

N° 83

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

Annexe au procès-verbal de la séance du 5 novembre 2008

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2009, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur.

Tome II :
Assurance maladie

(1) *Cette commission est composée de* : M. Nicolas About, *président* ; Mme Isabelle Debré, M. Gilbert Barbier, Mme Annie David, M. Gérard Dériot, Mmes Annie Jarraud-Vergnolle, Raymonde Le Texier, Catherine Procaccia, M. Jean-Marie Vanlerenberghe, *vice-présidents* ; MM. François Autain, Paul Blanc, Mme Muguette Dini, M. Jean-Marc Juilhard, Mmes Gisèle Printz, Patricia Schillinger, *secrétaires* ; Mmes Jacqueline Alquier, Brigitte Bout, M. Jean Boyer, Mme Claire-Lise Champion, MM. Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Mme Jacqueline Chevé, M. Yves Daudigny, Mme Christiane Demontès, M. Jean Desessard, Mmes Sylvie Desmarescaux, Bernadette Dupont, M. Guy Fischer, Mme Samia Ghali, MM. Bruno Gilles, Jacques Gillot, Mme Colette Giudicelli, MM. Jean-Pierre Godefroy, Alain Gournac, Mmes Sylvie Goy-Chavent, Françoise Henneron, Marie-Thérèse Hermange, Gélita Hoarau, M. Claude Jeannerot, Mme Christiane Kammermann, MM. Marc Laménie, Serge Larcher, André Lardeux, Dominique Leclerc, Jacky Le Menn, Jean-François Mayet, Alain Milon, Mmes Isabelle Pasquet, Anne-Marie Payet, M. Louis Pinton, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente-Baudrin, MM. René Teulade, Alain Vasselle, François Vendasi, René Vestri.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1157, 1211, 1212 et T.A. 202

Sénat : 80 et 84 (2008-2009)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
I. LES POLITIQUES DE MAÎTRISE DE DÉPENSES DANS LE DOMAINE DES SOINS DE VILLE	9
A. L'AVENIR DU SYSTÈME DE SOINS EST ENTRE LES MAINS DES PARTENAIRES CONVENTIONNELS	9
1. <i>La contribution de la maîtrise médicalisée conventionnelle à la réduction du déficit de l'assurance maladie</i>	10
a) Un système de maîtrise des dépenses en perte de vitesse ?	10
b) Un système en pleine mutation ?	12
2. <i>La question de l'accès aux soins</i>	13
a) Favoriser l'accès aux soins sur tout le territoire	13
b) Les dépassements d'honoraires	15
B. BILAN ET PERSPECTIVES DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT	16
1. <i>La contribution du plan médicament à la réduction du déficit de l'assurance maladie</i>	17
2. <i>La poursuite d'une politique de maîtrise des dépenses de médicaments</i>	18
a) Une contribution au plan d'économies prévu par le projet de loi de financement	19
b) Le développement de la médico-économie	19
II. HÔPITAL : DES RÉFORMES QUI PEINENT À PRODUIRE LEURS EFFETS	21
A. LES DÉFAILLANCES DU PILOTAGE DE LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE	21
1. <i>Des restructurations hospitalières inachevées</i>	22
2. <i>Des réformes de gestion inachevées</i>	23
B. UNE SITUATION OPAQUE	25
1. <i>Des comptes fragiles</i>	25
2. <i>Une réforme du financement qui prend du retard</i>	28
III. COMMENT RAMENER À L'ÉQUILIBRE LES COMPTES DE L'ASSURANCE MALADIE ?	30
A. 2004-2008 : UN EFFORT CONSIDÉRABLE DE RÉDUCTION DU DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE	30
1. <i>Un apport substantiel de nouvelles recettes</i>	31
2. <i>L'évolution irrégulière des dépenses</i>	32
B. 2009-2012 : QUATRE ANNÉES POUR RÉTABLIR LES COMPTES	33
1. <i>Un quatrième scénario de retour à l'équilibre en quatre ans</i>	33
2. <i>Prendre en charge 20 milliards de dépenses nouvelles</i>	34
TRAVAUX DE LA COMMISSION	37
• 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) et M. Hubert ALLEMAND, médecin conseil national de la Cnam	37

Les observations et propositions de la commission des affaires sociales pour la branche maladie en 2009

Dans le domaine de l'assurance maladie, les principales réformes ont été engagées voici quatre ans : la loi du 13 août 2004 a conforté le principe de maîtrise médicalisée et la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a modifié les conditions de financement des établissements de santé.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 s'inscrit dans le prolongement de ces textes fondateurs. Il **renforce la maîtrise médicalisée** en prévoyant la reconnaissance de référentiels validés par la Haute Autorité de santé pour les actes paramédicaux réalisés en série, certains médicaments et dispositifs médicaux.

La commission des affaires sociales soutient cette démarche. Elle approuve également **l'association des organismes d'assurance complémentaire** aux négociations conventionnelles régissant les relations entre l'assurance maladie et les professionnels de santé : celle-ci devrait permettre une meilleure articulation des interventions du régime obligatoire et des régimes complémentaires.

Par ailleurs, la commission continue de porter son attention sur l'hôpital, dont les dépenses correspondent à près de la moitié des ressources de la branche assurance maladie. Elle est favorable à la proposition de modification des modalités de la **régulation des dépenses hospitalières** en cours d'année et au renforcement des compétences des directeurs d'ARH au titre du redressement financier des hôpitaux.

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

Accompagner la mise en œuvre de la tarification à l'activité

- en réduisant le délai prévu pour la mise en œuvre d'une procédure de transmission directe des factures des établissements de santé publics aux caisses d'assurance maladie ;

- en précisant les modalités de certification des comptes des établissements de santé publics.

Garantir la sécurité des patients

- en prévoyant qu'un hôpital peut être placé sous administration provisoire lorsque son fonctionnement est susceptible de porter atteinte à la qualité et à la sécurité des soins.

Un débat thématique « Dix questions sur l'hôpital » consacré à la politique hospitalière sera organisé durant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. La commission interrogera notamment la ministre de la santé sur l'efficacité des outils de gestion (comptabilité analytique, gestion des ressources humaines) utilisés par les établissements de santé et sur le calendrier de mise en œuvre de la tarification à l'activité prévu pour la période 2009-2012.

Mesdames, Messieurs,

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a été examiné dans un contexte particulier à double titre. D'abord, il s'agissait du premier de la nouvelle législature, ensuite son examen intervenait après le déclenchement, jusqu'alors inédit, de la procédure d'alerte consécutive au dépassement de l'Ondam pour 2007. Votre commission l'avait donc présenté comme un texte de stabilisation.

L'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 se présente dans un tout autre contexte. Le dépassement de l'Ondam est inférieur au seuil de déclenchement de la procédure et il s'agit, ainsi que l'a souligné Eric Woerth, ministre en charge des comptes publics, de la meilleure exécution de l'Ondam depuis 1999.

La stabilisation du déficit de l'assurance maladie, malgré le fort dérapage constaté en 2007, a permis au Gouvernement de définir, à partir du présent projet de loi de financement, une stratégie pluriannuelle de retour à l'équilibre de cette branche de la sécurité sociale.

Ce n'est certes pas la première fois qu'un gouvernement annonce un retour prochain à l'équilibre : l'annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 tablait déjà sur des comptes du régime général de l'assurance maladie excédentaires de 500 millions d'euros en 2009.

Le nouveau scénario soumis à l'approbation des parlementaires prévoit désormais un **retour à l'équilibre** en 2012. Le projet de loi de programmation des finances publiques¹ reprend la même hypothèse et dispose que l'Ondam annuel sera fixé à 3,3 % pour les quatre années à venir.

Pour atteindre cet objectif, le Gouvernement a choisi de renforcer les règles de la maîtrise médicalisée et de recourir à la Haute Autorité de santé pour ce faire.

¹ Créé par la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 en cours d'examen par le Parlement.

Créée par la loi du 13 août 2004, cette institution a pour mission principale l'évaluation périodique du service attendu des produits, actes ou prestations de santé. Elle élabore également des guides de bon usage des soins. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 propose de légitimer encore davantage son rôle : des compétences nouvelles lui sont attribuées, notamment l'élaboration de référentiels destinés à évaluer la prescription et la consommation d'actes médicaux, paramédicaux ou de produits de santé.

Le Gouvernement assoit son action sur la recherche de la qualité des soins et de l'optimisation de la dépense.

Cette démarche trouvera sa traduction non seulement dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 mais aussi dans le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relatif aux patients, à la santé et aux territoires présenté au conseil des ministres le 22 octobre dernier et qui sera examiné par le Parlement au début de l'année prochaine.

Cette politique déterminée en faveur du redressement des comptes doit permettre, ainsi que l'a souligné le ministre chargé de la santé, Roselyne Bachelot, devant la commission des comptes de la sécurité sociale, a pour intention de « *préserver notre système solidaire d'assurance maladie, afin que chacun d'entre nous puisse accéder à des soins de meilleure qualité tout en continuant à bénéficier d'un haut niveau de prise en charge* ».

I. LES POLITIQUES DE MAÎTRISE DE DÉPENSES DANS LE DOMAINE DES SOINS DE VILLE

Depuis la création des lois de financement de la sécurité sociale, la régulation des dépenses de soins de ville (73,2 milliards d'euros dans l'Ondam pour 2009) constitue une préoccupation permanente des pouvoirs publics. En effet, ce sous-objectif a fait l'objet de dépassements systématiques, chiffrés, pour les trois dernières années, à un montant total de 4,8 milliards¹.

Les deux principaux postes de dépenses de ce secteur, les honoraires des médecins et le remboursement des produits de santé, constituent donc des enjeux forts en termes de maîtrise des dépenses de santé. Les pouvoirs publics se sont en conséquence attachés à développer des politiques destinées à limiter leur expansion fondée depuis 2004 sur le développement de la maîtrise médicalisée et de son volet conventionnel.

Le projet de loi de financement pour 2009 est l'occasion de prolonger cette politique mais également d'introduire une dimension supplémentaire : celle fondée sur l'analyse médico-économique des actes, prestations et stratégies thérapeutiques comme moyen de renforcer l'efficacité de la dépense. Le Gouvernement en attend une économie de 2 milliards d'euros en 2009.

A. L'AVENIR DU SYSTÈME DE SOINS EST ENTRE LES MAINS DES PARTENAIRES CONVENTIONNELS

Les honoraires médicaux constituent un élément important (plus de 20 milliards d'euros) du sous-objectif soins de ville.

