

N° 107

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2012-2013

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 7 novembre 2012

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,*

Par M. Yves DAUDIGNY,  
Sénateur,  
Rapporteur général.

Tome II :  
Assurance maladie

---

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, présidente ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Louis Lorrain, Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, vice-présidents ; Mmes Claire-Lise Champion, Aline Archimbaud, Catherine Deroche, M. Marc Laménie, Mme Chantal Jouanno, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, MM. Jean-Noël Cardoux, Luc Carvounas, Mme Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Mme Samia Ghali, M. Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mme Michelle Meunier, M. Alain Néri, Mme Isabelle Pasquet, M. Louis Pinton, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) : 287, 301, 302 et T.A. 29

Sénat : 103 et 104 (2012-2013)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>I. LES GRANDS ÉQUILIBRES DU SYSTÈME FRANÇAIS DE SANTÉ</b> .....	9
A. DES DÉPENSES DE SANTÉ AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE.....	9
1. <i>Les différents agrégats et les composantes des dépenses de santé</i> .....	9
2. <i>Les financeurs du système de santé</i> .....	10
B. DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE MAÎTRISÉES.....	12
1. <i>Stabiliser le champ de l'Ondam</i> .....	12
2. <i>Trois années de respect de l'Ondam</i> .....	12
3. <i>L'Ondam 2013 : 175,4 milliards, soit + 2,7 % par rapport à 2012</i> .....	14
C. LE MÉDICAMENT : MIEUX ET MOINS PRESCRIRE POUR CONTINUER DE MAÎTRISER L'ONDAM.....	16
1. <i>Le marché du médicament en France</i> .....	16
2. <i>Un niveau de consommation historiquement élevé mais qui se rapproche de celui des autres pays</i> .....	17
3. <i>Un recours excessif à des médicaments plus coûteux</i> .....	19
D. LE SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE S'AMÉLIORE MAIS RESTE DÉFICITAIRE SUR LA PÉRIODE 2013-2017.....	24
<b>II. LE PLFSS POUR 2013 : UN CHANGEMENT DE CAP</b> .....	26
A. RENFORCER LES SOINS DE PROXIMITÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS.....	26
1. <i>Lutter contre les dépassements d'honoraires</i> .....	26
2. <i>Engager des réformes de structures du système de santé</i> .....	27
a) <i>Optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie</i> .....	27
b) <i>Valoriser la coordination des soins à un niveau pluriprofessionnel</i> .....	28
c) <i>Améliorer la permanence des soins</i> .....	29
d) <i>Réformer l'organisation des transports sanitaires</i> .....	30
3. <i>Favoriser l'accès aux soins</i> .....	31
a) <i>Renforcer les droits des femmes à la contraception et à l'IVG</i> .....	31
b) <i>Faciliter l'installation de jeunes médecins généralistes dans les déserts médicaux</i> .....	31
c) <i>Développer le tiers payant</i> .....	32
B. REDÉFINIR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER.....	32
1. <i>Abroger la convergence tarifaire et reporter la T2A dans les hôpitaux locaux</i> .....	32
2. <i>Investir pour l'avenir</i> .....	34
3. <i>Améliorer les conditions de la mise en réserve de crédits</i> .....	34
4. <i>La commission souhaite améliorer les conditions des contrôles de la tarification à l'activité</i> .....	35
C. ADOPTER DES MESURES DE JUSTICE.....	36
1. <i>Maintenir les droits aux indemnités journalières des demandeurs d'emploi qui reprennent un travail</i> .....	36
2. <i>Moderniser la prise en charge des soins destinés aux personnes détenues</i> .....	36
3. <i>Ouvrir des droits à indemnités journalières maladie pour les exploitants agricoles</i> .....	37

<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION .....</b>	<b>39</b>
• <b>Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés .....</b>	<b>39</b>
<b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR M. YVES DAUDIGNY, RAPPORTEUR GÉNÉRAL .....</b>	<b>55</b>

### **Les observations du rapporteur pour la branche maladie**

Après plusieurs années marquées par la multiplication des déremboursements et des participations financières de toute sorte mises à la charge des patients, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 marque **un réel changement de cap**.

Yves Daudigny, rapporteur général et pour l'assurance maladie, se félicite des évolutions positives de la branche maladie en 2013 :

- le déficit se réduit, passant de 8,5 milliards d'euros en 2011 à 5,5 milliards en 2012 et 5,1 milliard en 2013 ;

- les dépenses sont maîtrisées sans transfert vers les assurés. L'Ondam augmente de 2,7 %, dont 2,6 % pour les soins de ville et pour les établissements de santé et 4 % pour le secteur médico-social. Cette progression représente **4,6 milliards d'euros en plus en faveur de la santé** en France.

Le changement de cap se traduit par trois priorités affichées.

#### **• Renforcer les soins de proximité**

Le récent avenant à la convention médicale permettra de lutter contre les dépassements excessifs et de favoriser l'accès aux soins. Par exemple, les médecins devront appliquer les tarifs opposables aux bénéficiaires de l'ACS. En outre, le nouveau contrat d'accès aux soins ouvre la voie au gel puis à la réduction des dépassements pratiqués individuellement, ce qui est sensiblement différent du « secteur optionnel » promu par l'ancien gouvernement.

Par ailleurs, le PLFSS valorise la coordination et la continuité des soins par des équipes de proximité pluriprofessionnelles. Il favorise l'installation de jeunes médecins dans les zones sous dotées (praticiens territoriaux de médecine générale). Il élargit en pratique la permanence des soins aux médecins salariés. Il permet d'expérimenter le tiers payant, notamment en faveur des étudiants.

Deux mesures concernent particulièrement les femmes : le remboursement à 100 % de la contraception pour les mineures et celui de l'IVG, qui sera accompagné d'une revalorisation des tarifs pour les établissements de santé.

#### **• Redéfinir le service public hospitalier**

Plusieurs mesures du PLFSS font écho à des propositions contenues dans le rapport sur le financement des établissements de santé de la Mecss (juillet 2012) : abrogation de la convergence tarifaire dans l'optique d'une redéfinition du service public hospitalier ; mise en réserve de crédits sur l'ensemble de la masse tarifaire et non uniquement sur les Migac ; effort d'investissement avec une enveloppe de 370 millions d'euros pour le Fmespp (soit 189 millions de plus qu'en 2012) ; report de la T2A pour les hôpitaux locaux ; décalage de la suppression des tarifs journaliers de prestations (TJP) ; programmation de la mise en œuvre effective de la facturation individuelle.

Parmi les mesures permettant d'entamer la restructuration en profondeur du système de santé, on peut relever l'expérimentation d'un parcours de santé pour les personnes âgées en risque de perte d'autonomie et celle sur les transports sanitaires.

#### **• Adopter des mesures de justice**

Les demandeurs d'emploi qui reprennent un travail pourront conserver le maintien de leurs droits, notamment aux IJ maladie, si leur nouveau travail n'est pas suffisant pour leur en faire bénéficier.

La prise en charge des soins aux personnes détenues est modernisée, notamment pour prendre en compte le développement des aménagements de peine.

Les exploitants agricoles bénéficieront d'indemnités journalières maladie.



Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 engage le système français de santé sur une nouvelle voie.

Le déficit de la branche maladie s'améliore et se situera à un niveau deux fois moins élevé qu'en 2011. Il continuera de se réduire progressivement durant la période de programmation pluriannuelle pour atteindre 1,1 milliard en 2017.

L'augmentation de l'Ondam sera fixée à 2,7 %, ce qui constitue un objectif volontaire mais exigeant et permet de dégager une enveloppe supplémentaire de 4,6 milliards d'euros en faveur de la santé. Selon l'annexe B du projet de loi, la progression de l'Ondam devrait atteindre 2,6 % en 2014 puis 2,5 % par an de 2015 à 2017.

Malgré cette résolution, le projet de loi de financement pour 2013 ne s'appuie pas sur les mécanismes précédemment utilisés pour maîtriser les dépenses : aucune mesure ne pèse sur les patients, ni déremboursement, ni franchises, ni participation quelconque.

Il ne saurait dorénavant être question de malmener encore plus un système qui a subi trop de tensions ces dernières années et qu'il faut au contraire conforter. Aussi, les réformes de structure qui sont lancées aujourd'hui doivent être appréhendées dans la durée et dans une vision de long terme.

Elles reposent notamment sur une réorientation vers les soins de proximité, une plus grande coordination entre les professionnels de santé et l'amorce de véritables parcours de santé.

Elles s'inscrivent également dans la perspective d'une redéfinition du service public hospitalier, qui passe par l'abrogation de la convergence tarifaire, le report de l'application de la tarification à l'activité dans les hôpitaux locaux et dans les établissements de soins de suite et de réadaptation ou, de manière qui peut paraître plus technique, par de meilleures modalités de mise en réserve de crédits.

Plusieurs des propositions contenues dans le projet de loi de financement relaient ainsi les conclusions du rapport qu'a publié la Mecss en juillet dernier sur le financement des établissements de santé et qui avait montré la nécessité d'une réflexion stratégique d'ensemble. Le Gouvernement et la ministre des affaires sociales et de la santé ont d'ailleurs ouvert ce chantier dès l'été avec le lancement d'un pacte de confiance à l'hôpital, la mission sur l'exercice libéral ou les travaux en cours sur le financement des établissements.

Le présent projet de loi comprend enfin plusieurs mesures de justice permettant d'améliorer les droits des femmes (IVG, contraception des mineures), des demandeurs d'emploi lorsqu'ils reprennent un travail, des personnes détenues qui bénéficient d'un aménagement de peine et des exploitants agricoles.

Il s'agit au final de réorganiser progressivement le système de santé au service des patients et de leurs familles, tout en maîtrisant les dépenses mais de manière juste et équilibrée.



## I. LES GRANDS ÉQUILIBRES DU SYSTÈME FRANÇAIS DE SANTÉ

### A. DES DÉPENSES DE SANTÉ AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

#### 1. Les différents agrégats et les composantes des dépenses de santé

La notion de dépenses de santé regroupe des éléments qui peuvent varier sensiblement d'un pays à l'autre et il existe plusieurs agrégats statistiques.

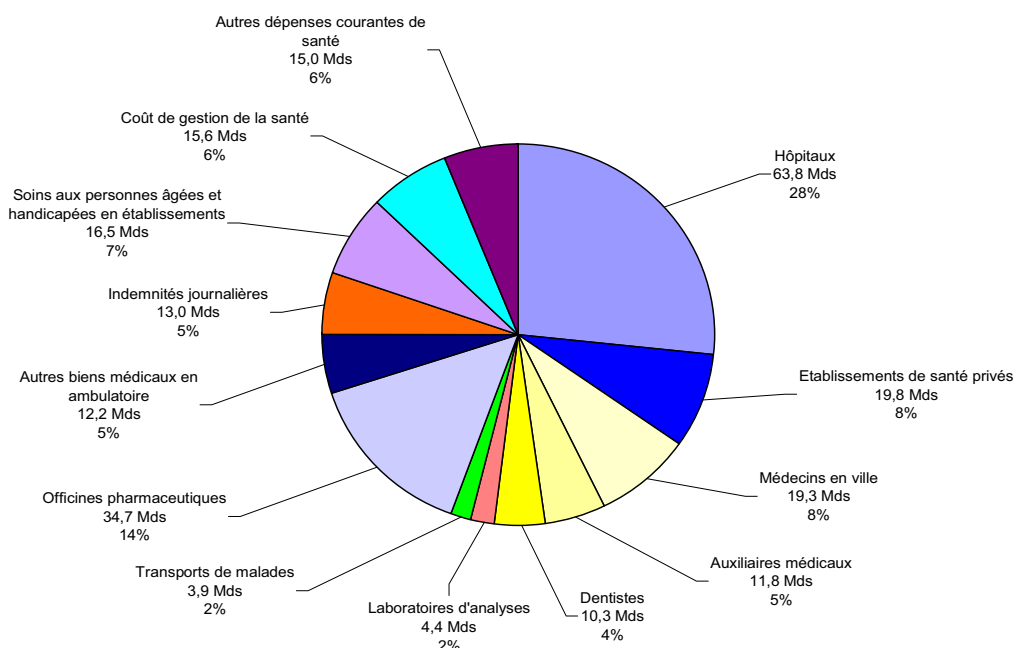
Le plus large d'entre eux, appelé « dépense totale de santé », est communément utilisé pour les comparaisons internationales. Selon cet indicateur, **la France consacre 11,6 % de son produit intérieur brut (PIB) à la santé en 2010**. Elle se situe ainsi nettement en dessous des Etats-Unis, dont le taux s'élève à 17,6 % et qui font figure d'exception, et au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE (9,5 %). Cependant, l'Allemagne, la Suisse, le Canada et les Pays-Bas, voire le Danemark, se situent globalement au même niveau que la France.

La part des dépenses totales de santé dans le PIB a progressé depuis 1995, où elle s'élevait à un peu plus de 10 %. Cette évolution a été sensiblement la même en France qu'en Allemagne et en Suisse, mais elle est moins marquée qu'aux Pays-Bas (un peu plus de 8 % en 1995) et au Canada (environ 9 %), les Etats-Unis se caractérisant par une forte augmentation depuis 2000, année où un peu moins de 14 % du PIB était consacré aux dépenses de santé.

Les **dépenses courantes de santé** constituent un deuxième agrégat fréquemment utilisé, égal aux dépenses totales de santé moins les dépenses d'investissement : elles s'élèvent à **240,3 milliards d'euros en France en 2011**, dont 35 % pour les soins hospitaliers, 19 % pour les soins de ville, 19,5 % pour les biens médicaux, 7 % pour les soins aux personnes âgées et handicapées en établissements, 5 % pour les indemnités journalières et 2,4 % pour la prévention.

Les **coûts de gestion** du système de santé sont inclus dans les dépenses courantes de santé ; ils s'élèvent au total à **15,6 milliards d'euros** (soit **6,5 %** de l'ensemble), dont 7,2 milliards pour les différents régimes de sécurité sociale, 7,7 milliards pour les organismes complémentaires et 0,8 milliard pour l'Etat et ses opérateurs.

### Dépenses courantes de santé en France en 2011 : 240 milliards d'euros



Source : commission des affaires sociales  
d'après la Drees, comptes de la santé 2011

Le troisième agrégat, **la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)**, regroupe les soins hospitaliers et de ville, ainsi que les dépenses de transports, de médicaments et d'autres biens médicaux. La CSBM représente donc plus directement le niveau de dépense des assurés en France : elle s'élève à **180 milliards d'euros en 2011**.

Entre 2000 et 2011, **la structure de la CSBM** reste globalement stable, mais on constate **une diminution** de la part des **soins hospitaliers**, qui passe de 47,2 % à 46,4 %, et **des médicaments** (de 20,9 % à 19,3 %) et **une progression**, légère, de celle des soins de ville (de 25 % à 25,4 %) et plus marquée pour les transports de malades (de 1,7 % à 2,2 %) et surtout pour **les autres biens médicaux** (de 5,2 % à 6,8 %).

## 2. Les financeurs du système de santé

La consommation de soins et de biens médicaux reste largement financée en France par **la sécurité sociale**, à hauteur de **75,5 % en 2011**, mais sa part tend à **s'éroder** puisqu'elle s'élevait encore à 77 % en 2003 et 2004.

**La part financée par les ménages progresse continûment** tant en ce qui concerne le reste à charge « net », qui s'élève à 9,6 % en 2011 contre 8,9 % en 2003 et 8,8 % en 2004, que *via* les organismes complémentaires<sup>1</sup> dont la part dans le financement de la CSBM atteint 13,7 % en 2011 contre 12,7 % en 2003.

