

N° 59

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2006-2007

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 novembre 2006

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2007, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome II :
Assurance maladie

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gérard Dériot, Jean-Pierre Godefroy, Mmes Claire-Lise Campion, Valérie Létard, MM. Roland Muzeau, Bernard Seillier, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Jean-Marc Juilhard, Mmes Anne-Marie Payet, Gisèle Printz, *secrétaires* ; Mme Jacqueline Alquier, MM. Jean-Paul Amoudry, Gilbert Barbier, Daniel Bernardet, Mme Brigitte Bout, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mmes Isabelle Debré, Christiane Demontès, Sylvie Desmarescaux, M. Claude Domeizel, Mme Bernadette Dupont, MM. Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jacques Gillot, Francis Giraud, Mmes Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, Annie Jarraud-Vergnolle, Christiane Kammermann, MM. Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Raymonde Le Texier, MM. Roger Madec, Jean-Pierre Michel, Alain Milon, Georges Mouly, Mmes Catherine Procaccia, Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, Patricia Schillinger, Esther Sittler, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Alain Vasselle, François Vendasi, André Vézinhel.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (12^e législ.) : 3362, 3384, 3388 et T.A. 613

Sénat : 51 et 60 (2006-2007)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. SOINS DE VILLE : LES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE CONVENTIONNELLE	9
A. POURSUIVRE UNE POLITIQUE DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES	9
1. <i>La convention médicale permet d'associer les professionnels de santé à la gestion du système de santé</i>	9
a) Des premiers résultats positifs	9
b) Perfectionner la maîtrise médicalisée.....	11
2. <i>Vers la création d'un secteur optionnel ?</i>	14
a) Les engagements pris dans le cadre de l'accord sur l'avenir de la chirurgie française	15
b) L'ouverture des négociations	16
B. CONFORTER UNE POLITIQUE DU MÉDICAMENT COURAGEUSE ET SOLIDAIRE	18
1. <i>Un plan d'économies ambitieux</i>	18
a) Des retards dans la mise en œuvre	18
b) Un renforcement du plan médicament	19
2. <i>Des actions claires pour responsabiliser les assurés et les laboratoires et favoriser la prise en charge des malades</i>	20
a) Rationaliser les dépenses	20
b) Favoriser l'accès aux médicaments.....	22
II. HÔPITAL : UNE ÉQUATION FINANCIÈRE À PLUSIEURS INCONNUES	23
A. PÉRENNISER LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS	23
1. <i>Un contexte financier difficile à appréhender</i>	23
a) Le secteur public hospitalier face à ses reports de charge	24
b) Interrogations sur la véritable rentabilité des établissements de santé privés	25
2. <i>La poursuite de la mise en œuvre de la tarification à l'activité</i>	26
a) Campagne tarifaire pour 2006 et objectifs 2007	26
b) Régulation et efforts de gestion	27
B. OPTIMISER LES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS	28
1. <i>Les dispositifs de contrôle d'optimisation des dépenses</i>	29
a) Le contrôle de la tarification à l'activité	29
b) Le recours à la maîtrise médicalisée des dépenses	30
2. <i>La convergence tarifaire est-elle encore possible ?</i>	31
a) La poursuite des efforts de convergence intrasectorielle	31
b) Vers l'abandon de la convergence intersectorielle ?	33

III. DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : CONSOLIDER LES COMPTES	36
A. QUATRE ANNÉES D'EFFORTS POUR REDRESSER LES COMPTES	36
1. <i>L'Ondam 2006 illustre les efforts accomplis dans la maîtrise de la dépense</i>	36
a) Quatre années pour maîtriser la dynamique de la dépense.....	36
b) L'exécution de l'Ondam 2006	37
2. <i>2006 : année de la régulation</i>	38
a) L'avis du comité d'alerte	38
b) Le plan de régulation.....	39
B. ONDAM 2007 : UN TEST DE RESPONSABILITÉ POUR LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU SYSTÈME SANITAIRE	41
1. <i>Les objectifs du Gouvernement</i>	41
a) Un Ondam 2007 ambitieux	41
b) La prise en compte des priorités de santé publique	42
2. <i>Les sous-objectifs de l'Ondam</i>	43
a) Les dépenses de soins de ville.....	44
b) Les dépenses hospitalières	45
c) Les dépenses médico-sociales.....	46
d) Les autres dépenses	47
TRAVAUX DE LA COMMISSION	49
• Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).....	49
• Audition de M. Jean-Michel LAXALT, président de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie (Unocam).....	55

Les propositions de la commission des affaires sociales pour la branche assurance maladie en 2007

Dans le domaine de l'assurance maladie, les principales réformes sont désormais en vigueur depuis deux ans (loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, qui modifie les conditions de financement des établissements de santé et instaure la T2A). L'action de la commission des affaires sociales s'inscrit dans le prolongement de ces mesures dont la mise en œuvre peut nécessiter quelques ajustements destinés à corriger des oublis ou des imperfections de jeunesse.

Les amendements qu'elle propose, à l'initiative de son rapporteur Alain Vasselle, poursuivent les objectifs suivants :

- **Favoriser l'utilisation des médicaments génériques** en réservant le bénéfice du tiers payant en pharmacie aux assurés qui acceptent la délivrance d'un médicament générique, sauf si la substitution leur pose des problèmes de santé particuliers.

Cette proposition découle d'une expérimentation mise en œuvre dans les Alpes-maritimes et à Paris, dont les premiers résultats font apparaître un taux de remplacement par les génériques proche de 65 %. Elle n'a pas pour objet de pénaliser les assurés qui bénéficieront toujours du remboursement de leurs médicaments, mais devrait jouer un rôle déclencheur pour les inciter à modifier leurs habitudes de consommation.

- **Compléter les règles de contrôle de l'activité des médecins, des établissements de santé et des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes :**

- en étendant le principe de la mise sous contrôle préalable des frais de transport et des arrêts de travail aux prescriptions abusives délivrées dans le cadre des accidents du travail et des maladies professionnelles ;

- en sanctionnant les établissements de santé qui ne transmettraient pas les données relatives à leur d'activité à l'agence régionale d'hospitalisation et à l'assurance maladie dans les délais réglementaires ;

- en incluant les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes dans la liste des personnes et des établissements pouvant être sanctionnés en cas de non respect du code de la sécurité sociale.

- **Confirmer le principe du contrôle du Parlement sur le financement, par l'assurance maladie, du fonds Biotox :**

- en prévoyant que des parlementaires siègent au conseil d'administration de cet établissement ;

- en s'opposant à ce que le montant de la dotation versée par l'assurance maladie à ce fonds échappe au domaine de la loi de financement de la sécurité sociale ;

- en limitant la participation de l'assurance maladie au financement de ce fonds à 50 % de ses ressources.

Mesdames, Messieurs,

A la fin de l'année 2007, le déficit de l'assurance maladie devrait être divisé par quatre par rapport au niveau qui était le sien en 2004, année de la réforme de l'assurance maladie.

Dans l'attente de la confirmation de cette hypothèse, il convient de souligner que les quatre années qui viennent de s'écouler ont été caractérisées par plusieurs réformes qui ont imprimé leur marque dans les deux grands secteurs du système sanitaire : les soins de ville et l'hôpital.

D'abord, depuis le début de l'année 2004, le recours à la tarification à l'activité qui se présente comme une réforme majeure du mode de financement des établissements de santé. Elle concerne tous les établissements, publics ou privés, qui exercent des activités de médecine, chirurgie ou obstétrique. Sa mise en œuvre progressive a d'ores et déjà nécessité l'adoption de mesures spécifiques dans les quatre lois de financement qui se sont succédé depuis lors, y compris le présent projet.

Mais la grande œuvre de la législature dans le domaine de l'assurance maladie reste la loi du 13 août 2004. Son ambition était de résoudre une équation posée, à des degrés divers, à l'ensemble des systèmes de soins des pays développés : comment assurer la dispense d'un « juste soin de qualité » aux assurés sans nourrir le sentiment d'un rationnement purement comptable. Sa réponse a consisté à proposer à la collectivité nationale d'investir dans un dispositif ayant fait la preuve de son efficacité chez nos voisins : le parcours de soins.

Les premiers résultats de ces réformes se sont fait sentir dès la fin de l'année 2005 lorsque l'Ondam a été respecté pour la première fois depuis 1997.

Dans le prolongement de ce résultat positif, l'examen des comptes de 2005 et 2006 met en évidence le ralentissement de l'évolution des dépenses, aussi bien dans le domaine des soins de ville qu'à l'hôpital.

Grâce à ces réformes, le Gouvernement est donc en passe de réussir son pari, d'imposer un nouveau paradigme : la maîtrise médicalisée des dépenses. Il répond ainsi à une recommandation longtemps émise par votre commission : la médicalisation de l'Ondam.

Pourtant rien n'est acquis. Le déficit du régime général de la sécurité sociale tel qu'il est évalué pour 2007 reste l'un des plus élevés de son histoire, tandis que la construction de l'Ondam pour la même année repose sur un plan d'économies ambitieux qui fait craindre de possibles dérapages en cours d'année.

Les défis à relever dans les années qui viennent seront encore nombreux. Il faudra poursuivre les réalisations déjà engagées en assurant le déploiement complet de la T2A et en confirmant les résultats obtenus grâce à la maîtrise médicalisée des dépenses.

D'autres chantiers devront être ouverts dont le moindre d'entre d'eux n'est pas celui du maintien de l'accès à des soins intégralement remboursables, sur l'ensemble du territoire.

I. SOINS DE VILLE : LES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE CONVENTIONNELLE

A. POURSUIVRE UNE POLITIQUE DE MAÎTRISE MÉDICALISÉE DES DÉPENSES

La refonte du cadre conventionnel voulue par les pouvoirs publics dans le cadre de la loi du 13 août 2004 (pouvoir de négociation reconnu au directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam), instauration d'un droit d'opposition, recours à un arbitre en cas de rupture des négociations) avait pour objet de tracer les contours d'un véritable partenariat entre les médecins et l'assurance maladie.

Ce partenariat se construit depuis lors autour d'un référentiel partagé : la maîtrise médicalisée des dépenses. Dix-huit mois après la signature de la première convention, un premier bilan peut être dressé.

1. La convention médicale permet d'associer les professionnels de santé à la gestion du système de santé

a) Des premiers résultats positifs

Dès le début de l'année 2005, le directeur général de l'Uncam a conclu un accord conventionnel avec les médecins. Il a ensuite poursuivi des négociations avec d'autres professions de santé, comme les pharmaciens d'officine¹, les chirurgiens-dentistes², les masseurs-kinésithérapeutes, les transporteurs sanitaires et devrait en entamer prochainement avec les infirmiers.

L'enjeu de ces négociations est multiple. Dans le cadre de la convention signée avec les médecins, dont la charge symbolique est la plus forte, il leur fallait à la fois fixer les règles de mise en place du parcours de soins, définir les mesures de revalorisation tarifaire pour les généralistes et les spécialistes et déterminer les engagements des médecins sur les thèmes de maîtrise médicalisée auxquels sont affectés des objectifs annuels quantifiés.

¹ Accord conclu le 29 mars 2006.

² Accord conclu le 11 mai 2006.

**Taux d'atteinte des objectifs conventionnels d'économies tous régimes
estimé par la Cnam pour l'année 2005**

Année	Objectifs 2005 ⁽¹⁾	Réalisations 2005 ⁽¹⁾	% atteinte des objectifs	Objectifs 2006 ⁽¹⁾	Réalisations 2006 ⁽¹⁾	Objectifs 2007 ⁽¹⁾
Antibiotiques	91	35	38 %	63	36	40
Statines	161	122	76 %	93	95	20
Psychotropes	33	11	33 %	13	13	13
Arrêts de travail (IJ)	150	432	288 %	190	230	80
ALD (prof. Santé libéraux)	340	88	26 %	292	71	146
ALD (établissements)	115	-	-	-	-	-
Médicaments génériques	55	33	60 %	25	-	20
AcBUS	53	0	0 %	59	-	59
Transport	-	-	-	38	0	30
IPP	-	-	-	28	12	20
IEC-sartans	-	-	-	-	-	80
Actes	-	-	-	-	-	30
Dispositifs médicaux	-	-	-	-	-	20
Total	998	721	72 %	791	475*	623

* Estimation août 2006

Source : Cnam

⁽¹⁾ en millions d'euros

Les premiers résultats obtenus en 2005 ne sont pas totalement à la hauteur des objectifs définis par la convention. Ils peuvent même apparaître comme relativement décevants. Cette première appréciation doit être toutefois pondérée au regard du contexte qui a présidé à la détermination de ces objectifs. Il apparaît clairement que les partenaires conventionnels, pressés de démontrer la pertinence de la maîtrise médicalisée, ont fait preuve d'une ambition initiale beaucoup trop grande pour une première application de mécanismes jusque-là inédits. Le délai nécessaire pour rendre opérationnel le dispositif conventionnel, qui n'a véritablement produit ses effets qu'à compter du deuxième trimestre de l'année 2005, peut également expliquer pour partie ces résultats mitigés.

En outre, leur manque d'homogénéité doit faire l'objet d'une analyse particulière. En effet, les économies réalisées sur les arrêts de travail représentent à elles seules presque 60 % du résultat final, alors que la promotion d'un meilleur usage de l'ordonnancier bizona, utilisé pour établir les prescriptions destinées aux malades atteints d'une affection de longue durée (ALD), tarde à produire ses effets.

La nécessité d'obtenir l'engagement continu des pouvoirs publics, de l'assurance maladie et des médecins pour poursuivre ces efforts sur le moyen terme est donc un autre enseignement à tirer de cette première expérience. La baisse des dépenses correspondant aux indemnités journalières comme le ralentissement des prescriptions de statines le confirment :

- les résultats spectaculaires (522 millions sur les derniers dix-huit mois) et immédiats obtenus par les partenaires conventionnels en matière d'**arrêts de travail** sont le fruit d'une action engagée avant la réforme de l'assurance maladie. A partir de celle-ci, les pouvoirs publics ont renforcé l'encadrement juridique et réglementaire, l'assurance maladie a systématisé les contrôles et développé des actions pédagogiques afin d'informer les acteurs sur les enjeux et les prescripteurs ont modifié leur comportement ;

- dans le domaine de la prescription des **statines**, les résultats obtenus la première année ont été inférieurs aux objectifs fixés, mais la persévérance des partenaires conventionnels, qui ne doit pas être interprétée comme une restriction de l'accès aux soins, produit des résultats très positifs en 2006 démontrant ainsi la nécessité de maintenir l'effort initial, tout en opérant les ajustements nécessaires au vu de l'expérience des années antérieures.

b) Perfectionner la maîtrise médicalisée

Dès 2006, les partenaires conventionnels ont prêté une attention plus grande à la faisabilité des objectifs annuels et c'est ainsi que l'objectif d'économies pour 2006 est fixé à 791 millions d'euros (- 20 % par rapport à l'objectif de 2005) et celle de 2007 à 623 millions d'euros (- 37 %).

