

**PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE
SUR LES CHARGES ET PRODUITS POUR
L'ANNEE 2012**

CONSEIL CNAMTS DU 7 JUILLET 2011

RAPPORT CHARGES ET PRODUITS POUR 2012

1.	UNE EVOLUTION DES DEPENSES MAITRISEE DANS LA DUREE.....	4
1.1.	La bonne performance de la France en termes de maîtrise des dépenses sur les dernières années	4
1.2.	Les leviers principaux de cette maîtrise.....	5
1.2.1.	<i>Une action continue sur le prix des soins et des produits de santé</i>	5
1.2.2.	<i>Des gains d'efficience dans la délivrance des soins.....</i>	7
1.2.3.	<i>Un effort important de réduction des coûts de gestion dans le régime général</i>	14
1.3.	Une dynamique tendancielle liée aux pathologies lourdes qui reste soutenue	15
2.	UN DEFICIT DE 10,3 MD€ LIÉ POUR PLUS DE LA MOITIÉ À LA CRISE	18
2.1.	Au regard de l'ampleur de la crise économique, le déficit a été maîtrisé.....	18
2.2.	Plus de la moitié du déficit est d'origine conjoncturelle	19
2.2.1.	<i>Déficit structurel et déficit conjoncturel.....</i>	19
2.2.2.	<i>Estimation du partage en 2011.....</i>	20
3.	UN ACCES AUX SOINS GLOBALEMENT SATISFAISANT, MAIS DES SITUATIONS PARTICULIERES A AMELIORER	22
3.1.	L'assurance maladie permet un accès aux soins généralisé qui est un facteur de réduction des inégalités de santé.....	22
3.2.	Un certain nombre de situations restent cependant problématiques du point de vue de l'équité d'accès aux soins	23
3.2.1.	<i>Un recours à la prévention insuffisant malgré le remboursement à 100%.....</i>	23
3.2.2.	<i>La persistance de situation de restes à charge élevés, notamment en optique et dentaire</i>	24
3.2.3.	<i>Une part significative de population sans couverture complémentaire au-delà du seuil de revenu de la CMUC.....</i>	25
3.2.4.	<i>L'augmentation progressive des dépassements d'honoraires.....</i>	27
4.	DES GISEMENTS IMPORTANTS D'EFFICIENCE	29
4.1.	Des dépenses de médicaments supérieures aux autres pays européens.....	29
4.1.1.	<i>Une prescription dans le répertoire très faible</i>	29
4.1.2.	<i>Des prix supérieurs aux autres pays pour les génériques de ces trois classes.....</i>	30
4.1.3.	<i>Une forte croissance des médicaments hospitaliers hors GHS</i>	31
4.1.4.	<i>Une illustration des marges d'efficience dans le cas du traitement de l'apnée du sommeil.....</i>	33
4.2.	les soins hospitaliers : une absence de cohérence dans les tarifs et les remboursements aux assurés	34
4.2.1.	<i>Des écarts entre les montants facturés variables selon les secteurs.....</i>	35
4.2.2.	<i>Une situation inéquitable pour les patients</i>	38
4.2.3.	<i>Une variabilité des montants facturés au sein du secteur des cliniques.....</i>	39
4.3.	Des processus de soins hétérogènes générant des écarts de coût à pathologie identique	41
4.4.	L'hétérogénéité de prescription sur les indemnités journalières par rapport aux durées de référence.....	44
4.5.	les marges d'efficience du recours contre tiers	47
4.5.1.	<i>Une insuffisante détection des accidents impliquant un tiers.....</i>	47
4.5.2.	<i>Des délais préjudiciables à l'assurance maladie pour l'inscription des créances.....</i>	48
4.5.3.	<i>Des pertes financières importantes pour l'Assurance maladie sur les rentes et pensions d'invalidité avec un barème de capitalisation datant des années 1950 et 1960</i>	48
4.6.	Les difficultés de mise en œuvre liées à un environnement réglementaire contraint.....	49

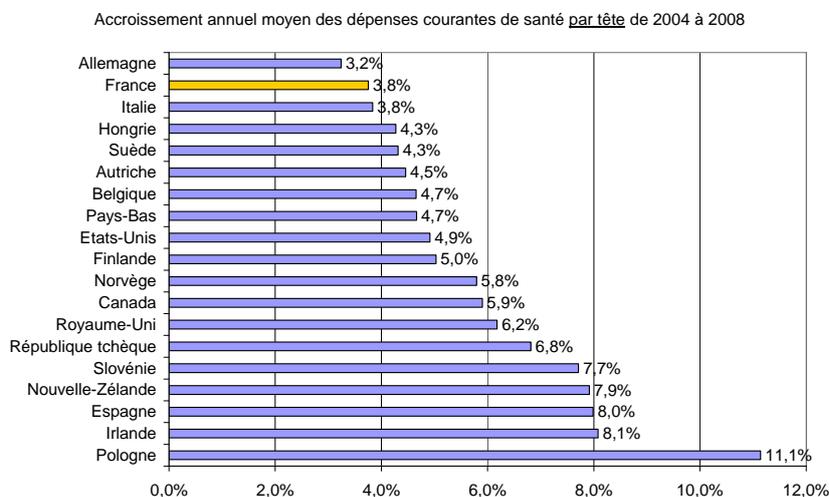
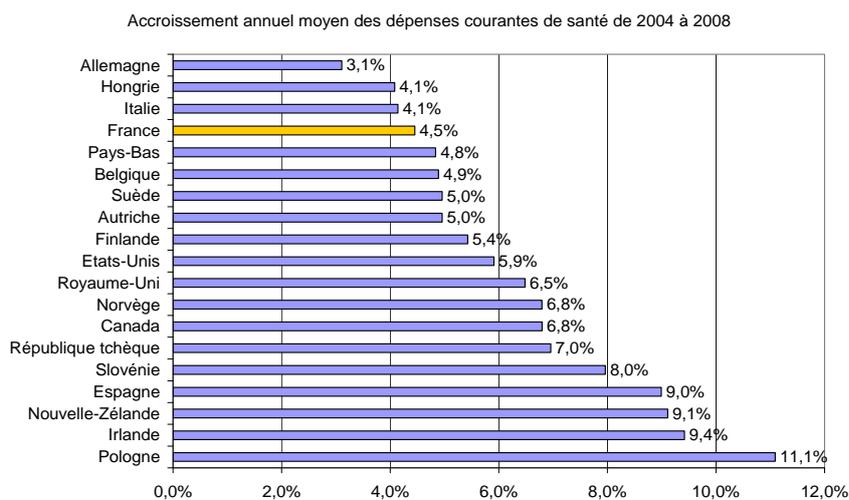
5.	LES PROPOSITIONS POUR AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS.....	51
5.1.	Développer la prévention en accompagnant l'assuré.....	52
5.1.1.	<i>La connaissance : une première étape pour permettre à l'assuré d'agir pour sa santé.....</i>	52
5.1.2.	<i>Etendre et diversifier les modes d'accompagnement des patients.....</i>	52
5.2.	Faciliter l'accès aux soins des assurés	53
5.2.1.	<i>Améliorer l'offre optique pour les bénéficiaires de la CMUC et réduire les restes à charge des assurés</i> 54	
5.2.2.	<i>Faciliter l'accès des assurés à l'Aide à la Complémentaire santé.....</i>	54
5.2.3.	<i>Faciliter l'accès à la vaccination pour les populations précaires.....</i>	55
5.3.	Faire évoluer les modes de prise en charge	55
5.3.1.	<i>Développer l'autonomie des patients diabétiques traités par insuline</i>	56
5.3.2.	<i>Autoriser les centres autonomes ambulatoires.....</i>	56
5.3.3.	<i>Favoriser la réalisation en cabinet de certains actes actuellement pratiqués en établissement</i>	57
5.3.4.	<i>Améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD).....</i>	58
5.4.	Améliorer l'équité pour les assurés de la prise en charge en établissement de soins.....	59
5.5.	Des processus de soins plus efficaces	61
5.5.1.	<i>Développer les référentiels de prescription et les étendre à de nouveaux domaines.....</i>	61
5.5.2.	<i>Renforcer l'efficacité des processus de soins pour une meilleure couverture des assurés.....</i>	61
5.6.	Accroître la transparence du financement des établissements de santé	62
5.6.1.	<i>Le financement et l'utilisation des MIGAC</i>	62
5.6.2.	<i>Les missions de l'ATIH.....</i>	63
5.6.3.	<i>Favoriser une gestion active du patrimoine hospitalier</i>	63
5.7.	Conforter les économies de gestion	65
5.7.1.	<i>Optimiser l'organisation des dépistages organisés des cancers.....</i>	65
5.8.	Optimiser les dépenses de produits de santé	65
5.8.1.	<i>Agir sur les prix des médicaments.....</i>	65
5.8.2.	<i>Veiller à la pertinence des prescriptions de produits de santé.....</i>	66
5.8.3.	<i>S'inspirer des expériences étrangères pour la pression positive continue</i>	66
5.8.4.	<i>Revoir les prix des prothèses de hanche et de genou.....</i>	67
5.9.	Améliorer l'efficacité du recours contre tiers	68
6.	L'ONDAM ET LE RESULTAT FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE	70
6.1.	L'ONDAM 2012.....	70
6.1.1.	<i>L'évolution tendancielle de l'ONDAM 2012</i>	70
6.1.2.	<i>Les mesures 2012.....</i>	71
6.2.	La réduction du déficit conjoncturel de l'assurance maladie nécessitera des ressources complémentaires	72
6.2.1.	<i>La réforme de la prise en charge de la dépendance ne doit pas se traduire par des pertes de recettes ou des charges nouvelles pour l'assurance maladie.....</i>	72
6.2.2.	<i>Veiller à la pertinence du financement par l'assurance maladie de certains fonds.....</i>	72
6.2.3.	<i>Vers une réforme du financement de la protection sociale.....</i>	73
	SYNTHESE DES PROPOSITIONS.....	74

1. UNE EVOLUTION DES DEPENSES MAITRISEE DANS LA DUREE

1.1. LA BONNE PERFORMANCE DE LA FRANCE EN TERMES DE MAITRISE DES DEPENSES SUR LES DERNIERES ANNEES

La France se situe parmi les pays qui maîtrisent le mieux leurs dépenses sur la période récente.

Entre 2004 et 2008 (dernière année publiée par l'OCDE pour un nombre important de pays), la France se situe au quatrième rang, et au deuxième si l'on compare les dépenses par tête (en tenant ainsi compte de l'évolution démographique différenciée d'un pays à l'autre).



Source : OCDE Health data

Sur l'ensemble de la période 2004-2008, l'Allemagne connaît une évolution des dépenses plus modérée que la France, mais la croissance des dépenses de santé allemandes s'est accélérée depuis 2008. En 2008, l'évolution des dépenses est identique (+3,9% pour l'Allemagne, +4,0% pour la France), et elle est nettement inférieure en France en euros constants (+1,4% versus +2,4%). C'est le cas également en 2009 pour la plupart des soins de ville :

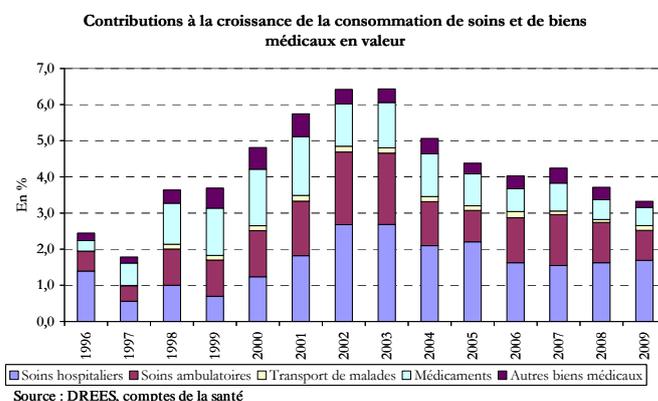
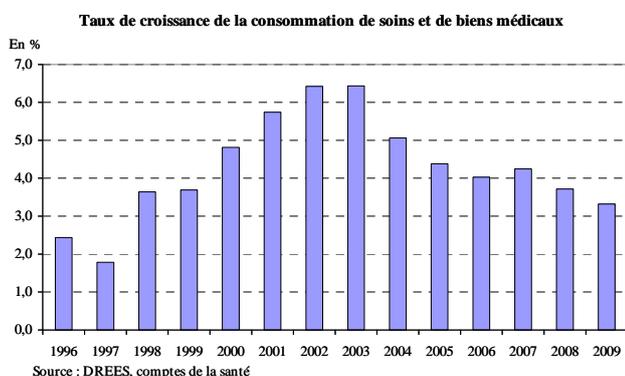
Evolution 2008-2009 en euros constants	France	Allemagne
Honoraires médecins	0,5%	6,2%
Honoraires dentistes	-0,6%	4,5%
Médicaments	2,0%	4,1%
Indemnités journalières	4,1%	9,2%
Transports	5,8%	4,7%

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale

1.2. LES LEVIERS PRINCIPAUX DE CETTE MAITRISE

La maîtrise de la dépense d'assurance maladie procède en premier lieu de la maîtrise de la dépense totale, du coût global des soins.

La croissance de la dépense de santé a été maintenue au voisinage de celle du PIB sur les dernières années. **La décélération des soins ambulatoires et des médicaments a particulièrement contribué à cette modération** (graphiques ci-dessous).



L'évolution de la dépense de santé globale a été contenue, grâce à une gestion rigoureuse des prix et à un ensemble d'actions visant à délivrer les soins de manière plus pertinente et efficiente. L'assurance maladie a largement contribué à cette maîtrise, par les actions qu'elle a mises en œuvre ou qui ont été initiées à la suite de ses propositions.

1.2.1. Une action continue sur le prix des soins et des produits de santé

Des ajustements des tarifs de médicaments sont mis en œuvre chaque année par le CEPS, dont l'assurance maladie est membre. Au total, ils ont représenté **une économie de 2,3 milliards d'euros sur les 5 dernières années**, soit 11% du montant total des remboursements de produits pharmaceutiques. Il faut toutefois rappeler que l'introduction de produits nouveaux plus coûteux et l'accroissement des volumes compense chaque année les baisses de prix et se traduit, au total, par **une augmentation nette des dépenses de produits de santé**.

**Baisses de prix de produits de santé :
économie tous Régimes, France entière**

2003	91 M€
2004	143 M€
2005	222 M€
2006	594 M€
2007	473 M€
2008	388 M€
2009	466 M€
2010	477 M€

Cette politique de révision des prix se justifie par la rentabilité élevée des fonds propres investis dans les laboratoires pharmaceutiques, l'amortissement progressif des frais de recherche et fait que les prix facturés à l'assurance maladie française sont élevés, comparativement à d'autres pays, pour un certain nombre de classes thérapeutiques, surtout si on les met en regard des volumes consommés. De ce point de vue, il reste encore des marges de manœuvre (cf infra la comparaison internationale des prix, des volumes et des effets structure).

Des baisses significatives de tarifs ont été mises en œuvre également par l'UNCAM, depuis plusieurs années, dans le secteur de la biologie. L'évolution des techniques d'analyse a en effet généré des gains de productivité importants, qui ont amélioré la rentabilité des laboratoires et permis à la biologie médicale d'être une des activités de santé les plus lucratives, avec des revenus en forte progression entre 1997 et 2004¹.

Pour tenir compte de ces gains de productivité, les cotations d'un certain nombre d'actes courants ont été diminuées à cinq reprises depuis 2006. Ces baisses de tarifs de biologie ont permis une évolution modérée des dépenses sur la période tandis que la croissance des volumes restait toutefois soutenue.

Des ajustements de tarifs ont été opérés également dans le secteur de l'imagerie. Sur les cinq dernières années, **ces baisses de prix en imagerie et biologie ont représenté 750 millions d'euros d'économies**, et constituent pour ces deux secteurs un effort important, correspondant respectivement à 9 % et 13% du total des dépenses remboursées.

Comme pour les produits de santé, ces baisses de tarifs n'ont fait que compenser partiellement l'augmentation des volumes de prescription et le développement des nouvelles techniques d'imagerie, comme les scanners et les IRM.

¹ LALANDE Françoise , YENI Isabelle , LACONDE Christine. La biologie médicale libérale en France : bilan et perspectives. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, avril 2006.

Impact des mesures de prix

Année	Imagerie		Biologie	
	Impact en millions d'euros	Impact en % des dépenses	Impact en millions d'euros	Impact en % des dépenses
2007	-29	-0,8%		
2008	-65	-1,8%	-103	- 3,2 %
2009 (1)	-21	-0,6%	-104	- 3,3 %
2010	-103	-2,7%	-113	- 3,5 %
2011	-109	-2,7%	-98	- 3,0 %
Total	-326	-8,7%	-418	- 12,7 %

(1) Impact net tenant compte de la création du supplément d'archivage.

La modification des règles d'association d'actes et la baisse du supplément d'archivage ont eu un impact brut de -85 M€.

1.2.2. Des gains d'efficience dans la délivrance des soins

La stratégie de l'assurance maladie est de **mobiliser tous les gains d'efficience** possibles dans la délivrance des soins : l'objectif est de réduire le coût des processus de soins, là où on peut le faire à qualité de soins égale, voire en améliorant la qualité des soins, et d'allouer des moyens à des soins efficaces et bien organisés, qui permettent d'optimiser les gains de santé obtenus par rapport aux ressources mises en œuvre.

Plusieurs actions proposées et/ou mises en œuvre récemment par l'assurance maladie ont fait leurs preuves dans ce domaine, et sont autant d'illustrations que la mobilisation des marges de manœuvre existant dans notre système de santé peut apporter une contribution majeure à sa soutenabilité financière.

Le développement du générique

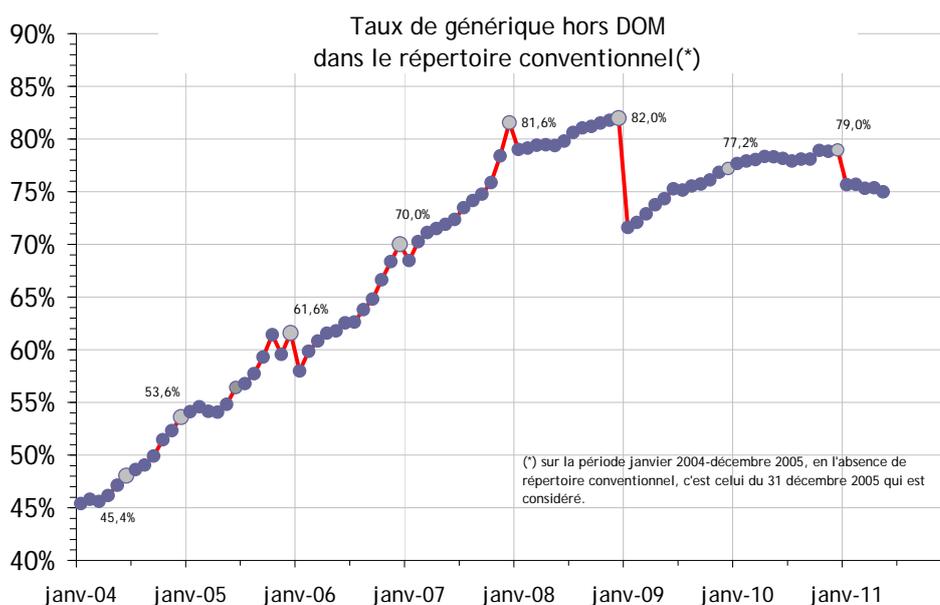
Après le droit de substitution accordé aux pharmaciens en 1999, les accords conventionnels entre l'Assurance Maladie et les représentants des pharmaciens relatifs à la fixation d'objectifs de délivrance des génériques mis en œuvre depuis 2006² et le dispositif "tiers payant contre génériques"³ ont contribué significativement au développement des génériques. Dès 2006, l'accord s'est en effet traduit par un premier objectif de pénétration des génériques fixé à 70 % à fin 2006 pour atteindre 80% en 2010. Le taux de substitution a alors évolué de 61,9% en 2005 à 78,9% en 2010 pendant que leur part dans l'ensemble des médicaments remboursables est ainsi passée de près de 5% en 2000 à 10% en 2005 et 18,7% en 2010.

Au total, le taux de générique a augmenté de 35 points en 4 ans, passant de 45 à 80%.

L'impact financier du développement de ces médicaments est considérable et leur développement a généré en 2010 **1,3 milliards d'euros d'économies**.

² Accord du 6 janvier 2006, entre l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM) et entre les représentants des pharmaciens, l'accord pluriannuel (2006- 2008) a été conclu en vue de « promouvoir la prescription et la délivrance dans le répertoire des médicaments génériques tout en garantissant la sécurisation et la continuité des soins ». L'objectif national est décliné en objectifs individuels pour les pharmaciens d'officine.

³ Avenant n°2 signé le 24 juillet 2007. Ce dispositif subordonne la dispense d'avance des frais, le tiers payant, à l'acceptation du générique.



Le ralentissement de la croissance des volumes de médicaments

Les programmes de maîtrise médicalisée menés auprès des professionnels de santé et des assurés depuis 2005 pour favoriser le respect des référentiels sanitaires et optimiser les dépenses de médicaments n'ont pas été sans effet, comme le prouve **la plus faible évolution des volumes de consommation de médicaments observée en France** (+0,5% en moyenne par an entre 2006 et 2009) parmi ses principaux voisins européens⁴. Cette évolution est nettement plus forte dans les 6 autres pays européens étudiés, de +2,9% par an au Royaume-Uni au minimum à +4,6% par an en Espagne.

Sur 6 ans, les programmes de maîtrise médicalisée qui ont été mis en oeuvre sur les principales classes de médicaments (statines, IPP, antibiotiques antihypertenseurs notamment) ont permis d'économiser entre 170 et 340 millions d'euros selon les années, soit **1,5 MD€ au total** (tableau ci-dessous).

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Total
Economies de maîtrise médicalisée estimées sur l'ensemble des médicaments (hors pénétration génériques), en million d'€	168	214	279	227	311	345	1544

Une réduction significative des indemnités journalières

Depuis fin 2003, l'assurance maladie a déployé un programme de maîtrise des dépenses d'arrêts de travail qui combine :

- un renforcement des contrôles des assurés, à la fois :
 - o sur les arrêts de courte durée, pour des assurés ciblés,

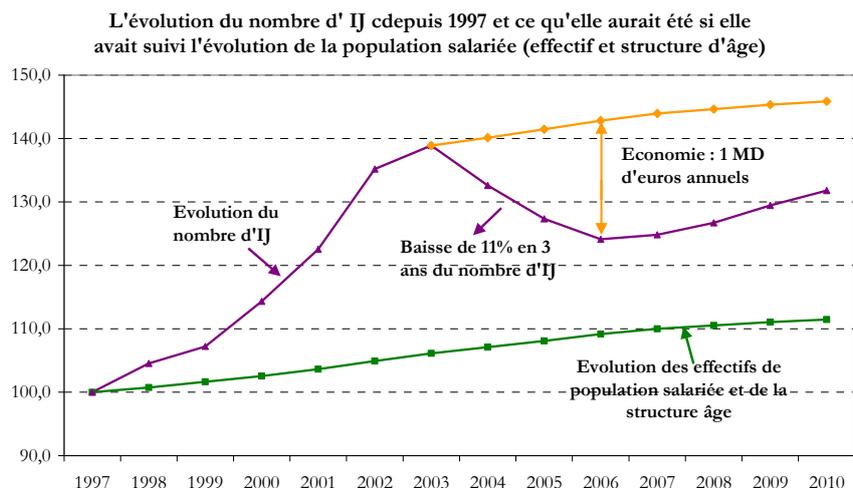
⁴ Étude de comparaison de la consommation de médicaments sur 8 classes thérapeutiques dans 7 pays européens entre 2006 et 2009. Consommation et dépenses de médicaments en France et en Europe : évolutions 2006 – 2009. PIM 10 mars 2011. CNAMTS

- systématiquement sur les arrêts longs, à 60 jours depuis juin 2005 et 45 jours depuis juillet 2007.

Au total, 2,3 millions de contrôles ont été effectués en 2010.

- des objectifs contractualisés avec les médecins et des programmes d'accompagnement avec des visites de délégués de l'assurance maladie,
- une mise sous accord préalable des prescripteurs excessifs.

Sur les trois premières années, ces actions ont conduit à faire baisser le nombre d'IJ de 11%, alors même que la croissance de la population active et son vieillissement auraient du conduire à une augmentation. **L'économie générée annuellement est de 1 milliard d'euros.**



Le développement de la chirurgie ambulatoire, notamment avec la mise sous accord préalable (MSAP)

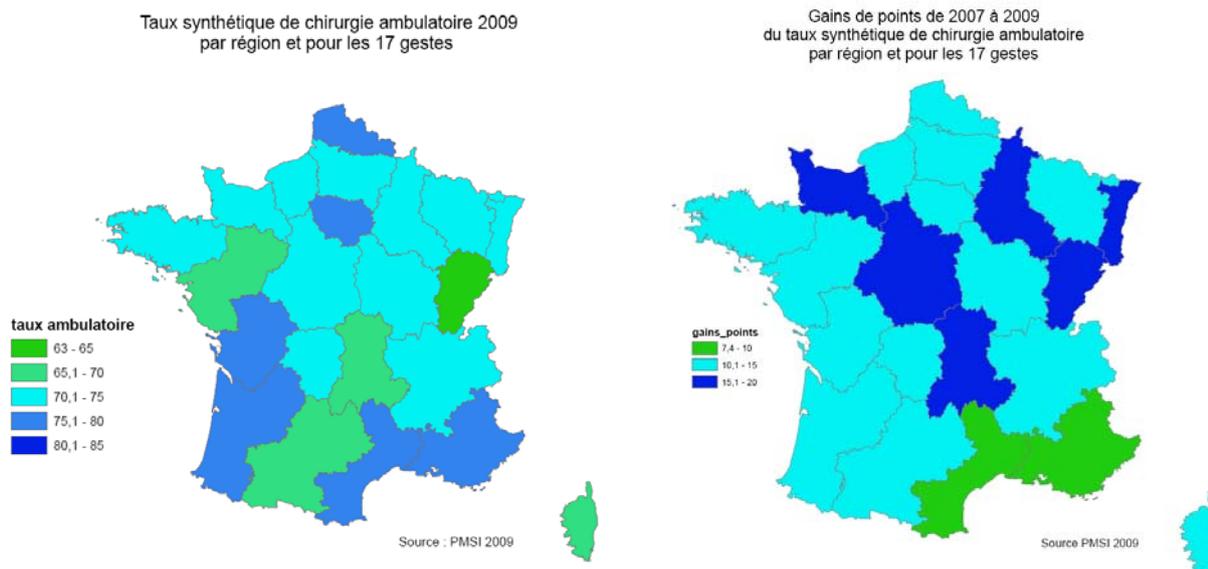
Des enquêtes menées, notamment par la CNAMTS, dans la première moitié des années 2000 avaient fait la démonstration du retard de la France et du potentiel important de développement de ce mode de prise en charge, moins coûteux pour des résultats similaires et plus satisfaisant pour le malade.

Les actions qui se sont multipliées à partir du milieu des années 2000 ont comporté un accompagnement des établissements avec retour d'information, des rapprochements du tarif de l'hospitalisation de plus d'un jour et de 0 ou un jour, et, en 2008, la mise en place d'une procédure de mise sous accord préalable (MSAP) : dans certains établissements hospitaliers caractérisés par un taux moyen de chirurgie ambulatoire inférieur à la moyenne régionale, certains actes chirurgicaux avec hospitalisation d'au moins une nuit sont désormais soumis à l'accord préalable du service médical de l'Assurance Maladie. Cette procédure, qui a concerné d'abord 5 gestes chirurgicaux, a été étendue à 17 gestes chirurgicaux en 2009.

L'accord du service médical, donné sous 48 h, est pris sur la base de critères concernant la situation du malade (isolement, éloignement,...) ou d'un examen approfondi par le médecin conseil.

