

N° 114

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2016-2017

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 9 novembre 2016

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2017,***

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,  
Sénateur,  
Rapporteur général.

Tome II :  
Assurance maladie

---

(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, *président* ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *rapporteur général* ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, *vice-présidents* ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, *secrétaires* ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Émery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micoulean, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Évelyne Yonnet.

**Voir le(s) numéro(s) :**

**Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) :** 4072, 4150, 4151 et T.A. 829

**Sénat :** 106, 108, 114 tomes I à VIII (2016-2017)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>LES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR POUR LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE</b> .....	5
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>EXPOSÉ GÉNÉRAL</b> .....	9
<b>I. LE DIFFICILE ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE</b> .....	9
<b>A. L'ONDAM, UN OUTIL DE PILOTAGE IMPARFAIT</b> .....	9
1. <i>Le débat autour du taux d'évolution de l'Ondam ne doit pas masquer la progression continue des dépenses d'assurance maladie</i> .....	9
2. <i>Le périmètre de l'Ondam ne permet pas d'avoir une vision de l'intégralité des dépenses d'assurance maladie</i> .....	10
3. <i>Des défauts de construction récurrents</i> .....	11
4. <i>Un taux d'évolution global qui recouvre un niveau de contrainte différent pour chacun des sous-objectifs de dépenses</i> .....	13
<b>B. LE REFUS D'ENGAGER DES RÉFORMES STRUCTURELLES POUR LA MAÎTRISE DES DÉPENSES</b> .....	14
1. <i>Rénover l'évaluation du médicament</i> .....	14
2. <i>Redynamiser les conventions entre les professionnels de santé et l'assurance maladie</i> .....	16
<b>II. MIEUX RÉGULER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL</b> .....	20
<b>A. RENFORCER LA PLACE DE CHACUN</b> .....	20
1. <i>Rétablir la confiance entre les secteurs hospitaliers public et privé</i> .....	20
2. <i>Faire évoluer la place de l'hôpital</i> .....	23
3. <i>Favoriser l'implication de l'assurance maladie dans la gestion hospitalière</i> .....	26
<b>B. AMÉLIORER L'ARTICULATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU SYSTÈME DE SOINS</b> .....	27
1. <i>Quel usage pour le dossier médical partagé ?</i> .....	27
2. <i>Des initiatives émanant des acteurs de terrain visant à mieux articuler les prise en charges</i> .	28
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	31
• <b>Audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</b> .....	31
<b>LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES</b> .....	49



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

Votre rapporteur général constate que la baisse du déficit de l'assurance maladie annoncée pour 2016 et 2017 résulte, pour une part importante, de ponctions significatives opérées sur les réserves du fonds de solidarité vieillesse (FSV) et de fonds hospitaliers, ainsi que de transferts de charges sur d'autres périmètres comptables.

La création d'un fonds pour l'innovation pharmaceutique, qui financera l'an prochain des dépenses de médicaments en dehors du périmètre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), en offre un exemple particulièrement parlant.

Votre rapporteur général est dès lors au regret de constater que la construction de l'Ondam pour 2017 présente des biais importants, qui viennent encore renforcer l'acuité des critiques formulées sur ce point par la Cour des comptes au cours des dernières années.

Après neutralisation de ces diverses opérations d'affichage comptable, il chiffre à 2,5 % l'augmentation réelle de l'Ondam pour l'année 2017, au lieu des 2,1 % annoncés par le projet de loi de financement, et après 1,75 % en 2016.

Dans ces conditions, la réduction annoncée du déficit de la branche maladie (à hauteur de 2,6 milliards en 2017, contre 4,1 milliards en 2016) ne résulte en rien d'une réelle maîtrise des dépenses ou de la mise en œuvre de réformes organisationnelles qui auraient permis d'améliorer l'efficacité du système de santé sur la longue durée.

Pour remédier à cette situation, il estime nécessaire d'engager les réformes structurelles préconisées par les plusieurs rapports récents du Sénat. Sur la question du médicament en particulier, la commission des affaires sociales a, à son initiative, adopté un amendement tendant à amorcer la rénovation du mode d'évaluation des produits de santé, conformément aux conclusions du rapport de la commission sénatoriale des affaires sociales sur la politique du médicament.

Il considère par ailleurs essentielle la mise en œuvre d'une meilleure articulation entre les soins de ville et l'hôpital, tant pour améliorer la qualité des parcours de soins que pour lutter contre la multiplication des actes inutiles, extrêmement coûteux pour les comptes de la branche maladie.

Il relève enfin que la grande et légitime inquiétude de nos concitoyens sur les déserts médicaux appelle des mesures durables et concertées.



Mesdames, Messieurs,

Alors que les autres branches de la Sécurité sociale retrouvent l'équilibre, voire connaissent un excédent, l'assurance maladie maintient en 2017 un niveau de déficit important, et sans doute sous-évalué.

En 2015, l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie affichent un déficit de 5,8 milliards d'euros. Selon les projections du PLFSS soumis à l'examen du Sénat, ce niveau devrait être réduit à 4 milliards d'euros en 2016, puis à 2,6 milliards en 2017. Pour chacune de ces années, le déficit du régime général d'assurance maladie est le principal contributeur du défaut de financement de l'ensemble.

De fait, depuis près de trente ans, donc sous plusieurs gouvernements, l'assurance maladie n'a jamais été à l'équilibre - pas même en 1998, année historique d'équilibre général de la sécurité sociale. Le déficit de la branche a même dépassé les 10 milliards d'euros en 2003 et 2004, puis à nouveau en 2009 et 2010. Depuis 2002, le déficit du régime général n'a été inférieur à 5 milliards d'euros qu'en 2007 et 2008. Si les projections financières du Gouvernement pour 2016 et 2017 sont effectivement réalisées, il s'agira du plus bas niveau de besoin de financement depuis 2001.

Si personne ne peut contester le fait que les dépenses d'assurance maladie augmentent chaque année pour répondre aux besoins de santé croissants de la population, il ne saurait être question d'admettre qu'elles croissent durablement de manière supérieure à la richesse nationale, ou que la charge du financement des dépenses réalisées aujourd'hui soit reporté sur les générations futures.

Dans ces conditions, votre rapporteur général regrette que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) soumis par le Gouvernement ait privilégié l'apparence d'une réduction du déficit et se contente de réformes de fond insuffisantes, alors qu'elles sont nécessaires à la meilleure organisation des soins sur le territoire.



## I. LE DIFFICILE ÉQUILIBRE DE LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE

**Si le déficit de l'assurance maladie semble amené à diminuer en 2017, sa disparition n'est cependant pas, loin s'en faut, à l'ordre du jour.** Le Gouvernement annonce d'ailleurs un taux de progression particulièrement élevé pour l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam), à 2,1% - ce taux pouvant même être porté à 2,45 %, si l'on applique le mode de calcul de 2015, tel qu'il a été restitué par la Cour des comptes.

Après un objectif de dépenses sensiblement resserré à 1,75 % en 2016, contre 2,4 % pour les années précédentes, **ce retour à un accroissement des dépenses d'assurance maladie annuellement supérieur à 2 % est doublement insatisfaisant.** En premier lieu, il n'est pas au niveau des engagements pris par le Gouvernement en matière de retour à l'équilibre, dans le cadre de la programmation fixée par le programme de stabilité d'avril dernier (qui prévoyait un Ondam à + 1,75 % pour l'année 2017). Il marque un relâchement de l'effort pour y parvenir qui augure mal de la capacité pour la branche de pouvoir jamais s'y trouver. Il apparaît en outre que, malgré l'augmentation prévue pour 2017, cet objectif de dépenses sera particulièrement difficile à tenir par la simple reconduction des méthodes employées jusqu'ici par le Gouvernement.

Dans ce contexte, votre rapporteur général, à la suite de la Cour des comptes et du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, souhaite par ailleurs insister sur le **risque d'inadéquation de l'Ondam** résultant de ses défauts de construction récurrents, **qui pourrait venir remettre en cause sa fonction fondamentale de pilotage des dépenses.** Il souligne par ailleurs les problèmes relevant de l'articulation entre cet instrument de contrôle et de suivi et ses sous-objectifs.

### A. L'ONDAM, UN OUTIL DE PILOTAGE IMPARFAIT

#### 1. Le débat autour du taux d'évolution de l'Ondam ne doit pas masquer la progression continue des dépenses d'assurance maladie

- L'article 1 de la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale, devenu article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, prévoit l'inscription de l'Ondam en valeur dans la LFSS, conformément à sa nature d'objectif de dépenses. **En pratique cependant, les annonces gouvernementales et le débat public portent uniquement sur le taux d'évolution de l'Ondam d'une année sur l'autre, si bien qu'il semble exister une confusion entre la variation de ce pourcentage et l'évolution effective de la masse des dépenses d'assurance maladie.**

Or, depuis sa création, l'Ondam n'a jamais baissé en valeur. Cela signifie, en d'autres termes, que **le montant consacré par la France à ses dépenses d'assurance maladie augmente chaque année**. En outre, dans la mesure où le rythme de cette augmentation est supérieur à celui de l'accroissement du PIB, ceci signifie que **la part de la richesse nationale consacrée à ces dépenses s'accroît également chaque année**.

- Il n'est pas en soi illégitime que la part des dépenses de santé dans la richesse nationale augmente, à la condition cependant que ces dépenses ne se fassent pas au détriment des générations futures. C'est pourquoi il importe de **rapporter l'évolution de l'Ondam à d'autres indicateurs, et notamment à la progression tendancielle des dépenses d'assurance maladie** en dehors de toute mesure correctrice, afin d'évaluer l'effort opéré sur la maîtrise des dépenses.

C'est la démarche accomplie, notamment, par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie -chargé par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement.

Lorsque le taux d'évolution de l'Ondam est inférieur à la progression tendancielle des dépenses -comme c'est le cas pour 2017 et depuis plusieurs années-, un effort de gestion particulier est nécessaire pour couvrir l'intégralité des besoins. Le directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) l'a résumé en ces termes lors de son audition par votre commission des affaires sociales : *« compte tenu de l'évolution tendancielle de la dépense de santé, de l'ordre de 3,5 à 4 % par an, on peut considérer que le taux [de progression de l'Ondam], qui s'établit depuis 2015 entre 1,75 % et 2,1 %, est extrêmement exigeant. »*

## **2. Le périmètre de l'Ondam ne permet pas d'avoir une vision de l'intégralité des dépenses d'assurance maladie**

L'une des imperfections de l'Ondam tient à ce que **le périmètre de cet objectif ne couvre pas l'ensemble des dépenses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie**. Cet écart de périmètre, régulièrement mis en évidence par les différentes instances de contrôle des dépenses d'assurance maladie, porte notamment sur la nature des remboursements et la prise en compte des indemnités journalières. S'il tient à des considérations principalement techniques, il représente tout de même **un écart de 17 milliards d'euros**.

En effet, le champ de l'Ondam ne correspond pas à l'ensemble des prestations comptabilisées par les régimes obligatoires de base. Ainsi, tandis que l'article 54 du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit un montant de 207,1 milliards d'euros pour l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès des régimes obligatoires de base pour 2014, son article 55 fixe l'Ondam à 190,7 milliards d'euros.

Cette différence s'explique à la fois par le fait que toutes les dépenses couvertes par l'Ondam ne constituent pas des prestations -il en va ainsi, par exemple, de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé-, et par le fait que l'Ondam recouvre certaines dépenses de la branche maladie et de la branche AT-MP, sans les prendre toutes en compte. S'agissant de la branche maladie, sont ainsi exclues du champ de l'Ondam la part des prestations médico-sociales financée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les indemnités journalières maternité, les prestations invalidité-décès, les prestations extra-légales ainsi que les actions de prévention.

Dans son rapport sur l'assurance maladie à l'occasion de la discussion du PLFSS pour 2014, le rapporteur général de la commission des affaires sociales, M. Yves Daudigny, avait fait l'analyse suivante : « *La définition d'un Ondam ainsi que son vote par le Parlement ont représenté une avancée notable dans la compréhension et la visibilité des dépenses d'assurance maladie. Pour autant, les constants ajustements dont fait l'objet l'Ondam, qui voit son périmètre régulièrement modifié, rendent chaque année nécessaire la construction d'une nouvelle base pour cet indicateur. Dans un objectif de simplicité et de clarification, et afin de rendre plus transparentes les opérations visant à la maîtrise des dépenses, il serait certainement préférable d'intégrer l'ensemble des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'Ondam.* »

### 3. Des défauts de construction récurrents

L'Ondam souffre en outre de **défauts de construction dénoncés à plusieurs reprises par la Cour des comptes, et dont résulte une sous-estimation chronique de l'ampleur des efforts nécessaires pour parvenir à l'équilibre des comptes.**

Dans son rapport de septembre 2014 sur l'exécution de la loi de financement de la sécurité sociale, la Cour a présenté une insertion intitulée : « L'objectif national de dépenses d'assurance maladie : une efficacité réduite en 2013, une construction à revoir ».

Cette insertion porte la conclusion suivante : « *[L']ampleur de la « sous-exécution » [de l'Ondam 2013] masque la poursuite d'une hausse de la dépense d'assurance maladie sans doute autant, voire un peu plus rapide en 2013 qu'en 2012. Elle s'explique en effet, non pas par des économies supplémentaires - elles ont été inférieures à celles de 2012 - mais par des biais de construction de l'ONDAM que sont l'effet de base cumulé et la surestimation des tendancielles.* »

### **Les déterminants du tendancier des dépenses d'assurance maladie**

La détermination du tendancier des dépenses dépend de plusieurs facteurs, dont l'augmentation du taux de recours et l'augmentation du coût des soins.

- La caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) dresse chaque année, dans son rapport annuel de propositions<sup>1</sup>, une cartographie des dépenses par pathologie. Les tendances observées restent stables depuis plusieurs années, avec un poids particulièrement important de la santé mentale (qui pèse près de 23 milliards d'euros, soit 15 % des dépenses d'assurance maladie, tout en restant sans doute insuffisamment prise en charge). Cancers et maladies cardio-vasculaires représentent chacun 10 % des dépenses (soit un peu plus de 16 milliards d'euros dans chaque cas). Le poids des maladies cardiovasculaires est presque doublé (19 % des dépenses) si l'on prend en compte la prise en charge des facteurs de risque, dont le diabète.

