



Rapport

du Haut Conseil

pour l'Avenir de

l'Assurance Maladie

Juillet 2006

Avant-propos

Conformément au décret du 7 octobre 2003 portant création du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, le Haut Conseil publie son rapport annuel 2006.

Ce rapport ne prétend pas traiter tous les aspects de l'assurance maladie ni aborder tous les événements qui se sont déroulés dans ce secteur depuis juillet 2005, date du précédent rapport.

Un certain nombre de dossiers ont déjà donné lieu à des avis du Conseil :

27 octobre 2005 : le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base (voir page 102)

27 octobre 2005 : suivi de l'avis du 24 février 2005 sur les couvertures complémentaires en assurance maladie

23 mars 2006 : la tarification à l'activité et la convergence tarifaire des établissements de santé (MCO)

29 juin 2006 : le médicament

Dans le rapport 2006, le Haut Conseil s'est concentré, conformément au décret du 7 octobre 2003, sur la description de la situation financière et la présentation des principales évolutions en matière de reste à charge et d'accès aux soins. L'évolution de la protection sociale complémentaire, les affections de longue durée, la maîtrise médicalisée, le médicament et l'hôpital sont, à cet égard, des chapitres importants de ce rapport. Dans le rapport précédent le Haut Conseil n'avait que peu traité du parcours de soins coordonnés, issu de la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie. En effet, la mise en œuvre était alors trop récente et une étude de ce dispositif était prématurée. Le rapport 2006 analyse les informations disponibles sur ce parcours.

Enfin un certain nombre de thèmes n'ont pas été abordés au cours de l'année écoulée et ne sont pas donc étudiés dans ce rapport (dossier médical partagé, gouvernance hospitalière, permanence des soins, etc.). Ils donneront lieu à des travaux ultérieurs du Conseil au cours du second semestre 2006 ou du premier semestre 2007.

**Rapport 2006 du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie
adopté à l'unanimité le jeudi 6 juillet 2006**

Sommaire

Chapitre I -Les comptes.....	6
A) Les soldes.....	6
B) Les recettes.....	6
1) Les mesures législatives créant ou augmentant les recettes.....	6
2) L'évolution des recettes à législation constante.....	7
3) L'application des règles de compensation des mesures d'exonération et d'allègements de charges.....	7
C) L'infléchissement des dépenses remboursées de l'ONDAM	11
D) La situation de la CADES.....	11
1) Les mesures qui impactent le fonctionnement de la CADES en 2006	11
2) les déficits respectivement prévus pour 2006 dans la LFSS et plausibles selon le comité d'alerte seraient voisins du disponible de 6,7Md€.	11
3) un endettement ultérieur devrait conduire à une légère augmentation des ressources d'amortissement de la dette de la CADES pour ne pas allonger le terme de la dette.	12
 Chapitre II -L'infléchissement des dépenses remboursées n'est pas dû à un repli du taux de prise en charge dans les régimes de base mais pour l'essentiel à une modération de la croissance des dépenses de soins. Dans ce contexte, le reste à charge n'a augmenté que de façon modérée.	14
A) Le taux de prise en charge par les régimes de base (dépenses reconnues, hors dépassements)	14
B) La stabilité globale du système de prise en charge.....	14
C) toutefois, dans ce cadre « stable », les pouvoirs publics ont adopté des mesures réglementaires qui ont augmenté le RAC	17
1) L'euro d'ordre public	17
2) Le forfait journalier	17
3) le ticket modérateur à l'hôpital	18
4) la franchise de 18€	18
5) les pénalisations hors parcours de soins.....	19
6) Les médicaments à SMR insuffisant.....	19
7) statut des assurés au regard des règles de participation	20
D) Facteurs non réglementaires qui impactent le RAC	20
1) le redressement de l'ordonnancier bizône.....	20
2) la progression des dépenses exonérées	21
3) les dépassements	21
E) Accès aux soins.....	23
1) le refus de soins (CMUc)	23
2) les « gros » tickets modérateurs à l'hôpital.....	23
3) un taux d'effort significatif pour acquérir une mutuelle pour les plus modestes.....	23
4) les maladies orphelines	23
5) des difficultés pour la validation de leur protocole de soins ALD par certains malades...23	
6) accès aux médecins	24

Chapitre III -L'évolution de la protection complémentaire.....	25
A) La forte progression des cotisations de couverture complémentaire	25
1) les primes émises ou recouvrées progressent plus vite que les prestations prises en charge par les OC	25
2) la charge par personne assurée est de l'ordre de 450€.....	25
3) facteurs explicatifs de la croissance des cotisations.....	25
B) Réglementation et tendances de la protection complémentaire.....	29
1) Les « contrats responsables ».....	29
2) Inflexion des logiques des OC.....	31
3) Les discussions en cours autour de la protection complémentaire dans les fonctions publiques	33
C) La protection complémentaire des ménages modestes : CMUC et dispositif complémentaire institué par la loi du 13 août 2004	33
1) La CMUC.....	34
2) Le régime des sortants de la CMUC	37
3) Le dispositif complémentaire à la CMUC	38
Chapitre IV - les ALD	41
A) Evolution des effectifs	41
1) les admissions	41
2) les effectifs se situent à la fin 2004 à 7,9M.....	41
3) caractéristiques de la population ALD selon les études de l'assurance maladie	42
B) L'étendue des ALD.....	42
1) Dans son avis du 24 novembre 2005, la HAS a pris position sur les maladies rares.....	43
2) dans sa note du 31 mai 2006, la HAS a abordé de manière générale la problématique de l'étendue des ALD. Ses travaux sur le diabète illustrent les difficultés du dossier.	44
C) Le rodage des nouveaux instruments	46
1) les référentiels de soins de la HAS.....	46
2) les protocoles de soins.....	46
3) des améliorations possibles	47
Chapitre V - Coordination et parcours de soins.....	49
A) Le parcours de soins coordonnés	49
1) Les attentes : plus de qualité pour des soins efficaces	49
2) Le levier financier	50
3) La mise en œuvre	51
4) Les résultats quantitatifs.....	53
5) Les résultats subjectifs	58
B) Le DMP	59
Chapitre VI - La maîtrise médicalisée.....	60
A) Les chantiers principaux (hors médicament)	60
1) les Indemnités Journalières	60
2) L'ordonnancier bizône (rappel)	63
3) Le parcours de soins (rappel).....	63
4) Maîtrise médicalisée des soins dentaires	63
B) Bilan financier et contreparties	64
1) Le bilan dressé par l'UNCAM.....	64
2) La contrepartie en honoraires.....	65

3) Les prévisions 2006	66
4) Les augmentations d'honoraires des médecins	66
Chapitre VII - Le médicament	70
1) les médicaments sont un facteur éminent du progrès thérapeutique par leurs effets directs sur l'efficacité des soins, l'état de santé et l'espérance de vie.	70
2) Compte tenu des caractéristiques du médicament (utilité en matière de soins, dangerosité potentielle), leur distribution/dispensation est strictement encadrée.....	71
3) La prescription médicale, élément central de la consommation médicamenteuse	72
4) La prise en charge par l'assurance maladie: garantir l'accès à <u>tous</u> les médicaments pour autant qu'ils répondent à des exigences minimales de service rendu	78
5) le prix des médicaments remboursables, négocié entre le laboratoire pharmaceutique et le Comité économique des produits de santé, dépend principalement de l'amélioration que le produit apporte par rapport aux spécialités existant dans sa classe pharmaco-thérapeutique.	83
6) L'analyse du fonctionnement du système français de fixation des prix du médicament montre qu'il est plutôt efficace.....	84
7) du prix fabricant au prix public : le coût de la distribution et de la dispensation des médicaments.....	86
8) la régulation macroéconomique du secteur du médicament	88
9) les prescriptions hospitalières exécutées en ville	90
Chapitre VIII - L'hôpital.....	93
A) La tarification à l'activité	93
1) La T2A, un « nouveau » mode de financement, déjà appliqué dans de nombreux pays ...	93
2) T2A au sein des établissements anciennement sous dotation globale : la convergence doit être « soutenable »	94
3) T2A au sein du secteur antérieurement sous OQN : une hétérogénéité plus limitée que dans le public.....	96
4) la convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé	97
B) Les dotations spécifiques.....	99
1) Ces dotations – MIGAC notamment – sont d'un montant élevé, très fortement concentrées sur le secteur public (corollaire du poids des MERRI) et variables selon les établissements.....	99
2) Les efforts de rigueur demandés à tous doivent s'étendre aux champs financés sur dotations spécifiques	100
3) la détermination des tickets modérateurs dans le nouveau contexte budgétaire.....	100
Avis du 27 octobre 2005	101
Le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base	102
Annexes au rapport 2006	105
1) Mesures 2006 affectant les recettes.....	106
2) note accompagnant l'avis du HCAAM du 27 octobre 2005 qui avait recueilli l'accord des représentants des OC à ce conseil (<u>données non actualisées</u>)	111
3) Les contrats « incomplets », analyse du CTIP.....	116
4) Le barème de la CMUC	117
5) Affections de Longue Durée - Recommandations de la HAS (31 mai 2006)	118
6) Affections de longue durée (ALD) Programme de travail HAS 2005-2006.....	126
7) Les évolutions consécutives à la mise en place du parcours de soins	128

Chapitre I - LES COMPTES

A) Les soldes

Les soldes de la branche maladie

En Md€	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Régime général	-2,1	-6,1	-11,1	-11,6	-8,0 (déf.)	-6,3 (prév.)
Tous régimes de base (*)	-2,2	-6,3	-11,2	-11,6	-9,1 (prév.)	-7,3 (prév. **)

Source : Rapports de la Commission des Comptes juin 2006 et (**) septembre 2005 pour la prévision tous régimes de base en 2006.

(*) Avec la création du FFIPSA, la dotation d'équilibre de l'Etat au régime agricole n'est plus automatique à partir de l'exercice 2005, comme c'était alors le cas avec le BAPSA. Ceci explique le décalage de 1 Md€ qui s'installe dès 2005.

S'ils demeurent importants, les déficits de l'assurance maladie diminuent et se situent en net retrait par rapport à la situation analysée en 2004 où la tendance spontanée des dépenses supérieure de 2,5 points à la croissance du PIB, engendrait un accroissement annuel du déficit d'environ 3Md€.

Le déficit prévu par le programme triennal des finances publiques serait de 3,5Md€ en 2007.

L'amélioration résulte à la fois d'un redressement des recettes et d'un infléchissement des dépenses remboursées.

B) Les recettes

1) Les mesures législatives créant ou augmentant les recettes

a) elles sont importantes en 2005

Elles s'élèvent à 4 270M€ (2 310M€ pour les mesures impactant le rendement de la CSG et 1 960M€ pour les autres mesures). Voir l'annexe 1.

b) elles sont d'un montant plus modéré en 2006 (annexe 1 précitée)

Elles augmenteraient de 1 551M€, soit 1% si l'évaluation de la DSS sur l'anticipation de calendrier de prélèvement sur les PEL était confirmée.

Sur les années 2005 et 2006 les recettes supplémentaires – dont une partie n'est pas consolidable au-delà de 2006 – se sont établies à près de 6Md€

2) L'évolution des recettes à législation constante

Les produits de la CNAMTS se sont élevés à 120Md€ en 2004, 127,7Md€ en 2005 et ils atteindraient 145Md€ en 2006 (produits incluant toutes les recettes nouvelles)¹.

Après neutralisation des recettes nouvelles en 2005 et en 2006 et en tenant compte des mouvements de reprises sur provisions², l'évolution des recettes à législation constante est décrite ci dessous

Évolution des recettes à législation constante

	2004	2005	2006
Produits nets ³	114,6	122,3	127,9
Mesures		4,6	5,7
Produits hors mesures	114,6	117,7	122,2
Évolution hors mesures		2,7%	3,8%

La croissance des recettes en 2005 est assez faible, notamment à cause du versement d'une partie de la dette FOREC par la CADES en 2004 (+0,5Md€), versement qui n'est pas reproduit en 2005. Corrigé de cet effet, le taux de croissance des produits 2005 devient 3,2%.

3) L'application des règles de compensation des mesures d'exonération et d'allègements de charges.

La nature des exonérations devant être compensées et les modalités de cette compensation ont récemment évolué.

Avant la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, seules devaient faire l'objet d'une compensation intégrale, en application de la loi du 25 juillet 1994 les exonérations, totales ou partielles, par lesquelles le législateur dispensait l'employeur de s'acquitter des cotisations de sécurité sociale dont il est redevable au titre de ses salariés.

Désormais, deux nouvelles catégories de mesures doivent être compensées :

- celles qui procèdent à des réductions ou à des exonérations de contributions de sécurité sociale (CSG, CRDS) ;
- celles qui procèdent à des réductions ou à des abattements de l'assiette des cotisations et contributions de sécurité sociale.

La loi organique du 2 août 2005 prévoit que si le Parlement décide de ne pas procéder à compensation par dérogation à ces principes, il ne peut le faire que dans la loi de financement de la sécurité sociale⁴.

¹ Source : Rapport de la Commission des Comptes de la sécurité sociale, 8 juin 2006.

² Mécaniquement, les reprises sur provisions sur prestations de l'exercice N sont égales aux dotations de l'exercice N-1 ; avec le passage à la T2A, les dotations 2005 ont explosé (plus de 2M€ supplémentaires) d'où une croissance symétrique en 2006 des reprises qui donne l'impression visuelle d'un fort dynamisme des produits. C'est entre autres pour cette raison que le rapport de la CCSS adopte également une présentation alternative, dite des produits et charges nets dans laquelle ces effets sont neutralisés.

³ Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations, et sont diminués des dotations aux provisions et admissions en non valeur sur actifs circulants. Les produits nets sont également réduits à compter de 2006 du montant de la participation des caisses d'assurance maladie au financement de la CNSA.

Par ailleurs, la loi de finances pour 2006 a changé le mode de financement de la compensation des allègements généraux (dont la principale mesure est la réduction générale des cotisations patronales de sécurité sociale, dite « réduction Fillon »). On ne procède plus par dotation du budget de l'Etat mais par l'affectation d'un ensemble de neuf impôts aux régimes de sécurité sociale concernés.

a) L'assiette des compensations

a1) les allègements généraux compensés pour 2005 et 2006 : pas de mesures nouvelles

Le coût global des allègements « généraux » a progressé de 5,6% entre 2004 et 2005 et devrait poursuivre une croissance de plus de 7% en 2006, pour atteindre 19 Md€

La forte progression constatée sur ces trois dernières années s'explique notamment par la mise en œuvre progressive de la réduction Fillon et l'effet du processus de convergence du SMIC.

a2) nouvelles mesures d'exonérations ciblées compensées pour 2005 et 2006

Les allègements ciblés, sur certains publics, territoires ou secteurs d'activité, devraient atteindre 3,2 Md€ en 2006.

Depuis décembre 2004, cinq mesures nouvelles d'exonérations de cotisations sociales ont été adoptées, pour une entrée en vigueur en 2005 ou 2006. Elles s'inscrivent dans le cadre de l'article L.131-7 du code de la sécurité sociale. Lorsque leur coût a pu être évalué de façon suffisamment précise, des crédits ont été inscrits en LFI 2006. Les principales mesures en terme d'enjeu financier sont celles introduites dans la loi du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne (160 M€ de crédits budgétaires) ainsi que les pôles de compétitivité⁵ (30M€ de crédits budgétaires), qui viennent renforcer le dispositif « jeunes entreprises innovantes⁶ » introduit en 2004.

a3) un certain nombre de mesures nouvelles ne sont pas compensées du fait d'une dérogation formelle votée par le Parlement.

Ce fut le cas en 2005 pour les contrats d'avenir et les contrats d'accompagnement dans l'emploi (loi du 18 janvier 2005). Les exonérations sont évaluées à 500M€ pour 2006 au régime général.

C'est le cas en 2006 du bonus de 1000€ que les entreprises avaient la possibilité d'accorder à leurs salariés en fin 2005 (Article 17 de la Loi 2005-1579 du 19/12/2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 qui prévoit les conditions d'ouverture et les bénéficiaires ainsi que les conditions d'attribution). Il n'y a pas d'estimation disponible actuellement ; un décompte est prévu a posteriori.

⁴ « Seules des lois de financement peuvent créer ou modifier des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base. » art. LO111-3, IV.

⁵ Entreprises implantées dans une zone de recherche et de développement et participant à un projet de recherche et développement agréé par l'Etat Exonération, pendant 5 ans, des cotisations patronales de sécurité sociale : de 50 % pour les PME, de 25 % pour les autres entreprises.

⁶ Les Jeunes entreprises innovantes sont exonérées totalement des cotisations patronales de sécurité sociale jusqu'au dernier jour de la 7ème année de l'entreprise

a4) le sort d'un certain nombre de mesures n'est pas définitivement fixé. C'est le cas

- des modalités de la compensation à la sécurité sociale (dotation budgétaire ou recettes fiscales) des conséquences de la modification du statut des enseignants du secteur privé
- du principe de la compensation des pertes de recettes résultant de l'abondement des entreprises dans les CESU (l'enjeu « affiché » de 99M€ pourrait être sous-estimé).

a5) politique salariale, prévoyance et participation

Les dispositifs de réduction d'assiette (elle se traduit par une économie de près de 60% des sommes distribuées) constituent une puissante incitation à distribuer du revenu au titre de la prévoyance collective ou de la participation.

Sans doute ne peut-on considérer que cette distribution se substitue à l'euro près à du salaire cotisable. Mais il est indéniable que ces politiques constituent pour partie des formules alternatives au salaire.

Pour la prévoyance, la montée des cotisations est significative, qu'il s'agisse de la diffusion des couvertures ou des garanties couvertes même si les employeurs, notamment, essaient de la contenir et si on a supprimé les exonérations pour les contrats facultatifs (note à venir sur la croissance de la prévoyance collective). Pour l'essentiel, il s'agit d'un dispositif antérieur à la loi de 1994 qui ne donne donc pas lieu à compensation.

S'agissant de la participation et de l'intéressement, les distributions évoluent de façon beaucoup plus rapide que le salaire. Ainsi depuis 1997, leur croissance est de 14,72% contre 4,28% pour la masse salariale.

Cette tendance devrait se confirmer – voire s'amplifier – avec la projet de loi en cours de préparation. Certes une partie des mesures qu'il contient pourraient donner lieu à compensation si elles constituent des mesures nouvelles (par exemple). Mais ce ne serait pas le cas pour d'autres (par exemple). En tout état de cause, le cadre d'ensemble de ces régimes étant antérieur à la loi de 1994, la progression tendancielle se traduit fatalement par des moins values de recettes pour les régimes sociaux.

b) Le financement de la compensation.

- le mécanisme de financement pour 2006.

La loi de finances pour 2006 (art 56) modifie la mise en œuvre de la compensation financière par l'Etat.

Désormais, seuls les dispositifs d'exonération ciblés font l'objet de financement par crédits budgétaires, soit 2,9 Md€ de crédits en LFI pour 2006.

Les allègements généraux (19 Md€) seront eux financés par une affectation de recettes fiscales dont le rendement doit permettre de couvrir le besoin des régimes en 2006. Dans le cas d'un écart, l'affectation de recettes fiscales sera révisée en 2007 et une régularisation sera opérée pour 2006.

La réforme du financement des allègements généraux de cotisations sociales

Le coût prévisionnel de ces allègements, au moment de l'élaboration du PLF pour 2006, était de 18,9Md€.

Les recettes affectées et leur rendement prévisionnel sont les suivants :

- 95% de la taxe sur les salaires (95% du produit)	9 405M€
- le produit du droit de consommation sur les alcools	1 908M€
- le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées	378M€
- le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels	125M€
- le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires	126M€
- le produit de la taxe sur les contributions patronales au financement de la prévoyance complémentaire	520M€
- la produit de la taxe sur les primes d'assurance automobile	1 030M€
- le produit de la TVA brute sur les produits pharmaceutiques (commerce de gros)	2 880M€
- le produit de la TVA brute sur les tabacs	2 525M€

Aucune garantie pérenne de ce financement intégral n'est assurée au-delà de l'exercice 2006.

La loi ne prévoit de compensation à l'euro l'euro que pour 2006. Pour la suite, plus rien ne garantit une compensation intégrale. L'article 56 de la LFI pour 2006 prévoit simplement que, au titre des exercices 2007 et 2008, le Gouvernement devra transmettre au Parlement un rapport sur le nouveau mécanisme de financement des allègements généraux, présentant les montants respectifs des pertes de cotisations et des recettes fiscales transférées, ainsi que l'écart qui en résulte. En cas d'écart supérieur à 2%, ce rapport sera transmis à une commission, présidée par un magistrat de la Cour des comptes, composée de parlementaires, de représentants des ministères chargés du budget et de la sécurité sociale, ainsi que de personnes qualifiées. Cette commission pourra donner un avis sur les mesures d'ajustement à envisager. Elle pourra également donner son avis en cas des modifications intervenant sur le champ des allègements généraux.

c) L'évolution des exonérations non compensées

Les mesures non compensées s'élèvent à 2,1 Md€ en 2004 et 2,2 Md€ en 2005. En 2006, elles devraient atteindre 2,4 Md€. Cette évolution s'explique notamment :

- par la montée en charge de l'exonération des emplois familiaux, dont le coût pour le régime général en 2006 est évalué à près de **875M€**, aide à domicile pour les personnes fragiles (**509M€**), des contrats d'accompagnement dans l'emploi (**378M€** en 2006) et des contrats d'avenir (**121M€** en 2006).
- par la réduction des mesures antérieures à la loi de 1994.

C) L'infléchissement des dépenses remboursées de l'ONDAM

	2005 en Md€	Ecart/objectif en M€	Variation par rapport à l'année précédente		
			2003	2004	2005
Soins de ville	62,2	-430	6,2%	4,3%	3,1%
Etablissements sanitaires	61,6	700	5,5%	4,6%	4,3%
Medico social	10,7	-190	9%	9%	7,2%
Autres	0,4	-10			
ONDAM	135	70	6,4%	4,9%	3,9%

Source : comité d'alerte

Certes, malgré l'infléchissement des dépenses, le taux de progression de l'ONDAM reste encore supérieur à celui du PIB (3,9 contre 3,25%). Mais on se situe en net retrait par rapport à l'écart dépenses/PIB qui en tendance se situait entre 2 et 2,5 points.

L'infléchissement constaté en 2005 devrait se prolonger en 2006, exercice pour lequel

- 1) l'ONDAM voté est de 140,7Md€ en progression de 2,5% à périmètre constant
- 2) le comité d'alerte estime plausible que la dépense effective dépasse l'ONDAM de moins de 1 Md€, **ce qui situerait la progression des dépenses à 3,23%**

D) La situation de la CADES

La loi du 13 août 2004 dispose que la CADES reprendra en 2005 et 2006 les déficits de l'assurance maladie à concurrence de 15Md€.

L'article 20 de la loi organique n°2005-881 du 2 août 2005 a par ailleurs prévu que « tout nouveau transfert de dette à la CADES est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale ».

Le montant versé en 2005 a été fixé à 6,61Md€. Le montant disponible en 2006 s'élève ainsi à 6,7Md€, après déduction du montant de 1,69Md€ versé par avance en 2004.

1) Les mesures qui impactent le fonctionnement de la CADES en 2006

Deux mesures⁷ modifient à la marge le périmètre de la CRDS.

⁷ La loi 2005-842 permet la transformation des contrats d'assurance-vie en euros en contrats en unités de compte. Cette mesure s'applique à l'ensemble des contrats d'assurance-vie gérés par les mutuelles. Si la transformation d'un contrat en euros en un contrat en unités de comptes n'a pas d'impact sur l'imposition sur le revenu, elle implique en revanche un report de l'imposition au titre de la CSG et de la CRDS jusqu'au dénouement du contrat transformé. La mise en place de cette mesure devrait se traduire par une moins-value de recettes. Dans l'attente de prévisions plus élaborées, les premiers chiffrages de la CADES tablent sur une moins-value de 50M€ pour 2006 (source : CADES 2006).

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 du 19 décembre 2005 prévoit une modification des modalités de prélèvements sur les produits financiers relatifs aux plans d'épargne logement : les prélèvements ont été effectués par anticipation, au 1er janvier 2006 pour les plans d'épargne de plus de dix ans ou le seront à la date du dixième anniversaire lorsque celle-ci est postérieure. Une retenue annuelle des prélèvements sociaux à compter du 1er janvier

L'évolution des taux a par contre une incidence plus significative quoique difficile à mesurer. La situation de la CADES n'est pas directement comparable à celle de l'ACOSS ; pour ce dernier organisme, le recours exclusif à des financements à court terme permet de mesurer facilement l'impact d'une remontée des taux d'intérêt. Il n'en va pas de même pour la CADES. La dette reprise par la CADES est assise pour moitié sur des emprunts à taux fixes ; 20% de la dette repose sur des emprunts indexés sur l'inflation ; les 30% restant sont financés sur la base d'un taux variable. C'est sur cette dernière partie que porte le risque d'une remontée des taux d'intérêt. La CADES n'avance pas de chiffrage de l'impact d'une remontée des taux sur le coût de l'endettement.

2) les déficits respectivement prévus pour 2006 dans la LFSS et plausibles selon le comité d'alerte seraient voisins du disponible de 6,7Md€.

Dans son avis rendu le 31 mai 2006, le comité d'alerte estime qu'il existe actuellement un risque de dépassement de l'ONDAM fixé pour 2006 à 140,7Md€ ; ce dépassement serait contenu dans la limite des 0,75% (soit 1Md€) au-delà de laquelle le comité doit notifier un avis d'alerte.

Prévisions de recettes et de dépenses (régime général) 2006-2009

Maladie (en Md€)	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Recettes	113,4	120,6	125,8	130,9	136,3	141,9
Dépenses	125,0	128,8	131,9	134,5	138,0	141,3
Solde	-11,6	-8,3	-6,1	-3,5	-1,7	0,6

Source : LFSS 2006 paru au JO n°295 du 20 décembre 2005, annexe B

3) un endettement ultérieur devrait conduire à une légère augmentation des ressources d'amortissement de la dette de la CADES (la CRDS dans la situation actuelle) pour ne pas allonger le terme de la dette.

Dans les prévisions actuelles pour 2006/2009 (LFSS pour 2006), les soldes seraient de 3,5 Md€ en 2007 et 1,7 Md€ en 2008, le retour à l'équilibre étant prévu en 2009.

Il faudrait alors dès 2007 augmenter la CRDS dans des proportions suffisantes pour « tenir » dans le délai d'amortissement actuellement prévu pour 2024 dans le scénario central établi par la CADES. L'augmentation, de l'ordre de 400M€/an, soit plus de 7%, porterait le taux de la CRDS à 0,53%.

Estimations de la CADES

La date de 2024 correspond à la date la plus crédible d'extinction de la dette. Cette échéance correspond à un scénario central caractérisé par un taux de croissance des recettes de CRDS de 3,5% et un taux d'intérêt de 5%.

Il existerait une chance sur deux que l'ensemble des remboursements soit achevé dans dix-sept ans, cinq chances sur cent pour que ce délai soit à treize ans et cinq chances sur cent pour que les remboursements ne soient pas achevés dans un délai de vingt-deux ans. Ces prévisions tiennent compte de la reprise de dette par la CADES prévue pour la fin de 2006.

2006 est également prévue pour les plans de 10 ans. L'impact estimé de cette mesure sur le rendement de la CRDS est de 65 millions d'euros.

*

* *

La somme des recettes nouvelles (près de 6Md€) et de l'endettement transféré à la CADES (près de 15Md€) représente 7,5 % des dépenses des ONDAM 2005 et 2006.

*

* *

L'ampleur des besoins de financement milite selon certains membres du Conseil pour qu'on réforme l'assiette des recettes du régime général.

Chapitre II - L'INFLÉCHISSEMENT DES DEPENSES REMBOURSÉES N'EST PAS DÛ À UN REPLI DU TAUX DE PRISE EN CHARGE DANS LES RÉGIMES DE BASE MAIS POUR L'ESSENTIEL A UNE MODÉRATION DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SOINS. DANS CE CONTEXTE, LE RESTE À CHARGE N'A AUGMENTÉ QUE DE FAÇON MODÉREE.

Le niveau global de l'engagement des régimes de base se maintient et les caractéristiques du système de prise en charge ne sont modifiées qu'à la marge

A) Le taux de prise en charge par les régimes de base (dépenses reconnues, hors dépassements)

Bien que des mesures réglementaires aient augmenté sur la période le ticket modérateur et le forfait journalier, l'engagement des régimes de base ne faiblit qu'à la marge : les mesures d'augmentation de la participation des assurés sont en effet largement compensées par la croissance des prises en charge sans ticket modérateur ou participation de l'assuré (notamment des assurés en ALD). Ce double mouvement s'était traduit ces dernières années par une lente augmentation de l'engagement des régimes de base.

Ce taux⁸ a très légèrement fléchi, passant de 82,9% en 2004 à 82,8% en 2005.

La part des dépenses prises en charge par la sécurité sociale est passée de 77,3% en 2004 à 77,1% en 2005 (structure de financement des soins et biens médicaux, champ constant, base 2000)⁹.

En %	1995	2000	2003	2004	2005
Sécurité sociale	77,1	77,1	77,4	77,3	77,1
Etat et collectivités locales	1,1	1,2	1,4	1,3	1,3
Mutuelles	7,3	7,7	7,2	7,3	7,3
Sociétés d'assurances	3,3	2,7	2,9	3,1	3,1
Institutions de prévoyance	1,6	2,4	2,6	2,6	2,5
Ménages	9,6	9,0	8,5	8,5	8,7
Total	100	100	100	100	100

Sources : *Comptes de la santé 2005, DREES, juillet 2006*

B) La stabilité globale du système de prise en charge

Aucune mesure n'a affecté de façon significative le système de prise en charge qui se caractérise par trois traits majeurs :

- le haut niveau global de la prise en charge
- l'écrêtement massif des gros « reste à charge » par un système d'exonération (notamment pour les assurés en ALD et ceux dont les frais d'hospitalisation sont « couverts par le K50)

⁸ Taux sur le TOTAL MALADIE (hors DG et médicalisation), non comparable avec ce qui a été présenté dans la note exonération qui couvrait l'ensemble des soins y compris hospitalisation et médico-social (88%).

⁹ Comptes de la Santé, soins de ville et hôpital.

- la subsistance d'incohérences. La ligne de partage ALD/non ALD ne « colle » pas strictement au niveau du RAC (si 26% des ALD ont un RAC – avant exonération¹⁰ – supérieur à 24.000€¹¹, 8% ont un RAC avant exonération inférieur à 500€ qu'ils pourraient supporter ; à l'inverse, près de 9% des assurés non ALD ont un RAC après exonération élevé¹² qu'ils doivent assumer). Par ailleurs, le régime combiné du ticket modérateur et du forfait journalier n'est pas parfaitement logique.

Tel était le sens de l'avis adopté par le Conseil le 27 octobre 2005

Avis du 27 octobre 2005

1. Dans la ligne de son rapport du janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a entrepris d'analyser le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base pour les trois risques maladie, maternité, accidents du travail - maladies professionnelles.

Il s'agit là de la première tentative entreprise pour connaître ce que les régimes de base prennent en charge « intégralement ». Une définition large des « soins » a été retenue puisque est incorporée, outre les prestations en nature classiques, la prise en charge médico-sociale telle que le financement des établissements pour l'enfance inadaptée, etc. En revanche les prestations en espèces ne seront pas abordées dans l'avis.

2. Le montant des prises en charge intégrale par les régimes de base de sécurité sociale était en 2004 d'environ 81,3 milliards d'euros. Les autres dépenses sont couvertes par ces régimes à hauteur de 65%. Au total, les régimes de base financent 88% de l'ensemble des dépenses reconnues (dépenses remboursables, soins exonérés et non exonérés).

Il n'existe pas de séries longues permettant de suivre l'évolution de ces ratios mais on avait indiqué dans le rapport initial du Haut Conseil que, à conditions de remboursement données, la structure des remboursements se déformait en renforçant le poids des soins totalement exonérés. La part des soins sans ticket modérateur dans l'ensemble des remboursements de soins de ville progresse régulièrement. La montée des dépenses d'ALD est l'élément le plus structurant de ces dernières années et contribue à hauteur des deux tiers à l'évolution de la dépense globale de soins de ville. Mais d'autres postes – notamment dans le secteur médico-social – évoluent dans le même sens.

Contrairement à une idée reçue, dans le partage de la dépense de santé entre les différents acteurs, on observe un déport des ménages et des complémentaires vers les régimes de base.

3. L'ampleur des prises en charge intégrale justifie qu'on analyse de façon méthodique les principaux motifs d'exonération du ticket modérateur afin d'en cerner la logique et les effets.

Le principe qui sous tend le système actuel est que les « gros » restes à charge sont « écrêtés ». Par ce mécanisme, qui remonte aux origines de l'assurance maladie, la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les soins les plus onéreux. Mais en fait on procède à exonération non pas sur la seule constatation d'une dépense élevée mais aussi en fonction du « statut » de l'individu [état de santé, situation du bénéficiaire (régime des accidents du travail – maladies professionnelles, femmes enceintes, etc.)].

Il en résulte des incohérences.

Par défaut, lorsque une minorité d'assurés supporte des reste à charge élevés (voir notamment au point 4 ci-dessous).

¹⁰ En d'autres termes, dépense remboursable.

¹¹ Source : Note HCAAM, 28 avril 2005.

¹² Supérieur à 500€.

Peut-être par excès, lorsque le régime d'exonération couvre de fait des petites dépenses. Et s'il est légitime qu'une grosse dépense de santé soit exonérée du ticket modérateur, il n'y a pas lieu de dispenser par principe les assurés bénéficiant de ces régimes dérogatoires de l'effort demandé aux autres assurés. C'est dans cet esprit que le Haut conseil a conclu dans son rapport 2005 qu'il « était cohérent de faire supporter aux ALD les participations de type franchise dès lors que les plus modestes en sont dispensés ».

Si l'on ne poursuit pas l'effort en ce sens, il est hautement probable que sous la contrainte on en vienne à augmenter le ticket modérateur pour les soins non exonérés (en gros « le petit risque courant » des soins ambulatoires). Une telle distorsion – trop « sanctuariser » les prises en charge intégrales d'un côté, trop solliciter l'assuré non exonéré d'autre part – est en effet de nature à diminuer l'attachement des Français à une sécurité sociale obligatoire et solidaire.

4. Le régime du K50 joue un rôle d'exonération massive en cas d'hospitalisation des patients.

Même si le dispositif K50 exonère du ticket modérateur une partie massive de la dépense hospitalière, il reste toutefois 2,3 millions d'assurés (pour 3 millions de séjours) qui ne sont pas exonérés et peuvent supporter de gros reste à charge (en moyenne 500€). En effet :

- en cas d'hospitalisation dans un service de médecine (qui ne donne pas lieu à un acte technique en K), le droit commun de la prise en charge est appliqué aux assurés tant que la durée d'hospitalisation est inférieure à 30 jours.
- pour des séjours hospitaliers excédant 30 jours, l'assuré ne bénéficie d'une exonération du ticket modérateur qu'à partir du 31ème jour, le ticket modérateur des 30 premiers jours étant à sa charge.

Ces règles sont génératrices de fortes inégalités entre les assurés hospitalisés. Sans doute, les couvertures complémentaires viennent-elles prendre le relais et supportent l'essentiel de ces gros « reste à charge ». Mais ce constat ne dispense pas d'étudier une réforme qui donnerait plus de cohérence à notre système.

Sauf pour la franchise de 18€ et l'augmentation du forfait journalier, le souci de rééquilibrer les comptes de l'assurance maladie n'est pas cité comme la justification des mesures qui augmentent la participation des usagers ; celles-ci sont présentées comme participant à l'organisation et à la rationalisation du système de soins ou responsabilisant les assurés.

Lorsqu'une mesure est ouvertement proposée pour un motif financier, elle est mal « accueillie ». Il en a été ainsi lors du débat sur la franchise de 18€. La majorité des membres du Conseil a rappelé l'avis des Conseils d'administration des caisses émis lors de la présentation du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006. Ceux-ci avaient estimé que cette mesure, visant de fait des interventions chirurgicales importantes ou des actes à visée diagnostique qui ne sont en général pas réalisés à l'initiative du patient, relevait d'une approche purement comptable et se traduirait par un transfert vers les ménages ou leurs complémentaires. Ils avaient de ce fait émis un avis défavorable.

Il n'y a pas eu à l'occasion de l'adoption de ces mesures de débat « frontal » sur le niveau et la structure de la participation des usagers à la différence de l'Allemagne par exemple où la réforme du remboursement du médicament poursuit expressément un objectif financier.

C) toutefois, dans ce cadre « stable », les pouvoirs publics ont adopté des mesures réglementaires qui ont augmenté le RAC

1) L'euro d'ordre public

La mesure est applicable à partir du 1^{er} janvier 2005.

La participation forfaitaire a été fixée à un euro et s'applique pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin généraliste ou spécialiste (que ce soit à son cabinet, au domicile du patient, dans un dispensaire ou dans un centre de soins, en consultations ou aux urgences à l'hôpital). Elle s'applique également pour les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale.

Elle est plafonnée à 50€ par an.

Les mineurs, les bénéficiaires de la CMU et les femmes enceintes de plus de six mois sont exemptées de cette participation forfaitaire. Les patients qui sont en ALD ne sont pas exonérés. Certes, cette participation qui va rester à la charge des ménages est proportionnelle à leur consommation de soins ; les assurés ALD seront donc plus sollicités que les autres assurés. Mais le plafonnement retenu va écrêter les fortes augmentations du reste à charge, si bien que l'augmentation maximale (50 euros) est acceptable au regard du revenu des assurés (la charge est de moins de 1% du revenu au seuil d'exclusion de la CMUC).

Le rendement¹³ avant plafonnement était estimé à 650M€ ; le plafonnement le ramènerait à 460M€. La participation forfaitaire est actuellement chiffrée à 345M€ au régime général en 2005, extrapolée à 415M€ tous régimes.

Mais la mesure qui devait concerner les actes et consultations à l'hôpital n'est toujours pas en place du fait de l'inadéquation des systèmes d'échanges informatiques entre les hôpitaux et la CNAMTS. Cette carence explique en grande partie l'essentiel de l'écart entre prévision et réalisation.

Le mécanisme du plafonnement est correctement appliqué :

- + les participations forfaitaires sont prises en compte à la date du remboursement des consultations et des actes.
- + un compteur individuel est intégré à l'outil de liquidation des CPAM
- + lorsque, pour un bénéficiaire, plusieurs actes ou consultations sont effectués par un même professionnel au cours de la même journée, le nombre de participations forfaitaires supportées ne peut être supérieur à un.
- + lorsque le bénéficiaire de soins est dispensé de l'avance des frais, la participation due par l'intéressé est imputée sur les prestations ultérieures versées par sa caisse. La caisse ne peut abandonner la mise en recouvrement de la participation forfaitaire. Toutefois, toute créance née à ce titre, non recouvrée à sa date de prescription, est annulée.

2) Le forfait journalier

Le forfait hospitalier a été revalorisé chaque année depuis le 1^{er} janvier 2004¹⁴ : 14€ au 1er janvier 2005, 15€ au 1er janvier 2006, 16€ au 1er janvier 2007. La charge - pour l'essentiel portée par les couvertures complémentaires - est de 100M€ par tranche de un euro.

Les victimes d'accidents du travail et de maladie professionnelle, les femmes enceintes à compter du 6^{ème} mois de grossesse, les enfants hospitalisés dans leur premier mois de naissance, les

¹³ réf. Rapport CCSS juin 2005

¹⁴ A cette date, le forfait s'établissait à 13€ (arrêté du 18 décembre 2003).

pensionnés militaires (article L.115 du Code des Pensions militaires), les bénéficiaires de la CMU, les malades admis en hospitalisation incomplète (hospitalisation de jour), les enfants bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale n'acquittent pas le forfait journalier.

3) le ticket modérateur à l'hôpital

- les principaux chiffres

L'exonération du ticket modérateur est massivement la règle à l'hôpital¹⁵. Seuls les assurés qui sont hospitalisés pour un séjour ne comportant pas d'acte technique exonérant et dont la durée est inférieure à 30 jours acquittent le ticket modérateur : ce sont environ 2,3 millions d'assurés (pour 3 millions de séjours) qui ne sont pas exonérés et peuvent supporter de gros restes à charge (en moyenne 500€).

- La réforme des tarifs journaliers de prestation (TJP)

Le décret du 14 janvier 2005 (n° 2005-30) a modifié le mécanisme de report des plus ou moins values de recettes du groupe 2¹⁶. Jusqu'à l'exercice 2004, si les recettes réalisées étaient inférieures à la prévision, le déficit constaté était couvert par ajout aux charges couvertes par la dotation globale. A compter de l'exercice 2005, elles restent à la charge de l'établissement. Symétriquement, les plus values de recettes constatées restent désormais acquises à l'établissement, au lieu de venir minorer la dotation globale suivante.

Il en est résulté, en pratique, un rattrapage des tarifs journaliers des prestations (TJP), qui avaient tendance à être minorés les années précédentes. Le RAC – sur ce point largement porté par les organismes complémentaires – a donc augmenté en 2006. Le Haut conseil l'avait chiffré à 117 M€¹⁷.

4) la franchise de 18€

La LFSS pour 2006 a prévu une participation forfaitaire de 18€ pour les actes médicaux dont le tarif est égal ou supérieur à 91 euros¹⁸, antérieurement exonérés (>K50). La participation devait s'appliquer que l'acte soit pratiqué en ville ou à l'hôpital. Toutefois, faute d'aménagements informatiques, la perception du forfait va nécessiter un dispositif technique transitoire pour les cliniques comme pour les hôpitaux. Sont exonérés de cette participation : les patients atteints d'une ALD, les femmes enceintes, les nouveau-nés hospitalisés, les titulaires d'une rente pour accident du travail ou pour maladie professionnelle ou d'une pension d'invalidité et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle.

¹⁵ Les catégories d'assurés exonérés du ticket modérateur à l'hôpital sont nombreuses : les assurés dont la durée d'hospitalisation est supérieure à 30 jours, les assurés subissant des actes techniques dont le montant est supérieur à 91€, les assurés victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles, les assurés en ALD dont l'hospitalisation est en rapport avec l'affection exonérante, les assurés affiliés à la caisse de prévoyance SNCF, les enfants de moins de trente jours, les femmes enceintes hospitalisées au cours des quatre mois précédant l'accouchement.

¹⁶ Prix de journées à la charge des non assurés sociaux (migrants, AME), tickets modérateurs (TM) et forfaits journaliers (FJ) à la charge des assurés sociaux.

¹⁷ Estimation du CTIP : 150M€

¹⁸ les actes de radiographie, d'imagerie par résonance magnétique (IRM) et de scanographie en sont exemptés, de même que les frais de transport d'urgence.

Quel que soit le jugement que l'on porte sur cette participation forfaitaire de 18€, le Haut Conseil note que l'application de cette franchise de 18€ aux personnes admises dans le régime ALD n'aurait a priori pas contrevenu aux principes qu'il a retenus dans son rapport de 2004¹⁹.

Il s'agit d'une franchise sur les premiers débours et l'essentiel de la dépense reste exonéré. Son rendement est évalué de 100 à 130M€ en année pleine selon les définitions du périmètre retenu et représente moins de 1% du coût de l'exonération au titre du K50.

