



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

Juillet 2007

Composition du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
-décret n° 2006-1370 du 10 novembre 2006-

Président

M. Bertrand FRAGONARD, président de chambre à la Cour des comptes

Vice-Président

M. Pierre-Jean LANCRY, directeur santé de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

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

CGT

M. Pierre-Yves CHANU, conseiller confédéral

Mme Cathy SUAREZ, économiste de la santé, chargée de mission prévoyance – santé publique

CFDT

M. Gaby BONNAND, secrétaire national

M. Abdou ALI MOHAMED, secrétaire confédéral

CGT-FO

M. Jean-Marc BILQUEZ, secrétaire confédéral,

M. Bernard EUZET, secrétaire de l'union départementale de l'Allier

CFTC

M. Bernard SAGEZ, président de la Fédération CFTC Santé-Sociaux

CFE-CGC

Mme Danièle KARNIEWICZ, déléguée nationale à la protection sociale

MEDEF

M. Bernard MESURÉ,

M. Jean-François BUISSON, président de la Commission Santé Sociale du MEDEF, président de l'Association Nationale des Industries Alimentaires (ANIA)

CGPME

M. Jean-Louis JAMET, secrétaire confédéral

UPA

Mme Michèle PARIZOT

FNSEA

M. Jean-Bernard BAYARD, secrétaire général adjoint

UNAPL

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

UNSA

M. François JOLICERC, secrétaire national

Trois députés

M. Yves BUR, UMP du Bas-Rhin

M. Jean-Michel DUBERNARD, président de la commission des affaires sociales, UMP, Rhône

M. Jean-Marie LE GUEN, PS, Paris

Trois sénateurs

M. Bernard CAZEAU, PS, Dordogne

M. Jean-Jacques JEGOU, UDF, Val-de-Marne

M. Alain VASSELLE, UMP, Oise

Six représentants de l'Etat

Mme Sophie BOISSARD, directrice générale au centre d'analyse stratégique
M. Dominique LIBAULT, directeur de la sécurité sociale
Mme Annie PODEUR, directrice de l'hospitalisation et de l'offre de soins
M. Didier HOUSSIN, directeur général de la santé
M. Philippe BOUYOUX, directeur des politiques économiques
M. Philippe JOSSE, directeur du budget

Un représentant de la Haute Autorité de Santé

Pr. Laurent DEGOS, président de la HAS

Quatre représentants des organismes d'assurance maladie obligatoire

M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur générale de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM)
M. Michel REGEREAU, président de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS)
M. Gérard QUEVILLON, président du Régime Social des Indépendants (RSI)
M. Gérard PELHATE, président de la Caisse Centrale de la Mutualité Sociale Agricole (CCMSA)

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

M. Denis PIVETEAU, maître de requêtes au Conseil d'État

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

M. Maurice RONAT, vice-président de la Fédération Nationale de la Mutualité Française (FNMF),
président de la Fédération Nationale de la Mutualité Interprofessionnelle (FNMI)
M. Jean-Louis FAURE, délégué général du Centre Technique des Institutions de Prévoyance (CTIP)
M. Alain ROUCHE, directeur santé de la Fédération Française des Sociétés d'Assurance (FFSA)

Cinq représentants de l'Union Nationale des Professions de Santé

Dr. Dinorino CABRERA, président l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), président du Syndicat des Médecins Libéraux (SML), docteur en médecine
M. Bernard CAPDEVILLE, président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques de France (FSPF)
Dr. Michel CHASSANG, président de la Confédération des Syndicats Médicaux Français (CSMF),
vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), docteur en médecin
M. Jean-Claude MICHEL, président de la Confédération Nationale des Syndicats Dentaires (CNSD),
vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), chirurgien-dentiste
M. Patrick PERIGNON, vice-président de l'Union Nationale des Professions de Santé (UNPS), vice-président de la Fédération Nationale des Orthophonistes (FNO – libéral), orthophoniste

Cinq représentants des établissements de santé

M. Claude EVIN, président de la Fédération Hospitalière de France (FHF), ancien ministre de la santé
M. Yves-Jean DUPUIS, directeur général de la Fédération des Etablissements Hospitaliers et
d'Assistance Privés à but non lucratif (FEHAP)
Dr. Max PONSEILLÉ, président d'honneur de la Fédération Hospitalière Privée (FHP)
Dr. Francis FELLINGER, président de la conférence nationale des CME de Centres Hospitaliers
Pr. Pierre FUENTES, président de la conférence nationale des CME de CH universitaires

Un représentant des industries du médicament

M. Bernard LEMOINE, vice-président délégué du LEEM (LEs Entreprise du Médicament)

Trois représentants des usagers

Mme Christiane BASSET, administrateur en charge du dossier « Santé-Vieillesse » à l'Union

Nationale des Associations Familiales (UNAF)

M. Christian SAOUT, président de AIDES

M. Marcel ROYEZ, secrétaire général de la Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés (FNATH)

Huit personnalités qualifiées outre le président et le vice-président

Mme Chantal CASES, directrice de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES)

M. Bruno DURIEUX, président du Comité National des Conseillers du Commerce Extérieur de la France (CNCCEF), inspecteur général des finances, ancien ministre de la santé

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

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

Mme Dominique POLTON, directrice de la Stratégie des Etudes et des Statistiques à la CNAMTS, ancienne directrice de l'IRDES

M. Guillaume SARKOZY, délégué général du groupe Médéric

Secrétariat général

Agnès BOCOGNANO

contact : Cendrine CROCHU – Tél. 01.40.56.56.00.

Avant-propos

Trois ans après la loi du 13 août 2004, le rapport 2007 du Haut Conseil est consacré

- à un premier bilan de la politique entreprise et de ses résultats
- à l'analyse de deux dossiers prioritaires pour les années à venir

Sans prétendre à l'exhaustivité, le Conseil a retenu six constats principaux dans son bilan :

1) la situation financière des régimes d'assurance maladie s'est améliorée. Par rapport à la situation qui prévalait au début de 2004 (un déficit de 11,6Md€ et une dérive annuelle de près de 2,5Md€), le déficit a régressé.

Cette amélioration relative a été acquise par trois éléments majeurs :

- la mise en place de recettes nouvelles pérennes à hauteur de 4Md€ sur la période et de recettes non reconductibles à hauteur de 2 Md€ en 2006 et 2007,
- une modération des dépenses remboursées dont les progressions se sont établies au voisinage de celle du PIB.
- une politique volontariste sur le marché des médicaments avec la promotion des génériques et une action très significative sur les prix et les marges.

2) cette amélioration ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes de base. Le taux global de prise en charge est resté quasiment stable. Comme les dépenses sans ticket modérateur (notamment celles des assurés en ALD) progressent à un rythme rapide et « tirent » le taux de remboursement vers le haut, il a fallu pour parvenir à cette stabilisation prendre des mesures accroissant le reste à charge.

Elles n'ont pas affecté la nature solidaire de notre système de prise en charge.

3) mais la situation en 2007 reste dégradée. Le déficit prévisionnel est de 7,5Md€ - plus de 5% de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladies) - et il a fallu prendre en urgence des mesures de redressement à la suite de la procédure d'alerte. L'horizon de retour à l'équilibre a constamment été repoussé.

4) la politique de maîtrise médicalisée ne produit d'effets que lentement. Il est vrai qu'elle repose essentiellement sur des modifications de comportements qui ne peuvent s'opérer que progressivement.

Le rôle effectif du médecin traitant reste limité et le parcours de soins peine à trouver un contenu réel [il est vrai que le DMP (Dossier Médical Personnel) – dossier qui mérirait un audit approfondi – a sans cesse été retardé].

Les grands indicateurs de la dépense (le nombre de recours aux médecins, la fréquence des recours qui débouchent sur des prescriptions de médicaments, le coût de l'ordonnance ou encore le taux de prescription en valeur dans le répertoire), n'ont guère été modifiés.

5) dans le secteur des établissements de santé, l'introduction de la T2A (tarification à l'activité), la modification des règles de la gouvernance des hôpitaux publics et la relative rigueur du cadrage financier sont des éléments positifs.

Mais l'analyse des écarts de performance des établissements – très élevés – montre qu'on peine à dégager les gains de productivité, pourtant potentiellement élevés.

6) les chantiers d'une meilleure organisation territoriale de l'offre de soins n'ont guère progressé.

*

* *

Le Conseil a examiné deux enjeux qui lui semblent prioritaires pour les années à venir.

1) le premier objectif est d'offrir à tous les assurés une offre de qualité à des conditions raisonnables d'accès et de reste à charge.

Partout, dans les soins de ville et hospitaliers, il convient de favoriser un parcours de soins conjuguant qualité et efficacité.

Dans un contexte tendu de démographie des professions médicales et de déficits naissants de l'offre dans certains territoires ou spécialités, il faut rapidement améliorer les processus d'établissement et la coopération locale entre les différents « offreurs » de soins.

Les actions de protocolisation, d'accréditation et de certification doivent être menées à leur terme avec rigueur pour garantir partout la qualité des soins.

Quant aux conditions tarifaires, le Conseil considère qu'il convient de stopper la dérive des dépassements. Il estime que l'action doit concerner en priorité les établissements de santé (où le montant des dépassements est plus élevé qu'en « ville ») et qu'elle doit être menée parallèlement à l'aménagement des règles de prise en charge examiné au 2 ci-dessous.

2) la progression des dépenses de soins pose le problème de la soutenabilité du système d'assurance maladie.

Le Haut Conseil part de deux appréciations

- en tendance, à moyen terme, au vu du passé et à comportement et niveau de prise en charge inchangés, les dépenses évolueront plus vite que le PIB,
- mais on peut réduire cet écart par une politique plus active de maîtrise de la dépense.

Il estime, dans ce cadre, réaliste de prévoir à moyen terme une fourchette d'écart de $\frac{1}{2}$ ou 1 point entre les progressions relatives de la CSBM (Consommation de Soins et de Biens Médicaux) et du PIB d'une part, crédible à terme plus proche de cantonner la dépense au voisinage du PIB d'autre part.

Mais, même à ces niveaux, la progression des dépenses – à taux de prise en charge inchangé – soumet le système d'assurance maladie à de fortes contraintes : il faudrait, à l'horizon 2025, lui affecter 9 à 12% de l'accroissement de la richesse du pays (et près du quart de la marge « disponible » de prélèvements obligatoires dans l'hypothèse d'une stabilisation de la part des recettes publiques dans le PIB).

Si on peut envisager que le besoin de financement soit en partie couvert par des recettes, on ne peut, compte tenu de l'ampleur des investissements publics et des dépenses collectives à consentir pour le développement économique et social du pays et compte tenu du poids des prélèvements obligatoires, accepter une forte progression des recettes.

Deux axes sont prioritaires : le choix d'une gestion active du panier de soins et la recherche de gains d'efficience.

Il est également raisonnable d'étudier un réaménagement du système de prise en charge, à travers deux objectifs complémentaires :

- stabiliser au moins le taux de prise en charge [dont on a dit qu'il avait spontanément tendance à augmenter sous la poussée des dépenses des assurés en ALD (affections de longue durée)] et, si on ne peut cantonner de façon suffisante l'écart entre les progressions relatives de la CSBM et du PIB, le réduire de façon à contribuer au bouclage financier,
- redresser les situations actuelles de reste à charge exagéré (y compris les dépassements d'honoraires, en priorité en établissements de santé) en adoptant des règles de participation financière des assurés plus rationnelles, équitables et maîtrisables.

C'est dans cet esprit que le Haut Conseil a pris acte des analyses menées sur ces sujets et souhaité qu'elles soient poursuivies.

**Rapport 2007 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
adopté le mercredi 11 juillet 2007**

à l'exception de la CGT qui n'a pas adhéré à l'ensemble des orientations et de la CFTC qui a approuvé la ligne générale du rapport mais n'a pas souscrit aux développements sur les établissements de santé

Sommaire

PARTIE I.....	4
<i>Elements de Bilan 2004-2007</i>	<i>4</i>
Section I - Evolution des paramètres financiers globaux	4
I - La réduction des déficits	4
1) situation des déficits en 2004	4
2) chronique des déficits entre 2004 et 2007	4
II - Plusieurs facteurs contribuent à la réduction du déficit	7
1) l'évolution des recettes	7
2) la diminution du rythme de croissance des dépenses brutes	11
III - Transfert à la CADES et endettement	16
1) le transfert sur la CADES	16
2) le sort du déficit 2007	16
Section II - Le système de prise en charge	17
I - L'étendue des prises en charge	17
II - Evolution des prises en charge	19
A) Les modifications intervenues ne sont pas majeures	19
1) dans les régimes de base	19
2) dans les régimes complémentaires	28
B) La logique du système de prise en charge n'a pas été modifiée	39
1) prises en charge intégrale des grosses dépenses par les régimes de base a été respecté.	39
2) la persistance de RAC élevés dans certaines situations et avant intervention des OC	39
3) ces situations sont pour partie cantonnées	40
Section III - Analyse des dépenses	42
I - En médecine de ville	42
1) éléments de contexte	42
2) les recours au médecin : 19Md€ d'honoraires bruts	43
3) la maîtrise médicalisée	44
4) des investissements – adéquats mais lents – pour améliorer les pratiques médicales	45
5) la pesée sur le secteur du médicament	52
II – Dans les Etablissements de santé	65
A) Cadrage financier	65
1) l'ONDAM hospitalier	65
2) les dépenses hospitalières dans la CSBM	66
B) Les orientations	66
1) les objectifs de qualité et d'efficience	66
2) le pilotage budgétaire	69
3) les outils d'une meilleure gestion	70
4) des progrès dans la gouvernance	71
5) équilibres	72

Section IV - La Gouvernance	74
1) sur la question du cadrage global et de la définition de la politique de santé et d'assurance maladie	74
2) sur la fonction d'expertise scientifique	76
3) sur la question de la mise en œuvre de la politique de régulation	76
4) dans le domaine des relations avec les professions de santé	78
5) sur la question du décloisonnement institutionnel de la gestion du système de soins.....	78
6) sur le grand dossier de la « territorialisation » des systèmes de soins et d'assurance maladie..	79
PARTIE II – Deux priorités.....	80
CHAPITRE I - Maintenir une offre accessible et de qualité.....	80
A) Les attentes : l'accès à une offre de qualité à des tarifs raisonnables	80
1) ce que les malades sont en droit d'attendre.....	80
2) ce que les régulateurs sont en devoir d'assurer	80
3) ce que les professionnels sont en droit d'attendre.....	81
B) Maintenir une disponibilité « physique » adéquate.....	81
1) les médecins	81
2) les autres professions	87
3) la disponibilité de l'offre en établissement de santé	87
CHAPITRE II - Soutenabilité du système d'assurance maladie	89
Section I - Scénarios d'évolution des dépenses	89
A) Tendance « spontanée » de la dépense de santé.....	89
1) le ratio CSBM/PIB	89
2) des facteurs peu contournables de croissance de la CSBM.....	90
3) l'évolution « spontanée » de la dépense par tête	91
B) De la CBSM à la dépense publique : la hausse du taux de prise en charge.....	92
1) écart entre les progressions de la CSBM et les prises en charge par les régimes de base.....	92
2) le ratio dépense remboursée/dépense présentée au remboursement.....	92
3) progression spontanée du taux de prise en charge	92
C) Face à cette tendance haussière, on peut mobiliser d'importantes marges d'économies.....	92
1) la stabilisation du nombre des recours au médecin par habitant.....	93
2) la maîtrise de la dépense de médicaments.....	93
3) le cantonnement de la dépense en ALD	93
4) la mobilisation des marges de productivité dans les établissements de santé	93
D) Quelle prévision retenir ?.....	95
Section II - Le système de prise en charge des prestations en nature	97
Sous section I - L'intervention des régimes de base.....	97
I - Etat actuel	97
A) Le taux de prise en charge	97
B) Caractéristiques de la prise en charge	97
C) Le taux d'effort des ménages	99
D) Le taux d'effort moyen est très inférieur à celui qui existe en matière de logement ou pour d'autres « besoins sociaux ».....	99
E) Le RAC	99
F) La forte diffusion des couvertures complémentaires	99
G) Le taux de prise en charge varie peu en fonction du comportement des assurés.....	100
II - Pistes de réforme	100
A) Améliorer la cohérence dans le système de prise en charge	100
1) certains ménages supportent des RAC importants	100
2) voies de réforme.....	102

B) Stabiliser ou abaisser le taux global de prise en charge	103
1) progressions des dépenses de santé, du PIB et du taux de prise en charge	103
2) une réforme radicale	104
3) le cantonnement des exonérations.....	107
4) des solutions qui ne touchent pas à l'architecture du système	108
5) des séquences franchise/ticket modérateur/plafond	112
C) Faut-il lier le taux de prise en charge et le comportement des assurés ?	112
1) dispositif en fonction du niveau et modalités de la dépense de soins.	112
2) ristournes mises en place par certains organismes de couverture complémentaire en cas de faible recours.....	112
3) le système français de remboursement ne tient compte du comportement des assurés qu'à la marge.....	113
Sous-section II -Tensions sur le système des couvertures complémentaires.....	115
1) le contexte	115
2) augmentation des cotisations et tensions croissantes	119
3) la croissance des cotisations est-elle assumable par les ménages ?	119
<i>ANNEXES AU RAPPORT 2007</i>	124
<i>Annexe 1 – Impact économique de la modification des conditions de remboursement des médicaments à SMRi en 2006.....</i>	125
<i>Annexe 2 - Extrait de la note du HCAAM du 24 février 2005</i>	128
<i>Annexe 3 - Financement des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE.....</i>	130
<i>Annexe 4 - Les dépassements d'honoraires des médecins.....</i>	131

PARTIE I

ELEMENTS DE BILAN 2004-2007

SECTION I - EVOLUTION DES PARAMÈTRES FINANCIERS GLOBAUX

L'analyse porte sur les comptes de l'assurance maladie (**ensemble des régimes de base**).

I - La réduction des déficits

1) situation des déficits en 2004

Dans son rapport de janvier 2004, le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie faisait état de la situation financière critique de l'assurance maladie et de la tendance, récente mais inquiétante, à son endettement : 11,1 Md€ de déficit prévu en 2004 pour l'ensemble des branches du régime général, contre 3,5 seulement en 2002.

En 2003, environ un quart du déficit de la CNAMTS¹ (soit 2,7 Md€) aurait été imputable à la conjoncture (insuffisance de recettes liée au déficit de croissance) et les trois quarts restants à des facteurs d'origine structurelle (progrès technique, vieillissement de la population...), le déficit structurel s'expliquant par le fait que les dépenses d'assurance maladie évoluaient sur un rythme sensiblement supérieur à celui de la croissance potentielle de l'économie et donc de la masse salariale et des cotisations sociales.

2) chronique des déficits entre 2004 et 2007

a) les déficits de l'assurance maladie pour 2005 et 2006 se situent encore à des niveaux élevés, mais en net retrait par rapport à la situation analysée en 2004.

Le déficit se réduit sensiblement, passant de 11,6 Md€ en 2004 à 6,5 Md€ en 2006 (tous régimes y compris FFIPSA²).

Cette réduction du déficit doit également être rapprochée de la situation tendancielle qui prévalait avant la réforme. Sur la base du rapport de juin 2004 de la CCSS (Commission des Comptes de la Sécurité Sociale), on pouvait estimer la dérive annuelle du déficit aux environs de 2,5 Md€ par an. La prolongation de cette dérive aurait conduit le déficit à 16,5Md€ en 2006. Sur cette base, l'effort de redressement peut être estimé à environ 10 Md€.

¹ Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

² Fonds de financement des prestations sociales agricoles.

Tableau 1 - Soldes de la branche maladie (régimes de base et fonds)

<i>En milliards d'euros</i>	2003	2004	2005	2006	LFSS 2007	CCSS 07/07
Régime général	-11,1	-11,6	-8,0	-5,9	-3,9	-6,4
Ensemble des régimes de base	-11,2	-11,6	-8,1	-5,8	-4,0	-6,5
FFIPSA ³ part maladie			-0,85	-0,7(e)	-1,04	-1,04
Ensemble régimes de base et FFIPSA	-11,2	-11,6	-8,9	-6,5(e)	-5,0	-7,5

Sources : rapport CCSS de septembre 2005 et 2006 et de juillet 2007, Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2007 et annexe 8 du PLFSS. Calculs : secrétariat général Hcaam.

Notes de lecture : (e) pour estimation : le déficit du FFIPSA (toutes branches) a été moins élevé que prévu (-1,3 Md€ au lieu de -1,9 Md€ prévus dans la LFSS, selon la lettre n°250 de la sécurité sociale), principalement en raison d'un changement de mode de comptabilisation de recettes des droits tabacs . La réduction du déficit du FFIPSA pour la branche maladie qui en découle est estimée à 300 M€ (les droits tabacs de la branche maladie représentent environ 50 % de l'ensemble de la branche).

b) la loi de financement pour 2007 escomptait une poursuite de la réduction de déficit de 2 Md€ environ.

Néanmoins, l'avis du comité d'alerte rendu le 31 mai 2007 établit qu'en l'absence de mesures correctrices, les dépenses 2007 dans le champ de l'ONDAM devraient être supérieures de 2 Md€ à l'objectif fixé par la Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS), remonté à 2,6 Md€ selon le rapport de la CCSS de juillet 2007.

De nouvelles prévisions sur le solde du régime général ont été publiées lors de la CCSS du 4 juillet. Le solde du Régime général serait dégradé d'environ 60 % par rapport à l'objectif de la LFSS.

c) la situation de la branche maladie s'inscrit dans l'évolution du solde « maastrichien » des finances publiques (tableau 2).

Il apparaît en effet que les variations du solde de l'assurance maladie sont l'un des principaux contributeurs aux variations du solde de financement des administrations de sécurité sociale (ASSO), et au-delà, des administrations publiques (APU) (figure 1).

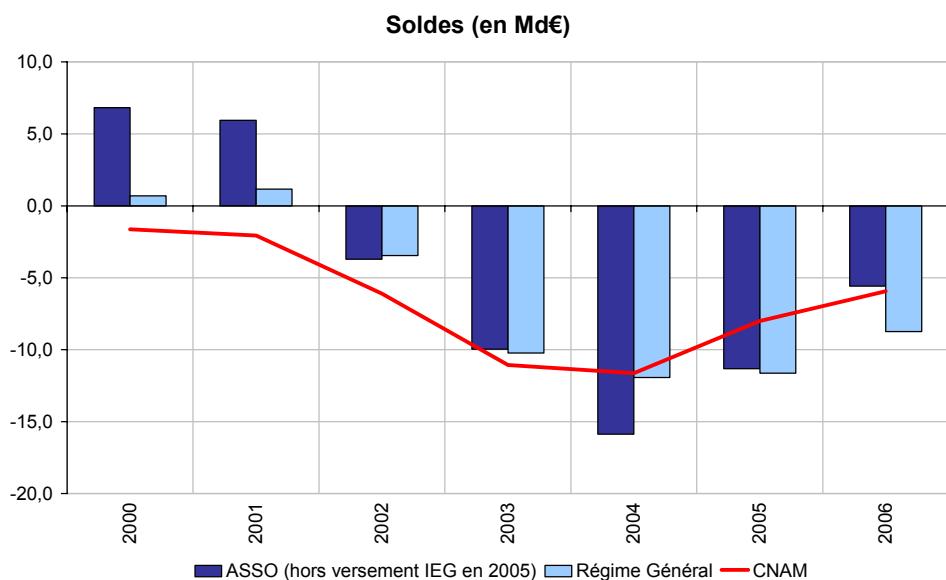
³ A compter du remplacement du BAPSA (Budget annexe des prestations sociales agricoles) par le FFIPSA en 2005, le régime des exploitants agricoles n'est plus équilibré par une subvention d'équilibre de l'Etat, mais par un produit à recevoir du FFIPSA. Le FFIPSA est censé lui-même s'équilibrer sans subvention d'équilibre de l'Etat. De fait cette opération conduit dans la situation actuelle à priver le régime agricole d'une recette correspondant à la subvention d'équilibre de l'Etat. Dans le tableau, pour faire apparaître un résultat d'ensemble des régimes ne masquant pas le déficit de celui des exploitants, on ajoute directement le résultat du FFIPSA à celui du régime des exploitants agricoles. On pourrait aussi ne pas prendre en compte le FFIPSA et retenir le résultat technique du régime agricole hors produit à recevoir.

Tableau 2 – Capacité / besoin de financement des administrations de sécurité sociale⁴

	<i>En points de PIB</i>			
	2003	2004	2005	2006
Comptabilité nationale				
Objectifs au programme pluriannuel 2004-2006 ⁵	-0,2	0,0 ^(**)	0,0 ^(**)	0,0 ^(**)
Soldes observés	-0,6	-0,9	-0,2	-0,3
Comptabilité des régimes de sécurité sociale⁶				
Solde branche maladie (tous régimes de base)	-0,7	-0,7	-0,5 ^(*)	-0,4

Sources : Minefi (programmes pluriannuels, LFI et PLFS 2006), et Insee pour les soldes observés

(*) calculé sur la base du solde 2005 de -6,5 (***) hypothèse : les administrations de sécurité sociale verraien leur capacité de financement se stabiliser à l'équilibre dans le scénario à 2,5% de croissance (dans le scénario à 3% de croissance en 2006, elles redeviendraient excédentaires à hauteur de 0,4 point de PIB).

Figure 1 – Capacité de financement des administrations de sécurité sociale et soldes du régime général et de la CNAM

⁴ Le champ des administrations de sécurité sociale (ASSO) est plus large que celui des régimes d'assurance sociale de base pour les risques maladie, retraite et chômage [régime général de la sécurité sociale (CNAM, CNAV, CNAF, ACOSS), fonds spéciaux (FCAT, FIVA, SASV, FSV, FOREC), autres régimes de base salariés, régimes non salariés, régime d'indemnisation du chômage (UNEDIC), régimes complémentaires d'assurance vieillesse des salariés (ARRCO, AGIRC...)]. Les ASSO comprennent également les organismes dépendant des assurances sociales (ODASS), en particulier les hôpitaux à financement public. Le déficit en point de PIB de la branche maladie est plus élevé que celui des organismes de sécurité sociale, en particulier en 2005. Selon les comptes de la protection sociale (Drees, Etudes et Résultats n°526, octobre 2006), les organismes complémentaires connaissent une capacité de financement de 7,5 milliards d'euros, qui permet ainsi de diminuer le déficit observé de l'ensemble des organismes de sécurité sociale (le régime général, le régime d'assurance chômage et les fonds spéciaux sont respectivement en déficit de plus de 5,4 et 2 milliards d'euros).

⁵ Programme pluriannuel de finances publiques : il s'agit d'une esquisse du programme de stabilité français institué par le Pacte de stabilité depuis 1999, qui est communiquée au Parlement chaque année dans le rapport économique, social et financier, comme stipulé par l'article 50 de la LOLF.

⁶ Le mode de comptabilisation des régimes est différent de celui de la comptabilité nationale. Les soldes ne sont donc pas strictement comparables.

II - Plusieurs facteurs contribuent à la réduction du déficit

1) l'évolution des recettes

a) évolution globale

Les recettes ont évolué plus vite ces dernières années que la tendance moyenne de 4% correspondant à la croissance potentielle du PIB et de la masse salariale en valeur. Néanmoins, en 2007, l'augmentation des recettes nettes est beaucoup plus modérée.

Tableau 3 – Evolution des recettes, de la masse salariale et du PIB

	2003	2004	2005	2006(p)	2007(p)
Recettes⁷ de la CNAM- maladie	2,7%	4,6%	6,8%	5,8%	3,9%
PIB (en valeur)	3,0%	4,1%	3,5 %	4,3 %	nd
PIB (en volume)	1,1 %	2,5 %	1,7 %	2,0 %	2% à 2,5%

Sources : rapports et notes de conjoncture de la CCSS pour les recettes et INSEE-Comptes nationaux pour le PIB.

Pour analyser cette évolution, il faut distinguer les effets respectifs de la conjoncture et des mesures nouvelles décidées.

b) la conjoncture aurait été globalement à peu près neutre sur la période 2005-2006

Compte tenu du poids des recettes de sécurité sociale assises sur la masse salariale, on peut estimer grossièrement l'impact de la conjoncture à travers cet indicateur⁸. Encore réduite en 2005, l'évolution de la masse salariale privée s'est accélérée de près de 1 point en 2006 (4,3 %⁹ contre 3,4 % en 2005¹⁰). Selon les hypothèses économiques formulées par la CCSS dans son rapport de septembre 2006, la progression de la masse salariale continuerait de s'accélérer pour 2007 pour atteindre 4,6 % en 2007, soit une évolution moyenne très légèrement supérieure aux 4 %. Elle s'est établie à 4,8 % pour 2007 (CCSS de juillet 2007).

⁷ On reprend ici la notion de « produits nets » présentée par la CCSS qui s'appuie sur les résultats comptables mais neutralise les effets comptables des dotations (en charges) et reprises de provision (en produits). C'est le concept qui retrace le mieux la réalité de la situation des recettes, même s'il reste purement « comptable » et peut s'éloigner de la « réalité économique ».

⁸ Un peu plus des 3/4 des encaissements des Urssaf proviennent en effet du secteur privé salarié (le reste des recettes se partagent entre le secteur public (15%), les travailleurs indépendants, les particuliers employeurs et les grandes entreprises nationales). Le rapport de la CCSS de septembre 2006 montre le très fort dynamisme des cotisations des particuliers employeurs et dans une moindre mesure des travailleurs indépendants. A l'inverse, l'assiette du secteur public et des grandes entreprises nationales évolue plus lentement que la masse salariale privée. Au total sur le champ URSSAF, l'évolution de l'assiette d'activité totale est proche de la masse salariale privée. Certes ce champ ne correspond pas complètement à l'ensemble des régimes d'assurance maladie mais on peut retenir sans trop d'erreur une équivalence entre l'évolution des revenus d'activité et de la masse salariale privée.

⁹ Note de conjoncture CCSS mars 2007.

¹⁰ Champ de recouvrement des URSSAF et des recettes du régime général.

Tableau 4 - Hypothèses sur la masse salariale du secteur privé

	Evolutions en moyenne annuelle		
	2005	2006	2007(p)
Masse salariale du secteur privé en comptabilité nationale	3,2%	4,1%	4,6%
Masse salariale du secteur privé champ URSSAF	3,4%	4,3%	4,8%

Source : rapports et note de conjoncture de la CCSS

Sur la période, la croissance de la masse salariale (champ URSSAF) aurait donc été très proche de sa tendance de longue période après lui avoir été sensiblement inférieure dans la période précédente¹¹. Sur cette base, on peut donc considérer que la conjoncture a été globalement proche de la neutralité sur la période 2005-2006 et pourrait être légèrement favorable après la prise en compte de l'année 2007.

c) la croissance des recettes s'explique largement par les mesures nouvelles décidées sur la période

Le tableau suivant les retrace pour la branche maladie depuis 2004.

Il indique leur impact financier prévu au moment de l'élaboration du PLFSS et le rendement réalisé.

Les mesures pérennes et transitoires sont distinguées.

L'effet cumulé des recettes pérennes peut être estimé à un peu plus de 4 Md€ sur le compte de résultat tous régimes 2006, voire à 3 Md€ si on prend en compte la perte de la subvention d'équilibre de l'Etat au régime agricole. Si on y ajoute l'effet des seules mesures non pérennes de l'année 2006, on obtient un impact proche de 5,4 Md€ sur le compte 2006 (4,6 Md€ y compris FFIPSA). En 2007 autour de 1 Md€ de recettes nouvelles pérennes ou non pérennes étaient prévues mais leur impact réel est en cours de réestimation.

¹¹ Le rapport CCSS de septembre 2006 précise que la croissance de la masse salariale privée s'accélère très progressivement depuis le point bas de 2003 (1,9 %), pour atteindre 2,9 % en 2004 et 3,4 % en 2005.

**Tableau 5 - Impact des mesures nouvelles d'assurance maladie sur les recettes
(ensemble des régimes de base)**

en millions d'euros

Mesures <i>(P : pérennes ; NP : non pérennes)</i>	en 2005 par rapport à 2004		en 2006 par rapport à 2005		en 2007 par rapport à 2006	
	prévues	réalisées	prévues	réalisées	prévues	réalisées
Ménages						
CSG (activité salariée/allocation chômage)	P	1 000*				
CSG (retraite/préretraite/invalidité)	P	560*	2 200+			
CSG (patrimoine/placements)	P	650*				
CSG (jeux)		100*				
Harmonisation des règles de versement et de comptabilisation des prélevements sociaux sur les revenus de placement	NP				300**	300
Prélèvements sur les PEL	NP			572**	1300++	250++
Suppression de l'avoir fiscal	P			-350++	-350++	
Intégration de l'abattement 20% dans le barème IR	P				300++	300++
Surplus de recettes fiscales affectées pour la compensation des allégements généraux (2006 et 2007)	NP				580** dont 350 en 2006 et 230 en 2007	0 en 2006 ; 2007 à réestimer ++
Sociétés						
Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)	P	780*	800+	14*	14*	
Abattement temps partiel	P			45*	<=45++	
Indemnités de rupture	P			20*	0*	
Contrôles URSSAF avec échantillonnage	P			100*	0++	
Compensation/Application RTT	P			7*	0*	
Industrie						
Taxe sur le CA des laboratoires pharmaceutiques (de 0,525% à 0,6% en 2005, de 0,6% à 1,96% en 2006, de 1,96% à 1% en 2007)	P	110*	124+	300**	260*	-170+
Contribution sur les dépenses de promotion « dispositifs »	P	20*	20			
Contribution sur les dépenses de promotion « médicaments »	P	50*	50			
Clause de sauvegarde pharmaceutique	P			400**	400	
Sécurité sociale						
Actualisation du versement au titre de la sous-déclaration des AT / MP	P					80**
Etat						
Droits de consommation sur les tabacs	P	1 000*	1 100+			
Réaffectation de droits tabacs au fonds CMU	P			-178**	-178*	-230**
Réaffectation de droits alcools au fonds CMU	P			-380++	-380++	-230
Affectation de droits tabacs / frais financiers liés aux créances sur l'Etat	NP					79**
Hôpital						
Valorisation du patrimoine immobilier hospitalier	P					0++
Améliorations internes						
Amélioration du recours contre tiers	P					150++
+ réforme						150++
Contrôles	P			45**	45	
Recettes diverses						
	P			86**	86	40**
	P+NP	4 270	4 294	681	1 242	1 129
Total avant FFIPSA	P	4 270	4 294	109	-58	249
	NP	0	0	572	1 300	880
Perte de la subvention d'équilibre du régime agricole	P	-800++	-800++			
						649 à 1029
						20
						629 à 1009

Sources : (*)rapports HCAAM (2005, 2006) ;(**)annexes au PLFSS (2004, 2005, 2006 et 2007) ;(***) rapport CCSS (septembre et juin 2004, 2005, 2006) ; (+)Dossier Assemblée nationale du PLFSS (2005, 2006, 2007) ; (++) DSS

d) l'impact de la non compensation des exonérations, de la diffusion des modes de rémunération alternatifs au salaire et des taxes

d1) des pertes croissantes sur les exonérations non compensées

Selon le rapport de la CCSS de juillet 2007, les exonérations non compensées par le Budget de l'Etat ont augmenté régulièrement depuis 2004 (+1,4 % entre 2004 et 2005, +11,6 % entre 2005 et 2006, et +10,2 % pour 2007). Pour le régime général, elles s'élèveraient à plus de 2,6Md€ en 2007, soit 500 M€ de plus qu'en 2004. En retenant une quote-part d'environ 42 % pour la CNAMTS, la non compensation des exonérations aurait contribué à accroître le déficit d'environ 200 M€.

d2) Les taxes affectées à la compensation des exonérations

Depuis 2006, ce sont des taxes qui sont affectées à la compensation des allègements généraux de cotisations sociales¹².

Les taxes affectées en 2006 ont correctement couvert les exonérations même si elles ont moins progressé que prévu.

La situation s'est dégradée en 2007. Les exonérations de cotisations sociales ont beaucoup progressé (+11 %). Par ailleurs, le panier de recettes fiscales qui les finance ne progresserait que de 5,2 % - en retrait par rapport aux prévisions - et ne couvrirait pas la totalité du montant des allègements. La non réalisation des excédents de taxes attendus d'une part, le déficit de financement des exonérations d'autre part, se traduirait au total par une perte de recettes par rapport aux prévisions de 1,45 Md€ (580 M€ pour les excédents non réalisés en 2006 et 2007 et 850 M€ pour le déficit de financement 2007) pour l'ensemble des régimes concernés (dont 920 M€ pour la CNAMTS).

d3) le dynamisme de l'assiette des cotisations est freiné par la diffusion des modes de rémunération alternatifs aux salaires (intéressement, participations, prévoyance, épargne salariale...) qui sont exonérés de cotisations.

Les principaux postes concernés sont :

- la participation, l'intéressement et l'abondement des plans épargne entreprise : croissance de 9 % par an entre 1999 et 2004 ; près de 13 Md€ en 2004
- les *stocks-options* et produits assimilables
- la prévoyance en entreprise
- les indemnités de départ de l'entreprise, en croissance vive du fait notamment d'une évolution de la jurisprudence assez « ouverte ».

Le dynamisme relatif de ces modes de rémunération s'est confirmé dans les dernières années. Il entraîne une perte potentielle¹³ de recettes pour l'assurance maladie proche de 200 M€ supplémentaires chaque année¹⁴.

¹² Depuis le 1^{er} janvier 2006, les exonérations de cotisations sociales ne sont plus compensées par des dotations budgétaires de l'Etat, mais sont financés par l'affectation à la sécurité sociale de nouvelles recettes fiscales dont la principale est la taxe sur les salaires.

¹³ Il s'agit d'une perte potentielle car en cas d'alignement du régime de cotisations sur le droit commun des salaires, la perte serait réduite à proportion de la réduction des montants distribués consécutifs au renchérissement du coût des dispositifs.

¹⁴ Sur la base d'un écart de taux de croissance de 6 points entre l'assiette CSG et l'assiette salariale (sachant que les écarts de croissance sont variables et assez procycliques) pour une assiette de 30 Md€ (cf. Acoss stat n°42) et un taux de cotisations patronale et salariale maladie de 13,55%.

e) les créances sur l'Etat pèsent sur les comptes des régimes d'assurance maladie

Selon la note de conjoncture CCSS de mai 2007, le montant de la dette de l'Etat¹⁵ vis-à-vis du régime général à laquelle il faudrait ajouter celle du FFIPSA, atteint 5,8 Md€ fin 2006, soit une augmentation de 450 M€ par rapport au 31/12/2005. Selon la DSS, ce montant est ramené à 5 Md€ après un versement de l'Etat en janvier 2007 pour l'exercice 2006. Pour l'ensemble des régimes, la situation nette après versement de l'Etat pour 2006 atteint 7 Md€.

Selon la DSS, la part de l'assurance maladie du régime général pour l'exercice 2006 représente environ 2,5 Md€ (ramenés à un peu plus de 2 Md€ après versements de l'Etat en janvier 2007 pour l'exercice 2006). Cette dette ne pèse pas directement sur le compte de résultat, celui-ci étant exprimé en droits constatés. Elle dégrade cependant la trésorerie de la sécurité sociale et accroît ses charges financières qui, elles, impactent le solde du régime. Toutefois, une affectation supplémentaire de droits tabacs à partir de 2007 correspond à la prise en charge de ces frais financiers.

2) la diminution du rythme de croissance des dépenses brutes

a) l'évolution des dépenses du champ de l'ONDAM

Le rythme de croissance de l'ONDAM s'est inscrit à des niveaux sensiblement inférieurs à la tendance des dépenses observée en 2004.

Le point le plus haut de croissance de l'ONDAM a été atteint en 2002 avec 7,2 %. Depuis cette date, la croissance de l'ONDAM diminue (6,4 % en 2003, 4,9% en 2004, 4 % en 2005 et 3,1% en 2006).

Sur la période récente, le taux de croissance de l'ONDAM a été constamment inférieur à l'évolution tendancielle de 5,5% de 2004 constatée dans le rapport de la CCSS de juin 2004. Par rapport à cette référence, c'est près de 4 points de croissance qui auront été évités en deux ans, ce qui représente une économie supérieure à 5 Md€ en deux ans soit environ 45 % de l'effort réalisé sur le solde tendanciel.

Cette décélération a concerné l'ensemble des secteurs du système de soins sauf le secteur médico-social, mais la création de la CNSA (Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie) a conduit à partager l'impact de la croissance des dépenses médico-sociales entre deux financeurs et à limiter la croissance de la partie « médico-sociale » de l'ONDAM.

Les prévisions actuelles du comité d'alerte pour 2007 conduisent cependant, avant mesures correctrices, à une reprise de l'évolution des dépenses. Le rythme serait selon le dernier rapport de la CCSS celui de la tendance de 2004, soit 4 % (1,4 point de plus que le rythme prévu par la LFSS 2007).

¹⁵ La dette de l'Etat est partagée entre les exonérations ciblées (financement d'activité de services à domicile par exemple) et les prestations à la charge de l'Etat [comme l'API (allocation parent isolé), l'AAH (allocation adulte handicapé) et l'AME (aide médicale d'Etat) pour le secteur maladie-solidarité].

Tableau 6 – Décomposition des dépenses dans le champ de l'ONDAM

	Objectif 2006^(*) voté en 2007 (Md €)	Ecart/objectif 2006 ^(**) (Md €)	Variation par rapport à l'année précédente				
			2003	2004	2005	2006(p)	2007(p)
Soins de ville	66,0		6,2%	4,3%	3,1%	2,4%	3,6%
Etablissements sanitaires	63,7		5,5%	4,5%	4,4%	3,1%	3,8%
Medico social	11,0		9,0%	9,0%	7,8%	6,1%	7,0%
Autres	0,6						
ONDAM	141,3	0,5(p)	6,4%	4,9%	4,0%	3,1%	4,0%
PIB en valeur			3,0%	4,1%	3,5 %	4,3 %	

Source : rapport de la CCSS de juin 2007 (p) pour provisoire

^(*) objectif voté en LFSS 2007, soit 700 M€ de plus sur l'ONDAM total par rapport à l'objectif voté en LFSS 2006. ^(**) L'écart à l'objectif est à considérer par rapport aux dernières réalisations (base réactualisée, objectif voté en LFSS 2007) et non par rapport à l'objectif fixé en décembre 2006. Si on ajoute les 500 M€ de dépassement de l'objectif 2006 voté en 2007 aux 700 M€ de réactualisation de l'objectif 2006 voté en LFSS 2007, l'objectif voté en LFSS 2006 est dépassé de 1,2 Md€.

NB : dans la LFSS pour 2007, l'ONDAM 2007 prévu est 144,8Md€ (dont 66,7 pour les soins de ville, 65,8 pour les établissements sanitaires, 11,7 pour le médico-social et 0,7 pour le poste « autres »).

b) l'engagement des régimes d'assurance maladie est stable. La diminution du déficit n'est pas due à une baisse du taux de prise en charge des dépenses reconnues.

Contrastant avec l'évolution antérieure où les dépenses de l'assurance maladie progressaient plus vite que la CSBM¹⁶, on est maintenant dans une phase de stabilisation.

Le taux de remboursement des dépenses remboursables s'est en effet stabilisé depuis quelques années : il est identique en 2000 et en 2005 avec 81,1 % (cf. tableau 8 *infra*). On peut approcher l'évolution à travers le taux de remboursement des dépenses du régime général. Selon la CNAMTS celui-ci serait à peu près stable sur la période 2004-2006 pour les soins de ville (voir page 26 : 81,8 % en 2004, 81,3 % en 2005 et 81,6 % en 2006 contre des taux proches de 81% au début des années 2000)¹⁷ ou pour les cliniques (98,8 % en 2005 et 98,7 % en 2006)¹⁸.

Selon la DREES, le taux de prise en charge moyen par l'assurance maladie des dépenses de santé (calculé comme la part des dépenses remboursées dans la CSBM) a également peu varié entre 2000 et 2005 (cf. tableau 8). Les données disponibles sur la dernière période montrent néanmoins une légère régression entre 2005 et 2004 (cf. tableau 7). Il est possible que la mise en œuvre du parcours de soins et notamment la baisse du taux de remboursement pour les actes effectués hors parcours engendre pour 2006 une évolution similaire.

¹⁶ Une analyse récente de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) retrace l'évolution de la CSBM depuis 1950 (A.Fenina, « Cinquante années de dépenses de santé. Une rétropélation de 1950 à 2005 », Drees, Etudes et Résultats n°572, mai 2007). Selon cette étude, la consommation de soins et de bien médicaux (CSBM) en points de PIB a fortement cru en cinquante ans. « De 1950 à 2005, la part de la CSBM dans le PIB a été multipliée par 3,5, passant de 2,5 % à 8,8 % du PIB » (graphique 1). « La CSBM en valeur a progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,5 points à celui du PIB, 11,2 % pour la CSBM contre 8,7 % pour le PIB ». La part du financement de la CSBM par la sécurité sociale est passée de 50 % au début des années cinquante à plus de 75 % dans les années 2000, avec néanmoins une période de relative stabilité à partir des années quatre-vingt qui on connu le taux le plus important de la période (80 %).

¹⁷ Taux de remboursement en dates de soins, données Cnamts, métropole, y compris PDS (permanence des soins) et RMT (rémunération médecins traitants).

¹⁸ Taux moyen de remboursement des cliniques privées pour le régime général, données Cnamts.

**Tableau 7 – Evolution de la CSBM
et des principaux taux de prise en charge**

	2004(<i>sd</i>)	2005(<i>p</i>)	2006(**)
Taux de croissance de la CSBM	5,1%	3,9%	en attente Commission des comptes de la santé
Ratio dépense remboursée/CSBM ^(*)	77,3	77,1%	en attente Commission des comptes de la santé
Ratio dépense remboursée/dépense présentée au remboursement	82,5%	82,5%	en attente Commission des comptes de la santé
Ratio dépense remboursée/dépense reconnue	87,0%	86,8%	en attente Commission des comptes de la santé

Source : DREES, *Comptes de la santé 2005 (base 2000)*

(*) ce ratio correspond au taux de prise en charge par la sécurité sociale défini par la Drees

(**) les chiffres 2006 seront disponibles lorsque la Commission des comptes de la santé aura eu lieu (septembre 2007) ; la rétropolation pour 2004 et 2005 sur la base des Comptes de la santé 2006 modifera légèrement les chiffres présentés dans ce tableau pour ces deux années.

