



**INSPECTION GÉNÉRALE
DES FINANCES**

N° 2012-M-007-03

**INSPECTION GÉNÉRALE
DES AFFAIRES SOCIALES**

N° RM2012-083P

RAPPORT

PROPOSITIONS POUR LA MAÎTRISE DE L'ONDAM 2013-2017

Établi par

VINCENT LIDSKY
Inspecteur général des finances

PIERRE-EMMANUEL THIARD
Inspecteur des finances

MARYVONNE LE BRIGRONEN
Inspecteur des finances

JÉRÔME THOMAS
Inspecteur des finances

MATTHIEU OLIVIER
Inspecteur adjoint des finances

Les membres
de l'Inspection générale des affaires sociales

DOMINIQUE GIORGI

HUBERT GARRIGUE-GUYONNAUD

MARINE JEANTET

VIRGINIE CAYRE

avec le concours des assistants de vérification
QUENTIN JEANTET

JEANNE DAVENEL

- JUIN 2012 -

SYNTHÈSE

Avec 11,8 % du PIB, soit plus de 220 Mds € par an, la France est le troisième pays de l'OCDE qui consacre le plus de dépenses à la santé. Au sein cette dépense totale, la part prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire est représentée par l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (ONDAM), pour un montant de 167,1 Mds € en 2011, réparti entre dépenses de soins de ville (46,3 % de l'ONDAM), dépenses hospitalières (43,6 %) et dépenses médico-sociales (9,5 %).

Malgré une maîtrise renforcée au cours de la décennie 2000, l'ONDAM continue de progresser plus vite que le PIB (3 % contre 1,7 % en 2011). Sa progression spontanée, hors de toute mesure d'économie (appelée « tendanciel ») s'est établie à 4,4 % par an entre 2007 et 2012. Dans un contexte de déficit persistant de l'assurance-maladie (8,6 Mds € en 2011), la maîtrise de l'ONDAM, c'est-à-dire une *progression* de la dépense mieux maîtrisée, apparaît donc comme un enjeu majeur.

Selon les calculs réalisés par la mission, la progression tendancielle de l'ONDAM s'établira autour de 4 % par an entre 2012 et 2017. Une progression limitée à 2,5 % par an supposera de réaliser un effort d'économies de 2,8 Mds € par an. Même si la progression annuelle de l'ONDAM fixée par le gouvernement était rehaussée à 3 %, il serait nécessaire de réaliser plus de 2 Mds € d'économies chaque année. Un tel effort correspond *a minima* à la poursuite de celui qui a été engagé au cours des cinq dernières années. Seules des mesures structurelles concernant l'ensemble du système de santé permettront de soutenir un tel effort d'économies tout en préservant, voire en améliorant, la qualité et l'équité de l'accès aux soins.

L'évolution du système de santé doit être guidée en premier lieu par l'objectif de soins pertinents et adéquats : fournir, pour chaque situation, l'offre de soins la plus appropriée. En effet, une prise en charge inadéquate, outre qu'elle est source de coûts inutiles, ne correspond pas toujours à l'intérêt ni aux souhaits du patient, par exemple lorsqu'une hospitalisation complète aurait pu être remplacée par une hospitalisation de jour, une intervention chirurgicale en ambulatoire, des soins de suite, voire des soins en ville, ou lorsqu'une personne âgée placée en établissement médico-social aurait pu bénéficier du même accompagnement à son domicile ; une prise en charge excessive peut même être porteuse de risques pour les patients, par exemple du fait des infections nosocomiales à l'hôpital ou des risques iatrogéniques des sur-prescriptions.

Des soins pertinents passent, du point de vue des prescriptions, par un renforcement des efforts de maîtrise médicalisée qui ont été engagés au cours des dernières années : la France continue en effet de se caractériser par une consommation de produits de santé supérieure à la moyenne européenne, certains postes connaissant même une dynamique préoccupante (par exemple les transports sanitaires, les auxiliaires médicaux ou les dispositifs médicaux). L'ensemble des efforts de maîtrise des volumes de consommation en ville pourrait ainsi générer, grâce à la mise en place de nouveaux outils comme des objectifs médicalisés de prescription pour chaque médecin, près de 1,5 Mds € d'économies sur la période 2012-2017. Les prescriptions hospitalières (y compris la « liste en sus ») et les prescriptions en établissements médico-sociaux, pourraient également faire l'objet d'une maîtrise accrue.

La recherche de soins adéquats et pertinents passe également par une meilleure articulation des professionnels de santé autour du parcours de soins du patient. Elle suppose une structuration des soins de ville autour d'équipes pluridisciplinaires, un partage d'informations plus systématique et une meilleure articulation entre la ville, l'hôpital et le médico-social. Elle doit notamment se traduire par un recentrage de l'hôpital sur son cœur de métier, qui est la prise en charge des pathologies lourdes nécessitant des équipes spécialisées

Rapport

et des équipements coûteux. A cet égard, des progrès peuvent être réalisés par un désengorgement des urgences, le développement de la chirurgie ambulatoire et de l'hospitalisation à domicile, ou encore une meilleure pertinence de l'offre territoriale de soins permise notamment par une restructuration de l'offre hospitalière et des reconversions du sanitaire vers le médico-social. L'ensemble de ces mesures doit permettre aux établissements de réaliser des gains de productivité pour diminuer progressivement leurs effectifs sans altérer la qualité des soins.