Depuis la loi du 13 août 2004, les compétences confiées aux partenaires conventionnels (assurance maladie et syndicats représentant les professions de santé) ont été étendues au-delà des négociations tarifaires. En effet, alors que la mission prioritaire des conventions consistait auparavant à fixer le tarif des consultations pris en charge par la sécurité sociale, puis à prévoir les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses, elle inclut désormais, outre ces questions tarifaires, la coordination et la qualité des soins (le rôle du médecin traitant et l'accès aux spécialistes), ainsi que la définition des aides à l'installation.

Dans son rapport de 2007, la Cour des comptes a dénoncé « *le champ excessif des conventions signées entre l'assurance maladie et les professions de santé* », considérant que cette situation « *présente le risque de subordonner cette organisation aux objectifs d'optimisation des revenus, ainsi qu'à des positionnements d'appareils syndicaux* ».

¹ On rappellera qu'en 2007, le non-respect de l'objectif avait entraîné le déclenchement de la procédure d'alerte prévue par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

En dépit de ces critiques, le Gouvernement a maintenu sa confiance dans les partenaires conventionnels pour régler ces questions fondamentales pour l'avenir du système de santé, tout en précisant les objectifs de la négociation.

1. La contribution de la maîtrise médicalisée conventionnelle à la réduction du déficit de l'assurance maladie

La maîtrise médicalisée constitue le socle de la réforme de l'assurance maladie. Pour favoriser la mise en œuvre de cet objectif, la loi du 13 août 2004 a renforcé en ce sens les pouvoirs confiés aux partenaires conventionnels. Cette nouvelle compétence figure dans la convention médicale signée en janvier 2005, qui détermine des objectifs annuels quantifiés visant à une meilleure efficacité de la dépense, à travers le respect des règles de la prise en charge collective et la promotion du bon usage des soins.

a) Un système de maîtrise des dépenses en perte de vitesse ?

Le premier accord signé par les partenaires conventionnels était particulièrement ambitieux, l'objectif d'économies étant fixé à près d'un milliard d'euros (998 millions). Les avenants conclus les années suivantes ont retenu un niveau d'économies potentielles moins élevé afin, selon les propos des signataires, de déterminer des objectifs cibles plus réalistes.

L'examen des résultats sur une période de quatre ans (2005 à 2008 inclus) témoigne de l'érosion des résultats obtenus en matière de maîtrise médicalisée conventionnelle. Cette démarche s'est soldée par un échec relatif puisque, bon an mal an, l'exécution des objectifs conventionnels s'est limitée à une fraction comprise entre 60 % et 70 % des économies prévues.

Les évolutions sont en réalité très contrastées. Les résultats positifs des premières années ont essentiellement été obtenus grâce à la mise en œuvre d'une politique plus stricte en matière de contrôle des arrêts de travail. Mais depuis deux ans, aucune économie n'est plus réalisée en ce domaine. De la même manière, le tableau de résultats fait état de l'échec partiel des règles de respect de l'ordonnancier bizonne pour les patients souffrant d'une affection de longue durée.

Le rendement décroissant du volet « maîtrise médicalisée » des accords conventionnels a été critiqué par le ministre de la santé qui a souhaité que les partenaires obtiennent des taux de réalisation supérieurs à ceux constatés les années précédentes. Le plan présenté par le Gouvernement pour 2009 prévoit 520 millions d'économies au titre de la maîtrise médicalisée conventionnelle.

Il convient néanmoins d'indiquer qu'au moment de l'examen du présent projet de loi de financement par le Parlement, la négociation conventionnelle visant à déterminer la décomposition des économies attendues n'a pas encore abouti.

**Taux d'atteinte des objectifs conventionnels d'économies tous régimes
estimé par la Cnam pour l'année 2008**

(en millions d'euros)

Année	Objectifs 2005 ⁽¹⁾	Réalisations 2005 ⁽¹⁾	% atteinte des objectifs	Objectifs 2006 ⁽¹⁾	Réalisations 2006 ⁽¹⁾	% atteinte des objectifs	Objectifs 2007 ⁽¹⁾	Réalisations 2007 ⁽¹⁾	% atteinte des objectifs	Objectifs 2008	Economie projetée à partir des données à fin août *
Antibiotiques	91	35	38 %	63	46	73 %	40	27	65 %	39	52
Statines	161	122	76 %	93	135	145 %	95	131	138 %	116	53
IPP	-					46 %		27	135 %	47	63
Psychotropes	33	11	33 %	13	20	153 %	13	8	62 %	11	5
Arrêts de travail (IJ)	150	432	288 %	190	262	138 %	80	0	0 %	68	0
ALD (prof. santé libéraux)	340	88	26 %	292	80	27 %	146	73	50 %	122	44
ALD (établissements)	115	-	-	-	-		-	-			
Médicaments génériques	55	33	60 %	25	25	100 %	20		0 %	33	0
AcBUS	53	0	0 %	59	-	0 %	49	24	49 %	58	17
Transport	-	-	-	38	0	0 %	30	24	80 %	51	81
IEC-sartans	-	-	-	28	12	-	80	62	78 %	30	31
Actes	-	-	-	-	-	-	30	0	0 %	30	
Dispositifs médicaux	-	-	-	-	-	-	20	7	30 %	12	
Anti-hypertenseurs	-	-	-	-	-	-	20				
Total	998	721	72 %	791	581	73 %	623	383	61 %	613	346

* prévisions (en millions d'euros)

b) Un système en pleine mutation ?

En septembre 2008, **la Cour des comptes a émis des critiques assez vives à l'encontre de la maîtrise médicalisée conventionnelle¹**, dans le prolongement de ses analyses sur le rôle excessif confié aux partenaires conventionnels publiées un an plus tôt.

Elles se rapportent à trois sujets :

- le premier concerne les résultats de la maîtrise médicalisée conventionnelle. Les partenaires conventionnels ont privilégié une maîtrise médicalisée des dépenses portant sur les seules prescriptions afin d'infléchir les dépenses de certains produits de santé en faisant évoluer de façon collective les pratiques de prescription des médecins. Selon la Cour, la « *diminution tendancielle des résultats de la maîtrise médicalisée conventionnelle illustre la difficulté de maintenir les efforts d'économies à moyen terme* » ;

- deuxièmement, elle s'interroge sur la sincérité des résultats. Elle considère que les partenaires conventionnels ont eu tendance à surestimer les économies produites par la maîtrise médicalisée en 2005 comme en 2006. Ainsi en 2006, pour un objectif d'économies attendues de 791 millions d'euros, les différences méthodologiques conduisent la direction de la sécurité sociale (DSS) à évaluer les résultats de la maîtrise médicalisée à 461 millions contre 581 pour la Cnam ;

- troisièmement, la Cour souligne que les modalités de suivi des accords conventionnels ou d'information du Parlement ou du Gouvernement ne font pas l'objet d'obligation précise. Aucun bilan global des accords conventionnels conclus depuis 2005 n'a été réalisé. Les modalités de pilotage et de contrôle de la politique conventionnelle n'apparaissent donc pas à la mesure des enjeux financiers.

Le Gouvernement et l'assurance maladie ont pris conscience de l'érosion des résultats obtenus par l'intermédiaire des accords conventionnels. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a déjà permis d'infléchir les modalités d'application de la maîtrise médicalisée en instaurant des moyens pour améliorer l'efficacité de la dépense : **l'analyse médico-économique et les contrats individuels d'amélioration des pratiques.**

Soucieux d'accroître les efforts de maîtrise des dépenses, le Gouvernement propose de franchir une nouvelle étape cette année avec la mise en œuvre de nouveaux outils destinés à agir sur les comportements : réduction des actes redondants, diminution de la surprescription, qui est fondé sur des référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé.

¹ Cour des comptes, la sécurité sociale, septembre 2008.

2. La question de l'accès aux soins

On l'a vu, depuis 2004, les conventions ne se bornent plus aux seules questions tarifaires et concernent aussi l'organisation du parcours de soins et la répartition territoriale de l'offre de soins.

L'accès aux soins constitue la pierre angulaire du système de santé. Cette question recouvre deux aspects principaux :

- le premier est **géographique** : il convient d'assurer une répartition homogène des professionnels de santé sur le territoire national, et notamment des médecins généralistes, afin d'éviter la multiplication des zones sous-médicalisées que l'on déplore ;

- le second est **tarifaire** : les professionnels de santé pratiquent de plus en plus fréquemment des dépassements d'honoraires (pour un montant supérieur à 2 milliards par an), ce qui est autorisé par les règles conventionnelles (lorsque le praticien exerce en secteur 2). Mais le recours aux honoraires libres rend plus difficile l'accès aux soins, notamment pour les personnes disposant de revenus modestes.

Le Gouvernement ne reste pas inactif sur ces sujets et souhaite engager une nouvelle politique d'accès aux soins. Les partenaires conventionnels sont, pour l'instant, chargés de proposer des solutions, dans le cadre d'une négociation globale qui doit aboutir avant la fin de l'année 2008.

a) Favoriser l'accès aux soins sur tout le territoire

Dans son discours de Bletterans du 18 septembre dernier, le Président de la République a fixé les contours de la négociation conventionnelle en indiquant que « des mesures opérationnelles permettant d'accroître l'offre médicale dans les zones qui en ont le plus besoin » doivent être élaborées avant la fin de l'année. En cas de défaillance des partenaires conventionnels, le Gouvernement se substituerait à eux. Ce n'est pas la première fois que les pouvoirs publics souhaitent encadrer les négociations conventionnelles. Dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 déjà, le Gouvernement avait accordé un délai de six mois à la conclusion des négociations visant à créer un secteur optionnel, faute de quoi cette création se ferait par voie réglementaire.

L'intervention du Président de la République fixe non seulement un calendrier de négociation mais suggère également le recours à des tarifs différenciés afin de favoriser les médecins installés dans les zones sous-médicalisées et, éventuellement, de pénaliser les médecins qui s'installeront dans les zones surdenses.

Cette proposition va au-delà des mesures jusque-là envisagées par les partenaires conventionnels dont l'action en matière de démographie médicale est fondée sur le principe de l'incitation. Aucune mesure coercitive ou pénalisante n'est aujourd'hui prévue. Seuls les infirmiers ont pour l'instant conclu une convention qui prévoit explicitement des mesures de régulation.

La négociation s'est engagée autour de trois axes :

- des interventions de l'assurance maladie seront organisées dans les facultés de médecine afin d'informer les futurs médecins sur les modalités d'exercice libéral (les statistiques disponibles font apparaître une nette préférence des jeunes médecins pour l'exercice salarié) et sur les dispositifs incitatifs prévus en cas d'installation dans une zone sous-médicalisée (bourses d'étude, aide à l'installation versée par l'assurance maladie et/ou les collectivités locales) ;

- un guichet unique pourrait être créé afin de mieux accompagner les médecins en simplifiant les démarches administratives ;

- l'essentiel de la négociation se cristallise autour de l'avenir de l'avenant 20 à la convention médicale de janvier 2005 qui propose une majoration de 20 % des honoraires des praticiens exerçant en groupe dans les zones déficitaires. Or, les résultats établis par l'assurance maladie font apparaître un **bilan décevant** de cette mesure, présentée pourtant comme le fer de lance des politiques incitatives : elle n'a bénéficié qu'à 548 médecins depuis son entrée en vigueur en mars 2007 ; seules trente nouvelles installations dans ces territoires ont été recensées, dont seize en 2008 ; le montant moyen versé par médecin s'élève à 14 954 euros.