(*sd*) pour semi-définitif, (*p*) pour provisoire

Tableau 8 – Ventilation de la CSBM par nature de dépenses en 2000, 2004 et 2005

	2000		2004		2005	
	Indice	Montants (Md €)	Indice	Montants (Md €)	Indice	Montants (Md €)
CSBM	100,0	115,1	100,0	145,0	100,0	150,6
Médicaments non remboursables, certaines lentilles oculaires, ...	5,0	5,7	4,8	7,0	4,9	7,3
Dépense remboursable	95,0	109,4	95,2	138,0	95,1	143,3
Médicaments remboursables non présentés au remboursement, soins non présentés au remboursement	1,7	1,9	1,6	2,3	1,6	2,4
Dépense présentée au remboursement	93,3	107,5	93,6	135,7	93,6	140,9
Dépassements	4,6	5,3	4,7	6,8	4,7	7,1
Dépense reconnue	88,8	102,2	88,9	128,8	88,9	133,8
Ticket modérateur, forfait journalier	11,7	13,5	11,6	16,8	11,7	17,7
Dépense remboursée	77,1	88,7	77,3	112,0	77,1	116,2

Source : DREES, *Comptes de la santé 2005 (base 2000)*

(*) sont compris ici les dépassements sur les honoraires médicaux et dentaires

c) l'évolution des autres dépenses de la branche maladie¹⁹

c1) évolution des dépenses liées à la maternité

Les prestations légales liées à la maternité évoluent à un rythme rapide lié à la croissance de la natalité. Elles passent de 5 Md€ en 2004 à 5,7 Md€ en 2006, soit une croissance de 15 % environ en deux ans (plus de 10 % en euros constants). A l'intérieur de cet ensemble, ce sont

¹⁹ Cette partie se concentre sur les données du régime général.

les soins de santé qui évoluent le plus vite. Ils représentent environ 50 % du total mais sont déjà inclus dans l'ONDAM dont ils représentent moins de 2 % du total. Les indemnités journalières (IJ) du régime général, maternité et paternité, qui sont, elles, hors ONDAM, croissent régulièrement depuis 2004. Leur évolution est un peu supérieure à celle de l'ONDAM total, ce qui reflète la forte augmentation des naissances en 2006, qui atteignent selon l'Insee leur niveau le plus élevé depuis le début des années quatre-vingt (+23 700 naissances en 2006²⁰). Elle reste cependant jusqu'en 2006, relativement proche de l'évolution de la masse salariale.

Tableau 9 – Les indemnités journalières maternité (Régime général)
en millions d'euros

	2004	2005	%	2006	%	2007	%
Total	2 451	2 516	2,7%	2 609	3,7%	2 686	3,0%
dont IJ maternité	2 272	2 329	2,5%	2 412	3,6%	2 478	2,7%
dont IJ paternité	179	187	4,9%	197	5,2%	208	5,8%

Source : rapport de la CCSS de juillet 2007 (DSS –SDEPF/6A)

c2) les dépenses d'invalidité

Les pensions d'invalidité atteignent plus de 4,3 Md€ en 2006. Leur rythme de croissance est particulièrement dynamique même s'il se ralentit à la fin de la période. Ce poste a donc tendance à contribuer à un accroissement du déficit mais l'impact reste faible dans la mesure où les dépenses ne représentent que l'équivalent de 3 % de l'ONDAM.

Tableau 10 – Les pensions d'invalidité (régime général)
en millions d'euros

	2004	2005	2006	2007
Montants	3 781	4 072	4 269	4 454
Progression en valeur	8,1%	7,7%	4,8%	4,3%
dont revalorisation	1,7%	2,0%	1,8%	1,8%
dont effet volume	6,3%	5,6%	3,0%	2,5%

Source : rapport de la CCSS de juillet 2007 (DSS –SDEPF/6A)

c3) les autres dépenses

- **dépenses de gestion** : 6 Md€ - croissance d'environ 1,5 % par an ; nulle en euros constants
- **dépenses d'action sanitaire et sociale** : 1 Md€ - croissance d'environ 6 % en moyenne annuelle
- **charges financières** : le transfert CADES représente environ 300 M€ d'économie annuelle en frais financiers.

*

* *

²⁰ France entière.

Conclusions

- 1) malgré les efforts mis en œuvre sur les recettes et sur les dépenses, le déficit reste élevé, un peu inférieur à 5% des dépenses remboursées. La date du retour à l'équilibre a constamment été repoussée.
- 2) l'effort réalisé sur la période 2005-2006 diminue le déficit de 10 Md€ par rapport au scénario tendanciel analysé en 2004.
- 3) Cet effort est lié environ pour 45 % aux recettes nouvelles, pour une part équivalente à la décélération des dépenses du champ de l'ONDAM et pour le solde à la décélération des autres dépenses de l'assurance maladie.
- 4) Ce résultat a été obtenu sans désengagement de la sécurité sociale.

On est en décalage durable par rapport aux objectifs pluriannuels des finances publiques.

III - Transfert à la CADES et endettement

1) le transfert sur la CADES

La loi du 25 août 2004 avait prévu le transfert à la CADES des déficits cumulés jusqu'en 2006 dans la limite de 50 Md€. Au total 47 Md€ de dettes ont été transférées sur la période 2004-2006 au titre du régime général.

2) le sort du déficit 2007

La loi précitée ne prévoyait pas de disposition permettant de transférer de nouveaux déficits au-delà de 2006.

La loi organique du 2 août 2005 sur les lois de financement de la sécurité sociale a, elle, prévu que tout nouveau transfert de dette (on n'en élimine donc pas la survenue) doit être accompagné d'une hausse des recettes²¹ afin d'éviter un allongement de la durée d'amortissement de la dette.

Deux options sont donc concevables :

a) d'un point de vue comptable rien n'empêche l'assurance maladie de conserver le déficit dans ses comptes. La traduction en trésorerie de ce déficit alourdira cependant ses charges financières. Sa gestion dans le cadre d'un plafond d'avances, à nouveau augmenté dans la LFSS, montrerait à l'évidence le dévoiement du concept de plafond supposé à l'origine permettre de faire face aux variations de trésorerie liées au décalage dans les calendriers d'encaissement des cotisations et de décaissement des prestations²².

b) en revanche, sur la base de la loi organique, un nouveau transfert de déficit à la CADES devrait conduire à une très légère majoration de la CRDS.

²¹ Article 20 de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale :

« Après l'article 4 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, il est inséré un article 4 bis rédigé :

« Art. 4 bis. - Sous réserve des dispositions législatives en vigueur à la date de la publication de la loi organique n° 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des 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. »

²² La constance de ce plafond a amené l'ACOSS à s'engager dans la gestion financière.

SECTION II - LE SYSTEME DE PRISE EN CHARGE

I - L'étendue des prises en charge

Les prises en charge des dépenses de soins par les régimes de base résultent :

- de l'étendue, de la qualité et de la disponibilité des biens et services pris en admis au remboursement
- du taux de remboursement

La première ambition – et sa priorité catégorique – du système d'assurance maladie est de garantir que les soins sont effectués au niveau qui intègre le progrès technique et assure la sécurité des patients. Et de le faire de façon solidaire, c'est-à-dire pour tous. Il est alors logique d'en assumer la charge financière.

1) notre équipement hospitalier est de grande qualité. Sans doute peut-on regretter le déficit sur ou tel ou tel segment (par exemple en matière de long séjour). Mais le trait dominant est celui d'une offre étendue et d'une haute qualité technique.

2) évolution du panier de biens

Dans son rapport de janvier 2004 (pages 14 et sq), le HCAAM avait appelé à une « gestion plus active et critique du périmètre des biens et services admis au remboursement ».

On doit mettre en œuvre ce principe sur deux plans :

- intégrer dans le panier de biens les prestations les plus utiles pour la qualité de la prise en charge
- mais aussi, le cas échéant, déclasser ou diminuer le taux de prise en charge en fonction des critères d'efficacité et d'efficience.

a) le Haut Conseil estime que, dans l'ensemble, la gestion de notre système de soins prend correctement en compte le progrès technique.

L'introduction d'une nouvelle technologie de santé (médicament, acte ou dispositif médical) est un élément déterminant de la dynamique du panier de biens et services remboursables. Désormais, elle intervient après avis, favorable ou défavorable, de la HAS²³. L'évaluation par une même institution de l'ensemble des technologies de santé devrait permettre de coordonner les actions d'évaluation chaque fois que cela est nécessaire.

Pour le Haut Conseil, les médicaments innovants sont introduits à des conditions de rapidité et de prix cohérents. De même, les référentiels et protocoles de soins sont définis pour assurer une haute qualité des prises en charge.

²³ Désormais, l'évaluation scientifique des biens et services de santé est assurée par trois commissions spécialisées d'une même institution, la HAS : Commission de la transparence (CT) pour les médicaments, la Commission d'évaluation des produits et prestations (CEPP) pour les dispositifs médicaux et les autres produits de santé, la commission d'évaluation des actes professionnels (CEAP) pour les actes professionnels.

Preuve de la dynamique de l'évolution du panier de soins : en 2005, l'impact du déremboursement de médicaments a été de 250 millions d'euros celui des nouvelles inscriptions a été de 900 millions d'euros.

Par ailleurs il ne suffit pas que des biens soient « dans le panier » pour que les objectifs de qualité et d'équité soient *ipso facto* respectés. Encore faut-il que leur tarification soit réaliste (le marché dentaire en est un contre exemple).

C'est dans l'ensemble le cas.

Si le Conseil partage cette appréciation, il conviendra d'en souligner l'importance primordiale dans le jugement à porter sur notre système²⁴.

b) son jugement est plus nuancé sur la prise en compte du critère d'efficience.

Sans doute enregistre t-on des avancées – parfois à la suite d'un cheminement long et difficile.

C'est le cas par exemple dans le secteur du médicament avec la suppression du champ des dépenses remboursables de certains médicaments ou le passage provisoire du taux de remboursement à 15%. Au vu de l'impact de ces mesures sur le comportement de prescription et de consommation, on mesure l'importance de ce type d'avancées²⁵.

Mais la révision du service rendu ne se fait pas à un rythme suffisant, que ce soit pour les actes, les médicaments ou les dispositifs médicaux. Des marges de manœuvre importantes se trouvent encore dans des actes ou prestations pour lesquels le service rendu est insuffisant.

Et la politique des prix – donc des bases de remboursement – ne parvient pas à corriger de façon suffisamment précoce et ferme les incohérences du panier de biens. Elle ne parvient pas notamment à éviter le maintien dans le panier de biens de médicaments « *me too* » dont le prix est supérieur au couple princeps/génériques.

Le Haut Conseil s'est par ailleurs interrogé sur la pertinence de rembourser – à hauteur de 800 M€ – les médicaments à vignette bleue de prescription facultative dont l'utilité est faible et dont le prix unitaire est suffisamment bas pour qu'on puisse en laisser la charge aux ménages.

Pour améliorer la prise en compte du critère d'efficience, le Haut conseil estime que la réflexion pourrait utilement être menée pour envisager le panier de biens remboursables de manière moins cloisonnée afin de mieux prendre en compte les stratégies de soins définies pour les pathologies.

²⁴ Il conviendrait de souligner que l'effort doit être poursuivi sur les maladies rares (notamment par une politique volontariste de recherche sur les médicaments qui mériterait d'être promue à l'échelle européenne).

²⁵ Le déremboursement de médicaments intervenu en 2006 a eu pour conséquence une baisse des prescriptions de plus de 50 % (Impact économique de la modification des conditions de remboursements des SMRI en 2006, Mutualité Française, juin 2007).

II - Evolution des prises en charge

A) Les modifications intervenues ne sont pas majeures

Le système de prise en charge n'a pas connu sur la période de modification significative de son architecture, même si l'introduction du principe d'une participation forfaitaire ou d'un parcours de soins coordonnés relève d'une philosophie jusque là jamais mise en œuvre.

1) dans les régimes de base

Le taux de prise en charge est resté quasiment stable. Cette stabilité résulte de deux évolutions de sens contraire. La forte croissance des actes sans ticket modérateur (notamment les dépenses des assurés en ALD) « tire » le taux de prise en charge vers le haut. Pour compenser cet effet, on a mis en œuvre des mesures qui augmentent surtout le reste à charge des assurés non exonérés.

a) la croissance des prises en charge intégrale

a1) la progression des dépenses exonérées en soins de ville

Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de ville (régime général)

	2003	2004	2005	2006	Team 2003/06
total des remboursements de soins de ville	40 404 112	42 371 480	43 786 746	45 194 041	3,8%
avec Ticket Modérateur	18 267 438	18 729 188	19 214 228	19 440 566	2,1%
sans Ticket Modérateur	22 136 675	23 642 292	24 572 518	25 753 475	5,2%
part des prises en charge intégrale dans l'ensemble des remboursements	54,8%	55,8%	56,1%	57,0%	

Sources : Cnamts, statistiques mensuelles, risques maladie, maternité et AT

a2) la contribution des ALD à la croissance des dépenses

Evolution des soins de ville

	Evolution de la dépense remboursable			Contribution à la croissance	
	ALD	NON ALD	TOTAL	ALD	NON ALD
2003/2002	10,4%	4,3%	6,2%	3,3%	2,9%
2004/2003	11,8%	1,5%	4,9%	3,9%	1,0%
2005/2004*	7,4%	1,9%	3,9%	2,6%	1,2%
2005/2004**	8,9%	1,1%	3,9%	3,1%	0,7%

Sources : CCSS de septembre 2006

*données brutes ** données redressées

Cette évolution – qui est un trait majeur de notre système de prise en charge – est liée en premier lieu à la forte poussée des effectifs

Effectifs des bénéficiaires en ALD^(*)

	2004 (e)	2005	2006
Régime Général	7 050 000	7 421 099	7 686 890
MSA	795 676	825 183	832 317
RSI	376 600	392 515	401 158
TOTAL	8 222 276	8 638 797	8 920 365

Sources : CNAMTS, MSA , RSI.

(e) : estimation (*) il s'agit des ALD 30, 31 et 32

La croissance de l'effectif des assurés en ALD résulte du vieillissement pour $\frac{1}{4}$ selon la CNAMTS et de l'augmentation de la prévalence des maladies ALD à tous âges pour $\frac{3}{4}$. Par contre, on n'enregistre pas de différence significative dans l'évolution de la dépense moyenne par assuré.

b) les mesures augmentant le reste à charge – RAC – (hors dépassements)

Les mesures intervenues peuvent être classées en cinq catégories.

a1) les mesures liées au recours aux médecins

- *les recours aux médecins font l'objet d'un abattement sur le remboursement.*

Il s'agit, dans l'esprit des promoteurs de la mesure, de faire prendre conscience aux assurés – par le versement d'une somme minime – que l'assurance maladie a un coût et qu'il faut en faire un usage raisonnable. Mais on n'en attend pas de changement significatif de comportement (ce qui serait le cas si l'abattement était d'un montant si élevé qu'il dissuade les assurés modestes de recourir aux médecins).

Ce choix a emporté quatre conséquences logiquement liées :

- + l'abattement est de portée générale ; les exonérations sont minimes (c'est ainsi que la participation forfaitaire est appliquée aux assurés en ALD qui mobilisent plus de 30 % des C, CS et V)
- + la quotité est faible
- + comme la dispersion des recours est forte (le dernier décile des assurés a recours plus de 23 fois aux médecins libéraux dans l'année contre 6,3 pour les autres assurés), on plafonne l'abattement
- + l'abattement ne peut être pris en charge par les complémentaires ; il est supporté directement par l'assuré.

L'abattement est fixé à un euro.

La participation forfaitaire

Elle s'applique sur les consultations et actes médicaux (médecin de ville ou en consultation externe des hôpitaux), y compris radiographie et les analyses de laboratoire.

Elle est limitée par deux plafonds :

- Un plafond annuel de 50 participations soit 50€ par bénéficiaire et par année civile.
- Un plafond journalier : 1€ pour un même bénéficiaire, un même professionnel de santé, une même date de soins, au-delà desquels la retenue de la participation forfaitaire n'est plus effectuée²⁶.

Les exonérations concernent les bénéficiaires de la CMUC, les femmes enceintes et les mineurs, soit une perte de rendement d'environ de 17%. Voir ci-dessous le tableau récapitulatif des exonérations.

On estimait à l'époque que le plafond entraînerait une perte de rendement de 35% (environ 270 M€ tous régimes).

Le rendement attendu de l'abattement était alors de 450M€.

- la pénalisation des assurés en cas de recours aux médecins « hors parcours » - mesure en application effective – d'une part, de refus de « servir » le DMP d'autre part – mesure qui ne sera appliquée qu'à terme. Ce régime n'est pas appliqué aux mineurs de moins de 16 ans.

La pénalisation est double :

- + moindre remboursement par les régimes de base (60% au lieu de 70 % et dans la limite de 2,5 €²⁷)
- + risque de supporter des dépassements chez les médecins de secteur I. Le « dépassement autorisé » est au maximum de 17,5% du tarif des actes coordonnés.

Elle est à la charge directe de l'assuré puisque, en ayant recours au contrat responsable, on interdit de fait la prise en charge des deux pénalisations²⁸. Les organismes complémentaires ne peuvent prendre en charge ni la majoration de ticket modérateur, ni le dépassement « autorisé » en secteur I ni, à hauteur de 8€, le dépassement en secteur II. Dans l'hypothèse d'un acte à 33 € (tarif de base de 28€, majoré de 17,5%), le remboursement effectif est de 15€ (60 % de la base de remboursement de 25€, somme diminuée de la participation forfaitaire de 1 euro) conduisant à un taux de prise en charge de 45% contre 70% antérieurement.

Les assurés se sont inscrits en masse auprès d'un médecin traitant (80% en mars 2007) et les consultations hors parcours sont de faible fréquence.

²⁶ Dans le cadre des mesures proposées par l'assurance maladie en réponse à la notification du Comité d'alerte de juin 2007, le plafonnement journalier sera porté prochainement à 4€

²⁷ Dans le cadre des mesures proposées par l'assurance maladie en réponse à la notification du Comité d'alerte de juin 2007, le ticket modérateur hors parcours de soins sera porté prochainement à 50% et dans la limite de 5€

²⁸ On note que le contrat de CMUc n'exclut pas la majoration de TM mais il exclut le dépassement autorisé qui reste donc à la charge du bénéficiaire de la CMUc le cas échéant.

L'économie faite par les régimes de base au titre du « hors parcours » est de 130M€ pour 2006.

Compte tenu des dépassements hors parcours, pour près de 25 M€, l'augmentation du RAC des ménages liée au non respect du dispositif du médecin traitant est estimé à 155 M€.

a2) des « mesures de rendement »

Il ne s'agit pas ici de tenir compte du comportement des assurés mais de diminuer les charges des régimes de sécurité sociale

- *on a substantiellement augmenté le forfait journalier* (qui est passé entre 2004 et 2007 de 13 à 16€) pour une économie de 300M€ sur trois ans qui pour l'essentiel sera « couverte » par les contrats de complémentaire. Les exonérations – dont le champ n'a pas été modifié – concernent :

- + les assurés qui supportent un ticket modérateur supérieur au forfait (pas de cumul forfait/TM)

- + les femmes enceintes de plus de six mois, les assurés pris en charge au titre des accidents du travail et maladies professionnelles, les assurés pris en charge au titre de l'article L115 du code des pensions militaires, les mineurs de moins d'un mois en cas d'hospitalisation.

- on a institué une franchise de 18 euros pour les actes – effectués en ville et dans les établissements de santé – supérieurs à 91€ (valeur correspondant à l'ex-K50). Il s'agissait de corriger une anomalie dans la prise en charge : gratuité complète au dessus de K50 ; application du ticket modérateur de 20% en deçà (le ticket pouvant atteindre alors 18€). Le rendement attendu était évalué à 100M€. La mesure n'est pas en application dans les hôpitaux publics. Les exonérations sont fréquentes (voir ci-dessous).

Les assurés qui paient / ne paient pas :

Dispositifs :	1 euro	18 euros	Forfait journalier à l'hôpital	Ticket modérateur à hôpital	Parcours de soins
les bénéficiaires de la CMU c	exo	exo			
les femmes enceintes à compter du 6ème mois de grossesse	exo	exo	exo	exo	
Patients en ALD		exo		exo	
AT et MP		exo	exo	exo	
Pension d'invalidité		exo			
L115 du code des pensions militaires			exo		
les mineurs de 0 à 1 mois hospitalisés	exo	exo	exo	exo	exo
les mineurs de 0 à 16 ans	exo				exo
Les mineurs de plus de 16 ans	exo				
Mineurs allocataires éducation spéciale			exo		
Les assurés de droit commun					
-dont Assurés de droit commun de durée hospit > 30j		exo		exo	
-dont Assurés de droit commun exonérés au titre du K50				exo	

Ce tableau appelle deux remarques

- lorsqu'il s'agit de sommes minimes (l'euro compte tenu du plafond, la franchise de 18 euros compte tenu du caractère peu répétitif de la plupart des actes concernés), on peut s'interroger sur la pertinence de certaines exonérations, même si on comprend les motifs qui les ont inspirées.
- malgré l'ampleur des exonérations, on verra ci-dessous que certains assurés supportent au titre du ticket modérateur et du forfait journalier des restes à charge parfois élevés.

a3) la baisse des taux de remboursement de certains médicaments

La première mesure a consisté à faire passer le taux de remboursement des veinotoniques de 35% à 15%, à partir du 1^{er} janvier 2006 jusqu'au 1^{er} janvier 2008. Compte tenu de la consommation de cette classe de médicaments en 2005 et de la baisse de prix de 15% intervenue depuis le 1^{er} février 2006, la diminution des remboursements pour les régimes de base s'établirait à 130 Millions d'euros en 2006, dans l'hypothèse de comportements inchangés.

Rappelons qu'après cette période de deux ans, ces médicaments à vignette orange ne seront plus remboursés.

La seconde mesure a consisté à dérembourser le 1^{er} mars 2006 282 médicaments à Service Médical Rendu Insuffisant (il s'agit essentiellement d'expectorants, de fluidifiants bronchitiques et d'antidiarrhéiques). Compte tenu du marché de cette classe de médicaments en 2005, on peut estimer qu'à comportement de consommation constant, la diminution de la charge du remboursement pour les régimes de base s'établirait à 250 millions d'euros.

La baisse des taux de remboursement entraînerait ainsi une économie pour les régimes de base de 380 millions d'euros.

a4) la gestion de l'ordonnancier bi-zone

L'objectif d'améliorer le respect de la réglementation de l'ordonnancier bizona et des feuilles de soins figurait dans la convention du 12 janvier 2005 et fut précisé dans son avenir 12²⁹. La CNAMETS avait chiffré l'économie potentielle à 450 M€. L'objectif pour 2005 était de diminuer de cinq points le ratio des dépenses en rapport avec une affection de longue durée relativement à l'ensemble des dépenses (ratio ALD). Pour 2006, l'objectif a été fixé à quatre points de diminution et pour 2007 à un point.

Evolution du « ratio ALD » pour les médecins libéraux – Régime général

Médecins libéraux	2002	2003	2004	2005	2006
en %	79,6	80,5	81	80,5	80,2

Sources : CNAMETS.

²⁹ Avenir de mars 2006

Evolution du « ratio ALD » pour l'ensemble des prescripteurs

Tous prescripteurs	2004	2005	2006	févr-07
Régime général	82,11%	82,34%	82,89%	82,96%
MSA	81,75%	81,22%	80,95%	80,68%
RSI		80,08%	79,86%	79,80%

Source : Tableaux de bord URCAM, RSI

En décembre 2006, 82,9% des dépenses des personnes en ALD étaient remboursées à 100% contre 82,1% en décembre 2004 pour le régime général. Il faut voir dans cette évolution sur deux ans l'amorce d'un changement de tendance : chaque année depuis 2001, le ratio des dépenses sans ticket modérateur augmentait d'un point.

La dépense continue d'augmenter pour les régimes de base, mais au vu de cette tendance passée, le rythme d'augmentation se ralentit. Un montant d'« économies » a été estimé pour les régimes de base à 88 millions pour 2005 et 80 millions pour 2006.

Le suivi de l'ordonnancier bi-zone

Pour certains, le ratio : montants remboursables en rapport avec l'ALD sur montants remboursables totaux, ne permet pas un suivi complet des évolutions de prescriptions dans le cadre de l'ordonnancier bi-zone. Par exemple, l'arrêt de prescription de certains médicaments ne se traduit pas par une baisse de ce ratio, les montants en rapport avec l'ALD étant alors autant affectés que les montants totaux de dépense.

Il apparaît donc nécessaire au Haut Conseil d'affiner ce ratio. La Cnamts a identifié des médicaments dont la prescription est plus spécifique à certaines ALD. En suivant la prescription de ces médicaments, il devient ainsi possible de suivre avec plus de précision les prescriptions qui doivent être prise en charge à 100 %. Par exemple, la Cnamts estime que pour les patients en ALD, le pourcentage d'IPP³⁰ prescrits à 100 % ne devrait pas excéder 30 à 40% (patients avec complications gastriques) ; dans le même sens, les médicaments de l'adénome de la prostate ne devraient en fait jamais être déclarés en rapport avec l'ALD. La Cnamts a constaté que depuis la mise en place de la Convention de 2005, le respect de l'ordonnancier bi-zone pour de tels médicaments a tendance à s'améliorer, ce qui reste moins vrai pour les autres types de prescriptions.

a5) l'augmentation du ticket modérateur à l'hôpital liée à la réforme des tarifs journaliers de prestations

- Les principaux chiffres

L'exonération du ticket modérateur est massivement la règle à l'hôpital. Seuls les assurés qui sont hospitalisés pour un séjour ne comportant pas d'acte technique exonérant et dont la durée est inférieure à 30 jours acquittent le ticket modérateur : ce sont environ 2,3 millions d'assurés (pour 3 millions de séjours) qui ne sont pas exonérés et peuvent supporter de gros restes à charge (en moyenne 500€). En 2006 a été institué un ticket modérateur forfaitaire de 18 €.

- La suppression du mécanisme de compensation des groupes 1 et 2 des recettes.

³⁰ Inhibiteurs de la pompe à proton (de la classe thérapeutique du système digestif).

A l'hôpital le ticket modérateur est calculé sur la base des tarifs journaliers des prestations (TJP) ; les recettes correspondantes sont comptabilisées dans le groupe 2 de la section d'exploitation du budget.

Le décret du 14 janvier 2005 (n° 2005-30) a modifié le mécanisme de report des plus ou moins values de recettes du groupe 2. Jusqu'à l'exercice 2004, si les recettes réalisées sur le groupe 2 étaient inférieures à la prévision, le déficit constaté était couvert par ajout aux charges couvertes par la dotation globale. A compter de l'exercice 2005, elles restent à la charge de l'établissement. Symétriquement, les plus values de recettes constatées restent désormais acquises à l'établissement, au lieu de venir minorer la dotation globale suivante.

Il en est résulté, en pratique, un rattrapage des TJP, qui avaient tendance à être minorés les années précédentes. Le RAC – sur ce point largement porté par les organismes complémentaires – a donc augmenté en 2005.

Ainsi les recettes des TJP comptabilisées dans les établissements publics de santé ont connu les évolutions suivantes :

	2003	2004	2005
recettes des TJP	1 386 896	1 417 645	1 488 678
variation n/n-1		30 749	71 033
variation en %		2,2 %	5,0 %

Source : Direction générale de la comptabilité publique

A ces chiffres, il conviendrait toutefois d'ajouter ceux des établissements privés PSPH pour lesquels il n'existe pas en 2005 de centralisation nationale des comptes. Considérant le poids budgétaire de ces établissements par rapport aux EPS une correction à la hausse de 15 % de des données ci-dessus peut être opérée.

Les comptes définitifs 2006 ne sont pas encore disponibles. Dans son rapport 2006 le HCAAM avait chiffré à 110 millions le ticket modérateur.

*

* *

Au total – lorsque toutes les mesures en cause seront pleinement appliquées et à supposer que les estimations soient justes – les mesures analysées ci-dessus portent sur un total de près de 2 Md€ depuis 2004.

Ces 2 Md€ supplémentaires en 3 ans sont à mettre en regard de l'évolution "spontanée" des reste à charge qui résulte mécaniquement de l'évolution de la dépense totale de santé. Ils sont partiellement compensés par la décélération de la dépense depuis 2004, qui se traduit par une décélération à due concurrence de la part à la charge des ménages et des OC.

C'est d'ailleurs ce qui explique que l'on n'observe qu'une baisse limitée du taux de prise en charge des dépenses de santé par la sécurité sociale en 2005 : 0,14 point, soit environ 300 millions d'Euros (sur une dépense de 190 Md€).

On estime de façon très rudimentaire que les OCAM ont pris à leur charge 1 milliard sur les 2 Md€ supplémentaires.

Les ménages n'auront pas, au terme de la montée en charge des mesures, supporté le solde. En effet, les baisses de prise en charge de certains médicaments ont conduit les médecins à moins prescrire les médicaments de l'espèce d'une part, les assurés à en acheter peu en automédication d'autre part. C'est le cas des médicaments veinotoniques, pour lesquels la baisse du taux de remboursement intervenue en 2006 a eu pour conséquence une baisse des prescriptions d'environ 25 %, sans engendrer un recours massif à l'automédication qui ne représente en 2006 que 5% des boîtes vendues³¹. (Voir en annexe 1)

c) La combinaison des éléments analysés ci-dessus explique la quasi stabilité du taux de prise en charge par les régimes de base

Evolution des taux de prise en charge par segment de soins

	2003	2004	2005	2006
Evolution du ratio dépenses remboursées / dépenses remboursables				
Soins de ville ^(*)	81,9%	81,8%	81,3%	81,6%
Honoraires du secteur privé ^(*)	80,4%	80,7%	79,3%	78,9%
Médicaments ^(*)	74,6%	74,9%	75,2%	76,4%
Secteur hospitalier à tarification administrative (public+PSPH) ^(**)	95,4%	95,5%	95,9%	95,9%
Secteur hospitalier à tarification conventionnelle (privé hors OQN, sous OQN) ^(*)	98,6%	98,7%	98,7%	98,7%
Ensemble maladie (hors DG et médicalisation) ^(**)		82,9%	82,8%	83,3%
Evolution de la part de la sécurité sociale dans le financement de la CSBM				
Part du financement sécurité sociale dans la CSBM ^(***)	77,4%	77,3%	77,1%	en attente Commission des comptes de la santé

Sources : ^(*)données Cnamts (dates de soins, métropole, régime général, y compris PDS et RMT) ^(**)données Cnamts, Statistique mensuelle (dates de remboursements, métropole, régime général) ^(***)données Drees (Comptes de la santé 2005, base 2000)

Ce constat appelle deux remarques :

- 1) le niveau de la prise en charge des dépenses et la stabilité de ce taux ne sont pas connus des Français ; la plupart d'entre eux sont persuadés que la sécurité sociale « rembourse moins bien ». Ce sentiment renvoie au fait que, bien portants dans leur grande majorité, ils n'ont l'expérience que de soins de ville, épisodiques et de faible montant. Or, c'est sur ces segments qu'ont porté les mesures d'augmentation du reste à charge. Très naturellement, ils ne sont pas conscients du développement des dépenses exonérées de ticket modérateur qui sont le fait de la minorité d'assurés ayant de grosses dépenses.

On a certes prévu d'informer les assurés des dépenses que les régimes de base ont engagées pour eux. Mais cette information ne renseigne que très partiellement les assurés. Ils peuvent mesurer leurs dépenses (ils sont souvent surpris par leur niveau qu'ils sous-estiment). Mais ils ignorent que l'essentiel des charges – en forte croissance – porte sur une minorité d'assurés. Il faudrait compléter l'information par une brève présentation des « gros consommateurs ».

³¹ La synthèse de l'étude de la Mutualité Française figure en annexe 1.

L’obligation d’information des assurés et son état d’application

La loi du 13 août 2004 a modifié l'article L.161-31 du code de la sécurité sociale, qui dispose désormais que « sur le premier décompte de l'année civile envoyé à l'assuré figure le montant des dépenses engagées par celui-ci au cours de l'année civile précédente. »

Le RSI a mené cette opération depuis 2004.

La MSA a mené cette opération depuis 2006 (relevés de prestations pour 2005).

La CNAMTS a mis en œuvre à grande échelle le relevé annuel de prestation pour l'année 2006.

En pratique, il semble que l'envoi de ces relevés s'effectue au deuxième trimestre de l'année n+1.

Sont concernés par ce relevé annuel les assurés et les ayants droits ayant eu au moins un remboursement de prestations en nature ou en espèces dans l'année civile (dates de remboursement). Il s'agit des prestations de l'Assurance Maladie et Maternité y compris les actes de prévention. Le montant total des prestations remboursées entre le 01/01/ et le 31/12/ est ventilé en 5 postes :

- Hospitalisation et actes en hôpital ou en clinique
- Médicaments et autres produits
- Consultations et actes médicaux (généralistes, spécialistes, dentistes,...) réalisés en ville
- Autres prestations (examens biologiques, frais de transport, soins infirmiers, kinésithérapie...)
- Prestations en espèces (IJ, allocations de maternité,...)

La participation forfaitaire de 1 euro n'apparaît pas sur le relevé annuel.

- 2) avec la montée des prises en charge intégrales, la stabilité actuelle du taux de prise en charge n'a été obtenue que par des mesures de « déremboursement ». Mais la tendance de fond est réelle (ainsi entre 1999 et 2004, année précédant la période sous revue, les remboursements de soins de ville sans ticket modérateur ont progressé de 55% contre 25% pour ceux avec ticket modérateur).

d) récapitulatif du taux de prise en charge des dépenses reconnues

- taux des personnes en ALD : 91,3% ; taux des personnes non ALD : 78,4 % (EPAS 2004).

- taux par segments de soins : le taux de prise en charge des honoraires médicaux en soins de ville et des médicaments se situe autour de 77 %. Celui des établissements de santé est de l'ordre de 96 %.

e) variation du RAC (dans le champ des dépenses reconnues)

Le RAC prend la forme d'une courbe plutôt croissante avec l'âge :

- de 0-4 ans : 145 €
- de 20-25 ans : 107 €
- de 60-64 ans : 296 €
- 85 ans et plus : 369 €

2) dans les régimes complémentaires

a) évolution des prestations

Sur la base d'un échantillon totalisant 84% du chiffre d'affaires des mutuelles, le Haut Conseil a réévalué à la hausse les prestations versées en 2005 par les mutuelles de 1 Md€. La structure des dépenses n'a pas été modifiée par rapport aux comptes nationaux de la santé de 2005.

Sur ces bases, au sein de la CSBM, sur la période 2001-2005, les prestations des OC³² ont progressé de 31% [+31% pour les mutuelles mais +40% pour les sociétés d'assurance et +20% pour les Institutions de prévoyance(IP)] un peu plus vite que les prestations de sécurité sociale (+ 24%)

- le différentiel de croissance est pour l'essentiel lié :

+ d'une part à la reprise par les OC d'une partie des mesures augmentant le RAC dans le champ des dépenses reconnues. On peut estimer que dans le total de 2 Md€ précités, la moitié environ a pu être couverte par les OC (forfait journalier, redressement de la gestion de l'ordonnancier bi-zone, une partie des médicaments déclassés, l'augmentation des participations journalières à l'hôpital).

+ et vraisemblablement à la croissance des prises en charge des dépassements (honoraires, optique, dentaire, dispositifs médicaux) d'autre part

+ également lié à la suppression des taux de conversion et l'augmentation des tarifs journaliers de séjour (cf. page 25) qui engendrent une augmentation du ticket modérateur et un report sur les OC.

a1) par nature de dépenses

La progression de la population couverte ne joue plus maintenant qu'à la marge. C'est donc la dépense par tête qui explique la croissance des dépenses.

Sur 2001-2005, pour les OC dans leur ensemble, les dépenses de soins hospitaliers, de soins ambulatoires et de biens médicaux augmentent plus que les prestations de sécurité sociale. Mais c'est pour les biens médicaux que la croissance est la plus vive (+30% pour les OC contre +29% pour la sécurité sociale). Or ces biens pèsent proportionnellement plus lourd dans les dépenses des OC (43% des dépenses des OC contre 21% pour les régimes de sécurité sociale).

³² L'évolution des cotisations est analysée page 38.

Pour les mutuelles, la croissance des dépenses est tirée par les biens médicaux (+28%) et les soins ambulatoires (+19%) tandis que les soins hospitaliers croissent moins vite que pour la sécurité sociale. Les sociétés d'assurance ont, pour toutes les dépenses, les taux de croissance les plus élevés : +43% pour les biens médicaux, +54% pour les soins hospitaliers (mais ils ne représentent que 15% des dépenses en 2005). Les IP se caractérisent par un taux de croissance relativement modéré des biens médicaux (+26%) et surtout très modéré pour les soins ambulatoires (+12%).

Evolution des dépenses par segment de soins entre 2001 et 2005

	IP	mutuelles	assurances	ensemble des OC	sécurité sociale
soins hospitaliers	31%	8%	53%	22%	23%
soins ambulatoires	12%	19%	33%	20%	22%
biens médicaux	26%	28%	43%	30%	29%
total CSBM	20%	21%	40%	25%	24%

Sources : Eco-santé 2007

Note de lecture : entre 2001 et 2005, le poste des soins hospitaliers a augmenté de 8 % pour les mutuelles , de 22 % pour l'ensemble des OC et de 28 % pour la sécurité sociale.

Structure des dépenses par segment de soins en 2005

	IP	mutuelles	assurances	ensemble des OC	sécurité sociale
soins hospitaliers	16%	12%	15%	14%	53%
soins ambulatoires	44%	42%	45%	43%	23%
biens médicaux	40%	45%	40%	43%	21%
total CSBM	100%	100%	100%	100%	100%

Sources : Eco-santé 2007

a2) sur le champ des dépassements (10 Md€)

- évolution des dépassements entre 2003 et 2006 en masse : analyse en cours.
- répartition des dépassements par postes : 2 Md€ d'honoraires médicaux, 3,5 Md€ d'honoraires dentaires, 4,5 Md€ pour les postes optique et dispositifs médicaux.
- prise en charge par les OC. Elle est mal connue et n'a guère progressé depuis l'analyse dont le rapport 2006 du Haut Conseil rend compte.

La prise en charge des dépassements

1) l'analyse des contrats collectifs de prévoyance

En 2003, l'IRDES évaluait à 79% la prise en charge moyenne du dépassement sur une consultation de spécialiste à 30€ (pour un tarif conventionné de 23€, 5,50€ sont pris en charge sur 7€, 74% pour une CS à 35€ et 69% pour une CS à 40€. Selon les données dont dispose le CTIP, plus de la moitié des personnes couvertes aujourd’hui par un contrat collectif géré par une institution de prévoyance bénéficierait d’un niveau de remboursement supérieur ou égal à 200% du TM.

2) l'analyse des contrats modaux par la DREES³³

L'analyse menée pour 2005 à partir d'un échantillon très représentatif étudie les contrats modaux, c'est-à-dire ceux qui, dans chaque OC enquêté, couvrent le plus grand nombre de personnes. Deux tiers des contrats ne couvrent pas les dépassements d'honoraires . Pour une CS à 50€, le reste à charge médian pour l'assuré est de 28€ lorsque le contrat est individuel et varie entre 1€ et 23,40€ lorsque le contrat est collectif.

3) une estimation globale sur la prise en charge des dépassements d'honoraires

S'agissant des dépassements d'honoraires, on dispose d'estimations de sources diverses qui évaluent globalement le montant pris en charge par les OC entre 30 et 40% des 2 Md€ de dépassements d'honoraires facturés par les médecins, soit entre 0,7 et 0,8 Md€. Au sein de l'UNOCAM, l'ensemble des familles a mené en 2007 une enquête sur le niveau de couverture des dépassements d'honoraires en chirurgie mais les remontées d'informations ont parfois été partielles. La prise en charge des dépassements d'honoraires ne représenteraient qu'environ 4% des prestations des OC.

On ne connaît pas de façon précise l'évolution sur les années récentes ; tout au plus peut-on constater deux évolutions contraires : une augmentation des niveaux de prise en charge dans les contrats qui ne les couvraient pas ou peu et une nette tendance au plafonnement des garanties de haut niveau dans les contrats collectifs.

L'opinion majoritaire est que les OC ont vu leurs prises en charge (tous dépassements) augmenter.

b) l'intervention des OC est de plus en plus encadrée

b1) les pouvoirs publics ont déconseillé la prise en charge des médicaments dont le taux avait été déclassé à 15% (on peut noter l'ambiguïté de ce conseil par rapport à la décision qui aurait pu être prise de déremboursement total de ces médicaments). La prise en charge des médicaments à vignette orange a fait l'objet d'une communication spécifique de la Mutualité

³³ La dernière enquête disponible porte sur les garanties offertes en 2005 cf. DREES, Etudes et résultats n°575, mai 2007, *Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005*.

française³⁴ ; différentes raisons peuvent expliquer les choix divers faits sur ce poste de dépenses par les institutions de prévoyance et les sociétés relevant du code des assurances. Elles soulignent ainsi : la nécessité dans certains cas de modifier les dispositions contractuelles, l'annonce du caractère transitoire du remboursement à 15% avant déremboursement en janvier 2008, la liste limitée de médicaments concernés (essentiellement les veinotoniques), les difficultés pratiques de la baisse du taux de remboursement à gérer avec les pharmacies dans le cadre du tiers payant, soit au total une adaptation des schémas de gestion qui aurait pu être disproportionnée compte tenu de l'enjeu.

b2) l'innovation du contrat responsable

Le maintien des avantages sociaux et fiscaux des contrats de prévoyance santé (exonération de la taxe d'assurance ; exonérations sociales et fiscales des contrats en entreprise) est subordonné au respect de règles de prise en charge :

- prohibition de prises en charge ; c'est le cas, on l'a vu, de la participation forfaitaire de un euro sur les recours aux médecins et la biologie d'une part, de tout ou partie des dépassements « hors parcours » ;
- obligation de compléter les remboursements des régimes de base (100% pour les C et V ; 95% pour les médicaments à vignette blanche, les frais d'analyse et de laboratoire prescrits par le médecin traitant (comme les OC n'ont pas les informations disponibles, elles couvrent à 95% « par excès »).
- obligation de compléter les remboursements des régimes de base à 100% pour au moins deux actes de prévention figurant sur la liste fixée par l'arrêté du 8 juin 2006. Cette liste comprend les actes suivants :
 1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (avant 14 ans) ;
 2. Détartrage annuel complet ;
 3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (avant 14 ans) ;
 4. Dépistage hépatite B ;
 5. Dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition (après 50 ans) ;
 6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie ;
 7. Les vaccinations : DTP, coqueluche et hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole, haemophilus influenzae B, infections invasives à pneumocoques (moins de 18 mois).

Il semble que cette dernière obligation ait eu très peu d'effet sur le contenu des garanties contractuelles. En effet, les dépenses de l'espèce étant dans le panier des biens remboursés, aucune modification contractuelle n'a été nécessaire dans les contrats exprimant les garanties sous forme de prise en charge du ticket modérateur. Seuls ont dû être impactés les contrats ne couvrant pas le ticket modérateur en totalité (soit 5% des contrats individuels pour les mutuelles). Même si le niveau des garanties était inchangé, certains OC ont souhaité donner

³⁴ La Mutualité française a diffusé une plaquette d'information de quatre pages intitulée « médicaments à vignette orange : une performance insuffisante ». Cette plaquette indique également que les mutuelles remboursent les vignettes blanches jusqu'à 100% (le choix ouvert par la réglementation sur les contrats responsables de laisser 5% à charge n'a pas été retenu) et que le complément de remboursement sur les vignettes bleues est selon les cas partiel ou total.

de la lisibilité à ces prises en charge (modification contractuelle explicitant cette prise en charge, politique de communication sur les actes de prévention listés).

*

* *

Même si l'introduction du contrat responsable n'a pas modifié de façon sensible la gestion des complémentaires, on ne saurait sous-estimer la portée potentielle du concept. On verra par exemple qu'on pourrait y recourir pour régler pour partie le délicat problème des dépassements.

Bien que l'objet des deux démarches soit différent, il faut citer, à côté du contrat responsable, les règles – encore en discussion – qui subordonnent le statut fiscal des mutuelles et des IP au respect de conditions touchant notamment à leur clientèle.

L'article 88 de la loi de finances rectificative pour 2006 (loi n°2006-1771 du 30 décembre 2006) fait entrer les mutuelles et les institutions de prévoyance dans le régime fiscal de droit commun, en les soumettant à l'impôt sur les sociétés (IS) et à la taxe professionnelle à partir du 1^{er} janvier 2008 (avec une période transitoire). Il crée parallèlement, pour l'ensemble des OC, quel que soit leur statut juridique, un régime d'exonération de l'IS pour les contrats complémentaires santé sous certaines conditions. L'article 88 doit faire l'objet de décrets d'application.

Les conditions requises pour bénéficier de l'exonération d'impôt sur les sociétés pour les résultats sur les contrats complémentaires en santé

- condition 1 : l'OC doit être inscrit au registre des organismes gestionnaires de la CMU complémentaire ;
- condition 2 : sur l'ensemble des contrats souscrits par un OC, les contrats « solidaires et responsables » doivent représenter un nombre minimum de personnes ou une certaine proportion de contrats (pour les opérations individuelles ou collectives à adhésion facultative, au moins 150 000 personnes couvertes ou entre 80 et 90% des contrats ; pour les opérations collectives à adhésion obligatoire, au moins 120 000 personnes couvertes ou entre 90 et 95% des contrats) ;
- condition 3 : les OC doivent satisfaire à **au moins une** des quatre obligations suivantes :
 1. des dispositifs de modulation tarifaire ou de prise en charge des cotisations liées à la situation sociale des assurés sont mis en œuvre ;
 2. en individuelle ou collective à adhésion facultative, 3 à 6% au moins des assurés bénéficient de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ;
 3. les personnes âgées de 65 ans et plus représentent au moins 15 à 20% des assurés de l'OC ;
 4. les personnes âgées de moins de 25 ans représentent au moins entre 28 et 35% des assurés.

Ce changement fiscal appelle les premiers commentaires suivants :

- la première condition pourrait contribuer à augmenter le nombre d'organismes inscrits comme gestionnaires de la CMU complémentaire, sans qu'on puisse en déduire que les bénéficiaires de la CMU seront plus nombreux qu'aujourd'hui à s'inscrire auprès d'un OC
- la deuxième condition n'apparaît pas très restrictive : les contrats des OC ont été très largement adaptés à la réglementation sur les contrats responsables ; il peut cependant subsister quelques contrats non responsables (souscription à l'origine après une sélection médicale, subsistance de garanties infra TM pour les consultations)
- la troisième condition se décline en quatre critères qui sont alternatifs : en fonction des textes d'application de la loi, ces critères pourraient permettre aux mutuelles et IP de continuer à échapper à l'IS ; des sociétés relevant du code des assurances pourraient également en bénéficier ;
 - + le critère 2 pourrait inciter des OC à faire des démarches actives de communication auprès des bénéficiaires potentiels de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé aujourd'hui peu développée (cf. infra). Ce critère ne paraît pas pouvoir être rempli par les IP qui ont peu d'opérations individuelles ou collectives à adhésion facultative (cf. le rapport d'activité 2006 du fonds CMU : les IP couvrent très peu de bénéficiaires de l'ACS, 2% des 241 000 bénéficiaires au 30 novembre 2006) même si l'ACS se développe.
 - + les critères 3 et 4 pourront aisément être remplis par les OC ayant en portefeuille une population très homogène (mutuelles étudiantes, OC ayant une offre spécifique à destination des jeunes retraités, contrats « famille ») ; hormis ces situations très spécifiques et même si on sait que l'âge moyen est plus élevé dans les mutuelles dans leur ensemble, on ne sait pas comment chaque organisme se situe par rapport à ces critères ; la modification de la structure par âge du portefeuille peut être difficile à atteindre ; on note que ces critères n'impliquent aucune contrainte sur les tarifs et aucune solidarité tarifaire entre les plus de 65 ans et les autres assurés.
 - + le critère 1 de modulation tarifaire semble le critère clé pour les OC qui ne remplissent pas les critères précédents ; les OC sont donc dans l'attente du décret d'application.

c) changements dans la logique de fonctionnement des OC

c1) divergences dans le panier de biens entre OC et base

Les divergences entre OC et base dans le panier de biens restent pour l'instant accessoires.