La maîtrise de l'ONDAM passe également par une facturation à l'assurance-maladie des prestations de santé aux meilleurs prix possibles. Cette démarche suppose en premier lieu d'engager des restructurations dans les différents secteurs concernés, afin que les gains d'efficacité réalisés par les professionnels leur permettent d'absorber la baisse des prix que leur demandera la collectivité publique. Ainsi, en ville, dans le prolongement des efforts justifiés de concentration des laboratoires de biologie, une restructuration de la pharmacie d'officine, toujours marquée par une densité sensiblement supérieure à la moyenne européenne, pourrait être engagée. A l'hôpital et dans les établissements médico-sociaux, des gains d'efficacité substantiels pourraient être obtenus grâce à une meilleure maîtrise des charges de fonctionnement et un suivi plus rigoureux des charges financières, obtenus au cas par cas dans le cadre d'une démarche contractuelle (contrats de performance simplifiés et articulés avec les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens des hôpitaux, plans « EHPAD efficacité » pour les établissements médico-sociaux).

Les gains d'efficacité doivent permettre d'obtenir des baisses des tarifs payés par l'assurance-maladie. En ville, des économies importantes peuvent ainsi être attendues sur les actes de radiologie et biologie et sur la marge des pharmaciens d'officine ; il faut y ajouter les baisses de prix sur les produits de santé, sur les médicaments princeps, mais surtout sur les génériques et sur les produits biosimilaires, alors même que de nouvelles tombées de brevets importantes sont attendues d'ici 2017. A l'hôpital, les efforts d'efficacité doivent s'appuyer sur une tarification à l'activité (T2A) techniquement stabilisée. En même temps, une pression continue sur le sous-objectif hospitalier de l'ONDAM conduira les gestionnaires à gagner régulièrement en efficacité. Dans le secteur médico-social enfin, la révision des modèles de tarification et la construction d'une échelle des coûts sont des prérequis pour pouvoir financer au juste prix et de manière équitable les établissements au regard des besoins des personnes qu'ils prennent en charge.

La mission a enfin étudié quelles évolutions du périmètre de la dépense de santé prise en charge par l'assurance-maladie pouvaient être envisagées. Si des évolutions radicales du système de prise en charge relèvent de débats d'ordre politique, en revanche la révision efficace du panier des biens et services remboursables et certaines mesures de responsabilisation accrue des patients, seraient de nature à produire des économies significatives. Le développement du rôle des complémentaires dans la gestion du risque pourrait également être utile dans certains secteurs où leur intervention est majoritaire.

Les chiffres réalisés par la mission montrent que l'ensemble de ces mesures peut dégager les 10 à 14 Mds € d'économies nécessaires, selon le taux arrêté de progression de l'ONDAM, pour respecter l'objectif fixé sur le quinquennat, tout en préservant l'accès de tous les usagers aux soins de meilleure qualité. Leur succès est cependant conditionné au développement de systèmes d'information communicants, d'une politique de prévention ambitieuse et d'une politique de qualité du système de soins et de formation des professionnels à la hauteur des enjeux.

La mission repose également, *in fine*, la question d'une gouvernance clarifiée des politiques de santé, de nature à faciliter la mise en œuvre des réformes proposées.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	1
1. LA MAÎTRISE DE LA PROGRESSION DE L'ONDAM APPARAÎT COMME UNE PRIORITÉ EN TERMES DE JUSTICE SOCIALE ET DE SOUTENABILITÉ DES FINANCES PUBLIQUES	2
1.1. La progression des dépenses de santé et l'accumulation des déficits pourraient conduire à des effets d'éviction d'autres dépenses sociales importantes	2
1.1.1. <i>La France est le troisième pays développé qui consacre le plus de dépenses à la santé.....</i>	<i>2</i>
1.1.2. <i>Bien que mieux maîtrisée, la dépense d'assurance-maladie continue de progresser de plus de 2,5 % par an</i>	<i>3</i>
1.1.3. <i>La dynamique soutenue de la dépense s'accompagne d'un déficit récurrent de l'assurance-maladie</i>	<i>5</i>
1.2. Parmi les leviers de réduction du déficit de l'assurance-maladie, la mission s'est concentrée sur la maîtrise des dépenses de santé	7
1.2.1. <i>La crise n'expliquant qu'une partie du déficit de l'assurance-maladie, le retour de la croissance ne saurait suffire à rétablir l'équilibre des comptes.....</i>	<i>7</i>
1.2.2. <i>La maîtrise des dépenses apparaît comme le principal levier pour atteindre cet objectif.....</i>	<i>7</i>
1.3. Liés à l'appréciation du tendancier des dépenses et à l'objectif de progression de l'ONDAM, les efforts de maîtrise annuels ne pourraient être inférieurs à 2 Mds € par an	8
1.3.1. <i>Sous d'importantes réserves méthodologiques, l'évolution tendancielle de l'ONDAM s'établit autour de 4 % par an à horizon 2017</i>	<i>8</i>
1.3.2. <i>Que la progression de l'ONDAM soit maintenue à 2,5 % ou qu'elle soit relevée à 3 %, un effort d'au moins 2 Mds € par an devra être réalisé sur la période 2012-2017.....</i>	<i>10</i>
1.3.3. <i>Cet objectif implique la poursuite, voire l'amplification, de l'effort d'économies conséquent réalisé sur la période récente.....</i>	<i>12</i>
2. L'ÉVOLUTION DU SYSTÈME DE SANTÉ DOIT ÊTRE GUIDÉE PAR LA RECHERCHE D'UNE OFFRE DE SOINS PERTINENTE ET ADÉQUATE	13
2.1. Une politique résolue de maîtrise médicalisée de la prescription doit garantir des soins utiles et nécessaires	13
2.1.1. <i>La maîtrise médicalisée a été un axe majeur des économies réalisées au cours des dernières années.....</i>	<i>13</i>
2.1.2. <i>Ces efforts doivent être poursuivis, le cas échéant en explorant de nouveaux outils de régulation des prescriptions plus contraignants</i>	<i>15</i>

