

PROPOSITIONS SUR LES CHARGES ET PRODUITS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2008

Conformément à l'article 39 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et à l'article L111-11 du Code de la Sécurité Sociale, « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie transmet avant le 15 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au titre de l'année suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique ».

Le présent rapport présente les propositions d'évolution des charges et des produits de la CNAMTS pour 2008, en les replaçant dans le cadre de recommandations de réformes structurelles permettant d'optimiser notre système de soins et de favoriser la soutenabilité du régime d'assurance maladie obligatoire.

I- Une évolution des dépenses de santé historiquement supérieure à celle de la richesse nationale

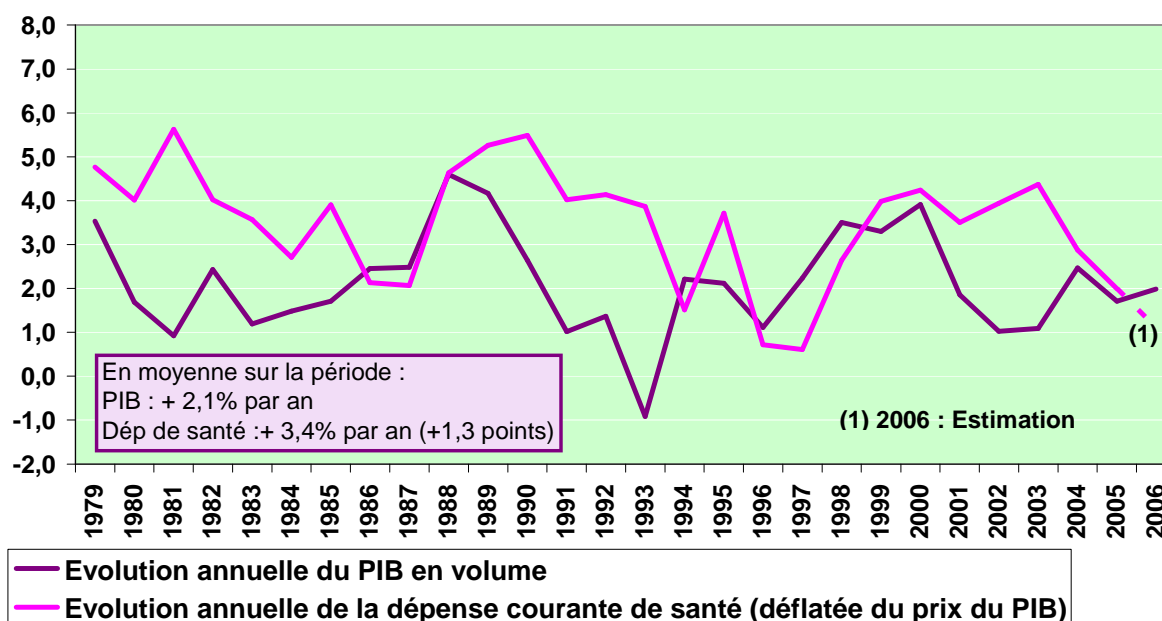
La perspective de moyen terme présentée ici revient rapidement sur le passé, en comparant l'évolution des dépenses de santé et de la richesse nationale sur longue et moyenne période, s'attarde plus spécifiquement sur la période récente (2004-2007), puis détermine, en l'absence de réformes structurelles, l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie pour la période 2007-2015.

I-1- Comparaison de l'évolution des dépenses et du PIB sur longue période (1950-2005)

Sur très longue période, de 1950 à 2005, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé à un rythme annuel moyen supérieur de 2,5 points à celui du PIB¹. Cet écart annuel a connu un fléchissement sur les dernières décennies, mais est resté largement positif, plus proche de 1,5 point.

L'écart annuel moyen dissimule en réalité de fortes amplitudes, certains plans de réforme de l'assurance maladie ayant parfois contenu à court terme, pendant une ou deux années, la hausse des dépenses au niveau de l'évolution du PIB, voire en-dessous : ce fut notamment le cas lors du plan Séguin (1986-87), du plan Veil (1994) ou de la réforme Juppé (1996-97).

Evolution du PIB en volume et des dépenses de santé (déflatées des prix du PIB) de 1979 à 2006



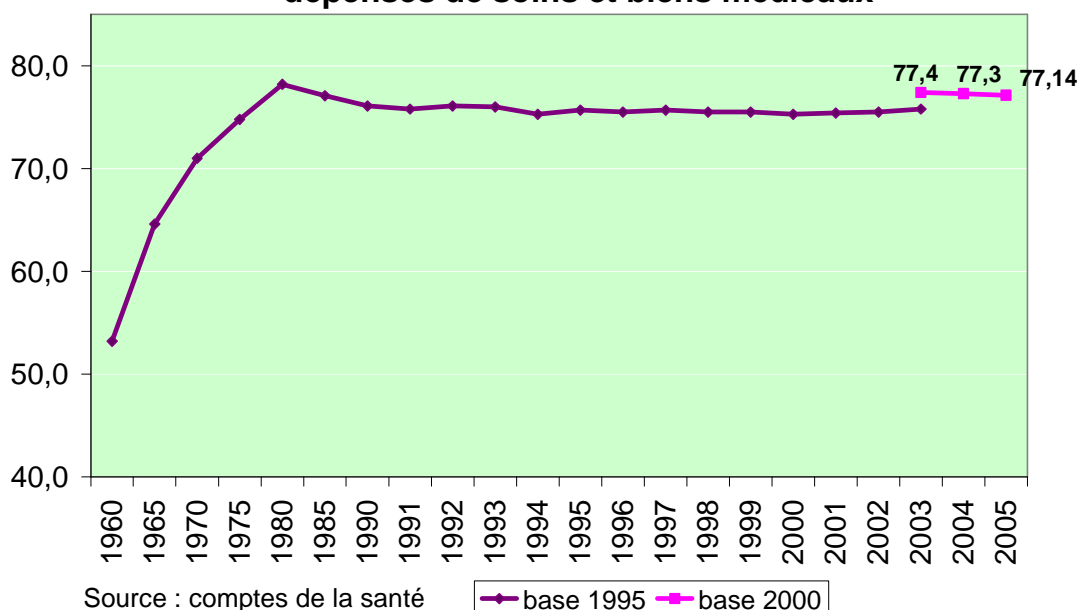
Source INSEE (PIB) et Ministère de la santé (comptes de la santé)

Après le ralentissement des années 1996-97, les dépenses de santé ont connu une très forte augmentation sur la période 1997-2003, tandis que la croissance économique ralentissait à partir de 2001. En moyenne, les dépenses ont progressé de 1,4 point plus vite que le PIB entre 1997 et 2003. Le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2004 estimait que le rythme d'évolution tendancielle des dépenses atteignait 5,5 % par an en 2004.

Parallèlement et contrairement aux idées reçues, le taux moyen de prise en charge des dépenses de santé par le régime obligatoire d'assurance maladie n'a pas régressé. En remarquable stabilité depuis plus de 20 ans, il s'établit autour de 77%. Toutefois, la prise en charge de l'assurance maladie obligatoire tend à se concentrer de plus en plus sur les pathologies chroniques ou graves (cf. infra), au détriment du « petit risque ».

¹ Sur très longue période, les seules séries disponibles sont les séries de dépenses de santé publiées par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du Ministère de la santé. Les dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie constituent une partie des dépenses de santé totales ; après la montée en charge de l'assurance maladie entre 1950 et 1980, la part des dépenses de santé couverte par l'Assurance Maladie est quasiment stable depuis 1985, autour de 75-77 %.

Part du financement sécurité sociale dans le total des dépenses de soins et biens médicaux



Sous l'effet de ciseau entre l'évolution des dépenses et celle des recettes, fortement négatif entre 2000 et 2003, le déficit de l'assurance maladie s'est dégradé de 1,6 Md€ en 2000 à 11 Md€ en 2003, rendant nécessaire et urgente la réforme de 2004.

I-2- Les tendances récentes : la période 2004-2007

Depuis la réforme de 2004, le rythme d'évolution des dépenses s'est infléchi, puisqu'il a atteint 4 % en 2005 et 3,1 % en 2006, grâce notamment au fort ralentissement des dépenses de soins de ville.

Sur la période 2004-2006, la hausse moyenne des dépenses de santé et d'assurance maladie est ainsi identique à celle de la richesse nationale, soit l'équivalent d'environ 4 points de ralentissement par rapport à la tendance de moyen terme :

Evolution annuelle en %	2004	2005	2006	Moyenne 2004-2006	Prévisions 2007
dépenses d'assurance maladie (ONDAM)	4,9	4,0	3,1	4,0	3,6*
PIB en valeur	4,1	3,5	4,3	4,0	3,2-3,7**

* Prévision 2007 CCSS du 4/7/07 + mesures de redressement annoncées le 4/7/07

** Prévision de croissance du PIB en volume de 2,1 % et des prix de 1,2% (source Insee juin 2007)

Sans la mise en œuvre de la réforme de 2004, et si l'évolution tendancielle de 5,5 % estimée en 2004 avait été effectivement constatée de 2004 à 2006, les dépenses à fin 2006 seraient supérieures de plus de 6 milliards d'euros aux dépenses constatées.

Pour 2007, les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juillet 2007, auxquelles s'ajoutent les mesures d'économies annoncées par le Gouvernement le 4 juillet 2007, conduisent à une hypothèse de croissance des dépenses de 3,7 %, en hausse par rapport aux dépenses 2006 mais en retrait sensible néanmoins par rapport à la tendance des années 1998-2004.

Toutefois, la tendance observée depuis le début de l'année 2007 traduit l'amorce d'une reprise de la croissance de la dépense de santé sur la tendance de moyen terme.

I-3- Les projections de dépenses pour la période 2007-2015

Afin de réaliser une projection des dépenses du régime général à l'horizon 2015, la méthodologie retenue a consisté à prolonger les tendances passées, en distinguant dans la population les personnes en affection de longue durée, des personnes qui ne sont pas en ALD, et en distinguant les dépenses de soins de ville, des dépenses d'hospitalisation (cf. méthodologie en annexe).

7,4 millions d'assurés, âgés en moyenne de 61 ans, sont atteints d'une affection de longue durée en 2005 ; ils représentent 14% des personnes couvertes par le Régime général. Au total, leurs dépenses de soins de ville atteignent sur l'année 25 milliards (soit plus de 3 400 euros par assuré / an). Les pathologies les plus coûteuses (soins de ville uniquement) sont, dans l'ordre : les tumeurs malignes et le diabète.

- Les tumeurs malignes concernent plus d'1,4 million de personnes et enregistrent entre 1994 et 2004 un taux de croissance annuel moyen de 6,3%. Le cancer du sein est la 1ère pathologie traitée dans ce groupe avec plus de 406 000 femmes concernées. Le développement de cette maladie semble se ralentir avec un taux de croissance annuel de 5,7% entre 2005 et 2006 contre 6,8% sur la période 1994-2004.

- Plus d'1,3 million de personnes sont prises en charge à 100% pour un diabète soit 25 personnes sur 1 000.

- Enfin, les assurés en ALD pour hypertension artérielle sévère représentent plus de 845 000 personnes, avec un taux de croissance annuel qui s'accélère récemment (+ 7,6% entre 2005 et 2006 contre +4,7% sur la période de référence 1994-2004).

L'Assurance Maladie a réalisé des projections intégrant l'impact des évolutions démographiques (structure de la population par âge et sexe) et épidémiologiques, sur la base des tendances observées depuis 1994. Ces projections s'appuient notamment sur plusieurs facteurs correctifs à la hausse et à la baisse : hausse des pathologies liées à la prise de poids de la population, tendance accrue au dépistage, baisse des pathologies liées au tabac, poursuite de l'augmentation de nombre moyen d'ALD par patient, etc.

Ainsi, on peut estimer que le nombre de personnes en ALD atteindrait environ 12 millions d'assurés en 2015 dont 11 millions pour le seul Régime général, ce qui représente une augmentation de 42% de l'effectif par rapport à 2006. Les personnes en ALD représenteraient en 2015, 18,7% de la population couverte par le Régime général.

Cette progression est principalement liée à l'augmentation de la prévalence des affections de longue durée à structure d'âge identique (pour les 3/4) et dans une moindre mesure au vieillissement de la population (pour 1/4).

La part des dépenses liées aux ALD constitue un véritable enjeu pour le système de santé. En effet, la projection montre que 70% des remboursements seraient concentrés sur les ALD en 2015 contre 60% actuellement. En outre, la croissance des dépenses liées aux personnes en ALD compte pour plus de 80% dans la hausse tendancielle des dépenses.

Le rythme d'évolution tendancielle des dépenses, à 5,2 %, est nettement supérieur au rythme d'évolution de la richesse nationale, en tenant compte de la croissance potentielle de l'économie française à moyen terme. En l'absence de réformes structurelles, ceci se traduirait par un effet de ciseau annuel de près de 2 milliards d'euros entre les dépenses d'assurance maladie et les recettes, alors que le déficit initial de l'année 2007 est déjà estimé par la Commission des comptes à 6 milliards d'euros.

Dans ce cadre, les dépenses d'assurance maladie passeraient de 140 milliards d'euros en 2006 à un montant de 210 milliards d'euros environ en 2015 (données tous régimes). Les soins de ville devraient atteindre plus de 100 milliards d'euros de dépenses (dont 33 milliards d'euros pour la pharmacie) et l'hospitalisation autour de 105 milliards d'euros.

Ces projections montrent l'urgence et la nécessité de réaliser des gains importants de productivité et d'efficacité dans le système de soins, de s'interroger sur le périmètre de prise en charge du régime obligatoire et d'initier la réflexion sur la réforme du financement de la protection sociale.

II- La nécessité de continuer les réformes structurelles dans un cadre pluri-annuel

Les projections qui précèdent montrent que la soutenabilité du système d'assurance maladie, dans un contexte macro-économique qui crée une tension certaine sur les prélèvements obligatoires, ne pourra être assurée que par une action forte sur la dépense de santé et l'efficacité du système de soins.

Les comparaisons internationales de dépenses de santé montrent que des marges de manœuvre existent. Certains systèmes étrangers obtiennent en effet des résultats de santé similaires, voire meilleurs, avec un niveau de dépenses par rapport au PIB inférieur de 1 voire 2 points à la situation française. Ainsi, la Suède, l'Italie, le Japon, le Royaume-Uni qui rejoint la moyenne européenne après plusieurs années de forts investissements, ont des dépenses de santé comprises entre 8,5 et 9,5 points de PIB, contre environ 10,5 points de PIB pour la France.

L'inflexion du rythme d'évolution de la dépense de santé et les gains d'efficacité ne pourront être réalisés qu'en mettant en œuvre de réformes structurelles sur une période pluri-annuelle.

Parallèlement à l'optimisation des dépenses de santé, la question du périmètre de prise en charge du régime obligatoire et celle du financement de la protection sociale seront abordés.

Les mesures proposées (la liste détaillée des mesures est présentée en annexe) ont été identifiées selon trois champs:

- des actions de maîtrise médicalisée de la dépense de santé
- les conditions de prise en charge de la dépense par l'assurance maladie obligatoire
- le financement de l'assurance maladie

II-1 Optimiser structurellement la dépense de santé et l'organisation du système de soins

II-1-1 Mesures pour améliorer la prise en charge des pathologies chroniques et renforcer la prévention

Axe 1 : Développer des programmes de prévention et d'accompagnement par pathologie ou ciblés vers les populations les plus exposées au risque

La part élevée du coût des soins liés aux pathologies chroniques montre l'importance d'une politique de prévention efficace pour maîtriser à moyen terme l'évolution du système de santé. Prévenir les comportements à risque et les complications une fois la pathologie avérée permettrait de réduire la croissance du coût de ces pathologies chroniques tout en améliorant l'état de santé de la population.

La France se caractérise en effet par l'importance de la mortalité prématurée liée d'abord aux comportements à risques de sa population (alcool, tabac...) et non à la qualité de son système de santé. La lutte contre ces comportements à risque a connu d'importants succès au cours des dernières années, notamment dans les domaines du tabac et des accidents de la route. Par ailleurs, la consommation d'alcool continue de diminuer. Malgré cela, d'importants efforts restent nécessaires pour rejoindre la moyenne des pays européens.

Les responsabilités en matière de prévention sont assez morcelées. Les acteurs sont nombreux : le ministère de la santé, l'INPES, l'INCA, la mission interministérielle de lutte contre les dépendances, les collectivités locales et l'Assurance Maladie.

L'Assurance Maladie n'est pas l'opérateur principal de la prévention primaire mais elle doit y contribuer au travers de ses relations avec ses assurés et de ses responsabilités de gestion du système de soins. Son action vise à atteindre les objectifs fixés par la loi de santé publique du 9 août 2004.

Depuis septembre 2006, l'Assurance Maladie sensibilise les médecins traitants au dépistage du cancer du sein et à la lutte contre la iatrogénie. Des objectifs individuels ont été définis depuis 2007 pour les médecins traitants sur le dépistage du cancer du sein et la vaccination anti-grippale. En 2008, ces programmes seront renforcés et étendus à la prévention des pathologies cardiovasculaires et de celles liées au métabolisme. Des actions d'accompagnement des professionnels sur ces thèmes sont en cours de préparation et seront déployées au début 2008. L'évaluation des actions en cours permettra de renforcer l'efficacité de ces nouvelles actions.

L'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques est une priorité de l'Assurance Maladie dans ce domaine. Au début de l'année 2008, elle lancera un programme d'accompagnement des patients diabétiques sur une dizaine de sites pilotes regroupant environ 140 000 personnes concernées (cf présentation du programme en annexe). L'ambition de ce programme est d'accompagner entre 60 et 70 % de la population cible plutôt que quelques pourcent comme le font les actions actuellement existantes (réseaux, expérimentation d'éducation thérapeutique, ...). Ce programme pourra être par la suite étendu en fonction de ses résultats, à l'ensemble du territoire et à d'autres pathologies. Là encore, le médecin traitant sera au cœur des différents programmes d'accompagnement mis en œuvre.

Une deuxième priorité est le développement de la prévention auprès des individus les plus éloignés du système de soins, que ce soit pour des raisons économiques, socioculturelles ou autres.

Une étude de la CNAMTS illustre, au travers d'une analyse des liens entre CMU et ALD, la nécessité d'une intervention plus ciblée auprès des populations en situation de précarité pour à la fois mener des démarches de prévention et les accompagner dans le système de soins.

En 2007, la campagne « M'Tes dents » s'est accompagnée d'expérimentation par les caisses primaires d'actions spécifiques en direction de ces populations (6 ans et 15 ans) avec des résultats significatifs.

II-1-2 Mesures pour optimiser le recours à des soins de qualité

L'optimisation du recours aux soins implique d'agir dans quatre directions :

- éviter les actes et traitements inutiles ou inefficaces
- apporter la réponse appropriée en terme de valeur ajoutée médicale et de coût
- informer les assurés pour les aider dans ce juste recours aux soins
- investir dans la qualité des soins

La réforme de 2004, avec le parcours de soins coordonné, a mis en place des outils nouveaux pour permettre aux médecins traitants de mieux coordonner le parcours de soins de leurs patients.

Il faut accélérer le développement de ces outils, que ce soit dans la mise en œuvre du parcours de soins, dans l'accès aux services d'urgence, le recours à l'hospitalisation, la permanence des soins en ville ou encore l'information des patients.

Axe 2 : Faire évoluer les modes d'intervention de l'Assurance Maladie pour limiter les actes et traitements inutiles

Suivant les enquêtes et les domaines, une part significative des soins pouvant atteindre jusqu'à 15 % sont considérés comme inutiles. Une étude de l'ANAES évaluait ainsi à environ 2 milliards d'euros les économies sur les seuls actes médicaux. Les enquêtes du service médical montrent que les recommandations de bonnes pratiques médicales ne sont pas toujours suivies, conduisant à des traitements peu efficaces. Le développement de la maîtrise médicalisée au cours de ces dernières années a notamment comme objectif de réduire ces actes, de même que la mise en œuvre du DMP. Enfin, la mise en place de la T2A implique de disposer d'outils efficaces susceptibles d'éviter le développement d'activités qui ne répondraient pas à des besoins réels.

Un des outils susceptibles de réduire ces actes inutiles est l'entente préalable qui doit toutefois être au préalable profondément réformée pour atteindre cet objectif.

Au cours de ces dernières années, le champ des ententes préalables a été progressivement réduit. On peut citer notamment la suppression des ententes préalables dans le secteur dentaire à l'exception de l'orthodontie. Parallèlement, s'est mis en place un dispositif d'accord

préalable avec la loi du 13 août 2004 qui s'applique aux prescripteurs déviants d'indemnités journalières ou de transports.

Une rénovation profonde du dispositif d'ententes préalables apparaît donc souhaitable selon 4 axes :

- un réexamen complet des ententes préalables actuelles conduisant éventuellement, suivant les cas, à la mise en place de dispositifs de régulation alternatifs aux ententes préalables. Les ententes préalables sur les actes de kinésithérapie, qui sont en nombre les plus importantes, seront notamment simplifiées.
- une refonte des procédures pour les rendre plus médicalisées et plus efficaces (organisation du travail entre services médicaux et services administratifs, clarification des éléments à contrôler, amélioration des outils informatiques).

Dans ce cadre, un des objectifs prioritaires doit être de réduire les délais et d'accroître la qualité de traitement afin de mieux répondre aux besoins des assurés et des professionnels de santé. Ainsi des dispositifs d'entente préalable en moins de 24 heures et par téléphone seront expérimentés.