Le décret d'application est paru le 19 juin 2006.

Le montant du forfait sera revalorisé chaque année conformément à l'évolution du tarif moyen pondéré afférent aux actes de la CCAM constatée à la fin de l'année précédente. Ce ticket modérateur peut être pris en charge par les complémentaires santé.

5) les pénalisations hors parcours de soins

En application du décret du 3 novembre 2005, le ticket modérateur dû par l'assuré est majoré en dehors du parcours de soins coordonnés ou en l'absence de désignation du médecin traitant. En 2006, la majoration est fixée à 10 % du tarif servant de base au calcul des prestations de l'assurance maladie obligatoire (tarif de convention en ville ou TJP à l'hôpital), dans la limite de 2,50 € par acte en ville et par séjour hospitalier.

En outre, les médecins spécialistes du secteur 1 sont autorisés à facturer un « dépassement autorisé » plafonné à 8€²⁰ (cas général) par acte clinique ou technique pour les actes effectués hors parcours de soins coordonné.

L'effet de ces dispositions sur le RAC est difficile à chiffrer (voir infra chapitre V).

A la date du présent rapport, les modalités d'application de la MTM n'ont pas encore été définies à l'hôpital et les logiciels de facturation sont en cours d'adaptation, si bien que les régimes obligatoires n'appliquent pas encore la majoration de TM.

Par ailleurs, un arrêté du 28 juillet 2005 autorise les hôpitaux à facturer, en cas de consultation externe, une majoration équivalente au dépassement autorisé hors parcours de soins (8 €).

6) Les médicaments à SMR insuffisant

- 152 médicaments à SMRI ont été déremboursés au début de 2006. L'augmentation du RAC supporté par les ménages est estimée à 254 M€ (application sur 10 mois et substitution à 5 %).

- La baisse du taux de remboursement des veinotoniques par l'assurance maladie obligatoire (15 % au lieu de 35 %), assorti d'une baisse de leur prix public, se traduit par une augmentation du RAC de 120M€.

¹⁹ On rappelle que les assurés en ALD ne sont pas exonérés de la participation forfaitaire de 1 euro par acte.

²⁰ Le forfait est plafonné à 8€ à compter du 31 mars 2006 sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés. L'augmentation du montant du dépassement autorisé pour non respect du parcours de soins et qui n'est pas pris en charge par les OC est le résultat mécanique de l'augmentation du montant de la majoration de coordination de 1€ (qui passe ainsi de 2 à 3€ et qui fait partie de l'assiette du dépassement autorisé) par l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins (article 4.1). Celui-ci a été approuvé par arrêté du 23 mars 2006 publié au JO du 30 mars 2006.

7) statut des assurés au regard des règles de participation

Les assurés qui paient / ne paient pas :

Dispositifs :	1 euro	18 euros	Forfait journalier à l'hôpital	Ticket modérateur à hôpital	Parcours de soins
les bénéficiaires de la CMU	exo	exo	exo		
les femmes enceintes de plus de six mois	exo	exo	exo		
Les femmes enceintes hospitalisées au cours des 4 mois précédant l'accouchement		exo		exo	
Les autres femmes enceintes		exo			
Patients en ALD		exo		exo	
AT et MP		exo	exo	exo	
Pension d'invalidité		exo			
L115 du code des pensions militaires			exo		
les mineurs de 0 à 1 mois hospitalisés	exo	exo	exo	exo	exo
les mineurs de 0 à 16 ans	exo				exo
Les mineurs de plus de 16 ans	exo				
Mineurs allocataires éducation spéciale			exo		
Les assurés de droit commun					
-dont Assurés de droit commun de durée hospit > 30j		exo		exo	
-dont Assurés de droit commun exonérés au titre du K50				exo	

D) Facteurs non réglementaires qui impactent le RAC

1) le redressement de l'ordonnancier bizône

Un meilleur respect de la réglementation de l'ordonnancier bizône et des feuilles de soins devrait conduire à une économie pour l'assurance maladie²¹, évaluée par les partenaires conventionnels à 455 millions d'euros, soit environ 1,5% de l'ensemble des dépenses remboursées de soins de ville pour les seuls patients en ALD. Cet objectif figurait dans la convention du 12 janvier 2005. Dans l'avenant 12 à la convention de janvier 2005²², l'objectif est formulé de la façon suivante : « Respect de la réglementation de l'ordonnancier bizône et des feuilles de soins notamment pour les médicaments, la biologie et la masso-kinésithérapie : diminution de quatre points du ratio des dépenses en rapport avec une affection de longue durée relativement à l'ensemble des dépenses ». En août 2005, 81,4% des dépenses des personnes en ALD étaient remboursées à 100% contre 82% en août 2004. Il faut voir dans cette diminution du pourcentage, certes faible, l'amorce d'un changement de tendance. En effet jusqu'ici chaque année depuis trois ans, la part des dépenses sans ticket modérateur augmentait d'un point.

²¹ prise en charge par l'assurance complémentaire.

²² mars 2006

La CNAMTS estime que les économies qui résulteraient d'un meilleur respect des règles d'utilisation de l'ordonnancier bi-zone pourraient atteindre 88M€ en 2005 et 292M€ ont été fixées comme objectif sur 2006.

2) la progression des dépenses exonérées

Elle est freinée par un meilleur usage de l'ordonnancier bizonne.

A la différence des années précédentes, le ratio actes avec ticket modérateur/actes sans ticket modérateur fléchit légèrement ; la forte hausse des prises en charge intégrale entre 2003 et 2004 (+7%) est suivie d'une baisse de 1% l'année suivante.

Prise en charge par l'assurance obligatoire des soins de ville

	2003	2004	2005	Tcam 2003/05
total des remboursements de soins de ville	56 037 469	58 880 704	59 171 273	2,8%
avec Ticket Modérateur	24 686 296	25 311 215	25 965 168	2,6%
sans Ticket Modérateur	31 351 173	33 569 489	33 206 105	2,9%
part des prises en charge intégrale dans l'ensemble des remboursements	55,9%	57,0%	56,1%	
taux moyen de remboursement des soins de ville	79,9%	79,5%	79,6%	

Sources : Cnamts, statistiques mensuelles, extrapolation tous régimes risques maladie, maternité et AT

Taux d'évolution	1999/2000	2000/01	2001/02	2002/03	2003/04	2004/05
du total des remboursements de soins de ville	8,13%	7,37%	8,12%	6,53%	5,07%	0,49%
des remboursements avec TM	6,70%	5,69%	4,64%	3,21%	2,53%	2,58%
des remboursements sans TM	9,47%	8,91%	11,20%	9,30%	7,08%	-1,08%
de la part des prises en charge intégrale dans l'ensemble des remboursements	1,24%	1,43%	2,85%	2,60%	1,91%	-1,57%
du taux moyen de remboursement des soins de ville	0,29%	0,20%	0,67%	0,22%	-0,54%	0,14%

3) les dépassements

Le Haut Conseil les avait évalués à 8,6Md€²³ en 2003, soit 6,2% de la Consommation de soins et de biens médicaux.

- la tendance passée

²³ Source : Note sur les couvertures complémentaires maladie, 24 février 2005.

Leur progression était vive : le taux annuel moyen de leur augmentation en **euros constants** s'établissait pour la période 1995/2003 à 7,3% pour les médecins spécialistes, 1,6% pour les médecins généralistes et MEP et 3,7% pour les chirurgiens dentistes (on ne dispose pas de données certaines pour l'optique et les autres dispositifs médicaux).

Pour 2004, les dépassements augmentent plus vite que la base de remboursement pour les médecins ; moins vite pour les chirurgiens dentistes. Au total, pour ces professionnels dont les dépassements représentaient en 2003 plus de 60 % du total des honoraires, les dépassements auraient augmenté de 3,35%.

- la tendance actuelle

Sur les six derniers mois, d'octobre 2005 à février 2006, les dépassements moyens par praticien sont en baisse pour les omnipraticiens comme pour l'ensemble des spécialistes.

Évolution des dépassements moyens par médecin, janvier-février 2006 / janvier – février 2005

	Secteur 1 (hors DP)	Secteur 2 (et 1 DP)	Total
Omnipraticiens	-27,2%	-1,7%	-8,0%
Anesthésie réa.	12,1%	1,1%	8,6%
Cardiologie	-23,7%	-2,0%	-2,3%
Dermato-vénéro.	55,0%	-6,2%	-1,2%
Radiologie et radiothérapie	-52,8%	4,3%	1,6%
Gynécologie et obstétrique	-45,5%	2,7%	-0,1%
Gastro-entérologie	-5,2%	1,9%	2,0%
Médecine interne	-31,6%	-3,9%	-6,1%
ORL	-5,8%	-5,4%	-4,9%
Pédiatrie	-26,0%	4,3%	0,8%
Pneumologie	-56,9%	-4,5%	-6,6%
Rhumatologie	-12,5%	-5,4%	-5,1%
Ophthalmologie	-31,6%	4,2%	2,8%
Stomatologie	3,0%	-0,9%	1,0%
Médecine physique et de réa.	-13,9%	-4,5%	-5,8%
Neurologie	-52,9%	-2,5%	-5,2%
Anatomo-cyto	5,6%	-0,6%	4,5%
Endocrinologie et métabolisme	-33,9%	-5,8%	-5,2%
Chirurgie	-5,9%	-2,8%	-1,6%
Psychiatrie	-37,4%	1,0%	-3,0%
Total Spécialistes	-12,2%	0,0%	-0,2%
Total médecins	-16,5%	0,1%	-1,6%

Sources : PIM mai 2006, CNAMTS

En conséquence, la part des dépassements dans le total des honoraires a légèrement régressé sur la période.

La moyenne des dépassements pratiqués par les médecins spécialistes ne rend pas compte des disparités qui existent entre les spécialités :

Ainsi, s'agissant de l'ensemble des secteurs, les dépassements diminuent en moyenne de 0,2% pour l'ensemble des spécialistes. Certaines spécialités accusent pourtant une diminution plus brutale de leurs dépassements ; c'est le cas par exemple des pneumologues (-6,6%). Au contraire, d'autres spécialités voient leurs dépassements augmenter de façon importante : c'est le cas des

anesthésistes réanimateurs qui voient leurs honoraires augmenter de 8,6% sur la période considérée.

Plusieurs membres du Conseil ont rapporté que, selon certains indices, des professionnels demanderaient des « suppléments d'honoraires », par exemple avant une intervention chirurgicale. Le Haut Conseil recommande qu'une enquête soit diligentée par les administrations compétentes en liaison avec les assurances maladie de base et complémentaires et les associations d'utilisateurs afin d'évaluer l'effectivité de ces pratiques inacceptables.

E) Accès aux soins

Comme on vient de le voir à travers les développements sur les restes à charge, notre système assurantiel est globalement sain. Mais il existe à ses marges des situations de fragilité :

1) le refus de soins (CMUc) (voir page 35)

2) Les « gros » tickets modérateurs à l'hôpital

Même si les dispositifs existants (ALD, « K50 »,...) exonèrent du ticket modérateur une partie massive de la dépense hospitalière, il reste toutefois 2,3 millions d'assurés (pour 3 millions de séjours hospitaliers) qui ne sont pas exonérés et peuvent supporter de gros restes à charge (en moyenne 500€). En effet :

- en cas d'hospitalisation dans un service de médecine (qui ne donne pas lieu à un acte technique), le droit commun de la prise en charge est appliqué aux assurés tant que la durée d'hospitalisation est inférieure à 30 jours.

- pour des séjours hospitaliers excédant 30 jours, l'assuré ne bénéficie d'une exonération du ticket modérateur qu'à partir du 31^{ème} jour, le ticket modérateur des 30 premiers jours étant à sa charge.

- en cas d'hospitalisation à domicile pour l'utilisation de matériel et dispositifs médicaux

Comme l'a rappelé le Haut Conseil dans son avis du 27 octobre 2005 sur le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base, *« ces règles sont génératrices de fortes inégalités entre les assurés hospitalisés. Sans doute, les couvertures complémentaires viennent-elles prendre le relais²⁴ et supportent l'essentiel de ces gros restes à charge. Mais ce constat ne dispense pas d'étudier une réforme qui donnerait plus de cohérence à notre système »*.

3) Un taux d'effort significatif pour acquérir une mutuelle pour les plus modestes (voir page 39)

4) Les maladies orphelines.

Ce sont des maladies souvent graves mais de faible fréquence. Elles appellent

- un effort de l'organisation de la prise en charge (voir chapitre IV page 41)

- une action résolue pour améliorer la recherche de médicaments adaptés (voir chapitre VII page 70)

²⁴ On manque d'éléments sur le plafonnement de la prise en charge des forfaits par les organismes complémentaires notamment dans le secteur de la psychiatrie.

5) Des difficultés pour la validation de leur protocole de soins ALD par certains malades (voir page 47)

6) Accès aux médecins

- difficultés de maintenir une présence médicale et une offre de proximité en particulier dans les zones rurales

Si les inégalités de répartition de l'offre de soins, souvent anciennes et non justifiées au regard des besoins de soins²⁵ sont connues, on voit apparaître depuis quelque temps des difficultés pour maintenir une présence médicale et une offre de proximité dans certaines zones, en particulier des zones rurales.

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

Aujourd'hui, en France, il est excessif de parler de « désertification médicale » comme on l'entend souvent. Les difficultés sont circonscrites à un nombre très limité de zones. Ainsi une analyse de l'Observatoire National des Professions de Santé conduit à identifier 86 cantons, représentant 1,6% de la population, qui conjuguent plusieurs éléments. Mais la conjonction de ces tendances lourdes et de la baisse globale des effectifs risque d'accentuer le non renouvellement dans les zones peu attractives.

- difficultés de trouver dans certaines zones des spécialistes en secteur 1
- carences qui se dessinent pour certaines spécialités médicales et chirurgicales
- permanence des soins

La permanence de soins (système de garde et d'astreinte pour les médecins libéraux) est réglementairement fondée sur le volontariat. On constate que cette permanence est de plus en plus difficile à obtenir dans certains endroits après minuit. Les patients doivent se retourner alors vers les urgences hospitalières ce qui pose à la fois un problème de bonne utilisation du système de soins et peut conduire notamment à un engorgement des services d'urgences, ainsi qu'un problème d'accès aux soins des patients résidant dans les zones les plus éloignées des établissements hospitaliers.

*

* *

Le Haut Conseil inscrira l'étude de ces « fragilités » dans son programme de travail.

²⁵ Le rapport de la Commission note que « En 2003, le nombre d'omnipraticiens libéraux pour 100 000 habitants varie de 77 en Seine-Saint-Denis à 136 dans les Pyrénées-Orientales, soit une fourchette de 1 à 1,8, sans que cet écart se justifie par des différences de besoins de soins. Il ne se justifie pas non plus, au contraire de certaines spécialités pointues, par la nécessité de concentrer les moyens dans les départements sièges d'hôpitaux universitaires. De la même façon, les départements de l'Aube, de l'Eure et de l'Eure-et-Loire ont moins de 45 infirmières libérales pour 100 000 habitants, tandis qu'elles sont 4 fois plus nombreuses dans les Bouches-du-Rhône ou l'Aveyron. – Ces disparités ne peuvent, en tout état de cause, être considérées comme légitimes. Soit elles sont la marque d'un besoin non satisfait dans les zones les moins bien pourvues, soit elles induisent des consommations au-delà du nécessaire dans les zones sur-médicalisées. Dans les deux cas, elles sont préjudiciables en termes d'équité et d'optimisation de l'emploi des fonds publics. »

Chapitre III - L'ÉVOLUTION DE LA PROTECTION COMPLÉMENTAIRE

A) La forte progression des cotisations de couverture complémentaire

L'année 2005 constitue une année de transition et seule une étude des années 2005 et 2006 permettra d'approcher plus précisément les effets de la loi du 13 août 2004 et de la convention du 12 janvier 2005 qui organise les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie.

Les données disponibles ne reflètent en effet qu'imparfaitement l'impact des modifications réglementaires car les primes et cotisations ne s'adaptent qu'avec retard aux évolutions de l'environnement notamment réglementaire.

Ces limites fixées il est toutefois possible de dresser un constat des grandes tendances des cinq dernières années.

1) Les primes émises ou recouvrées progressent plus vite que les prestations prises en charge par les OC

Selon le fonds CMU, le montant des primes émises ou recouvrées par les organismes de protection complémentaire a augmenté de 39% entre 2001 et 2005 passant de 17,6 à 24,4Md€. Sur cette même période, les dépenses de soins financées par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs privés, ont augmenté de 25%²⁶.

2) la charge par personne assurée est de l'ordre de 450€

Le calcul est le suivant : (24,4Md€ de cotisations – 425M€ de contribution au fonds CMUC rapporté à 62M*85%, nombre de personnes couvertes par une complémentaire et qui ne sont pas à la CMU). Pour un ménage, la charge est un peu supérieur à 1 000€²⁷. Elle représente environ 3,5% du revenu des ménages²⁸.

3) Facteurs explicatifs de la croissance des cotisations

a) la progression de la population couverte.

Compte tenu du taux élevé de couverture en début de période (plus de 85% de la population) et de la stabilité de l'effectif des allocataires de la CMUC (+2,6% entre 2001 et 2005), la progression du taux de couverture, que l'on peut évaluer²⁹ à un point environ, ne peut avoir eu un effet majeur sur les cotisations.

²⁶ Source : Comptes nationaux de la santé, année 2005, dépenses de santé par type de financeur. En 2001, le total des dépenses de santé financé par les assureurs IP et mutuelles était de 15,5Md€ ; il atteignait 19,4Md€ en 2005.

²⁷ Au 1^{er} juillet 2004 le nombre de ménages était de 26,22 millions (Source : INSEE) et 2,36 personnes par ménage. On applique un abattement de 15% du nombre des ménages pour tenir compte des ménages qui sont soit à la CMU, soit n'ont pas de complémentaire.

²⁸ Revenu disponible moyen par ménage : 28.413€ en 2003. Source : INSEE

²⁹ au vu des résultats des enquêtes SPS de l'IRDES de 2000 à 2004

b) la progression du RAC

Elle dépend d'une part de l'évolution des dépenses brutes et d'autre part du taux de prise en charge de ces dépenses par les régimes de base.

- la progression des dépenses de soins est de 20,6%³⁰ sur la période 2001-2004. Ces dépenses poursuivent en 2005 le ralentissement observé depuis 2004. Après des progressions de plus de 7% en 2002 et 2003 et de 4,3% en 2004, la prévision pour 2005 s'établit à 3,2%.

soins de ville remboursés par le régime général

En M€ (courants)	Évolutions annuelles				
	02/01	03/02	04/03	TCAM 2003/1997	Prévision 05/04
Soins de ville	7,7%	7,1%	4,3%	6,8%	3,2%

Dont

Honoraires privés	5,3%	6,4%	2,8%	4,0%	3,3%
Honoraires paramédicaux	9,6%	8,1%	4,1%	6,9%	4,4%
Laboratoires	10,8%	9,4%	5,4%	6,8%	0,5%
Transports de malades	9,4%	8,2%	8,0%	8,9%	6,0%
Médicaments	6,6%	6,7%	6,4%	7,9%	3,7%
<i>Dont remboursés à 100%</i>	<i>11,7%</i>	<i>11,4%</i>	<i>11,5%</i>	<i>11,3%</i>	<i>6,5%</i>
<i>Dont remboursés à 35% et 65%</i>	<i>1,5%</i>	<i>1,5%</i>	<i>0,1%</i>	<i>4,7%</i>	<i>0,1%</i>
Indemnités journalières	10,9%	6,6%	-0,5%	8,2%	-0,3%
Dispositifs médicaux	11,8%	9,9%	11,6%	15,9%	8,1%

Source : Rapport de la Commission des Comptes (septembre 2005)

- le poids relatif du RAC a peu bougé compte tenu de la poussée des ALD qui le diminue d'une part, des quelques mesures affectant la participation des usagers et la progression soutenue des dépassements qui l'augmentent d'autre part.

L'engagement des régimes de base a ainsi diminué en 2005 de 0,2 points, de 77,3 à 77,1%. Ce fléchissement concerne les soins de ville et semble correspondre notamment à la mise en place de la participation forfaitaire d'un euro sur chaque consultation ou acte réalisé soit par un médecin soit par un laboratoire d'analyses de biologie médicale. En 2006, interviendront également les pénalisations pour accès aux soins hors parcours de soins.

c) l'évolution de la ligne du partage du RAC entre les ménages et les institutions de complémentaires.

- Dans ses avis des 24 février et 27 octobre 2005, le Haut Conseil a décrit les éléments qui, dans le périmètre des dépenses reconnues, affectait le partage du RAC entre ménages et complémentaires. Pour les dépenses reconnues de soins de ville, les ménages assument directement

³⁰ Source : Comptes nationaux de la santé 2006, dépenses de santé par type de financeur. En 2001, le total des dépenses de santé financé par les assureurs, IP et mutuelles était de 15,5Md€ ; il atteignait 18,7Md€ en 2004 et 19,3Md€ en 2005.

- + l'euro de droit commun et les pénalisations pour les soins « hors parcours » (voir ci-dessous l'analyse des contrats responsables)
- + pour partie le déremboursement des médicaments à SMRi (les OC variant dans leur prise en charge)

Pour les soins en établissements de santé, l'augmentation du forfait journalier et du ticket modérateur est dans l'ensemble prise en charge par les OC

- On ne sait pas de façon certaine si les OC prennent en charge une partie croissante des dépassements, qu'il s'agisse de la diffusion des contrats prévoyant leur prise en charge ou de son quantum. Compte tenu du poids de ce poste dans les dépenses des OC, il y a là une forte zone d'incertitude.

la prise en charge des dépassements

1) l'analyse des contrats collectifs de prévoyance par l'IRDES

Réalisée en 2003, elle évaluait à 79% la prise en charge moyenne du dépassement sur une consultation de spécialiste à 30 €³¹ (pour un tarif conventionné de 23€, 5,50€ sont pris en charge sur 7€ euros), 74% pour une CS à 35€ et 69% pour une CS à 40 €.

2) l'analyse des contrats modaux par la DREES

L'analyse, menée pour 2003 à partir d'un échantillon très représentatif, étudie les contrats modaux (ceux qui couvrent le plus grand nombre de personnes, environ 50% de la population totale couverte).

Pour la médiane des contrats, les OC complètent le remboursement des consultations de spécialistes à hauteur de 125% du tarif, soit 28,75€. La contribution des OC est donc de 12,65€ par CS et le ratio OC/ prise en charge totale est de 44%.

La dispersion des contrats est forte ; les contrats collectifs interviennent à un niveau plus élevé.

3) Une estimation courante sur la prise en charge des dépassements

Une grosse moitié des dépassements serait prise en charge par les OC. Les 4/5èmes de cette prise en charge concerneraient les prothèses dentaires et l'optique. S'agissant des honoraires médicaux, la part des OC représenterait environ 4% de leurs prestations et de l'ordre du tiers des dépassements d'honoraires.

d) Dans ses avis du 24 février et du 27 octobre 2005, le Haut Conseil a fait une évaluation des charges de prestations des OC

Résumé de l'avis du 24 février 2005

1. Le Haut Conseil montre tout d'abord que la réforme de l'été 2004 ne devrait se traduire que par des hausses modérées des charges des complémentaires. Il y a sur les deux ou trois prochaines années une « marche d'escalier » de l'ordre de 4 points qui viendra alourdir les dépenses des complémentaires en plus de la tendance de la dépense de soins dont le Haut Conseil espère qu'elle connaîtra une inflexion significative.

³¹ les proportions indiquées sont relatives aux contrats qui prennent en charge l'intégralité du prix de la séance

2. Alors même que la détention d'une couverture complémentaire est un facteur significatif de l'accès aux soins des ménages les plus modestes, le Haut Conseil remarque que l'accès à la couverture reste inégalement distribué selon les catégories sociales, le niveau de revenu, la position par rapport au marché du travail.

Ceci étant, le Haut Conseil note que l'effort public en direction des ménages les plus modestes a permis un progrès substantiel qui permet aux plus démunis de bénéficier d'une couverture gratuite (CMUC) et pour une partie des personnes dont le revenu excède un peu le seuil, d'accéder à une couverture complémentaire à un taux d'effort de 3 à 5% du revenu (pour un contrat d'entrée de gamme).

De même, dans les conditions actuelles, le Haut Conseil considère que les taux d'effort des ménages non couverts par des accords collectifs de prévoyance sont dans l'ensemble acceptables. Si la majorité des retraités ont des contrats acquis à titre individuel et si les concours publics sont faibles pour eux, le Haut Conseil n'en conclut pas qu'il faille pour autant mettre en place un dispositif général qui modère coût des cotisations et taux d'effort de cette population. Compte tenu des dispositions de mise en œuvre de la loi du 13 août qui n'impliquent pas un déport caractérisé des prises en charge sur les couvertures complémentaires, le Conseil n'a pas jugé utile de prendre position sur les projets –souvent ambitieux et impliquant des investissements publics importants- qui ont pour objet un élargissement radical des aides publiques destinées à faciliter l'accès aux couvertures complémentaires.

3. Le Haut Conseil considère que les aides publiques aux contrats de couverture complémentaire doivent servir de levier pour mieux articuler base et complémentaire dans un souci d'efficacité. Rappelant que la loi du 13 août 2004 lie désormais le bénéfice des aides publiques au caractère responsable du contrat de couverture complémentaire, le Haut Conseil note que ce caractère responsable est attendu des dispositions qui d'une part visent à inciter les patients à s'inscrire dans le parcours de soins, d'autre part introduisent une participation financière d'effet équivalent à un ticket modérateur d'ordre public. Le Haut Conseil considère que cette participation financière devrait, en tout état de cause, rester d'un montant modéré et être associée au plafonnement du reste à charge pour ne pas affecter la capacité des ménages les plus modestes d'accéder aux soins. De plus, le Haut Conseil se félicite que les fédérations FNMF et FFSA s'inscrivent toutes deux dans une perspective de non prise en charge des dépassements hors parcours de soins coordonnés³². Le Conseil considère que cette discipline de non prise en charge des dépassements hors parcours de soins coordonnés devrait concerner également les spécialistes du secteur 2, ce qui est conforme à l'intention du législateur de freiner la prise en charge hors parcours de soins.

4. Le Haut Conseil se félicite également des initiatives qui s'affirment en matière de gestion du risque prises par les organismes de couverture complémentaire et les pouvoirs publics. S'agissant des organismes complémentaires, le Haut Conseil note que la mise en place d'une fonction de conseil aux assurés, la recherche de mécanismes de prévention, l'élaboration de conventions avec les professionnels de santé ainsi que l'acquisition de données permettant une gestion plus fine des risques sont des démarches positives. En ce qui concerne les initiatives prises par les pouvoirs publics, si le Conseil approuve l'article 57 de la loi du 13 août 2004 qui institue un lien de conditionnalité entre les aides publiques aux contrats et le respect des disciplines de gestion, il attire l'attention sur deux écueils qu'il conviendra d'éviter : un excès de réglementation qui limiterait abusivement la marge d'action des complémentaires et le jeu de la concurrence d'une part et le contournement des options définies par la loi avec le développement de contrats de surcomplémentaire d'autre part. Sur ces questions, le Conseil considère que la création de

³² Cette option a été confirmée par le décret sur les contrats « responsables ».

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

5. S'agissant des prestations en espèces, le Conseil a constaté la relative pauvreté des éléments factuels dont disposent les gestionnaires. Il lui semble prioritaire qu'on développe les études sur la prévention des arrêts de travail, sur la dispersion des taux de remplacement au sein de la population salariée pour chaque type de durée de l'arrêt de travail et sur l'éventuelle corrélation entre le taux de remplacement et le couple fréquence/durée des arrêts.

Avis du 27 octobre 2005 sur les charges des OC en 2006 (annexe 2)

Conclusions de l'avis

Si l'ONDAM 2006 est tenu, les charges « en base » des OC pour les **soins de ville** ne devraient pas connaître d'augmentation marquée et pourraient se situer légèrement en retrait de l'évolution des charges des régimes de base qui est prévue à 0,8%³³.

Mais, compte tenu du périmètre propre aux OC et des mesures réglementaires intervenues sur la participation financière des assurés, on estimait que les charges des OC pourraient augmenter de 630M€. Cette augmentation représente de l'ordre de 3% des cotisations.

Bien entendu, les variations de charge pourraient être sensiblement différentes selon la composition des portefeuilles des OC, en fonction notamment du poids des ALD et des dépassements.

e) l'évolution du ratio cotisations/prestations (du fait des frais de gestion ou des résultats financiers des institutions de couverture complémentaire)

Sur la période, ce ratio a sensiblement augmenté, passant de 1,14 en 2001 à 1,26 en 2005. L'accroissement de l'écart cotisations/prestations « pèse » 2,15Md€ soit plus de 50 % de l'augmentation des cotisations.

Ces analyses confirment les avis du Haut Conseil qui concluaient que les prestations des OC ne connaîtraient pas une augmentation substantiellement supérieure à celle des dépenses de soins.

B) Réglementation et tendances de la protection complémentaire

1) Les « contrats responsables »

La loi du 13 août 2004 avait posé le principe d'un lien entre le maintien des avantages fiscaux et sociaux des contrats de couverture complémentaire et le respect de disciplines de prise en charge. Les contrats de l'espèce, dits « responsables » prévoient

a) l'exclusion de la prise en charge de certaines participations, ainsi laissées à la charge des assurés : l'euro sur les actes médicaux techniques et cliniques ; les pénalisations en cas de « hors

³³ Taux qu'il faudrait corriger de l'évolution des indemnités journalières.

parcours » (le moindre remboursement des actes par le régime général; la franchise de 8 euros³⁴ sur les dépassements en secteur I) ou en cas de refus de « servir » le DMP.

b) l'obligation de compléter les remboursements des régimes de base pour les C,V à hauteur de 100% du tarif de remboursement et à concurrence de 95% pour les médicaments à vignette blanche, les frais d'analyses ou de laboratoires **ayant été prescrits par le médecin traitant**. Actuellement **les organismes complémentaires ne sont pas en mesure d'appliquer ce texte** étant donné que le nom du médecin traitant ne leur est pas communiqué. Ils sont amenés de fait à traiter l'ensemble des prestations au taux « complet » sans prendre en compte la qualité du médecin.

Cette option appelle trois remarques :

- + les médicaments à taux de remboursement « inférieurs » (vignette bleue à 35% ; médicaments à SMR insuffisant provisoirement remboursés à 15%) ne sont pas visés par l'obligation de complément. Cela permet aux institutions de complémentaires de limiter le taux « final » de remboursement de ces médicaments, moins stratégiques dans les soins et souvent de petit prix.

D'après l'étude de la DREES (études et résultats, mai 2006) sur les contrats de 2003, la quasi-totalité des contrats « modaux » - ceux qui dans chaque organisme couvrent le plus grand nombre de personnes et qui concernent la moitié des assurés - prévoient la prise en charge des médicaments à vignette bleue. Une petite minorité prévoit un reste à charge de 5%.

S'agissant des contrats modaux d'entrée de gamme, seulement 8% des contrats ne remboursent pas intégralement le ticket modérateur. En revanche, pour une autre catégorie d'entrée de gamme –les contrats qui offrent les garanties dentaires et optiques les plus faibles-, le taux s'élève à 20%.

Cette même étude de la DREES montre qu'environ 4 personnes sur 5 couvertes par un contrat modal bénéficie d'une prise en charge du forfait journalier hospitalier supérieure à 30 jours. La durée de prise en charge du forfait journalier hospitalier en psychiatrie est croissante avec le niveau de garantie global du contrat. Ainsi, alors que les contrats « haut de gamme » sont 94% à offrir une prise en charge illimitée, 42% des contrats d'entrée de gamme ont une durée de prise en charge comprise entre 1 et 30 jours et 12% n'offrent aucune prise en charge.

Cette liberté laissée aux institutions gérant les complémentaires est opportune.

- + elle interdit aux complémentaires de mettre en place des franchises partielles sur les médicaments à vignette blanche, quel qu'en soit le prix. Cette règle est d'une opportunité discutable.

- + elle oblige, dans un délai de deux ans, les gestionnaires des couvertures complémentaires à compléter les contrats dits « incomplets » qui ne prévoient pas la prise en charge des soins de ville (voir en annexe 3)

Cette dernière règle fait l'objet d'avis partagés au sein de l'UNOCAM

³⁴ Forfait plafonné à 8€ à compter du 31 mars 2006 sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés.

c) l'obligation de compléter à 100% deux des actes de prévention figurant dans la liste fixée par l'arrêté du 8 juin, à compter du 1^{er} juillet 2006

Les actes de prévention³⁵

La DSS et la DGS ont fait une première liste à partir des objectifs de santé publique et de la contrainte de rester dans le champ du remboursable et de toucher des populations larges. Cette liste a ensuite été soumise aux OC qui l'ont à peu près validée puis à la HAS qui l'a à nouveau validée. La version initiale n'était pas significativement différente. Elle comprenait en sus des dépistages de Maladies sexuellement transmissibles. La mesure n'a pas été retenue, trop ciblée en termes de population. L'ostéodensitométrie correspond à une volonté forte du ministère mais ne figurait pas dans la liste initiale.

La DSS n'a pas évalué la dépense concernée au-delà de la base sécurité sociale.

On n'a pas d'analyse du taux actuel de prise en charge de ces prestations par les OC qui permettrait de mesurer l'incidence de leur choix sur leurs dépenses. Selon le CTIP, le ticket modérateur pour l'essentiel des actes de l'espèce était largement couvert par les OC. La charge « nouvelle » ne serait donc pas importante.

2) Infléchissement des logiques des OC

Les institutions qui gèrent les couvertures complémentaires fonctionnaient pour l'essentiel comme copayeurs « passifs ». Toutefois on les a vues ces dernières années amorcer des évolutions illustratrices d'un dépassement de leur rôle traditionnel pour s'impliquer dans la gestion du risque. C'est d'abord sur les secteurs des soins dentaires et optiques que cette évolution est intervenue (notamment par le contrôle des devis). Plus récemment on les voit investir le champ global des soins. Par ailleurs, leur politique de prospection et de tarification s'enrichit.

a) des projets qu'ils développent portent sur la recherche de parcours associant dans des disciplines communes les assurés et les professionnels de santé

Le Haut Conseil considère que ces inflexions de la logique des complémentaires par les implications qu'elles sont susceptibles d'avoir posent des problèmes fondamentaux. Le Haut Conseil les étudiera au second semestre 2006.

b) l'évolution des périmètres de prise en charge

+ les médicaments à SMRi

Trois phases de déremboursement ont été programmées. Le rendement financier des différentes phases peut être diminué si les prescriptions médicales se reportent sur des médicaments à SMR supérieur.

La 1^{ère} vague de déremboursement (25 octobre 2003) a porté sur 82 spécialités³⁶. Il s'agissait d'un ensemble varié comprenant entre autres des traitements anti-tussifs, dermatologiques ou antiseptiques. L'économie attendue pour l'assurance maladie est de l'ordre de 50M€.

³⁵ 1. Scellement prophylactique des puits, sillons et fissures (avant 14 ans) ; 2. Détartrage annuel complet ; 3. Bilan du langage oral et/ou bilan d'aptitudes à l'acquisition du langage écrit (avant 14 ans) ; 4. Dépistage hépatite B ; 5. dépistage une fois tous les cinq ans des troubles de l'audition (après 50 ans) ; 6. L'acte d'ostéodensitométrie remboursable par l'assurance maladie ; 7. les vaccinations : DTP, coqueluche et hépatite B (avant 14 ans), BCG (avant 6 ans), rubéole, haemophilus influenzae B, infections invasives à pneumocoques (moins de 18 mois).

La deuxième vague, qui s'est produite le 1^{er} mars 2006, s'est traduite par la radiation de la liste des spécialités remboursables de 282 spécialités supplémentaires³⁷. Les classes les plus concernées ont été les antidiarrhéiques, les mucolytiques et la phytothérapie sédative. Les veinotoniques bénéficient, quant à eux, transitoirement d'un taux de remboursement de 15% ; leurs prix ont également été diminués de 15%. Un rendement de 305M€ en année pleine est attendu sur les spécialités déremboursées ; la baisse de taux et de prix sur les veinotoniques devrait rapporter 140M€.

La troisième phase de déremboursement devrait concerner les médicaments à prescription obligatoire (antidiarrhéiques, vasothérapie, stimulants intellectuels,...). Cette vague pourrait intervenir en 2006 ou 2007 et rapporterait près de 250M€ en année pleine.

Face à ces déremboursements, les OC ont adopté une ligne différente. Pour la première vague, le relais par les OC semble avoir été très général. Pour la deuxième vague, la FNMF a souhaité que les mutuelles ne prennent plus en charge les médicaments au taux temporaire de 15%. Cette option semble avoir été suivie. Ni la FFSA ni le CTIP n'ont pris de position de principe.

+ la prise en charge de dépenses non remboursables.

c) incitations aux usagers

+ les contrats à ristourne. C'est le cas de la franchise cautionnée mise en place par le groupe France Mutuelle. Elle associe une cotisation réduite à une caution pouvant être restituée. Trois cas de figure peuvent se présenter. Si l'assuré n'a pas été malade ou s'il n'a pas sollicité sa mutuelle tout au long de l'année civile, le groupe France Mutuelle lui restitue la totalité de la caution. Si l'assuré a sollicité un remboursement annuel inférieur à sa caution annuelle, le groupe France Mutuelle lui restitue le solde. Si l'assuré a sollicité un remboursement supérieur au montant de la caution annuelle versée, la caution n'est pas restituée mais les frais de santé de l'assuré sont remboursés en fonction de la garantie qu'il a sollicitée. Si ce type de contrat est assez rare en individuel, du moins sous la forme mise en place par France Mutuelle. Mais de nombreux contrats sont souscrits sous forme de groupes ouverts par des associations (contrats Madelin en particulier) dans lesquels un examen annuel permet de tenir compte de bons résultats sous la forme collective d'une moindre hausse des cotisations.

En revanche il est très fréquent que les contrats collectifs comportent un compte de résultats propre à une entreprise ou (plus rarement) une branche. Ces contrats sont assortis de clauses de « participation aux bénéfices » qui font profiter les clients d'une bonne partie (généralement 85% ou plus) des excédents du contrat.

+ les contrats « primant » les comportements de prévention. C'est le cas des contrats « d'assurance-alimentaire » qui sont très controversés.

En 2006, deux accords de partenariat se sont conclus entre les organismes complémentaires et les entreprises de l'industrie agroalimentaire [MAAF-Proactiv et AGF-Danacol (Danone)]. Dans le premier accord l'assureur prend en charge jusqu'à 40€ sur la complémentaire MAAF Santé 2007 en cas d'achat de produits Fruit d'or pro-activ. Dans le second les bénéficiaires d'une assurance complémentaire santé AGF qui ont souscrit leur contrat avant le 31 mars 2006 pourront se faire rembourser les trois premiers mois de consommation de produits de la gamme Danacol de Danone.

³⁶ Arrêté du 24 septembre 2003 paru au JO du 25 septembre 2003.

³⁷ Arrêté du 17 janvier 2006 paru au JO du 25 janvier 2006.

d) la tarification :

L'une des questions centrales en la matière concerne la prise en compte de l'âge dans la tarification.

La logique assurantielle conduit normalement à en tenir compte compte tenu de la forte progression des dépenses avec l'âge.

La loi Evin tend à contenir cette logique en prévoyant une garantie de continuité de la protection en entreprise avec un plafond de cotisation. On n'a pas une exacte évaluation de l'application de cette loi. Le CTIP a entrepris une enquête auprès de ses adhérents pour y voir plus clair. Le HCAAM se félicite de cette recherche.

On sait par ailleurs que la logique de tarification met en difficulté les schémas de « solidarité entre actifs et retraités » qui existaient dans de nombreux systèmes de prévoyance. On a ainsi décrit (note du HCAAM du 24 février 2005) les difficiles ajustements opérés par PRO-BTP. Il en a été ainsi de même avec la réforme du régime complémentaire des industries électriques et gazières : les décrets du 5 février ont nettement distendu les liens entre les sections des actifs et des retraités.

3) Les discussions en cours autour de la protection complémentaire dans les fonctions publiques

La décision de la Commission Européenne du 20 juillet 2005 demandant à la France de mettre fin aux aides d'Etat apportées à la Mutualité Fonction Publique et à ses membres a été suivie d'un arrêt du Conseil d'Etat du 26 septembre 2005 demandant au gouvernement de supprimer d'ici fin mars 2006 l'article 523-2 du code la mutualité. En vertu de ce texte l'Etat peut accorder aux mutuelles constituées entre fonctionnaires, agents de l'Etat et des établissements publics nationaux, des subventions destinées à développer leur action sociale et à participer à la couverture des risques sociaux qu'elles assurent. Un arrêté du 19 décembre 1962 (dit arrêté Chazelle) qui limitait ces subventions à 25% a été jugé illégal. Toutefois la Cour des Comptes avait estimé que ces contributions n'excédaient pas 4 à 5% des dépenses.

Le débat qui s'est introduit à la suite de ces décisions porte sur

- la revendication des organisations syndicales que les « employeurs publics » mettent en place un système - obligatoire- à l'acquisition de la couverture complémentaire partiellement financé, à l'instar du secteur privé, par l'employeur. Le traitement social et fiscal des cotisations serait le même que dans les contrats collectifs d'entreprise
- la forme de l'aide : prestation en espèces que le fonctionnaire pourrait librement « apporter » à toutes les OC ou aide à des opérateurs s'engageant sur des disciplines (de tarification et de gestion par exemple).
- Le profil de l'aide en fonction de l'âge.

C) La protection complémentaire des ménages modestes : CMUC et dispositif complémentaire institué par la loi du 13 août 2004

Bien que les enjeux financiers des dispositifs dédiés aux ménages pauvres soient d'ampleur modérée (dépenses CMUC de 1,5Md€ ; dépenses « potentielles » du dispositif complémentaire évaluées à 500M€), soit un total de l'ordre de 2Md€ – moins de 9% des dépenses de protection

complémentaire – les dispositifs de l'espèce permettent aux ménages modestes d'accéder à l'essentiel des soins sans supporter de cotisations ou en diminuant sensiblement leur montant.

1) La CMUC

L'économie du dispositif qui bénéficie à 4,8M de personnes (au 31/12/2005) n'a été modifiée qu'à la marge. 80% des allocataires sont gérés par les CPAM.

a) le champ des bénéficiaires

- l'indexation du plafond sur les prix a pour effet le plus probable de diminuer sur le long terme la population pauvre (si ses revenus évoluent plus vite que les prix), formule usuelle pour les prestations sous condition de ressources (c'est le cas pour les aides au logement notamment). Toutefois la révision intervenue le 1^{er} janvier 2006 a – abusivement selon le Haut Conseil- « pincé » le barème pour les familles d'au moins deux personnes (voir annexe 4)

Certes les difficultés d'application du décret du 29 septembre 2005 ont amené les organismes gestionnaires à différer sa mise en œuvre. Mais la diminution du plafond est regrettable et vient peser sur le budget des familles nombreuses alors que le précédent Premier Ministre avait annoncé qu'il conviendrait d'élargir la CMUC « à 300 000 enfants pauvres ».

- le taux de rotation des allocataires

Les données relatives au taux de rotation des allocataires, produites par la CNAMTS, doivent être interprétées avec la plus grande prudence, tant la frontière demeure floue entre les nouveaux bénéficiaires et les renouvellements ; les personnes présentant de façon tardive leur demande de renouvellement vont être considérées comme de nouveaux demandeurs, tout comme celles qui changent de caisse ou de situation.