La participation de la sécurité sociale varie cependant assez sensiblement entre les différents soins pris en charge :

- les **soins hospitaliers** sont toujours largement financés par l'assurance maladie obligatoire (90,4 % en 2011), le reste à charge net des ménages s'élevant à 3,2 %. La part des organismes complémentaires (3,6 % en 2000 et 5,4 % en 2011) a progressé en raison des hausses du forfait journalier, des tarifs journaliers de prestations (TJP), qui lui sont facturés par les établissements publics de santé, et de la participation sur les actes lourds ;

- les **soins de ville** ne sont plus remboursés globalement qu'à hauteur de 62,9 % en 2011, tandis que les organismes complémentaires en assurent 22,3 % du financement et les ménages 13 % ;

- les **médicaments** sont financés à 66 % par la sécurité sociale, à 15,1 % par les organismes complémentaires et à 17,7 % par les ménages. Contrairement aux soins hospitaliers et de ville, **la participation des organismes complémentaires diminue** en ce qui concerne les médicaments : cette baisse régulière, d'abord due aux déremboursements et à la franchise de 0,5 euro par boîte, a été accentuée en 2010 lors de la création de la vignette orange à 15 % car nombre de contrats ne complètent pas ou peu le remboursement de la sécurité sociale sur ces produits.

Par ailleurs, la participation des organismes complémentaires pour les « **autres biens médicaux** » (optique, orthèses, matériels...) a sensiblement progressé, passant de 26 % en 2000 à 37 % en 2011. Cette augmentation a eu pour contrepartie une franche diminution du reste à charge net des ménages, qui est tombé dans le même temps de 39 % à 20 %.

Enfin, la part de marché des mutuelles dans les organismes complémentaires a tendance à se réduire : elle est passée d'environ 60 % en 2000 à 53 % en 2011, au profit des assurances et, dans une moindre mesure, des institutions de prévoyance.

---

<sup>1</sup> Les chiffres n'incluent pas le financement de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c), entièrement assurée depuis 2009 par une contribution des organismes complémentaires, c'est-à-dire des adhérents.

## **B. DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE MAÎTRISÉES**

### **1. Stabiliser le champ de l'Ondam**

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) a représenté, du fait d'un vote par le Parlement, une avancée notable dans la compréhension et la visibilité de ces dépenses.

Il présente des particularités : il s'agit bien d'un **objectif de dépenses, et non d'un budget au sens strict du terme** car, outre les différences qui séparent de façon générale les lois de financement de la sécurité sociale des lois de finances, les dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire ne procèdent pas, sauf rares exceptions, d'une allocation de crédits à caractère limitatif gérés par une autorité centrale ou déconcentrée. Ce sont des remboursements de prestations et il ne saurait être question de fermer les hôpitaux ou les cabinets au mois de novembre parce que « le budget serait dépassé »...

Par ailleurs, **le champ de l'Ondam ne correspond pas à l'ensemble des prestations comptabilisées par les régimes obligatoires de base**. Ainsi, l'article 58 du PLFSS fixe l'objectif de dépenses de la branche « maladie, maternité, invalidité et décès » à 190,1 milliards d'euros pour 2013 et l'article 59 fixe l'Ondam à 175,4 milliards.

D'une part, toutes les dépenses de l'Ondam ne sont pas des prestations (prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé...).

D'autre part, certaines prestations ne sont pas comptabilisées dans l'Ondam : prestations d'invalidité et d'incapacité permanente (9,4 milliards prévus en 2013), indemnités journalières maternité et paternité (3,1 milliards), soins des étrangers pris en charge dans le cadre de conventions internationales et remboursés par des régimes étrangers (0,8 milliard), dépenses médico-sociales financées par la contribution propre de la CNSA (0,9 milliard)...

Malheureusement, le champ de l'Ondam fait l'objet d'ajustements permanents et il est très difficile de mesurer ses évolutions d'une année sur l'autre sans avoir à le « rebaser ». Dans un objectif de transparence, de simplicité et de maîtrise des dépenses, il serait certainement préférable d'intégrer dans l'Ondam l'ensemble des dépenses de l'assurance maladie.

### **2. Trois années de respect de l'Ondam**

• **2010** a été la première année de respect de l'Ondam depuis 1997. Les dépenses incluses dans son champ se sont alors élevées à **161,8 milliards d'euros**, en progression de **2,6 %** par rapport à l'année 2009. Ces données traduisaient une sous-exécution de 640 millions d'euros de l'objectif voté dans la loi de financement. L'écart constaté entre le niveau initialement voté et

celui effectivement réalisé se répartissait de la façon suivante entre les sous-objectifs :

- une sous-exécution des dépenses de soins de ville à hauteur de 430 millions d'euros ;

- une sous-exécution de 150 millions d'euros des dépenses afférentes aux établissements de santé, due pour les deux tiers aux cliniques privées ;

- une réduction de l'Ondam médico-social de 100 millions d'euros.

- En **2011**, les dépenses dans le champ de l'Ondam se sont élevées à **166,3 milliards** d'euros contre 167,1 milliards votés, soit un niveau plus faible d'environ 780 millions. La croissance des dépenses s'est ainsi établie à **2,7 %** par rapport à 2010.

Les soins de ville (76,7 milliards) ont progressé de 2,5 %, soit une sous-exécution de 600 millions. Le dynamisme plus grand qu'escompté sur les consultations de spécialistes ou de kinésithérapeutes a été contrebalancé par la faible progression d'autres composantes (produits de santé ou indemnités journalières).

Les dépenses liées aux établissements de santé ont également été sous-exécutées : elles se sont élevées à 72,6 milliards, soit une progression de 2,4 % par rapport à 2011 et un écart à l'objectif voté de - 230 millions. Toutefois, ce résultat a été obtenu par le « non-déblocage » de crédits mis en réserve en début d'année : 354 millions, sur les 400 mis en réserve, n'ont pas été délégués fin 2011. On continue donc de constater une augmentation sensible des volumes pour les prestations hospitalières.

L'Ondam 2011 comprenait environ 325 millions d'euros d'économies réalisées à l'encontre des assurés (taux de remboursement de médicaments passant de 35 % à 30 % ; seuil de déclenchement du ticket modérateur pour les actes lourds à l'hôpital...).

- En **2012**, l'Ondam devrait s'élever à **170,8 milliards** d'euros (article 10 du présent PLFSS) contre 171,2 milliards fixés finalement par le Parlement dans la loi de financement initiale pour 2012. L'écart par rapport à l'objectif voté atteint ainsi - 350 millions selon les estimations et l'augmentation serait de **2,6 %** par rapport à 2011.

Les dépenses de soins de ville devraient s'établir à 78,5 milliards, soit un écart de - 350 millions par rapport au sous-objectif voté. A la suite d'une observation de la Cour des comptes, cette estimation intègre les dépenses liées à la rémunération des médecins sur objectifs de performance, rattachées à l'exercice 2012 mais qui seront payées en 2013.

Pour les établissements de santé, l'augmentation estimée des volumes reste supérieure aux prévisions, ce qui aboutit à un risque de dépassement de l'ordre de 400 millions d'euros. Du fait de l'annulation d'une partie des crédits mis en réserve en début d'exercice (545 millions au total, dont 415 dans le champ des établissements de santé, 100 millions sur la contribution de

l'assurance maladie au secteur médico-social et 30 millions sur le Fiqcs), l'objectif de l'Ondam hospitalier est arrêté à 74,6 milliards, c'est-à-dire le montant voté en PLFSS pour 2012.

### 3. L'Ondam 2013 : 175,4 milliards, soit + 2,7 % par rapport à 2012

En 2013, l'évolution « spontanée » des dépenses globales est estimée à 4,1 % ; elle résulte d'une progression estimée à 4,8 % des dépenses de soins de ville et à 3,4 % pour les établissements de santé.

Dans le cadre contraint des finances publiques, le Gouvernement propose de fixer l'Ondam à 175,4 milliards, soit une progression de 2,7 % par rapport à la prévision d'exécution pour 2012. Après des taux de 2,9 % en 2011 et 2,5 % en 2012, ce chiffre révèle à la fois un effort sensible et une maîtrise des dépenses. Il représente en effet **une enveloppe supplémentaire de 4,6 milliards d'euros en faveur de la santé en France.**

SYNTHÈSE 2013	Prévision d'exécution pour 2012 (périmètre de 2013)	Sous-objectifs de 2013	Taux d'évolution
<b>Ondam soins de ville</b>	<b>78,5</b>	<b>80,5</b>	<b>2,6 %</b>
<b>Ondam hospitalier</b>	<b>74,6</b>	<b>76,5</b>	<b>2,6 %</b>
<i>Dont établissements de santé tarifés à l'activité</i>	55,4	56,7	2,4 %
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	19,2	19,8	3,1 %
<b>Ondam médico-social</b>	<b>16,5</b>	<b>17,1</b>	<b>4,0 %</b>
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,1	8,4	4,6 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,4	8,7	3,3 %
Autres prises en charge*	1,2	1,3	5,9 %
<b>Ondam total</b>	<b>170,8</b>	<b>175,4</b>	<b>2,7 %</b>

\* Ce sous-objectif comprend les dépenses relatives aux soins à l'étranger, au financement des établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, notamment en matière d'addictologie, ainsi qu'à la participation de l'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale - PLFSS 2013

Cependant, le respect de l'objectif de 2,7 % par rapport à l'évolution naturelle des dépenses requiert de prendre des **mesures d'économies** : elles s'élèveront à **2,4 milliards en 2013** et porteront **principalement sur les produits de santé** (environ 1 milliard de baisses de prix et 0,6 milliard sur l'efficacité des prescriptions).

**Tableau récapitulatif des mesures d'économies de l'Ondam 2013**

(en millions d'euros)

<b>Soins de ville</b>	<b>Mesures d'efficience relatives aux professionnels de l'offre de soins</b>	<b>225</b>
	Dont baisses tarifaires médecins et biologistes	155
	Dont amélioration de l'efficience des prescriptions de transports et harmonisation des remises	70
	<b>Mesures d'économies sur les produits de santé</b>	<b>876</b>
	Dont baisses de prix des médicaments princeps, baisses de prix des génériques	530
	Dont baisses de prix des dispositifs médicaux	75
	Dont mise en cohérence des prix des médicaments perdant leur brevet mais non substituables	50
	Dont évaluation du service médical rendu de certaines spécialités	26
	Dont optimisation de la tarification des génériques	100
	Dont mesures de convergence de prix par classe thérapeutique	95
	<b>Mesures d'efficience des prescriptions</b>	<b>605</b>
	Dont maîtrise médicalisée des médicaments, dispositifs médicaux et autres prescriptions	550
	Dont efficience de la prescription des médicaments d'exception	15
	Dont lutte contre la iatrogénie médicamenteuse des personnes âgées	15
	Dont actions de gestion du risque des ARS (prescriptions hospitalières exécutées en ville, imagerie)	25
	<b>Lutte contre les fraudes</b>	<b>50</b>
	<b>Total</b>	<b>1 756</b>
<b>Secteur hospitalier</b>	<b>Renforcement de l'efficience interne des établissements de santé</b>	<b>314</b>
	Rationalisation des achats hospitaliers	250
	Amélioration de l'organisation des pharmacies à usage intérieur	64
	<b>Actions de gestion du risque et qualité des prises en charge</b>	<b>193</b>
	Amélioration de l'efficience des prises en charge (chirurgie ambulatoire, adéquation des DMS...)	123
	Renforcement de la pertinence des actes et prises en charge (pertinence des actes, mises sous accord préalable, prise en charge en HAD, soins de suite et de réadaptation)	60
	Amélioration de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique	10
	<b>Efficience des produits de santé à l'hôpital</b>	<b>150</b>
	Baisses de prix sur les médicaments de la liste en sus	50
	Baisses de prix des dispositifs médicaux de la liste en sus	40
	Adaptation des indications de la liste en sus	60
	<b>Total</b>	<b>657</b>
<b>Total général</b>	<b>2 413</b>	

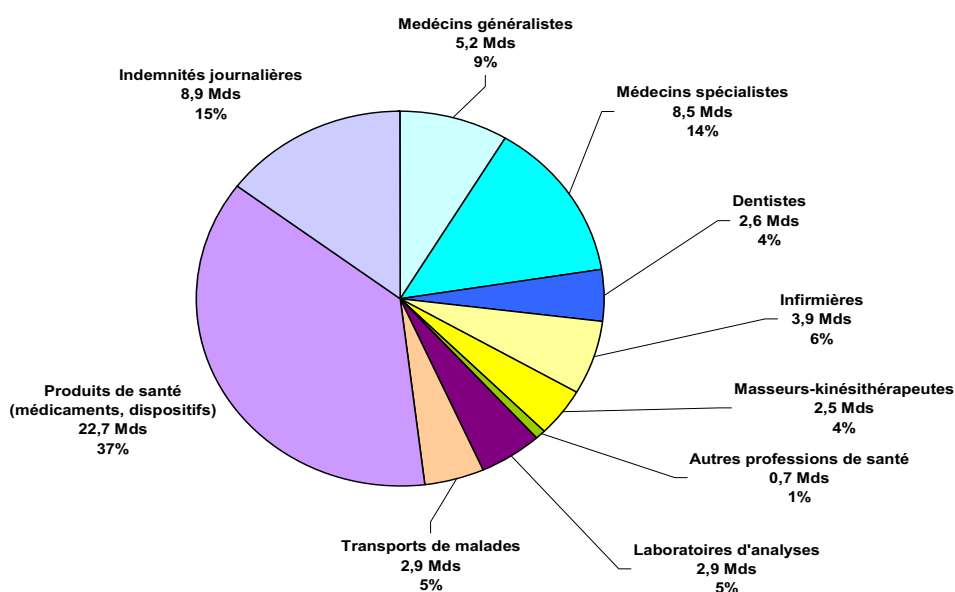
## **C. LE MÉDICAMENT : MIEUX ET MOINS PRESCRIRE POUR CONTINUER DE MAÎTRISER L'ONDAM**

### **1. Le marché du médicament en France**

On l'a vu, en 2013 comme en 2012, la maîtrise de l'Ondam repose majoritairement sur le secteur des produits de santé. Conscient du fait que ce procédé se heurtera à un moment ou à un autre à certaines limites, indépendamment des questions que cela soulève en termes de compétitivité pour la France, votre rapporteur a souhaité apporter un éclairage sur le marché du médicament.

Les dépenses liées aux produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) représentent 37 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville.

#### **Dépenses de soins de ville pour le régime général en 2011 : 61 milliards d'euros**



Source : Comptes de la sécurité sociale (octobre 2012)

La dépense française de médicament, rapportée au nombre d'habitants et en parité de pouvoir d'achat, se situe, en 2010 selon l'OCDE, au **cinquième rang mondial** ; les Etats-Unis, et dans une moindre mesure le Canada et l'Irlande, ont un niveau sensiblement supérieur à la France qui est globalement au même plan que l'Allemagne, le Japon et la Belgique.



La consommation de médicaments représente en France **39 milliards d'euros TTC en 2011**, dont 29,3 milliards de médicaments remboursables en ville, 3,8 milliards non remboursables, 1,5 milliard rétrocédés à l'hôpital et 4,4 milliards consommés à l'hôpital. Les **remboursements de l'assurance maladie**, après application du ticket modérateur, s'élèvent à **27,3 milliards**, dont 21,4 milliards en officine de ville. Par ailleurs, les exportations de médicaments ont atteint 22 milliards d'euros HT en 2011.

Il y avait **9 525 présentations de médicaments remboursables** en France en 2011, le marché se répartissant en valeur à 76 % sur les vignettes blanche (taux de remboursement de 65 %), à 14 % sur les vignettes blanches barrées (100 %), 7 % sur les vignettes bleues (30 %) et 3 % sur les vignettes orange (15 %).