Le socle des garanties est constitué des garanties complémentaires aux remboursements des régimes de base (médicaments, soins ambulatoires, dentaire, optique, séjours hospitaliers). Sauf exception (cf. infra le contrat « réflexe prévention santé »), l'assurance maladie complémentaire reste une « industrie du ticket modérateur » avec 70% pour des prestations complémentaires aux régimes de base, 25% pour les dépassements et 5% pour le non remboursable. Les organismes complémentaires estiment que l'accès aux données leur permettraient toutefois d'introduire plus de différentiation dans leur offre.

On note cependant une augmentation de la diversité des biens non remboursés par la sécurité sociale qui peuvent éventuellement faire l'objet d'une prise en charge :

- en pharmacie : contraception (pilules non remboursées), vaccins (antigrippe, vaccins du voyageur) ;
- en soins ambulatoires : spécialités médicales non remboursées (ostéopathe, chiropracteur, podologue, acupuncteur, diététicien, psychologue, ...), avec un plafonnement du nombre de séances et du montant par séance ;
- en dentaire et optique : orthodontie pour adultes, implants, lentilles de contact non remboursées, opération de la myopie ;
- en hospitalisation : la prise en charge de la chambre particulière sans motif médical, le lit d'accompagnant.

c2) nature des garanties

- le thème de la prévention se développe dans les contrats. Certains contrats proposent en complément de leur garanties traditionnelles des dépistages (cancer du colon, papillomavirus impliqué dans le cancer de l'utérus) ou des forfaits prévention, indépendamment de leur prise en charge par les régimes de base.

On note la particularité du contrat « Réflexe Prévention Santé » lancé par la Mutuelle pour Tous de la Région Lyonnaise et les Assurances du Crédit Mutuel. Ce contrat est à souscrire en complément d'une assurance complémentaire santé traditionnelle³⁵. Il est axé uniquement sur des biens et services non remboursés, en lien avec les « médecines naturelles » et la prévention : remboursements des médicaments homéopathiques non pris en charge par la sécurité sociale, consultations d'ostéopathe, chiropraticien, étiopathe dans la limite de 40 € par séance et quatre séances par an, suivi diététique, accompagnement du sevrage tabagique, bilan tous les deux ans en officine de la consommation de médicaments, rémunéré 21 € au pharmacien. Cette dernière garantie, qui assimile au moins sur le tarif ce bilan à une consultation chez le généraliste, a suscité de vives réactions des syndicats médicaux (MG France, CSMF) qui ont considéré qu'elle pouvait constituer un exercice illégal de la médecine en officine.

- les OC poursuivent le développement des services associés aux contrats, par le biais de plates-formes téléphoniques et/ou en contractualisant leurs relations avec certains prestataires : service de devis en dentaire, optique, tiers-payant (pharmacies, établissements de santé), parcours de santé mutualiste. Différents motifs sont à l'origine du développement de ces services : amélioration du service rendu aux assurés, maîtrise des coûts, moyen de se différencier vis-à-vis des concurrents.

³⁵ Un tel contrat est-il redevable de la contribution CMU ? Selon la circulaire DSS du 29 mars 2004, l'assiette de la contribution est constituée des primes ou cotisations si la couverture revêt un caractère complémentaire à un régime de base.

Le parcours de santé mutualiste (PSM): il vise, à l'aide d'une plate-forme commune, à informer les adhérents en matière de prévention et d'orientation dans le système de soins, à proposer une prise en charge de qualité, à accompagner les malades. Quatre thèmes considérés comme prioritaires ont été retenus pour la mise en œuvre du PSM : cancer, addictions, maladies cardio-vasculaires et dépendance. Parallèlement, la mutualité réfléchit à l'organisation en réseau de ses réalisations sanitaires et sociales (réseau d'opticiens mutualistes, création du Groupe Hospitalier de la Mutualité Française). Ces réseaux pourront contribuer au PSM (exemple de la prise en charge de la dépendance en établissement).

- les tentatives de favoriser l'accès à des médecins contractuellement engagés dans des réseaux suscitent des réserves. Ce fut le cas avec le projet de contrat « Excellence » des AGF. C'est le cas, récemment, de l'accord passé entre Maaf Assurances et l'hôpital Henri Mondor de Créteil pour l'accès au PET-scan (il prévoyait 10 places prioritaires par semaine pour les assurés de Maaf Assurances pour l'accès à cet équipement). L'ordre des médecins a estimé que l'accès à des équipements de soins ne devait être justifié que par l'état de santé et qu'il ne saurait y avoir de coupe-file. L'AP-HP a indiqué qu'elle allait mettre fin à cette convention, qui n'avait dans les faits pas été mise en œuvre.
- il y a une évolution vers une plus grande différenciation des risques et des contrats, conséquence de la concurrence poussée sur le marché de la complémentaire santé :
 - + tendance à la diversification des garanties proposée par les mutuelles qui ont dans leur ensemble une offre en individuelle moins différencié que les autres OC (les contrats modaux en individuelle couvrent 74% des adhérents des mutuelles contre 42% pour les sociétés d'assurance) ;
 - + on voit apparaître des contrats à destination des « petits consommateurs », éventuellement sous un habillage attrayant (contrats à ristournes : groupe France Mutuelle et plus récemment contrat « Double effet » des MMA qui, contre une cotisation supérieure de 15%, prévoit un remboursement de la moitié de la prime en cas de dépenses de soins nulles ou faibles). Les promoteurs de ces contrats à ristournes estiment qu'ils peuvent inciter à la souscription des populations aujourd'hui non couvertes et exposant de si faibles dépenses qu'elles ne voient pas d'utilité d'une couverture d'une part, qu'ils induisent un comportement « vertueux » sans que le souci de la ristourne entraîne un déficit d'accès aux soins.
 - + le groupe Swiss Life a développé une offre de contrats ciblés sur certaines populations. Il a ainsi lancé un contrat avec des garanties réduites (« Les astucieuses » : garanties à hauteur de 100% ou 150% du TC, remboursement de 30% du prix des médicaments quel que soit le taux de remboursement par l'assurance maladie ; ce contrat implique de renoncer au tiers-payant), un contrat à destination des familles modestes (« Les avantageuses » : garanties à 100%). Swiss Life envisage de compléter cette offre d'assurance par une offre de crédit réservée aux dépenses de santé et prévoit un contrat spécifique pour les plus de 65 ans qui ne peuvent souscrire les deux contrats précédents en raison des limites d'âge.

c3) équilibre des clientèles.

On ne sait pas si d'autres évolutions sont à attendre à la suite au nouveau régime fiscal introduit par l'article 88 de la loi de finances rectificative pour 2006. Ce régime pourrait

inciter des OC à cibler des populations particulières afin de modifier la structure par âge ou par catégorie sociale de leur portefeuille pour bénéficier de cet avantage.

c4) tensions autour du problème de la tarification à l'âge.

La poussée des dépenses accroît la tendance à la diminution de la mutualisation des couvertures qui profite encore actuellement aux personnes âgées.

Déjà, des signaux convergents montrent qu'elle est à l'œuvre. On cite ici quatre exemples illustratifs de cette tendance et des efforts déployés pour la cantonner

c41) problématique de la loi Evin

L'article 4 de la loi Evin du 31 décembre 1989 vise à organiser le maintien de la couverture au profit des anciens salariés lorsqu'ils bénéficient antérieurement d'un contrat collectif, les tarifs ne pouvant être supérieurs de plus de 50%³⁶ (décret d'application du 30 août 1990) aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

- cette loi est d'application difficile : que se passe-t-il si le groupe disparaît ? que se passe-t-il si les partenaires sociaux décident de modifier les garanties des actifs ? les garanties des ex-salariés doivent-elles être strictement identiques à celle des actifs ? il semble qu'il ne puisse y avoir en pratique de maintien d'une stricte solidarité entre actifs et retraités ;
- par ailleurs, dans certains cas, le marché des seniors étant devenu attractif, le retraité peut obtenir une offre plus favorable que l'offre « Evin » sans toutefois avoir de garanties sur l'évolution future de son tarif, sur laquelle le marché n'est pas transparent ;
- quelles que soient les difficultés d'application de la loi, l'esprit de la loi Evin est protecteur : il garantit, sans sélection médicale, au moins une offre en complémentaire santé pour les ex-salariés ; cette offre ne peut être proposée à un tarif déraisonnablement éloigné du tarif des actifs ;
- sur des groupes suffisamment larges, il semble pour l'instant que le rapport 150/100 entre retraités et actifs puisse être globalement respecté et bien que la gestion individuelle soit plus coûteuse ;
- la solidarité entre actifs et retraités est rendu difficile par l'allongement de l'espérance de vie mais facilitée par l'importance actuelle de la prise en charge des dépenses des plus âgés (via les ALD) par les régimes de base.

c42) l'exemple de PRO-BTP

Dans sa note sur les couvertures maladie complémentaires du 24 février 2005, le Haut Conseil avait décrit la solidarité intergénérationnelle avec les retraités chez PRO BTP (cf. annexe 2). Les instances de PRO BTP s'apprêtent à modifier pour 2008 le dispositif des aides à la souscription de la complémentaire. Le ciblage se fera désormais sur trois populations, prioritairement en fonction du revenu des retraités et non plus de leur ancienneté dans la branche du BTP :

³⁶ Pour un tarif de 100, les employeurs prenant en charge en moyenne 60% de la cotisation complémentaire maladie, ce plafond conduit à ce qu'un salarié qui payait 40 paie au plus 150 lors de sa sortie du groupe.

- première population : les retraités ouvriers exonérés d'impôt sur le revenu : l'aide sera de 80€ par an pour une personne seule et de 120€ pour un couple ; ces montants représentent environ 10% de la cotisation ;
- deuxième population : les retraités bénéficiant de l'ACS : PRO BTP compléterait l'ACS à hauteur de 10% de son montant (40€ pour une personne seule), soit une aide totale annuelle de 440€ pour une personne, soit environ 60% de la cotisation ;
- troisième population : les retraités n'entrant pas dans les deux catégories précédentes mais ayant une ancienneté dans la branche supérieure 30 ans (il est donc mis fin à l'aide octroyée à ceux ayant une ancienneté comprise entre 20 et 30 ans et ne rentrant pas dans les deux premières populations).

L'enveloppe globale allouée à cette solidarité sera en hausse : 24 M€ (et même 27 M€ si le dispositif est étendu aux collèges ETAM et cadres) contre 18 M€ antérieurement. L'effort de PRO BTP est conséquent pour les retraités exonérés d'impôt sur le revenu (sur les 24M€, 20M€ pour cette population en raison de l'importance des effectifs et d'un montant individuel double de celui fait pour la deuxième population). Mais comme elle ne bénéficie pas de l'ACS, l'aide totale apportée (Etat + PRO BTP) est nettement moindre.

S'agissant des garanties, il n'y a pas d'offre spécifique. Les retraités choisissent librement leur niveau de couverture parmi les sept niveaux proposés et majoritairement les trois premiers niveaux (entrée de gamme, moyenne gamme).

c43) les décrets de 2005 ont réorganisé le régime complémentaire des industries gazières et électriques.

La réforme (cf. rapport de la Cour des Comptes de mars 2007) s'articule autour de trois éléments :

- séparation, désormais stricte, entre les sections des actifs et des retraités ;
- obligation d'équilibre de la section des retraités sans contribution de l'employeur. Elle s'est traduite par une forte augmentation de leur cotisation. Il est vrai qu'elle était particulièrement faible au regard des dépenses de la section ;
- mais, grâce à une augmentation de la contribution patronale à la section des actifs, celle-ci peut « subventionner » la section des retraités pour atténuer la contrainte d'équilibre « autonome » de cette dernière.

c44) le débat en cours sur la prévoyance des fonctions publiques.

- présentation de la problématique.

Dans la fonction publique, l'employeur participe très faiblement à la couverture du risque : la Cour des Comptes avait estimé que sa contribution n'excédait pas 4 à 5% des dépenses, soit un niveau très inférieur au niveau maximum de 25%; qui était fixé par l'arrêté du 19 décembre 1962 - dit arrêté Chazel. Par ailleurs, les tarifs des mutuelles de la fonction publique organisent jusqu'à présent une forte solidarité entre les différentes tranches d'âge.

- présentation du projet de décret.

Les règles européennes sur la concurrence ont conduit en 2006 à la suppression de l'arrêté Chazel. Un décret est en cours de discussion avec les syndicats. Il prévoit que l'employeur

public qui participe aux garanties de protection sociale complémentaire doit faire un appel public à la concurrence ; la participation des personnes publiques est réservée aux contrats mettant en œuvre des dispositifs de solidarité intergénérationnels et familiaux. On voit bien les difficultés de conciliation de deux intérêts : recruter des personnes jeunes face à la concurrence et protéger les personnes les plus âgées en plafonnant la cotisation.

- + à garanties, charges de famille et catégories statutaires identiques, les cotisations ne peuvent varier que d'un facteur de 1 à 3 entre la plus élevée et la plus faible (parmi l'ensemble des assurés âgés de plus de 30 ans)³⁷ : l'adhérent le plus âgé paie au maximum trois fois le prix payé par un assuré âgé de 30 ans ;
- + pour contrecarrer les comportements de « passager clandestin », les adhésions tardives pesant sur le mécanisme de solidarité seront pénalisées.

d) la forte progression des primes et cotisations

Sur la période 2001 – 2005, le chiffre d'affaires santé des OC³⁸ a progressé de 39% tandis que les prestations ont crû de 31%³⁹. Le solde entre les cotisations et primes et les prestations est passé de 2,1Md€ en 2001 à 4,3 Md€ en 2005 ; le ratio prestations/cotisations est passé sur la même période de 88% à 83%.

	Taux de croissance des cotisations 2001-2005	Taux de croissance des prestations 2001-2005
Mutuelles	36%	31%
Sociétés d'assurance	57%	40%
Institutions de prévoyance	29%	20%

Sources Fonds CMU, DREES, calculs HCAAM

³⁷ Dans l'EPAS 2001, le rapport des RAC entre les assurés de plus de 70 ans et celui de 30 à 35 est de 2,5. Ce ratio est sous estimé notamment par le fait que les dépenses d'hospitalisation sont insuffisamment prises en compte dans l'EPAS (le RAC ne comprend pas le forfait journalier pour les personnes non exonérées du TM par exemple). En 2005, une étude de la Mutualité Française situe ce ratio à 2,9 et celle d'une assurance à 2,6.

³⁸ Source : Fonds CMU.

³⁹ Comme indiqué supra, sur la base d'un échantillon totalisant 84% du chiffre d'affaires des mutuelles, le Haut Conseil a réévalué à la hausse les prestations versées en 2005 par les mutuelles de 1 Md€. La conclusion du rapport 2006 du Haut Conseil est modifiée en montant mais l'appréciation portée sur l'évolution – accroissement de l'écart cotisations moins prestations – reste valable.

B) La logique du système de prise en charge n'a pas été modifiée

1) le principe selon lequel les grosses dépenses de soins sont prises en charge intégralement par les régimes de base a été respecté.

Les retouches effectuées n'ont affecté ce principe que de façon marginale.

- l'application aux assurés en ALD d'une partie des mesures de déremboursement (l'euro sur le recours aux médecins⁴⁰ – mais pas la franchise de 18€ –) et le redressement de la gestion de l'ordonnancier ne font qu'écorner l'étendue de l'exonération. Au demeurant ces deux mesures sont logiques (nature de la franchise de un euro et « protection » des assurés ALD par le plafond d'une part ; correction d'irrégularités d'autre part) ;
- la franchise de 18€ (non appliquée aux ALD) est logique (il n'y a pas de raison qu'un assuré supporte près de 18€ de ticket modérateur pour des actes techniques voisins de 91€ et qu'il n'y ait aucun ticket modérateur pour les actes de valeur supérieure à 91€). D'autant plus que les soins hospitaliers en médecine ne comportant pas d'actes techniques d'un montant supérieur à 91€ font l'objet d'un ticket modérateur de 20%, soit plus de 600€ pour certains actes).

2) la persistance de RAC élevés dans certaines situations et avant intervention des OC

a) dans le champ des dépenses reconnues

Des RAC élevés concernent :

- des malades en ALD dont les dépenses sans rapport avec la maladie exonérante sont d'un poids tel que l'application des règles de « droit commun » conduit à un ticket modérateur élevé
- des malades non ALD de consommation significative qui supportent à plein le ticket modérateur

b) les dépassements : 10 Md€

Le HCAAM envisage d'étudier dans les mois à venir les marchés des soins dentaires et d'optique d'une part, celui des dispositifs médicaux d'autre part ; l'analyse des dépassements y trouvera naturellement sa place.

*

* *

L'existence de ces situations dans un système aussi généreux pose problème. Il sera étudié dans la deuxième partie de ce rapport.

⁴⁰ On estime la contribution des ALD à % de l'économie

3) ces situations sont pour partie cantonnées

a) par la forte diffusion des couvertures complémentaires et l'importance de leur apport

a1) diffusion des couvertures

- seuls 7 à 8 % des ménages ne sont couverts ni par un contrat complémentaire ni par la CMUC ;
- cette diffusion s'est largement appuyée sur un statut social et fiscal avantageux (notamment pour les contrats en entreprises pour lesquels la cotisation supportée par le salarié est faible).

Les contrats Madelin

La loi du 11 février 1994 dite « loi Madelin » permet aux personnes soumises à l'impôt sur le BIC ou sur le BNC et affiliées au régime obligatoire des TNS de bénéficier d'une déduction fiscale pour les cotisations versées sur des contrats de retraite complémentaire ou de prévoyance complémentaire.

Le régime de déductibilité fiscale des cotisations a été récemment modifié :

- le régime antérieur, qui reste applicable jusqu'à l'imposition des revenus 2008 s'il est plus favorable, prévoyait un plafonnement global des cotisations déductibles du bénéfice imposable, accompagné d'une sous-limite pour la prévoyance d'une part et pour la garantie « perte d'emploi » d'autre part ;
- dorénavant, il existe une limite spécifique à la retraite complémentaire ;
- pour la prévoyance, la limite spécifique est double (3,75% du bénéfice imposable majoré de 7% du plafond annuel SS, sans que le total puisse excéder 3% de 8 fois le plafond annuel SS).

Le dernier état des lieux disponible sur les contrats Madelin est ancien (Cour des comptes en 2000) et n'avait pu détailler l'analyse pour les garanties frais de soins.

Selon la FFSA, sur le seul portefeuille des sociétés d'assurance, toutes garanties confondues, il y aurait à fin 2006 1,1 million de contrats en cours et 75% des TNS seraient détenteurs d'un contrat prévoyance Madelin (frais de soins, décès, incapacité, invalidité).

a2) l'apport des complémentaires

- on tangente globalement le 100% pour les dépenses reconnues avec parfois des prises en charge moins généreuses pour les forfaits journaliers ;
- l'apport est beaucoup plus limité et inégalitaire pour les dépassements :
 - + estimation de la prise en charge par les OC : voir page 29/30.
 - + existence de situations où l'offre en tarifs opposables est faible (c'est le cas massivement pour le dentaire et l'optique ; cela existe aussi pour le recours au médecin même si globalement 82% de leurs actes sont en tarifs opposables).

b) par des aides spécifiques aux ménages modestes

b1) la CMU Complémentaire (CMUC)

Le dispositif protège 7,5% des ménages, les plus pauvres pour lesquels les assureurs (régimes de base pour 80% et OC pour 20% des effectifs) prennent en charge le reste à charge pour un panier de biens et services de niveau supérieur à celui procuré par les contrats d'entrée de gamme pour la population générale.

Il s'agit donc d'une couverture complémentaire gratuite, assimilable en fait à une exonération du ticket modérateur et du forfait journalier et à une prise en charge des prestations dentaires, d'optique et d'équipements tels que les audioprothèses à prix plafonnés et sans reste à charge. Elle concerne très largement une population dont on peut penser qu'elle ne pourrait/voudrait pas assumer les cotisations correspondantes.

Les effectifs sont inférieurs à la cible potentielle, phénomène classique en matière d'accès aux droits des ménages modestes.

b2) l'Aide à la Complémentaire Santé (ACS)

Le dispositif d'ACS se superpose à la CMUC : les ménages dont les revenus se situent entre le plafond de la CMUC et ce plafond majoré de 20% reçoivent une aide monétaire qui :

- diminue le coût des contrats d'OC dont ils seraient titulaires,
- peut amener des ménages sans couverture à en acquérir une.

La cible potentielle en 2007 est de 2,2 Millions de personnes (3,5% de la population).

L'aide représente à peu près 50% de la cotisation observée et augmente avec l'âge (solution cohérente avec la tarification à l'âge observée sur le marché des contrats individuels).

Ce dispositif qui lisse partiellement l'effet de seuil de la CMUC ne marche pas (en 2006, 12% de la population cible bénéficie de cette aide), faute notamment d'une politique d'information suffisamment active des institutions sociales. Les voies de réforme de ces dispositifs (améliorer l'aide qui ne couvre que 11% des ménages ; augmenter le taux de bénéficiaires) sont étudiées dans la 2^{ème} partie.

*
* * *

Conclusions

- Le système de prise en charge continue à répondre aux principes de solidarité dont le HCAAM avait, à l'unanimité, reconnu la pertinence.
- Ce système « abrite » des situations discutables mais dont l'importance ne pose pas de problème majeur. On peut les cantonner et/ou les résorber sans avoir à remettre en cause l'architecture même du système.
- La croissance des dépenses de santé et la progression spontanée de leur prise en charge par l'assurance maladie posent le problème de la soutenabilité de l'effort public. Ce problème est étudié dans la deuxième partie.

SECTION III - ANALYSE DES DÉPENSES

LE DOUBLE ENJEU : QUALITÉ ET EFFICIENCE

I - En médecine de ville

1) éléments de contexte

Les lois récentes ont placé la sécurité et la qualité des soins comme des exigences supérieures aussi bien en médecine de ville qu'en secteur hospitalier.

Les conditions dans lesquelles la politique d'amélioration des pratiques des médecins libéraux doit se déployer sont originales.

- on se heurte à l'ambiguïté des objectifs de la démarche. On voit bien qu'elle doit associer la double exigence de la qualité et de l'efficience économique. Bien que s'appuyant sur des référentiels (HAS, sociétés savantes), comme elle est portée par les « assureurs » et souvent accompagnée de procédures mal comprises ou admises, une partie des médecins soupçonne ses auteurs de n'avoir d'autre souci que la diminution de la dépense publique.
- les médecins libéraux, pour l'essentiel, ont une pratique d'exercice individuel, avec une carrière assez linéaire, deux caractéristiques qui ne favorisent pas l'enrichissement professionnel et les échanges d'expérience.
- les pratiques médicales se déploient dans un cadre juridique précis, celui de la liberté de prescription. On ne peut donc contraindre ; il faut convaincre et inciter. Il faut vraisemblablement s'en féliciter. Et ce n'est que de façon minoritaire qu'on peut mettre en place des outils opposables. Encore faut-il mesurer que ce choix constitue un handicap par rapport à des systèmes où l'assureur influe sur la pratique des médecins à travers le conventionnement sélectif, l'élaboration de références pratiques et l'adoption de mesures d'intéressement individuel.
- pour améliorer la pratique médicale, on a fait le choix – dominant dans l'opinion de la plupart des intervenants – de la maîtrise médicalisée. Dans son acception actuelle cette option a trois conséquences :
 - + le conventionnement est « de droit ». L'assureur ne peut « lister » à son gré les professionnels auxquels ses assurés peuvent recourir. On ne subordonne pas, en règle générale, la prise en charge à des pratiques normées
 - + il n'y a pas d'enveloppes fermées « honoraires/prescriptions » qui exercerait une forte incitation à la modération des prescriptions (notamment pharmaceutiques)
 - + la régulation collective ne peut qu'être souple ; la capacité de définir des objectifs individuels opposables est limitée.

On comprend dans ces conditions que l'évolution ne puisse être que lente et contractuelle. On ne peut cependant pas en conclure que cette politique ne peut produire que des résultats limités.

On peut en effet s'appuyer sur quatre atouts :

- l'acquisition de données permettant de décrire, comparer, mettre en discussion les pratiques des médecins libéraux. Elle a beaucoup progressé ces dernières années avec le codage et l'engagement plus résolu de moyens par la CNAMTS,
- la pression des usagers qui pousse à la transparence, l'évaluation et l'accréditation/certification,
- la croissance des contributions et prélèvements qui amène l'ensemble des intervenants à une approche plus responsable et globale du problème de la maîtrise de la dépense publique,
- l'investissement croissant des médecins dans une réflexion collective sur leurs pratiques.

C'est dans ce contexte qu'on a engagé ces dernières années des investissements dont on peut espérer qu'ils hâteront une évolution des pratiques médicales. On peut les regrouper sur trois thématiques majeures :

- l'élaboration et la popularisation de référentiels et de protocoles de soins, appuyés à terme sur des outils d'aide à la décision,
- la relance de la FMC et la démarche d'évaluation des pratiques,
- l'organisation de la prise en charge, axée sur le regroupement des professionnels de santé, la continuité et la coordination des interventions. Le médecin traitant et le DMP sont illustratifs de cet effort.

Il n'y a donc pas lieu d'avoir un jugement pessimiste.

Mais on ne doit pas non plus se faire d'illusion sur le rythme possible du changement. Nous ne sommes en fait qu'au début de la démarche.

2) les recours au médecin : 19Md€ d'honoraires bruts

En 25 ans, le nombre d'actes de médecin par personne a fortement augmenté (5,4 en 1980 ; plus de 9 en 2006⁴¹). Le Haut conseil a cherché à appréhender l'évolution du nombre moyen de recours à un médecin. Il s'élevait en 2004 à 8 par personne.

Sa progression dans les années à venir va dépendre de l'évolution démographique, du progrès technique, de facteurs environnementaux et du comportement des assurés qu'il est plus difficile de prévoir.

Sa progression dépendra aussi de l'organisation des soins et de leur prise en charge, même si les effets de l'organisation de la médecine libérale (paiement à l'acte ; existence d'une demande induite par l'offre) sur son évolution sont incertains.

Le Haut Conseil a estimé que les données disponibles actuellement conduisent à des scénarios de poursuite de croissance⁴² : si l'on prolonge la tendance des dernières années, le nombre de recours pourrait s'élever à 9 par personnes en 2025. D'autres hypothèses conduisent à des progressions dont l'importance laisse perplexe. Le haut conseil rappelle la conclusion qu'il a

⁴¹ Ces données portent sur des actes qui peuvent être faits au cours d'une même séance et il ne s'agit donc pas exactement d'un nombre de recours.

⁴² Note du HCAAM de mai 2007 sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux.

été amené à faire⁴³ sur la nécessité de procéder à des études plus complètes pour comprendre les ressorts de la demande de soins.

Dans les années passées, la médecine libérale a fait preuve de sa capacité d'adaptation à la demande très dynamique de recours aux médecins. Les médecins libéraux dont les effectifs ont crû rapidement en 25 ans (+51% entre 1980 et 2005) ont absorbé la forte progression du nombre de recours par personne. On ne constate pas de file d'attente marquée ni de contraintes de déplacement abusives caractérisées. La conséquence a été une intensification de l'activité et une forte poussée des honoraires par tête : le nombre d'actes par médecin a progressé au rythme annuel de 0,81 % et les honoraires par tête au rythme annuel de 1,60 %, entre 1980 et 2004.

Il convient de s'assurer que ce haut niveau de recours (qui mobilise des fonds publics croissants en honoraires et surtout en prescriptions) correspond aux réels besoins de santé ou s'il est excessif parce que l'organisation de la prise en charge n'est pas à l'optimum, que la rémunération à l'acte peut, dans certaines situations, être inflationniste, que la prévention est insuffisamment développée ou que le médecin est sollicité pour des actes inutiles ou qui pourraient être délégués à d'autres professionnels.

Sur la période récente on ne note aucun élément **marquant** ni en termes de connaissance ni en termes de pratique concrète.

3) la maîtrise médicalisée

L'Uncam a conclu en 2005 un accord conventionnel avec les médecins dont l'un des enjeux était de déterminer leurs engagements sur les thèmes de maîtrise médicalisée auxquels sont affectés des objectifs annuels quantifiés.

Les résultats obtenus à la fin 2006 sont hétérogènes.

Année	Objectifs 2005 ⁽¹⁾	Réalisations 2005 ⁽¹⁾	% atteinte des objectifs	Objectifs 2006 ⁽¹⁾	Réalisations 2006 ⁽¹⁾	% atteinte des objectifs	Objectifs 2007 ⁽¹⁾
Antibiotiques	91	35	38 %	63	52	82,5%	40
Statines	161	122	76 %	93	132	141,9%	90
Psychotropes	33	11	33 %	13	22	169,2%	13
Arrêts de travail (IJ)	150	432	288 %	190	277	145,8%	80
ALD (méd. libéraux)	340	88	26 %	292	80	27,4%	146
ALD (établissements)	115	-	-	-	-	-	-
Médicaments génériques	55	33	60 %	25	-	100,0%	20
AcBUS	53	0	0 %	49	0	0,0%	59
Transport	-	-	-	38	0	0,0%	30
IPP	-	-	-	28	13	46,4%	20
IEC-sartans	-	-	-	-	-	-	80
Actes	-	-	-	-	-	-	30
Dispositifs médicaux	-	-	-	-	-	-	20
Total	998	721	72 %	791	601	76 %	623

Source : Cnamts, calculs HCAAM

⁽¹⁾ en millions d'euros

⁴³ Cf. note citée supra.

Les économies réalisées sur les arrêts de travail dépassent largement les objectifs et représentent à elles seules plus de la moitié du résultat final (56 % des économies cumulées sur 2 ans). Dans le même temps, la promotion d'un meilleur usage de l'ordonnancier bizone, utilisé pour établir les prescriptions destinées aux malades atteints d'une affection de longue durée (ALD), ne semble pas produire les effets attendus : moins de 15% des objectifs ont été atteints en 2 ans.

Pour 2005 et 2006, le résultat obtenu (cumul sur deux ans) est estimé à près de 1,4 Md€.

Ce résultat appelle deux remarques.

- l'évaluation des « économies » se fait en rapportant les dépenses effectives à celles qu'on aurait du constater si la tendance passée s'était prolongée. Cette option – légitime - pose des problèmes de méthode (choix de la période de référence, estimation de la tendance). Au-delà, il convient de rappeler que la réalisation de ces « économies » est compatible avec la croissance en valeur absolue des dépenses en cause.

- même si, comme le soulignait le HCAAM dans son avis du 24 mai 2007, il n'existe aucun lien mécanique entre les résultats de la maîtrise médicalisée et l'évolution de la rémunération des médecins (il faut s'en féliciter), on voit bien que dans le débat on introduit l'idée d'un intérêt collectif des médecins à la maîtrise médicalisée. Cette approche peut être pertinente. Encore faut-il que l'analyse des résultats se fasse avec rigueur (on ne doit pas être tenté de flatter le bilan pour légitimer les mesures adoptées en termes de revalorisation) et qu'on voie clair dans la façon dont on impute les économies constatées (sont-elles le fait des médecins ? d'autres acteurs ? ou d'évolutions économiques ou sociales étrangères à la pratique médicale)⁴⁴. Enfin, si gains d'efficience il y a, il faut qu'ils soient équitablement partagés entre les médecins et les assurés/cotisants.

4) des investissements – adéquats mais lents – pour améliorer les pratiques médicales

a) la coordination des soins : le parcours de soins et le DMP

La nécessité d'une meilleure coordination des soins, souvent soulignée et rappelée par le HCAAM en 2004, s'est traduite par deux innovations organisationnelles : le médecin traitant et le dossier médical personnel.

a1) le médecin traitant

Le principe du dispositif est de fidéliser l'assuré chez son médecin traitant.

L'adoption de règles différenciant les remboursements doit y contribuer. D'après la CNAMTS, 89 % des assurés sociaux connaissent ce principe, même si le connaître n'est pas toujours le comprendre (36 % des personnes ne savent pas que, en cas de consultation d'un spécialiste sans l'avis de son médecin traitant, le remboursement est au mieux de 60% au lieu de 70%).

⁴⁴ S'agissant des IJ par exemple, on mesure la difficulté de l'exercice d'imputation. Une étude de la CNAMTS⁴⁴ sur la période 1990/2005 analyse – et modélise – ainsi la contribution des différents facteurs d'évolution du nombre d'IJ (de courte durée) : le niveau du chômage, la part des actifs âgés de 55 à 59 ans, la baisse des accidents de la route, la rapidité du passage des IJ vers l'invalidité, l'importance des contrôles ou encore la modification de la prescription des médecins.

En mars 2007, selon la CNAMTS, 80% des assurés (40 millions de personnes) ont déclaré leur médecin traitant et ont choisi à 99,5% un médecin généraliste. Le dispositif semble donc s'être installé pour les assurés sociaux, en partie parce que la plupart d'entre eux le considèrent comme obligatoire⁴⁵, ce qu'il n'est pas et avaient déjà un médecin de famille qu'il a été simple de désigner comme médecin traitant. Les bénéficiaires de la CMU ont pourtant moins souvent fait le choix d'un médecin traitant (66%)⁴⁶.

Le dispositif s'est également installé pour les professionnels de santé : 98% des généralistes sont des médecins traitants et 55 % des spécialistes, même si ces derniers ont très peu de patients déclarés (4 en moyenne).

Taux d'assurés ayant choisi leur médecin traitant
Répartition par âge et par sexe (sur les 11 premiers mois de 2006, source CNAMTS)

Tranche d'âge	Hommes	Femmes	Total
16-20	59%	60%	59%
21-30	59%	69%	64%
31-40	69%	80%	75%
41-50	78%	85%	82%
51-60	86%	89%	88%
61-70	92%	94%	93%
71-80	94%	95%	95%
81et+	93%	92%	93%
Ensemble	76%	83%	80%

En 2006, les actes hors parcours de soins représentent 13 % des actes, 12 % des montants remboursables des médecins libéraux (15 % pour les omnipraticiens, 10 % pour les spécialistes). La spécialité pour lesquels les actes sont le plus fréquemment hors parcours est la dermatologie (28%).

La répartition des consultations dans et hors parcours est la suivante :

Sur une semaine de liquidation (du 27/04 au 03/05 2006 et du 14/06 au 20/06 2007)	2006	2007
Répartition des consultations dans le parcours ou accès spécifique	en %	en %
Médecin traitant (MT) ou patient orienté	66.7	70.2
Accès direct spécifique	10.2	10.7
Hors résidence	0.7	0.7
Médecin traitant remplacé	2.6	2.9
Sous-total consultations dans le parcours de soins	80.3	84.5
Répartition des consultations hors parcours		
Absence de désignation de médecin traitant	12.6	8.9
MT désigné mais hors coordination des soins	1.6	1.3
Rubrique non renseignée sur la feuille de soins / médecin exécutant différent du MT	5.4	5.3
Sous-total consultations hors parcours de soins	19.7	15.5
Total	100.0	100.0

Source : CNAMTS, régime général, hors SLM

⁴⁵ Voir « Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme », IRDES, numéro 124 de Questions d'économie de la santé.

⁴⁶ La majoration de T M n'est pas appliquée aux bénéficiaires de la CMU-C mais elle est prise en charge par leur organisme complémentaire.

Mesurer l'évolution des comportements suppose de disposer d'éléments de comparaison avec les trajectoires de soins présentées par la DREES, à partir de l'exploitation des enquêtes décennales de l'INSEE. L'étude montrait qu'en 2003, plus de 70 % des premiers recours aux soins étaient des consultations auprès de médecins généralistes. Les 30 % de recours restants concernaient pour 15 % des spécialistes dont l'accès a été réglementé dans la loi de réforme de 2004 et pour 14 % des spécialistes aujourd'hui en accès libre. En tenant compte des CS de second recours (elles sont peu fréquentes), on peut estimer qu'entre 55 et 60 % des CS concernaient des recours considérés après la réforme comme dans le parcours. En 2006 (voir tableau ci dessous), 60 % des consultations de spécialistes se situent dans le parcours ou assimilé (accès direct spécifique, hors résidence habituelle). Ces résultats confirment que les patients, habitués à passer par leur médecin de famille avant d'aller chez un spécialiste continuent avec leur médecin traitant : seulement 11 % de CS sont effectuées hors parcours de soins en secteur 1, 14 % en secteur 2. Les 27 % de CS restants concernent des recours exclus des règles du parcours (urgences, enfants de moins de 16 ans notamment).

Il serait toutefois intéressant de disposer de résultats sur les trajectoires de soins permettant d'évaluer la progression du premier recours à la médecine générale depuis la réforme.

Répartition des actes de spécialistes (sur les 9 premiers mois de 2006)

	Dans le parcours	Assimilés au parcours	Hors Parcours	Exclus du parcours	Total
Actes cliniques	17 020 257 33%	14 202 981 27%	6 459 268 12%	14 100 996 27%	51 783 502 100%
Actes techniques	28 870 986 43%	5 745 111 9%	8 510 795 13%	24 124 331 36%	67 251 223 100%
Total	45 891 243 39%	19 948 092 17%	14 970 063 13%	38 225 327 32%	119 034 725 100%

Sources CNAPTS

Après deux années de mise en œuvre, le dispositif de choix d'un médecin traitant apparaît bien accepté par tous. Il ne semble pas avoir encore modifié sensiblement les comportements ni la perception de leur prise en charge médicale par les assurés : il apparaît neutre en termes de satisfaction des patients sur leur prise en charge médicale⁴⁷. Pour autant, les missions de suivi médical, d'orientation dans le parcours de soins coordonnés et de prévention personnalisée sont des facteurs d'amélioration des pratiques médicales et plus généralement de qualité des soins. De telles évolutions demandent du temps, et devraient être renforcées par la mise en place d'un dossier médical personnel.

a2) le dossier médical personnel

Dans son rapport de 2004, le Haut Conseil avait souligné la nécessité de mieux articuler, au service du patient, l'intervention des différents acteurs de santé et avait déploré le retard pris dans le développement d'un dossier médical partagé. Les possibilités de coordination des soins sont très dépendantes du degré de partage de l'information et de la nature des informations à partager et la création d'un Dossier médical personnel (DMP) tel que l'a prévu la réforme de 2004 devait constituer un facteur décisif d'amélioration de la qualité des soins.

⁴⁷ Voir étude IRDES citée supra.

Il était prévu que le DMP regroupe dans un dossier informatisé des informations sur les soins prodigués aux patients : les comptes-rendus et prescriptions des médecins consultés, la liste des médicaments délivrés, les comptes-rendus de radiologie, les comptes-rendus d'analyses médicales, les lettres de sortie d'hôpital. Outre les données permettant d'identifier le titulaire, il devait également contenir des données médicales générales (antécédents, vaccinations), des données de prévention (facteurs de risques) et un espace d'expression du titulaire⁴⁸. Des conditions d'accès aux différentes catégories d'informations médicales ont été définies par les groupes de travail du GIP DMP selon la profession ou la discipline.

Selon ses gestionnaires, la mise en place du DMP pourrait démarrer au premier semestre 2008, avec une montée en charge sur quatre ans, permettant une généralisation pour 80 % de la population en 2012. Deux facteurs pourraient retarder encore l'avancée du projet. Le coût est estimé entre 1,2 et 1,5 Md€ sur les cinq premières années qui demandent des investissements puis à 0,2 Md€ en régime de croisière. Au-delà des gains indirects sur l'amélioration des pratiques, les gains directs permettraient un retour sur investissement estimé à 1 Md€ par an.

Le Haut Conseil s'était inquiété en 2006 de l'évolution de ce dossier. Il constate aujourd'hui que même si des enseignements peuvent être tirés des premières expérimentations⁴⁹ de 2006 pour tester l'usage du DMP, le projet ne parvient pas à avancer. Sans doute, l'importance du travail que nécessite un projet d'une telle envergure dans un champ aussi complexe que celui des systèmes d'information de santé avait été sous estimée lors du vote de la loi du 13 août 2004. Mais le Haut conseil est sceptique sur les chances de réalisation d'un outil efficient dans les conditions actuelles de développement du projet.

Le dossier médical, comme outil de coordination partagé entre professionnels de santé, reste un élément essentiel de la qualité des soins, d'autant plus nécessaire que le parcours thérapeutique se complexifie.

Compte tenu à la fois de l'enjeu sur la qualité des soins qu'il représente et de l'importance des investissements financiers qu'il nécessite, le DMP mérite que ses objectifs et ses missions soient redéfinis, que les retours sur investissement soient évalués et que des conditions soient trouvées pour résoudre par exemple les conflits potentiels liés à la nécessaire confidentialité. A cette fin, le Haut conseil propose que soit réalisé un audit stratégique extérieur sur le DMP afin de redonner à cet outil les meilleures chances de réussite.

Le dossier pharmaceutique (DP), comme outil destiné à permettre aux pharmaciens de consulter les médicaments prescrits, dans des conditions conformes aux droits des patients, mérite également d'être développé. Toutefois il ne faudrait pas qu'il constitue une entrave à l'intégration dans le DMP du volet pharmaceutique qui conduirait à isoler les pharmaciens des autres professions de santé.

a3) le web médecin

Il est indispensable de continuer à développer d'autres dispositifs, tel que le Web médecin. C'est un système qui permet au médecin traitant l'accès (via internet) aux informations relatives aux remboursements, connues des Caisses Primaires d'Assurance Maladie grâce à la

⁴⁸ Le décret relatif au dossier médical personnel et au dossier pharmaceutique et encore sous forme de projet.

⁴⁹ En mars 2007, 38 000 DMP étaient ouverts dans les 17 sites et 13 régions en expérimentation, avec le concours de 1500 professionnels et 150 établissements

liquidation des prestations. L'objectif est de favoriser la coordination et la continuité des soins, le dialogue entre le médecin et le patient ainsi que de réduire les risques liés aux interactions médicamenteuses et de supprimer les examens redondants. Il apparaît comme un outil élémentaire d'information des médecins lors de la décision de prescription.

b) des instruments au service des médecins

Dans son avis sur les conditions d'exercice et de revenus des médecins libéraux, le HCAAM a estimé que l'évolution de l'amélioration des pratiques ne pouvait être que lente et contractuelle du fait des conditions dans lesquelles cette politique se déploie et notamment le choix non de contraindre, mais de convaincre et inciter.

Cependant, les instruments au service des médecins décrits ci-dessous peuvent produire des résultats sensibles à la condition de :

- faire le choix de l'efficacité et de l'efficiency,
- utiliser davantage les données médicalisées pour développer l'évaluation des pratiques,
- utiliser le levier du regroupement des professionnels de santé pour que les modes d'organisation des soins puissent favoriser l'amélioration des pratiques,
- favoriser la mobilisation de chacun des acteurs et leur plus grande coordination.

b1) les référentiels et recommandations de bonne pratique

La Haute Autorité de Santé (HAS) estime qu'à la mi-2007, 76% des admissions en ALD (hors cancer) seront couvertes par des guides médecins. Ces guides présentent au médecin le parcours de soins du patient en ALD permettant une prise en charge optimale. De plus, et en cohérence avec la réforme du PIRE (protocole inter-régimes d'examen spécial) qui permet notamment au patient en ALD de prendre connaissance des soins et des traitements exonérés dans le cadre de son affection, la HAS produit et diffuse des guides patients, parallèlement aux guides médecins.

Si le champ des pathologies n'a pas vocation à être un jour couvert dans sa totalité (du fait notamment de maladies rares), il faut s'assurer que le programme et les méthodes de l'HAS sont de nature à pallier les carences dénoncées par la Cour des comptes dans son rapport de 2005, notamment sur des demandes non réalisées ou des domaines non couverts (santé mentale, allergologie...) ?

Les recommandations produites par la HAS semblent simplifier les conditions d'exercice pour les médecins qui les considèrent comme un rappel de leurs connaissances, voire une sécurisation de leur exercice et non comme une contrainte imposée. La difficulté tient plus à la manière dont chacun peut les utiliser. Les protocoles ALD notamment ont fait l'objet de critiques difficilement conciliaires de la part des régimes de base et des usagers, les régimes de base s'interrogeant sur l'efficacité et l'efficiency de certains des actes et des prestations inscrites alors que les assurés jugent les protocoles trop limités. L'équilibre est à trouver entre une exhaustivité suffisante pour que les usagers puissent y retrouver la réalité de leur situation et une limitation nécessaire pour l'assurance maladie ne fasse pas les frais d'un caractère trop inflationniste de ces protocoles.

b2) Les outils d'aide à la prescription

Dans son avis sur le médicament de 2006, le Haut conseil a déjà souligné l'importance de la diffusion de fiches sur les médicaments nouveaux destinées à faire connaître les résultats de leur évaluation par la commission de la transparence et des fiches de transparence sur une classe thérapeutique ou sur une stratégie thérapeutique synthétisant les informations relatives au SMR (service médical rendu) et à l'ASMR (amélioration du service médical rendu).

Les avancées les plus attendues sont celles concernant les logiciels d'aide à la prescription, un des vecteurs qui semble le plus efficace pour faire entrer les recommandations dans la pratique médicale.

La HAS, à travers une procédure de certification, devrait garantir l'indépendance des logiciels d'aide à la prescription (LAP). Afin d'assurer cette neutralité de l'information, chaque logiciel doit reposer sur une base de données médicamenteuse de qualité. Le Haut Conseil souligne qu'il apportera une attention toute particulière à ce que des bases de données indépendantes soient mises à disposition afin d'éviter tout retard sur ce chantier. Il souligne que, par le passé, ces retards ont conduit à de nombreuses difficultés. Il déplore l'apparente insuffisance actuelle du système d'information public sur le médicament au vu de l'importance que revêt l'existence d'une telle base pour l'exercice de la médecine. Il rappelle que « *pour être efficace, une base de données médicamenteuse devrait obligatoirement comprendre des éléments d'aide à la prescription tels que le SMR (service médical rendu), l'ASMR (amélioration du service médical rendu), les interactions médicamenteuses, les effets secondaires et les équivalents généricables.* ». Il note que, au-delà de la seule prescription la HAS entend par la suite s'intéresser au développement des outils d'aide à la stratégie thérapeutique, pour favoriser la neutralité des aides fournies aux médecins dans ce domaine.

b3) la réforme de la visite médicale

L'impact de l'encadrement de l'information délivrée lors de la visite médicale n'est pas encore mesuré.

Conformément à sa mission, la HAS a élaboré une procédure de certification de la charte de la visite médicale signée entre les entreprises du médicament (Leem) et le Comité économique des produits de santé (Ceps). Elle concerne la visite médicale en médecine de ville pour les spécialités remboursables. En 2007, la HAS a complété cette procédure par un document "questions réponses".

Le Haut conseil souligne la difficulté d'estimer l'impact de la certification sur l'amélioration la qualité de l'information médicale pour les professionnels, la charte ayant en son temps suscité « scepticisme chez les uns, louange chez les autres ». Le projet de la HAS d'un observatoire de la visite médicale afin de mieux connaître le comportement des médecins vis-à-vis de cette démarche de promotion et d'information paraît d'autant plus nécessaire à mettre en place.

b4) les actions de l'assurance maladie

Les régimes de base tendent à renforcer leurs actions sur l'encadrement des pratiques notamment par une individualisation plus grande de leur action. Ils disposent pour cela d'outils opérationnels dont ils peuvent intensifier l'utilisation :

- le RIAP, relevé individuel d'activité et de prescriptions. Il s'agit d'une restitution au médecin d'informations sur sa propre pratique. Même si le RIAP ne permet qu'une

approche quantitative de la pratique il donne au médecin la possibilité de se positionner par rapport à ses confrères sur des objectifs précis. C'est à partir de ce type de profils d'activité et de prescription individuels que la CNAMTS a bâti les nouveaux objectifs conventionnels ;

- les contacts directs : que ce soit les praticiens conseils ou les délégués de l'assurance maladie (DAM) il y a un ciblage des professionnels rencontrés. Par exemple, dans le cadre de la prévention du cancer du sein, les DAM vont rencontrer 14 000 médecins généralistes en 2 mois, « privilégiant » les médecins ayant, dans leur patientèle cible, un faible taux de participation aux campagnes de dépistage organisé.