Au total, les pathologies chroniques représentent 61 % des dépenses ; 26 % d'entre elles sont liées à des hospitalisations ponctuelles, et un peu moins de 10 % à des soins courants.

- Entre 2012 et 2014<sup>2</sup>, les dépenses d'assurance maladie ont augmenté de 2,5 % par an en moyenne. En deux ans, cela représente 7,5 milliards d'euros supplémentaires. Malgré des évolutions très contrastées par groupes de pathologies, l'assurance maladie isole deux facteurs déterminants de la dépense globale : les effectifs de patients et le montant des dépenses moyennes par patient.

*« Les deux facteurs, effectifs et dépenses moyennes par patient, jouent dans des proportions très variables selon les pathologies. Pour les maladies du foie et du pancréas, les cancers, la santé mentale, ce sont les coûts moyens de traitement qui expliquent la croissance de la dépense totale (de manière spectaculaire dans le premier cas, puisque le coût moyen de traitement a augmenté de 58 % entre 2012 et 2014, soit 26 % par an en moyenne). Au contraire, pour d'autres groupes de pathologies, l'évolution des dépenses est principalement liée à celle des effectifs de patients traités : c'est le cas des maladies cardio-neurovasculaires, du diabète, de l'insuffisance rénale chronique terminale, du groupe des maladies inflammatoires, maladies rares et VIH. Pour les maladies neurodégénératives et les hospitalisations ponctuelles, les deux facteurs jouent à parts égales. Enfin, dans certains cas, on observe des évolutions contraires : ainsi, l'augmentation du coût moyen de la maternité est en grande partie compensée par la baisse du nombre des naissances ».*

*Source : Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2017, 7 juillet 2016*

<sup>1</sup> Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance maladie pour 2017, 7 juillet 2016.

<sup>2</sup> Les derniers chiffres disponibles le sont pour l'année 2014.

Les conclusions de la Cour des comptes appellent à **une refonte rapide de la méthode de construction de l'Ondam par le Gouvernement**. Elle relève en effet qu'« *une construction plus rigoureuse de l'ONDAM s'impose ainsi. Elle est indispensable à la restauration d'un pilotage infra-annuel et pluriannuel plus efficace de la dépense. La correction des effets de base négatifs et des erreurs sur les tendanciels doit ainsi permettre d'éviter, en cours d'année, la reconstitution de marges de dépenses supplémentaires non justifiées au regard des données disponibles sur l'exécution. Cette modification des méthodes est d'autant plus nécessaire dans le contexte où le taux d'évolution de l'ONDAM est progressivement plus resserré sur la période 2015-2017. En tout état de cause, le seuil de déclenchement au-delà duquel des mesures supplémentaires doivent être prises en fonction du suivi assuré par le comité d'alerte devra être à nouveau abaissé. Du point de vue de la programmation pluriannuelle des finances publiques, une méthode plus solide faciliterait aussi la réalisation de la trajectoire plus ambitieuse de maîtrise de la dépense que les déficits récurrents de l'assurance maladie rendent impérative.* »

#### **4. Un taux d'évolution global qui recouvre un niveau de contrainte différent pour chacun des sous-objectifs de dépenses**

- Votre rapporteur général relève enfin que **les sous-objectifs de l'Ondam sont suivis par des instruments présentant une efficacité contrastée**.

L'exécution du sous-objectif de dépenses relatives aux établissements tarifés à l'activité, dit Ondam hospitalier, présente ainsi un niveau de contrainte bien plus important que celui relatif aux dépenses de soins de ville, du fait de la possibilité pour les administrations centrales de mettre en réserve une partie des dotations aux établissements.

- Au sein de l'Ondam ville, une différence très importante doit être soulignée entre les instruments dont se sont dotés les pouvoirs publics pour le contrôle des dépenses de médicament, qui présentent une efficacité certaine, et ceux portant sur les dépenses d'honoraires des professionnels de santé ainsi que les indemnités journalières servies suite à un arrêt de travail.

Les **dépenses de médicaments** sont en effet régulées à la fois par l'action du comité économique des produits de santé (Ceps), qui conduit les négociations conventionnelles avec les industriels, et par une fiscalité *ad hoc* particulièrement complexe et tendant à évoluer fortement d'une année sur l'autre. Ces dépenses sont ainsi **particulièrement contraintes**, en contrepartie de l'avantage que tirent les laboratoires de la solvabilisation de la demande de médicaments par l'assurance maladie. De fait, la ministre Marisol Touraine a rappelé devant votre commission des affaires sociales l'annonce faite aux industriels du secteur, lors de son arrivée au ministère, de l'objectif d'une stabilité de la dépense de médicaments sur le quinquennat.

Il n'existe à l'inverse aucun instrument permettant l'ajustement en cours d'année sur les dépenses résultant des actes des professionnels de santé exerçant en ville.

- De la nécessité de « tenir » l'Ondam résulte dès lors **une contrainte disproportionnée sur les périmètres de dépenses maîtrisables par les pouvoirs publics**. Les sommes allouées aux dépenses hospitalières ont ainsi dû être réduites à hauteur du dépassement constaté sur le sous-objectif de ville.

Le Président Antoine Durrleman l'a exprimé en ces termes lors de son audition par la commission des affaires sociales, le 26 septembre dernier : « En 2015 [...] il a fallu compléter les mesures, prises en cours d'année, de réduction des dotations aux établissements sanitaires et médico-sociaux par un ajustement inédit et contestable des dépenses provisionnées pour rester dans la prévision.

*Ces difficultés sont notamment la conséquence de l'évolution très insuffisamment maîtrisée des dépenses de soins de ville. Les honoraires médicaux et paramédicaux, les indemnités journalières et les dépenses relatives aux dispositifs médicaux augmentent rapidement, souvent au-delà de prévisions manquant elles-mêmes de sincérité. »*

## **B. LE REFUS D'ENGAGER DES RÉFORMES STRUCTURELLES POUR LA MAÎTRISE DES DÉPENSES**

Face à ces imperfections, le Gouvernement a été lent à prendre des mesures tendant à renforcer la sincérité de l'Ondam, et n'a pas mis en place les mesures structurelles qui apparaissent aujourd'hui indispensables.

### **1. Rénover l'évaluation du médicament**

- A l'issue des débats au Sénat sur le PLFSS pour 2015, à l'occasion desquels le Sénat avait souhaité la mise en place du critère unique d'intérêt thérapeutique relatif (ITR) pour l'évaluation du médicament, le Gouvernement a demandé à Mme Dominique Polton de conduire une nouvelle réflexion sur cette question. Ce rapport, remis à la ministre en novembre 2015, reprend l'ensemble des données relatives à l'évaluation et formule de nombreuses propositions.

En dépit de ces travaux, le Gouvernement n'a pas souhaité inclure de dispositions spécifiques relatives à l'évaluation du médicament dans la loi relative à la modernisation de notre système de santé (LMSS), et n'a à ce jour annoncé aucun calendrier de réforme de la prise en charge des produits de santé.

• Le rapport de nos collègues Gilbert Barbier et Yves Daudigny sur la politique du médicament<sup>1</sup> a depuis formulé douze propositions, parmi lesquelles deux apparaissent particulièrement substantielles :

« 11. Mettre en place, selon les préconisations du rapport Polton, **un critère unique d'évaluation comparative des médicaments, la valeur thérapeutique relative (VTR) ;**

**12. Fusionner en un seul les taux de prise en charge à 15 %, 30 % et 65 %, en s'appuyant sur les évaluations conduites par le rapport Polton. »**

Le rapport sénatorial exprimait ces propositions en ces termes : « *Au regard de travaux déjà conduits, vos rapporteurs estiment nécessaire de mettre en œuvre un indicateur unique d'évaluation comparative du médicament. Cet indicateur n'a pas nécessairement vocation à être étendu aux dispositifs médicaux si la HAS estime que leurs spécificités s'y opposent. Étant donnée l'étude approfondie des limites de la dualité des critères actuels de SMR et d'ASMR menés par la mission Polton, il paraît aujourd'hui plus efficace de retenir sa proposition de mettre en place un indice de valeur thérapeutique relative (VTR). En conséquence, ainsi que le préconise le rapport Polton, il convient de **donner mission à la HAS d'élaborer dans un délai de six mois une grille explicitant la relation entre la VTR et l'évaluation du médicament sur ces différentes composantes. Le prochain PLFSS pourrait être l'occasion d'inscrire cette mission dans la loi si le Gouvernement n'a pas d'ici là pris d'initiative en ce sens.***

*Par ailleurs vos rapporteurs estiment nécessaire de **simplifier la multiplicité actuelle des taux de remboursement, qui est une spécificité française.** En dehors du taux de remboursement à 100 % qui doit être maintenu et de la prise en charge intégrale des ALD, les taux de 65 %, 30 % et 15 % sont facteurs de confusion pour les patients voire d'inégalités. En effet, ainsi qu'on a pu le constater à l'occasion de l'analyse des déremboursements ou des stratégies des firmes en matière d'automédication, le lien entre l'efficacité du médicament et son taux de remboursement n'est pas facile à appréhender par la population. Ceci crée l'illusion dangereuse en termes de santé publique et coûteuse pour l'assurance maladie que l'on est nécessairement mieux soigné par un médicament mieux remboursé. »*

• En plus d'être difficile à appréhender, **la multiplication des taux de remboursement autres que celui de 100 % est d'application limitée, du fait du poids croissant des ALD, et source d'inégalités.** Ainsi que le démontre clairement le rapport de la mission Polton, certains médicaments considérés comme supplémentaires se voient attribuer un SMR, et donc un taux de remboursement, faibles. Or, ils peuvent constituer des traitements nécessaires aux patients ne réagissant pas aux traitements de première intention, mieux remboursés.

---

<sup>1</sup> Le médicament à quel prix ?, Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur la politique du médicament, par MM. Gilbert Barbier et Yves Daudigny, 29 juin 2016.

Le rapport Polton relève ainsi qu'« on ne voit pas pourquoi, pour les patients ayant une intolérance aux autres traitements, ce traitement supplémentaire, s'il est effectivement prescrit avec discernement, serait moins bien remboursé. Ceci revient à dire qu'un médicament de 2<sup>ème</sup> intention aurait par construction un taux de remboursement plus bas qu'un médicament de 1<sup>ère</sup> intention (« double peine » pour le patient intolérant aux traitements jugés les plus efficaces) ».

Au regard de ces différents arguments, les rapporteurs de la commission des affaires sociales ont considéré que les taux de 15 %, 30 % et 65 % doivent être fusionnés en un taux unique, après mise en œuvre de la VTR, selon les étapes définies par le scénario 2 du rapport Polton. Le niveau de ce taux unique –qui ne pourra être inférieur à 50 %- devra faire l'objet de concertations entre les différentes parties prenantes de la couverture maladie et les pouvoirs publics, dans l'objectif de limiter les restes à charge pour la population.

**Au regard de ces différents travaux et de leurs conclusions, votre rapporteur général estime qu'après plus de trois ans déjà de réflexion, il est aujourd'hui grand temps de prévoir la mise en œuvre de la réforme des critères d'évaluation du médicament.**

## **2. Redynamiser les conventions entre les professionnels de santé et l'assurance maladie**

Afin de permettre une meilleure maîtrise des dépenses de soins de ville, la Cour des comptes préconise la mise en place d'un mécanisme de mise en réserve des revalorisations négociées avec les professionnels de santé.

- Cette possibilité ne serait cependant qu'un palliatif des **insuffisances de la négociation conventionnelle**, déjà soulignées dans un rapport de la Cour des comptes remis à la demande de la commission des affaires sociales, et précisé par l'étude comparative menée par la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) en Allemagne<sup>1</sup>.

Les cultures française et allemande sont très différentes sur ce sujet. Caisses et médecins allemands négocient depuis 1913, tandis qu'il a fallu attendre les réformes de 1958 et de 1960 pour qu'un régime conventionnel efficace soit mis en place en France. Les syndicats allemands font campagne pour les élections aux unions de médecins, mais négocient d'une seule voix face aux caisses, tandis que les syndicats français sont dispersés. Les médecins allemands acceptent que leurs honoraires soient établis de manière à préserver l'équilibre de l'assurance maladie, mais également d'être payés et contrôlés par ceux qu'ils ont élus au sein des unions.

---

<sup>1</sup> Sur l'organisation et le financement de la médecine de ville en Allemagne, Rapport d'information numéro 867, fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale et de la commission des affaires sociales, de MM. Daudigny et Vanlerenberghe.

La négociation conventionnelle suppose que les acteurs reconnaissent leur légitimité réciproque. Or, admettre que l'assurance maladie obligatoire non seulement agit comme moyen pour les patients de payer les médecins, mais encore a vocation à établir un lien direct avec ces derniers, a pris en France un temps important. Malgré l'importance du conventionnement, chaque période de tension entre les médecins et les pouvoirs publics entraîne un procès en illégitimité de l'assurance maladie - d'où l'intérêt que ce soit désormais le ministre qui fixe explicitement les orientations des négociations.

Pour autant, cette querelle n'est rien au regard de celle qui oppose les syndicats de médecins et l'assurance maladie complémentaire.

Cet état de fait amène une surenchère syndicale sur le thème de la préservation des fondamentaux de la médecine libérale. On peut dès lors reconnaître, avec les directeurs généraux successifs de l'assurance maladie, que **la maturité conventionnelle en France est bien loin de celle de l'Allemagne**. La perspective d'asseoir une enveloppe de ville sur la négociation entre syndicats de médecins et union des caisses apparaît à l'heure actuelle encore illusoire, et pourrait même remettre en cause l'existence même des conventions.

Sans envisager de bouleversement de la pratique conventionnelle telle qu'elle s'est établie en France, des évolutions sont néanmoins envisageables à partir, notamment, des enseignements de l'expérience allemande. Votre rapporteur général a ainsi été particulièrement intéressé par **le niveau d'information dont disposent les médecins et leurs unions sur les pratiques médicales et sur leurs évolutions**. Renforcer l'information des médecins et envisager, au niveau des ARS, des mécanismes de financement complémentaire négociés avec les unions régionales des professionnels de santé (URPS) pourraient être des moyens de mieux impliquer les praticiens dans la gestion des dépenses d'assurance maladie.

