifs – efficacité et équité – qu'il convient d'analyser l'action des pouvoirs publics, en particulier au travers du levier que constituent les aides publiques à l'acquisition de la protection complémentaire.

A) les prestations en nature

I. LA REPARTITION DU FINANCEMENT DE LA DEPENSE DE SOINS ENTRE L'ASSURANCE MALADIE ET LES COMPLEMENTAIRES

- Le taux de couverture (population disposant d'un contrat/population totale) a nettement progressé. On passe ainsi de 31% en 1960 à 85% à la fin des années 90 et 92% actuellement. L'institution de la CMUC et ses prolongements ont joué, dans la période récente, un rôle majeur dans cette extension pour les ménages les plus modestes.
- La part de l'assurance maladie dans le financement des soins a évolué comme suit :

	(Col.1) Total soins et biens médicaux	(Col.2) Soins de ville (honoraires médicaux, dentaires, auxiliaires, biologie, médicaments)	(Col.3) Soins de ville ATM (avec ticket modérateur)
Année 1980	78,2%	81,5%	70,9%
Année 1993	76,0%	77,7%	66,3%
Année 2003	75,8%	77,6%	63,2%

Prise en charge par l'assurance maladie obligatoire des soins de santé

Col.1 : remboursements AMO (tous régimes) rapporté aux dépenses totales de soins et biens médicaux (source : Comptes de la Santé 2004)

Col.2 et Col.3 : remboursements AMO (régime général) rapportés aux dépenses présentées au remboursement (source : CNAMTS). Les dépenses présentées au remboursement prennent en compte les tickets modérateurs mais pas les dépassements tarifaires.

Depuis 1980 la part de la sécurité sociale a globalement diminué de 3% pour le total des soins et biens médicaux (75,8% par rapport à 78,2%) et est restée stable au cours des dix dernières années.

Pour les soins de ville, la part de la sécurité sociale a diminué de 4,8% sur la dépense reconnue (donc hors dépassements). Pour ceux de ces soins dispensés avec ticket modérateur, ceux de la grande masse des Français dont l'état de santé ne les expose pas à de fortes dépenses, la part de la sécurité sociale a diminué de 11% depuis 1980 (dont 4,7% sur les dix dernières années). Comme par ailleurs les dépassements ont crû sur la période, le reste à charge de ces ménages – qu'il soit assumé directement par eux ou supporté par les institutions gérant la protection complémentaire – s'est alourdi. C'est cette divergence dans les évolutions qui explique largement le vécu de nombreux assurés sociaux. La grande majorité des ménages perçoivent surtout la hausse du reste à charge des soins de ville avec ticket modérateur, notamment pour les médicaments. Mais ils ignorent – parce qu'ils ne sont normalement pas concernés – le poids des actes que la sécurité sociale prend en charge de façon quasi intégrale (les dépenses hospitalières ; les soins dispensés aux assurés en ALD) et dont l'importance explique la relative constance de la part des régimes de base dans les dépenses de soins.

Pour la protection complémentaire, sa participation s'est accrue. D'une part la prise en charge par les régimes de base a légèrement décrû. D'autre part la ligne de partage entre les ménages et les complémentaires s'est déplacée : la part des premiers a diminué de 9% sur les dix dernières

années passant de 52,8 à 46,8% du reste à charge ; la part des secondes a augmenté de 12,8% en passant de 47,2 à 53,2%.

La résultante de la généralisation de la couverture et de l'extension de la prise en charge (la quasi totalité du ticket modérateur et du forfait journalier ; une partie des dépassements) expliquent ainsi la progression des dépenses des organismes complémentaires : 5,5% par an en euros courants entre 1993 et 2003 conduisant à une cotisation moyenne par ménage de l'ordre de 840 euros par an. Cette progression rend d'autant plus souhaitable l'association des complémentaires à la gestion du risque notamment sur les soins de ville où une action sur les comportements des assurés et des prescripteurs est jugée positive en termes de qualité et de coût.

Le Conseil situe sa réflexion dans le cadre actuel d'un périmètre de biens et services pris en charge qui resterait de haute qualité et suivrait le progrès des sciences et techniques, sans remise en cause majeure du taux de prise en charge des soins de ville et du régime des ALD. Il considère, comme il l'avait dit nettement dans son rapport de janvier 2004, que ce cadre général est sain et qu'il convient d'en maintenir globalement l'armature.

C'est pourquoi il estime qu'une modification substantielle du partage entre les régimes de base et les couvertures complémentaires n'est ni souhaitable ni inéluctable (dès lors que les financements nécessaires seraient dégagés en faveur du régime obligatoire), même si l'existence d'un tel risque de déport ne saurait être sous-estimée. Sur les prochaines années, la dépense des complémentaires devrait s'inscrire dans le prolongement de la tendance des années récentes ; elle risque donc d'augmenter à un rythme supérieur à la croissance du revenu disponible des ménages.

Dans la phase actuelle, bien qu'il subsiste des incertitudes sur l'impact financier des mesures, les décisions prises par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels ne devraient se traduire que par des hausses modérées des charges des complémentaires. Il y a sur les deux ou trois prochaines années une « marche d'escalier » de l'ordre de 4 points qui viendra alourdir les dépenses des complémentaires, en plus de la tendance de la dépense de soins dont on peut espérer, au demeurant, qu'elle connaîtra une inflexion significative⁹⁹.

II. L'ACCES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE

1) La détention d'une couverture complémentaire est un facteur significatif de l'accès aux soins des ménages les plus modestes et de réduction des aléas budgétaires pour tous.

En témoigne, pour les ménages à faible revenu, la nette corrélation entre le renoncement aux soins et l'absence d'assurance complémentaire, ou le fait que les bénéficiaires de la CMUC voient leur recours aux soins s'accroître.

⁹⁹ Pour une analyse plus détaillée, se reporter à la note sur les complémentaires jointe à l'avis.

Pour les ménages plus élevés dans l'échelle des revenus, la couverture complémentaire complète la mutualisation du risque et met les ménages à l'abri d'un à coup budgétaire trop brutal lorsque leur recours aux soins est important sans être pris en charge par le système d'exonération des régimes de base.

2) Les conditions d'acquisition et la logique des couvertures complémentaires conduisent à des différences sensibles dans le taux d'effort que les ménages doivent assumer pour acquérir une couverture maladie complémentaire.

a) Adossés à un système fiscal et social qui permet aux employeurs de financer une part souvent majoritaire du coût des cotisations et primes, largement promus par les partenaires sociaux, les contrats collectifs assurent un degré élevé de mutualisation au sein de l'entreprise privée.

Lorsqu'ils sont obligatoires, les phénomènes d'anti-sélection¹⁰⁰ sont mineurs (sauf sur les options supplémentaires) et comme le pouvoir de négocier des entreprises (ou de leurs comités d'entreprises) est important, le niveau des cotisations et primes est, toutes choses égales par ailleurs, plus bas que sur le marché des couvertures individuelles. De ce fait, des salariés et leurs familles peuvent accéder à des garanties élevées à un coût relativement modéré.

b) les ménages qui acquièrent leur couverture maladie complémentaire à titre individuel ne sont aidés ni par des aides publiques (à l'exception de l'exonération de la taxe sur les conventions d'assurance) ni par leur éventuel employeur.

Ils supportent, toutes choses égales par ailleurs, des cotisations ou primes plus élevées.

Par ailleurs, sur un marché concurrentiel, la logique de tarification au risque est difficilement contournable. Or elle se distingue radicalement de celle des régimes de base sur des éléments majeurs. Elle met en place des cotisations forfaitaires ne variant pas avec le revenu (alors que la cotisation des régimes de base – et parfois celle des contrats collectifs de couverture complémentaire - est proportionnelle aux revenus). Elle prend en compte l'âge (à la différence des régimes de base). Elle varie avec le nombre de personnes protégées (alors que la cotisation des régimes de base en est indépendante). Il en résulte que les ménages non couverts par des accords collectifs de prévoyance (inactifs, fonctionnaires, salariés non couverts, notamment des petites entreprises, et professions indépendantes) supportent des taux d'effort nettement plus élevés.

Cependant certaines mutuelles de fonctionnaires – faiblement aidées par l'employeur public - mettent en œuvre, non sans difficulté, des niveaux de mutualisation interne importants (en retenant par exemple une tarification en fonction du salaire ou en diminuant la cotisation de leurs assurés retraités).

¹⁰⁰ On désigne par anti-sélection le phénomène selon lequel, pour un niveau de prime donné, ce sont les individus courant les plus gros risques qui ont tendance à s'assurer le plus. L'assureur se retrouve alors avec une structure de risques défavorable. Dans les contrats obligatoires, ce phénomène n'existe pas par construction puisque tout le monde est assuré.

3) Les disparités actuelles en termes de couverture complémentaire.

a) Les « dépenses fiscales » et leur équivalent en exonérations pour les régimes de protection sociale constituent une aide publique importante à la couverture d'entreprise.