Il y a en moyenne une nouvelle demande pour deux renouvellements et cette proportion ne varie pas. Mais on peut considérer que les « nouvelles » demandes sont surévaluées, et qu'elles proviennent pour partie de personnes qui étaient auparavant dans le dispositif CMU mais qui ont tardé à déposer leur dossier.

Dossiers gérés par les CPAM + OC	Nouveaux bénéficiaires	Renouvellements	Sortants
2001	20%	57%	23%
2002	23%	51%	25%
2003	25%	50%	25%
2004	25%	46%	29%

Source : CNAMTS Rapport Fonds CMU

b) le montant forfaitaire alloué par le fonds CMU aux gestionnaires a été porté de 304,52 à 340€.

Cette augmentation qui diminue les dépenses restant à la charge des gestionnaires a été financée par la hausse de la contribution pesant sur les cotisations des contrats de complémentaire maladie qui passe de 1,75 à 2,5% pour un rendement accru de 170M€.

c) le budget du fonds de financement de la CMUC.

Le budget est couvert par

- une dotation budgétaire de l'État (alimentée à l'origine par la « remontée » des dépenses d'aide sociale en provenance des départements)
- et par une contribution à laquelle sont soumis les organismes d'assurance complémentaire intervenant dans le domaine des soins de santé.

Jusqu'au 1^{er} janvier 2004, le Fonds remboursait intégralement aux caisses d'assurance maladie les dépenses de CMU-C qu'elles avaient engagées.

Les organismes complémentaires bénéficiaient, quant à eux, pour chaque personne couverte, d'une déduction forfaitaire s'imputant sur le montant de leur contribution. Après avoir été fixé à 228€ jusqu'en 2003, le forfait a été porté à 283€ au 1^{er} janvier 2003, à 300€ au 1^{er} janvier 2004, à 304,52€ au 1^{er} janvier 2005 et à 340€ au 1^{er} janvier 2006.

A compter du 1^{er} janvier 2004 les régimes obligatoires sont remboursés forfaitairement des dépenses engagées pour la CMUC sur les mêmes bases que les organismes complémentaires.

Présentation économique des comptes du Fonds CMU pour 2005

Recettes	En M€	Dépenses	En M€
Dotation budgétaire de l'État	695	Versements aux régimes de base	1 267
Taxe alcool	387	Versements aux OCAM	195
Taxe de 1,75% des OCAM	425	Déductions crédit d'impôt	13
Participation des régimes maladie au crédit d'impôt	13	Gestion administrative	1
		Résultat de l'année	44
Total	1 520	Total	1 520

Source : rapport d'activité Fonds CMU (2005)

d) le juste accès aux prestations

- la population « éligible » bénéficie-t-elle effectivement de la CMUC ?

A la création du dispositif, la DSS avait estimé à près de 6 millions la population éligible, soit à un niveau nettement supérieur au niveau atteint en 2005. Mais il n'est pas exclu que le chiffre de l'évaluation initiale ait surestimé la cible.

Le Fonds CMU a lancé deux études sur ce sujet en 2006.

- les refus de soins

Le Fonds CMU s'est livré à une analyse des refus de soins dans une étude récente³⁸.

L'étude visait à explorer le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMU complémentaire lors de la prise de rendez-vous téléphonique. L'enquête a porté sur un échantillon de six villes du département du Val-de-Marne choisies pour leurs caractéristiques contrastées (démographie et taux de CMU par ville³⁹) et au sein desquelles plusieurs catégories de professionnels ont été appelées. Les auteurs de l'étude ont procédé à une prise de rendez-vous fictive par un patient

³⁸ Fonds CMU (2006) "Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire. Une étude par testing dans 6 villes du Val-de-Marne", 21 juin 2006. Étude consultable sur le site Internet du Fonds CMU.

³⁹ Il apparaît *in fine* que ces variables n'ont pas d'effet sur les pratiques dans l'échantillon sélectionné.

censé être bénéficiaire de la CMU. Si les échanges téléphoniques entre le patient fictif et le professionnel de santé ne permettaient pas clairement d'imputer le refus au fait que le patient bénéficiait de la CMU, un deuxième appel était passé au même professionnel par un autre patient ne bénéficiant pas de la CMU pour vérifier les assertions (manque de place, notamment).

Même s'il convient d'accueillir ces résultats de testing avec beaucoup de prudence, il en ressort que :

- les médecins généralistes en secteur 1 acceptent les assurés CMU ; les refus constituent des exceptions : 99,4% des rendez-vous ont été accordés dans des conditions correctes.
- Le taux de refus est plus fort chez les médecins généralistes de secteur 2 (16,7%) ; le taux de rendez-vous accordés est de 83,3%.
- Les spécialistes (tous secteurs confondus) ont un taux de refus élevé, proche de celui des dentistes (respectivement 41% et 39,1%). Par ailleurs, les psychiatres constituent la catégorie pour lesquels le taux de refus est le plus élevé (taux de refus de 50%).
- Les refus parmi les dentistes s'avèrent déjà très élevés pour un testing qui se bornait à explorer le refus pour des soins « standards ». On peut présumer que le taux de refus pour des prothèses aurait été encore plus élevé.

Les arguments économiques occupent une place importante pour expliquer notamment les refus plus importants chez les médecins en secteur 2 que ceux qui sont en secteur 1. En effet, dans le cadre de la loi, les praticiens n'ont pas le droit d'appliquer des dépassements aux bénéficiaires de la CMU⁴⁰.

Le Conseil est unanime à considérer que les refus de soins sont inadmissibles.

Une circulaire de la CNAMTS prévoit que les caisses doivent enregistrer systématiquement les réclamations faites par les usagers (afin de pouvoir établir un état des lieux des refus de soins). Elles doivent par ailleurs mobiliser le service médical pour qu'un contact soit établi systématiquement avec le professionnel de santé pour lui rappeler les dispositions en vigueur et entreprendre éventuellement des poursuites. Enfin, les caisses doivent vérifier que l'assuré a trouvé une réponse adaptée à ses besoins médicaux. Un premier bilan dressé par la CNAMTS (sur les trois premiers mois suivant la diffusion de la circulaire) montre que sur 103 des 185 signalements enregistrés concernent des dentistes et 16 des ophtalmologues.

- le contrôle de la CMUC
 - + Il est envisagé comme une des priorités des politiques des caisses.
 - + la situation dans les DOM mériterait une attention particulière compte tenu de l'importance des effectifs : un tiers des habitants et 14% du total des allocataires de la CMUC.

⁴⁰ Certains membres du conseil avancent également des difficultés d'ordre administratif dans la mise en place du parcours de soins notamment pour les patients qui n'ont pas fait le choix d'un médecin traitant pour lesquels le médecin se trouve pénalisé.

L'évolution du nombre de bénéficiaires dans les DOM

DOM	Pop. 2004	Déc. 01	Juin 02	Déc. 02	Juin 03	Déc. 03	Juin 04	Déc. 04	Juin. 05
Guadeloupe	443.000	101.666	107.944	123.959	134.522	144.486	131.768	110.741	120.256
Martinique	393.000	93.257	104.116	98.411	97.813	99.938	105.833	105.524	110.009
Guyane	185.000	34.178	42.642	44.654	53.509	53.523	56.786	63.345	66.344
Réunion	763.204	367.456	338.614	322.135	323.354	322.641	322.287	318.586	323.383
Total	1.784.204	596.557	593.316	589.159	609.198	620.588	622.674	598.196	619.992
			-0,5%	-0,7%	3,4%	1,9%	0,3%	-3,9%	3,6%

Source : Rapport d'activité Fonds CMU (2005)

2) Le régime des sortants de la CMUC

- Depuis 1999, les allocataires de la CMUC « sortant » d'une institution de couverture complémentaire (13% des sortants) bénéficient d'une règle de plafonnement de leur cotisation s'ils restent assurés chez leur OC d'origine. Ce dispositif avait pour objectifs⁴¹ d'inciter les assurés à s'assurer auprès de ces organismes complémentaires plutôt qu'auprès des CPAM d'une part, de faciliter leur « rentrée » dans le droit commun d'autre part.

L'assuré doit ainsi « recevoir de l'organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté ». Les ressources du bénéficiaire ne sont soumises à aucune limite.

Ce tarif a été fixé au montant de la déduction annuelle dont bénéficient les organismes complémentaires pour la gestion d'un contrat de bénéficiaire de la CMU-C (soit 300€ en 2004). Ce tarif est majoré de 90 % lorsqu'un second adulte est couvert par le contrat et de 50 % pour les trois personnes suivantes. Au delà de cinq personnes, le tarif est plafonné au montant prévu pour cinq personnes.

Ce tarif est certes plus bas que celui des contrats d'entrée de gamme. Mais il conduit à des taux d'effort qui restent significatifs au niveau du SMIC.

Plafond tarifaire

Taille du ménage	Plafond tarifaire				
	célibataire	couple	Couple 1 enfant	Couple 2 enfants	Couple 3 enfants
Plafond 2006	340€	646€	816€	986€	1 156€
Taux d'effort (smic+AF)	2,88%	5,46%	6,91%	7,46%	7,70%

Source : Secrétariat général du HCAAM

Une étude a été réalisée pour mesurer la portée de ce dispositif d'accompagnement de la sortie de la CMU-C avec l'aide de la fédération nationale des mutuelles interprofessionnelles. Cette étude a classé les organismes en deux catégories : ceux qui déclarent mener une politique active pour le placement de contrats à tarif préférentiel (10 organismes : 37 000 bénéficiaires) et ceux qui reconnaissent ne pas en mener (22 mutuelles : 69 000 bénéficiaires).

⁴¹ Objectif qu'on peut juger irréaliste (il faudrait aux intéressés une capacité d'anticipation forte ; la « proximité » de la caisse primaire semble l'élément majeur de choix)

Pour les deux groupes, le taux de sortants (bénéficiaires de la CMU-C non renouvelés sur un an) était identique : 34%. Et le taux de contrats de sortie signés était identique : 8 %. Pourtant, dans le premier groupe, une lettre était systématiquement adressée préalablement à la sortie du dispositif CMU alors que dans le second, ce courrier n'était adressé que dans 6 cas sur 22. Une politique « active » ne semblait donc pas avoir de conséquences sur la signature de contrats.

Lorsqu'ils avançaient une explication, les organismes complémentaires expliquaient ce faible taux par le niveau élevé du tarif du contrat et par l'existence de contrats plus adaptés.

- Les allocataires sortants des CPAM (86% du total) sont dépourvus de cette garantie. On comprend mal cette situation.
- On ignore le pourcentage des sortants qui
 - + disposent d'une couverture complémentaire après 6/12 mois de leur sortie de CMUC
 - + bénéficient du dispositif complémentaire à la CMUC.
- L'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 avait par ailleurs prévu que les personnes dont le droit à la CMU-C arrive à expiration, bénéficient, pendant une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, d'un régime ad hoc :
 - + tiers payant pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes d'assurance maladie et maternité. A ce jour, le décret précisant ce régime n'est toujours pas sorti.
 - + absence de période probatoire

3) Le dispositif complémentaire à la CMUC

Il s'agit d'offrir aux ménages dont les revenus se situent entre le plafond de la CMUC et 15% de ce plafond une aide monétaire qui vient atténuer le coût d'acquisition d'un contrat de couverture complémentaire.

Le Président de la République vient de se prononcer (8 juin 2006) en faveur d'une extension du périmètre de la population éligible au dispositif : seraient désormais concernés les ménages dont les revenus se situent entre le plafond de la CMUC et **20%** de ce plafond.

Cette mesure pourrait figurer dans le PLFSS pour 2007. La population éligible nouvelle pourrait être de 650 000 personnes et le coût supplémentaire « potentiel » serait de l'ordre de 120M€ en année pleine. Mais comme on l'explique infra, il s'agit là d'un coût théorique dont il est probable qu'il ne sera pas atteint ou qu'il ne sera atteint que très progressivement.

a) Le Haut Conseil avait souligné l'incertitude qui entourait ce dispositif.

Elle provient de ce qu'on est hors d'état de distinguer parmi les 2 millions de personnes dont les ressources sont inférieures au plafond⁴² :

- celles qui sont déjà couvertes par un contrat complémentaire. Pour elles, l'aide permettrait de diminuer leur taux d'effort. Il n'y a *a priori* aucune raison qui dissuaderait ces ménages d'avoir recours à l'aide de l'espèce. Le taux de « levée » de l'aide devrait logiquement être proche de 100%
- celles qui ne sont pas couvertes par un contrat complémentaire. L'aide peut les amener à en souscrire un. Mais comme le taux d'effort (différence entre la cotisation et l'aide rapportée au

⁴² Chiffrage par excès puisque les salariés bénéficiant d'un contrat collectif en entreprise ne sont pas éligibles.

revenu), même pour un contrat d'entrée de gamme, restait significatif avec le barème retenu pour 2004, on pouvait craindre qu'une partie des bénéficiaires potentiels renoncent à l'aide.

b) La montée en charge en 2005 a été très lente

Au 31 décembre 2005⁴³, environ 210 000 attestations couvrant 375 000 personnes ont été délivrées par le régime général. A la même date, le régime des travailleurs indépendants a attribué un droit à 7 900 personnes et le régime agricole à 20 000 personnes. Au total, 403 000 personnes se sont vu attribuer le droit. En tablant sur un taux de recours effectif à l'aide de 50%, on aurait atteint 10% de la cible potentielle à la fin 2005.

L'analyse qui suit actualise les données relatives au taux d'effort qui figuraient dans la note du Haut Conseil relative à la protection sociale complémentaire du 24 février 2005.

Il provient de la récente étude du Fonds CMU et de l'IRDES.

Méthode de l'étude et représentativité

Le Fonds CMU a exploité les données de 13 organismes complémentaires concernant 25.126 contrats. Ces contrats couvrent 44.991 bénéficiaires qui représentent plus de 25% des bénéficiaires du crédit d'impôt.

Pour établir cette enquête, les OC ont fourni la liste des contrats crédit d'impôt gérés dans leur portefeuille au 31 décembre 2005. Pour chaque contrat, les informations suivantes ont été reportées (une ligne par contrat) : le prix de vente du contrat, le montant des déductions crédit d'impôt sur ce contrat, le nombre de bénéficiaires sur ce contrat, l'âge du titulaire du contrat, le département de domicile du souscripteur du contrat, enfin l'intitulé ou nom du contrat. Enfin, les OC ont également communiqué la répartition des bénéficiaires du crédit d'impôt selon leur statut antérieur : nouvel adhérent, déjà bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé dans l'organisme dont ancien bénéficiaire de la CMU complémentaire.

L'étude est axée sur plusieurs thématiques :

- le statut antérieur des bénéficiaires du crédit d'impôt,
- comparaison des niveaux de garantie des contrats crédit d'impôt par rapport aux autres contrats individuels⁴⁴.
- Analyse descriptive des données (prix moyen par contrat, montant moyen de déduction par contrat, taux de reste à charge,...)

L'étude aboutit aux constats suivants :

- les contrats étudiés concernent pour moitié des assurés qui disposaient d'un contrat auprès de l'OC enquêtée ; pour 50%, il s'agit de contrats nouveaux chez l'OC enquêtée. Mais on ignore si l'assuré avait antérieurement droit à la CMUC ou avait un contrat chez une autre OC ;
- les contrats offrent en moyenne des niveaux de garantie inférieurs à ceux de la population générale. Mais l'écart n'est pas massif
- le taux d'effort des ménages (cotisation diminuée de l'aide rapportée au revenu) est en moyenne de 4,5%⁴⁵. Il varie sensiblement avec la taille du foyer bénéficiaire – passant en

⁴³ Source : *Références CMU*, avril 2006.

⁴⁴ Il s'agit ici, à partir de la classification par niveau croissant de garantie établie par l'IRDES, de comparer pour les OC enquêtés les contrats crédit d'impôt par rapport aux autres contrats individuels les plus souscrits en 2005 sur la base de la répartition des bénéficiaires.

⁴⁵ Soit très en retrait du taux d'effort « logement » de ces familles qui s'établit le plus souvent au dessus, voire très au-dessus, de 15%.

moyenne de 4,8% pour un contrat protégeant une personne à 2,5% pour cinq personnes - et avec l'âge – passant de 3,4 entre 30 et 39 ans à 6% au-delà de 60 ans⁴⁶.

c) pour améliorer l'attractivité de l'aide, on a substantiellement augmenté le forfait pour 2006

Il est passé respectivement de 75€ (jeunes < 25 ans), 150€ (entre 25 et 59 ans) et 250€ (personnes > 60 ans) à 100, 250 et 400€. Par ailleurs, les assurés concernés par ce dispositif peuvent dorénavant bénéficier de la dispense d'avance de frais pour la part remboursée par l'assurance maladie lorsqu'ils suivent le parcours de soins coordonné.

Cette revalorisation des montants de l'aide permet de faire baisser sensiblement le taux d'effort des ménages pour acquérir un contrat de complémentaire.

Selon l'étude précitée du fonds CMUC, le taux d'effort serait abaissé de 1% et s'établirait en moyenne à 3,5%.

Les premiers chiffres disponibles pour 2006 ne semblent pas indiquer une nette inversion de la tendance. Au 11 avril 2006, on dénombrait 108.218 personnes qui bénéficiaient d'une ouverture de droit (délivrance d'une attestation), soit 5,41% de la population cible estimée à deux millions d'individus. Les renouvellements de droits concernaient 18% des bénéficiaires. Sur les quatre premiers mois de l'année 2006, le nombre d'attestations délivrées est sensiblement inférieur à celui qui prévalait en 2005 (121.605 contre 132.953)⁴⁷.

Si le rythme de délivrance des attestations demeurait le même sur l'ensemble de l'année 2006, environ 392.000 personnes⁴⁸ (données régime général) se verraient attribuer un droit (à comparer aux 375.000 au 31 décembre 2005). Si le taux de recours effectif à l'aide ne se modifie pas, on peut supposer que l'on dépasserait 10,5%⁴⁹ de la cible à la fin de l'année 2006.

d) Quelle politique mener pour redresser cette situation ?

Il faut d'abord mener des études sur :

- le parcours des demandeurs (origine de l'information qui les a conduits à faire leur demande ; proportion d'allocataires « sortants » de CMUC ou de « déboutés de la CMUC » et dépourvus de contrat de complémentaire)
- les raisons du renoncement (la moitié des attributaires de l'attestation de ressources ne souscrivent pas de contrat) : difficultés de prospection (l'attributaire doit contacter l'OC « de son choix » et il n'est pas accompagné dans cette démarche) ; comportements d'éviction par les OC ; recul devant le reste à charge...

Il faut par ailleurs adopter une politique active de promotion de l'aide.

Le dispositif n'a guère été promu par les institutions qui pourraient délivrer une information personnalisée aux allocataires qu'elles gèrent et qui sont bénéficiaires potentiels du dispositif. Or une partie de la cible pourrait être connue des caisses de sécurité sociale et de chômage. On estime que ces institutions pourraient repérer dans leur fichier un nombre très appréciable de personnes intéressées. Une politique active de promotion (incluant le conseil, voire des conventions de gestion avec les CPAM) devrait être soigneusement étudiée et conduite.

Le ministre de la santé et des solidarités a sensibilisé récemment l'ensemble des parties concernées au premier rang desquelles les caisses de sécurité sociale et de chômage. La direction de la sécurité sociale a mobilisé à cet effet la CNAMTS, la CNAVTS, la CNAF, la CCMSA, le RSI, l'UNEDIC, le fonds CMU et les organismes complémentaires (UNOCAM et représentants de fédérations). Le Haut Conseil fera le point sur ce travail au second semestre 2006.

⁴⁶ L'analyse de l'incidence de l'âge est limitée aux contrats concernant les personnes seules

⁴⁷ Source : CNAMTS (2006).

⁴⁸ Source : CNAMTS (avril 2006)

⁴⁹ En tenant compte des attestations distribuées pour la CANAM et pour la MSA.

Chapitre IV - LES ALD

A) Evolution des effectifs

Dans sa note d'avril 2005 consacrée aux affections de longue durée, le Haut Conseil avait rappelé que le régime des ALD constitue un enjeu majeur pour l'assurance maladie : il concerne plus de 13% des assurés ; les dépenses de soins des patients concernés représentaient (hors indemnités journalières) en 2004 près de 60% du total des dépenses remboursées d'assurance maladie⁵⁰.

Il évaluait le coût des exonérations à 8Md€..

La connaissance statistique du régime ALD était alors insuffisante : les études existantes souvent anciennes⁵¹ ou ponctuelles (approches à partir de médicaments traceurs : diabète, sclérose en plaques, VIH, Parkinson⁵²), limitées géographiquement ou à des populations ciblées ou encore assises sur des échantillons de taille réduite (EPAS).

Le Haut Conseil avait d'ailleurs déploré « l'absence de toute modélisation prévisionnelle sérieuse de ces dépenses pour les années à venir d'une part, les carences criantes des statistiques sur les effectifs, les procédures de gestion et le profil de dépenses de ces assurés ».

Dans son avis du 28 avril 2005, le Haut Conseil avait estimé qu'il existait des facteurs « lourds » de croissance des effectifs. C'est ainsi que les effectifs du régime général avaient augmenté de 73,5%⁵³ entre 1994 et 2004.

Le HCAAM évoquait l'hypothèse d'un effectif d'ALD de 10 millions en 2010.

1) les admissions

1.109.000 tous régimes confondus en 2002 et 1.130.000 en 2004 (moins de 2% d'augmentation).

On n'a pas encore de données sur les admissions de 2005.

Ce flux d'admissions se situe ainsi à un palier nettement accru par rapport au début des années 2000 ce qui avait amené le Haut Conseil dans sa note du 28 avril 2005 à prévoir une forte augmentation du stock d'assurés en ALD (on évoquait dans cette note l'hypothèse d'un effectif de 10M d'assurés à l'horizon).

2) les effectifs se situent à la fin 2004 à 7,9M.

	Stock (année 2004)
Régime Général	6 556 352
MSA	755 684
CANAM	587 885
Total	7 899 911

Source : CNAMTS (2006), MSA (2006), CANAM (2006)

Rappelons que dans sa note du 28 avril 2005 relative aux ALD, le Haut Conseil avait chiffré le stock à 7,5 millions d'assurés pour l'année 2004.

⁵⁰ Champ : régime général –risque maladie hors indemnités journalières. Les frais d'hospitalisation publique sont évalués sur la base du tarif opposable des établissements.

⁵¹ La connaissance des coûts des différentes ALD reposait jusqu'à maintenant essentiellement sur une étude assise sur des données datant de 1994.

⁵² Cf. notamment les études sur le diabète (Ricordeau et al. 2002), la sclérose en plaques (Kazaz et al. 2003), ou la maladie de Parkinson (Lajugie et al. 2005).

⁵³ 53,3% si on rapporte ce nombre à l'évolution de la population générale pendant cette période.

3) caractéristiques de la population ALD selon les études de l'assurance maladie⁵⁴

Les plus fortes fréquences concernent les tumeurs malignes (2,3% de la population du régime général), les diabètes de type 1 et de type 2 (2,2%), les affections psychiatriques de longue durée⁵⁵ et le groupe des affections cardio-vasculaires). Ces quatre groupes représentent 76% des ALD.

Pour la MSA, ces quatre groupes sont également les plus fréquents et représentent 78% des ALD. Les tumeurs malignes concernent 4,1% de la population protégée et le diabète de type 1 et 2, 3,2%. Ces différences avec le régime général s'expliquent par une population plus âgée en MSA.

L'étude de la CNAMTS permet en outre de mesurer à dix ans d'écart (entre 1994 et 2004) l'évolution du stock de patients, pour le régime général. On constate une augmentation des effectifs de patients en ALD de 73,5% entre 1994 et 2004, une croissance de la prévalence de 29,7% (+5,7% et +2,6% en taux de croissance annuel moyen).

La CNAMTS explique la très forte croissance du nombre d'assurés bénéficiaires du dispositif par quatre facteurs :

- La croissance démographique de la population. La population du régime général est en effet passée de 49 à 55 millions entre 1994 et 2004
- L'augmentation, observée par les épidémiologistes, de la prévalence des pathologies graves. Ce lien est particulièrement manifeste pour les pathologies dont les critères diagnostiques sont précis (diabète, cancers, hépatites,...).
- L'augmentation de l'espérance de vie des patients atteints d'une ALD. Les progrès médicaux et l'amélioration de la surveillance ont permis de faire reculer la mortalité dans certains cas (infection par le VIH, dépistage précoce et traitement du cancer du sein, traitement des pathologies cardiovasculaires,...) et d'augmenter l'espérance de vie de quatre ans en moyenne. L'âge moyen du décès d'une personne en ALD est ainsi passé de 71 ans en 1994 à 75 ans en 2004.).
- La révision des critères médicaux de prise en charge à 100% des affections de longue durée constitue enfin un quatrième facteur de l'augmentation du nombre d'assurés pris en charge. A titre d'exemple, le taux de glycémie à jeun définissant le seuil de diagnostic du diabète a été abaissé de 1,40gr/l à 1,26 gr/l au cours de la dernière décennie, d'où une forte augmentation du nombre de diabétiques pris en charge⁵⁶.

B) L'étendue des ALD

L'admission en ALD emporte deux conséquences : un meilleur régime de prise en charge des dépenses ; un suivi médical spécifique.

⁵⁴ CNAMTS (2006) "Fréquence des affections de longue durée (ALD 30) au régime général", premiers résultats de l'étude " fréquence et coût des ALD ", 5 avril 2006

⁵⁵ Les affections psychiatriques de longue durée comprennent les psychoses (schizophrénies, troubles schizo-affectifs et troubles délirants persistants), les troubles de l'humeur récurrents ou persistants, les déficiences intellectuelles et les troubles graves du développement durant l'enfance, les troubles névrotiques sévères et les troubles graves de la personnalité et du comportement.

⁵⁶ la révision des critères d'admission a pour corollaire que le niveau de gravité moyen des patients en ALD a tendance à diminuer. Cette hypothèse semble corroborée par l'évolution limitée des coûts unitaires de traitement : +1% en euros constants entre 1994 et 2004 (alors que les effectifs augmentent eux de +5,7% par an), ce qui pourrait résulter d'un stade de gravité plus faible pour les malades de 2004, en comparaison à ceux de 1994.

La liste des ALD a donc une importance stratégique pour les assurés et pour les régimes d'assurance maladie.

C'est dans ce contexte que la Haute autorité de santé est appelée à apprécier les critères de classement.

1) Dans son avis du 24 novembre 2005, la HAS a pris position sur les maladies rares.

a) La population des malades

Les maladies dites rares se définissent comme des pathologies dont la prévalence est inférieure à 5/10 000 personnes. Elles touchent entre trois et quatre millions de Français. Elles englobent des pathologies très hétérogènes couvrant un large champ de la médecine, dont le nombre évolutif est estimé entre 5000 et 8000.

Ces maladies sont souvent graves, chroniques, évolutives, et elles mettent fréquemment en jeu le pronostic vital. 65% des maladies seraient graves et invalidantes. Leur gravité est souvent majorée par l'absence de traitement curatif.

On est dans l'incapacité de connaître les coûts induits par ces maladies : une étude⁵⁷ réalisée en collaboration avec la CNAMTS, la MSA et la CANAM a montré l'impossibilité actuelle d'estimer, même grossièrement, le coût que représentent les maladies rares.

C'est cette situation qui a conduit la Haute Autorité de Santé à prendre position en faveur de la création d'un code spécial des maladies rares qui permettrait un meilleur suivi épidémiologique et économique de ces pathologies.

b) La couverture des maladies rares par le dispositif ALD

En 2002, onze ALD⁵⁸ les plus susceptibles d'inclure des maladies rares (hors cancer) totalisaient 4,6% des admissions en ALD 30 tous régimes confondus.

Selon les données 2003, on aurait compté 621.500 patients atteints d'une maladie rare parmi les assurés exonérés du ticket modérateur au titre d'une ALD, soit environ 10%.

Le pourcentage de malades en ALD serait alors de 12 à 15%.

L'ajout des ALD 31 et 32 – pour lesquelles on ne dispose pas d'éléments sur la prévalence des maladies rares – ne changerait pas substantiellement ces chiffres.

c) Pour la Haute Autorité de Santé, la création d'une ALD spécifique « Maladies rares » ne paraît pas une réponse adaptée.

Si la rareté de la maladie et les difficultés de sa prise en charge justifient une organisation spécifique adossée à des centres de référence, elles ne justifient pas, pour la HAS, la création d'une ALD spécifique.

La création d'une ALD « maladies rares » nécessiterait de définir des critères d'admission spécifiques tout en permettant d'intégrer des pathologies très hétérogènes dont le seul point commun est une prévalence inférieure à 5/10 000. Adjoindre à ce critère épidémiologique des critères de gravité et d'invalidité pourrait exclure des patients qui sont actuellement pris en charge. Compléter ces critères par la liste exhaustive des maladies rares semble illusoire, le nombre de ces maladies n'étant pas connu, entre 5 000 et 8 000, et étant en évolution constante du fait des avancées en recherche génétique. Par ailleurs, la création d'une ALD spécifique

⁵⁷ Citée dans la note HAS (2005) « Prise en charge des maladies rares dans le cadre du dispositif ALD »

⁵⁸ Il s'agit des ALD n°4, 9, 10, 11, 15, 17, 18, 21, 24, 25 et 27.

impliquerait la réorganisation d'ensemble de la liste actuelle. L'éclatement du cadre nosologique actuel pourrait entraîner une incohérence médicale. Ce type de réorganisation est par ailleurs très lourd pour les systèmes d'information, entraînant de plus une rupture majeure des séries dans l'analyse des flux et stocks par ALD.

La HAS formule alors trois recommandations visant à améliorer la prise en charge des maladies rares au sein des ALD :

- Supprimer la règle imposant le réexamen systématique au bout de deux ans des ALD 31 et 32, en fixant le délai de prise en charge dans le protocole de soins
- Permettre la prise en charge sur des bases juridiques solides de prestations considérées comme nécessaires au titre de l'affection considérée mais non incluses dans le périmètre des biens et services remboursables (la HAS donne l'exemple des crèmes écran total utilisées chez les « enfants de la lune »). Cela passe par l'élaboration d'une disposition législative qui, de manière générale, c'est-à-dire au-delà du cas des seules maladies rares, permette à titre exceptionnel la prise en charge par l'Assurance maladie de ces prestations (dans le cadre d'un périmètre médicalisé défini par un protocole de soins) ;
- Instituer un comité national de coordination inter régimes *ad hoc* rattaché à l'assurance maladie chargé, en lien avec des experts des centres de référence, d'homogénéiser la prise en charge en ALD des maladies rares ne bénéficiant pas d'un protocole national ou en cas de difficultés d'interprétation et/ou de mise en œuvre de protocoles existants, afin d'assurer un traitement homogène de l'ensemble des demandes.

2) dans sa note du 31 mai 2006, la HAS a abordé de manière générale la problématique de l'étendue des ALD (voir annexe 5). Ses travaux sur le diabète illustrent les difficultés du dossier.

a) rejoignant la position du Haut Conseil (avis du 28 avril 2005), la HAS situe les deux voies d'une rationalisation de la prise en charge.

Soulignant la dualité des objectifs poursuivis par le dispositif actuel – amélioration de la qualité des soins via une démarche de protocolisation d'une part, amélioration de la couverture financière via le remboursement à 100% d'autre part - la HAS a mis en évidence deux types d'évolution possibles.

Dans la première, on conserve la dualité des objectifs visés par un même outil et le lien entre une maladie et la prise en charge à 100% du ticket modérateur mais on s'efforce grâce à une définition plus stricte des critères médicaux d'admission en ALD de la faire correspondre avec les maladies ou stades d'évolution de celles-ci auxquels sont associés des niveaux de dépenses élevés (notion de « thérapeutique particulièrement coûteuse » prévue par les textes) – Cette approche – si elle se révélait pertinente – permettrait de « déclasser » soit des ALD figurant dans la liste actuelle soit des phases médicalement caractérisables de ces maladies.

Dans la seconde, on renonce à lier la maladie et le niveau de la prise en charge financière. On se borne à constater que des maladies (la plupart des ALD actuelles mais aussi des maladies actuellement « non exonérantes ») – par leur gravité et la complexité de leur prise en charge – appellent un suivi particulièrement attentif : les protocoles de soins, élaborés en priorité par la HAS, servent alors de référence utile pour les conduites thérapeutiques. Par ailleurs, on renvoie à un dispositif ad hoc la prise en charge des maladies – et plus largement les séquences de soins -

qui conduisent à de grosses dépenses ; on pense à des techniques de franchise ou de plafonnement du RAC.

b) les travaux menés par la HAS sur le diabète sont illustratifs de ces difficultés

b1) données de cadrage recensées par la HAS

La population des diabétiques prise en charge en ALD par le régime général a doublé en dix ans, passant de 680 000 en 1994 à 1,3M de personnes en 2004. Cette augmentation est la résultante de plusieurs facteurs dont l'augmentation naturelle de la prévalence liée, entre autres, à celle de l'obésité, la modification des critères médicaux d'admission en ALD, le changement de définition de la maladie ainsi que l'évolution des comportements de recours à l'ALD.

La dépense globale (tous régimes sauf la MSA) s'élevait à 9,4Md€ soit une moyenne de 6 526€ par patient.

26% des dépenses sont déclarées « sans rapport » avec l'ALD et supportent les règles de participation des assurés de droit commun.

Il existe une forte variabilité autour de la moyenne. Ainsi en 2003 en Midi Pyrénées, 10% de la population avait une dépense remboursée de 776€ ou moins ; 10% avaient une dépense remboursée d'au moins 13 834€.

b2) travaux de la HAS

- établissement d'un référentiel de prise en charge et de la liste des actes et prestations nécessaires au suivi et au traitement du diabète.

Ces documents appellent deux remarques

+ La HAS et la CNAMTS n'ont pas, à ce stade, évalué l'écart de dépenses qu'impliquerait l'observance de ce référentiel par rapport aux dépenses effectivement constatées.

+ la HAS a repéré deux prestations actuellement hors nomenclature qu'il serait opportun selon elle de prendre en charge : une prestation podologique pour les patients avec un risque podologique d'un grade 1 à 3 ; une prestation de diététique. Elle en évaluait le coût à 170M€ dans l'hypothèse d'une prise en charge à 100% (mais elle avait chiffré l'hypothèse d'une prise en charge à 65%).

- première réflexion sur la pertinence des critères d'admission actuels. La dispersion – très typée – des dépenses la conduisait à individualiser dans la population ALD les patients atteints d'un diabète non compliqué non insulino-traités. Ils seraient de l'ordre de 385 000. Les dépenses actuellement exposées sont comprises entre 247 et 1068€ avec un ticket modérateur exonéré compris entre 78 et 230€, soit à un niveau radicalement différent.

En se calant sur le référentiel HAS, on aurait des niveaux très différents de remboursement des dépenses « en lien » avec l'ALD :

+ pour un patient diabétique compliqué :	3325€
+ pour un patient diabétique insulino-traité :	8356€
+ pour un patient diabétique non compliqué et non insulino-traité :	811€

Dans l'éventualité d'un déclassement de ce dernier type de diabète (il ne donnerait pas droit au régime ALD), la soumission des soins des patients en cause au régime de droit commun du ticket modérateur diminuerait les dépenses des régimes de base d'environ 115M€.

La HAS n'a pas, à ce jour, statué sur le fond.

C) Le rodage des nouveaux instruments

1) les référentiels de soins de la HAS

La HAS a défini le calendrier de ses travaux sur les référentiels ALD. Ils devraient être achevés en 2008 pour l'ensemble des pathologies de la liste⁵⁹ (voir annexe 6).

Ces référentiels posent quatre problèmes :

- leur nature : il s'agit de déterminer leur « niveau d'opposabilité » (d'une simple feuille de route suggérée à une prescription dont le non respect entraînerait des réactions/redressements divers) ;
- l'évaluation de leurs conséquences financières : leur application se traduira-t-elle par des charges ou des économies (ce qui supposerait qu'on connaisse le coût de la pratique actuelle et l'ampleur des écarts entre cette pratique et le référentiel) ;
- leur diffusion sous une forme simple et didactique. La mise en forme de ces référentiels doit se faire en lien avec les médecins libéraux et devrait être intégrée dans les logiciels d'aide à la prescription dont la HAS doit assurer la certification.
- l'adoption en amont d'une procédure de suivi permettant de comprendre leur niveau d'appropriation et de respect par les médecins. Le suivi de l'appropriation des référentiels et leur impact sur la pratique des médecins est une phase essentielle à laquelle l'assurance maladie pourrait très utilement participer en proposant aux médecins un retour d'informations personnalisé pour leurs patients en ALD (« disease management »).

2) les protocoles de soins

a) Dans un premier temps, le nouveau protocole ne concerne que les nouvelles demandes de prise en charge à 100%

Le protocole de soins prévu par la loi du 13 août 2004 a remplacé l'ancien protocole inter-régimes d'examen spécial (PIRES) à partir du mois de novembre 2005 pour toutes les nouvelles demandes de prise en charge à 100% au titre de l'ALD.

Il est désormais périodiquement révisable, « notamment en fonction de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques » ;

C'est au médecin traitant que revient la charge d'élaborer le protocole de soins, en concertation avec les différents spécialistes qui suivent le patient. Il devra indiquer le ou les diagnostics⁶⁰ en les étayant par des arguments cliniques et par les examens complémentaires. Il détaille les différents actes et prestations préconisés pour la prise en charge du patient, les médicaments prescrits, les examens biologiques à réaliser, les consultations chez le ou les spécialistes, en précisant le cas échéant leur périodicité.

Ce document lui permet d'être remboursé à 100% pour tous les actes, les médicaments et les soins, réalisés, délivrés et prodigués dans le cadre du traitement lié à la maladie exonérante (à l'exception des dépassements d'honoraires, du forfait hospitalier et de la participation de 1€ par

⁵⁹ 70% des ALD de la liste auront fait l'objet de référentiel à la fin 2007. Les neuf dernières ALD seront traitées en 2008.

⁶⁰ Lorsqu'un patient cumule plusieurs ALD, un seul protocole est pris en compte. Le médecin traitant doit indiquer sur le même protocole, le diagnostic pour chacune des ALD du patient ainsi que la date de diagnostic de chacune des maladies.

acte). Les autres médicaments, actes ou soins, qui ne sont pas liés à l'affection de longue durée, sont pris en charge aux taux habituels.

Le protocole de soins permet au patient d'accéder directement aux spécialistes sans pénalité, toutes les fois que cet accès est justifié par le suivi de la maladie. Pour les actes prévus par le protocole, le patient n'aura pas alors besoin de passer par son médecin traitant.

b) Les difficultés rencontrées

La demande de prise en charge à 100% peut être faite par un praticien hospitalier ou par un spécialiste de ville. Or seul le médecin traitant peut élaborer les protocoles de soins. Les demandes des hôpitaux et des spécialistes sont donc refusées par les médecins conseils des caisses.

Face aux difficultés rencontrées lors de la mise en place du nouveau protocole et sous la pression des associations d'usagers du système de santé réunies au sein du Collectif interassociatif sur la santé (CISS), la CNAMTS a accepté d'aménager les règles du parcours de soins pour les patients en ALD dans une "lettre réseau" (55/2006 du 12 avril 2006).

Les protocoles de soins établis par les médecins non traitants ou hospitaliers sont désormais acceptés "à titre dérogatoire" pendant six mois⁶¹ par les services médicaux des caisses. Cette procédure dérogatoire est destinée à ne pas retarder le recours aux soins des patients dont le diagnostic a été fait dans un contexte d'urgence ou dans le cadre d'un bilan établi pour un motif autre que la maladie ALD. Le bénéficiaire des soins dispose ainsi d'un délai de six mois pour faire établir un protocole de soins par son médecin traitant. De nouvelles actions de communication vers les praticiens hospitaliers (sous forme d'une nouvelle lettre d'information) et les médecins libéraux (un guide pratique) sont prévues au premier semestre 2006. Enfin, la CNAMTS recommande aux caisses d'accorder une "attention particulière" aux assurés en situation difficile.

c) les mesures de transition

Les patients bénéficiant avant le 15 novembre 2005 du régime ALD continuent de bénéficier de l'exonération du ticket modérateur jusqu'à l'élaboration du nouveau protocole, et au plus tard jusqu'au 1er juillet 2008. L'objectif est de « permettre une diffusion progressive auprès des six millions de patients aujourd'hui en ALD du protocole de soins devant se substituer à l'ancien protocole inter-régimes d'examen spécial –PIRES– » (Rap. Sénat n°73, Vasselle).

Durant cette période de transition les personnes concernées ne pourront se voir appliquer ni de majoration du ticket modérateur ni de dépassement d'honoraires en cas de non respect du parcours de soins coordonnés.

3) des améliorations possibles

Le Haut conseil avait souligné dans son avis sur les ALD l'importance d'un suivi spécifique des patients en ALD et le relatif retard de la France en ce domaine. Si certaines avancées ont eu lieu

⁶¹ La circulaire de la CNAMTS distingue deux cas de dérogation à la règle de l'élaboration du protocole de soins par le médecin traitant : soit les critères d'entrée en ALD sont d'emblée satisfaits (peu importe que le médecin rédacteur soit ou non le médecin traitant), soit le diagnostic est effectué en ville ou à l'hôpital dans un contexte d'urgence ou dans le cadre d'un bilan pour un autre motif. La dérogation est valable six mois et le renouvellement du protocole doit être effectué par le médecin traitant. Cependant, la circulaire de la CNAMTS admet la possibilité de renouveler cette dérogation de six mois si le bénéficiaire n'est pas en mesure de faire cette démarche.

(dispositif du médecin traitant et forfait de 40 euros au nom de la coordination et du suivi des ALD, référentiels et protocoles médicaux), il reste des interrogations et des améliorations possibles sur le rôle de coordinateur du médecin traitant, l'appropriation des outils et l'accompagnement personnalisé pouvant être proposé à ces patients. Dans son récent rapport au Parlement, la CNAMTS a inscrit ces points dans son programme d'actions structurelles de moyen terme.

Chapitre V - COORDINATION ET PARCOURS DE SOINS

A) Le parcours de soins coordonnés

Selon de nombreux commentateurs, le système de soins français repose souvent sur une séquence de contacts du malade avec des médecins isolés et faiblement coordonnés, dont aucun n'aurait de responsabilité sur l'ensemble du parcours de soins et sur la gestion du « capital santé » du patient. Cette description est sans doute outrancière. De nombreux assurés ont un « médecin de famille » qui assure le suivi et la coordination des soins.

La loi du 13 août 2004 a instauré une nouvelle forme d'organisation de l'accès aux soins, le **parcours de soins coordonnés**, qui incite les patients de 16 ans ou plus à ne plus consulter directement certains spécialistes mais à s'adresser en première intention à leur **médecin traitant**, lequel les orientera le cas échéant vers un médecin correspondant. Ce parcours trouverait tout son sens avec le DMP

Désigner un médecin traitant ayant cette responsabilité de coordination des soins est un élément important d'amélioration de la qualité des soins, notamment pour les ALD, comme le haut Conseil l'avait souligné dans son avis d'avril 2005.