Les exemples précédents montrent qu'on s'oriente de plus en plus vers une individualisation des approches. L'accord conventionnel conclu en mars 2007 (avenant n°23) prévoit d'ailleurs une définition individuelle des objectifs de prévention, notamment sur le dépistage du cancer du sein, la vaccination antigrippale, la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées et certains objectifs de maîtrise médicalisée. Il pourrait être alors intéressant de profiter de cette nouvelle approche individuelle pour tester de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé différents de la tarification à l'acte.

b5) la Formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles

Il faut attendre dix ans depuis les ordonnances de 1996 qui rendaient obligatoire la Formation Médicale Continue pour qu'un dispositif opérationnel (du moins peut-on l'espérer) se mette en place en 2007⁵⁰.

Il permet au médecin de valider ses actions de formation continue à partir d'un système de points (crédits) qui ne semble pas emporter un niveau trop exigeant de contraintes⁵¹. Sur les 250 crédits à valider en cinq ans, 100 le sont au titre de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) et les 150 au titre d'autres types de formation (séminaires, l'abonnement à une revue agréée). C'est sans doute dans les 100 crédits d'EPP que se situent les processus les plus novateurs.

Depuis la loi du 13 août 2004, une nouvelle procédure d'Evaluation des Pratiques Professionnelles (EPP) est mise en place. Elle consiste, selon le décret du 14 avril 2005, en « *l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations et selon une méthode élaborée ou validée par la Haute Autorité de Santé (HAS) et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques* ».

La volonté de la HAS est de faire de l'évaluation une démarche du professionnel, inscrite dans la durée : le médecin doit faire l'analyse de sa pratique, suivie dans le temps, dans le cadre de son exercice quotidien, à partir de critères simples, basés sur un référentiel.

⁵⁰ Trois conseils nationaux de la Formation continue pour les trois modes d'exercice (les médecins libéraux, les médecins salariés non hospitaliers et les praticiens hospitaliers). Installés en février 2004, ces Conseils ont pour mission centrale d'organiser l'obligation de FMC auxquels sont soumis tous les médecins (Article R4133-1 du Code de la Santé Publique).

⁵¹ 250 crédits (50 par an) sont nécessaires pour valider l'obligation de formation quinquennale. Voici à titre d'exemple une combinaison validante possible proposée par le site de l'UNAFORMEC : 2 séminaires FPC (2 jours) représentent 32 crédits par an, soit 128 crédits en 5 ans ; l'abonnement à une revue (sous réserve d'agrément) peut valider 4 crédits par an, soit 20 crédits en 5 ans (dans la limite de 40 crédits par an) ; une soirée de FMC proposée par son association (4 crédits par soirée).

La mise en œuvre avance avec la définition par la HAS des modalités de l'EPP et la diffusion d'un mode d'emploi de l'EPP (mars 2007) qui rappelle le concept (évaluation formative et non sanctionnante, intégrée à l'exercice professionnel) et surtout les modalités de mise en œuvre et de validation.

Le bilan est de 73 organismes agréés en mars 2007, 1000 médecins habilités, 1300 médecins ayant validé leur EPP en décembre 2006, près de 6000 engagés dans l'EPP depuis 1999 (expérimentations). Ce bilan est celui de l'ensemble des acteurs engagés dans l'EPP. L'objectif de la HAS n'est pas d'assurer un processus équivalent à une certification des médecins libéraux, mais plutôt de s'assurer d'un taux de pénétration suffisant de la démarche qualité parmi eux. Un effort de pédagogie envers les médecins reste à fournir selon la HAS, afin de surmonter leur perplexité devant un dispositif qui évolue rapidement après des années de quasi immobilisme.

Enfin, la question la plus problématique est sans doute celle du financement (niveau et indépendance). Un rapport récent du Sénat, prolongeant celui de l'IGAS, a souligné la forte dépendance de la FMC vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique. Au delà des critiques, peu de solutions émergent. Une mission de l'IGAS en 2006 propose par exemple de créer dans les écritures de la CNAMTS un fonds de promotion de la FMC alimenté à enveloppe constante par une fraction des taxes et produits des industries de santé, dont la gestion technique relèverait exclusivement de la CNAMTS et la gouvernance à l'UNCAM.

Il convient de noter que l'assurance maladie consent un effort important en augmentant à la fois le champ et les financements consacrés à la formation conventionnelle continue des professionnels de santé, dont les médecins sont les premiers bénéficiaires. Ainsi, 124 M€ sont provisionnés pour 2007 dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion signée par l'Etat et la CNAMTS en 2006.

Le nouveau conseil national de la FMC devra trouver les conditions de la transparence de son fonctionnement et de son financement pour faire de la FMC un outil performant d'amélioration des pratiques.

5) la pesée sur le secteur du médicament

a) données de cadrage

De toutes les mesures mises en œuvre en application de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, celles dont le rendement a été sans conteste le plus net concernent les produits de santé et principalement le médicament.

a1) dès septembre 2004, les principaux axes de cette politique étaient connus et une valorisation des mesures attendues sur la période 2005-2007 était présentée :

- développement du marché des génériques	1,05 Md€
- gestion conventionnelle des prix des médicaments brevetés	350 M€
- grands conditionnements	180 M€
- déremboursement des médicaments à SMR insuffisant	250 M€
- total	1,83 Md€

L'économie attendue représentait 11% du marché 2003 (1,83/16,542 cité ci dessous).

a2) l'évolution du marché

**Evolution du marché des médicaments remboursés en ville par l'assurance maladie
(médicaments « vignettés », hors rétrocession hospitalière⁵²)**

	2002	2003	2004	2005	2006	2006/2003
Quantités (Nombre de boîtes) évolution année n/n-1	2 567 M€	2 586	2 582	2 671	2 491	-3,7%
Montants remboursables évolution année n/n-1 (données brutes)	21 478 M€	22 543 M€	23 797 M€	25 247 M€	25 378 M€	12,6%
Montants remboursés évolution année n/n-1	15 816 M€	16 542 M€	17 542 M€	18 765 M€	19 152 M€	15,8%
Taux moyen de remboursement	73,6%	73,4%	73,7%	74,3%	75,5%	
Chiffre d'affaires Prix Fabricant	14 930 M€	15 840 M€	16 820 M€	17 970 M€	18 028 M€	
Hors Taxe, marché de ville remb.		6,1%	6,2%	6,8%	0,7%	13,8%

Sources : données de remboursements : CNAAMTS, Médic'am ; Chiffre d'affaires marché de ville : GERS ;
Extrapolation tous régimes : Secrétariat général HCAAM

De 2003 à 2006, le nombre de boîtes a légèrement fléchi (- 3,7%). Les montants remboursables ont augmenté de 12,6%. Le taux de remboursement a légèrement augmenté (+2,9%), évolution en partie liée aux déremboursements intervenus en fin de période. Au total, les remboursements ont augmenté de 15,8% soit à un rythme légèrement plus élevé que le PIB en valeur (12,4%). L'écart remboursements/PIB a diminué, largement du fait des mesures d'économies analysées ci-dessous (écart dans la période précédant 2003).

a21) l'évolution négative des volumes est nette en 2006

Le tableau ci-dessous illustre ces différents mouvements qui contribuent à l'évolution négative des quantités de médicaments remboursés :

Evolution du nombre de boîtes de médicaments (marché de ville, millions d'unités)

	2005	2006	Evolution
Remboursables			
Dont :			
Remboursables présents sur le marché en 2005 et 2006	2 766	2 620	-5,3%
Remboursables en 2005 et déremboursés en 2006	2 568	2 535	-1,3%
Remboursables en 2006 (entrés en ville en 2006)	198	-	-
Non remboursables	307	410	33,6%
Dont :			
Non remboursables présents en 2005 et 2006	307	299	-2,6%
Remboursables en 2005 et déremboursés en 2006	-	93	
Entrés en non remboursables en 2006	-	18	
Total des médicaments	3 073	3 030	-1,4%

Source : données GERS 2007, calcul : secrétariat général HCAAM

⁵² La rétrocession hospitalière consiste en la délivrance par une pharmacie hospitalière de médicaments destinés à des patients ambulatoires. La rétrocession hospitalière est comptabilisée par l'assurance maladie comme dépense de médicaments de ville. Le tableau de données présenté ici est donc à champ constant

⁵³ Le taux de -1,8% correspond à l'évolution des unités remboursées à champ constant, c'est-à-dire corrigée des déremboursements de médicaments qui ont eu lieu en 2006.

a22) l'augmentation des montants remboursables résulte pour l'essentiel d'un puissant effet de structure avec la forte croissance des médicaments à prix élevés.

a23) si on élimine l'effet mécanique des déremboursements, le taux de prise en charge augmente très faiblement ; cette augmentation est liée au glissement des médicaments vers les classes à taux de remboursement de 65 et 100%

a24) l'année 2006.

Deux mesures importantes sont intervenues avec effet en mars 2006 :

- le déclassement (passage du taux de remboursement de 35% à 15%) de 105 médicaments veinotoniques, accompagné d'une baisse de leur prix,
- le déremboursement de 282 spécialités pharmaceutiques⁵⁴.

La première mesure concerne un marché de 90 millions d'unités en 2005 pour environ 340 millions d'euros de chiffre d'affaires. L'incidence pour l'assurance maladie devrait être une économie en année pleine de 130 millions d'euros. Il est prévu un déremboursement en 2008 de ces médicaments, ce qui permettra une économie supplémentaire d'une centaine de millions d'euros.

La seconde mesure, le déremboursement des 282 spécialités, porte sur un marché d'environ 200 millions de boîtes en 2005 (soit 7% du total des 2,8 milliards de boîtes remboursables en 2005) et 370 millions d'euros de chiffre d'affaires. L'économie à attendre pour l'assurance maladie est de 250 millions d'euros en année pleine.

Ces deux mesures qui viennent renforcer la maîtrise médicalisée, contribuent à expliquer l'évolution du secteur du médicament. On observe en effet un fléchissement sensible en 2006 à la fois du marché, des volumes et des montants remboursés par l'assurance maladie :

a3) structure du marché en 2006

Répartition du marché des médicaments (*Chiffre d'affaires 2006 PFHT en M€*) selon l'obligation de prescription et le taux de remboursement

Taux de remboursement	Prescription obligatoire	Prescription facultative	TOTAL
Non remboursable	394	1 170	1 564
15%	0	232	232
35%	1 344	1 094	2 438
65%	12 953	875	13 828
100%	1 529		1 529
Total	16 220	3 371	19 591

Source : données : GERS ; exploitation : secrétariat général du HCAAM

La prescription obligatoire prévaut de façon massive (près de 83%).

⁵⁴ Arrêté du 17 janvier 2006 paru au JO du 25 janvier 2006. Les classes les plus concernées ont été les antidiarrhéiques, les mucolytiques et la phytothérapie sédatrice.

Les médicaments sont pour l'essentiel remboursés à au moins 65% (près de 80%) ; les médicaments non remboursés pèsent peu (8%), chiffre qui devrait augmenter de plus d'un point en 2008 avec la suppression du taux de 15%. Les médicaments à 35% représentent plus de 12% du total.

Remarque : la répartition du marché par taux ci-dessus s'attache au taux facial ; le taux réel est beaucoup plus fort (plus de dix points) car des volumes importants sont exonérés du ticket modérateur (notamment pour les malades en ALD)

b) évolutions

b1) la prescription

b11) on n'a pas changé les habitudes générales de prescription.

Les habitudes générales de prescription n'ont pas fortement évolué, et le nombre de lignes de prescription par ordonnance (définie comme un remboursement à un bénéficiaire par un prescripteur, un jour donné) est toujours égal à 3 (3,03 en 2004, 3,06 en 2005 et 2,96 en 2006 (source CNAMTS, EPIB).

On rappelle que selon l'étude publiée par la CNAMTS en octobre 2005, « le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments »⁵⁵, l'équation « consultation = ordonnance = médicaments » est plus forte en France qu'ailleurs. En France, 90% des consultations se concluent par une ordonnance, 83% en Espagne, 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas.

Le poids de la prescription de médicaments explique très largement le haut niveau du ratio prescriptions⁵⁶/honoraires, particulièrement élevé pour les généralistes qui sont à l'origine de près de 80% de l'ensemble des prescriptions.

Ratio Prescriptions / Honoraires par catégorie de médecins

	2005	2006
Omnipraticiens	4,42	4,52
Spécialistes	0,85	0,90
Total médecins libéraux	2,42	2,32

Source : CNAMTS

b12) dans ses deux avis (sur le médicament et 24 mai 2007 sur les conditions d'exercice des médecins libéraux), le HCAAM a souligné qu'une partie importante de cette prescription n'était pas pertinente en termes de qualité de la prise en charge thérapeutique et qu'elle pouvait être dangereuse pour les malades.

⁵⁵ Cette étude réalisée par IPSOS Santé et publiée par la CNAMTS le 18 octobre 2005 a interrogé 1000 médecins et 4000 patients dans quatre pays : France, Allemagne, Espagne et Pays-Bas.

⁵⁶ Les prescriptions regroupent les actes des auxiliaires médicaux, la biologie, les médicaments et les dispositifs médicaux.

La iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées

On estime que la iatrogénie médicamenteuse est responsable de 130 000 hospitalisations par an⁵⁷, ce qui représente 1% des hospitalisations. Or, 40 à 60% de ces événements iatrogènes, qui sont d'origines diverses, sont évitables.

La population des plus de 65 ans est la plus exposée, notamment en raison du nombre important mais souvent nécessaire de médicaments qu'elle consomme. Parmi les 10 millions de personnes âgées de 65 ans ou plus, environ 1,5 million consomment quotidiennement 7 médicaments ou plus de classes thérapeutiques différentes.

Cette population « polymédiquée » représente 4% de la patientèle d'un médecin.

b13) des progrès ponctuels dans quelques classes de médicaments.

Dès la fixation des premiers objectifs de la maîtrise médicalisée pour 2005, trois catégories de médicaments étaient ciblées : antibiotiques, statines (anti-cholestérol), psychotropes. Puis d'autres classes de médicaments représentant des enjeux importants en termes de potentiel d'économies et de qualité de la prescription ont suivi : les inhibiteurs de la pompe à protons (ulcères, lésions gastriques) en 2006, les IEC et les sartans (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque) en 2007.

Le programme d'actions mis en place par l'Assurance Maladie en partenariat avec les médecins a permis de faire baisser de 17% la consommation d'antibiotiques entre 2002 et 2006. De même pour les statines et les psychotropes, les évolutions récentes montrent un infléchissement important des unités prescrites. Ainsi on est passé d'une évolution autour de 5% par an pour les statines à une progression de 2,9% en 2006. De même le nombre de boîtes de psycholeptiques (antipsychotiques, tranquillisants, etc.) remboursés a chuté de 9,6% en 2006 et celui des psychoanaleptiques (antidépresseurs, etc.) de 1%.

Enfin, toujours dans le cadre de la maîtrise médicalisée pour 2008, l'avenant n°23 introduit un nouvel engagement conventionnel en matière de prescription d'IPP.

« Préférer la délivrance de médicaments génériques et favoriser une juste prescription des IPP dans le répertoire »

Extrait de l'avenant n°23 à la convention médicale nationale de janvier 2005 (arrêté du 2 mai 2007)

Par rapport à ses voisins européens, la France se distingue par une consommation d'Inhibiteurs de la Pompe à Protons parmi les plus fortes. Avec près de 16,9 comprimés par habitant en 2004, les français sont les deuxièmes plus gros consommateurs d'IPP après l'Espagne (19,8) mais loin devant l'Allemagne (10,4 comprimés par habitant en 2004)⁵⁸.

Afin de maîtriser la consommation tout en s'assurant du meilleur respect des recommandations médicales, en particulier en évitant l'association systématique d'IPP à des anti-inflammatoires pour des patients sans facteurs de risque, les partenaires conventionnels invitent les médecins à mieux adapter leurs prescriptions et à favoriser la prescription dans le répertoire.

Ils fixent un objectif collectif de prescription d'IPP dans le répertoire à 75% (en nombre de boîtes) pour 2008, et souhaitent apporter un retour d'information sur la participation de chaque médecin à l'atteinte de cet objectif.

⁵⁷ Principaux résultats Enquête Eneis, P. Michel et al. *Risques et Qualité*, 2005, vol II n°3 p.131-138.

⁵⁸ Source : IMS Health 2004

b2) une politique de promotion du générique aux résultats mitigés

Malgré le fort développement des génériques sous l'effet de mesures volontaristes, les résultats de la politique de promotion de ces médicaments sont limités par la stagnation de la part du répertoire dans le total des médicaments remboursés.

b21) l'implication des pharmaciens

b211) le droit de substitution

La promotion du générique est très récente en France. Le premier accord Etat-industrie pharmaceutique du 25 janvier 1994 incitait à la création d'une offre de génériques. Le rapport de l'IGAS sur le développement du médicament générique et le remboursement forfaitaire (juillet 1994) soulignait l'importance du développement des génériques tant du point de vue de l'assurance maladie que du point de vue industriel⁵⁹.

La définition légale du générique n'a été introduite dans le code de la santé publique que par l'ordonnance du 24 avril 1996 (art. L.5121-1 cité plus haut).

Les médecins – notamment généralistes – sont le premier acteur sollicité avec l'option conventionnelle « médecins référents » en 1997/1998. Les médecins référents s'engageaient notamment à prescrire « *les médicaments les moins onéreux (...) à concurrence d'au moins 15% de la valeur de sa prescription médicamenteuse totale, dont 5% au titre des médicaments génériques*⁶⁰ ». Les résultats ont été médiocres.

Le véritable coup d'envoi du développement des génériques date de juin 1999, lorsque la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1999 a introduit le droit de substitution entre médicaments génériques et principe pour les pharmaciens⁶¹. Ce droit est entré en vigueur en juin 1999. Le pharmacien ne peut exercer son droit de substitution qu'au sein des médicaments inscrits au répertoire des génériques de l'Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de santé⁶². L'évolution du répertoire de l'AFSSAPS est donc un élément majeur pour le développement des génériques.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a introduit deux nouvelles mesures destinées à promouvoir les génériques.

b212) L'accord national avec les syndicats de pharmaciens relatif à la délivrance des génériques

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 article 56 : « Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique ... Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des

⁵⁹ Le rapport de l'IGAS établi par Georges Dorion évoquait déjà l'idée d'un remboursement forfaitaire de tous les médicaments d'une même classe thérapeutique.

⁶⁰ Article 8 de la convention nationale médecins généralistes – assurance maladie, novembre 1998. Dans l'avant-projet n°1 de la convention de 1997, les taux étaient respectivement de 10% et de 3%.

⁶¹ à la suite du protocole d'accord de septembre 1998 entre l'Etat et les syndicats de pharmaciens officinaux.

⁶² La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent.

spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités (génériques) ».

L'avenant n°1 à l'accord national conclu entre l'UNCAM et les trois syndicats représentatifs (FSPF, UNPF et USPO) a établi l'objectif pour 2007 à 75%.

b213) Génériques versus tiers payant

Le même article de loi introduit une disposition dont l'objectif est d'impliquer plus fortement les assurés à la délivrance des médicaments génériques :

« La dispense d'avance de frais totale ou partielle... consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire... lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique..., est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité... ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps ».

Seize départements sont concernés pour 2007 : Bouches-du-Rhône, Haute-Vienne, Val-de-Marne, Val-d'Oise, Rhône, Var, Eure, Essonne, Creuse, Isère, Haute-Loire, Corse du Sud, Haute-Corse, Martinique, Guadeloupe, Guyane.

Cette mesure s'est avérée très efficace et le taux de pénétration générique a fortement crû dans ces départements. Le plan 2007 de redressement de l'assurance maladie décidé à la suite de la notification du comité d'alerte en juin 2007, a retenu la généralisation de cette mesure à tous les départements.

b214) un régime favorable de marges : marges officielles et marges « arrière »

Le droit de substitution a été complété par une réforme des marges de distribution qui a consisté à égaliser en valeur absolue la marge commerciale perçue par un pharmacien lorsqu'il vendait un générique et la marge du princeps de référence. Ce régime engendre un coût supplémentaire pour l'Assurance Maladie qui peut être neutralisé lorsqu'un TFR est mis en place.

Au-delà des marges réglementées, la diffusion de très fortes « marges arrière » a largement contribué à la diffusion de la substitution. Le niveau élevé des prix des génériques et une acceptation de fait par les administrations des politiques des génériqueurs ont débouché sur une augmentation massive des marges arrière.

La croissance de la marge brute sur les médicaments princeps et la forte progression des marges arrière consenties aux officines dans le cas de médicaments génériques ont conduit, comme on le verra infra, les pouvoirs publics à procéder à l'automne 2005 à un ajustement substantiel des marges⁶³.

⁶³ On a essayé de reconstituer la chronique des marges arrière depuis 2001

	2001	2002	2003	2004	2005
CA PFHT (Source : Gers)	440M€	620M€	865M€	1,2Md€	1,45Md€
CA PPTC (Source : CNAMTS)	730M€	980M€	1,28Md€	1,7Md€	2,1Md€
Marges arrière	80M€	130M€	200M€	300M€	360M€
Marges arrière / CA PFHT	18%	21%	23%	25%	25%
Marges arrière / CA PPTC	11%	13%	16%	18%	21%

Conscients des conséquences négatives que pourrait avoir la diffusion de marges arrière, dès octobre 2001 les deux syndicats professionnels de pharmaciens (UNPF et FSPF) s'étaient rapprochés des pouvoirs publics pour trouver une solution au problème. La solution proposée alors par les pharmaciens, à savoir la mise en œuvre d'une taxation partielle des dépassements, n'avait pas été retenue.

b22) des résultats mitigés

Le tableau suivant présente l'évolution depuis 2000 des génériques et des princeps en volume (nombre de boites présentées au remboursement), montants remboursables (au prix vignetté) et part de marché.

Evolution de la part des médicaments génériques

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Génériques (tous régimes) : - millions de boites - montants remboursables	130 560M€	170 730M€	215 980M€	270 1,28Md€	325 1,7Md€	380 2,1Md€	429 2,4Md€
Princeps (tous régimes) : - millions de boites - montants remboursables	420 2,94Md€	390 2,83Md€	340 2,34Md€	250 1,68Md€	250 1,9Md€	275 2,2Md€	272 2,2Md€
Total répertoire ts régimes - millions de boites - montants remboursables	550 3,50Md€	560 3,56Md€	555 3,32Md€	520 2,96Md€	575 3,60Md€	655 4,3Md€	701 4,7Md€
Médicaments génériques / Total des médicaments du répertoire en volume (nombre de boites)	24%	30%	38,7%	51,8%	56,8%	58,0%	61,2%
Médicaments génériques / Total des médicaments du répertoire en valeur	15,9%	20,4%	29,4%	43,3%	46%	48,8%	52,1%
Médicaments génériques / Total des médicaments remboursables en volume (nombre de boites)	5,4%	6,7%	8,4%	10,4%	13%	14,6%	17,6%
Médicaments génériques / Total des médicaments remboursables en valeur (prix public)	3%	3,5%	4,6%	5,7%	7%	8,6%	9,9%

Source : CNAMTS, 2007. Les trois premières lignes sont relatives à l'ensemble des régimes d'assurance maladie Les quatre dernières lignes qui renseignent sur la structure du répertoire et sur la part des génériques dans l'ensemble des médicaments, concernent le seul régime général (hors sections locales mutualistes, hors DOM).

La progression des génériques est impressionnante. Le chiffre d'affaires a été multiplié par plus de 4 depuis 2000. Le générique représentait alors une boite sur vingt, il en représente près d'une sur cinq aujourd'hui. De même, sur l'ensemble des produits généricables (qu'on appelle le répertoire des génériques⁶⁴), la pénétration générique est passée de 24% à plus de 61%.

⁶⁴ Le répertoire des génériques, élaboré par l'Afssaps, recense les groupes générés commercialisés sur le marché officinal. Chaque groupe du répertoire comprend le produit de référence dont le brevet est tombé dans le domaine public (c'est le produit *princeps*) et les génériques de ce produit. Depuis la loi de financement de l'assurance maladie pour 2003 (art. 43) on peut constituer des groupes génériques dans le répertoire, même dans le cas où l'Afssaps et les industriels n'ont pu se mettre d'accord sur l'existence d'un *princeps* : « *en l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent* ». C'est au sein de ce répertoire que le pharmacien peut exercer son droit de substitution.

Toutefois, tandis que la pénétration générique progresse au sein du répertoire, le répertoire lui-même a tendance à stagner au sein de l'ensemble des médicaments. Le marché d'un certain nombre de molécules générées disparaît même au profit de molécules non générées. Ce phénomène est illustré par le tableau suivant.

Evolution de la part du répertoire dans le total des médicaments remboursés

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
en volume (nombre de boîtes)	22,5%	22,3%	21,7%	20,1%	22,9%	25,0%	28,8%
en valeur (dépenses remboursables)	18,9%	17,2%	15,6%	13,2%	15,2%	17,4%	19,0%

Source : CNAMTS régime général hors SLM, hors DOM. Présentation : Secrétariat général Haut Conseil

En fait, la prescription – largement du fait de la pression commerciale des laboratoires – se déplace vers les produits « hors répertoire », ce qui explique le résultat décevant précité.

b3) la modestie de l'automédication

Il n'y a pas de définition précise du terme « automédication » mais on comprend en règle générale par médicaments d'automédication les produits à prescription médicale facultative (non soumis à prescription médicale), c'est-à-dire les médicaments qui peuvent être achetés directement par le patient auprès de son pharmacien. Ces produits PMF (prescription médicale facultative), même s'ils peuvent comporter des effets indésirables, sont des produits sans la moindre toxicité, y compris en cas de surdosage⁶⁵ et d'emploi prolongé. Par ailleurs les produits PMF traitent des symptômes ou des affections bénignes, pour lesquels l'absence de recours au médecin ne comporte pas de risques. Enfin, ce sont des produits dont le prix moyen par unité (boîte, flacon, etc.) est peu élevé (le prix fabricant hors taxe est en moyenne 2,6 euros pour une unité de produit à prescription médicale facultative et 9,2 euros pour un produit à prescription médicale obligatoire).

La part des médicaments d'automédication [définition large (totalité des médicaments PMF) ou définition plus restreinte (médicaments PMF non remboursables)] dans le total du marché de ville diminue sur la période 1996-2006, notamment pour la partie non remboursable dont le poids dans le chiffre d'affaires de ville a été pratiquement divisé par 2 depuis 10 ans. Cette faiblesse du marché français d'automédication positionne la France au dernier rang des pays européens.

⁶⁵ C'est ce qui explique que certains médicaments peuvent avoir un statut différent selon leur dosage. Par exemple la molécule analgésique Ibuprofène est à prescription facultative pour les dosages inférieurs ou égaux à 200mg alors que pour les dosages supérieurs à 200mg, la prescription médicale est obligatoire.

Deux freins principaux empêchent aujourd’hui le développement de l’automédication :

- la présence concomitante dans une même classe PMF de produits remboursables et non remboursables. En effet, lorsqu’il existe à la fois des produits remboursables et non remboursables dans une même classe pharmaco-thérapeutique, le marché se fait principalement sur les produits remboursables. Globalement ces derniers représentent 77,3% du marché total de ces classes.
- l’absence d’évaluation par la HAS des produits d’automédication.

Actuellement, deux situations peuvent exister. Soit le produit d’automédication est mis sur le marché dès l’obtention de son AMM sans que le laboratoire ait demandé le remboursement ; il n’y a pas alors de passage devant la Haute Autorité de Santé pour évaluation du SMR (service médical rendu). Soit un produit est déremboursé, en règle générale parce que son Service Médical Rendu a été jugé insuffisant. Or, dans l’esprit du public le SMR est associé à la seule notion d’efficacité. De ce fait, un médicament déremboursé est considéré à tort comme un médicament inefficace. Cette confusion est délétère pour toute tentative de promotion de l’automédication. Qui voudrait un médicament inefficace, de surcroît non remboursé ?

Il convient de tordre le cou à cette idée reçue.

L’un des moyens de lutter contre cette confusion nuisible à toute idée d’automédication serait d’obtenir

- soit une labellisation pour les produits d’automédication ou la mise en place d’un SMR d’automédication. La HAS se prononcerait, sur la base de critères spécifiques, sur l’intérêt d’avoir tout nouveau produit d’automédication dans la pharmacopée.
- soit la diffusion lors de l’AMM d’une information pertinente sur l’efficacité du médicament concerné.

b4) Une politique d’admission au remboursement et de fixation des prix plutôt cohérente

Elle s’est développée sur quatre axes

b41) la hiérarchisation des prix et taux de remboursement en fonction de l’utilité absolue et relative des médicaments

L’innovation est valorisée (par exemple par la procédure de dépôt de prix) ; les produits sans ASMR (amélioration du service médical rendu) sont introduits à des prix qui génèrent des économies pour l’assurance maladie. De même l’inscription de produits à faible ASMR (ASMR IV) qui pourraient être perçus comme des contournements de médicaments généricables est faite à surcoût nul ou faible pour l’assurance maladie.

Ce système présente cependant une faiblesse significative.

On a dit supra que la prescription hors répertoire des génériques restait importante. Les assureurs ne bénéficient pas à plein du gain potentiel lié à l’arrivée sur le marché des génériques puisque la prescription se déplace vers les produits hors répertoire qui sont plus chers que le générique (et souvent le princeps). « Récupérer » ce gain potentiel est un enjeu important.

On peut y parvenir :

- en amenant les médecins à prescrire dans le répertoire (ce qui pourrait amener les laboratoires commercialisant des produits de la classe thérapeutique à baisser leurs prix devant la pression concurrentielle liée à la montée de la prescription dans le répertoire). La réorientation des prescriptions doit être en tout état de cause pleinement recherchée avec l'appui des partenaires conventionnels.

- en révisant les prix au sein de la classe pour laquelle un générique existe. Certes le CEPS, lorsqu'il examine le cas d'un nouvel entrant dans une classe assez homogène, est particulièrement exigeant dans la fixation du prix de ce produit, y compris jusqu'à accepter le prix du générique. Mais ce mécanisme ne règle pas le cas des produits « me-too » déjà installés et qui ont un prix supérieur à celui des génériques. Revoir à la baisse ces prix à l'expiration du brevet du premier produit d'une classe pharmaco-thérapeutique en établissant un schéma de convergence⁶⁶ des prix serait conforme aux intérêts des assureurs – qui n'ont pas, rappelons le, la possibilité de mettre en œuvre une politique d'achat. Les laboratoires concernés objectent que cette révision à la baisse affecterait leur situation pour des médicaments qui n'ont pas atteint la limite temporelle de protection et qu'il n'y a pas lieu de réduire la « garantie de durée » de leur prix initial qui rentabilise leur investissement.

b42) la baisse du prix des génériques et princeps

- baisse de 15% des prix du répertoire dès le début de 2006. Cette baisse du prix du stock des produits a concerné également les nouveaux groupes inscrits au répertoire en 2006.

- augmentation de l'écart de prix princeps/génériques. On est passé d'un écart « historique » longtemps figé à 30% à au moins 50% pour les nouveaux génériques. Depuis 2006, le prix fabricant (prix de sortie usine) d'un générique doit être inférieur d'au moins 50% au prix du princeps, ce qui correspond à un prix public (prix vignetté) inférieur d'environ 40%⁶⁷.

- baisse complémentaire dans les groupes génériques dont l'ancienneté est supérieure à 24 mois et qui n'ont pas donné lieu à l'application d'un Tarif Forfaitaire de Responsabilité (10 points de baisse pour les princeps et 4 pour les génériques).

b43) la révision des marges de distribution

b431) des ajustements

Le coût des opérations qui concourent à la distribution (grossistes/répartiteurs) et à la dispensation des médicaments (pharmacien) n'est pas proportionnel au prix de la boîte. Les charges afférentes à la prise des commandes, l'acheminement, la facturation, le stockage en sont normalement indépendantes. Le conseil donné par le pharmacien, la surveillance qu'il exerce sur la dispensation effectuée par ses collaborateurs, les charges de formation continue sont sans lien direct avec le prix des médicaments. Il n'y a guère que le stock qui évolue avec le prix ; mais on sait que les officines portent peu de stock. Il n'y a donc pas de raison que la

⁶⁶ Qui pourrait être moins drastique que la formule allemande des *jumbo références*.

⁶⁷ Compte tenu des marges de distribution particulières pour les génériques qui s'imputent au prix fabricant, l'écart de prix entre les prix publics d'un princeps et d'un générique est inférieur à l'écart entre les prix fabricants. Le tableau ci-dessous illustre ce phénomène pour des génériques dont les prix fabricants sont inférieurs de 30, 40 et 50% au prix du princeps :

	Princeps	Générique à -30%	Générique à -40%	Générique à -50%
Prix fabricant	100	70	60	50
Prix public vignetté	139,8	106	94,8	83,5
Ecart de prix public		- 24,2%	- 32,2%	- 40,3%

marge des opérateurs (grossistes répartiteurs, pharmaciens d'officine) soit proportionnelle au prix de la boîte. Telle est d'ailleurs l'option retenue par de nombreux pays étrangers.

La proportionnalité de la marge est d'autant plus inopportune que le prix de la boîte de médicament augmente de façon substantielle, avec une nette accélération dans les dernières années. Il est ainsi passé de 4,27 à 6,88€ en euros courants entre 1996 et 2006, soit une augmentation de plus de 60% (TCAM de 4,9% en euros courants, soit 3,3% en euros constants)

C'est dans ce contexte qu'on peut apprécier les réformes de la marge intervenues depuis 1990 (pharmaciens) et 1999 (grossistes) qui ont substitué au système proportionnel une formule dégressive par tranche de prix. La dégressivité d'ensemble de la marge produit ses effets avec l'augmentation tendancielle du prix de la boîte de médicament. Mais si le taux de marge moyen diminue, la marge brute continue d'augmenter.

Par ailleurs, la forte croissance en volume de la consommation de médicaments avait conduit, même après l'adoption d'une formule dégressive, à des marges jugées excessives au regard des contraintes des professionnels concernés et des possibilités financières de l'assurance maladie.

C'est pourquoi des ajustements ont été mis en œuvre pour diminuer les marges de distribution et de dispensation avec la diminution en 2004 du taux de marge de la première tranche de 10,64% du prix fabricant à 10,30% (rappelons que 64% du chiffre d'affaires (en PFHT) concernait des médicaments de cette tranche) et introduction d'une troisième tranche de marge au-delà de 150€.

b432) la révision du régime des marges arrière

Lorsqu'un pharmacien vend un médicament générique, sa rémunération effective repose sur :

- une marge brute de même montant que s'il avait vendu le médicament princeps,
- une remise de 10,74% (ancienne marge grossiste) maximum que peut lui faire le grossiste répartiteur ou le fabricant en cas d'achat direct,
- une remise « arrière » que lui consent le fabricant de génériques au titre de la coopération commerciale.

Cette remise arrière, que le Haut Conseil avait estimée à 20% du prix vignetté d'un générique⁶⁸, a été le véritable aiguillon de la diffusion des génériques.

La loi n° 2005-882 du 2 août 2005 en faveur des petites et moyennes entreprises dite loi Dutreil II (article 42) encadre strictement la pratique consistant pour les distributeurs à imposer des rémunérations de services aux fournisseurs, c'est-à-dire les marges arrière, qui sont plafonnées dorénavant à 20%. Par arrêté du 29 décembre 2005, les marges arrière applicables à la distribution pharmaceutique ont été plafonnées à 20% en 2006 et à 15% en 2007⁶⁹

b44) des mécanismes de « correction »

Malgré les efforts entrepris comme indiqué ci-dessus, le chiffre d'affaires et les marges des opérateurs ont continué à se développer.

C'est pourquoi des dispositifs de correction ont été mis en place.

⁶⁸ Voir l'avis du Haut Conseil sur le médicament, 29 juin 2006, pages 127 et suivantes.

⁶⁹ le plafonnement des marges arrière concerne le prix fabricant hors taxes diminué des remises plafonnées, c'est-à-dire : (PFHT – 10,74% de PFHT).

- La « clause de sauvegarde »

Les lois de financement de la sécurité sociale fixent un taux de croissance du chiffre d'affaires⁷⁰ (coefficients K) au-delà duquel les entreprises devront acquitter une contribution appelée « clause de sauvegarde ». L'incidence de cette clause va dépendre de deux facteurs : le taux de récupération, le niveau de déclenchement.

Dans la formulation la plus récente de la clause de sauvegarde, l'assurance maladie obligatoire récupère de 50 à 70% du différentiel de taux de croissance entre le chiffre d'affaires d'une part, l'enveloppe jugée « normale » caractérisée par le coefficient de progression K d'autre part.

Par ailleurs le seuil de déclenchement K (2% en 2000, 3% en 2001 et 2002, 4% en 2003, 3% en 2004) a été nettement durci ces dernières années et la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie l'a fixé à 1% pour 2005, 2006 et 2007.

Les entreprises qui passent une convention avec le Comité économique des produits de santé, sont exonérées du paiement de la contribution calculée et « transforment » cette contribution en remises conventionnelles. La quasi totalité des entreprises s'inscrivent dans ce dispositif conventionnel qui leur permet alors de bénéficier des mesures prévues dans l'accord cadre⁷¹ en atténuation des remises quantitatives de fin d'année.

On notera que, pour la première fois depuis l'instauration de ce dispositif de régulation, le taux de progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique a été inférieur au taux K (0,7% de progression en 2006 pour un taux K de 1%). La régulation du secteur a toutefois rapporté en 2006 au titre des remises conventionnelles 185M€.

- l'institution en juillet 1991 d'une contribution sur le chiffre d'affaires des grossistes-repartiteurs, au profit de l'ACOSS (Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale).

Entre 1996 et 2006, cette contribution est passée de 100M€ à 289M€ (taux de croissance annuelle moyenne de +11,2%), et représente 1,8% du chiffre d'affaires total des grossistes-repartiteurs⁷².

Le mécanisme de la contribution conduit à un accroissement de la taxe en période d'évolution dynamique du chiffre d'affaires et à une diminution en période de régression. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a introduit par son article 5 une contribution exceptionnelle qui conduit à ce que le total des sommes qui seront recouvrées le 1^{er} septembre 2007 au titre de l'année 2006 sera du même montant que la contribution payée en 2006 (au titre de l'année 2005)

Le choix d'une taxe de préférence à une baisse du taux de marge ne semble s'expliquer que par le souci de réservé aux régimes de base l'intégralité de l'économie (au lieu d'en partager le fruit avec les institutions qui gèrent les contrats de complémentaires).

⁷⁰ Chiffre d'affaires des entreprises réalisé sur les ventes de médicaments remboursables en ville et, depuis la LFSS 2006, les médicaments hospitaliers rétrocédables (Article L.138-10 du CSS).

⁷¹ Depuis 1994, pour favoriser l'adhésion des professionnels aux mesures de régulation mises en œuvre, et pour garantir aux différents acteurs une visibilité et une transparence accrues, une politique conventionnelle a été engagée entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique. L'un des éléments de cette politique concerne la régulation économique du secteur.

Le troisième accord sectoriel en cours couvre la période 2003-2006 et a été signé en juin 2003.

⁷² Il s'agit du chiffre d'affaires total médicaments (remboursables et non remboursables) et dispositifs médicaux, valorisé au prix grossistes hors taxes. Ce CA était de 19,39Md€ en 2005 et de 19,33 en 2006.

II – Dans les Etablissements de santé

Les développements qui suivent reprennent largement l'analyse développée le 24 mai devant le Conseil par la directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.

A) Cadrage financier

1) l'ONDAM hospitalier

Depuis 2002, le rythme de croissance des dépenses hospitalières s'est ralenti. (de près de 5 points pour les établissements privés et de 3 points pour les établissements publics et PSPH entre 2002 et 2006). La décélération apparaît d'autant plus forte qu'elle part de la référence très haute de 2002, première année de la mise en œuvre du protocole d'accord sur la RTT de la fonction publique hospitalière.

Cette évolution des dépenses hospitalières suit l'évolution générale des dépenses d'assurance maladie du champ ONDAM (-4 points entre 2002 et 2006) de même que celle des soins de ville (-6 points environ).

Le rythme de croissance des dépenses relatives aux établissements de santé publics et privés reste soutenu et a toujours évolué plus rapidement que le PIB, excepté en 2006 (3,1 % contre 4,3 % pour le PIB en valeur). Il est désormais plus rapide que celui des soins de ville.

La loi de financement fixe pour 2007, le montant de l'objectif de dépenses d'assurance maladie en matière d'hospitalisation à 65,8 milliards d'euros, dont 47,5 milliards d'euros au titre des dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité (T2A) et 18,3 milliards d'euros au titre des autres dépenses relatives aux établissements de santé⁷³. Cet objectif est en progression de + 3,3 % par rapport aux objectifs rectifiés pour 2006. Les évolutions en décaissements communiquées par la Cnamts⁷⁴ confirment que pour 2007, en cumul sur les quatre premiers mois de l'année, les remboursements aux établissements publics, privés et médico-sociaux ont progressés plus vite que sur les quatre premiers mois de l'année dernière (resp. 2,8 %, 0,8 % et 7,3 %).

Evolutions des dépenses d'assurance maladie du champ ONDAM

(droits constatés, tous régimes, champ non constant)

	2002	2003	2004	2005	2006(p)	2007(p)
Etablissements sanitaires	6,3%	5,5%	4,5%	4,4%	3,1%	3,8%
<i>Etablissements publics (yc PSPH)</i>	5,8%	5,3%	4,1%	4,3%	3,1%	
<i>Cliniques privées</i>	9,3%	7,0%	6,5%	5,9%	4,5%	
Etablissements médico-sociaux	7,9%	9,0%	9,0%	7,8%	6,1%	7,0%
Soins de ville	8,0%	6,2%	4,3%	3,1%	2,4%	3,6%
Total ONDAM	7,1%	6,4%	4,9%	4,0%	3,1%	4,0%
PIB en valeur	3,4%	3,0%	4,1%	3,5%	4,3%	

Sources : CCSS, rapport juin 2007.

⁷³ la loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) a fixé, pour la première fois en 2006 deux sous-objectifs quantifiés de dépenses hospitalières : 1) les dépenses tarifées à l'activité, pour l'ensemble des établissements publics et les établissements privés exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO), concernant également les dépenses induites par l'exercice des missions d'intérêt général, les aides à la contractualisation (Migac) et les dotations complémentaires versées aux établissements de santé anciennement financés par dotation globale et 2) les dépenses de soins de suite et de réadaptation (SSR), de psychiatrie, mais également les dotations budgétaires des hôpitaux locaux, des unités de soins de longue durée, ainsi que la contribution de l'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

⁷⁴ En données CJO (corrigées des jours ouvrables).

2) les dépenses hospitalières dans la CSBM

La part des dépenses hospitalières (champ ONDAM) dans le PIB est en légère augmentation sur la période récente avec 3,4 % en 2004 et 3,6 % en 2005 et en 2006.

Selon les travaux de la Drees⁷⁵, les dépenses hospitalières représentent autour de 45 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) sur la période 1950-2005. Cette part connaît une évolution sensible sur l'ensemble de la période : après une forte croissance (elle atteint un point haut à 54,2 % en 1982) due à la croissance des volumes, elle diminue régulièrement pour revenir et se stabiliser depuis quelques années autour de 45 %. La croissance en volume des dépenses hospitalières passe de 4 % au début des années quatre-vingt à moins de 1 % par an entre 1997 et 2001 et remonte à +1,5 % par an depuis 2002. Les dépenses hospitalières ont augmenté en volume moins vite que la CSBM sur l'ensemble de la période (en moyenne, -0,7 point d'écart par an), contrairement aux prix de l'hôpital qui ont davantage augmenté que ceux de la CSBM (en moyenne +0,9 point d'écart par an), ces deux évolutions contraires conduisant à une augmentation de la part des dépenses hospitalières dans la CSBM de 1,4 points entre 1950 et 2005.

B) Les orientations

1) les objectifs de qualité et d'efficience

a) un effort – récent et important – en matière d'information du patient

L'impulsion a été donnée et les premiers résultats sont déjà tangibles : publication de l'indicateur synthétique concernant la lutte contre les infections nosocomiales, ICALIN, à partir de 2006, ouverture du site Internet Platines (plateforme d'information sur les établissements de santé)⁷⁶ pour une publication des données d'activité et des ressources médicales mobilisables dans chaque établissement et, à terme, de l'ensemble des indicateurs de performance disponibles ICALIN à ce jour mais également COMPAQH.

Dès la fin 2007, sera en effet expérimentée la publication de six nouveaux indicateurs de performance définis conjointement par la HAS, la DHOS et la DREES en collaboration avec l'INSERM dans le cadre du projet COMPAQH : en sus des indicateurs du tableau de bord des infections nosocomiales (5 publiés début 2008), ont été retenus des indicateurs relatifs à la tenue du dossier patient et du dossier anesthésie, au délai d'envoi des courriers, à la traçabilité de la douleur, à la surveillance des troubles nutritionnels, à la prise en charge de l'infarctus du myocarde et à la satisfaction du patient. Cette expérimentation, limitée à l'Aquitaine, aux CHU et aux centres régionaux de lutte contre le Cancer (CRLCC) a vocation à être généralisée à l'ensemble des établissements dès 2008, pour une publication en 2009.

Parallèlement, la création de la mission d'information et de développement de la médiation sur les infections nosocomiales sous la responsabilité de Monsieur Ceretti, président d'honneur de l'association « Le LIEN » (initialement acteur de la lutte contre les infections nosocomiales) va offrir à tout patient la possibilité de signaler et d'obtenir des informations sur les événements indésirables subis à l'occasion d'une hospitalisation.

⁷⁵ A.Fenina, « Cinquante années de dépenses de santé. Une rétropélation de 1950 à 2005 », Drees, Etudes et Résultats n°572, mai 2007.

⁷⁶ « www.platines.sante.gouv.fr »

Le projet de dossier médical personnel (DMP) constitue une réponse complémentaire au besoin d'information de chaque patient ; cependant cet objectif ne peut être raisonnablement atteint si les systèmes d'informations hospitaliers ne permettent pas d'aller plus loin et plus rapidement vers l'informatisation des processus de soins. D'où l'importance d'une publication prochaine des orientations du Ministère en référence aux standards internationaux afin de donner des indications claires aux établissements de santé mais également des signaux positifs aux sociétés de service et au marché de l'informatique hospitalière très mal structuré dans notre pays.

Le développement des systèmes d'information hospitaliers est l'un des objectifs prioritaires du second plan de relance de l'investissement hôpital 2012.

b) le chantier de la certification

La démarche de certification⁷⁷ que les établissements doivent mener à bien tous les 4 ans, comporte trois étapes :

- une étape d'autoévaluation par les professionnels des établissements qui confrontent leurs pratiques au référentiel fourni par la HAS ;
- une visite par les experts-visiteurs de la HAS ;
- un rapport incluant les décisions de la HAS sur le niveau de certification des établissements.