Cette aide favorise la mutualisation des risques au sein des contrats collectifs de travail, en rendant les contrats de groupe attrayants pour les hauts salaires. Cette solidarité entre les salariés permet aux salariés modestes de bénéficier de garanties comparables à celles des hauts salaires.

En revanche, elle renforce, dans les conditions actuelles de la concurrence, la disparité d'accès à la couverture complémentaire entre les salariés actifs et les inactifs, le statut au regard de l'emploi devenant un déterminant majeur de la couverture maladie. Rien n'interdit néanmoins aux institutions de mettre en place des dispositifs de gestion du risque plus solidaires entre actifs et retraités. Les salariés actifs étant globalement en meilleure santé que les inactifs (compte tenu en particulier de leur âge), la mutualisation qui s'opère au sein des contrats collectifs est donc limitée à une population présentant un niveau de risque globalement plus faible que la moyenne.

Des disparités existent également au sein des salariés actifs : la quasi-totalité des entreprises de plus de 500 salariés proposent une couverture complémentaire contre 29% pour les entreprises de moins de 10 salariés et 50% pour celles de 10 à 19 salariés.

b) Les dispositifs récents améliorent l'accès à la couverture complémentaire pour les ménages les plus modestes.

Pour ces ménages en effet, les taux d'effort pour acquérir une couverture complémentaire sont élevés lorsqu'ils n'ont pas accès aux contrats collectifs d'entreprise.

La CMUC, qui a permis à millions de personnes de disposer d'une couverture complémentaire offrant un niveau de garantie correct représente à cet égard un progrès caractérisé.

La loi du 13 août 2004 élargit ce dispositif¹⁰¹, même si le taux d'effort des ménages bénéficiaires reste important, y compris pour un contrat d'entrée de gamme se limitant pour l'essentiel au ticket modérateur et au forfait journalier, souvent plafonné¹⁰² (il est vraisemblablement trop élevé pour que les ménages en cause accèdent à un contrat offrant de meilleures garanties, par exemple celles dont bénéficient les allocataires de la CMUC). Pour les ménages ayant déjà une complémentaire le taux d'effort est allégé.

¹⁰¹ On se reportera à la note accompagnant cet avis pour une présentation plus détaillée des dispositifs complémentaires de la CMUC mis en place par les régimes obligatoires dès l'année 2000.

¹⁰² Le Haut Conseil étudiera dans un prochain avis la situation des assurés qui, malgré le régime des exonérations, suppose un RAC élevé avant intervention des complémentaires. Ce pourrait être le cas d'assurés supportant un nombre de forfaits élevés.

4) aides publiques et taux d'effort.

a) L'effort public en direction des ménages les plus modestes a permis un progrès substantiel.

Le Haut Conseil a pris acte de l'important effort public consenti en termes d'accès aux soins et de lutte contre la pauvreté. Cet effort permet aux plus démunis de bénéficier d'une couverture gratuite (CMUC) et, pour une partie des personnes dont le revenu excède un peu le seuil, d'accéder à une couverture complémentaire à un taux d'effort de 3 à 5% du revenu (pour un contrat d'entrée de gamme).

Le desserrement des conditions de plafond et/ou l'augmentation de l'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire lisseraient davantage l'effet de seuil et permettraient peut-être d'accroître le taux de détention d'une couverture complémentaire. L'investissement de fonds publics en cause servirait surtout à diminuer le taux d'effort de ménages déjà détenteurs de contrat.

b) Dans les conditions actuelles, les taux d'effort des ménages non couverts par des accords collectifs de prévoyance sont dans l'ensemble acceptables.

Le Haut Conseil s'est plus particulièrement penché sur la situation des personnes âgées, qui présente deux particularités.

1) les retraités ont une consommation médicale très supérieure à la moyenne si bien que, malgré l'importance des exonérations dont ils bénéficient, notamment grâce au régime des ALD (60% des personnes en ALD ont plus de 60 ans), leur reste à charge, avant couverture complémentaire, est plus élevé que la moyenne (ainsi pour les soins de ville, le reste à charge – hors dépassements – est de 322€¹⁰³ au dessus de 60 ans contre 145€ au dessous).

2) en majorité, les retraités ont des contrats acquis à titre individuel. Dans ces contrats la cotisation varie avec l'âge (on estime ainsi qu'elle augmente de 3% par an) ; les concours publics sont faibles (ils se limitent à la seule exonération de la taxe sur les conventions d'assurance qui diminue le coût des contrats de 7%).

Il résulte de ces deux particularités que la cotisation de complémentaire des retraités est déjà significative et que le taux d'effort de certains d'entre eux pour en assumer la charge est important.

Le Haut Conseil n'en conclut pas qu'il faille pour autant mettre en place un dispositif général qui modère coût des cotisations et taux d'effort des retraités.

Le taux de couverture de la population âgée par un contrat de complémentaire est élevé, signe qu'elle a pu, dans l'ensemble, assumer la charge des cotisations.

Les personnes âgées bénéficient par ailleurs de trois catégories de soutien.

¹⁰³ En 2002.

- les dispositifs en faveur des ménages modestes viennent efficacement aider les retraités les plus modestes. Une partie bénéficie de la CMUC (2% des personnes de plus de 60 ans sont à la CMUC dont ils représentent 5,4% des allocataires). Le dispositif complémentaire institué par la loi du 13 août 2004 « couvre » désormais les allocataires du minimum vieillesse et intègre une majoration substantielle de l'aide pour les personnes au dessus de 60 ans qui abaisse substantiellement le taux d'effort des retraités, même s'il se situe légèrement au dessus de celui des ménages plus jeunes de même revenu par unité de consommation.
- la loi Evin a institué un mécanisme de plafonnement de la cotisation au profit des salariés prenant leur retraite dans une entreprise qui met en œuvre un contrat collectif de prévoyance sur les soins. 70% des salariés (hors administrations et exploitations agricoles) sont potentiellement concernés par ce dispositif. Mais on en connaît mal l'application concrète et la portée éventuelle des nouvelles normes comptables. Le Conseil recommande qu'on engage sans délai une étude sur ces points.
- comme indiqué ci-dessus, des mutuelles – notamment des mutuelles de fonctionnaires - et des IP à base professionnelle adoptent parfois, et maintiennent, non sans difficultés, des règles de mutualisation interne qui diminuent la cotisation des retraités (la section des retraités est alors subventionnée par celle des actifs).

Dans un contexte de tension des finances publiques où, au demeurant une partie des besoins des personnes âgées sur d'autres fonctions sont mal couverts, il ne semble pas prioritaire de mettre en place un dispositif général d'aide aux contrats de couverture complémentaire des retraités (a fortiori s'il n'était conçu que dans une optique d'aide au financement). Il aurait d'ailleurs pour première conséquence de pousser les mutuelles et IP à abandonner leurs pratiques de mutualisation en faveur de leurs retraités et soumettrait le dispositif de la loi Evin à de fortes tensions.

c) ce n'est que si l'évolution du système de protection sociale mettait en œuvre un déport caractérisé des prises en charge sur les couvertures complémentaires qu'on devrait se poser de façon directe le problème de l'élargissement des systèmes d'aide à leur acquisition.

Mais, on l'a vu, les dispositions de mise en œuvre de la loi du 13 août n'impliquent pas un tel déport.

Dans ces conditions, l'élargissement de l'aide à l'achat d'une couverture individuelle doit être pesé, en termes d'impact sur l'équité, par rapport à des emplois alternatifs de cette dépense. Ceci n'est pas neutre, dès lors qu'un ensemble croissant de travaux tend à suggérer que les leviers les plus efficaces pour réduire les inégalités de santé – qui sont l'objectif ultime que visent l'accès aux soins et, partant, la solvabilisation de la couverture complémentaire - résident en amont du système de soins, dans la réduction des inégalités de richesse, d'éducation et de conditions générales de vie.

Cet élargissement ne manquerait pas de soulever aussi la question des redéploiements possibles, au sein des dépenses publiques visant à favoriser la mutualisation de la couverture complémentaire, entre l'aide aux contrats collectifs et l'aide aux contrats individuels.

Enfin si l'on était conduit par un déport de la dépense sur les couvertures complémentaires à une réflexion sur l'acceptabilité d'une augmentation du reste à charge, il conviendrait de mettre en balance des dispositifs généraux d'aide à l'acquisition qui solvabilisent les ménages et des techniques, plus modulables, de plafonnement des tickets modérateur.

C'est pourquoi il n'a pas semblé utile, à ce stade, que le Haut Conseil prenne position sur les projets – souvent ambitieux et impliquant des investissements publics importants - qui ont pour objet un élargissement radical des aides publiques destinées à faciliter l'accès aux couvertures complémentaires.

5) Les règles de solidarité et de mutualisation existantes doivent être réaffirmées

a) Le caractère solidaire de la protection sociale d'entreprise est la contrepartie des aides publiques

Le Conseil rappelle qu'à son sens la légitimité du statut social et fiscal des contrats d'entreprise est liée à leur soumission à des disciplines qui en confirment le caractère solidaire, qu'il s'agisse pour les actifs du caractère obligatoire du contrat¹⁰⁴ ou pour les retraités et chômeurs de l'application de la loi Evin. Il conviendrait de faire un bilan méthodique des effets de ces dernières dispositions pour apprécier s'il faut les aménager ou les prolonger.