1) Les attentes : plus de qualité pour des soins efficaces

Le parcours de soins peut constituer, avec le dossier médical partagé (DMP) l'outil d'une meilleure coordination des soins au service des malades. Le médecin traitant, pierre angulaire du parcours de soins, peut plus facilement organiser l'ensemble du suivi et du traitement des malades chroniques, aider ses patients à gérer leur calendrier de prévention, etc. Dans son rapport 2005, le Haut Conseil précisait : *« Cette réforme ouvre donc, pour la majorité des membres du Conseil, la voie à une amélioration de la performance du système, tant en termes de qualité que d'efficience. Elle est porteuse d'évolutions structurelles des comportements des médecins et des patients : on peut attendre de la « fidélisation » des patients auprès de leur médecin traitant une continuité des soins qui se traduise sur la durée par un rapport médecin / patient plus confiant, ce qui permettrait de mieux faire admettre des inflexions sur les prescriptions ; dans l'autre sens, le médecin voit son rôle évoluer vers une responsabilité vis-à-vis de sa patientèle, ce qui peut l'amener à développer son rôle en matière de prévention et de gestion des protocoles de soins notamment. »*

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

Ces objectifs de qualité et d'équité ne peuvent cependant être atteints que si le système est conçu pour les prendre en compte selon des procédures claires et comprises par les assurés et les praticiens.

2) Le levier financier

On a opté pour un système de pénalisations financières pour les assurés qui ne suivraient pas les disciplines du parcours de soins. Dans ce cas, les remboursements par les régimes de base subiraient un abattement⁶². Pour éviter que la prise en charge de cet abattement par les régimes complémentaires « neutralise » l'effet structurant recherché, le régime des contrats responsables conduit de fait à ce que l'abattement reste bien à la charge directe des ménages.

Cette option de mise en œuvre n'a pas fait l'unanimité.

Par ailleurs, les praticiens sont « intéressés » à se situer dans le parcours de soins par une série d'ajustements de leurs honoraires.

a) Tarification dans le cadre du parcours de soins

Dans le cadre du parcours de soins, le médecin généraliste ou spécialiste correspondant de secteur 1 applique une majoration de coordination généraliste (MCG) ou spécialiste (MCS). Cette majoration a été revalorisée de 1€ au 1^{er} avril 2006 et passe ainsi à 3€. Elle est intégrée à la base de remboursement des régimes de base.

Le médecin correspondant qui intervient en coordination avec le médecin traitant pour un avis ponctuel, facture sa consultation 40€ (C2). Une consultation pour avis ponctuel n'est possible qu'une fois tous les six mois.

b) L'accès non coordonné

Lorsqu'ils sont consultés hors du parcours de soins coordonnés, sauf cas d'urgence ou d'éloignement occasionnel du patient, les spécialistes exerçant en secteur 1 sont autorisés (depuis le 1^{er} juillet 2005) à pratiquer des dépassements. Pour les actes cliniques comme pour les actes techniques, le praticien s'engage à ne pas dépasser la limite de 17,5% du tarif applicable dans le parcours de soins coordonnés. Le volume total des dépassements est plafonné et le médecin devra respecter un ratio honoraires sans dépassements sur honoraires totaux égal ou supérieur à 70 %.

Hors parcours de soins coordonnés, les actes sont pris en charge à 60% par l'assurance maladie obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2006 conformément à l'article R.322-1 du Code de la Sécurité Sociale. Afin d'éviter que le patient n'ait à supporter un montant de majoration sans rapport avec ses capacités financières, cette majoration est plafonnée à 2,50€⁶³ hors dépassements.

Parallèlement, les contrats de protection sociale complémentaire dits « contrats responsables » (en application du décret n° 2005-1226 du 29 septembre 2005) sont entrés en vigueur le 1^{er} janvier 2006. Ces contrats ne permettent pas la prise en charge totale des dépassements et du moindre remboursement hors du parcours de soins coordonnés⁶⁴.

⁶² Il peut par ailleurs supporter un dépassement chez les spécialistes de secteur I, dépassement dont les 8 premiers euros ne sont pas pris en compte par les couvertures complémentaires au titre des contrats responsables.

⁶³ la majoration ne peut dépasser un montant égal au taux retenu par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie appliqué à la rémunération afférente aux consultations de cabinet des médecins spécialistes pratiquant des honoraires opposables tel que fixé par la convention médicale ou le règlement arbitral (soit CS+MPC pour la convention médicale en vigueur à la date de signature du présent décret).

⁶⁴ Voir III

	Tarif de consultation	Taux de remboursement	Frais restant à la charge de l'assuré(**)	dont frais qui ne peuvent pas être couverts par les complémentaires (contrats responsables)
Dans le parcours de soins				
Médecin traitant – généraliste S1-	20€*	70%	7,00€	Participation forfaitaire 1€
Médecin correspondant – généraliste S1-	23€	70%	7,90€	Participation forfaitaire 1€
Médecin correspondant – spécialiste S1-	28€	70%	9,40€	Participation forfaitaire 1€
Médecin correspondant – cardiologue S1-	49€	70%	15,70€	Participation forfaitaire 1€
Avis ponctuel – spécialiste S1-	40€	70%	13,00€	Participation forfaitaire 1€
Hors parcours de soins (pas de médecin traitant et/ou consultation directe)				
– généraliste S1-	20€*	60%	9,00€	Part. forfaitaire 1€ + 2€
– spécialiste S1-	Max 32€	60%	13,80€	Part. forf. 1€ + max 2€50 + 8€

Sources : CNAMTS

(*) 21€ au 01/08/06 ; (**) y compris la participation forfaitaire de un euro.

3) La mise en œuvre

a) Un dispositif général que les assurés connaissent

Le Point d'information mensuelle de la CNAMTS (6 juin 2006) indique qu'en mars 2006 94% des assurés connaissent le dispositif du médecin traitant et 91% étaient prêts à passer systématiquement par leur médecin traitant.

Les modalités techniques du parcours de soins ont également été bien intégrées : les assurés sont plus de 85% à savoir que l'on est mieux remboursé lorsque l'on consulte d'abord son médecin traitant.

b) Les situations « limite » : consultations hors domicile ; recours à un cabinet de groupe, dispenses...

L'article 7 de la loi du 13 août 2004 précise que la majoration de participation de l'assurée n'est pas applicable « lorsque la consultation se fait en dehors du lieu où réside de façon stable et durable l'assuré social ou l'ayant droit âgé de seize ans ou plus. »

En matière de remplacement, lorsque le médecin traitant est indisponible, celui qui assure son remplacement est considéré comme médecin traitant pour l'assuré. En matière d'exercice en groupe en cas d'indisponibilité du médecin traitant, son remplacement peut être assuré par un médecin participant au cabinet de groupe.

En outre la LFSS pour 2006 permet aux assurés de choisir conjointement comme médecins traitants les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité a sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé (article L.162-5-3 du code de la sécurité sociale). La mise en place de cette nouvelle mesure a pu occasionner quelques difficultés. Des caisses d'assurance maladie ont demandé au patient de choisir un praticien exerçant dans un cabinet de groupe, ce qui n'est pas ce que prévoit la loi. Des dispositions spécifiques ont été prises par la CNAMTS pour régler les litiges dans les cabinets de groupe.

c) Difficultés de compréhension de l'accès « spécifique »

Les assurés peuvent s'adresser à un certain nombre de spécialistes sans « passer » par leur médecin traitant. Ces praticiens sont dits « en accès spécifique ».

En fait, la notion d'accès « spécifique » ne concerne pas un type de médecin mais un type de soins pour un médecin donné. Ainsi en ophtalmologie, les problèmes de réfraction (lunetterie) sont considérées comme de l'*accès spécifique* alors que le traitement de la conjonctivite relève du parcours de soins. De même en gynécologie la contraception est en accès spécifique, pas les pathologies gynécologiques.

Par ailleurs, accéder à des soins en *accès spécifique* ne dispense pas d'avoir choisi un médecin traitant. L'article 7 de la loi du 13 août 2004 précise en effet que « *la participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant* ».

Tarifs des consultations dans le cadre d'un accès direct

Ophthalmologie Gynécologie	Tarifs de consultation	Base de remboursement	Taux de remboursement	Frais restant à votre charge
vous avez un médecin traitant				
suivi régulier ⁶⁵	28 €	28 €	70 %	9,4 €
En dehors du suivi régulier	max 33 €	25 €	70 %	max 16,5 €
vous n'avez pas de médecin traitant				
suivi régulier ou non	max 33 €	25 €	60 %	max 19 €

Sources : Cnamts

De nombreux assurés n'auraient pas compris que, si la consultation en accès « spécifique » ne requérait pas la prescription du médecin traitant, n'avoir pas choisi de médecin traitant les exposait à une pénalisation financière⁶⁶. De là leur surprise de se voir appliquer des pénalités financières. D'autres auraient cru que l'accès à ces spécialistes exigeait le passage chez le médecin traitant et auraient renoncé à consulter les spécialistes en cause (cela expliquerait, selon les syndicats des médecins concernés, une partie importante de la baisse constatée des honoraires de ces professionnels).

La pénalisation s'appuyant sur la distinction entre les motifs de recours (suivi régulier ou non) n'est actuellement pas mise en place.

d) La gestion du parcours de soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée

L'établissement des nouveaux protocoles de soins pour les personnes atteintes d'une affection de longue durée a généré parfois des problèmes, notamment dans le cas des ALD traitées dans un cadre hospitalier. En effet, un médecin hospitalier qui avait l'habitude de « déclarer » l'ALD à l'aide d'un protocole PIRE (protocole inter-régimes d'examen spécial) avant la réforme de 2004, ne peut, aux termes de l'article L.324-1 du code de la sécurité sociale, remplir un protocole de soins que s'il est le médecin traitant de l'assuré. Ce document est établi conjointement avec le

⁶⁵ Gynécologues : contraception, suivi de grossesse, dépistages périodiques, IVG.

Ophtalmologues : prescription et renouvellement de lunettes, dépistages et suivi de glaucome.

⁶⁶ comme nous le verrons plus loin, parmi les situations en accès non coordonné, près des 2/3 correspondent à des patients qui n'ont pas choisi de médecin traitant. Dans les autres cas les patients ont enregistré leur déclaration auprès d'un médecin traitant mais ne suivent pas le parcours.

médecin conseil de la caisse d'assurance maladie et doit être signé par le patient ou son représentant légal.

Ces nouvelles modalités d'ouverture de droits pour les assurés ont entraîné quelques situations difficiles dans lesquelles les assurés n'ont pas été, dès le début, pris en charge à 100%. Depuis mars 2006 ces problèmes ont été réglés.

4) Les résultats quantitatifs

a) Près d'un an après l'entrée en vigueur du parcours de soins coordonné, plus de 78 % des assurés de plus de 16 ans concernés par ce dispositif (soit 38,3 millions de personnes) ont choisi un médecin traitant (alors qu'il s'agit d'un dispositif non obligatoire).

- Le médecin traitant est un généraliste dans 99,6 % des cas.
- On observe une variation significative selon les régions et la CSP des assurés.
- Le médecin traitant devient garant du bon accès aux soins des patients. Ses missions ont été valorisées, pour le suivi médical des patients atteints d'une affection de longue durée (ALD), par la création du forfait annuel à 40€ par patient. La consultation des généralistes valorisée jusqu'ici au tarif de 20€ passera à 21€ à partir du 1^{er} août 2006.

La part des médecins traitants dont la patientèle est majoritairement (plus de 50%) composée de bénéficiaires en ALD s'établit à 10% environ.

b) La répartition des consultations dans et hors parcours de soins

Plus de 98% des consultations des patients ayant un médecin traitant sont effectuées dans le cadre du parcours de soins coordonnés (y compris l'accès spécifique).

Si l'on s'intéresse aux consultations dans et hors parcours, la répartition est la suivante :

Répartition des consultations dans le parcours ou accès spécifique

Médecin traitant (MT) ou patient orienté	66,7%
Accès direct spécifique	10,2%
Hors résidence	0,7%
Médecin traitant remplacé	2,6%
Sous-total consultations dans le parcours de soins	80,3%

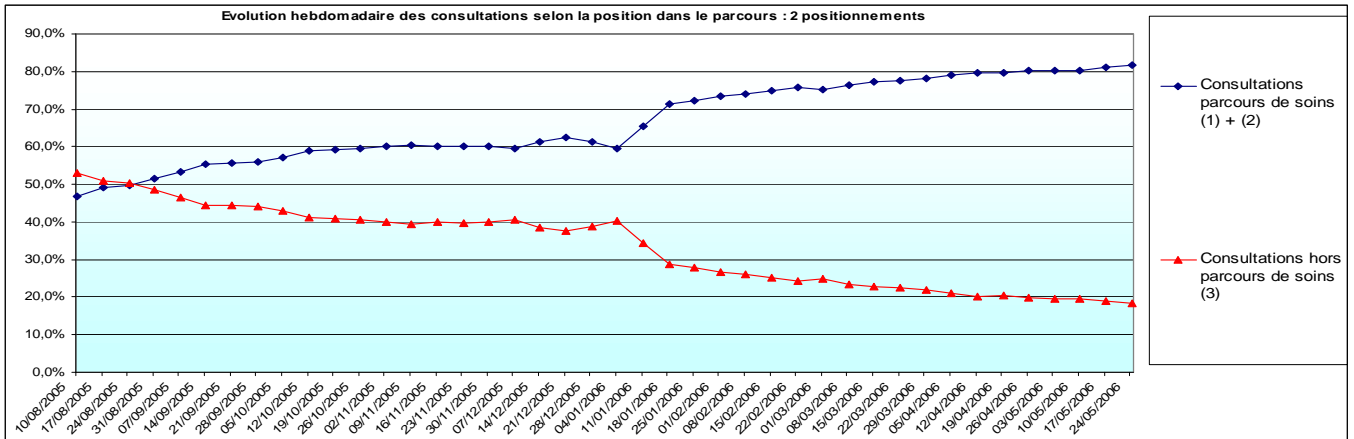
Répartition des consultations hors parcours

Absence de désignation de médecin traitant	12,6%
MT désigné mais hors coordination des soins	1,6%
Aucune rubrique renseignée sur la feuille de soins et médecin exécutant différent du MT	5,4%
Total	19,7%

Source : CNAMTS. Semaine du 27/04/06 au 03/05/06

Près des 2/3 des consultations réalisées hors parcours sont le fait d'assurés n'ayant pas désigné leur médecin traitant.

Le tableau suivant retrace l'évolution hebdomadaire des consultations selon la position par rapport aux parcours de soins.



(1) Consultations dans le parcours de soins (2) Consultations assimilées au parcours de soins (3) Consultations hors parcours de soins Source : CNAMTS (2006)

c) La répartition des actes techniques et cliniques dans et hors parcours de soins

	Nb Actes soumis à la Modulation du Ticket Modérateur	Nb Actes soumis au Parcours de Soins	Nb actes soumis au plafonnement de 2,50€	% Actes soumis à la Modulation du Ticket Modérateur / Actes soumis au Parcours de Soins	% Actes soumis au plafonnement de 2,50€ / Actes soumis au MTM
Janvier	3 932 382	37 478 212	731 927	10,49%	18,61%
Février	4 525 701	48 959 016	865 865	9,24%	19,13%
Mars	5 294 403	66 954 734	1 011 481	7,91%	19,10%
Avril	3 852 588	55 450 469	722 425	7,00%	18,93%
Mai	3 425 273	53 439 743	619 503	6,41%	18,09%
Cumul depuis le 1er janvier 2006	21 030 347	262 282 174	3 951 201	8,02%	18,79%

Source : CNAMTS

Sur les cinq premiers mois de 2006, 8% des actes réalisés ont donné lieu à pénalisation de remboursement sous la forme de majoration du ticket modérateur, avec une baisse prononcée sur la période (de janvier à mai, le taux décroît progressivement et passe de 10,5% à 6,4%).

*
* * *

Comme la majeure partie des assurés a adopté le parcours de soins coordonnés, l'impact de la modulation des remboursements reste limité au regard des sommes remboursées par le régime général.

Le Haut conseil n'a pas avancé de chiffrage sur ces enjeux. Il conviendra d'avoir des renseignements plus fiables sur une période plus longue.

d) Modification de l'accès aux spécialistes

L'état des lieux des trajectoires de soins médicaux et des modes de recours aux soins de spécialistes a été analysé peu avant la mise en place du parcours de soins à travers deux études, exploitant d'une part les données de l'enquête santé de l'Insee, réalisée entre octobre 2002 et octobre 2003, et l'enquête sur la santé et la protection sociale réalisée par l'IRDES en 2004.

L'accès direct au spécialiste, sans orientation par un médecin, y apparaît globalement assez fréquent, mais d'une ampleur très variable selon les spécialités médicales. L'étude IRDES montre que les spécialistes demeurant à accès libre dans le parcours de soins (ophtalmologie, gynécologie) étaient ainsi, avant la réforme, majoritairement consultés sans adressage médical préalable. C'était aussi le cas des dermatologues, dont l'accès est désormais réglementé. Parmi certaines spécialités à accès désormais réglementé, le recours direct représentait en 2004 une part non négligeable des recours : en ORL surtout (40% des séances), en psychiatrie (presque 30%), mais aussi en rhumatologie, gastro-entérologie, cardiologie et pneumologie (de 20 à 14% des séances).

Par ailleurs, selon l'étude de la DREES, si les épisodes de soins commencent le plus souvent par une consultation de généraliste (dans 71% des cas), l'enchaînement rapide (consultations espacées de 15 jours au plus) de recours au généraliste, puis au spécialiste, pour un problème de santé particulier reste un parcours peu fréquent parmi les épisodes de soins ; ce constat avait déjà été effectué dans une étude similaire sur des données collectées en 1991-1992.

Les deux études s'accordent sur le constat que les caractéristiques sociales des patients sont peu corrélées à l'adressage vers les spécialistes. L'étude DREES confirme que ces inégalités se concentrent sur la décision de recours aux soins et sur le choix entre généraliste et spécialiste lors du premier recours : ainsi les cadres consultent-ils plus, et plus souvent un spécialiste. Cependant, une fois qu'un patient est entré dans le système de soins, sa trajectoire, et en particulier la probabilité d'un second recours vers un spécialiste, est relativement indépendante de ses caractéristiques individuelles ou de sa couverture complémentaire. Ce constat tend à rejoindre celui issu de l'étude IRDES qui montre qu'en dehors de l'état de santé, les caractéristiques individuelles des patients ont relativement peu d'influence sur les modalités d'accès aux soins de spécialistes, mais qu'elles en ont sur la décision de consulter.

Il sera important de disposer des informations similaires depuis la mise en place du parcours de soins

e) fréquence du C, 2C et des dépassements en secteur I

- le nombre des consultations de généralistes a diminué, contrairement aux craintes exprimées à l'époque,.

Évolution des dénombrements d'actes entre 2005 et 2006 Omnipraticiens

SECTEUR 1 Consultations	-0,2%
TOTAL secteur 1	-0,3%
SECTEUR 2 Consultations	-5,4%
TOTAL secteur 2	-6,0%
Total Consultations	-0,7%
Total	-0,9%

Source : CNAMTS. Dénombrements d'actes liquidés durant 09/2004-04/2005 et 09/2005-04/2006

Sur la période septembre 2005-avril 2006/septembre 2004-avril 2005, l'activité des médecins libéraux a légèrement fléchi, le nombre de consultations et de visites des médecins omnipraticiens diminue de -0,9%.

Sur le premier trimestre 2006, les statistiques de la CNAMTS font apparaître un recul de 3,7% des consultations des omnipraticiens.

Il n'y a pas eu de recours à consultation au seul motif de choisir son médecin traitant.

- Évolution de la fréquence du C2

On ne constate pas d'explosion du nombre des C2. Le nombre total de C2 a crû de 21,7% entre 2004 et 2005 ; on dénombre en 2005 plus de 6 millions de C2.

Les évolutions du nombre de C2 sont très contrastées selon les spécialités (voir en annexe 7).

- Évolution des dépassements en secteur 1.

On constate que le taux moyen des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes est en légère régression, de 2,6% à 2,2%⁶⁷ (sur la période septembre 2005-février 2006/septembre 2004-février 2005). Il est vraisemblable qu'on a vu diminuer les dépassements « sauvages » et qu'il n'y a pas eu de poussée caractérisée des dépassements en secteur 1 comme certains le craignaient. Il est vrai que les consultations directes potentiellement « à dépassement » sont rares, que les règles d'encadrement du dépassement (en fréquence et en montant) le limitent et peut être qu'une partie des médecins n'y ont pas recours notamment parce que leur clientèle est modeste.

Le tableau en annexe 7 situe l'évolution de la part des dépassements dans les honoraires totaux.

Les dépassements au titre du hors parcours représentent environ 1% des honoraires des médecins spécialistes du secteur 1, soit en année pleine environ 70M€.

f) La « compensation » des spécialistes en parcours coordonné

Soit sous l'effet – recherché – du changement de comportement des assurés « en parcours » soit du fait d'une mauvaise connaissance des règles de ce parcours, on a constaté un net fléchissement des honoraires de certains spécialistes.

⁶⁷ Source : CNAMTS, Point d'Information Mensuel 6 juin 2006.

Évolution des honoraires moyens par tête, janvier-février 2006/ janvier-février 2005

	Total	Secteur 1 (hors DP)	Secteur 2 (et 1 DP)
Médecine physique et réadaptation	-5,6%	-5,2%	-5,6%
Dermatologie	-4,8%	-2,9%	-6,9%
Endocrinologie	-4,5%	-0,6%	-6,7%
Rhumatologie	-2,8%	-1,3%	-4,5%
Médecine interne	-2,5%	+0,8%	-5,4%
ORL	-2,2%	-1,5%	-2,8%

Source : CNAMTS (2006)

Les trois spécialités les plus touchées sont les médecins de médecine physique et de réadaptation (-5,6%), les dermatologues (-4,8%) et les endocrinologues (-4,5%). Les rhumatologues, les internistes et les ORL connaissent également une évolution négative de leurs honoraires moyens plus limitée (entre 2,2% et 2,8%). L'évolution est très légèrement négative pour les cardiologues, les radiologues et les radiothérapeutes.

Les partenaires conventionnels ont jugé que cette évolution devait être compensée.

L'avenant n°12 à la convention de janvier 2005 met ainsi en œuvre de mesures structurelles, les spécialités dont les conditions d'exercice ont été « *substantiellement modifiées par la mise en place du parcours de soins coordonnés* ».

f1) L'UNCAM s'est engagée à accélérer l'inscription sur la liste des actes et prestations remboursables certains actes considérés par les partenaires conventionnels comme susceptibles d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients ».

f2) Par ailleurs, il a été décidé d'accélérer la progression vers les tarifs cibles de la CCAM technique pour certains actes fréquents insuffisamment valorisés par l'ancienne nomenclature générale des actes professionnels.

f3) enfin, certaines consultations font l'objet d'une revalorisation.

- Dans la spécialité médecine physique et de réadaptation, les consultations pour prescription d'un appareillage de première mise augmentent de 20€.
- En endocrinologie, les consultations « *Diabète inaugural ou compliqué insulino-dépendant ou insulino-requérant* » et « *Première consultation pour les endocrinopathies complexes⁶⁸* » font l'objet d'une majoration de 10€.

f4) les « compensations » ainsi convenues s'élèvent à environ 32,4M€ en année pleine à comparer aux pertes d'honoraires des spécialistes estimées à 33M€.

⁶⁸ Figurent sur cette liste les pathologies suivantes : thyroïdite, maladie de Basedow ; cancer thyroïdien ; hypothyroïdie, nodulaire ou induite par l'iode, avec complications ; pathologie hypothalamo-hypophysaire ; pathologie du métabolisme hydrique ; pathologie des glandes surrénales ; pathologie des glandes parathyroïdes ; tumeur endocrine de l'ovaire ; tumeur endocrine du pancréas ; affection pluri-endocrinienne.

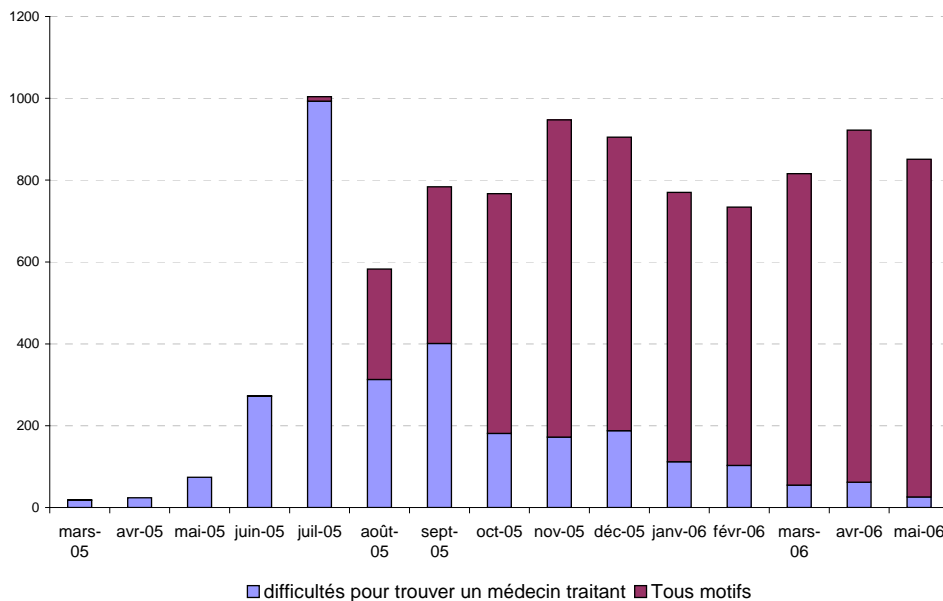
5) Les résultats subjectifs

a) Les assurés

La mise en place du médecin traitant a entraîné un certain nombre de difficultés et d'incompréhensions en particulier pour les malades déjà suivis par un spécialiste.

Des conciliateurs⁶⁹ ayant pour mission de recueillir les plaintes émanant des assurés sociaux insatisfaits avaient été mis en place au sein de chaque caisse d'assurance maladie depuis janvier 2005. La convention médicale signée le 12 janvier 2005 donne aux conciliateurs un rôle de « facilitateur » dans la pratique du parcours de soins coordonnés. Le conciliateur n'a pas de pouvoir de décision : il émet des avis, propose des solutions et cherche à trouver des compromis, que ce soit dans les relations des usagers avec leur caisse ou des assurés avec les médecins.

Nombre et motif de saisines des conciliateurs



Source : CNAMTS (2006)

Si le nombre de saisines est important depuis juillet 2005, la difficulté à trouver un médecin traitant s'estompe (26 cas sur 850 en mai 2006).

Devant les difficultés des assurés à connaître les tarifs pratiqués et les taux de remboursement, l'assurance maladie met progressivement en place un dispositif de renseignements « Infos soins »

b) Les médecins

Selon certains médecins, les difficultés techniques de mise en œuvre et une « surcharge administrative » couplées avec « l'éclatement » des conditions de prise en charge (avec des suppléments complexes pour certaines consultations), ont été vécues comme une forte contrainte. Comme par ailleurs, l'UNCAM – et il ne faut pas le regretter – a mis en œuvre dans le même temps une information personnalisée en direction des médecins sur leurs pratiques propres et

⁶⁹ Circulaire DSS/SD4 n°2005-255 du 27 mai 2005 relative à la mise en place des conciliateurs dans les caisses d'assurance maladie.

développé son réseau de DAM, certains praticiens expriment une lassitude devant ce qu'ils vivent comme une pression abusive.

C'est l'affaire des partenaires conventionnels de trouver les processus d'explication qui relativisent ces inconvénients.

B) Le DMP

Le Haut Conseil s'inquiète de l'évolution de ce dossier, présenté comme élément stratégique de la loi du 13 août 2004 et des orientations retenues dans la phase actuelle de développement.

Le Haut Conseil en débattrait prochainement.

Chapitre VI - LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

Les développements qui suivent sont centrés sur les soins de ville mais les enjeux de la maîtrise doivent concerner également l'hôpital. A ce titre, le Haut Conseil a fait un premier examen des prescriptions hospitalières de médicaments exécutées en ville (cf. page 90)

A) Les chantiers principaux (hors médicament)

1) les Indemnités Journalières

Le rendement attendu du renforcement des contrôles, débuté dès 2003, est estimé à 800 millions d'euros d'ici 2007. Les partenaires conventionnels en avaient inscrit 150 millions au titre de l'année 2005. Les économies réalisées sur les IJ ont représenté en définitive 432M€ en 2005 (soit 60% des économies totales réalisées à fin décembre 2005).

a) Évolution des dépenses

Évolution des Indemnités journalières (nombre de jours et montant) de 2000 à 2005. Maladie –accidents du travail

Année	Dénombrement d'indemnités journalières	Taux d'évolution	Montants remboursés milliers €	Taux d'évolution
2000	219 320 579		5 636 929	
2001	234 921 666	7,1%	6 149 638	9,1%
2002	259 110 419	10,3%	7 015 782	14,1%
2003	265 398 535	2,4%	7 434 382	6%
2004	256 926 175	-3,2%	7 409 758	-0,3%
2005	246 379 665	-4,1%	7 289 344	-1,6%
Janv-fev 2005 à janv-fév. 2006				-0,5%

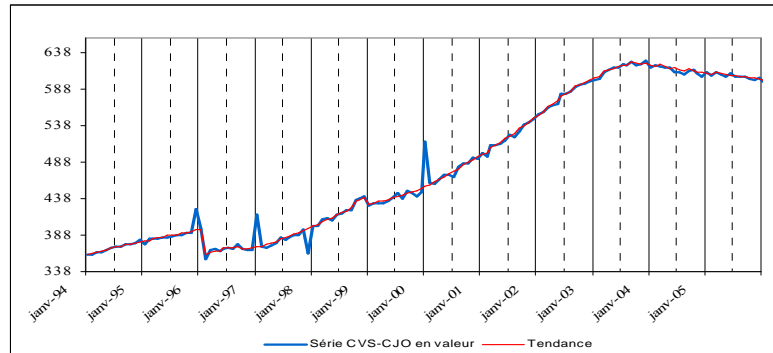
Source : CNAMTS (2006) "Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance maladie. Point sur les actions 2005 et programme 2006", 23 février 2006.

En 2005, le montant des indemnités journalières a diminué de 1,6% par rapport à 2004 et s'élève à près de 7,3Md€ dont 5,3Md€ au titre de la maladie (7,4Md€ dont 5,4Md€ au titre de la maladie en 2004).

En 2005, le nombre de journées de travail indemnisées a diminué de 4,1% par rapport à 2004. Elles sont passées de 257 millions en 2004 à 246 millions en 2005.

Ainsi la baisse assez forte du nombre de journées à indemniser ne se traduit pas complètement par une économie équivalente du fait de l'augmentation concomitante du coût moyen de la journée indemnisée : en 2005, le montant des IJ versées baisse de 1,6%, alors que le nombre de journées a baissé de 4,1%. Le salaire moyen de référence des personnes à indemniser croît sur cette même période de 2,6%. Depuis 2003, ce taux de croissance du coût moyen de la journée indemnisée s'infléchit : il était entre 2002 et 2003 de 3,5%.

Dépenses d'indemnités journalières du régime général en date de soins



Sources : Rapport CCSS juin 2006

L'infléchissement des IJ concerne aussi bien les indemnités journalières de moins de trois mois que celles de plus de trois mois. La réorientation du dispositif de contrôle engagée par la CNAM depuis le 2ème semestre 2003, ainsi que les engagements conventionnels des prescripteurs, peuvent contribuer à expliquer ce recul.

Par ailleurs, le ralentissement des IJ de longue durée pourrait être lié à la sortie du marché du travail des générations du « baby-boom » de la tranche d'âge 55-60 ans. En effet, selon la CNAV, 214 000 personnes sont parties en retraite anticipée en 2004 et en 2005 entraînant une contraction de la population active âgée particulièrement exposée au risque d'arrêt de travail.

b) Facteurs de la baisse

- La politique de contrôle vis-à-vis des médecins

Un médecin prescrit en moyenne environ 2.800 jours d'arrêts de travail par an mais certains praticiens se distinguent par une activité hors normes et vont jusqu'à prescrire 8 à 20 fois plus d'indemnités journalières que la moyenne nationale⁷⁰.

En conformité avec les dispositions prévues dans la loi du 13 août 2004, la CNAMTS a engagé dès le second semestre 2005 des procédures de mise sous accord préalable pour les médecins dont les dépenses de prescriptions d'indemnités journalières sont excessivement supérieures à celles de leurs confrères, à activité comparable et dans une même région.

La mise sous accord préalable

En cas de prescriptions d'arrêts de travail ou de transports significativement supérieures aux données moyennes, le médecin peut voir ses prescriptions subordonnées à l'accord préalable du service du contrôle médical pour une durée maximale de six mois.

La loi prévoit plusieurs étapes avant de déboucher sur l'application de sanctions.

Le directeur de la caisse qui a subi le préjudice envoie une première mise en garde à la personne ou l'établissement mis en cause. Si les faits se reproduisent dans un délai d'un mois, il lui notifie alors les sanctions encourues. La personne ou l'établissement mis en cause peut produire ses observations et demander une audition dans un délai d'un mois.

Le directeur saisit ensuite la commission qui dispose d'un mois à compter de sa saisine pour rendre un « avis motivé » et se prononcer sur la gravité des faits, la responsabilité de la personne ou de l'établissement mis en cause et le montant de la pénalité envisagée.

⁷⁰ Source : CNAMTS (2006) "Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance maladie. Point sur les actions 2005 et programme 2006", 23 février 2006.

Le directeur dispose ensuite d'un délai de 15 jours à compter de la réception de l'avis de la commission pour fixer et notifier la sanction par une décision motivée. Les sanctions prononcées peuvent être contestées devant le tribunal administratif.

La commission est composée de cinq membres issus du conseil de la caisse primaire (pour les assurés et employeurs) auxquels s'ajoutent cinq représentants des professionnels de santé quand ce sont des médecins qui sont mis en cause.

Les représentants des professionnels de santé sont proposés par l'instance paritaire locale prévue dans la convention. L'avis de la commission ne peut être rendu qu'en présence d'au moins trois membres lorsqu'elle siège en configuration restreinte et d'au moins six membres lorsqu'elle siège avec les représentants des professionnels de santé.

Les sanctions sont proportionnées aux abus. De plus, elles ne peuvent intervenir qu'après que le médecin ait fait état de ses observations et l'avis d'une commission à laquelle participent des représentants des médecins, dans le respect des droits de la défense et du contradictoire.

Cette opération ne concerne pour l'instant qu'un nombre limité de médecins (on ne dispose pas du chiffre précis).

A partir du deuxième trimestre de l'année 2006, la CNAMTS prévoit de lancer une deuxième opération de ciblage puis de contrôle des professionnels les « plus excessifs » en matière de prescriptions d'indemnités journalières. Si l'objectif de ramener les prescriptions des médecins contrôlés à deux fois la moyenne nationale est atteint, on estime les économies potentielles à plus de 30M€ .

- La politique de contrôle vis-à-vis des assurés

Ce sont 750.500 contrôles d'arrêts de travail qui ont été réalisés en 2005, au lieu de 600.000 en 2004 et 450.000 en 2003⁷¹. Ces contrôles se répartissent de la façon suivante :

- ◆ Pour un tiers (249.000), il s'agit de contrôles d'arrêts de courte durée. Ils sont en forte progression par rapport à 2004 (187.000) et surtout par rapport à 2003 (34.000). Ces contrôles ciblés concernent les personnes qui ont eu un ou plusieurs arrêts de courte durée au cours des 12 derniers mois. La fréquence des arrêts, les motifs médicaux, le lien entre la durée de l'arrêt et le motif médical, ou encore l'absence de motif, permettent de déclencher un contrôle de la justification médicale de l'arrêt. Sur ces contrôles ciblés, près de 15% des arrêts de travail se sont révélés médicalement injustifiés.
- ◆ Les deux tiers restants (501.500) constituent des contrôles d'arrêts de longue durée. Leur nombre est en progression par rapport à 2004 (+20%). Depuis 2005, l'Assurance Maladie contrôle systématiquement les arrêts de travail de longue durée à partir du 60ème jour d'indemnités journalières au lieu du 90ème jour auparavant. Les médecins conseils de l'assurance maladie évaluent l'état de santé de l'assuré et la justification médicale de son arrêt de travail en le rencontrant ou en prenant contact avec son médecin traitant. Sur les 501.500 contrôles de longue durée effectués en 2005, le service du contrôle médical a refusé la poursuite de 17,5% des arrêts de travail.

Par ailleurs, les nouvelles règles relatives aux arrêts de travail introduites par la réforme de l'assurance maladie (le délai d'envoi à 48 heures⁷², règles de prolongation de l'arrêt de travail⁷³)

⁷¹ Source : CNAMTS (2006) "Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance maladie. Point sur les actions 2005 et programme 2006", 23 février 2006.

sont contrôlées par les caisses d'assurance maladie. Ces nouveaux contrôles n'ont pas l'objet d'un dénombrement.

- L'adhésion de nombreux médecins à la maîtrise médicalisée des IJ dont ils ont compris l'enjeu.

2) L'ordonnancier bizône (rappel)

Ainsi qu'il a déjà été mentionné, l'objectif inscrit dans la convention sur ce poste était fixé à 340M€. Les économies effectivement réalisées à la fin décembre 2005 représentent 88M€.

La CNAMTS estime que les économies qui résulteraient d'un meilleur respect des règles d'utilisation de l'ordonnancier bi-zone pourraient atteindre 292M€ en 2006.

L'ensemble des régimes de base ont fait des efforts pour redresser ces pratiques. Ainsi dans le régime général des documents et des procédures validées par la HAS devraient faciliter la prescription des médecins. De son côté la MSA a intégré dans son plan institutionnel de maîtrise médicalisée, dès 2005, une action de contrôle de l'ordonnancier bizone via son logiciel ARCHIMED (Analyse, recherche, informations médicalisées), qui permet de contrôler l'ensemble des prescriptions de médicaments et des actes de biologie de professionnels ciblés. Dans le cadre du plan 2006, ces contrôles sont étendus à l'ensemble des prescriptions, y compris celles concernant les transports et les actes d'auxiliaires médicaux, et pourront être suivis de récupérations d'indus auprès des assurés et de sanctions à l'encontre des prescripteurs.

3) Le parcours de soins (rappel)

Les incidences du « parcours de soins » peuvent être analysées à trois niveaux

- l'effet sur la fréquence des consultations et actes techniques. Il est difficile d'apprécier si la réforme de l'assurance maladie a contribué à l'infléchissement – réel - de ces prestations
- les moindres remboursements en cas de C et V hors parcours. On a vu qu'ils étaient modérés
- l'éventuelle diminution d'actes techniques redondants. Le secrétariat du Conseil ne dispose pas d'analyse sur ce point.

4) Maîtrise médicalisée des soins dentaires

Une convention dentaire nationale a été approuvée le 18 juin 2006.

Elle contient un volet de maîtrise médicalisée qui porte sur :

⁷² L'arrêt de travail doit être envoyé dans les 48 heures au médecin conseil de la caisse d'assurance maladie. Si l'assuré ne respecte pas ce délai, il reçoit un courrier l'informant du retard constaté et de la sanction encourue en cas de nouvel envoi tardif dans les 24 mois suivants (sauf en cas d'hospitalisation ou si l'envoi tardif peut être justifié). Si un nouveau retard est constaté dans ce délai, le montant des indemnités journalières est réduit de moitié sur la période de retard constatée.

⁷³ La prolongation d'un arrêt de travail doit être effectuée par le médecin qui a prescrit l'arrêt initial ou par le médecin traitant. Si cette règle n'était pas respectée, l'arrêt de travail ne serait pas indemnisé par l'assurance maladie. Les caisses ont procédé en 2005 à une vérification du bon respect des règles de la prolongation de l'arrêt de travail en tenant compte de la montée en charge de la déclaration de médecin traitant.

- les reconstitutions préprothétiques à ancrage radiculaire coulées ou insérées en phase plastique,
- l'amélioration de la prescription d'antibiotiques dans le cadre du traitement des affections de la cavité buccale afin de réduire le risque de développement des résistances bactériennes (diminution de 10 % des montants 2005, à l'horizon d'un an).

Cette convention conforte par ailleurs la capacité professionnelle du chirurgien-dentiste et précise sa place au regard du parcours de soins coordonné. Elle organise la Formation Continue Conventionnelle et prévoit la diffusion de références professionnelles et de recommandations de bonne pratique avec des engagements précis de maîtrise médicalisée.

Elle analyse de plus l'évolution des dépenses bucco-dentaires par la mise en place d'un "observatoire" avec les assureurs complémentaires pour suivre l'évolution des honoraires des traitements prothétiques et des informations relatives aux dépenses de santé bucco-dentaire.

B) Bilan financier et contreparties

1) Le bilan dressé par l'UNCAM

Dans son bilan elle évalue à 721M€ tous régimes⁷⁴ les économies réalisées à fin 2005⁷⁵. Pour mémoire, les économies attendues avaient été fixées dans la convention de janvier 2005 à 998M€.

Les économies réalisées à fin 2005

	Objectif de la maîtrise médicalisée				Prévisions des économies tous régimes sur 2005 (données à fin décembre 2005)	
	Tendance	Objectif/ tendance	Taux d'évolution attendu	Montants	Taux	Montants
Antibiotiques	0,0%	-10,0%	-10,0%	91M€	-3,8%	35M€
Statines	12,5%	-12,5%	-1,5%	161M€	1,9%	122M€
Psychotropes	0,0%	-10,0%	-10,0%	33M€	-3,3%	11M€
Arrêt travail	3,3%	-1,6%	1,6%	150M€	-1,6%	432M€
ALD (PS libéraux)	0,7 point	-5 points (*)		340M€	-1,3 point	88M€
ALD (Etablissements)		-5 points (*)		115M€	1,6 point	0M€
Génériques		5 points		55M€	3 points	33M€
AcBUS				53M€		0M€
Total				998M€		721M€

Source : CNAMTS (2006) (*)Dépenses en rapport avec une ALD/ total des dépenses du bizonne

Ce bilan appelle les commentaires suivants :

⁷⁴ Dont 625M€ d'économies pour le régime général.

⁷⁵ Source : CNAMTS (2006).

- Le montant d'indemnités journalières versées a diminué de -1,0% en droits constatés en 2005 malgré une baisse déjà observée en 2004 (-0,6 %). Ce mouvement concrétise l'effort réalisé en 2005 dans la prescription des arrêts de travail. Cependant, au vu de l'évolution sur une longue période (1996-2005) du nombre d'indemnités journalières versées, la baisse observée au cours de ces dernières années est loin de compenser la forte hausse observée au cours des années précédentes, entre le mois de décembre 1996 et le mois de mai 2002: +42,6 % sans rapport avec l'augmentation des effectifs salariés dans le secteur privé.
- Les baisses ou modérations dans les remboursements de prescriptions de médicaments correspondent aux cibles retenues (antibiotiques, statines et psychotropes) et s'expliquent à la fois par les baisses de prix enregistrées sur ces classes et par les efforts de modération des praticiens. Au total, sur l'ensemble de ces produits, l'économie réalisée est estimée à 168 millions d'euros tous régimes.
- La progression de la part des génériques de +3 points en 2005 génère une économie de 33 millions d'euros pour le Régime Général (évaluation après neutralisation des doubles comptes sur le montant des économies évalué sur les antibiotiques, les statines et les psychotropes).
- La diminution de -1,3 point de la part des dépenses remboursées à 100% (dépenses en rapport avec l'ALD) pour les patients en ALD génère une économie de 88 millions d'euros tous régimes.