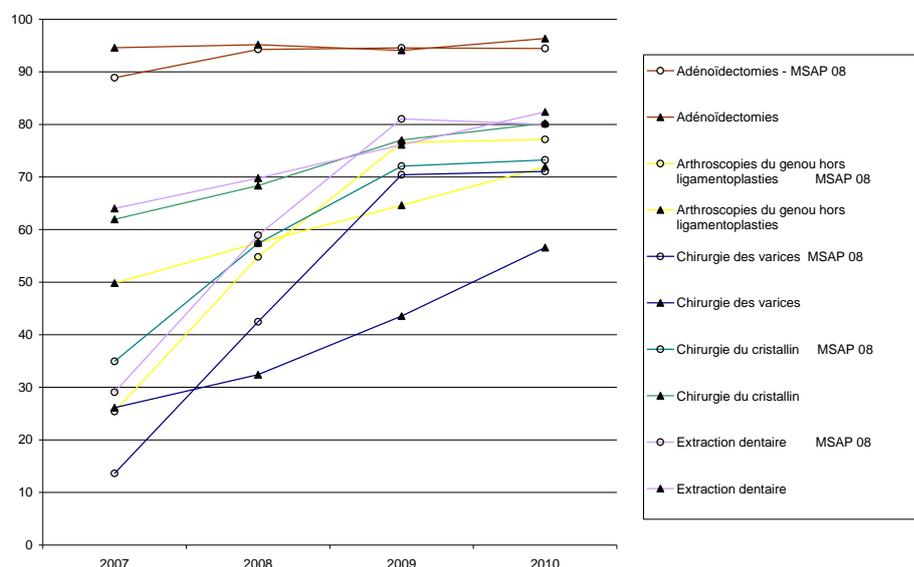
A fin juillet 2010, 532 établissements avaient été mis sous accord préalable depuis le début de la procédure, dont 346 établissements privés et 186 établissements publics.

Le taux de chirurgie ambulatoire sur les 17 gestes marqueurs (appelé ci-dessous taux synthétique) a progressé de 15 points entre 2006 et 2009 (74% versus 59%). On peut estimer à environ 70 millions en 2008 et en 2009 l'économie engrangée à ce titre.



Dans les établissements concernés par la MSAP, l'augmentation du taux a été de 25 points l'année de mise en place de cette procédure, et les établissements ont rattrapé le taux moyen en 2 ans.

Le graphique ci-dessous illustre cette évolution pour les cinq gestes chirurgicaux qui ont fait l'objet d'accords préalables dès 2008. Il montre une croissance du taux de chirurgie ambulatoire très rapide dans les établissements mis sous MSAP, par rapport aux autres établissements, et un rattrapage, voire un dépassement dans certains cas.



Cette procédure de mise sous accord préalable, certes contraignante pour les établissements, a donc montré une efficacité certaine. Des travaux récents semblent montrer qu'elle a été un levier plus puissant que les incitations financières qui ont été mises en place dans le même temps.⁵

⁵ Evelyne CASH, Roland CASH, Catherine DUPILET. Etude sur la réactivité des établissements de santé aux incitations tarifaires. Février 2011. Rapport d'étude pour la DREES, à paraître.

La convergence tarifaire dans le secteur hospitalier

L'UNCAM a recommandé dès 2008, dans son rapport au Parlement et au Gouvernement, de clarifier les coûts des missions de service public et d'identifier plus clairement les financements associés à ces missions, de façon à pouvoir rapprocher les tarifs des différents types d'établissements pour l'activité *stricto sensu*, en tenant compte des différences de statut et de missions.

Il est en effet anormal que **l'assurance maladie se voie facturer, pour la même intervention, des montants sensiblement différents selon les établissements**, sans qu'il y ait nécessairement de lien avec la qualité des soins.

La procédure de convergence tarifaire mise en place depuis 2010 entre les secteurs ex-DG et ex-OQN, pour une sélection de GHS, s'inscrit dans le droit fil de cette proposition. Le montant d'économie généré par ce rapprochement tarifaire a été de **150 M€ pour chacune de ces années**.

C'est une évolution importante, même si l'analyse montre qu'il reste encore des disparités significatives dans les coûts complets facturés à l'assurance maladie et qu'il faudrait aller plus loin (*cf infra*).

Le développement des référentiels

Dans tous les secteurs, le constat est fait d'importantes disparités de pratiques médicales et de recours aux soins. D'un département à l'autre, **les écarts vont souvent du simple au double ou au triple**, qu'il s'agisse du nombre de séances de rééducation après une intervention chirurgicale, des durées d'arrêt de travail ou du nombre et de la nature des actes pour une même pathologie,... Les pratiques sont variables également d'un professionnel à l'autre.

Développer progressivement des référentiels qui proposent des conduites à tenir, les diffuser activement auprès des professionnels, articuler le remboursement des soins à ces pratiques recommandées est **un des leviers majeurs d'une harmonisation des recours aux soins**, dans le sens d'une garantie de qualité et d'une optimisation de l'emploi des ressources.

En matière **d'arrêts de travail**, depuis septembre 2009, 19 fiches repères comportant des durées indicatives d'arrêt de travail ont été publiées, après avis de la Haute autorité de santé, pour les pathologies (médicales et suites d'interventions) les plus génératrices d'arrêts. Ces durées sont adaptées en fonction des conditions de travail et, le cas échéant, de la technique chirurgicale utilisée. Le médecin garde la possibilité de moduler sa prescription en fonction de l'état de santé du patient.

2009

- Canal carpien
- LCA
- Lombalgie commune

2010

- Varices suite à une intervention chirurgicale
- Troubles anxio-dépressif mineurs
- Gastroentérite virale
- Grippe saisonnière
- Bronchite aiguë de l'adulte
- Entorse de la cheville
- Cervicalgie non spécifique

- Angine
- Sinusite maxillaire
- Thyroïdectomie
- Tendinopathie de la coiffe des rotateurs
- Rupture des tendons de la coiffe des rotateurs

A titre d'exemple, dès la diffusion de fiche repère sur les arrêts de travail suite à intervention sur les varices, la durée moyenne d'arrêt de travail pour ce motif a diminué de 4%.

La mise en place de **logiciels d'aide à la prescription** comportant ces durées de référence, permettrait au médecin d'effectuer sa prescription d'arrêt de travail en relation avec ces durées indicatives et pourrait utilement amplifier l'impact de ces référentiels.

Pour les **actes en série de masso-kinésithérapie**, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009⁶, la procédure d'entente préalable a été rénovée pour s'appuyer désormais sur des seuils de nombre de séances fixés en fonction de la pathologie du patient et validés par la HAS. Au-delà de ces seuils, **un avis du service médical doit être sollicité** par le professionnel de santé pour poursuivre la prise en charge du traitement par l'assurance maladie.

5 situations de rééducation relèvent depuis 2010 de ce nouveau dispositif, représentant 6% des actes de kinésithérapie :

Situations de rééducation	Nombre de séances remboursables sans accord préalable
reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	1 à 40 séances
suites de l'entorse externe récente de la cheville	1 à 10 séances
arthroplastie de hanche par prothèse totale	1 à 15 séances
arthroplastie du genou par prothèse totale	1 à 25 séances
libération du nerf médian au canal carpien	Accord préalable dès la 1e séance

Même si le recul est encore faible pour juger de l'impact de ce dispositif, le nombre de séances moyen effectué à domicile semble avoir diminué pour plusieurs interventions chirurgicales :

situation ⁷	Septembre – octobre 2009		Septembre – octobre 2010	
	Nb de patients hospitalisés (patients hospitalisés une seule fois dans l'année)	Nb moyen de séances de kiné	Nb de patients hospitalisés (patients hospitalisés une seule fois dans l'année)	Nb moyen de séances de kiné
prothèse totale du genou	1 863	34	1 925	31
prothèse totale de hanche	3 893	23	4 028	20
reconstruction du ligament croisé antérieur du genou	3 149	39	3 073	37

L'Assurance Maladie a poursuivi l'élaboration de référentiels permettant de fixer des seuils pour 4 nouvelles situations médicales. La HAS les a validés en avril 2011.

⁶ Article 42 modifiant l'article L. 162-1-7 du code de la SS.

⁷ Eléments de méthode :

Les séances comptabilisées sont celles effectuées dans les 6 mois suivant la sortie de l'hôpital et liquidées dans les 6 mois.

Source : PMSI MCO 2009 et 2010 (séjour dont le mois de sortie est septembre ou octobre)

DCIR - Soins effectués 6 mois après la sortie de l'hôpital et liquidé jusqu'à avril 2010 pour les patients hospitalisés en 2009 et jusqu'à avril 2011 pour les patients hospitalisés en 2010

Rééducation	Traitement habituel	Nécessité d'un accord préalable
après méniscectomie	de 1 à 15 séances	à partir de la 16ème séance
après chirurgie de la coiffe des rotateurs	de 1 à 50 séances	à partir de la 51ème séance
après prothèse partielle de genou	de 1 à 25 séances	à partir de la 26ème séance
Dans le cadre d'une lombalgie commune	de 1 à 15 séances pour une série d'actes	à partir de la 16ème séance pour une série d'actes

Avec cet ensemble d'actes, ce seront entre 25 et 30% des actes de rééducation qui seront traités dans ce cadre.

Il faut noter que l'annonce dès 2008 d'un encadrement des durées de rééducation, la campagne d'information auprès des professionnels et le renforcement des contrôles ont généré un net ralentissement de l'activité de masso-kinésithérapie libérale, avant même l'application effective des seuils. Le volume des soins de masseurs kinésithérapeutes augmente depuis 2009 d'environ +2,5% par an, en net recul par rapport à la tendance antérieure qui était de l'ordre de +4,5% par an. L'économie est estimée à environ 50 millions d'euros par an.

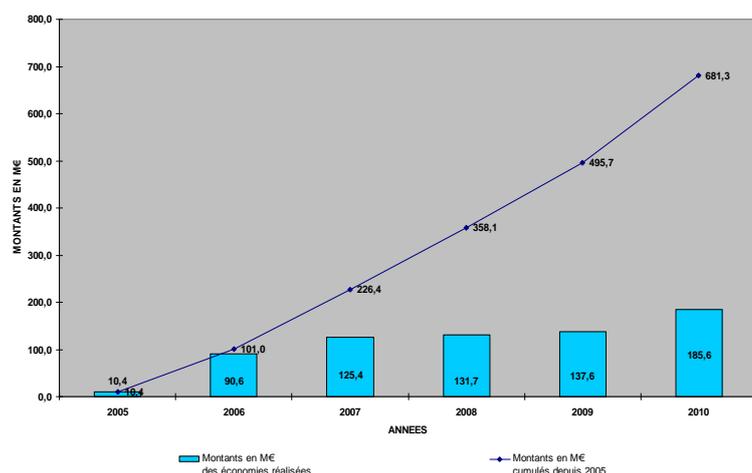
La lutte contre la fraude et les pratiques abusives

Depuis six ans, la lutte contre la fraude, les fautes et les abus s'est intensifiée et professionnalisée au sein de l'Assurance Maladie, avec l'objectif de faire cesser les activités illicites ainsi que les pratiques abusives.

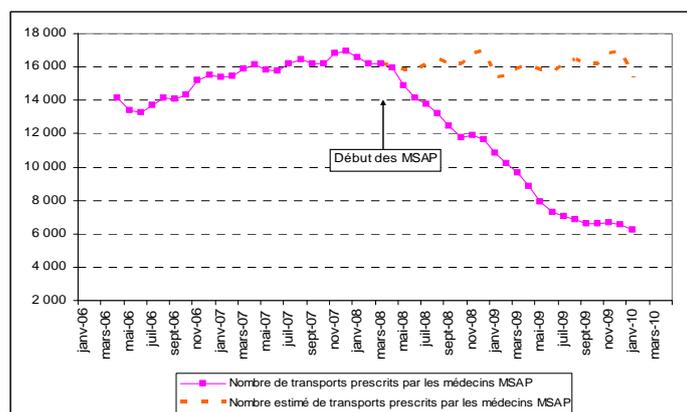
Il s'agit certes de comportements extrêmes. Si les actions menées à ce titre ne peuvent être la seule réponse à la question globale de la maîtrise de la dépense de santé, elles ont néanmoins permis de réaliser de l'ordre de **680 millions d'économies** cumulées de 2006 à 2010 (graphique ci-dessous). En six ans, les actions engagées par les Caisses ont abouti à 1200 condamnations pénales et les instances ordinaires ont prononcé près de 1800 interdictions temporaires d'exercer à l'encontre de professionnels de santé, suite aux plaintes déposées par l'Assurance Maladie.

La **mise sous accord préalable** des professionnels de santé dont les comportements de prescriptions apparaissent extrêmes par rapport à leurs confrères a également un impact très significatif sur les professionnels concernés, comme le montre ci-dessous l'exemple de la MSAP des prescripteurs excessifs de transport en 2010.

Évolution du montant des économies réalisées depuis 2005 transports



Mesure d'impact : MSAP prescripteurs excessifs de



1.2.3. Un effort important de réduction des coûts de gestion dans le régime général

L'efficacité de gestion de la branche maladie s'est significativement améliorée depuis quelques années. Le poids des charges de gestion administrative par rapport aux prestations servies par l'assurance maladie est passé de **4,75% en 2003 à 3,78% en 2010**.

Les objectifs de gains de productivité fixés dans la dernière convention d'objectifs et de gestion (COG) entre l'Etat et la CNAMTS ont d'ailleurs été dépassés (+ 11,2 % contre + 6% attendus). Sur une plus longue période (2003-2010), l'évolution est de +20,2%.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Evol 10/03
Bénéficiaires actifs pondérés/ETP*	563	574	590	608	631	645	653	677	20,2%

* hors UGECAM

Cette maîtrise de l'évolution des coûts de fonctionnement s'est inscrite dans un contexte de croissance continue de la population protégée. Alors que le nombre de bénéficiaires consommateurs gérés par l'assurance maladie a connu une progression de 5,3% entre 2003 et 2010, les coûts de gestion ont diminué sur cette période de 9,3% en euros constants.

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	Evol 10/03
Coût de gestion (en M€ 2010)	6 315,8	6 169,5	6 276,9	6 038,4	5 970,9	5 757,0	5 991,9	5 727,2	-9,3%
Nombre de bénéficiaires consommateurs (Métropole + DOM en millions)	48,6	48,8	49,2	49,5	50,1	50,5	51,0	51,2	5,3%
Coût moyen par bénéficiaire (en euros 2010)	129,95	126,42	127,58	121,99	119,18	114,00	117,58	111,95	-13,9%

Pour autant, la réduction des coûts de gestion n'a pas été acquise au détriment de la qualité du service rendu.⁸

Elle a été rendue possible par l'effet combiné de plusieurs démarches volontaristes de la part de l'assurance maladie :

- la **promotion de la télétransmission** des feuilles de soins électroniques, dont le taux est passé de 79% en 2005 à 86% en 2009 permettant une réduction des moyens consacrés au traitement des prestations en nature d'un peu plus de 3 000 équivalents temps plein ;
- l'**optimisation des organisations dans les caisses** primaires permettant des gains de productivité au sein de chaque processus. Depuis 2007 près de 500 opérations de

⁸ Cette qualité de service est suivie dans le cadre de la COG par une série d'indicateurs (délais de traitement des prestations, taux de décroché téléphonique...) ainsi que par une mesure annuelle de la satisfaction des usagers. Le bilan COG réalisé par l'IGAS relève que "la qualité de service s'est globalement améliorée et que la plupart des résultats obtenus sont très proches des objectifs fixés".

mutualisation de moyens entre organismes ont été réalisées dans le cadre d'un plan national structuré. 60% de ces mutualisations concernent des activités de production ;

- l'évolution du réseau des caisses primaires avec la **fusion de 48 organismes**. Cette démarche de réorganisation, menée de manière pragmatique, répond à une volonté forte d'efficacité et permet par le resserrement et le rééquilibrage des tailles des organismes d'en faciliter le pilotage ;
- un effort particulier de maîtrise des autres comptes de fonctionnement (affranchissement, téléphonie, fournitures, maintenance informatique...) a été également mené tout au long de la COG. Ces autres charges de fonctionnement ont été réduites de 2,2% sur la période 2006-2009 en euros constants.

L'assurance maladie poursuit ses efforts en matière de productivité. Des gains d'efficacité sont encore possibles avec le **développement d'outils d'acquisition de données** en partie automatisée. La dématérialisation des échanges avec les employeurs pour l'indemnisation des arrêts de travail constitue ainsi un autre gisement de productivité.

Plus globalement, l'enrichissement de l'offre de **services en ligne** de l'assurance maladie concourt, en même temps qu'à l'amélioration du service rendu, à une plus grande efficacité des processus de production grâce à une mise en place progressive de télé-procédures complètes tant pour les assurés que pour les professionnels de santé.

1.3. UNE DYNAMIQUE TENDANCIELLE LIEE AUX PATHOLOGIES LOURDES QUI RESTE SOUTENUE

Grâce à une gestion rigoureuse des prix là où des marges existent, à une palette d'actions pour limiter les gaspillages et utiliser les ressources à bon escient, la progression des dépenses de santé a été contenue dans la période récente : pour autant, **les facteurs sous-jacents à l'évolution des dépenses continuent à être porteurs d'une dynamique soutenue**.

Ainsi le nombre de patients souffrant d'affections chroniques aggravées (et exonérés en ALD à ce titre) a augmenté à nouveau de 4% en 2010, dans la poursuite de la tendance antérieure (entre 2005 et 2010 le taux de croissance annuel a été compris entre 3,5% et 4,2%).

L'effectif de personnes en ALD (9 millions pour le régime général) représente ainsi 15,5% de la population en 2010 contre 13,5% en 2005. Si l'on projette ces évolutions, il devrait se situer aux alentours de 17% en 2014.

On peut noter que **le diabète est devenu la première ALD**, dépassant en effectifs les cancers. C'est **la plus forte croissance en 2010 (+6,5% en ALD diabète)**, suivie par les **pathologies cardiovasculaires (+5,3%)**.

Il est probable que la prévalence du diabète va continuer de progresser de par le vieillissement de la population générale, la fréquence du diabète étant étroitement liée à l'âge et l'allongement de l'espérance de vie des personnes diabétiques avec une meilleure qualité des soins. **L'augmentation de la fréquence de l'obésité (+5,9% par an depuis 12 ans) et du surpoids est également un facteur de risque majeur et « modifiable »**. Actuellement en France, la moitié des adultes est en surcharge pondérale, parmi lesquels un sur six est obèse. Le surpoids augmente fortement avec l'âge expliquant l'épidémie de diabète de type 2 qui représente 92% des cas de diabète en France.

Or l'ALD diabète représente à elle seule en 2010 un coût de l'ordre de 10 milliards d'euros, soit 7 à 8% des dépenses ONDAM du régime général. Une hausse des effectifs telle que celle observée depuis 2005 (+7,5% en moyenne par an), qui renvoie à une évolution épidémiologique incontestable, représente déjà 0,5 à 0,6 point d'ONDAM, indépendamment de toute hausse du

prix des traitements (que l'on observe effectivement également avec l'arrivée de nouveaux antidiabétiques beaucoup plus onéreux et qui se diffusent rapidement) et sans compter la revalorisation des rémunérations des professionnels.

Les maladies cardiovasculaires continuent, elles, d'enregistrer des résultats très favorables en termes de baisse de la mortalité ; ce qui a également pour corollaire une augmentation de la prévalence de ces pathologies. La prise en charge des facteurs de risques, comme l'HTA et l'hypercholestérolémie, s'intensifie.

On observe en revanche un certain **ralentissement de la croissance du nombre de personnes souffrant d'un cancer (+3,7% en 2010)**. Les admissions en ALD pour cancer de la prostate ont diminué (-4,2%), confirmant la rupture de tendance amorcée en 2008. Les cancers du sein chez la femme sont relativement stables (+1,5%). Comme pour les données de mortalité la tendance de la baisse des nouveaux cas d'ALD pour cancers chez l'homme est plus marquée que chez la femme (-1,9% vs. +1,0%). Un élément contributif à cette évolution divergente est la baisse continue des cancers liés au tabac chez l'homme et la forte **augmentation chez la femme**. A titre d'exemple, sur les trois dernières années (2010/2007), pour le cancer du poumon la progression été de 20% pour les femmes et la baisse de 3,2% pour les hommes.

La quatrième ALD, les « affections psychiatriques de longue durée » concerne près de 900 000 personnes avec des affections souvent graves comme la schizophrénie, le retard mental, les troubles conduites alimentaires (anorexie...). L'effectif de patients évolue faiblement avec une progression de 1,5% par an.

Ces quatre affections concentrent à elles seules 75% des personnes en ALD.

ALD (par ordre décroissant d'effectifs)	Effectifs au 31/12/2010	2006/2005	2007/2006	2008/2007	2009/2008	2010/2009	TCAM 2010/2005
Diabète de type 1 et diabète de type 2	1 885 382	7,0%	8,2%	8,1%	7,9%	6,5%	7,5%
Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique	1 861 113	6,2%	6,5%	6,1%	5,8%	3,7%	5,7%
Hypertension artérielle sévère	1 217 763	7,6%	8,5%	7,3%	8,4%	6,1%	7,6%
Affections psychiatriques de longue durée	1 019 551	0,4%	3,2%	3,5%	4,3%	2,9%	2,8%
Maladie coronaire	906 204	5,2%	5,4%	5,1%	5,4%	4,1%	5,0%
Insuf. cardiaque grave, tr. du rythme graves, cardiopathies	673 858	8,7%	9,3%	8,7%	9,0%	7,0%	8,5%
Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques	437 985	5,4%	6,3%	5,7%	6,8%	4,6%	5,7%
Insuffisance respiratoire chronique grave	332 946	3,1%	4,5%	4,2%	5,9%	4,0%	4,3%
Accident vasculaire cérébral invalidant	283 227	6,3%	7,5%	8,4%	8,8%	6,7%	7,5%
Autres ALD	2 195 780	5,0%	6,1%	6,0%	6,5%	5,2%	5,8%
Total ALD (ALD30, 31 ou 32)	11 436 038	5,2%	6,0%	5,3%	6,2%	5,4%	5,6%
Total patients en ALD (ALD30, 31 ou 32)	8 983 389	3,6%	4,1%	3,5%	4,2%	4,0%	3,9%

Les autres segments de population, qui représentent 85% des effectifs et 37% de la dépense, voient leurs effectifs évoluer en 2010 de manière plus limitée :

Maternités	0,2%
Patients chroniques non aggravés	-0,7%
Episodes de soins aigus hospitaliers	2,9%
Recours aux soins très faible	1,6%
Soins ambulatoires courants	1,2%
Non consommateurs	-1,3%

Ce sont surtout les évolutions d'effectifs, plus que l'augmentation de la dépense moyenne, qui contribuent à la croissance de la dépense. Ainsi sur la dernière année la

dépense moyenne remboursée à un d'un patient en ALD a augmenté de +2%, elle est pratiquement stable pour les autres catégories de patients.

L'évolution du coût moyen est variable selon les ALD, mais toujours modérée : respectivement +1,9%, +1,4% et + 0,8% pour les pathologies cardiovasculaires, les tumeurs malignes et le diabète. L'affection de longue durée ayant connu le plus fort taux d'évolution de sa dépenses moyenne est l'ALD RCH* et maladie de Crohn (+6,0%), du fait de la diffusion de nouveaux traitements médicamenteux onéreux (anti-TNF alpha).

En conclusion, le facteur essentiel de croissance de la dépense est toujours l'augmentation relativement rapide des effectifs de patients traités pour des pathologies lourdes : diabète, cancer, maladie coronaire, insuffisance cardiaque, cancer,...

Cette évolution des effectifs traduit une croissance des besoins indéniable. Toutefois des gains d'efficience peuvent être faits dans notre système, y compris dans le traitement de ces pathologies.

2. UN DEFICIT DE 10,3 MD€ LIE POUR PLUS DE LA MOITIE A LA CRISE

2.1. AU REGARD DE L'AMPLEUR DE LA CRISE ECONOMIQUE, LE DEFICIT A ETE MAITRISE

La crise économique mondiale qui s'est déclenchée à partir de mi 2008 a généré une récession sans précédent en France, avec un recul du PIB de -2,6% en volume en 2009. Elle a entraîné pour l'assurance maladie, comme pour l'ensemble des finances publiques, **une perte de recettes massive** liée à la montée du chômage et à la contraction de la masse salariale : celles-ci ont baissé de près de 1%, ce qui n'était jamais arrivé depuis la création de la sécurité sociale.

Le redressement progressif des comptes, avec un déficit ramené de 11,8 milliards d'euros en 2004 à 4,4 milliards d'euros en 2008, a été ainsi brutalement interrompu, **le déficit ayant plus que doublé en 2009 pour atteindre 10,6 milliards d'euros.**

Le retour à la croissance en 2010 a permis de limiter la dégradation du déficit à 11,6 MD€, et les perspectives économiques de 2011 permettent d'anticiper une situation meilleure que celle qui avait été prévue en loi de financement de la sécurité sociale. Le PLFSS rectificatif table sur un déficit de 10,3 milliards d'euros, inférieur de 1,2 milliard aux prévisions initiales, du fait d'une révision à la hausse de l'hypothèse d'évolution de la masse salariale du secteur privé (de 2,9% à 3,2%).

Prévisions de déficit du régime général – branche maladie

	2009	2010	2011
LFSS 2010	-11,5	-14,5	
LFSS 2011	-10,6	-12,1	-11,5
PLFSS rectificatif 2011	-10,6	-11,6	-10,3

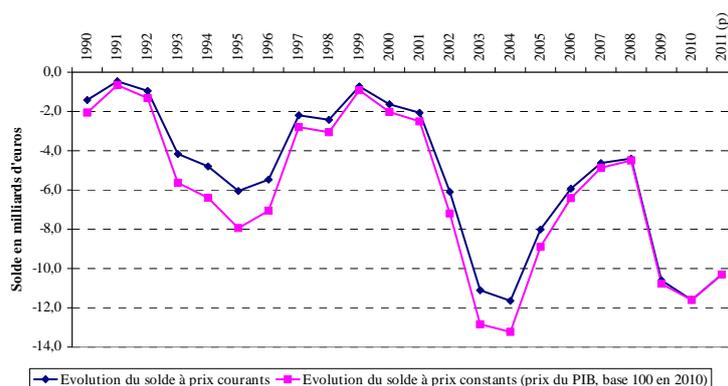
Au regard de l'ampleur sans précédent de la crise que nous avons traversée, la situation financière en sortie de crise apparaît finalement relativement maîtrisée. Le déficit 2010 est de même niveau, en euros courants, que celui de 2004, alors que la situation économique n'a rien de comparable : pour mémoire, la croissance du PIB en 2002 et 2003 a été de l'ordre de +1%, ce qui la situe certes en bas du cycle économique, mais ce repli a été sans commune mesure avec celui de la fin des années 2000 (+0,2% en 2008, -2,6% en 2009, +1,5% en 2010). La différence vient de ce que les dépenses de santé ont parallèlement accéléré au début des années 2000, créant un effet de ciseaux avec les recettes. A l'inverse, l'effort continu de maîtrise des dépenses qui s'est poursuivi depuis a contribué à limiter le déficit.

Si l'on raisonne d'ailleurs non pas en euros courants, mais en euros constants, ou en pourcentage **par rapport à l'ONDAM ou au PIB, les déficits actuels sont inférieurs aux niveaux atteints en 2003 et 2004**, comme l'a souligné le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son dernier rapport annuel.⁹

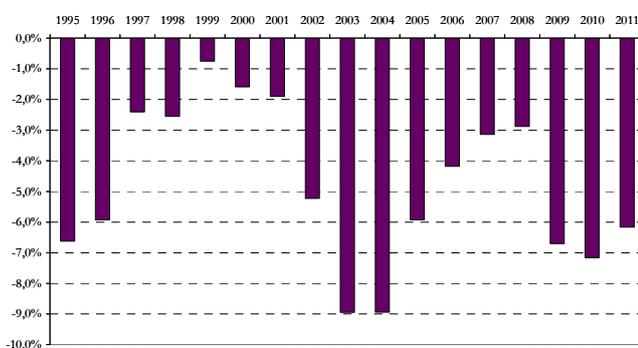
Toutefois, ce déficit, qui s'inscrit dans un contexte plus général de besoins de financements des administrations publiques élevés, conduit à reporter sur les générations futures des dépenses de soins qui devraient être financés dans l'année, majorant ainsi d'endettement public.

⁹ L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse. Rapport annuel du HCAAM, novembre 2010.

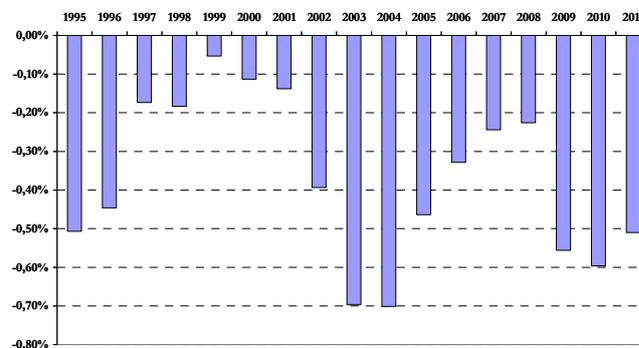
Evolution du solde de l'assurance maladie (régime général) à prix courants et à prix constants (prix du PIB base 100 en 2010)



Déficit de la CNAMTS en % de l'ONDAM



Déficit de la CNAMTS en % du PIB



2.2. PLUS DE LA MOITIE DU DEFICIT EST D'ORIGINE CONJONCTURELLE

Le déficit de la CNAMTS a une composante structurelle et une composante conjoncturelle. On peut estimer que la seconde contribue pour plus de 50% aux 10,3 MD€ de déficit prévus en 2011.