La mise en œuvre de nouvelles incitations fait l'objet d'un débat au sein des partenaires conventionnels, tout comme la proposition du Président de la République de recourir à des tarifs différenciés. Certains acteurs, comme le syndicat national des jeunes médecins généralistes, considèrent que les incitations financières ne résoudront pas à elles seules les problèmes de démographie. D'autres voies doivent donc être explorées.

L'assurance maladie a proposé d'autres pistes et notamment l'instauration d'un contrat santé-solidarité. Ce dispositif vise à inciter les professionnels qui exercent dans les zones surdotées à réaliser une part de leur activité (gardes, actions de santé publique, vacations) dans un cabinet secondaire, situé en zone sous-médicalisée, dans le cadre d'un contrat « santé-solidarité ». L'assurance maladie, qui est à l'origine de ces contrats, a proposé de réduire la prise en charge des cotisations sociales des généralistes exerçant dans les zones surdotées qui refuseraient de les conclure. **La négociation portera donc sur le caractère contraignant du dispositif.**

b) Les dépassements d'honoraires

Les dépassements d'honoraires constituent le deuxième sujet fondamental pour l'accès aux soins sur lequel le chef de l'Etat a demandé des mesures rapides.

L'an dernier déjà, dans le cadre de la loi de financement pour 2008, le Gouvernement avait souhaité rappeler quelques règles élémentaires, notamment en matière de publicité des tarifs.

Toutefois, l'obligation d'information qui pèse sur les médecins ne supprime pas la pratique des dépassements d'honoraires. **Les partenaires conventionnels pourraient en conséquence proposer une solution innovante avec la création d'un nouveau secteur tarifaire, le secteur optionnel.**

Ce sujet est inscrit à l'agenda des partenaires conventionnels depuis maintenant près de quatre ans. Les négociations progressent à faible allure. Les parties à la convention, syndicats représentant les médecins libéraux, assurance maladie obligatoire et organismes complémentaires d'assurance maladie, ont maintenant défini le périmètre de ce secteur optionnel qui concernera en priorité les chirurgiens, les anesthésistes et les gynécologues-obstétriciens inscrits en secteur 2 qui s'engageraient à « *rendre visible le respect de critères objectifs de qualité, réaliser 30 % ou plus de leurs actes à tarif opposable, plafonner dans les autres cas à 50 % par acte leurs compléments d'honoraires* » selon les termes du point d'étape conclu le 25 juillet dernier.

En contrepartie, l'assurance maladie prendrait en charge les cotisations sociales dues au titre de cette activité.

La conclusion de la négociation conventionnelle est actuellement soumise à la décision des syndicats de médecins et de l'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam).

Les positions syndicales¹ ne sont pas encore arrêtées. La CSMF et MG-France semblent pouvoir accepter, moyennant quelques aménagements, le principe du secteur optionnel. Le SML et FMF sont plus réticents et considèrent que la proposition d'accord est insuffisamment attractive pour les médecins inscrits en secteur 2.

Mais l'interrogation principale porte sur la position de l'Unocam. Profondément divisée en raison de la conclusion d'un protocole d'accord entre la Mutualité française et le Gouvernement en juillet dernier, cette structure n'a pas encore fait connaître les modalités de sa contribution au secteur optionnel. **Or, le principe du secteur optionnel consiste à faire prendre en charge une partie des dépassements par les assureurs complémentaires afin**

¹ La confédération des syndicats médicaux français (CSMF), le syndicat des médecins libéraux (SML), représentant les médecins généralistes et spécialistes ; MG-France, les généralistes, et la fédération des médecins de France (FMF), les spécialistes.

d'optimiser le remboursement des assurés. Nul doute que l'Unocam voudra connaître le coût de cet accord conventionnel et obtenir des contreparties à sa participation financière avant de donner son accord.

La réussite de chacun des volets de la négociation conventionnelle en cours constitue donc un élément déterminant pour le bon fonctionnement du système de soins. De sa conclusion favorable dépendent, d'une part, l'exécution d'un programme d'économies, d'un montant de 520 millions d'euros, indispensable pour rétablir la situation financière de la branche, d'autre part, la mise en œuvre d'un dispositif efficace pour favoriser l'accès aux soins. En cas d'échec sur ce dernier point, il appartiendrait au Gouvernement de saisir le Parlement des mesures législatives indispensables pour assurer la prise en charge médicale de la population.

Ces mesures nouvelles seront financées par redistribution des honoraires versés aux professionnels de santé, notamment une baisse de tarifs applicables aux actes de radiologie et de biologie médicale.

Le cadrage financier de la négociation

(en millions d'euros)

Tarifs : les économies réclamées à la profession pour 2009		Les investissements envisagés par l'assurance maladie		
			Coût en année pleine	Coût estimé en 2009
Radiologues	100	Hausse du C* à 23 €	250	100
Biologistes	100	Spécialités cliniques	30	15
Autres spécialités	50	Démographique	30	10
		Secteur optionnel	60	15
Total	250	Total	370	140

* C = tarif de la consultation

B. BILAN ET PERSPECTIVES DE LA POLITIQUE DU MÉDICAMENT

A côté des honoraires médicaux, le sous-objectif « dépenses de soins de ville » comporte un deuxième volet : celui des produits de santé.

Le montant total (ville + hôpital) des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie s'est élevé à 25,3 milliards d'euros en 2007, dont 20,1 milliards pour les seuls médicaments remboursés dans le cadre du sous-objectif de l'Ondam consacré aux soins de ville. Cette dépense représente environ 30 % des dépenses de soins de ville et 15 % des dépenses totales d'assurance maladie.

La croissance des dépenses de médicaments s'est caractérisée depuis plusieurs années par un taux d'augmentation supérieur à celui de la progression de l'Ondam.

Cette évolution est en partie due à une déformation de la consommation pharmaceutique au profit des produits les plus chers. Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie indique : « *voici dix ans, moins de 5 % du chiffre d'affaires concernait les produits de plus de 20 euros. Aujourd'hui ce pourcentage atteint 48 %.* »

Cette situation, décrite sous le nom d'« effet structure », n'a pas fait obstacle à une hausse modérée de la dépense au cours des dernières années grâce aux différentes mesures arrêtées par le Gouvernement.

Taux de croissance des dépenses de médicaments

2003	2004	2005	2006	2007	2008*
6,1 %	6,2 %	6,8 %	0,8 %	3,8 %	3,8 %

** Estimation commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2008, hors effet franchise.*

Source : annexe 1 du PLFSS pour 2009

1. La contribution du plan médicament à la réduction du déficit de l'assurance maladie

En 2004, confronté au déficit de l'assurance maladie et à l'accroissement rapide des dépenses de santé, le Gouvernement a décidé d'engager une **politique pluriannuelle de réduction des dépenses dans le secteur du médicament**. Près de 9 milliards d'euros d'économies étaient attendus de l'amélioration et du fonctionnement du système de soins. Les actions sur les produits de santé devaient contribuer à ce redressement à hauteur de 2,3 milliards.

Un plan pluriannuel « médicament » (2004-2007) a donc été présenté concomitamment avec la réforme de l'assurance maladie. **Les informations disponibles montrent que ses objectifs ont été largement atteints, puisqu'une économie de 2,8 milliards a été réalisée sur cette période.**

Son mode opératoire a consisté en des actions conjuguées visant à faire baisser le coût d'acquisition des médicaments. Deux voies ont été suivies en ce domaine : une première en direction de médicaments génériques dont la prescription et la délivrance ont été favorisées tandis qu'une baisse des prix était décidée simultanément ; une seconde en direction des médicaments princeps pour lesquels des baisses de prix ciblées ont été mises en œuvre. Initialement évaluée à 350 millions d'euros, cette action a affiché un rendement quasiment double de celui attendu.

**Economies réalisées dans le cadre du plan médicament
et de la maîtrise médicalisée sur les produits de santé**

(en millions d'euros)

	2005	2006	2007	Total 2005-2007	Rappel des objectifs à fin 2007
Génériques	255	730	280	1 265	1 050
Adaptation de la prise en charge	0	460	20	480	250
Adaptation des conditionnements	0	14	23	37	180
Baisses de prix ciblées	245	250	170	665	350
Tarifs des dispositifs médicaux	13	80	0	93	250
Marges de distribution	0	0	0	0	100
Médicaments à l'hôpital (liste en sus, rétrocession...)	210	0	0	210	100
Total plan médicaments 2005-2007	723	1 534	493	2 750	2 280
Maîtrise médicalisée (médicaments)	17	120	259	396	829
Total économies médicaments	740	1 645	752	3 146	3 109

Source : Direction de la sécurité sociale

Enfin, un troisième poste d'économie important résulte de l'adaptation de la prise en charge. Cette évolution fait suite à la mise en œuvre d'une nouvelle politique d'évaluation du service médical rendu (SMR) des produits de santé. En 2005, le ministre chargé de la santé a demandé à la Haute Autorité de santé (HAS) de procéder à la réévaluation du SMR de 245 médicaments. La HAS s'est prononcée en faveur d'un retrait du remboursement de 218 médicaments auparavant remboursés à 35 % et pour lesquels une prise en charge par la solidarité nationale ne se justifie plus selon elle.

A ces économies prévues dans le cadre du plan médicament, il convient d'ajouter celles produites par le développement de la maîtrise médicalisée dans le cadre de la convention médicale : la modération des prescriptions a permis une économie estimée à 395 millions d'euros sur la période 2005-2007.

2. La poursuite d'une politique de maîtrise des dépenses de médicaments

L'achèvement du plan pluriannuel ne signifie pas pour autant que le Gouvernement et l'assurance maladie ont renoncé à toute mesure d'économie ou d'optimisation de la dépense dans le domaine du médicament. Dans la continuité des mesures précédentes, une orientation complémentaire est suggérée avec l'ajout de l'analyse médico-économique.

a) Une contribution au plan d'économies prévu par le projet de loi de financement

La construction de l'Ondam pour 2009 repose à la fois sur des recettes nouvelles, évaluées à 1,4 milliard d'euros, et sur un plan d'économies de 2,2 milliards d'euros.

L'économie la plus importante proviendra d'une **action sur les prix** qui concernera en priorité les médicaments sous brevet mais également les médicaments génériques et les dispositifs médicaux.