L'an dernier, le rapport « assurance maladie » de votre commission, présenté à l'occasion du précédent projet de loi de financement, évoquait la nécessité de **repenser de manière globale le fonctionnement de la chaîne du médicament**. Il analysait notamment les procédures d'autorisation, de remboursement et de fixation des prix des médicaments. Cette année, votre rapporteur souhaite mettre l'accent sur **l'importance d'agir en amont sur les pratiques de prescription**.

## **2. Un niveau de consommation historiquement élevé mais qui se rapproche de celui des autres pays**

**La France reste l'un des tous premiers consommateurs européens de médicaments**, avec un volume par habitant nettement supérieur à la moyenne lorsqu'on le mesure en unités standards<sup>1</sup> : avec 1 438 unités en 2010, la consommation française est de 40 % supérieure à celle observée dans les pays voisins (1 078 en Allemagne, 1 102 en Espagne ou 791 en Italie).

Par exemple, les Français consomment toujours nettement plus d'**antibiotiques** que les Européens : 29,6 doses définies journalières en 2009 contre 14,9 en Allemagne, 17,3 au Royaume-Uni ou 19,7 en Espagne, l'Italie étant plus proche du niveau national (28,7). Certes, la consommation a diminué de 2000 à 2004 mais elle est globalement stable depuis lors. Or, la forte consommation d'antibiotiques se traduit par une diminution de l'efficacité de ces produits, en raison du développement de résistances. Qui plus est, l'innovation thérapeutique est désormais trop modeste pour assurer le renouvellement du marché et l'appauvrissement de l'offre concourt à restreindre l'éventail des solutions de recours. Pendant de cette évolution, les génériques représentent 75 % de la consommation d'antibiotiques en ville.

---

<sup>1</sup> Source : Drees, in *Comptes nationaux de la santé. Plus petite dose commune utilisée pour un traitement. Cet indicateur doit être modéré au regard des « habitudes de consommation » qui peuvent varier sensiblement selon les pays.*

• **Une réduction de l'écart relatif avec les autres pays en raison de la stagnation du marché français**

Un rattrapage s'est progressivement opéré avec les autres pays, qui ont connu une progression de leur consommation plus rapide qu'en France. Jusqu'en 2005, les taux de croissance des ventes de médicaments étaient supérieurs à 5 % par an en France ; ils se situaient en moyenne autour de 3 % entre 2006 et 2009 et sont, depuis lors, proches de 1 %.

**Taux de croissance des ventes de médicaments remboursables 2000-2011**

2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
7,7 %	7,7 %	5,7 %	6,5 %	6,9 %	5,0 %	1,8 %	3,9 %	2,8 %	2,8 %	1,3 %	0,7 %

*Source : comité économique des produits de santé, rapport d'activité 2011, juillet 2012*

Selon une étude du LIR<sup>1</sup>, sur huit classes thérapeutiques étudiées, la France se situait parmi les trois pays les plus consommateurs en 2000 pour sept d'entre elles ; depuis, elle ne figure plus parmi les trois premiers que dans deux de ces classes.

• **Des prix et des volumes dorénavant mieux maîtrisés**

Lorsque l'on examine les composantes de la croissance des ventes de médicaments en officine en France entre 2000 et 2011, on constate que **l'effet des prix a été négatif sur cette croissance** (- 19 % au total et un effet négatif tous les ans) et l'effet volume a été proche de zéro (- 1,4 %).

De fait, la question du prix des médicaments fait l'objet de débats persistants. Selon l'Insee, le prix des médicaments remboursables n'a cessé de diminuer ces dernières années : - 2,6 % en 2009, - 2,2 % en 2010 et - 2 % en 2011. En revanche, le prix des médicaments non remboursables a constamment progressé depuis 1998.

**Les génériques restent globalement plus chers que dans les autres pays** : ainsi, une analyse de la Cnam montre, pour des classes importantes comme les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP, anti-ulcéreux), les IEC-sartans (hypertension artérielle) et les statines (cholestérol), que les prix français sont les plus élevés par rapport à l'Allemagne, la Finlande, l'Italie, la Norvège, les Pays-Bas, l'Espagne et le Royaume-Uni. De plus, les prix des génériques ont diminué plus lentement en France, comparativement à l'Allemagne, les Pays-Bas et le Royaume-Uni. Une étude suisse a montré que les prix des génériques français sont en deuxième position derrière la Suisse, qui a les prix les plus élevés.

---

<sup>1</sup> Le LIR est une association regroupant seize entreprises du secteur pharmaceutique.

C'est d'ailleurs pour ces raisons que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit des économies d'environ 300 millions d'euros sur les génériques.

Pour autant, les modalités de calcul des comparaisons sont contestées par les industriels qui utilisent des moyennes arithmétiques sans pondération par les volumes effectivement consommés, ce qui aboutit à des résultats différents. En outre, contrairement à de nombreux pays européens, la part des génériques fabriqués en France est importante, elle représente environ la moitié du marché, et le fait de procéder, en officine de pharmacie, à la substitution du princeps prescrit par le médecin aboutit à attribuer **des marges plus élevées au distributeur final**, ce qui ne peut que renchérir le prix pour le consommateur.

Pour le reste du marché du médicament, le constat est moins évident et les prix sont dorénavant dans la moyenne des pays européens, même si des écarts peuvent apparaître d'une classe thérapeutique à l'autre. Surtout, il faut nettement **distinguer les « prix d'usine » du prix final** pour le patient, du fait des taxes et des marges des intermédiaires. Un rapport du département de la santé britannique<sup>1</sup> indique que **les prix d'usine au Royaume-Uni** sont significativement inférieurs par rapport à ceux des Etats-Unis, inférieurs par rapport à ceux de l'Australie, l'Autriche, la Belgique, l'Allemagne, l'Irlande et la Suède, mais **plus élevés qu'en** Finlande, Espagne et **France**.

A cet égard, la nouvelle convention entre l'Uncam et les pharmaciens permet d'engager une réforme de structure indispensable, en commençant à déconnecter le revenu du pharmacien du volume de boîtes vendues et en contractualisant sur des objectifs de restructuration du réseau d'officines qui reste dense en France même s'il doit être apprécié au regard de l'étendue et de la densité du territoire et de la diversité de situation selon les régions.

### 3. Un recours excessif à des médicaments plus coûteux

**Depuis dix ans, le seul moteur de la croissance du marché des médicaments en officine a été la déformation de la structure des ventes vers les médicaments les plus coûteux.**

#### Décomposition de la croissance des ventes de médicaments HT en ville

	Effet prix	Effet boîtes	Effet structure	Croissance totale
2000-2011	- 19 %	- 1,4 %	+ 98,4 %	+ 58,3 %

Source : comité économique des produits de santé, rapport d'activité 2011, juillet 2012

---

<sup>1</sup> *The pharmaceutical price regulation scheme - Eleventh report to Parliament, février 2012. Cette étude met en avant les difficultés méthodologiques de telles comparaisons, du fait de la typologie du marché et des taux de change entre les monnaies.*

Ainsi, le déplacement rapide des prescriptions sur les produits les plus récents et les plus chers, au détriment des molécules génériques ou princeps plus anciennes, reste très ancré dans les pratiques françaises. D'ailleurs, alors que dans beaucoup de pays, lorsqu'un brevet tombe dans le domaine public, la prescription des molécules concernées progresse du fait de la montée en puissance des génériques, elle recule au contraire en France.

#### • Un marché du générique encore limité

Selon l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, les médicaments génériques qui se substituent à une spécialité de référence ont **la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et la même biodisponibilité** que cette spécialité. La France utilise ainsi une définition stricte du générique ; pourtant, il existe un débat constant sur l'efficacité et la sûreté de ces médicaments.

Le générique utilise la même molécule active que le médicament dit princeps mais, pouvant se présenter sous une forme ou avec des excipients différents, il n'est pas la copie conforme en tout point de celui-ci. Les spécialités génériques sont soumises aux mêmes degrés d'exigences et de qualité que ceux des spécialités de référence. Les obligations de pharmacovigilance sont également identiques.

Les agences sanitaires ont publié, à maintes reprises, des études montrant l'efficacité des médicaments génériques : par exemple, l'Afssaps a contrôlé, entre 1999 et 2006, 1 658 spécialités dont 349 princeps et 1 309 génériques ; le taux de non-conformité était de 6 % pour les princeps et 9,6 % pour les génériques, différence jugée non significative.

La Cnam a souhaité prendre un exemple concret et a publié, en juin 2012, une étude<sup>1</sup> comparant l'efficacité d'un médicament très fréquemment prescrit, la simvastatine 20 mg. Cette étude conclut qu'**il n'existe pas de différence entre le princeps et ses génériques pour atteindre leur finalité** : éviter la survenue d'événements cardiovasculaires graves (infarctus, accident vasculaire cérébral) et de décès. Ces résultats sont conformes à ceux des principales revues scientifiques qui confirment l'absence de différence en termes de résultats cliniques et d'effets secondaires entre médicaments princeps et génériques.

Dans ce contexte, on ne peut que regretter la tonalité de certains rapports ou interventions, qui mettent insidieusement en doute l'efficacité des génériques. Il est certain que le développement des génériques est aussi un révélateur de l'internationalisation du marché du médicament et que les contrôles de qualité sont plus difficiles dans certains pays que dans d'autres. Mais cet argument vaut également pour les princeps. En outre, la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé du 29 décembre 2011<sup>2</sup> a permis aux spécialités génériques de se

---

<sup>1</sup> Etude portant sur 100 000 patients suivis pendant deux ans.

<sup>2</sup> Loi n° 2011-2012.

présenter sous des formes pharmaceutiques d'apparence similaire à celle du médicament princeps, pour éviter les erreurs de prise.

La **part des génériques** dans l'ensemble du marché des médicaments remboursables a nettement progressé, passant de 4,1 % en valeur en 2002 à **13,3 % en 2010**, mais elle reste limitée.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** pour autoriser la substitution de médicaments biologiques par des « biosimilaires » dans un cadre juridique sécurisé.

- **Passer de la substitution à une meilleure prescription**

La France a fait le choix de développer les médicaments génériques au niveau de la consommation finale et non dès la prescription par le médecin. Ceci peut d'ailleurs expliquer, pour une large part, les réticences des Français vis-à-vis des génériques.

Ces dernières sont certainement renforcées par l'habitude de prescrire le médicament sous son nom commercial alors que, dans de nombreux pays, les praticiens écrivent sur l'ordonnance le nom de la molécule active et le dosage. La loi précitée relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a prévu l'utilisation de cette **dénomination commune internationale (DCI)** mais cette disposition ne devrait entrer en vigueur qu'en 2015, ce qui est relativement tardif. L'argument de la nécessaire adaptation et formation des médecins est limité au regard du développement très important des logiciels d'aide à la prescription, qui devront également, d'ici la même date, intégrer les recommandations et avis médico-économiques de la Haute Autorité de santé, permettre de prescrire directement en DCI, d'afficher les prix des produits et le montant total de la prescription ou encore d'indiquer l'appartenance d'un produit au répertoire des génériques.

Pour lancer le débat sur la prescription en DCI, la commission a d'ailleurs adopté **un amendement de votre rapporteur pour anticiper au 1<sup>er</sup> janvier 2014** cette évolution.

Le pharmacien a le droit de délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité générique du même groupe à condition que le médecin n'ait pas exclu cette possibilité en inscrivant la mention « non substituable » sur l'ordonnance. En outre, le pharmacien est incité financièrement à opérer cette substitution puisque la marge qui lui est accordée sur les génériques est nettement plus importante que celle sur les princeps. D'ailleurs, la marge de distribution représente environ 44 % du prix final d'un générique et 26 % pour un princeps. De ce fait, le mécanisme a assez bien fonctionné mais s'est ensuite grippé et le taux de substitution a diminué.

En juin 2012, l'Uncam et les organisations représentatives des pharmaciens ont signé un avenant à la convention qui les lie pour stabiliser la délivrance des génériques pour les personnes de plus de soixante-quinze ans et pour renforcer et élargir le dispositif existant du « **tiers payant contre générique** » : pour un certain nombre de classes thérapeutiques, le tiers payant

est réservé aux seuls assurés acceptant la substitution ou pour lesquels le médecin prescripteur a porté la mention « non substituable » sur l'ordonnance. Ce dispositif ne modifie pas le niveau de remboursement par l'assurance maladie des médicaments mais rétablit l'avance de frais par le patient en cas de refus de la substitution. En quelques semaines, le taux de substitution a progressé de dix points atteignant presque l'objectif visé de 85 %.

En ce qui concerne la mention « non substituable » (dite NS) apposée par les médecins et qui, selon une polémique naissante, aurait eu tendance à se multiplier de manière inconsidérée, la Cnam a publié, en juin 2012, une étude montrant l'utilisation peu fréquente par les médecins du NS, puisque cette mention n'apparaît que sur 4,2 % des ordonnances. Cependant, il existe des variations importantes selon les molécules, les régions et les praticiens : le taux de NS se situe à 1,4 % dans les Pays-de-la-Loire et à 8,3 % en Basse-Normandie, ce qui ne peut évidemment pas s'expliquer par la patientèle mais par les pratiques de prescription. Il semblerait en outre que certains praticiens apposent des phrases sur les ordonnances, laissant penser que les génériques seraient des « contrefaçons » ; ces procédés, qui sont interdits, doivent être dénoncés.

Une meilleure prescription peut aussi consister à moins prescrire... La France connaît en effet des taux de recours aux médecins relativement élevés, leur accès étant plutôt aisé par rapport à certains autres pays, et tant les médecins que les patients estiment trop souvent qu'une consultation doit se terminer sur une ordonnance, ce qui n'est pas le cas dans les pays du Nord de l'Europe.

#### ● **Contrecarrer les stratégies des laboratoires**

Le taux maintenant très élevé de substitution ne doit pas masquer que les génériques ne représentent, on l'a vu, que 13,3 % du marché. L'écart très important entre les deux chiffres provient notamment d'un « **effet d'évitement** », qui explique largement l'effet-structure mentionné précédemment : les laboratoires pharmaceutiques développent des stratégies pour contrer la tombée dans le domaine public de leurs brevets, en commercialisant de nouveaux produits très proches des anciens.

Lorsqu'un nouveau médicament se substitue de fait à un ancien produit sans véritable amélioration du service médical rendu, on parle de « **contre-générique** » car l'apparition de ce « nouveau » produit est souvent proche de l'échéance de la perte de brevet du médicament ancien. Dorénavant, le Ceps est attentif au niveau du prix de ces nouveaux médicaments.

D'autres médicaments, dénommés « **me-too** », s'inspirent très fortement de la composition et du succès de leurs prédécesseurs, avec un niveau de risque assez faible en ce qui concerne la recherche-développement et la commercialisation.

De telles stratégies ne peuvent cependant fonctionner que si les prescripteurs y adhèrent, consciemment ou non. Or, **en France, les médecins, sensibles à la nouveauté, ont tendance à prescrire les nouveaux médicaments même si l'effet thérapeutique n'est pas particulièrement différent de celui d'un produit ancien.**

Par exemple, **39 % des statines prescrites en France en 2011 étaient des génériques contre 96 % en Allemagne**, 73 % en Finlande et au Royaume-Uni ou 72 % en Norvège. Et on ne peut pas dire que les résultats sanitaires pour les pathologies concernées soient globalement défavorables à ces pays.

Certains pays, comme l'Allemagne, ont contrecarré les stratégies des laboratoires en attribuant à chaque médecin **une enveloppe annuelle de prescription** que le professionnel doit rembourser partiellement s'il la dépasse. Cette mesure très efficace serait certainement une évolution trop radicale en France, mais elle mériterait d'être évaluée, voire expérimentée.