2) La contrepartie en honoraires

Il n'existe juridiquement aucun lien entre les résultats de la maîtrise dite « médicalisée » et l'évolution de la rémunération des médecins.

Les médecins n'ont pas de droit à « une part » des économies en cause. Au demeurant définir jusqu'où les économies (à supposer qu'on sache les définir objectivement) sont imputables aux médecins est impossible.

Mais le lien maîtrise/revalorisation est de fait explicitement revendiqué. Il n'est pas assuré que cette option soit unanimement approuvée.

Quelque jugement qu'on porte, on constate qu'en 2006, les partenaires conventionnels ont déterminé le calendrier et les bases de calcul des revalorisations d'honoraires des médecins en tenant compte des résultats de la maîtrise médicalisée.

3) Les prévisions 2006

Le tableau suivant présente les objectifs de maîtrise médicalisée pour 2006 et 2007, tels qu'ils figurent dans l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins.

Engagements de maîtrise médicalisée

	Objectifs 2006	Objectifs 2007
Antibiotiques	Baisse de 10% des montants de prescription	Baisse de 5% des montants de prescription
Arrêts de travail (IJ)	Baisse de 1% des dépenses	Stabilisation des dépenses
Statines	Stabilité en montants de prescriptions	Stabilité en montants des prescriptions
Anxiolytiques et hypnotiques	Baisse de 5% des montants de prescription	Baisse de 5% des montants de prescription
Affections de longue durée (ALD)	Baisse de 4 points de la part des dépenses ALD	Baisse de 2 points de la part des dépenses ALD
Inhibiteurs de la pompe à protons (IPP)	Baisse de 3% de la croissance des dépenses remboursées	Baisse de 3% de la croissance des dépenses remboursées
Transport	Croissance de 3% des montants de prescription	Stabilisation des montants de prescriptions
Antihypertenseurs		Croissance de 6% seulement des montants de prescription
Actes diagnostiques et thérapeutiques redondants		Baisse de leur nombre, pour 30M€
Lits médicalisés		Baisse des prescriptions de location au-delà de la 1 ^{ère} année
AcBUS : efficacité des prescriptions d'anti-agrégants	Augmentation de 3 points du nombre de patients sous aspirine ou associée à un autre anti-agrégant	Idem
AcBUS : bon usage de la coloscopie après polypectomie	Taux de patients ayant bénéficié d'une polypectomie avec nouvelle coloscopie entre les 4 ^{ème} et 24 ^{ème} mois suivant la polypectomie inférieur à 0,5% à 2 ans	Idem

Source : avenant n°12 à la convention nationale des médecins

4) Les augmentations d'honoraires.

a) tableau d'ensemble pour les médecins

Le tableau suivant situe l'évolution des honoraires totaux et moyens par médecin sur la période septembre 2005- février 2006/septembre 2004- février 2005 (en date de soins).

Évolution des honoraires totaux et des honoraires moyens par médecin

Spécialité	Tous secteurs		Secteur 1 (hors DP)		Secteur 2 +1 DP	
	Évolution honoraires totaux	Évolution honoraires par tête	Évolution honoraires totaux	Évolution honoraires par tête	Évolution honoraires totaux	Évolution honoraires par tête
Omnipraticiens	3,6%	3,0%	4,4%	3,4%	-2,0%	-0,2%
Total spécialistes	2,1%	1,5%	2,0%	2,3%	2,2%	0,4%
Total médecins	2,7%	2,1%	3,2%	2,7%	2,2%	0,4%

Source : CNAMTS (2006)

Globalement, les honoraires des médecins sont en hausse de 2,7%, soit +2,1% par tête en moyenne.

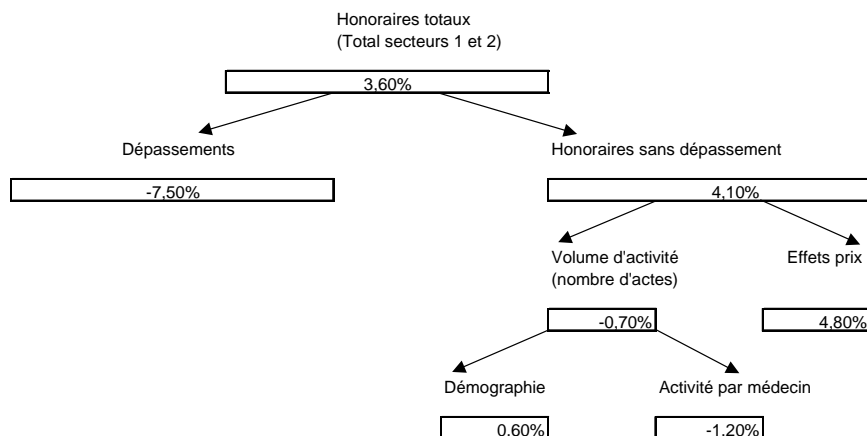
Les honoraires des omnipraticiens (+3% par patient) progressent plus rapidement que ceux des spécialistes (+1,5%).

Pour toutes les spécialités, les progressions d'honoraires sont nettement plus élevées en secteur 1. Ainsi, les honoraires moyens d'un généraliste de secteur 1 augmentent de +3,4% alors qu'ils diminuent légèrement en secteur 2. Un spécialiste enregistre une progression de ses honoraires de 2,3% en moyenne s'il exerce en secteur 1, de 0,4% s'il est en secteur à honoraires libres.

b) la situation des omnipraticiens

Le graphique suivant décompose les facteurs explicatifs de la croissance des honoraires des omnipraticiens entre septembre 2004- février 2005 et septembre 2005- février 2006 :

Décomposition des facteurs explicatifs de l'évolution des honoraires des omnipraticiens (tous secteurs)



Source : CNAMTS (2006)

Les honoraires sans dépassement ont augmenté plus vite que les honoraires totaux. La baisse des dépassements reflète pour une part la diminution du nombre d'omnipraticiens en secteur 2 (-2%, ils représentent 12,5% de l'ensemble des médecins en 2006), mais surtout une baisse des dépassements moyens par médecin (-8,1%).

Les honoraires sans dépassement s'accroissent de 4,1% (4,7% pour le secteur 1) malgré une baisse du volume des actes de -0,7% (soit -1,2% par médecin). L'analyse de la contribution des différentes composantes de la rémunération à la croissance globale des honoraires montre l'impact

très important des forfaits de coordination des soins pour les patients en ALD (+3,1%) et de la rémunération de la permanence des soins (+1,4%) alors que l'effet volume est négatif (-0,3%).

c) Anesthésistes et chirurgiens

- *Les anesthésistes réanimateurs.* Malgré la progression du secteur 2, l'évolution des honoraires n'est pas tirée par les dépassements, qui suivent globalement l'évolution des honoraires opposables et représentent au total, sur la période la plus récente, 14% des honoraires totaux (34% pour le secteur 2 et 1 avec DP). Sur les +12,4% de hausse des honoraires opposables, 1,4% vient de la revalorisation des astreintes et actes effectués dans le cadre de la permanence des soins⁷⁶. Hors rémunération de la permanence des soins, les honoraires augmentent à un rythme de +11%. Ces évolutions très soutenues proviennent moins d'une croissance de l'activité que des revalorisations tarifaires.

- *Les chirurgiens.* Au total, les chirurgiens ont vu leurs honoraires individuels augmenter de 0,9% en moyenne sur la période entre septembre 2004- février 2005 et septembre 2005- février 2006 (2,1% pour les honoraires opposables). Comme pour les anesthésistes, l'accroissement des honoraires ne résulte pas d'une augmentation d'activité mais des effets prix liés aux revalorisations. Selon les statistiques de la CNAMTS, 40% de la hausse des honoraires opposables vient de la permanence des soins (1,5% sur 3,7%).

d) historique de l'évolution des honoraires

Le tableau suivant situe l'évolution des honoraires de 2000 à 2005.

Évolution des honoraires

	Évolution 2001/2000	Évolution 2002/2001	Évolution 2003/2002	Évolution 2004/2003	Évolution 2005/2004	Évolution 2001/2004
Généralistes	1,9%	7,2%	8,3%	-1,2%	1,3%	4,0%
Spécialistes	2,8%	4,9%	5,0%	5,0%	2,3%	4,4%
Sages-femmes	11,4%	11,3%	8,6%	7,4%	12,3%	9,6%
Dentistes	10,3%	2,8%	6,5%	2,6%	-0,2%	5,5%
Total honoraires	3,8%	5,3%	6,4%	2,5%	1,6%	4,5%

Source : CNAMTS

On remarque que les honoraires ont progressé en 2005 à un taux de croissance moins élevé (+1,6% en 2005) que sur la moyenne des quatre années précédentes (+4,5%).

e) honoraires des chirurgiens dentistes

La convention nationale dentaire a pris des mesures spécifiques de revalorisation de nomenclature visant à améliorer prioritairement l'accès précoce aux soins pour tous, notamment par une revalorisation des actes de soins conservateurs et chirurgicaux à hauteur de 293 millions d'euros. Cette Convention a également pour objectif de renforcer la prévention bucco-dentaire en direction des jeunes de 6 - 9 - 12 - 15 et 18 ans, et d'organiser l'évolution de l'exercice professionnel par la mise en place de la Classification Commune des Actes Médicaux.

⁷⁶ Sur la période entre septembre 2004- février 2005 et septembre 2005- février 2006.

Il est à noter que le financement de ces avancées tarifaires a été rendu possible partiellement (137M€) par la modulation de la cotisation d'assurance maladie inscrite dans la loi du 13 août 2004.

Cette nouvelle convention a également permis de débloquer et d'améliorer les honoraires des traitements prothétiques et orthodontiques pour les bénéficiaires de la CMU-C ce qui contribuera à améliorer l'accès des plus défavorisés aux traitements dentaires.

Chapitre VII - LE MÉDICAMENT

Le Haut Conseil s'est attaché essentiellement à étudier la place du médicament dans le système de l'assurance maladie. Ses travaux n'ont pas porté sur les autres aspects de ce secteur industriel et commercial qui constituent une importante contribution à l'économie nationale, et notamment sont apport en investissements, en emplois, en exportations et en recherche-développement de molécules innovantes.

1) les médicaments sont un facteur éminent du progrès thérapeutique par leurs effets directs sur l'efficacité des soins, l'état de santé et l'espérance de vie. Ils contribuent par ailleurs à diminuer, toutes choses égales par ailleurs, les coûts hospitaliers (on sait ainsi qu'ils ont fortement contribué à la baisse de la durée de séjour dans les établissements de santé et à la réduction des activités chirurgicales).

Notre système est donc conçu pour mettre à la disposition des assurés tous les médicaments dans des conditions d'efficacité et de sécurité optimales

Le médicament est sans aucun doute l'élément le plus familier de notre consommation de soins. Plus de 3,1 milliards d'unités (boîtes, flacons, etc.) sont consommées par an, soit plus de 50 unités par personne.

a) Le médicament est un produit actif qui ne doit pas être pris à la légère⁷⁷. Aussi obéit-il à des règles strictes lors de sa mise sur le marché.

La totalité des pays ont mis en place des procédures administratives qui garantissent que les médicaments sont sûrs et efficaces. C'est l'objet de l'autorisation de mise sur le marché (AMM) dont la délivrance conditionne l'accès au marché français.

Les autorités d'enregistrement jouent un rôle de police sanitaire en vérifiant les conditions de fabrication des produits. Ainsi l'AFSSAPS effectue des contrôles sur les sites de production, en France ou à l'étranger. La directive 2003/94/CE du 8 octobre 2003 établit les principes et lignes directrices de bonnes pratiques de fabrication concernant les médicaments à usage humain et les médicaments expérimentaux à usage humain.

L'AMM repose sur une évaluation du rapport bénéfice/risque à partir des résultats d'essais cliniques, analyses comparatives des effets du médicament versus un *placebo* ou un autre produit existant sur le marché⁷⁸. L'AMM précisera en outre si le produit nécessite une prescription par un médecin ou s'il peut être acquis par un patient sans prescription médicale.

⁷⁷ Le risque d'interactions entre plusieurs médicaments croît fortement avec le nombre de produits consommés. A chaque nouveau produit ajouté, le risque est multiplié d'un facteur variant de 1,5 à 2 selon les études. La pharmacologie enseigne qu'au-delà de trois médicaments pris en même temps, les effets sont moins prévisibles. Une étude menée en 2004 (DREES études & statistiques, n°398, mai 2005) a constaté que sur 1000 journées d'hospitalisation, 52 étaient liées à des événements indésirables dus à des médicaments.

⁷⁸ Les autorités d'enregistrement se contentent en règle générale d'essais cliniques contre *placebo*. Dire qu'un produit est efficace signifie que l'essai clinique a mis en évidence, de manière statistiquement significative, que l'indicateur biologique ou clinique retenu est au moins égal à celui du placebo ou de l'autre produit de comparaison utilisé dans l'essai.

b) tous les médicaments éligibles par leur sécurité et leur efficacité sont mis à la disposition des patients. La procédure de délivrance de l'AMM ne permet donc pas de limiter *a priori* le nombre des produits sur le marché.

Ce souci de disposer de tous les médicaments dès lors qu'ils sont sûrs et efficaces a été renforcé dès 1994 par un dispositif original. Créée à la demande des associations de malades du SIDA l'autorisation temporaire d'utilisation (ATU) permet, dans le cas de pathologies graves (SIDA, cancer, certaines maladies neurologiques) et en l'absence d'autre alternative thérapeutique, d'administrer des médicaments nouveaux à des patients avant même l'AMM.

Cependant les laboratoires hésitent à engager des recherches sur des segments « peu rentables » si bien que la panoplie des médicaments reste bornée aux champs sur lesquels les laboratoires se portent spontanément au vu des marchés solvables envisageables.

Des efforts pour soutenir les médicaments soignant les maladies rares/et ou destinées aux pays pauvres ont déjà été entrepris, notamment au plan européen⁷⁹. Mais on est loin du compte et notre pays pourrait prendre des initiatives pour susciter un plan européen dont les projets seraient répartis à travers les états membres en s'appuyant sur des recherches conjointes public/privé.

2) Compte tenu des caractéristiques du médicament (utilité en matière de soins, dangerosité potentielle), leur distribution/dispensation est strictement encadrée

La recherche de la sécurité a conduit la France à instituer un monopole de la dispensation par des professionnels de santé bien formés. Ce monopole des pharmaciens est particulièrement étendu et comprend également les « produits frontières » (par exemple l'alcool à 90°, les insecticides applicables sur l'homme ou les produits d'entretien des lentilles oculaires), qui sont en vente libre dans beaucoup de pays européens. L'existence de ce monopole et les dispositions associées du code de la santé publique interdisent de fait la vente de médicaments en dehors des officines que ce soit par correspondance ou sur internet (la législation française interdit la publicité sur les médicaments remboursés auprès du grand public ; or il est difficile de vendre des produits en ligne sans les mentionner)⁸⁰.

La dispensation des médicaments ou de produits associés comprend une mission de conseil (posologie, moment des prises, indications et contre-indications, observance du traitement par le patient...) et requiert la présence effective du pharmacien à son officine. Une règle de « densité »

⁷⁹ Selon la commission européenne, cette politique porte ses fruits. En cinq ans, le programme d'incitation à la recherche, au développement et à la mise sur le marché de tels médicaments a suscité 450 demandes de « désignation orpheline ». Un million de patients dans l'UE souffrant de maladies rares chroniquement invalidantes peuvent bénéficier des premiers 22 médicaments « orphelins » qui ont obtenu une AMM. Par ailleurs, 270 autres médicaments ont été désignés comme orphelins mais sont encore soumis à des essais cliniques.

⁸⁰ La Cour de justice des Communautés européennes a jugé, quant à elle, qu'une interdiction nationale de vente par correspondance des médicaments constitue une mesure d'effet équivalent à une entrave à la libre circulation des marchandises. Cette entrave peut être justifiée pour des raisons de protection de la santé publique en ce qui concerne les médicaments soumis à prescription, mais non en ce qui concerne les médicaments non soumis à une telle prescription. CJCE 11 décembre 2003, Deutscher Apothekerverband c/ DocMorris NV. DocMorris est une pharmacie hollandaise située au voisinage de la frontière allemande qui vendait des médicaments par internet à des assurés allemands. Les pharmaciens allemands ont porté plainte. Le tribunal allemand a posé une question préjudicielle à la Cour de Justice Européenne. Celle-ci a reconnu que l'Allemagne avait le droit d'interdire la vente par internet sur son territoire uniquement de médicaments sur prescription.

de pharmaciens par officine a ainsi été fixée⁸¹. Cette règle constitue une exception française ; elle n'existe nulle part ailleurs dans l'Union européenne.

Le souci de confier la dispensation des médicaments à des professionnels compétents explique l'étendue de la formation requise du pharmacien (formation initiale d'une durée de six ans, formation continue obligatoire pour tout pharmacien inscrit au tableau de l'Ordre). Ce double souci de compétence et de neutralité du « service public » explique les règles garantissant l'indépendance du pharmacien⁸². L'interdiction de la publicité lui (ainsi qu'au médecins) donne une meilleure maîtrise de la prescription et du conseil.

L'accès au médicament doit être assuré en tout lieu de façon rapide et complète. Afin de favoriser l'accès des patients aux pharmacies officinales, un maillage dense sur le territoire a été institué. Il conduit aujourd'hui à un ratio « nombre d'officines par habitant » plus élevé en France que dans la plupart des autres pays européens⁸³.

L'accès au médicament doit porter sur la gamme complète des médicaments autorisés. Cette option est « lourde » à tenir, étant donné le nombre élevé de médicaments (en 2005, environ 6300 présentations remboursables et 2700 non remboursables ont été vendues à au moins une unité, nombre plutôt supérieur à ce qu'on connaît dans les pays européens – sauf en Allemagne) et à la très faible rotation de la plupart des médicaments. Cette particularité explique que les pharmaciens s'en remettent à un système fiable de distributions fréquentes par les grossistes répartiteurs.

En résumé la France a misé sur un système très encadré afin de garantir une distribution et une dispensation de qualité et un accès rapide de la population à des médicaments efficaces et sûrs.

Le Haut Conseil considère que ces principes sont solides.

En contrepartie, le système de distribution engendre des coûts significatifs : 30% du coût des médicaments délivrés en officine pour un coût unitaire de 2,7€ par boîte (prix public moyen unitaire d'un médicament remboursable en 2005 = 9,1€).

Il convient de procéder régulièrement à une analyse de fond de ce système pour en vérifier le bien fondé et en actualiser les fondements et mesures de mise en œuvre.

3) La prescription médicale, élément central de la consommation médicamenteuse

L'essentiel des médicaments consommés en France est constitué de produits à prescription médicale obligatoire⁸⁴ (55% en volume mais plus de 81% du marché en valeur). La prescription médicale apparaît alors comme le mode privilégié d'accès au médicament.

⁸¹ Au dessus d'un certain chiffre d'affaires (1,1 millions d'euros) la loi oblige à embaucher un nouveau pharmacien. Il faut deux pharmaciens entre 1,1 et 2,2 M€ de CA, et un pharmacien de plus par tranche de 1,1M€ de CA (soit environ 1 pharmacien pour une centaine d'ordonnances par jour).

⁸² Seuls des pharmaciens peuvent être propriétaires d'une pharmacie ou constituer une société en vue de l'exploitation d'une officine. Il ne peut y avoir de chaînes pharmaceutiques où un groupe posséderait plusieurs officines avec des salariés ou des franchisés. Cette règle vise à responsabiliser personnellement le pharmacien ; il ne peut pas déléguer sa responsabilité et se contenter de percevoir les bénéfices d'une exploitation dont il n'assume pas la maîtrise.

⁸³ une officine pour 2 560 habitants en France, contre une pour 3 300 habitants en moyenne en Europe, une pour 4 000 en Allemagne, une pour 4 800 habitants au Royaume-Uni, une pour 7 000 en Autriche et même autour de 10 000 habitants aux Pays-Bas ou au Danemark. Seuls les pays du sud de l'Europe comme l'Espagne et plus encore la Grèce (1 pharmacie pour 900 habitants), ont une densité plus forte que la France.

⁸⁴ Les médicaments sont répartis en produits à prescription médicale obligatoire et produits à prescription médicale facultative. C'est l'autorité d'enregistrement qui, en délivrant l'autorisation de mise sur le marché, décide du statut du médicament.

Cette prescription est-elle satisfaisante en France ? Poser cette question conduit à s'interroger sur :

- *le niveau global des prescriptions* : les médecins français prescrivent-ils beaucoup plus de médicaments que leurs confrères européens ? Les médecins français ont-ils, entre eux, des écarts de pratiques significatifs ? En d'autres termes, les médecins français sont-ils globalement de gros prescripteurs de médicaments et/ou bien existe-t-il parmi eux des différences notables dans la manière de rédiger les ordonnances ?

- *la qualité des prescriptions* : les médecins prescrivent-ils les médicaments à bon escient, de manière utile ? Qui définit cette utilité ? Qui s'assure du respect des règles d'utilisation des médicaments ?

a) Les données disponibles vont toutes dans le sens d'une forte prescription de médicaments par les praticiens français⁸⁵.

a1) la France est ainsi le pays où le poids du médicament dans le PIB est le plus élevé (sans que cela soit dû à un niveau de prix plus élevé)

Dépenses de produits pharmaceutiques en % du PIB en 2003

France	Etats Unis	Italie	Canada	Allemagne	Japon	Royaume uni
2,11	1,94	1,86	1,67	1,62	1,45	1,22

source : *Eco santé OCDE 2005*

Les comparaisons internationales concluent à une plus forte médicalisation des problèmes de société en France et un recours plus systématique aux médicaments dans la stratégie thérapeutique déployée par les médecins. Ce constat est compatible avec celui d'un déficit de couverture sur certaines maladies mal ou trop tard diagnostiquées ou mal prises en charge (c'est le cas du diabète par exemple).

Selon l'étude publiée par la CNAMTS en octobre 2005, « le rapport des Français et des Européens à l'ordonnance et aux médicaments »⁸⁶, l'équation « consultation = ordonnance = médicaments » est plus forte en France qu'ailleurs. En France, 90% des consultations se concluent par une ordonnance (en moyenne plus longue que dans d'autres pays), 83% en Espagne, 72% en Allemagne et 43% aux Pays-Bas. Ce taux de 90% est même jugé assez bas par les médecins interrogés dans le cadre de l'enquête, pour lesquels ces 10% de consultations sans ordonnance de

La directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, définit dans son article 71 les produits soumis à prescription médicale :

« Les médicaments sont soumis à prescription médicale lorsqu'ils :

- sont susceptibles de présenter un danger, directement ou indirectement, même dans des conditions normales d'emploi, s'ils sont utilisés sans surveillance médicale
- sont utilisés souvent, et dans une très large mesure, dans des conditions anormales d'emploi et que cela risque de mettre en danger directement ou indirectement la santé
- contiennent des substances ou des préparations à base de ces substances, dont il est indispensable d'approfondir l'activité et/ou les effets secondaires
- sont, sauf exception, prescrits par un médecin pour être administrés par voie parentérale. »

Les produits non soumis à prescription médicale sont par déduction les produits à prescription médicale facultative. Ils peuvent être acquis directement par les patients dans le cadre d'une automédication.

⁸⁵ Le document présenté par le Haut Conseil s'intéresse aux seuls médicaments consommés en ville. Pour autant, ils peuvent être prescrits à la fois par des médecins de ville (praticiens libéraux) et par des médecins hospitaliers. Cette dernière prescription est souvent négligée dans les études. Elle représentait néanmoins en 2004, 23% des médicaments remboursés par l'assurance maladie, soit 4,7Md€. Il peut s'agir de prescriptions faites par un praticien hospitalier à l'issue d'un séjour dans un établissement hospitalier ou bien lors d'une consultation externe ou à l'occasion de soins dispensés dans un service d'urgence.

⁸⁶ Cette étude réalisée par IPSOS Santé et publiée par la CNAMTS le 18 octobre 2005 a interrogé 1000 médecins et 4000 patients dans quatre pays : France, Allemagne, Espagne et Pays-Bas.

médicaments renvoient à des situations non thérapeutiques, comme la délivrance d'attestations pour la pratique sportive.

Lorsqu'on s'intéresse aux principales classes pharmaco-thérapeutiques, le constat est identique. Ainsi, avec environ 80 millions de traitements prescrits chaque année en ville, la France est le pays d'Europe où l'on consomme le plus d'antibiotiques. De même la France se situe depuis de nombreuses années parmi les plus grands consommateurs de tranquillisants et d'hypnotiques. Dès 1992, une étude du CREDES montrait que la France se situait parmi les plus grands consommateurs de médicaments anti-cholestérol, alors que le risque de maladies cardiovasculaires y est plus faible que dans les pays nordiques. Enfin le niveau de prescription des veinotoniques et vasodilatateurs demeure une singularité française.

Le niveau élevé de la consommation française de médicaments s'explique essentiellement par des habitudes de prescription et de consommation. Et la forte prescription observée renvoie plus à une pratique d'ensemble des médecins français qu'au comportement « aberrant » d'une minorité de médecins gros prescripteurs⁸⁷. Il va de soi qu'une action spécifique en direction de ces médecins s'impose en tout état de cause.

La politique à mener pour diminuer l'excès de prescription doit donc poursuivre ce qui est de l'ordre du « modèle français de prescription » plus que de ramener à la « norme » les praticiens « gros prescripteurs ».

a2) les raisons qui expliquent le niveau de la prescription sont complexes.

On l'explique trop souvent par la pression des laboratoires pharmaceutiques.

En fait, de nombreux facteurs s'entremêlent. Citons

- au premier rang, les limites de la formation initiale des médecins, jugée trop éloignée de la pratique médicale « en ville », de l'examen clinique et des relations humaines. L'absence de stages de terrain est déplorée.
- la FMC qui tarde à s'imposer

Le Haut Conseil considère que l'on devrait approfondir les analyses sur ces points.

Il faut par ailleurs poursuivre l'analyse des facteurs tenant à l'organisation et à la rémunération des soins donnés par les médecins qui pourraient influencer sur le montant et la structure des prescriptions.

a3) le niveau et la structure de la prescription pourraient être améliorés par une meilleure information des médecins prescripteurs.

Deux institutions, l'AFSSAPS (agence française de sécurité sanitaire des produits de santé) et la HAS (haute autorité de santé) définissent des documents de référence pour améliorer la qualité de la prescription.

⁸⁷ Si bien que résorber les disparités de prescription entre médecins (« ramener » à la moyenne les gros prescripteurs) n'est pas susceptible d'entraîner des économies massives. Une étude de la CNAMTS (Point de Conjoncture CNAMTS n°25) montre que si les « gros prescripteurs » modifiaient leur comportement et adoptaient la prescription moyenne des autres médecins, l'économie sur les médicaments pourrait être de 1,2 Md€ soit 8% de l'ensemble des prescriptions de médicaments.

L'autorisation de mise sur le marché définit notamment les indications et contre-indications pour tous les médicaments. Pour certains médicaments, il existe des référentiels de prescription⁸⁸, qui peuvent préciser les critères d'emploi des médicaments ou classes de médicaments, la durée du traitement, etc. La contribution de ces référentiels de prescription à la qualité de la prescription dépend de leur étendue et de leur diffusion.

Alors que tout médicament fait l'objet d'au moins une AMM et un avis de transparence, les référentiels de bon usage ne sont pas systématiques. On ne sait d'ailleurs pas quel pourcentage du marché des médicaments est actuellement couvert, de près ou de loin, par un référentiel de prescription à jour. On ne sait pas non plus quelle est la proportion souhaitable et réaliste de « couverture » par des référentiels (sans doute 100% est inatteignable).

La Haute autorité de santé devrait s'attacher à cette double étude.

Il serait par ailleurs opportun de s'interroger sur la manière dont sont élaborés les référentiels sur les classes de médicaments les plus vendus, comme les statines (anti-cholestérol) et les inhibiteurs de la pompe à protons (ulcères, lésions gastriques). On peut de même s'interroger sur le fait que l'arrivée d'une nouvelle classe thérapeutique ne soit pas, à l'heure actuelle, un critère de choix d'une recommandation de bon usage d'un médicament.

La diffusion des informations relatives aux référentiels de prescriptions et aux médicaments dans leur ensemble reste très partielle. L'information des médecins sur le médicament est le plus souvent jugée déséquilibrée, laissant une part prépondérante à la visite médicale organisée par les industriels du médicament. Les autorités publiques ont cherché à contenir et réorienter cette visite médicale⁸⁹. La récente charte de décembre 2004 entre le syndicat de l'industrie pharmaceutique (LEEM) et le Comité économique des produits de santé, marque une nouvelle étape en ce sens. Les débats qu'elle a suscités sont illustratifs de sa portée : scepticisme chez les uns, louange chez les autres, appel au durcissement de la charte (notamment lors de l'avenant qui introduit des limitations quantitatives à la visite médicale).

Quant aux systèmes d'information mis en place par les pouvoirs publics, ils sont à ce jour insuffisants. On dit déplorer l'absence d'une base publique d'information sur les médicaments. Pour être efficace, cette base devrait obligatoirement comprendre des éléments d'aide à la prescription tels que le SMR (service médical rendu), l'ASMR (amélioration du service médical rendu), les interactions médicamenteuses, les effets secondaires et les équivalents génériques (projet toujours en devenir).

Il faut de même regretter que la certification des logiciels d'aide à la prescription ne voit pas le jour avant le premier semestre 2007.

Néanmoins, la Haute autorité de santé qui s'est vu transférer les compétences du FOPIM par la loi du 4 août 2004, tant en ce qui concerne l'information des médecins que celle du public, a commencé à produire des fiches-produits qui accompagnent la mise sur le marché de médicaments pouvant avoir un impact important en termes de santé publique et qui fournissent aux prescripteurs des informations relatives au niveau de preuves des études retenues pour l'octroi de l'AMM et pour l'avis de la transparence ainsi que des conseils pratiques d'utilisation. L'impact des fiches-produits devra être évalué mais on peut d'ores et déjà considérer qu'elles constituent

⁸⁸ On regroupe ici sous le terme générique de références : les recommandations pour la pratique clinique (RPC) de la Haute Autorité de Santé, les conférences de consensus labellisées par elle, les recommandations de bonne pratique (RBP) de l'AFSSAPS, etc.

⁸⁹ plusieurs mesures existent : taxation des dépenses de promotion et/ou engagements avec le CEPS sur la réduction de la part du chiffre d'affaires consacré aux dépenses de l'espèce, interdiction de procédures « intéressantes » directement les médecins à la prescription des médicaments promus, l'institution d'une taxe non déductible sur la masse salariale des emplois commerciaux des laboratoires

une avancée dans le sens de la nécessaire diffusion d'une information sur les médicaments qui vienne équilibrer les informations en provenance de l'industrie pharmaceutique.

a4) l'action des partenaires conventionnels s'organise

A la différence des arrêts de travail pour lesquels la loi du 13 août 2004 a prévu des mesures organisant spécifiquement des procédures redressant les comportements aberrants de prescription, les régimes de base n'ont pas d'instrument juridique contraignant sur la prescription. On n'a pas donné de suites suffisamment concrètes à l'article 23 de la loi du 13 août sur le non respect des référentiels.

C'est donc sur d'autres plans que l'assurance maladie a entrepris d'infléchir les pratiques de prescription des médecins.

Jusqu'à ces dernières années, la qualité et le volume de la prescription de médicaments n'ont pas été au cœur des dispositifs conventionnels. L'expérience récente montre pourtant que l'action conjuguée des partenaires conventionnels et des autorités publiques peut contribuer à une meilleure prescription.

Ainsi l'action entreprise sur les antibiotiques montre que, bien menée, elle peut être efficace. En deux ans, la prescription d'antibiotiques a diminué de 13%⁹⁰. Depuis 2005, l'assurance maladie a démultiplié et systématisé ces actions visant à infléchir les pratiques de prescription médicamenteuse. Au-delà des antibiotiques, elles ont été étendues à d'autres classes de médicaments représentant des enjeux importants en termes de potentiel d'économies et de qualité de la prescription : les statines (anti-cholestérol) et les psychotropes en 2005, les inhibiteurs de la pompe à protons (ulcères, lésions gastriques) en 2006, les IEC et les sartans (hypertension artérielle, insuffisance cardiaque) en 2007.

Sur ces classes, les objectifs d'évolution négociés à l'échelon national avec les professionnels de santé (dans le cadre des accords conventionnels avec les médecins, mais aussi avec les chirurgiens-dentistes pour l'usage des antibiotiques par exemple), sont ensuite relayés sur le terrain par une action d'information et de sensibilisation des prescripteurs. On sait en effet - les recherches menées au plan international le montrent - que le contact direct avec les professionnels et le retour d'information sur leurs pratiques sont parmi les stratégies les plus efficaces pour agir sur les comportements individuels.

Le réseau de délégués de l'assurance maladie (DAM) participe de cette démarche. En complément des entretiens confraternels avec les médecins conseil, les 700 délégués effectuent des visites régulières auprès des différents professionnels, notamment les médecins généralistes, et leur restituent une information personnalisée sur leur pratique, comparée à celle de leurs confrères. Les éléments d'évaluation disponibles montrent un impact significatif de l'action des DAM⁹¹.

La MSA a, quant à elle, développé un logiciel (ARCHIMED, Analyse, Recherche, Informations médicalisées) intégrant des fonctions d'analyse sur la pratique des professionnels de santé et sur la consommation des assurés permettant aux services médicaux d'analyser les ordonnances au regard des pathologies et, ainsi, de repérer les anomalies de prescription. Le retour personnalisé d'informations aux médecins (par courrier ou entretien) sur leurs pratiques a permis de modifier sensiblement les habitudes de prescription des médecins.

Plus globalement, l'ensemble de ces programmes d'actions se traduit effectivement par une réelle inflexion des pratiques. Ainsi en 2005 les volumes de statines prescrits n'ont augmenté que de 6 à 7%, alors que la tendance antérieure était à +13% par an en moyenne. On note, ce qui est logique,

⁹⁰ Après correction des variations épidémiques, correction réalisée par l'Institut Pasteur.

⁹¹ A titre d'exemple, une expérimentation menée récemment par la CPAM de l'Aude et visant à faire privilégier les antibiotiques de première intention a fait diminuer de 10 % le coût de la ligne de prescription en trois mois, comparativement aux autres caisses de la région.

que ce changement de comportement de prescription concerne surtout les nouveaux patients : au deuxième semestre 2005, le nombre d'instaurations de traitements par statines a baissé de 20% par rapport à la même période un an auparavant, alors que la tendance antérieure était à une croissance rapide.

Cette inflexion semble se poursuivre : à fin mai 2006, les objectifs conventionnels sont atteints ou dépassés pour les trois classes thérapeutiques (les montants remboursés sont en recul de 10% pour les antibiotiques, de 5% pour les psychotropes et de 5% pour les statines, pour lesquelles l'objectif est une stabilisation).

a5) dans le couple médecin/patient et la pratique de prescription qui les lie, on ne doit pas oublier l'assuré social.

- le patient est insensible aux prix puisque la plupart du temps, les contrats de complémentaires couvrent le ticket modérateur. Par ailleurs, il baigne dans un univers qui valorise les techniques médicales « objectives » (la « première » chirurgicale, le dernier médicament innovant...) Sans doute est il à l'écart de la publicité directe et/ou comparative. Mais son approche générale de consommateur le pousse à considérer que l'ordonnance est la suite logique de la consultation.

Sa volatilité supposée et sa pression renforceraient le « réflexe de prescription » des médecins.

Il convient donc de reprendre le dossier de l'éducation à la santé.

- parallèlement, un effort méthodique doit être entrepris pour comprendre les habitudes d'observance actuelles des assurés et les améliorer. C'est une fonction qui revêt une importance majeure avec la sophistication des médicaments.

*

* *

Infléchir la prescription de médicaments constitue la priorité majeure du dossier du médicament.

b) la prescription des génériques

Lorsque le brevet d'un médicament tombe dans le domaine public, tout industriel peut fabriquer la même molécule et la commercialiser à son tour. Le médicament obtenu est dit *générique* du produit initial appelé *princeps*. Le générique est donc équivalent⁹² au princeps en termes de sécurité et d'efficacité et bénéficie bien entendu des mêmes contrôles de qualité pour sa fabrication. Comme son prix est inférieur au prix du produit initial, tous les pays cherchent à développer le marché des génériques afin de générer de substantielles économies pour la collectivité et de mieux couvrir le coût des innovations. En France, le gouvernement a fait du développement des génériques l'un des axes principaux de sa politique du médicament.

Il y a une dizaine d'années, la France était, avec des ventes de médicaments génériques inférieures à 2% de l'ensemble du marché des médicaments remboursables, l'avant-dernier pays de l'OCDE en termes de développement des génériques. Le marché des génériques s'est depuis fortement développé, passant de 130 millions de boîtes vendues en 2000 (marché de 560M€ en prix publics) à 380 millions de boîtes en 2005 (marché de 2,1Md€) soit une multiplication par quatre du marché en valeur sur les cinq dernières années. Mais malgré les progrès significatifs, le résultat est encore limité au regard des résultats obtenus dans nombre de pays étrangers (même si la comparaison est délicate compte tenu de la difficulté d'interpréter certains paramètres : règles d'administration des prix, ampleur des écarts entre les prix du princeps et ceux des génériques, ancienneté de la

⁹² Dans les analyses de bioéquivalence entre générique et princeps on étudie trois grandeurs : *le pic de concentration* du principe actif (C max) ; *la rapidité d'action* (T max) c'est-à-dire le temps au bout duquel apparaît le pic de concentration ; *l'aire sous la courbe* de concentration, c'est-à-dire la quantité de principe actif biodisponible dans l'organisme. Un produit générique est bioéquivalent à un produit princeps si tous les sujets expérimentaux qui ont servi aux essais de bioéquivalence ont des valeurs comprises entre 80% et 125% des valeurs du princeps. Cette fourchette est universellement utilisée par les commissions scientifiques des autorités d'enregistrement.

politique entreprise...). Les génériques ne représentent aujourd'hui qu'environ 15% de l'ensemble des boîtes de médicaments remboursables en France contre 56% en Allemagne et 53% au Royaume-Uni et aux Etats-Unis.

La modestie relative du marché français des génériques est liée

- à titre principal, à l'étroitesse du marché des produits du répertoire français (c'est l'ensemble des molécules qui existent à la fois sous une forme princeps et une forme générique et qui permettent au pharmacien d'exercer son droit de substitution). En 2000 le répertoire représentait 22,5% en volume et 19% en valeur du total des médicaments remboursables ; en 2005 ces chiffres étaient respectivement de 25% et 17,4%. **Cette situation provient de ce que les médecins prescrivent encore insuffisamment dans le répertoire** alors qu'ils pourraient le faire davantage. Pour de nombreuses pathologies, nombre de patients pourraient être soignés, sans « perte de chances » avec les médicaments du répertoire. L'amélioration du taux de prescription dans le répertoire dégagerait alors de substantielles économies.

- à titre secondaire, à l'insuffisance du taux de délivrance de génériques dans le répertoire. C'est récemment que les pharmaciens ont obtenu le droit de substitution. Profitant de conditions de rémunération très favorables, ils ont réussi à porter le taux de pénétration à 67% (en avril 2006). On peut encore progresser.

Le Haut conseil se félicite de l'accord tripartite (syndicats médicaux, syndicats pharmaceutiques, assurance maladie) qui précise que « *à l'occasion de sa prescription et, notamment, lors d'une primo prescription, le médecin privilégie, parmi les thérapeutiques adaptées aux besoins du malade, celle figurant dans le répertoire des génériques avec l'objectif d'assurer une part de la prescription dans le répertoire croissante, notamment pour le groupe des statines, celui des inhibiteurs de la pompe à protons et celui des IEC Sartans*⁹³ »

4) la prise en charge des médicaments par l'assurance maladie : garantir l'accès à tous les médicaments pour autant qu'ils répondent à des exigences minimales de service rendu.

Les médicaments pris en charge par l'assurance maladie représentent la quasi-totalité du marché puisque 90% des unités et 93% du marché (en chiffre d'affaires au prix fabricant) sont remboursables par les régimes sociaux⁹⁴.

Répartition du marché des médicaments (Chiffre d'affaires 2005 PFHT en M€) selon l'obligation de prescription et le taux de remboursement

Vignette	Prescription obligatoire	Prescription facultative	TOTAL
Non remboursable	366	941	1 308
15%	0	344	344
35%	1 415	1 464	2 879
65%	12 618	867	13 486
100%	1 263	0	1 263
Total	15 662	3 617	19 279

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

⁹³ Il n'existe pas de groupe IEC Sartans. Seul le groupe des IEC est au répertoire des génériques. Les sartans ne pourront être au répertoire des génériques qu'à partir de 2009, date de la fin de la période de protection des brevets.

⁹⁴ Un médicament remboursable est un médicament « vignetté ». Il existe quatre taux de remboursement : 15% (vignette orange), 35% (vignette bleue), 65% (vignette blanche) et 100% (vignette blanche barrée). Pour qu'un médicament remboursable soit effectivement remboursé, il faut qu'il soit prescrit par un praticien et présenté au remboursement par l'assuré social.

Tandis que l'autorisation de mise sur le marché est, dans l'Union Européenne, une compétence de plus en plus communautaire, l'admission au remboursement d'un médicament demeure une compétence nationale. La plupart des pays, comme la France, élaborent une liste explicite ou « liste positive » définissant les médicaments pris en charge par les financeurs publics.

La vocation des régimes de base est de prendre en charge tous les médicaments pour autant qu'ils répondent à des exigences minimales de service rendu et seulement ceux-ci, et ce à raison de leur utilité.

La procédure d'admission au remboursement et de fixation du prix répond à cet objectif

L'initiative de la demande de remboursement échoit à l'entreprise pharmaceutique qui sollicite auprès de l'administration l'inscription de son produit sur la liste des spécialités remboursables. La HAS (commission de la transparence), les services de l'Etat et le Comité économique des produits de santé instruisent successivement le dossier. L'admission au remboursement est décidée par le ministre de la santé.

a) Le Service médical rendu (SMR), un indice composite qui détermine le taux auquel peuvent être remboursés les produits par l'assurance maladie, dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste des spécialités remboursables

Les dispositions qui définissent les critères d'inscription sur la liste des médicaments remboursables sont regroupées dans le décret du 27 octobre 1999. L'inscription est fondée sur un critère de niveau absolu : le **service médical rendu**. Un médicament est inscrit au vu de l'appréciation du service médical rendu qu'il apporte. Le SMR d'un médicament est apprécié par la commission de la transparence⁹⁵, en tenant compte :

- de l'efficacité et des effets indésirables du médicament,
- de sa place dans la stratégie thérapeutique au regard notamment des autres thérapies disponibles,
- de la gravité de la pathologie à laquelle il est destiné,
- du caractère préventif, curatif ou symptomatique du traitement médicamenteux,
- de son intérêt pour la santé publique.

Le décret précise en outre que "*les médicaments dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles ne sont pas inscrits sur la liste*" (des spécialités remboursables).