Au total, une baisse tendancielle des dépenses de 2 milliards d'euros devrait être obtenue dans le cadre de la maîtrise médicalisée conventionnelle entre 2005 et 2007. Corrélativement à ces mesures, les dépenses de soins de ville connaissent un ralentissement très net par rapport aux années antérieures (1,5 % en 2006, après 3 % en 2005 et 4,3 % en 2004) et cet infléchissement provient en grande partie des économies réalisées sur les indemnités journalières et les produits de santé.

Toutefois, deux observations viennent pondérer ces résultats bruts.

Une partie des économies ainsi réalisées est reversée aux médecins sous forme de revalorisation tarifaire. Il s'agit là d'une contrepartie, sans aucun doute justifiée, de l'engagement des médecins dans la maîtrise médicalisée mais qui doit être prise en compte dans l'évaluation des résultats de la maîtrise médicalisée. L'évaluation réelle des résultats obtenus par la maîtrise médicalisée doit donc tenir compte des économies effectivement réalisées et minorer ce résultat du montant des revalorisations accordées aux professionnels de santé.

Revalorisation des honoraires médicaux

(en millions d'euros)

Tous régimes, y compris Dom	2005	2006*	2007*
Généralistes	147	264	167
Spécialistes	165	228	60
TOTAL	314	532	244

* Prévisions

La maîtrise médicalisée fait partie intégrante de la lutte contre les abus ou prescriptions inappropriées et de l'optimisation des dépenses. Là encore, le cas des arrêts de travail est exemplaire. Les résultats obtenus en 2005 et 2006 contrastent avec l'évolution des dépenses d'indemnités journalières constatée sur la période 1999-2003 : elles augmentaient alors de 9 % par an. L'action coordonnée des pouvoirs publics, de l'assurance maladie et des prescripteurs a permis de limiter les abus, mais une fois ces comportements anormaux sanctionnés, les marges d'économies réalisables dans ce cadre vont décroître mécaniquement.

La vie conventionnelle sous la menace d'un contentieux majeur

Le Conseil d'Etat est, singulièrement, un acteur inattendu des relations conventionnelles qu'entretiennent l'assurance maladie et les professionnels de santé. Avant 1993, il a ainsi annulé les actes d'approbation : des quatre conventions nationales conclues avec les chirurgiens-dentistes, des trois conventions de médecins (1971, 1980 et 1990), de la convention des pharmaciens de 1982, de la convention des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales de 1992, de la convention des infirmiers de 1992 ainsi que de nombreux avenants à ces textes. Instruit par cette expérience, le législateur a entre-temps jugé prudent d'éviter l'annulation contentieuse de la convention médicale de 1993 en lui assurant la protection d'une validation législative préventive (loi portant diverses modalités d'ordre social du 4 février 1995).

Cette liste, déjà fournie, a pourtant continué de s'allonger avec l'annulation de l'arrêté d'approbation des conventions médicales (généralistes et spécialistes) de mars 1997 par les arrêts *Syndicat des médecins de l'Ain et autres* (CE 3 juillet 1998) et *Confédération des syndicats médicaux français et autres* (CE 26 juin 1998), l'annulation d'une partie de l'arrêté d'approbation de la convention médicale (généralistes) du 26 novembre 1998 par l'arrêt *Syndicat des médecins libéraux et autres* (CE 14 avril 1999) et l'annulation d'une partie des dispositions du règlement conventionnel minimal du 13 novembre 1998 par l'arrêt *Syndicat des médecins libéraux et autres* (CE 28 juillet 1999).

En fait depuis 1971, date de la première convention conclue entre les médecins et l'assurance maladie, tous les principaux textes conventionnels ont été déférés au Conseil d'Etat et, depuis 1990, aucune convention médicale n'est parvenue à son terme.

A l'occasion de l'examen de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les pouvoirs publics, soucieux de rénover la vie conventionnelle, ont tiré les conclusions de cette situation et ont souhaité développer des dispositifs susceptibles de mieux associer aux négociations, les syndicats représentant les professionnels de santé.

La loi a donc conçu un mécanisme novateur : le **droit d'opposition majoritaire** qui permet d'éviter l'adoption de dispositions conventionnelles auxquelles serait opposée la majorité de la profession.

En conséquence, le dispositif juridique encadrant la signature et l'approbation d'une convention et de ses avenants, par les syndicats médicaux, répond à une logique double :

- la force juridique de la convention est acquise par la signature des organisations syndicales **représentatives** des médecins spécialistes ou des médecins généralistes (art. L. 162-5 et L. 162-33 du code de la sécurité sociale) ;

- l'exercice du droit d'opposition est ouvert à au moins deux organisations syndicales **ayant obtenu la majorité des suffrages** lors des élections professionnelles aux unions régionales des médecins exerçant à titre libéral (URML) (art. L. 162-15 du même code).

Conclue en janvier 2005, la convention régissant les relations entre les médecins et l'assurance maladie est le premier texte régi par ces nouvelles règles. Fait exceptionnel, elle a été signée par trois syndicats qui bénéficiaient de la représentativité accordée au titre de l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale et qui détenaient la majorité des suffrages exprimés lors des élections professionnelles intervenues cinq ans auparavant.

Stabilisée durant dix-huit mois, la vie conventionnelle a été ensuite bouleversée par le résultat des élections du 2 juin 2006. Les syndicats qui s'étaient précédemment opposés à la convention ont alors obtenu la majorité des suffrages exprimés.

Sans remettre en cause, bien sûr, les choix exprimés au travers de ce scrutin, il faut constater que cette situation met une nouvelle fois en exergue la fragilité du dispositif juridique sur lequel repose la vie conventionnelle. Elle laisse craindre le retour de contentieux à répétition, au risque de bloquer, pour plusieurs années, la vie conventionnelle, et ce au moment même où la maîtrise médicalisée des dépenses affiche ses premiers résultats positifs.

Un premier motif de contentieux est apparu à l'occasion de la signature des avenants 14 et 15 à la convention nationale (avenants portant sur la revalorisation de la visite médicale et les actes de stomatologie). Le 15 octobre, les syndicats MG-France et Espace généraliste, la fédération des médecins de France (FMF) et l'union collégiale des chirurgiens, médecins et spécialistes français (UCCMSF), ayant rassemblé 54,6 % des voix aux élections professionnelles, ont souhaité faire jouer leur droit d'opposition à l'encontre de ces avenants, les premiers soumis à l'approbation du ministre depuis le scrutin du 2 juin.

L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) a jugé cette opposition irrecevable au motif qu'elle n'avait pas été formulée dans les délais légaux d'un mois après la signature des avenants, c'est-à-dire avant le 9 septembre. Les opposants ont alors menacé, le 25 octobre dernier, de saisir le Conseil d'Etat et clairement affirmé leur intention d'user de leur droit d'opposition.

Cette première passe d'armes, a révélé le problème d'interprétation que posent les dispositions législatives en vigueur. En effet, deux modes de légitimation des syndicats coexistent désormais :

- le premier renvoie au caractère représentatif de ces organisations (l'article L. 162-33 du code de la sécurité sociale retient les critères suivants : effectifs, indépendance, cotisations, expérience et ancienneté du syndicat.) et aux droits qui en découlent, notamment la capacité de donner sa force juridique à la convention ;

- le second est lié au nombre de suffrages obtenus à l'occasion des élections professionnelles puisque ce résultat conditionne l'exercice du droit d'opposition.

Il y a donc bien conflit entre deux sources de légitimité distinctes : la représentativité déclarée par les pouvoirs publics d'un côté, les résultats des élections professionnelles, de l'autre.

Le droit actuel accorde donc un droit d'opposition à des organisations, dont la représentativité n'est pas reconnue par les autorités, mais qui disposent néanmoins de la capacité de s'opposer à un accord conventionnel auquel elles ne peuvent par ailleurs pas donner de force juridique, puisque la loi n'accorde cette faculté qu'aux conventions signées par des organisations représentatives.

Il résulte de la combinaison des articles L. 62-5 et L. 162-15 du code de la sécurité sociale une situation bien complexe que le Gouvernement n'a pas contribué à éclaircir. En effet, le décret pris en application de l'article 48 de la loi du 13 août 2004 ignore la distinction opérée par la loi entre les médecins, pour qui le droit d'opposition est ouvert en fonction des résultats électoraux, et les autres professions de santé, pour n'évoquer que les « *organisations syndicales représentatives* ».

Cette confusion juridique demande à être clarifiée

2. Vers la création d'un secteur optionnel ?

La fixation de l'Ondam par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a été l'occasion d'un début de polémique entre les médecins, l'assurance maladie et le Gouvernement. Les partenaires conventionnels ont craint, en effet, que le taux de progression des dépenses de soins de ville, fixé initialement à 0,8 %, ne permette pas de faire aboutir les négociations tarifaires prévues pour l'année 2007, portant notamment sur l'alignement du tarif des consultations des médecins généralistes sur celui des médecins spécialistes dont le coût est estimé à 500 millions d'euros.

Les enjeux de ce débat, loin d'être négligeables puisqu'ils intéressent plusieurs dizaines de milliers de praticiens, demeurent confinés dans un espace connu, la convention signée en janvier 2005.

Simultanément, les partenaires conventionnels ont entamé une négociation d'une tout autre dimension, susceptible de déboucher sur la création d'un nouveau secteur d'exercice : le **secteur optionnel** destiné à apporter une réponse à la crise que connaît aujourd'hui le secteur de la chirurgie. Ce débat a pour point de départ un accord sur l'avenir de la chirurgie française signé le 24 août 2004 entre l'Etat, l'assurance maladie et les syndicats médicaux.

a) Les engagements pris dans le cadre de l'accord sur l'avenir de la chirurgie française

La chirurgie française est confrontée à des difficultés croissantes qui résultent de la réduction du nombre d'étudiants choisissant cette spécialité, accroissement des écarts de revenus entre les chirurgiens exerçant leur activité en secteur 1 (tarifs opposables) et ceux pratiquant des honoraires libres (secteur 2). Soucieux de maintenir l'attractivité de la profession médicale, les pouvoirs publics, l'assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins spécialistes ont signé, le 24 août 2004, un protocole visant à améliorer la situation des chirurgiens exerçant en France. **Ce protocole comporte neuf engagements¹.**

Deux ans après la conclusion de cet accord, deux points font toujours l'objet d'une divergence d'appréciation entre les syndicats signataires et l'assurance maladie quant à la réalité des mesures prises pour respecter les engagements des pouvoirs publics :

- le premier concerne la réduction de la différence de rémunération entre les chirurgiens exerçant en secteur 1 et en secteur 2 ;

- le second est relatif au rétablissement d'un choix de secteur d'exercice pour les anciens chefs de clinique et assistants.

Le ministre de la santé et des solidarités a donc chargé l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) d'une mission d'évaluation des mesures engagées pour l'application du protocole du 24 août, dont les conclusions ont été rendues publiques en septembre 2006.

Deux éléments principaux ressortent de ce rapport.

D'une part, l'Igas considère que, depuis 2004 et conformément aux engagements pris par le Gouvernement et l'assurance maladie, les tarifs des actes chirurgicaux ont été revalorisés en moyenne de 25,1 % en secteur 1 et de 13,7 % en secteur 2. Encore faut-il préciser que ce constat n'est pas unanime, au sein même de la mission Igas : le professeur Henri Guidecelli, rapporteur du conseil national de la chirurgie, conteste ces données dans une annexe au rapport remis au ministre et considère que « *les hausses moyennes ne reflètent pas la réalité du terrain ; les actes revalorisés par la classification commune des actes médicaux (CCAM) sont les actes les plus lourds qui ne sont pas réalisés quotidiennement* ».

¹ Amélioration de la formation des internes en chirurgie, augmentation du nombre de postes d'internes en chirurgie, recomposition du paysage des plateaux techniques et modernisation des blocs opératoires, réduction de la différence de rémunération entre les secteurs 1 et 2, mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM), rémunération forfaitaire des astreintes au 1^{er} octobre 2004, limitation des charges financières d'assurance, mise en place en complément de la CCAM de forfaits modulables avec l'objectif de garantir une revalorisation effective des actes chirurgicaux de 12,5 % dès le 1^{er} octobre 2004, rétablissement d'un choix de secteur d'exercice pour les Acca..

D'autre part, l'Igas souligne que les engagements relatifs au rétablissement du choix de secteur d'exercice n'ont pas été respectés.

Ce dernier point cristallise le désaccord entre les différents signataires. Les syndicats médicaux souhaitent que les anciens chefs de clinique et assistants des hôpitaux puissent revenir sur leur choix de pratiquer des tarifs opposables (secteur 1) pour bénéficier, s'ils en émettent le souhait, d'un régime d'honoraires libres (secteur 2). Une telle disposition est contraire aux textes conventionnels, en vertu desquels le choix du secteur d'exercice s'effectue **lors de la première installation**.

La mise en œuvre de cette dérogation aux règles conventionnelles s'est heurtée à l'opposition du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) pour qui la remise en cause des règles actuelles est incompatible avec le maintien de l'accès à des soins chirurgicaux intégralement remboursables.

La création d'un secteur optionnel nouveau, évoquée dans la déclaration liminaire du protocole du 24 août 2004, devient donc la seule solution possible pour respecter les engagements souscrits à cette occasion.

b) L'ouverture des négociations

En l'état des dispositions législatives et réglementaires, la création d'un nouveau secteur d'exercice doit faire l'objet d'un accord entre les partenaires conventionnels auxquels pourrait être associée l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam). Dans les faits, la présence de l'Unocam est indispensable puisque les organismes complémentaires seront sollicités pour participer au financement des suppléments d'honoraires.

Compte tenu des enjeux, le ministre de la santé et des solidarités a tracé le cadre de cette négociation conventionnelle en indiquant d'une part, que l'ouverture du secteur optionnel ne saurait remettre en cause l'existence du secteur à honoraires libres, d'autre part, qu'en cas d'échec de la négociation, une **disposition législative créant un secteur optionnel serait introduite dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007**.

Réuni le 4 octobre dernier, le conseil de l'Uncam a défini les orientations à partir desquelles son directeur général pourra mener dans les meilleurs délais cette négociation tripartite. Il ressort de ces délibérations que les chirurgiens pourront percevoir, dans des conditions définies par la négociation, des compléments d'honoraires maîtrisés tant en nombre qu'en montant, en contrepartie d'engagements en termes de qualité. Le conseil considère en effet qu'il est indispensable d'articuler la création de ce secteur avec l'existence des secteurs 1 et 2.

Cette dernière exigence rend compte d'un double souci : d'une part, celui de permettre aux chirurgiens de secteur 2 qui le souhaiteraient d'exercer une partie de leur activité dans le cadre du secteur optionnel, sur le modèle des dispositions conventionnelles existant pour les médecins spécialistes intervenant à la demande du médecin traitant (option de coordination), d'autre part, celui de garantir un haut niveau d'accès aux soins facturés à tarifs opposables, c'est-à-dire permettre aux assurés ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire d'accéder à des actes chirurgicaux intégralement pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Ces orientations esquissent les contours d'un secteur dont le bénéfice est réservé aux **seules spécialités chirurgicales et non pas à l'ensemble des anciens chefs de clinique et assistants**. La détermination de la population potentiellement bénéficiaire est un enjeu central de la négociation puisque sur les 4.000 Acca exerçant en secteur 1, seuls 900 sont des chirurgiens.