De même, conviendrait-il de faire un bilan des négociations engagées au titre de la loi de 1999 sur la prévoyance santé et d'inviter les partenaires sociaux à les relancer si nécessaire.

b) La mise en œuvre effective des principes d'égalité et de solidarité sur lesquels notre protection sociale est fondée repose également sur les règles qui interdisent la sélection des risques (ou qui renchérissent le coût des contrats qui ne respectent pas ce principe), le caractère viager des contrats et la surveillance des conditions d'exercice des assureurs complémentaires.

III. L'EFFICACITE DES AIDES PUBLIQUES

Les aides publiques aux contrats de couverture complémentaire doivent servir, plus que maintenant, de levier pour garantir l'équité du système, mais aussi pour mieux articuler base et complémentaire dans un souci d'efficacité.

Or, de ce point de vue, on peut penser que certaines couvertures complémentaires contribuent à financer l'offre de soins sans contribuer à son optimisation, en particulier en encourageant les producteurs de soins à tirer leurs tarifs vers le haut et en favorisant les dépassements

¹⁰⁴ Le lien entre les aides publiques et le caractère obligatoire du contrat de prévoyance a opportunément été étendu à l'exonération des cotisations sociales.

d'honoraires. Cette constatation vise certains contrats collectifs aidés ou certaines couvertures individuelles de haut de gamme.

Le Haut Conseil considère que l'amélioration de l'offre de soins dépasse, et de loin, la seule question des incitations financières positives et négatives au respect du parcours de soins coordonnés. Il se limite, dans le présent avis, au rôle des institutions gérant les couvertures complémentaires dans la structuration de ce parcours.

La loi du 13 août lie désormais le bénéfice des aides publiques au caractère « responsable » du contrat de couverture complémentaire, et donc à la contribution des assureurs complémentaires à la régulation des dépenses de santé¹⁰⁵.

Ce caractère responsable est notamment attendu des dispositions qui d'une part visent à inciter les patients à s'inscrire dans le parcours de soins, d'autre part introduisent une participation financière d'effet équivalent à un ticket modérateur d'ordre public. Le Haut conseil considère que cette participation financière devrait, en tout état de cause, rester d'un montant modéré et être associée au plafonnement du reste à charge pour ne pas affecter la capacité des ménages les plus modestes d'accéder aux soins. Le système d'incitations ne doit ainsi pas servir de variable d'ajustement en cas de déficit de la branche.

En ce qui concerne plus précisément l'accès aux soins non coordonnés, deux fédérations (FNMF et FFSA) ont pris position sur la prise en charge des dépassements en résultant. Le conseil se félicite que ces fédérations s'inscrivent toutes deux dans une perspective de non prise en charge des dépassements hors parcours de soins coordonnés. Mais elles le font à des niveaux d'exigence très différents. La FNMF recommande que les dépassements hors parcours ne soient pas du tout pris en charge alors que la FFSA prône la non prise en charge d'une partie seulement de ces dépassements.

Le conseil considère que cette discipline de non prise en charge des dépassements hors parcours de soins coordonnés devrait concerner également les spécialistes du secteur 2, ce qui est conforme à l'intention du législateur de freiner la prise en charge hors parcours de soins. Le quantum non pris en charge devrait être significatif si l'on veut que la mesure de désincitation à des soins non coordonnés soit efficace.

Le Haut Conseil sera attentif aux évolutions des contrats collectifs en entreprise pour lesquels, selon le CTIP, les partenaires gérant la prévoyance chercheraient à limiter les dispositions inflationnistes que comportent certains contrats.

IV. LA GESTION DU RISQUE

a) les organismes gérant les couvertures complémentaires ne se sont investi que récemment dans la gestion du risque.

¹⁰⁵ Pour une analyse plus détaillée, se reporter à la note sur les complémentaires jointe à l'avis.

Dans un contexte de croissance des revenus et avec des cotisations qui restaient modestes dans le revenu des ménages, ils ont eu pour stratégie de placer des produits assurant des garanties étendues et un taux de prise en charge parfois élevé¹⁰⁶. Ils répondaient en ce sens à la demande des assurés sociaux. Dans les entreprises, le statut social et fiscal de la prévoyance et la contribution des employeurs adossée à ce statut ont permis une large diffusion de contrats offrant des garanties en constante amélioration avec, pour les salariés, des cotisations inférieures au prix des couvertures individuelles. Il n'y avait donc pas de pression caractérisée sur les opérateurs pour optimiser le rapport qualité/prix des prestations couvertes.

Au demeurant, les organismes gestionnaires se situent à la marge du système des soins de ville sur lequel elles n'ont guère de prise. La faiblesse des informations dont ils disposent ne les mettait pas à même de conduire des actions de gestion du risque.

Ce n'est que sur les segments où leur part de financement est majoritaire (les soins dentaires et l'optique) qu'ils ont mis en œuvre des actions de maîtrise.

Il est probable qu'ils élargiront leur action en matière de gestion du risque. La progression régulière des cotisations les amènera, comme les assurés, à être plus attentifs au rapport qualité prix, comme à la qualité des soins. Il est souhaitable qu'ils le fassent. Comme indiqué ci dessus, le modèle n'est pas exempt d'effets pervers (dans certains cas, consommation au delà de l'optimum ; prix des prestations tirés vers le haut). Il mobilise des concours publics croissants. Il peut à la limite contrarier les efforts de régulation des régimes de base (par exemple en compensant la baisse des taux de prise en charge par ces régimes de biens ou prestations dont le service rendu est modeste).

b) dans cet esprit, le Haut Conseil se félicite des initiatives qui s'affirment en matière de gestion du risque et d'association entre les régimes de base et les organismes de couverture complémentaire.

Les régimes de base ont pour vocation de mener des politiques de gestion du risque. Nous ne traitons dans cet avis que des initiatives prises par les organismes de couverture complémentaire et les pouvoirs publics.

Celles des organismes de couverture complémentaire tout d'abord. La mise en place d'une fonction de conseil aux assurés, la recherche de mécanismes de prévention, l'élaboration de conventions avec les professionnels de santé (pour autant qu'elles respectent leur liberté de prescription, le cas échéant encadrée par des référentiels de bonne pratique) sont des démarches positives. L'acquisition, dans un cadre juridique adapté selon les orientations tracées par le rapport Babusiaux, de données permettant une gestion plus fine des risques va dans le bon sens.

La réactivité des organismes gestionnaires, leur capacité d'expérimenter des schémas innovants, la possibilité de mettre en place, plus facilement que les caisses de sécurité sociale, des incitations positives ou négatives sont des atouts indéniables.

Celles des pouvoirs publics d'autre part.

¹⁰⁶ Encore faut-il rappeler que nombre de contrats n'offrent que des garanties inférieures à celles de la CMUC.

Le lien de conditionnalité institué notamment par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 entre les aides publiques aux contrats et le respect de disciplines de gestion (portant sur la définition des garanties) permet d'étayer les options retenues par le Gouvernement et le Parlement. Encore faut-il éviter un double risque. En premier lieu, un excès de réglementation qui limiterait abusivement la marge d'action des complémentaires et le jeu de la concurrence. En second lieu, le contournement des options définies par la loi avec le développement de contrats de « surcomplémentaire » (où seraient cantonnés, sans aide, des risques dont la loi a entendu freiner la prise en charge) à côté de contrats classiques dont l'orthodoxie permettrait de conserver les aides fiscales et sociales sur le principal. Il pourrait avoir lieu de s'interroger, au vu des bilans qui devraient être dressés sur ce point, sur les évolutions législatives et réglementaires qui pourraient s'avérer nécessaires pour donner toute sa portée à l'article 57.

La création de l'UNOCAM et la concertation souhaitée entre les régimes de base et les organismes complémentaires sur des champs étendus doivent être mises à profit de façon résolue.

L'échec d'une politique réaliste du risque et le développement sans contrôle d'un modèle laxiste de garanties non maîtrisées ne pourraient que conduire à remettre en cause le statut social et fiscal des aides, notamment aux contrats en entreprises.

B) prestations en espèces (dans le champ du régime général)

Les systèmes qui viennent en complément des IJ servies par les régimes de base sont importants (35% du total pour la maladie).

Ils appellent discussion à deux titres.

D'un côté, ils assurent à une large fraction des salariés le maintien à 100% de leur salaire dès le premier jour d'arrêt. Cette sécurité est un élément positif dans la restauration de l'état de santé des malades. Pour les arrêts de courte durée, pour lesquels il existe un régime de prise en charge totale et immédiate dont bénéficie un nombre élevé de salariés du secteur privé, certains estiment qu'il n'existe pas de mécanisme vertueux venant corriger la tentation – des assurés et des médecins – de prendre et prescrire des arrêts excessifs au regard de la situation objective de l'assuré d'une part, ne venant inciter les entreprises à une prévention efficace des arrêts d'autre part. Ceci étant, le poids des arrêts de courte durée dans les dépenses est très limité (les arrêts de travail de moins de trente jours ne représentent que 7% du montant des indemnités journalières maladie versées par le régime général) et des analyses de la CNAM indiquent que le phénomène, difficilement chiffrable, n'est pas très significatif.