Il n'existe aucun algorithme d'attribution « automatique » du niveau de SMR⁹⁶ sur la base des éléments du dossier du médicament. La pondération de chacun des cinq critères de définition du SMR n'est pas fixe. Cela ne doit guère surprendre puisqu'on ne peut évaluer de la même manière un produit destiné au traitement d'une pathologie gravissime pour laquelle il y a peu de traitements connus et un produit destiné à soulager des symptômes d'une affection bénigne. Ainsi le critère d'efficacité ne jouera pas de manière identique dans les deux cas. Dans le premier cas, le

⁹⁵ La commission de la transparence (nouvelle commission mise en place par décret du 26 septembre 2003), comprend (Article R163-15 du CSS) 20 membres titulaires ayant voix délibérative et 8 membres ayant une voix consultative (le directeur de la sécurité sociale ; le directeur général de la santé ; le directeur de l'hospitalisation et de l'organisation des soins ; le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ; les directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ; un représentant des organisations syndicales représentatives des fabricants de produits pharmaceutiques). Aujourd'hui la commission de la transparence est l'une des commissions de la HAS.

⁹⁶ Quatre niveaux de SMR existent : A : majeur ou important ; B : modéré ; C : faible mais justifiant néanmoins une prise en charge et D : insuffisant pour justifier une prise en charge collective.

produit, même peu efficace pourra bénéficier d'un fort niveau de SMR alors que dans le deuxième cas, une faible efficacité pourra conduire à un faible niveau de SMR.

La fixation du niveau de SMR détermine le taux de remboursement par les régimes d'assurance maladie, dès lors qu'ils sont inscrits sur la liste des spécialités remboursables

On peut résumer la situation ainsi (article R.322-1, 2° du code de la sécurité sociale) :

Taux de remboursement « taux de la vignette »⁹⁷

Service Médical Rendu	Pathologie « grave »	Pathologie « sans caractère habituel de gravité »
Majeur ou important	65%	35%
Modéré	35%	35%
Faible mais prise en charge sécu.	35%	35%
Insuffisant	Pas de prise en charge sécu.	Pas de prise en charge sécu.

L'immense majorité des produits est constituée de médicaments « à 65% ». C'est le cas pour près de 64% des unités vendues en 2005 et 75% du chiffre d'affaires au prix fabricant hors taxes.

Les niveaux de SMR attribués aux médicaments ne sont pas immuables et des réévaluations ont lieu régulièrement. Ces réévaluations se traduisent par des déclassements de produits (baisse du taux de remboursement de 65% à 35%) ainsi qu'un certain nombre de déremboursements de produits à SMR insuffisant. En effet, le décret d'octobre 1999 pose le principe de non inscription des produits à SMR insuffisant (SMRi) sur la liste des spécialités remboursables.

La politique de révision des taux de remboursement n'est pas aisée. C'est notamment le cas des médicaments à SMRi⁹⁸. Ce pourrait être le cas de tout ou partie des médicaments en automédication.

b) L'automédication

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

La part des médicaments d'automédication [définition large (totalité des médicaments PMF) ou définition plus restreinte (médicaments PMF non remboursables)] dans le total du marché de ville diminue sur la période 1996-2005, notamment pour la partie non remboursable dont le poids dans

⁹⁷ Un petit nombre de médicaments comme les anticancéreux, les antirétroviraux ou les hormones de croissance sont, par nature, remboursables à 100%. Ces produits représentaient en 2005 environ 10 millions d'unités et 1,2Md€ de chiffre d'affaires (au prix fabricant hors taxe).

⁹⁸ Si le déremboursement des SMRi reste l'objectif « à terme », les pouvoirs publics ont longtemps hésité à « sauter le pas ». Ainsi la réévaluation de juin 2001 qui avait attribué 835 SMR insuffisants n'a pas débouché sur le déremboursement immédiat de ces produits. Une première série de mesures a été prise [baisse du taux de prise en charge de 65 % à 35 % et baisses de prix (de 2000 à 2002)]. Une nouvelle évaluation a été demandée en 2002 et, sur environ 500 produits réévalués depuis, 220 ont été déremboursés (70 en septembre 2003 et 152 le 1^{er} mars 2006). Une nouvelle phase de réévaluation est actuellement en cours et concerne 141 spécialités à prescription médicale obligatoire, essentiellement les vasodilatateurs périphériques et centraux et les anti-diarrhéiques. Quant aux veinotoniques, dont le SMR avait été jugé insuffisant par la commission de la transparence en 2001, ils sont remboursés aujourd'hui à un taux « transitoire » de remboursement de 15%, taux créé depuis le 1^{er} janvier 2006, leur déremboursement étant prévu pour 2008.

le chiffre d'affaires de ville a été pratiquement divisé par 2 depuis 10 ans. Cette faiblesse du marché français d'automédication positionne la France au dernier rang des pays européens.

Puisque de nombreux produits à PMF ne sont pas stratégiques dans la pharmacopée et ne sont pas d'un prix élevé, certains pays les ont exclus du périmètre de prise en charge, réservant les ressources publiques au financement d'autres produits ou soins plus stratégiques.

Une politique de ce type doit être mise en regard

- des problèmes que soulève l'augmentation des prélèvements obligatoires
- du risque que le maintien de tout ou partie de ces médicaments dans le périmètre des prises en charge exerce un effet d'éviction sur d'autres dépenses plus pertinentes
- des formules alternatives d'augmentation du ticket modérateur (ticket modérateur variant notamment avec le prix comme c'est le cas en Allemagne ; franchise plafonnée...)

Par ailleurs, il faut examiner attentivement

- les risques de report sur d'autres médicaments éventuellement plus coûteux
- l'incidence de ces remboursements sur la politique des organismes de couverture complémentaire (faut-il que les pouvoirs publics prennent position ? et dans quel sens ? faut-il au contraire laisser les organismes de couverture complémentaire maîtres de leurs choix ?)
- les modalités de sortie du régime des prix administrés, principe qui a recueilli l'accord du Conseil.

Le Haut Conseil considère qu'il est légitime d'étudier ces problèmes avec méthode et sans a priori.

Si elle devait être entreprise, une telle démarche devrait s'accompagner d'une véritable information des patients sur la nature des produits d'automédication et d'une meilleure communication sur les critères de remboursement d'un médicament.

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

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

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

Il convient de tordre le cou à cette idée reçue.

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

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

c) un autre critère conditionne l'inscription d'un médicament sur la liste des spécialités remboursables : l'amélioration du service médical rendu (ASMR).

L'article R.163-5 du code de la sécurité sociale précise : « *Ne peuvent être inscrits sur la liste prévue à l'art. L.162-17 : (...) 2° Les médicaments qui n'apportent ni amélioration du service médical rendu appréciée par la commission [de la transparence], ni économie dans le coût du traitement médicamenteux. 3° Les médicaments susceptibles d'entraîner des hausses de consommation ou des dépenses injustifiées (...).* ».

Le texte dit clairement que si le produit étudié ne présente aucune amélioration du service médical rendu, il ne pourra être remboursé que s'il génère une économie dans le coût du traitement médicamenteux.

La commission de la transparence évalue le niveau d'ASMR en comparant, lorsque cela est possible, le nouveau médicament à d'autres produits commercialisés.

Contrairement au SMR pour lequel les critères sont définis par décret (R163-3), il n'existe pas de définition réglementaire de l'ASMR. Le critère principal retenu par la transparence pour déterminer si un produit entraîne une ASMR (amélioration du SMR) est la modification de la stratégie thérapeutique. Quant au niveau de l'ASMR il correspond à l'évaluation de la « quantité d'effet » apporté par le produit comparativement aux produits sur le marché.

La question des comparateurs retenus est donc centrale. Les commissions d'enregistrement qui autorisent la mise sur le marché d'un médicament se contentent d'études cliniques *versus* placebo. Avec de tels dossiers, c'est-à-dire en l'absence de données de comparaison directe entre produits, la commission de la transparence n'est pas en mesure d'évaluer l'amélioration du service médical rendu par rapport aux produits existants. Autant le SMR peut être considéré comme une mesure absolue, autant l'ASMR n'a de sens que comme mesure relative. Les niveaux d'ASMR sont attribués par référence à un ou plusieurs produits d'une classe pharmaco-thérapeutique donnée⁹⁹. S'il n'existe pas d'éléments directs de comparaison, la commission est obligée de procéder par comparaisons indirectes en examinant les résultats de différents produits évalués contre placebo et en les comparant ensuite. Cette procédure n'est pas optimale et les évaluateurs devraient pouvoir disposer de données permettant des comparaisons directes entre produits.

Depuis 2000, selon les années, entre 60% et 80% des ASMR délivrées par la commission de la transparence pour des demandes d'inscription ou d'extension d'indication sont des ASMR V, c'est-à-dire sans amélioration de service médical rendu. Autrement dit, entre 60% et 80% des nouveaux produits évalués depuis 2000 ne font pas mieux que ceux qui sont déjà sur le marché. On peut se demander alors si l'inscription des produits sur la liste des spécialités remboursables est optimisée.

L'admission au remboursement d'un sixième ou septième *me-too* (légitimement assorti d'une AMM et d'un SMR associé à la prise en charge collective) n'est justifiée que si elle se fait à un niveau de prix où il apporte une économie, malgré l'effet inflationniste qu'il peut avoir sur la consommation globale de médicament. Or, comme l'indiquait le Haut Conseil dans son rapport du 23 janvier 2004, la liste positive des produits pris en charge par l'assurance maladie doit être gérée en flux d'entrées et de sorties en fonction du progrès thérapeutique. Certains pays ont cherché à limiter le nombre de médicaments équivalents remboursables, comme la Nouvelle-

⁹⁹ Il y a cinq niveaux d'ASMR : de ASMR I (avancée thérapeutique majeure) à ASMR V (pas d'amélioration par rapport aux produits de références étudiés, c'est-à-dire que l'efficacité clinique et la sécurité du produit étudié ne sont pas différentes de celles des produits existants, avec une marge de tolérance d'environ 15%). L'idée de comparaison des produits est ancienne puisque c'est le professeur Maurice Rapin, premier président de la Commission de la transparence (1980) qui a introduit les échelles d'évaluation. A l'époque les produits étaient classés en fonction de leurs progrès en termes d'efficacité ou de tolérance.

Zélande qui opère une sélection draconienne parmi les nouveaux médicaments¹⁰⁰, à tel point qu'elle n'a jamais remboursé les coxibs par exemple.

5) le prix des médicaments remboursables, négocié entre le laboratoire pharmaceutique et le Comité économique des produits de santé, dépend principalement de l'amélioration que le produit apporte par rapport aux spécialités existant dans sa classe pharmacothérapeutique¹⁰¹.

a) médicaments sans ASMR (68,5% des produits sur la période 2000-2005)

Comme on ne peut inscrire sur la liste des médicaments remboursables « *les médicaments qui n'apportent ni amélioration du service médical rendu ni économie dans le coût du traitement médicamenteux* » ou « *les médicaments susceptibles d'entraîner des hausses de consommation ou des dépenses injustifiées* » (article R.163-5 du CSS), un produit sans ASMR (c'est-à-dire ASMR niveau V) doit nécessairement générer des économies.

Comment définir les économies que doit générer le produit sans ASMR ?

Dans les années 80 la commission économique qui statuait sur le prix du médicament fixait le prix de tout nouveau produit « similaire » à 90% du prix du produit précédent de référence.

L'analyse méthodologique proposée par le Comité économique part du constat qu'il ne peut y avoir de règle simple et automatique définissant le niveau de l'abattement optimal par rapport au produit de comparaison. En effet, le choix du produit de comparaison est complexe ; elle dépend de la gamme dans laquelle va s'insérer le nouveau médicament ou des équivalents commercialisés à un prix éventuellement moins élevé par d'autres laboratoires, etc. Il faut par ailleurs à chaque fois définir le coût à analyser : coût de traitement journalier, coût d'une cure, coût d'un conditionnement.

Par ailleurs l'économie à rechercher ne se mesure pas à l'écart des prix unitaires entre le nouveau médicament et ceux des produits de comparaison mais à l'économie de dépense, c'est-à-dire au produit des écarts de prix par les volumes de vente. Si l'arrivée d'un nouveau produit ne peut accroître le marché (indications précises et limitées), autrement dit si le produit va prendre des parts aux autres produits déjà installés, alors tout écart de prix entraînera une économie. En revanche, si le nouveau produit peut avoir un effet d'accroissement du marché, il faut alors être plus exigeant en termes de baisse de prix demandée au nouvel entrant.

b) médicaments avec ASMR

b1) le dépôt de prix

Une procédure d'inscription accélérée a été prévue pour les médicaments qui ont une ASMR de niveau I (4,4% des ASMR) ou II (7,1% des ASMR) pour leurs indications principales, et une

¹⁰⁰ Pharmac, l'agence néo-zélandaise, opère soit par appel d'offres, soit par négociation de prix globale portant sur plusieurs médicaments. En règle générale, Pharmac ne rembourse un nouveau médicament que s'il est moins cher que les équivalents remboursés ou que le fabricant accepte de baisser le prix d'autres médicaments. Entre 1994 et 2002, cette agence a « délisté » autant de médicaments qu'elle n'en a « listé ».

¹⁰¹ « *Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament.* » (article L.162-16-4 du code de la sécurité sociale).

ASMR de niveau III uniquement pour les médicaments orphelins, les médicaments pédiatriques et ceux dont le chiffre d'affaires prévu par l'entreprise en troisième année de commercialisation ne dépasse pas 40M€ (les ASMR III représentent environ 9,5% du total des ASMR). L'entreprise s'engage à ce que le prix déposé soit « cohérent » avec les prix acceptés dans les pays suivants : Allemagne, Espagne, Italie, Royaume-Uni. Elle s'engage aussi, au cas où les ventes dépasseraient les prévisions fournies pour les quatre premières années de commercialisation, à compenser financièrement par des remises conventionnelles les surcoûts pour l'assurance maladie. Cette procédure n'est pas très utilisée¹⁰² et le CEPS relève dans son rapport 2004 que « *ce n'est que pour environ la moitié des spécialités qui a priori auraient pu relever d'une telle procédure que la demande a été présentée* ».

b2) les produits à ASMR III (hors dépôt de prix) et à ASMR IV

Comme le rappelle le CEPS, « *la discussion du prix d'un médicament avec ASMR constitue une négociation ouverte où se confrontent les exigences de l'entreprise et la nécessité ou l'urgence plus ou moins grande en termes de satisfaction des besoins de santé, que le médicament soit inscrit au remboursement* ».

S'il n'existe donc pas de règle générale ni d'échelle d'écarts de prix associée aux ASMR, on peut toutefois présenter quelques règles utilisées par le CEPS.

- « *Lorsqu'un médicament d'ASMR IV est destiné à remplacer dans les prescriptions un médicament générique ou en passe de l'être* », le CEPS proposera « *un prix – ou un échéancier de prix – tel que l'inscription n'entraîne, à court et moyen terme, aucun surcoût pour l'assurance maladie* ». En fait, le CEPS calcule le coût de traitement journalier de la classe résultant de l'arrivée du générique (sous l'hypothèse d'une répartition princeps-générique donnée) et propose ce prix moyen pondéré au produit d'ASMR IV candidat à entrer dans la classe. **On notera toutefois que lorsqu'un produit d'une classe est générique, il n'y a pas de révision des prix au sein de la classe pour l'ensemble des autres produits non génériques.**

- Lorsqu'un produit d'ASMR IV à inscrire a la même population cible que son comparateur, le CEPS considère « *qu'un bénéfice suffisant de l'innovation pour l'entreprise consistera dans l'accroissement de ses parts de marché, sans qu'il y ait lieu d'y ajouter un avantage de prix* ». Autrement dit, le comité juge que l'avantage commercial lié à la reconnaissance de l'ASMR IV par rapport au comparateur est suffisant en termes concurrentiels et qu'il n'y a pas lieu de fixer le prix du produit entrant à un niveau supérieur à celui du comparateur.

6) L'analyse du fonctionnement du système français de fixation des prix du médicament montre qu'il est plutôt efficace.

a) Il n'existe pas sur le marché des médicaments remboursables de régulation économique par les prix.

L'assurance maladie obligatoire s'interdit d'avoir une politique de sélection des produits à rembourser dès lors que les médicaments sont inscrits sur la liste des spécialités remboursables.

¹⁰² en 2004, 9 médicaments dont 8 ASMR III et 1 ASMR II ont demandé à bénéficier de cette mesure. Le CEPS a refusé le dépôt de prix pour 2 demandes. Pour l'un des produits, il s'agissait d'une question d'ordre administrative (cession de la spécialité concernée à une entreprise qui n'a pu se prévaloir de sa qualité d'exploitant au moment du dépôt de la demande). Pour l'autre, l'hypothèse d'un CA supérieur à 40M€ en troisième année ne pouvait être écartée compte tenu de la population cible estimée par la commission de la transparence.

De même elle n'a pas à proprement parler de politique d'achat même si elle intervient dans le cadre de la maîtrise médicalisée sur un certain nombre de prescriptions médicamenteuses (accords conventionnels sur les antibiotiques, psychotropes, statines, etc.) et sur le marché des génériques. En revanche elle intervient sur la fixation des prix par sa participation au Comité économique des produits de santé.

L'assurance maladie complémentaire ne contribue pas non plus à une régulation économique par les prix et, faute d'informations précises sur les produits qu'elle finance, elle ne peut réorienter le marché. Elle intervient, comme l'assurance maladie obligatoire, sur la fixation des prix par sa participation au CEPS.

Les assurés sont, dans la quasi totalité des cas, insensibles aux prix des médicaments remboursables du fait de la prise en charge de base et complémentaire. En outre, contrairement aux produits de consommation courante pour lesquels les consommateurs sont aptes à comparer la qualité des produits et peuvent faire arbitrer entre prix et volumes, les patients sont, dans le cas des médicaments de prescription (plus de 80% du marché des médicaments de ville), incapables de faire ce type d'analyse et un tel arbitrage n'aurait aucun sens.

Puisqu'il n'y a pas de véritable régulation par les prix, leur fixation par l'administration est essentielle.

On cherche alors à rendre compatibles deux objectifs :

- assurer aux acteurs industriels une rentabilité raisonnable ;
- contenir les dépenses collectives des médicaments.

Le travail du Comité Economique des Produits de Santé consiste, entre autres, à négocier des conventions de prix avec les industriels du médicament en s'appuyant sur le critère de l'ASMR¹⁰³.

b) Les principes de ce système sont sains et conduisent à des niveaux de prix cohérents.

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

b1) Ce système présente cependant une faiblesse significative.

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

On peut y parvenir :

- en amenant les médecins à prescrire dans le répertoire (ce qui pourrait amener les laboratoires commercialisant des produits de la classe thérapeutique à baisser leurs prix devant la pression concurrentielle liée à la montée de la prescription dans le répertoire). La réorientation des

¹⁰³ La pratique du CEPS ne fait guère de place aux études médico-économiques ou pharmaco-économiques. Sans doute la plupart des travaux proposés par les laboratoires ne permettent-ils pas de se faire une idée des rapports coût-efficacité des produits. De même, l'analyse des économies générées dans d'autres secteurs (en termes de substitution de coûts hospitaliers par exemple) est peu crédible. Mais il y aurait lieu d'approfondir cette approche. En effet, si l'analyse médico-économique peut paraître *a priori* vaine aux décideurs puisqu'on a rarement, voire jamais, vu la dépense globale de médicaments baisser à la suite de l'introduction d'un nouveau produit, il n'empêche que la collectivité peut avoir grand intérêt à savoir à quel prix elle accepte de payer un surplus d'utilité, de qualité ou de bien-être apporté par un nouveau produit.

prescriptions doit être en tout état de cause pleinement recherchée avec l'appui des partenaires conventionnels.

- en révisant les prix au sein de la classe pour laquelle un générique existe. Certes le CEPS, lorsqu'il examine le cas d'un nouvel entrant dans une classe assez homogène, est particulièrement exigeant dans la fixation du prix de ce produit, y compris jusqu'à accepter le prix du générique. Mais ce mécanisme ne règle pas le cas des produits « *me-too* » déjà installés et qui ont un prix supérieur à celui des génériques. Revoir à la baisse ces prix à l'expiration du brevet du premier produit d'une classe pharmaco-thérapeutique en établissant un schéma de convergence¹⁰⁴ des prix serait conforme aux intérêts des assureurs – qui n'ont pas, rappelons le, la possibilité de mettre en œuvre une politique d'achat. Les laboratoires concernés objectent que cette révision à la baisse affecterait leur situation pour des médicaments qui n'ont pas atteint la limite temporelle de protection et qu'il n'y a pas lieu de réduire la « garantie de durée » de leur prix initial qui rentabilise leur investissement.

Le haut Conseil recommande qu'une formule de convergence réaliste soit étudiée. Elle devrait s'imposer rapidement si l'on ne parvient pas à réorienter la prescription vers le répertoire.

b2) le haut Conseil s'est accordé sur l'opportunité d'étudier les conditions d'une libération du prix des génériques (qui serait remboursé sur la base du prix effectif dans la limite du plafond du prix d'introduction, actuellement fixé à 50% du princeps).

7) du prix fabricant au prix public : le coût de la distribution et de la dispensation des médicaments

L'organisation de notre système dont on a reconnu les qualités en termes de distribution, de dispensation et d'accès rapide de la population à des médicaments efficaces et sûrs, induit des coûts qu'il y a lieu d'étudier.

Bien qu'il soit difficile de comparer le poids de la distribution des médicaments entre les pays (notamment compte tenu des écarts de prix publics hors taxes), la France se situe à un niveau intermédiaire, avec une part d'environ 30% du prix public hors taxe pour la distribution/dispensation.

a) le système de rémunération initial conduisait spontanément à une progression importante des marges

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

La proportionnalité de la marge est d'autant plus inopportune que le prix de la boîte de médicament augmente de façon substantielle, avec une nette accélération dans les dernières années. Il est ainsi passé de 4,27 à 6,38€ en euros courants entre 1996 et 2005, soit une augmentation de près de 50% (TCAM de 4,5% en euros courants, soit 3,1% en euros constants)

¹⁰⁴ Qui pourrait être moins drastique que la formule allemande des *jumbo références*.

C'est dans ce contexte qu'on peut apprécier les réformes de la marge intervenues depuis 1990 (pharmaciens) et 1999 (grossistes) qui ont substitué au système proportionnel une formule dégressive par tranche de prix.

La dégressivité d'ensemble de la marge produit ses effets avec l'augmentation tendancielle du prix de la boîte de médicament. Mais si le taux de marge moyen diminue, la marge brute continue d'augmenter.

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

b) c'est pourquoi des ajustements ont été mis en œuvre pour diminuer les marges de distribution et de dispensation.

b1) pour les grossistes répartiteurs

- diminution en 2004 du taux de marge de la première tranche de 10,64% du prix fabricant à 10,30% (rappelons que 64% du chiffre d'affaires (en PFHT) concerne des médicaments de cette tranche) et introduction d'une troisième tranche de marge au-delà de 150€.

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

Entre 1996 et 2004, cette contribution est passée de 100M€ à 291M€ (taux de croissance annuelle moyenne de +14,3%), et représente 1,8% du chiffre d'affaires total des grossistes-répartiteurs.

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

b2) pour les pharmaciens

La croissance de la marge brute sur les médicaments princeps et la forte progression des marges arrière consenties aux officines dans le cas de médicaments génériques a conduit – entre autres facteurs – les pouvoirs publics à procéder à l'automne 2005 à un ajustement substantiel des marges¹⁰⁵.

Conséquences des mesures relatives aux génériques du plan médicament 2005 sur les marges de distribution

Remarque : Sont présentées dans cet encadré les récentes décisions des pouvoirs publics relatives aux produits génériques et aux produits princeps du répertoire. D'autres mesures sont intervenues ou sont prévues dans le cadre du plan médicament. Ainsi des baisses de prix ont eu lieu en 2006 sur des produits hors répertoire (économie pour l'assurance maladie de 165M€, dont une perte de marges des pharmaciens d'environ 60M€ en 2006). De même, depuis le 1^{er} mars 2006, 156 médicaments sont retirés du remboursement (économie potentielle en année pleine de 230M€ pour l'assurance maladie). Enfin la montée en charge des conditionnements de trois mois devrait rapporter, sur la période 2006-2007, 180M€ à l'assurance maladie. Il conviendra de mesurer les effets réels de ces deux séries de mesures (déremboursement, gros conditionnements) sur les marges de distribution.

1) Mesures sur les génériques et le répertoire des génériques :

¹⁰⁵ Conscients des conséquences négatives que pourrait avoir la diffusion de marges arrière, dès octobre 2001 les deux syndicats professionnels de pharmaciens (UNPF et FSPF) s'étaient rapprochés des pouvoirs publics pour trouver une solution au problème. La solution proposée alors par les pharmaciens, à savoir la mise en œuvre d'une taxation partielle des dépassements, n'avait pas été retenue.

- baisse de 15% des prix du répertoire dès le début de 2006. Cette baisse concernera également les nouveaux groupes inscrits en 2006.
- augmentation de l'écart de prix princeps/génériques : au moins 50% pour les nouveaux génériques.
- baisse complémentaire dans les groupes génériques dont l'ancienneté est supérieure à 24 mois et qui ne donneront pas lieu à l'application d'un TFR (10 points de baisse pour les princeps et 4 pour les génériques).
- plafonnement des marges arrière (application de la loi Dutreil II et arrêté du 29 décembre 2005) à 20% en 2006 et à 15% en 2007¹⁰⁶

2) Les conséquences mécaniques sont :

sur le répertoire de l'année 2005,

- les grossistes perdent 40M€ environ en subissant l'effet de la baisse des prix
- les pharmaciens, la marge totale diminue de 460M€¹⁰⁷

*sur les molécules nouvelles (introduction envisagée en 2006-2007)*¹⁰⁸

- les grossistes perdent 80M€ (baisse de leur marge liée à la baisse des prix et glissement vers le circuit direct des génériques)
- les pharmaciens gagnent 60M€ de marge brute (solde entre la baisse des marges de distribution et la perception de marges arrière).

Le Haut Conseil se félicite des mesures ainsi intervenues.

Comme indiqué supra, il souhaite que la consommation de médicaments s'infléchisse par une diminution du ratio prescriptions par acte et par la montée de la prescription dans le répertoire. Si ce n'est pas le cas, la croissance des revenus et des marges des acteurs du marché des médicaments (laboratoires, grossistes, pharmaciens) se poursuivra au-delà de l'optimum. Il faudra alors muscler les instruments de la régulation macroéconomique du médicament.

8) la régulation macroéconomique du secteur du médicament

a) pour les laboratoires

Depuis 1994, pour favoriser l'adhésion des professionnels aux mesures de régulation mises en œuvre, et pour garantir aux différents acteurs une visibilité et une transparence accrues, une politique conventionnelle a été engagée entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique¹⁰⁹. L'un des éléments de cette politique concerne la régulation économique du secteur.

¹⁰⁶ le plafonnement des marges arrière concerne le prix fabricant hors taxes diminué des remises plafonnées, c'est-à-dire : (PFHT – 10,74% de PFHT).

¹⁰⁷ Ce chiffrage prend en compte un plafonnement des marges arrière à 20% du PFHT en 2006. Pour 2007 le taux plafond est rapporté à 15%, ce qui entraîne, toutes choses égales par ailleurs, une baisse supplémentaire de marge de 40M€ pour les pharmaciens officinaux et, par symétrie, une économie de 40M€ pour les laboratoires de génériques.

¹⁰⁸ Sous l'hypothèse d'une répartition 50-50 entre génériques et princeps au sein de ces nouveaux produits.

¹⁰⁹ Accords cadre entre l'Etat et l'industrie. Le troisième accord sectoriel en cours couvre la période 2003-2006 et a été signé en juin 2003.

Le mécanisme de cette régulation repose sur la fixation par la loi de financement de la sécurité sociale d'un taux de croissance du chiffre d'affaires¹¹⁰ au-delà duquel les entreprises devront acquitter une contribution appelée « clause de sauvegarde ».

L'incidence de cette clause va dépendre de deux facteurs : le taux de récupération, le niveau de déclenchement.

Dans la formulation la plus récente de cette clause, l'assurance maladie obligatoire récupère de 50 à 70% du différentiel de taux de croissance entre le chiffre d'affaires d'une part, l'enveloppe jugée « normale » caractérisée par un coefficient de progression – le coefficient K – d'autre part. Le taux de récupération est donc élevé. Il augmente régulièrement, passant de 52,5% pour un dépassement de 1 point à 66,5% pour un dépassement de 10 points.

Par ailleurs le seuil de déclenchement a été nettement durci et il est fixé pour les années à venir à 1%.

Les entreprises qui passent une convention avec le Comité économique des produits de santé, sont exonérées du paiement de la contribution calculée et « transforment » cette contribution en remises conventionnelles. La quasi totalité des entreprises (en 2004, 174 sur 180 laboratoires ayant opéré sur le marché de ville¹¹¹) s'inscrivent dans ce dispositif conventionnel qui leur permet alors de bénéficier des mesures prévues dans l'accord cadre en atténuation des remises quantitatives de fin d'année.

La politique conventionnelle permet une mutualisation et une répartition différente des remises.

Le durcissement du taux K qui a été ramené progressivement à 1% a apporté de substantielles recettes à l'assurance maladie obligatoire

	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Taux K	2%	3%	3%	4%	3%	1%
CA HT ville remboursable (A)	13 500 M€	14 330 M€	14 930 M€	15 840 M€	16 820M€	17 970M€
Evolution par rapport année n-1	+8,9%	+7,2%	+4,2%	+6,1%	+6,2%	+6,8%
Dépassement par rapport au taux K	854 M€	559M€	171M€	330M€	510M€	980M€
Rendement du système						
Baisses de prix et déremboursement	183M€	360M€	107M€	nc	24M€	160M€
Remises brutes totales	411M€	262M€	204M€	254M€	381M€	501M€
Crédits de remises utilisés	137M€	79M€	75M€	64M€	32M€	93M€
Remises nettes totales (B)	274M€	183M€	129M€	190M€	349M€	408M€
Montant théorique clause sauvegarde	442M€	370M€	100M€	150M€	296M€	523M€ ¹¹²
Remises (B) / Chiffre d'affaires (A)	2,03%	1,27%	0,86%	1,20%	2,07%	2,27%
Remises (B) / Accroissement CA	24,9%	22,0%	21,5%	20,9%	35,6%	35,5%

Sources : données CEPS, calculs : secrétariat général HCAAM

¹¹⁰ Chiffre d'affaires des entreprises réalisés sur les ventes de médicaments remboursables en ville et, depuis la LFSS 2006, les médicaments hospitaliers rétrocédables (Article L.138-10 du CSS).

¹¹¹ Parmi les six laboratoires (tous des petits laboratoires) qui n'ont pas signé de convention en 2004, trois d'entre eux n'exploitaient plus de médicaments remboursables dès avant la fin de l'année 2004.

¹¹² Conformément à l'accord cadre, sont exclus du calcul du montant théorique de la clause de sauvegarde les transferts hospitaliers vers la médecine de ville, soit 180M€ d'érythropoïétine

Mais si la clause de sauvegarde permet de récupérer, une année donnée, au profit de l'assurance maladie obligatoire, une partie de la progression du chiffre d'affaires au-delà du seuil fixé, en revanche l'évolution des dépenses d'assurance maladie pour les années à venir n'est pas affectée par ce taux.

Évolution des dépenses d'assurance maladie avec un taux $K = 1\%$ et une progression annuelle de 5% du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique

	Année N+1	N+2	N+3	N+4	N+5
chiffre d'affaires (base N = 100)	105	110,25	115,76	121,55	127,63
Ecart par rapport à $K = 1\%$	4 points	4	4	4	4
Taux de récupération clause de sauvegarde	2,65%	2,65%	2,65%	2,65%	2,65%
remise clause calculée	2,65	2,65	2,65	2,65	2,65
dépenses AMO avant remises (taux moyen de remboursement = 75% des dépenses)	78,75	82,69	86,82	91,16	95,72
variation N+1/N dépenses AMO avant remises	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%	5,0%
dépenses AMO après remises	76,1	80,0	84,2	88,5	93,1
variation N+1/N dépenses AMO après remises	1,47%	5,17%	5,17%	5,16%	5,15%

Source : secrétariat général du Haut Conseil

Comme on le voit, la progression des dépenses s'aligne sur la tendance du chiffre d'affaires puisqu'on calcule la clause de sauvegarde à partir du chiffre d'affaires effectif de l'année précédente (on « rebase » de fait l'objectif). On est, en régime de croisière, sur une forte tendance haussière. En ce sens, la clause de sauvegarde est une mesure « one shot ».

Le Haut Conseil recommande qu'on étudie un portage différent de la clause de sauvegarde de telle sorte qu'elle s'applique sur un sous-objectif de l'ONDAM fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale.

b) pour les grossistes répartiteurs

Le taux de la taxe devrait être revu en cas de progression excessive du CA comme cela a d'ailleurs été fait en 2004.

c) pour les pharmaciens

Les paramètres de la marge devraient être revus en cas de progression excessive du CA comme cela a été fait en 2004.

9) les prescriptions hospitalières exécutées en ville

Il s'agit des prescriptions faites par des médecins hospitaliers à l'intention de patients qui ne sont pas hospitalisés. Il peut s'agir de prescriptions faites à l'issue d'un séjour dans un établissement hospitalier ou bien lors d'une consultation externe ou à l'occasion de soins dispensés dans un service d'urgence.

a) données de cadrage

Les dépenses de remboursement des prescriptions hospitalières exécutées ou délivrées en ville - **10,6 milliards d'euros**¹¹³ en 2004 - enregistrent une forte croissance +37 % entre 2001 et 2004 (Point d'information mensuel CNAMTS 18 janvier 2006). En 2005 la tendance s'inverse et ces dépenses baissent à 10,2 Md€ (-3,8%). 23 % des médicaments remboursés ont été prescrits par des médecins hospitaliers ou en centres de santé pour un montant de 4,7 Md€ tous régimes confondus.

Les prescriptions par des praticiens hospitaliers de médicaments délivrés en ville sont de trois sortes :

- les médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières destinés à soigner des malades non hospitalisés, c'est-à-dire la rétrocession hospitalière : 2Md€ en 2004.

Elle connaît une très forte croissance : les dépenses remboursées à ce titre ont plus que doublé entre 2000 et 2004. En 2005, dans un nouveau cadre juridique de rétrocession et de fixation des marges commerciales des hôpitaux, et compte tenu de la sortie en ville de l'érythropoïétine, le montant des remboursements des médicaments rétrocédés baisse de 15% pour s'établir à 1,7 Md€.

- les médicaments prescrits à l'occasion de consultations externes ou de passages aux urgences ;
- les médicaments prescrits en lien direct avec un séjour hospitalier, y compris les médicaments que l'assuré est invité à aller acheter en pharmacie d'officine à l'occasion d'un séjour hospitalier (comme les produits de contraste en radiologie).

Ces deux dernières catégories de prescriptions sont actuellement mal connues et il n'est pas possible de ventiler le montant de 2,7Md€ entre les deux motifs de prescriptions.

Une étude récente¹¹⁴ centrée sur le CHU de Toulouse a estimé à 2/3 la part des prescriptions hospitalières délivrées en ville non rattachées à un séjour hospitalier, c'est à dire exécutées dans le cadre d'une consultation externe ou un passage aux urgences. Il n'existe actuellement aucune validation de ce chiffre au niveau national.

La prescription hospitalière est d'autant plus importante qu'elle acquière aux yeux du patient un statut particulier. Le médecin de ville, qui a la charge de poursuivre le traitement, peut éprouver par la suite des difficultés à la modifier (substitution par des génériques, modification de prescription, etc...).

Dans ces conditions, il est opportun de s'interroger sur la qualité des prescriptions initiales qui sortent de l'hôpital. Une étude de l'Assurance maladie en Ile de France¹¹⁵ réalisée sur des ordonnances en 2000 a montré que la qualité rédactionnelle des prescriptions hospitalières était médiocre.

b) la maîtrise de la dépense

b1) Les apports de la loi du 13 août 2004

¹¹³ Estimation tous régimes. Les dépenses de médicaments représentent 4,7Md€, celles de transports sanitaires 1,6Md€, les dépenses d'indemnités journalières 1,9Md€ et les autres postes de prescriptions représentant 2,4Md€.

¹¹⁴ SAGNES-RAFFY C. et al. (2005) "AMBOS : évaluation des prescriptions hospitalières délivrées en ville", *Journal d'Économie Médicale*, vol. 23 (1), pp. 3-14.

¹¹⁵ « Qualité rédactionnelle de la prescription médicamenteuse hospitalière », FOURGON, VICREY, BLANCHON, VASSORT, BLUM-BOISGARD, *La Presse Médicale*, fév. 2005, tome 34, n°3

L'article 13 de la loi du 13 août 2004 étend à l'hôpital le principe des accords de bon usage des soins déjà mis en place pour la médecine de ville. Le décret d'application du 23 décembre 2004 instaure de nouveaux instruments contractuels d'incitation au bon usage des soins, d'amélioration des pratiques hospitalières, notamment médicales dans un souci d'optimisation médicalisée des dépenses des établissements de santé.

b2) L'Etat, l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie et les représentants des principales fédérations s'engagent dans la dynamique des accords cadres d'amélioration des pratiques hospitalières

Ces accords cadres reposent sur des référentiels validés ou approuvés par la Haute Autorité de Santé. La négociation avec les professionnels concernés vise à l'élaboration d'un accord en vue de l'amélioration des pratiques de prise en charge des malades, dans un logique de santé publique et comporte également un objectif de maîtrise des dépenses de santé.

Deux autres accords cadres sont en cours d'élaboration, l'un porte sur l'amélioration des prescriptions de statines par les médecins des établissements de santé, l'autre sur les prescriptions de médicaments en dénomination commune. Ces nouveaux dispositifs devraient permettre de faciliter la réduction des prescriptions hospitalières exécutées en ville tout en privilégiant une démarche d'amélioration des pratiques.

Chapitre VIII - L'hôpital

Dans son avis du, le Haut Conseil a souligné que les thèmes abordés tels que les nouvelles procédures d'allocation des moyens budgétaires, ne peuvent être pleinement appréhendés que dans un cadre plus complet qui étudierait, entre autres, l'articulation entre la politique tarifaire et les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

Les établissements de santé ont pour principal objectif de fournir des soins de qualité à tous les patients, et ce quelle que soit la caractéristique de l'établissement choisi (public, privé à but non lucratif, privé à caractère commercial). L'allocation des moyens budgétaires doit contribuer à atteindre cet objectif.

Le budget MCO des établissements de santé s'élève en 2005 à 42,5Md€..

75% de ce budget sera à terme alloué sous l'empire de la tarification à l'activité. 20 % fait l'objet de contributions ad hoc (MIGAC, molécules onéreuses, dispositifs implantables et forfaits annuels,...) et 5% fait l'objet de contributions des organismes complémentaires et des assurés.

A) La tarification à l'activité

1) La T2A, un « nouveau » mode de financement, déjà appliqué dans de nombreux pays

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a introduit une réforme majeure du financement de l'activité de court séjour (Médecine, Chirurgie, Obstétrique, MCO) des établissements de santé (publics et privés) : la tarification à l'activité (T2A).

Cette T2A se substitue au mécanisme dit financement par « budget global » introduit en 1984/1985 pour les établissements publics et certains établissements privés participant au service public hospitalier et certains établissements privés à but non lucratif, et au mode de financement « au prix de journée » en vigueur dans les établissements privés à but lucratif et dans certains établissements à but non lucratif.

La T2A a pour but de fonder le financement des établissements sur l'évolution de l'activité permettant ainsi la couverture optimale des besoins de santé. Le mécanisme retenu a été conçu pour rendre l'allocation des ressources plus équitable et plus efficace et générer plus de dynamisme dans la gestion du secteur. L'objectif reste que les pathologies traitées « à égalité de qualité professionnelle » procurent des ressources équivalentes. Ajoutons qu'en adoptant une tarification à l'activité, la France rejoint la vingtaine de pays qui ont déjà mis en place ce mode de tarification.

Ainsi, les prises en charge sont désormais calculées à partir d'une analyse des coûts pour l'hospitalisation publique et classées dans une même échelle de GHS. Les moyens sont alloués aux établissements, compte tenu de l'évolution observée de l'activité, mais également dans le souci d'une convergence progressive vers cette échelle de GHS.

Le Haut Conseil avait, dans l'avis qu'il a adopté en janvier 2004, considéré que, s'il était correctement géré, ce nouveau système représenterait un pas positif (même s'il souffre des limites propres à une tarification au coût moyen). Plus rationnel et plus souple qu'un système fondé sur la reconduction de budgets « historiques » ou sur un paiement à la journée, la T2A devrait en effet

permettre aux gestionnaires hospitaliers, par l'exploitation d'outils de gestion comme la comptabilité analytique, le contrôle interne et le contrôle de gestion, les analyses comparatives enfin, de déterminer les zones d'amélioration du service hospitalier.

Si le Conseil soutient donc cette option, il tient à souligner deux conditions nécessaires à sa réussite, faute desquelles les attentes de la réforme engagée ne seront pas atteints :

- dès lors que le dynamisme d'activité est reconnu par ce nouveau mécanisme d'allocation budgétaire, il convient d'améliorer les outils d'évaluation et de renforcer simultanément la qualité de l'évaluation du service rendu et, plus encore, l'opposabilité de cette évaluation, de telle manière que l'on ne retrouve pas les effets pervers du mécanisme du prix de journée (effets pervers que renforce la mécanique d'une tarification au coût moyen) ;
- dès lors que la T2A implique rigueur et réactivité, les gestionnaires hospitaliers doivent disposer d'instruments – en termes de gouvernance et de souplesse de gestion sur l'ensemble des chapitres budgétaires – pour mener à bien les restructurations qui s'imposeront. Le Haut conseil veillera dans son programme de travail du second semestre 2006 ou du premier semestre 2007, à préconiser toute mesure adaptée prolongeant la réforme engagée de la gouvernance des établissements publics.

Traditionnellement on parlait d'établissements « sous dotation globale » et d'établissements « sous objectif quantifié national ». Mais cette classification est incomplète et ne permet pas de tenir compte des spécificités et de la diversité de l'ensemble des établissements de santé. En effet il convient de mener un traitement statistique et des évaluations propres à chacun des secteurs suivants :

- ex-sous dotation globale : établissements publics, établissements privés participant au service public hospitalier ;
- ex-sous OQN : établissements privés à caractère commercial, établissements privés à but non lucratif.

2) T2A au sein des établissements anciennement sous dotation globale : la convergence doit être « soutenable »

Tarifier les hôpitaux publics à l'activité a pour conséquence de « réallouer » un budget donné en fonction des critères d'activité en faisant converger les moyens vers une référence commune représentative de l'ensemble du MCO des établissements publics. Cette référence a été établie sur la base des coûts constatés sur un échantillon d'établissements.

Pour chaque établissement, on valorise son activité en fonction des tarifs de référence et on calcule la dotation qui devrait lui être alors accordée dans la logique de la T2A. En comparant sa dotation globale « du moment » à la dotation T2A, on est en mesure de calculer l'écart de l'établissement par rapport à la référence cible et de déterminer si l'établissement est « surdoté » (pour une activité donnée – en base 2004 – sa productivité est inférieure à la moyenne) ou au contraire s'il est « sousdoté ».

Le passage de la dotation globale à la T2A se fait de façon progressive sur sept ans. Ainsi la dotation T2A s'est élevée à 10% en 2004 et 25% en 2005 en complément d'une dotation – la DAC – représentant respectivement 90 et 75% de l'enveloppe totale. On envisage pour 2006 un partage 35/65.