La HAS a établi un bilan de cette démarche.

Au 31 décembre 2006, la première vague de la procédure était achevée dans l'ensemble des établissements français : près de 3000 établissements de santé ont reçu leur première visite de certification.

Une enquête, réalisée auprès des professionnels des établissements de santé, sur leur perception de l'impact de la première vague de certification des établissements de santé (anciennement « accréditation », mise en œuvre sur la période 2000-2006), a montré que, selon les professionnels, la certification a donné lieu à des remaniements importants dans le domaine de l'organisation des soins (information du patient, sécurité des soins). Mais, selon les professionnels interrogés, y compris les médecins et quel que soit leur mode d'exercice, les pratiques médicales elles-mêmes ont été moins touchées par la procédure⁷⁸.

Une deuxième vague de certification a commencé en mai 2005 : au 1er mars 2007, 263 établissements avaient achevé leur deuxième procédure.

Afin de mieux mobiliser les communautés médicales exerçant en établissements de santé et de contribuer de manière significative à l'amélioration des pratiques médicales, la deuxième procédure de certification, mise en œuvre dans les établissements depuis mai 2005 :

⁷⁷ La certification est un dispositif d'évaluation externe de la qualité des prestations délivrées par les établissements de santé. Elle vise à améliorer la qualité des soins fournis et à mettre à disposition du public une information sur la qualité des services rendus par les établissements de santé.

⁷⁸ A. Depaigne, C.Brunneau, P. Jourdy, P. Burnel « A quoi sert l'accréditation ? Résultats d'une enquête sur les effets perçus de la procédure d'accréditation des établissements de santé », *Décision Santé*, 221, pp. 20-23.

- introduit un regard par prise en charge. Le référentiel de certification et l'organisation de la visite permettent d'évaluer de manière distincte cinq prises en charge : MCO (Médecine Chirurgie Obstétrique), psychiatrie et santé mentale, soins de suite ou de réadaptation, soins de longue durée, hospitalisation à domicile ;
- fait de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP) une priorité. En établissement de santé, les actions EPP évaluent des fonctionnements collectifs et contribuent à leur amélioration. Elles sont réalisées très souvent dans le cadre d'un travail d'équipe pluriprofessionnelle. Les démarches d'EPP entreprises au cours de la deuxième procédure de certification peuvent faire l'objet d'une validation au titre de l'obligation légale d'EPP. Elles permettent ainsi aux médecins de satisfaire leur obligation individuelle tout en participant au déploiement des démarches qualité institutionnelles et en améliorant les processus de soin de leur établissement.

Sans doute serait-il souhaitable que les efforts faits en matière de recherche de qualité des soins ne se traduisent pas par un dispositif d'une trop grande complexité. Il est nécessaire que les médecins puissent d'y retrouver entre l'évaluation dans le cadre de la certification des établissements, l'accréditation des médecins de spécialités dites à risque, l'évaluation individuelle des pratiques, les obligations de FMC... Il faudrait faire en sorte que les actions soient organisées de la manière la moins redondante possible afin de ne pas risquer de démotiver les médecins.

c) les plans d'investissement à l'hôpital

Le plan hôpital 2012, doit prolonger l'effort d'investissement hospitalier tel qu'engagé dans la dynamique « hôpital 2007 ».

Ce nouveau plan de 10 milliards d'euros d'investissement supplémentaires soutenus par des fonds d'assurance maladie à hauteur de 5 milliards d'euros et par des prêts bonifiés de la Caisse des dépôts et consignations à hauteur de 2 milliards d'euros doit permettre d'atteindre 3 objectifs :

- favoriser les restructurations hospitalières et notamment les regroupements de plateaux techniques mais également parachever l'effort consenti sur les urgences et promouvoir les filières de soins gériatriques ;
- obtenir la mise aux normes de l'ensemble des équipements hospitaliers à échéance du plan en accordant un soutien aux opérations exceptionnelles liées au désamiantage ou au respect des normes anti-sismiques ;
- promouvoir les systèmes d'information hospitaliers non seulement en assurant un financement des investissements mais en soutenant le recrutement de professionnels, experts en informatique et système d'information ; l'objectif est d'atteindre à l'instar d'autres activités de services un pourcentage de 3% du compte de résultat affecté aux systèmes d'information ; il s'agit également de développer la télémédecine, comme moyen d'accès aux soins et d'optimisation du temps médical.

De manière plus transversale, le plan hôpital 2012 devra prendre en compte :

- l'amélioration des conditions de travail (logement, crèche, axes privilégié par la caisse des dépôts et consignations) et afin de prévenir les actes de violence, la sécurisation des accès et des locaux d'hospitalisation, l'accompagnement des salariés et leur soutien psychologique ;

- les démarches de développement durable (bâtiment de haute qualité environnementale...) ;
- et l'optimisation des organisations de travail de manière à ce que les investissements tant immobiliers qu'immatériels, répondent au mieux aux besoins des patients et aux volumes d'activité réalisés.

Le montage des projets par les établissements et leur analyse par les agences régionales de l'hospitalisation devront à cet égard respecter une méthodologie prenant en compte l'organisation des soins d'un territoire de santé, la situation financière de l'établissement, et le nécessaire effort de réorganisation préalable à tout projet d'investissement. Une attention toute particulière sera portée au retour sur investissement notamment pour les grosses opérations.

2) le pilotage budgétaire

a) le HCAAM (avis de mars 2006) avait, à une forte majorité, approuvé le projet de la tarification à l'activité.

Il avait souligné l'importance :

- de retenir comme cible de moyen terme les coûts des unités les plus productives. Cela passait par l'adoption d'un taux pilote contraignant, conduisant les moins productifs à des efforts de productivité et/ou un meilleur positionnement sur le marché d'une part, ne laissant pas aux établissements les plus productifs de rente de situation d'autre part.
- de contenir les pressions inflationnistes qui – on l'a vu dans d'autres pays - accompagnent le passage à une tarification à l'activité⁷⁹. Cette dérive a conduit en 2006 à l'application d'un mécanisme de régulation prix-volume, mécanisme macro-économique consubstantiel à la réforme dès lors qu'il existe un objectif national de dépenses fixé par le Parlement, et qui s'est traduit par une diminution moyenne de 1% des tarifs au début de la campagne, puis de 3 % sur l'activité des cliniques au dernier trimestre 2006.
- de mieux analyser les raisons des écarts considérables de coût entre établissements
- de retenir pour les dotations complémentaires (MIGAC et MERRI⁸⁰) des règles transparentes pour éviter que leur ajustement permette aux établissements de compléter de façon indue le niveau de la dotation MCO.

Le taux de T2A, dans le secteur anciennement sous dotation globale, a atteint 50% sur la partie tarifée du champ MCO dès 2007, alors que l'objectif fixé par le Parlement était 2008. Ce mouvement amorce la convergence intra-sectorielle. Le Haut conseil souligne l'intérêt d'une réflexion sur les conditions qui permettraient d'atteindre d'ici 2012 un taux de T2A de 100%, en adoptant la même méthode des coefficients de conversion que dans le secteur privé.

Le secteur privé lucratif va disposer d'une échelle nationale de coûts. Enfin l'indicateur synthétique de productivité (IPMCO) a été mis en place. Il mesure le rapport entre les recettes de l'établissement s'il était financé à 100% par la T2A et ses charges nettes en MCO,

⁷⁹ Certains membres du HCAAM considèrent que la mise en place de la T2A comporte des risques quant aux conditions d'offre de soins.

⁸⁰ Avec la mise en oeuvre de la T2A, plusieurs enveloppes ont été définies pour assurer la prise en charge de missions d'intérêt général qui sont considérées comme ne pouvant pas être financées à l'activité : les enveloppes missions d'enseignement, de recherche et référence et d'innovation (MERRI) et les missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC).

ce qui permet d'avoir une idée des niveaux de productivité des établissements dans le champ couvert par la T2A.

En matière de convergence intersectorielle, malgré l'absence d'études analysant les raisons de l'écart entre les secteurs public et privé, les évolutions des tarifs ont déjà commencé à conduire à un rapprochement entre les deux secteurs. La DHOS considère « qu'un sursis est nécessaire par rapport à l'objectif fixé à 50% en 2008 ». Mais elle considère que les investissements d'analyse méthodologique devraient utilement servir à fixer de façon réaliste le calendrier de convergence dont le terme fixé par le Parlement est 2012. En particulier, la méthodologie de l'échelle nationale des coûts public/privé a été élaborée en concertation avec les fédérations et sa mise en œuvre dans les établissements de l'échantillon est en cours.

Par ailleurs, plusieurs aspects sont en cours d'exploration :

- « les sujétions de service public (permanence des soins, poids des activités non programmées...) »
- les surcoûts salariaux exogènes aux établissements (cf. rapport IGAS récemment rendu sur le différentiel de charges des établissements PSPH)
- les pathologies complexes (mesurées par « le poids moyen du cas traité ») car la pose par exemple d'une prothèse de hanche sur une personne jeune et en bonne santé par ailleurs n'est pas comparable au même acte effectué pour une personne âgée polypathologique ;
- la précarité des patients pris en charge (nécessitant des prises en charge adaptées, notamment lorsqu'ils ont eu moins recours aux soins primaires et au dispositif de prévention)
- l'amplitude du « case mix » de l'établissement (c'est-à-dire de la diversité de l'activité : un établissement mono-activité peut réaliser des économies d'échelle que ne peut pas nécessairement faire un établissement polyvalent, mais dont la polyvalence est requise par les besoins de santé sur le territoire de santé). »

b) le nouveau régime comptable et financier des établissements publics hospitaliers devrait rendre la gestion plus transparente⁸¹ et plus réactive.

Ce nouveau régime se rapproche du plan comptable général des entreprises et s'inscrit dans une logique de résultat.

Une compréhension meilleure et plus rapide des résultats devrait permettre de prendre des mesures de redressement (contrats de retour à l'équilibre ; en cas de déséquilibres persistants, les mesures de redressement peuvent aller jusqu'à la mise sous administration provisoire des établissements de santé).

c) le Conseil souhaite qu'une information pertinente soit fournie sur le compte épargne temps

3) les outils d'une meilleure gestion

Le développement de la comptabilité analytique reste lent alors qu'il s'agit d'un investissement stratégique.

Les études « micro » ont progressé. Celles gérées par la MEAH⁸² sont centrées sur le *benchmarking* entre établissements et confirment l'importance de compléter la T2A qui crée

⁸¹ En évitant les reports de charge qui affectent la sincérité des comptes.

⁸² La Mission d'expertise et d'audit des hôpitaux.

une contrainte globale par des analyses précises portant sur le fonctionnement concret des établissements. La MEAH a ainsi lancé 448 opérations dans 273 hôpitaux et cliniques.

Elle accompagne par ailleurs 123 établissements dans le développement d'outils de comptabilité analytique par pôle.

Sur le plan logistique, la structuration du processus d'achat procède de la même démarche. Selon la DHOS, elle devrait déboucher sur la création de groupements d'achat, la professionnalisation des acheteurs et une veille mieux organisée de l'état du marché.

Il est cependant vraisemblable que les établissements ne « mettent pas en ligne » des moyens suffisants pour conduire, à grande échelle, les études de logistique et de fonctionnement dont la rentabilité est pourtant évidente. Il faut profiter du *turn-over* dans les établissements pour embaucher sur les postes qui contribuent à la productivité des établissements (contrôleurs de gestion, logisticiens).

4) des progrès dans la gouvernance

a) la nouvelle gouvernance des établissements publics

Définie par l'ordonnance du 2 mai 2005, la réforme vise la mise en place d'un pilotage médico-administratif et une responsabilisation des personnels au sein de « pôles d'activité ». Au cours de l'année 2006, les établissements -et notamment les plus importants- ont défini en leur sein de l'ordre de 10 à 20 pôles cliniques, médico-techniques et de gestion, liés aux responsables de l'établissement par contrat sur la base d'une délégation de gestion avec en contrepartie l'obligation de produire des tableaux de bord de suivi.

Pour développer ces actions, des formations ont été mises en place, avec à ce jour plus de 1000 sessions organisées et plus de 10 000 personnes formées :

- des séances de formation et d'information nationales et interrégionales, à l'attention de l'encadrement hospitalier, directeurs, médecins, cadres de soins, mais également des agents des services de l'Etat et de l'Assurance maladie y compris à la CNAPTS ;
- des formations intra établissements pour toucher les médecins notamment au plus près de leurs préoccupations
- des formations des responsables de pôles
- et des sessions spécifiques en cours de lancement pour les usagers siégeant dans les instances hospitalières et pour les établissements PSPH.

b) une meilleure transparence de la politique hospitalière

Le conseil avait déploré qu'il n'existe pas de lien collectif d'analyse de la gestion hospitalière, ni de vulgarisation des données. D'où une faible compréhension, propice à de nombreux malentendus.

Les actions de communication conduites par la mission d'accompagnement des réformes pourraient mieux éclairer les acteurs de cette politique.

5) équilibres

L'effort porte sur une meilleure organisation des soins.

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire dits de 3ème génération (2006-2010) ont permis de définir dans la concertation et sous la responsabilité des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (ARH), une répartition territoriale des activités de soins et des équipements lourds (scanners, IRM, PetScan...) fondée sur une approche des besoins de la population.

Il en résulte la fixation par territoire de santé d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) définissant des implantations géographiques, des volumes d'activité voire des temps d'accès à une activité de soin particulière ; ce nouveau concept a suscité des incompréhensions : il a souvent été assimilé à une instauration de quotas alors qu'il s'agit d'un instrument de pilotage pour une réponse aussi équitable que possible aux besoins de soins.

Pour autant, les SROS et les schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS) déclinés sous la forme de contrats d'objectifs et de moyens signés avec chaque établissement de santé poursuivent les objectifs suivants :

- offrir un accès gradué aux soins en maintenant à proximité les soins qui mobilisent des savoir-faire et une expérience médicale et paramédicale mais ne requièrent pas d'équipes de spécialistes et des équipements très sophistiqués : médecine générale et soins infirmiers en ville, soins de suite -ex convalescence -, réadaptation, médecine gériatrique ou polyvalente, soins palliatifs) ; à contrario, l'organisation de la filière de soins comportant plusieurs niveaux et modalités de prise en charge permet de limiter à quelques plateaux techniques sur le territoire, les soins les plus complexes (greffes, chirurgie cardiaque) ; il s'agit d'appliquer le principe de subsidiarité.
- développer les nouveaux modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète : hospitalisation à domicile et chirurgie ambulatoire
- regrouper les plateaux techniques et notamment l'activité obstétricale et chirurgicale très consommatrice de ressource médicale ; la promotion de la coopération hospitalière, la valorisation récente de la gériatrie et des soins palliatifs facilitent les opérations de restructuration ; la Fédération Hospitalière de France soutient les initiatives parfois contestées localement avec le souci de structurer et pérenniser une offre publique dans chaque territoire de santé ; les normes garantissant la qualité de certaines activités de soins y contribuent également et enfin, la contrainte prégnante de la démographie médicale incite à une optimisation de la permanence des soins spécialisés sur le territoire de santé (ex : un seul urologue d'astreinte la nuit et le week-end sur un territoire de santé de 250 000 habitants).

Le Haut Conseil estime qu'à l'hôpital, des progrès significatifs sont intervenus en matière de qualité. Mais le rythme de progression semble jusqu'à présent modeste et les résultats en termes de gains d'efficience sont peu identifiés. Pour autant que les conditions évoquées infra⁸³ soient remplies, le Conseil souhaite que les gestionnaires hospitaliers développent leur capacité à mobiliser les marges de manœuvre qui permettraient d'activer le rythme de progression, alors que les outils restent insuffisamment développés tant sur la méthode que sur l'évaluation des résultats. Le plan de réorganisation notamment apparaît comme

⁸³ Voir Chapitre II page 94

ambitieux mais il n'est pourtant étayé ni par un calendrier précis ni par des objectifs quantifiés permettant de voir sa faisabilité.

Le Haut Conseil a mis à son programme de travail le problème de l'articulation entre la spécialisation à quoi pousse la T2A et les équilibres entre établissements au sein des bassins de santé et entre public et privé.

SECTION IV - LA GOUVERNANCE

Dans son rapport de 2004, le Haut Conseil estimait que l'enchevêtrement des compétences, notamment de l'Etat et de l'assurance maladie, expliquait en partie, ou en tout cas favorisait les dérives du système. Il proposait un examen des responsabilités par grandes fonctions : fixation du cadre juridique et financier global, organisation du système, gestion du risque, allocation des ressources etc... Il constatait par ailleurs de graves carences dans les outils de pilotage du système, notamment sur les instruments d'amélioration de la qualité et de l'efficience des soins, l'accès aux informations médicalisées ou les outils d'audit et de contrôle de la gestion du système.

La réforme de l'assurance maladie en 2004 mais aussi la loi sur la santé publique de 2004, la réforme de la loi organique sur les LFSS de 2005 et les lois de financement annuelles ont modifié profondément les conditions de la gouvernance du système.

Ces textes apportent en partie une réponse aux recommandations du HCAAM.

Le rapport de 2004 partait d'une analyse par grande fonctions fondamentales que doit assurer tout système de soins et d'assurance maladie. On peut reprendre aujourd'hui cette approche fonctionnelle pour examiner les évolutions de la gouvernance: définition de la politique de santé et d'assurance maladie et cadrage financier global, expertise scientifique, la mise en œuvre de la politique de régulation.

1) sur la question du cadrage global et de la définition de la politique de santé et d'assurance maladie, plusieurs éléments ont été mis en place pour développer le débat public.

- la création du HCAAM lui-même a contribué au développement des données d'analyse nécessaire au débat public tout en favorisant l'émergence de diagnostics partagés
- la loi de santé publique met en place un dispositif d'objectifs quantifiés de santé publique.
- les caisses d'assurance maladie, gestionnaires des dépenses, ont été associées à la préparation du PLFSS en fournissant des propositions au gouvernement
- la loi organique sur les LFSS améliore l'information transmise au Parlement (par exemple en fournissant un cadrage pluriannuel) et clarifie la portée des votes (vote du solde des régimes et non d'objectifs de dépenses et de recettes non concordants ; vote d'une décomposition de l'ONDAM ; élargissement du champ de l'ONDAM à l'ensemble des dépenses contribuant au financement du système de soins ; introduction d'une démarche d'objectifs avec la mise en place des programmes de qualité et d'efficience – PQE – qui sera effective dans le PLFSS 2008)
- la clarté du débat financier a par ailleurs été accrue par la mise en place d'un suivi des dépenses indépendant du gouvernement (nomination du Secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale par la Cour des comptes ; création du comité d'alerte indépendant) ou l'explicitation des conditions de la gestion des dépenses hospitalières dans le cadre du conseil de l'hospitalisation

- la mise en place par les commissions parlementaires de missions d'évaluation et de contrôle de la LFSS a par ailleurs permis de nourrir le débat public sur les questions de santé.

Ces éléments forment un ensemble très significatif de points de progrès dans la formation du débat public pour les choix en matière de santé et d'assurance maladie. Pour la première fois depuis sa création, l'ONDAM est redevenu une référence crédible. Il a été à peu près respecté en 2005 et 2006. Son dépassement en 2007 déclenche effectivement la procédure d'alerte prévue.

S'agissant des établissements de santé, les délais de remontée des informations sont plus longs que pour les soins de ville. Il n'existe pas à ce stade d'éléments permettant de remettre en cause de façon significative, en plus ou en moins, la réalisation du sous-objectif concerné.

Le comité d'alerte

La mise en œuvre de la procédure d'alerte de l'année 2007 appelle trois remarques :

- pour beaucoup d'intervenants, c'est le manque de réalisme de l'ONDAM fixé qui explique la survenance de l'alerte. D'autant plus qu'elle n'intervient qu'au-delà de la marge de tolérance de 0,75% qui permet normalement d'étaler des aléas (épidémies par exemple). Constater au bout de quelques mois un dépassement aussi important laisse perplexe. Afin de « serrer » plus la procédure d'établissement de l'ONDAM, il conviendrait qu'on explicite de façon plus rigoureuse les éléments de prévision de la dépense et les mesures de maîtrise envisagée.
- certains intervenants regrettent que les mesures à décider portent sur les seules dépenses remboursées et pas sur d'éventuelles recettes. La majorité du Conseil pense cependant qu'il est de la nature des lois de financement et de l'ONDAM que ce soit des mesures concernant les dépenses qui doivent être proposées.
- on a constaté que le comité d'alerte n'était pas en mesure, à la date limite fixée par la loi, de porter une appréciation sur l'exécution de l'ONDAM hospitalier⁸⁴. Le Conseil souhaite que cette situation s'améliore.

L'approfondissement du débat public passe par un développement des instruments d'analyses médico-économique dont le HCAAM a pu voir à de multiples reprises à la fois la richesse et les limites d'une part, la multiplication des travaux, notamment dans le secteur de la recherche en économie de la santé et le développement d'une culture de l'évaluation d'autre part.

Il nécessite également que les institutions du débat public, la presse comme le Parlement se saisissent activement des outils qui sont mis à leur disposition.

Enfin si les conditions du débat sont réunies, il faut que les choix soient effectivement réalisés et que les priorités soient décidées. De ce point de vue le dispositif de la loi de santé publique ne répond qu'imparfaitement à l'objectif.

⁸⁴ Avis n°4 du Comité d'alerte du 29 Mai 2007 : « *S'agissant des établissements de santé, les délais de remontée des informations sont plus longs que pour les soins de ville. Il n'existe pas à ce stade d'éléments permettant de remettre en cause de façon significative, en plus ou en moins, la réalisation du sous-objectif concerné.* »

2) sur la fonction d'expertise scientifique, la réforme majeure a résidé dans la création de la Haute autorité de santé.

Cette réforme conduit à une triple évolution du système d'expertise : un accroissement de ses moyens ; un positionnement indépendant ; un regroupement dans une institution unique d'un grand nombre de compétences allant de l'évaluation des actes et produit et aux recommandations de bonne pratique aux outils favorisant la mise en œuvre effective de ces recommandations (communication auprès des professionnels de santé, certification, accréditation, évaluation des pratiques professionnelles).

Dans son dernier rapport sur les médecins libéraux, le HCAAM a pu constater la montée en charge effective de l'action de la HAS que ce soit par exemple à travers la couverture progressive du champ des affections de longue durée par des référentiels, la progression du processus sur les médicaments à SMR insuffisants, le développement de nouveaux outils d'information sur le médicament ou les perspectives de montée en charge de l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP).

Cette montée en charge n'est pas aujourd'hui achevée et des choix stratégiques doivent encore être faits dans plusieurs domaines comme celui des outils de la promotion des bonnes pratiques, de l'information à destination des patients ou de la gestion effective des obligations professionnelles créées (EPP, FMC).

Par ailleurs, malgré le rôle central de la HAS dans la loi de 2004, plusieurs questions de coordination voire de cohérence pourraient encore se poser dans l'organisation de la gouvernance de l'expertise scientifique. Le rôle prééminent confié par la loi de 2004 à la HAS dans le domaine de l'information sur les bonnes pratiques reste mis en œuvre modestement à ce jour, l'AFSSAPS conservant des compétences propres importantes dans le domaine du médicament. Si les institutions en charge dans le domaine de la FMC et de l'EPP ont cherché à travailler de manière coordonnée, le double pilotage du dispositif pourrait susciter des incompréhensions. Enfin le fait que l'assurance maladie dispose des moyens les plus importants d'action sur le système de soins et les pratiques médicales, moyens qu'elle a renforcés dans la dernière période (par exemple avec la mise en place des délégués de l'assurance maladie), pose la question de l'utilité d'un approfondissement des relations entre la HAS et l'assurance maladie.

Enfin si la création de la HAS a donné un cadre clair à l'évaluation scientifique de l'intérêt médical, son positionnement – mais ce fut voulu par le législateur – ne la place pas en charge, ni directement ni indirectement – du champ de l'expertise médico-économique et de la recherche de l'efficience des fonds publics.

La question de l'expertise médico-économique, de son cadre institutionnel et juridique comme du développement de ses moyens, n'a pas été suffisamment traitée dans le cadre des réformes.

3) sur la question de la mise en œuvre de la politique de régulation, les évolutions de la gouvernance ont là encore été importantes. La réforme de 2004 visait à la fois à renforcer l'efficacité de l'action de l'assurance maladie et à procéder à un décloisonnement institutionnel de la gestion du système de soins.

a) la réforme s'est d'abord traduite par une réforme de la gouvernance des institutions de l'assurance maladie.

La création de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie a été réalisée effectivement et les conseils d'administration ont été remplacés par un conseil chargé de fixer des orientation, le directeur général de la CNAMTS, associé aux directeurs des autres régimes dans le collège des directeurs, étant chargé de l'entièvre responsabilité de la mise en œuvre.

L'organisation interne de la CNAMTS a par ailleurs été réformée notamment pour mettre fin à la séparation entre le service médical et les services dits « administratifs ».

Le pilotage du réseau a été renforcé par le pouvoir de nomination du directeur national, la mise en place d'un management par objectifs et la désignation de responsables régionaux de la gestion du risque. Si la structure institutionnelle du réseau n'a pas été modifiée, l'option ouverte par la loi de 2004 d'un cumul des fonctions de directions d'organismes a été utilisée de manière croissante notamment pour rapprocher CPAM et URCAM dans la conduite de la politique de gestion du risque.

Ces évolutions de la gouvernance interne de l'assurance maladie ne sont pas négligeables, même si elles ne sont sans doute pas encore à leur terme dans le domaine de l'organisation du réseau.

Formellement l'UNCAM a pris en charge les missions qui lui sont confiées. Si la structure garantit par nature la bonne coordination inter-régimes dans la négociation conventionnelle, elle doit encore montrer son utilité en matière de gestion inter-régimes de la politique de gestion du risque et de ses moyens.

La création des conseils a modifié considérablement la relation entre le directeur, les partenaires sociaux et les professionnels de santé. Les difficultés rencontrées dans la négociation de l'avenant n°23 à la convention médicale montrent néanmoins que le mode de relations entre le conseil, son bureau et le directeur n'est pas à ce jour encore stabilisé, pas plus que celui entre les régimes.

b) l'accroissement de l'efficacité de l'assurance maladie reposait également sur une clarification du partage des compétences avec l'Etat. Celle-ci s'est traduite par une consolidation et un accroissement des compétences de l'assurance maladie nécessaire à l'exercice de ses responsabilités. Le bilan est sans doute contrasté sur ce point.

En pratique, l'assurance maladie a effectivement exercé ses nouvelles compétences, par exemple dans le domaine de la nomenclature des actes dont elle est maintenant responsable en direct. Mais on a vu récemment, à l'occasion des dossiers du secteur II, de la mise en application du protocole d'août 2004 sur les chirurgiens ou encore de la revalorisation du C, que la pratique s'éloigne de la théorie.

c) la création de l'UNOCAM est une option positive même si la coordination entre les régimes de base et complémentaire ne fait que démarrer. Quoi qu'en pense sur le fond du dossier de secteur optionnel, le fait que les discussions aient pu s'engager sur le projet en témoigne.

d) l'acquisition des données – désormais améliorée avec le codage – permet une meilleure gestion du risque pour les régimes de base. Encore faudrait-il qu'elle soit plus partagée.

Il faut porter au crédit de la CNAMTS la nette amélioration des fonctions d'études, de statistiques, de recherche et d'information.

*
* * *

Le Haut Conseil considère que le sujet de l'équilibre dans la gouvernance n'est pas encore stabilisé et qu'il conviendra de reprendre la réflexion sur ce sujet.

4) dans le domaine des relations avec les professions de santé, l'UNCAM a renoué des relations conventionnelles avec les médecins dans la convention médicale de 2005.

Un dispositif d'arbitrage a été créé en remplacement de la procédure de règlement conventionnel minimal fixé par l'Etat mais n'a pas eu à être utilisé, laissant d'ailleurs subsister une incertitude sur la praticabilité effective de ce dispositif.

La responsabilisation de l'assurance maladie dans ses compétences conventionnelles a néanmoins été mise en question par un maintien persistant de l'intervention de l'Etat dans un certain nombre de grands choix conventionnels. Cette intervention est passée dernièrement par le vote au Parlement d'une loi autorisant une substitution réglementaire aux parties conventionnelles sur la question du secteur optionnel.

5) enfin c'est sans doute sur la question du décloisonnement institutionnel de la gestion du système de soins que la réforme allait le moins loin et que les évolutions réelles sont les plus modestes.

Du côté de l'Etat, la réforme de l'assurance maladie ne prévoyait aucune évolution. De fait les compétences dans le domaine de santé sont restées éclatées entre la direction générale de la santé, la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, la direction générale de l'action sociale et la direction de la sécurité sociale. La mise en place de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie a même introduit un nouvel acteur dans le secteur médico-social.

S'agissant de l'assurance maladie, la loi avait prévu une association accrue de l'assurance maladie à la gestion des secteurs du médicament et de l'hospitalisation. La participation de l'assurance maladie au comité économique des produits de santé a été renforcée. Un conseil de l'hospitalisation associant l'assurance maladie a été mis en place. [Les apports concrets de ce conseil sont restés cependant limités et ses avis n'ont pas été toujours suivis]. Au niveau régional, des missions régionales de santé ont été créées par association des URCAm et des ARH. Le bilan de ces missions semble aujourd'hui modeste. Les compétences limitées de ces

missions et les difficultés liées à un double pilotage national n'ont pas facilité leur montée en charge. Le dispositif d'expérimentation des agences régionales de santé qui devrait s'appuyer sur l'expérience des MRS n'a finalement pas été mis en œuvre. Enfin la question des relations ville/hôpital a été peu abordée concrètement. Un seul accord national d'amélioration des pratiques hospitalières a pu être signé entre l'Etat, l'assurance maladie et les fédérations hospitalières.

6) le grand dossier de la « territorialisation » des systèmes de soins et d'assurance maladie, de l'éventuelle constitution d'agences régionales couvrant ville et hôpital ou encore du dessein d'une éventuelle agence nationale de santé n'a guère avancé.

PARTIE II – DEUX PRIORITES

CHAPITRE I - MAINTENIR UNE OFFRE ACCESSIBLE ET DE QUALITÉ

L'organisation de l'offre en soins de ville doit permettre de garantir une disponibilité physique convenable afin de permettre l'accès de chacun à des soins de qualité. Cette exigence concernant l'offre de soins a un coût, comme pour tout autre bien et service, comme l'illustre par exemple l'offre de médicaments.

Elle doit également garantir une disponibilité financière dans des conditions convenables pour tous. Cette question est traitée dans le chapitre 2.

A) Les attentes : l'accès à une offre de qualité à des tarifs raisonnables

L'organisation de l'offre en soins de ville doit répondre aux attentes plus ou moins compatibles des trois acteurs en présence, comme le Haut Conseil l'a défini dans son avis du 24 mai 2007 : les malades, les médecins et les régulateurs.

1) ce que les malades sont en droit d'attendre

- être assuré de trouver un médecin sans trop de difficulté, y compris pour des urgences.
- exercer leur droit de libre choix et recourir librement à leur médecin (en moyenne plus de 8 fois par an). C'est un élément substantiel d'une relation confiante. A défaut de libre choix, l'assuré veut avoir l'assurance, si on l'assigne à un professionnel, qu'il ne sera pas discriminé en fonction de ses caractéristiques personnelles et qu'il trouvera un professionnel attentif et compétent. C'est au cœur de l'opinion des français ; d'où leur forte réactivité s'ils ont le sentiment qu'on bride cette liberté.
- être assuré de l'indépendance et de la compétence du professionnel auquel il a recours. D'où la méfiance devant ce qui pourrait « marquer » une dépendance des professionnels par rapport au payeur ou aux laboratoires ; méfiance aussi devant le compérage et le partage d'honoraires.

D'où également la grande sensibilité au respect du secret professionnel qui domine le débat sur l'informatisation et le DMP.

- être informé de son état et des soins qu'on lui apporte.
- ne pas être exposé à un taux d'effort trop élevé

2) ce que les régulateurs sont en devoir d'assurer

- la disponibilité et la qualité de l'offre (avec les incidences que ce souci peut avoir sur la liberté d'installation et le choix des spécialités ; le problème des permanences....)
- la moralité des professionnels (refus de soins aux pauvres, gestion de la file d'attente par l'argent...)

- la qualité de la pratique, l'évaluation des compétences et la pertinence des actes ; mettre en place les procédures qui y contribuent (élaborer des références, pousser à la FMC...)
- l'économie des prestations pour ne solliciter les fonds publics qu'à bon escient.

3) ce que les professionnels sont en droit d'attendre

- la capacité d'assurer de justes soins : le médecin n'a pas à accepter de rationnement sur critère économique (s'il doit intervenir, ce ne doit pas être de la responsabilité du médecin).
- des conditions de travail et de rémunération cohérentes ; problème d'autant plus délicat que la dépense est socialisée.

B) Maintenir une disponibilité « physique » adéquate

1) les médecins

a) évaluation de l'équilibre offre/demande

Comme il l'a montré dans sa note de mai 2007, le Haut Conseil considère que la baisse du potentiel démographique médical, la croissance attendue du nombre de recours, auxquels s'ajoutent des déséquilibres démographiques persistants pourraient rendre l'équilibre offre/demande de plus en plus difficile à atteindre. Cette évolution peut être l'occasion d'engager des actions visant à améliorer l'efficacité de la pratique médicale.

a1) la baisse du potentiel démographique à l'horizon 2025

Le scénario central des projections de la DREES pour les années 2025 conclut à une baisse du nombre total de médecins en activité entre 2006 et 2025 : 186 mille médecins (libéraux ou non) en 2025 contre 205 aujourd'hui. Au-delà du facteur démographique, la densité médicale à moyen terme dépend de l'importance des cessations d'activité et des flux d'installation. La densité médicale libérale a culminé en France à la fin de l'année 1996 avec 196,5 médecins pour 100 000 habitants et elle baisse depuis. La densité médicale va diminuer. Selon le scénario de la DREES, on retrouverait en 2025 la densité médicale du milieu des années 1980 (283 médecins pour 100 000 habitants en 2025 contre 336 aujourd'hui). Au-delà de cet horizon toutefois, on peut escompter, à numerus clausus inchangé, une remontée à terme de la densité médicale.

Du fait de la diversité de l'organisation des systèmes de soins des pays, les comparaisons internationales sont difficilement interprétables et ne sauraient conduire à la définition d'un niveau optimal de densité médicale. Le fait que des pays développés déplacent moins de médecins nous montre seulement que l'ajustement du potentiel d'offre aux besoins de la population a une certaine plasticité.

Encore faut-il souligner que la densité médicale est un indicateur très frustre pour apprécier l'offre médicale. Par exemple, que se passera-t-il en termes de charge de travail médical dans les années à venir ? On est passé de 2074 consultations par médecin en 1980 à 3120 aujourd'hui, ce qui signifie, toutes choses égales par ailleurs, un accroissement de l'intensité du travail. La croissance potentielle de la demande de recours est-elle compatible avec les nouvelles modalités de l'organisation du travail médical (féminisation de la profession, aspiration des médecins à une diminution de la durée du travail...) ?

a2) on ne peut exclure une progression sensible des recours au médecin

Il est difficile d'en prévoir l'ampleur de la croissance du recours aux médicaux libéraux. Le vieillissement y contribue. Le mouvement de transfert d'activité hospitalière vers la médecine ambulatoire devrait s'amplifier avec notamment le développement de l'hospitalisation à domicile et de la chirurgie ambulatoire. L'évolution du comportement des assurés et notamment leur propension à s'adresser à un médecin est plus difficile à prévoir ; mais la tendance passée et l'environnement culturel dans lequel se situe l'appel au médecin poussent à retenir l'hypothèse d'une croissance. Quelles que soient les hypothèses retenues [vieillissement de la population et taux de recours par âge inchangés (hypothèse faible) ; prolongement de la tendance des dix dernières années (hypothèse forte)], la demande de recours par tête devrait continuer de croître dans le futur⁸⁵ : le nombre de recours par personne en 2025 pourrait augmenter de 10 à 20%. la pression sur l'activité des médecins libéraux pourrait doubler d'ici 2025. Aujourd'hui, pour assurer 10 000 recours, la France dispose de 4,33 médecins ; en 2025 elle pourrait n'en disposer que de 3,3.

a3) déséquilibres régionaux et par spécialités

Les déséquilibres régionaux sont une constante regrettable de notre système de santé. Si le nombre total de médecins et la densité médicale moyenne sont satisfaisants, les disparités de répartition entre régions et au sein même des régions entre les départements, les communes, voire les quartiers, sont parfois criantes. Ce phénomène n'est pas nouveau et on observe aujourd'hui exactement la même disparité de densité médicale que celle qui prévalait au début des années 1970⁸⁶, ce qui témoigne de l'absence d'une politique active en matière d'installation [écart de 1 à 3,1 entre le Pas-de-Calais (densité médicale de 52,3 médecins pour 100 000 habitants en 1971) et les Alpes-Maritimes (162,9) ; écart de 1 à 3,1 entre l'Eure (118 médecins pour 100 000 habitants aujourd'hui) et Paris (367,3)⁸⁷].

Or si ces disparités n'ont pas posé de problème dans l'accès aux soins en période de croissance générale de la démographie médicale avec un quasi doublement du nombre de médecins libéraux depuis 30 ans (60 000 en 1975 ; 115 000 en 2005), il n'en sera pas de même en période de baisse de la densité médicale, au moins dans certaines zones du territoire aujourd'hui mal équipées (zones rurales ou quartier périurbains par exemple).

⁸⁵ Nous disposons par ailleurs d'informations et d'analyses sur la demande induite et l'effet de la couverture maladie, mais elles ne permettent pas de conclure définitivement et de manière univoque sur la légitimité de la croissance de la demande.

⁸⁶ Pour les autres professions de santé, l'offre sanitaire apparaît avec une dispersion encore plus marquée même si les évolutions au cours du temps sont plus contrastées (écart de densité des infirmiers libéraux : de 1 à 8,5 en 1980 ; de 1 à 7,5 aujourd'hui. Ecart de densité des kinésithérapeutes libéraux : de 1 à 7,1 en 1980 ; de 1 à 3 aujourd'hui).

⁸⁷ Ces données sont brutes et n'ont pas été corrigées pour tenir compte des différences de structure par âge entre les départements. Pour affiner l'analyse, il conviendrait, comme pour la définition des zones déficitaires, de mettre en regard les besoins sanitaires de la population (âge et profil sanitaire). Cette approche n'est en rien une prévision tant les incertitudes statistiques et économiques sont fortes. Au demeurant les travaux de comparaisons internationales ne permettent pas de déterminer un niveau optimal de densité médicale.

Par ailleurs, l'ajustement du potentiel d'offre aux besoins de la population a une certaine plasticité, notamment en fonction de l'organisation des soins ; en témoigne d'ailleurs le fait que des pays développés déploient moins de médecins que nous pour des résultats de santé comparables. A cet égard, la réflexion sur l'organisation des soins primaires est cruciale de même qu'une réflexion simultanée sur l'évolution démographique de l'ensemble des professionnels de santé.

En termes de spécialités, certaines d'entre elles sont en voie de délaissement. Ainsi la médecine du travail ou la santé publique paraissent moins attractives, en tout cas en première partie de carrière. L'attraction des étudiants pour une relative technicité conduit par ailleurs à un moindre choix des spécialités cliniques, comme la médecine interne, la chirurgie, l'anesthésie, l'obstétrique. C'est également le cas de la médecine générale. Cette désaffection pour la médecine générale est « objectivable » depuis la dernière réforme des études médicales de 2004 qui a instauré un internat unique et un examen classant national pour tous les étudiants en médecine. Deux constats : la médecine générale est avec la médecine du travail la discipline choisie en dernier par les étudiants ; 40% des postes offerts en médecine générale ne sont pas pourvus en 2005.

La médecine générale est perçue comme une profession dont l'exercice est très contraignant : la permanence des soins (gardes, astreintes), les visites (environ 14% du nombre total des actes des généralistes) et les horaires de travail (80% de l'ensemble des généralistes libéraux actifs travaillent le samedi matin et près de 30% le dimanche) sont vécus comme de fortes contraintes. Selon le jugement dominant, le métier de généraliste s'est dévalorisé au cours du temps. L'arrivée des spécialités a retiré de la pratique du généraliste les actes à forte valeur ajoutée intellectuelle et, phénomène surtout sensible dans les grandes villes, le généraliste qui devrait être le médecin de premier recours est en fait bien souvent un médecin de dernier recours qui intervient quand les spécialistes ne sont pas disponibles. Le type de formation initiale ne pousse pas vers la médecine générale même si les stages de médecine générale de deuxième cycle mis en place cette année pour l'ensemble d'une promotion devraient contribuer à faire mieux connaître la médecine générale avant le choix de l'examen classant national. Enfin les niveaux attendus de rémunération pèsent sur les préférences des étudiants.

a4) le Haut Conseil juge opportun de dépasser la politique actuelle de « moindre contrainte ».

Dans ces conditions, et même si l'évolution naturelle de la pyramide des âges des médecins conduit à long terme à réduire légèrement les écarts régionaux de densités médicales, les pouvoirs publics ne peuvent exclure un contexte global tendu. Et l'accroissement du numerus clausus national à l'entrée du second cycle des études médicales, qui n'a d'effet que sur le nombre total de médecins à terme, ne suffira pas à régler ces déséquilibres.

S'il reste nécessaire de développer les actions de fond revalorisant l'exercice dans les spécialités délaissées, en matière de formation initiale par exemple, le Haut Conseil propose d'adopter des mesures de régulation plus directives consistant à :

- intervenir sur le flux des entrants à venir en diminuant le nombre de postes « ouverts » : la réduction de l'écart entre les postes ouverts et le nombre des étudiants présents aux épreuves classantes amènerait mécaniquement plus d'étudiants à la médecine générale.
- mettre en place des mécanismes plus directifs d'installation, à travers notamment des mécanismes de désincitation à l'installation en zones de sur-densité : de telles actions viennent compléter les incitations positives actuelles, coûteuses même si elles n'abritent pas trop d'effet d'aubaine pour les médecins installés dans les spécialités/territoires concernés, afin de modifier les préférences spontanées actuelles.

- étudier la faisabilité de la proposition de la Conférence nationale de santé⁸⁸ de « moduler plus fortement le *numerus clausus* des professions de santé d'un point de vue géographique, au niveau régional mais aussi infra régional » afin de réduire les risques d'inégalité d'accès aux soins. Des dispositifs devraient être adaptés pour permettre notamment la limitation du nombre de médecins dans les régions sur dotées (Ile de France, PACA en particulier).

D'autres pistes d'actions sont nécessaires sur l'installation des médecins, leur orientation, leurs modes d'exercices.

b) actions sur l'orientation des médecins et leur installation

b1) une première ligne d'action consiste, en amont, lors des épreuves classantes, à ouvrir les postes selon une approche « volontariste » pour contrer notamment leur préférence pour la région où s'est déroulée leur formation.

La fixation des numerus clausus pour les professions médicales devrait s'appuyer sur des analyses régionales, fondées sur les SROS⁸⁹ et synthétisées au sein de l'observatoire national des professions de santé. On est au début de cette politique : la répartition des postes à l'issue des Epreuves Classantes Nationales en fonction des besoins démographiques dans les zones déficitaires n'a été prévue que pour la rentrée 2006 ; les indemnités d'études pour aider les étudiants qui envisagent une installation dans une zone sous médicalisée sont un dispositif très récent.

b2) une deuxième ligne d'action sur les politiques d'installation : des incitations financières (voir supra).

c) actions sur le taux d'activité des femmes et des seniors

Des mesures spécifiques peuvent faciliter l'acceptation d'une intensification du travail féminin. Ainsi, l'alignement de la durée du congé de maternité des professionnelles de santé libérales sur celles des salariés est destiné à faciliter la conciliation entre vie professionnelle et vie familiale. Mais il s'agit d'une mesure d'ambition limitée.

Concernant les seniors, une étude de la DREES de juin 2007⁹⁰ confirme le constat du HCAAM dans son avis de mai 2007 : les médecins sont surtout actifs pendant les 12 premières années d'activité, un palier intervient ensuite puis un net désengagement de l'activité à partir de 50 ans. On connaît mal les caractéristiques de ce fléchissement. Mieux comprendre ces phénomènes est un enjeu fort : le report d'un an de l'âge moyen de cessation d'activité augmenterait de plusieurs milliers le nombre de médecin en exercice et ce d'autant plus que les générations proches du départ en retraite sont encore des générations nombreuses.

Des mesures intervenues pour desserrer les conditions de cumul/retraite sont venues inciter les médecins à prolonger leur activité après leur départ formel en retraite. Ces mesures sont pertinentes et il conviendrait de les mettre en œuvre sur l'ensemble du champ d'activité des

⁸⁸ Son avis du 22 mars 2007.

⁸⁹ Schémas régionaux d'organisation sanitaire.

⁹⁰ « Régulation de la démographie médicale et carrières des médecins français : les inégalités entre générations ».

médecins⁹¹. Mais il reste également à analyser à quelles conditions l'effectif nombreux des médecins seniors pourrait être incité à établir un niveau plus important d'activité avant cette retraite.

d) concentrer l'activité des médecins sur leur « cœur de métier »

Dans sa note de mai 2007, le Haut conseil a relevé l'écart entre le temps total d'activité déclaré du médecin et le temps médical libéral (de 30h53 par semaine travaillée, non corrigé il est vrai des temps de garde et des périodes d'astreintes, ni des pratiques diverses telles que les « consultations » téléphoniques, le temps de travail administratif, la formation médicale continue). Le Haut conseil préconise de mieux connaître ce « temps non passé auprès du malade » et de rechercher les moyens et procédures pour alléger le travail administratif des médecins afin que l'optimisation du temps de travail puisse participer à une amélioration de leurs conditions d'exercice. De ce point de vue, il faut saluer les récentes mesures prises dans le cadre d'une politique de simplification administrative (pour les procédures de décès, d'exemption d'activité sportive, d'admission COTOREP notamment).

d1) une première piste consiste à développer des nouveaux rôles pour des professions comme les infirmiers et les kinésithérapeutes (expérimentés surtout Royaume-Uni et Canada, mais aussi en Suède).

Cette évolution est favorisée par une diversification de l'offre de services en soins primaires et permet au médecin de passer le relais, dans le cadre d'une coopération renforcée, à d'autres professions de santé. Ce transfert peut être réalisé sous délégation ou non du médecin, celui qui réalise l'acte étant pleinement responsable. Les activités de " triage ", d'évaluation médico-sociale, de consultation avec prescription de médicaments en vente libre ne sont pas considérées comme des activités transférées dans la mesure où elles sont assimilées au rôle spécifiquement infirmier. C'est davantage par le transfert du droit de prescription que par le transfert d'activité de la profession médicale que de nouveaux rôles infirmiers semblent se développer. La prescription, qu'elle porte sur les traitements médicamenteux ou sur les autres produits et matériels médicaux, est traditionnellement réservée au corps médical. Le droit de prescription concerne, dans des modalités variables, le Royaume-Uni depuis le début des années quatre-vingt, la Suède depuis 1994 et le Canada. En Allemagne, en Italie, en Finlande et aux Pays-Bas, ce droit n'existe pas. En France, les droits de prescription des opticiens lunetiers et des infirmiers⁹² ne sont que de timides avancées et le potentiel de transferts de compétences ou de délégation de tâches reste très important.