2.2.1. Déficit structurel et déficit conjoncturel

Le déficit structurel est lié au fait que tendanciellement, les dépenses d'assurance maladie augmentent plus rapidement que le PIB, qui retrace à long terme les évolutions des recettes. A niveau de prélèvement donné, il y a donc un écart entre les dépenses et les recettes, et le déficit s'accroît d'année en année à hauteur de cet écart.

A ce déficit structurel vient s'ajouter un déficit conjoncturel, lié aux cycles économiques : la variabilité de la croissance économique dans le temps entraîne une variabilité des recettes correspondantes, indépendamment de la dépense.

On estime ce déficit conjoncturel en considérant que la croissance réelle de l'économie oscille autour d'une croissance de moyen terme, appelée croissance potentielle. Lorsque l'on est en haut du cycle économique, on enregistre un surplus de recettes sociales et fiscales. A l'inverse, lorsque l'on est en bas du cycle et que le niveau du PIB est inférieur à son niveau potentiel, on a un manque conjoncturel de recettes.

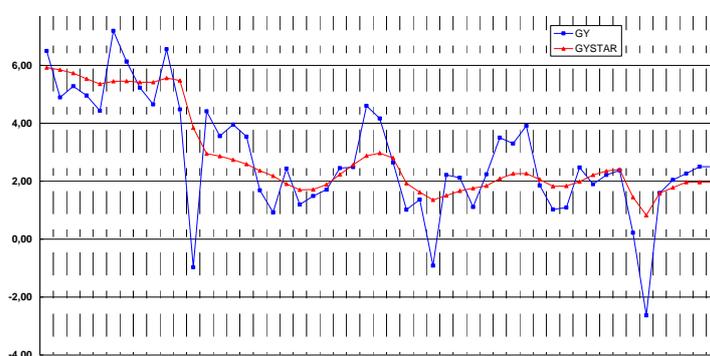
2.2.2. Estimation du partage en 2011

La croissance potentielle se définit comme la croissance de la production potentielle, production maximale soutenable sans tension (notamment inflationniste) dans l'économie.

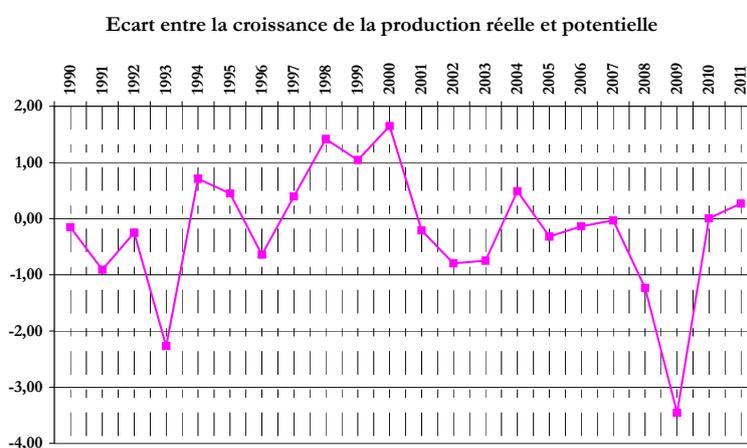
On peut, sur la base de cette croissance potentielle estimée, calculer les recettes structurelles, c'est-à-dire les recettes que percevrait la CNAMTS si l'économie s'en tenait à son sentier de croissance potentielle. La confrontation de ces recettes avec les dépenses d'ordre structurel donne le solde structurel. Par différence avec le solde réel, on obtient le solde conjoncturel.

La difficulté réside évidemment dans l'estimation du PIB potentiel, et donc de l'écart entre cette croissance potentielle et la croissance réelle.

Croissance réelle de l'économie (Y) et croissance potentielle (Y*)



L'écart entre la croissance réelle et la croissance potentielle est représenté ci-après :



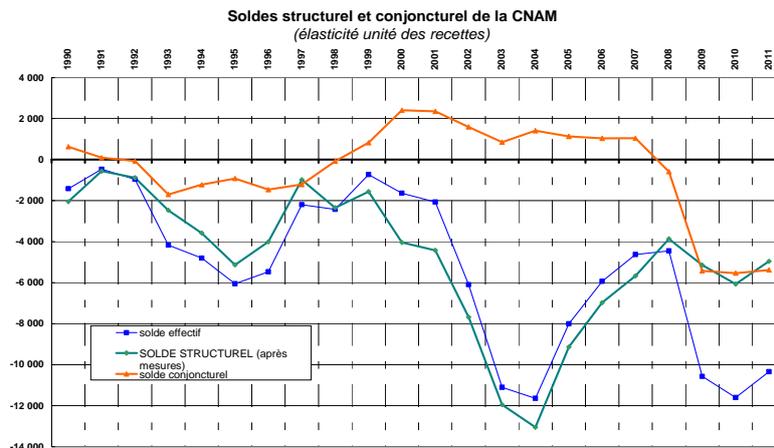
Sur la base de ces estimations, et en supposant que l'élasticité des recettes au PIB est égale à l'unité et que les dépenses sont supposées ne dépendre que de facteurs structurels¹⁰, en 2011, le partage entre déficit structurel et déficit conjoncturel a été estimé comme suit¹¹:

➤ **déficit structurel : -5,0 MD€**

¹⁰ L'hypothèse selon laquelle la croissance des dépenses est intégralement d'ordre structurel paraît acceptable pour les dépenses maladie maternité ; seules les indemnités journalières maladie pourraient faire l'objet d'une décomposition entre variation structurelle et variation conjoncturelle.

¹¹ Pour réaliser ce partage, les recettes ont été reclassées en recettes sensibles à aux variations du PIB et de la masse salariale (cotisations, CSG et ITAF) et autres recettes. Pour les cotisations, on a fait masse des cotisations perçues et des cotisations exonérées et compensées. Les ITAF ne comprennent alors que les ITAF ne compensant pas des exonérations. Le calcul a été fait sur la base d'une hypothèse d'élasticité des recettes au PIB égale à l'unité.

➤ **déficit conjoncturel : -5,4 MD€¹².**



Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans son rapport de novembre 2010 « L'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse », a analysé les voies d'un redressement du déficit :

- le déficit structurel, c'est-à-dire l'écart de croissance entre les recettes et les dépenses, appelle avant tout des actions en profondeur pour rendre le système plus efficace : « efforts résolus sur la maîtrise des dépenses injustifiées et l'optimisation de l'offre de soins, seuls à même de desserrer l'étau financier et d'apporter des solutions durables à l'équilibre du système »¹³.
- Cet effort de bonne gestion n'empêche pas un rééquilibrage conjoncturel de sortie de crise, pour lequel « compte tenu de ce que le choc financier est un choc de recettes, il apparaît impossible de faire l'impasse sur la contribution de mesures de recettes à la réduction de « l'écart en base » »¹⁴.

¹² Il faut bien entendu prendre cette estimation avec précaution, car les résultats sont très sensibles à l'hypothèse d'output gap retenue, qui fait intervenir des évaluations délicates du taux de chômage structurel, de la productivité, etc.

Par ailleurs il faut souligner que sur l'ensemble de la période analysée, le solde structurel ici calculé intègre les mesures nouvelles adoptées au fil des années (mesures de recettes et d'économies) : le calcul n'est pas à législation constante.

¹³ Rapport HCAAM de janvier 2004, citation reprise dans le rapport annuel de novembre 2010 : l'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse.

¹⁴ Rapport annuel de novembre 2010 : l'assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse.

3. UN ACCES AUX SOINS GLOBALEMENT SATISFAISANT, MAIS DES SITUATIONS PARTICULIERES A AMELIORER

3.1. L'ASSURANCE MALADIE PERMET UN ACCES AUX SOINS GENERALISE QUI EST UN FACTEUR DE REDUCTION DES INEGALITES DE SANTE

L'ampleur et l'évolution des inégalités de santé sont un sujet de préoccupation croissante. Les données disponibles montrent en effet que **les écarts sont considérables** : à 35 ans un cadre supérieur peut espérer vivre 7 ans de plus qu'un ouvrier, et 10 ans de plus sans incapacité. Et les ressources investies dans le système de santé n'empêchent pas ces écarts de se creuser au cours du temps, l'amélioration de l'état de santé étant plus rapide pour les catégories les plus favorisées. Cette situation n'est d'ailleurs pas propre à la France, et l'on observe les mêmes tendances dans les pays qui nous environnent.

Les déterminants essentiels de ces inégalités de santé se jouent, on le sait, bien en amont du système de soins. Les conditions matérielles de vie et de travail, les comportements à risque, des facteurs psycho-sociaux, des environnements moins favorables à la santé se combinent dans des processus cumulatifs, avec des conséquences en retour de la mauvaise santé sur l'insertion professionnelle et les revenus.

L'évidence scientifique disponible montre que ces facteurs contribuent à la formation des inégalités de santé beaucoup plus que d'éventuelles difficultés d'accès aux soins, qui ont pourtant tendance à focaliser le débat public.

Au contraire, il est évident que le système d'assurance maladie agit aujourd'hui comme **un levier massif de réduction des inégalités de santé**, grâce à la solvabilisation des soins qu'il organise pour tous. Il contribue à atténuer des écarts qui seraient sinon beaucoup plus importants.

Ainsi 4 millions de personnes ayant de faibles revenus ont aujourd'hui, au titre de la CMUC, une protection complémentaire gratuite. Les trois quarts d'entre eux ont fait appel au système de santé, en 2010, sans avoir aucun reste à charge ; 85% ont eu moins de 10 Euros à déboursier sur l'ensemble de l'année, 95% moins de 65 Euros, soit 5 Euros par mois.

Si les refus de soins dont font l'objet des bénéficiaires de la CMUC, et qui ont été mis en évidence par plusieurs enquêtes, doivent être dénoncés et combattus, il faut rappeler qu'en même temps d'autres données ne montrent aucune différence dans les soins reçus pour des pathologies identiques. Ainsi en cas d'infarctus du myocarde, la probabilité d'être traité après l'épisode aigu par quadrithérapie, conformément aux recommandations de bonne pratique, est la même ; la probabilité d'une pose de stent également. Il n'y a pas de différence dans le choix des filières (public / privé), les patients ayant la CMUC sont traités dans les deux types d'établissements de santé dans les mêmes proportions que le reste de la population, ni dans la fréquence du recours aux spécialistes (notamment libéraux) dans la phase de suivi post-hospitalisation¹⁵.

¹⁵ Tuppin P, Neumann A, Danchin N, Weill A, Ricordeau P, de Peretti C, Allemand H. Combined secondary prevention after hospitalization for myocardial infarction in France: analysis from a large administrative database. Arch Cardiovasc Dis. 2009 Apr; 102(4):279-92. Les résultats sont obtenus après ajustement sur l'âge, le sexe et les comorbidités. Les bénéficiaires de la CMU-C hospitalisés pour un infarctus du myocarde sont en effet un peu plus jeunes que le reste de la population, mais se caractérisent par un taux de diabète plus élevé (20,8% vs 13,2%) et davantage d'autres comorbidités (7,5% vs 5,0%).

3.2. UN CERTAIN NOMBRE DE SITUATIONS RESTENT CEPENDANT PROBLEMATIQUES DU POINT DE VUE DE L'EQUITE D'ACCES AUX SOINS

3.2.1. Un recours à la prévention insuffisant malgré le remboursement à 100%

Les enquêtes montrent de manière répétée que les comportements de prévention sont inégalement diffusés selon les catégories sociales

Ainsi en 2008, la proportion de femmes de 50 à 75 ans n'ayant pas fait de mammographie dans les trois dernières années était de 8% chez les cadres et les professions intellectuelles, de l'ordre de 20% chez les ouvriers ; le taux variait de 7% à 25% selon les quantiles de revenus¹⁶.

Le même gradient s'observe pour le frottis : la proportion de femmes de 20 à 65 ans n'ayant pas eu de frottis dans les cinq ans variait de 10% à 20-25% selon la catégorie socio-professionnelle, de 9 à 29% entre les quintiles de revenus¹⁷.

	Taux de femmes de 20 à 65 ans ayant déclaré ne pas avoir fait de frottis dans les 5 dernières années		Taux de femmes de 20 à 65 ans ayant déclaré ne pas avoir fait de mammographies dans les 3 dernières années	
	Taux	Indice à âge et sexe comparable	Taux	Indice à âge et sexe comparable
Agriculteur	21,0	1,21	15,3	1,04
Artisan commerçant	14,6	0,83	10,9	0,76
Cadre et profession intellectuelle	10,1	0,58	7,8	0,57
Profession intermédiaire	13,4	0,78	10,3	0,76
Employé administratif	19,0	1,1	15,1	1,09
Employé de commerce	24,4	1,42	19,8	1,41
Ouvrier qualifié	19,7	1,14	17,7	1,28
Ouvrier non qualifié	25,4	1,48	21,2	1,52
1er quintile de revenu, moins de 870 €	28,5	1,66	24,6	1,74
2ème quintile, de 870€ à 1167€	20,2	1,17	17,6	1,23
3ème quintile, de 1167€ à 1486€	17,9	1,04	16,6	1,18
4ème quintile, de 1486€ à 1997€	12,3	0,72	9,8	0,72
5ème quintile, 1997€ et plus	9,0	0,52	6,6	0,49

Source : enquête ESPS - IRDES 2008

Ces dépistages peuvent pourtant être réalisés gratuitement, ce qui montre qu'au-delà des aspects d'accessibilité financière, la réceptivité aux messages de prévention et la demande spontanée de soins préventifs conduisent à des résultats différenciés en termes de santé publique.

Ces dépistages restent d'ailleurs moins fréquents dans la population bénéficiaire de la CMUC, alors que dans d'autres domaines l'amélioration de la couverture a contribué à rapprocher leur mode de recours au système de soins de celui de l'ensemble de la population (*cf* tableau ci-dessous pour la mammographie).

Le fait que parmi les personnes souffrant de cancer, la mortalité soit très supérieure chez les bénéficiaires de la CMUC, à structure d'âge et de sexe équivalente (rapport de 1 à 1,9)¹⁸ peut s'expliquer sans doute par des formes plus graves de la maladie, liées à des facteurs de risque différents, mais aussi pour une part par des dépistages plus tardifs.

¹⁶ Source : enquête ESPS - IRDES

¹⁷ Source : idem

¹⁸ La surmortalité se retrouve pour la plupart des affections. Le rapport des taux annuels de décès entre les bénéficiaires de la MUC et la population générale se situe par exemple autour de 1,5 pour les infections à VIH, la maladie coronaire ou les affections psychiatriques. Il est particulièrement élevé pour les tumeurs malignes. Les pathologies sont repérées par les ALD.

Taux de femmes ayant eu au moins une mammographie sur les deux années 2008-2009		
	Taux dans la population totale	Taux parmi les bénéficiaires de la CMU-C
50 ans - 54 ans	59%	37%
55 ans - 59 ans	65%	43%
60 ans - 64 ans	66%	46%
65 ans - 69 ans	64%	45%
70 ans - 74 ans	62%	33%
Total	63%	41%

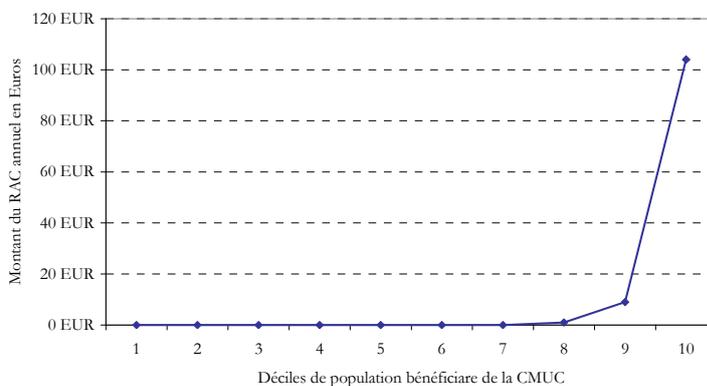
Source : SNIIRAM - traitement CNAMTS

3.2.2. La persistance de situation de restes à charge élevés, notamment en optique et dentaire

Le bénéfice de la couverture maladie universelle complémentaire permet aux patients dont les revenus sont les plus faibles d'accéder gratuitement aux soins dans la très grande majorité des cas. Il peut rester néanmoins des restes à charge, parfois importants, notamment dans le domaine de l'optique et des soins dentaires (au sens large, c'est-à-dire en incluant non seulement les honoraires dentaires, mais également les prothèses, l'orthodontie et la stomatologie).

Ainsi 10% des bénéficiaires de la CMUC ont eu en moyenne, en 2010, un montant annuel de reste à charge 102 Euros. Pour 2,5% des bénéficiaires, ce RAC atteint 440 €.

Distribution par décile du montant du reste à charge moyen des bénéficiaires de la CMUC en 2010



L'optique et les soins dentaires sont deux secteurs qui peuvent générer des restes à charge élevés.

Pour les 5% de personnes ayant eu reste à charge parmi ceux qui ont eu recours à des soins dentaires en 2010, celui-ci s'élève en moyenne à 180 €.

Les restes à charge sont plus fréquents pour les achats de lunetterie, ils concernent 38% des bénéficiaires, et dans ce cas leur montant moyen est de 165 € ; il est supérieur à 300€ pour 5% de la population (tableau ci-dessous). Il n'y a pas de différence significative dans le contenu et la structure de la dépense (monture, types de verres) selon qu'il y a ou non un reste à charge.

Répartition des personnes ayant eu des RAC en optique (année 2009/2010)

	% de bénéficiaires
Pas de RAC (moins de 1 €)	63,8%
Entre 1 et 49,99€	9,8%
Entre 50 et 99,99€	8,2%
Entre 100 et 149,99€	5,1%
Entre 150 et 199,99 €	3,5%
Entre 200 et 299,99 €	4,3%
Entre 300 et 399,99 €	2,3%
Entre 400 et 499,99 €	1,2%
Plus de 500€	1,8%
TOTAL	100%

Source : étude CNAMTS

Une enquête qualitative et quantitative auprès d'un échantillon de bénéficiaires de la CMUC ainsi que d'un échantillon d'opticiens est en cours pour mieux comprendre les circonstances dans lesquelles les assurés peuvent être amenés à une participation financière élevée (part de choix volontaire ou subi, offre des professionnels,...). Des résultats préliminaires de l'enquête auprès des opticiens font apparaître que certains font le choix d'acheter des montures hors forfaits, ce qui renvoie à l'effort possible qui pourrait être fait sur ce plan par les fabricants. Certains restes à charge concernent également la réduction des verres à corrections très importantes, qui entraînent un handicap esthétique, notamment pour les enfants. Le manque d'information des nouveaux bénéficiaires sur les règles de prise en charge de la lunetterie est également évoqué. Ces éléments sont à confirmer et à compléter par les différents volets de l'étude en cours.

3.2.3. Une part significative de population sans couverture complémentaire au-delà du seuil de revenu de la CMUC

Si la mise en place de la CMUC a été un progrès pour les populations couvertes, elle a aussi créé un effet de seuil, auquel l'instauration de l'aide à la complémentaire santé (ACS) a eu pour objectif de remédier. L'ACS est une aide financière à l'achat d'une assurance santé auprès d'un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance ou institut de prévoyance). Sont éligibles à cette aide les personnes dont les ressources sont au-dessus du plafond de la CMUC mais inférieures à ce plafond majoré de 26 %. La fourchette de revenu concernée est entre 630 et 800 € mensuels pour une personne seule, entre 1330 et 1680 € pour un couple avec deux enfants.

Le montant de l'ACS varie en fonction de l'âge des personnes composant le foyer et couvertes par le contrat : 100 € pour les jeunes de moins de 16 ans, 200 € pour les personnes âgées de moins de 49 ans, 350 € par personne âgées de 50 à 59 ans, 500 € pour celles âgées de 60 ans et plus.

Sur les 2,2 millions de personnes qui seraient potentiellement éligibles, **un quart seulement bénéficie de cette aide**, et sur ces derniers, 80% utilisent effectivement l'aide, c'est-à-dire choisissent une couverture santé auprès d'un organisme complémentaire.

Plusieurs facteurs expliquent ce taux important de non recours, parmi lesquels la complexité des démarches à accomplir, la volonté de ne pas recourir à une prestation jugée stigmatisante ou le **manque d'information sur ce dispositif**. Sur ce plan, la campagne d'information ciblée en direction des publics potentiels conduite conjointement par les CAF et les CPAM lors du passage au RSA avait permis une augmentation du nombre des bénéficiaires de l'ACS au dernier trimestre 2008 (+ 40 % par rapport au dernier trimestre 2007).

Mais les raisons sont aussi de nature économique. En effet, si l'aide permet de diviser pratiquement par deux le prix de la complémentaire (375 € sur une prime moyenne de 764 € en

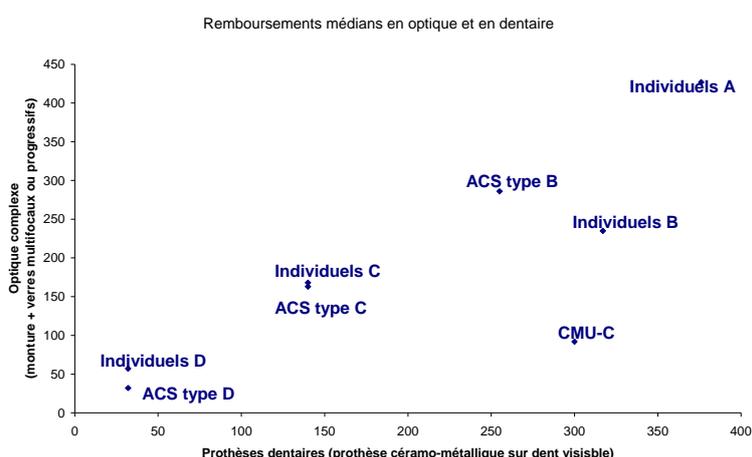
2009), le **taux d'effort résiduel consenti par les bénéficiaires reste élevé** : de l'ordre de 4% du revenu, soit un demi mois de salaire. Pour des petits revenus, dans lesquels le poids des charges incompressibles – logement, alimentation,... - est proportionnellement plus élevé, les arbitrages budgétaires ne font pas nécessairement de la couverture complémentaire santé une priorité par rapport à d'autres besoins de court terme.

Par ailleurs, pour ce taux d'effort non négligeable, les contrats souscrits sont des contrats d'entrée de gamme ou un peu supérieurs. La catégorisation des contrats en quatre niveaux de garanties, en fonction du niveau de remboursement sur des prestations de référence dans le secteur de l'optique et du dentaire (montures + verres multifocaux ou progressifs, prothèse céramo-métallique sur dent visible) montre que les contrats ACS se situent dans les deux premières catégories.

La protection offerte par ces contrats est donc limitée, avec **une probabilité forte de reste à charge en cas de soins, notamment en dentaire et optique.**

Classe	Contrats ACS (donnée 2009)	ACS versus hors ACS	Contrats individuels (DRESS 2007)
A (haut de gamme)	0,7	-3,6	4,3
B	10,7	-26,2	36,9
C	50,7	+3,3	47,4
D (entrée de gamme)	37,9	+26,5	11,4
Total	100	--	100

Source : Rapport du fonds CMU, juin 2010, tableau p. 25



Sources : Fonds CMU et DREES

3.2.4. L'augmentation progressive des dépassements d'honoraires

Au-delà du seuil de revenu de la CMUC ou de l'ACS, il peut exister des restes à charge élevés ponctuellement.

Ce peut être le cas notamment pour certains séjours hospitaliers (en médecine, en soins de suite et de réadaptation, en psychiatrie), même si les mécanismes d'exonération en suppriment une grande partie et que pour le reste joue la couverture complémentaire, qui couvre 93% de la population.

L'augmentation régulière des dépassements d'honoraires est aussi, de ce point de vue, un sujet de préoccupation. Pour certaines spécialités ou dans certaines zones géographiques, la part importante de médecins facturant des dépassements et le niveau des compléments d'honoraires demandés peuvent générer des difficultés d'accès aux soins ou d'importants restes à charge pour les assurés, notamment les plus modestes. 85% des chirurgiens libéraux, deux tiers des gynécologues chirurgicaux et obstétriciens, plus de la moitié des ORL et des ophtalmologistes exercent en secteur 2.

La pénalisation des dépassements excessifs ne saurait tenir lieu de seule politique par rapport à l'augmentation régulière, constatée depuis 30 ans, du pourcentage de professionnels autorisés à exercer en secteur II et du taux de dépassement (cf tableaux ci-dessous).

Évolution sur longue période de la part des effectifs en secteur 2 et secteur 1 avec DP

	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Généralistes	16%	22%	18%	14%	13%	11%	11%
<i>Généralistes sans mode d'exercice particulier</i>	12%	16%	13%	10%	9%	7%	7%
<i>Médecins à exercice particulier</i>	49%	61%	55%	49%	44%	38%	38%
Autres spécialistes	30%	42%	38%	37%	38%	40%	41%
<i>Chirurgiens</i>	55%	73%	74%	79%	79%	85%	85%
<i>Anesthésistes</i>	12%	28%	23%	22%	26%	33%	34%
<i>Gynécologues chirurgiens et obstétriciens</i>	36%	56%	52%	51%	53%	54%	66%
<i>Gynécologues médicaux</i>							49%
<i>ORL</i>	41%	56%	52%	52%	55%	55%	56%
<i>Ophthalmologues</i>	35%	52%	49%	49%	51%	53%	53%
<i>Dermatologues</i>	32%	51%	45%	41%	41%	40%	40%
<i>Gastro-entérologues</i>	28%	44%	39%	37%	38%	40%	40%
<i>Pédiatres</i>	31%	42%	36%	34%	33%	32%	32%
TOTAL Médecins	22%	31%	27%	25%	24%	24%	24%

Source : SNIR – Médecins libéraux – Actifs à part entière – France métropolitaine

Évolution sur longue période du taux de dépassement en secteur 2

	1985	1990	1995	2000	2005	2009	2010
Généralistes	35%	41%	40%	43%	43%	45%	44%
<i>Généralistes sans mode d'exercice particulier</i>				37%	34%	37%	38%
<i>Médecins à exercice particulier</i>				54%	49%	56%	53%
Total spécialistes	23%	25%	29%	37%	49%	52%	54%
<i>Chirurgiens</i>	21%	20%	24%	32%	52%	53%	56%
<i>Anesthésistes</i>	22%	18%	23%	36%	50%	49%	51%
<i>Gynécologues-obstétriciens</i>							83%
<i>Gynécologues médicaux</i>							58%
<i>ORL</i>	20%	25%	28%	35%	44%	46%	48%
<i>Ophthalmologues</i>	21%	29%	33%	41%	55%	59%	60%
<i>Pédiatres</i>	23%	31%	34%	43%	49%	61%	64%

Source : SNIR – Médecins libéraux – Actifs à part entière – France métropolitaine

Un nouveau modèle de régulation est à mettre en place, de manière à limiter les taux de dépassements, tout particulièrement des professionnels des plateaux techniques, en maîtrisant les conséquences de la convergence tarifaire entre établissements de soins.

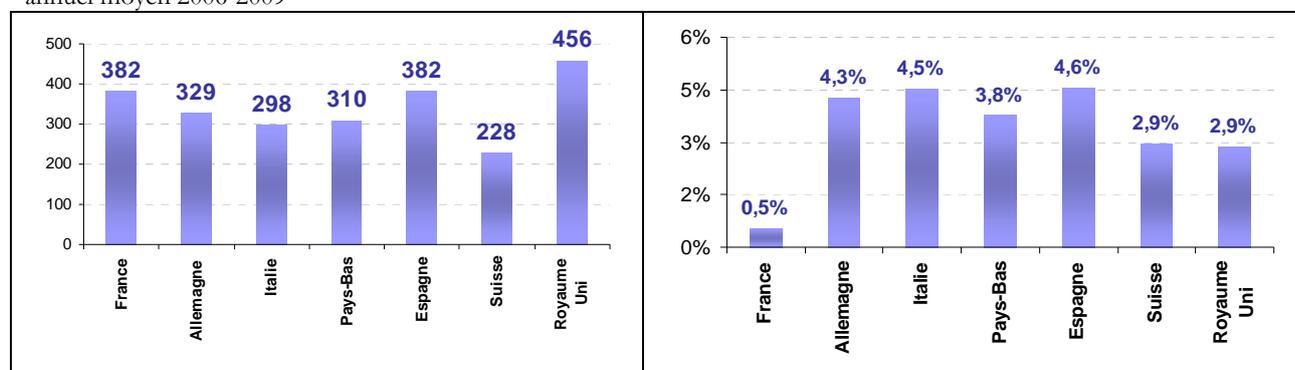
4. DES GISEMENTS IMPORTANTS D'EFFICIENCE

4.1. DES DEPENSES DE MEDICAMENTS SUPERIEURES AUX AUTRES PAYS EUROPEENS

Sur la période 2006-2009, les écarts de consommation de médicaments en volumes sur huit classes¹⁹ entre la France et sept pays européens se sont réduits. En effet, la France est caractérisée sur cette période par la **plus faible évolution des volumes de consommation de médicaments** avec une croissance annuelle moyenne de +0,5% seulement. Cette évolution est nettement plus forte dans les six autres pays européens : +2,9% par an au Royaume-Uni au minimum et jusqu'à +4,6% par an en Espagne.