2.2.	L'adaptation et l'articulation des offres de soins en médecine de ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social doivent permettre de mieux répondre aux besoins et d'organiser des parcours de soins de qualité	20
2.2.1.	<i>Optimiser les parcours de soins pour améliorer la qualité de prise en charge des patients chroniques et patients âgés polypathologiques et développer les coopérations entre professionnels de santé</i>	20
2.2.2.	<i>Recentrer l'hôpital sur son cœur de métier et adapter les capacités médico-sociales</i>	25
3.	L'ASSURANCE-MALADIE DOIT ÉGALEMENT PAYER LES BIENS ET SERVICES MÉDICAUX AUX MEILLEURS PRIX, GARANTIS PAR LES GAINS DE PRODUCTIVITÉ ET LES EFFORTS D'EFFICIENCE DES OFFREURS DE SOINS.....	34
3.1.	Des gains d'efficacité doivent être recherchés par l'ensemble des professionnels et établissements.....	34
3.1.1.	<i>La restructuration de certaines professions médicales ouvre des perspectives d'économies d'échelle significatives</i>	34
3.1.2.	<i>La maîtrise des charges des établissements hospitaliers offre des marges appréciables pour gagner en efficacité</i>	35
3.2.	Ces gains d'efficacité doivent permettre à l'assurance-maladie de payer les biens et services médicaux à leur juste prix	42
3.2.1.	<i>Pour les soins de ville, faire profiter l'assurance-maladie des gains de productivité des offreurs et réduire les rentes de situation</i>	42
3.2.2.	<i>Pour le secteur hospitalier, faire évoluer le système de financement pour un fonctionnement à coûts optimisés</i>	46
3.2.3.	<i>Faire progresser la construction tarifaire dans les secteurs des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées</i>	51
4.	UNE ARTICULATION PLUS DYNAMIQUE ENTRE L'ASSURANCE-MALADIE OBLIGATOIRE, LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES ET LES ASSURÉS POURRAIT, ENFIN, CONTRIBUER À LA SOUTENABILITÉ DES DÉPENSES DE SANTÉ SANS PRÉJUDICE DE L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE AUX SOINS.....	53
4.1.	Une modification radicale de l'articulation entre AMO et AMC nécessiterait un débat approfondi dépassant le cadre de la mission, et ne serait en tout état de cause pas porteuse d'économies significatives à court terme.....	53
4.1.1.	<i>Certains modèles d'organisation sont porteurs d'enseignement pour le système français d'assurance-maladie, sans qu'ils puissent pour autant l'inspirer</i>	54
4.1.2.	<i>Un partage plus radical de la prise en charge entre risque lourd et soins courants, affiché ou implicite, pourrait remettre en cause la logique actuelle du système d'assurance-maladie</i>	55
4.2.	Des mesures limitées portant sur le périmètre de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et l'attribution d'un rôle plus actif des organismes complémentaires pourraient en revanche être mise en œuvre.....	56
4.2.1.	<i>Une révision efficace du panier des biens et services doit être engagée dès à présent et une responsabilisation accrue des assurés pourrait l'être en seconde intention</i>	56
4.2.2.	<i>Une logique d'articulation solidaire et porteuse d'efficacité entre assurances maladie obligatoire et complémentaires peut contribuer à la maîtrise des dépenses de santé</i>	59

5. POUR ÊTRE RÉALISÉE EFFICACEMENT ET SANS DÉGRADATION DE LA QUALITÉ ET DE L'ÉQUITÉ DU SYSTÈME DE SOINS, LA MAITRISE DES DÉPENSES DE SANTÉ DOIT ÊTRE ENGAGÉE DANS UN CADRE COHÉRENT, DÉFINISSANT CLAIREMENT LE RÔLE DE CHAQUE ACTEUR ET ACCOMPAGNÉE PAR PLUSIEURS CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE	62
5.1. La réflexion sur une gouvernance clarifiée mérite d'être relancée.....	62
5.1.1. <i>L'imbrication des rôles en France est source de difficultés.....</i>	62
5.1.2. <i>Deux axes de clarification complémentaires de la gouvernance du système de santé pourraient être explorés.....</i>	64
5.1.3. <i>Les réflexions sur l'évolution du système de santé doivent dorénavant s'inscrire dans une perspective pluriannuelle.....</i>	65
5.2. Des conditions d'accompagnement transversales de la maîtrise des dépenses de santé doivent être réunies.....	65
5.2.1. <i>Des systèmes d'information optimisés et communicants.....</i>	65
5.2.2. <i>Une politique de prévention ambitieuse</i>	67
5.2.3. <i>La qualité de l'offre de soins et la formation au cœur des préoccupations.....</i>	69
6. CETTE APPRÉHENSION GLOBALE DU SYSTÈME DE SOINS DOIT PERMETTRE DE MAÎTRISER DURABLEMENT LA DÉPENSE DE SANTÉ	71
CONCLUSION.....	77
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES UTILISÉS	79
LISTE DES PERSONNES RENCONTRÉES.....	85

INTRODUCTION

La France est, parmi les pays de l'OCDE, l'un de ceux qui consacrent le plus de dépenses à la santé de sa population. L'assurance-maladie couvre plus des trois quarts des dépenses de soins qui sont dispensées par un système de santé librement accessible et de qualité reconnue. Toutefois, dans son avis adopté le 23 mars 2012, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM) rappelait qu' « un déficit récurrent de l'assurance-maladie n'est pas admissible. La gestion à l'équilibre, sans endettement, de nos budgets d'assurance-maladie est une exigence qui découle des principes mêmes qui fondent notre solidarité face à la maladie. »¹.