L'examen des positions des différents partenaires fait apparaître une communauté de vue entre l'Uncam et l'Unocam. Cette dernière approuve la limitation de la négociation aux seuls chirurgiens et suggère que toute majoration de rémunération soit subordonnée à des engagements en termes de qualité des soins. La prise en charge financière d'un tel accord pourrait mettre à la charge de l'Uncam les cotisations sociales dues au titre de l'exercice médical en secteur optionnel, tandis que les assureurs complémentaires rembourseraient les compléments de rémunération versés par leurs assurés.

Les premières réunions n'ont pas permis d'aplanir les divergences d'approche, notamment sur la définition des bénéficiaires de ce secteur optionnel qui semble le point principal d'achoppement entre les parties.

Compte tenu de cette situation et de la détermination exprimée par le ministre, la question se pose donc de savoir si le Sénat aura à se prononcer sur les dispositions législatives visant à créer ce secteur optionnel.

Au-delà des méandres de la négociation, le secteur optionnel verra le jour dans un horizon proche, sa constitution devait être considérée comme déterminante pour l'avenir du système d'assurance maladie.

En effet, le protocole du 24 août 2004 et les négociations conventionnelles afférentes sont un premier pas pour sortir la chirurgie française de la crise qu'elle traverse. A elles seules, ces mesures ne suffiront pas et d'autres interventions des pouvoirs publics seront nécessaires, mais cette négociation contient une charge symbolique forte dans le message qu'elle adressera à la profession.

Par ailleurs, cette négociation est la première à laquelle l'Unocam se trouve partie prenante. Cette participation, loin d'être anecdotique, marque la place nouvelle occupée par les organismes complémentaires dans la prise en charge des dépenses d'assurance maladie. Elle constitue une étape supplémentaire dans le sens d'une meilleure articulation des interventions du régime obligatoire et des régimes complémentaires.

Enfin, cette négociation propose, à l'ensemble du système d'assurance maladie, une nouvelle manière de concilier le versement d'une rémunération plus attractive pour les médecins concernés et le maintien d'un accès à des soins pris en charge par la collectivité.

B. CONFORTER UNE POLITIQUE DU MÉDICAMENT COURAGEUSE ET SOLIDAIRE

Depuis le début de la législature, le Gouvernement a procédé à une refonte partielle de la politique du médicament. Les lois de financement ont constitué le cadre de ces réformes, notamment celles pour 2004 (encadrement des médicaments issus de la rétrocession hospitalière, simplification de la procédure d'inscription d'un médicament dans un groupe générique) ou celle pour 2006 (création d'un taux de remboursement à 15 %).

Le fil conducteur de cette politique est d'assurer l'équilibre financier de l'assurance maladie, d'une part, et de permettre aux assurés de bénéficier de nouveaux médicaments, d'autre part.

Dans ce contexte, la modulation du prix des médicaments en fonction de leur service médical rendu, la révision périodique de ces prix la promotion et des médicaments génériques sont les éléments constitutifs de la maîtrise des dépenses dans les domaines des produits de santé. Cette modération doit permettre de financer l'accès aux nouveaux médicaments et, notamment, aux molécules innovantes.

1. Un plan d'économies ambitieux

Pour accompagner la réforme de l'assurance maladie et faciliter le retour à l'équilibre des comptes, le Gouvernement a choisi de mettre en œuvre un plan d'économies sur le médicament pour la période 2004-2007.

a) Des retards dans la mise en œuvre

Initialement, ce plan prévoyait un montant d'économies estimé à 2,13 milliards d'euros, avec une montée en charge progressive sur les trois années auquel s'ajoutaient 180 millions d'euros de recettes liés à la majoration de la taxe sur la publicité et à la pérennisation de la contribution sur le chiffre d'affaires versé par les laboratoires.

Des programmes de maîtrise médicalisée sur le respect des règles de prise en charge à 100 % sur les ordonnanciers bizonnes, la promotion du générique, le bon usage des antibiotiques et la prescription des statines¹ complétaient ce dispositif particulièrement ambitieux au regard des montants évoqués (près de 3 milliards d'euros au total).

Les premiers résultats sont apparus comme décevants.

¹ Cf. tableau p. 10.

Selon les estimations de la Cour des comptes, 530 millions d'euros d'économies seulement auraient été réalisées sur les 900 millions prévus en 2005.

Le plan n'aurait pas permis d'inverser l'évolution des dépenses de produits de santé qui continuent d'évoluer sur un rythme dynamique (5 % en 2005¹), même si un infléchissement de près de trois points par rapport à la moyenne des évolutions constatées entre 1997 et 2003² (8 % par an) a été obtenu. Mais si la progression des dépenses de soins de ville est, dans l'ensemble, nettement inférieure à celle des années antérieures, la commission des comptes de la sécurité sociale souligne que cette progression reste « *au-dessus du taux d'évolution ayant prévalu à la fixation de l'objectif. Cet écart de 0,6 point entre le taux prévisionnel pour 2005 et celui de l'objectif s'explique notamment par le retard des économies attendues sur les médicaments (plan médicaments et maîtrise médicalisée des dépenses de santé).* »

b) Un renforcement du plan médicament

Ces premiers résultats partiels ont conduit le Gouvernement à renforcer le plan médicament à l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (déremboursement des médicaments à service médical rendu (SMR) insuffisant, poursuite de l'incitation à la consommation des génériques, baisse du prix des médicaments génériques) programmant ainsi près de 2,1 milliards d'économies sur les produits de santé pour l'année 2006.

Résultats du plan médicaments en 2006

(en millions d'euros)

Données tous régimes	Plan 2006	Prévisions juin 2006
Plan générique	1.370	680
Adaptation de la prise en charge -SMRI	420	340
Baisse de prix ciblés	170	170
Grands conditionnements	50	0
Gestion des tarifs des dispositifs médicaux	75	85
	2.085	1.275

Source : Cnam

¹ Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, septembre 2005, p. 12.

² Cour des comptes, rapport sur la sécurité sociale, septembre 2006, p. 46.

L'abandon du projet de généralisation des tarifs forfaitaires uniques (TFR) et le retard pris dans l'application des baisses de prix et de remboursements des médicaments à SMR insuffisant ont conduit à un impact moindre en 2006, que le comité d'alerte estime à 500 millions dans son avis du 31 mai 2006.

Malgré cela, l'année 2006 pourra sans doute être considérée comme un tournant en matière de dépenses de médicaments.

En effet, selon les informations publiées par la commission des comptes de la sécurité sociale en septembre 2006, « *les dépenses de médicaments connaissent cette année un net infléchissement avec une prévision d'évolution de l'ordre de - 0,8 %* ». Ce résultat, s'il se confirmait, traduirait pour la première fois non plus une baisse tendancielle des dépenses mais une véritable réduction des montants consacrés aux produits de santé.

Le Gouvernement a dû déployer des efforts importants pour obtenir ce résultat, dont la « *prévision reste néanmoins entachée d'incertitudes* ».

Considérant ces résultats comme encourageants, le Gouvernement a fait du plan médicament un axe fort de réduction des dépenses en 2007. 1,8 milliard d'euros d'économies sont prévus dans ce cadre, dont 1,7 au titre des mesures déjà décidées (effets reports des mesures 2006 et tranche 2007 du plan médicament) et 165 millions d'euros au titre des mesures nouvelles.

Au vu des deux premières années d'exécution, ce plan doit donner toute sa mesure pour atteindre les objectifs fixés dans ce domaine en 2007 : une baisse de 3,3 % des dépenses.

2. Des actions claires pour responsabiliser les assurés et les laboratoires et favoriser la prise en charge des malades

Les mesures proposées par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 illustrent parfaitement la politique menée par le ministre de la santé et des solidarités en matière de médicaments. Cohabitent dans ce texte, des dispositions destinées à optimiser les dépenses de médicaments assorties de garanties supplémentaires offertes aux assurés et d'autres dont l'objet est de rationaliser les dépenses.

a) Rationaliser les dépenses

Le Gouvernement développe depuis plusieurs années une politique active de promotion des médicaments génériques.

Engagée en 1999 avec la reconnaissance d'un pouvoir de substitution accordé aux pharmaciens, prolongée en 2002 dans le cadre d'un accord conventionnel incitant les médecins à établir leurs prescriptions en dénomination commune internationale (c'est-à-dire en utilisant le nom de la molécule et non le nom commercial du produit), cette politique de promotion du générique a connu une nouvelle impulsion avec l'accord signé, le

6 janvier 2006, entre l'assurance maladie et les trois principaux syndicats de pharmaciens. Cet accord fixe l'objectif de pénétration des génériques à 70 % du répertoire¹ d'ici la fin de l'année pour une économie estimée à 100 millions d'euros.

Cette politique a pour ambition de favoriser le développement des médicaments génériques dont la part sur le marché peut encore croître puisqu'en 2005, ils ne représentaient que 8,6 % du montant total des remboursements de médicaments et 14,6 % du volume consommé.

L'année 2006 est susceptible de marquer un tournant dans cette politique. En effet, à la suite de l'accord conventionnel conclu entre l'assurance maladie et les pharmaciens, des expériences locales ont vu le jour. Conclu par la caisse primaire d'assurance maladie des Alpes-Maritimes, un accord novateur prévoit que les assurés refusant la substitution (c'est-à-dire le remplacement du médicament princeps par son générique) se verront **refuser le bénéfice du tiers payant**. Cette démarche n'a pas pour objet de pénaliser l'assuré qui conserve l'intégralité de son droit au remboursement mais bien de le responsabiliser et de l'inciter à changer de comportement. Les premiers résultats ne se sont pas fait attendre. Le taux de délivrance des génériques dans les Alpes-Maritimes était de 52,8 % en novembre 2005. La caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) a signé un accord avec les syndicats de pharmaciens début 2006. L'objectif fixé au département des Alpes-Maritimes était d'atteindre 65,9 % en décembre 2006. Au mois de mars 2006, le taux de génériques était déjà passé à 65,1 %. En juin, la CPAM avait déjà dépassé son objectif de fin décembre 2006 de cinq points avec un taux à 71,1 %. Depuis le début du mois de juin, un accord similaire a été conclu entre les pharmaciens et la CPAM de Paris, avant d'être étendu très prochainement à deux départements de la région parisienne (Hauts-de-Seine et Essonne).

Cette politique en faveur de la promotion du générique n'est que la partie la plus médiatique d'une vaste action engagée par le Gouvernement depuis 2003 pour optimiser les dépenses de médicaments.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 comporte deux mesures qui s'inscrivent dans son prolongement, l'une relative à la fixation des indemnités versées en contrepartie de l'utilisation des médicaments bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation (article 35) et l'autre qui encadre les règles de publicité applicables aux dispositifs médicaux (article 38).

¹ Le répertoire des groupes génériques regroupe l'ensemble des spécialités pharmaceutiques de référence (médicaments de marque dit princeps) et leurs génériques.

b) Favoriser l'accès aux médicaments

Les économies résultant de cette politique permettent aux pouvoirs publics de proposer des mesures plus généreuses pour s'assurer que chaque malade bénéficie, au nom de la solidarité nationale, de la prise en charge des médicaments dont il a besoin :

- la première se rapporte à la décision du ministre de ne pas dérembourser complètement quatre-vingt-neuf médicaments pour lesquels la Haute Autorité de santé avait estimé qu'ils disposaient d'un service médical insuffisant. Constatant l'absence d'alternative thérapeutique, le ministère propose, pour quarante-huit d'entre eux¹, de maintenir un taux de remboursement à 35 % assorti d'une baisse des prix de 20 % que le comité économique des produits de santé devra négocier avec les laboratoires, tandis que les quarante et un autres médicaments seront remboursés à un taux de 15 % jusqu'au 31 décembre 2007, ainsi que le prévoit l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 ;

- la seconde concerne la prise en charge dérogatoire de certains produits ou prestations prescrits pour le traitement d'affections de longue durée ou de maladies rares. Le traitement de certaines maladies nécessite parfois l'utilisation de spécialités, produits ou prestations non remboursables par l'assurance maladie soit parce qu'ils ne figurent pas sur une liste prévue à cet effet, soit parce qu'ils sont remboursables dans le cadre d'une autre indication thérapeutique. Le présent projet de loi de financement propose d'accorder aux malades le bénéfice d'une prise en charge solidaire de ces médicaments.

¹ *Il s'agit des vasodilatateurs prescrits pour l'artérite et les troubles cognitifs de la personne âgée, produits sur lesquels la HAS a porté un jugement sévère en soulignant que leur efficacité était mal établie lors de leur mise sur le marché et qu'ils « n'ont pas prouvé en vie réelle et après des décennies d'utilisation, leur intérêt thérapeutique ».*

II. HÔPITAL : UNE ÉQUATION FINANCIÈRE À PLUSIEURS INCONNUES

Tout au long de la législature, l'hôpital aura fait l'objet de plusieurs réformes regroupées au sein du plan Hôpital 2007. Présenté à l'occasion de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, ce plan prévoit notamment un effort important en direction de l'investissement hospitalier, : 10 milliards d'euros sur la période, une réforme de la gouvernance des hôpitaux et la rénovation des modalités de financement des établissements de santé publics et privés avec l'introduction de la **tarification à l'activité** (T2A).

Cette dernière réforme, dont l'achèvement n'est prévu qu'en 2012, concentre toute l'attention et les efforts du Gouvernement et de la communauté hospitalière.

Elle intervient dans une période où la situation financière des établissements est difficile à évaluer. Elle est néanmoins indispensable si l'on souhaite optimiser et médicaliser le financement des établissements de santé.

A. PÉRENNISER LA RÉFORME DU FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ PUBLICS ET PRIVÉS

La complexité des règles qui président à la réforme de la tarification, et le fait qu'elles sont instaurées au moment même où les établissements de santé doivent également apprivoiser de nouvelles règles de fonctionnement (réforme de la gouvernance) ou de nouvelles modalités d'organisation de l'offre de soins (schémas régionaux d'organisation sanitaire de troisième génération, fixation d'objectifs quantifiés dans le cadre des contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements et les agences régionales d'hospitalisation) font peser des contraintes supplémentaires sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité. Après une campagne tarifaire 2005 éprouvante pour les établissements, le Gouvernement a choisi d'aménager les modalités de montée en charge de la T2A, sans pour autant introduire plus de transparence dans les modalités retenues pour les établissements de santé publics ou privés.

1. Un contexte financier difficile à appréhender

La Cour des comptes constate, dans son rapport pour 2006, « *que les informations comptables et statistiques permettant un suivi rigoureux des dépenses d'assurance maladie du secteur hospitalier sont d'une fiabilité très insuffisante* ». Cette situation a des répercussions « *tant sur les prévisions que sur le constat des réalisations, ce qui prive l'Ondam d'une grande partie de sa fonction de régulation* ». Elle fait obstacle à une présentation transparente de

la situation financière des établissements publics et privés et favorise les interprétations erronées sur la productivité ou la rentabilité de chacun des secteurs.

a) Le secteur public hospitalier face à ses reports de charge

Apprécier l'ampleur des reports de charges qui affectent la gestion des hôpitaux publics est un exercice délicat. Il repose sur des données parcellaires et pose un réel problème d'appréciation et de fiabilité.