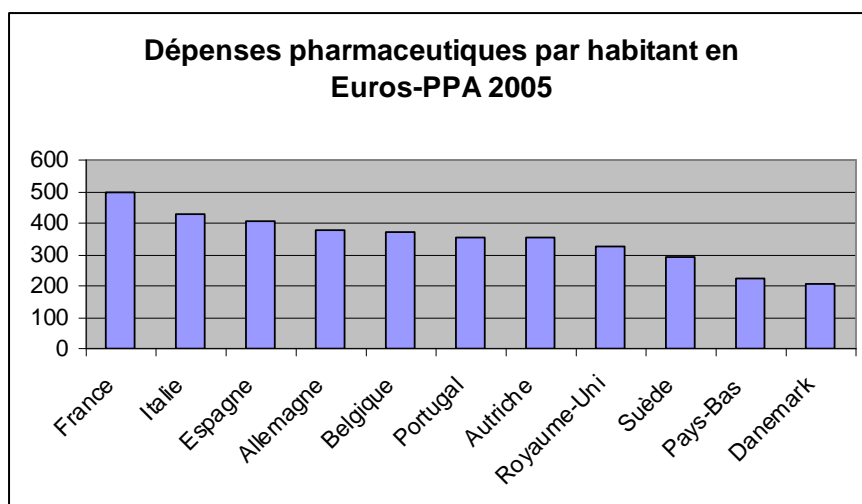
- Un ciblage des actes dont la fréquence apparaît médicalement inappropriée ou de prestations particulièrement coûteuses ou nécessitant un suivi médical particulier. Ainsi, les ententes préalables sur certaines activités des établissements de santé ou certains traitements médicaux devraient être privilégiées.

La mise en place de ces outils ne devra pas se traduire par des sanctions vis-à-vis des assurés.

Les différents dispositifs de lutte contre la fraude visent également à réduire sensiblement le remboursement d'actes ou de produits inutiles ou injustifiés (cf axe 8). Ils devront être poursuivis et renforcés. Par ailleurs, l'Assurance Maladie n'ayant pas vocation à financer des actes et des prestations liés à des accidents causés par des tiers, une attention particulière sera portée à la mise en œuvre des recours contre tiers.

Axe 3 : Développer de nouveaux outils contractuels avec les médecins, notamment pour mieux maîtriser la consommation de médicaments

L'écart entre la consommation de médicaments des Français et celle des autres Européens est particulièrement significatif :



Source : PPRI 2006

Avec le développement de la maîtrise médicalisée, des premiers résultats ont été obtenus en terme de modération de la prescription : par exemple, la consommation d'antibiotique baisse de 4 % par an en moyenne et les instaurations de nouveaux traitements de statine ont diminué de 15 %. Toutefois, ces résultats peuvent paraître encore trop limités par rapport aux écarts de consommation constatés avec les autres pays européens.

Pour aller plus loin, des expérimentations pourraient être menées autour de la mise en œuvre de contrats individuels ou de groupe entre l'Assurance Maladie et les professionnels, comportant des objectifs, des engagements de processus / qualité / résultats sur un certain nombre d'indicateurs, et une rémunération à la performance. Parmi les objectifs pourraient figurer notamment des budgets indicatifs non opposables de prescription médicamenteuse tenant compte de l'état de santé des patients.

Ces contrats devraient pouvoir permettre de développer une rémunération forfaitaire pour la médecine de ville, en fonction des résultats de santé publique.

Axe 4 : Mieux répartir les professionnels et les activités

La première condition d'une réponse appropriée du système de soins consiste en une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire. La priorité est de mettre en place et d'améliorer les dispositifs prévus, qu'il s'agisse de ceux prévus par l'avenant n°20 de la convention des médecins sur la démographie médicale ou par le protocole signé avec les syndicats représentant les infirmières libérales.

Il sera tout particulièrement nécessaire d'évaluer l'impact de ces dispositifs pour envisager leur évolution au regard de l'objectif d'une meilleure répartition des professionnels de santé sur le territoire. Si les mesures incitatives prévues par la convention médicale ne sont pas rapidement efficaces, des mesures désincitatives dans les zones en sur-densité médicale devront être mises en œuvre.

Une action doit également être engagée pour d'autres professions de santé. Une meilleure répartition du réseau officinal doit également être envisagée, le réseau français étant à la fois

très dense au regard des autres pays européens (la France compte 38 officines pour 100 000 habitants contre 10 en Suède, 18 au Royaume-Uni, 26 en Allemagne et 29 en Italie) mais avec de fortes disparités (la densité par département varie du simple au double).

Pour les médecins, les inégalités de répartition – territoriale, mais également entre spécialités – a été également entretenue dans la période récente par les conditions de mise en oeuvre de l'examen classant national (ECN), comme le souligne l'Observatoire National des professions de santé (ONDPS): *« l'ECN montre ses limites pour une gestion régionale des effectifs médicaux ; la répartition des effectifs d'internes s'opère sans orientation véritable en termes de santé publique ; la médecine générale est délaissée alors que les politiques publiques la définissent comme un pilier central des évolutions de la prise en charge des patients ; la spécialisation médicale et chirurgicale au cours des études est trop précoce, elle ne permet ni des choix éclairés pour les étudiants ni une réactivité face aux besoins de santé publique. »*² L'ONDPS préconise notamment de retenir une meilleure adéquation entre le nombre de postes ouverts et le nombre de candidats à l'ECN, de définir les ouvertures de postes d'internes de manière pluriannuelle ainsi que de revoir la filiarisation.

A la suite du rapport Berland², des expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé ont été lancées. Cinq d'entre elles ont fait l'objet d'une évaluation formalisée³. Le passage à des dispositifs opérationnels fonctionnant à grande échelle n'est cependant amorcé que dans deux directions : la filière optique et la possibilité pour les infirmières de prescrire un certain nombre de dispositifs médicaux (décret et arrêté du 13 avril 2007).

Par ailleurs, l'Assurance Maladie a proposé de simplifier le dispositif de prise en charge de la vaccination antigrippale pour mieux associer les infirmières libérales, notamment pour les renouvellements de vaccination.

Ces démarches, conduisant à faire évoluer les frontières et les partages d'activité, doivent être activées, avec une double perspective :

- faire face à la baisse du nombre de médecins : le pari est qu'il est possible d'absorber une augmentation de la demande de soins dans un contexte de diminution de la main d'œuvre médicale en recentrant les médecins sur leur cœur de métier (et en assurant la desserte de l'ensemble du territoire) ;
- améliorer l'efficacité (qualité /coût) du système, 1) en organisant mieux les soins, 2) en utilisant les qualifications des individus et les niveaux de technicité des organisations de manière optimale.

Ce deuxième aspect rejoint la problématique globale de l'optimisation du processus de soins : l'utilisation optimale des compétences et des qualifications est à rechercher au même titre que celle des niveaux de plateaux techniques (par exemple établissement hospitalier versus structure de soins ambulatoires). Ce sont sans doute moins des économies immédiates qu'il faut attendre de ces processus de nouvelle répartition des tâches que des gains d'efficacité : notamment parce qu'au-delà de l'aspect de pure substitution, ils conduisent souvent à

² Mission « Coopération des professions de santé : le transfert de tâches et de compétences » - rapport d'étape présenté par le Professeur Yvon Berland – Octobre 2003.

³ Rapport sur les "Cinq expérimentations de coopération et de délégation de tâches entre professions de santé" - Professeur Yvon Berland - Docteur Yann Bourgueil

compléter la gamme des services offerts, comme le montrent les expériences étrangères (par exemple en matière de suivi plus régulier des malades chroniques, de prévention ou d'éducation). Ils contribuent dès lors à améliorer le rapport coût/service rendu.

Les réflexions en cours au sein de groupes de travail réunis dans le cadre de la HAS montrent qu'un potentiel de développement de ces délégations et évolutions de la répartition des tâches existe, à l'hôpital comme en médecine de ville. Dans ce deuxième secteur, un certain nombre de situations fréquentes en médecine générale, notamment dans le cadre de la prise en charge des malades chroniques, ont déjà été identifiées comme pouvant relever d'une intervention infirmière. Les modalités organisationnelles et financières concrètes de ces redéfinitions de tâches sont encore à définir, car plusieurs schémas sont envisageables.

Axe 5 : Améliorer l'efficacité de la PDS en l'adaptant mieux aux besoins locaux et mieux intégrer les urgences dans le parcours de soins des assurés

La mise en œuvre de la nouvelle organisation de la permanence des soins et de l'avenant 4 définissant ses règles de financement a permis un réinvestissement des médecins dans la permanence des soins. Il est néanmoins possible d'améliorer fortement l'efficacité du dispositif sur la base d'une véritable obligation collective de résultats, en réformant la permanence des soins par l'élaboration d'un cahier des charges national et la fixation d'enveloppes régionales, l'allocation des ressources au niveau régional devant ensuite respecter les principes définis par le cahier des charges national. Des évolutions doivent aussi être engagées sur la permanence des soins des spécialistes en établissements, pour mieux faire correspondre le dispositif aux besoins réels.

S'agissant du recours aux urgences, la Cour des Comptes a noté dans son rapport public de février 2007 que « les urgences, au sens des manuels médicaux, représentent moins de 3 % des motifs d'intervention des services d'urgence. Le pourcentage de patients hospitalisés à la suite de leur passage dans les services d'urgence fournit indirectement une information sur le degré de gravité de leur état de santé : il est de 20%. (...) Alors qu'ils étaient initialement destinés à la prise en charge des malades les plus atteints, les services d'urgence sont devenus, pour une part très importante, des services de consultations non programmées. Ce constat est conforté par le fait que 70% des usagers se présentent directement aux urgences, sans contact médical préalable, même par téléphone ». Une meilleure articulation des urgences avec l'action du centre 15, les maisons médicales de garde et l'ensemble de la permanence des soins des médecins libéraux doit être assurée, tout comme une meilleure information des assurés sur l'existence des différents dispositifs.

Axe 6 : Enrichir les informations délivrées aux assurés sur l'offre de soins

L'information des patients est un axe de développement majeur pour le système de santé. Informer les assurés sur la disponibilité de l'offre de soins, sur son prix et sur sa qualité est en effet un moyen d'aider le patient à s'orienter dans le système de soins en lui permettant d'accéder à des informations transparentes et objectives.

L'Assurance Maladie s'est engagée dans cette démarche avec le lancement d'infosoins, service d'informations par téléphone qui délivre un certain nombre d'informations sur la médecine de ville (sur l'offre de soins locale et les tarifs des actes cliniques des médecins

libéraux) . Ce dispositif est aujourd'hui opérationnel dans l'ensemble des caisses primaires depuis le 1^{er} janvier 2007.

Ce service est en cours de développement. L'année 2008 sera celle de l'intégration de nouvelles informations notamment en ce qui concerne les soins dentaires et les actes techniques ambulatoires. Des informations relatives aux établissements, notamment en matière d'activités et de qualité, seront aussi progressivement mises à la disposition de nos assurés.

Axe 7 : Investir dans la qualité des soins

Les propositions qui précèdent visent à promouvoir un usage pertinent des ressources du système de soins, qui sont limitées, pour répondre aux besoins. Parallèlement, il est indispensable d'investir dans la qualité des soins. Le pari est qu'il est possible à la fois de dégager des gains de productivité dans le système et d'améliorer la qualité des soins. C'est d'ailleurs un pari qu'ont tenu des organisations de soins dans des contextes nationaux différents⁴.

A coté du déploiement des dispositifs (évaluation des pratiques professionnelles, accréditation, formation médicale continue) prévus par les textes, trois outils doivent être davantage mobilisés pour garantir et améliorer la qualité des soins :

- Déployer sans délai l'historique des remboursements, favorisant le déploiement à moyen terme du DMP

Prévu, comme le DMP, dans la loi du 13 août 2004, l'historique des remboursements a fait l'objet depuis 18 mois de tests auprès de plus de 1000 médecins sur quatre départements, tests qui ont montré l'intérêt d'un outil qui fournit au médecin lors d'une consultation et en accord avec le patient, le détail de son historique de consommation de soins sur les 12 derniers mois. En cela, il est un premier outil simple de synthèses d'informations qui peuvent favoriser la qualité des soins, notamment pour limiter la iatrogénie médicamenteuse ou les examens redondants.

Ce dispositif sera déployé sur l'ensemble du territoire à compter du mois de septembre et pourrait être installé chez l'ensemble des médecins libéraux à la mi 2008. Au regard des enseignements qui seront tirés de ce déploiement, il sera possible d'envisager une intégration plus forte de l'utilisation de cet outil dans la pratique médicale. A cet égard, la loi du 13 août 2004 (art 21) prévoit que l'historique des remboursements permettra un accès « *aux éléments constitutifs* » du protocole de soins pour les assurés en ALD, permettant ainsi aux médecins traitants de disposer de cette information, toujours en accord avec l'assuré et lors d'une consultation.

La CNAMTS continuera par ailleurs d'apporter son soutien technique et financier au projet DMP, projet essentiel pour la qualité et la coordination des soins, sur la base des conclusions de l'audit qui a été demandé par le Gouvernement à l'IGAS et à l'IGF. Elle soutiendra également le dossier pharmaceutique aujourd'hui en cours de déploiement.

- Développer les outils de mesure de la qualité des soins

4

Voir par exemple l'expérience du Veterans Health Administration aux Etats-Unis.

Un premier levier d'amélioration de la qualité est de la mesurer, d'observer les résultats obtenus, de les analyser de manière transparente et d'en informer les acteurs.

Tous les pays sont aujourd'hui engagés dans de telles démarches. Le secteur hospitalier a été en général la première cible, du fait d'une sensibilisation progressive aux conséquences des événements indésirables survenus lors des séjours (infections nosocomiales, iatrogénie médicamenteuse,...). Des recueils d'informations spécifiques sont progressivement mis en place, et les expériences menées combinent plusieurs modes d'utilisation de cette information (retour aux établissements pour les aider à se situer, diffusion publique des résultats, voire incitations financières).

La France a rejoint le mouvement dans le domaine hospitalier : la publication régulière d'indicateurs comparatifs a commencé en 2006 pour les infections nosocomiales, et une plate forme plus large d'informations sur les établissements hospitaliers vient d'être lancée. Elle s'enrichira au fur et à mesure de la production en routine d'une batterie d'indicateurs conçus et testés avec l'appui des professionnels dans le cadre d'un programme de recherche opérationnelle mis en place depuis 2003 (COMPAQH).

De telles démarches sont plus embryonnaires en médecine de ville, et il serait souhaitable de lancer un programme opérationnel pour développer des outils de mesure de la qualité dans ce secteur, en s'appuyant sur l'acquis des expériences étrangères. Les bases de données de l'Assurance Maladie pourraient être mises à profit dans cette perspective⁵. Ce programme devrait s'accompagner d'un retour d'information précis vers les professionnels sur leurs pratiques, à l'image de ce qui a été fait pour la maîtrise médicalisée.

- Déployer des démarches qualité autour de groupe de pairs de professionnels

De nombreuses expérimentations de groupes de pairs montrent l'intérêt de cet outil pour améliorer la qualité et l'efficacité des soins. En effet, ces rencontres permettent à chaque médecin de reconsidérer ses propres pratiques à la lumière de celles de ses confrères et des recommandations scientifiques. Elles apparaissent d'ailleurs à la Haute Autorité en Santé comme un dispositif particulièrement efficace d'évaluation des pratiques professionnelles.

L'URCAM de Bretagne et l'URML ont développé ensemble une expérience assez réussie. Cette expérience, financée par le FIQCS, sera étendue non seulement dans la région même grâce à l'accroissement du nombre de groupes mais aussi, progressivement, sur l'ensemble du territoire national.

Axe 8 : Poursuivre le renforcement de la lutte contre la fraude

Début 2006, la CNAMTS a réorganisé ses structures chargées de mener cette lutte contre la fraude. Au niveau national, a été créée une direction du contrôle-contentieux et de la répression des fraudes directement rattachée et une division de la prévention de la fraude située au sein de la direction déléguée aux finances et à la comptabilité. Pour le réseau, la CNAMTS a créé la fonction de directeur coordonnateur régional de la gestion des risques et de la lutte contre la fraude en juin 2006.

⁵ Les données de remboursement permettent en effet de retracer les processus de soins et de vérifier la périodicité des examens de surveillance recommandés pour certaines pathologies, ou la prescription médicamenteuse (par exemple les hypolipémiants pour les diabétiques, ou les anti-agrégants plaquettaires). Un certain nombre d'indicateurs de qualité relevant du registre des processus de soins peuvent ainsi être mis

Le dispositif législatif et réglementaire a été renouvelé par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance Maladie et s'est enrichi à chaque loi de financement de la sécurité sociale : introduction d'outils de sanction adaptés au quantum de la faute ou de l'abus, création d'un chapitre du code de la sécurité sociale intitulé « contrôle et lutte contre la fraude », possibilité de suspension du conventionnement d'un professionnel par la caisse lorsque celui-ci a commis des violations graves à ses engagements conventionnels ou ayant occasionné un préjudice financier, etc.

Le montant des fraudes, fautes et abus détectés sur lesquels des actions de sanctions ont été menées s'est élevé à près de 118 millions d'euros. Ces actions ont abouti à obtenir plus de 90 millions d'économies réalisées sous forme de préjudice évité, indus notifiés, transactions opérées, pénalités financières ou condamnations judiciaires prononcées.

Le réseau de l'Assurance Maladie poursuivra sa mobilisation sur ces sujets. La CNAMTS a mis en avant différentes propositions dans le cadre sa réponse au comité d'alerte :

- simplifier le contrôle de la T2A
- conforter le contrôle des arrêts de travail de longue durée
- mettre en place un dispositif d'accord préalable dans les établissements de santé déviants (cf. axe 2)

Des instructions ont d'ores et déjà été données aux réseaux pour mettre en place un contrôle sur les IJ à 45 jours.

II-1-3 Mieux maîtriser les coûts de production des soins

Axe 9 : Utiliser le levier de la T2A pour favoriser l'efficience du secteur hospitalier

Les dépenses des établissements de santé représentent 64 Md€ en 2006. L'enjeu de ce secteur est majeur pour les dépenses d'assurance maladie. Des outils ont été mis en place dans les années récentes, notamment avec la réforme de la tarification. Des actions restent à mener pour réaliser les gains de productivité indispensables.

Il paraît notamment indispensable de mettre en place une stratégie de convergence tarifaire progressive entre hôpitaux publics et privés.

L'écart des tarifs entre les établissements publics et les établissements privés, à périmètre comparable, est important : les tarifs des établissements publics sont, d'après un rapport de l'IGAS, environ 60 % supérieurs à ceux des établissements privés. Les analyses statistiques de l'assurance maladie sur les dépenses complètes (y compris actes médicaux et dépassements) de l'hospitalisation privée confirment cet ordre de grandeur. Cet écart s'explique en partie par les contraintes de service public, les missions spécifiques, la difficulté de programmer l'activité dans le secteur public, les différences de clientèle et de spécialisation et les statuts des personnels, même s'il existe des financements complémentaires pour les missions spécifiques de l'hôpital public. Toutefois, l'importance de la différence de tarifs et les travaux de divers organismes (par exemple la MEAH), confirment qu'une partie de cet écart devrait pouvoir être limité par des gains de productivité.

Les écarts de coût au sein du secteur public hospitalier montre que d'ores et déjà certains établissements ont réussi à faire ces gains de productivité alors que d'autres apparaissent avoir de véritables efforts à mettre en œuvre. Ainsi, d'après le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 8,8 % des établissements, dont les coûts sont particulièrement faibles, verraient leur dotation croître de plus de 20 % avec le passage de la T2A à 100 %, alors que 7,3 %, dont les coûts sont élevés verraient leur dotation se réduire de plus de 20 %

Comme les dépenses des établissements publics dans le domaine MCO (médecine, chirurgie, obstétrique) atteignent maintenant 30 milliards d'euros, une réduction de 10 % de l'écart de coûts entre le secteur public et le secteur privé engendrerait une économie de 1 milliard d'euros. Cet ordre de grandeur impose une stratégie de rapprochement progressive et résolue. Il serait possible par exemple de mettre en œuvre en 5 ans la fin de la réforme de la tarification à l'activité dans l'hôpital public en réduisant de 20 % l'écart de tarification. Cette réduction partielle de l'écart de tarif préconisée par le Haut conseil de l'assurance maladie ne conduirait qu'à un effort de productivité limité des établissements publics à 1,3 % par an, à comparer aux objectifs de 2 à 3 % qu'imposent les pays européens à leurs propres structures d'hospitalisation.

Cette stratégie tarifaire devrait s'accompagner de la publication annuelle d'une comparaison des coûts complets du secteur public et du secteur privé pour un échantillon de GHS.

Axe 10 : Favoriser une gestion dynamique des dépenses des médicaments

Si les actions doivent être renforcées en direction des professionnels prescripteurs (voir ci-dessus) pour mieux maîtriser les volumes de prescription, il est également nécessaire d'agir sur l'introduction du médicament et son prix, dans une logique d'efficience. Deux pistes peuvent être envisagées :

- faire évoluer les règles encadrant l'admission au remboursement ; aujourd'hui, cette admission est systématique, le caractère surabondant de certaines offres n'étant pas discriminant dès lors qu'il n'entraîne pas directement un danger pour les patients ; il serait plus efficient de prévoir l'inscription d'un médicament au remboursement, lorsqu'il existe des médicaments ayant des effets thérapeutiques similaires, uniquement s'il a fait la preuve de sa supériorité dans des essais comparant ce médicament aux médicaments à effet similaire sur une population suffisamment significative ;
- expérimenter une politique d'achat de l'assurance maladie de génériques sur certaines classes thérapeutiques ; un tel dispositif, mis en œuvre au sein du Comité Economique des Produits de Santé, devrait faire l'objet d'une mesure législative et ne remettrait pas en cause le rôle prééminent de l'Etat dans la politique du médicament

Cette gestion dynamique des dépenses de médicaments, indépendamment des mesures d'incitation à la recherche médicale, devrait aussi passer par la poursuite du développement du médicament générique. Au delà du partenariat avec les pharmaciens d'officine, il pourrait être envisagé de contractualiser avec les médecins libéraux pour fixer un objectif individuel de prescription dans le répertoire des médicaments génériques, dans le prolongement de ce qui a été fait avec l'avenant n°23.