Cependant, la France continue d'occuper, ex-æquo avec l'Espagne, le second rang européen en termes de volumes consommés (Cf figure 1), sans que cette consommation ne soit nécessairement justifiée par des différences épidémiologiques avérées.

Figure 1 : Volumes de consommation par habitant sur les 8 classes en unités standards, 2009 et taux de croissance annuel moyen 2006-2009



Source : Calculs CNAMTS sur source IMS-HEALTH 2009

En termes de dépenses, la France reste en tête sur les 8 classes étudiées malgré une légère baisse sur la période 2006-2009 avec 114 € par habitant. Les pays voisins enregistrent des **dépenses nettement moins élevées** : 90 € et 94 € respectivement pour l'Italie et l'Espagne, 70 € en Allemagne.

4.1.1. Une prescription dans le répertoire très faible

Pour plusieurs classes thérapeutiques cette dépense élevée par habitant est liée à **une structure de consommation** (également appelée mix-produit) **défavorable**. En effet, la part des prescriptions dans le répertoire de médicaments génériques est moins élevée et recule sur la période 2006-2009. Le phénomène de report des prescriptions sur les produits les plus récents et les plus chers, au détriment des molécules génériques et éprouvées, reste ainsi très ancré dans les pratiques françaises pour plusieurs classes, et notamment :

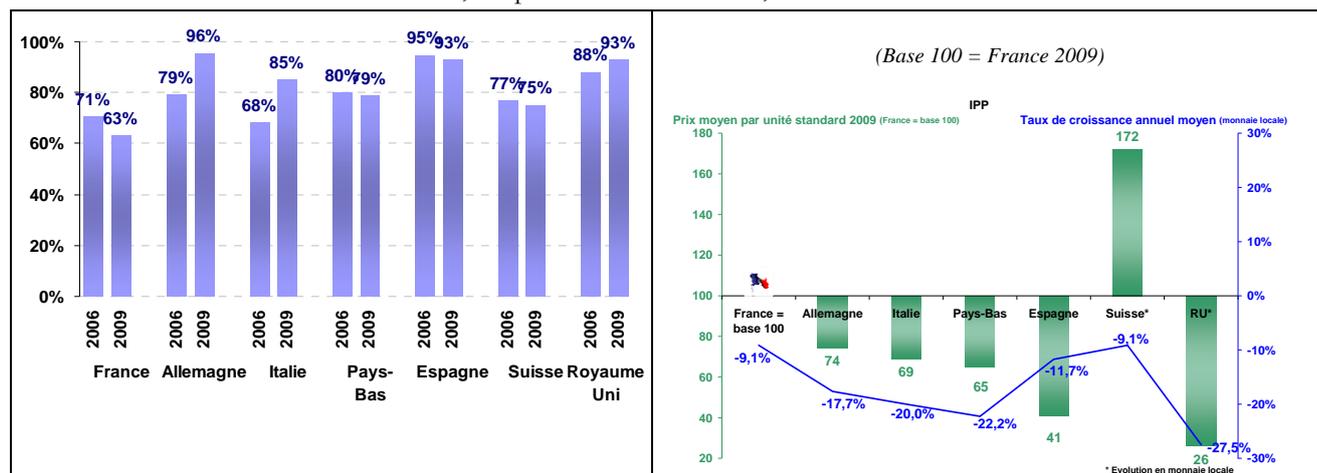
- les inhibiteurs de la pompe à protons – IPP - (anti-ulcéreux),
- les statines,

¹⁹ Les huit classes de médicaments comparées représentent près de 38% des dépenses de médicaments en 2009 soit environ 8 milliards d'euros : antibiotiques, antidiabétiques oraux, médicaments traitant l'asthme et la BPCO, anticholestérolémiants dont statines, les produits de l'hypertension artérielle – HTA – (antihypertenseurs, diurétiques, bêtabloquants, inhibiteurs calciques et médicaments agissant sur le système rénine-angiotensine), antidépresseurs, tranquillisants, inhibiteurs de la pompe à proton – IPP.

- et les anti-hypertenseurs IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion) et Sartans.

Pour les IPP par exemple, la part française des prescriptions dans le répertoire générique est **la moins élevée des sept pays européens étudiés** avec un taux de 63% seulement, taux inférieur de 33 points à celui enregistré en Allemagne (Cf figure 2). L'Allemagne, l'Espagne et le Royaume-Uni présentent, quant à eux, des taux de prescription dans le répertoire dépassant 90%. De plus, sur la période 2006-2009, ces prescriptions dans le répertoire ont connu un recul de 8 points en France. A titre comparatif, elles ont fortement progressé sur la même période en Allemagne et en Italie (+ 17 points).

Figure 2 : IPP - Part des prescriptions en unités standards dans le répertoire générique et prix moyen par unité standard, à répertoire constant 2009, 2006-2009



Source : Calculs CNAMTS sur source IMS-HEALTH 2009

Concernant les statines, la France se caractérise par des prescriptions dans le répertoire générique à la fois peu développées par rapport aux autres pays européens et **en diminution sur la période 2006-2009**. Ainsi, 44% seulement des prescriptions de statines s'inscrivent dans le répertoire en 2009, contre 57% en 2006, soit une chute de 13 points sur la période. Ce taux est inférieur de 50 points à celui observé en Allemagne.

Enfin pour les anti-hypertenseurs IEC et Sartans, la part des prescriptions dans le répertoire dans le total IEC+Sartans en France est **nettement inférieure** à celles des autres pays européens. En France, seuls 40% des IEC+Sartans appartiennent au répertoire à comparer aux 70% allemands et anglais. Pour cette classe, on observe sur la période une tendance à la baisse de la part des prescriptions dans le répertoire dans tous les pays.

4.1.2. Des prix supérieurs aux autres pays pour les génériques de ces trois classes

Les prix moyen par unité standard en 2009 des IPP sont non seulement nettement supérieurs en France par rapport à ceux pratiqués dans la plupart des pays, à l'exception de la Suisse, mais en outre **la baisse enregistrée en France** (comme en Suisse) **est la plus faible** : -9% par an à comparer aux -18% observés en Allemagne ou des baisses supérieures à 20% en Italie, aux Pays-bas et au Royaume-Uni.

Les prix moyens par unité standard des statines sont aussi très nettement supérieurs en France aux prix allemands et anglais. Les statines étaient en moyenne près de trois fois moins chères en Allemagne et deux fois moins chères au Royaume-Uni en 2009. Comme pour les IPP,

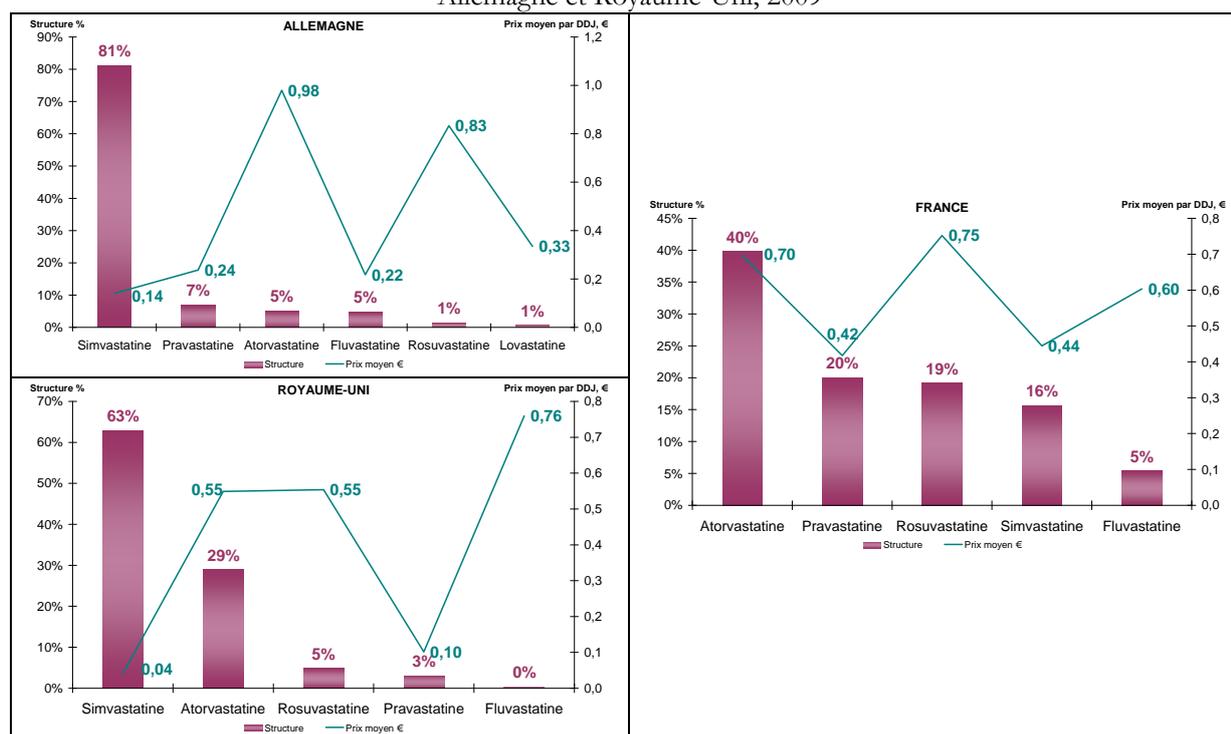
les écarts de prix proviennent des très faibles prix des génériques de statines à gros volumes dans ces pays, notamment de la simvastatine.

Pour les anti-hypertenseurs IEC et Sartans, la France a de loin les prix moyens par unité standard les plus élevés des pays sur cette classe, la Suisse faisant encore exception. En 2009, les prix français étaient deux fois plus chers qu'en Allemagne et presque trois fois plus qu'au Royaume-Uni. De plus, la baisse des prix de ces produits sur la période a été la plus faible en France derrière l'Espagne.

Des écarts d'autant plus importants avec la France que les prix faibles des génériques concernent des volumes importants

Les politiques de prix bas des génériques observées dans plusieurs pays européens sont d'autant plus efficaces qu'elles sont liées à leur structure de consommation. Cet effet d'interaction, ou effet couplé, « prix x structure » permet en effet d'augmenter les effets individuels de prix et de structure de consommation. Il s'illustre dans le cas de l'Allemagne par une politique tarifaire très corrélée à la stratégie induisant la structure de consommation. Cet effet est très marqué pour les statines avec des prix très bas là où la consommation est très concentrée (80% sur une seule molécule : la simvastatine, qui est à 14 centimes d'euros quand elle est à 44 centimes en France) et des prix plus élevés là où la consommation est très faible (parts de consommation inférieures à 5% (figure 3).

Figure 3 : Prix moyen par DDJ et structure de consommation par molécule de statines, France, Allemagne et Royaume-Uni, 2009



Note de lecture : En Allemagne, 81% de la consommation de statines est concentrée sur la simvastatine pour un prix moyen par DDJ de 0,14 €

4.1.3. Une forte croissance des médicaments hospitaliers hors GHS

En 2010, les médicaments facturés en sus des GHS représentent une dépense pour le régime général de l'ordre de 2 milliards d'euros (établissement publics et privés), soit près de 2,4 milliards d'euros tous régimes, en croissance de 6,4 % par rapport à 2009.

A ces dépenses s'ajoutent celles des médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières à des patients en ambulatoire pour un montant de 1,4 milliard d'euros (tous régimes) en croissance de 2,4 % par rapport à 2009.

Au total les médicaments hospitaliers – hors médicaments inclus dans les GHS – représentent une dépense de **près de 4 milliards d'euros en progression de près de 5%**.

Montants en M€ tous régimes	2 009	2 010	évolution
Etablissements publics	1 644	1 773	7,8%
Etablissements privés	604	620	2,6%
Total (liste en sus)	2 248	2 393	6,4%
Rétrocession(*)	1 395	1 429	2,4%
Total médicaments hospitaliers	3 643	3 821	4,9%

Source : CNAMTS

Calcul : DDGOS/DPROD pour l'extrapolation tous régimes sur la base de clé de répartition DSS

(*) Données corrigées liées au retard de facturation sur la rétrocession

Plus de 80 % de ces dépenses sont concentrées sur 6 classes :

- avec 40% des dépenses les antinéoplasiques (**anticancéreux**) constituent la première classe des médicaments hospitaliers. Parmi eux, trois médicaments représentent la moitié de la dépense : Avastin®, Herceptin® et Mabthéra® ;
- viennent ensuite les **anti-hémorragiques** (13,4 %) surtout prescrits à des patients pris en charge en ville souffrant notamment d'hémophilie ;
- la troisième classe (8,4 %), constituée des antirétroviraux, est suivie par les immunosuppresseurs (7,85 %), les immunoglobulines (6,7 %) et les anti-TNF-Alpha (5,5 %).

Au total seulement **12 médicaments** représentent la moitié des dépenses de médicaments hospitaliers facturés en sus ou dans le cadre de la rétrocession.

A cet égard, il convient de souligner que la politique du CEPS conduit à une fixation au niveau des prix pratiqués dans les principaux voisins européens (Royaume Uni, Allemagne, Espagne, Italie) pour les médicaments innovants (ASMR 1 à 3). Cette règle induit implicitement **une détermination des prix de ces produits indépendamment des volumes de ventes**.

Or, la « liberté » de prix en vigueur notamment en Allemagne et au Royaume Uni a pour contrepartie une relative maîtrise des volumes qui conduit in fine à une maîtrise de l'enveloppe financière. La France, par le mécanisme de la liste en sus, a fait le choix de **ne pas limiter l'accès à l'innovation** et tout particulièrement pour les médicaments anticancéreux (cf. graphe ci-dessous). Cependant, par symétrie, **cette liberté sur les volumes devrait conduire à un ajustement des prix en tenant compte des volumes de ventes français** par rapport aux volumes observés dans les pays étrangers.

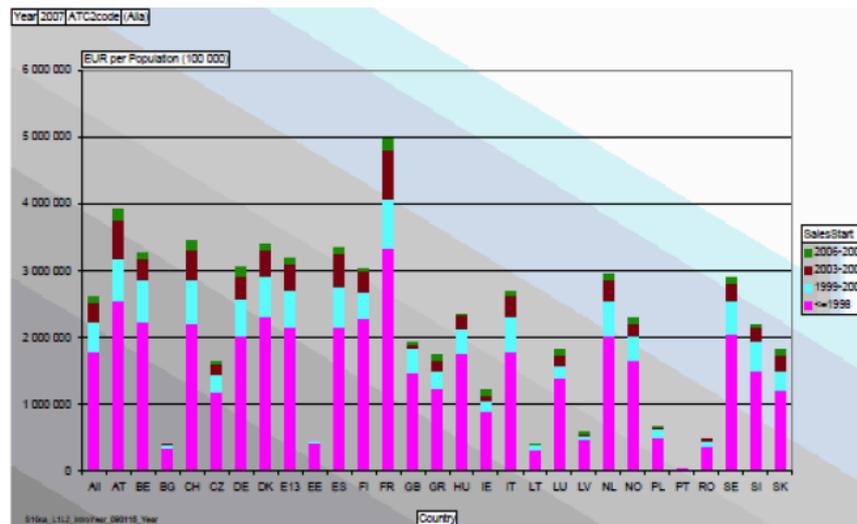


Figure 1-6. Sales of cancer drugs in 2007 in different European countries in Euros (€)/100,000 inhabitants in different European countries. Please note that for Greece, Ireland, Luxembourg and Portugal data for either hospital or retail sales are missing.

Source : Comparator Report on Patient Access to Cancer Drugs in Europe, February 15, 2009
Nils Wilking MD PhD, Karolinska Institutet, Stockholm, Sw

4.1.4. Une illustration des marges d'efficience dans le cas du traitement de l'apnée du sommeil

Le recours en forte croissance aux traitements de la Pression Positive Continue (PPC) pour le **Syndrome d'Apnée du Sommeil (SAS)** constitue un enjeu économique et sanitaire croissant pour l'Assurance Maladie.

Le SAS touche environ 3 millions de personnes en France, soit 4 à 5% de la population. Cette pathologie est encore peu diagnostiquée. La prévalence, deux fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes, augmente avec l'âge et le surpoids.

Le chapitre « appareil respiratoire » constitue depuis plusieurs années **le plus gros poste de dépense de la liste des produits et prestations remboursables (LPP)** avec plus de 964 millions d'euros en 2010 (tous régimes). Au sein de ce poste, les dépenses globales de PPC représentent depuis plusieurs années le facteur principal de progression. En 2010, les remboursements pour la PPC seule se montaient à **339 millions d'euros** soit près du tiers des dépenses du poste respiratoire (+15% en 2009, +8% en 2010).

Ces prestations sont prises en charge sous forme de forfaits hebdomadaires dont la nomenclature remonte à près de 10 ans et doit être revue en 2012 par la HAS.

Une étude comparative de la prise en charge et des prix pratiqués à l'étranger a mis en exergue les niveaux de prix élevés français. En effet, **la prise en charge française est de 1 170 € par an et par patient à comparer en Allemagne à un tarif trois à quatre fois inférieur pour une prestation comparable (d'environ 250 € à 400 € par an par patient)** ; en Belgique, le forfait annuel par patient serait de près de 900 €, ce qui est inférieur de 23% au montant de dépense en France.

L'étude a également permis d'identifier des modes de prise en charge plus efficaces en termes de développement des diagnostics à un moindre coût, d'observance et de responsabilisation des patients.

En Suède par exemple, **le diagnostic est le plus souvent réalisé à domicile (dans 85% des cas)** et par polygraphie²⁰ (pour 98% des tests). Ce type de diagnostic est **moins coûteux que celui réalisé à l'hôpital** et permet un accès plus large au diagnostic. Le coût induit par la multiplication des tests peut alors être en partie compensé par un coût unitaire inférieur au test par polysomnographie²¹ avec des bénéfices directs et indirects liés au taux de diagnostic plus élevé.

L'observance du traitement par PPC est primordiale pour assurer l'efficacité du traitement. Or, plusieurs sources indiquent des problèmes d'observance en France. Par exemple, un prestataire estime que 8 à 10% des patients par an arrêtent leur traitement. A l'heure actuelle, la prise en charge des patients par l'Assurance maladie est conditionnée au respect d'une observance de 3 heures minimum chaque nuit, sur une période de 24h. Dans d'autres pays, les critères d'observance sont plus souples et permettent un suivi plus pragmatique. En Belgique, l'observance est calculée en moyenne par nuit alors qu'en France on la mesure pour chaque nuit. Pour Medicare aux Etats-Unis, la prise en charge est conditionnée à une utilisation d'au minimum 4h par nuit sur au moins 70% des nuits d'une période de 30 jours. Ces types de calcul par la moyenne sur une période définie permettent donc au patient de **respecter le critère d'observance** même en cas de déplacement imprévu ou de difficulté à transporter son appareil. A l'inverse, le non respect de ces critères justifie un désappareillage.

Toujours dans le but d'améliorer l'observance du traitement mais également de responsabiliser les patients, plusieurs Comtés en Suède ont mis en place des modes de prise en charge **incitant les patients à retourner les appareils non utilisés**, ce qui entraîne l'arrêt de la prise en charge du traitement des patients non-observants. Certains Comtés requièrent par exemple soit une participation du patient à l'achat qui peut-être annuelle soit un dépôt initial du patient rendu après retour de l'appareil en cas d'arrêt du traitement.

Dans un Land du Nord de l'Allemagne, un des plus importants assureurs a limité à deux le nombre de prestataires de traitement du SAS par une procédure d'appel d'offres. Ce contrat valable quatre ans couvre toute la chaîne de prise en charge du patient traité par PPC, à savoir la fourniture et la livraison d'appareil et consommables associés, l'installation à domicile et les réglages, la maintenance et les réparations, le désappareillage.

4.2. LES SOINS HOSPITALIERS : UNE ABSENCE DE COHERENCE DANS LES TARIFS ET LES REMBOURSEMENTS AUX ASSURES

L'assurance maladie a proposé à plusieurs reprises, dans son rapport annuel sur les charges et produits, **d'homogénéiser progressivement les tarifs des séjours** hospitaliers pour un même GHS, en identifiant de manière séparée les surcoûts auxquels doivent faire face certains établissements qui ont des contraintes particulières : activité non programmée, statuts, missions de service public, maintien d'un établissement en zone faiblement peuplée,...

Cette démarche dite de « convergence tarifaire » a démarré en 2010. Pour un certain nombre de GHS, les tarifs totaux, incluant l'ensemble des éléments de facturation, ont été alignés entre les secteurs ex-DG et ex-OQN, pour un montant d'économie visé de 150 M€, en retenant comme référence le secteur le plus efficient. L'opération a été renouvelée en 2011.

²⁰ Enregistrement des mouvements respiratoires, du souffle nasobuccal et de la teneur en oxygène du sang le plus souvent réalisé en ville

²¹ Enregistrement de tous les paramètres nécessaires à l'interprétation du sommeil et des événements qui lui sont associés (essentiellement respiration et mouvements) plus lourd et d'interprétation plus longue que la polygraphie

Il reste encore aujourd'hui néanmoins de très grandes variations, pour un séjour hospitalier identique, dans les montants qui sont facturés par les établissements, selon le secteur (ex-DG /ex-OQN), mais aussi selon l'établissement au sein du secteur ex-OQN.

Ces variations constituent **une source d'inéquité entre les patients, qui se voient allouer par l'assurance maladie des moyens différents à pathologie comparable.**

Elles aboutissent à des situations incohérentes en termes de prise en charge des frais d'hospitalisation par la collectivité. Dans un certain nombre de cas en effet la situation est paradoxale : se faire hospitaliser dans certains établissements coûte parfois moins cher à l'assurance maladie, mais plus cher au patient qui doit payer des dépassements d'honoraires !

Inversement, pour une minorité d'établissements privé ou dans le secteur privé de certains hôpitaux publics, l'absence de limite des dépassements d'honoraires conduit à des coûts complets très supérieurs aux GHS publics.

Cette incohérence est d'autant plus frappante que dans le même temps, la question du secteur 2 et de ses conséquences en termes d'accès aux soins est un sujet de préoccupation croissant, et que peu de solutions sont proposées pour sortir **de la situation actuelle de renchérissement incontrôlé des dépassements.**

4.2.1. Des écarts entre les montants facturés variables selon les secteurs

En se limitant pour l'essentiel aux GHM de chirurgie de niveau 1 ou ambulatoire et qui correspondent à une activité significative dans les deux secteurs public et privé (au moins 1000 séjours dans chacun, et au moins 10% des séjours dans un secteur), la comparaison des montants moyens facturés, c'est-à-dire :

- le tarif dans le secteur ex-DG,
- le tarif, les honoraires, actes de laboratoire, imagerie etc., dépassements inclus, dans le secteur ex-OQN²²,

fait apparaître **des écarts très importants.**

Pour certains GHM, le secteur privé est plus onéreux. C'est le cas par exemple pour les endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde (niveau 1 de sévérité), acte fréquent (80 000 séjours en 2010) réparti presque à parts égales entre les deux secteurs. Le montant moyen facturé dans le secteur privé est supérieur d'un tiers à celui facturé dans le secteur public, l'essentiel de cet écart étant lié au tarif. La même situation s'observe pour les pontages aortocoronariens sans cathétérisme cardiaque ni coronarographie (niveau 2 de sévérité), intervention beaucoup moins fréquente (5000 séjours en 2010), ou pour les interventions pour obésité, autres que les gastroplasties (niveau 1, 7000 séjours) pour laquelle le montant moyen facturé par les cliniques, dépassements compris, est 20% au-dessus du tarif du secteur public.

²² L'analyse est faite hors DMI et médicaments en sus.

	Secteur public (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)	Total ou écart (public - privé)	Secteur public (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)	Total ou écart (public - privé)
Libellé du GHM	Pontages aortocoronariens sans catheterisme cardiaque, ni coronarographie, niveau 2			Endoprotheses vasculaires sans infarctus du myocarde, niveau 1		
Nombre de séjours en 2010	2 673	2 281	4 954	35 205	44 232	79 437
Part de chaque secteur	54%	46%	100%	44%	56%	100%
Durée moyenne de séjour (2010)	11,1	11,1	0,0	3,1	2,7	0,5
Taux de convergence 2009/2010						
Taux de convergence 2010/211						
Coût total facturé en moyenne en 2010 hors dépassement	11 863 €	13 875 €	-2 012 €	2 559 €	3 393 €	-834 €
Coût total facturé en moyenne en 2010 avec dépassement	11 863 €	14 234 €	-2 371 €	2 559 €	3 456 €	-897 €
Coût total facturé à la charge de l'assurance maladie	11 845 €	13 857 €	-2 030 €	2 541 €	3 375 €	-852 €
Coût total facturé à la charge du patient	237 €	595 €	-323 €	92 €	147 €	-19 €

	Secteur public (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)	Total ou écart (public - privé)	Secteur public (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)	Total ou Ecart
Libellé du GHM	Interventions digestives autres que les			Mise en place de certains acces		
Nombre de séjours en 2010	2 838	4 508	7 346	28 858	40 849	69 707
Part de chaque secteur	39%	61%	100%	41%	59%	100%
Durée moyenne de séjour (2010)	6,3	5,6	0,7	0,1	0,1	0,0
Taux de convergence 2009/2010						
Taux de convergence 2010/211						
Coût total facturé en moyenne en 2010 hors dépassement	4 781 €	4 901 €	-120 €	754 €	844 €	-90 €
Coût total facturé en moyenne en 2010 avec dépassement	4 781 €	5 735 €	-954 €	754 €	871 €	-116 €
Coût total facturé à la charge de l'assurance maladie	4 763 €	4 883 €	-138 €	736 €	826 €	-108 €
Coût total facturé à la charge du patient	149 €	971 €	-786 €	38 €	64 €	10 €

La situation inverse s'observe pour un nombre important de GHS chirurgicaux, pour lesquels les cliniques facturent en moyenne, honoraires et dépassements compris, significativement moins que les hôpitaux publics – avec le paradoxe que pour le patient ou son assurance complémentaire, le montant à payer est, lui, nettement plus élevé.

Ainsi en 2010, pour une cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire pour affections aiguës (intervention chirurgicale de niveau 1 de sévérité)²³, une clinique facturait en moyenne 2549 €, dépassements d'honoraire inclus, soit 746 € de moins que l'hôpital public (23%).

Pour les 8 GHS listés ci-dessous, l'écart va jusqu'à 25%.

²³ GHM qui a déjà convergé à hauteur de 19% en 2011.