Le Gouvernement a par ailleurs prévu d'agir sur la marge de distribution des médicaments et promeut toujours le développement de l'utilisation des grands conditionnements.

Des économies sont également attendues de la gestion médicalisée des produits de santé. Il s'agit là d'une des premières applications de l'analyse médico-économique à la prescription et à la prise en charge des produits de santé.

Plan médicament 2009

	Régime général	Tous régimes
Mesures d'économies intégrées à l'Ondam 2009	593	690
Plan médicament : baisse de prix des médicaments sous brevet et convergence des prix par classe	292	340
Plan médicament : accroissement des baisses de prix des médicaments génériques	34	40
Baisse de prix sur les dispositifs médicaux	43	50
Gestion médicalisée de la liste des produits de santé remboursables et suites des recommandations médicoéconomiques de la HAS	112	130
Marges de distribution des médicaments en ville et en rétrocession	86	100
Développement de l'utilisation des grands conditionnements	26	30

b) Le développement de la médico-économie

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 avait confié une compétence nouvelle à la Haute Autorité de santé en lui permettant d'émettre des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces.

Le renforcement de son rôle souhaitait notamment répondre aux observations de la Cour des comptes fondées sur des comparaisons internationales montrant que d'autres pays définissent des priorités « *et restreignent plus énergiquement l'accès au remboursement de certains médicaments* »¹.

¹ Cour des comptes, la sécurité sociale, septembre 2007.

L'analyse médico-économique doit permettre d'orienter la maîtrise médicalisée des dépenses en agissant sur le comportement des différents acteurs : professionnels de santé et assurés. On peut en espérer la réduction des actes redondants, la diminution des surprescriptions et le recours plus systématique aux thérapeutiques qui, pour une efficacité médicale équivalente, ont un coût moins élevé pour la collectivité.

A partir de 2009, le Gouvernement souhaite développer le recours à la médico-économie en s'appuyant sur des référentiels élaborés par la Haute Autorité de santé et en définissant des stratégies thérapeutiques et médicamenteuses.

Dans un premier temps, les efforts seront concentrés sur la lutte contre les prescriptions excessives de certains médicaments. A cet effet, le ministère chargé de la santé a adressé, le 7 avril dernier, un courrier à la Haute Autorité de santé afin que cette dernière élabore des référentiels relatifs aux traitements utilisés contre l'hypertension, le mauvais cholestérol et les ulcères. L'objectif affiché est de réduire les prescriptions de certaines catégories de prescriptions, coûteuses pour l'assurance maladie et dont la justification médicale n'est pas établie.

En réponse à cette demande du Gouvernement, la Haute Autorité de santé a publié une fiche pour le bon usage des médicaments contre l'hypertension artérielle, dans laquelle elle recommande aux médecins de prescrire en première intention les molécules les moins chères. La publication des autres référentiels demandés par le Gouvernement au mois d'avril dernier est attendue pour 2009.

Cette situation a d'ailleurs provoqué un début de polémique entre le Gouvernement et la Haute Autorité de santé, le ministre chargé de la sécurité sociale ayant critiqué la lenteur mise à la publication des référentiels.

Ce débat met l'accent sur les enjeux liés au développement de l'analyse médico-économique et, plus largement, à la mission de la Haute Autorité de santé qui doit tenir compte de l'intérêt thérapeutique des soins et de leur impact sur les comptes de l'assurance maladie.

Ce recours à ces nouveaux instruments se heurte à la résistance - et on l'a déjà constaté lors de la publication des référentiels relatifs à la prise en charge des diabétiques en 2006 - des acteurs médicaux, qui hésitent à s'engager dans le strict respect des recommandations, et des patients, qui craignent que ces mesures ne se traduisent par un rationnement des soins.

II. HÔPITAL : DES RÉFORMES QUI PEINENT À PRODUIRE LEURS EFFETS

L'hôpital a souvent été considéré comme le grand absent de la réforme de l'assurance maladie engagée en 2004. On peut en voir la démonstration, par exemple, dans la persistance d'une coordination défaillante entre ville et hôpital pour la prise en charge des patients, soulignée par différents rapports préparatoires à la mise en œuvre des agences régionales de santé (ARS) ou bien encore dans la difficulté d'évaluer la contribution des établissements à la politique de maîtrise des dépenses d'assurance maladie¹.

Pourtant, au cours des quatre dernières années, l'hôpital a fait l'objet de nombreuses réformes : nouvelles modalités de financement des établissements publics et privés par la tarification à l'activité (T2A), nouvelles modalités de régulation des activités hospitalières (suppression de la carte hospitalière, mise en œuvre des objectifs quantifiés de l'offre de soins), nouvelle gouvernance au sein des établissements.

Toutefois, elles semblent peiner à produire leurs effets : les retards de mise en œuvre s'accumulent et fragilisent les établissements de santé dans leur fonctionnement, leur capacité à se moderniser, tandis que leur situation financière se dégrade.

A. LES DÉFAILLANCES DU PILOTAGE DE LA POLITIQUE HOSPITALIÈRE

La mise sous observation du système hospitalier, consécutive à la mise en œuvre progressive de la T2A depuis 2004, fait apparaître des défaillances dans le pilotage de la politique hospitalière tant au niveau local qu'au niveau national. Un récent rapport de la Mecss a souligné certaines lenteurs sur des sujets aussi importants que la fixation des tarifs, l'équilibre financier des établissements et la gestion de l'emploi hospitalier.² Les rapports annuels de la Cour des comptes consacrés aux lois de financement de la sécurité sociale signalent également des faiblesses dans le domaine de la gestion des établissements.

On peut retirer de l'examen de cette situation une impression d'immobilisme, les autorités de tutelle ne démontrant pas leur capacité à faire appliquer des réformes de gestion pourtant nécessaires et ne mettant pas à la disposition du Parlement les éléments utiles pour l'examen annuel de l'évolution des politiques publiques hospitalières, dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

¹ *Agences régionales de santé : des perspectives pour la réforme*, Yves Bur, Assemblée nationale, février 2008, vers la création des agences régionales de santé, le rapport remis à la ministre chargée de la santé, Philippe Ritter, janvier 2008.

² *Pour une gestion responsable de l'hôpital*, Alain Vasselle, Bernard Cazeau, mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale, commission des affaires sociales, Sénat, n° 403, 2007-2008.

1. Des restructurations hospitalières inachevées

En 1996, à la suite du plan Juppé, la restructuration des établissements de santé a été définie comme un objectif prioritaire par les pouvoirs publics et les agences régionales d'hospitalisation (ARH) ont été chargées de la mettre en œuvre. En 2008, la Cour des comptes dresse un bilan mitigé de cette politique, vision d'ailleurs partagée par d'autres observateurs, et pointe les insuffisances des autorités de tutelle en matière de conception, de suivi et d'évaluation de ces actions.

La recomposition du paysage hospitalier

Le système hospitalier français a connu, depuis les années quatre-vingt-dix, une vaste recomposition. Entre 1992 et 2001, 343 établissements publics et privés ont disparu, soit environ 10 % des établissements. En « médecine, chirurgie, obstétrique » (MCO), cette diminution résulte principalement d'une réduction du nombre des cliniques.

Ainsi, le nombre de cliniques a diminué, sur cette période, de 19 % (il s'établissait à 1 426 en 1992 et à 1 151 en 2001). La diminution est de 28 % pour les cliniques assurant une activité de MCO (leur nombre est passé de 1 014 à 732 sur la même période). Il faut noter que des groupes financiers contrôlent une part de plus en plus importante du secteur des cliniques.

La diminution a été de 2,3 % pour les établissements privés à but non lucratif (de 912 à 891 établissements), mais de 26 % pour la MCO (de 293 établissements à 218 établissements).

Le mouvement a été moins radical pour les hôpitaux publics qui ont connu une diminution plus modérée du nombre d'hôpitaux, liée à des fusions d'établissements. Le nombre d'entités juridiques est passé de 1 057 à 1 010 sur la période et de 813 à 725 pour ceux assurant une activité MCO. Les modalités de suivi des hôpitaux publics ont toutefois varié au cours du temps, ce qui réduit la fiabilité des comparaisons. Ce sont les entités juridiques et non les établissements qui ont fait l'objet d'un suivi pour les hôpitaux publics.

Etat des lieux réalisé par la commission de concertation relative aux missions de l'hôpital, présidée par Gérard Larcher

Selon la Cour des comptes, les objectifs de cette politique n'ont pas fait l'objet d'une définition claire et précise. Après une hésitation sémantique entre les termes de « restructuration » et de « recomposition », le choix s'est porté sur le premier pour caractériser plusieurs modalités d'intervention : des réorganisations de services, des fermetures en cas de non-respect des normes ou d'activité trop faible, des réorganisations destinées à prendre en compte une évolution majeure des techniques médicales ou encore le développement de plateaux techniques plus innovants. Selon la Cour, une formulation aussi large « *n'a pas facilité le suivi des opérations par les agences régionales d'hospitalisation et l'établissement de leur bilan*

économique » et « *l'analyse des politiques de restructuration préconisées entre 1999 et 2007 montre qu'il n'y pas eu de ligne directrice stable* ».

La difficulté d'établir un bilan est renforcée par l'absence, au niveau national, d'outils permettant de suivre l'action des ARH. L'atlas des recompositions hospitalières mis en place par la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (Dhos), destiné à recenser les opérations engagées par les ARH, ne s'est avéré « *ni fiable, ni opérationnel* ». Par ailleurs, les systèmes d'information existants, qu'il s'agisse de la statistique annuelle des établissements (SAE) ou du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), ne permettent pas de suivre les opérations menées dans le cadre de cette politique de restructuration. La situation est aggravée par la faible réactivité des autorités de tutelle. Ainsi les défauts (certains établissements sont enregistrés sous plusieurs numéros distincts) affectant le fichier Finess (fichier national des établissements de santé), signalés par la Cour des comptes depuis 2002, n'ont toujours pas été corrigés, ce qui ralentit l'identification des différentes opérations menées au sein d'un même établissement.

Enfin, la Cour des comptes insiste sur la faiblesse des résultats obtenus en matière de restructurations des établissements publics, même en tenant compte de la grande variété d'opérations regroupées au sein de cette politique publique :

- l'action des autorités de tutelle en direction des **petits établissements** est motivée par des considérations liées à la sécurité des patients. Mais les ARH n'ont que rarement réussi à convaincre ces établissements d'abandonner leur activité de chirurgie, même lorsque le niveau de celle-ci est devenu inférieur aux normes de sécurité. Il faut souligner, à la décharge des ARH, qu'elles doivent faire face, dans ces situations, à de fortes pressions locales ;

- la restructuration des **centres hospitaliers universitaires** (trente et un établissements, un quart du budget hospitalier) est également loin d'être achevée, alors que leur situation est de plus en plus préoccupante, leur déficit s'élevant à près de 400 millions d'euros en 2007, soit la moitié du déficit des établissements de santé publics. Sachant que quatre établissements cumulent 70 % du déficit des CHU, une politique visible et active de redressement devrait être mise en œuvre le plus rapidement possible à leur intention.