Le Haut Conseil a relevé l'intérêt de la mission confiée à la HAS, d'élaborer une recommandation sur les conditions de la coopération entre professionnels de santé. Cette élaboration est en cours ; elle s'appuiera sur l'évaluation d'expérimentations, encadrées par l'ONDPS, lancées en 2004 et 2006. Les projets de regroupement entre des médecins libéraux voire avec d'autres professionnels que les médecins paraissent en augmentation dans le contexte français. Par exemple, la MSA soutient les projets de maisons de santé rurale. De nombreuses collectivités locales, et notamment les communes, investissent également dans

⁹¹ La CSMF indique que les conditions de rémunération des médecins seniors dans les centres de régulation ne sont pas satisfaisantes.

⁹² Depuis le décret du 13 avril 2007, les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients des dispositifs médicaux sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour certains dispositifs d'une information du médecin traitant. L'arrêté du 13 avril 2007 fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers sont autorisés à prescrire.

des infrastructures (rénovation d'une école primaire désaffectée, aménagement de sites) afin de retenir des professionnels de santé au sein de leurs collectivités.

d2) une deuxième piste est en devenir avec les outils d'aide à la prescription

La diffusion de fiches sur les médicaments nouveaux ou les fiches de transparence sur une classe thérapeutique ou sur une stratégie thérapeutique reste un vecteur important d'aide à la décision même si les attentes les plus fortes concernent les logiciels d'aide à la prescription. Le Haut conseil rappelle l'importance de tout mettre en œuvre pour ne pas retarder le rythme d'avancée de ces chantiers.

e) développer des nouveaux modes d'organisation pour favoriser l'intensification de l'activité médicale et la coordination de la prise en charge médicale

e1) le regroupement pourrait améliorer l'efficacité productive de la médecine libérale

La mise en place de pratiques plus collectives facilite, via de meilleures conditions de travail et de meilleures conditions de vie, l'acceptation d'une durée du travail relativement élevée. Le regroupement des médecins, voire des professionnels de santé en ambulatoire qui semble plus attrayant pour les jeunes générations de médecins, peut constituer une évolution permettant d'élargir la gamme des services rendus en soins ambulatoires en facilitant la coopération et la complémentarité entre professionnels de santé. Une telle évolution ouvrirait peut-être les conditions d'émergence d'une intensification de l'activité des médecins qui aujourd'hui ont une activité moindre et un recentrage de l'activité médicale sur des fonctions de synthèse et de décision. En outre, le regroupement offre des perspectives nouvelles en termes de pratiques. Le développement de programmes de Disease Management (DM), permettant que la prise en charge des maladies chroniques puissent reposer en partie sur d'autres professionnels que les médecins, exige un regroupement des praticiens pour mutualiser des postes d'infirmières.

e2) le regroupement pourrait permettre de coordonner la prise en charge médicale des patients

La coordination est partout considérée comme un facteur essentiel de la qualité des soins. Elle est encore largement insuffisante dans notre système de soins, les outils nécessaires à sa mise en œuvre n'étant que lentement développés : peu de contenu médical des missions du médecin traitant, absence de dossier médical des patients à partager entre professionnels.

D'ores et déjà, l'exercice en groupe peut être facilité par la mise à disposition d'un « titre emploi entreprise » (TEE) aux médecins conventionnés⁹³. Il est également favorisé par les mesures financières du type de celles fixées dans l'avenant n°20 à la convention nationale du 12 janvier 2005 : à partir de 2006, l'installation de médecins généralistes dans des zones déficitaires bénéficie d'honoraires majorés de 20% dans le cadre d'un exercice en groupe, d'aides des collectivités territoriales et d'exonérations fiscales.

Mais la plupart des pays qui visent à développer le regroupement des médecins, ont une politique plus volontariste notamment quant aux possibilités d'investissements des groupes dans des structures, leur équipement ou leur recrutement.

⁹³ Le TEE est une procédure aménagée pour employer du personnel (secrétaire, femme de ménage, etc.) à condition que la durée maximale de travail dans l'année soit au total de 700 heures.

Le regroupement s'opère actuellement en France dans le cadre de réalisations disparates et aléatoires. Se pose alors la question de l'opportunité d'un soutien fort de la part des pouvoirs publics et des modalités d'une politique soutenant le regroupement des médecins libéraux avec d'autres professionnels.

Pour favoriser le décloisonnement des soins ambulatoires et hospitaliers, le Haut Conseil propose que des expérimentations soient menées en s'appuyant sur la dynamique professionnelle. Il s'agirait de choisir un territoire de santé et de désigner une équipe pilote (composée notamment d'un établissement de santé volontaire, de l'ARH et de l'URCAM). Cette équipe serait dotée d'une enveloppe financière lui permettant d'expérimenter des formes nouvelles de rémunération, conformément aux dispositions législatives⁹⁴, à côté de la rémunération à l'acte, des professionnels de santé s'engageant dans une politique active de prise en charge de la population. Elle aurait les marges de manœuvre pour définir la répartition des tâches et lister les services à rendre à la population avec des objectifs notamment en matière de prévention, de coopération avec l'ensemble des intervenants, dont les médecins libéraux, les services de PMI, de santé scolaire et de médecine du travail, de permanence et de coordination des soins.

2) les autres professions

Le Haut conseil n'a pas étudié la question de la démographie des infirmières et de l'ensemble des personnels des établissements pour personnes âgées et personnes dépendantes. Il estime cependant que les disparités de densité de personnel infirmier, l'importance de leur rôle dans la permanence des soins, les conclusions sur la nécessaire régulation de la démographie médicale, la volonté d'organiser les soins primaires et le développement attendus des soins à domicile sont autant d'impératifs qui doivent conduire à anticiper les besoins en offre de soins infirmiers. Le protocole d'accord d'avril 2007 de l'UNCAM avec les infirmières libérales a parmi ses objectifs, celui de rééquilibrer progressivement leur répartition démographique entre les régions.

Quant à la formation du personnel paramédical, elle est d'autant plus importante que l'on s'oriente vers de nouveaux rôles pour ces professionnels qui s'accompagneront d'un besoin accru de professionnalisation.

Répondre aux besoins de santé suppose :

- une fixation des quotas pour les formations paramédicales s'appuyant sur des analyses régionales, fondées sur les SROS.
- une étroite concertation régionale entre les ARH et les collectivités régionales pour développer les formations paramédicales et médico-techniques à hauteur des besoins (infirmières mais également manipulateurs radio, kinésithérapeutes...).

⁹⁴ article L162.5 du Code de la sécurité sociale

3) la disponibilité de l'offre en établissement de santé

Les schémas régionaux d'organisation sanitaire dits de 3^{ème} génération (2006-2010) ont permis de définir dans la concertation et sous la responsabilité des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation (ARH), une répartition territoriale des activités de soins et des équipements lourds (scanners, IRM, Petscan...) fondée sur une approche des besoins de la population.

Il en résulte la fixation par territoire de santé d'objectifs quantifiés de l'offre de soins (OQOS) définissant des implantations géographiques, des volumes d'activité voire des temps d'accès à une activité de soins particulière.

Les SROS et les schémas interrégionaux d'organisation sanitaire (SIOS) déclinés sous la forme de contrats d'objectifs et de moyens signés avec chaque établissement de santé poursuivent les objectifs suivants :

- offrir un accès gradué aux soins en maintenant à proximité les soins qui mobilisent des savoir-faire et une expérience médicale et paramédicale mais ne requièrent pas d'équipes de spécialistes et des équipements très sophistiqués : médecine générale et soins infirmiers en ville, soins de suite - ex convalescence -, réadaptation, médecine gériatrique ou polyvalente, soins palliatifs) ; a contrario, l'organisation de la filière de soins comportant plusieurs niveaux et modalités de prise en charge permet de limiter à quelques plateaux techniques sur le territoire, les soins les plus complexes (greffes, chirurgie cardiaque) ; il s'agit d'appliquer le principe de subsidiarité.
- développer les nouveaux modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète : hospitalisation à domicile et chirurgie ambulatoire
- regrouper les plateaux techniques et notamment l'activité obstétricale et chirurgicale très consommatrice de ressource médicale. Les opérations de restructuration sont facilitées par : la promotion de la coopération hospitalière, la valorisation récente de la gériatrie et des soins palliatifs facilitent, des initiatives locales cherchant à structurer et pérenniser une offre publique dans chaque territoire de santé ou encore la définition de normes garantissant la qualité de certaines activités de soins. Elles devraient être facilitées également par la reconnaissance de la participation des établissements privés à des missions d'intérêt général.
- enfin, la contrainte prégnante de la démographie médicale incite à une optimisation de la permanence des soins spécialisés sur le territoire de santé (ex : un seul urologue d'astreinte la nuit et le week-end sur un territoire de santé de 250 000 habitants).

CHAPITRE II - SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME D'ASSURANCE MALADIE

A long terme les dépenses de soins progresseront, selon toute vraisemblance, plus vite que la richesse nationale. Mais l'écart entre ces dépenses et le PIB peut être réduit par une politique active de maîtrise de la dépense et gains de productivité dans l'offre de soins.

SECTION I - SCÉNARIOS D'ÉVOLUTION DES DÉPENSES

A) L'expérience du passé suggère que la tendance « spontanée » de la dépense de santé est de croître plus vite que la richesse nationale. A l'horizon de quelques années cependant, les progressions relatives du PIB et de la dépense de santé sont plus difficiles à déterminer

Pour caler l'analyse, on a retenu une croissance du PIB en volume de 2,25% par an sur la période 2006/2025, le portant à 2 735Md€ (en euros 2006).

1) le ratio CSBM/PIB est sur une tendance haussière avec des variations importantes selon les périodes. Comme il est rare en effet qu'une tendance lourde s'inverse vite et de façon radicale, il est réaliste de prévoir que l'écart subsistera mais à un taux significativement inférieur à celui (2,6 points par an) constaté sur les cinquante dernières années.

La généralisation de la sécurité sociale a largement contribué à la croissance de la dépense des années 60 à 80 et ce facteur de hausse est maintenant derrière nous. L'achèvement de ce grand mouvement explique que l'écart ait diminué de façon assez nette avec le temps.

Taux de croissance annuels moyens de la CSBM et du PIB

	CSBM en volume	PIB en volume	écart
1950-1955	9,4	5,7	3,7
1955-1960	6,3	5,8	0,5
1960-1965	10,8	5,9	4,9
1965-1970	8,5	5,4	3,1
1970-1975	8,8	3,5	5,3
1975-1980	5,8	3,3	2,5
1980-1985	5,5	1,5	4
1985-1990	4,7	3,3	1,4
1990-1995	3	1,2	1,8
1995-2000	2,3	2,8	-0,5
2000-2005	3,6	1,5	1,9
1950-2005	6,2	3,6	2,6

Source : DREES

Sur les vingt dernières années, l'écart entre PIB et CSBM, en valeur, est de 1,2 point par an.

2) il y a des facteurs peu contournables de croissance de la CSBM

Pour en prendre la mesure, il est pertinent de réfléchir à moyen terme. Nous avons retenu l'horizon 2025.

a) évolution démographique

- la croissance de la population est de 9% à l'horizon 2025 (dans l'hypothèse centrale de l'INSEE)

- son vieillissement. On a chiffré à 15% l'incidence purement mécanique de ce mouvement (dans cette hypothèse, on suppose que la dépense par tête évoluera de façon homogène à tous âges). Cette hypothèse fait débat. Pour certains, la prolongation de l'espérance de vie s'accompagne d'un meilleur état de santé. Si bien que la dépense de soins à un âge donné aurait tendance à diminuer en termes relatifs. Il faudrait alors corriger à la baisse l'hypothèse précitée. En fait l'analyse passée montre que la dépense de soins, mesurée périodiquement, a crû à tous âges, et de façon un peu plus prononcée pour les personnes âgées. L'hypothèse mécanique minimiseraient alors l'effet du vieillissement. Il nous a semblé prudent, à ce stade, de nous en tenir à l'hypothèse mécanique.

La dépense augmenterait ainsi de 25% à l'horizon 2025.

b) l'impact de la dépendance

Le nombre de personnes âgées dépendantes progresserait de 1% par an en moyenne d'ici 2040. Les avis convergents des récents rapports (Cour des Comptes, Centre d'analyse stratégique, rapport Gisserot) montrent que la prise en charge de la dépendance :

- va, d'une part, accroître le coût de la couverture collective de la « perte d'autonomie » proprement dite (aides à domicile, aménagement de logement...), c'est-à-dire tout ce qui ne relève pas des soins et qui est actuellement couvert par l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA). Cette dépense, assurée par les départements et par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, pourrait passer, selon les estimations du rapport Gisserot (et en fonction des choix effectués sur le niveau de prise en charge), d'un peu moins de 5 mds d'euros aujourd'hui à 10 à 12 mds d'euros à l'horizon 2030. Il s'agit là de sommes qui sont sans impact direct sur les comptes de l'assurance-maladie.

- mais le phénomène de dépendance va également accroître, et pour des montants supérieurs, le coût des soins (c'est-à-dire le tarif payé par l'assurance maladie) dans les maisons de retraite médicalisées (EHPAD), les structures de soins à domicile (SSIAD) et les autres formes d'accueil temporaire ou séquentiel qui accompagnent les personnes âgées dépendantes⁹⁵. Non seulement en raison de l'ouverture inévitable de places supplémentaires, mais aussi et surtout pour améliorer, compte tenu de la lourdeur croissante des personnes accueillies (maladie d'Alzheimer et autres maladies neurodégénératives) le taux d'encadrement et le niveau de compétence dans les structures existantes.⁹⁶

⁹⁵ On peut noter que ces dépenses, récapitulées aujourd'hui pour l'essentiel dans l'ONDAM médico-social « personnes âgées » (5,4 mds d'euros en 2007), augmentent en moyenne de plus de 10% par an depuis 2000.

⁹⁶ Cette estimation ne tient toutefois pas compte des redéploiements entre les lits de court séjour et les places pour personnes âgées à domicile ou en établissement.

Le « scénario du libre choix » du Centre d’analyse stratégique débouche ainsi sur un supplément de dépenses publiques à l’horizon 2025 qui va de 13 (hypothèse basse) à 15 milliards d’euros (hypothèse haute). Ce qui signifierait, sous la convention de stabilité de la clé de répartition actuelle des financements (environ 55% pour l’assurance maladie), une contribution de l’assurance maladie de 0,3 point de PIB.

3) il est plus difficile d’évaluer ce que pourrait être l’évolution « spontanée » de la dépense par tête.

La prévision de la tendance spontanée est entourée de fortes incertitudes. Nous ne disposons pas d’éléments de prévision rigoureux, ce qui explique la diversité des opinions. Pour certains, des phénomènes de saturation devraient intervenir et la dépense s’infléchir. Pour d’autres, elle devrait augmenter à un rythme soutenu et il serait pertinent d’extrapoler sur les années à venir la tendance passée.

Nous avons retenu comme une fourchette réaliste d’hypothèses que la dépense de soins par tête pourrait, indépendamment des facteurs analysés ci-dessus, varier entre PIB et PIB plus un point.

Cette prévision prend notamment en compte :

- pour les soins de ville :

- + une croissance très modérée du nombre de recours aux médecins. Le nombre de visites et consultations par personne auprès des médecins libéraux est passé de 5,4 en 1980 à 9 en 2004 (TCAM de 2,1 %). Mais cette forte poussée correspond pour l’essentiel à la phase de généralisation de la sécurité sociale et d’augmentation de la densité médicale. Une fois ces évolutions acquises, le taux de croissance du recours aux médecins a régulièrement diminué (il n’est plus que de 0,8 % par an entre 1994 et 2004). Dans son avis du 24 mai dernier, le HCAAM a retenu à titre indicatif une progression des recours par tête de 10 % pour les années à venir.
- + une croissance très modérée du ratio prescriptions/acte qui s’établit en 2004 à 105 € par acte pour les omnipraticiens et 43 € pour les spécialistes. Comme les médicaments pèsent pour 52 % dans les prescriptions, la prévision de leur évolution est capitale. Or si le volume semble se stabiliser, l’effet de structure reste fort (il traduit le glissement des médicaments vers des produits à prix élevé). Ainsi entre 2000 et 2004, la prescription de médicaments par omnipraticien a progressé de 19 % soit plus de 10 % en euros constants. Mais la progression des génériques et la politique de prix et de marges entreprise ces dernières années devrait freiner ce mouvement haussier. Il n’est pas exclu, par ailleurs, que le nombre de médicaments coûteux, fortement innovants et prescrits pour des pathologies fréquentes – qui a tiré le marché – soit plus faible que par le passé.

Ces croissances nous semblent cohérentes avec la progression des maladies chroniques et les habitudes de consommation qui se sont imposées dans les dernières années.

- pour les établissements de santé, la DHOS estime plausible une progression en volume de 2% par an. On ne devrait donc pas, en valeur, s’écartez sensiblement du taux de croissance de l’économie.

B) De la CBSM à la dépense publique : la hausse du taux de prise en charge

1) dans le passé, il y a eu un écart élevé entre les progressions relatives de la CBSM et des prises en charge par les régimes de base largement lié à la généralisation de la sécurité sociale.

2) le ratio dépense remboursée/dépense présentée au remboursement (qui définit le taux global de prise en charge par les régimes de base) est actuellement stabilisé (page 13). Mais comme on l'a indiqué dans la première partie, cette stabilité est liée à l'adoption de mesures réglementaires augmentant le ticket modérateur et le forfait journalier, ce qui compense la croissance des dépenses sans ticket modérateur (notamment celles des assurés en ALD).

3) mais la tendance à l'œuvre est celle d'une progression spontanée du taux de prise en charge

Elle résulte notamment de deux évolutions partiellement liées :

- le vieillissement puisque le taux de prise en charge varie avec l'âge (77,5% au-dessous de 60 ans ; 83,7% au-dessus pour une moyenne de 80,4%). Le seul effet du vieillissement augmente le taux de prise en charge de un point à l'horizon 2025
- de la croissance des assurés en ALD puisque le taux de leur prise en charge est plus élevé que pour les assurés non-ALD. Selon la CNAMTS, la progression des ALD est liée pour $\frac{1}{4}$ au vieillissement (facteur déjà pris en compte ci-dessus) et pour $\frac{3}{4}$ à la progression de la prévalence des ALD à structure d'âge identique⁹⁷. Le taux de patients en ALD pourrait être de 18,7% en 2015 (contre 14% en 2006). La prolongation de la tendance amènerait le taux d'ALD à plus de 25% en 2025. La prise en compte à hauteur de $\frac{3}{4}$ de cette croissance entraîne une augmentation du taux de prise en charge globale de plus de 0,75 points

C) Face à cette tendance haussière, on peut mobiliser d'importantes marges d'économies.

Admettre la tendance spontanée de la dépense soumettrait le système d'assurance maladie à des tensions extrêmement fortes.

Or, l'offre de soins peut être améliorée : il existe en effet des marges d'économies importantes. Encore faut-il être capable de les cerner et de déployer les politiques permettant de les « lever ».

Nos analyses ne sont pas toujours assez rigoureuses pour étayer une action concrète. Par ailleurs comme les politiques de maîtrise de la dépense affectent les conditions d'activité et de revenu de près de 2 millions de professionnels et les comportements de tous les Français, la mise en œuvre de ces politiques ne peut être ni rapide ni radicale. Il ne suffit pas de disposer

⁹⁷ Cf. diabète sur 2000/2005 : l'effectif de diabétiques traités augmente de 6,3% contre 0,5% de croissance de la population générale. A l'horizon 2016, la dépense publique des diabétiques mobiliseraient 0,6 point de PIB au-dessus du niveau de 2004.

d'argumentaires techniques solides⁹⁸ pour qu'on puisse « forcer le passage ». Le principe de réalité impose qu'on ne surestime pas les effets crédibles à moyen terme de ces politiques.

En même temps il est impératif de les mener avec énergie et constance si on veut limiter les contraintes de financement que créerait l'évolution non maîtrisée de la dépense. De ce point de vue, la médecine de ville et hospitalière doivent être considérées au même rang dans les objectifs à atteindre.

Quels sont les chantiers majeurs dans ce domaine ?

1) la stabilisation du nombre des recours au médecin par habitant.

Elle passe notamment par une meilleure organisation du système de soins, une délégation des tâches à d'autres professionnels et au développement du *disease management*.

2) la maîtrise de la dépense de médicaments

Il faut en l'espèce :

- mobiliser les marges existantes et à venir sur le générique (la CNAMTS les évalue à 250M€ par an sur les prochaines années) ;
- abaisser le ratio actes avec ordonnance/total des actes, notamment pour les généralistes. Une baisse de 10 points (environ 40M de C+V) génère une économie pour les régimes de 1,5 Md€ (si la valeur des « prescriptions évitées » est égale à l'ordonnance moyenne actuelle) ;
- augmenter la prescription dans le répertoire et/ou ajuster à la baisse le prix des *me-too*.

Comme indiqué par le HCAAM dans son avis du 29 juin 2006, il faudrait par ailleurs analyser l'opportunité de :

- revoir la conception du coefficient K (déclenchement de la « clause de sauvegarde ») ;
- supprimer ou limiter la prise en charge des médicaments à vignette bleue (au moins à prescription facultative ; gain de 0,8 Md€) ;
- revoir les marges de distribution – grossistes et officines – (qui représentent 28 % des dépenses totales sur le marché des médicaments en ville) en cas de forte progression du marché.

3) le cantonnement de la dépense en ALD

Il passe par :

- une meilleure politique de prévention ;
- une grande vigilance dans la définition des critères d'admission en ALD et dans l'élaboration des protocoles par la HAS.

4) la mobilisation des marges de productivité dans les établissements de santé

L'ONDAM hospitalier a connu des niveaux très variables au cours des années récentes. Entre 1997 et 2001 la progression de l'ONDAM hospitalier a été en moyenne de 2,3 % par an, soit un rythme inférieur au PIB en valeur. Le rythme de croissance s'est accéléré depuis sous

⁹⁸ Le débat sur la fermeture ou la reconversion de petits établissements de santé – où pourtant les pouvoirs publics ont de solides arguments à faire valoir – illustre bien les difficultés d'agir.

l'effet de divers facteurs. La mobilisation des marges de productivité, dans le respect des objectifs de qualité des soins et de sécurité des patients, pourrait, pour certains, ramener le taux de progression de l'ONDAM hospitalier au voisinage de la croissance du PIB, d'autres estimant qu'il pourrait être ramené à une évolution inférieure à celle du PIB.

La mobilisation de ces marges passe par :

a) la poursuite résolue des restructurations du réseau hospitalier, au-delà des réflexions engagées sur la chirurgie

Ces restructurations doivent être envisagées en intégrant un impératif de meilleure conciliation de l'activité hospitalière avec la médecine ambulatoire et les établissements médico-sociaux. L'activité des établissements de santé doit être recentrée sur leur mission de forte technicité ; la médecine ambulatoire doit garantir une prise en charge efficace en amont ; les prises en charge en aval doivent être assurées dans les meilleurs délais. Un transfert de moyens vers le secteur médico-social doit être engagé (on notera qu'à la différence de nombreux secteurs économiques, le secteur des établissements n'est pas en situation potentielle de déflation caractérisée des effectifs). Il faut développer les alternatives à l'hospitalisation.

b) des gains d'efficience dans les établissements

La recherche de ces gains n'est pas suffisamment effective.

Si le cadrage financier par la T2A est correctement établi – c'est la responsabilité des pouvoirs publics – il va créer une contrainte globale qui doit normalement conduire les établissements à s'y engager plus résolument.

Mais pour appuyer ce mouvement, il conviendrait qu'on développe des tableaux de bord sur les performances des établissements de même catégorie (les récentes études de la MEAH montrent l'importance des écarts de productivité) et qu'on prévoie l'intégration systématique d'engagements de performance dans les contrats d'objectifs et de moyens entre ARH et établissements.

Mais l'essentiel des gains de productivité ne peut provenir que de l'effort propre des établissements. Il faudra vérifier que les nouvelles organisations de la gouvernance contribuent à la réalisation de l'objectif. Encore faut-il qu'ils déploient⁹⁹ – soit en interne, soit par recours à des consultants extérieurs pour avancer sur l'organisation interne – des équipes dédiées à la recherche concrète des gains de productivité. Compte tenu du poids des dépenses de personnel, il est réaliste d'accepter qu'une partie des départs ne soit pas compensée de façon à permettre des rééquilibrages régionaux et contribuer à redéployer des établissements actuellement « surdotés » sur des établissements situés en aval dans la chaîne hospitalière comme indiqué au a). Cette option doit être portée publiquement par les pouvoirs publics.

⁹⁹ Le *turnover* important du personnel permet aux établissements de dégager des marges suffisantes pour assumer les charges en cause.

c) la condition que l'Etat veille à ce que sa politique statuaire et salariale soit en rapport avec les objectifs macroéconomiques qu'il a fixés.

d) une meilleure maîtrise des normes qui encadrent l'activité des services hospitaliers en termes de pertinence et de calendrier d'application.

e) un assouplissement important des règles de fonctionnement des hôpitaux pour leur permettre une plus grande réactivité et une meilleure adaptabilité.

f) un suivi attentif de la T2A devrait cantonner les risques qu'elle implique (production de soins non pertinents, surfacturations...).

g) la maîtrise des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux qui sont pris en charge en sus des tarifs des GHS (groupe homogène de séjours).

Le volet prix incombe au CEPS pour les molécules onéreuses et les dispositifs médicaux innovants.

Par ailleurs, il appartient aux gestionnaires de contrôler de façon plus rigoureuse les prescriptions et de mener les négociations utiles avec les laboratoires sur les volumes et les prises en charge. Si elles ne produisent pas les effets escomptés, il faudrait permettre au CEPS de procéder à une régulation prix/volumes.

h) une analyse raisonnée des actes et interventions doit être menée pour comprendre dans un premier temps les variations considérables constatées puis les réduire.

D) Quelle prévision retenir ?

L'importance des marges d'économies conduit à retenir comme fourchette d'analyse un écart entre les progressions respectives de la dépense publique et du PIB de $\frac{1}{2}$ à 1 point par an. Le taux de PIB plus un point doit être considéré comme un objectif maximum. Il faut pour y parvenir une politique continue et exigeante mais qui est à notre portée.

De ce fait, en fourchette basse, la progression « au fil de l'eau » porterait la CSBM à l'horizon 2025 à près de 10 % du PIB (contre 8,8 actuellement). Le taux serait d'environ 11% au haut de la fourchette.

Cette hypothèse appelle deux remarques :

- la dépense ainsi envisagée est calculée avec les règles actuelles de prise en charge. Elle ne se confond pas avec l'ONDAM qui définit les dépenses remboursées qui peuvent s'écartez de la dépense présentée au remboursement ;

- il s'agit d'une prévision moyen/long terme.

Il est possible qu'à court terme on puisse contenir davantage la dépense en « passant à la vitesse supérieure » en termes de maîtrise des dépenses.

Même si les taux précités (1/2 ou 1 point) semblent minimes (au regard des écarts constatés dans le passé), la progression de la dépense publique - à règles de prise en charge inchangées - supposerait d'affecter aux régimes d'assurance maladie une part importante de

l'enrichissement du pays à l'horizon 2025 : près de 10% pour PIB+1/2 point ; 12% pour PIB+1 point (14,7% à PIB+1,5 point).

C'est un effort important au regard de celui qui a été consenti dans le passé. En effet, la très vive progression de la dépense publique de santé entre 1950 et 2005 – plus de 2,5 points par an d'écart entre le PIB et la CSBM – n'a pas pesé très lourd dans l'emploi du PIB parce qu'on démarrait de très bas (1,27% du PIB en début de période). Il n'a fallu finalement affecter à l'assurance maladie que 8% de l'enrichissement du pays pour « nourrir » ces taux très élevés de croissance. Soit un niveau inférieur, voire sensiblement inférieur, à ceux de 10 à 12% précités.

Quelle stratégie envisager ?

a) une action sur les recettes ?

Il faut bien entendu que le système actuel de recettes ne soit pas affaibli par des décisions politiques. Le HCAAAM souligne ainsi son attachement au principe de compensation des exonérations de cotisations. Il souhaite qu'on évalue la pertinence des dispositifs légaux et des évolutions jurisprudentielles qui facilitent la distribution d'éléments de rémunération non soumis à cotisations. Il rappelle enfin qu'il est nécessaire que les employeurs publics – l'Etat au premier chef – acquittent les cotisations patronales maladie dans les conditions de droit commun.¹⁰⁰

Au-delà de cette consolidation impérative, faut-il « lever » des recettes supplémentaires ? L'attachement des français au système de l'assurance maladie est suffisamment fort pour qu'ils consentent un effort collectif pour en sauvegarder la qualité et l'équité. Et ils pourraient admettre qu'on adopte des recettes nouvelles pour une partie du besoin de financement.

Mais la contrainte pesant sur les prélèvements obligatoires et l'ampleur des investissements publics à consentir, sur d'autres champs, pour le développement de notre économie et la cohésion de notre société ne laissent que des marges très limitées. Pour un taux de prélèvements obligatoires (PO) stabilisé à 45 % du PIB, le besoin de financement précité mobiliserait entre 22 et 27 % de la marge disponible en PO. C'est difficilement concevable.

b) si on peut envisager que le besoin de financement soit en partie couvert par des recettes, il faut parallèlement réfléchir à une définition de nouvelles règles de prise en charge qui contribuent à l'équilibre. Cette recherche doit bien entendu respecter le socle des principes de solidarité et de mutualisation du risque que le Conseil a retenus dans son rapport de 2004 et qui gardent leur valeur.

Tel est l'objet de la deuxième section du présent chapitre.

¹⁰⁰ Le régime des cotisations patronales dans les fonctions publiques appelle trois remarques.

- il faut raisonner à « périmètre » de charges égal. Ainsi est il légitime que le taux dans les fonctions publiques soit plus bas que dans le régime général puisque les prestations en espèces maladies sont supportées par les employeurs
- la situation actuelle est cohérente avec les textes qui reposent sur le principe selon lequel les fonctions publiques forment des régimes spéciaux. Il est vrai que cette conception pourrait être remise en cause pour privilégier l'unité et l'universalité de l'assurance maladie d'une part, de mettre en œuvre le principe de parité des efforts contributifs.
- Le redressement des cotisations concernées contribuerait à la réduction du déficit de l'assurance maladie mais n'aurait pas d'incidence sur le solde des finances publiques.

SECTION II - LE SYSTÈME DE PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS EN NATURE

Les deux systèmes qui assurent conjointement la prise en charge des prestations – régimes de base et organismes de couverture complémentaire, OC - sont confrontés à la montée des dépenses

Sous section I - L'intervention des régimes de base

I - Etat actuel

L'analyse porte sur le champ des dépenses présentées au remboursement (dépassements inclus), soit plus de 90% de la CBSM

A) Le taux de prise en charge - plus de 80% est élevé (mais pas aberrant par rapport à certains pays européens). *Voir tableau en annexe 3.*

Ce niveau résulte :

- d'un taux modéré de ticket modérateur (20% pour les établissements de santé, 30% pour la plupart des honoraires médicaux, 35% pour la majorité des médicaments remboursables par exemple)
- de l'importance des exonérations du TM. Dès que la dépense est élevée, elle ne supporte pas de ticket modérateur. C'est le cas notamment des soins délivrés aux malades en ALD (12,5% de la population mais 48,5 % de la dépense) et en établissements de santé (il n'y a plus de TM dès que l'assuré bénéficie d'un acte supérieur à 91€ ou est hospitalisé pour une durée supérieure à 30 jours).

B) Caractéristiques de la prise en charge

- **le reste à charge (RAC) moyen est d'un montant très modéré, environ 400€ par personne.** Mais il faut souligner que les moyennes ne sont qu'un instrument limité dans l'analyse qui doit être systématiquement associé à l'examen des dispersions.
- **ce RAC varie de façon significative mais beaucoup moins que la dépense.**

Le tableau ci-dessous situe par vingtaine (chaque vingtaine regroupe 430 000 personnes en ALD et 2,7 millions d'assurés non ALD) les dépenses présentées au remboursement, les dépenses remboursées et le ticket modérateur (une partie du RAC) pour les soins de ville en 2004.

Les gros RAC sont le fait et d'assurés en ALD (les soins « sans rapport » avec la maladie exonérante supportent le ticket modérateur) et des assurés non ALD.

Ainsi le dernier décile des personnes protégées – 6,3 millions – supporte un reste à charge moyen de 510€ en soins de ville.

Dépenses remboursables, dépenses remboursées et ticket modérateur – soins de ville

Dépenses remboursables (€)				Dépenses remboursées (€)				Ticket modérateur (€)			
Vingtile	Pop.Géné	ALD	Non ALD	Vingtile	Pop.Géné	ALD	Non ALD	Vingtile	Pop.Géné	ALD	Non ALD
1	4	99	2	1	3	78	1	1	2	21	1
2	31	354	27	2	20	282	17	2	11	72	9
3	61	604	52	3	39	491	33	3	21	113	18
4	95	819	80	4	61	679	51	4	33	139	28
5	131	1025	111	5	85	861	72	5	46	164	39
6	172	1227	144	6	112	1039	93	6	60	188	51
7	216	1431	181	7	141	1215	117	7	75	216	63
8	266	1626	221	8	175	1389	144	8	91	237	77
9	323	1824	265	9	213	1561	173	9	109	262	92
10	388	2038	315	10	258	1754	207	10	130	285	108
11	465	2271	372	11	311	1982	245	11	154	290	127
12	555	2549	438	12	373	2224	290	12	181	325	148
13	660	2864	514	13	447	2513	342	13	214	351	173
14	791	3199	603	14	538	2843	403	14	253	356	200
15	960	3618	710	15	654	3237	475	15	306	380	235
16	1179	4217	847	16	817	3804	564	16	362	414	283
17	1483	5070	1028	17	1053	4661	683	17	430	409	345
18	1941	6610	1284	18	1447	6166	857	18	494	443	427
19	2788	9339	1706	19	2252	8895	1151	19	537	444	555
20	7608	18846	3289	20	7097	18474	2484	20	510	372	806
Ensemble	1006	3482	609	Ensemble	805	3207	420	Ensemble	201	274	189

Source : EPAS 2004, Calculs : Secrétariat général HCAAM

Lecture du tableau : les trois colonnes relatives

- à la population générale (ALD + non ALD),
- à la population en ALD,
- à la population non ALD,

sont à interpréter séparément. Les vingtiles sont exprimés par rapport à chacune des populations étudiées (chaque colonne) et ne doivent pas être lus en ligne.

Ainsi la ligne vingtile n°2 s'interprète comme suit : classés par ordre croissant des dépenses, 5% de la population générale (c'est-à-dire 5% de 63 millions de personnes) ont en 2004 une dépense remboursable de ville égale à 31€ en moyenne par personne. De même, classés par ordre croissant des dépenses, 5% des 8,2 millions de personnes en ALD ont en 2004 une dépense remboursable de ville égale en moyenne à 354€ par personne. Et, classés par ordre croissant des dépenses, 5% des 54,8 millions de personnes non en ALD ont en 2004 une dépense remboursable de 27€ en moyenne par personne.

Les données similaires sont établies pour les dépenses remboursées. Enfin un calcul du reste à charge en ticket modérateur (dépense remboursable – dépense remboursée) est proposé pour chacune des trois populations étudiées (générale, ALD, non ALD).

- le RAC est en gros indépendant du revenu des assurés (il est en fait légèrement croissant avec lui). Deux exceptions :

- le reste à charge des 7,5% de personnes protégées par la CMUC est pris en charge par une couverture *ad hoc* sans contribution financière des intéressés.
- les titulaires du minimum vieillesse ont un taux de ticket modérateur abaissé à 20% (sauf pour les médicaments où ils supportent les taux de droit commun).

- le taux de prise en charge a tendance à augmenter. La croissance des dépenses exonérées « tire » le taux de prise en charge. Cette tendance longue n'a été compensée que par des mesures d'abaissement du taux de prise en charge des soins de ville des assurés non exonérés. Voir ci-dessus 1^{ère} partie.

- l'assurance maladie couvre les dépenses hospitalières à un niveau (94%) beaucoup plus élevé que celui appliqué aux soins de ville (près de 75%).

C) Le taux d'effort des ménages (RAC/revenu des ménages, avant intervention des couvertures complémentaires)

Il est en moyenne de l'ordre de 3% du revenu. Il varie d'une part avec le revenu, d'autre part avec les dépenses.

- avec le revenu : comme les ménages les plus pauvres sont couverts par la CMUC, le taux d'effort passe en moyenne de 6% pour les ménages au plafond de la CMUC à 1,5% pour le décile des ménages les plus aisés.

- avec les dépenses compte tenu de la dispersion du RAC.

On peut classer comme suit le poids du RAC dans le revenu

Distribution des ménages

Population étudiée	RAC > 2% du revenu	RAC > 5% du revenu	RAC > 10% du revenu
Ensemble des ménages	31%	12%	4%
Dernier vingtile (les 5% de ménages les plus pauvres)			
- avant CMUC	58%	41%	24%
- après CMUC	0%	0%	0%

Il faut, dans l'analyse du taux d'effort en assurance maladie des ménages, tenir compte des disparités entre les diverses fonctions de consommation auxquelles ils affectent leur budget. Ainsi les ménages de jeunes actifs ont à supporter de lourdes charges de logement et d'éducation de leurs enfants. Ce n'est plus le cas des personnes âgées.

D) Le taux d'effort moyen est très inférieur à celui qui existe en matière de logement ou pour d'autres « besoins sociaux »

Ainsi pour un célibataire dont le revenu le situe juste au-dessus du plafond de la CMUC, le taux d'effort moyen est de 6% pour les dépenses de santé. Il est de 16% pour un locataire bénéficiant de l'aide au logement (dans la situation la plus favorable – et au demeurant très minoritaire – où son loyer ne dépasse pas le plafond de l'aide au logement).

E) Le RAC comprend pour l'essentiel

- le ticket modérateur et le forfait journalier (60%) ;
 - les dépassements (40%), notamment pour les soins de spécialistes, les prothèses dentaires et optiques.

F) La forte diffusion des couvertures complémentaires (il ne reste que 7 à 8% d'assurés – hors CMUC – sans couverture) aboutit à ce que :

- la quasi-totalité du ticket modérateur ;
 - un gros tiers des dépassements ;

sont pris en charge par les contrats de couverture complémentaire.

Ce qui reste directement à charge des ménages est donc la plupart du temps minime : de l'ordre de 110€ par personne et de 250€ par ménage, soit près de 0,9% du revenu moyen.

La diffusion du tiers payant, adossé à de telles prises en charge, fait que, au moment de se soigner, la plupart des ménages n'ont aucune contrainte financière.

Bien entendu, ces montants ne sont que des moyennes, de surcroît assez abstraites pour les assurés. De manière plus concrète, ils ont souvent connaissance de situations de dépassements contraints d'honoraires, pour des montants parfois très importants. C'est sans doute ce qui explique que ces RAC soient de manière générale surestimés et que le taux de prise en charge par les assurances maladie soient peu connus.

G) Le taux de prise en charge varie peu en fonction du comportement des assurés.

Voir paragraphe C) page 112.

*
* *

Ce système pose trois problèmes majeurs :

- alors qu'on consent un effort important de prise en charge pour ne pas trop solliciter le budget des ménages ayant de fortes dépenses de santé, le système connaît quelques incohérences qu'il faut essayer de réduire (II) ;
- dans un contexte de progression durable des dépenses de santé, peut-on garder un taux de prise en charge aussi élevé et croissant au risque de devoir fortement augmenter les recettes ? (III) ;
- faut-il utiliser le système de prise en charge pour agir sur le comportement des assurés et/ou tenir compte de ce comportement dans la prise en charge? (IV).

II - Pistes de réforme

On peut s'assigner deux objectifs :

- améliorer la cohérence dans la prise en charge en éliminant les situations où le reste à charge des assurés est anormalement élevé (A) ;
- stabiliser – voire abaisser légèrement – le taux de prise en charge pour soulager les comptes publics (B).

L'approche évoquée consisterait à demander à tous un effort minime et à cantonner les restes à charge élevés.

A) Améliorer la cohérence dans le système de prise en charge

1) certains ménages supportent des RAC importants

a) dans deux situations dans lesquelles le RAC est généralement « couvert » par les contrats de complémentaire

- *les RAC élevés en soins de ville* : une minorité d'assurés ont des soins suffisamment fréquents et denses pour « accumuler » un ticket modérateur très supérieur à la moyenne. Ils concernent nombre d'assurés en ALD (au titre des soins non liés à leur maladie exonérante et qui payent le TM sur ces soins) mais surtout des malades non ALD.

- *les RAC élevés en dépenses hospitalières* : 6% des personnes protégées ont un RAC supérieur à 400€ parce que leur durée de séjour est inférieure à 30 jours et qu'ils ne sont pas l'objet d'actes techniques de valeur supérieure à 91€ d'une part (ils supportent le ticket

modérateur) d'une part, parce que le nombre de forfaits journaliers qu'ils acquittent est élevé. Le montant moyen de leur TM est de 500€.

Dans la plupart des cas, ces RAC sont pris en charge par les couvertures complémentaires, mais :

- il reste encore (hors CMUC) 7 à 8% d'assurés sans couverture complémentaire ;
- une proportion mal connue d'assurés supporte un nombre élevé de forfaits journaliers (17€ par jour), notamment en hôpital psychiatrique. On sait – mais avec une précision insuffisante – que certains contrats de complémentaires ne les prennent plus en charge au-delà de 30 jours.

La récente note de la DREES (n°575. mai 2007) donne quelques éclairages sur ce point : prise en charge très fréquente, un peu moins en psychiatrie qu'en médecine ; différences en ce qui concerne la durée de prise en charge (prise en charge illimitée ou plus courte, de 30 jours à un an) ; différences selon les « familles » d'OC.

Une étude complémentaire rapprochant ces types de contrats et la dispersion des durées d'hospitalisation est nécessaire pour évaluer réellement la situation. Rappelons enfin que l'étude précitée ne traite que les contrats modaux (les plus fréquents).

b) en cas de dépassements

Ils s'élèvent à 7,8% des dépenses présentées au remboursement, dont seulement un gros tiers est pris en charge par les complémentaires. Sans doute sont-ils supportés très largement par des ménages aisés et restent-ils le plus souvent de montant modéré. Mais sur certains segments de soins (prothèses dentaires par exemple), pour certaines spécialités et dans certaines zones pour le recours aux médecins spécialistes les ménages n'ont guère le choix et sont contraints de supporter des dépassements parfois élevés au regard de leur revenu. Or les complémentaires ne prennent que très partiellement le relais, surtout pour les ménages modestes dont les contrats sont peu « généreux ».

Pour l'essentiel des ménages, les situations décrites au a) n'ont pas d'incidence concrète (le RAC est « effacé » par les complémentaires). Seule la petite minorité d'assurés sans couverture complémentaire peut pâtir de ces RAC élevés qui, au demeurant, ne les exposent à un taux d'effort important que si leurs revenus sont modestes.

On peut en conclure que :

- la politique la plus adéquate est de diminuer la population sans couverture complémentaire. Ce problème est étudié dans la deuxième sous-section ci-dessous.
- il ne faut engager de réforme qu'avec précaution : éviter les surcoûts, ne pas bouleverser l'architecture du système pour tous – avec les risques d'incompréhension – pour des effets qui se situeraient à la marge du système.

La problématique des dépassements est d'une nature différente puisque l'essentiel des dépassements est supporté directement par les ménages dont certains sont soumis à une dépense élevée au regard de leurs revenus. Les dépassements posent par ailleurs un problème très sensible de politique des revenus (disparités entre médecins des secteurs I et II).

2) voies de réforme

a) le plafonnement du RAC en médecine de ville (hors dépassement)

C'est par définition une opération coûteuse. Son coût dépend du niveau du plafond.

Avec un plafond de 400€ par personne, la dépense engendrée par l'opération pourrait être gagée, par exemple, par une augmentation du ticket modérateur de quelques points.

b) la suppression du ticket modérateur à l'hôpital

La perte de recettes est alors compensée par une augmentation du forfait journalier.

Cette réforme – envisagée à la CNAMTS dès 1993 – conduit à étaler sur l'ensemble des personnes hospitalisées (un français sur 5 dans l'année) les « pointes » de RAC supportées par celles qui payent le ticket modérateur.

La réforme est neutre pour la quasi-totalité des assurés puisque le ticket modérateur, tout comme le forfait, est pris en charge par les complémentaires.

Elle est favorable aux assurés sans complémentaire qui supportent de gros tickets modérateurs

c) le recours aux contrats responsables pour allonger la durée de prise en charge des forfaits journaliers

D'incidence vraisemblablement modeste, elle est explicable et ne soumet pas les complémentaires (et les cotisations des ménages) à une forte poussée des dépenses¹⁰¹.

La détermination du nombre de forfaits à couvrir ne peut être arrêtée qu'après l'étude des contrats actuels.

Au-delà, on renvoie les assurés modestes à l'action sociale des caisses.

d) les dépassements

Le Conseil considère que la priorité¹⁰² dans ce domaine concerne les dépassements d'honoraires des médecins libéraux bien qu'ils ne représentent que 20% des dépassements.

Leur analyse fait l'objet de la note en Annexe 4. Cette annexe décrit la situation actuelle, situe les intérêts en présence et éclaire les voies de réforme envisageables ou qui ont été envisagées, notamment dans la période la plus récente.

L'étude porte sur :

- deux scénarios extrêmes qui ne semblent pas crédibles (la liberté d'honoraires et la fermeture du secteur II),
- l'ouverture d'un droit limité à dépassements pour les (ou des médecins) du secteur I ;
- le cantonnement des dépassements en secteur II ;
- le recours au dispositif prévu par la loi du 30 janvier 2007 ;
- une politique centrée sur les établissements de santé.

¹⁰¹ L'instauration d'un seuil minimum de prise en charge du forfait journalier peut néanmoins s'avérer très coûteux pour certains OC. L'analyse du portefeuille CMU-C de certaines mutuelles, dont le secteur d'activité comprend un hôpital psychiatrique, a fait apparaître un coût du risque plus élevé en raison précisément de la prise en charge du forfait journalier.

¹⁰² Il se propose d'étudier les autres dépassements dans les mois à venir

Le Haut Conseil en tire six conclusions

- il est nécessaire de poursuivre les études pour mieux comprendre l'économie des dépassements (poids de l'acte principal dans les « épisodes de soins » analysés par l'IGAS ; déterminants de la pratique des médecins en matière de tarification...). Ces études devraient faire l'objet d'un programme sur le semestre à venir ;
- il faut clarifier la politique des honoraires des médecins pour diminuer – fût-ce progressivement – les écarts non justifiés entre médecins (dont la disparité d'honoraires entre secteurs) ;
- l'étroitesse des marges financières des régimes de base ne permet pas d'envisager facilement une résorption radicale des dépassements. Une politique différenciée en fonction de la densité de l'offre en tarifs opposables et de la valeur des actes s'impose ;
- dans les intérêts en présence, ce sont ceux des assurés qui acquittent de gros dépassements qui doivent être pris en compte de façon prioritaire. Il faut qu'il existe, dans chaque bassin d'emploi, pour les actes en cause, une offre suffisante si possible en tarifs opposables et à défaut en tarifs maîtrisés. C'est l'option qu'a pour sa part retenue la Conférence nationale de santé ;
- il convient d'affecter les marges d'action qu'on peut dégager aux dépassements de montant important, appliqués surtout dans les établissements de santé ;
- il faut faire un effort résolu en matière d'information des assurés.