• Dans son dernier rapport¹, le conseil de l'hospitalisation estime que **les reports de charges de 2003 sur 2004** ont atteint 714 millions d'euros et les reports de recettes 241 millions d'euros, soit un **solde négatif de 472 millions d'euros** contre 109 millions d'euros l'année précédente (440 millions d'euros de reports de charges et 331 millions d'euros de reports de produits). Les résultats budgétaires et comptables définitifs de l'année 2004 ont donc fait apparaître un quadruplement de ce solde négatif en une année et une situation plus dégradée que ne le laissaient envisager les résultats provisoires publiés en 2005² qui évaluaient ce report à 339 millions d'euros.

• **Les résultats provisoires de report de 2004 sur 2005 ont fait apparaître un solde négatif de 402 millions d'euros.** Le conseil de l'hospitalisation concluait son propos en estimant que, sous réserve de confirmation de ces données, cette évolution semble « *masquer en réalité une dégradation de la situation des établissements* ». En effet, des moyens non reconductibles, à hauteur de 412 millions d'euros, ont été alloués aux établissements hospitaliers courant 2004 afin d'apurer les reports de charges et les déficits d'exploitation.

Cette inquiétude est corroborée par la fédération hospitalière de France (FHF), qui établit annuellement une projection des reports de charges bruts.

La mise en place, en 2006, des EPRD (états des prévisions de recettes et de dépenses), pièce maîtresse de la réforme du régime budgétaire et comptable des établissements publics, devrait permettre de faire ressortir ces reports de charges dans les documents comptables et d'en connaître ainsi le montant exact.

Les premiers résultats de l'enquête sur les déficits des établissements de santé, lancée à cette occasion par la FHF, font apparaître un déficit cumulé proche d'un milliard d'euros en 2006 et de 700 millions en 2007. Ce montant est contesté par le ministre de la santé et des solidarités³, ses services estimant

¹ Rapport d'analyse et d'orientation de la politique de financement des établissements de santé, conseil de l'hospitalisation, juin 2006.

² Rapport du conseil de l'hospitalisation, juillet 2005, cité dans le rapport d'Alain Vasselle et Bernard Cazeau, *La dette sociale : mieux la connaître pour mieux l'affronter*, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, commission des affaires sociales, Sénat, n° 345, 2005-2006.

³ Assemblée nationale, troisième séance du jeudi 26 octobre 2006.

quant à eux que le report de charges net s'élèvera à 262 millions d'euros en 2006.

Il est difficile, dans ces conditions, de disposer d'une estimation objective de la situation financière des établissements de santé publics. Le sentiment d'une dégradation constante de leurs comptes est en tout cas largement répandu dans la communauté hospitalière publique.

Dans ce contexte, les centres hospitaliers universitaires (CHU) ont alerté les pouvoirs publics sur l'insuffisance des moyens financiers mis à leur disposition. Sur la base de projections partielles, concernant vingt-deux centres sur trente et un, la conférence des directeurs de CHU estime qu'il va leur manquer 244 millions d'euros pour boucler leur budget avant la fin de l'année.

b) Interrogations sur la véritable rentabilité des établissements de santé privés

Au cours du dernier trimestre 2006, les cliniques privées ont dû subir une baisse de 2,6 % de leurs tarifs. Cette régulation, décidée par le ministre de la santé, intervient après que **les dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements de santé privés lucratifs ont augmenté de 11 % en 2006 et de 14 % sur les dix-huit derniers mois**. Une telle progression des dépenses peut laisser croire que ces établissements sont les principaux bénéficiaires de la T2A, qu'ils portent seuls la responsabilité des dépassements de l'Ondam hospitalier en 2005 et 2006, voire de conclure que cette situation se traduit par des bénéfices importants pour leurs actionnaires.

S'il est trop tôt pour disposer d'un véritable bilan de l'impact de la T2A sur les résultats financiers des cliniques privées, une étude réalisée par la direction de la recherche et d'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé, sur un échantillon de 780 établissements¹, permet de faire le point sur l'évolution de leur situation économique et financière jusqu'en 2004.

Cette publication met en évidence l'augmentation du chiffre d'affaires des cliniques entre 2003 et 2004 (+ 7,7 % en 2004 contre + 8,6 % en 2003) et souligne une évolution plus forte pour les activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) que pour celles hors MCO. Cet accroissement du chiffre d'affaires est lié à la croissance du nombre d'entrées mais surtout aux hausses tarifaires intervenues en 2004. Les résultats 2005 et 2006 confirmeront sans doute cette évolution. Mais, malgré cette activité en progression, la Drees souligne dans cette même étude **qu'en 2003 plus d'une clinique sur trois était déficitaire et que la rentabilité moyenne des établissements privés n'a pas dépassé 1,8 % du chiffre d'affaires en 2004**.

¹ Conseil de l'hospitalisation, rapport 2006 précité.

Un certain nombre de cliniques privées sont donc dans une situation financière fragile. Cette appréciation globale, qui infirme les appréciations trop rapidement avancées sur la rentabilité financière supposée du secteur, doit être toutefois nuancée en fonction de la taille des établissements et de la structure de leur actionnariat. Les établissements qui rencontrent le plus de difficultés sont les cliniques « traditionnelles » gérées par des médecins actionnaires. Les établissements de santé organisés en groupes structurés, situation qui se développe en France dans d'autres pays européens (Suède, Espagne), connaissent des résultats financiers très supérieurs, à l'instar de la Générale de santé, propriétaire de plus de 160 cliniques, dont le bénéfice net semestriel de 2006 est en hausse de 68 %.

La fragilité financière des petits établissements se traduit par une profonde restructuration du secteur hospitalier privé, entamée depuis maintenant presque quinze ans. Au cours de cette période un quart des établissements a disparu tandis que la proportion de cliniques ayant un chiffre d'affaires supérieur à 15 millions d'euros est passée de 4 % à 12 %.

2. La poursuite de la mise en œuvre de la tarification à l'activité

Dès l'origine, la mise en œuvre de la T2A était conçue comme progressive sur une période de huit ans, entre 2004 et 2012. Ce délai n'a rien d'exceptionnel et des transitions comparables ont été ménagées dans la plupart des pays qui ont fait basculer le financement des établissements de santé vers une tarification fondée sur l'activité. Cette montée en charge progressive est rythmée par des étapes dont la plus symbolique prévoit que 50 % des établissements de santé publics, au moins, devront être financés de cette manière en 2008.

a) Campagne tarifaire pour 2006 et objectifs 2007

Après une campagne tarifaire 2005 qui avait provoqué le mécontentement des acteurs du monde hospitalier, le Gouvernement s'est attaché à exécuter la campagne 2006 en consolidant les acquis de la réforme et en se gardant de déstabiliser à nouveau les établissements de santé.

Cette campagne se caractérise par la poursuite de la montée en charge de la T2A, **la fraction des activités des établissements publics financés à l'activité étant portée de 25 % en 2005 à 35 % en 2006 avant d'atteindre 50 % en 2007.**

Le Gouvernement, soucieux de contenir l'évolution des dépenses d'assurance maladie pour les activités MCO, a baissé les tarifs applicables aux établissements de santé publics et privés de 1 % à compter du 1^{er} mars 2006.

La palette d'activités financées par l'intermédiaire des tarifs a été élargie au 1^{er} janvier 2006 aux prestations d'hospitalisation à domicile (HAD) qui sont désormais facturées dans leur intégralité sur la base de tarifs nationaux.

Par ailleurs, plusieurs mesures ayant reçu une validation législative¹ dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 sont venues modifier les conditions de mise en œuvre de la T2A.

La facturation des établissements de santé continuera à transiter par l'intermédiaire des agences régionales d'hospitalisation. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit que la transmission directe des flux sécurisés entre les établissements de santé et les caisses locales d'assurance maladie ne sera en œuvre qu'à compter du 1^{er} janvier 2009 (art. 39).

Toujours en 2007, le coefficient de haute technicité qui permet, pour les établissements privés, d'assurer la transition vers le nouveau mode de financement par des tarifs nationaux sera progressivement supprimé et intégré dans les tarifs.

Enfin, un amendement adopté par l'Assemblée nationale autorise le Gouvernement à **expérimenter de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite** ou de réadaptation fondés sur leurs activités (article 39 *sexies*).

L'ensemble de ces mesures permet de poursuivre la montée en charge de la T2A et de corriger ses imperfections de jeunesse au cours d'une période de réglage que la Cour des comptes estime à cinq ans².

b) Régulation et efforts de gestion

L'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) rassemblant l'ensemble des activités financées par tarifs est désormais régulé par un dispositif de type prix/volume (la baisse des tarifs doit compenser l'augmentation des volumes).

Ce dispositif a été mis en œuvre pour la première fois au cours de l'exercice 2006, qui **a vu le Gouvernement procéder à trois régulations *infra* annuelles** :

- la première en mars, au moment de la publication des tarifs qui ont subi une baisse homothétique dans les deux secteurs de 1 %. Cette baisse des tarifs n'entraîne pas nécessairement une baisse, à due concurrence, des ressources des établissements. En effet, la baisse des tarifs doit être corrélée aux augmentations de volume des années 2005 et 2006 (6 % sur deux ans) ;

¹ Ordonnance 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 et loi 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

² La sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2006, p. 200.

- la deuxième le 1^{er} septembre, pour intégrer dans les tarifs certains dispositifs médicaux implantables, antérieurement facturés en sus des tarifs de prestations. Soixante tarifs cible ont été revalorisés ;

- la troisième, la plus symbolique, a été décidée le 1^{er} octobre : c'est la première qui met en œuvre une baisse des tarifs pour contenir un éventuel dépassement de l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO).

La croissance des activités des cliniques privées étant susceptible d'engendrer un dépassement de l'ODMCO estimé à 300 millions d'euros, le Gouvernement a été amené à procéder à une **baisse de 2,6 % des tarifs** applicables aux établissements privés lucratifs. L'économie attendue de cette baisse des tarifs est de 60 millions d'euros sur 10 milliards de chiffre d'affaires. Elle s'appliquera pendant les trois derniers mois de l'année. Dès le début de l'année 2007, les tarifs reviendront à leur niveau actuel.

Dans le même temps, le ministre a choisi de geler 115 millions de crédits destinés aux hôpitaux publics dans l'attente des résultats complets du premier semestre 2006.

Les modalités de la régulation opérée par le Gouvernement à cette occasion permettent de constater qu'au sein d'un même objectif, l'ODMCO, les pouvoirs publics procèdent à une analyse distincte de l'évolution des dépenses des établissements publics, d'un côté, et des établissements privés de l'autre.

Outre l'emploi de ces mécanismes de régulation, somme toute normaux dans le cadre de la T2A, le Gouvernement définit progressivement la contribution des établissements de santé, et plus particulièrement des établissements de santé publics, à la réduction des déficits de l'assurance maladie.

Conscients que l'amélioration de la gestion hospitalière est un enjeu majeur de la maîtrise des dépenses, les pouvoirs publics ont mis en œuvre, après quelques tâtonnements sur la méthode, **un plan d'amélioration de la politique des achats à l'hôpital qui doit se traduire par 850 millions d'euros d'économies d'ici à 2007.**

Après avoir fixé à 150 millions l'effort d'économie pour 2005, **le ministère a fait le choix, pour les campagnes 2006 et 2007, d'intégrer les efforts d'économies dans le calcul des dotations et des tarifs.** C'est ainsi que 560 millions d'euros d'économies ont été prévus dans l'Ondam 2006 et 480 dans l'Ondam 2007.

B. OPTIMISER LES DÉPENSES DES ÉTABLISSEMENTS

Au-delà des outils de régulation comptable mis en œuvre dans le cadre de l'Ondam, les pouvoirs publics se doivent d'engager des politiques d'optimisation des dépenses des établissements des dépenses de santé.

1. Les dispositifs de contrôle d'optimisation des dépenses

Cette recherche de l'optimum passe par le développement de mécanismes classiques, comme le contrôle de l'activité, ou par l'adaptation à l'hôpital des outils de la maîtrise médicalisée déjà utilisés par la médecine de ville. Ce thème fait d'ailleurs l'objet d'une attention soutenue du Sénat depuis maintenant plus de trois ans.

a) Le contrôle de la tarification à l'activité

Les expériences étrangères montrent sans ambiguïté la nécessité de mettre en place sans tarder des procédures de contrôle de la T2A. Trois thèmes doivent particulièrement retenir l'attention : le risque d'une sélection des patients ou, *a contrario*, d'une inflation du nombre des admissions, les risques de falsification du codage des pathologies pour bénéficier d'un financement plus avantageux¹, la baisse de la qualité des soins ou le recours au report de charges.

La procédure de contrôle a tardé à être mise en œuvre, mais le décret du 16 mars 2006 formalise ce dispositif autour de trois points principaux :

- le programme de contrôle régional est défini par la commission exécutive (Comex) de chaque ARH ;
- le contrôle est assuré par une unité de coordination régionale (UCR), composée de médecins et placée sous la responsabilité d'un médecin conseil. Cette unité est placée auprès de la Comex de l'ARH ;
- le barème de sanction est défini en fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par l'établissement par rapport aux sommes dues.

S'il est impossible de contrôler chaque année la totalité des établissements de la région, les contrôles ne seront pas pour autant organisés selon une base aléatoire : leur déclenchement reposera sur l'exploitation des données de facturation exploitées par l'assurance maladie.

La base de données de l'assurance maladie, c'est-à-dire le système national d'information interrégimes de l'assurance maladie (SNIIR-AM), et le Datim (dépistage des atypies de l'information médicale), outil informatique développé par l'agence technique d'information hospitalière (Atih), permettront de détecter d'éventuelles anomalies dans les déclarations d'activité transmises par les établissements de santé.

¹ Procédé DRG Creep dans la littérature hospitalière.

Schématiquement, ces outils fonctionneront sur le principe de tests statistiques comparant la valeur nationale d'un indicateur à la valeur de ce même indicateur observée dans un établissement donné. Cette recherche permettra de réunir des indices susceptibles de déclencher un contrôle sur pièces et sur place dans les établissements dont l'activité présenterait des anomalies.

A la fin du premier semestre 2006, la Cnam estimait que sur 1.400 établissements concernés par la T2A, 110 ne présentent aucune anomalie de facturation, tandis que 300 d'entre eux en ont commis. Il convient toutefois de rester prudent sur les conclusions à tirer de ces premiers résultats.