D'un autre côté, une partie des assurés supporte un reste à charge élevé. Il s'agit d'abord des salariés qui ne bénéficient pas de l'un ou des deux étages de protection complémentaire (loi de mensualisation et apport de l'entreprise ou d'une institution de prévoyance). Il s'agit ensuite des assurés dont l'arrêt maladie est de longue durée puisque dans le système actuel (base et complémentaires), le taux de remplacement du salaire diminue avec la durée de l'arrêt. L'appauvrissement du ménage peut alors être prononcé, la diminution de revenu étant d'ailleurs

sans commune mesure avec les restes à charge en matière de prestations en nature qui appellent pourtant plus l'attention.

Devant cette situation complexe, le Conseil a constaté la relative pauvreté des éléments factuels (statistiques financières, étude des comportements) dont disposent les gestionnaires. Il lui semble prioritaire qu'on développe les études sur la dispersion des taux de remplacement au sein de la population salariée pour chaque type de durée de l'arrêt de travail et sur l'éventuelle corrélation entre le taux de remplacement et le couple fréquence/durée des arrêts.

L'effort de recherche devrait porter aussi sur la prévention des arrêts de travail, l'appui que les entreprises et des professionnels de santé apportent aux assurés en arrêt de longue durée pour faciliter leur retour en entreprise.

Ces études sont un préalable à tout réexamen au fond du système actuel, qu'il s'agisse du principe de l'indemnisation immédiate, du partage de l'indemnisation entre les différents acteurs (entreprise en « interne » ; institutions de « prévoyance externalisée » ; sécurité sociale) ou de la dégressivité de l'aide avec la durée de l'arrêt.

Cet investissement en recherches ne dispense pas à l'évidence de renforcer avec vigueur la gestion du risque « arrêts maladie ».

AVIS rendu le 28 avril 2005
sur une prise en charge efficiente des maladie dites
« affections de longue durée »

1. Les maladies appelées « Affections de longue durée » ouvrent à ceux qui en sont atteints l'exonération du « ticket modérateur » : autrement dit, une prise en charge intégrale de leurs frais de traitement, dans la limite des montants remboursables.

La participation de l'assuré est ainsi supprimée pour les actes et produits qui visent à soigner l'une des trente « *affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* », mentionnées sur une liste établie par décret. C'est ce décret – l'article D.322-1 du code de la sécurité sociale – qui fixe la liste des « *Affections de longue durée* » (ALD).

2. Par ce mécanisme, qui remonte aux origines de l'assurance maladie, la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les maladies les plus graves dont les soins sont les plus onéreux.

Les trente maladies¹⁰⁷ (en réalité : trente regroupements de grands ensembles de pathologies) sont en effet des maladies graves, dans lesquelles le pronostic vital est très souvent en jeu : un quart des personnes reconnues en Affections de longue durée décèdent d'ailleurs dans les cinq ans qui suivent leur admission.

Ce sont aussi, incontestablement, des maladies coûteuses, puisque la dépense moyenne annuelle des personnes atteintes d'une *Affection de longue durée* est sept fois supérieure (7450 €) à celle des personnes qui sont en dehors de ce régime (1050 €).

L'assurance maladie exprime ainsi deux valeurs fondamentales de notre solidarité collective : l'attention particulière aux plus grands malades, et la couverture universelle des risques les plus lourds.

3. Ce mécanisme est né à une époque où la population n'était encore que très imparfaitement protégée par ces couvertures complémentaires. Telle n'est plus la réalité d'aujourd'hui où plus de 90% des ménages détiennent une telle couverture. Le régime des ALD constitue désormais un partage atypique de couverture du risque entre les régimes de base et les

¹⁰⁷ En sus des 30 ALD « listées », les régimes de base financent sur leurs fonds d'action sociale le ticket modérateur pour les 31 et 32èmes maladies. Ces deux prises en charge représentent 7% des admissions.

assurances complémentaires. Compte tenu de la diffusion de ces dernières, on pourrait considérer qu'il n'est pas illogique de soumettre les assurés en ALD au droit commun, ce qui reporterait une partie des dépenses ALD sur les complémentaires et donnerait à l'assurance maladie des marges de manœuvre pour accompagner le progrès technique et les besoins croissants dans certains domaines (maladies liées au vieillissement par exemple).

Il convient cependant de prendre la mesure des conséquences d'une éventuelle suppression du régime ALD.

Le transfert de charges des régimes de base vers les complémentaires avoisinerait 8 milliards d'euros soit environ 50% des prestations versées aujourd'hui par les complémentaires. Répartis sur l'ensemble de la population, ces 8 milliards représenteraient 340€ par ménage et par an ou encore 130€ par personne et par an, qui se traduiraient en une hausse équivalente des primes d'assurance. Ce renchérissement du coût des primes représenterait 0,7% du revenu individuel net¹⁰⁸, et 1,2% du SMIC.

Mais l'effort ne serait pas distribué uniformément sur l'ensemble des ménages. Notamment les personnes âgées, qui sont plus fréquemment en *Affection de longue durée* (elles représentent environ 60% des ALD), verraient se répercuter sur leurs primes de contrats individuels des hausses plus élevées. Sur une base d'environ 4,8Md€ d'exonération ALD au profit des personnes de plus de 60 ans en ALD, la charge serait de l'ordre de 600 euros par ménage de plus de 60 ans et par an (soit 50 euros par mois), ou encore 385 € par personne (soit 32 euros par mois). Une personne seule de plus de 60 ans ayant un contrat d'entrée de gamme (dont la prime moyenne peut être estimée à 420€) verrait ainsi sa prime augmenter de 92%.

Le poids du poste « couverture complémentaire » dans le budget des plus de 60 ans passerait ainsi en moyenne de 2,5% à près de 5%. Pour les personnes âgées à faible revenu, le taux d'effort serait beaucoup plus élevé (11% par exemple par rapport au montant du minimum vieillesse d'une personne seule). Ceci aurait sans doute un effet d'éviction de la couverture complémentaire pour les bas revenus, avec en corollaire des problèmes d'accès aux soins primaires.

Cet effet pourrait certes être compensé par des aides à la mutualisation en direction des personnes âgées à faible revenu, pour leur permettre d'accéder à la couverture complémentaire. Mais le taux d'effort supplémentaire ne serait pas négligeable même pour des revenus moyens, et il serait de plus en plus lourd au fur et à mesure de l'avancée en âge¹⁰⁹.

¹⁰⁸ Définition INSEE : le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (uc). Les unités de consommation sont calculées selon l'échelle d'équivalence dite de l'OCDE modifiée qui attribue 1 uc au premier adulte du ménage, 0,5 uc aux autres personnes de 14 ans ou plus et 0,3 uc aux enfants de moins de 14 ans. Le revenu disponible d'un ménage comprend les revenus d'activité, les revenus du patrimoine, les transferts en provenance d'autres ménages et les prestations sociales (y compris les pensions de retraite et les indemnités de chômage), nets des impôts directs (impôt sur le revenu, taxe d'habitation, contribution sociale généralisée (CSG) et contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS)).

¹⁰⁹ Si on considère les trois tranches d'âge [60-69 ans], [70-79 ans] et [80 ans et plus] et que l'on répartit sur chaque tranche les 4,8 milliards d'euros en fonction des dépenses ALD respectives de chaque groupe d'âge, la charge s'établirait à 234 € par an (soit 19,5€ par mois) pour une personne âgée de 60 à 69 ans, 397€ par an (soit 33€ par mois) pour une personne âgée de 70 à 79 ans et 714€ par an (soit 59,5€ par mois) pour une personne de 80 ans et plus. L'augmentation de la prime (pour une entrée de gamme) s'élèverait à 56% pour une personne du premier groupe, à 81% pour une personne du deuxième groupe et à 145% pour une personne âgée de 80 ans et plus. Le poids du poste « couverture complémentaire » dans le budget d'une personne de 60 à 69 ans de revenus moyens représenterait 3,6%, 5,4% pour une personne de 70 à 79 ans et 7,3% pour une personne de 80 ans et plus.

Outre le renchérissement des primes, les personnes gravement malades peuvent connaître des difficultés à s'assurer. En effet, faire assumer le ticket modérateur et le forfait journalier des assurés en ALD par les institutions gestionnaires des couvertures complémentaires risquerait de les amener à éviter, autant que possible, ces risques lourds, si elles n'étaient pas autorisées à leur appliquer une tarification spécifique. Les stratégies de sélection des risques, dont l'intérêt est faible aujourd'hui pour les assureurs complémentaires, puisqu'il y a une forme de réassurance des risques lourds par l'assurance obligatoire, risquent alors de devenir beaucoup moins marginales.

Ce risque de difficulté d'accès à l'assurance pour les personnes malades est un phénomène que l'on observe dans d'autres pays qui font jouer des mécanismes assurantiels : c'est la raison pour laquelle les risques les plus lourds sont en général retirés du marché pour être pris en charge par l'assurance obligatoire.