Face au constat d'un déficit persistant de l'assurance-maladie² et d'une progression soutenue de la dépense de santé malgré des efforts d'économie récurrents et sans cesse croissants³, l'Inspection générale des finances (IGF) et l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) ont été saisies d'une mission tendant⁴ :

- ◆ d'une part, à analyser la tendance de moyen et long termes de l'ONDAM⁵, afin de déterminer le montant total d'économies à réaliser chaque année pour atteindre l'objectif de progression fixé par le gouvernement ;
- ◆ d'autre part, à analyser les changements à apporter à l'organisation de l'offre de soins à court et moyen termes permettant de maintenir le rythme d'évolution des dépenses de santé dans la limite fixée par le gouvernement jusqu'en 2017.

A cette fin, l'IGF et l'IGAS – ci-après « la mission » – ont conduit des investigations approfondies en lien avec les administrations de la sphère sociale – DSS, DGOS, DGCS⁶ -, les services du ministère de l'économie et des finances – DB, DGT, DGCIS⁷ -, l'assurance-maladie – CNAMTS, MSA, RSI⁸ – et de nombreux interlocuteurs intervenant sur les questions de santé. La mission a complété ces investigations par un benchmark international, sous la forme d'une saisine des attachés sociaux des ambassades dans les principaux pays de l'OCDE.

Le présent rapport restitue les principales conclusions de la mission.

Après avoir rappelé les principaux enjeux de la dépense de santé en France et l'ampleur des efforts à accomplir pour maîtriser la progression de la dépense d'assurance-maladie (première partie), le rapport souligne que ces efforts nécessiteront d'engager une réforme en profondeur du système tendant à favoriser des soins *adéquats* et *pertinents* (deuxième partie).

¹ HCAAM, *Avenir de l'assurance-maladie : les options du HCAAM*, 23 mars 2012.

² 7,2 Mds € en moyenne sur la période 2000-2011.

³ 2,7 Mds € d'économies votées en 2012 contre 2,4 Mds en 2011 et 1,2 Mds en 2010.

⁴ Cf. lettre de mission du 17 janvier 2012.

⁵ Objectif national de dépenses d'assurance-maladie.

⁶ DSS : direction de la sécurité sociale ; DGOS : direction générale de l'offre de soins ; DGCS : direction générale de la cohésion sociale. Le secrétariat général des ministères sociaux et la DGS ont également été rencontrés. La DREES a fourni des informations utiles à la mission.

⁷ DB : direction du budget ; DGT : direction générale du trésor ; DGCIS : direction générale de la compétitivité, de l'industrie et des services. La DGFIP et la DGCCRF ont également apporté des informations utiles à la mission.

⁸ CNAMTS : caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés ; MSA : mutualité sociale agricole ; RSI : régime social des indépendants.

Rapport

Cette réforme devra être accompagnée de mesures favorisant une plus grande *efficience* de la dépense pour chacun des acteurs (troisième partie) et d'une articulation plus dynamique entre l'assurance-maladie obligatoire, les organismes complémentaires et les assurés (quatrième partie).

Enfin, une clarification de la gouvernance du système de soins et des mesures d'accompagnement des acteurs seront indispensables pour garantir le succès des évolutions proposées (cinquième partie).

1. La maîtrise de la progression de l'ONDAM apparaît comme une priorité en termes de justice sociale et de soutenabilité des finances publiques

1.1. La progression des dépenses de santé et l'accumulation des déficits pourraient conduire à des effets d'éviction d'autres dépenses sociales importantes

1.1.1. La France est le troisième pays développé qui consacre le plus de dépenses à la santé

Avec **11,8 % de son produit intérieur brut (PIB)**, soit environ 225 Mds € à la valeur du PIB de l'année 2009, la France est le troisième pays qui consacre le plus de dépenses à au secteur de la santé⁹ après les États-Unis (17,4 %) et les Pays-Bas (12,0 %), loin devant la moyenne de l'OCDE (9,6 %)¹⁰.

Cet effort, porté pour les trois quarts par la dépense publique (assurance-maladie), représente en France une **dépense moyenne par habitant d'environ 3 200 € par an** en parité de pouvoir d'achat¹¹.

Il s'accompagne de **résultats satisfaisants quant à la qualité des soins** : la France se situe au-dessus de la moyenne de l'OCDE sur la plupart des indicateurs sanitaires (espérance de vie à la naissance, taux de mortalité infantile etc.).

Toutefois, **la France se détache rarement, par ses résultats, des autres pays à situation épidémiologique et démographique comparable, qui consacrent pourtant moins de dépenses à leur système de santé**. Un pays comme le Japon obtient des résultats meilleurs que la France quasiment sur tous les indicateurs en consacrant près de 25 % de dépenses en moins à son système de soins¹².

Ainsi, **le niveau de la dépense de santé n'est pas un gage de la qualité des soins dispensés, ni de l'état de santé de la population**.