Une récente étude<sup>1</sup> de l'Irdes a montré que **les écarts de prix entre médicaments « similaires » sont significatifs**, avec un écart moyen par groupe de 59 % par rapport au premier entrant. Ces médicaments ont une structure chimique, un mode d'action thérapeutique et des indications proches du premier entrant de la classe thérapeutique à laquelle ils appartiennent et sont souvent équivalents sur le plan clinique ; toutefois, certains justifient leur présence sur le marché par l'innovation même faible qu'ils permettent. Si les médicaments similaires sont suffisamment proches du médicament original, leur prix ne devrait pas différer sensiblement ; or, ce n'est pas le cas pour certaines classes thérapeutiques.

Une autre stratégie des laboratoires peut parfois consister à ne pas demander une autorisation de mise sur le marché d'un médicament dans une certaine indication thérapeutique parce qu'il viendrait concurrencer un autre produit, soit de la même entreprise, soit d'une société avec laquelle la première a des liens commerciaux forts. Cette stratégie peut avoir un impact financier élevé pour l'assurance maladie. Le Gouvernement a présenté, à l'**article 45** du présent projet de loi, une voie pour contrecarrer ce type de stratégie : il souhaite que l'ANSM puisse attribuer, à titre dérogatoire et exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (**RTU**) pour un médicament, même en cas d'alternative thérapeutique. Cet article précise cependant que cette RTU ne peut répondre qu'à deux objectifs, soit de santé publique, soit pour diminuer les dépenses de l'assurance maladie. Cette précision n'a pas emporté l'adhésion de la commission qui, à l'initiative de votre rapporteur, a adopté **un amendement** pour supprimer cette phrase. Il est en effet apparu qu'elle n'avait pas de portée normative réelle et, surtout, qu'elle pourrait entraîner des contentieux périlleux au niveau communautaire.

---

<sup>1</sup> « Comment expliquer les écarts de prix des médicaments similaires ? », Institut de recherche et documentation en économie de la santé, *Questions d'économie de la santé*, n° 178 (juillet - août 2012), faisant suite à un document de travail publié en février 2012 (DT n° 43).

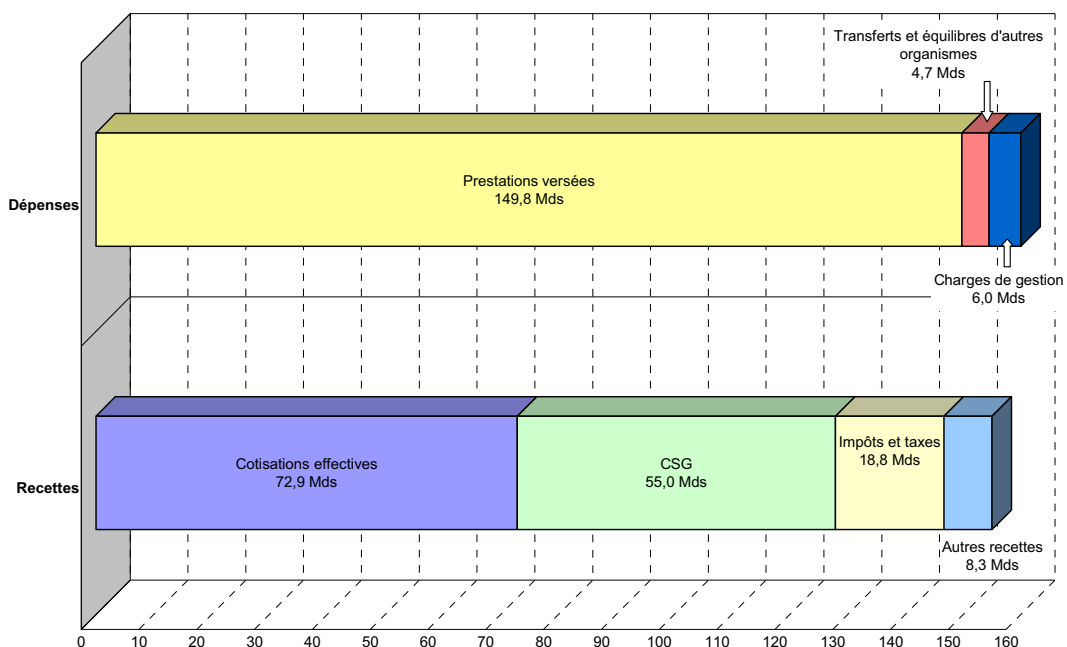
Enfin, le poids des **dispositifs médicaux** dont l'encadrement est moindre<sup>1</sup> devient important dans l'Ondam, puisque les montants remboursables se sont élevés à 7,2 milliards d'euros en 2011, dont 4,2 milliards pour des appareils et pansements, 1,4 milliard pour des orthèses, l'optique médicale et les prothèses externes et 1,5 milliard pour les prothèses internes. A cet égard, la commission a adopté **un amendement**, à l'initiative de votre rapporteur, pour faciliter la substitution de dispositifs médicaux génériques lorsque le prescripteur ne s'y oppose pas.

#### ***D. LE SOLDE DE LA BRANCHE MALADIE S'AMÉLIORE MAIS RESTE DÉFICITAIRE SUR LA PÉRIODE 2013-2017***

Le régime général, le régime social des indépendants et les deux régimes agricoles (salariés et non-salariés) constituent les quatre principaux régimes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.

Le RSI est structurellement équilibré par l'affectation qui lui est faite en priorité, avant le fonds de solidarité vieillesse, de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S). De leur côté, les comptes des régimes agricoles sont consolidés dans ceux du régime général qui compense en conséquence leurs déficits. De ce fait, **le solde de l'ensemble de la branche repose sur celui du régime général.**

#### **Recettes et dépenses du régime général d'assurance maladie en 2012**



Source : commission des affaires sociales, d'après annexe du PLFSS et comptes de la sécurité sociale

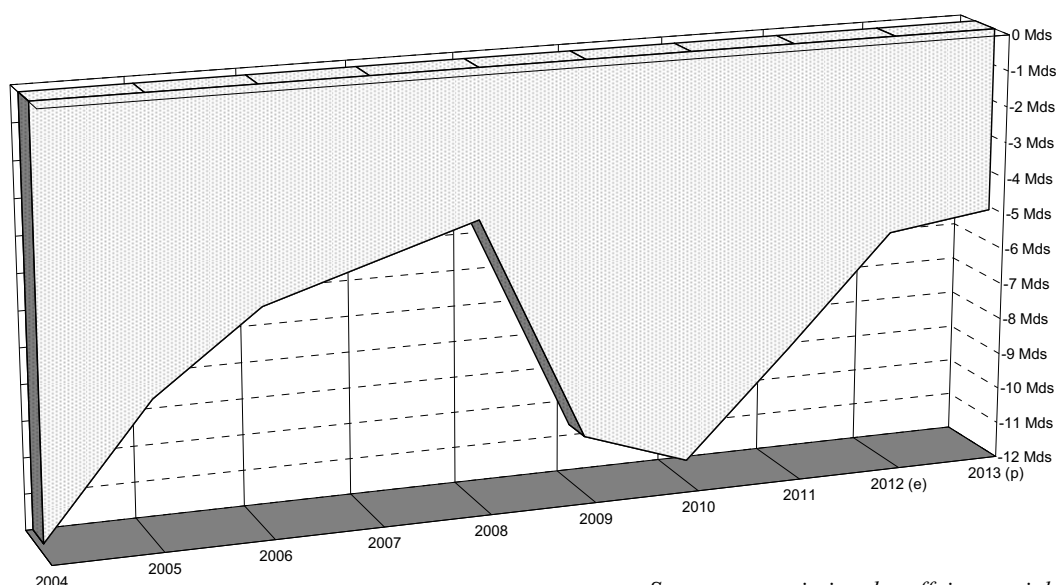
<sup>1</sup> Rapport d'information de Bernard Cazeau, sénateur, fait au nom de la mission commune d'information du Sénat portant sur les dispositifs médicaux implantables, n° 653 (2011-2012) - 10 juillet 2012.



Le solde de la Cnam est passé de 11,6 milliards d'euros en 2010 à 8,6 milliards en 2011. **En 2012, il devrait s'établir à 5,5 milliards** (article 5 du PLFSS) ; cette amélioration serait due à une croissance des produits plus forte que celle des charges, +4,7 % contre +2,5 %. La progression des recettes s'explique à la fois par l'accroissement de 4,2 % de la CSG nette perçue par l'assurance maladie et par les nouvelles ressources affectées en loi de financement pour 2012 et, surtout, en loi de finances rectificative d'août 2012.

Entre 2004 et 2012, la branche maladie aura accumulé un déficit de 70,6 milliards d'euros.

### Déficit des régimes obligatoires de base d'assurance maladie



Source : commission des affaires sociales, d'après les lois de financement

Selon l'annexe B du PLFSS (article 32), le déficit de la branche maladie se réduirait progressivement d'environ 1 milliard d'euros par an pour atteindre encore 1,1 milliard en 2017. Cette projection repose à la fois sur la mobilisation de recettes et sur **un Ondam exigeant**.

Après 2,7 % en 2013, son taux d'évolution serait ainsi fixé à 2,6 % en 2014 puis 2,5 % par an entre 2015 et 2017. Pour éviter les ajustements conjoncturels utilisés les années précédentes et qui pesaient souvent, dans une vision « court-termiste », sur les assurés eux-mêmes, le respect de cette trajectoire nécessite **une véritable refonte du système de santé** pour organiser des parcours de santé, décloisonner les prises en charge, favoriser l'accès à des équipes de proximité regroupant différents professionnels de santé dont les compétences seraient revues ou encore miser à long terme sur la prévention.

**Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 engage ce changement de cap nécessaire**, en traçant la voie à des réformes de structure concertées et partagées par les acteurs, que ce soient les professionnels de santé ou les patients.

## II. LE PLFSS POUR 2013 : UN CHANGEMENT DE CAP

### A. RENFORCER LES SOINS DE PROXIMITÉ ET L'ACCÈS AUX SOINS

#### 1. Lutter contre les dépassements d'honoraires

Sous l'impulsion du Gouvernement, les signataires de la convention médicale ont négocié un nouvel avenant (n° 8), finalement signé par l'Uncam, l'Unocam et trois syndicats de médecins représentatifs sur cinq. Cet avenant constitue d'abord **une prise de conscience collective** du poids qu'ont pris les dépassements d'honoraires en France et de la nécessité de les modérer, notamment par un investissement sur les actes réalisés à tarif opposable et « *une maintenance des tarifs plus régulière que par le passé* ».

Ainsi, les médecins de secteur 2 devront fixer et moduler le montant de leurs honoraires à des niveaux permettant l'accès aux soins des assurés ; ils s'engagent également à modérer leur pratique tarifaire.

Surtout, ils devront pratiquer les **tarifs opposables** pour les patients disposant d'une **attestation de droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé** (ACS), comme ils doivent le faire aujourd'hui pour les situations d'urgence médicale et pour les patients CMU-c. Le dispositif de l'ACS, longtemps peu utilisé, progresse nettement et concerne environ 830 000 bénéficiaires en avril 2012 pour un public potentiel estimé à environ quatre millions de personnes.

En outre, l'avenant pose le **principe** selon lequel « *les pratiques tarifaires excessives contreviennent au pacte conventionnel* ». L'appréciation du caractère excessif s'effectuera au regard de tout ou partie de différents critères, autour d'un repère fixé à 150 % de dépassement : le rapport entre la somme des honoraires au-delà du tarif opposable et celle des tarifs opposables ; le taux de croissance annuel de ce rapport ; la fréquence des actes avec dépassements et la variabilité des honoraires pratiqués ; le dépassement annuel moyen par patient. Cette appréciation tiendra compte également de la fréquence des actes par patient, du volume global de l'activité du professionnel, ainsi que du lieu d'implantation et de la spécialité et des niveaux d'expertise et de compétence.

La **procédure de sanction** a été **renovée** pour en améliorer l'efficacité et on peut penser que la menace sera nettement plus dissuasive qu'auparavant. Est notamment supprimée, de manière générale, la nécessité d'une décision préalable du Conseil de l'ordre.

Au-delà de la question des dépassements excessifs, un nouveau **contrat d'accès aux soins** sera ouvert pour **tous les médecins de secteur 2**. Il entrera en vigueur le **1<sup>er</sup> juillet 2013 si un tiers de praticiens concernés y a adhéré**. L'assurance maladie remboursera le patient d'un médecin adhérent au

contrat au même tarif qu'un praticien de secteur 1, alors qu'il existe actuellement une distorsion. Elle prendra en charge ses cotisations sociales dans les mêmes conditions que pour les médecins de secteur 1, sur la part des honoraires réalisés aux tarifs opposables.

Le médecin signataire s'engage à **ne pas augmenter sa propre pratique tarifaire** et à respecter le taux de dépassement moyen constaté en 2012, qui ne pourra en tout état de cause pas être supérieur à 100 %. En outre, le pourcentage d'activités aux tarifs opposables devra être supérieur ou égal à celui constaté en 2012.

L'Unocam incitera ses membres à prendre en charge de manière privilégiée les dépassements d'honoraires des médecins adhérents.

Enfin, les partenaires conventionnels estiment qu'une revalorisation régulière des tarifs opposables ou des autres modes de rémunération est nécessaire pour permettre un rééquilibrage au profit des médecins exerçant en secteur 1. L'avenant prend plusieurs décisions allant dans ce sens, notamment :

- les actes considérés comme sous-cotés dans la nomenclature des actes techniques adoptée en 2005 ont déjà été partiellement revalorisés. Une convergence vers les tarifs cibles sera opérée en trois étapes d'ici le 1<sup>er</sup> janvier 2015. Ces évolutions bénéficieront également aux médecins de secteur 2 ayant adhéré au contrat d'accès aux soins ;

- sont créées : une consultation de suivi de sortie d'hospitalisation de certains patients à forte comorbidité, une consultation longue et complexe pour certains patients insuffisants cardiaques, une rémunération forfaitaire pour les personnes âgées de plus de quatre-vingts ans et une majoration sur les consultations des pédiatres dans la prise en charge des nouveau-nés grands prématurés et des jeunes enfants atteints de maladie congénitale grave ;

- les médecins traitants de secteur 1 ou ayant adhéré au contrat recevront une rémunération forfaitaire annuelle pour contribuer à l'amélioration de la prévention et du suivi des patients, en lien avec l'élaboration du volet médical de synthèse.

## **2. Engager des réformes de structures du système de santé**

### *a) Optimiser le parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie*

L'**article 41** du PLFSS ouvre une expérimentation en faveur des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, complémentaire à celle qui a été décidée dans la loi de financement pour 2012. Dans le cadre d'un cahier des charges fixé nationalement, les ARS pourront, sur les territoires de santé concernés, mettre en œuvre une nouvelle politique permettant de décloisonner les prises en charge, notamment grâce à des dérogations aux règles tarifaires en vigueur. Cette expérimentation est ambitieuse car elle entend couvrir à la

fois le secteur de soins de villes, les établissements de santé et le secteur médico-social.

Le rapport de Jacky Le Menn et Alain Milon sur le financement des établissements de santé, adopté par la commission en juillet 2012, mettait en avant le nombre important des hospitalisations évitables, notamment pour les personnes âgées et alors même qu'à partir d'un certain âge, l'hospitalisation peut avoir plus de conséquences négatives que positives sur l'état général du patient. Le rapport demandait en conséquence la mise en œuvre de mesures pour lutter contre ce phénomène. L'expérimentation ici proposée va dans ce sens.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** permettant d'intégrer pleinement dans l'expérimentation les services sociaux et médico-sociaux.