Libellé du GHM	Secteur public (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)	Total ou écart (public - privé)	Secteur public (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)	Total ou écart (public - privé)
	Cholecystectomies sans exploration de la voie biliaire principale pour affections aiguës, niveau 1			Prothèses de genou, niveau 1		
Nombre de séjours en 2010	12 135	9 466	21 601	14 050	26 164	40 214
Part de chaque secteur	56%	44%	100%	35%	65%	100%
Durée moyenne de séjour (2010)	4,6	3,6	1,0	9,4	8,7	0,6
Taux de convergence 2009/2010				35%		
Taux de convergence 2010/211	19%			35%		
Coût total facturé en moyenne en 2010 hors dépassement	3 294 €	2 367 €	927 €	5 552 €	4 576 €	976 €
Coût total facturé en moyenne en 2010 avec dépassement	3 294 €	2 549 €	746 €	5 552 €	4 984 €	568 €
Coût total facturé à la charge de l'assurance maladie	3 276 €	2 349 €	909 €	5 534 €	4 558 €	958 €
Coût total facturé à la charge du patient	119 €	282 €	-127 €	205 €	601 €	-360 €

Libellé du GHM	Gastroplasties pour obésité, niveau 1			Interventions sur la rétine, niveau 1		
Nombre de séjours en 2010	3 908	9 658	13 566	15 576	19 849	35 425
Part de chaque secteur	29%	71%	100%	44%	56%	100%
Durée moyenne de séjour (2010)	4,6	3,4	1,1	2,2	1,7	0,5
Taux de convergence 2009/2010						
Taux de convergence 2010/211	10%			10%		
Coût total facturé en moyenne en 2010 hors dépassement	3 905 €	2 639 €	1 266 €	2 718 €	1 856 €	862 €
Coût total facturé en moyenne en 2010 avec dépassement	3 905 €	3 243 €	662 €	2 718 €	2 045 €	673 €
Coût total facturé à la charge de l'assurance maladie	3 887 €	2 621 €	1 248 €	2 700 €	1 838 €	844 €
Coût total facturé à la charge du patient	118 €	702 €	-548 €	75 €	255 €	-144 €

Libellé du GHM	Interventions sur la thyroïde pour affections non malignes, niveau 1			Interventions sur les ligaments croisés sous arthroscopie, niveau 1		
Nombre de séjours en 2010	17 535	14 387	31 922	7 104	27 651	34 755
Part de chaque secteur	55%	45%	100%	20%	80%	100%
Durée moyenne de séjour (2010)	3,1	3,2	-0,1	4,3	3,9	0,4
Taux de convergence 2009/2010	100%					
Taux de convergence 2010/211				19%		
Coût total facturé en moyenne en 2010 hors dépassement	2 358 €	2 187 €	171 €	3 366 €	2 368 €	998 €
Coût total facturé en moyenne en 2010 avec dépassement	2 358 €	2 414 €	-56 €	3 366 €	2 802 €	564 €
Coût total facturé à la charge de l'assurance maladie	2 340 €	2 169 €	153 €	3 348 €	2 350 €	980 €
Coût total facturé à la charge du patient	92 €	321 €	-193 €	114 €	541 €	-391 €

	Secteur public (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)	Total ou écart (public - privé)	Secteur public (ex DG)	Secteur privé (ex OQN)	Total ou écart (public - privé)
Libellé du GHM	Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, niveau 1			Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire		
Nombre de séjours en 2010	30 600	90 391	120 991	34 773	98 572	133 345
Part de chaque secteur	25%	75%	100%	26%	74%	100%
Durée moyenne de séjour (2010)	1,5	1,3	0,2	0,0	0,0	0,0
Taux de convergence 2009/2010				100%		
Taux de convergence 2010/211						
Coût total facturé en moyenne en 2010 hors dépassement	1 401 €	1 324 €	77 €	785 €	663 €	122 €
Coût total facturé en moyenne en 2010 avec dépassement	1 401 €	1 440 €	-40 €	785 €	801 €	-16 €
Coût total facturé à la charge de l'assurance maladie	1 383 €	1 306 €	59 €	767 €	645 €	104 €
Coût total facturé à la charge du patient	63 €	176 €	-77 €	36 €	174 €	-102 €

4.2.2. Une situation inéquitable pour les patients

Si l'on reprend l'exemple de cholécystectomie sans exploration de la voie biliaire pour affections aiguës, une clinique facture en moyenne en 2010 746 € (-23% par rapport à l'hôpital public). Mais pour l'assurance maladie, la facture est moins élevée de 900 € (soit -28%). En revanche, pour le patient, elle s'alourdit de 126 €.

Même situation pour l'intervention sur les ligaments croisés du genou qui coûte en moyenne 400 euros au patient lorsqu'il est opéré en clinique, dépassements d'honoraires compris, alors que l'assurance maladie économise pour sa part près de 1000 euros par rapport au tarif fixé pour le secteur public.

Même pour les GHS dont les tarifs ont convergé, la convergence tarifaire se faisant dépassements compris, l'inéquité de traitement des patients est entérinée, puisque dans un même montant la répartition entre l'assurance maladie obligatoire et le patient ou sa complémentaire est différente : par exemple pour le canal carpien, le tarif est à peu près identique en moyenne mais en clinique l'assurance maladie paye 100 euros de moins et le patient 100 euros de plus qu'à l'hôpital public.

Ceci illustre **l'incohérence de notre système de remboursement** : en contrepartie d'une réduction des dépassements d'honoraires, l'assurance maladie pourrait améliorer sa prise en charge pour un coût total qui resterait inférieur à celui facturé par l'hôpital public. Par ailleurs, il serait beaucoup plus cohérent de renvoyer l'intégralité du financement des contraintes correspondant aux missions d'intérêt général à des dotations particulières déterminées en fonction des coûts analytiques, et de favoriser parallèlement la convergence tarifaire dans le cadre de dépassements d'honoraires plafonnés.

Libellé du GHM	Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire		
Nombre de séjours en 2010	34 773	98 572	133 345
Part de chaque secteur	26%	74%	100%
Durée moyenne de séjour (2010)	0,0	0,0	0,0
Taux de convergence 2009/2010	100%		
Taux de convergence 2010/211			
Coût total facturé en moyenne en 2010 hors dépassement	785 €	663 €	122 €
Coût total facturé en moyenne en 2010 avec dépassement	785 €	801 €	-16 €
Coût total facturé à la charge de l'assurance maladie	767 €	645 €	104 €
Coût total facturé à la charge du patient	36 €	174 €	-102 €

4.2.3. Une variabilité des montants facturés au sein du secteur des cliniques

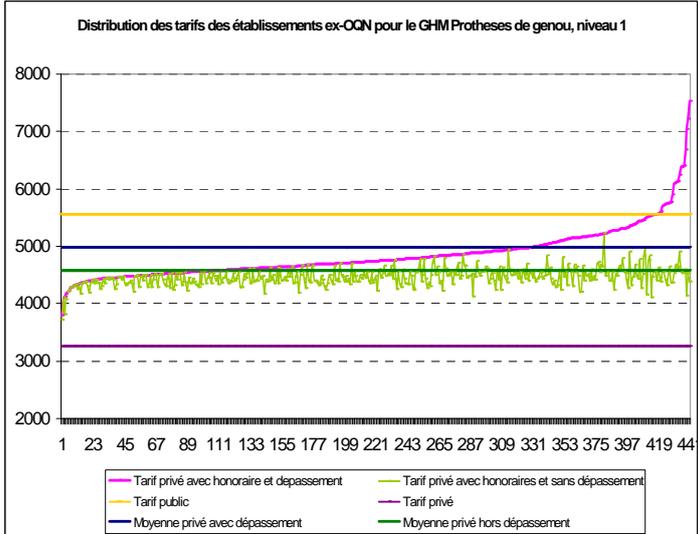
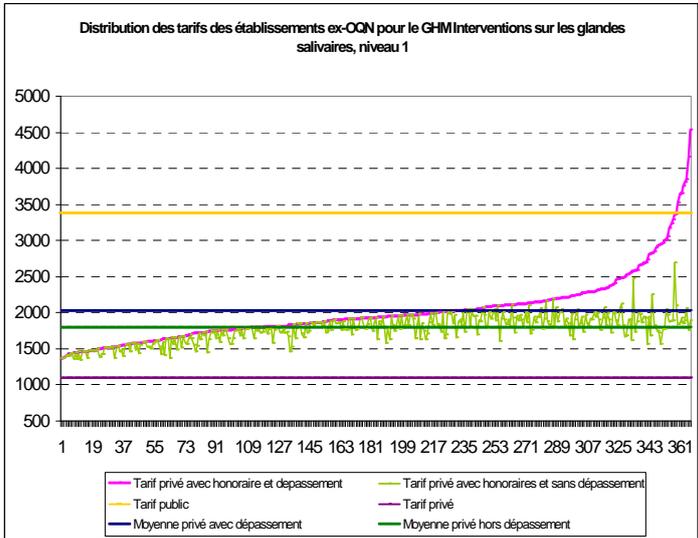
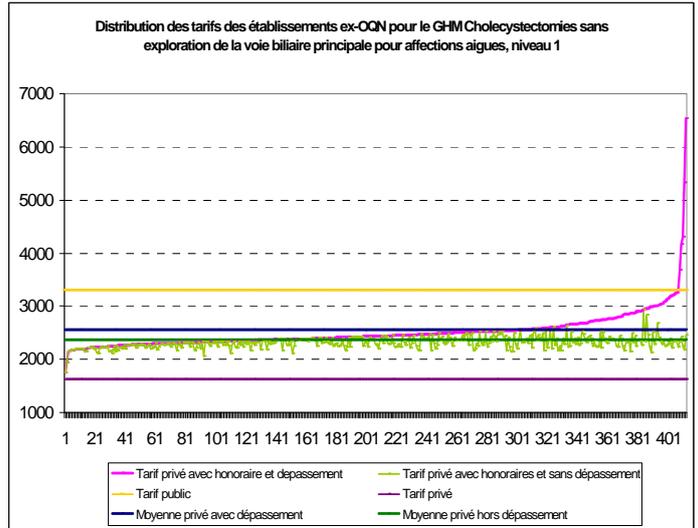
Il faut souligner par ailleurs que le montant moyen facturé dans les établissements ex-OQN varie d'un établissement à l'autre, en fonction des actes médicaux, examens, analyses etc. effectués au cours du séjour, et en fonction des dépassements.

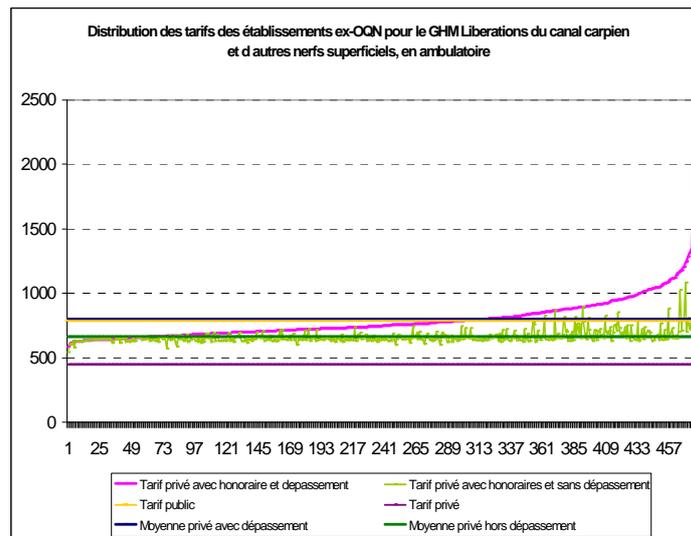
Si l'on reprend l'exemple des cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire pour affections aiguës :

- le tarif du GHS dans les établissements ex-DG est en 2010 de 3276 €,
- le tarif en « coût complet » des établissements ex-OQN est en moyenne de 2549 € (dont 2367€ sans dépassement),
- mais ce coût complet facturé est variable et dans certaines cliniques il est supérieur au tarif du secteur ex-DG.

Si l'on met de côté les situations extrêmes, **les tarifs facturés varient de 1 à 1,5 au sein du secteur privé.**

Les mêmes constats peuvent être faits par d'autres GHS. Pour une intervention de libération du canal carpien en ambulatoire, le prix total facturé par la clinique est en moyenne le même que celui de l'hôpital, mais une partie des cliniques est en-dessous et une autre au-dessus de ce tarif (graphiques ci-dessous).





4.3. DES PROCESSUS DE SOINS HÉTÉROGÈNES GÉNÉRANT DES ÉCARTS DE COUT À PATHOLOGIE IDENTIQUE

Au-delà du séjour hospitalier, des gains d'efficacité sont possibles sur d'autres séquences de soins qui interviennent dans le parcours du patient.

C'est en effet **l'ensemble du processus de soins qu'il convient de prendre en compte**, et c'est une optimisation globale de ce processus, en termes de qualité et de rapport coût / qualité, qu'il faut rechercher.

L'exemple du canal carpien donné ci-dessous à titre d'illustration montre l'intérêt d'une telle approche.

Le syndrome du canal carpien

Le syndrome du canal carpien est une compression ou un étirement du nerf médian dans sa traversée du canal carpien situé à la base de la paume de la main. Il se manifeste par des fourmillements nocturnes dans les trois derniers doigts de la main et lors de l'évolution peuvent apparaître une diminution de la sensibilité, une atrophie de certains muscles de la main. Chez 30% à 50% des patients, le syndrome est bilatéral. Il figure au tableau des maladies professionnelles.

L'origine de ce syndrome n'est pas bien définie, mais de nombreux facteurs favorisants ont été rapportés. C'est le cas des microtraumatismes ou de la répétition de mouvements d'hyperextension du poignet engendrés par une activité professionnelle ou sportive et la présence de pathologies telles que le diabète, l'insuffisance rénale chronique terminale, l'obésité... Il est plus fréquent chez les personnes pour certaines activités professionnelles comme chez les ouvriers.

Le diagnostic clinique est confirmé par la réalisation d'un électromyogramme (recommandation HAS).

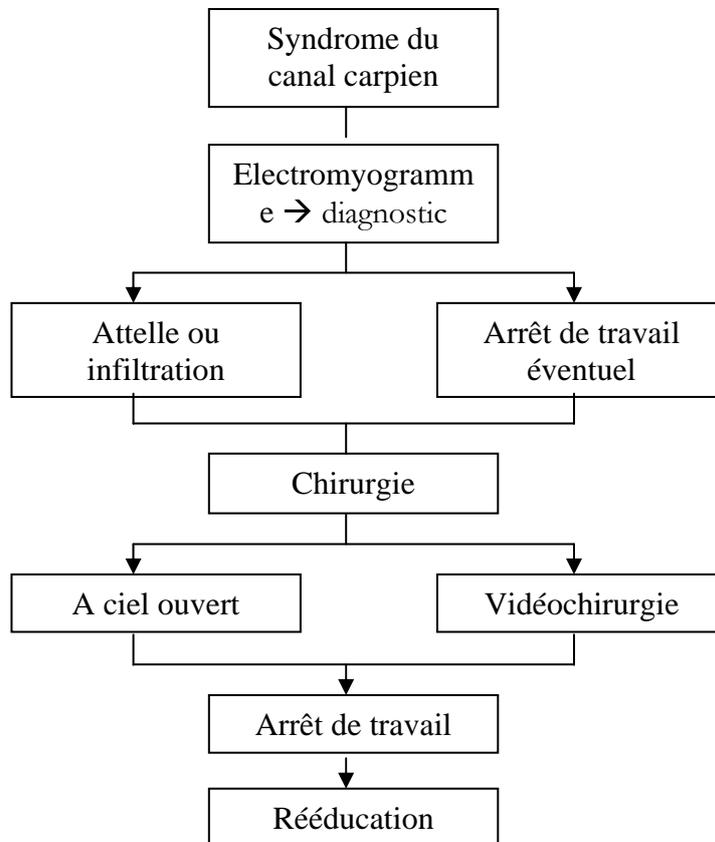
La libération du nerf médian s'effectue par une chirurgie à ciel ouvert ou endoscopique. Pour cette dernière, la durée d'arrêt de travail devrait être moindre et en terme de résultats les deux méthodes sont équivalentes (recommandation HAS).

Avant l'opération, il est possible d'utiliser des attelles et des infiltrations.

Il s'agit d'une **intervention chirurgicale fréquente** : en 2008, près de **150 000 séjours hospitaliers** ont eu lieu pour une intervention de libération chirurgicale de canal carpien, pour

près de 130 000 patients. Le nombre de patients opérés a augmenté fortement sur la période récente (+25% sur les 9 dernières années). La moitié seulement de cette augmentation s'explique par les évolutions démographiques.

Le processus de soins peut être schématisé ainsi :



Lorsque l'on analyse les différentes étapes de ce processus, pour des patients d'âge compris entre 18 et 69 ans en 2008 :

Avant la chirurgie :

- Environ 70% des patients ont un électromyogramme remboursé, alors qu'on devrait logiquement trouver 100% des patients (suivi de la recommandation). Ce résultat peut être néanmoins sous-estimé, car en 2008 le repérage des actes effectués en externe à l'hôpital était insuffisamment exhaustif. Une analyse plus récente pourra permettre de dire si des gains en qualité peuvent être attendus de ce point de vue.
- **15% des patients ont un arrêt de travail, en moyenne de 48 jours** ; c'est plus fréquemment le cas lorsqu'il s'agit d'une maladie professionnelle. La raison de ces arrêts préalables aux interventions mériterait d'être explorée : s'agit-il d'une programmation trop tardive de l'acte chirurgical ? Si c'est le cas, le raccourcissement de ce délai serait un gain pour la personne comme pour l'assurance maladie.
- **Peu de patients ont des infiltrations ou des attelles (24%)**, alors qu'il s'agit d'alternatives à la chirurgie qui mériteraient peut-être d'être davantage proposées aux patients.

L'intervention chirurgicale :

- Le fait que le nombre de patients opérés ait augmenté fortement sur la période récente (+25% sur les 9 dernières années) et que la moitié seulement de cette augmentation

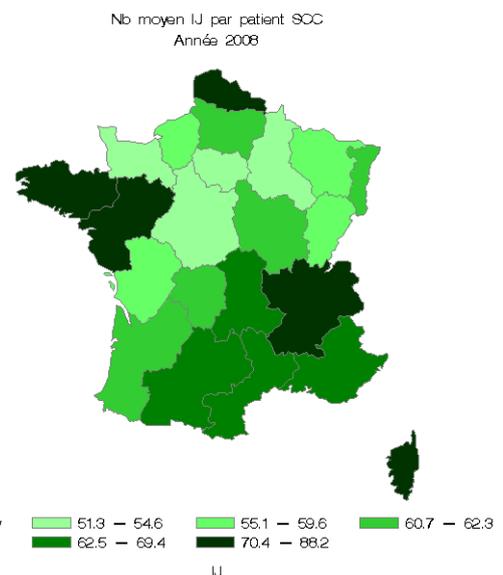
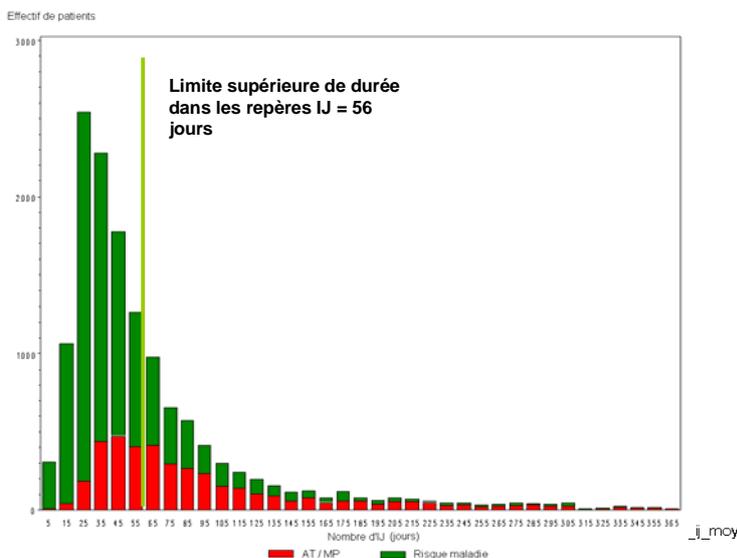
s'explique par les évolutions démographiques pose **la question de savoir si l'acte réalisé est toujours pertinent**. Des recommandations ont été demandées à la HAS pour bien définir les conditions d'intervention.

Cette fréquence est **très variable géographiquement** (1,1/1000 pour Paris à 5,5/1000 dans l'Aube), avec des disparités non classiques. Certains facteurs peuvent être à l'origine de ces disparités (variations géographiques des pathologies associées à un excès de risque du canal carpien - que diabète, obésité, insuffisance rénale chronique-, ou structure de l'emploi : la fréquence est liée à la proportion d'ouvriers et d'emploi dans l'industrie).

- **La chirurgie endoscopique**, qui peut permettre des gains d'efficacité, puisqu'elle présente théoriquement pour le patient l'avantage d'un arrêt d'activité moins long après la sortie de l'hôpital, est inégalement diffusée. Elle est **moins pratiquée dans les établissements publics**, de même que la part des séjours ambulatoires y est moins élevée.
- Enfin l'analyse des tarifs hospitaliers *supra* montre qu'il subsiste des écarts dans le montant moyen facturé selon les établissements, globalement et à l'assurance maladie.

Après la chirurgie :

- Près de **20% des patients ont eu des soins de kinésithérapie**, alors que les recommandations indiquent que cette rééducation n'est pas nécessaire.
- 55% des patients ont un arrêt de travail après l'intervention. **Ces arrêts sont d'une durée très supérieure aux durées indicatives recommandées**. La durée indicative est en effet modulée selon le type de poste occupé et les charges manipulées, ainsi que selon le type de technique utilisée. La borne maximale proposée comme repère est de 28 jours en cas de vidéo-chirurgie, de 56 jours en cas de chirurgie à ciel ouvert. Or 60% des arrêts dans le premier cas, et près de 70% dans le second, sont d'une durée supérieure à cette borne maximale. Les malades ayant des arrêts de travail de plus de 56 jours représentent 68% des journées indemnisées.
- Les arrêts sont **particulièrement longs en AT/MP** : 66% dépassent les 56 jours, et 93% les 28 jours (seuil pour la vidéo-chirurgie).
- De manière assez surprenante, il n'y a pas de différence dans les durées moyennes d'arrêt constatées, entre les deux types de chirurgie (50 jours dans l'un et l'autre cas).



- Notons que **si la chirurgie endoscopique était largement diffusée, avec une limite supérieure recommandée de 28 jours d'arrêt, ce serait au total 70% des arrêts qui pourraient être réduits.**

Le tableau ci-dessous récapitule les gains qui pourraient être obtenus en optimisant chaque segment du processus de soins.

	Estimation des coûts pour l'assurance maladie	Economie ou dépense supplémentaire potentielle		
		Economie ou dépense possible	Hypothèse de montant potentiel	Commentaire
Diagnostic, traitement par attelle ou infiltration	7	augmentation du % des patents ayant un électromyogramme	+3	100% des patients (actuellement 70% - mais peut-être examens non repérés)
Arrêts de travail avant intervention	20	Diminution de la durée d'arrêt par intervention plus rapide (48 jours en moyenne pour 15% des patients)	-10	
Intervention	95	Alignement sur le remboursement assurance maladie des etab ex-OQN	-5	Potentiellement plus si alignement sur les établissements les plus efficaces et gains de productivité
Kinésithérapie	9	Diminution des 2/3 (normalement pas de kiné nécessaire)	-6	
Arrêts de travail après intervention	54	Suppression des IJ en excès (>28 jours pour l'endoscopie et 56 jours pour la chirurgie à ciel ouvert)	-31	Potentiellement plus si développement de la chirurgie endoscopique (actuellement 1/3, potentiellement 2/3)
TOTAL	185 millions d'euros		-49 millions d'euros 26%	

Les économies qui pourraient être ainsi dégagées pourraient être partiellement **réallouées à une meilleure couverture des restes à charge des assurés, et à des actions de prévention, notamment en direction des entreprises.**

Comme on l'a vu en effet, une part importante des syndromes de canal carpien est d'origine professionnelles, comme le sont d'autres troubles musculo-squelettiques (TMS). Les TMS sont la première cause de maladie professionnelle reconnue, leur nombre s'accroît d'environ 18 % par an depuis dix ans et elles ont engendré 875 millions d'euros d'indemnisation en 2009 (remboursement de soins, indemnités journalières et rentes). En 2009, sur les 41 000 nouveaux cas de TMS qui ont été indemnisés dans le cadre d'une maladie professionnelle, 42% concernait le poignet.

La prévention de ces pathologies est une priorité pour l'Assurance Maladie – Risques Professionnels, qui a mis en place un plan d'actions ayant pour objectif d'enrayer la progression des TMS dans une trentaine de secteurs, dont la grande distribution, le BTP, l'agroalimentaire et l'aide et soins à domicile, en renforçant l'action directe en entreprise et en développant des actions avec des partenaires. En 2009, 1 000 interventions directes ont permis de couvrir 50% des établissements de plus de 50 salariés ayant au moins trois cas de TMS indemnisé entre 2005 et 2007. Elles initient la mise en place de plans de prévention durables, intégrant par exemple la transformation des postes de travail avec des équipements ou matériels adaptés.

4.4. L'HETEROGENEITE DE PRESCRIPTION SUR LES INDEMNITES JOURNALIERES PAR RAPPORT AUX DUREES DE REFERENCE

L'observation d'une grande hétérogénéité des durées moyennes d'arrêt de travail pour des situations identiques (par exemple on observe des écarts dans les durées moyennes du simple au double entre départements) a conduit l'assurance maladie à **promouvoir la diffusion, auprès**

des prescripteurs, de durées de référence indicatives pour des pathologies (médicales et suites d'interventions) courantes

Ont été ainsi diffusées depuis 2009, après avis de la Haute autorité de santé, 19 fiches repères de durées indicatives d'arrêt de travail couvrant les pathologies les plus génératrices d'arrêts.

Au vu de la distribution actuelle des durées d'arrêt de travail pour ces pathologies, **les gains potentiels que l'on pourrait attendre d'une harmonisation des pratiques de prescription sont importants.**

Pour les actes isolés, la comparaison entre la durée moyenne observée et les durées de référence pour un acte donné montre que la durée observée est toujours supérieure aux durées de référence des deux 1^{ères} (respectivement travail sédentaire et travail physique léger) ; pour la moitié des actes, la durée observée est supérieure à la durée de référence la plus longue (classe 4, travail physique lourd).(tableau ci-après).

Si la durée moyenne de l'arrêt de travail de chaque acte était ramenée à la durée médiane lorsqu'elle lui est supérieure, l'économie résultante sur un an serait de 125 millions d'euros (tous secteurs et tous régimes). C'est une estimation *a minima*.

Ces résultats, en mettant en évidence l'hétérogénéité des pratiques et l'écart entre durée prescrite et durée attendue, confirment l'utilité d'une démarche d'information des praticiens qui ne disposaient jusqu'au lancement de l'action, d'aucun référentiel (en dehors du domaine partiel de la traumatologie), contrairement à d'autres pays comme l'Angleterre, les USA ou l'Espagne.

Ce type de démarche pourra être étendu à d'autres secteurs d'activité et d'autres types d'actes

Tableau : Durées des arrêts de travail pour les actes chirurgicaux ayant fait l'objet d'une fiches repère (actes isolés)

Libellés des actes	Nb actes suivis d'arrêt*	Moyenne	Quart1	Médiane	Quart3	Hétérogénéité (Q3/Q1)	Durées**
Libération du nerf médian au canal carpien, par abord direct	28 245	56	29	41	63	2,2	ciel ouvert : 14,28,42,56
Libération du nerf médian au canal carpien, par vidéochirurgie	15 358	50	26	36	57	2,2	endoscopie : 7,14,21,28
Cholécystectomie, par cœlioscopie	25 469	30	16	23	31	1,9	laparoscopie : 7,10,14,21
Cholécystectomie, par laparotomie	754	50	29	38	53	1,8	laparotomie : 14,21,28,35
Acromioplastie sans prothèse, par arthroscopie	2 224	171	72	131	277	3,9	28,35,60,90
Acromioplastie sans prothèse avec arthroplastie acromioclaviculaire par résection de l'extrémité latérale de la clavicule, par arthroscopie	1 292	174	78	134	280	3,6	28,35,60,90
Acromioplastie sans prothèse, par abord direct	297	182	83	143	291	3,5	28,35,60,90
Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par abord direct	252	214	125	212	302	2,4	42/70, 90/120, 150, 180 bras non dominant/bras dominant
Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par abord direct	218	191	88	172	327	3,7	42/70, 90/120, 150, 180 bras non dominant/bras dominant
Réinsertion et/ou suture de plusieurs tendons de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	86	187	91	166	323	3,5	42/70, 90/120, 150, 180 bras non dominant/bras dominant
Réinsertion ou suture d'un tendon de la coiffe des rotateurs de l'épaule, par arthroscopie	75	193	87	158	357	4,1	42/70, 90/120, 150, 180 bras non dominant/bras dominant
Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral	17 694	102	60	89	152	2,5	28,42,56,119
Exérèse d'une hernie discale de la colonne vertébrale lombale, par abord postérieur ou postérolatéral	1 973	115	65	105	186	2,9	28,42,56,119
Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par abord inguinal	15 067	37	22	30	44	2,0	10,21,42,56
Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne avec pose de prothèse, par vidéochirurgie	9 643	30	17	25	34	2,0	10,21,42,56
Cure unilatérale d'une hernie de l'aîne sans pose de prothèse sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord inguinal	3 807	37	21	30	42	2,0	10,21,42,56
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthroscopie	16 547	83	52	72	102	2,0	35,63,180,180
Reconstruction du ligament croisé antérieur du genou par autogreffe, par arthrotomie	1 849	88	57	80	110	1,9	35,63,180,180
Ménisectomie latérale ou médiale du genou, par arthroscopie	40 920	42	18	29	46	2,6	arthroscopie : 10,14,21,45
Réinsertion ou suture d'un ménisque du genou, par arthroscopie	616	53	25	44	68	2,7	arthroscopie : 10,14,21,45
Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil	5 359	73	49	64	88	1,8	28,28,42,84
Ostéotomie du premier métatarsien, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil	1 362	69	46	63	87	1,9	28,28,42,84
Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil et ostéotomie de plusieurs métatarsiens latéraux	922	89	59	81	109	1,8	28,28,42,84
Ostéotomie du métatarsien et de la phalange proximale du premier rayon du pied, avec libération mobilisatrice de l'articulation métatarsophalangienne du premier orteil et ostéotomie d'un métatarsien latéral	671	81	56	72	93	1,7	28,28,42,84
Thyroïdectomie totale, par cervicotomie	11 301	42	22	30	44	2,0	10,14,21,21
Lobo-isthmectomie unilatérale de la glande thyroïde, par cervicotomie	4 395	31	17	23	32	1,9	10,14,21,21
Extraction [Stripping] de la grande veine saphène, par abord direct	21 178	27	16	22	30	1,9	14,14,21,28
Exérèse secondaire de la crosse de la grande veine saphène ou de la petite veine saphène, par abord direct	2 535	29	16	22	31	1,9	14,14,21,28
Extraction [Stripping] de la petite veine saphène, par abord direct	2 571	25	14	19	28	2,0	14,14,21,28
Exérèses multiples de branches de la grande veine saphène et/ou de la petite veine saphène sous anesthésie générale ou locorégionale, par abord direct	2 378	21	8	14	23	2,9	14,14,21,28
Extraction [Stripping] de la grande veine saphène et de la petite veine saphène, par abord direct	835	28	17	22	29	1,7	14,14,21,28
Ligature de plusieurs veines perforantes jambières, par abord direct	178	20	5	9	17	3,4	14,14,21,28
Ensemble des arrêts reliés à un acte isolé	236 071						

Sources: DCIR, Régime général hors SLM, AT-MP et risque maladie, 2009. PMSI 2008

Légende:

Actes pour lesquels la durée moyenne observée dépasse la durée maximale de référence (classe 4, travail physique lourd)				
Actes pour lesquels la durée moyenne observée dépasse la durée de référence pour la classe 3 (travail physique modéré)				
Actes pour lesquels la durée moyenne observée dépasse la durée de référence pour la classe 2 (travail physique léger)				

* Nb actes : extrapolés tous régimes tous secteurs

**Durées de référence en fonction des types d'emploi suivants :

.Travail sédentaire .Travail physique modéré

.Travail physique lég .Travail physique lourd

4.5. LES MARGES D'EFFICIENCE DU RECOURS CONTRE TIERS

Conformément aux articles L.376-1 et L.454-1 du code de la sécurité sociale, lorsqu'un assuré est victime d'un accident causé par un tiers, la caisse de sécurité sociale à laquelle il est affilié a la possibilité d'exercer un recours subrogatoire et ainsi solliciter auprès du tiers responsable le remboursement des prestations qu'elle a été amenée à verser (frais d'hospitalisation, frais médicaux, frais pharmaceutique, indemnités journalières, pension d'invalidité, rente d'accident du travail ...). Ce recours contre tiers représente un enjeu financier de 800 millions à plus de 1 milliard d'euros selon les années. Ainsi en 2010, les encaissements de créances dans le cadre du recours contre tiers ont représenté pour le régime général **894 millions d'euros au titre de la maladie et 457 millions d'euros au titre des accidents du travail**.