⁹ Il s'agit de la notion de « *dépense totale de santé* » qui représente l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé (Sécurité sociale, organismes de protection complémentaire, ménages etc.). Cf. glossaire INSEE (<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/dépense-totale-de-sante.htm>).

¹⁰ Source : OCDE, *Panorama de la santé 2011*, Paris, 2011. Les données portent sur l'année 2009.

¹¹ 3 978 \$ US, taux de conversion au 23/05/2012.

¹² 8,5 % du PIB en 2009.

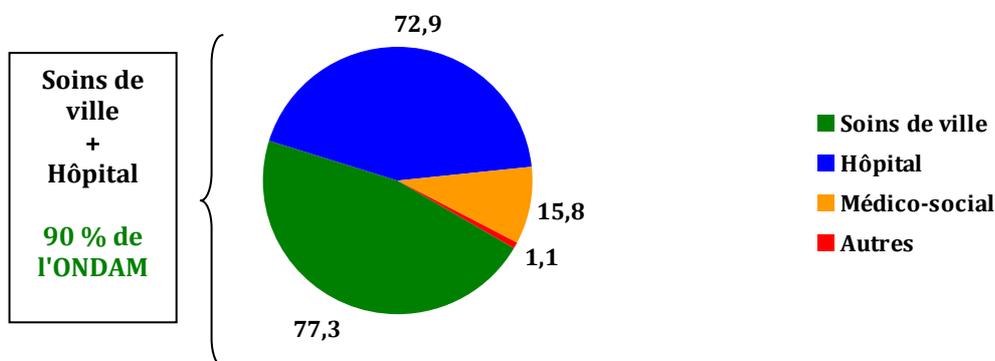
Rapport

1.1.2. Bien que mieux maîtrisée, la dépense d'assurance-maladie continue de progresser de plus de 2,5 % par an

La part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance-maladie, représentée par l'ONDAM, s'élevait à 167,1 Mds € en 2011. L'ONDAM se décompose en trois principales enveloppes¹³ :

- ◆ i. les dépenses de **soins de ville** (honoraires des médecins libéraux et prescriptions des produits de santé en ville), à hauteur de 77,3 Mds € en 2011 (46,3 % de l'ONDAM) ;
- ◆ ii. les **dépenses hospitalières** (prestations et actes délivrés dans les établissements hospitaliers publics ou privés), à hauteur de 72,9 Mds € en 2011 (43,6 % de l'ONDAM) ;
- ◆ iii. la contribution de l'assurance-maladie obligatoire à « l'objectif global de dépenses » (OGD) du **secteur médico-social** (prise en charge médicalisée des personnes âgées et des personnes handicapées), à hauteur de 15,8 Mds € en 2011 (9,5 % de l'ONDAM).

Graphique 1 : Poids respectif des différentes enveloppes de l'ONDAM en 2011 (en Mds €)



Source : Mission.

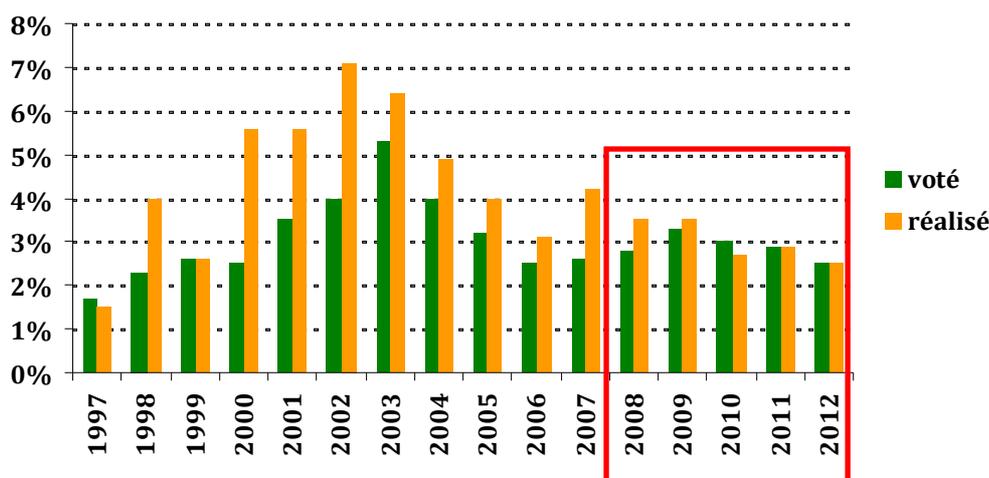
La tendance récente a été marquée par une double dynamique :

- ◆ d'une part, une **adéquation croissante** entre l'ONDAM voté en lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) et la dépense effectivement constatée *ex post* : en 2011, pour la première fois depuis 1999, la dépense d'assurance-maladie a progressé conformément à l'objectif fixé en LFSS pour 2011 (+ 2,9 %) ;
- ◆ d'autre part, une **maîtrise renforcée de la croissance de l'ONDAM** : après avoir connu des taux très importants au début des années 2000, la croissance annuelle de l'ONDAM est progressivement repassée sous le seuil de 4 % après 2004, puis 3 % depuis 2010.

¹³ Ces trois blocs sont complétés par une enveloppe « autres prises en charge », d'un montant de 1,1 Mds € en 2011, qui regroupe des prises en charges non rattachables aux précédentes ou transversales (dépenses de soin des ressortissants français à l'étranger, Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) etc.).

Rapport

Graphique 2 : Évolution de l'ONDAM voté (vert) et réalisé (orange) depuis 1997 (en %)



Source : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie.