- S'agissant de la convention nationale, votre commission a été **favorable au renforcement du rôle des ministres dans la négociation conventionnelle**, tel qu'il est prévu par l'article 164 de la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS). Celui-ci permet aux ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale de définir conjointement les lignes directrices préalablement aux accords, contrats et conventions signés entre l'Uncam et les professionnels de santé. **Cette clarification des rôles est bienvenue**, et permet d'indiquer lisiblement quelle est la véritable place du Gouvernement dans les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Votre commission ne peut cependant que **regretter la méthode utilisée par le Gouvernement pour peser sur les négociations d'avenants en cours, en faisant adopter par voie d'amendement au présent PLFSS des dispositifs *ad hoc* destinés à faire prévaloir la position de l'Uncam sur celle des autres parties**. S'il est légitime de prévoir un moyen de surmonter les blocages de la négociation, il ne l'est pas de changer les règles applicables au moment même où les négociations se déroulent.

- Afin de faire progresser le champ de la négociation conventionnelle, votre rapporteur général a entendu avec intérêt l'idée portée par la CSMF d'envisager **une convention nationale entre les syndicats de médecin et l'Unocam, aux dispositions de laquelle les praticiens pourraient adhérer individuellement.**

Une telle négociation serait incontestablement de nature à dissiper les nombreux *a priori* qui entachent les relations entre médecins et régimes complémentaires, voire entre régimes complémentaires et régimes obligatoires de base. Elle pose cependant la question de la mise en cohérence d'ensemble des dispositifs qui seraient mis en place avec ceux négociés avec l'Unocam, et du maintien de la participation des Ocam au financement de la convention avec l'Unocam.

#### **L'assurance complémentaire des Français, un secteur contraint dont les inégalités sont de moins en moins acceptées**

En souhaitant étendre la couverture complémentaire d'entreprise aux 400 000 salariés qui en sont dépourvus, l'accord national interprofessionnel (ANI) a encore accentué les débats autour de la couverture complémentaire en France. **La progression de la couverture complémentaire obligatoire pose en effet deux questions : celle de la nécessité d'une couverture complémentaire pour parvenir à couvrir ses frais de santé, et celle du renforcement des règles et contraintes dans un secteur relevant en théorie de la liberté contractuelle.**

- S'agissant de la nécessité d'une couverture complémentaire, force est de constater que **la France est l'un des pays d'Europe présentant le plus faible reste à charge pour les ménages**, et que la part des frais de santé pris en charge par l'assurance maladie obligatoire a augmenté depuis 2012. Sur une dépense de soins et de biens médicaux (CSBM) de 194,6 milliards en 2015, les remboursements de l'assurance maladie se sont élevés à 149,5 milliards (soit 76,8 %). En dehors de la couverture maladie universelle complémentaire (2,2 milliards), le reste à charge, soit 44,3 milliards, a été financé par les ménages, soit par l'intermédiaire des organismes complémentaires pour ceux ayant souscrit une assurance complémentaire (pour 25,7 milliards), soit directement (pour 16,4 milliards).

Néanmoins, ainsi que le souligne la Cour des comptes dans son dernier rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale (RALFSS), **ce tableau global cache quelques paradoxes**. L'augmentation du niveau global de prise en charge par l'assurance maladie est ainsi principalement liée à l'augmentation de la population prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD). Une partie de la population, notamment celle ayant recours uniquement aux soins courants, a pu voir dans le même temps son taux de prise en charge diminuer.

• Le recours croissant à l'assurance complémentaire a également eu des conséquences dont il convient de prendre la mesure. La Cour des comptes relève tout d'abord que **la généralisation de la couverture complémentaire n'est pas totale en France**, puisque 3 à 4 % de la population demeure non couverte. Par ailleurs, **la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a accentué la segmentation du marché**, en renforçant la concentration du risque sur les personnes âgées qui ne relèvent plus de ce dispositif une fois à la retraite.

Pour pallier ces difficultés, le Gouvernement a mis en place des **mécanismes de régulation des contrats complémentaires**. Certains semblent atteindre leur objectif, comme l'aide à la complémentaire santé (ACS), dont le nombre de bénéficiaires a augmenté de 12,4 % suite à la réforme mise en place par la LFSS pour 2015. D'autres ont des résultats plus mitigés, comme le contrat responsable, généralisé par la complémentaire santé d'entreprise ; celui-ci aboutit en effet paradoxalement à diminuer le niveau de couverture des personnes ayant recours aux spécialistes -qui concentrent, en région parisienne notamment, les dépassements d'honoraires, parmi lesquels certains pédiatres ou gynécologues.

**Ainsi, si le secteur de l'assurance maladie complémentaire est de plus en plus régulé pour tendre à couvrir toute la population, le risque en est, selon la formule utilisée par la revue Prescrire, qu'elle soit « généralisée mais avec moins de solidarité ».**

*Sources : « Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé, bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide », Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, octobre 2016. « La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir », Rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale 2016, Cour des comptes, septembre 2016 - Prescrire, novembre 2016, tome 36 n° 397, pp. 856-861.*

## II. MIEUX RÉGULER LES RELATIONS ENTRE LA VILLE ET L'HÔPITAL

En France, comme d'ailleurs en Allemagne, la querelle entre les médecins de ville et l'hôpital est un élément constant des débats budgétaires. En cette matière, votre rapporteur considère qu'il convient de dissiper les malentendus et de **mettre en place les moyens d'une articulation efficace entre ces deux secteurs indispensables et complémentaires de la prise en charge sanitaire de la population.**

### A. RENFORCER LA PLACE DE CHACUN

Le 7 septembre 2012, la ministre des affaires sociales et de la santé annonçait sa volonté d'établir un « *pacte de confiance pour l'hôpital* », et indiquait que les dispositions législatives nécessaires à sa mise en œuvre s'intégreraient dans « *une grande loi d'accès aux soins* ».

Ce texte, dont la gestation a été particulièrement lente, est devenu la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS). Tout en proposant une série de mesures que la commission des affaires sociales du Sénat a acceptées, voire qu'elle avait voulu anticiper dans le cadre du PLFSS pour 2015, **cette loi a crispé un certain nombre d'oppositions entre acteurs du système hospitalier et avec les médecins de ville**, qu'il est aujourd'hui nécessaire de dissiper.

#### 1. Rétablir la confiance entre les secteurs hospitaliers public et privé

Ainsi, en supprimant les missions de service public (hors urgences) créées par la loi dite HPST<sup>1</sup>, et en limitant le label du service public hospitalier (SPH) aux établissements pratiquant des tarifs opposables, le Gouvernement a donné **le sentiment aux acteurs privés de vouloir les exclure du service public**. Ceci est d'autant plus regrettable que, partout sur le territoire, acteurs publics et privés de l'hôpital travaillent dans une complémentarité aussi utile que nécessaire.

Pareille décision, dont la portée est d'ailleurs plus symbolique que pratique, ne peut qu'entraîner défiances et incompréhensions. La mise en place des groupements hospitaliers de territoires (GHT) a ainsi pu être interprétée comme un autre moyen d'exclure les acteurs privés de l'organisation territoriale des soins. Telle n'est pas la vision de votre rapporteur général, qui considère que **les GHT doivent permettre une restructuration de l'offre hospitalière publique pour mieux répondre aux besoins de la population, mais qu'il appartient aux agences régionales de santé (ARS) d'assurer l'interaction de l'offre publique et privée sur le territoire en laissant leur place à chacun des acteurs.**

---

<sup>1</sup> Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Un tel climat de défiance entre public et privé a fait émerger à nouveau plusieurs revendications anciennes notamment s'agissant des tarifs, que ce soit au sujet de leur valorisation et donc, pour partie, de la question des dépassements d'honoraires à l'hôpital, ou plus largement les écarts de rémunération des actes entre acteurs publics et privés.

Votre rapporteur général partage l'analyse formulée par le rapport de la Mecss du Sénat de 2012<sup>1</sup> relatif à la tarification hospitalière sur les **limites du processus de convergence tarifaire** mis en place de 2005 à 2012.

### L'abandon progressif de la convergence tarifaire

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 avait mis en place un processus de convergence intersectorielle, qui avait pour but d'aligner les tarifs des secteurs public et privé « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs* ».

Selon le rapport au Parlement sur la convergence tarifaire pour 2011, ces écarts justifiés recouvrent deux notions différentes : les différences de périmètre résultant de la réglementation (par exemple, la rémunération des médecins) ; les différences dues à la nature des missions ou à des obligations diverses. À partir du moment où sont pris en compte ces éléments, « *la convergence intersectorielle ne s'apparente donc pas forcément à une unicité d'échelle et de tarifs mais peut être réalisée tout en maintenant la coexistence de deux échelles tarifaires différentes* ».

Une première étape était initialement prévue pour 2008, date à laquelle l'objectif de convergence des tarifs aurait dû être atteint à 50 %. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a supprimé cette échéance, tandis que celle pour 2010 a repoussé le terme du processus à 2018.

L'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a enfin supprimé la convergence tarifaire, avec l'avis favorable de la commission des affaires sociales du Sénat.

Il souligne néanmoins que **la double échelle tarifaire repose, pour certains points, sur des différences difficiles à objectiver**. Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) sur le différentiel de charges dans le système de santé relève notamment, sur ce point, l'absence de différences réellement identifiables entre acteurs publics et privés sur cette question. Or, la différence de charges constitue l'un des éléments clefs de la distinction des tarifs entre établissements publics et privés.

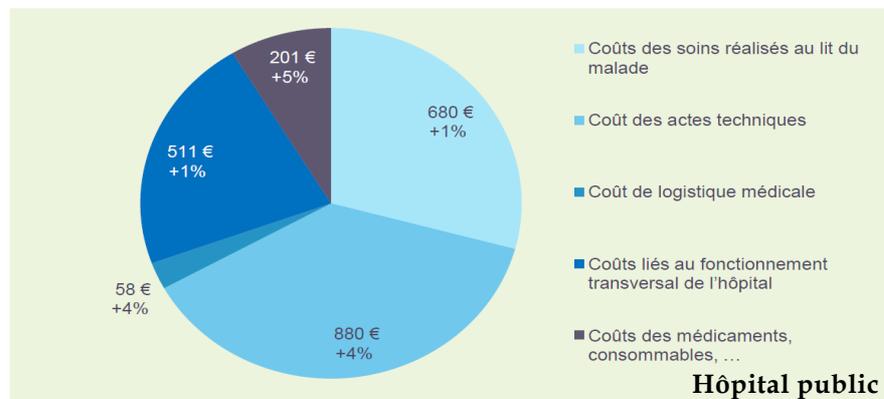
---

<sup>1</sup> « *Refonder la tarification hospitalière au service du patient* », rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociales sur le financement des établissements de santé, par MM. Jacky Le Menn et Alain Milon, 25 juillet 2012.

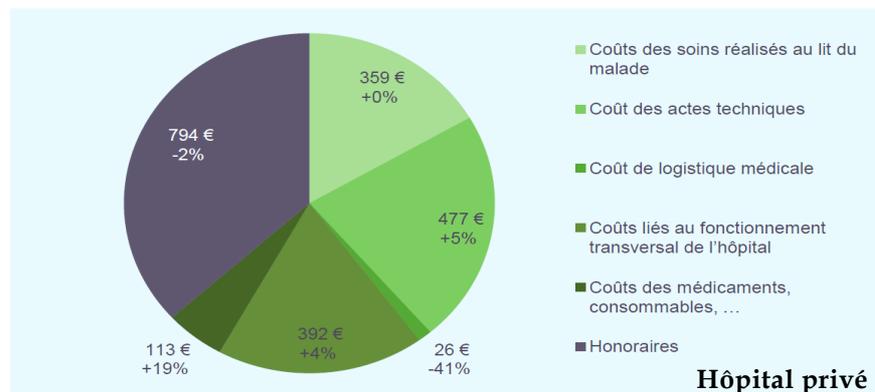
Votre rapporteur général regrette que, malgré une demande adressée à la ministre de la santé le 5 mai 2016 par le président de la Mecss, la commission des affaires sociales n’ait toujours pas reçu communication de ce rapport, qui a pourtant été obtenu par les acteurs du secteur suite à une demande adressée à la CADA.

### Décompositions des coûts hospitaliers l’exemple de la comparaison entre secteur public et secteur privé pour les accouchements sans complication

Source : Les coûts des prises en charge à l’hôpital en médecine, chirurgie et obstétrique 2012, Agence technique de l’information sur l’hospitalisation



Le coût des actes techniques est le poste de dépense le plus important, suivi de près des coûts des soins réalisés aux lits du malade et des coûts liés au fonctionnement transversal de l’hôpital. Les coûts de logistique médicale et les charges directes (médicaments, consommables) représentent une part plus faible du coût. Tous les postes de charges augmentent légèrement par rapport à 2011.



Les honoraires constituent la part la plus importante du coût de la prise en charge (presque 40 % du coût total), même s’ils diminuent de 2 % par rapport à 2011. Le reste des dépenses se répartit à peu près équitablement entre des charges issues des actes techniques, des coûts liés au fonctionnement transversal de l’hôpital et des coûts des soins réalisés au lit du malade. En dehors des soins réalisés au lit, les autres dépenses augmentent par rapport à 2011.

Si les différences de charges entre catégories d'établissements et les différences de populations prises en charge doivent donner lieu à des rémunérations différentes, **il ne paraît pas cohérent que des actes identiques pour une population identique soient tarifés différemment selon que l'établissement où sont donnés les soins est public ou privé.**

C'est cependant la situation qu'a dénoncée à votre rapporteur le président du syndicat des établissements privés à but lucratif de soins de suite et réadaptation (SSR). La mise en place d'une nouvelle forme de tarification de ces établissements et l'évolution de la T2A devraient offrir l'opportunité au Gouvernement de mettre fin à cette situation.

L'article 45 du PLFSS tend en effet à remédier aux difficultés posées par la réforme de la tarification SSR. Cette réforme, dont l'ensemble des acteurs a approuvé l'année dernière le principe, tend à mettre en place, à côté d'une part de tarification à l'activité, une part forfaitaire permettant de remédier au biais inflationniste de la T2A. Elle avait cependant fait apparaître des inquiétudes fortes des acteurs du secteur privé lucratif auxquelles le PLFSS pour 2017 tend, partiellement, à répondre. Il serait regrettable que la mise en place d'un nouveau système de tarification pour l'ensemble des acteurs laisse perdurer des distinctions tarifaires non justifiées entre établissements publics, privés non lucratifs et privés lucratifs.