Depuis leur mise en place, les UCR ont d'ores et déjà procédé au contrôle de 310 établissements (170 établissements publics ou participant au service public et 140 cliniques). Aucune sanction n'a été prononcée à cette occasion, cette première vague de contrôle ayant été conçue comme une action pédagogique à destination des établissements.

b) Le recours à la maîtrise médicalisée des dépenses

Plusieurs ébauches d'un **nouvel axe d'optimisation des dépenses hospitalières** ont été esquissées à l'occasion de l'année 2006 ; elles doivent déboucher sur la mise en œuvre de plusieurs actions de maîtrise médicalisée des dépenses hospitalières.

Cette démarche s'appuie sur les dispositions de l'article 13 de la loi du 13 août 2004 qui autorise la conclusion d'accords-cadres.

Un premier accord concernant le bon usage des antibiotiques a été signé le 26 janvier 2006, l'objet de cet accord étant d'améliorer la prescription des antibiotiques dans les établissements de santé. Cet objectif répond à la fois à un fort intérêt de santé publique et à un souci de maîtriser les dépenses. Une partie des sommes ainsi économisées peut être ensuite reversée à l'établissement.

Des négociations sont en cours pour la signature de deux autres accords-cadres, l'un sur la prescription en dénomination commune internationale (promotion des médicaments génériques), l'autre sur la prescription de statines. Ces trois thèmes font déjà l'objet d'accords conventionnels dans le secteur des soins de ville où les économies cumulées entre 2005 et 2006 s'élèvent à environ 300 millions d'euros.

D'autres dispositifs de maîtrise médicalisée doivent être implantés à l'hôpital, votre commission ayant pris l'initiative de faire adopter des mesures législatives ou d'émettre des recommandations en ce sens.

C'est ainsi que **le Sénat a inséré dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 un article additionnel prévoyant l'identification individuelle des médecins hospitaliers.** Cette identification doit permettre aux caisses d'assurance maladie de disposer d'un tableau individualisé des

prescriptions hospitalières sur le modèle des informations dont elles disposent pour les médecins de ville. Cette information permet un suivi individualisé des objectifs conclus dans le cadre de la maîtrise médicalisée et permet aux délégués de l'assurance maladie d'informer régulièrement les médecins sur les caractéristiques et les inflexions de leur mode de prescription.

Prolongeant cette réflexion sur la nécessité d'introduire à l'hôpital les principes appliqués à la médecine de ville, **la mission d'information sur la sécurité sanitaire des médicaments a recommandé que la charte de la visite médicale conclue entre les laboratoires pharmaceutiques et le comité économique des produits de santé (CEPS) soit étendue à l'hôpital.**

L'intention du Sénat n'était en aucun cas de stigmatiser les praticiens hospitaliers ni de remettre en cause la qualité de leur pratique mais bien de leur proposer de rejoindre un mouvement d'optimisation des dépenses qui produit ses premiers effets en ville. Les praticiens hospitaliers ont un rôle considérable à jouer dans la promotion des principes de la maîtrise médicalisée car leurs prescriptions influencent celles des médecins de ville qui sont souvent amenés à les reconduire à la demande des patients.

2. La convergence tarifaire est-elle encore possible ?

Le processus de convergence des tarifs est un axe fort de la réforme du financement des établissements de santé. Son ambition affichée est de réduire les disparités de ressources constatées entre les établissements de santé produisant une même activité de soins. Elle se présente sous la forme de deux dispositifs parallèles : d'une part, la convergence propre à chaque secteur, public ou privé, dite convergence intrasectorielle ; d'autre part, la convergence intersectorielle dont l'objectif initial est de disposer à terme d'une seule grille tarifaire pour l'ensemble des établissements de santé publics et privés¹.

a) La poursuite des efforts de convergence intrasectorielle

Le processus de convergence intrasectorielle a été entamé dès les premiers mois de mise en œuvre de la T2A, c'est-à-dire en 2004 pour les établissements publics et en 2005 pour les établissements privés.

Censée s'achever en 2012, après une phase intermédiaire à 50 % prévue pour 2008, cette convergence s'opère progressivement selon des mécanismes propres à chaque secteur.

• **Pour les établissements publics financés par dotation globale**, le processus de convergence repose sur une mise en place progressive des nouvelles modalités de financement. Ces dernières sont constituées sous forme

¹ La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a précisé que le processus de convergence doit permettre de tendre vers l'équité des tarifs « dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes ».

de forfaits et de tarifs de séjours principalement, dont la part augmente régulièrement dans le budget des établissements, et sur le maintien dégressif d'un financement qui prend la forme d'une dotation annuelle complémentaire. C'est ainsi que la part financée à l'activité s'élevait à 10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006 et sera fixée à 50 % en 2007. La Cour des comptes estime que « *la fraction de 25 % correspond en réalité à une part de 19,4 % du financement MCO* » en 2005, tandis que « *pour 2006, la fraction de 35 % correspond à une part de 28,6 %* ». Cet écart s'explique par les modalités de calcul retenues pour valoriser cette fraction.

Ce modèle de convergence n'a pas lieu d'être pour le secteur privé puisque ces activités sont financées à 100 % par l'intermédiaire de la T2A depuis le 1^{er} mars 2005.

• **Pour le secteur privé**, le processus de convergence défini par la loi fixe comme objectif de réduire chaque année le coefficient de transition de chaque établissement pour qu'il atteigne au plus la valeur 1, avec un objectif de réduction de la valeur de ce coefficient de 50 % en 2008. En 2005, lors de l'entrée en vigueur de la T2A, cette convergence a été mise en œuvre sur un rythme linéaire de 1/7^e.

Au cours de la campagne 2006¹, les directeurs des agences régionales d'hospitalisation ont eu la possibilité d'accélérer le taux de convergence fixé au niveau national au profit des établissements sous-dotés. Cette accélération devant être réalisée dans le respect de la neutralité financière, les sommes supplémentaires versées à ces établissements (sous-dotés) sont prélevées sur les établissements dont le coefficient de transition est supérieur à 1 (surdotés).

Après deux années de convergence dans le secteur privé, le bilan est positif. La possibilité offerte aux ARH d'augmenter le rythme de la convergence a permis de gagner un an. Si avant la campagne tarifaire 2006, sur 1.213 établissements concernés, seuls 31 (soit 2,6 %) avaient un coefficient de transition égal à 1, à l'issue de la campagne tarifaire, 136 avaient terminé leur convergence (soit 11,2 %).

La relative fluidité avec laquelle se déroule le processus de convergence dans le secteur privé s'explique par le fait qu'environ 88 % des établissements du secteur se situent dans une fourchette de plus ou moins 10 % de l'objectif moyen à atteindre.

Les effets de redistribution financière entre les établissements considérés comme surdotés et ceux considérés comme sous-dotés, tout comme les efforts à accomplir pour atteindre l'objectif fixé par le législateur, sont tout à fait soutenables pour ces établissements, dont l'activité croît régulièrement.

¹ Article 43 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Processus de convergence : les montants financiers en jeu

Pour chaque secteur pris séparément, les montants financiers en jeu sont les suivants :

- dans le secteur des établissements antérieurement financés par dotation globale, la redistribution à la moyenne porte sur 1,19 milliard d'euros prélevé sur les établissements surdotés (42 % des établissements, - 7,2 % de leur budget initial) et réaffectés aux établissements sous-dotés (58 % des établissements, + 7,8 % de leur budget initial) ;

- dans le secteur privé, la redistribution à la moyenne porte sur 137 millions d'euros prélevés sur les établissements surdotés (55 % des établissements, - 4,7 % de leurs recettes initiales) et réaffectés aux établissements sous-dotés (45 % des établissements, + 7,8 % de leur budget initial).

Source : Cour des comptes - Septembre 2006

La situation semble plus critique dans le secteur public, où d'une part, les enjeux financiers sont plus importants, et où d'autre part, moins de 60 % des établissements se situent dans une fourchette de plus ou moins 10 % de l'objectif moyen à atteindre.

Pour aider les établissements en difficulté, le Gouvernement a prévu pour 2006 une enveloppe d'aide à la contractualisation, dite marge de manœuvre régionale, dont le montant est fixé à 174 millions d'euros. Cette aide doit permettre aux agences régionales d'hospitalisation de soutenir les établissements dans leurs efforts d'adaptation aux réformes et de retour à l'équilibre. Compte tenu de la fragilité financière du secteur public, des incertitudes subsistent sur sa capacité à réussir sa convergence intrasectorielle dans la période allouée tout en stoppant la dégradation des comptes constatée dans de nombreux établissements. L'interrogation majeure réside dans le fait de savoir si les acteurs hospitaliers publics sont prêts à engager les efforts nécessaires pour y parvenir et s'ils disposent des moyens idoines.

b) Vers l'abandon de la convergence intersectorielle ?

La mise en œuvre d'une convergence intersectorielle devant déboucher à terme, c'est-à-dire en 2012, sur la détermination de tarifs communs aux établissements de santé publics et privés, était incontestablement de l'aspect le plus novateur de la réforme. Le principe de cette convergence reposait sur une ambition forte, celle de favoriser la coopération entre les établissements publics sur un pied d'égalité financière, et sur un principe simple dans son expression : un même acte médical ou chirurgical doit être rémunéré au même prix dans tous les établissements publics ou privés.

Depuis l'origine, ce processus de convergence souffre de handicaps multiples.

Les modalités de la convergence n'ont pas été définies par la loi qui n'en fixe que l'échéance finale en 2012 et une échéance intermédiaire, à 50 %, en 2008.

L'ampleur de l'écart à réduire ne fait l'objet d'aucune analyse partagée par les différents acteurs et, *a contrario*, se trouve être un sujet de polémique récurrent entre le secteur public et le secteur privé.

Son principe essentiel, c'est-à-dire l'objectif tarifaire à atteindre qu'il s'agisse d'une convergence vers les tarifs les plus bas, donc les plus performants, ou vers les tarifs moyens, fait aujourd'hui l'objet de nombreuses interrogations.

Dans ce contexte, le Gouvernement avait décidé en 2005, conformément aux recommandations émises par le conseil de l'hospitalisation, d'entamer le processus de convergence intersectorielle par une différenciation des évolutions tarifaires propres à chaque secteur, au profit du secteur privé réputé moins cher (majoration de 1,29 % de ses tarifs) qui se traduisait par un transfert du secteur public vers le secteur privé d'un montant de 35 millions d'euros.

En 2006, le ministre a décidé de suspendre temporairement le processus de convergence, considérant qu'il était impossible de poursuivre cette démarche tant que l'ensemble de ces paramètres ne seraient pas clairement définis.

Pour ce faire, une batterie d'études et d'analyses a été commandée. Cette situation fait apparaître en creux un relatif manque de préparation de la réforme puisque aucune étude de coûts n'existait pour le secteur privé et qu'en conséquence, aucune étude comparative entre les coûts du secteur public et ceux du secteur privé ne pouvait être mise en œuvre. Cette situation est d'autant plus navrante que « *le besoin de disposer d'un échantillon représentatif d'établissements [privés] sur lesquels calculer les coûts des GHM a été exprimé dans les rapports auxquels les deux expérimentations d'une tarification à la pathologie ont donné lieu (1995 et 2002)¹ ».*

Dans ce contexte, un débat s'est engagé *de facto* sur les conditions de poursuite de ce processus de convergence. Successivement, plusieurs voix² se sont fait entendre **pour que la convergence ne s'effectue plus vers les tarifs moyens mais vers les tarifs des établissements les plus performants.**

¹ *La sécurité sociale, Cour des comptes, septembre 2006, p. 183.*

² *Parmi lesquelles on peut citer le rapport d'information publié par votre commission des affaires sociales (La tarification à l'hôpital : la réforme au milieu du gué, Alain Vasselle, Sénat n° 298, avril 2006) et l'étude de la Cour des comptes (Enquête sur la mise en œuvre de la réforme du financement des établissements de santé publics et privés, mai 2006).*

La Cour des comptes a prolongé cette réflexion en précisant que cette démarche doit s'appliquer d'une part « *à des tarifs uniques, complets, incluant en particulier l'ensemble des charges de personnels ou d'honoraires, à l'exception des produits facturables en sus* », d'autre part, « *à des tarifs homogènes, ce qui nécessite que soient préalablement éliminés les facteurs éventuels de disparité tenant à la nature des prestations délivrées par chacun des secteurs* ».

Si un consensus s'établit facilement sur cette dernière proposition, les deux précédentes ne semblent pas recueillir l'assentiment des acteurs hospitaliers.

En l'état, le processus de convergence intersectorielle est en panne et cette situation soulève des craintes légitimes quant à la capacité ou la volonté des autorités sanitaires de le voir se poursuivre dans les conditions prévues initialement.

L'ajustement des conditions de la convergence voulu par la loi de financement pour 2005, la multiplication des études sur les écarts de coût et leur justification sont autant d'éléments de nature à paralyser le processus de convergence, ou à le vider de son sens, au risque de conduire à une situation qui figera les rentes de situation à l'intérieur de chaque secteur et permettra le maintien d'un écart très significatif entre les tarifications respectives des établissements publics et aux établissements privés.

III. DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE : CONSOLIDER LES COMPTES

Selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale présentées en septembre 2006, le déficit du régime général d'assurance maladie devrait s'établir à 6 milliards d'euros à la fin de l'année 2006.

Après avoir atteint son plus haut niveau en 2004, 11,6 milliards d'euros, il aura ainsi été réduit de 5,6 milliards d'euros en deux ans. Cette évolution favorable apporte une contribution décisive à la diminution du déficit du régime général de la sécurité sociale, même si celui-ci demeure élevé (9,7 milliards d'euros).

A. QUATRE ANNÉES D'EFFORTS POUR REDRESSER LES COMPTES

1. L'Ondam 2006 illustre les efforts accomplis dans la maîtrise de la dépense

a) Quatre années pour maîtriser la dynamique de la dépense

Sur cinq années, de 1998 à 2002, le dérapage entre l'objectif voté et l'objectif réalisé n'a cessé de croître : 1,5 milliard d'euros en 1998, 1,6 milliard en 1999, 2,7 milliards en 2000, 3,1 milliards en 2001 et 3,9 milliards en 2002. Le dérapage cumulé de ces cinq années s'élève ainsi à 12,8 milliards d'euros.

Taux de l'Ondam voté et réalisé

(en milliards d'euros)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006*	2007
Ondam voté	91,5	93,6	96,0	100,4	105,7	112,8	123,5	129,7	134,5	140,7	144,6
Ondam réalisé	91,4	95,1	97,6	103,0	108,8	116,7	124,7	131,0	134,9	141,3	
Dépassement	- 0,1	1,5	1,6	2,7	3,1	3,9	1,2	1,3	0,4	0,7	

*prévisions

Entre 2003 et 2006, l'écart entre l'objectif voté par le Parlement et celui réalisé s'est réduit dans de fortes proportions, pour n'atteindre, en cumulé, que 3,6 milliards d'euros.

En 2005, l'Ondam a été respecté pour la première fois depuis 1997.

Taux de l'Ondam voté et réalisé

(en pourcentage)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Ondam voté	1,7	2,4	1,0	2,9	2,6	4,0	5,3	4,0	3,2	2,5	2,6
Ondam réalisé	1,5	4,0	2,6	5,6	5,6	7,2	6,4	5,2	3,2	2,7*	

*prévision

A partir de 2005, la mise en œuvre de la réforme a permis de réduire de moitié le déficit de l'assurance maladie entre 2004 et 2006 (de 11,6 milliards d'euros à 6 milliards d'euros) grâce à l'apport de recettes nouvelles et à un ralentissement très net des dépenses.