La croissance des dépenses de santé est **une donnée structurelle des pays développés**. Ainsi, en 1960, les dépenses de santé représentaient moins de 4 % du PIB en moyenne dans les pays de l'OCDE contre près de 10 % aujourd'hui. Plusieurs facteurs expliquent cette dynamique de long terme, pour l'essentiel la **croissance du PIB**, le **vieillesse démographique**, l'**épidémiologie**, notamment l'augmentation de la prévalence des pathologies chroniques, enfin le **progrès technique** et la **démographie médicale** (nombre professionnels de santé en activité), les études économiques tendant à mettre en évidence un effet de « demande induite »¹⁴ en matière de santé¹⁵.

Ainsi, les différentes études économiques¹⁶ s'accordent sur **une croissance de long terme des dépenses de santé** comprise entre 2 et 4 % par an en volume, soit **entre 3,5 et 5,5 % par an en valeur** : la dépense de santé a vocation à croître tendanciellement plus vite que le PIB sur les prochaines années.

Encadré 1 : Les ALD

Créé en 1945, le dispositif des affections longue durée (ALD) établit une liste de 30 catégories d'affections « *comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse* » (art. L. 322-3 du Code de la sécurité sociale).

L'entrée en ALD permet à la fois une prise en charge médicale et une prise en charge financière via l'exonération du ticket modérateur. L'exonération ne vaut que pour les soins et biens médicaux prescrits « en rapport » avec la maladie exonérante. L'admission en ALD est conditionnée à des critères médicaux définis pour chaque affection de la liste, deux ALD hors liste permettant une admission *ad hoc* pour des malades atteints d'une ou plusieurs pathologies invalidantes ou évolutives graves.

Les dépenses des assurés en ALD représentent désormais **63 % des dépenses totales, soit plus de 100 Mds € en 2010**, et contribuent pour **90 % à la croissance totale de l'ONDAM**¹⁷. Le taux de croissance annuel moyen des dépenses est supérieur à 5 % par an. Le nombre de malades en ALD est passé de 13,5 % (2005) à **15,5 % (2010) des assurés du régime général, confirmant l'extrême concentration des dépenses**. La progression est due aux trois quarts à la croissance des effectifs de malades en ALD et pour un quart à la hausse des volumes de soins par personne et aux augmentations tarifaires. En 2010, **quatre groupes de pathologies expliquent les trois quarts de la progression**

¹⁴ Situation dans laquelle l'offre crée la demande (qui est ainsi « induite par l'offre »), *i.e.* une augmentation de professionnels de santé se traduit par une augmentation de la consommation de biens de santé.

¹⁵ Or les projections de la DREES indiquent qu'après une légère décroissance sur la période 2005-2020, la démographie médicale est susceptible de fortement progresser en France.

¹⁶ OCDE, Union européenne (*ageing working group*), DREES.

¹⁷ Programme de qualité et d'efficacité (PQE) maladie, LFSS 2012, indicateur 14.

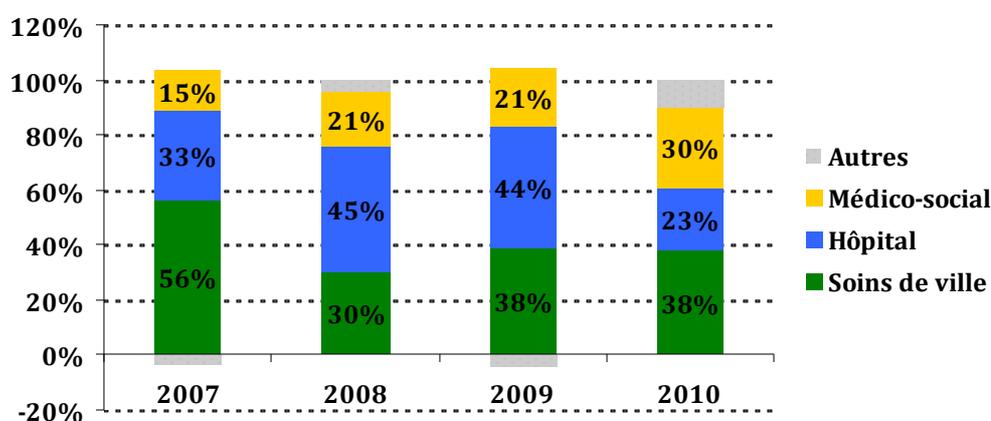
Rapport

des dépenses d'ALD : affections cardiovasculaires (30 %), tumeurs malignes (15 %), diabète (16 %), et affections psychiatriques longues (14 %).

La progression des dépenses liées à des malades en ALD constituera encore dans les prochaines années 90 % de la progression totale des dépenses, les quatre groupes de pathologies identifiés supra demeurant essentiellement à l'origine de cette évolution. Mécaniquement, la part des dépenses en ALD devrait presque atteindre 70 % des dépenses totales en fin de période. Quant au nombre de malades en ALD, en croissance de 3,8 % par an en moyenne (régime général), il passerait de 9 à 11 millions de 2010 à 2016.

Ce constat corrobore l'évolution tendancielle (avant mesures d'économies) de l'ONDAM observée au cours des dernières années, qui s'est établie à **4,4 % par an en moyenne sur la période 2007-2012**.

Graphique 3 : Contribution de chaque sous-enveloppe à la croissance de l'ONDAM constatée sur la période 2007-2010 (en % de la croissance de l'ONDAM global)



Source : Données Eco-santé. Lecture : en 2007, la progression de la dépense de soins de ville a expliqué 56 % de la progression de la dépense totale d'assurance-maladie.