B) Stabiliser ou abaisser le taux global de prise en charge

1) on a indiqué supra que les dépenses de santé progresseront très probablement plus vite que le PIB et que, par ailleurs, le taux de prise en charge a tendance à augmenter.

Si l'hypothèse – solide – d'une augmentation raisonnable de la recette peut être retenue, elle n'exclut pas de réfléchir à des réformes dans la prise en charge qui soulagent les comptes publics. C'était la ligne retenue par le HCAAM dans son rapport de 2004 qui envisageait des ajustements dans le taux de remboursement pour autant qu'on respecte les « fondamentaux » solidaires du système de prise en charge.

Il faudrait, dans l'hypothèse la moins exigeante, stabiliser le taux global de prise en charge pour neutraliser l'augmentation mécanique liée notamment au vieillissement et à la croissance des ALD. On pourrait, dans une hypothèse plus exigeante, le diminuer de façon modérée.

Les développements qui suivent ne débouchent pas, au stade de cette note introductory, sur des propositions. Ils fournissent quelques données sur la logique et sur le rendement des mesures les plus couramment évoquées.

C'est dans ce contexte que le Conseil a pris acte avec intérêt des analyses qui suivent et dont il souhaite qu'on poursuive l'étude

*

* *

2) une réforme radicale : un régime unifié de prise en charge, le cas échéant fondé sur le taux d'effort.

a) le schéma d'un régime unifié de prise en charge (dans le périmètre des dépenses reconnues)

a1) logique de la réforme

Dans ce schéma, on supprime toutes les exonérations. Le ticket modérateur est le même pour tous. On plafonne le RAC qui en résulte¹⁰³.

Le taux du ticket modérateur est fixé à un niveau qui permet au moins de compenser les charges liées au plafonnement (opération « blanche »).

- ce système est, à certains égards, plus rationnel et équitable.

Dans le système actuel, le cantonnement des gros RAC se fait sur des critères rustiques (nature de la maladie – c'est le régime des ALD – et valeur de l'acte technique – l'ex K50). Ce système aboutit grossièrement à l'objectif souhaité ; mais de façon incomplète (il tolère des RAC peut être excessifs ; il exonère peut être trop certains assurés en ALD).

En ne retenant plus que le simple montant de la dépense et en le plafonnant, on gagne en rationalité et en équité.

- ce système est plus maîtrisable :

Dans le système actuel on enregistre « passivement » l'évolution des ALD dont on a vu que la croissance était forte et continue. Dans le système envisagé, le maniement des deux paramètres (taux de ticket modérateur et plafond) permet de piloter la dépense remboursée de façon plus directe.

De nombreux pays mettent en œuvre le plafonnement des restes à charge (soit sur la totalité des dépenses de soins de ville soit sur les médicaments). C'est le cas notamment en Belgique, au Canada, en Finlande, au Danemark, en Suisse, Norvège, Islande et en Australie

a2) transferts

- les ménages se partagent entre « gagnants » et « perdants » :

Sont gagnants à la réforme les ménages qui supportent actuellement un gros reste à charge. Sont « perdants » les ménages « au-dessous du plafond » pour lesquels l'application du nouveau ticket modérateur conduit à une légère augmentation du RAC.

- l'importance des transferts entre ménages¹⁰⁴.

Elle dépend des montants respectifs du taux de ticket modérateur et du plafond. On peut, pour une même enveloppe :

+ fixer un plafond élevé. Le coût du plafonnement est alors faible (peu d'assurés sont « plafonnés »). Le taux de ticket modérateur qui équilibre l'opération reste modéré. Dans ce cas l'effort demandé à la grande majorité des assurés « au-dessous du plafond » n'est

¹⁰³ Ce schéma a fait l'objet d'une étude de MM P-L.Bras, E.Grass et O.Obrecht (Droit social, avril 2007). Voir aussi l'article de F.Ecalle (*Sociétal*, n°56 du 2^{ème} trimestre 2007).

¹⁰⁴ On a analysé ce schéma de réforme pour les soins de ville, à enveloppe constante et pour un plafond fixé à 400€. Le ticket modérateur doit alors être fixé à près de 40% Les transferts entre ménages restent modérés.

- les assurés en ALD sont « contributeurs nets » : pour 80% le RAC est augmenté (l'augmentation varie de 19 à 236€/an) ; pour 20%, le RAC diminue (la baisse varie de 9 à 44€).

- les assurés en ALD sont 85% à voir leur RAC augmenter – mais pour de faibles montants (de 1 à 56€). La minorité (15%) bénéficie du plafonnement – parfois pour des montants importants (leur RAC baisse de 27 à 406€)

pas considérable. Il reste des assurés – ceux légèrement au-dessous du plafond – qui supportent un TM encore important ;

+ fixer un plafond bas. Le coût du plafonnement est plus important et on doit alors adopter un taux de ticket modérateur plus élevé. L'effort des assurés au-dessous du plafond est plus significatif et le nombre d'assurés bénéficiant du plafond est plus important.

b) faut-il faire varier le plafond avec le revenu ?

b1) On peut choisir de moduler le plafond avec le revenu¹⁰⁵.

On fixe alors non plus la valeur absolue du reste à charge mais le taux d'effort maximal demandé aux ménages en fonction de leur revenu. C'est une réforme de ce type qui a été adoptée en Belgique¹⁰⁶ ou en Allemagne.

La modulation avec le revenu en Allemagne

Elle s'applique au plafond qui limite le reste à charge, notamment sur les médicaments.

Rappelons que les assurés paient 5€ par boîte (pour les médicaments dont le prix est inférieur ou égal à 5€) puis un ticket modérateur de 10% (pour les médicaments dont le prix varie de 5 à 55€, ce qui conduit à un RAC de 5 à 10,5€) ; au-delà de 55€, le RAC est gelé à 10,5€.

Le RAC résultant de ces règles est plafonné à 2% du revenu (le plafond tenant compte de la taille de la famille)

Toutefois, pour les malades chroniques¹⁰⁷, on a retenu un taux de 1%.

Une telle approche appelle cinq commentaires :

- c'est une innovation importante dans notre système qui ne tient compte du revenu dans la prise en charge des dépenses de soins que de façon marginale. Pour certains, elle est contestable dans un régime où les cotisations sont proportionnelles au revenu.

Mais elle n'en bouleverse pas radicalement l'économie puisque pour la grande majorité des assurés (ceux qui sont au-dessous du plafond), le taux de prise en charge ne prend pas en compte le revenu. Le revenu n'intervient que pour ceux dont les dépenses sont importantes.

A ce titre, elle diffère de la technique dans laquelle le taux de remboursement lui-même est lié au revenu.

- la portée effective de la réforme dépend directement du profil de modulation retenu. Une modulation à la marge n'a guère d'intérêt : elle n'a pas d'impact majeur sur les familles modestes et on engage des frais de gestion élevés pour des effets sociaux ténus.

¹⁰⁵ Cette approche a fait l'objet d'une analyse de F.Ecalle (c'est possible...voici comment)

¹⁰⁶ Source : étude HAS

¹⁰⁷ L'assuré est suivi sur une durée de un an à raison d'une fois par trimestre et lorsqu'il est en situation de dépendance, présente un handicap de 60% d'une part, lorsqu'un traitement médical lourd est nécessaire

- si on la met en œuvre, il serait logique de prendre en compte non le revenu mais le revenu par unité de consommation.
- sa mise en œuvre est plus complexe que le simple plafonnement en valeur absolue : il faut en effet assurer la collecte et la gestion de la base ressources. Il faut alors peser les mérites de la réforme (le nombre de ménages modestes pour lesquels on abaisse le niveau du plafond) au regard des contraintes de gestion.
- en conférant une meilleure visibilité au risque couvert par l'AMC, ce système est susceptible de favoriser des comportements d'auto-assurance

b2) si on n'opte pas pour une modulation, on peut améliorer l'aide publique (CMUC et ACS)

Elle atténuerait les effets de la réforme pour les ménages modestes. Ce point est étudié dans la deuxième sous- section.

c) le plafonnement du RAC conduirait les OC à redéfinir leur intervention (ne serait-ce que parce que nombre de ménages, assurés de ne pas dépasser le plafond, pourraient ne plus trouver d'intérêt à une couverture complémentaire).

L'introduction du revenu dans le plafonnement poserait aux OC un problème spécifique (on rappelle que certaines mutuelles modulent déjà leurs cotisations avec le salaire de leurs assurés)

Conclusion :

La réforme analysée ci-dessus n'est pas d'actualité immédiate puisque sa mise en œuvre concrète ne pourrait intervenir qu'au terme d'un délai important (il faut, pour l'ensemble des assurés, suivre de façon fiable leurs dépenses pour déclencher le plafonnement au bon moment, tâche très complexe si le plafonnement est mis en œuvre par ménage et non par personne ; il faut collecter les déclarations de ressources si on retient l'option d'une modulation du plafond avec le revenu).

Mais elle présente des avantages réels de rationalité, d'équité et de maîtrise. Il est donc souhaitable d'en poursuivre l'analyse.

3) le cantonnement des exonérations

a) les assurés ALD

La forte poussée des dépenses propres aux assurés en ALD peut conduire à réexaminer leur contribution personnelle. Dans les soins de ville,

- le taux de leur RAC est faible (à peu près 8% de la dépense), très inférieur à celui des autres assurés (31%)
- ce RAC est significatif (et même supérieur au RAC des assurés non ALD)

al) le HCAAM (avis du 28 avril 2005) et la HAS (note du 31 mai 2006) ont réfléchi à une réforme du régime des ALD

Dans son rapport annuel 2006 (pages 44-45 et annexe 5), le HCAAM a souligné la dualité des objectifs du régime – amélioration de la qualité des soins, amélioration de la couverture financière – et indiqué les deux types d'évolution possibles.

« Dans la première, on conserve le lien entre une maladie et l'exonération mais on s'efforce grâce à une définition plus stricte des critères médicaux d'admission en ALD de la faire correspondre avec les maladies ou stades d'évolution de celles-ci auxquelles sont associés des niveaux de dépenses élevées. Cette approche – si elle se révélait pertinente – permettrait de « déclasser » soit des ALD figurant dans la liste actuelle soit des phases médicalement caractérisables de ces maladies.

Dans la seconde, on renonce à lier la maladie et le niveau de la prise en charge financière. On se borne à constater que des maladies (certaines ALD actuelles correspondant à des maladies chroniques mais aussi des maladies « non exonérantes ») appellent du fait de leur gravité potentielle et de la complexité de leur prise en charge médicale un suivi particulièrement attentif organisé autour du médecin traitant et impliquant fortement le patient lui-même. Les protocoles de soins servent alors de références utiles pour les conduites thérapeutiques ». Ce découplage obligerait à repenser le dispositif actuel d'exonération afin de faire reposer le système de neutralisation des gros restes à charge sur des bases nouvelles.

Les travaux menés par la HAS sur le diabète (dont il est rendu compte dans l'annexe 5 du rapport 2006) ainsi que ceux poursuivis à ce jour sur les 2/3 environ des ALD, montrent la difficulté de la première approche : les coûts exposés pour une même pathologie varient fortement selon les personnes et les stades de la maladie et évoluent dans le temps si bien qu'il n'est guère possible de circonscrire précisément à l'aide de critères médicaux l'exonération aux seuls cas où l'assuré est exposé à des soins particulièrement coûteux.

Certains aménagements visant à apporter plus de cohérence médicale à la liste et aux critères utilisés sont certes envisageables et pourraient conduire à faire correspondre l'entrée en ALD avec un stade grave de l'affection. La HAS a d'ailleurs la compétence pour faire des propositions aux ministres d'évolution des critères médicaux d'admission dans les 30 ALD de la liste, qui sont fixés par décret. Elle n'en pas fait usage à ce jour. Ces aménagements, s'ils étaient décidés, supposeraient que soient mises en place des modalités nouvelles propres à assurer la qualité du suivi des malades qui ne seraient plus éligibles à l'exonération. Mais ils ne sauraient en tout état de cause avoir qu'un impact limité au regard des facteurs structurels qui conduisent à l'alourdissement du poids relatif des ALD. Aussi ne sauraient-ils dispenser d'une réflexion sur la mise en œuvre à moyen terme de la seconde approche évoquée dans le

rapport annuel 2006 et appelée de ses vœux par la AHS (recommandation de mai 2006), à savoir une dissociation claire des objectifs de qualité de la prise en charge médicale et de neutralisation des gros restes à charge.

a2) l'application d'un taux réduit de ticket modérateur pour les assurés exonérés permettrait à l'AMO de faire des économies substantielles

L'assiette des soins de ville actuellement exonérés est en effet importante (24Md€). L'économie serait de 1,2Md€ pour un taux de 5% (entraînant une augmentation du RAC de 140€ par assuré).

Mais le choc serait très important pour ceux des ALD qui ont de grosses dépenses.

On serait donc conduit à plafonner le RAC (ce qui diminuerait le rendement de la réforme).

Rechercher une économie très supérieure frapperait durement les assurés en ALD, ce qui montre la limite d'une mesure très concentrée sur une catégorie minoritaire de la population assurée.

a3) le remboursement à 35% des médicaments à vignette bleue lorsqu'ils sont en rapport avec la maladie exonérante (le taux de 35% est déjà appliqué lorsque le médicament est sans rapport avec la maladie concernée). L'économie est estimée à 250-300M€.

a4) ne retenir l'exonération complète que lorsque la situation de santé de l'assuré l'impose (par exemple en matière de transports sanitaires).

b) les exonérations consenties en fonction de la situation personnelle de l'assuré devraient faire l'objet d'un examen pour vérifier si elles restent pertinentes.

Certaines sont profondément ancrées dans notre histoire sociale et méritent peut être une attention particulière. Concernant le principe de la gratuité des soins pour le régime des assurés en AT-MP, il s'agit d'un élément de la réparation de la victime au titre de ses préjudices économiques (dépenses de santé).

4) des solutions qui ne touchent pas à l'architecture du système : on maintient le système des exonérations ; on ne tient pas compte du revenu.

On ajusterait les paramètres de la prise en charge de façon à réaliser des économies « de moyenne grandeur ».

a) l'augmentation du ticket modérateur

Elle est simple et ne requiert aucun investissement organisationnel. Elle ne concerne qu'à la marge les dépenses hospitalières.

Elle appelle trois remarques :

- son incidence est proportionnelle à la dépense non exonérée. On sollicite donc fortement ceux des assurés non exonérés dont la dépense de soins de ville est élevée. On sollicite aussi les assurés ALD qui supportent le ticket modérateur sur les soins sans rapport avec la maladie exonérante (rappelons que leur TM est en moyenne supérieur à celui des autres assurés) ;

- la contribution des assurés ALD, qui reste bien évidemment très faible au regard de leurs dépenses, n'est pas négligeable (un sixième de l'économie alors que leurs dépenses représentent plus de 50 % des soins de ville) ;
- les ménages les plus modestes sont protégés par la CMUC.

b) dans les systèmes de forfaits ou de franchises, on prélève une petite somme sur un très grand nombre d'assurés.

Forfaits ou franchises se superposeraient au TM actuel. Ils porteraient sur toutes les consommations (forfaits) ou sur les premières dépenses/remboursements (franchise).

Même s'ils diffèrent par leur technique, forfaits et franchises ont une forte parenté : l'étendue du champ personnel et la modestie de la contribution. Un forfait plafonné est voisin d'une franchise ; une franchise fractionnée est peu différente dans son impact d'un forfait.

Dans des systèmes de ce type, on sollicite un très grand nombre d'assurés. En effet :

- la probabilité de consommer est élevée (85% pour les médicaments ; 80% pour les médecins ; 40% pour les actes de biologie ; mais seulement 20% pour l'hospitalisation) ;
- comme la quotité est faible, il est logique de demander un effort aux assurés exonérés.

L'économie peut dans ces conditions être significative pour des forfaits ou franchises de montant modéré surtout si l'effet mécanique de la mesure est prolongé par un changement de comportement. On ne dispose pas d'analyse sur un éventuel effet de comportement de forfaits ou franchises de petit montant.

b1) la situation actuelle en France combine :

- un forfait de un euro avec plafonnement à 50 forfaits sur le recours aux médecins et les analyses de biologie. Les OC ne peuvent le prendre en charge. Le plafonnement a beaucoup diminué le rendement du système (450M€ après plafonnement contre 700M€). Les motifs d'exonération sont limités. Il est actuellement envisagé de réaménager la clause de plafonnement quotidien, ce qui augmenterait le rendement de la mesure de 200M€ ;
- un forfait de 18€ sur les actes techniques – en ville ou en établissements de santé – de valeur supérieure à 91€ (au-dessous, le malade supporte le cas échéant le ticket modérateur de 20% ; le TM n'est plus appliqué au-dessus). Le rendement est faible – 100M€ (valeur estimée lorsque le dispositif sera concrètement mis en place à l'hôpital). Les motifs d'exonération sont nombreux (on n'a en particulier pas appliqué le forfait aux assurés en ALD) ;
- le forfait journalier appliqué en établissement (dans ce cas, l'assuré ne paye pas le ticket modérateur). Il est actuellement de 17€ (avec un rendement de 1,7Md€ pour 100M d'unités).

Cette situation appelle deux remarques :

- il n'existe aucun forfait ou franchise sur le médicament. Le rendement d'une mesure de ce type serait élevé qu'il s'agisse d'un forfait (compte tenu de la consommation : 2,6Md de boîtes par an) ou d'une franchise (la quasi-totalité des assurés a des dépenses de médicaments d'un montant au moins égal à la franchise, tant que son montant reste modéré) ;

- le système de participation des assurés à l'hôpital qui combine franchise, ticket modérateur et forfait est plein de contradictions. On devrait profiter du débat actuel sur les franchises pour analyser un système enchaînant une franchise modérée, l'application du forfait journalier (proportionnel à la durée du séjour) et le plafonnement du RAC hospitalier. Cette réforme supprimerait deux graves incohérences : la lourdeur du ticket modérateur en services de médecine ; le poids du forfait journalier qui n'est pas plafonné.

b2) quels sont les choix à opérer si on veut accroître le champ des systèmes de forfait/franchise ?

- forfait ou franchise ?

- Dans le système des forfaits :

L'augmentation du RAC est proportionnelle à la consommation. Comme la consommation est très dispersée (ainsi le dernier décile de la population consomme à lui seul 47% des boîtes de médicaments ; il a recours aux médecins libéraux pour 35% du total des recours), les gros consommateurs (notamment les personnes âgées) sont fortement sollicitées. C'est pourquoi on associe fréquemment un plafond à l'institution d'un forfait.

C'est ce choix qui a été retenu pour le forfait de un euro sur les recours aux médecins et sur les actes de biologie (plafonnement à 50€ par personne et par an).

Pour les médicaments, le forfait par boîte pèse plus que proportionnellement sur les médicaments à faible prix et/ou faible taux de remboursement (c'est le cas notamment des médicaments à vignette bleue)¹⁰⁸.

- Dans le système des franchises :

La grande majorité des assurés va supporter la franchise, de montant forfaitaire (seuls les petits consommateurs payeront moins que la franchise ; leur contribution variera de 1 euro jusqu'au montant de la franchise).

Le système de la franchise « épargne » donc, toutes choses par ailleurs, les gros consommateurs dont la contribution est plafonnée au montant de la franchise.

Dans ce système, une partie des assurés ne « toucheront rien de la sécurité sociale » : ceux dont les remboursements sont actuellement inférieurs à la franchise envisagée.

Certains craignent que l'expérience « amère » du « non retour sur cotisations » diminue leur adhésion à la sécurité sociale et les pousse à réclamer un « droit de sortie ». Beaucoup considèrent que cela affecte la solidarité.

La plupart des gens peuvent comprendre que le « retour sur cotisation » n'intervient que faiblement pour les petits risques, ce qui permet une prise en charge élevée dans les épisodes graves ou au grand âge : l'assurance maladie est avant tout un système de solidarité dans le temps, sur tout le cycle de vie.

¹⁰⁸ Un forfait par boîte constitue de fait une alternative au déremboursement – évoqué ci-dessus – de ces médicaments.

Le système de la franchise est d'ailleurs mis en œuvre dans la protection sociale (franchise de trois jours pour les IJ, franchise de huit jours pour l'indemnisation du chômage par exemple) et dans la plupart des mécanismes d'assurances.

- franchise/forfait par personne ou par ménage ?

La contribution par ménage permet de moduler l'effort maximal demandé au ménage en fonction de sa taille. Mais elle pose des problèmes complexes de mise en œuvre.

Si on retient une contribution par personne, on peut adopter une valeur différente pour les enfants, voire les exonérer. Mais c'est au prix d'une baisse de rendement significative (entre 10 et 20% selon les formules)

- comment traiter les ménages très modestes ?

On a dit plus haut que la logique de ces systèmes était de procéder erga omnes, sans exonération (c'est d'ailleurs la solution qui a été retenue en 2005 pour l'euro sur le recours aux médecins et les analyses de biologie – et le Haut Conseil l'avait trouvée logique). S'écartez de ce principe, même pour des motifs « sociaux », c'est par ailleurs courir le risque d'une extension de l'exonération à d'autres assurés.

Mais si le montant est significatif au regard du revenu des ménages les plus modestes, l'exonération des allocataires de la CMUC pourrait sembler pertinente. Un ajustement du barème entraînerait mécaniquement la majoration du plafond de l'ACS.

- un ou plusieurs franchises/forfaits ?

On trouve à l'étranger soit des systèmes par segments de soins (Allemagne avec une franchise pour le recours aux médecins et une autre sur les médicaments) soit des systèmes de franchise globale (Pays Bas ; Suisse).

- les forfaits/franchises doivent-ils être ou non pris en charge par les contrats de complémentaires ?

Les arguments employés pour proscrire la prise en charge tournent autour de l'idée que le versement d'une petite contribution modère la consommation sans peser réellement sur l'accès aux soins.

On peut à l'inverse estimer qu'il est préférable de laisser s'opérer la mutualisation de la dépense dans les OC, surtout si le montant des franchises/forfaits était significatif.

On pourrait enfin adopter une approche médiane imposant aux OC (en enrichissant le contenu des contrats responsables) d'offrir aux assurés un tarif binaire, avec ou sans couverture de la franchise/forfait.

En Suisse, c'est l'assuré qui choisit le montant de sa franchise (moyennant une baisse de sa prime) au-delà de la franchise de droit commun (187€) ; mais la franchise ne peut dépasser 1543€¹⁰⁹.

¹⁰⁹ Le système suisse laisse à l'assuré social le libre-choix du niveau de sa franchise. Un tel mécanisme permet des comportements d'antisélection du risque : les personnes en bonne santé choisissent une franchise élevée, celles en mauvaise santé ou qui prévoient de lourdes dépenses choisissent une franchise faible. Afin d'éviter ces distorsions, un système de péréquation a dû être instauré.

- faut-il tenir compte du revenu des ménages ?

Aux niveaux les plus couramment cités de forfaits/franchises (quelques dizaines d'euros), il ne semble pas pertinent d'envisager de les faire varier avec le revenu. Les frais de gestion de la base ressources seraient élevés ; la mise en place de la collecte des déclarations de revenu reculerait la mise en place des mesures.

- les difficultés de mise en place et de calendrier varient considérablement avec les choix retenus sur les questions précitées.

5) des séquences franchise/ticket modérateur/plafond

C'est une formule courante aux Etats-Unis

On l'a adoptée pour les médicaments au Québec où, dans le régime public, on met en œuvre, un système qui associe une franchise mensuelle de 11,9\$ (8€), un ticket modérateur de 28,5% et un plafond lorsque la somme de la franchise et du ticket modérateur atteint 71,42\$ (51€). On tient compte du revenu (avec trois niveaux de franchise : 0 ; 8,33% ou 11,9%) et des exonérations pour une partie des chômeurs. Les enfants sont exonérés ; mais la plupart des ménages avec enfants à charge ne sont pas au régime public

C) Faut-il lier le taux de prise en charge et le comportement des assurés ?

Il est peu pris en considération en France

1) il n'existe pas dans le système de cotisations du régime de base de mécanisme qui tienne compte du niveau et des modalités de la dépense de soins¹¹⁰.

On peut certes considérer que les taxes sur les alcools et le tabac affectés à l'assurance maladie constituent une « sur-cotisation » des consommateurs de ces produits. Mais il n'y a pas de lien suffisamment explicite pour eux entre les taxes qu'ils payent et les dépenses de soins que leur consommation génère. On n'a donc pas d'effet induit sur le comportement et les dépenses.

2) certains organismes de couverture complémentaire mettent en place des ristournes en cas de faible recours (ils en attendent une modération volontaire de la consommation, les assurés étant « intéressés » au non recours). Voir ci-dessous dans la 2^{ème} sous-section.

C'est le cas dans certains pays étrangers aux pays Bas et en Allemagne où les caisses peuvent rembourser les assurés volontaires une partie de la cotisation en cas d'absence de consommation sur une année. En Suisse, la prime est abaissée si l'assuré renonce à la liberté de choix du médecin.

¹¹⁰ Dans la législation des accidents du travail, on module les cotisations avec les efforts de prévention mis en œuvre dans les entreprises.

3) le système français de remboursement peut engendrer des paradoxes et ne tient compte du comportement des assurés qu'à la marge

Le système encourage parfois des situations contraires à l'efficience, comme celle du recours aux urgences, dont la prise en charge est plus favorable à l'assuré que celui à la médecine de ville.

Par ailleurs, certaines situations sont complexes. Alors qu'on a garanti la prise en charge de certains actes de prévention à 100% (voir sur ce point : les « contrats responsables »), on admet – paradoxalement – de rembourser de la même façon des prises en charge organisées selon des référentiels agréés et des prises en charge « en dehors de ces indications ». C'est le cas pour les cancers du sein, ce qui conduit les partenaires conventionnels (avenant 23) à se donner un double objectif : faire progresser le taux de dépistage ; faire progresser plus vite le taux de dépistage « organisé ».

*
* * *

C'est récemment qu'on a commencé à tenir compte du comportement (des assurés et des médecins) dans les conditions de la prise en charge.

a) le parcours de soins

Le non respect du parcours de soins – et le moment venu, le refus de documenter le DMP – exposent l'assuré à une double pénalisation :

- un abattement sur le taux de remboursement (de 10%, somme plafonnée à 2,5€) des régimes de base. Il est envisagé de l'accroître dans le cadre des mesures prises à la suite du déclenchement de la procédure d'alerte¹¹¹ ;
- un dépassement : le médecin de secteur I consulté hors parcours peut appliquer un dépassement limité.

Afin d'éviter que la pénalisation soit « effacée » par les contrats complémentaires, les OC ne peuvent prendre en charge ni l'abattement sur le remboursement par les régimes de base ni les dépassements sous peine que ces contrats ne soient fiscalisés.

Le cumul de ces deux pénalités n'est pas négligeable. Ainsi, pour une consultation de spécialiste, le reste à charge (après la prise en charge par les régimes de base + OC) qui est nul en cas de consultation dans le parcours, est de 10,5€ « hors parcours ».

Cette approche est mise en œuvre dans des pays voisins qui ont une politique de médecin traitant et de gate-keeping. En Allemagne par exemple, la franchise de 10€ par recours aux médecins n'est pas appliquée « dans le parcours ».

¹¹¹ Cet abattement sera bientôt porté à 20 points (le ticket modérateur d'une consultation hors parcours sera de 50% au lieu de 40% actuellement) avec un plafond de 5€.

b) la suppression du tiers payant en cas de refus d'un générique.

C'est l'approche retenue récemment dans les départements où le taux de pénétration des génériques est faible.

En Suisse, le taux de ticket modérateur est doublé lorsque l'assuré fait usage du principe alors qu'il existe un générique.

Dans d'autres pays (en Allemagne par exemple), c'est avec le système de TFR qu'on pousse à l'usage des génériques.

c) la réalisation des rendez-vous gratuits de prévention dentaire à 6,9,12, 15 et 18 ans entraîne la gratuité des soins consécutifs s'ils ont été effectués dans les 9 mois suivant la date de réalisation de l'examen bucco-dentaire.

d) on évoque souvent l'idée de diminuer (ou supprimer) le remboursement des consultations « excédentaires », constitutives de nomadisme médical.

Le HCAAM a considéré que cette idée, qui n'est pas étayée par une analyse suffisamment précise des motifs de ces comportements, ne pouvait être retenue à ce stade.

Sous-section II -Tensions sur le système des couvertures complémentaires

1) le contexte

Les OC interviennent le plus souvent en co-paiement des régimes de base sur le même panier de biens. Ils complètent alors le remboursement de ces régimes, le plus souvent à 100% de leur tarif ; et dans ce cas, leur contribution est très minoritaire.

Deux exceptions significatives à ce statut :

- les dépassements où les OC sont les seuls à les prendre en charge partiellement – plus d'un tiers ;
- les prothèses dentaires et l'optique où les OC sont dominants.

Bien que le reste à charge soit la plupart du temps modéré, les ménages ont très largement recours à une couverture complémentaire qui est vécue comme une nécessité. Les pouvoirs publics ont constamment favorisé la diffusion de ces couvertures : en diminuant le coût des contrats de prévoyance en entreprise et en aidant spécifiquement les ménages les plus modestes.

Le total des primes et cotisations est de 24,5Md€ (pour 19,4Md€ de prestations) en 2005.

a) caractéristiques de la couverture complémentaire de la population « ordinaire »¹¹²

a1) diffusion et coût

- la couverture complémentaire est quasiment généralisée (environ 87% de la population)
- les primes et cotisations sont en forte croissance. L'augmentation des dépenses de santé est le facteur structurel majeur dans cette évolution de long terme. Viennent notamment en complément, sur les dernières années, un déport – minime - de la base vers les OC et sans doute l'application de nouvelles règles prudentielles.
- les primes et cotisations constituent ainsi une charge significative : près de 1 100 euros par ménage (mais, on le verra, ce chiffre moyen n'a guère de sens).

a2) la couverture complémentaire se distingue de la prise en charge des régimes de base par quatre différences majeures

- les primes et cotisations sont souvent indépendantes du revenu et liées à la taille de la famille (même si la mutualisation interne des contrats collectifs en entreprise organise un transfert au profit des salariés les plus modestes et des familles avec enfants). De ce fait le taux d'effort (pour un niveau donné de garanties) varie considérablement entre les assurés. Il est de l'ordre de 3,9% du revenu moyen des ménages. Il varie avec le revenu puisque les cotisations et primes – pour un niveau donné de garanties – ne tiennent pas compte du revenu.
- la tarification prend en compte des paramètres que les régimes de base ne connaissent pas : l'âge notamment ou la localisation géographique. S'agissant de l'âge, la modulation est de 1 à (analyse en cours) pour un contrat modal couvrant un célibataire (entre 30/35 ans et 70 ans et plus).

¹¹² Soit 92% avec la CMUC

- le niveau de garantie est variable. Les taux de prise en charge diffèrent surtout dans les segments du système de santé où les dépassements sont importants. Ils sont très voisins sur les soins de ville hors dépassement et sur l'hospitalisation.
Tous ces éléments expliquent la forte variation des primes et cotisations.
- les OC sont « en concurrence ». Il leur est difficile de ce fait de s'éloigner radicalement des principes assurantiels (notamment de la prise en compte de l'âge dans la tarification et de la non prise en compte du revenu).

a3) il convient de distinguer deux catégories de couverture complémentaire, les contrats en entreprise et les contrats individuels

- les contrats collectifs en entreprise présentent quatre caractéristiques :
 - ils peuvent être obligatoires pour tous les salariés (ou catégories de salariés) de l'entreprise¹¹³ ou bien facultatifs
 - la mutualisation interne protège, toutes choses égales par ailleurs, les assurés modestes et les familles nombreuses
 - dans 85% des entreprises, l'employeur contribue au paiement des primes et cotisations (en moyenne pour 58%). Les deux « parties » au contrat sont encouragés à adopter une couverture complémentaire par un statut social et fiscal très favorable. Compte tenu de ce statut, les garanties sont dans l'ensemble élevées ; la cotisation du salarié est faible.
 - on estime que près de 70% des salariés du champ UNEDIC sont couverts par des contrats de ce type
- les contrats individuels sont plus coûteux pour les ménages notamment faute d'apport d'un employeur; le niveau de garanties est
 - plus faible en moyenne que celle des contrats en entreprise
 - plus élevé pour les ménages aisés (on note une forte corrélation entre le niveau de garanties et le revenu)

Il n'y a donc guère de points communs – en termes de garantie et de taux d'effort – entre un cadre supérieur d'une entreprise largement impliquée dans la prévoyance et un ménage très modeste qui doit assumer directement la cotisation de sa couverture complémentaire.

b) deux catégories de ménages font l'objet d'une protection particulière

b1) les salariés « sortant » d'une entreprise avec couverture collective (retraités, chômeurs).

L'élévation « normale » de la prime (croissante avec l'âge et renchérit par la disparition de la contribution de l'entreprise) explique les deux axes de la protection mise en œuvre :

- les choix volontaires de mutualisation entre actifs et retraités. Le régime des industries du gaz et de l'électricité en fournit une bonne illustration (jusqu'aux décrets de février 2005, les cotisations des retraités étaient très inférieures à celle des actifs et l'aide des entreprises couvrait l'ensemble des deux populations, actifs et retraités, réalisant un fort transfert au bénéfice de ces derniers).
- l'obligation législative (dite « loi Evin ») qui impose à l'assureur d'offrir au retraité une garantie identique à celle assurée par son contrat en entreprise avec un plafonnement de sa cotisation.

¹¹³ même si la protection des cadres dans les entreprises est meilleure en termes de niveau de garantie

Comme on le verra infra, certains de ces mécanismes d'aide sont mis à mal par l'évolution.

b2) les ménages modestes.

Ils sont protégés par deux dispositifs de logique très différente

b21) la CMUC

Elle s'analyse de fait comme une exonération du reste à charge (pas de ticket modérateur ; en théorie, interdiction des dépassements), pour un niveau de garantie très « honorable » (supérieur à celui des contrats « d'entrée de gamme »).

Le coût en est supporté par des fonds publics et une contribution des assurés disposant de contrats complémentaires (la cotisation qui leur est demandée « abrite » une contribution qui alimente le fonds CMU).

Elle est réservée aux ménages les plus modestes (4,8 Millions de personnes), chiffre en retrait par rapport à la cible potentielle, ceux dont les revenus sont inférieurs à un plafond qui augmente avec la taille de la famille.

ménage	isolé	couple sans enfant	couple avec un enfant	couple avec deux enfants	couple avec trois enfants
Plafond de revenu mensuel	536	791	950	1126	1361
Plafonds CMUC/RMI	124%	124%	124%	124%	124%
Plafond CMUC/SMIC+PF	51%	73%	86%	92%	99%

Le plafond, qui a été très légèrement abaissé en 2006, est indexé sur les prix.

b22) l'aide complémentaire santé (ACS)

Elle est destinée aux ménages dont les revenus se situent entre le plafond de la CMUC et 1,2 fois ce plafond et qui ne sont pas couverts par un contrat en entreprise. La population potentielle est de 2,2M de personnes.

L'ACS est une prestation qui a pour but :

- de diminuer le taux d'effort des ménages qui disposent d'un contrat mais doivent en acquitter seuls la cotisation ;
- d'amener les ménages dépourvus de complémentaire à en souscrire une avec une charge financière acceptable.

On ignore comment la population potentielle se répartit entre ces deux cibles.

L'aide varie avec l'âge, ce qui est cohérent avec la variation des cotisations.

Les paramètres caractéristiques de l'aide sont résumés dans le tableau suivant pour le contrat moyen actuellement constaté pour la population de l'ACS (étude du Fonds CMU du 2007).

Caractéristiques de l'Aide complémentaire santé en 2006

Caractéristiques	enquête 2006	enquête 2005
Nombre moyen de personne couverte par contrat	1,75	1,80
Prix annuel moyen	693 €	632 €
Montant moyen de la déduction	341 €	243 €
RAC moyen après déduction	352 €	389 €
Taux d'effort / ressources	3,8 %	4,5 %

Sources : Fonds CMU, données 2006 sur 77 330 contrats fournis par 51 OCAM¹¹⁴.

Les effectifs réels sont très inférieurs à la cible potentielle. La conclusion du Fonds CMU pour 2006 est éclairante : « *le taux d'utilisation des attestations ACS, qui peut toujours être amélioré, apparaît cependant satisfaisant (autour de 60%). C'est en réalité la faible délivrance d'attestations qui demeure le problème le plus préoccupant par rapport au dispositif* ». La situation serait moins due à un taux d'effort résiduel dissuadant les ménages sans couverture complémentaire d'en acquérir qu'à une promotion insuffisante du dispositif, de très nombreux ménages ne faisant ainsi pas valoir leur droit et perdant une aide qui couvre en moyenne 50% du coût de leur contrat et représente par exemple 6,2% du revenu d'une personne âgée (au plancher de l'ACS) et 5,2% (au plafond de l'ACS).

*

* *

C'est ce dispositif complexe et éclaté qui va connaître des tensions croissantes avec l'augmentation des cotisations.

*

* *

Comme on l'a vu ci-dessus, un schéma de plafonnement du RAC – a fortiori s'il est accompagné d'une modulation du plafond avec le revenu – modifierait en profondeur le champ et les modalités d'intervention des complémentaires.

Les développements qui suivent sont analysés dans le cadre actuel

¹¹⁴ Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2006, Fonds CMU juin 2007.

2) augmentation des cotisations et tensions croissantes

a) la hausse des cotisations ; tendances à l'horizon 2015

La hausse des cotisations résulterait:

- de l'augmentation des dépenses de santé. On a vu plus haut qu'il était réaliste sur le moyen terme de contenir la dépense de telle sorte que son évolution ne soit que légèrement supérieure à celle du PIB. Les cotisations de complémentaire ne devraient pas s'écarte sensiblement de ces progressions

- avec :

- 1) le déport de dépenses des régimes de base vers les complémentaires dans le périmètre des dépenses en tarif opposable - de manière à soulager les régimes financés sur prélèvements obligatoires. Ainsi, alléger, toutes choses égales par ailleurs, les régimes de base se traduit, par tranche de 1Md€, par une augmentation d'environ 4% des cotisations.

- 2) dans le champ des dépassements, une implication plus forte des OC (ce pourrait être le cas si le schéma du « secteur optionnel » était mis en œuvre à grande échelle).

b) cette croissance va peser sur le taux d'effort des ménages modestes

c) elle va aviver des évolutions qu'on a vu s'esquisser ces dernières années

- le développement de contrats dans lesquels on « intéresse » les assurés pour modifier leur comportement et modérer la hausse des cotisations : contrats à ristourne ; contrats à franchise, contrats fondés sur le respect le plus strict du parcours de soins (au-delà des obligations et interdictions de prise en charge), contrats favorisant les comportements de prévention...
- le développement de contrats « haut de gamme » assurant des prestations de haut niveau et une aide active dans le parcours de soins ;
- la mise en place d'outils de gestion du risque, de façon autonome ou coordonnée avec les régimes de base.

3) la croissance des cotisations est-elle assumable par les ménages ? en soumet-elle certains à un taux d'effort excessif ? faut-il améliorer les dispositifs d'aide à l'acquisition d'une couverture complémentaire ?

Compte tenu des aménagements décrits ci-dessus au profit de ménages « vulnérables », le taux d'effort actuel pour acquérir une couverture complémentaire n'est pas excessif en termes relatifs (par rapport au « reste à charge » net de l'aide publique en matière d'aide au logement par exemple). Le défaut de complémentaire – qui concerne 7 à 8% de la population, soit 5 millions environ de personnes – ne semble par avoir de conséquences majeures en termes de recours aux soins de première intention. Cela ne justifie pas a priori une aide généralisée. Telle était la conclusion du HCAAM dans son avis de 2005.

La croissance – quasi certaine – des cotisations amène t-elle à revoir ce jugement ?

On peut réfléchir à des progrès sur deux axes.

a) des aménagements du système actuel

a1) la promotion des contrats en entreprise

Les contrats de prévoyance/santé sont peu fréquents dans les petites et moyennes entreprises (voir note du HCAAM du 24/02/2005).

La loi de 1998 portant création de la CMUC (article 21) avait bien invité les partenaires sociaux à étendre le champ des accords de prévoyance. Aucun suivi n'a été mis en place permettant d'apprécier si cet objectif a été atteint. Mais de l'avis général, la situation n'a guère évolué.

C'est pour « changer de cours » que les pouvoirs publics et les syndicats se sont assignés en 2006 l'objectif d'un effort particulier sur les PME.

a2) on sait par ailleurs que le problème de la couverture complémentaire des étudiants est en cours de débat.

a3) l'amélioration des dispositifs en faveur des ménages pauvres

Avant d'envisager une amélioration de l'aide, la priorité est d'assurer un meilleur fonctionnement des deux dispositifs existants

a31) la population bénéficiaire de la CMUC et de l'ACS est inférieure (CMUC) et bien inférieure (ACS) aux effectifs « potentiels ».

On retrouve en ce domaine les difficultés de faire accéder à leurs droits les populations vulnérables, socialement mal insérées et peu à même de connaître, comprendre et entreprendre les démarches administratives adéquates.

La situation est particulièrement mauvaise pour l'ACS.

On évalue la population potentielle à 2,2M (après déduction des salariés bénéficiant d'une couverture en entreprise). Or on est en présence d'un double déficit :

- le nombre d'attestations délivrées (les demandeurs ont fait vérifier que leurs revenus les rendaient éligibles), et c'est de loin le plus important, est faible ; il a même baissé en 2006 alors que le montant de l'aide a été substantiellement augmenté.
- le nombre de droits ouverts est très inférieur à celui des attestations délivrées.

Ce déficit a des causes multiples.

Comme il n'y a aucune raison pour que les ménages qui ont déjà une couverture complémentaire renoncent à une aide qui en diminuerait la charge, on peut penser que leur information est insuffisante. On ne connaît pas le nombre de personnes concernées. Le secrétariat du HCAAM considère qu'ils sont majoritaires dans la population précitée.

La situation est plus complexe pour les ménages qui n'ont pas de contrat complémentaire. Ils peuvent être sous informés – ce serait là un premier facteur de déficit. Mais ils peuvent renoncer à l'aide parce que la charge qui leur incombe leur semble trop lourde. Une personne seule, même pour un contrat d'entrée de gamme, doit accepter un taux d'effort qui varie entre 1 et 2 % selon son âge et son niveau de ressources (voir tableau ci dessous).

**Taux d'effort^{*} pour un contrat d'entrée de gamme
pour une personne seule selon l'âge et le niveau de ressources**

	Ressources	
	plancher ACS	plafond ACS
20 ans	2,2 %	1,9 %
25 ans	1,1 %	1,0 %
35 ans	1,9 %	1,6 %
60 ans	2,3 %	2,0 %

Sources : Fonds CMU, calculs Secrétariat général du HCAAM

* Le taux d'effort est calculé comme le reste à charge rapporté aux ressources

L'opportunité d'améliorer l'aide est étudiée infra.

En tout état de cause, on doit entreprendre une politique d'information autrement plus dynamique que celle qui a été menée (avec un effort plus réel à partir de 2006). On en a la base puisque beaucoup des allocataires potentiels sont connus des institutions sociales. Le secrétariat du HCAAM estime ainsi que plus des deux tiers des allocataires potentiels sont repérables dans les fichiers des caisses de sécurité sociale et de chômage.

Des objectifs précis devraient être assignés à ces institutions.

a32) la croissance des cotisations pourrait justifier des améliorations de ces dispositifs

- pour la CMUC, deux voies sont envisageables :
 - + une indexation du plafond plus dynamique que la référence aux prix qui est actuellement retenue. Il est vrai que ce serait rompre avec la situation qui prévaut pour d'autres dispositifs, autrement plus constants par l'ampleur des crédits qui leur sont consacrés (les aides au logement ou les minima sociaux)
 - + l'augmentation de la valeur de l'enfant dans le barème (on rappelle que le HCAAM s'était félicité de l'annonce de l'extension de la CMUC à 300 000 enfants supplémentaires)
- pour l'ACS (dont les plafonds d'exclusion augmenteraient mécaniquement si ceux de la CMUC étaient améliorés), on pourrait se donner comme objectif de fixer l'aide à 60% de la cotisation pour un contrat d'entrée de gamme. Il convient par ailleurs de vérifier si l'adhésion des personnes âgées n'est pas entravée par les règles d'adhésion des OC.

b) deux approches d'extension ou de généralisation

On peut souhaiter adopter une approche plus « ouverte » surtout si un déport important des charges sur les OC se traduisait par une très forte poussée des cotisations.

Deux approches ont été étudiées ces dernières années

b1) une aide dégressive avec le revenu par unité de consommation

On instituerait une aide personnalisée à la santé, analogue dans sa logique à l'aide au logement.

Elle ferait suite à la CMUC et « écraserait » l'ACS.

Le montant maximal de l'aide serait calé sur le coût d'un contrat d'entrée de gamme (variante : le coût du contrat modal). Il serait pris en charge pour une proportion déclinant avec le revenu et tiendrait compte de la taille du ménage.

L'ampleur – et le coût – du dispositif dépendraient de deux paramètres :

- l'élasticité de l'aide avec le revenu ; elle définit les plafonds « théoriques » d'exclusion et, partant, la population éligible. Le tableau ci-dessous donne les plafonds d'exclusion qui prévalent pour l'aide au logement (qui décroît vite avec la croissance du revenu : 1 euro de revenu entraîne une baisse de l'aide de 29 à 43 centimes)

Taille du ménage	célibataire	couple sans enfant	couple avec un enfant	couple avec deux enfants	couple avec trois enfants
Plafond d'exclusion en €/mois	1053	1285	1644	1956	2396
Rappel plafond d'ACS	643	949	1140	1351	1633
Plafond AL/plafond ACS	1,64	1,35	1,73	1,45	1,47

- le seuil de non versement. Il existe en AL/APL (15€/mois) ; on évite ainsi de verser des sommes très minimes (inférieures même à leur coût de gestion).

Dans une telle approche – et sauf à adopter un coefficient d'élasticité très élevé et un seuil de non versement bas - on est amené à donner une petite somme à un nombre élevé de ménages. Le coût final n'est pas négligeable du tout pour une efficacité sociale pour ceux dont le revenu est voisin du de non versement (pour lequel l'aide – 180€ pour l'année si on retient le seuil actuel en AL/APL - rapportée par exemple au revenu correspondant au plafond de l'aide au logement - est faible – 1,4% pour un célibataire).

Une telle approche ne semblerait devoir être retenue qu'en cas de déport caractérisé des régimes de base, perspective qui s'écarte du cadre global qui avait réalisé le consensus du HCAAM dans son rapport de 2004.

C'est un schéma de ce type qui avait été étudié en 2002 (rapport CHADELAT) dans la perspective de la structuration d'un deuxième étage de protection sociale porté par les organismes de couverture complémentaire

Deux hypothèses avaient été chiffrées :

- H1 : plafond d'exclusion fixé à 1 000€ mensuel par unité de consommation ; montant de l'aide : 300€ (adulte isolé), montant modulé avec l'âge et la taille du foyer
- H2 : plafond de 1 200€

Les coûts et effectifs sont indiqués dans le tableau ci-dessous :

	effectif	coût	montant moyen
H1	13,6 millions	1,8Md€	132€
H2	20,6 millions	2,8Md€	136€

Remarques sur ce schéma :

- le coût unitaire est très faible (l'aide maximale est de 300€) ; la contribution rapportée à la cotisation réelle, même en entrée de gamme, est trop « juste » au regard de l'ambition affichée et de la charge de financement ;
- il n'est pas prévu de seuil de non versement ;
- les calculs sont faits en supposant que 100% des allocataires potentiels « lèveront » l'aide ; c'est très improbable surtout pour les bénéficiaires proches du plafond d'exclusion qui ne recevront qu'une aide très marginale ;
- on peut donc dans les enveloppes calculées – et en fixant un seuil de non versement réaliste – améliorer le montant de l'aide.

b2) une aide universelle distribuée sous forme de crédit d'impôt (baisse de l'IR pour les ménages imposables et prestation versée aux ménages non imposables). C'est un schéma de ce type qui avait été proposé en juin 2003 par la Mutualité française.