## **2. Faire évoluer la place de l'hôpital**

Votre rapporteur est conscient du **caractère parfois paradoxal des très nombreuses demandes adressées à l'hôpital, à la fois accusé de favoriser l'hospitalocentrisme de notre système de santé et sommé de répondre à tous les besoins de santé non satisfaits dans les territoires** – qu'il s'agisse de l'accès aux spécialistes, de la permanence des soins ou même de l'exercice d'une médecine de proximité.

S'y ajoute la volonté des acteurs du secteur de diversifier les activités de l'hôpital -notamment, comme l'a indiqué le directeur général de l'AP-HP Martin Hirsch, en matière de prévention- mais aussi de les faire évoluer, comme en matière de télémedecine.

L'article 44 du présent projet de loi ouvre d'ailleurs plusieurs évolutions en ce sens, en proposant un niveau de tarification intermédiaire permettant de mieux prendre en charge les consultations longues et pluridisciplinaires ou pluriprofessionnelles, et en autorisant l'administration de certains produits de la liste en sus lors d'une prise en charge externe.

### **Les multiples visages du financement de la prévention**

**Les évolutions de périmètre du secteur de la prévention opérées dans le cadre du PLFSS et du PLF invitent votre rapporteur à s'interroger sur la notion de prévention ainsi que sur son financement.** En effet, alors qu'une dotation de l'assurance maladie est actuellement prévue pour financer les actions de prévention primaire de la nouvelle agence de santé publique « Santé publique France », celle-ci se trouve, dans le cadre du PLF, supprimée au profit d'un financement par l'assurance maladie des activités de prévention du FIR.

• **L'assurance maladie a incontestablement un rôle à jouer en matière de prévention.** Dans son dernier rapport Charges et produits, la Cnam présente plusieurs propositions destinées à « *gagner à la fois en qualité et en efficacité* ». Le premier axe autour duquel elles s'articulent est ainsi formulé :

*« - déployer des actions de prévention efficaces et coût-efficaces pour lutter contre les facteurs de risque (avec un focus particulier sur le tabagisme). Car la stratégie de l'assurance maladie ne se limite pas à améliorer les soins curatifs : agir sur les risques évitables, c'est-à-dire prévenir l'apparition des maladies chroniques, ralentir leur progression, éviter la survenue des complications, sont des leviers majeurs pour améliorer l'efficacité du système de santé ».*

**Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)**, créé en 1988 et dont le budget est d'environ 34 millions d'euros, permet ainsi à l'assurance maladie de mener, par l'intermédiaire de partenariats avec les hôpitaux, les agences comme Santé publique France voire avec les associations agréées, des actions dans le domaine de la prévention primaire (agir sur les facteurs de risque), secondaire (limiter la dégradation d'une maladie) ou tertiaire (éviter les complications ou les rechutes en cas d'atteinte chronique). Son champ d'activité est défini par la convention d'objectifs et de gestion (COG) passée entre l'Etat et l'assurance maladie.

Une présentation de la COG 2014-2017 par la Cnam décrit ses activités de la façon suivante :

*« - Lutte contre le tabagisme (cf Plan cancer 2014-2019) : augmentation du forfait des substituts nicotiques pour certaines catégories de population, module tabac santé active... ;*

*- Dépistage des cancers : passage fin 2014 du test GAIAC au nouveau test immunologique + amélioration du taux de participation via la commande en ligne par le médecin traitant ;*

*- Amélioration de la couverture vaccinale, notamment de la vaccination antigrippale ;*

*- Renforcement de la prévention bucco-dentaire : Revalorisation de l'acte EBD, ouverture aux femmes enceintes en 2014 et augmentation attendue du taux de participation des jeunes au programme après une année moins favorable en 2013 ;*

*- Bon usage du médicament : relance communication sur la lutte contre les résistances aux antibiotiques ;*

- *Lutte contre les infections VIH / Hépatites : montée en charge du programme de distribution de tests de dépistage rapide du VIH (TROD) ; participation au financement de salles expérimentales de consommation à moindre risque ;*

- *Actions de prévention et d'accompagnement des assurés (Sophia, santé active...).* »

L'article 16 du PLFSS prévoit la création d'un nouveau fonds tabac, adjoint au FNPEIS, et doté par la nouvelle contribution à la charge des fournisseurs agréés de produits du tabac à hauteur de 130 millions d'euros.

• En matière de prévention, ce qui relève de l'intervention de l'assurance maladie et ce qui doit relever de l'Etat, avec un financement par l'impôt, n'est donc pas évident par nature, mais évolue selon les circonstances budgétaires et la capacité d'action des acteurs. Votre rapporteur général estime que **l'implication de l'assurance maladie en matière de prévention est souhaitable et nécessaire, mais qu'elle doit s'exercer de manière à ne pas réduire son rôle à celui d'un simple financeur.** La forme des partenariats est ainsi à privilégier sur celle des dotations, et les transferts de dépenses de l'État vers l'assurance maladie sont, en règle générale, à proscrire.

Ainsi l'hôpital conserve-t-il dans notre système de soins un rôle central, encore renforcé par la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), mais qui n'est pas nécessairement celui qu'il se trouve en capacité d'exercer, ou qui serait conforme à l'évolution nécessaire de l'organisation du système de soins.

**Votre rapporteur général considère que le service public de soins, financé par la sécurité sociale, ne repose ni uniquement sur les hôpitaux, ni uniquement sur les établissements participant au service public hospitalier, mais bien sur l'ensemble des acteurs, qu'ils se trouvent en ville ou à l'hôpital.**

L'importante restructuration de l'offre hospitalière en cours depuis quelques années, pour les établissements publics au travers des groupements hospitaliers de territoires (GHT) et, pour les deux autres catégories d'établissement, au travers du mouvement de concentration, doit permettre de **recentrer l'hôpital sur ses missions, laissant ainsi toute leur place aux praticiens de ville.**

Surtout, le « virage ambulatoire » devrait renforcer la place de la médecine de ville, à laquelle devraient être transférés plusieurs champs de compétence ne nécessitant pas le recours à un plateau technique hospitalier. Il convient de rappeler qu'en Allemagne, la médecine ambulatoire constitue un monopole des médecins de ville. Les dépenses hospitalières n'y représentent d'ailleurs que 29 % des dépenses d'assurance maladie contre 37 % en France.

### Le virage ambulatoire

C'est en 2014, lors de la présentation du projet de loi relatif à la santé, devenu loi de modernisation de notre système de santé (LMSS), que la ministre Marisol Touraine a employé pour la première fois la notion de virage ambulatoire, dont la mise en œuvre a été amorcée dans le cadre du plan triennal 2015-2017 des ARS, et qu'il est depuis question d'accentuer.

La courbe à rejoindre est celle des autres pays de l'OCDE, où les actes chirurgicaux sont réalisés à plus de 80 % avec une hospitalisation inférieure à 24 heures, voire directement en ville. En France, la proportion des actes équivalents réalisés en ambulatoire n'est que légèrement supérieure à 45 %.

L'enjeu est multiple :

- une meilleure prise en charge des patients par la limitation de la durée d'hospitalisation et donc du risque d'infection nosocomiales ;
- une évolution des pratiques des hôpitaux ;
- un moindre coût ;
- une place plus grande faite aux soins de ville pour la suite des actes voire pour les actes eux-mêmes, comme en Allemagne.

### 3. Favoriser l'implication de l'assurance maladie dans la gestion hospitalière

L'implication plus forte de l'assurance maladie constitue un élément important de l'accompagnement des évolutions de la gestion hospitalière.

• **Depuis 2015, l'assurance maladie est partie au dialogue de gestion des ARS avec les hôpitaux.**

Ce dialogue de gestion porte sur la réalisation de l'exercice dans le cadre de la revue annuelle du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM). Il est de niveau stratégique, puisqu'il s'agit d'un dialogue avec les responsables administratifs et médicaux de l'établissement.

Au travers de ce dialogue de gestion, l'assurance maladie peut être en mesure d'orienter les établissements vers une meilleure maîtrise des coûts, que ce soit en matière de prescriptions ou d'actes. Le dernier rapport Charges et produits de la Cnam formule d'ailleurs plusieurs préconisations en ce domaine qui méritent d'être approfondies dans le cadre du dialogue avec les hôpitaux.

Votre rapporteur général estime que cette évolution marque **un retour bienvenu de l'assurance maladie dans un secteur dont elle avait été écartée du fait de la loi HPST.**

La mise en place d'une expérimentation de paiement au forfait pour les établissements volontaires qui souhaitent développer la réhabilitation améliorée après chirurgie (RAAC) afin de réduire la durée de séjour tout en favorisant la récupération post-chirurgicale offre un exemple particulièrement intéressant en ce sens.

- Un hôpital mieux géré, modernisé et recentré sur son domaine d'expertise permettra de renforcer également la place des médecins de ville et singulièrement du médecin traitant.

La dernière convention médicale est porteuse en ce sens d'évolutions intéressantes en matière de prise en charge, notamment pour l'articulation entre consultations des généralistes et spécialistes.

### ***B. AMÉLIORER L'ARTICULATION ENTRE LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU SYSTÈME DE SOINS***

L'articulation entre la ville et l'hôpital doit également être améliorée, mais également celle entre praticiens de ville, ainsi qu'entre établissements. Cela suppose de surmonter les nombreux blocages qui ont, au prix d'un coût exorbitant, empêché la mise en place de solutions -il est vrai cependant parfois peu adaptées aux besoins du terrain.

#### **1. Quel usage pour le dossier médical partagé ?**

Il en est ainsi du dossier médical personnel, devenu « partagé » depuis la loi de modernisation de notre système de santé (LMSS).

- Après une longue suite d'occasions manquées, **la mise en œuvre de ce chantier crucial est relancée**, la charge de son déploiement étant désormais confiée à la Cnam. La vocation de ce dossier électronique à la main du patient (et non des professionnels, et notamment du médecin référent) demeure cependant incertaine.

Lors de son audition par votre commission des affaires sociales, le directeur général de la Cnam a indiqué que le DMP serait mis en place dans 9 départements pilotes en décembre 2016. Il a par ailleurs posé un certain nombre de prérequis nécessaires à la réussite de son déploiement : facilité d'ouverture ; facilité d'usage au travers de l'interface du logiciel métier ; accès à l'information ; abondement du DMP par des informations hospitalières.

- En pratique cependant, le DMP ne parviendra sans doute pas à constituer une solution unique pour les relations entre les patients et les professionnels de santé qu'ils consultent, entre les professionnels de santé eux-mêmes et entre la ville et l'hôpital. Il paraît en effet **peu probable qu'il parvienne à se substituer aux différents dispositifs déjà en usage**, et qui se sont développés au gré des échec successifs de mise en œuvre du DMP.

L'ensemble des obligations légales relatives à la protection des données ont en effet déjà poussé les praticiens à adopter **le dossier professionnel du médecin ainsi que la messagerie santé sécurisée créée par l'ASIP Santé** (agence française de la santé numérique) en 2012. Tout professionnel de santé est en effet tenu de respecter le cadre juridique de l'échange des données personnelles de santé, tel que prévu par l'article L. 1110-4 du code de la santé publique, ainsi que de leur hébergement, tel que résultant de l'article L. 1111-8 du même code). Les données de santé à caractère personnel sont en effet des données particulièrement sensibles, protégées par la loi, et dont le traitement est en outre soumis aux principes de la protection des données personnelles tels que définis par la loi Informatique et libertés.

Il apparaît donc nécessaire de prévoir non un remplacement de l'existant par le DMP, mais **une complémentarité de ce dossier avec les pratiques déjà en place**. Le déploiement de l'ensemble de ces dispositifs doit aboutir à mettre fin à des aberrations telles que celles constatées sur les lettres de sortie de l'hôpital, qui ne sont transmises dans les délais prévus qu'une fois sur deux. Il doit également réduire le nombre d'actes redondants inutiles et coûteux qui résultent, ou s'appuient, souvent sur l'absence de transmission des informations.

## **2. Des initiatives émanant des acteurs de terrain visant à mieux articuler les prise en charges**

Plusieurs actions ont été engagées ces dernières années, notamment à l'initiative des acteurs de terrain, et d'autres pourraient l'être prochainement.

- Afin de tenir compte du besoin d'une prise en charge coordonnée, la loi a autorisé la mise en place d'une **expérimentation concernant les personnes âgées en risque de perte d'autonomie** (Paerpa). Cette expérimentation permet **de tester, à petite échelle et dans un cadre légal, des échanges entre professionnels de santé et professions du domaine médico-social**.

- Il faut également renforcer les possibilités de travail en commun des médecins entre la ville et l'hôpital. **Redonner leur place aux vacations** pourrait être une solution en ce domaine.

- Surtout, les **maisons médicales de garde** (MMG) doivent permettre de remédier à certaines situations pour le moins surprenantes, dans lesquelles les médecins volontaires pour assurer la permanence des soins sont peu sollicités, tandis que les urgences hospitalières sont au même moment encombrées par des actes non urgents.

Une MMG se définit comme un lieu fixe déterminé de prestations de médecine générale, fonctionnant uniquement aux heures de la permanence des soins, et assurant une activité de consultation médicale non programmée.

Il est souhaitable que l'accès à la MMG puisse être en grande partie médicalement régulé –ce qui va d'ailleurs dans le sens des instructions émises par la DGOS par voie de circulaire. Votre rapporteur général relève cependant que les MMG parisiennes ont adopté une position plus souple : *« La régulation par le centre 15 doit être privilégiée pour vous diriger dans la bonne filière de soins. Néanmoins, les MMG parisiennes fonctionnent aussi en accès direct pour les patients qui sont certains que leur pathologie relève de la MMG de leur quartier. »*

**Les expériences menées localement ont montré tout l'intérêt d'adosser les MMG aux urgences hospitalières**, dans un double objectif : favoriser la réorientation des patients arrivés aux urgences sans nécessité vers la MMG, et permettre aux médecins de ville assurant la permanence des soins de venir éventuellement renforcer, en cas de nécessité, les équipes d'urgence hospitalières.

Pareils exemples d'interactions sont de nature à permettre à tous les acteurs d'assumer leur rôle au service de la santé des Français.