*b) Valoriser la coordination des soins à un niveau pluriprofessionnel*

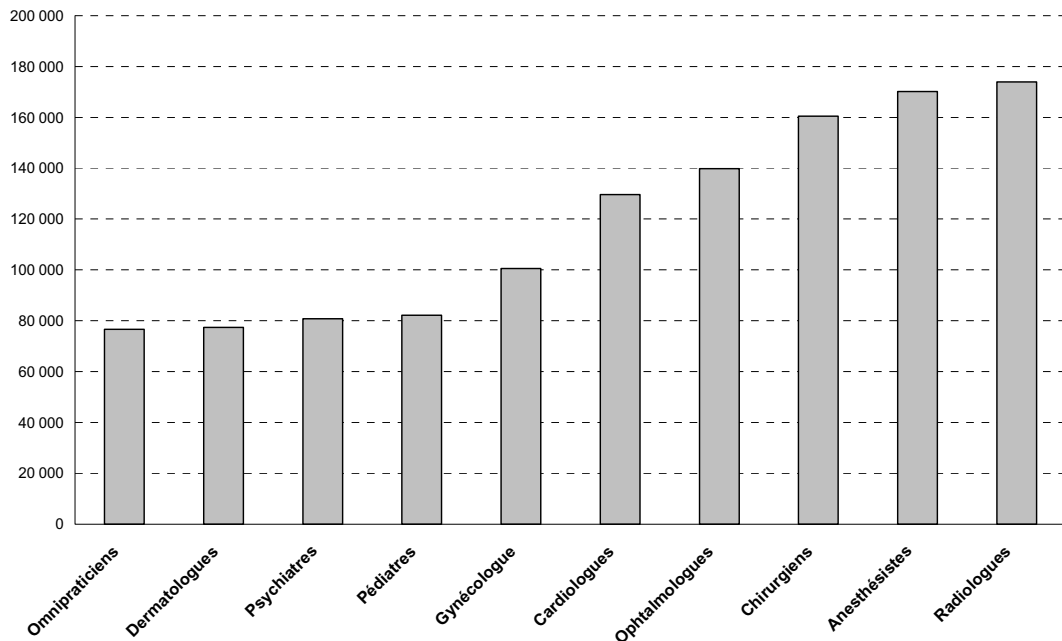
L'**article 39** ouvre le champ de la négociation conventionnelle : il élargit en effet une disposition existante dans le code de la sécurité sociale, mais jamais utilisée, pour permettre aux partenaires de reconnaître et valoriser la coordination et la continuité des soins dans un cadre pluriprofessionnel.

Dans le dernier avenant conventionnel d'octobre 2012 sur les dépassements d'honoraires (n° 8), les signataires entrent pleinement dans cette logique, puisque son article 7 indique : « *l'objectif d'améliorer l'état de santé des patients et l'efficience des soins nécessite d'orienter la prise en charge vers de **nouveaux services et des parcours de soins, assurée par des équipes de proximité, et de renforcer la coordination entre professionnels de santé. [...] Les partenaires conventionnels conviennent d'entamer des travaux dans le courant du premier semestre 2013** » sur la base du présent article du projet de loi de financement.*

Par ailleurs, le **rôle pivot du médecin généraliste** dans les équipes de proximité devra être clairement conforté, ce que commence à faire l'avenant n° 8 en leur attribuant une rémunération spécifique forfaitaire annuelle par patient complémentaire à celle qui existe déjà pour les patients en ALD. Il s'agit également de **diversifier les modes de rémunération** pour allier tarification à l'acte et participation forfaitaire qui peut notamment être liée au respect d'objectifs de santé publique.

A cet égard, on peut relever que **les revenus des médecins varient du simple au double, en moyenne**, selon les spécialités, les omnipraticiens percevant 76 619 euros, les radiologues 173 911 euros.

### Les revenus des médecins (en euros, en 2008)



Source : comptes nationaux de la santé 2011

Enfin, cet article 39 permet de faire, un pas vers la reconnaissance du travail collectif de plusieurs professions de santé. La question de la **meilleure répartition des compétences** entre les professionnels sera en effet essentielle dans les années à venir pour répondre aux défis de la démographie médicale, du vieillissement de la population et du développement des maladies chroniques. La France est par exemple le seul pays à procéder par énumération des actes qu'un professionnel peut pratiquer, les autres pays réfléchissant plutôt par missions. On a ainsi vu les possibilités pour les infirmières de procéder à des vaccinations encadrées de manière restrictive par les mesures réglementaires. Il s'agit finalement de repenser globalement l'organisation de la médecine ambulatoire, encore trop axée en France sur le médecin isolé dans son cabinet.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** pour faciliter la conclusion des nouveaux accords pluriprofessionnels en ce qui concerne le nombre et la représentativité des syndicats signataires.

#### *c) Améliorer la permanence des soins*

La permanence des soins constitue depuis 2003 une obligation collective de la part de la profession médicale, mais plus une obligation individuelle pour chacun d'eux. Elle est donc basée sur le volontariat et, dans certains départements, il est de plus en plus difficile de remplir les tableaux de

garde et de ne pas faire peser la charge chaque semaine sur les mêmes médecins.

La loi HPST a confié la mission d'organiser la permanence des soins aux agences régionales de santé, qui mettent peu à peu en place, assez lentement d'ailleurs, les cahiers des charges permettant d'entrer dans le nouveau dispositif. Depuis le début de l'année 2012, les ARS financent cette action grâce au nouveau fonds d'intervention régional qui leur permet d'assurer une fongibilité entre plusieurs lignes de crédit et d'obtenir ainsi une souplesse dans l'organisation pratique.

Pour autant, des difficultés persistent localement et il sera nécessaire d'évaluer les différentes réformes qui ont touché cette question depuis une dizaine d'années. Dans cette attente, l'**article 37** permet aux ARS de recourir en pratique aux médecins salariés, notamment des centres de santé, en leur permettant de facturer les actes pratiqués comme les autres médecins qui ne sont pas adhérents à la convention médicale (retraités...).

#### *d) Réformer l'organisation des transports sanitaires*

Les dépenses de transport prises en charge par l'assurance maladie se sont élevées à **3,5 milliards d'euros** en 2010 pour un peu plus cinq millions de bénéficiaires ; elles se répartissent à 37 % sur les ambulances, 31 % sur les taxis et 23 % sur les véhicules sanitaires légers (VSL) et représentent 2,1 % de l'ensemble des dépenses d'assurance maladie.

**Globalement, ces dépenses ont progressé de façon beaucoup plus rapide que les autres dépenses de l'assurance maladie.**

La Cour des comptes a consacré un chapitre de son rapport annuel 2012 sur la sécurité sociale à ce sujet. Elle relève que les déterminants de la dépense sont mal connus et que les disparités départementales sont très importantes. Des actions de maîtrise de la dépense ont été depuis quelques années engagées mais ne sont que très partiellement mises en œuvre. En outre, la responsabilisation des acteurs reste très limitée, tant pour les prescripteurs en ville qu'à l'hôpital. Du côté de l'offre de transport, elle est également très mal maîtrisée et organisée, notamment du fait d'une déficience du pilotage et des contrôles.

La Cour pose également **la question du libre choix du transporteur** par l'assuré qui est prévu par la convention nationale de 2002 liant l'assurance maladie et les organisations professionnelles de transporteurs et auquel ces dernières semblent très attachées. Toutefois, cette liberté n'est guère compatible avec l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale qui prévoit que les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du patient. En pratique, le libre choix peut entraîner des surcoûts pour l'assurance maladie.

En réponse à cette problématique, l'**article 38** du projet de loi de financement pour 2013 permet l'**expérimentation de nouveaux modes d'organisation et de financement des transports sanitaires** qui sera menée grâce à des appels d'offres lancés principalement par des agences régionales de santé, mais aussi, le cas échéant, par un établissement de santé ou une caisse d'assurance maladie.

### **3. Favoriser l'accès aux soins**

#### *a) Renforcer les droits des femmes à la contraception et à l'IVG*

Ces dernières années, les droits des femmes se sont dégradés en ce qui concerne l'interruption volontaire de grossesse, notamment parce que les tarifs de remboursement de l'assurance maladie étaient clairement insuffisants pour couvrir les coûts. Le rapport de la Mecss de juillet 2012 sur le financement des établissements de santé a montré que l'application de la T2A avait pu, en effet, avoir des effets sur le choix des services ouverts et des prestations offertes.

Le Gouvernement a décidé de réagir vigoureusement. Premièrement, les tarifs seront revalorisés dès la prochaine campagne tarifaire qui entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> mars 2013, ce qui devrait représenter un effort de 18,2 millions d'euros. Deuxièmement, l'assurance maladie remboursera l'IVG à 100 % pour toutes les femmes ; tel est l'objet de l'**article 43** dont l'impact financier est estimé à 13,5 millions. Troisièmement, la contraception sera également remboursée à 100 % pour les mineures (**article 43 quater**).

#### *b) Faciliter l'installation de jeunes médecins généralistes dans les déserts médicaux*

L'**article 40** crée un statut de praticien territorial de médecine générale qui permettra d'assurer une garantie de rémunération durant trois ans aux jeunes médecins qui veulent s'installer dans des zones où l'offre médicale est insuffisante ou l'accès aux soins difficile. Ce dispositif conserve complètement le principe de liberté d'installation et d'activité libérale mais permet de donner une perspective et, le cas échéant, de partager la patientèle avec un médecin installé qui souhaite progressivement se retirer.

En outre, cet article a été complété à l'Assemblée nationale pour permettre à des médecins salariés, soit dans des établissements de santé, soit dans des centres de santé, soit dans des organismes mutualistes, d'être mis à disposition, dans le cadre de conventions multipartites, auprès de structures (maisons de santé, cabinets...) exerçant dans des zones sous-dotées. A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **trois amendements** améliorant la rédaction de cet ajout de l'Assemblée nationale.

Enfin, le contrat d'engagement de service public est amélioré en ce qui concerne la liste des zones où les jeunes diplômés peuvent s'installer et il est ouvert aux étudiants en odontologie (**article 40 bis**).

*c) Développer le tiers payant*

L'article 43 *sexies* engage la voie du développement du tiers payant. Alors qu'il fonctionne tout à fait correctement dans les pharmacies d'officine, le tiers payant n'a jamais pu être mis en place pour la plupart des consultations médicales, ce qui peut constituer une difficulté d'accès aux soins. Certes, les bénéficiaires de la CMU-c, de l'AME ou de l'ACS sont par exemple dispensés de l'avance de frais. Des problèmes techniques peuvent légitimement apparaître au regard du nombre d'organismes complémentaires existants mais ces problèmes doivent être évalués avec précision et discernement.

C'est dans cette logique que le Gouvernement a proposé de lancer deux expérimentations sur ce sujet, l'une relative aux étudiants, l'autre plus générale pour développer la dispense d'avance de frais dans les maisons et centres de santé et chez les praticiens qui participeront à la nouvelle convention pluriprofessionnelle destinée à valoriser la coordination des soins.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** pour ouvrir l'expérimentation aux étudiants ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire santé.

***B. REDÉFINIR LE SERVICE PUBLIC HOSPITALIER***

Depuis dix ans, l'hôpital a subi réforme sur réforme, sans qu'un sens ait pu en être dégagé. En juillet 2012, au nom de la Mecss, après six mois de travaux, Jacky Le Menn et Alain Milon ont présenté un rapport sur le financement des établissements de santé qui a été adopté à l'unanimité par la commission des affaires sociales. Ce rapport estime que la tarification à l'activité (T2A) est un meilleur système de financement que ses prédécesseurs (prix de journée et dotation globale), mais qu'elle nécessite d'être adaptée, notamment pour tenir compte des missions de service public, des spécificités de certaines activités médicales et de la situation géographique de certains établissements.

Votre rapporteur se félicite que plusieurs propositions du rapport de la Mecss se retrouvent dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 proposé par le Gouvernement.

**1. Abroger la convergence tarifaire et reporter la T2A dans les hôpitaux locaux**

Depuis la loi HPST, le service public hospitalier a été éclaté en quatorze missions énumérées à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique et les établissements de santé « *peuvent être appelés à assurer, en tout ou partie, une ou plusieurs* » d'entre elles. Cette approche fragmente la prise en charge des patients.



Il est aujourd'hui nécessaire de redéfinir le service public hospitalier. Cet objectif est inscrit à l'**article 47** du projet de loi qui permet en pratique d'**abroger le processus de convergence tarifaire**.

Cette mesure a largement clivé les débats de ces dernières années sur l'hôpital, et ce, de manière inutile. Il est vrai que la mise en place d'une tarification liée à l'acte thérapeutique induit, instinctivement, l'idée que le financement doit être égal quels que soient le lieu ou les modalités d'exercice, l'acte étant censé être le même et le patient soigné de manière identique. Mais cette définition même montre les limites atteintes en pratique par cette logique, limites qui démontrent, s'il en était besoin, que les bases conceptuelles de la convergence sont elles-mêmes biaisées : les champs des tarifs sont différents entre les catégories d'établissements ; les retraitements statistiques nécessaires dégradent la qualité du résultat ; les tarifs reposent sur des coûts moyens nationaux dans un processus aujourd'hui encore insatisfaisant ; les situations des établissements sont très variées, par exemple selon les territoires d'exercice...

En cohérence avec le rapport de la Mecss, **votre rapporteur se félicite de l'abrogation de la convergence tarifaire**, qui doit permettre de dépasser des clivages devenus quasiment idéologiques, sans raison.

Par ailleurs, également en accord avec le rapport de la Mecss, l'**article 49** du projet de loi reporte l'application de la T2A pour les hôpitaux locaux. Etablissements de proximité, ils auraient été particulièrement frappés par les effets de la T2A, notamment du fait que leur activité est principalement gériatrique avec peu d'actes techniques, ce qui est peu valorisé aujourd'hui. Le Gouvernement a engagé un travail bienvenu de réflexion sur la place de ces hôpitaux dans le système de santé.

Votre rapporteur salue aussi la décision du Gouvernement de reporter l'application de la T2A pour les activités de **soins de suite et de réadaptation** qui devait entrer en vigueur dès 2013. Le rapport de la Mecss soulignait à cet égard qu'un tel report devait être mis à profit pour mettre en place de **véritables parcours de santé** ; les établissements de SSR sont naturellement insérés dans une telle logique puisqu'ils prennent en charge un patient après son hospitalisation. Le report de la T2A ne doit toutefois pas empêcher le Gouvernement de **prendre des mesures en ce qui concerne les médicaments onéreux** : financés à part à l'hôpital grâce à la liste « en sus », ils doivent l'être sur le prix de journée dans les établissements de SSR, ce qui peut constituer une charge difficilement soutenable et amener certains établissements à refuser des patients, phénomène qui ne peut être accepté.

Le même article 49 poursuit deux autres objectifs relatifs à la facturation des prestations par les établissements publics et privés à but non lucratif.

D'une part, le **tarif journalier de prestations (TJP)**, qui est utilisé par les établissements pour établir le ticket modérateur à la charge des patients, est **prolongé du 31 décembre 2012 au 31 décembre 2015**. S'il peut

paraître surprenant que la dualité de la base de calcul (groupe homogène de séjour vis-à-vis de l'assurance maladie et TJP pour le patient, donc son organisme complémentaire) ait perduré depuis 2004 alors qu'elle ne devait être que transitoire, les conséquences financières d'un éventuel basculement seraient trop importantes pour que les établissements supportent cet effort : beaucoup d'entre eux ont utilisé le TJP comme ressource complémentaire, si bien que l'écart de recettes entre GHS et TJP peut parfois être sensible. En outre, les TJP varient sensiblement entre les établissements. Globalement, la suppression du TJP diminuerait, toutes choses égales par ailleurs, les ressources des établissements d'environ 1 milliard d'euros.

D'autre part, le passage d'une **facturation** mensuelle globale à un système **au fil de l'eau et individualisé par patient** est confirmé mais son application est **décalée au plus tard au 1<sup>er</sup> mars 2016**. Pour autant, l'article 49 prévoit une entrée en vigueur progressive, d'abord sur les actes et consultations externes puis sur les GHS. Ce projet a longtemps souffert d'une grande immobilité et d'une absence de pilotage ; il constitue, il est vrai, un chantier technique complexe pour les établissements mais aussi une base nécessaire à la création de véritables parcours de santé. Dans le système global actuel, il n'est en effet pas possible d'identifier les prestations reçues par un patient à l'hôpital et de « chaîner » l'ensemble de sa prise en charge entre les soins de ville, le secteur sanitaire et les soins de suite et de réadaptation.