Il a été analysé par le HCAAM en 2005.

Le Conseil avait conclu que cette réforme ne s'imposait pas : son coût était très élevé :

- 7,2Md€ de coût brut (sur les valeurs envisagées à l'époque : 155€ par personne majeure et 40€ par enfant avec un plafond de 80€) ; de l'ordre de 3 à 4Md€ si on supprime parallèlement le statut social et fiscal des contrats en entreprise
- 3 à 4,2 si on réserve l'aide aux assurés non couverts par un contrat collectif en entreprise

Cette appréciation est-elle toujours valable ?

L'évolution prévisible des cotisations et la pertinence des aménagements étudiés ci-dessus (qui sont moins coûteux et/ou qui n'entraînent pas de redéploiements complexes) amènent à conclure qu'aucune des deux formules étudiées ici ne s'impose.

C'est seulement si on optait pour un déport très ample des prises en charge des régimes de base vers les régimes complémentaires qu'il faudrait réexaminer cette position.

ANNEXES AU RAPPORT 2007

ANNEXE 1 – IMPACT ECONOMIQUE DE LA MODIFICATION DES CONDITIONS DE REMBOURSEMENT DES MÉDICAMENTS À SERVICE MÉDICAL RENDU INSUFFISANT (SMR_i) EN 2006

Etude de la Mutualité Française, juin 2007

RÉSUMÉ

Médicaments déremboursés

- Les déremboursements se sont traduits par un effondrement des prescriptions (- 50 % entre 2005 et 2006).
- L'automédication a augmenté (+ 33 % entre 2005 et 2006) mais n'a pas compensé la baisse des prescriptions.
- Les médicaments déremboursés (84 % des ventes en quantité) comprennent essentiellement des médicaments de l'appareil respiratoire (fluidifiants bronchiques et autres expectorants), de l'appareil digestif et du système nerveux central (phytothérapie contre les troubles mineurs du sommeil).
- Le chiffre d'affaires de ces médicaments a diminué dans de moindres proportions que les volumes vendus (- 41 %) du fait de l'augmentation importante des prix de ces médicaments (environ 36 %), à la suite de leur déremboursement.

Veinotoniques

- La baisse du taux de remboursement des veinotoniques de 35 % à 15 % et la baisse autoritaire de leurs prix d'en moyenne 12 % se sont traduites dans les faits (2006 versus 2005) par :
 - une baisse des quantités de 21 % liée au changement de comportement des médecins ;
 - une baisse du chiffre d'affaires de 30 % ;
 - un transfert des prescriptions vers les veinotoniques moins chers ;
 - une diminution des montants remboursés par le régime obligatoire de 55 % ;
 - une diminution du ticket modérateur de 13 %.
- Les patients utilisent les veinotoniques lorsqu'ils leur sont prescrits. L'automédication est restée très faible (5 % des boîtes délivrées en 2006), même si elle a fortement augmenté en 2006 (+ 29 %).
- En 2006, les 10 premiers veinotoniques vendus représentaient 76 % de l'ensemble des boîtes de veinotoniques vendues (avec ou sans prescription).
- Une boîte de veinotoniques sur 10 est encore remboursée à 100 % par l'assurance maladie, dans le cadre des affections longue durée, ce qui représentait 37 millions d'euros en 2006.

Conclusion

- En 2006, l'augmentation du taux de participation de l'assuré pour les médicaments à service médical rendu insuffisant s'est traduit par un recul des prescriptions sans que les patients ne se tournent pour autant vers l'automédication.

- Il pourrait être envisagé, sur la base de cette observation, qu'il existe une corrélation positive entre le taux de remboursement d'un médicament, sa prescription par le médecin et son utilisation par le patient.

PRÉAMBULE

À la suite de la publication du décret du 27 octobre 1999 relatif aux médicaments remboursables et modifiant le Code de la Sécurité sociale, la Commission de la Transparence a évalué, entre 1999 et 2001, le niveau de Service Médical Rendu (SMR) de l'ensemble des médicaments remboursables. Sur les 4 490 spécialités évaluées, 835 se sont vu attribuer un SMR insuffisant pour justifier une prise en charge par la collectivité. Le Code de la Sécurité sociale prévoit en effet (article R 163-3) que «*les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste*» des médicaments remboursables.

Ces médicaments n'ont pas été déremboursés, mais ont fait l'objet d'une baisse de leur taux de remboursement et d'une baisse de leur prix. Par la suite, la Commission de la Transparence a procédé à une réévaluation des médicaments dont le SMR avait été qualifié d'insuffisant, **en trois vagues** :

- 1) En 2003, sur 60 médicaments n'ayant pas leur place dans la stratégie thérapeutique.
- 2) En 2005, sur 245 médicaments à prescription médicale facultative (PMF).
- 3) En 2006, sur 133 médicaments à prescription médicale obligatoire (PMO).

L'objet de la présente étude est d'évaluer **l'impact des décisions prises par le Ministre de la Santé à la suite de la réévaluation de la deuxième vague de médicaments sur les pratiques de prescription des médecins et de consommation des patients, ainsi que sur les remboursements dans le cas des veinotoniques** :

- Baisse du taux de remboursement des veinotoniques de 35 % à 15 % à compter du 1er février 2006 jusqu'au 31 décembre 2007 (ces médicaments seront déremboursés à compter de cette date).
- Déremboursement total des autres médicaments réévalués, à compter du 1er mars 2006.

Cette étude consiste en une observation du marché de ces médicaments toutes choses égales par ailleurs : elle ne tient pas compte des transferts de prescriptions éventuellement intervenus sur d'autres classes à la suite de la modification des conditions de remboursement de ces médicaments. En effet, les données dont nous disposons ne permettent pas d'analyser ces transferts éventuels.

Enfin, cette étude s'inscrit dans un contexte politique et concurrentiel qu'il convient de préciser. En effet, la majeure partie des mutuelles a choisi de suivre les recommandations de la Haute Autorité de Santé et de ne pas prendre en charge le ticket modérateur des médicaments remboursés par le régime obligatoire à 15 % (vignette orange).

NOTE MÉTHODOLOGIQUE

L'objet de cette étude est d'observer le marché des médicaments à SMRi dont le taux de remboursement a été modifié en 2006. Les médicaments concernés par l'étude ont été

identifiés sur la base des listes publiées au JO (deux arrêtés du 17 janvier 2006 publiés au JO du 25 janvier 2006).

Les variables étudiées sont issues des données IMS Health. Elles ont été extraites CIP par CIP et mois par mois de janvier 2004 à décembre 2006 :

- ventes en quantité : unités vendues en officine sur prescription et hors prescription ;
- ventes en valeur : chiffre d'affaires réalisé à partir d'une prescription et sans prescription ;
- prix public TTC ;
- prix fabricant hors taxe des médicaments déremboursés ;
- montants remboursés par le régime obligatoire des veinotoniques ;
- montant du ticket modérateur, défini comme la différence entre la base de remboursement et le montant remboursé par le régime obligatoire ;
- taux de prescription des veinotoniques dans le cadre des affections longue durée (ALD).

L'analyse de l'évolution des prix a été faite sur la base du calcul de la moyenne des prix CIP par CIP pondérés par les quantités vendues pour chacune des deux listes de médicaments, mois par mois de janvier 2006 à décembre 2006 pour les veinotoniques et de février 2006 à décembre 2006 pour les médicaments déremboursés.

Pour une facilité de lecture, l'impact de la modification des conditions de remboursement des médicaments à SMRI a été chiffré sous la forme d'une comparaison entre les deux années civiles 2005 et 2006. Pour l'interprétation des résultats, il convient néanmoins de prendre en compte le fait que les modifications des conditions de remboursement sont intervenues au 1er février et au 1er mars 2006.

Par ailleurs, cette analyse n'intègre pas les éventuels transferts de prescription susceptibles d'être intervenus sur d'autres classes à la suite de la modification des conditions de remboursement de ces médicaments.

**ANNEXE 2 - EXTRAIT DE LA NOTE DU 24 FÉVRIER 2005
DU HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE**

Afin de réduire les conséquences du passage à la retraite la plupart des organismes complémentaires ont eu recours à une logique de tarification par tranches d'âge progressives : exemple de Pro BTP

Pro BTP a connu un déficit dans les adhésions de jeunes retraités depuis fin 2000 jusqu'en 2003. La forte progression des cotisations imposée au-delà de 60 ans conduisait de nombreux adhérents à s'orienter vers d'autres organismes, dont la tarification était temporairement plus attractive sur cette tranche d'âge. Le tableau ci-dessous illustre les augmentations auxquelles étaient soumis les adhérents partant à la retraite avant la réforme.

Portefeuilles	Tarif annuel actif	Tarif annuel retraité	Evolution lors du passage retraite
Ancien adhérent FM Collectif	724 € ¹¹⁵		+ 558 € (+77%)
Ancien adhérent FM Individuel ¹¹⁶	982 €	1 282 €	+ 300 € (+31%)

La réforme mise en place s'est réalisée sur les bases suivantes :

une cotisation progressive pour la période comprise entre de 60 à 65 ans, afin de disposer d'une offre plus adaptée pour renouveler les adhésions lors du départ en retraite. La cotisation est ensuite progressivement relevée (+1,75% par an) l'évolution annuelle de cotisation (intégrant la hausse annuelle des dépenses de santé) reste ainsi acceptable pour des retraités. Les réductions tarifaires allouées aux jeunes retraités qui justifient d'une forte ancienneté BTP sont développées. Pour 20 ans d'ancienneté, le niveau de la réduction s'établit ainsi :
 De 60 à 66 ans : montant équivalent à 7% de la cotisation de référence (cot. de l'option 2)
 De 67 à 70 ans : montant équivalent à 3,5% de la cotisation de référence

Le résultat de ces modifications tarifaires s'est traduit ainsi pour une couverture complémentaire santé couvrant simultanément l'assuré et son conjoint :

Portefeuilles	Tarif annuel actif	Tarif annuel retraité	Evolution lors du passage retraite
Ancien adhérent FM Collectif	724 €		+ 348 € (+48%)
Ancien adhérent FM Individuel ¹¹⁷	1 240 €	1 072 €	- 168 € (-13%)

Deux offres ont également été mises en place :

- Une option « de première nécessité », proposant une prise en charge des prestations prioritaires pour tous les retraités :
 - remboursement du ticket modérateur à 100% (notamment pour les frais pharmaceutiques et pour les consultations)

¹¹⁵ Il s'agit ici du montant de la cotisation totale. Dans la mesure où une fraction est en général prise en charge par l'employeur, l'augmentation « perçue » par l'adhérent est encore supérieure.

¹¹⁶ Ancienne gamme de frais médicaux individuels, avec tarification indépendante de l'âge (gamme ayant précédé les FM individuels « à défaut de collectif »). Cette dernière, dont la mise en œuvre a été expérimentée en 2003 dans quelques départements, ne sera généralisée sur l'ensemble du territoire national qu'en 2004.

¹¹⁷ Avec la mise en œuvre de la nouvelle gamme « Frais médicaux individuels à défaut de collectifs » (tarif applicable à l'âge de 60 ans). C'est en effet cette nouvelle gamme qui est proposée depuis 2004.

- prise en charge du forfait hospitalier
 - services de tiers-payant
- La création d'un chapeau additionnel.
Ce chapeau, complémentaire aux différentes options de PRO BTP, améliore la prise en charge de certaines prestations :
 - la chambre particulière, en cas d'hospitalisation (prise en charge à hauteur de 35 € par jour ; le chapeau accorde un complément de prise en charge, en sus des versements déjà prévus dans le cadre de la gamme).
 - la prise en charge en optique (le chapeau additionnel majore de 40 € le montant du plafond annuel de remboursement garanti à l'adhérent (plafond dont le niveau est variable en fonction de l'option souscrite)).
 - la prise en charge de la chambre accompagnant, pour les retraités ayant un enfant à charge (soit 9% des adhérents au régime).

**ANNEXE 3 - FINANCEMENT DES DÉPENSES DE SANTÉ
DANS LES PAYS DE L'OCDE**

Part de la dépense publique dans le total de la dépense de santé en 2004

	2004
Etats-Unis	44,7
Mexique	46,4
Corée	51,4
Grèce	52,8 e
Suisse	58,4 e
Pays-Bas	62,3 e
Australie	67,5
Pologne	68,6
Canada	69,8 e
Autriche	70,7
Espagne	70,9 e
Hongrie	71,9
Turquie	72,1
Portugal	73,2 e
Italie	75,1
Finlande	76,6
Allemagne	76,9
Nouvelle-Zélande	77,4
France	78,4 e
Irlande	79,5
Islande	83,4 e
Norvège	83,5
Suède	84,9 e
Royaume-Uni	86,3 d
République tchèque	89,2 e
Luxembourg	90,4 e

e : estimation

d : différence de méthodologie

Sources : Eco santé OCDE 2006

ANNEXE 4 - LES DÉPASSEMENTS D'HONORIAIRES DES MÉDECINS

A) Etat des lieux

Les développements qui suivent reprennent en les actualisant la note du HCAAM du 24 mai 2007

1) le faible encadrement des dépassements

Tous les médecins qui pratiquent des dépassements (soit parce qu'ils sont en secteur 2 ou qu'ils disposent d'un droit permanent à dépassement soit au titre du DE, dépassement exceptionnel) sont tenus de respecter la règle du tact et de la mesure posée par l'article 53 du code de déontologie.

Le principe de l'encadrement des dépassements des médecins a été posé en 1989¹¹⁸ mais ses conditions d'application n'ont pas été définies.

Par la suite, la convention de 1990 prévoyait que les médecins exerçant en secteur 2 devaient s'engager à effectuer un quart de leurs actes gratuitement ou conformément aux tarifs opposables. Cette disposition a eu une portée limitée : le taux de 25% était relativement proche de la pratique habituelle des professionnels ; cette convention a été annulée par le Conseil d'Etat en 1992.

Les dispositions conventionnelles postérieures à 1992 ne prévoient d'ailleurs plus d'encadrement des tarifs des médecins en secteur 2.

Par ailleurs, si la loi¹¹⁹ permet à la convention nationale de définir pour les médecins en secteur 2 soit un plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel pouvant être fixé en fonction du montant total des dépassements constaté l'année précédente, cette disposition n'a jamais été mise en œuvre.

On ne connaît que trois dispositifs d'encadrement des dépassements :

- le premier, temporaire, avait été mis en œuvre dans le cadre du règlement conventionnel des médecins. La baisse des avantages sociaux des médecins du secteur 1 a été accompagnée d'une obligation de baisse de 10% des dépassements des médecins du secteur 2 par rapport à la période antérieure.

¹¹⁸ Avenant n°7 à la convention nationale de 1985

¹¹⁹ Plus exactement, le II de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale. Cette disposition a été introduite en réponse à l'annulation par le Conseil d'Etat le 28/07/1999 pour défaut de base légale, d'une disposition du règlement conventionnel minimal prévoyant une obligation pour les praticiens en secteur 2 de baisser de 10% leurs dépassements (sur la base d'une comparaison de chaque trimestre au niveau constaté l'année précédent l'entrée en vigueur du règlement conventionnel minimal).

- la seconde, permanente, concerne les bénéficiaires de la CMUc qui ne peuvent se voir opposer aucun dépassement du tarif conventionnel.
- enfin les médecins signataires de l'option de coordination doivent effectuer au moins 30 % de leurs actes en tarifs opposables.

Au total, la norme est la liberté tarifaire.

2) étendue des dépassements

Ils s'élèvent à 2Md€ soit plus de 10% des honoraires des médecins libéraux.

a) qui dépasse ?

a1) omnipraticiens/spécialistes

Les omnipraticiens en secteur II et en secteur I avec DP sont peu nombreux (12,8%, taux plus faible pour les généralistes – 9% que pour les MEP – 48%).

Le taux pour les spécialistes est beaucoup plus élevé : 38,4% des médecins, taux variant de 3,9% pour les néphrologues à 83,9% pour les urologues

L'effectif des spécialistes en secteur II s'est stabilisé depuis la fermeture de ce secteur pour les médecins qui avaient opté pour le secteur I.

Mais pour certaines spécialités (très alimentées en ACCA), l'essentiel des installations se fait en secteur II. Ainsi, en 2004, c'est le cas de 86% des chirurgiens, de 90% des ORL, de 75% des gynécologues, de 73% des ophtalmologues et de 67% des gastro-entérologues. C'est d'ailleurs la situation, très sensible, des chirurgiens qui explique – sans en justifier le contenu – l'accord d'août 2004 qui se donne pour ambition de sauvegarder ou accroître l'offre disponible en tarifs opposables (l'opposabilité étant garantie par les régimes de base associés aux complémentaires).

La densité de médecins de secteur II varie très sensiblement selon les régions (avec un niveau très élevé en Alsace, en Ile de France et en Rhône Alpes si bien que dans ces régions et pour certaines spécialités il devient difficile de trouver des spécialistes à tarif opposable).

a2) types de dépassement

Les dépassements des médecins de secteur I (dépassements pour exigences particulières) représentent, en valeur, 12% des dépassements.

Les dépassements des médecins de secteur II et I avec DP représentent 85% des dépassements ; le solde – 2,5% - est le fait des médecins non conventionnés (dont l'effectif est de 0,77% du total des médecins libéraux).

b) pour combien d'actes (fréquence) et pour quel montant ?

Fréquence des actes avec dépassements

	Secteur 1	DP	Secteur 2	Total
Généralistes				
1997	3,8%	55,5%	84,9%	11,0%
2002	13,3%	42,8%	95,4%	18,1%
2004	3,9%	Ns	74,6%	8,7%
Spécialistes				
1997	6,2%	53,7%	72,1%	26,8%
2002	11,2%	62,5%	74,7%	30,0%
2004	9,5%	61,0%	72,5%	28,1%
Tous médecins				
1997	4,7%	54,0%	77,1%	19,1%
2002	12,5%	62,0%	78,9%	23,4%
2004	6,1%	61,2%	73,7%	18,4%

Source : CNAMTS , calculs : secrétariat général HCAAM

Comme on le voit, l'année 2002, « conflictuelle » se caractérise par une poussée de la proportion de dépassements, notamment chez les généralistes.

En 1997 comme en 2004, les spécialistes de secteur II pratiquent des tarifs opposables pour plus de 25% de leurs actes.

Pour un total d'actes de 100M avec dépassements, on compte 1,56 dépassement par personne protégée et par an. La valeur moyenne du dépassement est de 19,6€. Mais comme on le verra, la dispersion de ces valeurs est très forte.

Les montants moyens les plus élevés sont observés dans les disciplines dont le caractère hospitalier ou l'appartenance au secteur II/DP sont les plus marqués : urologie – 26€/dépassement ; chirurgie orthopédique – 46,7€ ; neurochirurgie – 82,9€ ; chirurgie – 67€ ; stomatologie – 74,5€.

c) la part des dépassements dans les honoraires des médecins des secteurs II et DP (dépassements/total des honoraires) est de 32%. Le taux moyen de dépassement (dépassements/honoraires HSD) est de 47,2% avec une forte dispersion

3) pour une exacte appréciation de l'incidence des dépassements, il est vraisemblablement pertinent de distinguer :

- les dépassements sur les consultations, fréquents en nombre mais dont la valeur unitaire est très modeste au regard des revenus des ménages : de quelques euros à quelques dizaines d'euros. Ils représentent les trois quarts du total des dépassements (environ 1,5Md€).

S'ils sont souvent pris en charge – en tout ou partie – par les complémentaires, ce n'est pas le cas général. Mais même lorsqu'ils sont à la charge directe des ménages, ils ne sont pas de nature à bouleverser leur budget et ne semblent pas entraîner de renoncements caractérisés de soins, même si ce point mériterait d'être d'avantage documenté en étendant la démarche

« épisodes de soins » proposée par l'IGAS dans son rapport sur les dépassements au cas de maladies chroniques ou en réalisant des études monographiques pour apprécier l'impact des dépassements sur l'accès aux soins (par exemple, étude sur la qualité du suivi des femmes enceintes à revenus modestes en Ile-de-France).

- les dépassements qui concernent des actes techniques, parfois lourds.

Ils sont souvent exécutés en établissements de soins où ils s'élèvent à 530M€, notamment dans les cliniques privées (470M€ soit 16% des honoraires perçus par les médecins libéraux concernés). Ils sont rarement répétitifs mais impliquent pour les ménages une charge unitaire déjà significative.

Un récent rapport de l'IGAS qui a étudié quatre « épisodes de soins » qui 1) ont un coût total relativement élevé et 2) comportent une intervention en établissement, centrale dans le coût de l'épisode.

Pour les quatre épisodes suivis (accouchement, chirurgie du cristallin, prothèse de hanche et coloscopie), on trouve les dépassements suivants :

	Accouchement	Chirurgie du cristallin	Prothèse de hanche	Coloscopie
Fréquence	52%	71%	72%	66%
Dépassement moyen en €	74 (h.public)/178 (clinique)	91 / 200	225 / 454	60 / 105
Minimum en €	7 / 14	7 / 13	7 / 25	5 / 8
Maximum en €	167 / 377	189 / 465	567 / 964	110 / 226

Il s'agit ici de montants qui peuvent peser sensiblement sur le budget des ménages modestes (sans couverture complémentaire) même si, il faut le souligner, ces épisodes de soins, dans l'ensemble ne sont pas répétitifs. Il est vrai cependant qu'une séquence de soins peut être composée d'une succession rapide de consultations et d'actes techniques de spécialités dans lesquelles les dépassements d'honoraires sont particulièrement élevés : anesthésiste, chirurgien et anatomo-pathologie par exemple.

4) dispersion des dépassements

a) On ne dispose pas d'une analyse systématique de la dispersion des dépassements. Mais les études disponibles de la CNAMTS donnent des indications robustes.

Une première étude menée en 2005 donne la dispersion des taux de dépassement pour les principales spécialités

spécialités	chirurgiens	gynécologues	Pédiatres
1 ^{er} décile	13%	29%	21%
5 premiers déciles	42%	63%	45%
9 ^{ème} décile	143%	139%	100%

Lecture : 10 % des chirurgiens (secteur II et DP) ont un taux de dépassement inférieur ou égal à 13%.

Par ailleurs la CNAM a conduit en 2006 une étude plus fouillée sur trois actes (de forte fréquence : 160 000 actes) : plastie par lambeau (K61) ; chirurgie dans le cas d'éventration abdominale (K82) et chirurgie des médicaments du genou (K149).

On en tire trois conclusions :

- le pourcentage des actes en tarif opposable (TO) est fort (supérieur au taux de 25% de l'étude globale ci-dessus) ; il décroît avec la valeur de l'acte (59, 34 et 24%) ; il est moins élevé pour les chirurgiens « de pratique fréquente » (58 vs 67 ; 27 vs 44 et 17 vs 46%) ; il varie très sensiblement avec le lieu d'implantation (le taux d'actes en TO est plus faible en Alsace, Ile de France et Rhône Alpes) ;
- on a une forte densité de dépassements compris entre le TO et deux fois le TO si bien que le RAC (propre au dépassement) pour ces actes est inférieur ou égal à 127, 171 et 311€ pour 80, 76 et 76% des actes ;
- on constate des valeurs extrêmes très hautes (maximum : 41 à 46 fois le TO !).

b) l'existence de dépassements très élevés – qui sont massivement le fait de ménages très aisés – ne pose pas de problème d'équité dans l'accès aux soins (pas ou très peu de ménages modestes sont contraints par la structure de l'offre locale à avoir recours aux médecins qui pratiquent de tels tarifs ; rien n'exclut d'ailleurs que ces derniers ajustent alors leurs honoraires).

Elle pose par contre trois types de problèmes :

- un problème de « morale publique » (pour certains commentateurs) mais aussi déontologique au regard de la règle du tact et de la mesure ;
- un problème de légitimité de l'adossement des contrats qui prennent en charge des dépassements élevés à un statut fiscal et social très favorable. On peut se demander si les larges exonérations de cotisations fiscales et sociales sont ici justifiées ;
- un problème de gestion par les complémentaires. On sait que la tendance actuelle des OC est de supprimer ou limiter les contrats « à frais réels » ou avec des taux de garantie très élevés.

5) l'information des ménages

Elle est très imparfaite, ce qui peut biaiser les choix des assurés, « surpris » trop tard par le dépassement demandé.

Il est certes difficile pour un médecin de toujours préciser par avance les honoraires demandés (notamment s'il pratique plusieurs tarifs –cf. infra).

C'est certainement plus concevable dans les établissements de santé.

6) qui est exposé au dépassement ?

Si le dépassement moyen annuel reste modéré (76€ par ménage), les ménages sont très inégalement exposés.

a) dispersion

50% des personnes protégées n’acquittent aucun dépassement dans l’année. Pour 20% d’entre elles le dépassement est inférieur ou égal à 13€ ; pour 10% il varie entre 13 et 27€ ; pour 10%, entre 27 et 66€.

La moyenne des dépassements du dernier décile (plus de 6M de personnes) est de 230€ (avec une valeur maximale de 10 305¹²⁰ au plus de

Pour trois des quatre épisodes de soins précités étudiés par l’IGAS, ce sont les dépassements sur l’acte principal qui pèsent le plus pour les patients, notamment :

- pour l’accouchement : sur l’épisode, 52% des patientes ont payé 118 € de dépassement en moyenne, mais parmi elles, 9% ont payé 300 € de dépassement pour l’acte principal. La part des dépassements sur les actes secondaires représente 77 % des dépassements sur l’épisode de soins ;
- pour la chirurgie du cristallin : sur l’épisode, 71% des patients ont payé 185 € de dépassements en moyenne, mais parmi eux, 54 % ont payé 233 € de dépassement sur l’acte principal. La part des dépassements sur les actes secondaires représente plus de 30 % des dépassements sur l’épisode de soins ;
- pour la prothèse de hanche : sur l’épisode, 72 % des patients ont payé 410 € de dépassements en moyenne, mais parmi eux, 70 % ont payé 500 € de dépassement sur l’acte principal. La part des dépassements sur les actes secondaires représente près de 15 % des dépassements sur l’épisode de soins.

Dispersion des dépassements par type d’actes

	Episode de soins complet		Part dans l’épisode complet :	
	montant moyen	population concernée	de l’acte principal	des actes secondaires
Accouchement	118 €	52%	23,3%	76,7%
Chirurgie du cristallin	185 €	71%	69,5%	30,5%
Prothèse de hanche	410 €	72%	85,4%	14,6%

Source : IGAS, rapport sur les dépassements d’honoraires médicaux, avril 2007.

b) données connues

On sait que le recours aux médecins de secteur II et le RAC correspondant sont corrélés au revenu et à la CSP. Sans doute les données reprises dans le rapport du Haut Conseil pour 2005 sont-elles un peu vieilles et portent-elles sur l’ensemble des dépassements (et pas seulement sur les honoraires médicaux) ; mais elles sont robustes. Elles indiquaient que le dépassement

¹²⁰ Pour le total des dépassements (10 Md€), on a la répartition suivante : 40% de personnes protégées sans dépassement ; 30% dont le dépassement est inférieur ou égal à 73€ ; 10% pour lesquelles le dépassement varie de 73 à 204€ ; pour 10% le dépassement varie de 204 à 474 ; pour le dernier décile, le dépassement moyen est de 1 034€, avec une valeur maximale de 19 999€ (source CNAMTS).

variait de 70€ pour les ménages ayant un revenu par unité de consommation inférieur à 534€/mois à 167 au-dessus de 1286€/uc.

On sait de même que l'exposition varie sensiblement avec le lieu d'installation des médecins et selon les spécialités.

c) données moins documentées

Plus de la moitié des médecins pratiquent trois tarifs ou plus pour leurs consultations. Mais on ne sait pas sur quels critères le médecin choisit entre ces différents tarifs : existence d'une prise en charge par un OC (ce qui est le cas en matière dentaire) ? fréquence des consultations de ses patients ? ancienneté de l'appartenance de l'assuré à sa patientèle ? ou encore la connaissance qu'il peut avoir des conditions de vie et de revenu de cet assuré ? Il semble qu'il tienne compte aussi de la durée de la consultation.

Même si on sait que les actes techniques sont plus fréquemment facturés aux tarifs opposables, on ne connaît pas non plus les critères qui président à la fixation des dépassements sur les actes techniques : lien avec le tarif de consultation pour un même patient ? appréciation portée sur le tarif conventionnel de l'acte (« bien » ou « mal » rémunéré) ? lien entre dépassement et fréquence de l'acte ?

A titre d'exemple, on dispose des données suivantes pour la ville de Paris sur la répartition du taux de dépassement en fonction de la base de remboursement de l'acte technique :

- pour la chirurgie générale

Taux de dépassement	nul	1 à 50%	51 à 100%	101 à 150%	151 à 200%	201 à 300%	301 à 400%	+ de 400%
Base de remboursement								
- de 50€	66%	1%	3%	5%	3%	6%	5%	10%
50 à 99€	54%	2%	5%	5%	6%	10%	4%	12%
100 à 199€	54%	2%	6%	7%	6%	9%	5%	11%
200 à 299€	38%	3%	8%	8%	5%	10%	10%	17%
300 à 399€	28%	2%	5%	7%	14%	16%	4%	24%
400€ et +	40%	4%	9%	8%	5%	18%	7%	9%

Lecture : 66% des actes techniques dont la base de remboursement est inférieure à 50€ sont facturés avec un taux de dépassement nul

- pour la gynécologie

Taux de dépassement	nul	1 à 50%	51 à 100%	101 à 150%	151 à 200%	201 à 300%	301 à 400%	+ de 400%
Base de remboursement								
- de 50€	12%	7%	21%	27%	14%	16%	3%	2%
50 à 99€	6%	21%	29%	23%	8%	5%	3%	4%
100 à 199€	25%	11%	14%	12%	2%	7%	9%	20%
200 à 299€	14%	2%	5%	7%	10%	22%	13%	27%
300 à 399€	21%	2%	6%	13%	11%	19%	13%	16%

- pour la pédiatrie (spécialité où les actes techniques sont très peu nombreux en comparaison des consultations)

Taux de dépassement	nul	1 à 50%	51 à 100%	101 à 150%	151 à 200%	201 à 300%	301 à 400%	+ de 400%
Base de remboursement								
- de 50€	24%	9%	35%	9%	11%	9%	2%	1%
50 à 99€	16%	48%	9%	2%	17%	7%	1%	1%
100 à 199€	10%	0%	11%	65%	13%	2%	0%	0%

Il serait intéressant qu'on étudie ces variations de tarif sur un échantillon représentatif de médecins.

7) composantes des dépassements et évolution

Dépassements des spécialistes APE à honoraires libres (section II et DP)

	1990	2004	évolution
Effectifs de secteur II+DP part dans l'ensemble des spécialistes	17 986 42,2% de 42 603	17 590 37,9% de 46 445	-2,2%
Nombre d'actes avec dépassement	50,5 M	66,9 M	+ 32,5%
% d'actes en TO -	nd	27,6%	nd
Valeur de l'acte HSD en euros 2004	40,20 €	39,63 €	+ 2,55%
Taux de dépassement (valeur des dépassements / HSD)	25,3%	47,2%	+ 86,8%
Somme des dépassements en euros 2004	610 M€	1 284 M€	+ 110%

Sources : Cnamts Sniir-APE, traitements Cnamts et Hcaam

La forte poussée des dépassements est liée d'une part à la progression en volume des actes d'une part, à l'augmentation du taux de dépassement d'autre part. Par contre, l'effectif des médecins en secteur II, la valeur HSD de l'acte moyen et la proportion d'actes en tarif opposable n'ont guère évolué.

Depuis 2004, il semblerait que ce mouvement de progression se soit infléchi.

B) Voies de réforme

a) les intérêts en présence

a1) les assurés

Leur souci est de trouver, dans des conditions raisonnables, une offre en tarifs opposable et de connaître à l'avance les honoraires qui vont leur être demandées.

Telle est par exemple la position de la Conférence nationale de santé qui souhaite que dans tout bassin de santé et pour chaque spécialité il existe une offre à tarifs opposables ou maîtrisés¹²¹

a2) les régimes d'assurance maladie

Ils peuvent souhaiter :

- n'avoir recours aux fonds publics que de façon limitée (pour contenir ou corriger les RAC déraisonnables : lorsque l'offre en tarifs opposables est fortement contrainte et le dépassement d'un montant élevé).
- ne pas se priver d'éléments de « vie conventionnelle » et de marges de promotion de la maîtrise médicalisée, y compris en associant l'UNOCAM (par exemple pouvoir utiliser l'outil tarifaire comme incitation financière à l'évolution de la pratique médicale)
- n'avoir pas à gérer un éclatement croissant des revenus entre deux secteurs avec le risque d'une « échelle de perroquet » entre tarifs libres et réglementés.
- adopter une démarche différenciée selon les spécialités et les lieux d'implantation

a3) les médecins :

- ceux du secteur I peuvent souhaiter – à défaut d'une politique plus « dynamique » d'augmentation de leurs tarifs – l'ouverture plus ou moins complète d'un droit à dépassement. Ils mettent en avant que leurs revenus sont inférieurs à ceux de leurs confrères de secteur II sans que cet écart soit clairement justifié
 - ceux du secteur II peuvent souhaiter le maintien de leur liberté tarifaire.
- Tous peuvent souhaiter une bonne solvabilisation des patients d'une part, l'adoption de règles générales et claires sur la politique de revenus des régimes d'assurance maladie et OC.

a4) les organismes de couverture complémentaire (OC).

L'élargissement des dépassements ne conduit pas à une augmentation radicale des cotisations ; elle est donc « gérable », même si certains assureurs complémentaires et notamment les mutuelles sont hostiles à l'élargissement de ces dépassements.

Ils peuvent souhaiter qu'on ne leur impose pas – via les contrats responsables par exemple – de règles trop rigides de prise en charge (ni obligation ; ni plafond).

b) la nécessité d'une plus grande transparence des honoraires

Quels que soient les scénarios d'évolution du secteur II, il est indispensable d'apporter plus de transparence dans les pratiques actuelles :

¹²¹ On entend par là des tarifs qui ne s'éloignent pas trop des bases de remboursement

- les patients doivent pouvoir disposer facilement d'une information à jour sur les pratiques de dépassement des médecins dans leur zone d'habitat (fréquence des dépassements, tarifs moyens...) ;
- un dispositif d'observation des pratiques doit être mis en place au niveau locale et au niveau national en associant les parties conventionnelles et les représentants des assurés ; les travaux de ces instances devraient être publics ;
- la notion de « tact et mesure » devrait faire l'objet d'une clarification par l'autorité ordinaire afin qu'elle soit compréhensible par les assurés.

C'est dans ce cadre général qu'on a analysé divers scénarios de réforme.

c) les scénarios extrêmes semblent peu crédibles

c1) la liberté tarifaire pour tous les médecins

On s'en remet au tact et à la mesure des médecins d'une part, aux réactions du marché des complémentaires d'autre part pour réguler le système. Dans la situation du marché où l'offre est parfois limitée, on ne peut attendre que la concurrence contienne les dépassements.

On ne sollicite pas directement les fonds publics (mais ils le sont de façon indirecte via les contrats collectifs).

Cette option est favorable aux médecins qui retrouvent sans condition la liberté de leurs honoraires.

Mais l'augmentation probable¹²² des honoraires va peser sur les ménages ; le bouclage par les complémentaires n'est pas garanti et, là où ils interviennent, l'augmentation de leurs cotisations peut être significative. La pression pour mettre en place un système général d'aide à l'acquisition des couvertures complémentaires sera accrue (or elle est coûteuse pour les finances publiques).

On affaiblit le pouvoir de régulation de l'assureur de base sur un segment stratégique des soins. Le relais par les OC n'est ni garanti ni peut être souhaitable.

c2) la fermeture du secteur II

Indépendamment d'aspects proprement politiques¹²³, la baisse de revenu qu'entraînerait la fermeture du secteur II n'est pas crédible (l'imposer comme condition de conventionnement avec la sécurité sociale est hautement problématique). Elle entraînera mécaniquement une pression sur les tarifs de secteur I et les médecins de ce secteur I pourront alors augmenter leurs honoraires à concurrence des bases révisées

Certes on se retrouverait alors en tarifs opposables, solution satisfaisante pour les assurés.

Mais l'augmentation des tarifs de remboursement ne semble pas prioritaire dans l'état actuel des comptes de l'assurance maladie.

¹²² Bien que les complémentaires ne prennent que très partiellement les dépassements, le taux de dépassement (dépassements/honoraires sans dépassement) a doublé entre 1990 et 2004.

¹²³ Notamment la méfiance des médecins qui peuvent craindre que la politique des tarifs opposables soit sous forte contrainte.

Au vu des évolutions passées, l'augmentation indifférenciée et générale des honoraires des médecins ne se justifie pas non plus.

Si la fermeture *erga omnes* du secteur II semble à beaucoup irréaliste, on pourrait réfléchir au schéma liant mieux l'installation et le droit à dépassement.

d) l'ouverture d'un droit limité à dépassements pour les (ou des) médecins de secteur I.

C'est une formule qui existe déjà :

- pour les dépassements pour exigences particulières ;
- pour les dépassements hors parcours ; dans ce cas, les dépassements dits « maîtrisés » sont contenus dans deux plafonds (en nombre d'actes et en taux de dépassement).

Mais, dans ces deux cas, les dépassements sont contenus et/ou plus ou moins évitables.

d1) étendre les « dépassements maîtrisés » donnerait aux médecins de secteur I un « espace » de liberté tarifaire.

La portée de ce dispositif dépendrait de deux éléments majeurs :

- le champ personnel : tous les médecins ? les seuls médecins ayant les titres qui ouvrent droit au secteur II ? ceux des médecins qui offriraient des garanties de pratique convenues avec l'assurance maladie ? La pression pour une ouverture maximale du champ sera très forte ;
- les montants respectifs du taux de dépassement et de la fréquence des actes en dépassement.

Le développement des dépassements :

- se traduirait par une augmentation sensible des revenus des médecins de ce secteur. Elle serait certes bornée par les plafonds de dépassements ; mais elle serait vite générale et significative (les plafonds constituerait autant de références sur lesquelles l'ensemble des médecins s'alignerait) ;
- entraînerait une régression du secteur à tarifs opposables ;
- n'exposerait pas les ménages à une contribution très élevée ;
- ne solliciterait pas les finances publiques (sauf via les contrats collectifs).

d2) faudrait-il que les OC soient associés à ce type de réforme en les engageant dans la prise en charge de ces dépassements ?

On parviendrait ainsi à une « opposabilité intégrée » où les assurés seraient garantis d'être remboursés à hauteur du plafond des dépassements maîtrisés, en partie par les régimes de base, en partie par les OC. C'est cette approche qui a été retenue dans le protocole d'août 2004 sur les chirurgiens.

Cette formule existe déjà. Dans les contrats responsables, les OC doivent compléter les remboursements des régimes de base à hauteur de 95% des tarifs de consultation et des prix des médicaments à vignette blanche. Il est vrai que ce bouclage n'a pas été conçu comme une mesure structurante ; il est venu consolider ex post une situation déjà acquise dans la quasi-totalité des contrats.

Mettre en œuvre une opposabilité intégrée sur le champ des honoraires médicaux peut être recherché :

- par une contrainte sur les OC (par exemple en recourant au contrat responsable).

Les dépassements s'aligneront systématiquement sur la référence décidée par les pouvoirs publics.

La garantie de tarifs opposables est effective (sous réserve de la population non couverte par un contrat de complémentaire), ce qui peut paraître positif en première analyse .

Mais on s'engage sur un scénario profondément nouveau d'évolution des prises en charge qui pourrait s'étendre, voire se généraliser à d'autres segments de la dépense. Le régime de base bornerait ses interventions à un socle de remboursement et le bouclage se ferait par les complémentaires. On ne peut exclure que, devant les contraintes qui pèsent sur les prélèvements obligatoires, le socle soit de plus en plus contenu. On aurait alors un déport des prises en charge systématique sur les OC, avec les conséquences qu'il implique en termes de mutualisation (on renvoie vers des cotisations où la mutualisation est plus faible) et de gestion du risque (on modifie les rôles respectifs de la base et des complémentaires).

Il y a là un problème fondamental dont on voit qu'il dépasse de loin le débat sur les dépassements d'honoraires.

- par le libre jeu du marché des complémentaires. On parie que l'affichage des plafonds conduira à une norme qui s'imposera de fait à la grande majorité des contrats. Mais la garantie d'opposabilité est moindre

d3) l'élargissement du champ des dépassements poserait de façon plus aiguë le problème des ménages sans couverture complémentaire d'une part, de ceux dont le contrat de complémentaire ne prendrait pas en charge les dépassements d'autre part.

Il ne semble guère concevable de demander, voire d'imposer¹²⁴, aux médecins de ne pas appliquer les dépassements en cause à ces ménages.

Certes en pratique, les médecins de secteur II peuvent, dans le cadre libre de leur pratique, tenir compte de la situation sociale de leurs patients¹²⁵ et des garanties de leur contrat¹²⁶. Mais, en allant au-delà en adoptant une injonction, on introduirait « de force » une dimension nouvelle dans le rapport entre les patients et leurs médecins.

Si on ne peut donc parvenir à un bouclage complet (une opposabilité intégrée généralisée), on peut l'admettre à la limite si l'offre en tarifs opposables reste importante, ce qui serait le cas avec des plafonds stricts.

e) le cantonnement des dépassements des médecins de secteur II

e1) l'objectif serait soit de limiter le montant des dépassements, soit leur fréquence.

La convention de 1990 avait prévu un quota minimum de 25% d'actes en tarifs opposables. Mais la disposition en cause a été annulée par le Conseil d'Etat.

Ultérieurement l'article L 162-5-13 du code de la sécurité sociale a ouvert la possibilité de définir dans la convention nationale soit un plafond de dépassement par acte soit un plafond annuel pouvant être fixé en fonction du montant total des dépassements de l'année précédente. Cette disposition n'a pas été mise en œuvre.

En fait, comme les médecins de secteur II appliquent déjà les tarifs opposables pour plus de 25% de leurs actes (en fréquence), la réforme consisterait à « consolider » voire étendre cette

¹²⁴ C'est le cas pour les allocataires de la CMUC auxquels on ne peut demander des dépassements (les études du Fonds CMU ont montré que cette règle n'était pas appliquée de façon rigoureuse)

¹²⁵ Voir ci-dessus l'analyse de la pratique tarifaire des médecins de secteur II

¹²⁶ C'est le cas, semble-t-il, dans le domaine des prothèses dentaires.

pratique pour garantir et accroître l'offre en tarifs opposables sans bouleverser radicalement la situation actuelle. Il va de soi que c'est sur les actes techniques coûteux que l'enjeu est important et que la mesure devrait être ajustée pour tenir compte de la situation actuelle caractérisée par une grande dispersion en termes de fréquence des actes en T0, de valeurs des actes, de spécialités et de lieux d'implantation.

Il n'est donc pas impossible de parvenir à un résultat honorable (en termes de couverture par les tarifs opposables) en faisant admettre que cette couverture minimale est la contrepartie du droit à conventionnement.

e2) si on écarte l'option précédente, on peut convenir de contreparties à la limitation des dépassements (en montant et en fréquence).

des incitations financières

On « paierait » la renonciation aux dépassements par la prise en charge des cotisations sociales comme en secteur I et/ou par un bonus sur les actes en cause.

L'optimum pour les régimes d'assurance maladie est de parvenir à un « retour » vers les tarifs opposables raisonnables sans « acheter » trop cher ce retour.

Il faut pour définir cet optimum tenir compte du fait que les médecins font déjà des actes en tarifs opposables sans contrepartie.

des « sécurités »

A supposer qu'on arrive à un bouclage technique « honorable » pour optimiser les deux objectifs de l'assurance maladie (accroître l'offre en tarifs opposables et ne pas trop hypothéquer de fonds publics), rien ne garantit que les médecins de secteur II adhèrent au système. Ils peuvent en effet craindre que les régimes d'assurance maladie exercent une pression sur les « termes de l'échange » et préférer alors ne pas rentrer dans un système qui hypothèque leur liberté.

Leurs craintes seraient bien évidemment différentes selon que :

- + le médecin arbitre librement en fonction de ses intérêts ; on constate ex post la valeur des actes en TO. On parie que les « termes de l'échange » sont corrects et que le résultat est à peu près en ligne avec le niveau souhaité ;
- + l'on crée un nouveau secteur qui crée une obligation conventionnelle.

Les résultats très limités de l'option de coordination¹²⁷ montrent les difficultés d'une politique de ce type.

f) le recours au dispositif prévu par la loi du 30 janvier 2007

Il consiste à :

- augmenter les bases de remboursement des seuls médecins de secteur I par un jeu de majorations qui leur sont réservées.
- permettre aux médecins de secteur II d'appliquer ces tarifs pour tout ou partie de leurs actes. Dans ce cas, ils renoncent au dépassement. Ils y ont intérêt au moins pour les actes

¹²⁷ Les signataires acceptent un double plafonnement pour leurs actes techniques (plafond de 15% pour le taux de dépassement ; plafond de 30% de leurs honoraires en valeur). Les cotisations sociales afférentes à ces actes sont prises en charge par l'assurance maladie. Le médecin peut dénoncer l'option à tout moment.

(plus de 25% en fréquence) pour lesquels ils appliquent déjà les tarifs de remboursement (hors majorations spécifiques). D'où un effet d'aubaine (ils perçoivent les majorations spécifiques sans changement de comportement de leur part). Pour contenir l'effet d'aubaine, l'incitation financière pourrait ne débuter qu'au-delà d'un seuil d'actes en TO et croître avec le taux d'actes en TO.

On peut pousser ces médecins à accroître leur recours aux TO en prenant en charge les cotisations sociales (comme en secteur I) pour la part de leurs actes effectués en tarifs opposables.

Ce schéma satisfait en partie les médecins de secteur I ; peut intéresser des médecins de secteur II ; accroît alors l'offre en tarifs opposables.

Il peut être mis en application de façon différenciée selon les spécialités en fonction notamment de l'étendue de l'offre opposable ou de l'écart de revenus entre les médecins des deux secteurs.

L'investissement des régimes d'assurance maladie dépend de l'ampleur des majorations spécifiques accordées en secteur I d'une part, des charges engagées au profit des médecins de secteur II qui auraient recours à ce dispositif.

g) une politique centrée sur les établissements de santé

Elle concernerait le quart des dépassements, ceux dont le montant unitaire est le plus élevé

Elle passerait :

- par le respect de la règle selon laquelle les praticiens hospitaliers de secteur II ne peuvent pratiquer des dépassements que pour la moitié au plus de leurs actes.
- par le conventionnement entre les ARH et les établissements privés. Cette solution pourrait être limitée aux segments de soins où l'offre en TO est trop faible. C'est une formule de ce type qui a été proposée par la FHP pour les situations où les établissements privés sont en situation de monopole.