---

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

---

### **Audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**

*Réunie le 5 octobre 2016, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), sur le projet de loi financement de la sécurité sociale pour 2017.*

*M. Alain Milon, président.* – *Monsieur le directeur général, voilà bientôt deux ans maintenant que vous avez été nommé à la tête de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), et donc également de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.*

*Ces deux années ont été riches en événements. Je n'en citerai que trois.*

*Le premier est le vote de la loi de modernisation de notre système de santé, qui a eu un impact sur les missions de la Cnam, avec notamment la mise en place du tiers payant quasi généralisé et la relance du DMP, devenu « dossier médical partagé ».*

*Le deuxième a consisté en la mise en place, lors de la dernière loi de financement de la sécurité sociale, de la protection universelle maladie (Puma), qui permet l'affiliation directe de tous les résidents légaux et met fin à l'obligation de changement de régime d'assurance maladie en fonction du type d'activité exercée.*

*Le troisième, enfin, porte sur le début d'un nouveau cycle conventionnel qui a abouti à la signature d'un accord avec certains syndicats de médecins et qui se poursuit par la négociation avec les dentistes.*

*Dans ce contexte déjà chargé, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 prévoit pour l'assurance maladie un déficit, certes réduit, mais persistant, alors que les autres branches, fonds de solidarité vieillesse (FSV) excepté, seraient à l'équilibre, voire en excédent.*

*Ce déficit persiste, alors même que le Gouvernement s'appuie largement sur les économies proposées par la Cnam pour la construction du PLFSS, en intégrant plus de 4,1 milliards d'économies sur le champ de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Par ailleurs, la Cour des comptes estime que le PLFSS comporte une forme de débudgétisation, avec la sortie de l'Ondam en 2017 des dépenses qui seront financées par le nouveau fonds de financement de l'innovation pharmaceutique, lui-même alimenté par une ponction sur les ressources du FSV.*

*Nous sommes donc heureux de pouvoir aujourd'hui recueillir votre analyse sur la situation de l'assurance maladie et ses perspectives pour l'année 2017.*

*Avant de vous passer la parole, je souhaite cependant vous poser une question qui fait suite à l'audition de la Cour des comptes relative au rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.*

*Depuis plusieurs années, la Cour des comptes considère que les conventions avec les professionnels de santé n'ont pas été un levier suffisamment efficace pour maîtriser les dépenses. Au regard de votre expérience récente, pensez-vous que la convention constitue un bon instrument de maîtrise négociée des dépenses de santé ?*

***M. Nicolas Revel, directeur général de la Cnam.** – Avant de répondre à votre question sur la convention signée, le 25 août dernier, avec certains syndicats représentant 53 % des médecins libéraux – la convention est donc majoritaire –, je vous livrerai mon sentiment sur le PLFSS pour 2017.*

*Tout d'abord, je veux souligner que l'effort de maîtrise de la dépense de santé se traduit, dans le PLFSS, par la fixation du niveau de l'Ondam pour 2017 à 2,1 %, un taux maîtrisé. Depuis huit ans, la progression des dépenses de santé est passée en dessous de la barre des 3 %, et même de 2,5 % depuis 2012. Il faut aussi relever que, depuis huit ans, l'Ondam est strictement respecté. Compte tenu de l'évolution tendancielle de la dépense de santé, de l'ordre de 3,5 à 4 % par an, on peut considérer que le taux qui s'établit depuis 2015 entre 1,75 % et 2,1 %, est extrêmement exigeant.*

*Des facteurs exceptionnels de dépenses devaient être intégrés dans cette prévision pour 2017. Il s'agit, d'abord, de l'impact financier des revalorisations tarifaires décidées dans le cadre de la convention d'août dernier : elles s'étaleront sur trois ans, de 2017 à 2019, et représenteront un effort financier de 400 millions d'euros l'année prochaine. Il s'agit, ensuite, de mesures salariales pour la fonction publique hospitalière – revalorisation du point et mesures complémentaires en cours de négociation – pour un montant compris entre 700 et 800 millions d'euros. Il s'agit, enfin, du financement de certaines innovations, notamment dans le domaine de la lutte contre le cancer – les anti-PD1 –, lesquelles engendrent un coût supplémentaire qui n'est pas intégré dans le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique.*

*Ces dépenses nouvelles et exceptionnelles représentent un coût plus élevé que le montant, de l'ordre de 700 millions d'euros, correspondant au relèvement du taux de 1,75 % à 2,1 %.*

*Cette légère hausse de l'Ondam ne compromet pas la trajectoire de réduction des soldes. Après les déficits de 2011, 2012 et 2013, qui avoisinaient les 8 milliards d'euros, le solde s'est établi à 6,5 milliards d'euros en 2014, à 5,8 milliards d'euros en 2015 et à 4,1 milliards en 2016, soit un chiffre inférieur à la prévision du PLFSS pour 2016. J'observe qu'en 2016, comme en 2015, les prévisions n'ont donc pas été trop optimistes !*

*Pour 2017, la prévision de déficit est fixée à 2,6 milliards d'euros. Elle dépend de deux facteurs essentiels : notre capacité à maîtriser l'Ondam à 2,1 % et une hypothèse d'augmentation des ressources, liée à un maintien de la progression de la masse salariale au même niveau qu'en 2016, c'est-à-dire 2,6 %.*

*Certes, le déficit n'a pas totalement disparu, mais il s'établit à son plus bas niveau depuis quinze ans.*

*Deux éléments singularisent notre branche : il n'y a eu ni apport de ressources supplémentaires -les cotisations maladie n'ont pas été relevées-, ni réduction des prestations -nous n'avons pas procédé à des remboursements-. Nous n'avons pas non plus bloqué les niveaux de tarifs.*

*En 2017, nous continuerons à mobiliser l'ensemble des leviers permettant de réaliser des économies : assurance maladie, ministère, ARS... Le niveau d'économies attendu en 2017 s'élève à 4,1 milliards d'euros, contre 3,6 milliards d'euros en 2016. Tous les champs seront concernés : médecine de ville et hôpital, volumes et prix.*

*J'en viens à votre question, monsieur le président : la convention médicale est-elle un instrument efficace pour une bonne maîtrise de la dépense de santé ?*

*L'objectif des conventions conclues avec les professions de santé n'était pas celui-là. Il s'agissait de fixer les rémunérations des professionnels et leurs conditions d'exercice. Les professions de santé ne s'engagent pas sur un budget global de prescriptions, qui serait la condition de leur niveau de rémunération. Néanmoins, cet objectif a été intégré au travers d'un élément de rémunération introduit en 2011, que nous avons pérennisé et consolidé : la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).*

*La ROSP intègre des indicateurs portant, d'une part, sur des objectifs de santé publique et, d'autre part, sur la qualité ou l'efficacité de la prescription. Pourrait-on aller plus loin ? Dans les rapports de la Cour des comptes, il est envisagé de lier la rémunération des médecins à la dépense globale qu'ils génèrent. Nous avons eu ce débat avec les médecins. Objectivement, une telle solution n'est pas réaliste aujourd'hui !*

*En effet, proposer aux médecins libéraux de s'engager sur un volume de prescription d'indemnités journalières ou d'arrêts de travail soulève des questions déontologiques. Leur demander de lier leur rémunération à la maîtrise de prescriptions concernant des professions prescrites, comme les infirmiers ou les kinésithérapeutes, poserait, là aussi, des problèmes déontologiques et de relations entre les professionnels de santé.*

*Au travers notamment de la ROSP, nous avons cherché à favoriser la qualité et l'efficacité des soins. Dans la recherche de la juste dépense, le fil rouge est la qualité des soins : c'est elle qui engendrera les meilleures économies. Cela passe par la lutte contre la sous-médicalisation et la sur-médicalisation. La ROSP permet, par exemple, de rémunérer les médecins pour que leurs patients diabétiques réalisent de manière régulière leurs examens de suivi : ces dépenses d'examens biologiques, ophtalmologiques ou dentaires permettront, à terme, de réaliser des économies.*

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – *Monsieur le directeur général, je voudrais revenir sur la convention médicale. Il était initialement prévu qu'elle aborderait un autre sujet que la tarification et l'efficacité des soins : celui de l'installation des médecins. Avez-vous pu définir des modalités nouvelles d'installation dans les zones sous-denses et sur-denses ? La Sénat avait émis cette recommandation lors de la discussion du dernier projet de loi relatif à la santé, puis du PLFSS.*

*Lorsque Yves Daudigny et moi-même nous sommes rendus en Allemagne pour préparer notre rapport sur le médicament, nous avons constaté que, pour maîtriser les dépenses, les médecins allemands doivent eux-mêmes négocier le volume de prescription d'actes avec les caisses de sécurité sociale, ce qui permettait de définir leur rémunération. Pourrait-on avancer dans cette direction ?*

*Le Haut Conseil des finances publiques, tout comme la Cnam, d'ailleurs, estime qu'il sera difficile de tenir l'Ondam pour 2017, malgré son augmentation à 2,1 %. Pouvez-vous nous apporter des précisions sur les 4,1 milliards d'euros d'économies envisagées ? Vous avez dit qu'elles découleraient des actions habituellement menées en ce sens.*

*S'agissant de la Puma, comment se déroule la mise en œuvre de cette mesure ? Quels en sont les effets attendus sur le nombre d'affiliations à la Cnam ?*

*Dans son rapport « charges et produits », la Cnam insiste sur la nécessité d'une meilleure maîtrise de la dépense hospitalière. Pensez-vous qu'il est nécessaire d'établir des liens plus directs entre la Cnam et les hôpitaux ?*

*En Allemagne, la politique de promotion des génériques consiste à ne rembourser intégralement que le générique le moins cher, la différence étant à la charge du patient lorsque celui-ci souhaite obtenir le princeps. Cela représente des économies annuelles de l'ordre de 2 milliards d'euros. Quel regard portez-vous sur ce dispositif, sans doute moins complexe que le nôtre ?*

**M. Nicolas Revel.** – *La convention médicale n'a pas porté que sur les revalorisations tarifaires. Je veux néanmoins revenir sur ces mesures : au bout de cinq ans, lorsqu'une convention est renégociée, il est normal de procéder à des ajustements de tarifs de consultations ou d'actes lors de la renégociation. On pourrait dire qu'une bonne politique consisterait à ne jamais revaloriser les tarifs des professionnels de santé, en raison du coût engendré par cette hausse. Mais aucun secteur économique ne pourrait fonctionner ainsi ! Un certain nombre de professionnels de santé, notamment les médecins en secteur 1, n'ont pas la liberté de fixer leurs tarifs : ils sont dépendants des tarifs fixés dans le cadre conventionnel. Ne pas revaloriser les tarifs se traduirait immanquablement par une course au volume. Il est normal, légitime et sain qu'il y ait de manière régulière – en l'occurrence, tous les cinq ans – un réexamen du niveau des tarifs.*

*Comme je l'ai indiqué aux syndicats médicaux, nous devons faire des choix.*

*Nous avons décidé d'orienter les revalorisations vers les spécialités qui en avaient le plus besoin - médecine générale et autres spécialités cliniques dont les niveaux de revenus les situaient en deçà de la moyenne ; chirurgiens et gynécologues-obstétriciens pour les spécialités techniques.*

*Par ailleurs, 94 % des revalorisations sont allées à des médecins libéraux qui faisaient en quelque sorte de la maîtrise tarifaire : médecins de secteur 1, médecins de secteur 2 qui ont signé ou signeront le contrat d'accès aux soins, rebaptisé « option tarifaire maîtrisée », médecins de secteur 2 lorsqu'ils pratiquent des consultations sans dépassement.*

*Telles sont les priorités que nous nous sommes fixées. Au-delà de ces éléments de revalorisation, nous avons essayé d'améliorer l'organisation du système et l'attractivité de certains territoires, dans une logique d'accès aux soins.*

*Les zones sous-denses sont une préoccupation de premier rang. Nul ne détient le levier décisif : on ne peut obliger un médecin à s'installer dans telle ou telle zone. Nous avons recours à des incitations conventionnelles.*

*Il n'existe pas non plus de dispositif interdisant aux médecins de s'installer dans les zones sur-denses. Ce système existe pour les infirmiers et les sages-femmes, et bientôt pour les masseurs-kinésithérapeutes, puisque la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 nous autorise à en discuter avec eux. C'est également l'un des éléments de la négociation avec les chirurgiens-dentistes. Mais, je le redis, la loi ne le permet pas pour les médecins. À ce stade, il serait au demeurant difficile de trouver des zones sur-denses en médecins généralistes, la situation étant globalement tendue sur l'ensemble du territoire.*

*Dans la convention de 2011, figurait un dispositif pour les zones sous-denses, l'option « démographie », qui représentait environ 30 millions d'euros par an. Ces sommes n'ont pratiquement été versées qu'à des médecins déjà installés dans ces territoires ; elles n'ont pas permis de favoriser de nouvelles installations. Nous avons donc revisité le dispositif et orienté les financements vers cet objectif.*

*Une aide à l'installation de 50 000 euros a été instituée pour tout médecin s'installant en zone sous-dense pendant au moins cinq ans.*

*Pour les médecins déjà installés, des mécanismes plus fins ont été mis en place : un médecin de plus de 60 ans qui envisage de cesser son activité peut recevoir une aide s'il s'engage dans un processus de transition et de transmission de sa patientèle avec un jeune médecin : c'est le contrat de transition.*

*Nous avons également maintenu une aide, en réduisant son montant à 5 000 euros maximum, pour les médecins déjà installés, avec des suppléments financiers s'ils s'engagent à être maîtres de stage. On peut certes encourager l'installation par des primes exceptionnelles, mais je suis convaincu que c'est en permettant aux jeunes professionnels, étudiants ou remplaçants, de découvrir un territoire que nous leur donnerons l'envie de s'y installer. Habituellement, ce sont les facultés de médecine qui financent la maîtrise de stage ; nous avons, pour la première fois, souhaité introduire un élément de rémunération supplémentaire pour les stages dans les zones sous-denses.*

*Enfin, nous avons créé un dispositif permettant à des médecins d'exercer à temps partiel dans ces zones avec une bonification de 20 % de leurs honoraires.*

*Voilà les quatre contrats que nous avons élaborés avec les syndicats. Cette partie de la convention a fait l'objet d'un large consensus. Nous avons donc redéployé les 30 millions d'euros annuels dont nous disposions déjà, auxquels nous avons ajouté 10 à 20 millions d'euros. Les ARS doivent effectuer un travail sur la définition des zones sous-denses, qui couvrent actuellement un peu moins de 10 % de la population. Or, depuis quelques années, les déserts médicaux se sont étendus. Le taux de population « couverte » est donc appelé à augmenter. Cet investissement, d'un coût maîtrisé, me semble heureux.*