Même si elle peut paraître comme une piste possible, la suppression de l'exonération pour ALD, qui implique un transfert de charges massif sur les ménages, emporte donc à l'analyse des conséquences négative en termes d'équité et de solidarité : solidarité entre hauts et bas revenus (des primes forfaitaires venant se substituer le plus souvent à des cotisations proportionnelles), solidarité entre bien portants et malades (augmentation du risque d'écroulement par les assureurs complémentaires), avec des effets d'éviction possibles des plus modestes et des plus malades.

C'est pourquoi le Haut conseil ne retient pas cette hypothèse, estimant qu'un déplacement substantiel du partage des coûts entre régimes de base et régimes complémentaires en matière d'*Affections de longue durée* aurait en effet un impact négatif sur la conception solidaire de notre système d'assurance maladie.

4. Tout en réaffirmant donc son attachement aux principes et fondements du « régime » des *Affections de longue durée*, le Haut conseil entend néanmoins souligner, par le présent avis, l'urgence d'une meilleure gestion des dépenses d'assurance maladie qui sont engagées dans ce cadre.

Cette urgence s'explique par les mêmes raisons que celles qui justifient la pérennité du dispositif : son poids financier, et la gravité des pathologies qu'il couvre.

La part des dépenses de santé engagées par les 7,5 millions d'assurés sociaux qui souffrent d'une *Affection de longue durée* est tout à fait considérable, puisqu'elle atteint 58% des prises en charge des régimes d'assurance maladie. Et ce poids est encore plus lourd si l'on considère non plus la dépense totale, mais son accroissement annuel : les soins liés aux maladies exonérantes expliquent ainsi plus des trois quarts (77%) de la croissance des soins de ville en 2003. Cette vive progression est notamment liée à la forte croissance du nombre de personnes relevant d'une *Affection de longue durée* : le Haut conseil l'estime à au moins 400 000 par an, pour un effectif en 2004 d'un peu plus de 8 millions de personnes. Sur la base des flux actuels (1,1M d'admissions) et de l'allongement de la durée de bénéfice du régime, il n'est pas exclu que l'effectif des assurés en ALD en 2010 dépasse les 10 millions. Le coût de l'exonération en ALD pourrait représenter alors l'équivalent de 1,25 point de CSG.

Certes, cette très importante concentration des efforts de l'assurance maladie sur un huitième de ses assurés se justifie pleinement, par la gravité des pathologies, et par le fait qu'elles concentrent souvent le surcoût des progrès thérapeutiques. Par ailleurs, le vieillissement de la population,

l'amélioration des dépistages, ou encore l'accroissement de la durée des prises en charge liées à la chronicité, expliquent l'accroissement de la population couverte.

Mais on s'explique mal, dans ces conditions, l'absence de toute modélisation prévisionnelle sérieuse de ces dépenses pour les années à venir d'une part, les carences criantes des statistiques sur les effectifs, les procédures de gestion et le profil de dépenses de ces assurés. Et l'on se convainc, en tout état de cause, de ce que l'*Affection de longue durée* est aujourd'hui, par sa charge financière (le différentiel de prise en charge représente près de 1000 euros par personne et par an) et par son poids sanitaire et humain, un sujet absolument central pour l'assurance maladie.

5. Le régime des *Affections de longue durée* assure, par construction, une prise en charge financière quasi totale des dépenses de ses bénéficiaires. En moyenne le reste à charge (ticket modérateur + forfait hospitalier), hors dépassements, est en 2002 d'environ 400€ pour une dépense reconnue de 8000€ par consommant ALD, soit un taux de prise en charge de 95% par les régimes obligatoires. Il augmente de l'ordre de 10% du fait de réformes récentes (accroissement du forfait journalier, participation de un euro¹¹⁰) qui les concernent plus que la population générale¹¹¹. Et pour le quart des assurés en ALD dont le recours aux soins est le plus important – 2 millions de personnes – le reste à charge est d'environ 810€ pour une dépense reconnue de 24 200€, soit un taux de prise en charge moyen de 96,7%.

6. Mais on se tromperait si l'on tirait des considérations qui précèdent la conclusion que le régime de prise en charge par l'assurance maladie apporte des réponses parfaitement satisfaisantes à toutes les situations.

a) Malgré l'exonération du régime ALD, le RAC moyen des assurés en ALD est deux fois celui des assurés non ALD (400€ en ALD contre 200€ pour les assurés non ALD).

Par ailleurs, il existe une dispersion significative des RAC au sein des patients en ALD. Si, près d'un million d'assurés du régime ALD ont un RAC moyen annuel inférieur à 100€ et 4,7 millions de un RAC inférieur à 330€, plus de 2 millions de personnes en ALD ont un RAC de plus de 810€. On ne peut donc pas assimiler régime ALD et annulation du reste à charge¹¹². La dispersion de la dépense reconnue et du reste à charge devrait faire l'objet d'études afin d'en évaluer les facteurs : variation selon la maladie exonérante ; poids respectifs de la dépense hospitalière et des soins de ville ; profil dans le temps notamment pour les soins de ville. Seules des analyses de ce type permettraient d'évaluer la légitimité de l'exonération du ticket modérateur et le cas échéant, de concentrer le régime sur les épisodes les plus coûteux.

b) Parallèlement, il existe de nombreux assurés non ALD pour lesquels le reste à charge est très élevé. Ainsi, parmi eux près de 4,5 millions d'assurés ont un RAC supérieur à 500€ an et près de 900 000 ont un RAC moyen de 1 000€¹¹³. Ainsi, l'assimilation des malades bénéficiant d'un

¹¹⁰ La réforme du K50 n'a pas, par contre, d'incidence sur les assurés en ALD

¹¹¹ on estime qu'ils supportent 45% du forfait journalier et 35% de la participation de un euro (bien qu'ils soient pratiquement les seuls à bénéficier du plafonnement de cette participation)

¹¹² par ailleurs, les assurés du régime ALD acquittent 18% des dépassements, soit 1,45Md€ (180€ par assuré) dont on ne sait pas quelle proportion est prise en charge par leur couverture complémentaire.

¹¹³ Dans ce dernier cas, la dépense reconnue est très élevée (18 000€ en moyenne) et la prise en charge par les régimes obligatoire importante (prise en charge de 94,5%), ce qui signifie assurément qu'au sein de ce groupe, un

classement en « *Affection de longue durée* » aux malades connaissant de très fortes consommations de soins et de gros restes à charge, même si elle n'est pas fausse dans les grandes lignes, est loin d'être strictement vérifiée.

c) dès lors, la question peut se poser de savoir si le régime de prise en charge par les régimes de base ne devrait pas couvrir de façon plus cohérente, efficace et équitable les ménages. Il s'agirait de prendre en charge mieux qu'aujourd'hui certains assurés non ALD qui supportent un fort reste à charge. Et symétriquement, dans la logique qui est profondément la sienne, le régime des ALD devrait se concentrer aussi sur les seules dépenses les plus coûteuses – ou sur les cumuls les plus coûteux de petites dépenses – pour les personnes dont il assure la couverture.

Pour disposer des données statistiques permettant de fonder une telle approche, le Haut Conseil recommande qu'une étude détaillée soit menée sur le profil de dépenses et les facteurs de dispersion des dépenses – notamment de soins de ville – des assurés supportant un RAC important, qu'ils soient ou non en ALD.

Si l'étude suggérée ici montrait des profils de dépenses qui pourraient justifier des aménagements du système de prise en charge, il y aurait lieu d'analyser la pertinence de schémas de réforme, portant notamment sur :

- la résorption des gros TM en services hospitaliers de médecine. La CNAMTS a proposé dès 1993 de supprimer le TM à l'hôpital (hors consultations externes), la perte de recettes étant compensée par l'augmentation du forfait journalier. La réforme étalerait sur l'ensemble des assurés hospitalisés les « pics » de reste à charge supportés par une minorité d'assurés.
- le recours à un mécanisme financier qui unifie les prises en charge sur la base d'un plafonnement du RAC.
- une approche plus fine de l'exonération. On pourrait faire varier le taux d'exonération en fonction du niveau et du profil des dépenses et mettre ainsi en œuvre des exonérations partielles comme la possibilité en est ouverte par l'article L 322-2¹¹⁴. C'est une approche de ce type qui avait été retenue pour les titulaires du minimum vieillesse (plafonnement du RAC à 20% sauf pour la pharmacie).
- le recours plus marqué à des mécanismes de franchise ou de plafonnement du ticket modérateur. Le Haut conseil note, à cet égard, que l'application de la participation forfaitaire (dite « de 1€ par acte ») prévue par la loi du 13 août 2004 aux assurés en ALD ne contrevient pas aux principes qu'il a retenus dans son rapport de janvier 2004.