Un protocole d'accord entre les organismes sociaux et les sociétés d'assurances conclu en 1983 et portant sur les accidents de la circulation permet de gérer dans un cadre concerté environ 70% des dossiers de recours contre tiers.

Ce protocole a permis des avancées importantes en gestion. Il présente cependant des insuffisances au regard de l'évolution du contexte juridique, économique et financier.

Trois sources d'inefficience apparaissent aujourd'hui dans le processus de recours contre tiers :

- un **manque de signalement à l'assurance maladie** des accidents impliquant un tiers conduisant à laisser à la charge de la collectivité des dépenses qui devraient être assumées par le responsable ou son assureur, notamment pour les accidents hors protocole automobile ;
- des **délais trop importants** entre la survenance de l'accident qui engendre des dépenses immédiates de l'assurance maladie et le remboursement effectif de ces créances par l'assureur ;
- des pertes importantes pour l'Assurance maladie au titre des rentes et des pensions d'invalidité versées par les assureurs sur la base de **tables de mortalité très anciennes, avec un taux d'actualisation très élevé** et sans tenir compte de la revalorisation annuelle de ces rentes et pensions.

Le protocole négocié avec les assureurs dans les années 1980 mérite d'être adapté pour garantir un meilleur équilibre financier entre les parties.

4.5.1. Une insuffisante détection des accidents impliquant un tiers

Les victimes, les établissements de santé et les assureurs des tiers responsables ne signalent pas systématiquement à l'assurance maladie tous les accidents causés par des tiers ; l'assurance maladie n'a pas une connaissance complète des cas d'accidents causés par des tiers et ne peut donc faire jouer la garantie financière de l'assureur : des frais restent à la charge de la collectivité publique alors qu'ils devraient être partagés avec les responsables de l'accident.

La loi prévoit pourtant une obligation de signalement aux caisses de sécurité sociale lorsqu'un assuré est victime d'un accident causé par un tiers, cette obligation portant sur la victime, le tiers, l'établissement de santé ainsi que l'assureur du tiers responsable. Il faut cependant constater que cette déclaration n'est pas systématique, parfois par manque d'information des victimes ou des établissements de santé. Les signalements sont faibles par rapport au pourcentage de transactions amiables menées par les compagnies d'assurance. **Les pénalités en cas de non respect de cette obligation restent en effet relativement peu dissuasives**, avec pour l'assureur une

majoration de 50 % de l'indemnité forfaitaire de gestion soit une pénalité comprise entre 48,50 euros et 490 euros. Ces montants s'appliquent de plus dans les transactions amiables entre les laboratoires pharmaceutiques et les victimes.

4.5.2. Des délais préjudiciables à l'assurance maladie pour l'inscription des créances

L'Assurance maladie ne recouvre ses créances auprès des assureurs que plus d'un an après qu'elle ait engagé des frais pour faire face à un accident : alors même qu'il existe un tiers responsable, c'est la collectivité publique qui avance ainsi les frais de santé et ne recouvre les sommes engagées que bien des mois ou des années plus tard. A l'heure actuelle, pour les dossiers gérés dans le cadre du protocole amiable avec les assureurs automobiles qui devait permettre d'améliorer les délais de traitement, le délai moyen s'écoulant entre la date de signalement de l'accident et le remboursement de la créance à l'assurance maladie est de 12,5 mois. En outre, 10% des dossiers en maladie et 13% en accident du travail – qui représentent des enjeux financiers importants – ne sont soldés que plus de deux ans après leur ouverture : ainsi 54% des créances en maladie dans le cadre du protocole – soit plus de 230 millions d'euros – et 57% des créances en accident du travail – soit **plus de 148 millions d'euros** – ne sont produites que **plus de deux ans après l'ouverture d'un dossier**.

4.5.3. Des pertes financières importantes pour l'Assurance maladie sur les rentes et pensions d'invalidité avec un barème de capitalisation datant des années 1950 et 1960

Les assureurs ne versent aujourd'hui pas systématiquement les sommes dues à l'Assurance maladie au titre des rentes et pensions d'invalidité sous forme de capital : le protocole de 1983 limite le versement en capital aux dossiers inférieurs à une limite de 22 867 euros en se basant sur des tables des années 1960/64 avec un taux d'actualisation de 6,5%. Surtout, le mode de calcul du capital constitutif dû à l'assurance maladie se fait sur des bases datées qui s'avèrent aujourd'hui trop défavorables à celle-ci : **les tables de mortalité utilisées sont celles des années 1954 pour les rentes et 1962** pour les pensions d'invalidité alors que l'augmentation de l'espérance de vie a été régulière et importante, et le **taux d'actualisation retenu (4,75%)** apparaît très élevé par rapport aux normes actuelles. La dernière table de mortalité date en effet de 2008 et le taux d'actualisation retenu par les assureurs est compris entre 25% et 75% du taux monétaire à 10 ans soit entre 0,86% et 2,58% actuellement.

Ainsi, on peut ainsi estimer que pour une rente d'accident de trajet moyenne de près de 2 800 euros par an, le différentiel de coût au détriment de l'assurance maladie est de plus de 20 500 euros pour une personne de 50 ans simplement du fait de l'application de cette table de mortalité ancienne. Une évaluation sur un échantillon de 1 800 dossiers de rentes et de pensions d'invalidité montre que la perte pour l'Assurance maladie par rapport à l'application de la table de mortalité 2000/2002 avec un taux d'actualisation de 2,5% (75% du taux monétaire à 10 ans) est de **50 millions d'euros, sans même tenir compte de la revalorisation annuelle des rentes**. Ces tables et les taux d'actualisation sont fixées par l'Etat dans un arrêté interministériel qui nécessiterait d'être revu dans les meilleurs délais.

Plus largement, l'évolution du contexte juridique, économique et financier du recours contre tiers est telle depuis les années 1980 que le protocole d'accord conclu en 1983 entre les caisses d'assurance maladie et les assureurs présente aujourd'hui des limites, en dépit de mesures d'actualisation régulières.

Ainsi le protocole n'a tenu compte que partiellement – et avec des mesures transitoires et pour certaines insatisfaisantes – de la réforme instaurée par l'article 25 de la LFSS 2007 : celui-ci a

modifié l'exercice du recours contre tiers en instaurant un recours poste par poste, un droit prioritaire de la victime et en permettant à la caisse, sous certaines conditions, de pouvoir récupérer ses prestations sur les postes de préjudices à caractère personnel. Un fonctionnement efficace implique donc qu'il existe entre les deux parties – assurance maladie et assureurs privés – une nomenclature commune et surtout une table de concordance permettant d'identifier la nature des postes de dépense et d'indemnisation chez les deux parties.

4.6. LES DIFFICULTES DE MISE EN ŒUVRE LIEES A UN ENVIRONNEMENT REGLEMENTAIRE CONTRAINT

Les réformes ou mesures qui doivent améliorer l'efficacité du système de soins, et qui sont notamment proposées par le Gouvernement ou l'Assurance maladie chaque année, tardent souvent à produire les effets escomptés en raison de **fortes contraintes réglementaires qui s'imposent à l'Etat et l'assurance maladie**. Trois exemples sont ainsi exposés ci-après :

La vaccination antigrippale par les infirmières :

Le principe de la vaccination contre la grippe saisonnière par les infirmières a été accepté par les professionnels de santé dès 2007. L'avenant 23 de la convention médicale signé le 29 mars 2007 indique qu'« il s'agit de favoriser la vaccination au cours d'une consultation habituelle ou, en-dehors des primo-vaccinations, la réalisation de l'injection par un infirmier en accord avec le médecin traitant... ». Le protocole d'accord entre les syndicats d'infirmières et l'UNCAM, signé le 19 avril 2007, prévoit cette possibilité de coopération interprofessionnelle « dans le cadre de la vaccination anti-grippale, hors primo-injection. Dès lors, [les parties signataires] s'engagent à solliciter les autorités compétentes pour permettre la réalisation de ces actes par les infirmières libérales, en coordination avec le médecin traitant, dans le cadre de la prise en charge assurée par l'Assurance Maladie. Elles entendent rendre opérationnel ce dispositif pour la campagne de vaccination 2007 ».

Cependant, avant l'intervention de la loi HPST, **toutes les modifications de répartition de compétences entre les différents professionnels de santé relevaient de la loi**, ce qui était considéré comme protecteur pour chacune de ces professions. En conséquence, une modification législative a été nécessaire fin 2007, dans le PLFSS pour 2008, afin de mettre en œuvre cette mesure, ainsi que la consultation de l'académie de médecine, du comité technique des vaccinations, et trois textes réglementaires d'application publiés au JO du 2 septembre 2008 :

- le décret n° 2008-877 du 29 août 2008 relatif aux conditions de réalisation de certains actes professionnels par les infirmiers (ouverture de la compétence des infirmières) ;
- le décret n° 2008-878 du 29 août 2008 relatif à la prise en charge par l'assurance maladie de certains vaccins inscrits sur la liste remboursable aux assurés sociaux (afin de permettre la délivrance directe du vaccin sans prescription médicale) ;
- l'arrêté du 29 août 2008 fixant la liste des personnes pouvant bénéficier de l'injection du vaccin antigrippal effectuée par l'infirmière.

La vaccination par les infirmières est intervenue en septembre 2008, soit un an et demi après l'accord de principe sur cette mesure.

Le taux de remboursement à 15% pour les spécialités à SMR faible :

La mise en œuvre du taux de 15% pour le remboursement de certains médicaments, annoncé à l'automne 2009 dans le cadre du PLFSS 2010, rencontre encore actuellement des difficultés

inhérentes à **l'instabilité de la jurisprudence**. Le décret d'application, sorti en janvier 2010 suite à la publication de la LFSS 2010, prévoyait qu'un taux de remboursement devrait être fixé entre 10 et 20% pour les médicaments à service médical rendu faible. La décision UNCAM du 9 avril fixant le taux à 15% a été publiée au Journal Officiel du 16 avril pour une mise en application effective le 17 avril.

Le texte du décret précisait que les laboratoires concernés par cette modification de taux de remboursement pouvaient, par dérogation, faire valoir leurs observations exclusivement à l'UNCAM au lieu de le faire devant la Commission de Transparence.

Cette dérogation, jugée *in fine* illégale, a entraîné l'annulation du décret par le Conseil d'Etat le 27 mai 2011. L'UNCAM doit donc ressaisir l'ensemble des laboratoires qui sont désormais invités à faire valoir leurs observations devant la Commission de Transparence.

La contractualisation avec les établissements pour maîtriser les prescriptions de transports :

Voté en 2009, l'article 45 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 prévoit un taux annuel d'évolution des transports et un dispositif de contractualisation entre les établissements et les ARS en lien avec les organismes d'Assurance maladie.

Le taux prévisionnel d'évolution des dépenses remboursées de transports pour 2010 a été fixé à 4% par l'arrêté du 12 octobre 2010.

La décision du 17 décembre 2010, comportant en annexe le contrat type destiné à contractualiser avec les établissements, a été publiée au JO du 2 février 2011. L'Assurance maladie a fourni aux organismes régionaux les données statistiques permettant un ciblage régional des établissements dont le taux de prescriptions serait supérieur au taux d'évolution de 4%.

Le décret n° 2011-305 définissant les modalités d'application de la loi a été publié le 21 mars 2011. A la suite de cette publication, deux arrêtés ont été publiés le 28 mars 2011 pour fixer deux taux de références pour l'année 2011 à comparer avec l'année précédente, l'un à 4% allant du 1^{er} avril 2010 au 31 mars 2011 l'autre à 3% pour la période du 1^{er} avril 2011 au 31 décembre 2011.

Ce dispositif transitoire pour l'année 2011 a nécessité la modification du contrat-type et la création d'un avenant 1 pour reporter la date butoir de contractualisation avec les établissements de juin à août 2011 et préciser qu'il n'y aurait pas de pénalités en 2011 pour les établissements ciblés qui refuseraient de signer un contrat. De plus, de nouvelles données statistiques correspondant aux modifications des arrêtés de mars doivent être fournies aux régions.

La FHF a déposé début juin 2011 un recours contre le décret. Un dispositif de maîtrise des dépenses de transport qui a été proposé et annoncé à l'automne 2009 ne se met donc réellement en œuvre qu'à partir de l'été 2011.

La complexité du dispositif législatif et réglementaire, les aléas des décisions de justice nécessitent sans doute une réflexion des pouvoirs publics sur les moyens **d'alléger ces procédures** pour assurer une meilleure réactivité; il s'avère d'autant plus nécessaire de consolider les évolutions décidées dans les dernières années, d'autant plus qu'en règle générale, les réformes sont in fine mise en place après avoir réalisé les ajustements qui s'avèrent nécessaires.

5. LES PROPOSITIONS POUR AMELIORER L'EFFICIENCE DU SYSTEME DE SOINS

A partir des analyses et des constats dressés ci-dessus l'Assurance Maladie a élaboré des propositions qui s'inscrivent dans la continuité de la stratégie développée ces dernières années : **développer la prévention, accroître la qualité des soins et faire évoluer l'organisation du système de santé.**

Il apparaît aujourd'hui nécessaire de **consolider et approfondir les réformes structurelles d'ores et déjà initiées** plutôt que d'ouvrir de nouveaux chantiers : la mise en œuvre des mesures réclame en effet du temps, des textes réglementaires, de l'énergie et des actions coordonnées des différents acteurs. Beaucoup de mesures ont commencé à porter leurs fruits, comme nous avons pu le voir. La tenue de l'ONDAM a été grandement améliorée.

Tout en préservant la prise en charge à 100% des pathologies les plus lourdes, deux mesures réglementaires ont été prises récemment, en tenant compte des avis de la HAS, pour en adapter le champ et les conditions d'éligibilité. Elles seront mises en œuvre dans les mois à venir.

La création des agences régionales de santé a induit une nouvelle dynamique de gestion du risque, partagée entre les acteurs de la santé, qu'il faut maintenant consolider : l'enjeu est aujourd'hui d'approfondir, de consolider les premiers résultats des dix priorités de gestion du risque plutôt que de lancer de nouveaux programmes dès 2012. Sur beaucoup de domaines, l'Assurance maladie propose donc de consolider les premiers acquis de ces dernières années avant d'investir des champs nouveaux :

- aller plus loin dans la **prévention et l'accompagnement** des assurés en s'appuyant notamment sur les réussites de Ameli-direct, de sophia et des programmes ciblés sur les personnes précaires ;
- dresser un bilan des limites des offres actuelles de la CMUc dans certains domaines comme l'optique et de l'ACS pour **améliorer les offres aux populations concernées** ;
- tirer parti des travaux menés sur la chirurgie ambulatoire et notamment la chirurgie de la cataracte pour faire aboutir concrètement le projet de **création de centres autonomes** avec toutes les garanties de sécurité et de qualité pour les patients. L'évolution des techniques médicales et des attentes des patients doivent nous permettre de consolider en 2012 des évolutions de prise en charge ; il s'agira aussi de tirer les conclusions des analyses menées dans les années précédentes, par exemple pour l'HAD suite aux contrôles menés par l'Assurance maladie et l'IGAS ;
- **poursuivre les efforts de gestion** qui ont été engagés par l'Assurance maladie afin de réduire la part de nos dépenses de santé consacrées au fonctionnement du système : la rationalisation de l'organisation des dépistages organisés du cancer, l'exigence d'efficacité appliquée aux fonds financés par l'Assurance maladie ainsi qu'aux organismes gestionnaires de la protection santé obligatoire ou complémentaire paraissent ainsi des axes d'approfondissement nécessaires.

Enfin au vu du contexte financier et de la nécessité de réduire le déficit, l'Assurance Maladie a également conduit une réflexion sur les économies supplémentaires qui pourraient être réalisées en 2012, notamment par une **meilleure tarification des produits de santé et une amélioration du rendement du recours contre tiers.**

5.1. DEVELOPPER LA PREVENTION EN ACCOMPAGNANT L'ASSURE

Pour développer la prévention l'Assurance Maladie agit dans plusieurs directions. Elle incite les professionnels de santé à s'y investir à travers les engagements conventionnels sur des objectifs de santé publique. Elle les accompagne avec des actions de terrain pour leur faciliter la mise en œuvre de ces objectifs.

Parallèlement elle renforce l'information des patients pour les aider à mieux s'orienter dans leur parcours de soins et à devenir acteur de leur propre santé.

5.1.1. La connaissance : une première étape pour permettre à l'assuré d'agir pour sa santé

L'enrichissement de la connaissance et de la compréhension des assurés représente une phase incontournable pour créer un terrain réceptif aux messages de prévention délivrés par les différents acteurs de santé publique. De même une meilleure utilisation du système de soins nécessite également de mettre à la disposition des assurés des informations leur permettant de faire des choix éclairés.

➤ **Proposition 1 : Enrichir les sources d'informations mises à la disposition des assurés**

Dans le cadre de sa démarche de prévention, l'Assurance Maladie complètera en septembre 2011 le site **Ameli.santé** qui intégrera progressivement des informations sur 185 maladies graves ou bénignes. Ce site répond aux principales préoccupations de santé des internautes et leur propose des conseils pratiques pour préparer leur consultation avec leur médecin, mieux vivre avec leur maladie ou adopter des mesures préventives. Il leur propose également les offres de prévention de l'Assurance Maladie, des services interactifs et personnalisés.

L'Assurance Maladie s'est de plus engagée, dans la COG 2010-2013 à enrichir **Ameli.direct**. Ce service accessible en ligne et par téléphone donne à l'assuré une vision précise du coût des soins, y compris des dépassements éventuels, et du niveau de leur remboursement. Pour les établissements il propose également des indicateurs d'activité et données qualitatives (prise en charge de la douleur par exemple). D'autres informations seront intégrées en 2012-2013, comme par exemple les informations sur les taxis conventionnés, les centres de santé, etc.

5.1.2. Etendre et diversifier les modes d'accompagnement des patients

En matière de prévention, l'Assurance maladie a fait le choix de mettre en œuvre des stratégies d'accompagnement afin d'aider les assurés à agir de manière proactive pour leur santé. Outre sophia créé en 2008 pour les patients en ALD ayant un diabète, elle a lancé en 2010 un programme de prévention des risques cardio-vasculaires qui s'adresse à des assurés (2,3 millions chaque année) n'ayant aucun traitement dans ce domaine, l'objectif étant de les alerter sur les facteurs de risque et de les inciter à modifier leur comportement si nécessaire.

Aujourd'hui, elle poursuit sa démarche de prévention avec une nouvelle approche. Le programme « **Santé Active** » constitué de conseil, de coaching ou d'éducation à la santé a été mis en œuvre par la caisse primaire d'assurance maladie de la Sarthe depuis plusieurs années pour agir sur les déterminants de santé en favorisant les changements de comportement. La caisse primaire et le Laboratoire Manceau de Mathématiques de l'Université du Maine ont évalué l'impact de Santé Active sur la consommation de soins. A partir d'historiques de remboursements, allant jusqu'à 5 ans et portant sur 1 885 adhérents au programme complétés d'un groupe témoin de

mêmes caractéristiques, l'étude conclut à une baisse de la consommation (décélération voire inversion de tendance) chez certains groupes de personnes, en particulier celles de 40 à 60 ans sans ALD, sur des prestations telles que les arrêts de travail, les médicaments (analgésiques, IPP et psychotropes en particulier), les soins de médecins généralistes et de masseurs-kinésithérapeutes.

➤ **Proposition 2 : Développer Santé Active**

L'Assurance maladie propose d'expérimenter le programme Santé Active dans deux autres départements en 2011 avant de l'étendre à dix départements supplémentaires en 2012. Ce programme s'articulera autour des trois axes suivants :

- **le coaching** : Il s'agit de programmes d'accompagnement personnalisés, destinés à des assurés ciblés, sur trois thèmes : santé du cœur, santé du dos et alimentation. Cet accompagnement vise à favoriser des changements de comportement et de modes de vie, en complémentarité avec la relation médecin patient sur le champ des soins. Cet accompagnement a été expérimenté sous forme d'ateliers de groupe et l'Assurance maladie étudiera également une offre de coaching par internet ;
- **l'information sur le coût des soins** : les assurés reçoivent un profil personnalisé sur leur consommation de soins, par grands types d'actes, de médicaments consommés, en comparaison avec la moyenne des assurés de la même tranche d'âge, du même sexe.. Ils peuvent ainsi mesurer le coût des soins et évaluer l'évolution de leur consommation de soins en lien avec leur suivi du programme ;
- **des réunions d'échange** sur des thèmes de santé représentant des points forts ou faibles du secteur, basée sur une cartographie précise des consommations de soins.

➤ **Proposition 3 : Expérimenter l'extension de sophia à d'autres pathologies**

Le service d'accompagnement sophia pour les patients ALD souffrant de diabète sera étendu en 2012 à toute la France. En effet, le bilan réalisé fin 2010 sur l'expérimentation menée dans les 10 premiers départements a montré une évolution favorable des indicateurs de prévention, de santé et des dépenses hospitalières. Les adhérents réalisent ainsi plus fréquemment les examens recommandés dans le suivi du diabète (consultation ophtalmologique, électrocardiogramme, dosages sanguins...). On observe également que le taux d'hémoglobine glyquée a un peu plus baissé dans la population sophia que dans la population générale des diabétiques (évolution appréciée à travers l'étude ENTRED). En juin 2011, plus de 115 000 assurés ont choisi d'adhérer à sophia dans les 19 départements pilotes qui proposent le service ; en 2012, l'offre sera progressivement étendue à l'ensemble de la France.

En 2012, l'Assurance maladie propose également d'étendre le champ des pathologies couvertes par sophia : les patients diabétiques adhérents au service sophia se verront ainsi proposer un accompagnement pour certaines de leur comorbidités par exemple l'insuffisance cardiaque, les suites des accidents vasculaires cérébraux, la néphropathie diabétique, ...

En outre, à l'instar ce qui a été fait pour le diabète, sophia sera proposé de manière expérimentale aux patients asthmatiques dans les mêmes 19 départements pilotes.

5.2. FACILITER L'ACCES AUX SOINS DES ASSURES

Depuis plusieurs années l'Assurance Maladie s'attache à faire progresser son action vers les populations les plus éloignées du système de soins et les plus fragiles. Cet engagement est réaffirmé dans la convention d'objectifs de gestion conclue avec l'Etat pour la période 2010-2013.

Ainsi dans le cadre du programme de prévention bucco dentaire M²T dents toutes les caisses d'assurance maladie vont mettre en œuvre une action de sensibilisation pour inciter les enfants de 6 ans en classe de CP dans des zones défavorisées à profiter de l'offre de l'Assurance Maladie (visite gratuite chez le dentiste et soins pris en charge à 100%). Le programme de prévention de l'obésité et celui destinée à prévenir les facteurs de risque de la grossesse sont également orientés vers les populations fragiles et éloignées du système de soins.

5.2.1. Améliorer l'offre optique pour les bénéficiaires de la CMUC et réduire les restes à charge des assurés

Les personnes assurées par la CMUC bénéficient d'un panier de soins défini qui doit permettre, sauf demandes particulières de l'assuré, une prise en charge totale. La prise en charge de l'optique prévoit par exemple un remboursement des montures à hauteur de 30,49 euros pour les moins de 18 ans et de 22,87 euros pour les plus de 18 ans.

Une étude de l'Assurance maladie montre que plus du tiers (38 %) des personnes affiliées à la CMUC ayant eu des prestations d'optique durant l'année 2010 ont eu un reste à charge d'un montant moyen de 62,4 euros pour un total de 35 millions d'euros. Par ailleurs, l'Assurance maladie a également constaté, à partir d'une analyse sur un mois de facturation, que près de 4000 opticiens (environ la moitié de ceux ayant dispensé des prestations à des bénéficiaires de la CMUC), ont dépassé au moins une fois le prix du panier. Les dépassements ne sont pas concentrés sur un petit nombre d'opticiens : 30% des opticiens sont à l'origine de 50 % des dépassements.

➤ Proposition 4 : Créer un label pour des opticiens proposant une offre améliorée aux bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS

L'Assurance Maladie gère la part complémentaire de 85,5 % des bénéficiaires de la CMUC. Elle propose de définir un label « qualité » qui comprendrait l'engagement pour l'opticien d'offrir à toutes les personnes à la CMUC, que leur complémentaire soit gérée par l'assurance maladie ou un organisme complémentaire, **un choix plus large dans le cadre du panier de soins CMUC** par exemple des verres antireflet ou une gamme plus variée de montures. L'opticien pourrait également s'engager sur un montant maximum de reste à charge avec la définition précise de son contenu. En contrepartie, l'opticien pourrait faire état de ce label qualité.

La création d'un label optique privilégié dont on peut garantir la qualité des produits pourrait ensuite être mis à la disposition des bénéficiaires de l'ACS.

5.2.2. Faciliter l'accès des assurés à l'Aide à la Complémentaire santé

L'ACS, mise en place en 2005, offre une réduction du montant de la prime d'assurance santé payée par l'assuré. Malgré les efforts déployés par l'ensemble des partenaires, les rehaussements successifs du plafond y donnant accès et les revalorisations du chèque santé intervenues en 2009, cette mesure d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé reste peu utilisée par les assurés. Ce constat peut s'expliquer par le coût résiduel relativement élevé de la prime, une couverture en moyenne très faible - proportion importante de «contrats entrée de gamme» selon le fonds CMU -, et la difficulté du choix du contrat.

Les mécanismes de délivrance des droits sont des éléments d'autant plus importants dans l'accès aux soins des populations précaires que celles-ci positionnent secondairement leur risque en santé par rapport aux autres risques plus immédiats qu'elles peuvent avoir à gérer (ressources,

logement...). Or la principale différence de l'ACS en termes de processus avec la CMUC consiste à faire porter à l'assuré la responsabilité complète de la sélection du contrat d'assurance.

L'Assurance Maladie se mobilise déjà sur l'instruction du dossier du demandeur en l'aidant à le remplir et à préciser ses besoins en termes de complémentaire santé. S'agissant de la promotion de cette aide, des démarches proactives en partenariat avec la CNAF et la CNAV sont faites pour améliorer l'information des bénéficiaires potentiels ciblés sur les niveaux de ressources. Pour autant, seulement 27 % des personnes éligibles bénéficient de l'ACS (estimation HCAAM).