*J'en viens aux dispositifs existant en Allemagne pour réguler l'activité des médecins libéraux. En début d'année, les caisses de sécurité sociale contractualisent globalement, à l'échelon régional, avec les médecins pour définir le volume annuel de consultations. Quand ce volume est dépassé, les prix des consultations sont ajustés à la baisse. Ce système nécessite une maturité dans la relation conventionnelle. Nous n'en sommes pas là, même si, dans les échanges informels que nous avons pu avoir avec les médecins, la logique prix-volume commence à faire son chemin.*

*Nous avons eu une négociation avec les syndicats sur les consultations longues et complexes. La convention revalorise le tarif de base de la consultation du médecin généraliste de 23 à 25 euros, et celle du médecin spécialiste correspondant de 28 à 30 euros.*

*Une autre priorité aurait pu être de revaloriser plus fortement les consultations longues et complexes. Cela suppose toutefois d'avoir des instruments de régulation : si on laisse à la libre appréciation du médecin la définition du type de consultation effectuée, l'assurance maladie pourrait se retrouver confrontée à un risque financier non maîtrisable !*

*Ces pistes doivent être approfondies.*

*Vous m'avez interrogé sur les 4,1 milliards d'euros d'économies, détaillées dans l'annexe du projet de loi de financement de la sécurité sociale : elles sont ventilées sur une quinzaine de postes. Ce sont les mêmes rubriques d'année en année : optimisation des achats hospitaliers, révision de la liste en sus...*

*La Puma ne se traduit pas par davantage d'affiliations au régime général. C'est une mesure de simplification pour les assurés, qui n'a pas pour objectif d'augmenter le nombre d'affiliés aux régimes de base. Nous en revenons à la condition historique - la résidence stable et régulière - pour les dépenses de soins. Les règles d'affiliation ne changent pas ; nous simplifions les règles de renouvellement de droits : les affiliations sont dorénavant sans limitation de durée. Auparavant, nous devions vérifier chaque année que tous les affiliés répondaient bien aux conditions d'affiliation liées à leur activité professionnelle. Mise en place, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, cette mesure a d'ailleurs permis de faire baisser de 20 % les appels à nos plates-formes téléphoniques.*

*En ce qui concerne la régulation de la dépense hospitalière, la loi HPST a confié la gouvernance aux ARS. Ce dispositif est un élément d'efficacité, qui n'est pas sans rapport avec les résultats obtenus en matière d'Ondam. La Cnam a besoin d'une vision globale. Nous avons 2 000 médecins-conseils qui vérifient la pertinence des actes pratiqués dans les hôpitaux. Depuis deux ans, je me suis attaché à développer un mode de travail coopératif avec les ARS, afin que l'assurance maladie puisse être partie prenante aux dialogues de gestion avec les hôpitaux, qui permettent d'avoir une bonne compréhension de la situation. Nous n'en faisons plus partie depuis 2010 ; c'est de nouveau le cas depuis l'année dernière. Nous sommes aussi « cocontractants » avec les ARS pour les contrats passés avec les établissements, notamment pour la promotion de la pertinence des actes.*

*Sur les génériques, le système allemand est différent du nôtre : le malade paye la différence entre le princeps et le générique. En France, c'est au médecin qu'il appartient de décider de la substitution. L'élément de régulation est l'accès au tiers payant : quand un patient veut le princeps, il doit faire l'avance de fonds.*

*Le taux de médicaments non substituables, en augmentation, s'établit aujourd'hui à 7 %. Les interrogations sur les médicaments génériques que l'on retrouve dans notre pays n'existent pas ailleurs. Selon une enquête datant d'il y a trois ans, la part des génériques dans le volume de médicaments consommés s'élève à 33 % en France, contre 48 % au Royaume-Uni, 51 % en Allemagne et 62 % aux Pays-Bas. Aujourd'hui, le taux dans notre pays doit, selon mes estimations, s'établir à 36 ou 37 %. C'est encourageant, mais ce résultat se situe très en deçà de celui des pays voisins. Cela*

*s'explique par des habitudes de prescription et par une vision du médicament générique qui véhicule encore des a priori. Nous avons lancé une campagne de communication sur les médicaments génériques, que nous avons élaborée avec le Collège de la médecine générale. Un travail de relais doit être fait auprès des médecins et par les médecins. Des marges de progrès sont mobilisables avant de procéder à une révision drastique des modes de remboursement.*

**M. Gilbert Barbier.** – *Monsieur le directeur général, je vous remercie pour votre présentation. Avec Yves Daudigny, nous avons travaillé sur le médicament. Certaines questions restent obscures : je pense notamment au rôle du Comité économique des produits de santé (CEPS) dans la détermination du prix. Vous allez me répondre que cela relève du secret des affaires, mais j'ai lu qu'un milliard d'euros d'économies avait été réalisé en 2015. Est-ce un montant différent de celui prévu dans le budget ? Quel est le niveau exact des remises des laboratoires ? L'information est-elle secrète ? Quels sont les laboratoires qui ont négocié ces remises de prix ?*

*Vous avez évoqué la liste en sus. Quel est le montant des autorisations temporaires d'utilisation (ATU) supporté par l'assurance maladie ? Je n'ose vous demander la liste de la dizaine de spécialités intéressées... Ces informations sont semblent-elles très secrètes. L'open data nous permettra peut-être un jour d'avoir une autre approche.*

*Pouvez-vous aussi nous indiquer le nombre de déconventionnements ou d'interpellations de médecins pour dépassements abusifs d'honoraires ? Quelles sont les sanctions prises pour abus de prescriptions ?*

*J'aimerais également vous interroger sur une éventuelle révision de la nomenclature, qui est ancienne, des actes chirurgicaux dans les années à venir.*

*Un certain nombre de syndicats de médecins ne sont pas favorables à la ROSP et préféreraient un « forfait structure », qui permettrait de conserver une médecine de proximité et d'effectuer des maîtrises de stage. Cette voie est-elle envisagée ?*

*Enfin, comme chaque année, certaines parties du PLF et du PLFSS ne sont pas très compréhensibles. Ainsi, la Cnam ne versera pas d'argent à la nouvelle agence Santé publique France pour le financement de mesures de prévention alors qu'elle en versait à l'Eprus et à l'Inpes désormais réunis dans cette agence. En revanche, les crédits du Fonds d'intervention régional, le FIR, vont être pris en charge par l'assurance maladie. Pouvez-vous nous éclairer sur ce jeu entre les projets de budget ?*

**M. Jean-Marie Morisset.** – *Monsieur le directeur général, si l'on suit votre analyse du PLFSS, l'Ondam est respecté, le déficit est maîtrisé, les cotisations n'augmentent pas, le tout sans déremboursement. Toutefois, je me demande si les besoins sont bien couverts. Prenons l'exemple des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), dont la situation est difficile : d'une part, les collectivités départementales rencontrent des problèmes de financement ; d'autre part, le prix de journée est fixé en octobre alors que les budgets sont préparés en début d'année. Par ailleurs, on évoque toujours la remise en cause des zones de revitalisation rurale (ZRR), ce qui aurait des conséquences pour les Ehpad. Avez-vous des informations sur ce point ?*

*En matière de soins bucco-dentaires, on constate le désengagement de l'assurance maladie, le renoncement aux soins pour des motifs financiers pour un assuré sur cinq...*

*Pour terminer, je citerai les réserves de la Cour des comptes : cette année, il y en a une de plus. La Cour évoque notamment les incertitudes et les désaccords sur les comptes. Quelle est votre réaction ?*

**M. Michel Amiel.** – *J’aurai quatre questions.*

*En ce qui concerne les médicaments génériques, moins prescrits en France, serait-il possible d’avoir une véritable transparence quant à leur composition ? La difficulté vient surtout des excipients. En pratique, des problèmes avaient été identifiés dans deux cas, pour le Lévothyrox et pour un anti-épileptique.*

*S’agissant de la ROSP, qui n’est pas toujours bien comprise par les médecins, une réflexion est-elle menée sur le parcours de santé suivi en cas de maladie chronique ? Ne pourrait-on envisager un paiement forfaitaire de type capitation ? Le sacro-saint paiement à l’acte est de plus en plus décrié, notamment par les jeunes médecins.*

*Sur le plan comptable, ne serait-il pas possible d’avoir une vision à plus d’un an en matière de financements de la sécurité sociale ?*

*Enfin, je relève que le fonds de financement de l’innovation constitue une débudgétisation de l’Ondam. L’innovation va changer les pratiques médicales – je pense aux anti-PDI en cancérologie ; elle aura un véritable coût. Ce fonds doit-il être définitivement extrait de l’Ondam ? Comment sera-t-il alors financé ?*

**M. Nicolas Revel.** – *Sur le CEPS, il serait plus naturel d’interroger son président ! Une bonne partie des réponses à vos questions se trouvent dans le rapport d’activité du CEPS, qui est une mine d’informations sur les niveaux de baisse des prix, les remises... Chaque année, le montant des mécanismes de baisse de prix ou de remises avoisine 1 milliard d’euros. Cela est conforme au cycle de vie d’un médicament : il est logique que le prix baisse quand son intérêt thérapeutique relatif diminue, en raison de l’arrivée de nouveaux médicaments, qui représentent un coût supplémentaire. Nous devons trouver un équilibre en baissant le prix des médicaments plus anciens. Tous les pays le font. Vous remarquerez d’ailleurs que le budget de l’assurance maladie consacré au médicament est stable et qu’il ne baisse pas.*

*Il me paraît normal que la représentation nationale se pose la question de la transparence. Nous avons des États éparpillés face à des multinationales. Faut-il avoir pu monter une structure de négociations à l’échelle européenne, chaque État négocie. Pour préserver le niveau facial d’un prix, nous discutons de remises conventionnelles couvertes par le secret des affaires industrielles. La seule voie pour en sortir, c’est de construire des positions de négociations qui ne soient pas limitées à un seul État. Des réflexions sont engagées au niveau du G7, du G8 et avec les partenaires européens. Chaque pays est aujourd’hui convaincu d’avoir obtenu le meilleur prix mais aucun ne sait ce que l’autre a réussi à avoir ! Les laboratoires sont « durs » sur les prix faciaux – c’est la base sur laquelle ils engagent les négociations avec le pays suivant – et ouverts sur le niveau des remises.*

*Sur le nombre de produits couverts par le régime des ATU, l’information est publique ; nous vous la communiquerons.*

*J'en viens aux pratiques tarifaires excessives des médecins de secteur 2. Le dispositif conventionnel a été négocié en 2012, dans le cadre de l'avenant n° 8. Les organismes de sécurité sociale ont eu des échanges avec des centaines de médecins qui se situaient au-delà des seuils « autorisés ». Seule une vingtaine de médecins ont été sanctionnés. Par l'effet du contrat d'accès aux soins et de ce dispositif, le taux de dépassement moyen des médecins de secteur 2, qui n'avait cessé d'augmenter depuis vingt ans pour atteindre 54 % en 2012, baisse depuis lors. Le dispositif a été reconduit dans la convention du 25 août dernier.*

*Sur les appels à coter à 25 euros avant l'heure, ils avaient commencé avant la négociation et ont continué une fois celle-ci achevée. La convention a été transmise pour publication au ministère qui prend deux mois pour le faire. La loi prévoit qu'aucune mesure tarifaire ne peut intervenir avant un délai de six mois, ce qui nous conduit à la date du 1<sup>er</sup> mai 2017. Très peu de médecins ont suivi ce mot d'ordre syndical qui remonte à un an et demi. Heureusement car si deux euros sont facturés en plus, il y a un risque de reste à charge pour le patient. Entre 200 et 400 médecins selon les mois font des dépassements exceptionnels. Nous avons envoyé des courriers, engagé les procédures prévues. Pour certains d'entre eux, nous avons procédé à une suspension de la prise en charge de leurs cotisations sociales. Cette prise en charge est en effet la contrepartie du respect des tarifs opposables !*

*Concernant les abus de prescription, notamment en matière d'arrêt de travail, des programmes permettent de cibler les médecins qui ont un taux d'arrêt de travail deux à trois fois supérieur à la moyenne. Les médecins acceptent mal ce critère qui, disent-ils, n'est pas forcément pertinent eu égard aux caractéristiques de leur patientèle.*

*Nous avons donc modifié ce dispositif de deux manières.*

*Tout d'abord, depuis un an, nous donnons à chaque médecin la possibilité de se comparer à des confrères exerçant dans des communes dont les caractéristiques socio-économiques sont proches, après neutralisation des ALD dans sa patientèle. Les médecins se montrent parfois très intéressés par les informations que nous leur apportons ainsi.*

*Nous avons ensuite modifié notre procédure concernant les hyper-prescripteurs. Depuis le début de l'année 2016, avant d'adresser par courrier avec accusé de réception, une mise sous objectif aux 700 médecins que nous ciblons, nous les rencontrons pour les informer de leur situation et leur demander d'être plus attentifs. Dans 90 % des cas, les médecins répondent positivement. Cela s'est traduit par une modération de la prescription, y compris dans les cas où l'hyper-prescription était trois à quatre fois supérieure à la moyenne et où il n'était pas exagéré de parler de dérive. Cette méthode est plus respectueuse et elle n'est pas moins efficace dans la durée. Nous la reconduirons donc dans les années à venir.*

*Y aura-t-il une révision de la nomenclature des actes de chirurgie ? La Classification commune des actes médicaux (Ccam) de 2005, qui est le fruit d'une dizaine d'années de travail, ne s'est pas suffisamment adaptée depuis dix ans. J'ai dit lors des négociations en vue de la convention que j'étais prêt à reprendre ce travail de hiérarchisation. Mais si l'on adapte la Ccam, il faut accepter que des modifications interviennent dans les deux sens, ce qui est parfois compliqué.*

*La chirurgie a toutefois été fléchée comme une spécialité sur laquelle il nous semblait urgent d'agir. En effet, les actes de chirurgie ayant été sous-valorisés en 2005, les chirurgiens, comme les gynécologues du reste, n'ont pas baissé leur niveau de dépassements depuis 2012 pour faire face à l'augmentation de leurs charges, notamment d'assurance.*