7. D'importantes économies sont à attendre d'une meilleure gestion du « régime » des *Affections de longue durée*.

En ce qui concerne l'entrée dans le dispositif, les critères d'accès au régime d'*Affection de longue durée* ne semblent pas appliqués de manière satisfaisante. En tout état de cause, on observe d'importantes variations géographiques de taux d'ALD qui ne sont pas en rapport avec les différences de prévalences des pathologies concernées.

certain nombre bénéficie d'autres motifs d'exonération du ticket modérateur à titre personnel et que la dépense hospitalière est élevée.

¹¹⁴ Le Haut Conseil avait indiqué, dans son rapport de janvier 2004, qu'il n'était pas favorable à la prise en compte directe du critère de revenu dans les conditions d'exonération en ALD.

Par ailleurs, de nombreuses enquêtes montrent que l'exonération s'applique, de façon irrégulière, à des soins sans rapport avec la maladie exonérante.

A partir de travaux menés par la CANAM et la CNAMTS, on peut estimer à environ 500 millions d'euros l'économie potentielle associée à la bonne utilisation de l'ordonnancier bi-zone. C'est ce chiffre qui est retenu dans le plan d'économies inclus dans la convention entre l'UNCAM et les syndicats médicaux signataires. Encore faut-il mettre en œuvre des méthodes pertinentes pour « mobiliser » ces économies latentes. Les procédures de contrôle seront difficiles à définir et appliquer. Aussi convient-il que les prescripteurs prennent à leur compte l'objectif d'économies retenu.

Une définition plus rigoureuse des durées d'octroi du régime ALD, des procédures de révision mieux assurées devraient freiner l'évolution des dépenses.

8. L'existence d'un système d'exonération pour les *Affections de longue durée* est aussi une opportunité à saisir pour promouvoir la qualité médicale de la prise en charge des malades concernés. Leur repérage par l'assurance maladie pour des raisons administratives permet en effet d'ancrer une gestion active du processus de soins » (ce que les anglo-saxons désignent sous le terme de « *disease management* »), qui est non seulement un très important enjeu d'efficience de la dépense, mais aussi en premier lieu un enjeu d'amélioration de la qualité des soins fournis aux plus gravement malades.

A cet égard, le protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES), institué en 1988, pouvait constituer un premier instrument d'une gestion des soins au service de la qualité. En obligeant à l'établissement d'un protocole écrit de traitement, en suscitant un dialogue entre les professionnels qui soignent la personne et le médecin conseil, il participait d'une démarche d'optimisation médicale du traitement. A ce jour néanmoins, le bilan de ce dispositif en termes d'impact sur la qualité des soins est décevant. Plusieurs enquêtes montrent que l'application des référentiels de soins, ou des règles de bonne pratique médicale, est loin d'être systématique, et qu'elle est même parfois minoritaire. Il n'existe par ailleurs aucune étude générale sur la qualité des PIRES, et il est très largement admis que ces documents n'ont, pour l'instant, que très rarement la substance d'un véritable « protocole ».

Le régime des *Affections de longue durée* ne constitue donc pas, globalement parlant, un outil d'amélioration du suivi thérapeutique des patients, alors même que le service médical des caisses d'assurance maladie s'y trouve techniquement et juridiquement fortement impliqué, puisque le médecin-conseil est amené à approuver le protocole de traitement. Cette situation est évidemment préoccupante, surtout lorsqu'on la rapporte, ainsi qu'il a été dit plus haut, à la gravité des pathologies et au montant des sommes investies.

Néanmoins la réforme en cours, telle que la dessinent la loi du 13 août 2004 et la convention médicale de janvier 2005, peut donner une nouvelle impulsion pour mettre en place une véritable politique de « *disease management* » concernant les pathologies incluses dans le champ des *Affections de longue durée*. Plusieurs dispositions de la loi articulent désormais très étroitement l'exonération de ticket modérateur et la protocolisation des soins. L'implication du patient comme signataire du protocole devrait le mobiliser comme acteur et gestionnaire de sa santé. L'élaboration et la diffusion de référentiels de bonne pratique devrait en priorité porter sur les ALD pour lesquelles on a constaté de graves défauts dans la qualité des soins. La définition d'un

parcours de soins plus cohérent et la mise en place du dossier médical personnel vont aussi dans le bon sens. Les lacunes constatées dans le suivi des pathologies chroniques, par exemple, tiennent en partie au fait que dans le système français, il n'y avait pas jusqu'à présent de coordinateur désigné ayant une responsabilité globale sur la trajectoire de soins du malade : le médecin traitant devrait désormais organiser ce processus et le suivre. Le paiement d'un forfait spécial annuel de 40 euros au titre de chacun de leurs patients en *Affection de longue durée* s'inscrit d'ailleurs dans cette perspective. Il est impératif que cette rémunération trouve sa contrepartie dans un examen sérieux du plan de soins et qu'il associe, là où c'est opportun, les médecins conseil.

Au total, le dispositif des ALD peut, et doit, constituer un levier pour améliorer la qualité des soins aux patients atteints de maladies graves, car l'on sait que dans ce domaine on peut gagner à la fois en qualité et en efficience¹¹⁵. La réforme de 2004 pose des jalons en ce sens, il faudra en évaluer la mise en œuvre et les résultats lorsque le recul sera suffisant. Cet objectif implique plusieurs acteurs – au premier rang desquels le malade lui même, et son médecin traitant – et doit mobiliser tous les outils d'amélioration de la qualité des soins : il dépasse donc largement l'action de la médecine conseil de l'assurance maladie, mais celle-ci peut y jouer un rôle important en s'appuyant sur l'opportunité offerte par la protocolisation.

¹¹⁵ Notre système de santé n'est pas le seul à faire ce constat, qui se vérifie dans d'autres contextes nationaux. Citons, entre autres, les travaux américains récents mettant en évidence que les adultes américains confrontés à l'une d'une trentaine de maladies graves, qui recoupent les ALD (asthme, pneumonie, diabète, hypertension artérielle, cancers, dépression, etc....) bénéficient en moyenne d'à peine plus de la moitié des soins recommandés dans le cadre de leur pathologie. [McGlynn et al. (2003) "The Quality of Health Care Delivered to Adults in the United States" *The New England Journal of Medicine*, vol. 348 (26), pp. 2635-2645]

Annexe 1 : la nouvelle gouvernance hospitalière

- Le Conseil d'Administration de l'établissement de santé est recentré sur un rôle de définition des orientations stratégiques, d'évaluation et de contrôle de leur mise en œuvre.
 - Un Conseil Exécutif est créé. Cette instance est composée à parité de médecins et de responsables administratifs et présidée par le directeur de l'hôpital. Elle associe étroitement les partenaires médicaux et administratifs dans l'élaboration de tous les projets importants de l'hôpital.
 - La Commission médicale d'établissement (représentant les personnels médicaux) et le comité technique d'établissement (représentant les personnels hospitaliers) sont plus étroitement associés aux orientations stratégiques et au fonctionnement de l'établissement.
 - La commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques voit ses compétences élargies et renforcées, notamment dans le domaine de la politique d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.
 - La mise en place de pôles d'activité, unités de taille suffisante pour être dotées d'autonomie et de responsabilité, contribuera à la déconcentration de la gestion. Dirigés par des praticiens, ces pôles disposant d'une masse critique sont dans cet esprit, engagés dans une démarche de contractualisation interne pour simplifier la gestion quotidienne et assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement.
 - Le conseil de pôle composé de représentants médicaux et administratifs permet l'association des personnels et favorise l'élaboration des orientations et des projets du pôle. Au sein des pôles, des structures internes, services, unités fonctionnelles ou autres structures, ont pour mission d'assurer l'organisation de la prise en charge médicale des malades et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- Elle permet enfin de refonder, dans les CHU, la collaboration hospitalo-universitaire en renforçant par la conclusion de nouvelles conventions les missions d'enseignement, de recherche et d'innovation. Ainsi, l'université sera partie prenante au contrat d'objectif et de moyens des centres hospitaliers universitaires et l'hôpital pourra être appelé à participer au processus d'élaboration du contrat quadriennal entre les universités et l'Etat.

Annexe 2 : le DMP, enjeux et enseignements des expériences étrangères

1) un double enjeu : qualité et sécurité de la prise en charge ; économique avec la baisse des prescriptions inutiles.

Les différents cloisonnements et césures qui existent entre les prises en charge successives dont un même patient peut faire l'objet entre praticiens de ville, entre services d'un même hôpital et entre soins hospitaliers et soins de ville, ne permettent pas une vision d'ensemble des pathologies dont souffre le patient et sont générateurs potentiels de « non-qualité ». De ce point de vue, le partage des données médicales doit favoriser la continuité des soins dans le temps, entre deux épisodes successifs, entre deux structures de soins (sorties d'hôpital, changement de médecin, ...) et la coordination entre acteurs (entre différents médecins et entre médecins et auxiliaires médicaux par exemple).