Cette décreue devrait se poursuivre en 2007, le projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoyant un solde négatif de 3,9 milliards d'euros en fin d'exercice.

b) L'exécution de l'Ondam 2006

L'Ondam 2006 constitue une bonne illustration des efforts engagés par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels pour enrayer la dynamique des dépenses de santé et confirme la nécessité de ne pas relâcher les efforts entrepris.

Son taux initial a été fixé à 2,5 %, soit une dépense prévisionnelle de 140,7 milliards d'euros. Le respecter n'était envisageable que grâce à la mise en œuvre d'un plan d'économies drastique. Deux postes principaux ont été sollicités pour dégager près de 2,8 milliards d'économies : les dépenses de médicaments, pour 2 milliards d'euros, et la maîtrise médicalisée conventionnelle, pour 790 millions d'économies.

Prévision d'exécution Ondam 2006

	Prévision		Exécution	
	Montant	Evolution	Montant	Evolution
Soins de ville	65,3	0,9 %	66	1,5 %
Ondam hospitalier	63,7	3,4 %	63,7	3,4 %
Ondam médico-social	10,9	6,6 %	11,0	6,6 %
Autres	0,7	-	0,6	-
TOTAL	140,7	2,5 %	141,3	2,7 %

Source : commission des comptes 2006 et PLFSS pour 2007

Selon les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale, le dépassement prévisionnel de l'objectif est désormais évalué aux alentours de 740 millions d'euros. L'Ondam 2006 a été rectifié en conséquence dans la deuxième partie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les dépenses étant arrondies à la centaine de millions près, cette rectification n'apparaît que pour 700 millions d'euros à la ligne « dépenses de soins de ville ».

Ce résultat n'en confirme pas moins le ralentissement sensible des dépenses de santé, déjà constaté en 2005.

- L'objectif retenu en matière de **soins de ville** (65,3 milliards d'euros) progresse de 1,5 % en 2006, ce qui représente un très net ralentissement par rapport aux années précédentes (3,1 % en 2005, 4,3 % en 2004, 6,2 % en 2003). Cette inflexion des dépenses est obtenue grâce aux efforts engagés par les pouvoirs publics et les partenaires conventionnels, depuis maintenant deux ans, sur deux postes principaux : les indemnités journalières et les médicaments. Néanmoins, un dépassement de 650 millions d'euros serait constaté dans ce secteur, essentiellement causé par les retards pris dans la mise en œuvre des mesures d'économies empêchant ainsi d'obtenir les résultats escomptés.

- Le **secteur hospitalier** est également la source d'un dérapage des dépenses, estimé aujourd'hui à environ de 200 millions d'euros, imputable aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique. La Cour des comptes considère que les causes du dépassement résident dans la construction même de l'Ondam hospitalier dont la base aurait été sous-estimée.

Un tel résultat, s'il venait à se confirmer lors de la clôture des comptes, illustrerait le ralentissement significatif de la progression des dépenses hospitalières pour lesquelles des dépassements notables avaient été enregistrés en 2004 (500 millions d'euros) et 2005 (669 millions d'euros)

- Enfin, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit la majoration de 100 millions de la contribution de l'assurance maladie aux « dépenses en établissements et services pour personnes âgées » pour 2006, et la réduction à due proportion des « dépenses relatives aux autres modes de prise en charge ».

2. 2006 : année de la régulation

a) L'avis du comité d'alerte

Réuni le 31 mai dernier, le comité d'alerte n'a pas jugé utile de mettre en œuvre la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004, considérant que le dépassement des dépenses pouvait être contenu dans la limite de 0,75 % du montant de l'Ondam, soit en volume environ 1 milliard d'euros.

Toutefois, sans constituer une alerte à proprement parler, l'avis publié à cette occasion avait valeur d'avertissement.

Le comité d'alerte rappelait en effet que l'Ondam pour 2006 a été construit sur l'hypothèse d'un montant d'économies de près de 2,8 milliards d'euros obtenus grâce au plan médicament et à la maîtrise médicalisée conventionnelle.

Dès le mois de mai 2006, le comité s'est inquiété de l'abandon de certaines dispositions envisagées lors de la construction de l'Ondam (TFR généralisé) et des retards pris dans l'application des mesures phares du plan (déremboursement des médicaments).

Il a estimé à cette occasion que ces abandons ou retards auront pour effet de réduire d'environ 500 millions les économies prévues sur le médicament en 2006 et qu'en conséquence *« c'est donc dans le domaine du médicament que le risque de dépassement de l'objectif (ambitieux) fixé pour 2006 est le plus grand »*. Il a également souligné que les économies attendues dans le domaine hospitalier (560 millions) ont été mise en œuvre avec retard.

En conclusion, le comité a estimé que les informations recueillies font apparaître un risque de dépassement de l'Ondam évalué à 600 millions d'euros. Il a considéré *« que le dépassement total peut être contenu dans la limite des 0,75 % (soit 1 milliard) fixée par l'article D. 114-1-0-7 du code de la sécurité sociale, au-delà de laquelle il doit notifier un avis d'alerte. Il a donc décidé de ne pas mettre en œuvre cette procédure à ce stade »*. Mais, *« la réalisation de l'objectif nécessite une inflexion supplémentaire de l'évolution des soins de ville et une grande vigilance dans le suivi des établissements de santé. »*

b) Le plan de régulation

En septembre 2006, pris en tenaille entre l'avis délivré par le comité d'alerte et le risque d'un dérapage important des dépenses d'assurance maladie, le Gouvernement a présenté un plan d'économies d'un montant de 350 millions d'euros.

Mesures d'économies annoncées le 5 septembre 2006

(en millions d'euros)

Objet de la mesure	Gain attendu
Limitation des marges de rétrocession (qui bénéficient aux établissements rétrocédant des médicaments)	15
Préparations magistrales (ajustement de leur remboursement, meilleur contrôle de la prise en charge)	10
Baisses de prix ciblées de médicaments sous brevet, notamment pour lutter contre le contournement du développement des génériques	20
Contribution exceptionnelle sur la distribution de gros de médicaments	50
Economie sur le fonds d'aide à la qualité des soins de ville	50
<i>Sous-total soins de ville</i>	<i>145</i>
Dotations hospitalières conservées en réserve de précaution	115
Baisse des tarifs des établissements de santé privés	60
Gel d'une partie de la dotation nationale de financement des réseaux	30
<i>Sous-total établissements de santé</i>	<i>205</i>
Total	350

Source : d'après le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2006

Ces mesures mêlent des mécanismes de régulation classiques tels que le gel de crédits devant être versés au FAQSV ou à la dotation nationale de financement des réseaux (80 millions d'euros) et la mise en réserve d'une partie de la dotation hospitalière. Il prend également des décisions novatrices avec la baisse temporaire (dernier trimestre 2006) des tarifs des établissements de santé privés qui constitue la première application de régulation prix/volume (la baisse des prix doit compenser la hausse de l'activité) depuis l'instauration de la tarification à l'activité.

La somme des économies effectuées dans le domaine hospitalier et du dépassement enregistré dans le tableau rectifié d'exécution de l'Ondam 2006 souligne que, sans ces mesures de régulation, le dépassement de l'Ondam hospitalier aurait été proche de 405 millions d'euros.

La mise en œuvre de ce plan, premier exemple de régulation infra-annuelle d'un objectif national de dépenses d'assurance maladie, a donc permis d'éviter la notification d'un avis d'alerte.

B. ONDAM 2007 : UN TEST DE RESPONSABILITÉ POUR LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU SYSTÈME SANITAIRE

L'Ondam 2007 est fixé à 144,8 milliards, soit une progression des dépenses de 2,6 % par rapport à l'année précédente. Il doit contribuer à la poursuite de la mise en œuvre de la réforme de 2004, ainsi qu'au redressement des comptes de l'assurance maladie dont le déficit devrait s'établir à 6 milliards en 2006 puis à 3,9 milliards en 2007, le déficit de la sécurité sociale devant, pour sa part, être ramené à 8 milliards d'euros.

1. Les objectifs du Gouvernement

L'Ondam 2007 sera le dernier de la législature. Certains observateurs l'ont qualifié d'optimiste¹, en soulignant que sa construction reposait sur un plan d'économies ambitieux dont la réalisation est par essence incertaine.

a) Un Ondam 2007 ambitieux

Contrairement à l'Ondam 2006, qui faisait l'objet d'importantes modifications de périmètres, le champ de l'Ondam 2007 demeure inchangé facilitant ainsi les comparaisons d'une année sur l'autre.

Cette affirmation doit être légèrement pondérée au regard de plusieurs opérations : la réévaluation à la hausse du montant du transfert aux collectivités territoriales des instituts de formations en soins infirmiers, la décision de ne pas prendre en base l'intégralité du dépassement prévu en 2006, la prise en compte d'un abattement lié à des mesures non reconductibles au sein du sous-objectif médico-social. Au total, la base 2007 est réduite d'un montant de l'ordre de 240 millions d'euros par rapport aux prévisions de réalisation de 2006.

Comme en 2006, la construction de cet Ondam repose sur des mesures d'économies, réparties entre les soins de ville et le secteur hospitalier, pour un montant global de 2,3 milliards d'euros.

¹ Cf. Auditions du directeur général de l'Uncam et du président de l'Unocam publiées en annexe du présent rapport.

**Impact des mesures nouvelles 2007 sur les comptes 2007
du régime général et de tous les régimes**

(en millions d'euros)

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies sur les dépenses d'assurance maladie	2.376	2.828
Mesures d'économies sur les soins de ville	1.992	2.371
Produits de santé hors maîtrise médicalisée	1.177	1.401
Hors produits de santé hors maîtrise médicalisée	50	60
Prescriptions hospitalières en ville	84	100
Maîtrise médicalisée	596	710
Lutte contre la fraude à la condition de résidence	84	100
Mesures d'économies sur les établissements de santé	384	457
Revalorisation du forfait journalier	84	100
Mise en œuvre des 18 euros	67	80
Économies du plan assurance maladie	233	277

Source : annexe 9 du PLFSS pour 2007

Les résultats du plan d'économies programmé en 2006 font apparaître des taux d'exécution proches de 70 % pour les mesures de maîtrise médicalisée conventionnelle et de 60 % pour le plan médicament, pour s'en tenir aux deux postes les plus importants. Ce bilan incite au scepticisme sur la possibilité de voir se réaliser l'ensemble des économies prévues, même grâce à d'éventuels effets reports.

De plus l'Ondam 2007 a été majoré de 200 millions lors de l'examen du texte par l'Assemblée nationale. Or, ce taux majoré se situe encore 0,4 % en dessous des résultats 2006, pour lesquels la commission des comptes avait salué la grande modération de l'évolution des dépenses de soins de ville.

Pour respecter les objectifs fixés par la loi, l'exécution de l'Ondam 2007 devra être particulièrement rigoureuse. Les mesures d'économies devront être applicables dès le 1^{er} janvier et les taux d'évolution des dépenses de santé devront être contenus.

Un premier jugement sur la pertinence des hypothèses contenues dans le présent projet de loi sera rendu, au plus tard le 1^{er} juin 2007, à l'occasion de la publication de l'avis relatif au respect de l'Ondam établi par le comité d'alerte.

b) La prise en compte des priorités de santé publique

L'Ondam n'est pas uniquement un agrégat regroupant l'ensemble des dépenses devant faire l'objet de mesures de régulation. Il a aussi pour fonction de contribuer à l'amélioration de la santé de nos concitoyens. Sa construction prend en compte des mesures spécifiques destinées à financer des priorités de santé publique et à favoriser l'innovation médicale.

En fonction des objectifs poursuivis et des opérateurs concernés, ces mesures sont intégrées dans les différents sous-objectifs.

C'est ainsi que le sous-objectif soins de ville concourt à la prise en charge de nouveaux actes médicaux ciblés sur certaines catégories de population (article 47) et sur l'accès aux molécules innovantes ou à de nouveaux produits de santé (article 35). Dans le même esprit, la dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville permet de délivrer des aides à la permanence des soins (financement des maisons médicales de garde) ou au parcours de soins (financement de l'expérimentation précédant la généralisation du dossier médical partagé).

Ces mesures en faveur de la santé publique font l'objet de crédits fléchés dans le cadre des sous-objectifs hospitaliers qui assurent tout ou partie du financement de plusieurs plans de santé publique (plan national de lutte contre le cancer, prise en charge des maladies rares, plan psychiatrie et santé mentale, plan urgences, plan périnatalité). Ils s'élèvent, en 2007, à 400 millions d'euros.

Le sous-objectif médico-social est, pour sa part, mis à contribution pour le financement du plan « maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ».

2. Les sous-objectifs de l'Ondam

Comme l'indique le tableau suivant, l'Ondam 2007 progresse globalement de 2,6 %. Toutefois, chaque sous-objectif connaît une évolution qui lui est propre.

**Ondam pour 2007 : construction par sous-objectifs
après examen du texte par l'Assemblée nationale**

(en milliards d'euros)

	Base 2007	Sous-objectifs	Taux d'évolution
1) Soins de ville	66,0	66,7	1,1 %
Total Ondam hospitalier	63,5	65,7	3,5 %
2) Etablissements de santé tarifés à l'activité	45,8	47,5	3,7 %
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	17,7	18,3	3,0 %
Total Ondam médico-social	11,0	11,7	6,5 %
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,4	4,7	8,0 %
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	6,6	7,0	5,5 %
6) Autres prises en charge	0,6	0,7	7,6 %
Ondam Total	141,1	144,8	2,6 %

Source : ministère de la santé et des solidarités

a) Les dépenses de soins de ville

Ce sous-objectif regroupe deux grandes catégories de dépenses : d'un côté, les honoraires des professionnels de santé libéraux et de l'autre, les prestations en espèces (indemnités journalières) et les dépenses résultant des prescriptions délivrées par les professionnels de santé (médicaments et dispositifs médicaux).

Le projet initial prévoyait, pour 2007, de limiter l'Ondam à 66,5 milliards d'euros, soit une progression de 0,8 % par rapport à l'année précédente.

Cette proposition a été accueillie de manière très critique par les acteurs des soins de ville, médecins et laboratoires pharmaceutiques. Le débat a été particulièrement vif chez les médecins car cet objectif était incompatible avec les négociations conventionnelles à venir, auxquelles le ministre avait donné son feu vert, sur l'harmonisation, dès 2007, du tarif de consultation des généralistes avec celui des spécialistes, soit un coût évalué à 500 millions.

Par ailleurs, le directeur général de l'Uncam a exprimé la crainte que ce taux d'évolution des dépenses de soins de ville ne lui permette pas d'engager des négociations conventionnelles avec les autres professions médicales.