II-1-4 Mesures transversales sur le pilotage des dépenses et la coordination des acteurs

Axe 11 : Renforcer le pilotage médico-économique du système de soins et d'assurance maladie

Depuis la création de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale et l'instauration de l'Ondam, ce dernier n'a été respecté qu'en 1997 et 2005. La fixation d'une enveloppe de soins de ville à 1,1 % en 2007, alors que la hausse tendancielle des soins de ville est comprise entre 5 et 6 %, montre la nécessité d'améliorer les conditions d'élaboration de l'objectif afin d'éviter une intervention annuelle du Comité d'alerte.

Il est proposé que les principaux paramètres de l'Ondam (évolution tendancielle, mesures de redressement) soient soumis à l'avis d'un comité indépendant (par exemple le Comité d'alerte). Plus généralement, il est nécessaire de renforcer l'information du Parlement pour lui permettre de mieux exercer son rôle à la fois de législateur et de contrôle de la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale, dans le prolongement de ce qui a été fait par la nouvelle loi organique (évolution des annexes) et de la création de la MECSS. Enfin, il est possible de progresser dans le sens d'une plus forte « médicalisation » de l'ONDAM. La CNAMTS élaborera en ce sens des projections de la dépense de santé et d'assurance maladie en fonction de l'évolution des pathologies et des coûts des traitements de manière à réaliser une évaluation médicalisée des besoins.

Créée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, la Haute Autorité de Santé a pour mission d'aider les pouvoirs publics dans leurs décisions de remboursement des produits et services médicaux (en formulant des avis sur l'utilité médicale des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels pris en charge par l'assurance maladie, en évaluant périodiquement l'utilité médicale des médicaments, des dispositifs médicaux et des actes professionnels, en formulant des avis sur les affections de longue durée). Elle exerce également des missions de promotion des bonnes pratiques et du bon usage des soins auprès des professionnels de santé et des usagers de santé et d'amélioration de la qualité des soins en établissements de santé et en médecine de ville.

L'élargissement des missions de la HAS à l'évaluation médico-économique, lui permettant de formuler des avis et recommandations étayés par des résultats d'évaluation, permettrait de diffuser progressivement dans le système de santé français la culture de l'évaluation et de mettre à disposition de l'UNCAM et du Ministre de la santé des outils scientifiques pour leur prise de décision et de promouvoir des parcours de soins efficaces.

Cette proposition s'inspire des missions du National Institute for Clinical Excellence (NICE) britannique et de l'IQWIG allemand.

Axe 12 : Renforcer la coordination des acteurs en charge du pilotage de politiques de prévention et d'organisation des soins

Le nombre et la dispersion des acteurs institutionnels dans le champ de la santé peuvent, dans certaines situations, poser des difficultés de coordination ou, à tout le moins, entraver la cohérence d'ensemble des actions menées. Ce constat pose en particulier la question de la coordination des actions dans le domaine de la prévention et en matière d'articulation entre la ville et l'hôpital.

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie avait appelé dès 2004 au rapprochement de la gestion des différents secteurs du système de santé. En 2004, une première étape a été franchie avec la création du conseil de l'hospitalisation, des missions régionales de santé et des groupements régionaux de santé publique. Force est de constater que si ces nouvelles structures ont permis une meilleure coordination des acteurs, l'évolution reste insuffisante pour aboutir à une gestion unifiée orientée vers la qualité et l'efficacité des soins.

La création d'agences régionales de santé, prévue à titre expérimental par la loi de réforme de 2004, pourrait permettre de franchir une étape supplémentaire. La ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a indiqué qu'elle souhaitait voir se mettre en place de telles agences qui permettraient de mettre en œuvre une politique de gestion du risque commune au niveau régional.

Dans ce cadre, il apparaît important de tirer les enseignements des politiques mises en œuvre en France et à l'étranger.

Tout d'abord, la question se pose du niveau où doit se développer la politique de gestion. L'expérience de la politique de maîtrise médicalisée mais aussi les différentes réformes institutionnelles étrangères montrent l'importance de la déconcentration et de l'existence d'un niveau plus local. En France, le contact permanent avec les assurés est du ressort des organismes locaux (CPAM) et la place de ces organismes et des échelons locaux du service médicaux est prépondérante dans la mise en œuvre de la gestion du risque. En Angleterre ou en Suède par exemple, ce sont des organismes locaux qui gèrent le système de santé au quotidien. L'échelon régional apparaît comme un échelon indispensable en termes de planification et de coordination, mais il est insuffisant pour mettre en œuvre une politique de gestion du risque efficace.

Ensuite, la question du pilotage des agences régionales de santé et de leur responsabilisation se pose. Les expériences étrangères montrent que cette question est indissociable de la question de la mutualisation des ressources.

Le risque santé est un risque concentré sur une faible partie de la population comme le montrent les analyses sur les pathologies présentées ci-dessus. Il varie nécessairement en fonction des régions.

Le choix français d'un financement solidaire et l'attachement à une forte égalité sur le territoire conduit à maintenir un fort niveau de mutualisation. Ainsi, la création des agences régionales de santé évoquée par le Gouvernement ne peut se concevoir sans une évolution du pilotage de la politique de santé au niveau national. Elle doit permettre de construire un vrai pilotage cohérent de l'offre de soins, en ville comme à l'hôpital.

II-2 Les conditions de prise en charge

Axe 13 : Garantir la soutenabilité du dispositif des ALD

Comme il a été souligné ci-dessus, 80 % de l'augmentation des dépenses sont le fait de personnes en ALD. 20 % des personnes en ALD ont des dépenses annuelles remboursées inférieures à 1000 €, donc inférieures à la moyenne des dépenses des personnes qui ne sont pas en ALD. La gestion dans le temps du dispositif, la modification des conditions d'entrée, l'extension de la prise en compte de certains facteurs de risque, font qu'un nombre important

de personnes en ALD ne sont en réalité pas exposées à des maladies « longues et coûteuses » comme le voudrait la réglementation.

Si une gestion de l'ordonnancier bizona plus rigoureuse doit être poursuivie, elle n'est pas suffisante pour maîtriser la progression des dépenses consécutive à la prévalence des pathologies, au vieillissement et au progrès technologique.

Une gestion rénovée de la liste des ALD devrait conduire à en réserver le bénéfice aux pathologies qui sont véritablement longues et coûteuses. La Haute Autorité de Santé a engagé un travail permettant d'établir différentes évolutions possibles dans les critères d'entrée en ALD. Il reviendra ensuite à l'Etat de déterminer in fine, les critères qu'il souhaite retenir. La soutenabilité du dispositif implique nécessairement une maîtrise de ces critères

Une réflexion doit également être engagée sur le périmètre des actes et produits pris en charge à 100% afin de garantir que cette prise en charge totale du régime de base soit consacrée à des traitements dont l'efficacité est importante. C'est aussi dans ces conditions qu'il sera possible de promouvoir des parcours de soins efficaces.

En l'absence de mesures de ce type, il est probable que la poursuite des évolutions observées fragilisera en profondeur le dispositif des ALD, amenant ainsi une remise en cause de ce dispositif.

Axe 14 : Aménager le périmètre de prise en charge et les modalités de couverture de l'assurance maladie obligatoire

Le système actuel de prise en charge des dépenses par l'assurance maladie obligatoire couvre bien la plupart des fortes dépenses, grâce à l'existence de deux types d'exonérations : d'une part, certains actes sont exonérés de ticket modérateur (actes en K et actes associés dont le coefficient technique est supérieur à 50 – soit 98,5€ – ; séjour hospitalier supérieur à 30 jours, etc.). D'autre part, certains assurés bénéficient d'une exonération du ticket modérateur (notamment ALD, maternité à partir du 6^e mois, invalidité, etc.).

Néanmoins, il demeure certaines situations dans lesquelles de forts restes à charge ne sont pas couverts par les régimes de base. Ainsi, dès son premier rapport, le HCAAM notait que *« malgré le régime des exonérations – notamment les dispositifs K50 et ALD - certains assurés supportent encore un reste à charge élevé, soit pour un épisode de soins unique mais coûteux (hospitalisation de moins de 30 jours sans référence à un acte exonérant au titre du K50 par exemple), soit sur une longue durée lorsqu'il y a des soins chroniques »*.

Même si, le plus souvent, ces forts restes à charge sont en réalité pris en charge par les organismes complémentaires ou la CMU-C (les systèmes d'information ne permettent pas de connaître la proportion d'assurés exposés à des restes à charge très élevés et ne disposant pas de couverture complémentaire), l'existence de ces cas particuliers où des patients qui ne bénéficient pas de l'exonération au titre de l'ALD supportent des restes à charge plus élevés que de nombreux assurés en ALD pose une question d'équité.

L'idée d'introduire un bouclier sanitaire par ménage en fonction du revenu a été évoquée à plusieurs reprises au cours des derniers mois, mécanisme qui se substituerait aux dispositifs existants d'exonérations du ticket modérateur. Ce scénario comporte des difficultés de mise en œuvre pratiques très importantes pour les différents régimes d'assurance maladie. En outre,

il induit des transferts entre ménages qui devraient être étudiés avec soins. Il impliquerait des changements profonds de l'architecture et de la logique du système actuel de remboursement de l'assurance maladie obligatoire mais aussi des organismes complémentaires. Des études de faisabilité et des chiffrages sur les niveaux des plafonds et l'impact en terme de redistribution doivent être menées avant que des orientations plus précises puissent être définies. Une mission a justement été confiée à B. Fragonard et R. Briet pour mener ces travaux.

L'Assurance Malade réitère par ailleurs son attachement à ce que la prise en charge repose sur des critères médicaux, notamment s'agissant du médicament, celui du service médical rendu. L'évolution du périmètre de prise en charge doit continuer de reposer sur ce fondement dans un processus dynamique.

Axe 15 : Envisager une répartition plus cohérente du régime de base et des régimes complémentaires

Au regard du dynamisme structurel des dépenses de santé, la solution d'un simple transfert de l'excédent de dépenses vers les organismes complémentaires n'est pas viable, puisque cela se traduirait par un transfert équivalent à près de 10% des dépenses prises en charge par les complémentaires.

Néanmoins, il demeure pertinent de s'interroger sur un certain nombre de domaines sur l'intervention respective des régimes de base et complémentaire, et de favoriser une gestion du risque davantage partagée entre régimes de base et complémentaires, en particulier dans domaines où la part prise en charge par les régimes complémentaires est la plus importante.

Axe 16 : Garantir une offre à tarif opposable sur l'ensemble du territoire

Si l'Assurance Maladie réaffirme son attachement à la pérennité et au développement d'un secteur d'activité pour les médecins à tarif opposable, ie le secteur 1, la progression régulière de la part des médecins spécialistes en secteur 2 et leur concentration dans certaines régions (Ile de France, Rhône Alpes, PACA), rendent nécessaire des évolutions dans les relations conventionnelles entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. Ainsi, il pourrait être proposé que tout médecin de secteur 2 doive présenter un profil d'activité avec un minimum d'actes à tarif opposables. Cette part à tarif opposable devra aller au-delà des obligations légales qui imposent aux médecins de secteur 2 le respect du tarif opposable pour les bénéficiaires de la CMUC.

III- Les prévisions financières pour 2007

Selon les prévisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale présentées le 4 juillet 2007, le solde du régime général d'assurance maladie serait en 2007 (avant mesures nouvelles) de -6,4 Md€, en nette dégradation par rapport à l'objectif de la LFSS.

Le dépassement de l'ONDAM de 2,6 Md€ a conduit le Comité d'alerte à formuler le 29 mai 2007 un avis demandant des mesures de redressement et l'Assurance maladie à formuler en juin 2007 des propositions de mesures, reprises pour la plupart par le Gouvernement le 4 juillet 2007. Ces mesures, d'un montant total de 1,2 Md€ en année

pleine, réduiraient les dépenses d'environ 400 M€ en 2007, stabilisant ainsi le déficit autour de 6 Md€.

Les recettes

La croissance de la masse salariale du secteur privé serait de 4,8% en 2007 (contre 4,4% en 2006). En effet, les salaires continueraient d'être dynamiques en 2007 (+3,4% en moyenne annuelle), portés par un premier trimestre particulièrement fort dû notamment à d'importantes primes versées dans le secteur bancaire en progression encore plus rapide qu'en 2006. L'emploi progresserait également rapidement (+1,4% en moyenne annuelle) : près de 300 000 emplois seraient créés en 2007 selon l'INSEE.

Malgré cette accélération de l'assiette du secteur privé en 2007, les produits de cotisations et contributions sur les revenus d'activité ralentiraient en 2007 (+3,6%), principalement en raison de la dynamique des exonérations de cotisations.

Jusqu'au 31 décembre 2005 les allègements généraux de cotisations étaient compensés par le budget de l'Etat. Cette compensation s'effectue en encaissements décaissements : elle couvre donc les seuls allègements constatés au cours de l'exercice 2005.

En droits constatés, la prévision de rendement du panier de recettes fiscales en 2007 pour le régime général s'établit à 19,8 Md€ contre une prévision d'allègements généraux en forte progression, s'élevant à 20,7 Md€, soit un écart de 0,85 Md€.

Cet écart négatif pèse désormais très lourdement sur les comptes des régimes, le mécanisme de compensation intégrale n'étant plus applicable. Cette situation est très éloignée de la prévision retenue dans la LFSS pour 2007. En effet, les prévisions tablaient sur des excédents, en encaissements décaissements, du panier de recettes fiscales par rapport aux allègements généraux en 2006 comme en 2007. Ceux-ci étaient respectivement de 350 M€ en 2006 et 230 M€ en 2007. Selon une disposition de la LFSS pour 2007, ils devaient être affectés en totalité à la CNAM en 2007. Or le panier a enregistré un déficit de 5 M€ en 2006, et ce déficit serait beaucoup plus important en 2007. Au final la perte de produits dans les comptes du régime général atteindrait donc 1,45 Md€ en 2007 par rapport à la LFSS : 0,6 Md€ en raison de l'absence d'excédents en 2006 et 2007 + 0,85 Md€ d'insuffisance du panier en 2007. Cela représente une perte de recettes de 1 Md€ pour la Chamts.

Les dépenses

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoyait une progression de l'ONDAM de 2,5 %, avec notamment un objectif de croissance des soins de ville de 1,1%, sur une base inférieure de 500 M€ à la réalisation de l'année 2006, soit une croissance réelle limitée à 0,2 % en 2007.

La commission des comptes de la sécurité sociale, en cohérence avec les travaux du comité d'alerte, estime le risque de dépassement à 2,6 Md€ tous régimes avant mesures nouvelles, soit un dépassement 2,2 Md€ pour le régime général.

Prévision d'exécution ONDAM 2007 (avant mesures annoncées le 4 juillet 2007)

	Construction		Prévision juin 2007	
	Montant (Md€)	Evolution (%)	Montant (Md€)	Evolution (%)
Soins de ville	66,7	1,1	69,0	3,6
ONDAM hospitalier	65,6	3,5	65,8	3,8
ONDAM médico-social	11,8	6,7	11,8	7,0
TOTAL	144,8	2,6	147,4	4,0

Source : Commission des Comptes juillet 2007

Le plan de mesures annoncées le 4 juillet représente une économie de 400 M€ tous régimes en 2007, et de 800 M€ tous régimes en 2008. L'évolution des dépenses sur le champ ONDAM devrait donc être de 3,6% en 2007.

IV Propositions de la CNAMTS pour 2008

IV-1 Cadrage financier 2008 avant mesures

Sur les dépenses

Conformément aux tendances de moyen terme, en l'absence de mesures de redressement, la hausse tendancielle des dépenses serait de 5,2%. Il faut toutefois retrancher à cette dynamique 800 M€ (tous régimes) d'effet report des mesures annoncées le 4 juillet par le Gouvernement, soit une évolution résiduelle de 4,5%, rendant toutefois nécessaire la mise en œuvre d'un effort complémentaire important sur les dépenses de santé et d'assurance maladie.

Sur les recettes

Il est fait l'hypothèse d'une croissance de la masse salariale de 4,5 % en 2008.

Sur le solde

Les propositions qui suivent visent à réduire au minimum le déficit prévisionnel d'un tiers, afin de revenir sur le sentier de diminution du déficit de l'assurance maladie prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, dans l'objectif de rétablir l'équilibre de l'assurance maladie au plus tard à l'horizon 2010.

IV-2 Un effort complémentaire sur les dépenses

La poursuite de la maîtrise médicalisée

Dans le cadre de l'avenant 23, les médecins libéraux se sont engagés sur les objectifs suivants représentant un montant d'économies de l'ordre de 600 M€ en 2008 :

- Baisse de 5 % des montants 2007 de la prescription d'antibiotiques.
- Stabilisation des montants de prescriptions des statines par rapport à l'année 2007.

- Baisse de 5 % des montants de prescriptions d'anxiolytiques et d'hypnotiques en 2008 par rapport à l'année 2007.
- Baisse de 2 % des montants tendanciels 2008 des prescriptions d'antihypertenseurs.
- Baisse de 1 % en volume des indemnités journalières liées aux arrêts de travail par rapport à la tendance 2008.
- Transfert de 2,5 points de dépenses en rapport avec une affection de longue durée vers les dépenses sans rapport avec une affection de longue durée.
- Baisse de 5 % des volumes de prescription des inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) par rapport à la tendance 2008.
- Baisse de 5 % des prescriptions de transport par rapport à la tendance 2008 correspondant à une croissance des dépenses de 2 %.
- Baisse des volumes de certains actes diagnostiques et thérapeutiques identifiés notamment à la lumière de l'analyse des pratiques réalisée dans le cadre de l'observatoire de la CCAM.
- Stabilisation du volume de lits médicalisés en location par rapport à l'année 2007.

La mise en place d'une franchise

Le Gouvernement a indiqué son souhait de mettre en place une franchise. Celle-ci pourrait prendre la forme « d'une franchise fractionnée avec un plafonnement annuel ⁶ ».

L'opportunité et les modalités de mise en place de la franchise relèvent de la responsabilité de l'Etat.

La mise en oeuvre des mesures structurelles

Pour chaque axe structurel proposé, il est possible de mettre en œuvre les mesures suivantes en 2008 qui pourraient avoir un rendement à court terme pour le régime général de près de 300 M€, soit 0,2 % de l'ONDAM, correspondant, pour l'ensemble des régimes, à

- la mise en œuvre d'une première étape de la stratégie tarifaire de convergence sur la tarification à l'activité à hauteur de 160 M€ (axe 9),
- un rendement de 80 M€ consécutif à l'optimisation des prix des génériques et à la prescription à l'intérieur du répertoire, lié à la mise en œuvre de l'expérimentation de la politique d'achat des médicaments par appel d'offres et la mise en œuvre des nouveaux outils contractuels avec les médecins (axes 3 et 10)
- une moindre dépense de 80 M€ lié à la réduction des actes et traitements inutiles ou redondants consécutif à la réforme des ententes préalables et au déploiement de l'historique des remboursements (axes 2,3 et 7)

L'effet financier de la lutte contre la fraude (axe 8) est pris en compte au titre du socle 2007 (120 M€), majoré des mesures retenues dans le plan de redressement consécutif à l'alerte (95 M€ en année pleine), soit un total de 215 M€.

6 Discours de Politique générale du Premier Ministre François Fillon à l'Assemblée Nationale, 3 juillet 2007

Axe structurel	Mesure pour 2008	Modalités de mise en oeuvre
Axe 1 : Développer des programmes de prévention et d'accompagnement par pathologie ou ciblés vers les populations les plus exposées au risque	Expérimentation du programme d'accompagnement pour 150 000 personnes diabétiques sur 10 départements	<i>Mesure de gestion CNAMTS</i>
Axe 2 : Faire évoluer les modes d'intervention de l'assurance maladie pour limiter les actes et traitements inutiles	<ul style="list-style-type: none"> - Mettre en place un dispositif d'accord préalable pour certains GHS ciblés dans les établissements repérés comme déviants suite à des contrôles - Expérimenter un mécanisme d'entente préalable « en temps réel » - Elargir le dispositif d'accord préalable prévu par la loi du 13 août 2004 à d'autres prescriptions que les IJ et les transports sanitaires - Expérimenter une entente préalable sur certains GHS en chirurgie complète 	<i>Mesures législatives et réglementaires</i>
Axe 3 : Développer de nouveaux outils contractuels avec les médecins pour mieux maîtriser la consommation de médicaments	Proposer la mise en place d'un contrat avec un groupe de médecins comportant des objectifs, des engagements de processus / qualité / résultats sur un certain nombre d'indicateurs, et une rémunération à la performance	<i>Négociation conventionnelle</i>
Axe 4 : Mieux répartir les professionnels et les activités	<p>Mettre en place une régulation des installations pour les infirmières libérales</p> <p>Déployer la mesure incitative pour les médecins libéraux dans les zones sous denses et envisager des mesures désincitatives en l'absence de modification des flux d'installation</p> <p>Déléguer la vaccination anti-grippale aux infirmières</p>	<i>Mesure législative et mesure de gestion</i>
Axe 5 : Améliorer l'efficacité de la PDS en l'adaptant mieux aux besoins locaux et mieux intégrer les urgences dans le parcours de soins des assurés	Transférer l'enveloppe de la PDS sur le FIQCS et déconcentrer sa gestion sur la base d'un cahier des charges national	<i>Mesure législative</i>
Axe 6 : Enrichir les informations délivrés aux assurés sur l'offre de soins	Elargir le dispositif « infosoins » aux actes techniques et aux soins dentaires	<i>Mesure de gestion CNAMTS</i>
Axe 7 : Investir dans la qualité des soins	<p>Déployer l'historique des remboursements auprès de l'ensemble des médecins traitants avant la mi 2008</p> <p>Accélérer le développement de l'évaluation des pratiques professionnelles</p>	<i>Mesure de gestion CNAMTS</i>
Axe 8 : Poursuivre le renforcement de la lutte contre la fraude	Inscrire dans la LFSS 2008, la mise en place d'un dispositif d'entente préalable dans les établissements de santé déviants (cf axe 2) Simplifier le contrôle de la T2A, conforter le contrôle des arrêts de travail de longue durée	<i>Mesures réglementaires et législatives</i>
Axe 9 : Utiliser le levier de la T2A pour renforcer l'efficacité du secteur hospitalier	<p>Inscrire dans la LFSS pour 2008 la stratégie d'évolution de la T2A en cohérence avec la prévision pluriannuelle de l'ONDAM</p> <p>Mettre en oeuvre une première étape de la stratégie tarifaire de convergence</p>	<i>Mesure législative</i>

Axe 10 : favoriser une gestion dynamique des dépenses de médicaments	Expérimenter une politique d'achat par l'assurance maladie de certaines classes génériques	<i>Mesure législative</i>
Axe 11 : Renforcer le pilotage médico-économique du système de soins et d'assurance maladie	Recentrer la HAS sur l'évaluation médico-économique Encadrer l'élaboration de l'ONDAM	<i>Mesure législative et organique</i>
Axe 12 : Renforcer la coordination des acteurs en charge du pilotage de politiques de prévention et d'organisation des soins	Examiner l'opportunité de mise en place d'une Agence Nationale de santé et d'Agences Régionales de Santé	<i>Travaux d'étude et mesure législative</i>
Axe 13 : Garantir la soutenabilité du dispositif des ALD	Gérer les critères d'entrée en ALD pour réserver l'ALD aux maladies longues et coûteuses	<i>Mesures réglementaires sur la base avis HAS</i>
Axe 14 : Aménager le périmètre de prise en charge et les modalités de couverture de l'assurance maladie obligatoire	Etudier les conditions de la mise en place de dispositifs renforçant l'équité des restes à charge	<i>Travaux d'étude et mesure législative</i>
Axe 15 : Envisager une répartition plus cohérente du régime de base et des régimes complémentaires	Examiner avec l'UNOCAM l'intervention respective des régimes de base et complémentaire sur les rémunérations forfaitaires, l'optique et le dentaire	<i>Concertation avec l'UNOCAM</i>
Axe 16 : Garantir une offre à tarif opposable sur l'ensemble du territoire	Prévoir l'obligation pour les médecins du secteur 2 d'avoir une part d'activité à tarif opposable	<i>Négociation conventionnelle</i>

IV-3 Le financement

Les exonérations de cotisations de sécurité sociale et de CSG non compensées représentent aujourd'hui pour l'ensemble des branches du régime général 2,6 Md€ pour l'année 2007. S'ajoutent à ce montant les pertes liées au nouveau mécanisme de compensation mise en œuvre depuis 2006 soit près de 800 M€ sur la seule année 2007 dont 400 M€ pour la CNAMTS. Ces évaluations n'intègrent pas les pertes de recettes initialement prévues dans la construction dans la LFSS 2007 soit 600 M€ supplémentaires.