Pour ce qui est de l'impact financier, le dossier médical personnel doit permettre de diminuer les prescriptions médicamenteuses multiples qui comportent des risques d'interactions responsables d'hospitalisations nombreuses. Il y a, en France, quelque 350 hospitalisations par jour, en moyenne, à cause de ce type d'accidents dits « iatrogènes ». Rappelons également que d'après les études des centres régionaux de pharmacovigilance, les seuls événements iatrogènes médicamenteux représentent plus de 3% des motifs d'hospitalisation et que le seul coût de la iatrogénie médicamenteuse hospitalière a été estimé à 1,2% de la dotation globale hospitalière en 1996¹¹⁶. De même le DMP devrait permettre la baisse des prescriptions inutiles ou redondantes notamment en biologie et radiologie, lors des passages d'un patient entre l'ambulatorio et l'hospitalier. Il est très difficile d'établir de manière précise un bilan des économies potentielles attendues par l'introduction du dossier médical personnel.

2) les enseignements des expériences étrangères

Les expérimentations étrangères montrent que le partage d'informations permis par le dossier médical électronique constitue un facteur d'amélioration de la qualité des soins. En effet, il permettrait de réduire de façon significative la prévalence des erreurs de prescription de médicaments¹¹⁷ et renforcerait l'adhésion du patient à son traitement¹¹⁸. Le dossier partagé pourrait apporter un gain de temps, une meilleure qualité des informations pour le praticien,

¹¹⁶ Rapport du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, 23 janvier 2004 ; *Documentation Française* ; Annexe 36 pages 289 et suivantes.

¹¹⁷ Une étude conduite sur le personnel de l'armée américaine (Veteran Administration Medical Center) montre que la fréquence d'erreur constatée lors de l'administration des médicaments est passée de 1 sur 20 à moins de 1 sur 100.000 dans les hôpitaux militaires utilisant le dossier médical électronique. Source : Revolutionizing Health Care Through Information Technology, President's Information Technology Advisory Committee, 2004.

¹¹⁸ Lovell A. et al. (1987) "The St. Thomas's Hospital Maternity case notes study : a randomised controlled trial to assess the effects of giving expectant mothers their own maternity case notes", *Paediatr Perinat Epidemiol*, 1, pp. 57-66. Et également, Homer CS et al. (1999) "The introduction of a woman-held record into a hospital antenatal clinic : the bring your own records study", *Aust N Z J Obstet Gynaecol*, 39, pp. 54-57.

notamment lorsqu'il rencontre un nouveau patient ou après un épisode traité par ailleurs et améliorerait la communication patient/médecin¹¹⁹.

Il semble exister un relatif consensus sur le fait que le dossier est un facteur d'amélioration de la qualité. Les avis sont plus réservés sur le gain de temps résultant du dispositif proposé. Si les données consignées dans le dossier évitent au patient de ré-exposer les détails de son histoire médicale à chaque visite, la manipulation de l'outil par le professionnel de santé pourrait être à l'origine d'une perte de productivité du professionnel de santé dans les premiers mois¹²⁰.

Le dossier électronique permettrait en outre de réduire les risques d'interactions médicamenteuses¹²¹ notamment en cas de polyopathologies et de multiplicité d'intervenants.

Si l'amélioration de la qualité des soins constitue un enjeu majeur du dossier médical personnel, la dimension financière doit également être discutée, même si la littérature qui y est consacrée semble relativement rare par rapport aux études consacrées à la qualité des pratiques. Une explication de la rareté de cette littérature réside très certainement dans la difficulté d'établir des indicateurs de coûts mais surtout de bénéfices liés à la mise en œuvre d'un dossier informatisé. Une analyse coût /avantages du dossier médical électronique nécessiterait de comparer d'abord le coût de mise en œuvre du dossier au coût d'utilisation d'autres supports actuels (papier ou électroniques) qui remplissent les mêmes fonctions. S'il est généralement possible de lister les domaines où le dossier serait susceptible d'apporter des améliorations (le dossier médical électronique permettrait d'éviter les actes redondants¹²², le dossier médical personnel permettrait de réduire les accidents iatrogènes, meilleure qualité des informations médicales,...), il n'existe pas de bases d'estimation de l'incidence de ces améliorations. De plus, ces améliorations ne découlent pas mécaniquement de la disponibilité de l'information mais aussi de l'usage de cette information.

¹¹⁹ Ross et al. (2004) "Providing a Web-based Online with Electronic Communication Capabilities to Patients with Congestive Heart Failure : Randomized Trial", *Journal of Medical Internet Research*, 6(2) : e12.

¹²⁰ Cozzarolo et al. (2003) Rapport IGF n°2002-M-023-02. Rapport d'enquête sur la régulation et l'organisation de la médecine de ville : les enseignements des expériences étrangères.

¹²¹ Rapportant les résultats d'une étude américaine, le rapport Fieschi (2003) « Les données du patient partagées : la culture du partage et de la qualité des informations pour améliorer la qualité des soins » montre qu'aux Etats-Unis les erreurs médicales évitables représentent 12 à 15% des coûts hospitaliers, que 80% des infirmières font des erreurs de calcul de doses dans 10% des cas et que 180 000 décès dus à un traitement inadapté sont évitables par an.

¹²² Le repérage d'actes médicaux redondants soulève de nombreuses difficultés méthodologiques. Deux examens qui se suivent et qui portent sur le même sujet ne sont pas toujours injustifiés. Par ailleurs, la non-connaissance des actes pratiqués à l'hôpital ne permet pas de repérer directement la succession de deux actes, l'un en ville l'autre à l'hôpital.

Annexe 3 : le ciblage des zones en difficultés, deux approches

(document extrait du rapport de la Commission Démographie médicale remis au Ministre en mai 2005)

Deux approches récentes menées l'une sous l'égide de l'ONDPS, l'autre complémentirement par la CNAMTS et les URCAM, visent à identifier les zones en difficulté du point de vue de l'offre de soins de proximité.

L'analyse de l'ONDPS

L'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé a, en 2004, analysé la situation des cantons, en matière d'offre de soins correspondant à 5 professions de premier recours : les médecins généralistes, les infirmières libérales, les chirurgiens-dentistes, les masseurs-kinésithérapeutes et les pharmaciens d'officine .

L'intérêt de l'exercice a été d'utiliser des critères uniformes sur l'ensemble du territoire et ainsi de pouvoir comparer la situation de tous les cantons à la même aune. Pour les généralistes, trois critères ont été combinés :

- le nombre de professionnels du canton rapporté à la population, en distinguant les 25% de cantons ayant les plus faibles densités, les 25% ayant les plus fortes densités et les 50% de cantons intermédiaires ;
- le niveau moyen d'activité des professionnels exerçant dans le canton, en considérant que la charge de travail des professionnels est d'autant plus lourde qu'ils ont une activité élevée ;
- la consommation moyenne du canton en soins de généralistes, une faible densité pouvant être considérée moins critique si la consommation de soins est élevée.

Pour ces deux critères, le même principe de répartition des cantons en 3 groupes a été retenu. Le croisement des trois critères (cantons ayant une densité nulle ou faible, une activité moyenne élevée et un niveau de consommation faible) aboutit à identifier 86 cantons en difficulté sur les 3263 cantons. Outre les départements d'Outre-Mer (18 cantons), les régions les plus concernées sont le Centre, les Pays de la Loire et dans une moindre mesure la région Rhône-Alpes. Les régions méridionales et l'Est de la France ne comptent aucun canton dans ce cas.

Les cantons faiblement dotés sont plutôt des petits cantons (11 000 habitants en moyenne, 18 500 pour l'ensemble des cantons français). Ils totalisent 1,6% de la population française, soit environ un million d'habitants.

Un groupe de travail réunissant des URCAM, la CNAMTS, la MSA et la CANAM a testé une méthodologie un peu différente pour cibler les zones en difficulté et les zones fragiles au regard de l'offre de généralistes. L'étude est limitée à la France métropolitaine.

Le territoire national a été découpé en 7 442 "zones de recours", une zone étant définie comme le bassin d'attraction des généralistes exerçant dans une commune (c'est-à-dire que chaque commune sans généraliste est agrégée à la commune où la majorité de ses habitants vont pour se soigner), avec un seuil minimal de population de 1500. Ce découpage a été préféré au découpage cantonal, plus hétérogène en termes de population. Il présente cependant l'inconvénient de ne pas faire apparaître de zones de non-recours, par construction.

Comme dans l'étude précédente, le principe est de considérer une zone comme problématique dès lors qu'elle combine une densité faible, une forte activité des praticiens en exercice et un recours aux soins peu important. Le choix s'est porté sur une batterie d'indicateurs un peu différente :

Pour l'offre de soins (densité / activité), ont été considérés :

- la densité médicale dans la zone (corrigée des flux de population et de la structure par âge),
- l'activité moyenne des généralistes de la zone (consultations + visites), ainsi que la proportion de médecins effectuant plus de 7 500 actes dans l'année (une proportion élevée de généralistes ayant une forte activité pouvant être relativisée si l'activité moyenne reste raisonnable),
- la proportion de médecins de plus de 60 ans, considérée comme un critère spécifique de fragilité.