Le problème s'est dénoué à l'Assemblée nationale, avec l'adoption d'un amendement gouvernemental portant le taux d'évolution de ce sous-objectif de 0,8 % à 1,1 % soit une augmentation de 200 millions d'euros et un objectif de dépenses porté à 66,7 milliards d'euros.

Le ministre de la santé et des solidarités, Xavier Bertrand, a justifié la majoration des dépenses de soins de ville par la nécessité « *d'améliorer la prise en charge de certains assurés* » (remboursement de nouveaux soins ou dispositifs pour les diabétiques et patients en ALD) et de « *conforter les marges pour les négociations conventionnelles* ». Au rang des priorités conventionnelles, le ministre de la santé et des solidarités a cité « *les infirmières, les sages-femmes, la reconnaissance de la médecine générale comme spécialité qui crée de nouvelles obligations* » ou encore la nécessité de « *mieux payer* » les professionnels dans les zones sous-médicalisées.

Cet effort financier consenti par le Gouvernement n'exonère pas le secteur des soins de ville des efforts d'économies prévus lors de la construction de l'Ondam, pour un montant évalué à 2,4 milliards d'euros. Ces efforts se concentrent sur les produits de santé, secteur dans lequel 1,4 milliard d'euros d'économies sont attendus du plan médicament, et sur la maîtrise médicalisée conventionnelle, dont les objectifs pour 2007 sont fixés à 710 millions d'euros (623 millions prévus par l'avenant n° 12 à la convention régissant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie et le solde par l'application de référentiels pour la prise en charge des transports sanitaires).

Des mesures complémentaires prévues par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 doivent compléter cette action. Il en est ainsi de l'encadrement des prix des médicaments disposant d'une autorisation temporaire d'utilisation et des modalités de dispensation des médicaments dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes. *A contrario*, les mesures prises pour faciliter l'accès à certains médicaments des personnes atteintes de maladies rares ou d'une affection de longue durée (ALD) sont de nature à peser sur l'évolution des dépenses de soins de ville.

b) Les dépenses hospitalières

Le projet de loi de financement la sécurité sociale pour 2007 propose deux sous-objectifs de dépenses hospitalières.

- Le premier, d'un montant de 47,5 milliards d'euros, regroupe les dépenses consacrées aux établissements de santé **tarifés à l'activité**. Il englobe à la fois les établissements publics et les établissements privés exerçant des activités de médecine-chirurgie-obstétrique, les dépenses entraînées par l'exercice des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (Migac) et les dotations complémentaires versées aux établissements de santé anciennement financés par dotation globale. La répartition des sommes entre les activités de médecine, chirurgie et obstétrique et les missions d'intérêt général ne sera connue qu'à l'issue de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, après que le conseil de l'hospitalisation aura fait connaître son avis aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Les décisions prises par le ministre à cette occasion,

notamment en matière de fixation des tarifs¹, auront un impact important sur l'exécution de l'année 2007.

• Le second, d'un montant de 18,3 milliards d'euros, regroupe les dépenses de **soins de suite et de réadaptation, de psychiatrie** mais également les dotations budgétaires des hôpitaux locaux, des unités de soins de longue durée, ainsi que la contribution de l'assurance maladie au fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

Il convient de rappeler qu'une expérimentation est prévue dans ce secteur afin d'étudier de nouvelles modalités de financement fondées sur les principes de la tarification à l'activité.

Consolidé, « l'Ondam hospitalier » s'élève à 65,8 milliards d'euros pour 2007, soit une progression de 3,5 % par rapport à 2006 (2 milliards d'euros supplémentaires).

480 millions d'économies sont prévus en 2007, dont près de 300 millions sur les achats, la revalorisation du forfait journalier décidée en 2004 et la mise en œuvre du forfait de 18 euros devant assurer 180 euros de recettes complémentaires.

c) Les dépenses médico-sociales

Les deux sous-objectifs médico-sociaux concernent pour l'un, les dépenses consacrées aux établissements et services pour **personnes âgées**, pour l'autre, les dépenses des établissements et services pour **personnes handicapées**. Il convient de rappeler que, depuis l'année dernière, les régimes d'assurance maladie transfèrent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) les crédits inscrits à ces objectifs. La CNSA y ajoute sa contribution propre (826 millions d'euros en 2006) et l'ensemble constitue l'objectif général des dépenses médico-sociales (OGD).

Leur montant total est fixé à 11,7 milliards d'euros (respectivement 4,7 milliards et 7 milliards d'euros).

Ils permettront la mise en œuvre du plan solidarité grand âge, présenté cette année par le Premier ministre, et qui trouve sa traduction législative et financière dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Pour ce faire, le Gouvernement a prévu de mobiliser des moyens importants. L'objectif global de dépenses (OGD), qui regroupe les financements consacrés aux établissements et services concernant les personnes âgées augmentera de 13,04 % en 2007 pour atteindre 5,6 milliards (dont 4,7 milliards au titre de la contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour les personnes âgées, le solde provenant d'une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour

¹ Pour mémoire les tarifs des groupes homogènes de séjours (GHS) ont connu une baisse de 1 % au début de la campagne tarifaire 2006.

l'autonomie). Ce sont ainsi 649 millions supplémentaires qui seront consacrés en 2007 à la prise en charge médicalisée du grand âge dans les établissements et services médico-sociaux, confortant l'augmentation de 587 millions déjà consentie en 2006.

d) Les autres dépenses

Ce sous-objectif, dont le montant est fixé à 700 millions d'euros, regroupe la dotation nationale en faveur des réseaux, des soins pour les ressortissants français à l'étranger et des dépenses médico-sociales non déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), tels que les dépenses des centres de soins spécialisés pour toxicomanes, des centres de cure en alcoologie et des appartements de coordination thérapeutique. En 2006, le champ de ces dépenses a été élargi aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (Caarud).

*

* *

Sous réserve des observations qui précèdent et des amendements qu'elle propose, **votre commission vous demande d'adopter les dispositions relatives à l'assurance maladie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.**

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam)

Réunie le mercredi 18 octobre 2006, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission, dans le cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, a procédé à l'audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Dans son propos liminaire, M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Uncam et de la Cnam, a indiqué que le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2007 consacre le souhait du Gouvernement de poursuivre la politique de redressement des comptes de l'assurance maladie engagée depuis plusieurs années. Au début de l'année 2004, les prévisions de la commission des comptes de la sécurité sociale estimaient son déficit à 12 milliards d'euros, soit le double du déficit de l'année 1995. En deux ans, 2005 et 2006, l'effort de redressement des comptes aura été plus important qu'entre les années 1995 et 1997, période au cours de laquelle avait été mis en œuvre le « plan Juppé », et il s'est opéré avec le concours des différents acteurs du système de santé, et notamment une coopération accrue des médecins, ce qui a permis d'obtenir des résultats significatifs.

Durant le premier semestre 2006, les dépenses de soins de ville n'ont progressé que de 1,9 % grâce aux efforts des médecins généralistes qui sont au cœur du dispositif de maîtrise médicalisée des dépenses. Le PLFSS pour 2007 consacre la poursuite de cette politique avec un objectif très ambitieux en matière de soins de ville.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers et l'assurance maladie, a souhaité connaître l'appréciation que le directeur général de l'Uncam porte sur les prévisions de dépenses pour 2007, et plus particulièrement sur l'Ondam soins de ville. Il a voulu savoir si ce taux de progression fixé à 0,8 % est suffisant pour permettre aux partenaires conventionnels de négocier l'alignement du tarif des consultations des généralistes sur celui des spécialistes et s'il ouvre la possibilité d'engager des négociations tarifaires avec d'autres professions de santé. Il a également

demandé des précisions sur les conditions dans lesquelles s'engagent les négociations sur la création d'un secteur optionnel et a voulu connaître la position de la Cnam sur les conclusions du rapport de l'Igas estimant que les honoraires des chirurgiens ont d'ores et déjà bénéficié d'une revalorisation « pondérée » de 25 % depuis 2004.

M. Frédéric Van Roekeghem a observé que les dépenses de soins de ville du régime général ont augmenté de 2 % sur les neuf premiers mois de l'année 2006. Ce résultat est cohérent avec les 1,9 % d'augmentation enregistrés au premier semestre de la même année et ce taux de progression des dépenses est bas si on le resitue dans une perspective historique.

Les deux principales composantes de l'Ondam soins de ville, les dépenses de produits de santé et les dépenses de soins de ville hors produits de santé, progressent de 1,9 %. Pour mémoire, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoyait un taux d'évolution des dépenses de médicaments de 1 % et cet objectif était de - 3,3 % dans la loi de financement pour 2006. Il a souligné que le rythme de progression de ces dépenses est notablement inférieur au taux de 7 % constaté en 2004.

Il a estimé que la maîtrise des dépenses de soins de ville hors produits de santé résulte pour une grande partie de la baisse des dépenses d'indemnités journalières, domaine dans lequel la maîtrise conventionnelle des dépenses de santé a fait la preuve de son efficacité. En données brutes, leur montant remboursé diminue de 2,8 %, ce qui correspond à une réduction de 5 % du nombre de jours indemnisés.

Ces résultats financiers ont été obtenus alors que l'hiver 2005-2006 s'est caractérisé par une absence d'épidémie de grippe et que le plan médicament n'a pu être mis en œuvre qu'à compter du mois de février de cette année.

Au regard de ces évolutions, le conseil de la Cnam, dans son rapport annuel au Parlement au mois de juin, a préconisé une progression de 1 % des dépenses de soins de ville en 2007 et de 3 % pour les établissements de santé.

Pour toutes ces raisons, **M. Frédéric Van Roekeghem** a considéré que le PLFSS pour 2007 propose un objectif de dépenses ambitieux pour l'année à venir.

Mme Bernadette Dupont s'est interrogée sur les objectifs de l'accord visant à favoriser le recours aux médicaments génériques, conclu entre la caisse primaire d'assurance maladie de Paris et les syndicats de pharmaciens. Elle a voulu savoir si ce type d'accord est intégré dans le plan médicament engagé par le Gouvernement.

Mme Marie-Thérèse Hermange s'est enquis du montant des dépenses de médicaments prescrits à l'hôpital.

M. François Autain a voulu connaître l'opinion du directeur général de l'Uncam sur l'opportunité de supprimer le mécanisme de la rétrocession

hospitalière de médicaments ainsi que le propose la Cour des comptes. Cette proposition semble pertinente puisqu'il apparaît que ce dispositif ne permet pas une véritable régulation des dépenses de ces médicaments, contrairement à ce que les pouvoirs publics avaient annoncé lors de la mise en œuvre du mécanisme dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

M. Francis Giraud a demandé quel est le niveau de consommation des médicaments en France par comparaison avec les autres pays européens.

M. Guy Fisher s'est montré dubitatif sur l'effet qu'est susceptible de produire la troisième vague de déremboursement sur les dépenses de médicaments et sur le comportement des patients. Les économies à attendre d'une telle mesure sont, à son sens, limitées par les transferts de prescription qui s'effectuent vers des médicaments remboursables et par la difficulté que l'on rencontre pour modifier le comportement des assurés.

M. François Autain a voulu savoir si des études ont été engagées pour évaluer les mouvements de transferts de prescription provoqués par cette vague de déremboursements.

M. Frédéric Van Roekeghem a indiqué que l'Organisation pour la coopération et le développement économique (OCDE) publie des études comparatives sur les dépenses de santé des différents pays membres. Ces statistiques montrent que les dépenses françaises de médicaments sont supérieures à celles des autres nations de l'OCDE, 600 dollars par an contre 400 en moyenne, et qu'elles correspondent à 2,1 % du produit intérieur brut (PIB) en France contre 1,6 % en Allemagne.

La consommation en volume est également très élevée. Les Français consomment deux fois plus d'antibiotiques que la moyenne européenne et trois fois plus que les Allemands. Les campagnes mises en œuvre par la Cnam depuis plusieurs années ont toutefois permis de diminuer le volume consommé de 5 % par an. Une action comparable a été entreprise dans le domaine des médicaments anti-cholestérol.

La réussite de cette politique passe par une pédagogie de tous les instants en direction des prescripteurs et des assurés afin de faire évoluer les comportements. Pour atteindre ces objectifs, la Cnam engage des actions en direction des prescripteurs hospitaliers et établit des profils par établissement afin d'agir dans un premier temps sur les prescriptions délivrées dans le cadre des consultations externes. Ce dernier point constitue une ligne d'action nouvelle pour l'assurance maladie qui a pu compter sur la collaboration de certains établissements de santé, notamment l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP/HP). Ces initiatives sont complétées par la négociation des accords de bon usage des soins prévus par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, entre le ministère, les établissements et l'assurance maladie.

M. Frédéric Van Roekeghem a précisé que deux expériences locales visant à accorder un avantage compétitif aux médicaments génériques sont en

cours à Nice et à Paris. Elles reposent sur un accord conclu entre les caisses locales d'assurance maladie et les pharmaciens, qui prévoit que lorsqu'un assuré refuse la substitution proposée par le pharmacien, c'est-à-dire la délivrance d'un médicament générique à la place du médicament princeps, le bénéfice du tiers payant ne lui est pas ouvert.

Cette expérimentation a été lancée par la caisse primaire d'assurance maladie de Nice. Elle a été étendue à Paris où le taux de pénétration des génériques est très bas, car l'expérience montre que les assurés n'ont pas toujours recours au même pharmacien.

***Mme Marie-Thérèse Hermange** a confirmé cette spécificité parisienne et a observé que la densité hospitalière de la ville peut être une autre explication de la faible commercialisation des génériques à Paris puisqu'il est notoire que les médecins hospitaliers prescrivent moins de génériques que leurs collègues exerçant en ville. Elle s'est inquiétée du risque de pénalisation des assurés qui peut résulter de cette expérimentation.*

***M. Nicolas About, président**, a souligné que le contenu de l'accord n'a pas d'influence sur la bonne volonté du médecin de prescrire en dénomination commune internationale (DCI), c'est-à-dire en utilisant le nom de la molécule et non pas la marque commerciale du médicament.*

***M. Frédéric Van Roekeghem** a confirmé que le fait que les médecins prescrivent en DCI facilite la tâche des pharmaciens et qu'effectivement, les médecins hospitaliers ont moins recours à cette forme de prescription que les médecins de ville. Il a estimé que l'essentiel du travail de substitution est assuré par les pharmaciens, dont on pense qu'il permettra d'atteindre cette année un taux de remplacement égal à 65 %. Les expérimentations en cours n'ont pas pour objet de pénaliser les assurés qui bénéficient toujours du remboursement des médicaments, mais elles doivent jouer un rôle déclencheur pour favoriser la substitution.*

Il a indiqué que le mécanisme de rétrocession hospitalière, malgré les dysfonctionnements relevés par la Cour des comptes, permet de réguler la commercialisation et la distribution de ces médicaments qui, généralement, ne disposent pas encore d'autorisation de mise sur le marché.

Il a estimé qu'il est trop tôt pour évaluer l'impact du déremboursement des médicaments intervenus au début de l'année, tant sur le plan financier que sur d'éventuels effets de substitution. Il est d'ailleurs très difficile de mesurer ces évolutions puisque les médicaments déremboursés n'apparaissent plus dans les bases statistiques de la Cnam.