Compte tenu de l'actuelle référence retenue, la convergence ne change pas en tant que telle la productivité moyenne du secteur public ; à ce titre, elle constitue un mécanisme de résorption des écarts entre établissements antérieurement sous dotation globale. L'une des questions centrales de la réforme porte sur la soutenabilité de cette convergence.

Dans cette évaluation, on ne peut faire abstraction de l'évolution globale de l'ONDAM. Toutes choses égales par ailleurs, la convergence est plus aisée si le taux pilote d'évolution des dépenses est élevé : les efforts demandés aux établissements « surdotés » sont plus facilement gérables si le tarif moyen progresse vivement. Compte tenu de l'appréciation faite sur les marges de productivité du système hospitalier et des orientations retenues dans la programmation à moyen terme des finances publiques, il faut raisonner sur une enveloppe globale strictement contenue. C'est dans ce cadre qu'il faut apprécier la soutenabilité du processus de convergence.

Comme cette convergence va soumettre un nombre significatif d'établissements à de fortes contraintes, il faut éviter de biaiser le principe en contournant les difficultés de mise en œuvre par des systèmes de dérogation, par des ajustements de compensation sur d'autres types de recettes quitte à en fausser la logique d'attribution, ou qu'elles provoquent des effets pervers (report de charges, inflation du nombre des admissions, dérives des codages vers les pathologies les plus lourdes, sélection des GHS ou des patients au sein des GHS, ajustement par la qualité des soins, etc.).

Le Haut Conseil recommande que les pouvoirs publics soient attentifs à tous les « signaux » qui donneraient à penser que ces « effets pervers » remettraient en cause la vocation de l'hôpital à prendre en charge tous les types de soins. Par ailleurs, il convient de déployer une politique efficace de contrôle des tarifications.

Ces risques, inhérents à la tarification à l'activité, seront plus facilement contenus si la convergence des établissements « surdotés » se fait à une allure cohérente avec les marges réelles dont disposent les gestionnaires (ajustements d'activité et/ou de moyens).

Globalement les ajustements de moyens résultant de la montée en puissance de la T2A n'ont pas d'une année sur l'autre d'incidence brutale. Les diminutions de moyens alloués aux « surdotés » au terme du processus seraient – aux volumes d'activité et tarifs actuels – de 1,19Md€, soit 7,2% de leur budget initial (taux de variation annuel moyen sur la période de 8 ans de -0,93%) ; dans le même temps les gains de moyens alloués aux « sousdotés » au même terme seraient de 1,19Md€, soit 7,8% de leur budget initial (TCAM de +0,95%). Les adaptations requises portent ainsi chaque année sur une faible fraction du budget total.

Toutefois une approche globale – pour justifiée qu'elle soit – ne rend pas compte des incidences par établissement qui peuvent s'écarter substantiellement de l'écart moyen. Le Haut Conseil, après avoir analysé la dispersion des écarts, a constaté que, sans être massive, la dispersion des établissements était significative. Si 70% des établissements se situent à plus ou moins 10% de la référence et connaîtraient dès lors des ajustements annuels crédibles, pour de nombreux autres les évolutions de leurs moyens seraient sensibles. Pour les « surdotés », les efforts de productivité à réaliser (sauf à postuler que leur activité progresse très sensiblement) sont importants. Pour les « sousdotés », on doit se poser la question de l'emploi rationnel du surcroît de moyens qui leur seraient attribués (ils pourraient utilement participer à l'amélioration de la qualité du service rendu au patient ou à l'adaptation de l'offre hospitalière dans des domaines où les besoins sont inégalement ou insuffisamment satisfaits).

La montée en charge de la T2A dans les établissements anciennement sous dotation globale requerra sans doute des procédures d'accompagnement, telles que celles annoncées dans la

circulaire pour la campagne tarifaire 2006¹¹⁶, notamment pour les établissements surdotés les plus éloignés de la référence moyenne afin de leur permettre de mobiliser les gains de productivité.

Dans ces conditions le Haut Conseil¹¹⁷ considère que la réforme de la T2A est soutenable dans les conditions de progressivité qui sont actuellement prévues et qu'il n'y a pas lieu de retarder la date cible de convergence de 2012.

3) T2A au sein du secteur antérieurement sous OQN : une hétérogénéité plus limitée que dans le public

Le 1^{er} mars 2005, les établissements privés anciennement sous Objectif Quantifié National sont passés à un système reposant pour l'essentiel sur un remboursement de l'activité à partir d'une nouvelle échelle tarifaire. Comme pour le secteur public un coefficient géographique de majoration tarifaire est appliqué à certains départements. De plus, pour les établissements qui étaient auparavant classés en « soins particulièrement coûteux en chirurgie » (environ 400 établissements sur 1200), un coefficient de haute technicité est appliqué (ces majorations représentent un total d'environ 200 millions d'euros).

Une période de transition est ouverte entre 2005 à 2012 afin d'aller progressivement vers une allocation sur la base de tarifs nationaux. La logique de convergence dans le secteur privé est ainsi, pour partie, du même ordre que pour le secteur public : champ MCO, progressivité vers une référence calée sur la « valeur » moyenne du secteur (et non sur les établissements les plus productifs). Mais contrairement au secteur anciennement sous dotation globale, la référence retenue ici est calée sur les tarifs facturés aux régimes d'assurance maladie et non pas sur les coûts observés.

La référence aux tarifs ne peut être rapprochée de la référence aux coûts que si la première – sur le plan global comme par GHS – « n'abrite » ni excès ni insuffisance par rapport aux coûts. Elle doit permettre aux établissements et à leur personnel de disposer de conditions de travail convenables ; elle doit assurer aux cliniques privées une rentabilité raisonnable.

Le Haut Conseil constate que la dispersion des établissements en termes d'écart par rapport à la moyenne est bien moins importante que dans le secteur anciennement sous dotation globale (environ 88% des établissements se situent à plus ou moins 10% de la moyenne). Pour l'essentiel des établissements la « convergence » au rythme convenu ne devrait pas poser de problèmes sensibles en termes de contrainte pour les surdotés et en termes d'effet « d'aubaine » pour les sousdotés. L'écart entre la moyenne et les premiers déciles (les plus performants) n'est pas

¹¹⁶ Cette circulaire précise que, pour redonner les marges de manœuvre nécessaires à l'accompagnement des établissements, une réserve de près de 174 millions d'euros a été constituée. Cette marge de manœuvre supplémentaire dite « enveloppe régionale de contractualisation » est destinée en priorité à « soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre ».

¹¹⁷ La CGT ne partage pas cette appréciation positive de la T2A.

Elle considère que ses fondements méthodologiques sont critiquables et qu'on s'enlisera fatalement dans un engrenage, la « logique des verrues », où l'on s'épuise à multiplier les GHS pour mieux coller à la réalité et où on est condamné à mettre en place des forfaits « de correction », ce qui rend la réforme illisible, difficilement maîtrisable et, à la limite, inflationniste.

Privilégiant les actes techniques dits « classants », la T2A comporte un risque majeur de sélection de la clientèle. Les établissements risquent de tendre à se spécialiser sur les actes les plus rémunérateurs, sans que cela corresponde aux besoins sanitaires de la population.

La CGT n'a donc pas approuvé le présent avis.

considérable. Se donner pour cible de la convergence intra-secteur l'une ou l'autre de ces références n'a pas une incidence massive.

4) la convergence des tarifs entre le secteur public et le secteur privé

Dès lors qu'on a choisi de rémunérer les établissements de santé suivant la même logique et à terme sur des références communes, il est cohérent de considérer que ces références doivent être les mêmes quel que soit le secteur d'activité des établissements (hôpitaux publics, PSPH et cliniques privées). C'est en ce sens que le Parlement a arrêté l'option de la convergence entre secteurs et souhaité qu'elle soit progressivement mise en œuvre d'ici 2012.

Ce principe n'est contesté par aucune des Fédérations professionnelles concernées.

Mais on achoppe sur l'analyse concrète des écarts entre secteurs : quelle est leur ampleur ? les indicateurs disponibles sont ils pertinents ?

Le débat sur cette question est complexe – et souvent passionnel. Le législateur, lorsqu'il évoque la convergence des tarifs, précise qu'elle doit être atteinte « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs.* »

Dans son avis rendu le 21 juillet 2004 sur l'analyse des coûts dans les établissements hospitaliers, le Haut Conseil faisait remarquer que : « *Depuis qu'une étude officielle s'est efforcée, en 2002, de mesurer la différence moyenne des coûts de prise en charge entre le secteur hospitalier public et le secteur privé, et qu'elle a conclu à un écart de 30% à 40% sur la valeur de Point ISA, le débat sur le caractère structurellement plus onéreux de l'hôpital public a focalisé toutes les attentions. Toutefois le Haut Conseil constate, et déplore, le caractère insuffisamment instruit de ce dossier, qui rend encore incertaine, pour l'instant, toute comparaison sérieuse. Un constat chiffré n'a de sens que lorsqu'on peut commencer à l'expliquer, ne serait-ce que pour s'assurer qu'il ne résulte pas d'un artefact ou d'une erreur de méthode. Or, faute d'études plus poussées, faute d'harmonisation des données disponibles, et peut-être aussi parce qu'a manqué, jusqu'à présent, la volonté partagée de progresser, les justifications de cet important écart de 30% à 40% sont restées essentiellement qualitatives.* »

Ce déficit de connaissances explique que, au-delà d'un accord de principe sur la convergence, la FHF et la FHP évaluent de façon radicalement différente la situation actuelle. Pour la FHF, les spécificités de l'hôpital public expliquent une grande partie de « l'écart apparent » de coûts. La FHP estime que ces spécificités ne sont pas – et de loin – telles qu'elles justifient les écarts de tarification actuelle.

La priorité dans ce chantier consiste à déterminer l'ampleur et la nature des écarts.

La Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins a entrepris un important travail d'harmonisation avec les fédérations hospitalières. L'année 2005 a été consacrée à des travaux sur les études de coûts (définition de la méthodologie de l'étude nationale des coûts dans le secteur public, lancement d'une étude similaire pour le secteur privé à partir des coûts 2004 et 2005 ; définition de la méthodologie commune de l'ENC public/privé, etc.). Le lancement de l'ENC commune doit avoir lieu en 2006 et les résultats sont attendus au cours du second semestre 2007. Cela signifie clairement qu'on ne disposera pas d'analyse précise sur les écarts de coûts avant cette date.

Nous serons, au terme de ce programme d'études, proches de l'échéance intercalaire de 2008. Etre en mesure, à cette date, de mesurer objectivement les écarts non fondés sur des

différences dans la nature des charges, permettra de vérifier si l'on est loin ou proche de l'objectif de 50% de résorption des écarts.

1° Le Haut Conseil rappelle la nécessité de mener à bien les travaux programmés qui permettront seuls de mesurer et de qualifier avec plus de sécurité les écarts de coûts entre secteurs.

Dans cette perspective, il réaffirme l'importance de progresser dans la démarche de convergence.

2° Pour éviter les effets d'aubaine injustifiés pour le secteur privé et garantir la tenue d'un ONDAM à des niveaux cohérents, cette convergence doit s'effectuer vers le secteur le plus efficient. Une convergence vers ce secteur dont les tarifs évolueraient de façon à lui permettre de maintenir la qualité de ses services, de bonnes conditions de travail et sa rentabilité, constitue une référence logique de nature à assurer une bonne utilisation des ressources publiques.

3° Cette référence est exigeante et on ne peut y parvenir que de façon progressive. Forcer l'allure dès lors que l'écart initial entre secteurs serait élevé, serait en effet irréaliste. La résorption rapide d'un tel écart par l'adoption de normes différentes d'évolution des tarifs, couplée avec la convergence au sein du secteur public, exposerait celui-ci à des tensions et à des risques excessifs¹¹⁸.

4° Le Conseil prend par ailleurs acte de l'option retenue par le gouvernement pour 2006 de suspendre l'effort de convergence tarifaire intersectorielle.

C'est donc à partir de 2007, l'année même de l'achèvement du programme d'études défini par la DHOS, qu'il conviendra au vu des résultats d'engager la démarche de convergence.

¹¹⁸ L'analyse qui suit, qui n'est en rien une prévision ou un objectif, vise à mesurer « à plat » le type de contrainte tarifaire liée à la convergence. Ainsi sous l'hypothèse – arbitraire dans l'état actuel de nos analyses – d'un écart public/privé de 20%, si l'on veut faire converger à l'horizon 2012 les établissements publics sur le niveau moyen des tarifs du secteur privé actualisés à 3% par an (taux d'évolution voisin du salaire moyen par tête), il faut faire évoluer les tarifs du public au rythme de -0,2% par an. Dans un tel schéma, les tarifs augmenteraient globalement de 0,2% par an.

B) Les dotations spécifiques

Certaines dépenses, par leur nature, ne sont pas – ou pas aisément – intégrables dans les GHS. C'est le cas notamment des charges d'enseignement et de recherche.

Il est donc logique de les attribuer, à côté de la dotation fondée sur l'activité, en fonction de critères spécifiques.

1) Ces dotations – MIGAC notamment – sont d'un montant élevé, très fortement concentrées sur le secteur public (corollaire du poids des MERRI) et variables selon les établissements.

Les pouvoirs publics ont entrepris un louable effort de clarification : définition du champ, détermination des enveloppes sur la base de reclassements comptables objectifs notamment. Ils ont entrepris de « sortir » de l'approche forfaitaire qui prévalait depuis en reclassant les MERRI en une partie « fixe » - au demeurant variant selon la catégorie des établissements – et une partie variable.

Cet effort doit être poursuivi pour aboutir, dans la transparence, à justifier de façon objective les dotations.

Cet effort est d'autant plus nécessaire que

- le coefficient initial de 13% n'avait pas fait, semble-t-il, l'objet de travaux suffisants pour l'étayer. Or le processus actuel se situe largement dans la continuité de ce chiffre que certains estiment infondé.
- la partie variable de l'enveloppe MIGAC est assise sur les données du retraitement comptable dont il faut souligner le caractère déclaratif ; par ailleurs, les évaluations retenues pour certaines missions dépendent largement de la qualité de la comptabilité analytique des établissements hospitaliers.
- Les enveloppes MERRI variables et les MIG hors MERRI sont potentiellement inflationnistes dans la mesure où elles sont financées aux établissements au coût observé.
- La pertinence de certaines activités financées dans le cadre des MIGAC est difficile à évaluer (consultations pluridisciplinaires et spécifiques par exemple).
- la forte croissance des MIGAC suscite appréhension et méfiance. Comme l'enveloppe des MIGAC vient en préciput dans l'ONDAM, sa croissance, toutes choses égales par ailleurs, pèse sur l'enveloppe distribuée au titre de l'activité. On n'empêchera les gestionnaires des cliniques privées d'une part, ceux des établissements publics « peu » dotés en MIG d'autre part de se sentir pénalisés que si on leur donne une information transparente et complète sur ces postes et leur évolution (en distinguant ce qui résulte d'un accroissement des dépenses éligibles et de reclassement de dépenses). Dans le débat sur la convergence public/privé, la FHP peut, faute d'information, craindre que le développement des MIGAC permette de contourner artificiellement les efforts « affichés » de convergence. En outre, une progression non maîtrisée des MIGAC remettrait en cause la logique même de la tarification à l'activité.

C'est le cas en 2006 où on note une forte augmentation des MIGAC (+ 12,6% par rapport aux bases 2006).

2) Les efforts de rigueur demandés à tous doivent s'étendre aux champs financés sur dotations spécifiques. Pour certaines des enveloppes concernées, il faut vérifier que les dépenses sont fixées selon des critères rigoureux – et en rendre compte. Quand elles consistent en remboursement à l'euro/l'euro, il faut s'assurer que cette procédure n'a pas de caractère inflationniste.

3) la détermination des tickets modérateurs dans le nouveau contexte budgétaire fait l'objet d'un début de débat. Le Haut Conseil examinera ce problème dans une prochaine séance ; il lui semble raisonnable de ne pas le réduire au choix de la base (TJP ou pourcentage des GHS) mais de le resituer dans l'analyse d'ensemble du reste à charge des ménages à l'hôpital qu'il a entamée dans sa note et son avis du 27 octobre 2005.

AVIS DU 27 OCTOBRE 2005

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE**Séance du jeudi 27 octobre 2005**

L'avis ci-joint a été adopté par le Haut Conseil à l'exception de la délégation CGT

Le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base.

1. Dans la ligne de son rapport du janvier 2004, le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a entrepris d'analyser le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base pour les trois risques maladie, maternité, accidents du travail - maladies professionnelles.

Il s'agit là de la première tentative entreprise pour connaître ce que les régimes de base prennent en charge « intégralement ». Une définition large des « soins » a été retenue puisque est incorporée, outre les prestations en nature classiques, la prise en charge médico-sociale telle que le financement des établissements pour l'enfance inadaptée, etc. En revanche les prestations en espèces ne seront pas abordées dans l'avis.

2. Le montant des prises en charge intégrale par les régimes de base de sécurité sociale était en 2004 d'environ 81,3 milliards d'euros.

Les autres dépenses sont couvertes à hauteur de 65%.

Au total, les régimes de base financent 88% de l'ensemble des dépenses reconnues (dépenses remboursables, soins exonérés et non exonérés)¹¹⁹.

Il n'existe pas de séries longues permettant de suivre l'évolution de ces ratios mais on avait indiqué dans le rapport initial du Haut Conseil¹²⁰ que, à conditions de remboursement données, la structure des remboursements se déformait en renforçant le poids des soins totalement exonérés. La part des soins sans ticket modérateur dans l'ensemble des remboursements de soins de ville progresse régulièrement. La montée des dépenses d'ALD est l'élément le plus structurant de ces dernières années et contribue à hauteur des deux tiers à l'évolution de la dépense globale de soins de ville. Mais d'autres postes – notamment dans le secteur médico-social – évoluent dans le même sens.

Contrairement à une idée reçue, dans le partage de la dépense de santé entre les différents acteurs, on observe un déport des ménages et des complémentaires vers les régimes de base.

¹¹⁹ 81,5% si l'on tient compte des 9 milliards d'euros de dépassements non pris en charge par la sécurité sociale.

¹²⁰ Rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, 23 janvier 2004, Documentation française, annexe 11, page 186.

3. L'ampleur des prises en charge intégrale justifie qu'on analyse de façon méthodique les principaux motifs d'exonération du ticket modérateur afin d'en cerner la logique et les effets.

Le principe qui sous tend le système actuel est que les « gros » restes à charge sont « écrêtés ». Par ce mécanisme, qui remonte aux origines de l'assurance maladie, la collectivité nationale a fait le choix de couvrir aussi parfaitement que possible les soins les plus onéreux. Mais en fait on exonère non pas sur la seule constatation d'une dépense élevée mais aussi en fonction du « statut » de l'individu [état de santé, situation du bénéficiaire (régime des accidents du travail – maladies professionnelles, femmes enceintes, etc.)].

Il en résulte des incohérences.

Par défaut, lorsque une minorité d'assurés supporte des restes à charge élevés (voir notamment au point 4 ci-dessous).

Peut-être par excès, lorsque le régime d'exonération couvre de fait des petites dépenses. Et s'il est légitime qu'une grosse dépense de santé soit exonérée du ticket modérateur, il n'y a pas lieu de dispenser par principe les assurés bénéficiant de ces régimes dérogatoires de l'effort demandé aux autres assurés. C'est dans cet esprit que le Haut conseil a conclu dans son rapport 2005 qu'il « *était cohérent de faire supporter aux ALD les participations de type franchise dès lors que les plus modestes en sont dispensés* ».

Si l'on ne poursuit pas l'effort en ce sens, il est hautement probable que sous la contrainte on en vienne à augmenter le ticket modérateur pour les soins non exonérés (en gros « le petit risque courant » des soins ambulatoires). Une telle distorsion – trop « sanctuariser » les prises en charge intégrales d'un côté, trop solliciter l'assuré non exonéré d'autre part – est en effet de nature à diminuer l'attachement des Français à une sécurité sociale obligatoire et solidaire.

4. Le Haut conseil a analysé dans ce cadre le régime d'exonération dit du « K50 » qui exonère les actes techniques dont le coefficient à la NGAP (nomenclature générale des actes professionnels) est supérieur à 50. Avec la mise en place de la nouvelle nomenclature CCAM (classification commune des actes médicaux), le « marqueur » - K50 - est remplacée par un marqueur en euros : 91€. L'exonération K50 concerne actuellement 6,2 millions de séjours hospitaliers, soit 56% des séjours hospitaliers en hospitalisation complète (Médecine, Chirurgie, Obstétrique).

Le projet de PLFSS pour l'année 2006 prévoit une participation forfaitaire de 18€ pour les actes chirurgicaux actuellement exonérés (>K50). Il s'agit d'une franchise. l'essentiel de la dépense restant exonérée (pour une évaluation de 100 à 130M€, cette réforme représente environ 1% des dépenses exonérées au titre du K50. La majorité des membres du Conseil a rappelé l'opposition des Conseils des régimes de base à cette mesure.

A partir des données relatives aux séjours en hospitalisation privée, soit 52% des dépenses d'hospitalisation, la très grande majorité des actes coûteux en K occasionnant en effet des dépenses élevées. Le régime du K50 joue un rôle d'exonération massive en cas d'hospitalisation des patients. On évalue le coût de cette exonération à 2,7Md€.

Même si le dispositif K50 exonère du ticket modérateur une partie massive de la dépense hospitalière, il reste toutefois 2,3 millions d'assurés (pour 3 millions de séjours) qui ne sont pas exonérés et peuvent supporter de gros reste à charge (en moyenne 500€). En effet :

- en cas d'hospitalisation dans un service de médecine (qui ne donne pas lieu à un acte technique en K), le droit commun de la prise en charge est appliqué aux assurés tant que la durée d'hospitalisation est inférieure à 30 jours.
- pour des séjours hospitaliers excédant 30 jours, l'assuré ne bénéficie d'une exonération du ticket modérateur qu'à partir du 31^{ème} jour, le ticket modérateur des 30 premiers jours étant à sa charge.

Ces règles sont génératrices de fortes inégalités entre les assurés hospitalisés. Sans doute, les couvertures complémentaires viennent-elles prendre le relais¹²¹ et supportent l'essentiel de ces gros reste à charge. Mais ce constat ne dispense pas d'étudier une réforme qui donnerait plus de cohérence à notre système.

¹²¹ On manque d'éléments sur le plafonnement de la prise en charge des forfaits par les organismes complémentaires notamment dans le secteur de la psychiatrie.

ANNEXES AU RAPPORT 2006

Annexe 1 : Mesures 2006 affectant les recettes

A) Les recettes nouvelles en 2005

Elles s'élevaient à 4 270M€ (2 310M€ pour les mesures impactant le rendement de la CSG et 1 960M€ pour les autres mesures).

Les recettes nouvelles en 2005

Type de revenus/ Types de recettes	Modification de l'assiette	Modification du taux de la CSG	Rendement de la mesure
CSG ¹²² Activité salariée	L'assiette passe de 95 % du revenu brut à 97 %.		1 000 M€
CSG Allocations chômage	L'assiette passe de 95 % de l'allocation chômage à 97%		
CSG Retraite/préretraite Invalidité		Le taux passe de 6,2 à 6,6%	560 M€
CSG Patrimoine Placements		Le taux passe de 7,5 à 8,2%	650 M€
CSG Jeux (gains < 1 500€)		Le taux passe de 7,5% à 9,5%	100 M€
CSG Jeux (gains > 1 500€)		Le taux passe de 10 à 12%	
TOTAL CSG			2 310 M€
Contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)(à partir du 1/01/2005)		Hausse de 0,03 % (passage de 0,13 à 0,16 %)	780 M€
Droits de consommation sur les tabacs (à partir du 1/01/2005)		Modification de la répartition des droits fixés en Loi de Finances Initiale pour 2005	1 000 M€
Contribution sur les dépenses de promotion « médicaments » ¹²³		Modification des taux appliqués à chaque tranche (en moyenne + 30 % de hausse) 16 % → 19 % 21 % → 29 % 27 % → 36 % 32 % → 39 %	50 M€
Contribution sur les dépenses de promotion « dispositifs »		Doublement du taux de 5% à 10%	20 M€
Contribution sur le Chiffre d'affaires en spécialités remboursables des laboratoires pharmaceutiques (cette taxe exceptionnelle créée par la LFSS 2004 a été pérennisée) ¹²⁴	Chiffre d'affaires, sauf génériques hors Tarif Forfaitaire de Responsabilité	Modification du taux 0,525% → 0,6 %	110 M€
TOTAL autres mesures			1 960 M€
TOTAL CSG + autres mesures			4 270M€

¹²² Toutes les mesures impactant la CSG sont entrées en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2005.

¹²³ Ces dispositions s'appliquent pour la première fois à la détermination de la contribution due au plus tard le 1^{er} décembre 2005. Article 73 de la loi n°2004-810.

¹²⁴ La contribution est versée de manière provisionnelle le 15 avril de l'année au titre de laquelle elle est due, pour un montant correspondant à 95% du produit du chiffre d'affaires. Une régularisation intervient au 15 avril de l'année suivant celle au titre de laquelle la contribution est due. Article L.245-5-6 du CSS.

B) Les mesures affectant les recettes en 2006

Mesures nouvelles LFSS 2006

		Maladie	AT-MP	Vieillesse	Famille	Total
Prélèvement sur PEL	LFSS	572		32	113	717
	01/04/06 ¹²⁵	1 232		69	243	1 544
C3S secteur public	LFSS	14				14
	Avril 2006	14				14
Taxe CA Laboratoires	LFSS	300				300
	Avril 2006	260				260
Droits Tabac pour CMUC	LFSS ¹²⁶	-178				-178
	Avril 2006	-178				-178
Abattement temps partiel	LFSS	45	5	38	12	100
	Avril 2006	45	5	38	12	100
Indemnités de rupture	LFSS	20	3	17	4	44
	Avril 2006	0	0	0	0	0
Compensation Application RTT	LFSS	7		5	2	14
	Avril 2006	0		0	0	0
Total	LFSS	780	8	92	131	1011
	Avril 2006	1 373	5	107	255	1 740

Source : annexe 9 du LFSS 2006

Au 1 avril 2006, le prélèvement par anticipation sur les PEL aurait un rendement très supérieur à celui attendu.¹²⁷

¹²⁵ Chiffrage provisoire réalisé à partir des constatations de l'ACOSS sur le 1^{er} trimestre 2006. La DSS signale qu'il convient d'être prudent sur les montants estimés du fait de l'extrême difficulté, à ce stade, d'isoler l'effet de la mesure PEL des autres facteurs d'évolution des revenus de placement (plus-values boursières notamment).

¹²⁶ Le poste « transferts Droits tabac pour CMUC » appelle un commentaire particulier. La répartition des produits des droits sur le tabac en 2006 donne lieu à un dispositif assez complexe. En effet, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales prévoit le transfert des Instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) de l'assurance maladie aux régions à compter du 1^{er} juillet 2005. Les dépenses correspondantes sont compensées par l'État aux régions, selon les règles de droit commun, ce qui représente 178M€ en 2006. L'assurance maladie a opéré la compensation à l'État, via le fonds CMU, en transférant les droits sur les alcools de plus de 25° en 2005 (380M€) et une fraction de droits tabac en 2006 (1,88% soit 178M€).

Pour que l'opération soit neutre pour l'État, les régions et la caisse nationale d'assurance maladie, une fraction des droits tabacs, soit 1,88% antérieurement perçue par la CNAMTS est affectée, en contrepartie, au fonds de financement de la protection maladie complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. La subvention de l'État au fonds est réduite à due concurrence au sein du programme du budget général n°183 « Protection Maladie » relevant de la mission « solidarité et intégration ».

¹²⁷ Pour les exercices suivants, la DSS considère qu'il est malaisé de prévoir les effets : en effet, pour les PEL de plus de dix ans qui ont donné lieu à la liquidation du stock d'intérêts début 2006, les intérêts acquis chaque année vont donner lieu à versement des prélèvements sociaux, sauf pour ceux qui ont été purement et simplement clos. Par ailleurs, de nouveaux PEL vont atteindre leur 10 ans en 2007-2008 et donner lieu à liquidation chaque année de prélèvements. En revanche, des PEL de plus ou moins dix ans ont été clos suite aux mesures LFSS et LFI 2006, qui

Comme indiqué en nota, l'opération sur les droits tabac affectés au fonds CMU est en fait blanche pour l'assurance maladie.

Par ailleurs, on prévoit que la contribution des laboratoires pharmaceutiques (clause de sauvegarde) augmenterait de 336M€¹²⁸ et que le rendement des contrôles des URSSAF s'accroîtrait de 100M€.

- Élargissement de la « C3S »

La contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) avait déjà été relevée de 0,13% à 0,16% à compter du 1er janvier 2005.

La LFSS pour 2006 élargit le champ d'application de la contribution sociale de solidarité des sociétés (dont sont redevables les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes est au moins égal à 760.000€) à toutes les sociétés anonymes et sociétés par actions simplifiées « quelles que soient la nature et la répartition de leur capital ». Cette mesure vise à inclure dans le champ de la taxe la totalité des filiales des entreprises publiques et des sociétés d'économie mixte. La C3S est également étendue à toutes les « personnes morales de droit public dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe à la valeur ajoutée » ainsi qu'aux groupements d'intérêt public (GIP) assujettis à la TVA.

- Prélèvements anticipés sur les PEL

Les PEL sont assujettis à la CSG et à d'autres prélèvements sociaux (prélèvement de 2% sur les revenus de placement, contribution sociale additionnelle –CSA, contribution au remboursement de la dette sociale). Toutefois, les intérêts et primes d'épargne des plans n'étaient auparavant taxés que lors du dénouement du contrat.

C'est sur cette règle que la loi revient en autorisant une perception anticipée de ces prélèvements pour les PEL de plus de dix ans, indépendamment de la fin du contrat.

- Taxe sur l'industrie pharmaceutique

"A titre exceptionnel", la LFSS pour 2006 augmente la contribution des laboratoires pharmaceutiques (grossistes)¹²⁹ assise sur leur chiffre d'affaires de 2006 en portant le taux de 0,6 à 1,76%.

Le rendement de la mesure est estimé à 300M€¹³⁰.

- Lutte contre le travail dissimulé

La LFSS contient plusieurs dispositions visant à renforcer la lutte contre le travail dissimulé. L'une d'elles consiste à exclure les rémunérations réintégrées dans l'assiette des cotisations en cas de travail dissimulé du bénéfice des allègements de charges (réduction ou exonération de cotisations de sécurité sociale ou minoration de l'assiette de ces cotisations).

auraient produit des prélèvements sociaux sur les exercices suivants. La DSS n'avance donc aucun chiffrage de l'impact. Pour sa part, la DGI estime qu'en 2007 la mesure PEL produira encore un effet positif.

¹²⁸ Source : Annexe 9 LFSS (2006)

¹²⁹ L'article L.245-6 du code de la sécurité sociale précise que la contribution est acquittée par les « entreprises assurant l'exploitation en France, au sens de l'article L.5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L.162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités ». L'article L.5124-1 du code de la santé publique renvoie à la fabrication et à la distribution en gros.

¹³⁰ Source : annexe 9 du LFSS 2006.

- élargissements de l'assiette des prélèvements (régimes de base)

° La fin de l'« abatement partiel »

La loi supprime, à compter du 1er janvier 2006, l'abatement de 30% sur les cotisations patronales de sécurité sociale auquel ouvraient droit, sous certaines conditions, les contrats à temps partiel conclu avant l'abaissement de la durée légale du travail à 35 heures qui, selon les travaux parlementaires, étaient au nombre de 75.000 en juin 2005¹³¹.

Les employeurs concernés peuvent toutefois appliquer le dispositif d'allègement général des cotisations patronales de sécurité sociale de droit commun, plus connu sous l'expression de « réduction Fillon », si les conditions pour en bénéficier sont remplies, notamment si la rémunération horaire ne dépasse pas 1,6 fois le SMIC.

° Le calcul des allègements de charges

Les règles de calcul des allègements de cotisations patronales de sécurité sociale sont modifiées. Désormais, les réductions ou les exonérations de cotisations de sécurité sociale s'appliqueront aux heures rémunérées « quelle qu'en soit la nature »¹³². Par conséquent, il faudra prendre en compte toutes les heures rémunérées, y compris celles qui ne constituent pas du temps de travail effectif, tels que certains temps de pause, de transport, d'habillage, ... Cette nouvelle définition de l'assiette des cotisations sociales a un champ d'application très large : elle concerne l'allègement « Fillon » mais également tous les autres dispositifs d'allègements de charges en vigueur.

Contrairement au projet de loi initial, cette mesure n'est pas applicable rétroactivement mais uniquement aux cotisations dues au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1er janvier 2006, sous réserve des décisions de justice devenues définitives et des instances en cours au 20 décembre 2005.

° Compensations salariales soumises à cotisations

Les compensations salariales d'une perte de rémunération induite par la réduction du temps de travail (complément différentiel de salaires, hausse du taux de salaire horaire...) sont à présent considérées comme une rémunération et se trouvent par conséquent soumises à cotisations et contributions sociales. Cette règle s'applique aux compensations salariales versées à compter du 1er janvier 2006 dans le cadre d'accords collectifs réduisant la durée de travail conclu à compter du 1er octobre 1996.

° Retraite complémentaire

Les règles d'exclusion des contributions patronales au financement de certains régimes de retraite complémentaire de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, fixées à l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale, sont revues. Seules donneront lieu à exonération les contributions finançant des régimes de retraite complémentaire et correspondant à la part employeur due en application d'une disposition législative ou réglementaire, d'un accord national interprofessionnel ou d'un engagement de retraite complémentaire souscrit antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes de retraite complémentaire obligatoires (ARRCO-AGIRC).

¹³¹ Pour mémoire, en vertu de la loi Aubry II, cet abatement a cessé de s'appliquer un an après la réduction de la durée légale du travail à 35 heures par semaine, soit depuis le 1^{er} janvier 2001 pour les entreprises de plus de 20 salariés et depuis le 1^{er} janvier 2003 pour celles de moins de 20 salariés. L'abatement restait toutefois acquis aux contrats qui y ouvraient droit à la date d'entrée en vigueur de la RTT (1^{er} janvier 2000 ou 1^{er} janvier 2002). Une ordonnance du 18 décembre 2003 avait abrogé ces règles et mettait ainsi fin à l'abatement temps partiel à compter du 1^{er} juillet 2005. Mais le ministère des Solidarités, dans une lettre du 4 juillet 2005, avait maintenu cet abatement pour les contrats en cours (Lettre-circulaire ACOSS n°2005-112 du 3 août 2005).

¹³² Nouvel article L.241-15 du code de la sécurité sociale.

Cette réglementation n'a pas d'effet sur le stock des retraites. Elle s'applique aux cotisations dues au titre des contributions versées à compter du 1er janvier 2006, sous réserve des décisions de justice devenues définitives et des instances en cours au 20 décembre 2005.

° La limitation des exonérations des indemnités de rupture

La loi modifie le seuil d'exonération sociale et fiscale des indemnités de licenciement versées en dehors d'un plan de sauvegarde de l'emploi. Elles sont désormais exonérées dans la limite la plus élevée correspondant soit au double de la rémunération annuelle brute du salarié soit à 50% de l'indemnité versée. Ce seuil d'exonération est limité à six fois la valeur du plafond annuel de sécurité sociale, soit pour 2006, 186.408€. Le seuil d'exonération était auparavant égal à la moitié de la première tranche de l'impôt sur la fortune (366.000€ en 2005).¹³³

Les indemnités de mise à la retraite sont exonérées en application des mêmes règles, sous réserve d'un seuil fixé à cinq fois la valeur du plafond annuel de sécurité sociale, soit pour 2006, 155.340€. Le seuil était auparavant égal au quart de la première tranche de l'impôt sur la fortune (183.000€ en 2005).

Les indemnités de licenciement demeurent exonérées lorsque leur montant est inférieur ou égal à l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou par la loi, mais à condition, désormais, que le montant soit supérieur à six fois la valeur du plafond annuel de sécurité sociale, soit pour 2006, 186.408€. Les indemnités de mise à la retraite demeurent également exonérées lorsqu'elles n'excèdent pas le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut la loi, mais seulement si, désormais, ce montant est supérieur à cinq fois la valeur du plafond annuel de sécurité sociale soit pour 2006, 155.340€.

Ces nouvelles règles sont applicables aux indemnités perçues à l'occasion d'une rupture du contrat de travail notifiée à compter du 1er janvier 2006.

A noter que la loi du 19 décembre 2005 n'a pas modifié le régime d'exonération intégrale des indemnités de licenciement ou de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi, ni celui des dommages-intérêts.

¹³³ Source : CIRCULAIRE DSS/5B/2006/175 du 18 avril 2006 relative aux modalités d'assujettissement à cotisations de sécurité sociale, à CSG et à CRDS des indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail ou de la cessation des fonctions des dirigeants et mandataires sociaux.

Annexe 2 : note accompagnant l'avis du HCAAM du 27 octobre 2005 qui avait recueilli l'accord des représentants des OC à ce conseil (données non actualisées)

L'évolution des charges des OC sur la base des mesures annoncées pour 2006

Objet de l'analyse

Il ne s'est pas agi pour le HCAAM d'indiquer ce que devrait être l'évolution des cotisations et primes qui dépend du choix des gestionnaires, de leurs anticipations et de l'appréciation qu'ils font, dans un cadre concurrentiel, de leurs impératifs de gestion.

Il s'est agi de donner quelques références utiles sur les évolutions de charges, globales ou moyennes. Comme les institutions de couverture complémentaire ont des structures de portefeuille différentes, l'analyse menée ici ne colle de façon précise à la situation d'aucune d'entre elles. Mais on peut avancer quelques conclusions robustes à l'échelle de la profession.

Les données chiffrées sont évaluées en année pleine et en régime de croisière. L'année de mise en place d'une mesure, l'incidence sur les comptes peut être sensiblement différente en fonction, bien entendu, de la date d'entrée en vigueur mais aussi du rythme auquel les institutions les intègrent dans leurs contrats et leurs procédures de gestion.

* *
*

1) La progression de l'ONDAM soins de ville à champ constant a été fixée à 0,8%.

Il s'agit d'une inflexion sensible par rapport à la tendance passée (de l'ordre de 4,5%) et significative par rapport aux résultats de 2005 (où la croissance est de l'ordre de 2,5%).

Dans ce cadre, il faut se demander quelle sera la situation relative des OC. Il existe en effet de nombreuses raisons qui entraînent pour les complémentaires une évolution de charges différente de celle des régimes de base.

Ainsi, une mesure concentrée sur des biens et services pour lesquels le régime de base est le financeur principal ou exclusif (par exemple les dépenses des assurés en ALD) conduira à une évolution des charges des OC inférieure au taux de référence de l'ONDAM. Si au contraire une mesure concerne des segments où les OC interviennent très majoritairement (médicaments à vignette bleue) ou a pour contrepartie directe un déport sur les OC (redressement de la gestion des ordonnanciers bizona), le taux de charge des OC est tiré vers le haut.

2) éléments significatifs à prendre en compte pour l'analyse de l'ONDAM soins de ville

a) il convient de rappeler la tendance structurelle de progression des soins assortis d'une exonération totale du ticket modérateur (c'est le cas notamment du régime des ALD).

Toutes choses égales par ailleurs, cette tendance, pour un ONDAM ville donné, diminue la part des OC.

Il en ressort que cette déformation structurelle conduit à une forte différence de taux d'évolution. Une croissance globale de 0,8% des soins de ville induit une croissance des soins ALD de 1,28% et une croissance des soins pour les autres assurés de 0,48%,

b) produits de santé

1) le déremboursement des médicaments à SMR insuffisant induit en année pleine une économie de 270M€ pour les régimes de base et de 360M€ pour les OC¹³⁴ dans l'hypothèse où il n'y aurait pas de report sur des médicaments remboursés. Rappelons que la Haute Autorité de Santé considère que cette hypothèse est fondée. (à compléter)

2) le passage à 15% du taux de remboursement des veinotoniques entraîne, en année pleine, 120M€ d'économies pour les régimes de base. Si le prix des médicaments de l'espèce est abaissé de 20%, les OC supporteraient une charge supplémentaire minimale¹³⁵. Mentionnons qu'ils pourraient faire des économies¹³⁶ s'ils décidaient de décrocher du taux de remboursement à 100%¹³⁷. On retient à ce stade l'hypothèse d'une opération « blanche » pour les OC, en année pleine. (à compléter)

3) les autres mesures concernant les médicaments et autres produits de santé devraient induire, d'après le PLFSS 2006 une économie de 1,7Md€ pour les régimes de base (annexe 3). Un certain nombre ont d'ores et déjà été mises en œuvre : baisse de 15% des prix des médicaments inscrits au répertoire des génériques (M€ d'économie en année pleine pour les régimes de base), introduction des nouveaux génériques à 50% du prix du princeps ; adaptation des conditionnements (180M€ d'économie pour les régimes de base), modification des marges de distribution (100M€ d'économie pour les régimes de base), poursuite du plan générique. Pour les mesures connues et chiffrées telles que la baisse de 13% des prix du répertoire, l'adaptation des conditionnements et la modification des marges de distribution, régimes de base et organismes complémentaires bénéficieront des économies engendrées à due concurrence¹³⁸. Quant aux autres mesures, tout dépendra de leur champ d'application. (à compléter)

c) autres mesures

- *l'institution d'une participation plafonnée à 18€ pour les actes dont le tarif à la nomenclature CCAM est supérieur à 91€ (anciennement K50 de la NGAP): économie de 100 à 130M€ en année pleine pour les régimes de base et charge supplémentaire de 90 à 117M€ en année pleine pour les OC.*

¹³⁴ Ce chiffrage en année pleine fondé sur l'hypothèse que 90% de la partie non prise en charge par les régimes de base est à la charge des organismes complémentaires. On sait qu'environ 8% des assurés ne bénéficient pas de protection complémentaire maladie et que environ 1,5% des assurés relèvent de la CMUC prise en charge par les organismes complémentaires.

¹³⁵ Les veinotoniques sont remboursés par les régimes de base au taux de 35% mais compte tenu des exonérations de ticket modérateur, le taux moyen est de l'ordre de 40%. Les complémentaires interviennent alors à hauteur d'environ 60%. Sur une base de 100, la prise en charge des veinotoniques par les complémentaires correspond à une charge de 60. Si le prix baisse de 20%, le nouveau taux de prise en charge par les complémentaires (85% théorique, 80% compte tenu des exonérations) correspond à une charge de 64 (80% de 80). Si les exonérations étaient supprimées, la prise en charge des complémentaires serait supérieure (85% de 80 = 68).

¹³⁶ S'ils ne prenaient plus en charge ces médicaments, les OC feraient une économie de l'ordre de 250M€

¹³⁷ La FNMF a recommandé à ses mutuelles de ne pas prendre en charge les médicaments qui dont le taux de prise en charge par les régimes de base sera rapporté de 35% à 15%. Les gestionnaires de contrats complémentaires soulignent qu'en tout état de cause des contraintes techniques, notamment liées au tiers payant et des contraintes juridiques de révision des contrats, retarderaient substantiellement leurs éventuels décisions de non remboursement.