Par ailleurs, les prévisions sur 2008 intègrent une nouvelle dégradation du dispositif, du fait du faible dynamisme du panier des recettes affecté à la compensation par rapport aux exonérations de cotisations sociales.

Le retour à un mécanisme strict de compensation des exonérations doit constituer un impératif, conformément à la loi de 1994, réaffirmée par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et à la loi organique relative aux lois de financement. Cette compensation intégrale conditionne la poursuite des efforts menés pour redresser les comptes de l'assurance maladie.

En conséquence, il apparaît opportun de compléter le panier de recettes destiné à financer les exonérations, afin d'aller dans le sens d'une compensation intégrale. La réflexion doit également se poursuivre sur le rapprochement des taux de cotisation entre le secteur public et privé.

Cette compensation intégrale doit s'accompagner d'une remise à plat des transferts entre l'Etat et l'Assurance Maladie dont la complexité a été souligné par le rapport IGAS-IGF sur le pilotage des lois de finances et des lois de financement de la sécurité sociale. Elle doit aussi se traduire par le paiement des dettes de l'Etat vis-à-vis de l'Assurance Maladie qui pèsent sur la trésorerie de la branche dans un contexte financier déjà très difficile.

Enfin, la question d'une réforme plus large du financement de la protection sociale reste posée, dans l'objectif de réduire les prélèvements pesant sur le coût du travail

IV-4 Le cadrage 2008

Déficit prévisionnel 2007 CCSS 050707 avant mesures comité d'alerte		- 6,4 Md€
Mesures comité d'alerte 2007	+1,2 Md€	
Effet de ciseau 2008 entre dépenses tendancielles et recettes	- 1,9 Md€	
Maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude	+ 0,6 Md€	
Mesures structurelles (0,2% de l'ONDAM 2008)	+ 0,3 Md€	
Augmentation des frais financiers	-0.2 Mds€	
Accroissement de la perte de compensation 2008	-0.4 Mds€	
Compensation des exonérations et participation financière des assurés	+ 2,9 Md€	
Déficit 2008		-3,9 Mds€

La mise en oeuvre de ces mesures se traduirait par un ONDAM de 3,3% avec la décomposition suivante:

	Taux d'évolution
Soins de ville	3 %
Etablissements de santé	3 %
Secteur médico-social	6,5 %
ONDAM total	3,3 %

ANNEXES :

- 1- Les projections de dépenses d'Assurance Maladie à l'horizon 2015
- 2- ONDAM 2006
- 3- ONDAM 2007
- 4- Les exonérations de cotisations sociales
- 5- Les actions de maîtrise médicalisée sur les statines
- 6- L'avenant 23 à la convention nationale avec les médecins libéraux
- 7- Point sur la maîtrise médicalisée
- 8- Projet d'accompagnement des patients diabétiques
- 9- Comptes de la CNAMTS 2006-2008

ANNEXE 1

Les projections de dépenses d'Assurance Maladie à l'horizon 2015

Présentation de l'étude

L'objectif d'un exercice de projections de moyen ou de long-terme d'un système d'assurance maladie est principalement d'éclairer les enjeux liés à l'écart entre les augmentations tendancielle de recettes et de dépenses, et de souligner ainsi la nécessité pour assurer l'équilibre des comptes dans la durée d'agir sur l'efficacité du système et sur son financement.

Le travail présenté ici a consisté à simuler les évolutions de dépenses remboursables et remboursées du régime général entre 2007 et 2015.

Les évolutions de dépenses sont différentes selon les catégories d'assurés et les postes de dépenses. La méthodologie retenue a donc consisté à réaliser la projection, à partir des tendances passées, en distinguant dans la population les personnes en ALD des personnes non en ALD, et en distinguant les dépenses de soins de ville des dépenses d'hospitalisation.

Projection du nombre de personnes en ALD à l'horizon 2015

Cette méthodologie implique de projeter le nombre annuel de personnes en ALD. Pour ce faire, deux méthodes ont été appliquées. La première consiste à calculer statistiquement la tendance d'augmentation du nombre de bénéficiaires ALD sur le passé et à appliquer cette tendance à la population couverte par le régime général au cours de la période de projection. Cette projection combine donc deux effets : la hausse tendancielle du taux de personnes en ALD à âge donné et le vieillissement de la population.

La seconde méthode consiste à évaluer, ALD par ALD, les évolutions possibles dans l'avenir, en argumentant à dire d'expert l'impact possible des facteurs de risque sur les principales pathologies.

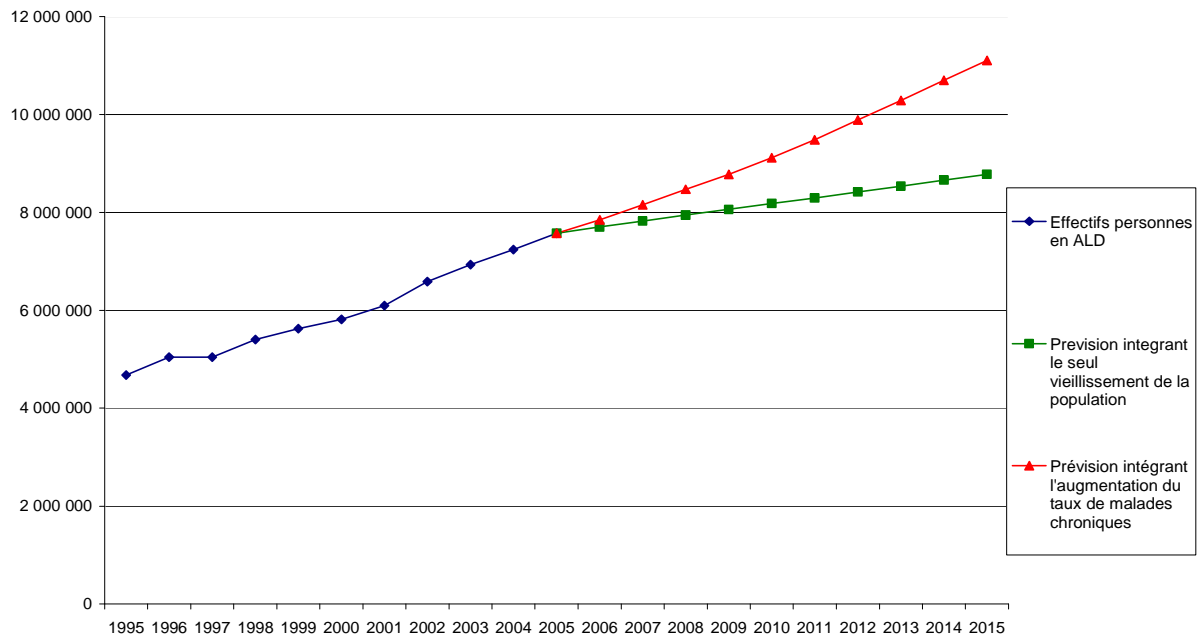
L'analyse par pathologie s'appuie notamment sur plusieurs facteurs évoluant à la hausse et à la baisse :

- Poursuite des grandes tendances épidémiologiques constatées,
- Baisse des pathologies liées au tabac,
- Hausse des pathologies liées à la prise de poids de la population résidente en France,
- Tendance accrue au dépistage,
- Augmentation de la greffe d'organe,
- Amélioration continue de la sécurité routière.

Ces deux méthodes aboutissent à un écart mesuré (moins de 5%) sur le nombre de personnes en ALD à l'horizon 2015.

On peut ainsi estimer que le nombre de personnes en ALD atteindrait environ 12 millions d'assurés en 2015 dont 11 millions pour le seul Régime général. Avec une hausse annuelle de 4%, et une hausse totale en 2015 par rapport à 2006 de 42 %, la part des assurés en ALD représenterait 18,7% de la population couverte par le Régime général en 2015 contre 14 % en 2006.

Prévision des effectifs de personnes en ALD au régime général



Cette progression est principalement liée à l'augmentation de la prévalence des affections de longue durée à structure d'âge identique (pour les 3/4) et dans une moindre mesure au vieillissement de la population (pour 1/4).

Au total, on estime que 2,6 millions de personnes seront suivies dans le cadre d'une ALD en 2015 pour une tumeur maligne (1,4 million en 2005) et 2,6 millions pour un diabète (1,3 million en 2005).

Evolution par pathologie du nombre de bénéficiaires en ALD pour le régime général (période 1994 à 2015)

pathologie	TCAM période 1994/2004	TCAM 2006	TCAM estimé période 2006/2011	nov 1994	dec 2005	dec 2006	dec 2011	dec 2015
30 Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	6,3%	6,2%	5,9%	666 827	1 412 839	1 500 517	2 027 599	2 579 735
tumeur maligne du sein	6,8%	5,7%	5,5%	191 981	406 266	429 583	567 845	709 866
tumeur maligne de la prostate	11,3%	11,7%	11,4%	65 303	223 482	249 712	434 934	677 971
tumeur maligne du colon	4,9%	3,9%	5,2%	83 470	152 647	158 591	191 968	223 661
tumeur maligne lèvre - bouche - pharynx	1,4%	1,0%	0,5%	38 789	52 555	53 077	55 766	58 015
tumeur maligne du poumon	3,6%	1,5%	1,0%	30 442	58 415	59 291	63 872	67 790
8 Diabète de type 1 et diabète de type 2	6,2%	7,0%	6,5%	652 325	1 310 864	1 402 573	1 966 820	2 577 722
12 Hypertension artérielle sévère	4,7%	7,6%	6,0%	481 638	845 504	909 616	1 310 902	1 756 062
23 Affections psychiatriques de longue durée	3,7%	0,4%	2,5%	746 647	886 279	889 796	907 591	922 084
13 Maladie coronaire	2,2%	5,2%	6,0%	520 264	709 300	746 142	961 123	1 176 915
5 Insuf. cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiopathies	3,5%	8,7%	3,5%	281 890	447 462	486 206	736 446	1 026 592
3 Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	2,2%	5,4%	2,8%	242 585	331 194	349 184	454 898	562 084
14 Insuffisance respiratoire chronique grave	3,0%	3,1%	5,0%	195 103	269 212	277 620	323 767	366 149
1 Accident vasculaire cérébral invalidant	4,5%	6,3%	2,8%	121 458	196 913	209 294	283 902	362 325
15 Maladie d'Alzheimer et autres démences		6,1%	6,0%		186 975	198 319	266 237	336 970
9 Forme grave des affections neurologiques et musculaires, épilepsie grave	8,6%	6,9%	6,5%	66 847	160 889	171 999	240 173	313 705
6 Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses	9,9%	3,8%	3,0%	52 061	140 172	145 508	175 394	203 665
22 Polyarthrite rhumatoïde évolutive grave	4,5%	6,2%	6,0%	79 140	132 375	140 526	189 457	240 610
24 Rectocolite hémorragique et maladie de Crohn évolutives	8,9%	6,0%	5,5%	34 896	87 709	92 984	124 517	157 284
7 Déficit immunitaire primitif, infection par le VIH	6,6%	2,8%	2,0%	42 034	81 032	83 281	95 498	106 549
16 Maladie de Parkinson	1,7%	4,7%	4,0%	55 007	71 684	75 063	94 503	113 621
19 Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif	5,7%	7,3%	7,5%	35 350	69 883	74 990	106 700	141 478
25 Sclérose en plaques	10,0%	5,5%	3,0%	19 034	51 789	54 647	71 484	88 619
27 Spondylarthrite ankylosante grave	7,9%	6,7%	6,3%	21 527	49 885	53 245	73 760	95 732
21 PAN, LEAD, sclérodermie généralisée évolutive	12,3%	7,2%	6,0%	15 352	40 156	43 036	60 847	80 272
17 Maladies métaboliques héréditaires nécessitant un traitement prolongé et spécialisés	2,5%	14,2%	10,0%	16 089	28 708	32 787	63 708	108 390
20 Paraplégie	-6,2%	0,4%	1,0%	58 010	31 758	31 898	32 607	33 186
11 Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves	4,9%	10,6%	8,0%	5 835	16 857	18 646	30 875	46 220
26 Scoliose structurale évolutive	3,8%	3,9%	4,0%	10 424	15 946	16 564	20 032	23 323
29 Tuberculose active, lèpre	1,5%	-9,9%	-7,0%	10 877	11 809	10 642	6 325	4 172
10 Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères	8,6%	7,9%	7,0%	3 059	9 399	10 137	14 793	20 015
2 Insuffisances médullaires et autres cytopénies chroniques	13,6%	10,8%	10,0%	2 436	8 405	9 311	15 534	23 395
28 Suites de transplantation d'organe	-7,0%	5,1%	10,0%	8 328	4 807	5 050	6 462	7 871
18 Mucoviscidose	3,8%	4,0%	3,8%	2 946	4 628	4 811	5 840	6 820
4 Bilharziose compliquée	-6,5%	-2,0%	-4,0%	283	148	145	131	121
ALD30 non ventilées		1,0%		?	680 816	687 939	724 688	755 495
Total patients en ALD 30 (un patient peut avoir plusieurs ALD)	5,7%	3,7%	4,0%	3 765 000	7 121 352	7 382 992	8 842 644	10 215 553
nbre moyen d'ald par patient en ALD 30		1,5%	1,5%	1,1	1,165	1,1828	1,277	1,357
Total patients en ALD 31		6,5%	7,0%	192 000	334 794	356 694	489 651	630 898
Total patients en ALD 32		-5,0%	-5,0%	75 000	74 590	70 829	54 684	44 462
Total patients (ALD30, 31 ou 32)	5,7%	3,6%	3,9%	4 003 030	7 421 099	7 686 890	9 165 642	10 550 976

Projection des dépenses à l'horizon 2015

La projection des dépenses a été réalisée à partir de la segmentation de la population en ALD et non ALD.

La méthodologie a été la suivante :

- Projection des consommations moyennes individuelles des deux catégories de personnes, ALD et non ALD (en dépenses remboursables) :
 - modélisation de la dépense moyenne en fonction de la structure de la population et d'un pas annuel,
 - modélisation séparée des dépenses de soins de ville, des dépenses de pharmacie au sein des soins de ville et des dépenses hospitalières.
 Ces modélisations ont été réalisées à partir de l'estimation d'une tendance sur la période 1995-2003.
- Application de ces projections de dépenses unitaires à la projection de la population du régime général en ALD et non ALD.

La projection conduit à une évolution annuelle moyenne des dépenses remboursables de +5,3% entre 2008 et 2015 (dont +6,0% en soins de ville et +4,5% en hospitalisation). En raison de la dérive tendancielle des taux de remboursement, l'évolution annuelle moyenne des dépenses remboursées est de +5,4%.

Dans ce cadre, les dépenses passeraient de 140 milliards d'euros en 2006 à un montant de 210 milliards d'euros environ en 2015 (données Tous régimes). Les soins de ville devraient atteindre plus de 100 milliards d'euros de dépenses (dont 33 milliards d'euros pour la pharmacie) et l'hospitalisation autour de 105 milliards d'euros.

La part des dépenses liées aux ALD constitue un véritable enjeu pour le système de santé. En effet, on estime que 70% des remboursements seraient concentrés sur les ALD en 2015 contre 60% actuellement. La croissance des dépenses d'ALD représenterait plus de 80% de la hausse tendancielle des dépenses, principalement sur les dépenses de médicaments et d'hospitalisation. Cette hausse n'est pas liée au différentiel des dépenses par assuré, car le taux de croissance des dépenses pour les assurés en ALD et les autres assurés serait équivalent (respectivement +21% et +20%) entre 2005 et 2015. Elle est entièrement due à l'augmentation du nombre de personnes en ALD, qui ont des dépenses moyennes par assuré 4 à 5 fois supérieures à âge égal aux personnes qui ne sont pas en ALD.

Zoom sur le diabète

Une projection spécifique des effectifs de personnes en ALD pour diabète et des coûts de ces patients a été réalisée. Cette projection s'appuie sur les hypothèses suivantes :

- Poursuite de la progression de l'obésité et du surpoids sur le rythme annuel observé entre 1997 et 2003 (source InVS)
- Incidence du vieillissement (source Insee),
- l'augmentation tendancielle du taux de diabétiques en ALD,
- l'évolution des coûts de traitement par diabétique, avec prise en compte des modifications de prise en charge (notamment dans le domaine des traitements médicamenteux).

La projection fait apparaître un doublement des montants remboursés aux diabétiques en ALD entre 2006 et 2016.

Projection de l'effectif de diabétiques en ALD30 en France métropolitaine et des montants remboursés par l'Assurance maladie tous régimes confondus

année	Effectif de diabétiques traités (en milliers)	taux de diabétiques en ALD (%)	Effectif de diabétiques en ALD (en milliers)	Montant moyen remboursé pour un diabétique en ALD (en euros 2004)	Montants remboursés aux diabétiques en ALD (en Md€ 2004)
1994	1 277	66,1	844	4 427	3,7
1999	1 846	69,7	1 287	5 107	6,6
2004	2 175	78,9	1 716	5 865	10,1
2006	2 166	80,9	1 752	6 210	10,9
2008	2 277	82,9	1 888	6 576	12,4
2012	2 539	86,9	2 206	7 372	16,3
2016	2 867	90,9	2 606	8 265	21,5

Note : la projection des effectifs de diabétiques réalisée par l'InVS à partir de 2006 sous-estime le nombre de diabétiques en 2006, puisque ce nombre était d'environ 2,3 millions.

ANNEXE 2

L'ONDAM 2006

1- Objectif et sous objectifs dans la LFSS pour 2006

Conformément à la loi organique⁷ relative aux lois de financement de la sécurité sociale, la LFSS pour 2006 (article 67) a fixé le montant de l'ONDAM à 140,7 milliards d'euros ainsi que le montant des sous objectifs.

<i>en milliards d'euros</i>	MONTANT
Dépenses de soins de ville	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6
Dépenses relatives aux autres prises en charge	0,7
TOTAL ONDAM	140,7

Par rapport aux années précédentes, l'ONDAM 2006 présente plusieurs modifications :

- Le périmètre de l'ONDAM est modifié. Les soins de ville comprennent désormais les cotisations des professionnels de santé prises en charge par les régimes d'assurance maladie, le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), les aides à la télétransmission, et les exonérations du ticket modérateur pour les malades atteints d'une des affections de longue durée (ALD) 31 et 32. Enfin, la remise de l'industrie pharmaceutique ne vient plus en déduction des prestations incluses dans l'ONDAM. Le sous objectif regroupant les dépenses d'hospitalisation intègre pour sa part les dépenses du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP).
- La création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) modifie la prise en compte des dépenses des établissements et services médico sociaux. La CNSA gère l'objectif général de dépenses médico sociales (OGD) ; celui-ci est composé de la contribution de la CNSA et des contributions des régimes d'assurance maladie. Seules ces dernières sont inscrites dans le sous objectif médico social de l'ONDAM qui de ce fait, est par définition respecté⁸.

2- La réalisation 2006

⁷ Loi organique no 2005-881 du 2 août 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

⁸ Si les dépenses du secteur excèdent ou sont inférieures à l'OGD, le dépassement ou la sous consommation sont gérés par la CNSA. Du point de vue comptable, le dispositif est le suivant : En charges de leur compte, les régimes d'assurance maladie inscrivent les remboursements des dépenses médico sociales ainsi que la contribution à la CNSA. En produits du compte, chaque régime inscrit le remboursement par la CNSA de la part des dépenses médico sociales engendrées par ses bénéficiaires.