2. Des réformes de gestion inachevées

En plus des politiques globales de restructuration et de financement, le secteur hospitalier public a dû procéder, au cours des années écoulées, à des réformes relatives à ses outils de gestion et de management interne.

Sur ce point, la Mecss du Sénat a analysé les difficultés de gestion de l'emploi hospitalier. Outre les dysfonctionnements provoqués par la mise en œuvre de la réduction du temps de travail à compter de 2001, elle a pointé les faiblesses du management hospitalier en matière de gestion des ressources humaines, alors même que le principe de la gestion prévisionnelle des emplois aurait dû être développé dans les établissements depuis maintenant plus de dix ans.

Ce retard entre la définition de nouveaux outils de gestion et leur mise en place effective peut également être constaté dans le domaine de la comptabilité analytique. En 2007, la Cour des comptes a dénoncé, avec des mots très durs, les retards des établissements en ce domaine alors même qu'ils sont soumis à de nouvelles règles comptables depuis 1992. Elle s'est en outre interrogée à cette occasion sur la fiabilité des comptes des hôpitaux en raison de la connaissance imparfaite des actifs immobilisés et des imprécisions et incertitudes sur les dettes et les créances. Elle a également regretté qu'aucun bilan global ne permette d'apprécier les avancées et les limites de la procédure budgétaire mise en œuvre en 2004 lors de l'introduction de la T2A¹.

Dans son dernier rapport, la Cour a poursuivi son évaluation des outils de gestion utilisés par les établissements de santé en s'intéressant cette fois au système d'information hospitalier (SIH). Ce sujet est particulièrement sensible puisque la qualité des moyens informatiques conditionne notamment la capacité des établissements à développer un dossier médical numérique pour chaque patient ou la possibilité de transmettre une facturation directe et individualisée vers les caisses locales de sécurité sociale, ce qui devrait être déjà le cas depuis le 1^{er} janvier 2006².

Là encore, ses conclusions sont sans appel : elle constate un déficit dans la conception de cette politique et dans son évaluation.

Les établissements auraient bénéficié d'un accompagnement insuffisant dans le choix des éditeurs et des prestataires informatiques puisque seule l'informatisation des urgences a été précédée par l'élaboration d'un cahier des charges national. Par ailleurs, « *la situation concrète du SIH des établissements publics de santé reste mal connue de la tutelle, qu'il s'agisse des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) ou surtout de la tutelle nationale* ».

Les critiques récurrentes de la Cour dans chacun de ses rapports annuels consacrés à la sécurité sociale, les conclusions de l'Igas sur les aides apportées aux établissements de santé en difficulté financière³ ou encore les travaux de votre commission, confirment donc bien les lacunes du pilotage de la politique hospitalière.

¹ Cour des comptes, *la sécurité sociale*, septembre 2007.

² Cour des comptes, *la sécurité sociale*, septembre 2008.

³ *Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (Cref) par des hôpitaux perdants à la T2A*, Igas, janvier 2008.

B. UNE SITUATION OPAQUE

Les enquêtes de la Cour des comptes ont aussi fait ressortir le décalage existant entre les réformes souhaitées par les pouvoirs publics et leur appropriation par la communauté hospitalière.

Ce constat peut être étendu à la réforme des modalités de financement des établissements de santé publics et privés.

Cette situation place le Parlement dans une situation délicate puisqu'il ne dispose pas d'une information suffisamment claire, précise et actualisée sur l'évolution de la politique hospitalière, qu'il s'agisse de la situation financière des établissements de santé ou de la réalisation, dans le calendrier prévu, de la réforme des modalités de financement (T2A).

1. Des comptes fragiles

On l'a dit, les dépenses hospitalières représentent 44 % du total des dépenses de l'Ondam en 2009, soit 69,6 milliards d'euros. Le volume financier consacré **aux établissements de santé pose inévitablement, la question de leur contribution à la politique de maîtrise des dépenses de santé**. Or, une certaine opacité règne en ce domaine car les annexes de la loi de financement de la sécurité sociale ou les documents qui accompagnent la présentation des comptes sociaux de l'année sont lacunaires sur ce sujet.

Cette situation est d'autant plus gênante que plusieurs interprétations du suivi de dépenses hospitalières sont possibles.

• **Si le respect de l'Ondam est le critère principal, les établissements de santé publics et privés doivent se voir reconnaître un comportement vertueux** puisqu'aucun dépassement des sous-objectifs hospitaliers, soumis à l'approbation du Parlement depuis 2006, n'a été constaté. Les résultats annuels font même apparaître chaque année une légère sous-exécution budgétaire, comprise entre 100 et 160 millions d'euros.

Contribution Hôpital à l'exécution de l'Ondam

(en millions d'euros)

	2006	2007	2008*
Ondam initial	140 700	144 800	152 000
Dépassement	1 200	2 900	750
Sous-objectif soins de ville	65 300	66 700	70 600
Réalisation	1 400	3 100	- 750
Sous-objectifs hospitaliers	63 700	65 800	66 770
Réalisation	- 130	- 160	- 100

* *prévisions*

Les conditions dans lesquelles est régulé le secteur hospitalier (établissements publics et privés), ont contribué au respect des objectifs fixés par les lois de financement de la sécurité sociale. Ainsi en 2006, face au risque d'un dérapage de l'Ondam hospitalier, le ministère chargé de la santé avait pris l'initiative de réguler ces dépenses en cours d'année en appliquant une réduction temporaire des tarifs applicables aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique. De même, en 2008, le ministre a procédé à un gel de 100 millions d'euros de crédits du fonds de modernisation des établissements publics et privés.

L'analyse de l'évolution des dépenses hospitalières sur une période plus longue confirme cette image de bon élève. En effet, depuis 2000, le taux de progression des dépenses hospitalières est toujours inférieur, à l'exception de l'année 2005, au taux de progression de l'Ondam.

Décomposition de l'évolution des dépenses d'assurance maladie (réalisations ou prévisions dans le champ de l'Ondam)

(en pourcentage)

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008 (p)
Soins de ville	7,8	7,2	8,0	6,2	4,3	3,1	2,6	4,5	2,8
Etablissements de santé	3,2	3,6	6,3	5,5	4,6	4,4	3,0	3,3	3,2
Médicosocial	5,7	6,3	7,9	9,0	9,3	7,8	6,4	6,7	6,5
Ondam	5,6	5,6	7,1	6,4	4,9	4,0	3,1	4,2	3,3

(p) prévisions

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2008

La modération du taux d'évolution des dépenses hospitalières doit être pondérée par le fait qu'une partie des dépenses liées à l'activité hospitalière n'est pas retracée dans les sous-objectifs spécifiques aux établissements de santé. C'est le cas notamment des honoraires perçus par les professionnels de santé exerçant dans les établissements privés ou des médicaments achetés en officine avec une prescription délivrée par un praticien hospitalier. La détermination de la dépense réelle des établissements de santé publics et privés devrait donc tenir compte de ces états de fait.

Qui plus est, cette présentation ne prend pas en considération la diversité des cas.

Un bon nombre d'établissements publics dont la situation financière s'est dégradée au cours des dernières années doivent faire face à un déficit d'exploitation. La Cour des comptes évalue ce déficit à 400 millions d'euros en 2007. La fédération hospitalière de France considère que la dégradation financière est plus importante encore et l'estime à près de 800 millions en 2008.

Ces 800 millions ne sont pas intégrés dans la présentation de l'Ondam. Ils constituent donc une forme de dépassement différé de cet objectif puisqu'il faudra que les pouvoirs publics combler ce déficit qui représente plus de 10 % du budget consacré aux établissements de santé et près de 20 % du déficit de l'assurance maladie de l'année en cours.

La dégradation financière des établissements publics est connue des autorités de tutelle qui ont mis en place des contrats de retour à l'équilibre financier. Ce dispositif est assorti d'une aide financière ponctuelle destinée à permettre aux établissements en difficulté de procéder aux adaptations indispensables.

L'inspection générale des affaires sociales (Igas) a montré, dans un rapport récent, les limites de ce dispositif destiné aux établissements les moins productifs avant d'estimer que « *tout se passe comme si certains établissements s'étaient durablement installés dans une culture du déficit* »¹.

Si la situation des établissements publics se dégrade, les informations disponibles sur la santé financière des cliniques privées font apparaître des résultats paradoxaux.

Selon les études menées par la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), le chiffre d'affaires des cliniques à but lucratif a connu une croissance moins dynamique en 2006 (dernière année pour laquelle sont disponibles des statistiques consolidées) qu'en 2005. Le chiffre d'affaires des cliniques soumises à la T2A a crû de 7,4 % en 2006 après une hausse de 10,1 % de l'année précédente².

Selon la même étude, la rentabilité des 848 cliniques figurant dans l'échantillon représentatif s'établit à 3 % du chiffre d'affaires ; elle recule de 0,3 % par rapport à 2005. L'année 2006 profite surtout aux grandes cliniques dont la rentabilité avait doublé en 2004 et 2005 et demeure constante en 2006. Il faut toutefois constater que la rentabilité du secteur MCO (2,8 %) est inférieure à celle du secteur hors MCO (4,3 %).

Enfin, la rentabilité financière des sociétés d'exploitation des cliniques (c'est-à-dire la mesure du revenu que les actionnaires perçoivent de l'entreprise) s'établit en 2006 à 13,5 %, en diminution de 2,1 % par rapport à l'année précédente. Ce recul concerne les cliniques MCO (baisse variant de 1,8 % à 12,8 %) comme les cliniques hors MCO (baisse allant de 2,8 % à 16,8 %).

Cette situation complexe mérite un débat spécifique lors de l'examen de chaque loi de financement et l'élaboration d'indicateurs de suivi des dépenses hospitalières.

¹ Rapport sur le contrôle des mesures prises dans le cadre du contrat de retour à l'équilibre financier (Cref) des hôpitaux « perdants » à la T2A - Igas, janvier 2008.

² L'évolution de la situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif entre 2005 et 2006, Etudes et résultats n° 650, août 2008.

2. Une réforme du financement qui prend du retard

A l'occasion de chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale depuis 2004, votre commission a fait le point sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

L'exemple des pays voisins montre que ce type de réforme nécessite une période de montée en charge de plusieurs années et que la survenue de reports ou de retards est un phénomène courant, voire normal.