***M. Gilbert Barbier** a estimé que certains laboratoires pharmaceutiques commercialisent des molécules peu innovantes afin de retarder le développement de nouvelles catégories de médicaments génériques. Il s'est ensuite interrogé sur les évolutions récentes de la politique hospitalière de la Cnam.*

M. Francis Giraud a estimé que la consommation excessive de médicaments en France doit conduire à s'interroger sur la pertinence des enseignements délivrés aux futurs médecins dans le domaine thérapeutique. Il a jugé nécessaire de faire évoluer rapidement cette situation d'autant que les effets iatrogènes de cette surconsommation sont responsables de 130.000 hospitalisations par an.

Mme Marie-Thérèse Hermange a voulu savoir si les comparaisons internationales établies par l'OCDE prennent en compte l'existence d'une couverture maladie universelle.

M. Dominique Leclerc a indiqué que les pharmaciens d'officine constatent une réduction considérable des ventes de médicaments remboursés. Le plus souvent, les laboratoires pharmaceutiques essayent de compenser cette baisse en volume par une augmentation des prix. Il est incontestable que des transferts se sont produits entre les médicaments remboursés et d'autres produits remboursés par l'assurance maladie car les Français ne veulent pas prendre à leur charge leurs dépenses de santé.

Enfin, il a attiré l'attention du directeur général de la Cnam sur la fragilité du réseau des pharmacies d'officine.

M. Frédéric Van Roekeghem a souligné que la Cnam n'a pas vocation à se substituer à l'enseignement universitaire délivré aux futurs médecins. Elle espère contribuer à sensibiliser les médecins hospitaliers à la bonne utilisation des produits et au développement d'une information indépendante. Elle mène une action identique en direction des médecins de ville, par exemple sur l'utilisation des dosages de médicaments.

Il a estimé que les freins les plus évidents à la diffusion des médicaments génériques doivent être levés. Une des réponses possibles consiste à développer une régulation par classe thérapeutique en s'inspirant du modèle allemand, ce qui nécessite un infléchissement de la politique menée par le Gouvernement.

Il a rappelé que la Haute autorité de santé (HAS) s'est saisie de la question de l'iatrogénie médicamenteuse mais que les programmes de lutte contre ce phénomène en sont encore à leurs débuts.

Il a reconnu l'existence d'un lien entre la consommation médicamenteuse et le taux de couverture par l'assurance maladie et a observé que le déremboursement des médicaments ne s'est pas traduit par une dégradation de l'état de santé de la population.

Il a estimé que le rapport de l'Igas confirme que la Cnam a respecté son engagement de revaloriser de 25 % les honoraires des chirurgiens de secteur 1 (tarifs opposables). Toutefois, le point n° 9 (choix du secteur d'exercice des chirurgiens) du protocole du 24 août 2004 sur la chirurgie française n'a pas été respecté, d'où la nécessité de mettre en œuvre un secteur optionnel. Le ministre a mis l'Uncam en demeure de respecter les engagements souscrits dans le cadre de ce protocole. Lors de sa réunion du

4 octobre dernier, le conseil de l'Uncam a défini le cadre de cette négociation : il s'agit de limiter le secteur optionnel aux seuls chirurgiens et de lier le versement d'une rémunération complémentaire à un engagement individuel dans une démarche qualité. La création du secteur optionnel nécessite un accord tripartite entre l'assurance maladie, les syndicats médicaux et l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam).

*A l'issue de la réunion, **M. François Autain** a regretté que la durée impartie à l'audition du directeur général de la Cnam et de l'Uncam ne lui ait pas laissé le temps matériel de l'interroger sur la situation de l'assurance maladie.*

**Audition de M. Jean-Michel LAXALT, président de
l'Union nationale des organismes d'assurance maladie (Unocam)**

Réunie le mercredi 25 octobre 2006, sous la présidence de M. Nicolas About, président, la commission, dans le cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, a procédé à l'audition de M. Jean-Michel Laxalt, président de l'union nationale des organismes d'assurance maladie (Unocam) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

M. Nicolas About, président, a rappelé qu'à la suite d'un amendement adopté par le Sénat à l'initiative de la commission des affaires sociales, l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) est désormais invitée à rendre un avis public et motivé sur chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. Jean-Michel Laxalt, président de l'Unocam, s'est félicité de cette initiative du Sénat qui conforte l'esprit de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et contribue à améliorer l'articulation des interventions respectives de l'assurance maladie obligatoire et des organismes complémentaires.

M. Jean-Michel Laxalt a rappelé que l'Unocam participe à la prise en charge des dépenses de santé et que la relation qu'elle entretient avec l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) doit être approfondie, notamment au niveau des échanges d'informations relatives aux remboursements, afin que les organismes complémentaires cessent d'être des payeurs aveugles.

Les mesures financières arrêtées dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale produisent des effets sur les comptes des organismes complémentaires. C'est le cas des déremboursements des médicaments décidés en 2005, des revalorisations du forfait hospitalier ou de la création du forfait de 18 euros par la loi de financement pour 2006.

Les propositions contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 s'inscrivent dans une situation budgétaire fragile en raison de la persistance de déficits élevés. L'Ondam pour les soins de ville tel qu'il figure dans le projet initial est volontariste car sa construction repose essentiellement sur une baisse des dépenses de médicaments. Or, l'expérience des années antérieures montre que les économies attendues n'ont pas été réalisées, et celles prévues pour 2007 sont plus ambitieuses que les années précédentes.

Il a réitéré à cette occasion la position constante de l'Unocam qui est favorable à des baisses de prix de médicaments plutôt qu'à des remises accordées en fonction des volumes commercialisés, car cette dernière

procédure ne bénéficie qu'à l'assurance maladie obligatoire alors que les baisses de prix profitent à tous les acteurs, assurance maladie, organismes complémentaires et assurés.

L'année dernière, l'Unocam a souhaité que le Gouvernement suive les recommandations de la Haute Autorité de santé (Has) sur les remboursements des médicaments disposant d'un service médical rendu insuffisant. Il a observé que dans son avis du 19 octobre dernier, la Has a recommandé le remboursement de 89 médicaments, soulignant à cette occasion que les vasodilatateurs n'ont pas prouvé leur intérêt en vie réelle et augmentent les risques liés à la polymédication. Il a estimé qu'en conséquence le Gouvernement doit procéder au remboursement de ces produits.

L'Unocam est favorable à la revalorisation du montant du crédit d'impôt créé par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie ainsi qu'à une revalorisation régulière de la protection offerte par la couverture maladie universelle (CMU).

Enfin, l'Unocam participe aux travaux du comité national de lutte contre les fraudes à la sécurité sociale mis en place cette semaine par le ministre de la santé et des solidarités.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a rappelé que les négociations relatives à la création d'un secteur optionnel ont débuté la semaine précédente et il a voulu connaître les dispositions prises par l'Unocam avant d'aborder ces discussions conventionnelles.

Il s'est également interrogé sur les conditions dans lesquelles s'est déroulée la mise en place des contrats responsables à compter du 1^{er} janvier 2006. Il a voulu savoir si les assureurs complémentaires ont développé une offre nouvelle de contrats « non responsables ».

M. Jean-Michel Laxalt a précisé que le conseil de l'Unocam a délibéré avant le début des négociations qui réunissent, pour la première fois, l'Unocam, les syndicats médicaux et les organismes complémentaires. L'Unocam souhaite qu'un accord puisse être trouvé pour majorer la rémunération des chirurgiens choisissant d'exercer dans ce nouveau secteur optionnel. Ce complément tarifaire serait la contrepartie d'engagements souscrits par les chirurgiens en matière de qualité des soins et de transparence des tarifs. Les frais afférents à la mise en œuvre de ce nouveau secteur optionnel seraient pris en charge par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. Il a estimé que l'instauration de ces nouvelles modalités de rémunération doit se faire dans le cadre d'une réflexion plus globale sur l'articulation entre les pratiques existantes et ce nouveau secteur optionnel. Il a considéré que l'Unocam ne peut plus accepter que la pratique des honoraires libres en cours dans le secteur 2 relève des seuls praticiens.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, s'est interrogé sur le déroulement des négociations relatives à la création du secteur optionnel et sur les modalités de répartition de cette charge financière entre l'assurance maladie et les organismes complémentaires.

M. Jean-Michel Laxalt a indiqué que des dispositions figurant dans la convention conclue entre les médecins et l'assurance maladie peuvent servir de support à la configuration du futur secteur optionnel. En effet, le mécanisme dit de l'option de coordination offre aux praticiens exerçant en secteur 2 qui le souhaitent la possibilité de pratiquer des actes en secteur 1 (tarifs opposables) sous réserve que ces actes ne représentent pas plus de 30 % de leur activité globale. En contrepartie, l'assurance maladie obligatoire prend en charge les cotisations sociales dues au titre de ces consultations. Il a reconnu que cette option ne suscite pas l'adhésion des médecins concernés puisque seuls 700 médecins ont choisi d'en bénéficier.

Cette base de répartition des charges peut être transposée pour la prise en charge de dépenses résultant de la création du secteur optionnel : l'assurance maladie assurerait le financement des cotisations sociales des praticiens tandis que les compléments de rémunération seraient à la charge des organismes complémentaires, pour un montant total évalué entre 17 et 23 millions d'euros.

Une première rencontre entre le directeur général de l'Uncam et les syndicats médicaux a eu lieu le 18 octobre dernier. Les syndicats médicaux y ont considéré que le bénéfice du secteur optionnel doit être ouvert à l'ensemble des spécialités médicales. Le 24 octobre, le conseil de l'Uncam a réitéré son intention de réserver le bénéfice du secteur optionnel aux seuls chirurgiens. Face à cette situation de blocage, le ministre de la santé et des solidarités a annoncé qu'en cas d'échec de la négociation, il prendrait les mesures législatives qui lui sembleront nécessaires.

M. Jean-Michel Laxalt a indiqué que la transformation des contrats individuels d'assurance complémentaire santé en « contrats responsables » n'a pas posé de difficulté majeure. Cette appréciation doit être légèrement nuancée pour les contrats collectifs dont la modification nécessite au préalable une négociation entre les partenaires sociaux concernés.

Il a précisé que l'offre commerciale en matière de contrats « non responsables » est très réduite avant de signaler que les contrats CMU et les contrats de sortie de CMU ne respectent pas la législation relative aux contrats responsables.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a rappelé que le Sénat avait adopté, lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, un amendement visant à mettre en conformité les contrats CMU complémentaire avec les règles relatives aux contrats responsables. Il a voulu savoir si les

contrats offrant des garanties partielles doivent bénéficier d'une dérogation par rapport à cette législation.

***M. Jean-Michel Laxalt** a rappelé que la législation prévoit que les contrats à garanties partielles disposent d'un délai supplémentaire, fixé au 1er janvier 2008, pour se mettre en conformité avec la législation relative aux contrats responsables.*

Il a estimé que les contrats responsables contribuent à l'efficacité du parcours de soins et qu'en conséquence, rien ne justifie le maintien de dispositions dérogatoires en faveur des contrats couvrant des garanties partielles.

***M. François Autain** a souligné que si le secteur optionnel a pour objectif d'assurer une meilleure transparence des honoraires perçus par les chirurgiens et une meilleure qualité des actes, cela laisse supposer que toutes les activités chirurgicales pratiquées en dehors de ce secteur n'offrent pas les mêmes garanties. Il a donc voulu savoir si, à terme, le secteur optionnel a vocation à devenir le secteur unique d'activité des chirurgiens.*

Il a rappelé que les recommandations de la Has publiées en 2005 sur le déremboursement de 218 médicaments disposant d'un service médical rendu insuffisant n'ont pas été suivies par le Gouvernement qui a choisi de mettre en place un nouveau taux de remboursement fixé à 15 %. Il a estimé que cette situation va se répéter en 2007, opérant ainsi un nouveau transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires qui prennent en charge 85 % du prix du médicament partiellement déremboursé. Il s'est interrogé sur les conséquences de ces transferts sur le tarif des cotisations versées par les assurés.

Enfin, il a voulu connaître le sentiment du président de l'Unocam sur l'offre commerciale développée par une société d'assurances visant à appliquer au domaine de la santé des règles proches du bonus/malus accordé aux automobilistes.

***Mme Marie-Thérèse Hermange** a regretté que les contrats offrant des garanties partielles ne bénéficient pas d'une dérogation à la législation relative aux contrats responsables. Elle a fait part des craintes que lui inspirent les conséquences de la mise en œuvre d'un nouveau secteur d'exercice, situation qui risque d'accroître la complexité d'un système d'accès aux soins déjà passablement difficile à comprendre pour les assurés.*

Enfin, elle s'est interrogée sur les raisons pour lesquelles aucun véritable plan d'économies n'est engagé dans le secteur hospitalier.

***M. Jean-Michel Laxalt** a insisté sur la nécessité de lier la rémunération complémentaire versée dans le cadre du secteur optionnel à la souscription d'engagements individuels en termes de qualité des soins.*

***M. Paul Blanc** a voulu connaître les critères susceptibles d'être appliqués pour mesurer cette évolution en matière de qualité.*

M. Jean-Michel Laxalt a précisé qu'il n'appartient pas à l'Unocam de définir ces critères de qualité et que cette tâche est du ressort de la Has ou des sociétés savantes.

M. Alain Millon a voulu savoir si cette recherche de la qualité passe par le développement de recommandations de bonne pratique.

M. François Autain a rappelé que la Cour des comptes a émis de sévères critiques sur l'efficacité des dispositifs de bonne pratique dans son rapport consacré à la sécurité sociale de septembre 2005.

M. Jean-Michel Laxalt a jugé que le développement de la procédure d'évaluation des pratiques professionnelles constitue une approche novatrice en matière de développement de la qualité des soins.

Il a précisé que les organismes complémentaires n'ont pas suivi une politique commune en matière de prise en charge des médicaments déremboursés au début de l'année 2006. Si les mutuelles ont fait le choix de ne pas les prendre en charge, les assureurs et les institutions de prévoyance ont suivi la voie inverse. Cette différence d'approche s'explique en partie par les règles applicables à la modification des contrats propres à chaque grande famille d'assurances complémentaires.

Le tarif de base des cotisations devrait connaître une majoration comprise entre 2 % et 4 % pour l'année à venir. Cette augmentation s'explique bien entendu par la hausse des dépenses de santé prises en charge par les assureurs complémentaires mais également par la modification du taux de la taxe CMU, passé de 1,75 % à 2,5 %, et par la nécessité de recourir à des provisions techniques et prudentielles qui seront rendues obligatoires à compter de 2007.

Enfin, pour ce qui concerne le nouveau contrat d'assurance santé prévoyant l'introduction d'un dispositif de bonus/malus pour les assurés, il a signalé qu'il s'accompagne d'une majoration de 15 % de la cotisation perçue pour un contrat classique offrant les mêmes garanties.

M. Nicolas About, président, a estimé que cette proposition commerciale vise à attirer une clientèle jeune et en bonne santé que cette société d'assurance espère fidéliser.