## 2. Investir pour l'avenir

L'**article 57** du projet de loi fixe la dotation de l'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp) à hauteur de 370,27 millions d'euros.

Cette somme correspond à un **doublement** de la dotation à périmètre constant (hors fonds d'intervention régional créé courant 2012) et consacre **la priorité annoncée par le Gouvernement au titre de l'investissement hospitalier**. Sur les 189 millions d'euros de crédits complémentaires par rapport à 2012, une enveloppe de 150 millions sera utilisée pour les années 2014 à 2017. Un effort particulier sera réalisé sur **les systèmes d'information hospitaliers**, pour un montant de **64,6 millions**.

## 3. Améliorer les conditions de la mise en réserve de crédits

L'**article 47 bis** introduit de nouvelles modalités de **mise en réserve des crédits** en début d'exercice. A la suite du rapport Briet sur le pilotage de l'Ondam en 2010, le précédent gouvernement avait décidé un gel d'environ 0,3 % de l'Ondam chaque année, mais il avait estimé que ce gel ne pouvait techniquement porter que sur les « dotations », c'est-à-dire les crédits s'apparentant à des lignes budgétaires classiques. De 2010 à 2012, l'effort portait donc, en pratique, presque uniquement sur les Migac, pourtant

destinées à financer des missions d'intérêt général et des aides à des établissements en difficulté.

Aujourd'hui, le Gouvernement propose d'élargir l'assiette de la mise en réserve, ce qui la rend plus indolore, en faisant porter le gel sur la « masse tarifaire » de l'ensemble des établissements de santé. Un coefficient de minoration, qui devrait être inférieur à 1 %, s'appliquera en début d'année sur les tarifs de prestations. A la suite d'un avis du comité d'alerte de l'Ondam rendu avant le 15 octobre et portant spécifiquement sur le respect de l'objectif pour l'année en cours, le Gouvernement décidera, le cas échéant, de verser aux établissements tout ou partie des montants réservés.

Cette solution permet de maintenir le principe de la mise en réserve qui est nécessaire pour éviter les dépassements de l'Ondam, tels que celui constaté en 2007, mais met en place des modalités de mise en œuvre nettement plus pertinentes qu'auparavant.

#### **4. La commission souhaite améliorer les conditions des contrôles de la tarification à l'activité**

Lors de la préparation du rapport de Jacky Le Menn et Alain Milon, il est clairement apparu que les contrôles opérés par les agences régionales de santé et l'assurance maladie sur le codage des prestations dans le cadre de la tarification à l'activité se déroulaient en pratique assez difficilement dans nombre d'établissements. Or, ces contrôles sont importants dans un système de financement tel que la T2A et ils doivent être « partagés » par l'ensemble des acteurs.

C'est pourquoi, à l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **deux amendements** reprenant des propositions du rapport de la Meccs :

- le fait que la commission placée auprès du directeur général de l'ARS et chargé de lui donner un avis sur les sanctions soit composée à parité, d'une part, de l'ARS et de l'assurance maladie, d'autre part, des fédérations hospitalières ;

- la possibilité de recourir à des praticiens en exercice pour participer aux équipes de contrôle, ce qui permet un fructueux échange d'informations entre l'assurance maladie et les praticiens et une meilleure diffusion des expériences lorsque le médecin retourne dans son établissement.

### **C. ADOPTER DES MESURES DE JUSTICE**

#### **1. Maintenir les droits aux indemnités journalières des demandeurs d'emploi qui reprennent un travail**

Un demandeur d'emploi ayant la qualité d'assuré social avant d'être au chômage bénéficie du maintien des droits pendant toute la période d'indemnisation et pendant douze mois à partir de l'épuisement des droits aussi bien pour les prestations en nature (remboursement des soins et des médicaments) ou en espèces (indemnités journalières maladie).

Or, lors du retour dans l'emploi, la nouvelle affiliation couvre bien les prestations en nature mais la personne peut, dans certaines situations, dépendant notamment du niveau de salaire et du temps de travail, ne plus bénéficier des prestations en espèces.

L'**article 43 bis** remédie à cette lacune dans la protection sociale des personnes qui retrouvent un travail et leur permet de ne pas se trouver dans une situation plus défavorable en travaillant qu'en restant sans emploi.

#### **2. Moderniser la prise en charge des soins destinés aux personnes détenues**

Les modalités de prise en charge financière et d'organisation des soins destinés aux personnes détenues datent principalement d'une loi de 1994 qui n'a quasiment pas évolué depuis. Or, les conditions de détention ont elles-mêmes changé, notamment par le développement des aménagements de peine : au 1<sup>er</sup> février 2012, 11 314 personnes sous écrou bénéficiaient d'un aménagement de peine, ce qui représente 19,3 % de l'ensemble des personnes écrouées condamnées.

L'**article 51** du projet de loi modernise la législation en vigueur les concernant. Les personnes détenues bénéficieront de la dispense d'avance de frais pour la part obligatoire de base et la part complémentaire, l'Etat prenant à sa charge le ticket modérateur, la participation forfaitaire et les différentes franchises.

En outre, cet article modifie le mode de financement des établissements de santé prenant en charge de tels détenus : ils factureront les prestations selon le droit commun (par exemple, *via* les groupes homogènes de séjour pour la médecine, la chirurgie et l'obstétrique) et bénéficieront d'une enveloppe Migac en complément pour couvrir la mission de service public considérée. Selon le droit en vigueur, ces actes ne sont pas facturés mais financés par une Migac spécifique, qui va donc être amenée à diminuer au profit de la masse tarifaire.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a adopté **un amendement** pour que les tarifs pratiqués à l'encontre des personnes détenues en aménagement de peine se limitent aux tarifs opposables, ce qui est logique avec l'application du tiers-payant.

### **3. Ouvrir des droits à indemnités journalières maladie pour les exploitants agricoles**

Le régime d'assurance maladie des exploitants agricoles (Amexa) est aujourd'hui le seul régime à ne pas verser d'indemnités journalières maladie, le risque d'accident ou de maladie professionnelle étant bien couvert par la branche compétente (Atexa).

L'**article 56** du projet de loi crée un nouveau dispositif, qui entrera en vigueur en 2014, ouvrant le droit aux exploitants agricoles, aux collaborateurs d'exploitation et aux aides familiaux de **percevoir des indemnités journalières maladie**.

Une cotisation forfaitaire, estimée à 170 euros pour 2014, permettra d'alimenter un fonds spécifique géré par la caisse centrale de la MSA. Les indemnités journalières seront-elles-mêmes forfaitaires et versées au-delà d'un délai de carence qui devrait être assez long (sept jours) durant la période de montée en charge du nouveau mécanisme. Le fonds sera équilibré par les seules cotisations.



## TRAVAUX DE LA COMMISSION

### **Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**

*Réunie le mardi 6 novembre 2012, sous la présidence de Mme Annie David, présidente, la commission procède à l'audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.*

*Mme Annie David, présidente. - Du fait de la prolongation des discussions sur la convention médicale - notamment au sujet des dépassements d'honoraires - nous avons dû déplacer cette audition prévue initialement il y a quinze jours.*

*Nous aimerions vous interroger, monsieur le directeur général, sur les perspectives de l'assurance maladie, sur l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et sur les 37 des 105 articles du projet de loi de financement qui concernent la branche maladie.*

*M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam. - Nous avons effectivement abouti à un accord sur les dépassements d'honoraires qui devra être jugé à l'aune de ses résultats. La situation n'était pas simple du fait de disparités territoriales massives entre Paris et certains départements de l'Ile-de-France, comme les Hauts-de-Seine et les Yvelines, le Rhône et le reste de la France, l'Alsace étant un cas à part.*

*Dans un contexte économique aussi contraint que le nôtre, nous voulions valoriser les médecins qui respectent les tarifs de la sécurité sociale, réguler les excès et instaurer des sanctions réellement dissuasives. Les médecins en secteur 2 doivent en effet pratiquer des tarifs compatibles avec les capacités financières de leurs patients.*

*Le système de sanctions, qui reposait sur le « tact et la mesure », s'est révélé inefficace, car il n'existait pas de définition claire de ce principe que l'Ordre des médecins était chargé de faire respecter. En outre, les*

*sanctions devaient être prises en fonction de chaque acte, de chaque dossier, ce qui était bien trop compliqué. L'Uncam a donc souhaité supprimer la référence au principe de tact et de mesure et le renvoi des sanctions à l'Ordre. Désormais, la convention prévoit des sanctions pour ceux qui pratiqueraient des tarifs excessifs. Mais selon que l'on se place du côté des patients ou des médecins, la définition de l'excès n'est pas du tout la même. C'est pourquoi l'Union des caisses a retenu des critères mesurables : le taux et la fréquence des dépassements et le reste à charge pour les patients sur une période d'un an. Dès le début de l'année prochaine, chaque médecin recevra le relevé de sa situation qui sera comparée à celle de ses confrères.*

*Nous avons voulu un système de sanctions efficace qui puisse aller jusqu'à un déconventionnement temporaire ou même définitif, jusqu'à la fin de la convention. L'objectif de ces sanctions est d'être dissuasif, afin de favoriser les bonnes pratiques. Nous voulons aussi éviter des déconventionnements volontaires. C'est pourquoi j'ai suggéré, lors des négociations, que le déconventionnement s'accompagne de l'arrêt du remboursement du groupement homogène de séjour (GHS) correspondant, afin d'éviter la fuite vers le secteur 3. Enfin, il serait souhaitable que les praticiens hospitaliers exercent dans le cadre conventionné.*

*Compte tenu des délais de procédure, nous devons attendre début décembre avant que cet accord soit approuvé : s'il l'est, nous élaborerons dès le premier trimestre 2013, avec la commission paritaire nationale, les principes qui prévaudront pour l'identification des professionnels dont l'activité serait susceptible d'être examinée par les commissions paritaires régionales. Ces cas ne seront en effet pas traités au niveau local pour éviter une trop grande proximité entre les différentes parties.*

*Nous ferons tout notre possible pour que cette convention soit appliquée, mais nous sommes conscients de prendre un risque car il n'est pas aisé de mettre fin à des pratiques qui perdurent depuis une trentaine d'années.*

*Deuxième point de l'accord : tous les assurés dont les revenus sont inférieurs au seuil d'éligibilité de l'aide à la couverture complémentaire santé (ACS) doivent bénéficier de soins au tarif opposable : nous estimons leur nombre à 4,7 millions, dont 900 000 bénéficient déjà de l'attestation de droit. Lorsque nous communiquerons sur ce nouveau droit auprès des médecins et des patients, la demande sera certainement importante, ne serait-ce que parce que 1,2 million d'assurés disposant d'une couverture collective n'avaient pas d'intérêt jusqu'à présent à demander une attestation de droit.*

*Troisième point : le contrat d'accès aux soins. Pour qu'il entre en application, il faudra qu'au moins un tiers des médecins du secteur 2 y souscrive dans les six premiers mois de 2013. Les médecins éligibles - ceux pratiquant des tarifs excessifs ne le seront pas - s'engageront à stabiliser leurs tarifs pendant trois ans et l'assurance maladie améliorera la prise en charge des patients dont le reste à charge diminuera. L'impact de ce contrat ne sera pas négligeable, car pour une consultation de 35 euros, le remboursement*



*passera de 23 à 28 euros, si bien que le reste à charge diminuera de près de moitié. Ce contrat bénéficiera donc davantage aux patients qu'aux praticiens, mais cela permettra à ces derniers de voir reconnue par l'assurance maladie la part de leur activité pratiquée au tarif opposable. Nous comptons également sur l'engagement des praticiens hospitaliers, dont un grand nombre, d'ailleurs, répond d'ores et déjà aux critères du contrat d'accès aux soins.*

*Dernier point : cet accord n'a été obtenu que parce que nous avons reconnu que certains de nos tarifs étaient historiquement sous-cotés, notamment en chirurgie et gynéco obstétrique. Nous n'avons en revanche pas retenu la proposition de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF) de majorer les consultations des personnes âgées, qui aurait été mal comprise par les assurés. Nous avons cependant développé des formes complémentaires de rémunération du médecin traitant.*

*L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam), la CSMF, le syndicat des médecins généralistes (MG-France) et le syndicat des médecins libéraux (SML) ont signé cet accord. La Fédération des médecins de France (FMF) réserve sa décision jusqu'à son assemblée générale prévue début décembre. Quant au syndicat Le Bloc, il y a eu une divergence entre le syndicat des anesthésistes libéraux, qui milite pour le secteur 2, et l'Union des chirurgiens de France (UCDF). Nous avons assisté à un revirement des positions après la fin des négociations, ce qui fait peser sur le seul SML, pour la médecine spécialisée, l'agrément de cet accord.*

*L'effort financier portera essentiellement sur les activités cliniques, peu valorisées en France, sur les médecins en secteur 1, sur les remboursements aux patients, si le contrat d'accès aux soins se met en place. Parallèlement, nous avons négocié près de 200 millions d'économies sur la radiologie et l'imagerie. Les forfaits IRM restaient encore bien valorisés et certains actes de radiologie étaient surcotés. Nous avons aussi réduit les remboursements des échographies, à l'exception des échographies obstétricales. En trois ans, leur prix diminuera de 7,5 %. Cet accord ne remet cependant pas en cause l'activité échographique ni les IRM.*

*Je rappelle que 75 % des médecins exercent en secteur 1 et cet accord leur est globalement favorable. Il peut l'être aussi pour les médecins de secteur 2 qui font beaucoup de tarifs opposables et dont les taux de dépassement sont raisonnables. Avec cet accord, nous souhaitons faire évoluer les comportements. Grâce à la menace de sanctions, les tarifs devraient être plus modérés.*

*J'en arrive maintenant aux questions qui m'ont été adressées par le rapporteur général, notamment l'article 39 du projet de loi de financement. Il prévoit la mise en place de soins de proximité de manière coordonnée par différentes catégories de professionnels de santé, alors que les dispositions conventionnelles antérieures ne le permettaient pas. Des expérimentations sur les nouveaux modes de rémunérations avaient certes été lancées, mais ces accords ne pouvaient intégrer plusieurs professions médicales et*

paramédicales. L'accord signé avec les syndicats prévoit une négociation au cours du premier semestre 2013 sur ce sujet ; elles devraient concerner les sorties d'hospitalisation, la prise en charge des pathologies chroniques, le suivi des patients en phase aiguë et l'accompagnement des personnes âgées. L'objectif est donc d'identifier clairement les services nouveaux dont nos concitoyens auraient besoin. Cette prise en charge plus collective permettrait de promouvoir des associations plus fortes que celles qui existent actuellement avec les groupes de médecins ou de professionnels paramédicaux. Lors des sorties d'hospitalisation, notamment après une intervention orthopédique, 70 % des personnes âgées préfèrent recevoir les prestations à domicile dès lors qu'on leur garantit la prise en charge du transport sanitaire, le déplacement du masseur-kinésithérapeute, du généraliste ou de l'infirmier. Les assurés doivent comprendre que ces nouvelles rémunérations, loin d'être un cadeau, répondent à des services concrets.

**M. Gilbert Barbier.** - Quelle différence avec l'hospitalisation à domicile (HAD) ?

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - La HAD reste limitée alors qu'ici, nous parlons de 45 000 généralistes et de 60 000 infirmiers. Elle devrait concentrer ses missions sur des pathologies lourdes tandis que les soins de proximité - qui associent le médecin traitant - s'adressent plutôt à des malades plus légers. La HAD pourrait par exemple être réservée aux grossesses pathologiques tandis que les grossesses « normales » bénéficieraient de soins de proximité.