Les dépenses d'assurance maladie, dans le champ de l'ONDAM, ont progressé de 3,1 % en 2006, engendrant un dépassement de 1,2 milliard d'euros. Ce dépassement 2006 est pour l'essentiel le fait des soins de ville dont la progression sur le nouveau périmètre de l'ONDAM⁹, et pour l'ensemble des régimes, est de 2,4%. Les dépenses des établissements sanitaires restent conformes à leur objectif tout comme le secteur médico social.

ONDAM 2006

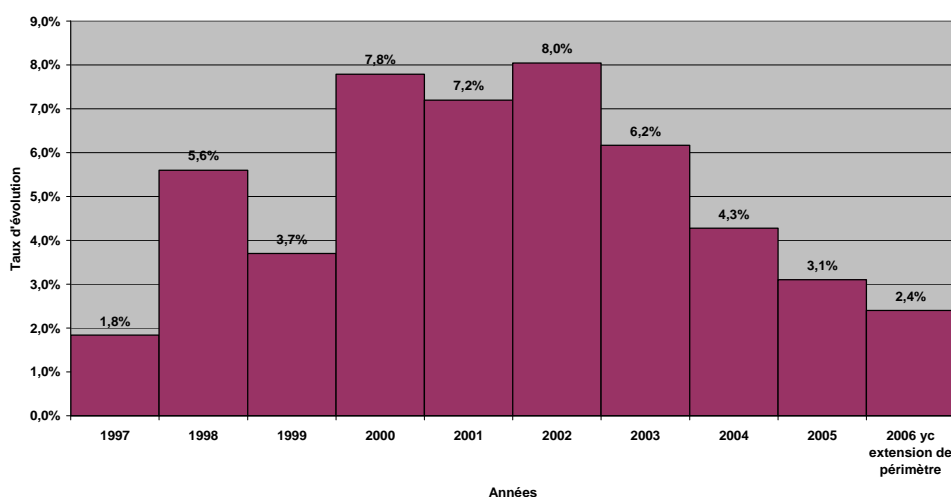
<i>milliards d'euros</i>	base 2005	réalisations 2006	objectif 2006	dépassement	évolution
Soins de ville	65,03	66,59	65,31	1,28	2,4%
Etablissements sanitaires	61,62	63,56	63,58	-0,02	3,1%
Etablissements médico-sociaux	10,35	10,98	11,03	-0,06	6,1%
Autres prises en charge	0,63	0,72	0,68	0,05	14,4%
TOTAL ONDAM	137,63	141,85	140,70	1,25	3,1%

Les montants inscrits dans le tableau s'entendent à périmètre 2006.

3- Les dépenses du Régime général dans le champ de l'ONDAM

Pour le seul régime général, sur la métropole et hors extension de périmètre, la croissance de la dépense remboursée de soins de ville, mesurée en date de soins, progresse de 2,7 % pour l'ensemble de l'année 2006 en données brutes et de 3,1% en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés. Ce taux de croissance est le plus faible enregistré depuis 1997. L'année 2006 s'inscrit donc dans la continuité du net ralentissement des dépenses de soins de ville depuis 2004. En moyenne annuelle, les dépenses de soins ville ont cru de 3,2% sur la période 2004-2006, alors qu'elles ont cru en moyenne de +7,3% sur la période 2001-2003.

Historique des taux d'évolution des soins de ville
Tous régimes



⁹ C'est-à-dire y compris cotisations des professionnelles de santé prises en charge, exonération du ticket modérateur pour les ALD 31 et 32, aides à la télétransmission, et dépenses du FAQSV incluses.

Cette évolution de +2,7% de la dépense remboursée correspond, pour l'ensemble des soins de ville à une progression de 2,3 % de la dépense remboursable et à une hausse de 0,4 point du taux moyen de remboursement malgré l'augmentation de 10 points du ticket modérateur pour les actes effectués hors parcours. Ces évolutions globales de la dépense comme du taux de remboursement, recouvrent bien sûr des situations variées selon les postes de dépenses.

- **Les dépenses remboursées de soins de ville hors produits de santé affichent une croissance de 2,9 % pour l'année 2006 (+ 1,5% en 2005).**

Les soins de ville hors produits de santé comprennent l'ensemble des honoraires médicaux et paramédicaux ainsi que les indemnités journalières. Avec une progression de 2,9% sur l'ensemble de l'année ils contribuent pour 1,8 point (sur 2,7) à la croissance de l'ensemble des soins de ville.

Soins de ville hors produits de santé (BRUT)

millions d'euros	Année		Evolution		
	2005	2006	taux d'évolution	poils du poste dans les soins de ville	contribution à la croissance (*)
généralistes	4 553	4 659	2,3%	8,9%	0,21
spécialistes	7 170	7 370	2,8%	14,0%	0,39
dentistes	2 350	2 433	3,5%	4,6%	0,16
sages femmes	85	95	11,9%	0,2%	0,02
infirmières	2 427	2 605	7,3%	4,8%	0,35
kinésithérapeutes	1 987	2 115	6,4%	3,9%	0,25
orthophonistes	339	363	7,1%	0,7%	0,05
orthoptistes	36	39	5,7%	0,1%	0,00
laboratoires	2 568	2 639	2,8%	5,0%	0,14
transports	2 071	2 247	8,5%	4,1%	0,35
indemnités journalières	7 278	7 215	-0,9%	14,3%	-0,12
centres de santé	455	473	4,0%	0,9%	0,04
autres	260	238	-8,3%	0,5%	-0,04
Soins de ville hors produits de santé	31 579	32 491	2,9%	61,9%	1,79
Soins de ville	51 056	52 413	2,7%		

(*) contribution à la croissance de l'ensemble des soins de ville

Les honoraires médicaux (médecins, dentistes et sages femmes) progressent de 2,8 % sur l'année, les plus fortes croissances sont affichées par les sages-femmes (+11,9 %) et les dentistes (3,5%). Il faut néanmoins nuancer ce constat, la croissance des honoraires dentaires étant partiellement compensée par une diminution des cotisations prises en charge par l'assurance maladie. Les médecins spécialistes contribuent le plus à la croissance de l'ensemble des soins de ville (0,39 point sur 2,7). Les dépenses de médecins généralistes progressent de 2,3%.

Les dépenses liées à l'activité des auxiliaires médicaux évoluent de +7,0 %. La croissance des dépenses de transport reste également très vive : +8,5 % sur l'ensemble de l'année. Les dépenses liées à l'activité des infirmières (+7,3 %) et aux transports (+8,5 %), après celles des médecins spécialistes, contribuent le plus à l'ensemble de la croissance des soins de ville.

Les dépenses d'indemnités journalières poursuivent la tendance à la baisse amorcée au dernier trimestre 2003. C'est le principal poste contribuant négativement à la croissance des soins de ville (-0,12 point).

- **Les dépenses remboursées de produits de santé progressent de 2,3 % en 2006 (+ 5,2 % en 2005).**

Les dépenses remboursées de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux, produits d'origine humaine) augmentent de 2,3 % (évolution brute) sur l'ensemble de l'année 2006, un peu moins rapidement que les soins de ville (2,7 %). Elles contribuent pour 0,87 point à la croissance globale des soins de ville.

La décélération des dépenses de médicament est pour l'essentiel, à l'origine de la moindre contribution des produits de santé à la croissance des soins de ville. Elles croissent de 1,4 % sur l'année 2006 contre 4,7 % en 2005.

Produits de santé (BRUT)

millions d'euros	Année		Evolution		
	2005	2006	taux d'évolution	pois du poste dans les soins de ville	contribution à la croissance (*)
Médicaments	16 679	16 914	1,4%	32,7%	0,46
LPP	2 716	2 917	7,4%	5,3%	0,39
POH	82	91	10,8%	0,2%	0,02
Produits de santé	19 477	19 922	2,3%	38,1%	0,87
Soins de ville	51 056	52 413	2,7%		

(*) contribution à la croissance de l'ensemble des soins de ville

En revanche, il convient de souligner la progression toujours vive des produits de la LPP¹⁰ : 7,4 % contre 8,5 % en 2006. Représentant 5 % des dépenses de soins de ville, ils contribuent cependant à hauteur de 0,39 point (sur 2,7) à la croissance de cet agrégat.

Enfin, avec une progression de +3,9 % en données brutes en 2006, les dépenses des cliniques privées montrent un infléchissement par rapport à l'année précédente (+6,7%) tout en restant sur un rythme élevé. Pour le seul régime général, les dépenses des établissements sanitaires publics affichent quant à eux une progression de +2,8%.

⁴ Sous l'appellation « LPP », liste des produits et des prestations », ce poste comprend l'optique, les prothèses, orthèses appareillage, le petit matériel et les pansements.

ANNEXE 3

L'ONDAM 2007

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (article 99) a fixé le montant de l'ONDAM à 144,8 milliards d'euros ainsi que le montant des sous objectifs. Ils sont présentés dans le tableau ci après.

L'ONDAM ET SES SOUS OBJECTIFS

<i>en milliards d'euros</i>	MONTANT
Dépenses de soins de ville	66,7
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	47,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7
Dépenses relatives aux autres prises en charge	0,7
TOTAL ONDAM	144,8

La publication des arrêtés¹¹ fixant le montant de chacun des éléments composant les sous objectifs des dépenses des établissements sanitaires, a légèrement modifié ces montants. L'ONDAM 2007 se présente alors ainsi :

ONDAM 2007

<i>milliards d'euros</i>	OBJECTIF 2007 (arrêtés)	taux objectif
Soins de ville	66,69	1,1%
Etablissements sanitaires	65,61	3,4%
Etablissements médico-sociaux	11,79	7,3%
personnes handicapées	7,00	5,9%
personnes âgées	4,79	9,4%
Autres prises en charge	0,70	7,7%
TOTAL ONDAM	144,79	2,6%

Par rapport à l'ONDAM voté en PLFSS, la base de dépenses pour 2007 est augmentée d'environ 700 M€, compte tenu notamment du dépassement de 1,2 Md€ de l'ONDAM 2006 (cf annexe sur les prévisions 2007).

¹¹ Arrêtés du 26 février 2007 publiés au Journal officiel du 28 février 2007.

ANNEXE 4

Les mesures d'exonérations et leur compensation

1 - Deux types de mesures d'exonération

En 2006, les mesures d'exonération s'élevaient pour l'ensemble du régime général à 24 milliards d'euros, en augmentation de 13,9% par rapport à 2005.

Cette importante masse financière recouvre deux types de mesures d'exonérations :

- **Les mesures générales d'exonérations.** Ces mesures qui représentent 75 % de l'ensemble regroupaient, il y a peu encore, nombre de dispositifs (réduction bas salaire, allègements Aubry I et II, dispositif Robien allègement Fillon). Ces derniers cèdent désormais la place à un allègement unique appelé aussi allègement Fillon¹². Ces mesures sont compensées financièrement ;
- **Les mesures ciblées.** Ainsi que leur nom le suggère, ces mesures ciblent des publics (jeunes et chômeurs de longue durée), des zones d'emplois (zones franches) ou des emplois particuliers (emplois familiaux, emplois à domicile). C'est cette seconde catégorie qui regroupe le plus de mesures non compensées (voir tableau).

**Principales mesures d'exonérations
ensemble du Régime Général**

Mesures d'exonérations <i>en millions d'euros</i>	2005	2006	%	2007	%
Mesures générales d'exonération	16 327	18 426	12,9%	20 480	11,1%
dont allègements Fillon	16 147	18 395	13,9%	20 475	11,3%
Mesures en faveur de public particulier (jeunes, chômeurs de longue durée)	2 310	2 513	8,8%	2 760	9,8%
compensées	1 466	1 574	7,4%	1 726	9,7%
non compensées	845	939	11,1%	1 033	10,0%
Mesures en faveur de l'emploi dans certaines zones géographiques	1 187	1 338	12,7%	1 540	15,1%
compensées	1 186	1 337	12,7%	1 539	15,1%
non compensées	1	1	0,0%	1	0,0%
Mesures en faveur de l'emploi à domicile	1 254	1 727	37,7%	2 070	19,9%
compensées	0	323		522	61,6%
non compensées	1 254	1 404	12,0%	1 548	
TOTAL	21 078	24 004	13,9%	26 850	11,9%
compensées	18 979	21 660	14,1%	24 267	12,0%
non compensées	2 100	2 343	11,6%	2 582	10,2%

source : ACOSS

2 – La LFSS pour 2006 modifie le mode de financement des allègements généraux

¹² L'allègement Fillon applique une réduction dégressive (de 26 % à 0%) des cotisations patronales de sécurité sociale pour tout salarié dont le salaire horaire est compris entre 1 et 1,6 SMIC.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (article 56) modifie en profondeur les modalités de la compensation des allègements généraux. Elle substitue un financement par affectation de recettes fiscales aux dotations budgétaires qui existaient auparavant. Les taxes et impôts affectés sont les suivants ¹³:

- 95 % de la taxe sur les salaires (article 231 du code général des impôts) ;
- le droit assis sur les bières et les boissons non alcoolisées.(article 520 CGI) ;
- le droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels (article 438 du CGI) ;
- le droit de consommation sur les produits intermédiaires (article 402 bis du CGI) ;
- les droits de consommation sur les alcools (article 403 I du CGI) ;
- la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire (article L137-1 du CSS) ;
- la taxe sur les primes d'assurance d'automobile (article L 137 -6 du CSS) ;
- La TVA brute collectée par les fournisseurs de tabac ;
- La TVA brute collectée par les commerçants en gros en produits pharmaceutiques.

L'ACOSS centralise l'ensemble de ces recettes et les reverse aux régimes bénéficiaires. Un arrêté définit la quote-part revenant à chaque régime. L'arrêté du 7 mars 2007 établit ces quote-parts comme suit :

Caisses et régimes	quote-part en %
CNAMTS maladie-invalidité-décès	40,164
CNAM AT-MP	8,168
CNAF	16,845
CNAVTS	29,206
CCMSA	5,2842
SNCF	0,1285
CRPCEN	0,1209
ENIM	0,069
CANSSM	0,0146
RATP	0,0025

source: journal officiel

Afin d'assurer une transition pour la comptabilité des régimes, l'année 2006 bénéficie d'une compensation provisoire des exonérations à l'euro l'euro. A compter du 1er janvier 2007, ce système disparaît et la dynamique du panier fiscal donc du montant affecté aux compensations et celle des exonérations sont déconnectées.

En cas d'écart supérieur à 2% entre le montant des compensations et celui des exonérations, le gouvernement adresse un rapport au Parlement qui demande alors à une commission présidée par un magistrat de la Cour des comptes de donner un avis sur les mesures d'ajustement envisageables.

3 – La compensation des allègements généraux en 2007

¹³ Ce nouveau mode de financement ne concerne que les allègements généraux. Les allègements ciblés restent financés par une dotation budgétaire.

En 2006, le montant des compensations équilibre le montant des exonérations du fait du principe de compensation à l'euro l'euro. Cet équilibre en encaissements décaissements se traduit même par un excédent comptable en droits constatés.

Bilan comptable 2006 de l'affectation du panier fiscal

<i>millions d'euros</i>	produits de recettes fiscales	allègements généraux
CNAM maladie	7 963	7 847
CNAM AT	1 619	1 602
CNAF	3 337	3 291
CNAV	5 784	5 712
Régime général	18 704	18 452

source : rapport de la CCSS

Cet équilibre ne saurait masquer la forte augmentation des exonérations liées aux allègements généraux pendant l'année 2006 : 13,9 % pour ceux qui concernent le régime général. Plusieurs facteurs expliquent cette croissance élevée :

- Les augmentations du SMIC (5,5 % au 1^{er} juillet 2005 et 3,05 % au 1^{er} juillet 2006) ont contribué à augmenter l'assiette de calcul des exonérations ;
- La reprise de l'emploi du second semestre 2006 a surtout concerné les emplois à bas salaires, or ce sont eux qui pour l'essentiel sont concernés par les dispositifs d'exonérations.

Cette forte croissance des allègements généraux se reproduirait en 2007, puisque les prévisions tablent sur une croissance de ces allègements de 11,3%.

Deux éléments alimentent de surcroît cette hausse:

- le passage de 26 à 28.1 points d'exonérations au niveau du SMIC pour les entreprises de moins de 20 salariés ;
- La modification réglementaire introduite par la LFSS pour 2006 qui conduit à prendre en compte, dans l'assiette de calcul des exonérations, les temps relatifs aux indemnités compensatrices de congés payés. Cette majoration de 10 % du temps de travail augmente de 40 % le coût des allègements dans le secteur de l'intérim. A elle seule, cette mesure accroît de 800 millions d'euros le montant des exonérations en 2007 (400 millions au titre de 2007 et 400 millions de régularisations 2006).

Face à cette importante croissance des exonérations (11,3%), le panier de recettes fiscales affectées à leur financement n'a cru que de 5,2%. Il en résulte pour le Régime général une perte de recettes de l'ordre de 850 millions d'euros.

Pour la CNAM et par rapport aux prévisions de la LFSS pour 2007, la perte de recettes est plus aigue encore puisque la LFSS prévoyait en sa faveur, un excédent de 580 millions d'euros du panier de recettes fiscales sur les exonérations.

Par rapport à la LFSS pour 2007, les recettes de la CNAM sont donc amputées du montant de l'excédent et d'une part des 850 millions d'euros de déficit des recettes fiscales sur les exonérations (environ 360 millions d'euros), soit de près d'un milliard d'euros.

ANNEXE 5

IMPACT DES ACTIONS DE L'ASSURANCE MALADIE SUR LES PRESCRIPTIONS DE STATINES.

Les enjeux ; la situation en 2004

En 2004, la classe des statines représentait près d'un milliard d'euros de remboursements, soit une augmentation, par rapport à 2003, supérieure à 10 %. Le marché des hypolipémiants¹⁵ était alors, depuis une dizaine d'années, en France, en forte progression : environ 20 % par an à la fin des années 90¹⁶. Dans la communauté européenne c'était d'ailleurs au Royaume Uni et en France qu'en montant par habitant les ventes de statines étaient les plus importantes (respectivement 19 et 17 euros) tandis qu'en Espagne, en Italie et en Allemagne, ces ventes se situaient entre 10 et 11 euros¹⁷. La consommation de statines, mesurée en doses quotidiennes durant l'année 2000, se situait en France entre 50 et 60 DDD¹⁸ pour 1000 habitants et par jour. Elle se situait entre 20 et 30 dans la plupart des autres pays européens¹⁹. Par ailleurs, une étude réalisée par l'assurance maladie sur les pratiques d'instauration des hypolipémiants²⁰ en 2002 avait montré que dans 2/3 des cas ces traitements étaient débutés sans respect des préalables prévus par les recommandations de bonne pratique (régime hygiéno-diététique, exploration biologique bien conduite, valeur seuil de LDL cholestérol). Cet état des lieux révélait aussi que les patients nouvellement traités présentaient un niveau de risque cardiovasculaire faible et que l'indication en prévention primaire des hypolipémiants s'était banalisée bien au-delà des recommandations des Agences. Au total, pour une part, les remboursements de statines, en 2004, résultaient de prescriptions injustifiées au regard des critères adoptés par les experts.

15 Les hypolipémiants sont des médicaments luttant contre les excès de cholestérol et/ou de triglycérides. Ils sont essentiellement, aujourd'hui, représentés par les statines (environ 80% de la consommation). Chez les patients à haut risque vasculaire, certaines statines ont, de plus, fait la preuve de leur efficacité sur la réduction de la morbidité coronarienne y compris pour les patients ne présentant pas d'excès de cholestérol.

16 Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Analyse des ventes de médicaments aux officines et aux hôpitaux, en France 1988-1999. Paris : AFSSAPS ; 2001.

17 Clerc ME, Pereira C, Podevin M, Villeret S. Le marché des statines dans cinq pays européens, structure et évolution en 2004 ; Etudes et Résultats. DRESS. N°509 ; juillet 2006

18 L'unité de mesure est la *defined daily dose*, ou DDD, qui correspond à la posologie quotidienne nécessaire pour traiter un adulte de 70 kg dans l'indication principale du médicament. Cette unité de mesure permet de s'abstraire de la composition, de la présentation et du prix des médicaments et de réaliser des études de consommation dans différents groupes de population, en permettant des comparaisons y compris au niveau international. Les consommations en DDD sont généralement présentées rapportées à 1000 personnes et par jour. Ces unités de mesure sont régulièrement actualisées pour tenir compte des évolutions intervenues dans la classification des différentes molécules ou dans les posologies admises pour traiter les patients.

19 Source EURO-MED-STAT project, 23-12-2002

20 Saba G et al. Instauration des traitements médicamenteux hypolipémiants en France en 2002. Rev Med Ass Maladie 2003;34:221-31.

Pour cette raison, l'un des thèmes des engagements de maîtrise médicalisée des dépenses de santé prévus dans la convention médicale du 12 janvier 2005, portait sur les prescriptions de statines.