*Nous avons donc d'emblée procédé à des revalorisations, non à l'acte, mais en agissant sur deux modificateurs de la nomenclature. Nous avons ainsi élargi le champ des actes éligibles au modificateur J, ouvert à tous les chirurgiens des secteurs 1 et 2, à 150 ou 180 actes supplémentaires et nous avons relevé le modificateur K, le portant de 11,5 % à 20 %. Ce dernier étant réservé aux chirurgiens du secteur 1, ce relèvement est aussi une manière d'encourager les chirurgiens de secteur 2 à adhérer à l'option tarifaire maîtrisée. J'ai notamment bon espoir que le Bloc, qui est un syndicat très représentatif chez les chirurgiens libéraux, y adhère prochainement.*

*Je crois qu'il ne faut pas opposer la ROSP et le forfait structure. Nous avons retiré de la ROSP les indicateurs sur l'organisation du cabinet afin de conserver une ROSP uniquement clinique et nous avons créé un forfait structure qui encourage la maîtrise de stages, qui permet de financer un secrétariat qualifié pour la gestion des parcours, qui encourage le codage des actes et la collecte de données et qui, par ailleurs, modernise les relations informatiques entre les caisses et les médecins. Ce forfait pourra atteindre entre 4 000 et 5 000 euros par an au bout de trois ans.*

*Enfin, concernant l'Agence nationale de santé publique (ANSP) et le Fonds d'intervention régional (FIR), c'est une mesure de bon sens qui a été prise. Aujourd'hui le FIR, qui est dans l'Ondam, est financé par l'assurance maladie et par l'État. L'ANSP était financée par l'assurance maladie et par l'État, alors que ses missions de prévention et de veille épidémiologique, qui sont des missions de santé publique, ont vocation à l'être par l'État. Ce décroisement est donc plus simple, même si la Cnam est perdante d'une vingtaine de millions d'euros !*

*Les besoins sont-ils bien couverts ? Si une réflexion est menée sur le panier de soins, celle-ci ne devrait pas avoir pour objet de le resserrer mais éventuellement de le redistribuer. J'entends la crainte de ceux qui pointent l'augmentation du nombre d'ALD. Le système de soins va-t-il tenir bon ? Je pense que le moment n'est pas venu de baisser les armes.*

*Nous tenons l'Ondam, les soldes s'améliorent, nous ne déremboursons pas et nous sommes capables d'absorber, année après année, le poids croissant des pathologies chroniques. Il y a des gisements d'efficience dans le système, sur la juste prescription, sur la bonne organisation des parcours de soins, sur l'implication des patients dans l'observance de leur traitement. Avant de dérembourser, commençons par mobiliser ces marges d'efficience.*

*En revanche, il serait certainement utile d'examiner le panier de soins. Je ne critique pas les transporteurs sanitaires et je ne dis pas non plus qu'il faut dérembourser les transports sanitaires mais il n'est pas cohérent que le reste à charge soit de moins de 5 % sur un transport sanitaire et de 23 % sur les soins dentaires.*

Concernant précisément les soins dentaires, il n'y a pas eu de désengagement de l'assurance maladie. Celle-ci n'a simplement pas été capable de suivre l'évolution des prix lorsque le système de prix libres a été substitué au système de tarifs opposables pour les soins prothétiques. L'assurance maladie a considéré qu'elle avait moins le devoir de revaloriser de manière régulière les tarifs opposables et le secteur des soins bucco-dentaires a dérivé dans une spirale où, à défaut de tarifs de soins conservateurs suffisamment rémunérateurs, les chirurgiens-dentistes ont désinvesti ces soins et ont construit leur rémunération sur du soin prothétique, ou plutôt sur la pose de couronnes et de bridges. Les chirurgiens-dentistes reconnaissent d'ailleurs que cela pose des problèmes d'ordre déontologique.

Depuis une quinzaine de jours, une négociation est ouverte avec les chirurgiens-dentistes. Celle-ci a notamment pour objet de réfléchir à ce que serait un réinvestissement de l'assurance maladie obligatoire sur les soins conservateurs, avec comme contrepartie un encadrement des niveaux de prix des soins prothétiques, afin d'amener la profession à privilégier le soin conservateur plutôt que les prothèses. L'Ondam pour 2017 comporte un élément de provision financière pour ce poste. Nous verrons si nous le consommons.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Le terme de cette négociation est-il déjà prévu ?

**M. Nicolas Revel.** – Nous ne le prévoyons jamais mais le plan de charge des prochains mois étant très dense, avec les kinésithérapeutes, les infirmières, les orthoptistes et les orthophonistes, je pense raisonnable d'essayer de se fixer une limite à la fin de l'année.

Je n'ai pas d'information sur une éventuelle révision des zones de revitalisation.

Concernant les réserves de la Cour des comptes, je n'ai pas le sentiment que les remarques qui ont été faites puissent conduire à regarder les comptes comme ayant été faussés ou inversés. Il faudrait considérer chacune de ces réserves mais il me semble qu'elles sont d'une portée relative. Du reste, si je m'incline lorsque j'estime que l'analyse de la Cour est justifiée, j'assume parfois d'être en désaccord avec cette institution.

Concernant les génériques, il peut effectivement y avoir un débat sur la nature des excipients mais il me semble que cela ne concerne que quelques produits. Pour en avoir discuté avec des fabricants de génériques, j'ai le sentiment que le frein est plutôt la lisibilité de la boîte et des couleurs utilisées pour des personnes âgées.

La ROSP n'est pas si mal comprise que cela. Les études que nous menons montrent que les syndicats de médecins n'ont pas forcément la même analyse. De nos échanges avec les médecins, il ressort que la ROSP a été intégrée, comprise et acceptée de manière d'ailleurs assez spectaculaire et croissante.

Concernant le mode de rémunération, il est vrai que les jeunes médecins que nous avons associés à la négociation veulent aller vers plus de capitation. Le problème est que les cinq syndicats désignés par les médecins libéraux défendent au contraire la rémunération à l'acte. Les rémunérations forfaitaires progressent en valeur absolue et même légèrement en valeur relative. En rétribuant un médecin et non une équipe ou une structure, un acte et non un parcours ou une qualité de prise en charge, nos modes de rémunération n'encouragent pas la coordination des soins.

*Nous devons réfléchir à des outils de rémunération plus souples et plus innovants, dans le cadre conventionnel et en dehors de celui-ci. C'est un sujet très important pour demain.*

*À défaut d'une véritable dimension pluriannuelle, l'Ondam n'a qu'une trajectoire pluriannuelle relativement étale, puisqu'elle consiste dans la reconduction de ses objectifs sur trois ans. Pour moderniser notre système de soins, il nous faut investir et, du coup, lisser la charge sur plusieurs années. Or, ce n'est jamais le bon moment, au motif que nous aurons un retour sur investissement plus tard, alors que la contrainte pèse année après année.*

*Concernant le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique, vous aurez compris qu'il a pour objectif, non pas de débudgétiser totalement les dépenses correspondantes mais de faire en sorte que les à-coups liés aux coûts de l'innovation thérapeutique – le nouveau traitement du VHC, qui emporte un coût de 700 millions d'euros, ou les anti-PD1 – n'affectent pas l'Ondam. Sans ce fonds, il faudrait pour faire face à ces dépenses procéder à des annulations de crédits hospitaliers. Je trouve l'idée astucieuse, même si ce n'est pas l'assurance maladie qui l'a eue !*

***M. Yves Daudigny.** – Les résultats et les prévisions que vous venez de nous communiquer doivent être regardés avec lucidité mais aussi avec beaucoup de satisfaction. Nous pouvons aujourd'hui mesurer les résultats du travail mené depuis quelques années et nous devons poursuivre avec détermination dans cette voie. Comme plusieurs de mes collègues, j'ai toutefois le sentiment que les contraintes pèsent aujourd'hui beaucoup plus sur le système hospitalier que sur la médecine de ville.*

*Pourriez-vous nous donner un éclairage sur les indemnités journalières et les dépenses de transports sanitaires ? Sans remettre en cause la compétence et l'honnêteté des transporteurs sanitaires, je rappelle que ces dernières dépenses sont aujourd'hui beaucoup moins évoquées, bien qu'elles aient fait l'objet de scandales.*

*Je souhaite revenir sur la question des génériques. J'ai assisté, comme vous, monsieur le directeur général, à la présentation de Mme la ministre la semaine dernière, qui a communiqué les résultats d'une enquête d'opinion. Celle-ci montre que le regard des médecins sur les génériques est aussi défiant que celui de la population, qu'il comporte de nombreuses erreurs et approximations. Tant que les médecins ne seront pas convaincus des vertus du générique, il nous sera difficile de progresser dans cette voie.*

*Concernant les maisons pluridisciplinaires de santé, disposez-vous d'une mesure des conséquences de la constitution de ces maisons sur les réseaux des pharmaciens ? Je n'ai bien sûr rien contre ces maisons, mais le regroupement de l'activité médicale et paramédicale peut avoir pour conséquence la disparition de pharmacies en milieu rural.*

*Par ailleurs, l'aide à la création d'une maison pluridisciplinaire de santé est de 50 000 euros par médecin. Lorsque plusieurs médecins s'installent dans une maison, cette aide peut-elle être obtenue pour chacun des médecins ?*

*Où en sommes-nous de la pratique de la prescription par dénomination commune internationale (DCI), puisque celle-ci est aujourd'hui obligatoire ?*

*Quels retours avons-nous sur la mise en place à venir du tiers payant ? Lorsqu'un médecin installé ne dispose pas des équipements informatiques adéquats, existe-t-il des aides à leur acquisition ?*

**M. Daniel Chasseing.** – Monsieur le directeur général, il me semble important, si nous voulons éviter une catastrophe dans les départements ruraux, de bien mettre en évidence l'âge des médecins dans les zones sous-denses. Les médecins ne sont pas encore obligés de s'installer dans ces zones contre leur gré. Peut-être que cela viendra, mais vous essayez pour l'heure de mettre en place un certain nombre de prérogatives afin de les inciter à exercer dans ces zones. Vous proposez une bonification des honoraires des médecins qui viendraient faire des consultations en zone rurale. Cette piste me semble intéressante.

Concernant les maîtres de stages, il faudrait que le ministère favorise davantage de stages en secteur libéral.

**Mme Catherine Génisson.** Ce sont les doyens d'université qui doivent préconiser plus de stages !

**M. Daniel Chasseing.** L'hospitalocentrisme explique en partie que les médecins aient peur de s'installer en libéral. Il faut donc inciter les médecins installés en zone rurale à devenir maîtres de stages en leur proposant des rémunérations plus attractives.

Il est vrai que les médecins n'ont pas forcément confiance dans les génériques, mais les spécialistes non plus. Or il est très compliqué pour un médecin de changer la prescription d'un spécialiste. Je pense donc que la sensibilisation que vous évoquiez doit aussi concerner les spécialistes.

Les économies que vous annoncez à l'hôpital aboutiront à une augmentation des dépenses de la médecine de ville ; il faudra les prévoir.

Vous annoncez qu'il n'y aura pas de déremboursement, mais j'ai été alerté sur le déremboursement de l'oxygène à domicile et des pansements. Ainsi, 10 % des frais restent ainsi à la charge du malade.

Je rebondis enfin sur les propos de M. Daudigny concernant le réseau des pharmaciens. J'ai proposé dans mon département la création d'une maison de santé pluridisciplinaire éclatée. Cela a été très bien accepté et a permis de conserver les officines. Rien n'interdit d'imaginer des maisons éclatées à l'échelon départemental ou régional.

**Mme Corinne Imbert.** – La part du médicament délivré par les pharmacies d'officine ne représente qu'un peu plus de 10 % des dépenses de l'assurance maladie. Pourtant, la plus grande partie des objectifs d'économies fixés par le Gouvernement porte sur le médicament.

Je vous rejoins, monsieur le directeur général, quant à la difficulté, pour les professionnels de santé comme pour les patients, d'avoir des boîtes de médicaments génériques qui ne diffèrent que par un code couleur. Il faudrait que les laboratoires soient un peu plus ingénieux, mais sans doute cela leur coûte-t-il moins cher ainsi ! Il faut aussi reconnaître que certains médicaments génériques contiennent moins d'excipients que les médicaments princeps. On ne le dit pas assez. Le taux de substitution, même s'il n'atteint pas les 86 % attendus, en est proche dans certains départements.

Ma première question porte sur le projet de réduction de 10 % du tarif de certains dispositifs médicaux. N'est-ce pas en contradiction avec le développement du virage ambulatoire ?

*Ma seconde question porte sur le fonds de financement de l'innovation pharmaceutique. Cela doit être tellement astucieux que je ne l'ai pas compris, vous m'excuserez ! Dans l'effort de 4,1 milliards d'euros affiché, il me semble qu'il y a une contribution du fonds à hauteur de 220 millions d'euros. D'un côté, on finance l'innovation, et, de l'autre, on présente la contribution du fonds comme une économie. C'est trop fort pour moi !*

**Nicolas Revel.** – *Les indemnités journalières (IJ) et le transport sanitaire sont deux postes en forte évolution.*

*Pour les IJ, cette évolution devrait être comprise entre 3 et 4 % en 2016, en espérant qu'elle n'excède pas 4 %. Elle est liée à un effet prix, mais aussi à un effet volume, notamment des arrêts de moins de trois mois. La tendance d'évolution de ce poste est au-dessus de 3 %, malgré les années 2012 et 2013, atypiques, où il a baissé en valeur absolue. Ce phénomène s'explique en partie par le « décret 60 ans » de 2012, qui a pu entraîner des départs anticipés à la retraite, car nous savons par ailleurs que cette forte dynamique du poste « arrêts de travail » n'est pas sans lien avec l'allongement de la durée de la vie active. La part des personnes de plus de 60 ans en arrêt de travail pèse de plus en plus lourd dans la dépense. Nous déployons des actions pour que la durée des arrêts de travail reflète le consensus médical et scientifique tel que nous l'établissons en lien avec la Haute Autorité de santé et pour favoriser la reprise d'activité, notamment pour les pathologies lombalgiques ou les dépressions.*

*Les dépenses de transport sanitaire sont également en augmentation de plus de 3 % par an. Elles sont liées à des transports itératifs pour des patients dialysés, en chimiothérapie ou en post-chirurgie. Ce poste a donc vocation à croître.*

*Toutefois, tous les cas de figure ne justifient pas un transport pris en charge. On peut aussi favoriser et indemniser le transport individuel. Trop nombreux sont les patients qui ne savent pas que l'assurance maladie indemnise les transports dans leur véhicule personnel.*

**M. Gilbert Barbier.** – *C'est une démarche compliquée.*

**M. Nicolas Revel.** – *Par ailleurs, certains modes de transport sont plus onéreux que d'autres. Nous avons trop de transports en ambulance, alors que l'usage d'un VSL ou d'un taxi serait parfois plus justifié.*

*Les deux tiers de ce poste étant générés par des sorties d'établissement, nous menons actuellement un travail pour engager ces derniers dans la mise en place de plates-formes de commande qui permettraient d'optimiser le transport et de faire en sorte qu'il soit le moins onéreux possible.*

*S'agissant des aides à l'installation, elles procèdent d'une convention qui lie l'assurance maladie à chaque médecin. Plusieurs médecins s'installant dans une même structure peuvent donc en bénéficier.*

**Mme Catherine Génisson.** – *C'est intéressant pour les collectivités territoriales, qui seront ainsi amenées à moins investir.*

**M. Nicolas Revel.** – *L'aide à l'installation qui existait auparavant n'était pas bien vue par les jeunes médecins. C'est pour cela que j'ai voulu faire quelque chose de plus frappant.*

**M. Olivier Cigolotti.** – Cette aide est-elle cumulable avec les aides des collectivités territoriales ?

**M. Nicolas Revel.** – La réponse est oui. Je pense que chacun doit être dans sa responsabilité. L'assurance maladie rémunère les médecins. Les collectivités territoriales peuvent ensuite moduler leurs aides en tenant compte de l'aide nouvelle mise en place par le payeur principal.