Pour 2013, l'Ondam sera raisonnable, d'autant que le Gouvernement a rebasé les soins de ville de 350 millions, ce qui traduit d'ailleurs une situation de fait. Une partie importante des économies sur les soins de ville et sur l'Ondam hospitalier repose sur la baisse de prix de médicaments. Notre rapport « charges et produits » présente des comparaisons internationales : en dépit de certaines améliorations, la France reste à des niveaux plus élevés que l'Allemagne en matière de dépenses de produits de santé. Je ne parle même pas de la Grande-Bretagne. Je me suis même interrogé sur la valeur des chiffres en provenance de certains pays tellement ils semblent en décalage.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** - Quels sont ces chiffres ?

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - Pour l'Angleterre, les dépenses en produits pharmaceutiques sont inférieures de 40 % aux nôtres.

Nous prescrivons beaucoup moins dans le répertoire générique que les autres pays et les génériques y sont moins chers qu'en France. Le coût de traitement par patient est donc beaucoup plus faible. Un comprimé de générique coûte ainsi 15 centimes en France, contre 14 centimes en Italie, 12 centimes en Allemagne, en Norvège et en Finlande, 11 centimes en Espagne et 7 centimes en Grande-Bretagne, sachant qu'un centime de différence représente 130 millions d'euros. En Grande-Bretagne, le National Health Service a permis aux pharmaciens de négocier les prix des génériques, si bien que ceux-ci coûtent deux fois moins cher qu'en France.

*Dans de nombreux pays, l'accès aux médecins est plus difficile ou beaucoup moins systématique que chez nous. De plus, les médecins prescrivent des génériques et en plus faible quantité. Le débat sur le générique n'a quasiment pas lieu dans les autres pays européens et nos études n'ont pas démontré de différences en termes d'efficacité thérapeutique.*

*Sur le long terme, la politique de baisse des prix du médicament, comme celle de la biologie médicale ou de la radiologie, trouvera ses limites. Il ne faudrait pas que cette baisse remette en cause l'équilibre économique de ces activités, à moins que l'on estime qu'elle est justifiée.*

*Sur les volets structurels, il existe encore des marges de manœuvre, surtout en ce qui concerne la répartition géographique des professions de santé. L'évolution de la démographie médicale n'a pas un impact uniquement sur les déserts médicaux : les zones surdotées voient des effets d'induction de l'offre sur la demande, notamment pour les soins infirmiers et la masso-kinésithérapie. L'accord infirmier régule ainsi l'installation dans tout l'arc sud-est de la France, ce qui est plus facile à faire pour une profession en plein développement.*

*L'organisation des processus de soins - en amont de l'hôpital, à l'hôpital puis en sortie d'hôpital - doit être améliorée : ainsi pourrions-nous nous concentrer sur les cas les plus graves d'hospitalisation. Nous avons analysé une nouvelle fois les dépenses d'assurance maladie en distinguant ce qui était imputable aux personnes en affections de longue durée (ALD) et aux pathologies chroniques. Lors d'une étude précédente, nous avons estimé que 13 % des personnes en ALD - souvent des malades âgés - concentraient deux tiers de la dépense. Cette année, nous avons affiné cette analyse en distinguant les dépenses imputables à la pathologie pour lesquelles ces personnes étaient en ALD de celles qui ne l'étaient pas. Ainsi en est-il, par exemple, d'un patient diabétique qui se fait poser une prothèse de hanche. Il convient en définitive de relativiser le poids des pathologies en ALD.*

*Sur 143 milliards consacrés aux ALD, il y a 35 milliards qui ont trait à des épisodes hospitaliers ponctuels. Pour les prothèses de genoux, il y a des marges de manœuvre sur le coût de l'opération, mais aussi sur le coût des prothèses. Ainsi, la France a peu recours aux prothèses cimentées, contrairement à ses voisins. La Suède a mené une étude sur dix ans qui démontre que ces prothèses sont efficaces. La Haute Autorité de santé est en train d'examiner cette question et elle va vraisemblablement arriver à la conclusion - comme pour les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) il y a quelques années - que les effets médicaux des deux types de prothèses sont à peu près identiques, mais pas pour les prix pratiqués ! Il faut donc viser le meilleur rapport qualité/prix pour un service médical rendu identique. Nous envisageons donc de réduire le prix de remboursement des prothèses.*

*Autre exemple : la prise en charge d'un malade dans un établissement de soins de suite et de réadaptation revient environ à 5 000 euros, alors qu'à domicile, le coût de sa prise en charge est ramené à*

800 euros. Dans dix caisses primaires, nous avons mis en place un programme de retour d'aide à domicile pour des patients âgés : 90 % d'entre eux se sont dits satisfaits. Il faudra sans doute aussi indiquer plus clairement le contenu de la prise en charge de kinésithérapie, mais les référentiels dans ce domaine ne sont malheureusement pas très nombreux.

Globalement, les patients souhaitent être pris en charge à domicile ce qui représente un coût pour la collectivité nettement moindre qu'à l'hôpital.

**Mme Catherine Génisson.** - Vous parlez des prothèses de genoux pour les patients âgés. Mais les résultats sont-ils les mêmes pour les personnes de soixante ans ?

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - Tout dépend de la situation individuelle des patients. L'équipe médicale de la clinique ou de l'hôpital décide si le patient est éligible ou non à une prise en charge à domicile. L'objectif de l'assurance maladie est d'améliorer la qualité de la prise en charge tout en optimisant les coûts.

**M. René-Paul Savary.** - Vous mettez en avant le coût réduit de la prise en charge à domicile, mais vous oubliez celui de la prise en charge médico-sociale qui est payée par les départements ou par les caisses de retraite. Le coût médical sera certes de 800 euros, mais le coût pour la collectivité sera bien plus élevé.

Pour les ALD, il y a des règles. Faites-les appliquer en milieu hospitalier ! Lorsque les patients ont été hospitalisés, toutes les prescriptions sont inscrites sur l'ordonnance bizona en zone ALD. Comment voulez-vous ensuite que les généralistes puissent refuser à leurs patients de faire de même !

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - J'en viens au « tiers payant contre génériques » : la mesure a été efficace puisque nous sommes à 82,6 % de génériques, soit près de dix points de plus en quelques mois. Quatorze départements dépassent même 85 %. Néanmoins, ces résultats ont été obtenus grâce à une politique relativement ferme. Parfois, nous avons frôlé la ligne rouge.

J'ai été amené à faire connaître, y compris aux syndicats de médecins, les instructions données aux caisses pour autoriser la prescription de médicaments non substituables dès lors que le médecin le mentionne à la main.

Le taux d'utilisation des génériques a vraisemblablement atteint son point haut : il a augmenté de 20 % dans les Alpes-Maritimes et en Ile-de-France, rapprochant cette dernière des autres régions françaises. Il convient toutefois d'éviter que nos concitoyens aient le sentiment d'une réforme à visée uniquement comptable faite au détriment de la qualité des soins. Les études menées sur nos bases de données nous assurent que - comme dans les pays voisins - les génériques retenus ont le même effet que les

médicaments princeps mais la question d'une communication grand public se pose.

Alors que dans le reste de l'économie les nouvelles technologies créent des potentialités, améliorent la qualité et diminuent les coûts, la santé affiche un certain retard, si l'on excepte l'imagerie et les équipements industriels d'analyse médicale. Première étape dans l'utilisation des technologies de l'information, nous travaillons à ce que tous les professionnels de ville disposent d'un équipement informatique et de logiciels médicaux permettant non seulement d'utiliser la carte vitale ou de facturer mais aussi d'échanger des informations du dossier médical, tel que le volet annuel de synthèse. Paradoxalement, la concentration du secteur de l'édition de logiciels médicaux devrait y contribuer. Il faudra aussi assurer l'interface ville-hôpital.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** - Quel est le nombre d'hôpitaux et de médecins équipés ?

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - Dans la mesure où l'équipement des médecins fait partie des objectifs de la convention médicale, nous avons mis en place un système de déclaration et nous aurons donc dans quelques mois une connaissance précise de la situation pour les praticiens de ville. J'imagine que la direction générale de l'offre de soins (DGOS) fait de même pour l'hôpital, où les systèmes d'informations sont très nombreux.

**M. Yves Daudigny, rapporteur général.** - Je souhaite revenir sur quelques points qui ont été esquissés. Comment redonner toute sa place à la médecine générale, médecine de proximité qui est exercée presque entièrement en secteur 1 ? Comment mieux répartir les compétences entre les différents professionnels de santé ?

Je pense que la réduction d'un milliard par an des dépenses de médicaments va nécessairement atteindre ses limites. Durant la dernière décennie, le seul moteur de la vente de médicaments a été la déformation de la structure vers des produits plus coûteux. Ceci pose la question de la prescription, alors que la France a fait le choix de la substitution. A titre de comparaison, les médecins allemands sont contraints par un budget de prescriptions. Quant au Royaume-Uni, si le prix des génériques y est inférieur à ce que nous connaissons, c'est parce qu'ils sont largement importés, souvent d'Asie, tandis que nous utilisons en France des produits majoritairement fabriqués en Europe. Cette dimension ne peut pas être occultée au moment où nous parlons de compétitivité mais comment trouver un équilibre entre souci de notre industrie et prix des médicaments ? D'après une étude du comité économique des produits de santé (Ceps), les prix des médicaments consommés en France ont nettement diminué au cours des dix dernières années tandis que le volume restait globalement stable. En revanche, la dépense globale a augmenté de 80 % ; ceci confirme que le problème se trouve au niveau de la prescription.

*Enfin, existe-t-il des aides incitant les médecins, notamment ceux qui sont isolés à s'équiper en informatique ?*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Il existe, au titre de la rémunération sur objectifs, une aide de 1 750 euros pour l'achat d'un équipement et de logiciels médicaux agréés ou l'utilisation de télé-services. Les généralistes sont plutôt bien équipés tandis que les spécialistes demeurent largement sous-équipés dans certaines régions comme l'Ile-de-France. Des conseillers informatique-service ont été mis en place pour aider certains, notamment les plus âgés, à franchir le pas. Ce dispositif remplace désormais les aides à la télétransmission papier.*

*En matière de prescription, tous les objectifs fixés au titre de la rémunération de santé publique en matière de hiérarchisation des traitements sont atteignables mais pourtant nous en sommes loin. Nous sommes notamment loin de l'Allemagne où, comme dans nombre d'autres pays, cette hiérarchisation est d'autant plus pratiquée que les médecins sont en outre soumis à une contrainte financière. A ce type de système, nous avons préféré une approche médicale afin de tenir compte des spécificités des professionnels de santé de notre pays.*

*S'agissant du prix des médicaments, je suis frappé par le fait que l'on n'a jamais regardé précisément quel était le coût de revient des produits, ainsi que les emplois liés à leur production. Certes, cela demande des pouvoirs d'investigation importants car il faut entrer dans les entreprises mais cela pourrait donner des indications sur la meilleure façon de se fournir en médicaments. Ce qui me choque, ce n'est pas la défense de notre industrie, c'est que les mêmes entreprises pratiquent des prix différents selon les pays. Le Ramipril de Sanofi est ainsi vendu 5 centimes par unité de base au Royaume-Uni contre 23 centimes en France !*

*Ces grandes entreprises ne peuvent survivre que si elles sont innovantes au niveau mondial et certains observateurs estiment que leurs investissements à venir se rapprocheront des marchés les plus dynamiques d'Asie, des Etats-Unis et de pays émergents tels que le Brésil.*

*En décortiquant l'accord sur les honoraires, vous verrez que l'essentiel des investissements bénéficie en fait aux médecins de secteur 1, que ce soit au titre du forfait par patient ou du forfait pour personne âgée. Celui-ci ne sera en effet versé qu'aux médecins du secteur 1 et aux médecins du secteur 2 à la condition qu'ils s'engagent par un contrat d'accès aux soins.*

**Mme Laurence Cohen.** - *Ce n'est pas du tout ce qui ressort de cet accord quand on le lit.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *C'est pourtant bien parce qu'il est largement favorable aux praticiens de secteur 1 que MG-France l'a signé.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** - *L'une des conclusions du rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) sur l'hôpital est que 28 % des actes seraient inutiles ou superflus. Or personne ne*

*l'a jamais pris en considération ! Président d'un conseil de surveillance, j'en ai parlé avec les médecins et personne ne m'a contredit. Il y a notamment les batteries d'examens - 240 euros à chaque fois - réalisés lors des admissions aux urgences et la multiplication des actes faits par précaution, pour apporter une couverture juridique. C'est un sujet sur lequel la Cnam devrait se pencher.*

**M. Claude Jeannerot, président.** - *Presque un acte sur trois !*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** - *Sur les 55 milliards de T2A (tarification à l'activité), cela représenterait théoriquement une économie de 12 milliards.*

*Dans le cadre de la mission d'information Mediator, nous nous étions rendus auprès de l'autorité de santé britannique qui n'homologue que 850 médicaments ouvrant droit à remboursement. La procédure, beaucoup plus rigoureuse qu'ici, limite les coûts et le choix des médecins.*

*Quel est le montant de l'exonération de charges pour le secteur 2 supportée par la Cnam ?*

**M. Jacky Le Menn.** - *Les 28 % évoqués ne concernent pas seulement l'hôpital mais aussi la médecine de ville. Beaucoup d'actes étant accomplis par couverture médico-légale, un système d'assurance complémentaire de médecins ne serait-il pas facteur d'économies ?*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe.** - *De même que la mise en place de systèmes d'information performants.*

**Mme Catherine Génisson.** - *Tous les génériques sont-ils égaux en qualité ? Au delà de l'équivalence avec la molécule du princeps, se pose par exemple la question des excipients.*

*Une des solutions aux problèmes de prescription n'est-elle pas la formation médicale continue accompagnée de référentiels sérieux ?*

*Les nouvelles technologies sont facteurs d'économie dès lors que les nouvelles pratiques remplacent les anciennes. Or les 28 % d'actes inutiles démontrent que ce n'est pas toujours le cas. Surtout, quid de l'utilisation obligatoire du dossier médical personnalisé, véritable serpent de mer, objet d'une opposition entre usagers et professionnels que l'on ne parvient pas à dépasser ?*

*La régulation mise en place par l'accord pour éviter les dépassements d'honoraires est-elle suffisamment coercitive ? Tout cela donne un sentiment de fragilité.*

*Vous évoquiez la mise en place d'un équilibre différent. A ce stade, je me demande si, au-delà du petit nombre de médecins qui a fait n'importe quoi et doit être sanctionné, il n'y a pas un problème fondamental de reconnaissance de la valeur de l'acte qui rend les dépassements quasi obligatoires. A l'hôpital public, tous ces excès ne viennent-ils pas du statut de praticien hospitalier qui ne tient plus debout. Idem pour les professions*

*paramédicales lorsqu'on en vient à créer, par mesure d'économie, des postes de douze heures dans les services d'urgence.*

**M. Gilbert Barbier.** - *Je pense moi aussi que l'accord n'atteint pas le but poursuivi. Lorsque vous dites que le secteur 1 bénéficie massivement de l'accord, ce n'est pas le sentiment des médecins de ce secteur, généralistes et surtout spécialistes. Pour la chirurgie, quels sont ses avantages ? Le Conseil de l'ordre disposant de très peu de pouvoirs, vous tenez à être le gendarme de la profession. Mais comment allez-vous faire pour contrôler tel ou tel dépassement selon que le médecin est situé ici ou là ?*

*Le budget continue de « taper » sur le médicament, la radiologie et la biologie. Les gouvernements précédents l'ont déjà fait. Cela va continuer jusqu'à quand ? En revanche, pour l'hôpital : rien, alors que 123 plateaux techniques sont considérés comme insuffisants voire dangereux. J'avais participé à une mission concernant un petit hôpital de Basse-Normandie qu'on nous a finalement demandé d'arrêter car le président était un ancien ministre...*