Les actions de l'assurance maladie à partir de 2005 et les résultats sur les instaurations de traitements

La communication de l'assurance maladie durant le deuxième semestre 2005, avec des échanges entre médecins conseils et médecins traitants (environ 30 000 médecins généralistes ont été rencontrés), portait sur la réduction du nombre d'instaurations de traitements inappropriés. Les médecins ciblés par ces échanges étaient ceux qui instaurent le plus des traitements de statines à leurs patients. Le message délivré à ces médecins était de se conformer aux recommandations des experts et de ne démarrer un traitement qu'après échec des mesures hygiéno-diététiques. La conséquence en a été une baisse spectaculaire, de -28 %, de ces instaurations sur les quatre derniers mois de l'année 2005, comparativement à la même période de 2004 (figure 1), ce qui s'est traduit par une baisse de 13 % sur l'ensemble de l'année du nombre d'instaurations de traitements. Ces résultats, obtenus en 2005, ont été prolongés sur 2006 et sur le début de l'année 2007. Depuis la fin de l'année 2005, le nombre d'instaurations de traitements par statines est stable alors que l'effectif des malades à risque cardiovasculaire augmente d'environ 4 à 5% par an (patients hypertendus et/ou diabétiques). Ces malades à risque cardiovasculaire sont ceux qui devraient, en priorité, tirer bénéfice d'une prescription de statines. Or, il s'avère que le taux de patients traités par statines a continué d'augmenter, entre 2004 et 2005, dans la population de diabétiques considérée par les experts comme une population à haut risque où le traitement d'une dyslipidémie par statines se justifie (figure 2). Ceci suggère que les médecins réservent de plus en plus ces traitements aux patients qui en ont besoin et que cet engagement de maîtrise médicalisée des dépenses n'a pas freiné l'accès aux soins des patients dont l'état de santé justifie une prescription de statines.

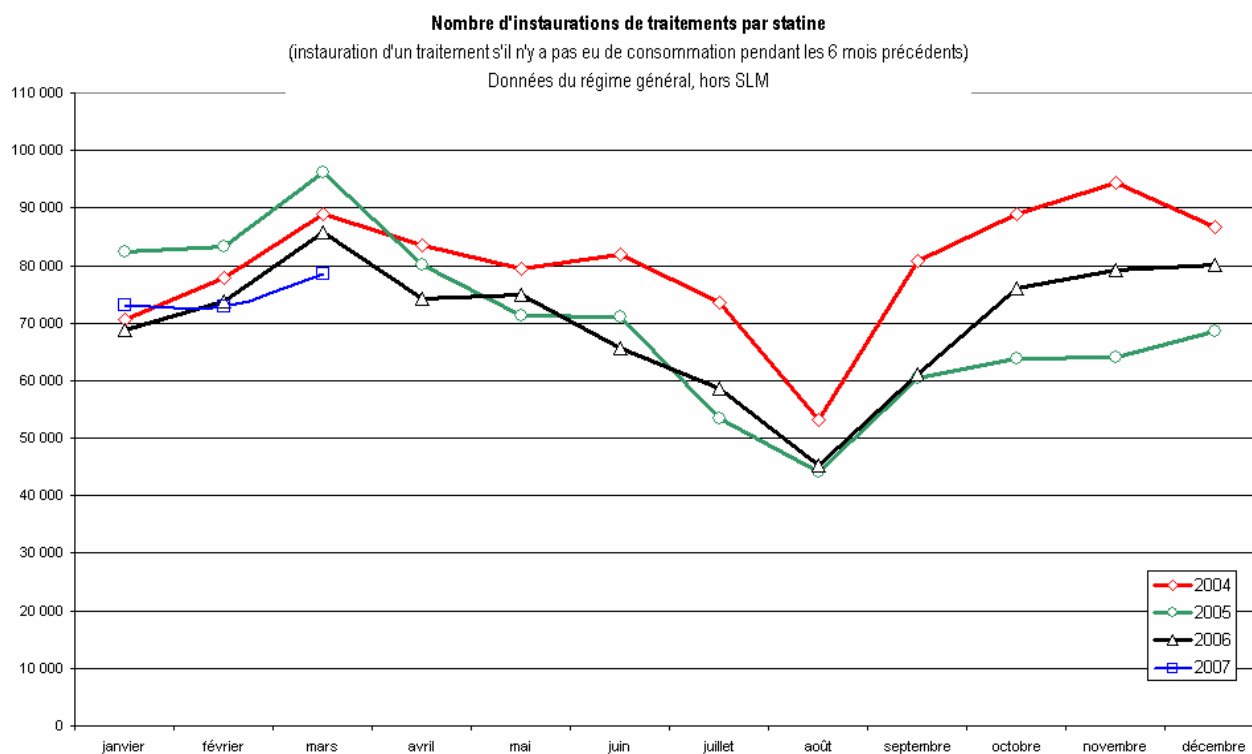


Figure 1

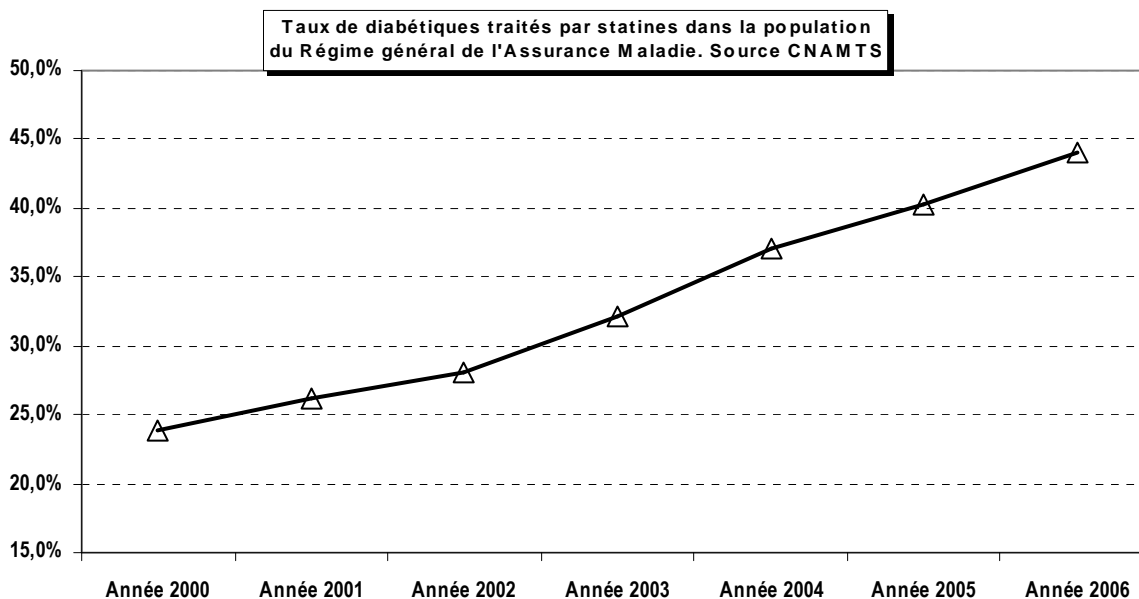


Figure 2

L'action de l'assurance maladie sur les volumes en 2005-2006-2007 et les montants remboursés

Courant 2006, et au début 2007, les délégués de l'assurance maladie (DAM) ont rencontré les médecins généralistes dans le cadre des engagements de la maîtrise médicalisée (100 000 visites en 2006). Le thème des statines, fortement médicalisé, a été peu abordé par les délégués de l'assurance maladie, comparativement à d'autres thèmes (respect du bizonne sur les ALD et indemnités journalières). L'essentiel des messages portés par les DAM, en matière de prescription de statines, a été de promouvoir l'utilisation de la plus faible dose efficace et le recours aux génériques à chaque fois que cela était possible. Ces actions se sont traduites par des résultats à la fois sur les volumes de prescriptions et sur les montants remboursés (Tableau I). Fin 2006, le taux de génériques, pour les prescriptions de statines dans le champ du répertoire, était, chez les généralistes, de 71,8 % (63,1 % en décembre 2005).

Tableau I. Evolutions des volumes (boîtes) et des montants remboursés en rapport avec des statines seules ou associées. Données brutes Medic'am du régime général, hors sections locales mutualistes (SLM), France métropolitaine. Médicaments délivrés en officine de ville.

	2003/2002	2004/2003	2005/2004	2006/2005*
Volumes (boîtes)	12,3%	12,0%	8,7%	4,7%*
Montants remboursés	16,3%	13,8%	3,7%	-4,4%

* en incluant les données des SLM, et pour les prescripteurs libéraux, ces évolutions étaient, respectivement de +6,0 % pour les volumes et de -3,7 % pour les montants remboursés.

Au total, ces actions ont eu pour conséquence une inflexion très nette de la progression de la consommation d'hypolipémiants mesurée en DDD ; la France qui se situait en 2002 à un

niveau élevé, comparativement aux autres pays, tendant à trouver, en 2006 une situation médiane par rapport aux pays comparables²¹.

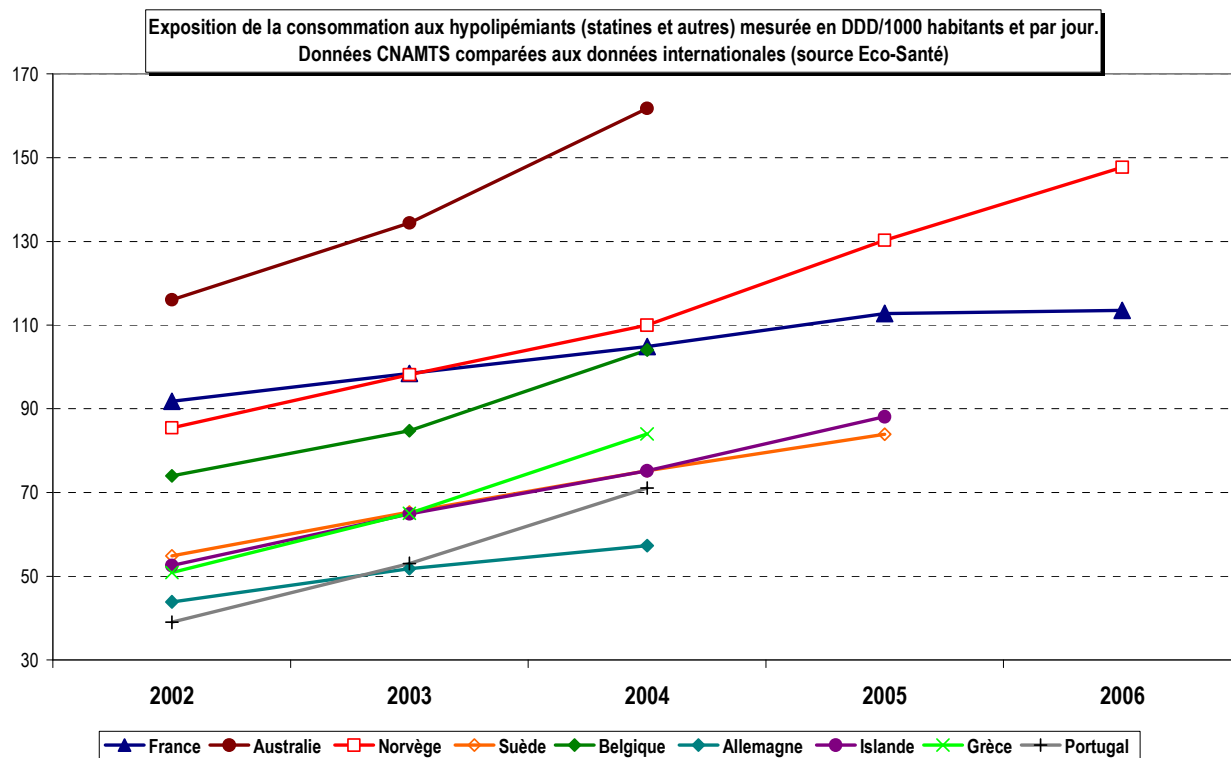


Figure 3

21 En France, comme dans les autres pays, la part représentée par les statines dans la consommation d'hypolipémiants est d'environ 80%

ANNEXE 6
L'AVENANT N° 23 A LA CONVENTION NATIONALE DES MEDECINS
GENERALISTES ET MEDECINS SPECIALISTES

L'avenant 23 à la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes, approuvé par l'arrêté du 2 mai 2007, a pour objet de:

1. conforter la place du médecin traitant dans l'organisation du système de soins, dans le prolongement de l'avenant n° 12, prioritairement dans le domaine de la prévention et de la coordination des soins ;
2. poursuivre les engagements dans la démarche de maîtrise médicalisée pour améliorer l'efficacité des dépenses de santé.
3. mettre en œuvre des mesures tarifaires.

Cet avenant conventionnel introduit des objectifs quantifiés de prévention et d'efficacité qui sont déclinés individuellement pour chaque médecin et définis en fonction de son résultat de départ de façon à atteindre un objectif collectif. La fixation d'objectifs individuels est une manière d'homogénéiser les pratiques et d'attirer l'attention des médecins sur leur clientèle la moins bien servie de ce point de vue. Elle constitue une clarification des objectifs poursuivis et du rôle assigné au médecin traitant dans l'atteinte des objectifs.

1. Renforcement des missions du médecin traitant dans le champ de la prévention :

Cette action se concrétise par la détermination de quatre thèmes de suivi relevant du champ de la prévention et d'un engagement individuel dans le respect d'objectifs respectifs définis aujourd'hui collectivement à l'aide d'indicateurs chiffrés.

Les thèmes et les objectifs par indicateur sont les suivants :

Thème 1 : le dépistage précoce du cancer

Chaque année et tous âges confondus, 12 000 femmes meurent d'un cancer du sein en France et 46 000 nouveaux cas sont diagnostiqués.

L'objectif est d'augmenter de 14 points (de 66 % actuellement à 80 %) en trois ans le taux de mammographies parmi les femmes âgées de 50 à 74 ans, 10 points dans le cadre du dépistage organisé (42 % actuellement) et 4 points dans le cadre du dépistage individuel. L'analyse des pratiques médicales montre une forte variation de ce taux par praticien : près de 15% sont en dessous de 55%, 20% sont entre 55 et 65%, à l'inverse 23% sont au-delà de 75%. La méthode consiste à demander au praticien un effort d'autant plus important qu'il est loin de la cible.

Thème 2 : la vaccination antigrippale chez les personnes âgées

La grippe et ses complications chez la personne âgée exposent à l'ajout de médicaments chez des patients déjà polymédiqués.

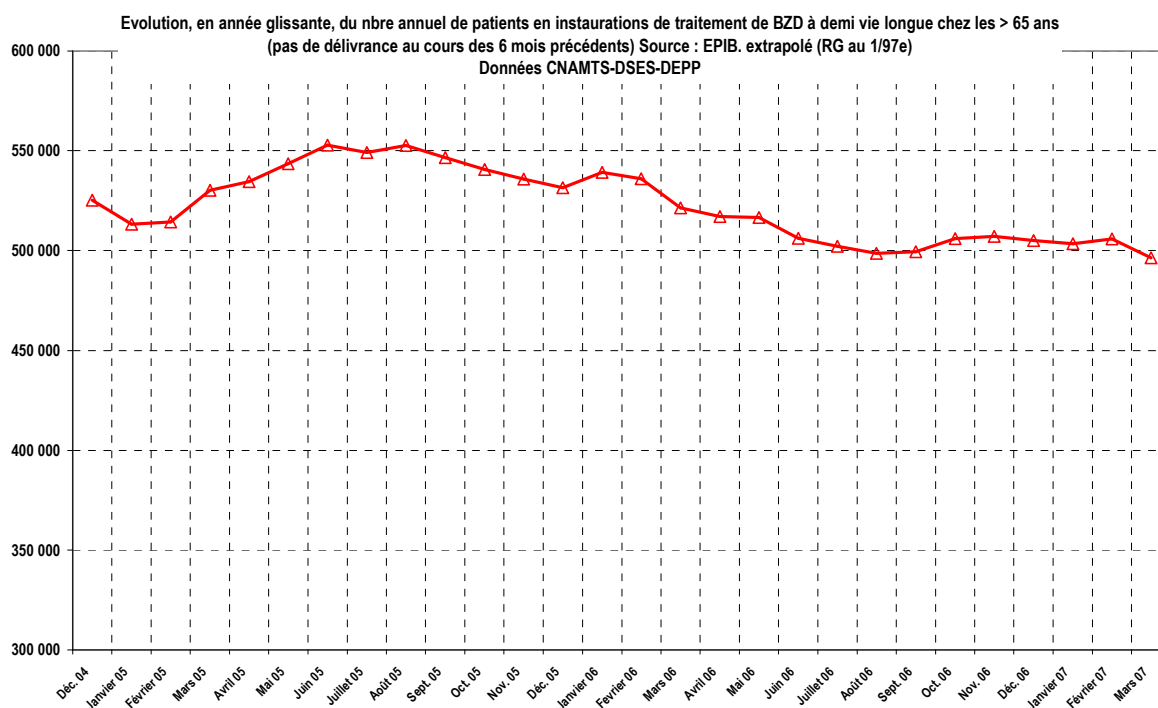
L'objectif est d'augmenter de 12 points (de 63 % actuellement à 75 %) en trois ans le taux de couverture antigrippale des patients de plus de 65 ans soignés par les médecins traitants. Là encore, la variabilité des pratiques des médecins conduit à différencier les efforts demandés à chacun de façon à atteindre cet objectif global.

Thème 3 : la iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées

La population des plus de 65 ans est la plus exposée à la iatrogénie médicamenteuse responsable de 5 à 10 % du total des hospitalisations.

L'objectif n'est pas tant de diminuer le nombre de médicaments que de promouvoir les recommandations de la Haute autorité de santé sur le bon usage de certaines classes thérapeutiques parmi les patients polymédiqués (benzodiazépines à demi vie longue et vasodilatateurs notamment). Ainsi l'objectif est de diminuer, dans la population âgée polymédicamentée, de 10 % le nombre de personnes ayant eu une prescription de benzodiazépine à demi-vie longue et de diminuer de 10 % le nombre de personnes ayant eu une prescription de vasodilatateur.

L'assurance maladie a engagé des actions de communication vis-à-vis des médecins sur ce thème (visites confraternelles fin 2006 avec de nouvelles actions de promotion des bonnes pratiques, prévues en 2007). Des premiers résultats sont observés avec une tendance à la diminution des instaurations de benzodiazépines à demi-vie longue dans la classe d'âge des plus de 65 ans.



Thème 4 : Les risques cardio-vasculaires et en premier lieu le diabète

Le diabète est un facteur de risque majeur de complications cardio-vasculaires. Le taux d'accroissement moyen annuel du nombre de malades est de 5,7 % par an.

L'objectif est de prévenir les risques cardio-vasculaires en améliorant la prise en charge des patients diabétiques avant l'apparition des complications. Une expérience pilote d'accompagnement des patients diabétiques sera lancée par l'Assurance maladie dans laquelle le rôle du médecin traitant sera important (cf annexe 10).

2. Les engagements de maîtrise médicalisée :

Les efforts de maîtrise médicalisée sont renforcés, pour l'année 2008, sur les thèmes retenus pour 2007 sous la forme d'engagements de baisse chiffrée des montants de prescriptions ciblées ou sous forme d'accord de bon usage des soins pour deux thèmes : la prescription d'anti-agrégants plaquettaires et la coloscopie après polypectomie.

S'agissant des thèmes relatifs à la prévention comme des thèmes de maîtrise médicalisée (prescription d'IPP dans le répertoire, prescription d'antibiotiques et respect de l'ordonnance bizonne), les objectifs collectifs sont déclinés en objectif individuel sur lequel doit tendre la pratique du médecin.

Chaque objectif individuel est défini en fonction du niveau de départ de chaque professionnel de santé de façon à atteindre l'objectif collectif.

Thème de maîtrise médicalisée	Indicateur	Objectifs collectifs déclinés en objectifs individuels
I.P.P.	Taux de prescription dans le répertoire (en nombre de boîtes)	75 %
Antibiotiques	Taux de patients traités par rapport à la patientèle du médecin	Réduction de l'écart entre le taux individuel et la moyenne régionale compatible avec l'objectif national
Ordonnancier bizonne	Part des médicaments prescrits à tort à 100 % pour 8 pathologies ciblées par l'Assurance Maladie	Baisse annuelle de 2 points de la valeur de cet indicateur

3. Les mesures tarifaires

Elles portent sur :

- la revalorisation des lettres-clés C et V des médecins généralistes à 22 € à compter du 1^{er} juillet 2007 ;
- la revalorisation de la lettre-clé C à 23 € à compter du 1^{er} juin 2008 en fonction des marges de manœuvre prévues par la LFSS pour 2008 et compte tenu des engagements des médecins dans la maîtrise médicalisée et dans la prévention en 2007 et 2008 ;

- . la revalorisation des actes gagnants CCAM (lorsque la tarification est supérieure au tarif actuel) ; avec un taux de revalorisation en augmentation progressive : + 15 % à compter du 1^{er} juillet 2007 et + 25 % à compter du 1^{er} juillet 2008 ;
- . une baisse des tarifs des actes de médecine nucléaire (- 6,6 % à l'exception des actes TEP) , de cardiologie interventionnelle (-10 % pour les actes d'artériographies coronaires et - 2,7 % des actes de dilatation des vaisseaux coronaires) ;
- . pour les radiologues, un accompagnement de l'évolution technologiques sera mis en place par la création d'un forfait d'archivage des images médicales ;
- . une majoration de 10 € pour les actes de pédopsychiatrie avec consultation familiale pour deux situations particulières ;
- . un supplément de 10 € pour la consultation de pédiatre de prise en charge des enfants particulièrement vulnérables.

Toutefois la mise en application de la 2^{ème} étape de la CCAM technique nécessite un avenant particulier en cours de négociation.

ANNEXE 7

La maîtrise médicalisée

1. Les principes

La maîtrise médicalisée consiste à rechercher et exploiter les gisements d'économies qui peuvent être mobilisés dans le système en optimisant l'emploi des ressources. Elle cherche à accroître le rapport coût /efficacité du système de soins, donc soigner aussi bien ou mieux en évitant les dépenses inutiles ou faiblement utiles.

De tels gains d'efficience existent en effet, comme de nombreuses études l'ont démontré, tant au niveau des pratiques individuelles (telles que les prescriptions médicamenteuses excessives ou effectuées à mauvais escient) que de l'organisation des soins et de l'utilisation des plateaux techniques (à titre d'exemple, hospitalisation complète pour des actes qui pourraient être réalisés en ambulatoire).

Cette stratégie de gains d'efficience ciblés sur des améliorations de pratiques n'est pas nouvelle. Le dispositif des RMO (références médicales opposables) initié en 1993 dans le cadre de la convention médicale s'inscrivait déjà dans cette démarche, en ciblant un certain nombre de prescriptions jugées inadaptées. L'accord sur le bon usage de la visite médicale en 2002 ou les actions menées sur les antibiotiques (campagne, diffusion du test angine,...) s'y rattachent également.