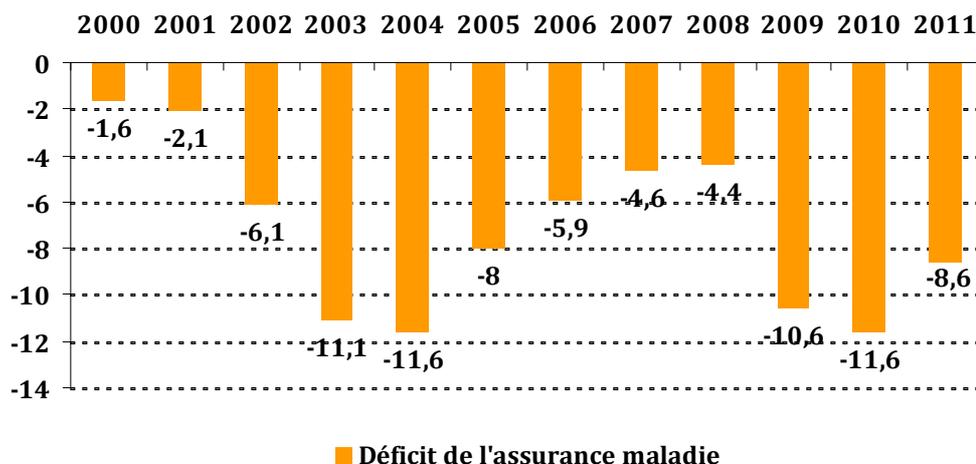
Une analyse plus approfondie des déterminants de la dépense nécessiterait d'établir une **cartographie des dépenses par processus de soins**, en cours d'élaboration à la CNAMTS.

1.1.3. La dynamique soutenue de la dépense s'accompagne d'un déficit récurrent de l'assurance-maladie

En 2011, le **déficit de l'assurance-maladie s'est élevé à 8,6 Mds €**. Si ce résultat fait apparaître une amélioration significative par rapport à celui de l'année précédente (déficit en baisse de 25 %), il confirme cependant la persistance d'un déficit récurrent, et la difficulté à rétablir l'équilibre des comptes d'assurance-maladie.

Rapport

Graphique 4 : Évolution du déficit du régime général de l'assurance-maladie depuis 2000 (en Mds €)



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Cette persistance des déficits est triplement pénalisante :

- ◆ i. elle contribue à **dégrader la situation budgétaire de la France** et à l'éloigner du **respect de ses engagements européens**.¹⁸ Le déficit de l'assurance-maladie accroît le déficit public notifié aux institutions communautaires. En outre, le financement de ce déficit nécessite un recours à l'endettement, qui est lui aussi intégré au périmètre de la dette publique française¹⁹ ;
- ◆ ii. elle **prive l'assurance-maladie de marges de manœuvre** pour améliorer la qualité et l'équité du système de soins ; elle **contribue également à l'éviction d'autres dépenses sociales** qui pourraient être jugées plus utiles ou plus justes ;
- ◆ iii. elle **met en danger la pérennité du système de santé français à moyen terme**, l'accumulation de déficits ne pouvant indéfiniment être financée par la dette ou par l'augmentation des prélèvements obligatoires. En l'absence de mesure forte de rétablissement des comptes sociaux, la qualité du système de soins risque donc d'être dégradée.

La résorption du déficit de l'assurance-maladie apparaît donc comme un enjeu majeur, au moins autant en termes de qualité des soins et d'équité qu'au regard des impératifs d'équilibre de finances publiques.

¹⁸ Le déficit public notifié par la France en 2011 s'est élevé à 103,1 Mds €, soit 5,2 % du PIB (source INSEE), alors que le pacte de stabilité et de croissance (PSC) impose de rester sous la limite de 3 % du PIB. L'assurance-maladie a ainsi contribué pour près de 10 % (8,3 %) au déficit total notifié en 2011.

¹⁹ La dette publique notifiée par la France en 2011 s'est élevée à 1 717,3 Mds €, soit 85,8 % du PIB (source INSEE), alors que le PSC impose de rester sous la limite de 60 % du PIB. La dette portée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), à qui est périodiquement transférée la dette des administrations sociales financée par l'ACOSS, s'élevait en 2011 à près de 150 Mds € (source : CADES).

1.2. Parmi les leviers de réduction du déficit de l'assurance-maladie, la mission s'est concentrée sur la maîtrise des dépenses de santé

1.2.1. La crise n'expliquant qu'une partie du déficit de l'assurance-maladie, le retour de la croissance ne saurait suffire à rétablir l'équilibre des comptes

Une partie significative du déficit récent est liée à la crise économique de 2008 : du fait de la baisse soudaine des ressources fiscales et sociales, le déficit de l'assurance-maladie est en effet passé de 4,4 Mds € en 2008 à plus de 10 Mds € en 2009. Ce **déficit conjoncturel**, estimé à près de 52 % du déficit total constaté sur l'année 2010²⁰, **devrait se résorber progressivement sous l'effet d'un retour à la croissance.**

Toutefois, **il serait erroné de considérer que la seule résorption du déficit conjoncturel suffirait à rétablir l'équilibre de l'assurance-maladie.** En effet, près de la moitié du déficit s'explique par une inadéquation structurelle entre des dépenses dynamiques et des recettes insuffisantes pour les couvrir. Même avec une croissance correspondant au plein emploi des facteurs de production (dite croissance potentielle), le déficit de l'assurance-maladie s'élèverait à environ 5 Mds € par an²¹. Ainsi, les mesures d'économies engagées jusqu'à présent ne sont pas suffisantes pour permettre la résorption du déficit de l'assurance-maladie.