¹³⁸ Pour les médicaments à vignette blanche (taux théorique de remboursement de 65% par les régimes de base), compte tenu de l'exonération d'un certain nombre de consommations, la répartition effective des prises en charge est environ 80% pour les régimes de base et 20% pour les complémentaires, pour les médicaments à vignette bleue (taux théorique de remboursement à 35%) la répartition est environ 40% pour les régimes de base et 60% pour les organismes complémentaires.

- *le redressement de la gestion des ordonnanciers bizona.*

Le Haut Conseil avait considéré que le chiffrage de la CNAMTS (455M€ d'économies pour les régimes de base et une charge légèrement inférieure pour les OC) était pertinent. Dans son récent bilan, la CNAMTS estime qu'on a réalisé une économie de 90M€ en 2005 et en a prévu une de 292M€ pour 2006¹³⁹.

- *les incidences du contrat responsable : le décret du 29 septembre 2005*

° il subordonne le maintien des avantages fiscaux et sociaux des contrats complémentaires à l'adoption d'un plancher de prise en charge du ticket modérateur : les OC doivent compléter le remboursement par les régimes de base à hauteur de 100% pour les C et V du médecin traitant et des médecins correspondants et de 95% pour leurs prescriptions – sauf pour les médicaments à vignette bleue. L'incidence pour les OC sera très faible dans la mesure où la quasi-totalité des contrats complémentaires retiennent déjà ces taux de remboursement. Le secrétariat du Conseil souhaite que les « têtes de réseau » (FNMF, CTIP et FFSA) poussent l'analyse sur ce point. On lui a signalé le problème très particulier des contrats incomplets qui représentent une proportion faible de l'ensemble des contrats. Toutefois, dans les mutuelles interprofessionnelles, environ 10% des contrats sont de ce type.

° il prévoit que les OC devront compléter les remboursements des régimes de base à concurrence de 100% de la base de remboursement au moins deux actes de prévention figurant sur la liste (en cours d'adoption). La charge pour les OC devrait être (à compléter) ?

° il met en œuvre l'option subordonnant le maintien des avantages sociaux et fiscaux des contrats complémentaires à la non prise en charge par les OC des éléments tendant à pénaliser les actes hors parcours :

– 8€ sur les dépassements en secteurs I et II¹⁴⁰.

L'augmentation du montant du dépassement autorisé pour non respect du parcours de soins et qui n'est pas pris en charge par les OC est le résultat mécanique de l'augmentation du montant de la majoration de coordination de 1€ (qui passe ainsi de 2 à 3€ et qui fait partie de l'assiette du dépassement autorisé) par l'avenant n°12 à la convention nationale des médecins (article 4.1). Celui-ci a été approuvé par arrêté du 23 mars 2006 publié au JO du 30 mars 2006.

Il est actuellement difficile de chiffrer l'économie que les OC pourraient enregistrer à ce titre faute d'hypothèses pertinentes sur la fréquence de ces dépassements d'une part, sur le nombre de contrats d'OC prévoyant actuellement une prise en charge au moins égale à 8€ d'autre part.

– la majoration de ticket modérateur sanctionnant le non respect du parcours de soins

Les régimes de base assurent un remboursement moindre des soins hors parcours ou réalisés (C,V) sans qu'un médecin traitant ait été choisi : le taux de remboursement passe de 70% à 60% et les spécialistes de secteur sont autorisés à des dépassements¹⁴¹.

L'opération est neutre pour les OC dont la base de prise en charge devrait rester inchangée.

¹³⁹ Source : CNAMTS (2006) "Contrôles et lutte contre les abus et les fraudes à l'Assurance maladie. Point sur les actions 2005 et programme 2006", 23 février 2006.

¹⁴⁰ Le forfait est plafonné à 8€ à compter du 31 mars 2006 sur les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés.

¹⁴¹ Ainsi le reste à charge d'une consultation de généraliste de secteur 1 passe de 7€ à 9€, d'une consultation de spécialiste de secteur 1 de 7,90€ à un maximum de 13,80€.

3) Autre facteurs impactant le compte des OC (hors ONDAM soins de ville)

a) le forfait journalier

La charge pour les OC est évaluée à 100M€.

b) évolution de certaines charges hospitalières

Il est très difficile de connaître l'impact global sur les complémentaires des mesures relatives aux établissements hospitaliers.

La baisse des tarifs des médicaments et des dispositifs facturés en sus des GHS à l'hôpital devrait, par exemple, être neutre pour les complémentaires dans la mesure où tous ces produits de santé (coûteux et destinés aux soins de patients en ALD) sont pris en charge à 100% par les régimes de base.

La politique d'amélioration de la gestion des achats hospitaliers, qui doit permettre des économies sur les budgets hospitaliers, devrait induire des économies pour les complémentaires puisqu'elle impacte les tarifs journaliers de prestations (« prix de journée »), base de calcul des tickets modérateurs à la charge des complémentaires.

En revanche, comme l'a évoqué le récent rapport IGF/IGAS sur la T2A, la modification des mécanismes de régulation à l'hôpital (passage d'une régulation de la dépense totale à la régulation de la seule dépense d'assurance maladie) va entraîner un risque financier en termes de déport sur les tarifs journaliers de prestations – et donc sur les complémentaires – évalué à 117M€ pour les complémentaires.

c) l'augmentation de la contribution des OC au financement de la CMUC.

La charge des OC est évaluée à 200M€¹⁴².

d) les dépassements

d1) pour les dépassements afférents à des soins hors parcours

d2) les dépassements au titre du DE.

Il semble que les DE (dépassements « exceptionnels » correspondant à des exigences particulières du patient) peuvent avoir une incidence sur les complémentaires et doivent être pris en compte. Il conviendrait de disposer d'informations précises sur l'importance et la progression de ces dépassements et l'effectivité de leur prise en charge par les organismes complémentaires.

d3) les dépassements en secteur 2.

- le haut Conseil dans son avis du 24 février 2005 avait souligné l'incertitude sur le taux de prise en charge des dépassements (secteur II) par les OC. Il semblait cependant avéré que ce taux augmentait régulièrement, essentiellement dans les contrats collectifs en entreprise.

Le taux moyen des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes est stable. Il est de 34,3% contre 34,4% l'année précédente pour les médecins de secteur 2.

Quant au volume des dépassements (~1,3 Md€ en 2004), les six derniers observables dans les statistiques de la CNAMTS (octobre 2005 à février 2006) montrent qu'il devrait s'infléchir : les dépassements moyens par médecin (secteur 2 et DP) stagnent sur la période après avoir été en croissance ces dernières années (+5,6% entre 2003 et 2004, +8,3% par an entre 1995 et 2004)¹⁴³.

¹⁴² Le forfait versé aux organismes complémentaires pour les allocataires CMUC qu'ils gèrent, sera augmenté de 20M€.

¹⁴³ Point statistique n°43, CNAMTS, juillet 2005.

e) frais de gestion

L'actualisation des programmes informatiques et des procédures de gestion, l'adaptation des contrats vont entraîner des frais non récurrents.

Le Secrétariat du Conseil n'a pas d'informations pertinentes sur ces frais.

4) conclusions

Si l'ONDAM 2006 est tenu, les charges des OC pour les soins de ville ne devraient pas connaître d'augmentation marquée et pourraient se situer légèrement en retrait de l'évolution des charges des régimes de base qui est prévue à 0,8%¹⁴⁴.

Ceci étant, compte tenu du périmètre propre aux OC, il convient de tenir compte d'autres éléments :

- dans le champ de l'ONDAM hospitalier,

L'ONDAM hospitalier est prévu à 63,7Md€ en 2006, soit en progression de 3,4% par rapport à 2005 (+2,1 Md€). La part des OC au financement des soins hospitaliers est 3,9% et la progression de l'ONDAM hospitalier correspond à environ 90 millions d'euros pour les OC.

- pour les items recensés au 2), on est devant une augmentation supérieure à 400M€.

Les variations de charge pourraient être sensiblement différentes selon la composition des portefeuilles des OC, en fonction notamment du poids des ALD et des dépassements.

Dans ce cadre prévisionnel, les charges des OC pourraient augmenter de 630M€ [140M€ au titre de l'ONDAM soins de ville 2006 (62,4Md€); 400M€ pour les éléments décrits au paragraphe 2 ci-dessus ; 90M au titre de l'ONDAM hospitalier]. Cette augmentation représente de l'ordre de 3% des cotisations.

144 Taux qu'il faudrait corriger de l'évolution des indemnités journalières.

Annexe 3 : Les contrats « incomplets », Analyse du CTIP

Cette notion recouvre plusieurs types de contrats :

a) Les garanties « partielles » : les contrats ne couvrent pas toute la largeur du domaine remboursable. Tel est le cas notamment des couvertures « hospitalisation » figurant dans quelques conventions collectives (cadres et ETAM¹⁴⁵ du BTP, secteur agricole, textile, coiffure) et des contrats similaires souscrits par des entreprises. Dans ce dernier cas, il s'agit généralement de couvertures hospitalisation, ou bien « gros risques » (hospitalisation + forfait dentaire et optique par exemple).

Toutefois, le fait que ces contrats offrent des garanties partielles ne signifie pas que la couverture complémentaire est incomplète. Dans les branches précitées, les garanties hospitalisation issues des conventions collectives sont souvent complétées par des garanties « frais médicaux » souscrites par les entreprises. Ainsi, parmi les 400 000 personnes couvertes par la garantie « hospitalisation des cadres et ETAM du BTP, seules 70 000 ne bénéficient pas d'un contrat collectif de frais médicaux.

D'après les informations du CTIP, les assurés qui ne bénéficient au total que d'un contrat « gros risques » ou « hospitalisation » sont généralement des non-cadres de PME, des salariés de commerçant ou d'artisans ainsi que des étudiants.

b) les garanties « insuffisantes » : les contrats ne couvrent pas en hauteur la totalité des prestations que les contrats « responsables » doivent prendre en charge (honoraires médicaux, médicaments à vignette blanche, analyses).

Dans une partie des IP, il existe des contrats ne couvrant pas la totalité du TM. Ces contrats complètent la part de l'AMO à hauteur de 80, 90 ou 95 % du tarif servant de base au calcul du remboursement AMO. Ces contrats concernent en particulier de grandes entreprises, où les partenaires sociaux, signataires de ces contrats, ont considéré qu'un reste à charge minimal contribuait à la maîtrise des dépenses.

Même si les partenaires sociaux concernés ont eu du mal à imaginer qu'augmenter les garanties était « responsable », ils l'ont fait dans la grande majorité des cas en 2006. La pénalisation des contrats collectifs obligatoires résultant de la non déductibilité des cotisations et de la taxe d'assurance était en effet supérieure à l'économie de prestations.

On ne dispose pas d'éléments statistiques fiables sur ces contrats incomplets.

¹⁴⁵ Employés, techniciens et agents de maîtrise.

Annexe 4 : Le barème de la CMUC

Le périmètre des ressources prises en compte pour l'accès à la CMUC a été modifié.

Jusqu'à maintenant, le forfait logement pris en compte était calculé de la façon suivante :

- Pour une personne seule, le forfait correspondait à l'équivalent de 12% du RMI d'une personne,
- Pour un couple, 14% du RMI de deux personnes,
- Pour trois personnes et plus, 14% du RMI de trois personnes.

Désormais, le forfait logement pris en compte pour le calcul des ressources des demandeurs de la CMU complémentaire est aligné, pour les nouveaux demandeurs de CMU-C percevant une aide au logement, sur le forfait déjà retenu pour les demandeurs de RMI.

Les règles qui s'appliquent désormais au calcul du forfait logement pour les nouveaux entrants dans le dispositif sont les suivantes :

- Pour une personne seule, le forfait logement équivaut à 12% du RMI d'une personne,
- Pour un couple, 16% du RMI de deux personnes,
- Pour trois personnes et plus, 16,5% du RMI de trois personnes.

Le tableau suivant situe l'écart de barème.

	Célibataire	Couple	Couple 1enf.	Couple 2 enf.	Couple 3 enf.	Couple 4 enf.
Plafond brut (€/mois)	587,16	880,75	1 056,9	1 233,04	1 467,9	1 702,8
Forfait logement	51,05	89,33	107,20	107,20	107,20	107,20
Plafond net au 01/01/2005	536,11	791,42	949,7	1 125,84	1 360,7	1 595,6
Forfait logement de l'article 155 de la LF 2006	51,05	102,1	126,34	126,34	126,34	126,34
Plafond net au 01/01/2006 nouveau demandeur	536,11	778,65	930,56	1 106,7	1 341,56	1 576,43

Source : secrétariat général HCAAM

D'après les premières estimations disponibles, cette mesure d'alignement technique aurait entraîné la sortie de 20.000 bénéficiaires de la prestation.

Annexe 5 : Affections de Longue Durée - Recommandations de la HAS (31 mai 2006)

Dès l'origine de l'assurance maladie, le dispositif des affections de longue durée (ALD) a été mis en place afin de permettre une prise en charge à 100 % par la sécurité sociale des soins délivrés aux patients souffrant d'une des « affections comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse¹⁴⁶ ».

Depuis la naissance des ALD, la pratique médicale a progressé, transformant l'évolution des maladies. Des affections sont traitées avec succès. Des maladies chroniques sont devenues compatibles pendant longtemps avec une vie normale. A l'inverse, le vieillissement s'accompagne du développement des démences et des polyopathologies.

Les ALD constituent un enjeu croissant sur les plans humain, sanitaire et financier : près de huit millions de personnes sont atteintes aujourd'hui d'une de ces affections, le nombre de patients progresse de plus de 5 % par an depuis 10 ans et les soins exposés à ce titre représentent près de 60 % du total des dépenses remboursées par l'assurance maladie.

La HAS a engagé le réexamen d'ensemble des trente ALD actuelles sur une période de trois ans. En effet, la loi confie à la HAS une mission consultative en la matière. Pour chaque ALD, elle doit formuler des recommandations permettant de¹⁴⁷ :

- déterminer la liste des actes et des prestations nécessaires au traitement de ces affections ;
- définir pour chaque affection les stades évolutifs, appelés critères médicaux, justifiant l'entrée dans le dispositif.

Au titre de la première de ces attributions, elle commence ce réexamen par la publication de la liste des actes et des prestations nécessités par le traitement de deux affections importantes : le diabète (type 1 d'une part et type 2 d'autre part) et l'hépatite C¹⁴⁸. Cette liste est accompagnée d'un guide à destination des médecins. La HAS diffusera régulièrement, au rythme approximatif de deux à quatre par trimestre, ses recommandations relatives aux autres ALD, de manière à fournir aux parties intéressées les éléments (listes d'actes, guides médecins et patients) accompagnant la signature des nouveaux protocoles de soins visés par la loi du 13 août 2004.

Toutefois, au delà de la nécessaire mise en œuvre des protocoles de soins qui représente un défi immédiat majeur pour l'assurance maladie, la HAS a été conduite à s'interroger sur la place des ALD dans le système de soins. Celles-ci sont depuis l'origine un mécanisme financier d'exonération pour les malades. Elles sont aussi devenues au fil du temps la marque d'une attention particulière dans la prise en charge médicale. Les décisions qui se sont succédé sans redéfinition explicite des objectifs ont nui à la cohérence d'ensemble du système.

¹⁴⁶ Cette définition des affections de longue durée figure à l'article L 322-3 du code de la sécurité sociale. Voir les dispositions législatives et réglementaires en annexe 1.

¹⁴⁷ Voir en annexe 2, les dispositions réglementaires établissant les missions de la HAS.

¹⁴⁸ Pour l'hypertension artérielle sévère (HTAS), les travaux techniques menés ont fait apparaître que l'HTAS est une affection de longue durée atypique, puisqu'il ne s'agit pas à proprement parler d'une maladie, mais d'un facteur de risque vasculaire. Les quatre autres ALD du champ cardio-vasculaire (maladie coronaire, insuffisance cardiaque, artériopathie des membres inférieurs et accident vasculaire cérébral) étant actuellement en cours d'étude, c'est sur l'ensemble des cinq ALD concernées que la HAS communiquera ses recommandations au dernier trimestre 2006.

Une réflexion est aujourd'hui indispensable. Ses implications sur le système de soins sont si fondamentales qu'elles ne peuvent que s'inscrire dans la durée et s'accompagner d'un large débat. La Haute Autorité de santé entend y contribuer.

A) LA DUALITE DES ENJEUX LIES AUX AFFECTIONS DE LONGUE DUREE

Notre système de santé est actuellement confronté à des enjeux multiples. L'efficacité des soins progresse, l'évolution des technologies de santé repousse les limites du possible en même temps qu'elle rend les soins de plus en plus coûteux, le coût n'étant d'ailleurs pas forcément lié à la durée du traitement. Le progrès médical permet de traiter efficacement aujourd'hui des personnes qui n'avaient aucun espoir. Mais il ne guérit pas toujours : les patients doivent alors apprendre à vivre avec leur maladie. Pour autant, les possibilités thérapeutiques permettent une meilleure qualité de vie pour les personnes malades et l'espérance de vie sans incapacité progresse dans notre pays. Enfin, la santé est devenue, au-delà d'un idéal, un bien de consommation ; les informations la concernant connaissent une large diffusion et les patients revendiquent, à juste titre, d'être impliqués dans la gestion de leurs affections et de bénéficier davantage de services personnalisés.

Avec le vieillissement démographique, les maladies chroniques¹⁴⁹ ainsi que les polyopathologies deviennent le centre de gravité de notre système de santé. L'accompagnement des parcours de soins des patients au sein du système de santé, ce que les pays anglo-saxons appellent « *disease management* », constitue désormais un enjeu central en termes d'organisation. Nombreux sont les pays qui, confrontés aux mêmes difficultés, réfléchissent aujourd'hui à cet accompagnement. La France se doit également d'améliorer encore la qualité des soins tout en préservant la solidarité à l'égard des personnes touchées par les maladies les plus graves.

1) Un enjeu portant sur la qualité de l'organisation des soins autour du patient

Au-delà de la qualité de la prise en charge assurée par les professionnels de santé pris individuellement, les études¹⁵⁰ réalisées montrent qu'il existe des éléments importants de non qualité liés au cheminement du malade à l'intérieur du système de soins. Cette situation provoque des pertes de chance pour les malades et des surcoûts financiers immédiats ou à terme pour la collectivité. Les principaux facteurs de non qualité liés au parcours de soins sont bien identifiés : défaut de coordination entre les professionnels, absence de responsabilisation des patients, insuffisance de cohérence et de coordination de l'offre de soins.

Dans le cas de la maladie diabétique, par exemple, malgré l'implication des médecins traitants et des médecins conseils, la moitié des malades ne bénéficient pas encore d'un examen ophtalmologique annuel comme il est pourtant recommandé¹⁵¹. Le recours à certaines prestations est, au contraire, excessif au regard des pratiques souhaitables dans certaines affections¹⁵².

¹⁴⁹ La définition de la maladie chronique est un sujet de débat. En matière d'ALD, il s'agit de toute affection dont la durée de prise en charge dépasse six mois continus. Une ALD peut donc concerner autant des affections nécessitant une prise en charge à vie (diabète, maladie de Parkinson, démences,...) que des affections dont la guérison est possible (cancers, hépatites, tuberculose,...).

¹⁵⁰ Etude ENEIS, DREES, Etudes et résultats, n°398, mai 2005

¹⁵¹ Etude ENTRED données 2001-2003 ; InVS, 2005

¹⁵² L'étude « Les coûts de la qualité et de la non-qualité des soins dans les établissements de santé : état des lieux et propositions », CCECQA-ANAES, juillet 2004, fournit des exemples particulièrement démonstratifs de surconsommation.

Des améliorations sont cependant possibles. Les expériences menées tant en France dans le cadre de certains réseaux qu'à l'étranger, au Canada par exemple, le démontrent clairement : le repérage des malades chroniques au sein du système de santé, ainsi que l'accompagnement, parfois très personnalisé de leurs parcours de soins, l'éducation thérapeutique et l'hygiène de vie, représentent les éléments clé de la qualité des soins. Les évaluations¹⁵³ de ces expériences montrent que les patients bénéficiant d'un tel suivi ont une meilleure observance de leur parcours de soins avec un recours diminué aux soins en urgence, une moindre consommation de soins inappropriés et une meilleure qualité de vie mesurée par leur satisfaction vis-à-vis de leur état de santé.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, en instaurant la notion de médecin traitant et de parcours de soins, d'une part, en refondant celle de protocole de soins, d'autre part, constitue une reconnaissance du bien-fondé de cette orientation.

2) Un enjeu de solidarité renforcée à l'égard des maladies les plus coûteuses

L'objectif poursuivi à l'origine par le dispositif, et qui demeure pleinement légitime, était de faire en sorte que les tickets modérateurs exigibles en cas d'ALD ne constituent pas un obstacle financier à l'accès aux soins. Or, force est de constater, comme l'a fait le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie¹⁵⁴, l'inadaptation croissante de ce dispositif.

Les progrès de la médecine permettent d'identifier des facteurs de risque dont la prise en compte évite l'apparition de certaines affections. De même une prise en charge plus précoce évite l'aggravation de nombreuses maladies. Ce repérage et ce suivi médical sont absolument indispensables.

L'absence d'un suivi organisé de l'ensemble des affections chroniques conduit donc à une confusion entre la notion d'ALD en tant que maladie justifiant un suivi organisé et celle d'ALD comme situation administrative d'exonération du ticket modérateur pour le malade en raison d'un coût élevé¹⁵⁵. Elle induit *a priori* qu'« être en ALD », donc exonéré, est la condition nécessaire pour une prise en charge médicale de qualité..

Le principe du médecin traitant et la logique des parcours de soins doivent permettre de sortir de cette impasse qui voudrait que l'ensemble des malades, pour bénéficier d'un suivi de qualité, accèdent également à un remboursement à 100 % de leurs soins. Il importe donc de trouver le chemin permettant de ne plus lier systématiquement la qualité de la prise en charge des maladies à l'exonération des tickets modérateurs qui s'y rapportent.

La HAS se doit de souligner l'existence d'inégalités suivant les critères médicaux utilisés pour la définition des ALD selon les affections ou leur stade évolutif. Par exemple, le diabète de type 2 bénéficie d'une admission en ALD quel que soit le stade de la maladie, contrairement à

¹⁵³ Ofman JJ. Does Disease Management Improve Clinical and Economic Outcomes in Patients with Chronic Diseases? A Systematic Review. *Am J Med*; 2004, 117; 182-192

¹⁵⁴ Pour une prise en charge des maladies dites « ALD », Avis HCAAM du 28 avril 2005 ; Le périmètre de la prise en charge intégrale par les régimes de base, Avis HCAAM, 27 octobre 2005.

¹⁵⁵ On peut rappeler ici que si ce mécanisme dispense du paiement des tickets modérateurs liés à la maladie, il n'annule pas pour autant les restes à charge du malade. En effet, cette exonération ne concerne par définition que les prestations prises en charge par l'assurance maladie pour la maladie considérée, sur la base des tarifs remboursables ; tout dépassement ou écart par rapport à ces tarifs reste à la charge du patient. Il en va de même pour des prestations non admises au remboursement d'une façon générale.

l'insuffisance respiratoire chronique ou à la dépression pour lesquelles l'entrée en ALD n'intervient qu'à un stade grave de l'affection. Dans le même ordre d'idées, on trouve des personnes en ALD au titre d'un facteur de risque cardio-vasculaire (hypertension artérielle sévère) alors que d'autres facteurs de risque n'ouvrent pas ce même droit (hypercholestérolémie ou obésité par exemple).

Enfin, compte tenu de la persistance de certains problèmes d'accès aux soins pour des raisons financières malgré les mécanismes de la couverture maladie universelle, les médecins ont parfois recours à l'ALD, notamment via le mécanisme dit de la 31^{ème} maladie, à des fins sociales, c'est à dire comme à un simple moyen d'accès aux soins de leurs patients les plus modestes ou les plus âgés.

La dualité des enjeux, médicaux et financiers, s'attachant aux ALD rend nécessaire de dépasser l'imbrication actuelle afin de pouvoir répondre à chacun de manière appropriée. Cela doit conduire à explorer les voies d'un renforcement du suivi et de l'accompagnement des malades chroniques par une protocolisation des parcours de soins et, parallèlement, à ouvrir une réflexion plus large sur les différentes modalités de couverture collective du risque sanitaire aggravé, incluant la prise en compte de la situation sociale des personnes.

B) LES PRINCIPES GENERAUX ET PREMIERES RECOMMANDATIONS

Ces orientations s'efforcent de répondre aux deux objectifs fondamentaux rappelés précédemment : un objectif de qualité et un objectif de solidarité.

1) L'objectif de qualité

Le domaine des maladies chroniques est un point d'application privilégié de l'ensemble des politiques visant à promouvoir la qualité que la HAS conduit : meilleure prise en compte des recommandations de pratique clinique, information et implication plus complètes des patients dans la prise en charge de leur maladie, nouvelles organisations et répartitions des tâches au sein du système de soins. La HAS souhaite d'ailleurs intégrer ce dernier point dans la réflexion qu'elle engage sur les coopérations entre professionnels de santé.

L'objectif de la qualité de la prise en charge médicale des patients implique tout à la fois de donner tout son sens au nouveau protocole de soins, avec son accompagnement et son suivi, et d'envisager, chaque fois que nécessaire, les adaptations qu'il serait souhaitable d'apporter au périmètre légal du remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Le nouveau protocole de soins

Le protocole de soins est un document établi conjointement par le médecin traitant et le médecin conseil de l'assurance maladie. Il définit les droits et obligations du patient qui le signe. Il constitue donc un instrument de responsabilisation du patient, notamment pour favoriser une meilleure observance, élément central de la qualité de la prise en charge. Il est révisable en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient et des avancées thérapeutiques. Enfin il définit, compte tenu des recommandations de la HAS, la liste des actes et prestations nécessités par le traitement. Seuls les soins nécessaires au traitement de l'affection doivent être pris en charge à 100 %.

La HAS établit donc, pour chaque ALD examinée, la liste indicative des actes et prestations nécessités par le traitement. La HAS diffuse en outre un document succinct destiné à guider le médecin et à l'aider à assurer la prise en charge optimale de son patient. Elle envisage aussi, en partenariat avec les associations de malades, d'élaborer un « guide patient » visant à faciliter son implication dans la prise en charge de sa propre maladie. L'actualisation périodique de ces documents (tous les trois ans ou moins en cas d'évolution importante des données médicales) est également prévue.

Tous ces outils (liste, guide médecin, guide patient) ont vocation à contribuer à l'amélioration de la qualité des soins. En effet, les expériences étrangères qui mettent en évidence les impacts favorables de programmes d'accompagnement de parcours de malades (disease management) ont toutes en commun les quatre éléments suivants : l'identification précise de la population cible, l'existence de recommandations avec des indicateurs de suivi associés, un accompagnement individualisé des parcours de soins, enfin un retour d'information structuré tant en direction des professionnels que des patients. La démarche en cours en France s'inscrit dans cette logique. L'expérience montre que l'implication de toutes les parties prenantes est une condition nécessaire à l'amélioration des soins.

La HAS est pour sa part très attentive aux conditions concrètes de mise en œuvre de ces nouveaux outils dans le cadre du protocole de soins mis en place par l'assurance maladie. Pour une réussite durable, trois conditions apparaissent indispensables : la définition claire des nouvelles règles du jeu et des modalités pratiques de leur mise en œuvre, la mise au point d'un calendrier raisonnable d'application ménageant les étapes et les transitions nécessaires et, enfin, la préoccupation d'adapter les outils et les règles du jeu en fonction des constats réalisés sur le terrain.

Ainsi, les documents diffusés sur le diabète et l'hépatite C, nouveaux par nature, pourront-ils être adaptés en fonction des enseignements tirés de la période initiale de mise en œuvre.

La conscience de l'importance du respect du parcours de soins face à une maladie chronique ou à l'existence d'un facteur de risque est une condition importante de l'adhésion du patient au traitement et donc de la bonne observance, indépendamment des conditions financières de prise en charge.

Aussi, la HAS considère-t-elle que la démarche de formalisation des parcours de soins mériterait d'être progressivement étendue aux maladies chroniques non exonérées de ticket modérateur. La réglementation actuelle le permet¹⁵⁶ ; il conviendra de la mettre en œuvre progressivement en tenant compte de l'expérience acquise grâce aux nouveaux protocoles de prise en charge des ALD.

L'adaptation du périmètre du remboursement

Si seuls les actes et prestations aujourd'hui remboursables peuvent être inclus dans les protocoles de soins, il importe au regard de l'objectif de qualité des soins et de la gravité qui caractérisent les affections concernées, que tous les soins nécessaires puissent, à terme, l'être.

¹⁵⁶ Premier alinéa de l'article L 324-1 du Code de la sécurité sociale.

La HAS souhaite donc poursuivre les travaux sur les adaptations du périmètre de remboursement qui, au-delà des conséquences financières qui relèvent d'une analyse par les institutions compétentes, nécessitent le plus souvent une réflexion complémentaire sur l'organisation et les conditions d'une prise en charge de ces actes et prestations.

Certaines activités ou certains actes médicalement nécessaires ne bénéficient pas toujours d'un financement ou lorsqu'il existe, celui-ci n'est pas organisé de manière homogène sur le territoire. Ainsi, les soins des pieds réalisés par les podologues pour les malades diabétiques présentant des complications ne sont pas pris en charge financièrement. L'éducation thérapeutique est un autre exemple. Elle vise une véritable autonomisation et responsabilisation du malade face à sa maladie. Elle est importante pour de nombreuses affections chroniques mais sa prise en charge n'est pas prévue en dehors de structures particulières ou expérimentales dédiées. Ces actions contribuent pourtant dans la durée à la qualité des soins et à la diminution de fréquence des complications pour de nombreuses affections chroniques.

Les adaptations souhaitables du périmètre requièrent toutefois un travail préalable de définition et de ce fait une nécessaire progressivité de mise en œuvre. Elles doivent aussi pouvoir faire place à des modalités originales. Ainsi s'agissant de l'éducation thérapeutique, une contractualisation globale autour de l'intervention des différents professionnels est préférable à la juxtaposition d'actes isolés.

La HAS avait déjà relevé l'importance de ce point dans son avis rendu le 24 octobre 2005 sur les maladies rares en notant, en particulier, qu'il s'agissait de permettre la prise en charge sur des bases juridiques solides de prestations considérées comme nécessaires au titre de l'affection considérée mais non incluses dans le périmètre des biens et services remboursables.

Plusieurs voies non exclusives sont possibles. Le choix entre celles-ci relève d'une décision de nature politique que la HAS souhaite éclairer de ses avis. Une première voie serait une disposition législative qui, de manière générale, permette à titre exceptionnel la prise en charge par l'assurance maladie de ces prestations dans le cadre d'un protocole de soins. Une autre voie possible passerait par l'inscription dans les nomenclatures de nouvelles prestations. Cette disposition pourrait d'ailleurs être mise en œuvre, comme la loi le prévoit déjà, pour s'appliquer uniquement aux prestations exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins. Enfin, cette évolution du périmètre de remboursement pourrait être l'occasion de réfléchir à l'implication des assurances complémentaires, désormais pratiquement généralisées, dans ce champ.

2) L'objectif de solidarité

Cet objectif est central et doit être préservé. Il implique qu'une attention particulière soit maintenue s'agissant tant du champ de l'exonération et de sa portée que des critères médicaux utilisés. Ceci est particulièrement important dans un contexte marqué par le développement des maladies chroniques et le vieillissement démographique.

Le champ et la portée de l'exonération

Il convient de rappeler ici que le principe pour l'assuré est, en France, celui du ticket modérateur, l'exonération constituant l'exception. Le dispositif des ALD a pour objectif d'exonérer de ticket modérateur les soins nécessaires au traitement d'une ou de plusieurs affections. Il n'a pas pour but

d'exonérer des personnes pour la totalité des soins. La guérison, la rémission ou le passage à une phase du traitement beaucoup moins coûteuse, justifient dans le principe un réexamen périodique, variable selon les maladies, des conditions d'admission afin d'apprécier le bien-fondé du maintien ou non de l'exonération. En particulier, la durée du protocole est fixée, par le médecin traitant et le médecin conseil, compte tenu des recommandations de la HAS. L'exonération du ticket modérateur ne saurait donc avoir nécessairement un caractère permanent. *A contrario*, le malade doit pouvoir en bénéficier à nouveau chaque fois que sa situation médicale le justifie.

Les critères médicaux d'exonération

Les critères médicaux d'admission ne sont pas la définition de la maladie mais celle du stade d'évolution de l'affection ouvrant droit au dispositif dérogatoire au droit commun que constitue l'exonération du ticket modérateur. Ils ne peuvent être définis qu'en se fondant sur la notion de « *thérapeutique particulièrement coûteuse* » qui est utilisée conjointement avec celle de « *traitement prolongé* » pour définir légalement¹⁵⁷ les cas d'exonération du ticket modérateur.

A cet effet, la HAS a évalué le coût des soins qu'elle estime médicalement nécessaires aux différents stades d'évolution des affections concernées. Les constatations établies à partir des premières affections examinées montrent qu'il existe une grande diversité des coûts liés aux parcours de soins des patients, en fonction des stades des maladies. Elles mettent également en évidence certains stades d'évolution où les traitements liés n'apparaissent pas « particulièrement coûteux »¹⁵⁸.

Ce constat corrobore celui du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie qui a souligné que les dépenses supportées par les malades en ALD pouvaient être inférieures à celles de certains patients qui n'en bénéficient pas.

Cette analyse nécessite une réflexion d'ensemble. En effet, plusieurs voies d'évolution sont possibles. Une première voie consisterait, sur la base des travaux que la HAS va progressivement effectuer sur l'ensemble des ALD, à envisager des modifications des critères médicaux en fonction soit des stades d'évolution soit des durées de traitement. Des propositions pourraient être faites par la HAS à mi-parcours de l'examen des principales ALD. Une autre voie consisterait à relier ce sujet aux réflexions menées par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie sur la question d'ensemble des montants restant à la charge des assurés, dès lors que la qualité de la prise en charge liée à la protocolisation ne serait plus dépendante de l'existence d'une ALD exonérante. Cette voie, plus ambitieuse, aurait l'avantage de traiter la question des ALD en cohérence avec celle des autres modes d'exonération du ticket modérateur. La HAS est prête à apporter toute sa contribution aux réflexions renouvelées auxquelles cette question pourrait donner lieu à l'avenir.

¹⁵⁷ A noter que le coût ouvrant droit à une exonération n'est plus défini de façon directe depuis 1986.

¹⁵⁸ Les coûts des parcours de soins pour les diabètes de type 2 non compliqués ou les hépatites C non traitées ou après traitement apparaissent ainsi beaucoup moins importants.

Dans l'immédiat, la Haute Autorité de santé :

Dans le cadre des travaux liés à la mise en œuvre des protocoles de soins pour les ALD :

- Diffuse les premiers documents concernant le diabète (type 1 et type 2, de l'enfant et de l'adulte) et l'hépatite C : liste des actes et prestations nécessités par le traitement et guides médicaux ;
- Diffusera de manière régulière les documents concernant les autres ALD pour couvrir le champ actuel de ces affections d'ici fin 2007 ;
- Souhaite élaborer des guides patients et pour cela engager un partenariat avec les associations de patients ;
- Très attentive aux conditions de mise en œuvre de ces outils, elle participera activement aux concertations engagées avec l'ensemble des acteurs (professionnels, caisses d'assurance maladie et associations de patients) ;

Au-delà, pour permettre une amélioration de la qualité des soins des malades chroniques tout en prenant en compte la nécessité de définir des priorités pour garantir la solidarité nationale, elle estime indispensable d'ouvrir un débat public, auquel elle entend contribuer par ses travaux sur les thèmes suivants :

S'agissant de la qualité de la prise en charge médicale :

- L'impact sur le système de soins des polyopathologies et des maladies chroniques en termes de coopération entre les professions de santé, d'articulation entre les différents niveaux de prise en charge médicale,
- L'extension de la démarche des protocoles de soins à l'ensemble des maladies chroniques et non plus seulement aux seules ALD exonérantes,
- Pour les priorités de la prise en charge financière :
- L'adaptation du périmètre du remboursement pour qu'il couvre l'ensemble des actes et prestations nécessités par le traitement des maladies chroniques,
- Les modalités de couverture du risque aggravé et, le cas échéant selon les solutions envisagées, les critères d'admission en ALD.

Annexe 6 : Affections de longue durée (ALD), Programme de travail HAS 2005-2006

La HAS a défini un programme visant à établir en 3 ans des listes d'actes et de prestations sur l'ensemble des ALD actuellement listées (30 affections), et à les actualiser ensuite en tant que de besoin (au minimum tous les 3 ans).

A l'issue d'une phase de concertation menée en 2005 avec les trois caisses nationales d'assurance maladie, ainsi qu'avec la direction de la sécurité sociale du ministère en charge de la santé, les 30 ALD de la liste actuelle ont été classées selon trois ordres de priorité, au regard des missions de la HAS :

- affections pour lesquelles une mise à jour des données est très attendue (priorité 1),
- affections pour lesquelles une mise au point des connaissances sera importante (priorité 2),
- enfin affections pour lesquelles les enjeux du court terme sont moins directement liés à l'existence d'un référentiel de pratique actualisé ou dont les enjeux économiques liés sont moins importants (priorité 3).

A noter concernant les affections cancéreuses qu'une articulation s'est mise en place avec l'Institut du cancer (InCA), aux termes de laquelle c'est ce dernier qui élaborera dans une première phase les référentiels de prise en charge des patients, la HAS intervenant secondairement.

Liste de ALD	
12	Hypertension artérielle sévère
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2
6	Maladies chroniques actives du foie (hors cirrhoses) Hépatite C Hépatite B
13	Maladie coronaire
14	Insuffisance respiratoire chronique grave
3	Artériopathies chroniques avec manifestations ischémiques (AOMI)
5	Insuffisance cardiaque grave, troubles du rythme graves, (cardiopathies valvulaires graves, cardiopathies congénitales graves)
1	Accident vasculaire cérébral invalidant
25	Sclérose en plaques

1 dossier thématique	
	Maladies rares (expertise ALD et articulation avec les Centres de référence labellisés)

Programme de travail 2006-2007

N°	Liste des ALD
5	Troubles du rythme graves,
7	Infection par le virus de l'immuno-déficience humaine (VIH)
8	Diabète de type 1 et diabète de type 2 : Complications oculaires et podologiques
9	Épilepsie grave
16	Maladie de Parkinson
19	Néphropathie chronique grave et syndrome néphrotique primitif
20	Paraplégie
23	Affections psychiatriques de longue durée :
	- Schizophrénie
23	Affections psychiatriques de longue durée :
	- Troubles anxieux graves
29	Tuberculose active
Maladies rares	
9	Sclérose latérale amyotrophique (SLA)
11	Hémophilies et affections constitutionnelles de l'hémostase graves
14	Hypertension artérielle pulmonaire (HTAP)
17	Maladie de Gaucher
17	Maladie de Fabry
17	Mucopolysaccharidose
18	Mucoviscidose
21	Lupus érythémateux
31	Xeroderma pigmentosum
Avec réserve (en fonction de la disponibilité de recommandations professionnelles en cours de rédaction)	
6	Cirrhoses
10	Hémoglobinopathies, hémolyses, chroniques constitutionnelles et acquises sévères : Drépanocytose (enfant adolescent + Adulte)
23	Affections psychiatriques de longue durée :
	- Dépression chronique
30	Tumeur maligne, affection maligne du tissu lymphatique ou hématopoïétique (articulation avec l'InCA)

Annexe 7 : Les évolutions consécutives a la mise en place du parcours de soins

- Le nombre total de C2 a crû de 21,7% entre 2004 et 2005 ; on dénombre en 2005 plus de 6 millions de C2.

Les évolutions du nombre de C2 sont très contrastées selon les spécialités :

Évolution du nombre de C2 entre 2004 et 2005

Spécialité	Nombre de C2 2004 (tous régimes)	Nombre de C2 et C2,5 2005 (tous régimes)	Évolution des C2 entre 2004 et 2005
Spécialité inconnue	1 819	2 511	38,1%
Omnipraticiens	29 988	27 885	21,3%
Anesthésie –réa. Chir.	120 336	227 250	88,8%
Pathologie cardio.	374 433	597 102	59,5%
Dermato-vénéréo.	134 595	282 029	109,5%
Total radiologie	37 891	46 224	22,0%
Total gynécologie	197 697	227 120	14,9%
Gastro-entérologie hépato.	454 645	570 473	25,5%
Total médecine interne	158 369	152 134	-3,9%
Neurochirurgie	58 938	62 885	6,7%
ORL	336 744	473 087	40,5%
Total pédiatrie	47 933	52 410	9,3%
Pneumologie	46 661	60 836	30,4%
Rhumatologie	312 661	387 220	23,8%
Ophtalmologie	96 972	167 732	73,0%
Chirurgie urologique	301 876	361 042	19,6%
Neuropsychiatrie	2 286	2 415	5,6%
Total stomatologie	30 317	40 071	32,2%
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	18 153	29 052	60,0%
Neurologie	72 607	95 122	31,0%
Total psychiatrie	2 805	8 742	211,7%
Néphrologie	10 714	10 679	-0,3%
Anatomo-cyto-pathologie	45	94	107,7%
Médecins biologistes	1	2	100%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	830 623	903 369	8,8%
Endocrinologie métabolisme	131 491	151 639	15,3%
Nombre total de C2	4 967 930	6 046 935	21,7%
Total chirurgie	2 355 767	2 435 107	3,4%

Source : CNAMTS

- Évolution des dépassements en secteur I. On constate que le taux moyen des dépassements d'honoraires des médecins spécialistes est stable. Il est de 2,2% contre 2,6% l'année précédente pour les médecins du secteur I¹⁵⁹.

Le tableau suivant situe l'évolution de la part des dépassements dans les honoraires totaux.

¹⁵⁹ Source : CNAMTS, Point d'Information Mensuel 6 juin 2006.

Part des dépassements dans les honoraires totaux secteur 1

Spécialité	2005	2006
Omnipraticiens	1,0%	0,7%
Anesthésie-réanimation chirurgicale	4,7%	4,6%
Pathologie cardio-vasculaire	0,5%	0,4%
Dermato-vénérologie	2,7%	4,2%
Total radiologie	0,2%	0,1%
Total gynécologie	5,9%	3,1%
Gastro-entérologie et hépatologie	1,1%	1,1%
Total médecine interne	1,1%	0,7%
Neurochirurgie	5,0%	3,9%
ORL	2,4%	2,3%
Total pédiatrie	2,2%	1,6%
Pneumologie	0,2%	0,1%
Rhumatologie	1,8%	1,6%
Ophtalmologie	3,7%	2,4%
Chirurgie urologique	2,9%	2,3%
Neuropsychiatrie	1,6%	1,1%
Total stomatologie	38,5%	39,7%
Rééducation et réadaptation fonctionnelle	2,2%	2,0%
Neurologie	1,4%	0,6%
Total psychiatrie	3,0%	1,9%
Néphrologie	0,1%	0,1%
Anatomo-cyto-pathologie	0,4%	0,4%
Médecins biologistes	0,5%	0,3%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	4,1%	3,9%
Endocrinologie et métabolisme	3,6%	2,4%
Total chirurgiens	4,6%	4,0%
Total psychiatres	2,8%	1,7%
Total spécialistes (hors médecins biologistes)	2,6%	2,2%
Total	1,8%	1,4%

Source : CNAMTS (2006)

*
* *
*