*Sans être un disciple de M. Even ou de M. Debré, l'un des problèmes de la consommation de médicaments ne tient-il pas aux remboursements à 30 % ? Ou un médicament est efficace et il doit être davantage remboursé ou bien ce n'est pas le cas et il faut le sortir des listes. Mais il n'est pas efficace à 30 % !*

**Mme Catherine Génisson.** - *Il faudrait faire des génériques de placebo...*

**M. Gilbert Barbier.** - *Enfin, il faudrait n'utiliser que les stricts génériques de princeps ; ce qui n'est pas le cas de certains médicaments, par exemple ceux produits au Proche-Orient, qui n'ont pas la qualité des nôtres.*

**Mme Laurence Cohen.** - *Attention lorsque l'on parle de la situation de certains plateaux techniques d'hôpitaux ! Qui veut noyer son chien l'accuse de la rage... Je ne sais pas si la maternité de Marie-Galante « assure un accueil optimal » mais elle évite une heure de bateau aux femmes qui veulent accoucher. Il faut un moratoire sur les fermetures et les regroupements et un encouragement aux coopérations et passerelles entre établissements. On a trop tendance à faire tomber le couperet.*

*A la lecture de l'accord sur les honoraires, on ne peut qu'être déçus. Alors que les dépassements excessifs étaient le fait de peu de médecins - 300 médecins de ville et un peu moins de médecins hospitaliers - l'accord prévoit la possibilité pour les spécialistes d'un dépassement de 150 % au-delà du tarif de la sécurité sociale. Si ces choses peuvent se pratiquer, on peut s'inquiéter pour la présence de spécialistes dans les centres de santé. Une de mes collègues à l'Assemblée nationale a parlé d'usine à gaz ; l'accord prévoit en effet de nombreux cas d'exceptions. Au final, on a le sentiment que le secteur 2 est renforcé et son coût pour la collectivité augmenté. En outre, on*



*creuse encore l'écart de reconnaissance entre généraliste et spécialiste, ce qui ne favorise pas la médecine de proximité.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *L'efficacité de l'accord sera jugée dans le temps. Si l'on n'aboutit pas à une meilleure régulation, il faudra alors faire autre chose. La question est de savoir quoi. Il y a un équilibre entre la valorisation des actes et leur opposabilité. Mais inversement, l'exemple des Etats-Unis démontre que la liberté tarifaire n'aboutit pas à un équilibre fondé sur le coût des actes, du fait notamment de l'asymétrie d'information entre le patient et le médecin. Or, pour un bon médecin de secteur 2, le bon tarif est donc celui qu'il pratique. Les tarifs de chirurgie ont été bloqués depuis 2008, dans la mesure où leur revalorisation était soumise à une réduction des dépassements.*

**Mme Catherine Génisson.** - *N'aurait-il pas été plus simple d'avoir cette négociation ?*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Quelles sont nos marges de manœuvre ? L'investissement de 400 millions d'euros réalisé sur les actes cliniques - très majoritairement du secteur 1 - n'a été possible que par une baisse des tarifs de la radiologie et de la chirurgie, ainsi que par une participation de 150 millions de l'Unocam dont les modalités restent à définir. C'est donc l'assurance maladie qui a rendu cet accord possible.*

*La médecine générale n'est plus la moins bien valorisée des disciplines comme c'était encore le cas il y a quelques années.*

*Concrètement, qu'est-ce que cet accord rapporte à un chirurgien de secteur 1 ? Une revalorisation en moyenne de 8 % en deux étapes. Si c'est insuffisant pour ceux qui méritaient peut-être un doublement, ce n'est tout de même pas négligeable.*

**M. Gilbert Barbier.** - *Cela vaut pour la chirurgie viscérale ?*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Oui, pour certains actes. Nous nous sommes fondés sur la classification commune des actes médicaux (CCAM) élaborée en 2002, que nous n'avons pas encore revalorisée, faute de moyens.*

*Un choix se pose bien entendu entre la proximité, la qualité et aussi la capacité d'organisation des équipes, dont les possibilités d'évolution professionnelle sont liées à la taille des structures. Pour les maternités, c'est un peu différent.*

*Ai-je voulu moi-même sanctionner les médecins ? L'accord ne m'attribue aucun pouvoir de décision... et c'est beaucoup mieux ainsi ! Des commissions paritaires au niveau régional et une commission nationale fixeront les limites dans lesquelles le directeur de la caisse primaire peut autoriser les dépassements. Cela me paraissait plus raisonnable. Si le Conseil de l'ordre l'avait fait, nous n'aurions pas eu à nous en charger.*

**M. Gilbert Barbier.** - *Il n'en a pas le pouvoir.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Les tarifs sont en ligne depuis des années et les dépassements sont notoires.*

*Avec cet accord, va-t-on être capables de changer au moins les situations les plus abusives ? Je connais au moins un praticien hospitalier qui s'est engagé à le respecter. J'espère qu'il y en aura d'autres et surtout qu'il n'y aura pas de possibilités de fuites vers le secteur 3. L'objectif n'est pas de déconventionner les médecins mais que le non-respect de l'accord se traduise par la suspension du droit à pratiquer la liberté tarifaire. Quand on abuse d'une liberté, il est logique que l'on en soit privé temporairement. Près de 66 % de nos assurés y sont favorables. Nous espérons une évolution des comportements modérant les pratiques tarifaires. L'autre condition de la réussite de l'accord est que les médecins de secteurs 2 souscrivent massivement des contrats d'accès aux soins.*

*Autres questions : les jeunes internes vont-ils s'installer et exercer dans le cadre d'un contrat d'accès aux soins ? Les praticiens hospitaliers vont-ils aussi y souscrire, sachant que certains ajustements techniques sont possibles pour s'adapter à leur situation ? A l'issue de la revalorisation des actes chirurgicaux, un différentiel de tarif de 20 % au total existera tout de même entre deux chirurgiens, selon qu'ils auront ou non souscrit un contrat. Le dépassement autorisé pour les jeunes lors de leur installation est calculé par rapport au taux moyen constaté dans la région pour les personnes éligibles au contrat. L'accord est complexe parce qu'il s'applique à un sujet qui l'est lui-même, dans la mesure où la situation a dérivé depuis trente ans. La condition du succès de cet accord est une mise en œuvre rigoureuse, ainsi que le caractère dissuasif des sanctions évitant les échappatoires vers le secteur 3.*

**Mme Catherine Génisson.** - *Alors, quels sont les garde-fous ?*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Faire qu'un praticien exerçant dans un établissement conventionné ne puisse plus produire, lorsqu'il a lui-même été déconventionné, sauf à se salarier temporairement ou à exercer en secteur 1. De même, il serait logique qu'un praticien hospitalier ne puisse exercer en libéral que dans un cadre conventionné, sujet actuellement discuté par la commission de l'exercice libéral à l'hôpital.*

**M. Yves Daudigny, rapporteur général.** - *Qu'entendez-vous par secteur 3 ?*

**Mme Catherine Deroche.** - *Il n'existe plus !*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Il s'agit du secteur hors convention. Il ne faudrait pas qu'il s'agisse un cheval de Troie ne permettant que le remboursement des organismes complémentaires.*

**Mme Catherine Génisson.** - *Il y aura toujours des gens prêts à payer 3 000 euros pour une prothèse de hanche.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Attention, l'assurance maladie ne rembourse pas que le coût de l'acte mais aussi les frais liés au séjour en clinique. Si elle ne le fait plus, cela change la donne.*

**Mme Catherine Génisson.** - *Il manque tellement de médecins qu'ils sont un peu les rois.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Comment parvenir à un équilibre différent ? A terme, il faudra peut-être définir des limites. Mais on part de très loin et les situations régionales sont très diverses : la situation en province n'a rien à voir avec celle de Paris.*

**Mme Catherine Génisson.** - *Il y a aussi des différences nord-sud.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *L'informatisation devrait permettre de réduire le nombre des actes injustifiés, peut-être davantage à l'hôpital, entité économique homogène, qu'entre des professionnels de santé dont les intérêts ne sont pas toujours alignés.*

*Nous allons regarder la situation britannique où seuls 850 produits seraient homologués.*

*Je me rappelle de l'opération dénommée « 35 à 35 » qui n'avait pas été facile à porter politiquement... Il pourrait en être de même si l'on déremboursait les médicaments à 30 % car certains sont d'un usage très courants.*

**M. René-Paul Savary.** - *En revanche, c'est radical. Quand un médicament n'est pas remboursé, les patients parviennent à se sevrer rapidement !*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Il faut toutefois se méfier des effets de report vers des produits plus chers. Parfois, les laboratoires proposent d'eux-mêmes la sortie de médicaments de la liste des remboursés, afin non seulement de pouvoir mener librement leur politique du prix à leur sujet et bénéficier des effets de report. C'est un coup de billard à deux bandes.*

*L'accord sur la radiologie prévoit une programmation de baisses tarifaires de 200 millions d'euros sur trois ans. Compte tenu de la situation, elle avait été de 150 millions l'an dernier pour la biologie médicale. La modification de l'environnement économique de certaines professions jusque-là habituées à bénéficier d'une certaine visibilité est un vrai sujet. La baisse des produits de santé a, selon la manière dont les baisses sont menées, un impact sur plusieurs acteurs, jusqu'à l'équilibre économique de l'officine. A ce titre, l'encadrement des marges arrière sur les médicaments génériques est une rigidité qui devra être réexaminée.*

**M. Jacky Le Menn.** - *Cet avenant me laisse plutôt dubitatif. Cela fait des années que l'on évoque la situation économique pour reculer certaines décisions. Partant d'un objectif de réduction des dépassements d'honoraires, on en arrive à une espèce de fatras avec ce chiffre de 150 % qui n'est qu'une référence. Il y a beaucoup de « si » ; c'est comme cela que l'on assiste depuis*

*des années à un délitement du système dans le sens des dépassements d'honoraires. Je forme le vœu que les objectifs soient atteints mais les usagers eux-mêmes ne sont pas enthousiastes.*

*N'y a-t-il pas un risque de voir les mutuelles complémentaires mettre un pied dans la porte, entraînant à terme une déconstruction de notre système de sécurité sociale alors que 15 % de nos concitoyens n'ont pas accès à ces assurances ?*

**Mme Catherine Génisson.** - *Comment inciter les généralistes à participer davantage à la permanence des soins ? Cela désengorgerait les urgences des hôpitaux et serait bien moins coûteux.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Sur les 4 000 médecins hospitaliers exerçant en libéral, seuls 1 700 le font en secteur 2. Si une très grande majorité d'entre eux le faisait dans le cadre de l'accès aux soins, nous aurions quand même fait changer les choses. Si l'hôpital montrait l'exemple, ce ne serait pas mal. Ce qui suppose que les médecins qui pratiquent des dépassements importants n'aient pas de possibilités d'alternatives. Mais il n'est jamais agréable d'être mis en cause par un système de sanctions.*

**M. Gilbert Barbier.** - *Quelle part de ces 1 700 exerce en CHU ?*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Une grande partie ; il faut veiller à maintenir un certain équilibre.*

*J'ai émis une réserve lorsque, pendant les négociations, certains syndicats de médecins avaient interprété la proposition des complémentaires comme ouvrant la voie à une généralisation des dépassements pour le secteur 1. Nombre de nos concitoyens n'ont en effet pas les moyens de disposer d'une telle couverture. Aujourd'hui, tous les nouveaux modes de rémunération - forfait médecin traitant, rémunération sur objectifs et compléments de consultation - sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Si l'on évolue vers une rémunération qui ne soit plus seulement à l'acte, cela devra-t-il relever intégralement de l'assurance maladie obligatoire ou bien une répartition de cette charge ne serait-elle pas davantage adaptée ?*

**M. Jacky Le Menn.** - *C'est une question politique de fond.*

**M. René-Paul Savary.** - *C'est une révolution !*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Dans le prolongement des évolutions engagées ces dernières années, les nouveaux modes de rémunérations ne sont pas à l'acte mais forfaitaires. A moyen terme, la question se posera du point de savoir si l'on peut conserver ce système en le faisant supporter en totalité par l'assurance maladie.*

**M. René-Paul Savary.** - *Cela implique la définition d'un projet de santé allant bien au-delà du serment d'Hippocrate.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Ce sujet relève de la loi.*

**Mme Catherine Génisson.** - *Il ne s'agit plus du problème de la sécurité sociale mais d'une question politique.*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Du fait de notre politique de santé publique, nous sommes en train de remplacer des augmentations d'actes par des hausses de forfaits.*

*Nous avons confié le dossier de la permanence des soins aux ARS : il faudra voir si la situation s'est dégradée ou si elle s'est améliorée.*

**M. Marc Laménie.** - *Qu'en est-il de la lutte contre la fraude et contre les abus ?*

**M. Frédéric Van Roekeghem.** - *Nous n'en avons pas terminé avec la lutte contre la fraude : le temps de traitement des dossiers par la justice est assez long, quatre à cinq ans en moyenne. De plus, la fraude se reconstitue et ne cesse d'évoluer. La diversité des situations et la complexité de la profession médicale ne permettent pas de régler définitivement la question. Quand nous constatons que des professionnels ont un niveau d'activité particulièrement élevé, nous sommes suspicieux mais encore faut-il démontrer la fraude. Ceci dit, le Gouvernement a réaffirmé sa volonté de lutter contre ces comportements répréhensibles.*

**M. Claude Jeannerot, vice-président.** - *Merci pour ces échanges qui éclaireront nos réflexions et nos propositions.*



## **LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR M. YVES DAUDIGNY, RAPPORTEUR GÉNÉRAL**

- **M. Jean-Marie Cohen-Solal**, président, **Mme Isabelle Millet-Caurier**, directrice des affaires publiques, **M. Vincent Figureau**, responsable du département des relations institutionnelles nationales, direction des affaires publiques de La Mutualité française
- **M. Pierre de Haas**, président de la Fédération française des maisons et pôles de santé (FFMPS)
- **Mme Catherine Bourrienne Bautista**, déléguée générale de l'association des professionnels du médicament générique (Gemme), et **M. Erick Roche**, président du groupe Teva France
- **MM. Gérard Vincent**, délégué général, **Yves Gaubert**, responsable du pôle financier, et **Cédric Arcos**, directeur de cabinet, de la Fédération hospitalière de France (FHF)
- **M. Michel Chassang**, président de la confédération des syndicats médicaux français (CSMF)
- **M. Thomas Fatome**, directeur de la sécurité sociale, et **Mme Carole Bousquet**, administrateur civil, chef de bureau
- **MM. Christian Lajoux**, président, **Philippe Lamoureux**, directeur général, **Claude Bougé**, directeur général adjoint, et **Mme Muriel Carrol**, directeur des affaires publiques, du Leem (Les entreprises du médicament)
- **Mme Elisabeth Hubert**, présidente de la Fédération nationale des établissements d'hospitalisation à domicile (Fnehad)
- **M. Jean-Loup Durousset**, président, et **Mme Elisabeth Tomé-Gertheinrichs**, déléguée générale, de la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)
- **M. Dominique Giorgi**, président du Comité économique des produits de santé (CEPS)
- **MM. Claude Leicher**, président, **François Wilthien**, Premier vice-président, et **Bernard Plédran**, trésorier adjoint, de MG-France
- **MM. Gérard Pelhâte**, président, et **Michel Brault**, directeur général, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)
- **MM. Antoine Dubout**, président, et **Yves-Jean Dupuis**, directeur général, de la Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)
- **M. Jean Debeaupuis**, directeur général, de la Direction générale de l'offre de soins (DGOS)
- **MM. Xavier Gouyon-Beauchamps** et **Jérôme Vert**, secrétaires généraux du Bloc Union AAL - SYNGOF - UCDF