Du point de vue du calendrier, la décision du Gouvernement de financer en T2A, à 100 % les activités de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements publics dès le 1^{er} janvier 2008, soit quatre ans avant la date prévue, constitue un élément très positif.

Il faut toutefois savoir que cette évolution n'est qu'apparente puisque le recours à des coefficients de transition permet de lisser les effets du passage à 100 % et de poursuivre une montée en charge progressive jusqu'en 2012. Elle masque aussi d'autres retards, notamment sur les modalités de calcul de la participation des usagers sur la base des tarifs de la T2A. Initialement prévue pour 2005, cette nouvelle procédure est désormais reportée en 2012. Les acteurs concernés se renvoient la responsabilité de ce report qui constituerait pourtant une modification majeure des pratiques actuelles et permettrait un meilleur contrôle des actes.

Le point sur lequel les retards sont les plus importants porte sur le processus de convergence entre les établissements publics et privés. L'idée de convergence des tarifs pratiqués pour un même acte, dans le secteur public et le secteur privé, constitue une originalité de la réforme menée en France où la T2A n'implique pas automatiquement l'application de tarifs similaires dans les différentes catégories d'établissements hospitaliers. Or, les pouvoirs publics ont fait le choix, régulièrement réaffirmé comme ce fut à nouveau le cas dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, d'affirmer que cette convergence doit se faire vers les tarifs les plus bas et non vers une moyenne.

Pour pouvoir atteindre cet objectif, les autorités de tutelle doivent disposer d'une vision complète des écarts de coûts entre les établissements publics et privé. Or, depuis 2004, aucune étude complète n'a pu être établie sur ce sujet.

En 2006, l'exposé des motifs de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 précisait que ces travaux concernaient notamment :

- la détermination d'une méthodologie de mesure des coûts commune aux deux secteurs, public et privé ;
- la conduite d'études dites complémentaires sur le coût du travail, la programmation de l'activité et la précarité, visant à expliquer les écarts de coûts observés.

L'année suivante, l'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait qu'un bilan des travaux sur la mesure de ces écarts devait être transmis au Parlement avant le 15 octobre 2008.

Ce rapport a donc été remis avant l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Il comporte effectivement un bilan des travaux menés pour mesurer les écarts de coûts entre établissements et présente une synthèse utile pour comprendre les différentes étapes de la réforme et la présentation des travaux en cours.

Au-delà de cette lecture positive, on peut aussi en tirer la conclusion que, quatre années après la mise en œuvre de la T2A, l'analyse des écarts de coûts entre les différentes catégories d'établissements n'a que très faiblement progressé.

Les travaux destinés à mesurer les surcoûts liés à la prise en charge des patients en situation de précarité et à l'organisation de la permanence des soins sont partiels. Leur achèvement est renvoyé à des études supplémentaires dont le délai de réalisation varie de douze à vingt-quatre mois.

Les seize études complémentaires, suggérées par l'Igas en janvier 2006 afin d'optimiser l'analyse des écarts de coûts entre les différentes catégories d'établissements, figurent pour la plupart d'entre elles dans « *les thématiques non explorées en première phase* ». Leur réalisation est reportée à une date ultérieure.

Certes, ces études sont complexes mais les délais préalables à leur mise en œuvre - certaines ont été suggérées par la Cour des comptes à la suite de la première expérimentation de financement d'un établissement à la T2A à la fin des années quatre-vingt-dix - soulèvent des interrogations.

La Mecss a souligné combien ces retards pénalisent les établissements de santé publics et privés et font peser une incertitude sur la mise en œuvre de ce volet de la réforme¹.

Cette situation nuit aux établissements de santé dont l'évolution des modalités de financement est liée à la réalisation de ces études. L'accumulation des retards est également susceptible de **remettre en cause l'achèvement du processus de convergence dans les délais prévus, c'est-à-dire en 2012.**

¹ Pour une gestion responsable de l'hôpital, Alain Vasselle, Bernard Cazeau, Sénat n° 403, 2007-2008.

III. COMMENT RAMENER À L'ÉQUILIBRE LES COMPTES DE L'ASSURANCE MALADIE ?

Rétablir l'équilibre financier de la branche maladie, qui est en situation de déficit depuis maintenant vingt ans, requiert la définition d'une stratégie pluriannuelle qui, pour l'instant, n'a pas fait la démonstration de son efficacité.

L'annexe B de la loi de financement de la sécurité sociale, qui présente une mise en perspective pluriannuelle des recettes et des dépenses depuis 2005, constitue un cadre utile pour présenter cette stratégie.

Dans le même souci de stratégie pluriannuelle, la révision constitutionnelle du 23 juillet dernier a marqué une nouvelle étape en instaurant des lois de programmation des finances publiques. Le projet pour la période 2001-2012 sera adopté au même moment que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ce qui permettra d'harmoniser les scénarios retenus¹.

A. 2004-2008 : UN EFFORT CONSIDÉRABLE DE RÉDUCTION DU DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE

Dans son rapport annuel pour 2007, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a établi un premier bilan de la réforme de 2004 plutôt positif sur le plan des finances de la branche.

Trois éléments majeurs ont été avancés pour expliquer ce mieux :

- la mise en place de recettes nouvelles, pérennes ou non ;
- une augmentation modérée des dépenses de remboursement, assez proche du taux de progression du Pib ;
- une politique pertinente du médicament avec la promotion des génériques et une action très significative sur les prix et les marges.

La conjonction de recettes nouvelles et d'un ralentissement des dépenses de santé caractérise la période 2004-2008 par rapport à la période précédente, au cours de laquelle se sont conjugués une certaine atonie des recettes et un rythme d'évolution de dépenses particulièrement soutenu. Il faut rappeler que le déficit de l'assurance maladie est passé de 2 à 11 milliards entre 2001 et 2003, les dépenses relevant du champ de l'Ondam ayant augmenté respectivement de 5 % et de 7,1 % au cours de ces deux années.

¹ *Projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012. Ce texte a été examiné par le Sénat le 6 novembre 2008.*

1. Un apport substantiel de nouvelles recettes

Au cours des années qui ont suivi la réforme de 2004, l'assurance maladie a bénéficié de recettes nouvelles importantes. Cet apport financier a résulté d'abord de la situation économique générale favorable, en particulier sur le marché de l'emploi, mais aussi de l'attribution de recettes nouvelles durables (comme le relèvement du taux de la CSG à partir de 2004) et de l'affectation de diverses recettes non reconductibles.

Entre 2003 et 2007, la masse salariale est passée de 2 % à 4,8 % en taux annuel. Sa progression a été soutenue, en 2006 et 2007, par de fortes créations d'emplois. Cette augmentation a entraîné celle des recettes du régime général : les cotisations, les remboursements d'exonérations et la plus grande partie de la hausse des revenus perçus au titre de la CGS lui sont en effet directement liés.

- Compte tenu de son influence sur l'évolution des cotisations sociales, la progression de la **masse salariale** a un impact très fort sur le solde financier des différentes branches de la sécurité sociale. A titre d'exemple, la révision à la baisse (0,3 %) de la croissance de la masse salariale en 2008, par rapport aux prévisions initiales correspond à une perte de recettes d'environ 580 millions d'euros pour le régime général.

Par ailleurs, des recettes nouvelles ont été attribuées à l'assurance maladie pour un total de 4 milliards d'euros en 2006 et 2007. Une partie provient du relèvement du taux de CSG supporté par les ménages (élargissement de l'assiette de prélèvement sur les revenus salariaux), décidé par le Gouvernement à l'occasion de la réforme de l'assurance maladie, qui s'est traduit par une recette supplémentaire de 2 milliards intégralement affectée à la Cnam.

Des **recettes non reconductibles** ont également amélioré le solde de l'assurance maladie. Le Hcaam évalue leur montant à 2,6 milliards pour la période 2004-2006. La Cnam a également perçu 1,3 milliard au titre des recettes non reconductibles, en 2007 et 2008.

Enfin, il n'est pas inutile de souligner que la réduction du déficit de la branche maladie entre 2004 et 2008 ne s'est pas accompagnée d'un désengagement des régimes obligatoires de base. Le taux global de prise en charge des dépenses de santé est resté quasiment stable, à un niveau élevé (77 %).

2. L'évolution irrégulière des dépenses

Sur la période 1997-2003, les dépenses de santé avaient connu une très forte augmentation, tandis que la croissance économique ralentissait à partir de 2001. En moyenne, elles ont alors progressé de 1,3 % plus vite que le Pib, contribuant ainsi à creuser le déficit de l'assurance maladie.

Depuis la réforme de 2004, le rythme d'évolution des dépenses s'est infléchi. Sur la période 2004-2007, la hausse moyenne des dépenses d'assurance maladie est inférieure à celle de la richesse nationale, puisque les dépenses dans le champ de l'Ondam ont progressé un peu moins vite que le Pib en valeur (16,9 % contre 18,7 %).

Taux d'évolution du Pib et de l'Ondam

en pourcentage

	2006	2007	2008	2009 ^(*)
Pib en valeur prévu par la CCSS	3,6	4,1	4,1	3,1
Pib en valeur	4,7	4,7	3,5	
Taux d'Ondam voté en LFSS initiale	2,5	2,8	2,8	3,3
Taux d'Ondam réalisé	3,1	4,2	3,3	

* *Prévisions*

Cette moindre évolution des dépenses résulte de la réforme engagée en 2004 et, notamment, de la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée dans le domaine des soins de ville et du plan médicament qui a permis une économie de plus de 3 milliards d'euros depuis sa mise en œuvre en 2005.

Cette amélioration n'est pas allée sans rechute, comme en 2007 où, malgré la mise en œuvre de la procédure alerte prévue en cas de risque d'un dépassement sérieux de l'Ondam, les dépenses d'assurance maladie ont connu une augmentation de près de 3 milliards par rapport aux objectifs affichés.

Le fait de pouvoir contenir la hausse des dépenses de santé à un niveau inférieur à la progression de la richesse nationale ne constitue donc pas un acquis.

B. 2009-2012 : QUATRE ANNÉES POUR RÉTABLIR LES COMPTES.

Le défi à relever pour les quatre années à venir est le suivant : réduire le déficit de l'assurance maladie de 4 milliards d'euros et permettre au régime général de retrouver une situation financière excédentaire qu'il n'a plus connue depuis vingt ans.

En soi, l'objectif ne paraît pas inaccessible dès lors que les efforts accomplis durant les cinq derniers exercices (2004-2008) ont permis de diminuer le déficit de l'assurance maladie de 7,6 milliards d'euros : il est ainsi passé de 11,3 milliards à 4 milliards d'euros entre 2004 et 2008.

1. Un quatrième scénario de retour à l'équilibre en quatre ans

Les quatre derniers projets de loi de financement, pour les années 2006 à 2009, ont donné lieu à autant de schémas de retour à l'équilibre des comptes présentés dans leur annexe B respective.