L'Assurance maladie pourrait compléter son offre de service par une offre d'accompagnement et de conseil généralisée auprès des bénéficiaires de l'ACS incluant **une aide dans le choix des contrats**.

- **Proposition 5 : Elaborer avec l'UNOCAM une présentation simplifiée des contrats éligibles à l'ACS et proposer aux bénéficiaires dans toutes les caisses primaires un service d'aide au choix des contrats de complémentaire santé**

5.2.3. Faciliter l'accès à la vaccination pour les populations précaires

- **Proposition 6 : Autoriser la pratique de la vaccination dans les Centres d'examen de santé de l'assurance maladie obligatoire**

Les populations précaires reçues par les Centres d'examen de santé, environ 150 000 personnes chaque année, ne sont bien souvent pas à jour de leurs vaccinations. Une simple information n'est pas suffisante pour conduire les personnes concernées à effectuer le rattrapage vaccinal souhaitable. Il serait beaucoup plus efficace de pratiquer les vaccinations nécessaires sur place en même temps que le bilan de santé. La proposition de donner la possibilité aux médecins des Centres d'Examens de Santé de réaliser les vaccinations qui apparaissent nécessaires au cours de l'Examen Périodique de Santé (bilan de santé) permettrait d'améliorer la couverture vaccinale de cette population.

5.3. FAIRE EVOLUER LES MODES DE PRISE EN CHARGE

L'évolution du fonctionnement du système de soins est nécessaire au regard de plusieurs paramètres. D'une part les techniques de soins deviennent beaucoup moins invasives et plus sûres, les anesthésies sont plus légères. Au sein des pays de l'OCDE, en 12 ans, la durée de séjour en soins aigus est passée de presque 9 jours à 6,5 jours. Parallèlement, si la démographie médicale diminue dans certaines régions ou spécialités, des appareils de plus en plus perfectionnés facilitent la pratique de nombre d'examen. Tous ces éléments conduisent à rechercher des modes de prise en charge plus souples et mieux adaptés à cette nouvelle donne de la médecine.

L'Assurance Maladie a ainsi conçu un programme d'accompagnement du retour à domicile des patients hospitalisés afin de renforcer le suivi de ces patients à la sortie de l'hospitalisation. Expérimenté pour la maternité dans trois caisses en 2010, il est étendu au vu des résultats positifs dans une vingtaine de CPAM en 2011 avant d'être généralisé progressivement à partir de 2012.

Parallèlement une expérimentation concernant les sorties d'hospitalisations après des interventions orthopédiques est lancée en 2011 dans cinq caisses. Là encore, il s'agit pour l'Assurance Maladie de mettre en relation les patients avec une offre de soins libérale répondant à leurs besoins et d'instaurer une complémentarité entre l'offre de soins hospitalière et libérale.

5.3.1. Développer l'autonomie des patients diabétiques traités par insuline

D'après l'étude ENTRED 2007-2010, 19% des patients diabétiques de type 2 (440 000 personnes) sont traités à l'insuline. Ce traitement qui intervient après l'échec des antidiabétiques oraux, risque d'augmenter en raison du nombre croissant de patients et de l'évolution des recommandations internationales sur le traitement de cette maladie.

Une étude de l'Assurance maladie estime à **132,8 millions d'euros le coût des hospitalisations pour mise sous insuline des patients**. Ce recours à l'hospitalisation est hétérogène selon les régions : 8 à 12% des patients sont hospitalisés dans certaines régions contre 22 à 29% dans d'autres. La pratique de l'hospitalisation est moins fréquente en Picardie, Basse Normandie ou Provence-Alpes Côte d'Azur alors qu'elle est élevée en Bretagne, Nord, Lorraine et Bourgogne.

Par ailleurs 14% des personnes sous insuline utilisent les services d'une infirmière pour leurs injections d'insuline, ce qui représente un montant de **562 millions d'euros par an**. Cette moyenne nationale recouvre également **des disparités régionales allant du simple au double** selon les régions sans que ces variations ne soient corrélées avec l'offre de soins infirmiers.

➤ Proposition 7 : Impliquer davantage les infirmiers dans l'initiation du traitement par insuline afin d'accompagner les patients qui le peuvent vers l'autonomie

La proposition consiste à organiser une coopération entre les médecins et les infirmières autour de l'instauration de l'insulinothérapie en ambulatoire et de la poursuite du traitement. Les infirmières seront chargées de la surveillance quotidienne des patients mis sous insuline et du recueil des données transmises au médecin lors des consultations régulières du premier mois de traitement.

Les infirmières assureront également l'éducation du patient afin de lui apprendre à pratiquer lui-même ses injections. Cette proposition a fait l'objet d'échanges avec les représentants des infirmiers dans le cadre des négociations conventionnelles et a reçu un accueil favorable de leur part.

Cette organisation des soins permettra de diminuer les hospitalisations qui devraient concerner 15% de patients au lieu de 20% actuellement et de rendre autonome un plus grand nombre de patients en ramenant à environ 7% le recours à une infirmière pour l'injection au lieu de 14% actuellement. Une partie des économies dégagées permettra de rémunérer les professionnels de santé libéraux pour cette nouvelle mission et de diminuer les coûts pour l'Assurance maladie.

5.3.2. Autoriser les centres autonomes ambulatoires

La chirurgie ambulatoire s'est développée ces dernières années avec notamment la mise sous accord préalable depuis 2008. Mais cette pratique pourrait s'étendre plus largement si à l'instar de nombreux pays (Allemagne, Belgique, Canada, Etats-Unis, Australie, ...) des centres autonomes de chirurgie ambulatoire étaient être installés en France. Or, à l'heure actuelle, l'autorisation de pratiquer la chirurgie est accordée uniquement aux établissements de santé alors que des centres de ce type existent toutefois pour la stomatologie ou la chirurgie dentaire, la chirurgie esthétique et les endoscopies digestives.

La Haute Autorité de Santé, dans son rapport publié en juillet 2010, **estime que l'installation de centres autonomes pour la chirurgie ophtalmologique en ambulatoire présenterait un intérêt certain**. Elle souligne que celle-ci doit s'effectuer au sein d'un bloc opératoire avec le même niveau d'exigence en matière de sécurité et de qualité pour le patient quel que soit le lieu où la chirurgie de la cataracte est effectuée, en particulier en termes d'accès à un anesthésiste. Elle

a également défini de façon générale trois niveaux d'environnement technique pour les actes interventionnels.

Dans le cadre du programme de GDR ARS consacré à la chirurgie ambulatoire, l'un des quatre axes de travail concerne les centres de chirurgie ambulatoire exclusive. La proposition suivante qui s'inscrit dans cette réflexion permettrait de la concrétiser avec une première expérimentation pour la chirurgie de la cataracte dès la fin 2011.

➤ **Proposition 8 : Définir un cadre juridique et une tarification adaptés aux centres autonomes**

L'Assurance maladie propose d'adapter la législation pour donner un statut juridique aux centres autonomes ambulatoires permettant de leur délivrer l'autorisation de chirurgie ambulatoire. L'objectif est de définir un statut intermédiaire entre cabinet médical et établissements de santé pour ces centres autonomes ambulatoires, avec des contraintes de gestion plus souples tout en maintenant le niveau de qualité et de sécurité des soins.

Ces centres bénéficieraient d'un tarif à définir, inférieur aux tarifs actuellement appliqués en chirurgie ambulatoire publique ou privée qui se situerait entre les tarifs du GHS et de la CCAM actuels. Par exemple, pour la chirurgie de la cataracte, une fourchette entre 750 € et 900 €, tarif intermédiaire entre le tarif T2a et la CCAM et d'une valeur souvent citée dans les diverses publications étrangères, pourrait être établie.

Une première expérimentation pourrait être lancée dès la fin de l'année 2011 pour la chirurgie de la cataracte dans des établissements ayant une structure indépendante, ou dans des cabinets bien organisés ayant ce type d'activité (stomatologues) afin de suivre de développement de ces centres autonomes et évaluer les conditions de réalisation de l'acte chirurgical.

650 000 interventions de la cataracte par an sont réalisées chaque année : si la moitié l'étaient en centre autonome, au tarif de 900 € (soit une économie théorique de 400€ par intervention), 12 millions d'euros pourraient être économisés sur un an.

5.3.3. Favoriser la réalisation en cabinet de certains actes actuellement pratiqués en établissement

Certains actes sont actuellement réalisés au sein des établissements de santé alors qu'un environnement de type secteur opératoire ne s'impose pas systématiquement.

Dans son rapport d'évaluation publié en décembre 2010, la HAS définit des critères discriminants (patient – acte – modalité d'anesthésie) pour le choix de l'environnement le plus adapté (3 niveaux décrits de complexité croissante), fondés sur une démarche de maîtrise des risques. Un des critères de ces niveaux est la présence nécessaire ou non d'un anesthésiste.

Actuellement, le tarif d'un acte, bien qu'il intègre le coût de la pratique, ne paraît pas suffisant pour couvrir les surcoûts liés aux conditions de réalisation exigées par la HAS et interdit de fait aujourd'hui le transfert de la prise en charge hospitalière vers une prise en charge en cabinet. L'Assurance maladie propose de créer des forfaits techniques destinés à couvrir les charges supplémentaires inhérentes à la réalisation de ces actes en cabinet, dans des conditions de qualité et sécurité validées par la HAS.

➤ **Proposition 9 : Créer des forfaits techniques pour certains types d'actes afin d'homogénéiser leur tarification quel que soit le lieu de réalisation**

Pour certains actes interventionnels, plusieurs niveaux de forfaits, en sus des honoraires, pourraient être fixés en fonction du niveau d'environnement exigible (locaux, personnels ...), et du coût de matériel spécifique pour la réalisation de l'acte (imagerie, consommables ...). Il existe par exemple aux Etats-Unis des « office based surgery » (cabinet de chirurgie) dans lesquels sont pratiqués des actes chirurgicaux avec ou sans anesthésie. Trois niveaux organisationnels sont décrits par la HAS en fonction de la complexité de l'environnement requis.

Ce forfait s'appliquerait quel que soit le lieu de réalisation (cabinet ou établissements de santé) et serait versé à l'exploitant de la structure selon des modalités analogues au forfait sécurité dermatologie créé en 2008. Cela permettrait de réduire le coût global de prise en charge de certains actes et d'homogénéiser les modes de facturation d'un même soin, quel que soit le lieu de réalisation.

Ce forfait pourrait par exemple être appliqué à un nouvel acte en cours d'inscription à la CCAM, le traitement par radiofréquence de la grande veine saphène (traitement des varices) qui concerne 90 000 patients par an (cf. rapport HAS). Cet acte est nettement moins invasif que la technique actuelle de référence, le stripping, qui consiste à enlever, par intervention chirurgicale, la veine et nécessite une anesthésie.

Il pourrait par conséquent être réalisé soit en milieu hospitalier soit en cabinet de ville adéquat selon les critères d'orientation HAS.

La prise en charge de l'acte se décomposerait ainsi en deux parties :

- l'honoraire (comprenant le coût de la pratique)
- un forfait technique couvrant les surcoûts liés à l'environnement requis, aux consommables (sonde de radiofréquence...) et au temps-matériel échographe nécessaire à la réalisation de l'acte.

D'autres actes pourraient bénéficier de ce type de forfait, comme par exemple l'extraction des dents de sagesse ou la radiologie interventionnelle. La Haute Autorité de Santé serait chargée de définir, acte par acte, les niveaux d'environnement requis et l'Assurance maladie affecterait le forfait technique adapté. Il en serait tiré les conséquences dans l'élaboration de l'ONDAM.

5.3.4. Améliorer le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD)

La loi réformant l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a reconnu l'HAD comme une modalité d'hospitalisation à part entière et non plus comme simple alternative à l'hospitalisation traditionnelle

L'Assurance Maladie s'est engagée auprès des structures d'hospitalisation à domicile (HAD) et assure chaque année le financement de son fort développement. Les services ministériels ont soutenu fortement la croissance de l'HAD avec un objectif de 15 000 places en 2010. En 2009, on dénombre selon le PMSI 271 établissements (+120% par rapport à 2005), près de 3,3 millions de journées (+119%) près de 130 000 nombres de séjours complets (+105 %) et plus de 86 000 000 patients pour un coût de 652 millions d'euros (+129%). Au total ce sont plus de 8 300 places en 2008 et 10 000 en 2009 qui sont ainsi proposées.

L'Assurance Maladie a développé en 2009 une action de maîtrise médicalisée de ces structures pour favoriser la qualité de la prise en charge des patients et le respect de la réglementation. Le programme de maîtrise médicalisée des structures d'HAD a permis une stabilisation du coût moyen de la journée.

Si la majorité des structures d'HAD veillent, sous l'impulsion de leur fédération, à la bonne adéquation des prises en charge et au respect des règles de codage, **il existe, comme pour les autres offreurs de soins, des cas, certes minoritaires, qui s'éloignent des bonnes pratiques.**

Ainsi les contrôles de l'Assurance maladie sur cinq structures d'HAD particulièrement ciblées ont mis en lumière une part majoritaire d'inadéquation du codage ainsi qu'un fort décalage entre l'état des patients et les soins proposés. Dans ce type de situation, le rapport de l'IGAS publié en novembre 2010 mentionne que « même à durée de séjour égal, l'HAD peut se révéler coûteuse si elle se substitue non pas à une hospitalisation classique mais à des soins ambulatoires ou à une prestation médico-technique ».

En matière de suivi post-maternité, 75% des interventions de l'HAD se font à 3 jours ou plus après l'accouchement alors que la HAS recommande cette intervention à J+2 ou moins ; la prise en charge par l'HAD peut s'avérer coûteuse si elle n'est pas correctement ciblée : une journée d'HAD représente 90 euros (et un séjour 375 euros) alors qu'une visite de sage-femme libérale coûte au maximum 47,4 euros (hors déplacement).

Le deuxième motif de recours à l'HAD, après les soins palliatifs, est la réalisation de pansements complexes qui représentent 20% des journées d'HAD. Une journée d'HAD facturée au titre des pansements complexes coûte 170 euros. Pour les patients qui peuvent être pris en charge en ambulatoire, une infirmière libérale réalise un pansement complexe pour 23 euros, déplacement compris, auquel il faut ajouter le coût des consommables, ce qui porte le coût du pansement complexe à un maximum de 40 euros. Un tel écart de coût implique de pouvoir vérifier que les critères d'inclusion en HAD soient effectivement respectés et que l'état de santé des patients, tout particulièrement la durée des soins, nécessitait cette hospitalisation à domicile.

➤ **Proposition 10 : Etendre la procédure de mise sous accord préalable aux HAD et mettre à disposition des ARS des profils d'établissement**

L'Assurance maladie propose d'une part de développer la mise sous accord préalable pour les établissements d'HAD dont l'activité s'éloigne des bonnes pratiques et d'autre part de mettre à la disposition des Agences régionales de santé sa connaissance du fonctionnement des établissements lors des demandes d'extension ou d'autorisation d'ouvrir un nouveau service d'HAD par les établissements de santé.

5.4. AMELIORER L'EQUITE POUR LES ASSURES DE LA PRISE EN CHARGE EN ETABLISSEMENT DE SOINS

Les écarts de tarifs et de remboursements de l'Assurance maladie aux assurés pour des prises en charge en établissements de santé s'avèrent très importants et peu équitables (cf supra). Répondre à cette insuffisance implique d'améliorer :

- l'information des assurés grâce à une nouvelle version d'Améli direct, qui permettra de comparer les tarifs des établissements mais aussi de connaître le montant de reste à charge pour le patient et des indicateurs de qualité de prise en charge (cf. proposition 1) ;
- la convergence tarifaire ciblée ;
- l'encadrement et la prise en charge des dépassements : la convergence tarifaire ne peut en effet être la seule réponse puisque celle-ci se fait dépassement compris.

➤ **Proposition 11 : Poursuivre la convergence tarifaire ciblée pour 200 millions d'euros en améliorant le processus**

En 2010 et 2011, une convergence ciblée sur un certain nombre de GHS a été mise en œuvre pour un montant d'économies de 150 millions d'euros chaque année. Deux méthodes différentes ont été utilisées chaque année par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) :

- pour 2010, c'est une expertise médicale qui a été privilégiée, sur un nombre limité de 35 GHM à fort effectifs avec un niveau de convergence assez massif allant de 50% à 100% ;
- pour 2011, c'est une approche statistique qui a fondé les décisions, après concertation avec les fédérations hospitalières, et qui a conduit à retenir un nombre nettement plus élevé de GHM (138) mais avec un taux de convergence assez modeste.

Si cette seconde méthode a l'avantage d'inscrire le processus de convergence dans la durée, elle fait perdre l'intérêt d'une convergence ciblée sur un petit nombre de GHS permettant d'atteindre rapidement l'égalité des tarifs entre les secteurs. Aussi l'Assurance maladie recommande-t-elle de retenir en 2012 une méthode de ciblage fondée sur une expertise médicale, validée ensuite par une vérification statistique, et de se fixer un objectif de convergence pluri-annuelle quasi intégrale sur certains GHS.

L'Assurance maladie propose qu'un objectif de 200 millions d'euros soit fixé en 2012 pour cette convergence ciblée en définissant un nouveau processus de mise en œuvre. A titre d'exemple, une convergence ciblée sur seulement 4 GHM de faible niveau de sévérité (les endoprothèses vasculaires sans infarctus du myocarde, dont le tarif est supérieur dans le secteur privé, les interventions sur la rétine, les résections osseuses localisées qui sont fréquemment pratiquées en ambulatoire, les cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale donc sans complexité) permettrait de réaliser une économie de plus de 55 millions d'euros. Pour qu'un dialogue puisse s'établir sur les choix à opérer, il conviendra que l'ATIH mette à disposition des membres du conseil de l'hospitalisation la base des tarifs provisoires 2012 en janvier

La limite de la convergence tarifaire est qu'elle porte sur des GHS qui n'ont pas le même périmètre dans les secteurs public et privé, les honoraires n'étant pas inclus dans le GHS dans les cliniques. Le fait de ne toucher que le GHS, c'est-à-dire le financement propre des établissements privés dans les opérations de convergence risque de faire entrer dans une spirale délétère : si le GHS diminue, les redevances augmentent et il y a un effet de rattrapage sur les dépassements. Il faut donc simultanément conduire une réflexion sur la participation des honoraires à la convergence et l'encadrement des dépassements.

➤ **Proposition 12 : Encadrer les dépassements avec le secteur optionnel**

L'Assurance maladie a signé le 15 octobre 2009 un protocole d'accord avec l'UNOCAM et des syndicats médicaux représentatifs pour définir le contenu d'un secteur optionnel permettant d'encadrer les dépassements des plateaux techniques lourds (chirurgiens, anesthésistes, gynécologues-obstétriciens) et de réduire le reste à charge des patients avec une intervention des complémentaires. Dans le cadre des négociations conventionnelles ouvertes le 7 avril dernier avec les représentants des médecins, l'UNOCAM souhaite mettre en œuvre ce secteur optionnel avec un engagement de l'UNOCAM de prendre en charge les dépassements ainsi maîtrisés ; le protocole d'accord limite les compléments d'honoraires à 50% et prévoit qu'au moins 30% des actes sont réalisés à tarif opposable, conditions de prise en charge des cotisations sociales du professionnel de santé par l'Assurance maladie. De plus, la question se pose de l'opportunité de fixer des limites aux dépassements pouvant être pris en charge par les régimes complémentaires dans le cadre des contrats responsables.

5.5. DES PROCESSUS DE SOINS PLUS EFFICIENTS

5.5.1. *Développer les référentiels de prescription et les étendre à de nouveaux domaines*

Réduire l'hétérogénéité des pratiques suppose de pouvoir s'adosser à des référentiels qui s'appliquent à l'ensemble du territoire. L'Assurance maladie a élaboré des référentiels, en concertation avec les professionnels de santé, ces référentiels étant validés par la Haute Autorité de Santé et partagés avec les associations de patients.

- **Proposition 13 : Poursuivre le développement des référentiels de masso-kinésithérapie et sur les arrêts de travail tout en initiant la même démarche pour les examens de biologie**

Le développement des référentiels de masso-kinésithérapie, avec cinq nouveaux référentiels validés par la HAS en avril 2011, permet de couvrir entre 25 et 30% de la pratique des professionnels : de nouveaux référentiels seront élaborés en 2012 pour améliorer encore ce taux de couverture (fracture du poignet, entorses de la cheville récidivantes, autres pathologies de l'épaule...).

Parallèlement, une vingtaine de fiches repères ont été réalisées pour fixer des durées indicatives d'arrêt de travail en fonction des pathologies et des conditions de travail des patients concernés.

Pour la biologie, l'Assurance maladie et les représentants de la profession ont identifié cinq thèmes qui devraient faire l'objet de référentiels :

- le diagnostic sérologique des hépatites virales ;
- le suivi biologique du diabète ;
- les examens biologiques d'exploration thyroïdienne ;
- le dépistage de la maladie rénale chronique ;
- la juste prescription en immuno-hématologie.

5.5.2. *Renforcer l'efficacité des processus de soins pour une meilleure couverture des assurés*

L'analyse des processus de soins (cf partie 4.3) montre qu'il existe des gains d'efficacité à réaliser en prenant en compte l'ensemble du processus de soins, incluant par exemple les soins préopératoires, l'intervention chirurgicale, la durée d'arrêt de travail et les actes de rééducation ou de suivi post-chirurgical. A enveloppe constante de remboursement, l'Assurance maladie pourrait améliorer la qualité des soins et réduire le reste à charge des assurés en prenant en charge une partie des dépassements en échange d'un meilleur respect des référentiels. Un tel dispositif mériterait d'être expérimenté sur un processus de soins dans un certain nombre de caisses primaires d'assurance maladie.

- **Proposition 14 : Expérimenter dans deux ou trois départements une gestion optimisée du processus d'intervention sur le canal carpien**

L'Assurance maladie pourrait contractualiser avec des patients une meilleure prise en charge de leur opération de canal carpien en contrepartie d'un engagement à respecter les durées d'arrêt de

travail fixées par les fiches repères validées par la HAS. Cette gestion optimisée du processus devrait également s'appuyer sur une mobilisation des entreprises (prévention et réinsertion professionnelle) et des établissements de santé (réduction des délais d'attente de l'intervention chirurgicale, méthode d'intervention...).

5.6. ACCROITRE LA TRANSPARENCE DU FINANCEMENT DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

5.6.1. Le financement et l'utilisation des MIGAC

La dotation consacrée aux missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation (MIGAC) s'élevait à 7,7 milliards d'euros en 2009. En 2011, le montant prévu s'élève à 8,3 milliards d'euros, après avoir été de 8,1 milliards d'euros en 2010. Les MIGAC se décomposent en trois sous-enveloppes :

- les MERRI, affectés aux activités universitaires d'enseignement et de recherche, représentent 2,61 milliards d'euros soit 34% des MIGAC en 2009 (contre 29,1% en 2006) ;
- les autres MIG, consacrés aux structures, programmes ou actions définies par arrêté, représentent 2,65 milliards d'euros soit 34,5% (contre 42,6% en 2006) de l'ensemble ;
- les aides à la contractualisation (AC), qui ont vocation à accompagner le développement ou le maintien d'activité dans le cadre du SROS et de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre, représentent 2,4 milliards d'euros soit 31,5% des MIGAC en 2009 (contre 28,3% en 2006).

Après des rythmes de croissance élevés (9,7% en 2007 puis +6,1% en 2008), l'évolution s'établit désormais à 5,2% en 2009, une fois neutralisé l'effet de modification du champ (permanence des soins hospitaliers et les dépenses spécifiques à la prise en charge de patients en situation de précarité), 2,83% en 2010 et 3,1% en 2011.

Depuis 5 ans, la rationalisation de la construction des dotations a fortement progressé.

La mise en place de référentiels et de modèles pour affecter les ressources ont fortement contribué à rationaliser leur affectation, c'est-à-dire à calibrer le financement en fonction d'indicateurs objectivables : pour les MERRI, par exemple, le nouveau modèle de répartition de la part modulable s'applique intégralement dès 2011.

Dans un objectif de clarification des financements et des responsabilités, l'Assurance maladie s'interroge sur sa légitimité à financer des dépenses qui relèvent à priori de fonctions régaliennes et donc à charge de l'Etat, comme l'enseignement et la recherche : la recherche médicale et l'innovation (Art D. 162-6 1° du CSS - MERRI) représente ainsi 220 millions d'euros auxquels s'ajoutent l'enseignement et la formation des personnels médicaux et paramédicaux (MERRI).

Un financement direct avec une identification claire, au sein par exemple d'une ligne de crédits limitatifs votés explicitement par le Parlement, serait plus à même de permettre une vision globale sur ces dépenses et les arbitrages.

➤ Proposition 15 : créer un budget séparé pour les MIGAC

Afin de sortir du mode actuel de construction des MIGAC qui ajoute des mesures nouvelles à une base existante, il conviendrait de mettre en place une réelle budgétisation des MIGAC permettant une lisibilité accrue entre les ressources et les emplois prévisionnels; avec une analyse ex-post du niveau de consommation des emplois et ressources.

Le ministère chargé de la santé (DGOS) a commencé dans cette orientation en souhaitant mettre en œuvre lors de la campagne tarifaire 2011 une « justification au premier euro » des crédits MIGAC.

L'objectif est d'aboutir à une meilleure lisibilité et un meilleur suivi budgétaire des allocations MIGAC aux établissements.

En début de campagne tarifaire, il pourrait être demandé au directeur d'établissement, au même titre que pour les EPRD, avant transmission à l'ARS, de soumettre à son conseil les dépenses prévisionnelles MIGAC, poste par poste selon la liste « MERRI » détaillée (tableaux 7B à 7D bis dans le Rapport annuel fourni au Parlement) et « autres MIG » (tableaux réa 7E à 7K). De même pour les aides à la contractualisation (AC), un tableau prévisionnel de leur ventilation par rubrique doit être établi en début d'exercice. L'année suivante, le rapprochement prévision / réalisation renseignerait sur la consommation des crédits.

L'Assurance maladie, dont la vocation est de financer les soins des assurés, estime qu'il serait plus clair, en termes de répartition des responsabilités et des financements, de confier directement aux établissements ce financement d'une retraite complémentaire de leur personnel. S'il revient en effet à l'Assurance maladie de financer l'activité de soin, il ne lui appartient pas de financer *en sus* certaines charges de personnel dans les établissements.

5.6.2. Les missions de l'ATIH

L'Assurance maladie contribue pour près de 6 millions d'euros au financement de l'ATIH en 2010. Cette agence a quatre types de missions :

- un pôle informatique de livraison de logiciels ;
- un pôle de classification et nomenclature des GHS ;
- une fonction de comptabilité analytique avec notamment la conduite des études de l'échelle nationale des coûts (ENC) ;
- une fonction d'analyse et d'étude.

Cette dernière fonction est, dans le champ des dépenses des établissements de santé, partagée également par la DREES, l'ANAP et la CNAMTS. Il est cependant difficile pour l'opérateur Assurance maladie de ne pas être associé à cette fonction d'analyse de l'ATIH ni d'avoir accès aux données sur les établissements ex-DG. Il conviendrait donc de renforcer la transparence de cette fonction en y associant le financeur.

Concernant l'ENC et compte tenu de ses enjeux pour la fixation des tarifs des établissements de santé, il apparaît nécessaire d'avoir une certification externe du processus de constitution et d'analyse de l'ENC, afin notamment de veiller à sa représentativité.

- **Proposition 16 : Renforcer l'association de l'Assurance maladie à la fonction d'analyse de l'ATIH et faire certifier le processus de constitution de l'ENC**

5.6.3. Favoriser une gestion active du patrimoine hospitalier

Dans la LFSS 2007 l'article 19 prévoyait que " les établissements de santé peuvent reverser à la CNAMTS une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments " et que les sommes ainsi versées devront être exclusivement affectées au financement d'investissements hospitaliers. Une première tranche de cession de 115 millions d'euros était

prévue dans ce cadre. A ce jour, il s'avère que **toutes les conditions n'ont pas été réunies pour la mise en œuvre de cette mesure.**

Le Plan Hôpital 2007, selon le modèle de cession déjà engagé par l'Etat, incitait les établissements publics à céder une partie de leurs biens immobiliers exclusivement pour financer leurs investissements. L'annonce (16 octobre 2008) du Plan Hôpital 2012 précisait que « tout projet d'investissement hospitalier doit intégrer la recherche de l'efficacité par la mobilisation de ressources propres et notamment le produit de cessions immobilières, le caractère réaliste de la programmation budgétaire et la cohérence avec les enjeux d'équilibre financier d'exploitation ».