L'élément nouveau a consisté à systématiser cette approche en multipliant les thèmes et les professions concernées, à définir *a priori* des objectifs quantitatifs considérés comme atteignables, à déployer des programmes d'action structurés pour les atteindre et à surveiller les résultats obtenus au fur et à mesure.

Les principes qui guident cette stratégie sont :

1. s'appuyer sur des référentiels médicaux, sur l'évidence scientifique disponible et sur l'analyse des pratiques réelles et de leur variabilité au regard de ces référentiels pour définir les thèmes et les objectifs ;
2. quantifier ces objectifs quantifiés et les négocier contractuellement avec les professionnels. Mobiliser ces gains d'efficience passe en effet par des changements de comportement des acteurs, et notamment des offreurs de soins en premier lieu : l'adhésion des représentants de la profession est dès lors une condition nécessaire de la réussite ;
3. décliner ces objectifs localement et déployer des programmes d'action au niveau local, en direction des professionnels et des assurés, pour les atteindre (sensibilisation, retour d'information sur les pratiques, par le biais des visites des délégués de l'assurance maladie et des entretiens avec les praticiens conseil, mais aussi contrôles.

2. Les thèmes ciblés et les objectifs définis pour les années 2005-2007

Objectifs définis dans le cadre de la convention médicale

Les premiers objectifs retenus avec **les médecins** dans la convention de 2005 ont concerné :

- la prescription des médicaments dans certaines classes thérapeutiques : antibiotiques, psychotropes, statines ;
- la progression du taux de pénétration des génériques ;
- les arrêts de travail non médicalement justifiés.

Y a été adjoint l'objectif d'un meilleur respect des règles d'exonération des ALD par l'utilisation de l'ordonnancier bizon. On peut considérer que cet objectif ne relève pas au sens strict de la maîtrise médicalisée dans la mesure où il ne met pas en jeu les pratiques médicales, néanmoins il renvoie aussi à un changement de comportement des prescripteurs individuels.

Le tableau ci-dessous récapitule les objectifs attendus en termes d'économie :

	Tendance	Objectif / tendance	Taux d'évolution attendu	Montants en M€
Antibiotiques	0,0%	-10,0%	-10,0%	91
Statines	11,0%	-12,5%	-1,5%	161
Psychotropes	0,0%	-10,0%	-10,0%	33
Arrêt de travail	3,3%	-1,6%	1,6%	150
ALD (PS libéraux)	0,7 point	- 5 points (1)		340
ALD (Etablissements)		- 5 points (1)		115
Génériques (1)		5 points		55
AcBUS antiagrégant plaquettaires				53
Total				998

(1) Sur le ratio "dépenses en rapport avec une ALD / total des dépenses remboursables des ALD"

Ces thèmes ont été maintenus en 2006 et 2007 avec de nouveaux objectifs et de nouveaux thèmes sont venus s'y ajouter.

Deux nouvelles classes médicamenteuses font l'objet d'objectifs de modération de la prescription :

- les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) à partir de 2006,
- les IEC – Sartans à partir de 2007.

Maîtrise médicalisée : objectifs et économies pour 2006
Maintien des thèmes 2005 - nouveaux thèmes 2006

Thèmes	Objectif 2006	Economie en M€ 2006
Antibiotiques	Diminuer le niveau de consommation afin de réduire le risque de développement des résistances Baisse de 10 % des dépenses par rapport aux montants 2005 Optimiser l'utilisation des antibiotiques de nouvelles générations Relancer la campagne TDR	62
Statines	Inciter au respect des recommandations en matière de prescriptions Stabilité de la croissance des dépenses remboursées Promotion des faibles dosages notamment en initiation de traitement Augmentation de la prescription dans le répertoire	93
Anxiolytiques/hypnotiques	Baisse de 5 % des dépenses par rapport aux montants 2005	13
Indemnités journalières	Baisse de 1% des dépenses liées aux arrêts de travail par rapport à 2005	190
Affections de longue durée	Respecter la réglementation de l'ordonnancier bizonne notamment pour les médicaments, la biologie et la masso-kinésithérapie Diminution de 4 points du ratio des dépenses en rapport avec une ALD relativement à l'ensemble des dépenses	292
AcBUS sur les antiagrégants plaquettaires	Inciter au respect des recommandations médicales afin d'améliorer le rapport coût/efficacité Augmentation d'au moins 3 points du nombre de patient sous aspirine seul ou associé à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP	34
AcBUS sur la coloscopie après polypectomie	Taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une (ou plusieurs) nouvelle(s) coloscopie(s) entre les 4ème mois (inclus) et 24ème mois suivant la polypectomie inférieur à 0,5% à 2 ans	15
Génériques	Privilégier, parmi les thérapeutiques adaptées au besoin du malade, les prescriptions figurant dans le répertoire des génériques notamment sur la classe des statines, des IPP et des IEC-sartans	45 (dont 20 comptabilisés statines)
IPP	Inciter au respect des recommandations médicales et des indications thérapeutiques remboursables afin d'améliorer le rapport coût/efficacité Baisse de 3 % des dépenses par rapport à l'évolution tendancielle	28
Transports	Utilisation d'un référentiel médical permettant d'adapter le mode de transport prescrit à l'état de santé du malade et à son degré d'autonomie; Limitation de la croissance à 3% des dépenses par rapport à 2005	38
TOTAL		790

Maîtrise médicalisée : objectifs et économies pour 2007
Maintien des thèmes 2005 et 2006 - nouveaux thèmes 2007

Thèmes	Objectif 2007	Economie en M€ 2007
Antibiotiques	Diminuer le niveau de consommation afin de réduire le risque de développement des résistances Baisse de 5 % des dépenses par rapport aux montants 2006 Optimiser l'utilisation des antibiotiques de nouvelles générations Poursuite de la campagne TDR	40
Statines	Inciter au respect des recommandations en matière de prescriptions Ces consultations seront réalisées en coordination avec le médecin traitant. Promotion des faibles dosages notamment en initiation de traitement Augmentation de la prescription dans le répertoire	95
Anxiolytiques/hypnotiques	Baisse de 5 % des dépenses par rapport aux montants 2006	13
Indemnités journalières	Stabilisation des dépenses liées aux arrêts de travail par rapport à 2006	80
Affections de longue durée	Diminution de 2 points du ratio des dépenses en rapport avec une ALD relativement à l'ensemble des dépenses	146
AcBUS sur les antiagrégants plaquettaires	Augmentation d'au moins 3 points du nombre de patient sous aspirine seul ou associé à un autre AAP sur l'ensemble des patients sous AAP	34
AcBUS sur la coloscopie après polypectomie	Taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie et chez lesquels on observe une (ou plusieurs) nouvelle(s) coloscopie(s) entre les 4ème mois (inclus) et 24ème mois suivant la polypectomie inférieur à 0,5% à 2 ans	15
Généériques	Privilégier, parmi les thérapeutiques adaptées au besoin du malade, les prescriptions figurant dans le répertoire des génériques notamment sur la classe des statines, des IPP et des IEC-sartans	40 (dont 20 comptabilisés statines)
IPP	Baisse de 3 % des dépenses par rapport à l'évolution tendancielle	20
Transports	Croissance nulle en dépense remboursée par rapport à 2006	30
IEC-Sartans	Favoriser la prescription en première intention des diurétiques puis des IEC plutôt que des sartans Limitation de la croissance à 6% des dépenses par rapport à 2006	80
Actes	Diminution du nombre d'actes diagnostiques et thérapeutiques redondants	30
LPP	Diminution de la prescription de location de lits médicalisés au delà de la 1ère année	20
TOTAL		623

Objectifs définis avec les officines

Un objectif de délivrance de médicaments génériques à hauteur de 70% de la prescription dans le répertoire a été fixé pour 2006 dans le cadre de la convention avec les officines.

Objectifs définis avec les masseurs kinésithérapeutes

La Haute autorité de santé a publié des recommandations déterminant une liste d'interventions chirurgicales pour lesquelles la rééducation du patient ne nécessite pas de recourir à une hospitalisation en service de soins de suite et de réadaptation (SSR)²², mais peut être réalisée en ville par un masseur-kinésithérapeute libéral.

L'application de ces recommandations est de nature à accroître l'efficacité du système de soins, la rééducation en ville étant moins coûteuse qu'en établissement.

La convention de mai 2007 avec les masseurs kinésithérapeutes comporte des objectifs dans ce domaine. Pour 2008, il s'agit de diminuer la part des rééducations réalisées en SSR pour les patients concernés²³ :

- de 4,9 % à 3,4 % pour le secteur privé ;
- de 8,7 % à 7,2 % pour le secteur public.

3. Les résultats

3.1. Objectifs et réalisations 2005 et 2006

Les objectifs définis en 2005 et 2006 dans le cadre de la convention médicale et de ses avenants ont été atteints aux trois quarts environ :

²² dans la mesure où il n'existe pas d'incompatibilité avec le maintien à domicile du fait de complications, de pathologies associées, de l'isolement social.

²³ Mesurée comme le ratio : séjours MCO des patients de 18 à 79 ans sans comorbidité ni multipathologies avec diagnostic principal pertinent et au moins un acte des listes I ou II issues des recommandations HAS et poursuivis en SSR, sur la totalité des séjours MCO des patients de 18 à 79 ans.

CONVENTION MEDICALE
OBJECTIFS ET RESULTATS DE LA MAITRISE MEDICALISEE EN 2005 ET 2006

2005	Objectifs de la maîtrise médicalisée				Economies réalisées	
	Tendance	Objectif / tendance	Taux d'évolution attendu	Montants en M€	Taux	Montants en M€
Antibiotiques	0,0%	-10,0%	-10,0%	91	-2,2%	30
Statines	11,0%	-12,5%	-1,5%	161	3,2%	117
Psychotropes	0,0%	-10,0%	-10,0%	33	-3,0%	10
Arrêt de travail	3,3%	-1,6%	1,6%	150	-1,5%	432
ALD (PS libéraux)	0,7 point	- 5 points (1)		340	-1,3 point	88
ALD (Etablissements)		- 5 points (1)		115	1,6 point	0
Génériques (1)		5 points		55	4 points	44
AcBUS antiagrégant plaquettaires				53		0
Total				998		721

(1) Sur le ratio "dépenses en rapport avec une ALD / total des dépenses remboursables des ALD"

2006	Objectifs de la maîtrise médicalisée				Economies réalisées	
	Tendance	Objectif / tendance	Taux d'évolution attendu	Montants en M€	Taux	Montants en M€
Antibiotiques	-2,0%	-8,0%	-10,0%	63	-7,9%	46
Statines	8,1%	-8,1%	0,0%	93	-3,6%	135
Psychotropes	0,0%	-5,0%	-5,0%	13	-7,5%	20
IPP	1,0%	-3,0%	-2,0%	28	-0,3%	13
Arrêt de travail	1,6%	-2,6%	-1,0%	190	-2,0%	262
ALD (PS libéraux)	0,7 point	- 4 points		292	-1,1 point	80
Génériques (1)				25		25
AcBUS antiagrégant plaquettaires				34		0
AcBUS coloscopie après polypectomie				15		0
Transport	6,9%	-3,9%	3,0%	38	9,8%	0
Total				791		581

(1) Il ne s'agit pas dans ce tableau de l'économie liée à la pénétration du générique dans le répertoire, qui s'élève à environ 150M€ en 2006, mais uniquement de l'objectif de prescription dans le répertoire.

Les enseignements que l'on peut tirer de ces résultats obtenus sur les deux premières années sont détaillés plus loin (partie 4).

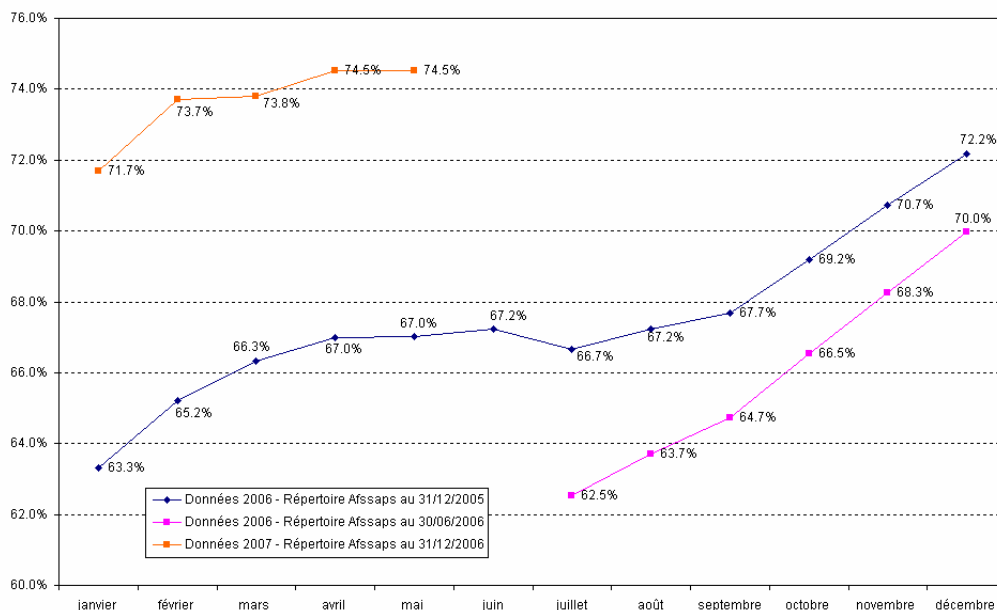
Par ailleurs, l'objectif de 70% de pénétration du médicament générique dans le répertoire, fixé pour 2006 dans le cadre de la convention avec les officines, a été atteint.

3.2. La situation à mai 2007

Génériques

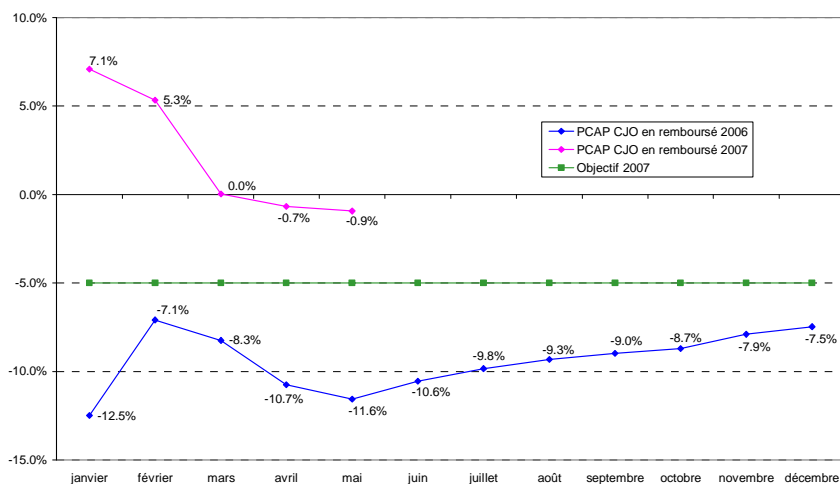
Le résultat à mai 2007 est encourageant pour l'objectif 2007, qui a été fixé à 75%. Le taux de pénétration a en effet atteint 74,5% à fin mai 2007, soit une hausse de 4,5 points par rapport à décembre 2006. La France se rapproche ainsi des standards internationaux et comble son retard par rapport aux pays européens tels que l'Allemagne et le Royaume-Uni.

Taux de génériques (en nombre de boîtes)



Antibiotiques

Evolution des dépenses d'antibiotiques remboursées par l'assurance maladie et prescrites par les médecins libéraux, en PCAP²⁴

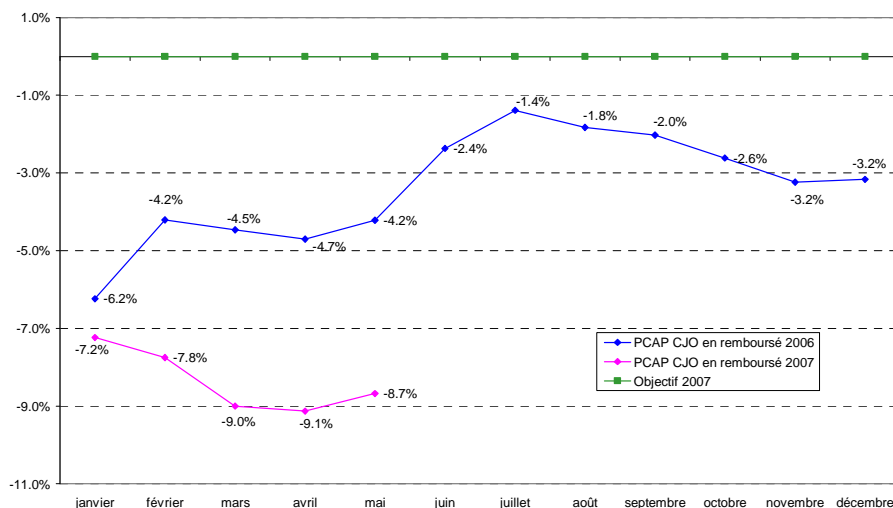


Le pic épidémique constaté en début d'année 2007 s'est traduit par une forte progression des prescriptions d'antibiotiques en janvier et février. La courbe s'infléchit depuis. L'objectif de -5% sur l'année (objectif dont l'atteinte sera évaluée après correction *a posteriori* des effets épidémiques par l'Institut Pasteur) ne paraît pas hors de portée.

24 PCAP = période comparable année précédente. Exemple : sur la période janvier – mai 2007, les dépenses d'assurance maladie correspondant aux antibiotiques prescrits par les médecins libéraux ont augmenté de 0,9% par rapport à la période janvier – mai 2006.

Statines

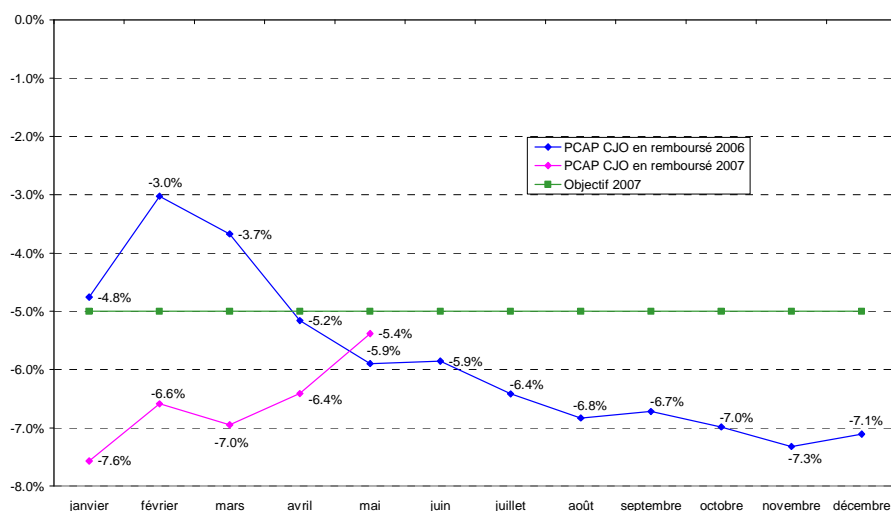
Evolution des dépenses de statines remboursées par l'assurance maladie et prescrites par les médecins libéraux, en PCAP³



La prescription de statines reste très basse sur les 5 premiers mois de l'année, très en deçà de l'objectif de stabilité des dépenses. Rappelons cependant que l'objectif étant fixé en valeur intègre sur les premiers mois de l'année un fort effet prix négatif.

Psychotropes

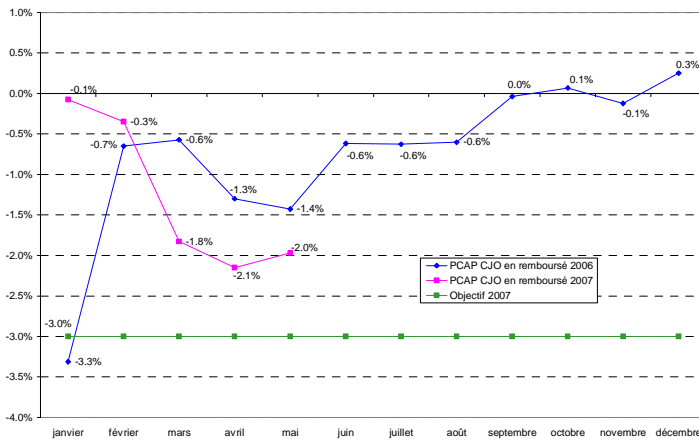
Evolution des dépenses de psychotropes remboursées par l'assurance maladie et prescrites par les médecins libéraux, en PCAP³



La prescription d'anxiolytiques et d'hypnotiques à fin mai est en ligne avec l'objectif (-5%).

IPP

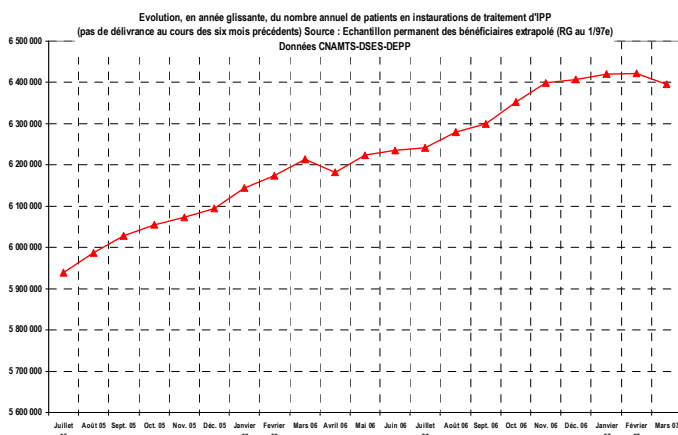
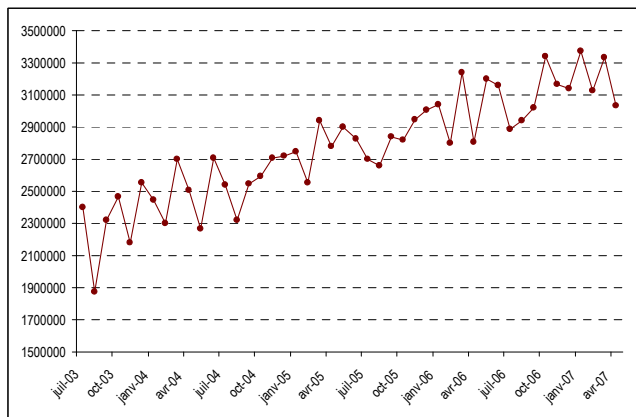
Evolution des dépenses d'inhibiteurs de pompe à protons (IPP) remboursées par l'assurance maladie et prescrites par les médecins libéraux, en PCAP³



Pour les IPP les actions de terrain mises en place à compter de mars 2007 semblent porter leurs fruits, puisque l'on observe une nette inflexion des évolutions qui s'établissent autour de -2% sur les trois derniers mois.