Prévisions figurant à l'annexe B pour les soldes du régime général de la loi de financement pour 2006 au projet de loi de financement pour 2009

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
MALADIE							
LFSS 2006	- 6,1	- 3,5	- 1,7	0,6			
LFSS 2007							
Scénario haut	- 6,1	- 3,9	- 1,5	1,4	3,9		
Scénario bas	- 6,1	- 3,9	- 2,3	- 0,1	2,4		
LFSS 2008							
Scénario haut	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,0	- 2,8	- 1,4	0,0
Scénario bas	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,7	- 4,1	- 3,6	- 3,0
PLFSS 2009		- 4,6	- 4,0	- 3,4	- 2,3	- 1,2	0,1

Ces projections n'ont pas convaincu la Cour des comptes qui a estimé que le ministère de la santé avait proposé une évolution des dépenses de santé très volontariste lors des deux premiers exercices. Par ailleurs, elle a jugé irréaliste le niveau des soldes fixé dans les scénarios soumis au vote du Parlement « même pour le scénario économique le plus prudent (qualifié de bas), au risque de décrédibiliser l'exercice du cadrage pluriannuel ». Votre commission a, elle aussi, souligné dans différents rapports le caractère extrêmement volontariste de ces scénarios.

D'autres considérations sont de nature à jeter un doute sur la pertinence de ces propositions. Ainsi, chaque année, les normes de progression de l'Ondam accompagnant chacun de ces scénarios ont systématiquement été revues à la hausse. Le cadrage pluriannuel annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a prévu une norme de progression de l'Ondam de 2,2 % en valeur pour la période 2007-2009. Ce taux était de 2,8 % dans la loi de

financement de la sécurité sociale pour 2007 et variait suivant les scénarios entre 3,1 % et 3,6 % dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

La Cour des comptes estime que ces Ondam pluriannuels ont été fixés en fonction de l'objectif de retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie et « *non au regard de l'évolution tendancielle des dépenses d'assurance maladie et des mesures susceptibles de l'infléchir* ».

Cette année-là, le Gouvernement a d'ailleurs entendu ces critiques : par rapport aux propositions initiales et au regard des exécutions passées de l'Ondam, le taux d'évolution proposé pour 2008, puis dans le scénario 2009 (3,3 %), semble crédible.

La Cour des comptes considère néanmoins qu'en l'état actuel de la présentation du cadrage pluriannuel, l'Ondam pluriannuel est « *insuffisamment documenté pour constituer un levier de régulation contraignant pour l'ensemble des acteurs* »¹.

2. Prendre en charge 20 milliards de dépenses nouvelles

Les projections établies dans la même annexe B font apparaître une croissance des produits évaluée à 21,3 milliards d'euros sur la période 2009-2012 et une évolution des dépenses estimée à 17,8 milliards.

Retour à l'équilibre des comptes du régime général d'assurance maladie

(en milliards d'euros)

Maladie	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	144,4	151,0	157,3	163,9	171,1	178,6
Dépenses	149,0	155,0	160,7	166,3	172,3	178,5
Solde	- 4,6	- 4,0	- 3,4	- 2,4	- 1,2	0,1

Source : annexe B du PLFSS pour 2009

Pour les recettes, la programmation pluriannuelle est fondée sur une hypothèse de croissance du Pib de 2,5 % par an à partir de 2010 (1 % en 2009), un éventuel rebond anticipé permettant le rattrapage partiel des retards de croissance accumulés en 2008 et 2009.

La progression de la masse salariale s'établirait à 3,5 % en 2009, puis à 4,6 % les années suivantes.

A cette date, le retour à l'équilibre est prévu pour 2012. Il se fera sans hausse des prélèvements obligatoires et, éventuellement, avec un redéploiement des ressources entre les différentes branches de la sécurité sociale, prioritairement en direction de l'assurance vieillesse.

¹ Cour des comptes, la sécurité sociale, septembre 2008.

Il faut donc comprendre que les 21,3 milliards de recettes supplémentaires à percevoir en 2012 proviendront, dans leur très grande majorité, de taxes et prélèvements déjà affectés à l'assurance maladie. Or, le ralentissement de la croissance économique compresse à la fois l'emploi et les recettes de la sécurité sociale qui proviennent largement des cotisations et de la CSG. Un point de croissance en moins par an réduit de 1,93 milliard d'euros le solde du régime général, dont 890 millions au titre de l'assurance maladie.

Dans son scénario, le Gouvernement a fait le choix d'agir sur les dépenses. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 indique que cet effort de maîtrise des dépenses concernera :

- la régulation des soins de ville, avec une meilleure association des organismes complémentaires à la gestion de ce secteur, et le développement de l'analyse médico-économique ;

- l'amélioration de l'efficacité de la dépense hospitalière ;

- le renforcement de la gestion du risque.

On observera, pour le déplorer, que cette régulation des dépenses d'assurance maladie ne fait l'objet d'aucun chiffrage particulier pour les années 2010 à 2011. L'expérience des années précédentes montre toutefois qu'**une économie annuelle de 2 milliards d'euros constitue un objectif crédible.**

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)
et M. Hubert ALLEMAND, médecin conseil national de la Cnam**

Réunie le mercredi 29 octobre 2008, 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 2009, 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).

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a souhaité disposer d'éléments plus précis sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir, ainsi que sur le montant des économies à réaliser pour respecter les prévisions de dépenses figurant dans le scénario élaboré par le Gouvernement pour rétablir les comptes de l'assurance maladie.

M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Uncam et de la Cnam, a estimé que le retour à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie est prioritairement lié à l'évolution des recettes sur la période considérée, et donc à l'ampleur du ralentissement qui touche l'économie française.

Depuis 2005, l'évolution annuelle des dépenses a été contenue à un niveau compris entre 3 % et 4 %, qui est cohérent avec les hypothèses macroéconomiques retenues par le Gouvernement dans sa projection pluriannuelle présentée dans l'annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009. Le respect de ce taux d'évolution des dépenses suppose de dégager annuellement de nouvelles économies pour un montant d'environ 2 milliards d'euros. Le projet de loi de financement pour 2009 prévoit de procéder à des économies de gestion en régulant le montant des dotations accordées à certains établissements, notamment le fonds d'intervention pour la qualité de soins de ville (Ficqs), le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ou

l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus). Le taux de progression de l'Ondam est fixé à 3,3 % ce qui correspond à une prévision réaliste. Des négociations sont en cours afin de procéder à un redéploiement des rémunérations des professionnels de santé libéraux. En effet, pour la troisième année consécutive, les tarifs des actes de biologie médicale vont être révisés à la baisse, pour un montant global de 100 millions d'euros, de même que les tarifs des actes de radiologie à hauteur de 150 millions. Cette révision tarifaire vise à prendre en compte les gains de productivité dégagés dans ces secteurs, qui permettent des économies d'échelle sur les actes réalisés en série.

***M. Frédéric Van Roekeghem** a indiqué que les revalorisations tarifaires auxquelles il a été procédé au cours des quatre dernières années ont représenté un montant annuel de 390 millions d'euros, alors que la somme des honoraires versés s'élève à 20 milliards. Au cours des quinze dernières années, les dépenses de santé ont progressé de 1,3 % plus vite que le Pib et l'inversion de cette tendance suppose une intervention énergique de l'assurance maladie. Les actions qu'elle a entreprises au cours des trois dernières années ont d'ailleurs déjà permis de contenir l'évolution des dépenses de santé, par exemple en matière d'indemnités journalières versées au titre des arrêts de travail pour lesquelles un relâchement des contrôles se traduit par une hausse des dépenses.*

Il ne faut pas oublier que le déficit de l'assurance maladie est passé de 2 à 1 milliards entre 2001 et 2003, les dépenses incluses dans le champ de l'Ondam ayant augmenté respectivement de 5 % et de 7,1 % au cours de ces deux années. Aujourd'hui, la progression est moins rapide mais une baisse des recettes, provoquée notamment par le ralentissement de l'évolution de la masse salariale, est de nature à remettre en cause la projection pluriannuelle du Gouvernement.

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie,** s'est interrogé sur l'état d'avancement des négociations conventionnelles visant à créer un secteur optionnel et à revaloriser les honoraires des médecins généralistes. Il a également fait état des risques potentiels que les contrats individuels pourraient faire peser sur la qualité des soins en raison des objectifs de réduction des prescriptions qu'ils fixeront aux médecins.*

***M. Frédéric Van Roekeghem** a indiqué que des négociations conventionnelles sont en cours avec deux professions de santé : les chirurgiens-dentistes et les médecins. Pour les chirurgiens-dentistes, la négociation a pour objet de rétablir un texte conventionnel après l'annulation, par le Conseil d'Etat, de la convention signée en 2006. La discussion porte à la fois sur les honoraires et sur l'instauration de mesures désincitatives visant à limiter les nouvelles installations dans les zones sur-dotées. Le mécanisme retenu s'inspire de celui figurant dans la convention conclue entre l'assurance maladie et les infirmiers.*

Pour les médecins, en application des conclusions des Etats généraux de l'offre de soins (Egos), les partenaires conventionnels doivent s'entendre sur la détermination de mesures intergénérationnelles, ce qui signifie que les dispositions relatives à la meilleure répartition des médecins sur le territoire ne doivent pas s'appliquer uniquement aux nouvelles générations. Quatre syndicats de médecins sur cinq se sont déclarés hostiles à l'instauration de mesures coercitives. La question de l'accession de la médecine générale au rang de spécialité médicale, et notamment la revalorisation tarifaire qui doit accompagner cette évolution, figure à l'ordre du jour de ces rencontres.

Les négociateurs étudient également l'opportunité de créer un nouveau secteur tarifaire : le secteur optionnel. Ce dispositif tarifaire doit permettre de limiter le recours aux dépassements d'honoraires en proposant aux praticiens exerçant en secteur 2 (honoraires libres) de pratiquer les tarifs opposables pour une partie de leur activité professionnelle en échange de contreparties financières versées à l'assurance maladie. L'union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire est associée à cette partie de la négociation, puisqu'il est envisagé que tout ou partie des dépassements d'honoraires pratiqués dans le cadre du secteur optionnel fasse l'objet d'une prise en charge par les organismes complémentaires. Ce nouveau dispositif doit permettre de limiter la part des dépenses restant à la charge des assurés et réduire les difficultés d'accès aux soins, notamment des médecins spécialistes.