Pour le recours aux soins l'étude a retenu :

- les consultations et visites des personnes de 75 ans et plus (considérant qu'à cet âge une faible consommation traduit un problème d'accès aux soins, alors qu'elle peut refléter un bon état de santé chez les plus jeunes),
- des indicateurs mesurant les déplacements hors de la zone pour se faire soigner, de manière générale et pour les plus de 75 ans (des déplacements importants pouvant signaler un problème d'accès aux soins dans la zone).

Des scores ont été construits en fonction des valeurs prises par ces différents indicateurs et en fonction de ces scores, les zones ont été identifiées comme en difficulté, fragiles ou sans problème.

400 000 personnes vivent dans des zones identifiées comme "en difficulté" au regard de ces critères, 2 millions dans des zones "fragiles". Il s'agit des territoires plus petits, en terme de population que les autres. Les médecins compensent, par leur activité, la faiblesse des densités dans ces zones (2,6 et 3,1 respectivement contre 4,9 en moyenne par une activité beaucoup plus importante (la part des généralistes dont l'activité annuelle est supérieure à 7 500 actes est de 14% en moyenne, 69% dans les zones fragiles, 88 % dans les zones en difficulté). De même, le nombre d'actes moyen est beaucoup plus important (8 500 et 8 900 actes respectivement contre 5000 en moyenne).

Annexe 4 : La CADES

Il est utile de rappeler les textes qui sont venus modifier les missions de la CADES depuis l'origine, soit dans les lois de finance soit dans les lois de financement de la sécurité sociale, ainsi que la variété de ces mesures.

- a) ordonnance du 24 janvier 1996 : création de la CADES et de la CRDS, reprise de dettes du régime général et création du versement à l'Etat, au titre d'une dette précédemment reprise.
- b) loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 du 19 décembre 1997 : reprise de dette et allongement de la vie de la CADES de 2009 à 2014.
- c) loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 du 23 décembre 1998 : mesure technique sur le calcul des soldes des branches.
- d) loi de finances pour 2001, du 30 décembre 2000 : exonération des retraités et chômeurs non imposables, modification du versement à l'Etat pour compenser partiellement cette dernière mesure (pour mémoire : la mesure exonérant les salariés percevant moins de 1,4 fois le SMIC a été annulée par le Conseil constitutionnel)
- e) loi de finances pour 2002, du 29 décembre 2001 : accélération compensée du versement à l'Etat, porté à trois milliards d'euros par an jusqu'à 2005, au lieu de 2008.
- f) loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, du 20 décembre 2002 : versement non compensé de 1,3 milliard d'euros au titre du Forec
- g) loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, du 18 décembre 2003 : versement non compensé de 1,1 milliard d'euros au titre du Forec.
- h) loi de finances pour 2004, du 30 décembre 2003 : modification d'assiette sur des produits d'épargne
- i) loi du 13 août 2004 ajoutant 50 milliards de dette, (dont 35 milliards dès 2004), supprimant la date finale et modifiant de 95 à 97% du salaire brut, l'assiette de la CRDS. Il faut aussi préciser que cette loi a transformé les reprises de dette « du régime général », en couverture du « déficit comptable de l'assurance-maladie » et dispose que les montants à verser dans la limite globale de 15 milliards d'euros, seront pour 2005 et 2006 fixés par décrets.
- j) Loi organique sur la sécurité sociale déposée en 2005 au parlement, faisant l'objet de nombreux amendements, dont certains pourraient avoir un impact sur la CADES.

L'impact de ces mesures est retracé dans le tableau chiffré qui figure dans le tableau détaillé (cf. infra), sauf pour la mesure d'exonération des retraités et des chômeurs non imposables qui s'est traduite par une diminution de la ressource provenant de la CRDS, dont le coût n'a pas été évalué chaque année.

Le tableau suivant dresse un récapitulatif des opérations conduites par la CADES depuis 1996.

Depuis sa création en 1996, la CADES a déjà remboursé 26,6 Md€ sur les 107,3Md€ progressivement pris en charge (dont les 50Md€ supplémentaires étalés entre 2004 et 2006). Le reste à rembourser s'élève à 80,7 Md€.

Opérations	En Milliards d'euros
Reprise des déficits	84.1 (1)
Période 1994-1996	20.9
Période 1996-1998	13.2
Période 2002-2006	50.0
Versements	23.2 (2)
Etat français	20.3
Caisses de Sécurité Sociale	2.9
Remboursement global	107.3 (3) =(1)+(2)
Total CRDS perçue ¹²³	39.1
Capital amorti	26.6 (4)
Capital restant dû	80.7 (3)-(4)

Source : CADES (2005)

Au total, sur longue période, les déficits transférés à la CADES (107,3 Md€) auront représenté 7,6 % du total des dépenses d'assurance maladie¹²⁴.

Le capital restant du représente 82% des déficits transférés.

¹²³ Y compris 5Md€ pour le total des cessions du patrimoine immobilier.

¹²⁴ La somme des dépenses d'assurance maladie de 1994 à 2006 est estimée à 1 404,5 Md€.

**Annexe 5 : Chiffrage de la convention médicale,
l'évolution des honoraires des médecins libéraux**
(Document CNAMTS, « Dossier de Presse », janvier 2005)

I. Tableau financier de synthèse pour l'assurance maladie

	année pleine	2005
rémunération médecin traitant	293 M€	156 M€
financements par redéploiement (PIRES, OMR)	-90 M€	-70 M€
	203 M€	86 M€
Permanence des soins	70 M€	58 M€
Généralistes : majo de 5 euros sur 0 à 2 ans (consultations et visites)	49 M€	41 M€
<i>Ensemble des mesures touchant les généralistes</i>	<i>322 M€</i>	<i>185 M€</i>
valorisation du parcours de soins		
spécialistes du secteur I	122 M€	61 M€
spécialistes en secteur optionnel	73 M€	36 M€
<i>anticipation paiement majo de coordination (2 euros + maintien MPC) : mars 2005</i>		23 M€
mesures spécifiques concernant certaines spécialités	18 M€	15 M€
financement par redéploiement (CBP, PIRES)	-40 M€	-40 M€
<i>Ensemble des mesures touchant les spécialistes</i>	<i>172 M€</i>	<i>95 M€</i>
Total	494 M€	280 M€

II. Incidence des mesures prises sur les honoraires des médecins généralistes et spécialistes *(hors dépassements)*

	Année pleine
rémunération médecin traitant financements par redéploiement (PIRES, OMR)	293 M€ -90 M€ 203 M€
Permanence des soins Généralistes : majoration de 5 euros sur 0,2 ans (consultations et visites)	70 M€ 70 M€
<i>Ensemble des mesures relatives aux généralistes</i>	<i>343 M€</i>
valorisation du parcours de soins	
spécialistes du secteur I	163 M€
spécialistes en secteur optionnel (y compris prise en charge d'avantages sociaux)	83 M€
mesures spécifiques concernant certaines spécialités financement par redéploiement (CBP, PIRES)	23 M€ -40 M€
<i>Ensemble des mesures relatives aux spécialistes</i>	<i>229 M€</i>
Total	572 M€

Incidence sur l'évolution des honoraires des médecins généralistes et spécialistes des mesures conventionnelles

	Effectifs des médecins en 2005 : <i>prévisions</i>	Honoraires individuels moyens en 2005 : <i>prévisions</i>	Masse des honoraires des médecins libéraux en 2005 : <i>prévisions</i>	mesures 2005 (année pleine)	<u>incidence en</u> année <u>pleine</u> des mesures prises sur les honoraires	<u>incidence en</u> année pleine en montant individuel moyen
Généralistes	53 800	120 818 €	6 500 M€	343 M€	5,3%	6 375 €
Spécialistes	52 900	220 038 €	11 640 M€	229 M€	2,0%	4 329 €
<i>Dont : spécialistes du secteur I</i>	33 060	216 000 €	7 141 M€	141 M€	2,0%	4 265 €

III. Ensemble des impacts sur les honoraires des médecins généralistes et spécialistes

	année pleine
rémunération médecin traitant	293 M€
financements par redéploiement (PIRES, OMR)	-90 M€
	203 M€
Permanence des soins	70 M€
Généralistes : majoration de 5 euros sur 0,2 ans (consultations et visites)	70 M€
<i>Ensemble des mesures touchant les honoraires opposables des généralistes</i>	343 M€
<i>Prise en charge supplémentaires d'avantages sociaux (7,2%)</i>	25 M€
Ensemble des mesures touchant les généralistes	368 M€
valorisation du parcours de soins	
spécialistes du secteur I	163 M€
spécialistes en secteur optionnel	83 M€
(y compris prise en charge d'avantages sociaux)	
mesures spécifiques concernant certaines spécialités	23 M€
financement par redéploiement (CBP, PIRES)	-40 M€
<i>Ensemble des mesures relatives aux spécialistes (hors dépassements)</i>	229 M€
moindres dépassements liés à la mise en place du secteur optionnel	-31 M€
dépassements du secteur I sur actes cliniques	60 M€
dépassements du secteur I sur actes techniques	102 M€
<i>Ensemble des mesures touchant les dépassements des spécialistes</i>	131 M€
Ensemble des mesures touchant les spécialistes	360 M€
Total	728 M€