**M. Olivier Cigolotti.** – Cette aide est-elle également cumulable avec l'exonération de l'impôt sur le revenu pendant 5 ans ?

**M. Nicolas Revel.** – Absolument, mais uniquement dans les zones sous-denses.

**M. Yves Daudigny.** – Un médecin déjà installé qui déménage son activité dans une zone sous-dense peut-il bénéficier de l'aide ?

**M. Nicolas Revel.** – Oui, tout médecin peut bénéficier de cette aide, sous réserve qu'il s'installe dans une zone sous-dense et y reste pendant cinq ans.

J'ai moi aussi été frappé, monsieur le sénateur, que les doutes soient à ce point partagés sur les médicaments génériques. Pierre-Louis Druais, président du Collège de la médecine générale, parle d'une forme de contamination croisée, les doutes des patients, leurs craintes finissant par être pris en compte par les médecins eux-mêmes. Toutefois, les médecins allemands et néerlandais ne semblent pas partager ces réserves, et pourtant je ne crois pas qu'ils soient moins compétents que leurs confrères français !

Le taux de substitution des médicaments génériques se situe aujourd'hui entre 83 et 84 %. Ce taux a vocation à progresser dans les trois prochaines années, dans le cadre d'un dispositif conventionnel que nous avons revu en décembre et qui pousse les médecins et les pharmaciens à augmenter leur effort de substitution. Toutefois, la part de médicaments non substituables étant de 7 %, ce taux ne pourra jamais excéder 93 %.

Concernant les prescriptions en DCI, nous n'avons pas de moyens d'exploiter les prescriptions médicales pour les comptabiliser. Nous disposons d'une étude réalisée sur une base déclarative, qui situe la part de prescriptions en DCI entre 40 et 50 %, ce qui me paraît beaucoup.

Sur le tiers payant généralisé, depuis le 1<sup>er</sup> juillet dernier, les médecins peuvent ouvrir le tiers payant aux patients en ALD et aux patientes qui sont en congé maternité au-delà du quatrième mois. Nous sommes en train de mettre en place les nouvelles règles du jeu pour répondre à la première demande des médecins, qui est d'être payés.

Le tiers payant est pratiqué pour les patients en CMU-C, pour les bénéficiaires d'une aide à la complémentaire santé (ACS), et il l'était déjà assez largement pour les patients en ALD. Le taux de rejet se situe entre 1 et 3 %, ce qui est beaucoup. Il ne sera jamais nul, car ces rejets correspondent pour une part à un double ou un triple paiement, dans les cas où la même feuille de soins électronique (FSE) est générée plusieurs fois du fait d'un dysfonctionnement informatique.

*En revanche, certains rejets étaient liés à des motifs que le médecin ne pouvait pas maîtriser, par exemple lorsque les droits de l'assuré n'étaient plus à jour. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016, nous avons introduit une garantie de paiement qui assure au médecin d'être payé sur la base de ce qu'il lit dans la carte Vitale. Pour les cas où le patient n'a pas sa carte Vitale, ou que celle-ci n'est pas à jour, nous avons mis en place une possibilité de vérification des droits en ligne.*

*Un deuxième motif de rejet que nous supprimons est le hors parcours : le patient n'a pas de médecin traitant, il s'adresse à un médecin généraliste, puis à un spécialiste. Aujourd'hui, il doit s'acquitter d'une participation supplémentaire qui fait l'objet d'un rejet de paiement en cas de tiers payant. Au 1<sup>er</sup> janvier 2017, nous supprimons ce motif qui représente 30 % des rejets.*

*Parallèlement, nous mettons en place un dispositif permettant au médecin de comprendre ce qui lui est versé. Nous changeons la norme de retour d'information sur les médecins pour leur fournir un suivi FSE par FSE. Il s'agit de la norme NOEMIE 580, que les pharmaciens connaissent bien.*

*Enfin, nous payons en huit jours, car, au-delà, on nous applique des pénalités.*

*Nous rôdons ce système. Le taux de tiers payant est aujourd'hui de 70 % pour les ALD et les consultations chez le médecin. Toutefois, il n'y a pour le moment qu'un seul payeur, l'assurance maladie. Dès le 1<sup>er</sup> janvier 2017, le tiers payant pourra également porter sur la part complémentaire. Il appartiendra alors aux mutuelles de développer des outils équivalents.*

*La création de maisons de santé pluridisciplinaires – elles sont aujourd'hui environ 400 – peut effectivement amener les officines à se déplacer, mais pas forcément à fermer. On entend parfois dire qu'une officine ferme tous les deux jours, mais cela représente 150 officines, sur les 22 000 ou 23 000 qui existent. Ce n'est pas vraiment une hécatombe !*

*S'agissant des stages, je suis convaincu de l'importance de les favoriser, tant en médecine de ville que dans les territoires déficitaires. Jusqu'à présent, l'assurance maladie ne rémunérait pas les maîtres de stages. Nous avons introduit une bonification de 50 % par rapport à leur rémunération de base, qui est de 600 euros. Nous avons essuyé les reproches de l'association des maîtres de stages, qui a considéré que cette revalorisation n'était pas suffisante. Mais nous n'avons pas revalorisé leur rémunération, nous avons créé une aide supplémentaire qui n'a pas vocation à se substituer à la rémunération que les facultés doivent verser !*

*Sur les dispositifs médicaux, l'avis de projet du CEPS a donné lieu à des échanges qui ont conduit à une évolution des termes de la négociation, et je pense que la baisse des prix – et non des remboursements – sera inférieure aux 10 % envisagés initialement.*

*Quant au fonds de financement de l'innovation pharmaceutique, il contribue à atteindre l'objectif d'économies dans la mesure où il absorbera, hors Ondam, une part du coût des innovations telles que nous les anticipons sur 2017, allégeant la facture de 220 millions pour l'Ondam. Inversement, une année où il n'y aurait pas d'innovations thérapeutiques donnerait lieu à un rééquilibrage.*

**M. Gérard Roche.** – *Les restrictions de l'Ondam portent pour beaucoup sur l'hôpital, dont la situation devient parfois très dure pour le personnel soignant et les médecins. Concernant la médecine de ville, il y avait beaucoup de sagesse, et presque un peu de bienveillance, dans vos propos. Vous en êtes d'ailleurs récompensé, et sans doute pourrez-vous aller plus loin, car l'état d'esprit a changé au sein des syndicats de médecins.*

*En tant qu'ancien médecin, je pense que les mesures que vous avez mises en place pour inciter les médecins à s'installer dans les zones de sous-présence médicale vont dans le bon sens. Mais en tant que parlementaire, j'entends, et c'est très grave, que la permanence des soins n'est pas assurée sur le territoire. Ce service public est confié à la médecine libérale et, pour le moment, il faut bien dire qu'il y a carence. En ville comme à la campagne, pour faire soigner un enfant malade le samedi ou le dimanche, on se rabat sur les urgences.*

*C'est un problème de fond qui reste très lourd. J'ai espoir que la médecine libérale arrive à comprendre qu'elle doit remplir un service public et qu'elle-même propose des solutions pour que la présence médicale et la permanence des soins soient assurées, mais il reste un long cheminement à faire. Pensez-vous que ce cheminement sera possible, et qu'il permettra de garder la médecine libérale ?*

**M. Nicolas Revel.** – *On ne peut pas dire que l'effort est porté par l'hôpital et pas par la ville. Les efforts se répartissent entre l'hôpital, la ville et les industriels producteurs de biens. Le tendancier ville est plus dynamique que le tendancier hôpital, et nous le ramenons à 2,1 %. Nous sommes très présents dans les cabinets médicaux et auprès des autres professionnels de santé, à la fois sur le relais de recommandations de bonnes pratiques et sur du contrôle de la prescription et de la facturation, ce qui peut entraîner des tensions.*

*Vous avez dit que le climat avec les médecins avait changé. C'est vrai que nous avons essayé pendant cinq mois de construire dans la négociation. J'avais la conviction que personne n'avait la science exacte, et qu'il fallait trouver des solutions ensemble. J'estime qu'il faut donner sa chance à la vie conventionnelle, et que la construction d'un accord par la négociation a de la valeur.*

*Nous avons introduit dans cette convention une majoration intervenant à chaque fois qu'un médecin généraliste estime que son patient doit être vu par un spécialiste dans les 48 heures, faute de quoi des complications risqueraient d'intervenir : les honoraires du médecin généraliste sont alors majorés de 5 euros et ceux du spécialiste de 15 euros. Ce sont des éléments d'amélioration du dispositif, qui pourra être enrichi dans les années à venir par la négociation d'avenants. Cette première étape nous permettra peut-être de faire des choses un peu plus structurelles à l'avenir.*

**Mme Patricia Schillinger.** – *En Alsace, beaucoup de patients vont en Suisse pour consulter des spécialistes, des pédiatres, des ophtalmologues et même des généralistes et rencontrent ensuite des difficultés pour se faire rembourser. Travaillez-vous sur ces questions ?*

**M. Nicolas Revel.** – *La pédiatrie est un bon exemple. Les pédiatres sont moins payés que les généralistes. Nous avons un vrai problème d'attractivité de cette spécialité, qui est par ailleurs dans un entre-deux entre le médecin traitant de l'enfant et le spécialiste de la prise en charge de l'enfant. Nous avons considéré que les pédiatres devaient être aussi bien traités que les généralistes. Les pédiatres bénéficieront ainsi*

*d'une revalorisation de leurs honoraires de l'ordre de 14 000 euros par an, comme les généralistes. Nous souhaitons envoyer un signal fort en termes d'attractivité sur l'exercice libéral, car les carrières des pédiatres se font plutôt à l'hôpital qu'en ville. Cela vaut également pour les endocrinologues et les rhumatologues. C'est un peu différent pour ophtalmologues, puisque l'on a une réponse par un contrat spécifique. Il reste que l'attractivité de ces spécialités est un vrai sujet.*

*Quant aux DMP, nous allons normalement commencer le déploiement dans neuf départements pilotes en décembre. Premièrement, il faut avoir des DMP ouverts. Aujourd'hui, comme vous le savez, seul un médecin peut ouvrir un DMP en présence de son patient. Nous rendons donc possible l'ouverture du DMP par les patients eux-mêmes, en ligne et dans les accueils des caisses primaires, où nous avons 35 millions de passages chaque année.*

*Deuxièmement, il faut que le médecin trouve des informations dans le DMP. Nous intégrons donc l'historique des remboursements sur six mois et l'étendrons rapidement ; nous travaillons également à y injecter le plus vite possible de l'information hospitalière et les données de biologie.*

*Troisièmement, il faut que le médecin puisse consulter le DMP dans la même interface que son environnement métier, et il faut qu'il puisse l'enrichir en un seul clic. Ces mises à jour logicielles ont été faites par certains éditeurs, d'autres sont en cours.*

*Nous allons observer ce dispositif pendant plusieurs mois et nous assurer que les facteurs clés de succès sont réunis avant d'envisager un déploiement national.*

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – *Quid de l'accès aux soins en général ?*

**M. Nicolas Revel.** – *La convention ne prétend pas être l'instrument magique qui va résoudre tous les problèmes sur le territoire. C'est un chemin qui nécessite d'attirer davantage de professionnels dans l'exercice libéral et de mieux les répartir. Je suis conscient que nous apportons des réponses progressives. Mais, quand on revalorise fortement l'exercice libéral, que l'on flèche les spécialités cliniques dont vous parlez et que l'on met en place des incitations sur les territoires où l'on manque de médecins, il me semble que l'on n'est pas dans la mauvaise direction.*

**M. Alain Milon, président.** – *Je vous remercie, monsieur le directeur général.*

---

## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

---

- **Fédération des médecins de France (FMF)**  
Dr Jean-Paul Hamon, président
- **MG-France**  
Dr Claude Leicher, président
- **Confédération des syndicats médicaux de France (CSMF)**  
Docteur Jean-Paul Ortiz, président  
Stéphane Landais, secrétaire général
- **Syndicat des soins de suite et de réadaptation**  
Gabriel Bossy, président  
Éric Noel, délégué général
- **Fédération hospitalière de France (FHF)**  
David Gruson, délégué général  
Annie Lelièvre, responsable du Pôle autonomie  
Nathalie Chhum-Leglise, directeur de projet « Innovation en santé »  
Ellie Baz, juriste
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)**  
Yves-Jean Dupuis, directeur général
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**  
Lamine Gharbi, président  
Elisabeth Tomé-Gertheinrichs, déléguée  
Béatrice Noëllec, directrice des relations institutionnelles
- **Les entreprises du médicament (Leem)**  
Patrick Errard, président  
Philippe Lamoureux, directeur général  
Eric Baseilhac, directeur des affaires économiques  
Muriel Carroll, directeur des affaires publiques
- **Comité économique des produits de santé (Ceps)**  
Maurice-Pierre Planel, président  
Dr Jean-Patrick Sales, vice-président