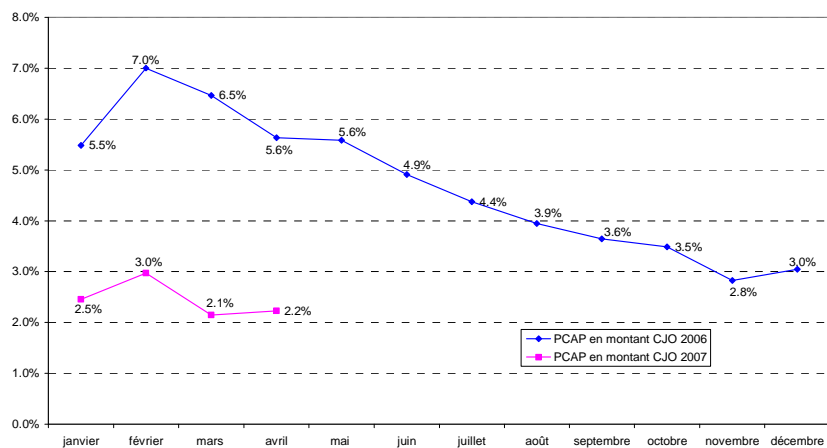
Cette inflexion est également perceptible sur les volumes de boîtes et sur les initiations de traitement, comme le montrent les graphiques ci-dessous :

Total des volumes de boîtes d'IPP remboursées



IEC- Sartans

Evolution des dépenses d'inhibiteurs de pompe à protons (IPP) remboursées par l'assurance maladie et prescrites par les médecins libéraux, en PCAP³



4. Un bilan global de deux ans et demi d'effort : quel impact sur les comportements de prescription et de consommation de soins ?

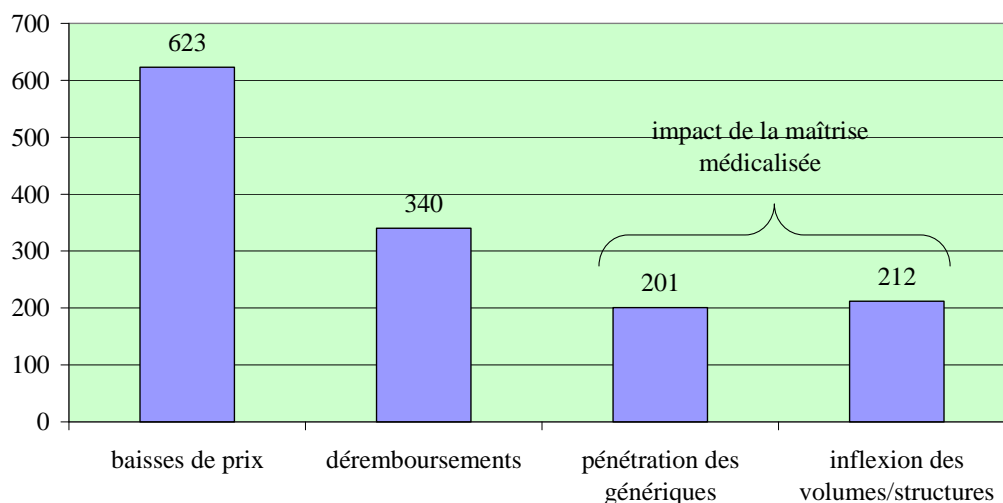
La fixation d'objectifs, relayée par des actions d'accompagnement des professionnels sur le terrain, a un impact effectif sur les comportements de prescription. Le domaine du médicament en fournit plusieurs exemples : l'évolution des dépenses est bien sûr impactée à la baisse par les diminutions de prix, mais on observe un réel impact également sur les volumes.

C'est le cas par exemple pour les statines, comme le montre l'annexe spécifique sur cette classe thérapeutique : les initiations de traitement ont commencé à décroître dès la mise en place des actions en 2005 ; cette évolution se fait sentir sur les volumes globaux de manière plus significative en 2006.

Les évolutions sur les IPP montrées ci-dessus sont également encourageantes : les résultats nationaux sont corroborés par les observations que l'on peut mener au niveau des caisses locales : les premières à avoir lancé l'action IPP voient effectivement les prescriptions s'infléchir par rapport à celles qui ont opté pour un calendrier plus décalé.

Sur le plan macro-économique, on peut décomposer ainsi les différents effets qui ont joué à la baisse en 2006 sur les dépenses de médicaments :

Décomposition des effets concourant à la baisse du poste médicament par rapport à la tendance en 2006



5. Les perspectives

En matière de *génériques*, si le taux de pénétration est satisfaisant, l'objectif de prescrire dans le répertoire demeure d'actualité. On observe en effet en France, plus rapidement que dans d'autres pays, un déplacement des prescriptions vers les produits les plus récents non génériques, plus coûteux et qui ont un apport très limité en termes de service médical rendu. Ainsi, par exemple, dans le domaine des anti-ulcéreux, 83% des prescriptions d'IPP sont réalisés dans le répertoire des génériques au Royaume-Uni, contre 50% seulement en France. C'est pourquoi l'avenant 23 de la convention médicale a retenu un objectif dans ce domaine.

Les actions démarrent dans certains secteurs et sont à déployer : c'est le cas pour les transports de malades, ou pour certains biens médicaux comme les lits médicalisés. De manière plus globale, la liste des produits et prestations est un des postes dans lequel on enregistre des évolutions très rapides des dépenses.

Les programmes de maîtrise médicalisée doivent aussi se déplacer vers la question de l'utilisation judicieuse des plateaux techniques. L'alternative ville / service de soins de suite et de réadaptation (*cf supra* la convention avec les masseurs-kinésithérapeutes) ou le développement de la chirurgie ambulatoire en fournissent des premiers exemples.

L'individualisation des objectifs est une avancée significative de l'avenant 23 à la convention médicale. Cette approche pourrait être développée de manière plus importante.

ANNEXE 8

Projet d'accompagnement des patients diabétiques

➤ *Contexte*

La loi du 13 août 2004 portant réforme de l'Assurance Maladie en mettant en place le parcours coordonné de soins autour du médecin traitant et en créant la Haute Autorité de Santé (HAS) a introduit des évolutions législatives importantes dans le domaine des affections de longue durée. La HAS a notamment pour missions de « *formuler des recommandations sur les critères médicaux utilisés pour la définition des affections de longue durée et les actes et prestations* » nécessaires à la prise en charge de ces affections. Les premières recommandations relatives aux ALD ont été publiées fin mai 2006 et portent en particulier sur le diabète. Un guide destiné aux patients a été également élaboré et est en cours de diffusion par les échelons locaux des services du contrôle médical²⁵. Les responsabilités de l'Assurance Maladie, en particulier dans le domaine de la gestion du risque ont également été précisées par cette loi.

Dans ce contexte, la Cnamts a fait de l'accompagnement des patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques un des axes essentiels de sa politique de gestion du risque. Cette orientation stratégique a été validée par les conseils de la Cnamts et de l'Uncam et reprise dans la COG 2006 – 2009 : « *l'AM s'engage à développer des programmes personnalisés de prévention ... contenant des dispositifs de prévention, d'éducation du patient et d'information sur les traitements et l'offre de soins* »

L'avenant n° 12 à la Convention Nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance Maladie, signé en mars 2006, est venu conforter le rôle du médecin traitant dans la coordination des soins pour les ALD, de façon prioritaire dans le domaine de la prévention. Pour l'année 2006 un des thèmes retenus concerne « *la prévention des risques cardio-vasculaires des patients diabétiques* ».

Le rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) sur le disease management, publié en septembre 2006²⁶, a souligné l'intérêt de l'accompagnement personnalisé des patients atteints de pathologies chroniques.

Cette orientation de la CNAMTS s'inscrit également dans le Plan ministériel 2007 –2011 d'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Une des six priorités de ce plan concerne la coordination et la qualité de la prise en charge des maladies chroniques. Ce plan prévoit également la prise en charge des soins relatifs à la prévention du pied diabétique, pour tous les patients atteints de diabète et présentant un risque de lésion du pied.

Enfin la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2007, en son article 91-II, légitime l'action de l'Assurance Maladie en matière d'accompagnement des patients : « *les caisses nationales d'Assurance Maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques visant à leur apporter des conseils en terme d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé* ».

L'accompagnement des patients atteints de pathologies chroniques concernera en premier lieu les patients diabétiques, en raison du fort enjeu médico-économique de cette affection.

²⁵ Ces documents sont disponibles sur le site de la Haute Autorité de Santé www.has-sante.fr

²⁶ Disponible sur le site de la documentation française www.documentation.francaise.fr

Le diabète est une affection fréquente. Au 1^{er} novembre 2004, on dénombrait 1 211 000 patients en ALD pour diabète, pour le Régime Général (RG) y compris les ressortissants des Régimes Particuliers gérés par des Sections Locales Mutualistes (SLM), au troisième rang en terme d'effectifs, après le groupe des affections cardio-vasculaires et les tumeurs malignes²⁷.

Le taux d'accroissement annuel moyen du nombre de diabétiques en ALD a été de 6,2 % entre 1994 et 2004 et il est actuellement estimé à 7,5 % par an. L'augmentation de l'incidence du diabète est principalement due à la prise de poids de la population et à la sédentarité.

Les projections de l'OMS montrent que l'on peut s'attendre entre 1995 et 2025 à un doublement du nombre de diabétiques en France.

L'âge moyen des diabétiques était de 64 ans, la proportion d'hommes de 51 %. Les diabétiques de type 2 représentent environ 85 % de l'ensemble. Un tiers des diabétiques était en ALD depuis plus de 10 ans (l'ancienneté médiane est de 5 ans).

Selon l'étude Ecodia 2 réalisée en 2005, les patients diabétiques auraient en moyenne bénéficié de 4,7 consultations de généraliste et de 1,3 consultations de spécialiste au cours des 6 derniers mois ; 14 % des patients ont bénéficié d'au moins une hospitalisation au cours des 6 derniers mois d'une durée moyenne de 10,5 jours. 6 % des patients ont bénéficié d'arrêts de travail pour une durée moyenne de 38,6 jours.

L'étude ENTRED²⁸ a permis d'estimer la prévalence des complications macro vasculaires à 20 %, celle de la rétinopathie diagnostiquée à 10 %, celle de la neuropathie périphérique à 12 %. La prévalence de la néphropathie est estimée à 30 %²⁹. Un même patient peut présenter plusieurs de ces complications.

La très forte augmentation de la fréquence du diabète (+7,5% par an) liée principalement à la prise de poids de la population résidente en France, l'élargissement des indications thérapeutiques -association d'antidiabétiques, insuline, statines, antithrombotiques-, la progression de la surveillance réalisée (consultation ophtalmologique, électrocardiogramme, suivi biologique) mais qui reste insuffisante et la généralisation de l'autocontrôle conduisent à une croissance continue des coûts des soins liés au diabète pour la collectivité (+ 13,5% par an).

Ainsi, en 2004, le montant global remboursé par le RG (hors Sections Locales Mutualistes) pour les patients diabétiques en ALD a été de 6,7 milliards d'euros. La croissance annuelle moyenne du coût total des personnes en ALD diabète a été de 9,2 % entre 1994 et 2004³⁰.

Le montant moyen annuel remboursé pour un diabétique en ALD est en 2004 de 5 910 €. Parmi ces coûts, la part de l'hôpital est majeure (46,1 %) avant les dépenses de pharmacie (23,0 %), de soins infirmiers (9,4 %) et de dispositifs médicaux (6,9 %).

➤ *Travaux préliminaires de l'Assurance maladie*

Des travaux préalables à la mise en œuvre de ce programme ont été menés au cours de l'année 2006 et ont porté notamment sur une meilleure connaissance des besoins du patient diabétique en ALD à travers l'analyse médico-économique des consommations de soins.

Trois profils de patients diabétiques ont été identifiés :

27 Fréquence des trente affections de longue durée pour les bénéficiaires du Régime Général de l'Assurance Maladie en 2004. Disponible sur www.ameli.fr

28 Source : ENTRED (2001-2003) étude réalisée sur un échantillon de 10 000 patients diabétiques de type 1 ou de type 2, sélectionnés à partir de leur consommation d'antidiabétiques oraux ou d'insuline au dernier trimestre 2001

29 Source : Plan diabète du Ministère de la Santé

30 Vallier N, Salanave B, Weill A. Points de repère n°3, CNAMTS, octobre 2006.

- les diabétiques insulino-traités, de type 1 ou de type 2, pour lesquels le montant moyen annuel remboursé est très important
- les diabétiques non insulino-traités avec des complications, pour lesquels le montant moyen annuel remboursé est intermédiaire;
- les diabétiques non insulino-traités sans complications, pour lesquels le montant moyen annuel remboursé est plus limité

En parallèle, un état des lieux des actions de prévention des complications et d'éducation thérapeutique des patients diabétiques, financées par l'Assurance Maladie a été réalisé qui a donné lieu à l'élaboration d'un rapport détaillé.

Cet état des lieux a concerné les actions d'éducation thérapeutique et de prévention des complications qui avaient bénéficié d'un financement annuel, depuis au moins 2003, au titre du FAQSV, de la DNDR, du FNPEIS, du FNASS et/ou des aides du Conseil Scientifique de la CNAMTS et répondaient à l'un des critères suivants :

- un montant du financement $\geq 120\ 000$ €
- un nombre de patients pris en charge ≥ 80

L'exploitation des questionnaires renseignés par les URCAM pour ces actions ciblées a permis de sélectionner 60 dispositifs pour la suite de l'analyse qui a été complétée par des visites sur site dans 7 régions (Bourgogne, Centre, Franche-Comté, Île de France, Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées et Rhône-Alpes).

Cette analyse a montré que, en 2005, le montant total des aides financières allouées au titre des différentes enveloppes était de 11,2 millions d'Euros pour environ 30 000 patients et 10 500 professionnels de santé adhérents.

Le coût moyen était estimé à 372 € par an et par patient avec de grandes disparités (une part importante consacrée à la formation des personnels réalisant l'éducation thérapeutique, cette formation est toujours pluriprofessionnelle).

303 actions ont été recensées, qui s'adressaient exclusivement dans la moitié des cas, à des patients diabétiques de type 2.

Cet état des lieux a mis en évidence une offre très diversifiée de dispositifs d'éducation thérapeutique et de prévention des complications des patients diabétiques.

Des points communs ont pu être dégagés :

- une formation pluridisciplinaire des intervenants,
- un recrutement de proximité,
- une équipe minimale de professionnels de santé intervenants (médecin, infirmière, podologue et diététicienne),
- une grande disparité de l'offre proposée aux patients.

Cependant, de tels dispositifs sont difficilement généralisables car les structures mises en place, bien que très dynamiques, fonctionnent généralement grâce à la motivation forte du porteur de dispositif et dépendent essentiellement des moyens matériels et humains (éducateur médico-sportif, infirmière, hôpital local, centre d'examen de santé, maison du diabète, salles municipales, gymnases,) mis à disposition.

Par ailleurs, la Cnamts a mené une analyse des expériences étrangères en matière d'accompagnement des patients. Il s'agissait en particulier d'identifier, à partir des programmes existant à l'étranger, les éléments transposables en France et qui permettraient d'obtenir et de rendre pérenne l'adhésion des patients concernés.

Ce travail a notamment démontré que les expériences étrangères dans les pays sur lesquels a porté notre analyse (Allemagne, Royaume-Uni et États-unis) présentent des modèles innovants orientés vers les patients et proposant une intervention par téléphone réalisée par des infirmières expérimentées.

Ce constat a permis d'orienter la démarche de la Cnamts vers une adaptation de la méthode d'accompagnement des patients au système français.

➤ *Objectifs et méthodes*

Les enjeux du programme d'accompagnement des patients diabétiques sont de garantir une meilleure prise en charge des patients diabétiques afin d'améliorer leur état de santé et d'optimiser les coûts de prise en charge.

Au contraire des programmes qui existent actuellement en France et qui concernent un petit nombre de patients diabétiques, l'objectif de la CNAMTS est de proposer un programme d'accompagnement « de masse » s'adressant à l'ensemble des diabétiques de type 2 et 1 et s'appuyant sur le rôle central du MT. Pour ce faire, la première étape est de démontrer l'efficacité de la démarche sur un pilote de taille significative (140 000 patients).

Le pilote se déroulera à cadre législatif et réglementaire constant ce qui implique que l'Assurance Maladie sera l'unique opérateur du programme.

L'accompagnement sera différencié selon l'état de santé et le niveau de risque des patients :

- pour l'ensemble des patients, le programme consistera notamment en l'envoi par courrier ou la mise à disposition par Internet de supports personnalisés d'information sur la maladie.
- pour les patients de risque moyen ou élevé pour lesquels l'objectif est de réduire la gravité des complications diagnostiquées et d'éviter l'apparition de nouvelles complications, le programme consistera en contacts téléphoniques réalisés par un professionnel de santé formé (a priori une infirmière). La fréquence de ces appels sera adaptée à l'état de santé du patient.
- les supports du programme sont élaborés en collaboration avec l'INPES et seront en cohérence avec les recommandations de la HAS et de l'AFSSAPS.

Le niveau de risque et la gravité de la maladie seront appréciés en fonction des données de remboursement disponibles dans les bases de données de l'Assurance Maladie, des informations communiquées par le médecin traitant et par le patient. Elles pourront être complétées dans un second temps grâce aux informations recueillies au cours du premier entretien téléphonique avec le patient.

L'évaluation globale du programme sera confiée à un évaluateur externe.

➤ *Calendrier*

Le pilote concernera une population cible d'environ 140 000 patients diabétiques répartis dans plusieurs départements métropolitains (départements de l'Ariège, du Gers, de la Haute-Garonne, des Hautes-Pyrénées, du Loiret, du Puy-de-Dôme, de la Sarthe, de la Seine-Saint-Denis et du Tarn).

Le calendrier prévisionnel est le suivant :

- Début du recrutement des patients au cours du premier trimestre 2008, avec envoi des supports d'information à l'ensemble des patients diabétiques des sites pilotes,
- Début des contacts téléphoniques pour les patients de risque moyen ou élevé en septembre 2008, sur ces sites pilotes,
- Extension du dispositif en 2009 – 2010 à l'ensemble des patients diabétiques en ALD, conditionnée par le succès du pilote,
- Développement ultérieur sur d'autres pathologies.

Annexe 9

Compte 2006 - 2008 de la CNAMTS

	2006	%	2007	%	2008
CHARGES DE GESTION TECHNIQUE	147 340	13,0%	153 728	4,3%	160 000
I - PRESTATIONS SOCIALES	122 130		127 272	4,2%	131 000
- Prestations légales	120 851		126 152	4,4%	130 000
Prestations légales maladie & maternité	116 423	4,9%	121 536	4,4%	125 000
Prestations légales "invalidité"	4 269	4,8%	4 454	4,3%	4 000
Prestations légales "décès"	160	-1,3%	162	1,8%	150
- Prestations extra-légales	427	-6,4%	433	1,4%	400
- Autres prestations	853		688	-19,3%	800
II - CHARGES TECHNIQUES	15 562		15 894	2,1%	16 000
III - DIVERSES CHARGES TECHNIQUES	965		1 027	6,4%	1 000
IV - DOTATIONS AUX PROVISIONS	8 553		9 249	8,1%	10 000
V - CHARGES FINANCIERES	130		285	119,1%	200
CHARGES DE GESTION COURANTE	5 119	-2,7%	5 293	3,4%	5 000
CHARGES EXCEPTIONNELLES	178		131		200
TOTAL CHARGES	152 638	12,5%	159 152	4,3%	165 000
PRODUITS DE GESTION TECHNIQUE	146 468	14,9%	152 892	4,4%	161 000
I - COTISATIONS, IMPOTS, ET PRODUITS AFFECTES	126 729		130 642	3,1%	137 000
Cotisations sociales	63 116	3,5%	65 194	3,3%	67 000
Cotisations sociales prises en charge par l'Etat	1 365		1 625	19,1%	1 500
Cotisations prises en charge par la Sécurité Sociale	1 336	-3,5%	1 402	5,0%	1 500
Produits entité publique autre que l'Etat	866	51,8%	499	-42,4%	800
CSG et taxes affectées	60 046	20,9%	61 922	3,1%	65 000
II - PRODUITS TECHNIQUES	11 102		12 534	12,9%	13 000
III - DIVERS PRODUITS TECHNIQUES	1 427	25,4%	1 241	-13,0%	1 500
IV - REPRISES SUR PROVISIONS	7 208		8 474	17,6%	9 000
V - PRODUITS FINANCIERS	2		0	100,0%	0
PRODUITS DE GESTION COURANTE	166	30,7%	164	-1,7%	150
PRODUITS EXCEPTIONNELS	67	1,9%	102	51,9%	100
TOTAL PRODUITS	146 701	14,9%	153 157	4,4%	161 000
RESULTAT NET	-5 936		-5 995		-3 000