***M. Hubert Allemand, médecin conseil national de la Cnam,** a indiqué que les contrats d'amélioration de la qualité proposés aux médecins comprennent trois volets : la prévention, le suivi des pathologies et l'efficience de la prescription. Ils ont pour objet de rétribuer l'action des médecins auprès d'une population donnée, sans remettre en cause le principe de l'obligation de moyens. Par exemple, il s'agira d'actions en faveur du dépistage du cancer du sein pour lequel la pratique est très différente d'un médecin à l'autre, alors que la loi de santé publique du 9 août 2004 fixe à 80 % l'objectif de dépistage pour les femmes âgées de cinquante à soixante-quatorze ans ; de même, on constate que certains patients souffrant d'une affection de longue durée, par exemple les diabétiques, sont pris en charge en deçà du minimum des connaissances médicales. Le contrat d'amélioration de la qualité est donc conçu comme un moyen de diffusion de l'innovation afin d'optimiser la qualité des soins dispensés aux malades et de maîtriser les complications pouvant survenir chez les patients à risque.*

***M. Frédéric Van Roekeghem** a souligné que certains médecins traitants ne proposent pas de dépistage du cancer du sein à leur patientèle féminine. Le contrat permettra un meilleur suivi des pratiques et une comparaison des comportements dans chaque bassin de santé. Le suivi des patients chroniques sera également amélioré. Cette rémunération complémentaire sera financée par une meilleure utilisation de la pharmacopée.*

M. Hubert Allemand a indiqué que le chapitre de l'efficience des prescriptions est celui qui soulève les plus grandes interrogations. L'exemple des hypertenseurs permet de rassurer les patients sur le risque de rationnement des soins. Pour traiter cette pathologie, deux classes de médicaments ayant les mêmes effets thérapeutiques sont disponibles : les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine ou Sartans. Les IEC sont moins onéreux mais provoquent une réaction indésirable sous la forme d'une toux sèche dans une proportion trois fois supérieure aux Sartans. Les victimes de cet effet indésirable pourraient donc voir leur prescription d'IEC converti en Sartans. Or, le taux de prescription des Sartans atteint 58 % des prescriptions établies pour les patients souffrant d'hypertension, contre 27 % en Allemagne ou en Grande-Bretagne. L'objectif du contrat est de ramener ce taux de prescription à 40 % dans les quatre années à venir. Ceci étant, cet objectif ne peut en aucun cas être assimilé à une limitation de la liberté de prescription du médecin. Les indicateurs destinés à figurer dans ces contrats ont d'ailleurs fait l'objet d'une concertation avec les médecins et ont été approuvés par la direction générale de la santé, la Haute Autorité de santé, l'académie de médecine et le conseil national de l'ordre des médecins.

M. Nicolas About, président, s'est interrogé sur l'opportunité d'informer les patients de la conclusion d'un tel contrat par leur médecin.

M. Frédéric Van Roekeghem s'est déclaré favorable à une information des patients par l'intermédiaire du dispositif Infosoins géré par les caisses d'assurance maladie. L'information systématique des patients par courrier pourrait en revanche être interprétée comme une mise en garde à l'encontre de ces contrats, alors qu'ils constituent une mutation réelle, de nature à améliorer la prise en charge des patients et à modifier les conditions de rémunération des médecins. Une incertitude demeure néanmoins sur le nombre de praticiens qui feront le choix de souscrire un tel contrat.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a voulu connaître la date à partir de laquelle les prescriptions établies par les praticiens hospitaliers feront l'objet d'une identification individualisée, obligation insérée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 à l'initiative de la commission des affaires sociales.

M. Frédéric Van Roekeghem a estimé que, derrière son apparente simplicité, la question de l'identification des prescriptions hospitalières est une réforme complexe en matière d'organisation administrative et de mise à niveau des systèmes d'information. Elle comporte deux aspects : la transmission d'une facturation directe et individualisée des actes réalisés dans les établissements de santé publics vers les caisses primaires d'assurance maladie, d'une part, l'identification des praticiens hospitaliers par l'intermédiaire du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), d'autre part.

Sur le premier point, une montée en charge progressive pourrait avoir lieu à compter du deuxième trimestre 2009, l'idéal étant de procéder à une expérimentation limitée à une dizaine d'établissements dans le courant du premier trimestre de cette année.

Pour l'identification des praticiens hospitaliers au sein du RPPS, répertoire géré par l'Etat, deux problèmes doivent encore être réglés. Le premier est celui du peuplement du répertoire, car certains établissements de santé ont constaté qu'une partie de leurs équipes médicales n'y est pas encore inscrite. Le second concerne la modification du logiciel de facturation des officines, actuellement bloquée par des difficultés techniques rencontrées dans la modification des caractères du codage des médicaments qui est effectué simultanément. Néanmoins l'identification pourra être opérationnelle en 2009.

***M. Guy Fisher** a estimé irréalistes le projet de loi de financement pour 2009 et la projection pluriannuelle prévoyant un retour à l'équilibre des comptes de la sécurité sociale, en raison de la dégradation de la conjoncture économique.*

Il a estimé que la création du secteur optionnel et le recours de plus en plus fréquent aux dépassements d'honoraires sont le résultat du laissez-faire de l'assurance maladie en matière tarifaire.

Il a voulu connaître le montant des cotisations sociales prises en charge par l'assurance maladie pour le compte des médecins libéraux ainsi que le nombre d'emplois qu'elle s'est engagée à supprimer dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009.

***Mme Sylvie Desmarescaux**, rapporteur pour le secteur médico-social, s'est interrogée sur les conditions dans lesquelles est organisée la convergence tarifaire au sein du secteur médico-social, puis a voulu connaître l'opinion du directeur général de l'Uncam sur la proposition du Gouvernement visant à réintégrer les médicaments dans la dotation soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et sur le rôle des médecins coordonnateurs.*

***M. Dominique Leclerc**, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a demandé des informations complémentaires sur le montant des dépassements d'honoraires perçus dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ainsi que sur le nombre d'actes chirurgicaux faisant l'objet d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire par rapport à ceux pour lesquels une participation de l'assurance maladie complémentaire est possible.*

Après avoir regretté que l'assurance maladie n'ait pas revalorisée régulièrement le tarif des actes chirurgicaux, il s'est étonné des difficultés techniques rencontrées pour parvenir à une identification, à son sens indispensable, des praticiens hospitaliers et a dénoncé les incompatibilités techniques existant entre les divers systèmes d'information utilisés par les caisses d'assurance maladie.

M. Nicolas About, président, a souhaité obtenir des précisions sur les produits injectables, prescrits pour certains actes d'imagerie mais inutilisés dans la majorité des cas.

M. Gilbert Barbier a demandé des informations supplémentaires sur la lutte contre les abus et les fraudes dans le domaine des transports sanitaires, sur le respect de l'ordonnancier bizonne ainsi que sur le remboursement de certains actes de chirurgie esthétique présentés comme de la chirurgie réparatrice. Il s'est également interrogé sur l'avancement des négociations relatives à la fixation des tarifs de certains dispositifs médicaux, notamment les prothèses et les pacemakers.

Mme Patricia Schillinger a souligné que la suppression de la consultation pré-nuptiale et la baisse du nombre de postes ouverts aux étudiants en médecine dans la spécialité de gynécologie médicale constituent autant de reculs en matière de prévention, tout comme l'absence de médecins dans les écoles. Il est illusoire de penser que les médecins généralistes peuvent assumer seuls la charge d'une politique de prévention globale.

M. Marc Laménie a fait part de l'inquiétude que lui inspire une possible modification de la prise en charge des malades diabétiques.

M. François Autain a contesté les dispositions du projet de loi de financement visant à modifier les conditions de prise en charge des médicaments administrés à l'hôpital et facturés en sus des tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS) pour contenir un taux d'évolution des dépenses jugées trop élevées, soit 15 % par an. La solution retenue par le Gouvernement ignore les modalités de processus de dépôt de prix de ces produits qui est laissé à l'appréciation des entreprises pharmaceutiques. Il a estimé que des économies sont possibles dans le domaine des produits de santé, en réduisant les tarifs des médicaments qui ne font preuve d'aucune amélioration du service médical rendu. Dans le même ordre d'idée, des pratiques contestables existent dans le dépistage du cancer du sein, notamment le fait de procéder, sans justification médicale, à une échographie en complément de la mammographie. Enfin, il a estimé que les contrats individuels constituent une reconnaissance a posteriori de l'intérêt du dispositif du médecin référent supprimé en 2004.

M. Frédéric Van Roeye a rappelé que la généralisation du contrat de médecin référent à l'ensemble de la population médicale aurait coûté près de 2 milliards d'euros. Les nouveaux contrats individuels se distinguent de ce dispositif, notamment sur le point de la rémunération forfaitaire qui n'intervient qu'après analyse des objectifs contractuels. Il a estimé que la question du coût des médicaments facturés en sus des GHS doit être analysée avec la plus grande attention, mais sans se désintéresser de l'utilisation qui est faite de ces produits et de la possibilité d'une gestion médicalisée de cette liste.

M. Hubert Allemand a indiqué que l'assurance maladie a été déboutée par le conseil de l'ordre des médecins lorsqu'elle a voulu poursuivre

les radiologues procédant à une mammographie suivie d'une échographie dans le cadre de la campagne de dépistage du cancer du sein. Dorénavant, la participation des radiologues à ce programme sera soumise au respect d'un cahier des charges.

M. Frédéric Van Roekeghem a précisé que l'exécution conjointe de ces deux examens fera l'objet d'une baisse tarifaire de manière à dissuader les radiologues d'y procéder.

Il a ensuite indiqué que les diabétiques ne subiront pas de modification des modalités de prise en charge de leurs remboursements, mais que des actions de prévention et une meilleure organisation du recours au système de soins seront organisées.

Il a souligné que, dans le cadre de la restructuration du réseau des caisses locales, la direction de l'assurance maladie s'est engagée à ne remplacer que six départs à la retraite sur dix, ce qui correspond à 4 500 suppressions d'emploi sur quatre ans. D'ici deux ans, cinquante organismes locaux seront engagés dans des procédures de restructuration, ce qui n'est pas incompatible avec l'amélioration du service rendu aux usagers. Toutefois, cette politique de réduction des emplois ne saurait reposer uniquement sur la fusion des petits organismes et un rééquilibrage d'ensemble est nécessaire. Le non-remplacement des départs à la retraite s'appliquera donc de manière différenciée suivant la situation des caisses locales : en Ile-de-France, compte tenu de l'ampleur des effectifs, seules quinze embauches pour cent départs seront réalisées.

Il a observé que le service médical rendu par les cures thermales est sans doute modéré mais que, pour des raisons économiques, leur déremboursement n'est pas envisagé.

Enfin, il a indiqué qu'à l'assistance publique des hôpitaux de Paris (AP-HP), certains praticiens de renommée internationale perçoivent plus de 500 000 euros de revenus complémentaires au titre des dépassements d'honoraires facturés dans le cadre de leur activité libérale au sein de cet établissement public.