Il s'avère que, dans le cadre de la reconstruction d'un établissement sur un nouveau site (en périphérie de ville dans les cas courants), la prise en compte des recettes générées par la vente du site historique, est intégrée dans le PGFP (plan global de financement prévisionnel) de façon peu précise, et dans le cadre d'autres travaux d'extension, elles ne sont pas pris en compte.

Les établissements, pour certains propriétaires de bâtiments non affectés à une activité de soins, ou affectés à une activité de soins abandonnée, supportent par ailleurs dans leur budget des charges fixes importantes induites par la maintenance de ce patrimoine.

Pour rendre plus opérationnelle la LFSS 2007 et la relation entre cessions et investissements, la CNAMTS propose une série de mesures :

➤ **Proposition 17 : Créer un tableau de suivi des ventes immobilières des établissements par ARS**

Aujourd'hui, à l'échelon national, aucune centralisation des recettes immobilières perçues, au cours de l'exercice N, par l'ensemble des établissements publics du territoire français, ne semble être réalisée. Un état prévisionnel puis consolidé des cessions immobilières paraît incontournable pour assurer un pilotage cohérent de l'investissement.

Il permettrait par ailleurs de disposer d'un recensement des bâtiments non affectés aux activités de soins.

➤ **Proposition 18 : Tenir compte des cessions immobilières et amortir sur 30 ans la contribution de l'Assurance Maladie au Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP)**

Actuellement la CNAMTS finance indirectement l'investissement par ses versements AC et sa contribution au financement du FMESPP. La répartition couramment utilisée des soutiens financiers à l'investissement se fait selon deux circuits financiers : 20% par le FMESPP et 80% par des aides à la contractualisation ou des dotations annuelles financières.

Ainsi, le FMESPP, actuellement géré par la Caisse des Dépôts et Consignation, pourrait recevoir les recettes, issues des ventes d'immeubles ou de terrains des établissements, chaque apport de recettes au FMESPP par le biais des ventes immobilières diminuerait d'autant la contribution annuelle directe de l'Assurance Maladie.

Il reviendrait au Directeur d'ARS de veiller à ce que cette procédure de recueil des fonds issus de vente de biens immobiliers, soit mise en œuvre.

Il conviendrait par ailleurs d'étudier une comptabilisation de la dotation au FMESPP dans l'ONDAM plus représentative de la réalité économique des investissements : en effet, dans la mesure où un investissement majeur comme la reconstruction d'un hôpital (allant jusqu'à 500

millions d'euros par exemple) s'amortit sur plusieurs années, il apparaît peu pertinent d'imputer la totalité de cette somme sur les dépenses d'assurance maladie d'une seule année, ce qui réduit d'autant les marges de fonctionnement des hôpitaux pour un ONDAM donné.

5.7. CONFORTER LES ECONOMIES DE GESTION

5.7.1. Optimiser l'organisation des dépistages organisés des cancers

Le taux de participation des femmes invitées au programme de dépistage organisé (DO) du cancer du sein reste très insuffisant au regard des objectifs de santé publique malgré l'ancienneté de ce programme (2004). Cette insuffisance de participation des populations invitées se retrouve également dans le dépistage organisé du cancer colorectal généralisé en 2008.

Ce constat est à l'origine de l'inscription de l'action suivante dans le Plan cancer 2009-2013 « Rechercher une meilleure efficacité des dépistages organisés en optimisant le fonctionnement des structures de gestion » (action 15.1). Cette même préoccupation d'efficacité est présente dans la COG 2010-2013 : « l'Etat et l'Assurance Maladie amélioreront l'efficacité de l'organisation des dépistages notamment en revisitant la politique d'invitation au dépistage de la population concernée en s'inspirant des modalités des modalités d'invitation qui ont fait leur preuve pour les autres programmes de prévention, et en veillant à la bonne implication du médecin traitant ».

Cette ambition recouvre un double enjeu : augmenter la participation aux dépistages organisés et diminuer les coûts de fonctionnement des structures de gestion. Les économies potentielles seraient réparties entre l'Etat et l'Assurance Maladie.

➤ Proposition 19 : Transférer la gestion des invitations à l'Assurance maladie

Ces invitations concernent les 8,5 millions de femmes de la tranche d'âges 50-74 ans et les 17 millions d'hommes et de femmes de cette même tranche d'âges éligibles à ces deux programmes de dépistage.

Le dispositif pourrait être expérimenté en 2012 afin d'en préparer la généralisation en 2013. Celle-ci entraînerait une diminution des coûts de 30 millions d'euros dont la moitié reviendrait à l'Etat. Pour les régimes d'assurance maladie, les économies nettes se monteraient à 8 millions d'euros compte tenu des dépenses d'affranchissement.

5.8. OPTIMISER LES DEPENSES DE PRODUITS DE SANTE

5.8.1. Agir sur les prix des médicaments

Comme le montre l'étude présentée ci-dessus, en dépit d'un ralentissement de la consommation, la France reste en tête sur en termes de dépenses sur huit classes. Ce constat est lié d'une part à une structure de consommation (également appelée mix-produit) défavorable dans plusieurs classes : la part des prescriptions dans le répertoire de médicaments génériques est moins élevée et recule sur la période 2006-2009. D'autre part, les autres pays pratiquent des prix plus faibles pour les médicaments génériques dont l'utilisation est fréquente.

➤ **Proposition 20 : Appliquer aux médicaments génériques une stratégie de fixation de prix comparable aux autres pays européens**

L'Assurance maladie propose que, sur les trois classes IPP, statines et IEC+Sartans qui ont des prix sensiblement plus faibles dans les autres pays européens, une baisse des prix substantielle soit mise en œuvre. Ces trois classes représentent près de 3,5 milliards d'euros de dépenses ; les marges d'économies sont donc considérables.

Cette baisse consisterait en une plus forte décote des génériques par rapport aux princeps avec une convergence des prix dans les classes afin de limiter l'impact des phénomènes de fuite hors du répertoire. Pour les nouveaux génériques, la décote pourrait atteindre -70% par rapport au prix du princeps alors que la pratique actuelle est de -55%. Pour assurer la convergence intraclasses, les prix des anciens génériques sur ces classes seraient dans le même temps baissés de 15% et des remises pourraient concerner les princeps.

Une économie de 300 millions d'euros pourrait être obtenue sur les trois classes de médicaments.

➤ **Proposition 21 : Ajuster les prix de certains médicaments hospitaliers**

Les médicaments rétrocedés ont enregistré une croissance de 2,4% en 2010 et ceux facturés en sus des GHS ont progressé de 6,4% pour atteindre un total de 4 milliards d'euros.

Les comparaisons internationales montrent que, pour certains médicaments innovants délivrés à l'hôpital, la France applique des prix de niveau européen tout en ayant les consommations en volume parmi les plus élevées. Il serait cohérent, si les prix pratiqués à l'étranger sont retenus comme référence, de tenir compte également des volumes de ventes²⁴.

Ainsi, pour les douze produits identifiés représentant 80% de la dépense, il serait nécessaire de procéder à une diminution de 15% pour ceux dont le prix n'a encore jamais baissé et une diminution de 7,5 % pour ceux dont le prix n'a pas baissé depuis plus de trois ans. Ces mesures entraîneraient une économie de l'ordre de 150 millions d'euros en année pleine.

5.8.2. Veiller à la pertinence des prescriptions de produits de santé

Les études réalisées par l'assurance maladie et les actions de maîtrise médicalisée ont montré qu'il subsistait des marges de manœuvre sur la prescription médicamenteuse, à la fois sur la pertinence des prescriptions, l'adaptation du remboursement en fonction du service médical rendu, la hiérarchisation des stratégies thérapeutiques...

La mise en œuvre des conclusions des assises du médicament devrait conduire à renforcer les règles de bon usage des produits de santé et l'indépendance de l'information et de la formation des prescripteurs dans le souci de préserver la santé publique.

5.8.3. S'inspirer des expériences étrangères pour la pression positive continue

L'analyse comparative réalisée sur le traitement de l'apnée du sommeil par pression positive continue fait apparaître des coûts élevés en France et des difficultés à faire respecter l'observance de ce traitement. Au vu de la progression de cette pratique l'enjeu est de faire évoluer ces deux aspects.

²⁴ Le CEPS peut décider de clauses prix/volume (le non-respect d'une enveloppe donnée de ventes se traduit par le versement de remises de la part de l'industrie) mais, sur les 12 médicaments qui représentent la moitié des dépenses de médicaments hospitaliers facturés en sus ou dans le cadre de la rétrocession, seuls deux bénéficient d'un tel dispositif.

➤ **Proposition 22 : Réduire le coût des traitements par pression positive continue**

La révision de la nomenclature par la Haute autorité de Santé attendue en 2012 devrait permettre de proposer des modes de tarification plus efficaces et de mieux prendre en compte l'observance des traitements.

En attendant, il apparaît que le système français rémunère la PPC largement plus que les autres pays à niveau de développement comparable. Une économie significative pourrait être réalisée en ramenant le tarif des forfaits plus proche de la moyenne européenne. En baissant par étapes le tarif du forfait de 25% pour le ramener au niveau d'autres pays voisins (la Belgique par exemple), une économie de plus de 70 millions d'euros serait réalisée.

5.8.4. Revoir les prix des prothèses de hanche et de genou

Les implants orthopédiques constituent un enjeu de santé publique avec le vieillissement de la population mais également un enjeu financier important pour l'Assurance Maladie ; leurs dépenses atteignant 450 M€ d'euros tous régimes en 2009 dont 56% concernaient la hanche.

Les implants orthopédiques (de la hanche et du genou pour l'essentiel) sont pris en charge à 100%. Les tarifs remboursables figurent à la LPP et sont inscrits sur la liste en sus. Les tarifs datent de plus de 15 ans : 1994 pour les prothèses de genou et 1996 pour les prothèses de hanche. Ce secteur n'a donc pas fait l'objet de réexamen tarifaire global depuis de nombreuses années. Ces tarifs remboursables sont encadrés par un prix limite de vente (PLV) fixé au niveau du tarif. Dans ce cadre, les établissements qui achètent leurs dispositifs à un prix inférieur au tarif doivent facturer l'Assurance Maladie au prix d'achat plus 50% de l'économie réalisée (écart TIPS indemnisable (ETI)).

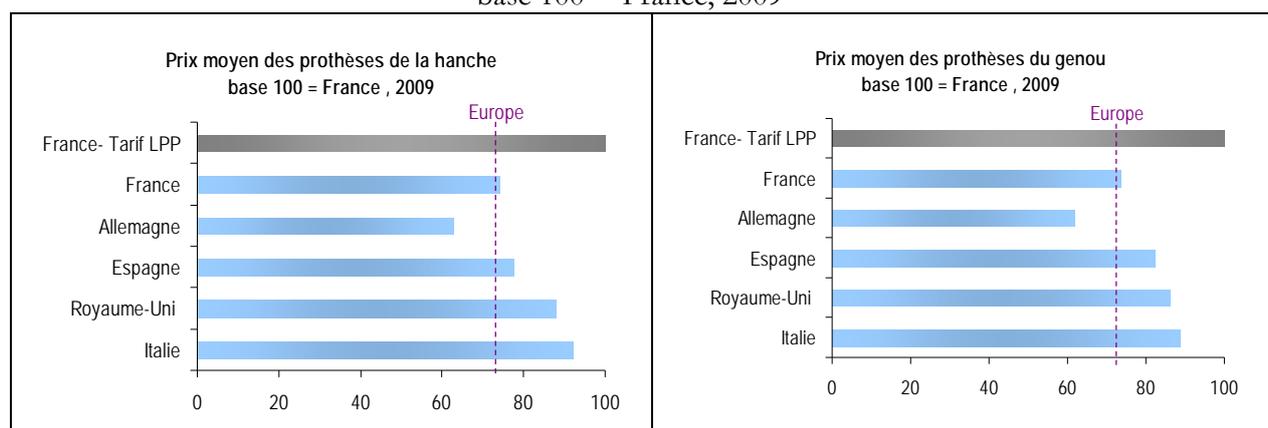
Sur le plan médical, une évaluation globale a été réalisée par la CEPP (devenue ensuite la Cnédimts) en 2007 sur les prothèses de hanche en vue d'une révision de la nomenclature. Des travaux pour l'évaluation globale des prothèses de genou sont également en cours.

On observe une tendance à la pose de matériels plus chers dans le privé, induisant un coût moyen plus élevé dans les établissements privés.

Par ailleurs, la différence entre les tarifs remboursables et les prix moyens français pratiqués représentait près de 100 M€ en 2009 ; or l'ETI a atteint seulement 0,5 M€ en 2009. Il semblerait donc que les établissements ne font pas bénéficier à l'assurance maladie des prix qu'ils obtiennent par la négociation.

Enfin la comparaison des tarifs remboursables français avec les prix moyens des prothèses de la hanche et du genou européens montre que la tarification française est bien supérieure aux prix européens pratiqués (figure ci-dessous).

Figure 2 : Prix moyens des prothèses de la hanche et du genou en Europe et tarif LPP en France, base 100 = France, 2009



Source : CNAMTS

➤ **Proposition 23 : Revoir la tarification des prothèses et veiller au respect des règles**

Les tarifs remboursables français apparaissent surévalués par rapport aux prix pratiqués en Europe pour les deux types de prothèse. Il serait donc légitime de revenir à des tarifs plus conformes aux prix pratiqués au niveau européen.

Compte tenu de l'écart observé entre les prix pratiqués par les fournisseurs et les prix facturés par les établissements à l'Assurance Maladie, il conviendrait de développer des actions de contrôle de la facturation des établissements.

La combinaison de ces deux mesures représente un potentiel de 30 millions d'euros d'économie.

5.9. AMELIORER L'EFFICACITE DU RECOURS CONTRE TIERS

➤ **Proposition 24 : Améliorer les signalements avec notamment des pénalités plus dissuasives**

L'assurance maladie développera une campagne de communication auprès des établissements de santé pour leur rappeler leur obligation de signalement.

Concernant la pénalité due par les assureurs en cas de non déclaration (actuellement de 48,5 à 490 euros), il conviendrait de modifier les termes des articles L.376-1, L.454-1, D376-1 et D454-1 du code de la sécurité sociale pour introduire une sanction réellement dissuasive telle que le versement d'une somme correspondant à 150% du montant de la créance.

➤ **Proposition 25 : Veiller à un meilleur équilibre économique du recours contre tiers avec des délais plus courts de reconnaissance des créances de l'Assurance maladie**

Constatant que plus d'un an en moyenne s'écoule entre les frais engagés par l'Assurance maladie pour un accident causé par un tiers et l'inscription dans ses comptes de cette créance sur l'assureur du tiers responsable, l'Assurance maladie souhaite mettre en place une procédure permettant de raccourcir ce délai : dès l'accord sur le taux de responsabilité avec l'assureur, l'Assurance maladie présenterait systématiquement des créances provisoires établies sur la base d'une analyse du coût d'un dossier moyen par typologie de dossiers.

Cette mesure permettrait un gain lié à la **réduction du délai de plus d'un an** (environ 100 millions d'euros) et permettrait un gain net lié à l'absence de créances produites dans certains dossiers : en effet, dans le cadre du protocole d'accord, sur les dossiers ouverts en 2010, il a été constaté qu'il existait environ **90 000 dossiers** représentant un montant total de prestations de près de 300 millions d'euros, **dans lesquels aucune production de créance tant provisoire que définitive n'avait pu intervenir.**

Il conviendrait pour mettre en œuvre cette mesure de **supprimer le seuil de 6098 euros**, prévu dans le protocole de 1983, pour produire une créance provisoire à l'assureur.

- **Proposition 26 : Prévoir un versement en capital et avec un barème actualisé des sommes dues par les assureurs au titre des rentes, pensions d'invalidité et frais futurs**

L'Assurance maladie propose que le capital constitutif versé par les assureurs soit évalué avec des **tables de mortalité récentes et un taux d'actualisation revu**, à l'instar de l'évolution opérée pour l'ONIAM qui a retenu récemment la table de mortalité 2008 et un taux de 2,4%.

Il conviendrait de supprimer la limite actuelle dans le protocole de 1983 restreignant le nombre de dossiers de rentes et pensions d'invalidité versés en capital pour avoir systématiquement un versement en capital.

L'Assurance maladie renforcera par ailleurs l'organisation du recours contre tiers en caisse primaire en s'appuyant notamment sur de nouveaux outils informatiques. Un nouvel outil de gestion informatisée des dossiers devrait être déployé sur l'ensemble du réseau de l'Assurance maladie au cours de l'année 2011 et permettre à terme de gérer le risque assurantiel. Cet outil rénové permettra notamment d'optimiser la gestion locale des dossiers, d'améliorer l'inscription comptable des créances produites auprès des assureurs en créant un lien direct entre les services contentieux et les services comptables et d'assurer un pilotage efficient de l'activité au niveau national.

L'ensemble des mesures de renforcement de l'efficacité du recours contre tiers devrait atteindre **200 millions d'euros en 2012.**

6. L'ONDAM ET LE RESULTAT FINANCIER DE L'ASSURANCE MALADIE

La bonne gestion des dépenses d'Assurance maladie a permis de contenir l'effet de la crise économique sur les comptes : en dépit d'une récession nettement plus forte en 2008 qu'en 2003, la CNAMTS sort de la crise avec un déficit inférieur en 2011 (-10,3 Mds €) à ce qu'il était en 2004 (-11,6 Mds €). Redresser durablement les comptes de l'assurance maladie pour garantir sa pérennité impliquera de poursuivre un pilotage exigeant des dépenses mais également d'apporter des recettes nouvelles pour effacer le déficit de crise.

6.1. L'ONDAM 2012

6.1.1. L'évolution tendancielle de l'ONDAM 2012

La prévision de dépenses 2012 s'appuie sur les tendances de moyen terme en volume. Elle incorpore les mesures d'ores et déjà connues.

Cette prévision est faite sous l'hypothèse d'un ONDAM 2011 respecté.²⁵

La prévision d'exécution présentée par la CCSS du 9 juin 2011 table sur un quasi respect de l'ONDAM. en 2011. Selon la CCSS, l'objectif d'un montant de 167,1 Mds € serait dépassé d'une quarantaine de millions dont environ 50 M€ de dépassement pour les soins de ville, et 45 M€ pour les autres prises en charge et -40 M€ de sous consommation pour les établissements sanitaires. Rappelons que conformément aux recommandations du rapport BRIET, 400M€ de dotations ont été mis en réserve afin de couvrir un éventuel dépassement.

Les hypothèses retenues pour élaborer la prévision 2012 sont les suivantes :

- **pour les dépenses remboursées au titre des soins de ville :**
 - Le volume tendanciel progresserait de 4,1% (régime général, métropole). Cette évolution s'entend hors maîtrise médicalisée. ;
 - La dérive du taux de remboursement, l'effet de la correction de jours ouvrés et le passage au champ de la France entière porte la progression à 4,2% pour le régime général soit **4% pour l'ensemble des régimes ;**
 - Si l'on intègre l'ensemble des mesures déjà connues ainsi que les effets report des mesures 2010²⁶, la progression de l'ONDAM serait **de 4,9% pour l'ensemble des régimes.**

²⁵ La CCSS de juin 2011 indique que « pour la première fois depuis 1997, les réalisations sont inférieures à l'objectif voté par le Parlement. » La sous consommation de l'ONDAM 2010 est en effet de -415 M€, essentiellement due aux soins de ville et dans une moindre mesure des établissements de santé. Par rapport à 2009, la progression de l'ONDAM est de 2,7%.

- Les soins de ville enregistrent une sous consommation de l'ordre de 280 M€. D'un montant de 76 Mds €, ils progressent de 2,8% par rapport à 2010.
- Malgré une activité plus dynamique que prévu – le dépassement sur l'ODMCO atteint 535 M€ pour les hôpitaux publics et 60 M€ les établissements privés – les établissements de santé sous consomment de 75 M€ leur objectif du fait mises en réserve de certaines dotations conformément aux recommandations du rapport Briet.

²⁶ Les effets report des mesures d'économies 2010 sont de -98 M€, les revalorisations prévues en 2012 représentent environ 450 M€ aux quelles il convient d'ajouter 298 M€ au titre de l'évolution du prix des indemnités journalières.

- **pour les dépenses remboursées au titre des soins hospitaliers :**

Une hypothèse conventionnelle d'évolution tendancielle des dépenses de 3,3% a été retenue.

- **pour les dépenses remboursées au titre des établissements médico-sociaux :**

Ne sont inscrites dans l'ONDAM que la contribution des régimes d'assurance maladie au financement des établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées. On pose l'hypothèse que l'ONDAM médico-social évoluera de 3,8% (4% pour les personnes âgées et 3,7% pour les personnes handicapées).

- **pour les dépenses remboursées au titre des « autres prises en charges »**

Ce sous objectif qui comprend le FICQS, les soins des français à l'étranger et le médico-social hors CNSA (addictologie) évoluerait à 6%.

ONDAM tous régimes (milliards d'euros)	2011	Evolutions tendancielles	Prévisions tendancielles 2012
Soins de ville	77,3	4,9%	81,1
Etablissements de santé	72,9	3,3%	75,3
Médico-social	15,8	3,8%	16,4
Autres prises en charge	1,1	6,0%	1,2
TOTAL ONDAM	167,0	4,1%	173,9

6.1.2. Les mesures 2012

Pour atteindre l'objectif annoncé par le président de la République de 2,8% d'augmentation de l'ONDAM en 2012, 2,2 milliards d'euros de mesures d'économies sont nécessaires. Ce niveau d'effort reste en ligne avec ceux menés ces dernières années et peut donc être atteint dans le cadre d'un équilibre relativement comparable.

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

Impact en 2012 des propositions de l'assurance maladie

	Impact sur l'ONDAM	Impact sur le régime général
Evolution des tarifs des produits de santé	730	620,5
Ajustement des tarifs des professionnels de santé	170	144,5
Maîtrise médicalisée soins de ville	500	425
Recours contre tiers	200	170
Autres mesures structurelles	150	127,5
Lutte contre la fraude à l'hôpital	50	42,5
Convergence tarifaire	200	170
Performance hospitalière (achats, ANAP...)	200	170
Total	2 200	1 870

6.2. LA REDUCTION DU DEFICIT CONJONCTUREL DE L'ASSURANCE MALADIE NECESSITERA DES RESSOURCES COMPLEMENTAIRES

6.2.1. *La réforme de la prise en charge de la dépendance ne doit pas se traduire par des pertes de recettes ou des charges nouvelles pour l'assurance maladie*

L'Assurance maladie est déjà le premier contributeur public de la dépendance avec plus de la moitié des dépenses à sa charge : selon les estimations des soins consacrés aux personnes dépendantes en ville et à l'hôpital, l'effort de l'Assurance maladie en faveur des soins des personnes âgées dépendantes s'élève entre 10,5 et 13 Mds€ en 2010 sur un total de près de 24 Mds€ de dépenses publiques. La dynamique de ces dépenses est en outre forte puisque l'ONDAM médico-social « personnes âgées » a progressé de plus de 63% depuis 2006 et les dépenses d'assurance maladie consacrées à la dépendance de près de 30%.

Tout en maintenant à un haut son effort en faveur des personnes âgées dépendantes, l'Assurance maladie ne pourra rétablir durablement ses comptes si la réforme de la prise en charge de la dépendance conduit à lui transférer de nouvelles charges.

En particulier, tout transfert de dépenses actuellement prises en charge au titre de la dépendance sur le forfait soin des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (30% de la rémunération des aides-soignantes et des aides médico-psychologiques) doit notamment être exclu.

6.2.2. *Veiller à la pertinence du financement par l'assurance maladie de certains fonds*

Le conseil de la CNAMTS, lors de sa réunion du 12 mai 2011, a procédé à un examen approfondi de l'ensemble des fonds et entités financés par l'assurance maladie et qui pèsent sur les dépenses de santé.

Il a émis le souhait d'une clarification de ces interventions, dont la légitimité apparaît parfois contestable. En tout état de cause, tout nouveau transfert de charge au détriment de l'assurance maladie doit être écarté.

6.2.3. Vers une réforme du financement de la protection sociale

Du fait de l'importance du déficit conjoncturel lié à la crise économique de 2009, l'Assurance maladie ne pourra rétablir l'équilibre de ses comptes uniquement en agissant sur ses dépenses. Piloter sur cinq ans l'ONDAM à 0,5 point en moyenne en dessous de la progression du PIB permettrait de dégager 3,5 Mds€, ce qui reste insuffisant pour ramener l'Assurance maladie à l'équilibre. Il apparaît donc nécessaire d'envisager à moyen terme des recettes supplémentaires, dans une logique d'équité de contribution.

Il convient de rappeler que le montant des exonérations de cotisations de sécurité sociale non compensées atteignait 3,1 Md Euros en 2010 pour l'ensemble des régimes et des branches, dont 1,2 Md Euros pour la seule CNAMTS.

Les retraités, même aisés, acquittent une contribution à un taux inférieur à celui des actifs. Compte tenu de la consommation de soins croissante des personnes âgées et de la nécessité d'une contribution équitable entre les assurés, il serait légitime d'aligner à terme le taux de CSG des retraités assujettis à l'impôt sur le revenu sur celui des actifs, tout en conservant une exonération pour les bénéficiaires minimum vieillesse et un taux réduit pour les retraités moins aisés.

L'Etat employeur ne contribue à l'assurance maladie qu'à un taux plus faible (9,7% actuellement contre 12,8%) et sur une assiette plus étroite que les entreprises (les primes ne sont pas incluses pour l'Etat) : un alignement du taux de contribution de l'Etat sur celui des collectivités locales (11,8%) permettrait à l'Assurance maladie de bénéficier de recettes supplémentaires ; l'élargissement de l'assiette aux primes pourrait être mis en œuvre dans la limite de l'assiette des cotisations de retraite pour le régime additionnel de la fonction publique.

Enfin, il serait légitime de ne pas faire peser trop lourdement le financement de la protection sociale sur le coût du travail en veillant à disposer d'une assiette la plus large possible pour les prélèvements sociaux.

Synthèse des propositions

- Proposition 1 : Enrichir les sources d'informations mises à la disposition des assurés
- Proposition 2 : Développer Santé Active
- Proposition 3 : Expérimenter l'extension de sophia à d'autres pathologies
- Proposition 4 : Créer un label pour des opticiens proposant une offre améliorée aux bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS
- Proposition 5 : Elaborer avec l'UNOCAM une présentation simplifiée des contrats éligibles à l'ACS et proposer aux bénéficiaires dans toutes les caisses primaires un service d'aide au choix des contrats de complémentaire santé
- Proposition 6 : Autoriser la pratique de la vaccination dans les Centre d'examens de santé de l'assurance maladie obligatoire
- Proposition 7 : Impliquer davantage les infirmiers dans l'initiation du traitement par insuline afin d'accompagner les patients qui le peuvent vers l'autonomie
- Proposition 8 : Définir un cadre juridique et une tarification adaptés aux centres autonomes
- Proposition 9 : Créer des forfaits techniques pour certains types d'actes afin d'homogénéiser leur tarification quel que soit le lieu de réalisation
- Proposition 10 : Etendre la procédure de mise sous accord préalable aux HAD et mettre à disposition des ARS des profils d'établissement
- Proposition 11 : Poursuivre la convergence tarifaire ciblée pour 200 millions d'euros en améliorant le processus
- Proposition 12 : Encadrer les dépassements avec le secteur optionnel
- Proposition 13 : Poursuivre le développement des référentiels de masso-kinésithérapie et sur les arrêts de travail tout en initiant la même démarche pour les examens de biologie
- Proposition 14 : Expérimenter dans deux ou trois départements une gestion optimisée du processus d'intervention sur le canal carpien
- Proposition 15 : créer un budget séparé pour les MIGAC
- Proposition 16 : Renforcer l'association de l'Assurance maladie à la fonction d'analyse de l'ATIH et faire certifier le processus de constitution de l'ENC
- Proposition 17 : Créer un tableau de suivi des ventes immobilières des établissements par ARS
- Proposition 18 : Tenir compte des cessions immobilières et amortir sur 30 ans la contribution de l'Assurance Maladie au Fonds pour la Modernisation des Etablissements de Santé Publics et Privés (FMESPP)
- Proposition 19 : Transférer la gestion des invitations à l'Assurance maladie
- Proposition 20 : Appliquer aux médicaments génériques une stratégie de fixation de prix comparable aux autres pays européens
- Proposition 21 : Ajuster les prix de certains médicaments hospitaliers
- Proposition 22 : Réduire le coût des traitements par pression positive continue
- Proposition 23 : Revoir la tarification des prothèses et veiller au respect des règles
- Proposition 24 : Améliorer les signalements avec notamment des pénalités plus dissuasives
- Proposition 25 : Veiller à un meilleur équilibre économique du recours contre tiers avec des délais plus courts de reconnaissance des créances de l'Assurance maladie
- Proposition 26 : Prévoir un versement en capital et avec un barème actualisé des sommes dues par les assureurs au titre des rentes, pensions d'invalidité et frais futurs