1.2.2. La maîtrise des dépenses apparaît comme le principal levier pour atteindre cet objectif

La maîtrise des dépenses n'est pas le seul levier de rétablissement de l'équilibre de l'assurance-maladie. **Il s'agit toutefois du levier analysé par la mission** conformément à la lettre de mission du 17 janvier 2012.

Au demeurant, le poids des prélèvements obligatoires limite les marges de manœuvre existant sur le seul volet recettes²² même si, comme l'a souligné le HCAAM récemment, « *un accord très large existe sur le fait qu'aucune remise à niveau d'équilibre ne pourra se faire sans une part, plus ou moins importante selon les uns ou les autres, de recettes nouvelles* »²³. Ainsi, « *le retour à l'équilibre doit d'abord passer par une mobilisation des nombreux gisements d'efficacité du système.* »²⁴.

D'autre part, la forte dynamique tendancielle des dépenses (4,4 % par an en moyenne depuis 2007) rend nécessaire un effort de maîtrise de celle-ci, même s'il est recouru en parallèle aux autres leviers.

La mission a toutefois estimé qu'**une réflexion sur la maîtrise des dépenses d'assurance - maladie ne pouvait être dissociée d'une réflexion plus large sur l'organisation du système de soins dans son ensemble**, s'inscrivant, en ce sens, dans le prolongement des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie (HCAAM)²⁵. En effet, seule une réflexion d'ensemble permettra de concilier le rétablissement de l'équilibre des comptes avec une amélioration de la qualité et de l'équité du système, en veillant à mobiliser les outils les plus pertinents et à les articuler de façon cohérente.

²⁰ CNAMTS, *Propositions de l'assurance-maladie sur les charges et produits pour l'année 2012*, 2011, pp. 19-21.

²¹ CNAMTS *op. cit.*

²² 44,5 % du PIB en 2010 contre 40,2 % en moyenne en zone euro et 39,6 % dans l'Union européenne (source Eurostat).

²³ HCAAM, *Avenir de l'assurance-maladie : les options du HCAAM*, 22 mars 2012.

²⁴ *Ibidem.*

²⁵ HCAAM, *Avenir de l'assurance maladie : les options du HCAAM*, avis adopté lors de la séance du 22 mars 2012.

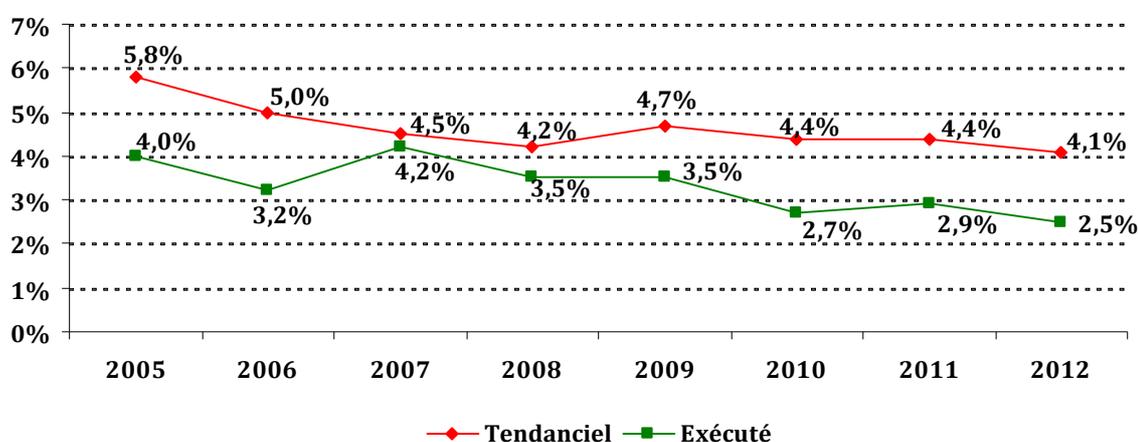
1.3. Liés à l'appréciation du tendancier des dépenses et à l'objectif de progression de l'ONDAM, les efforts de maîtrise annuels ne pourraient être inférieurs à 2 Mds € par an

1.3.1. Sous d'importantes réserves méthodologiques, l'évolution tendancielle de l'ONDAM s'établit autour de 4 % par an à horizon 2017

L'évolution « tendancielle » de l'ONDAM mesure sa **progression spontanée, toutes choses égales par ailleurs** : il s'agit de l'évolution que suivrait naturellement la dépense d'assurance-maladie si aucune mesure nouvelle de dépenses ou d'économies n'était décidée.

Le tendancier historique, tel qu'il a pu être reconstitué sur la période 2007-2012, s'est ainsi établi autour de 4,4 % par an, la dépense d'assurance-maladie effectivement constatée progressant, elle, de seulement 3,2 % par an en moyenne sur la même période.

Graphique 5 : Comparaison entre l'ONDAM tendancier et la dépense d'assurance-maladie constatée *a posteriori* depuis 2005 (progression annuelle de la dépense, en %)



Source : Haut conseil pour l'avenir de l'assurance-maladie.

Le calcul du tendancier prévisionnel, réalisé chaque année dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale, est un exercice essentiel pour prévoir l'évolution de la dépense et calculer les efforts d'économie nécessaires pour maîtriser cette évolution à hauteur de l'objectif fixé par le gouvernement.

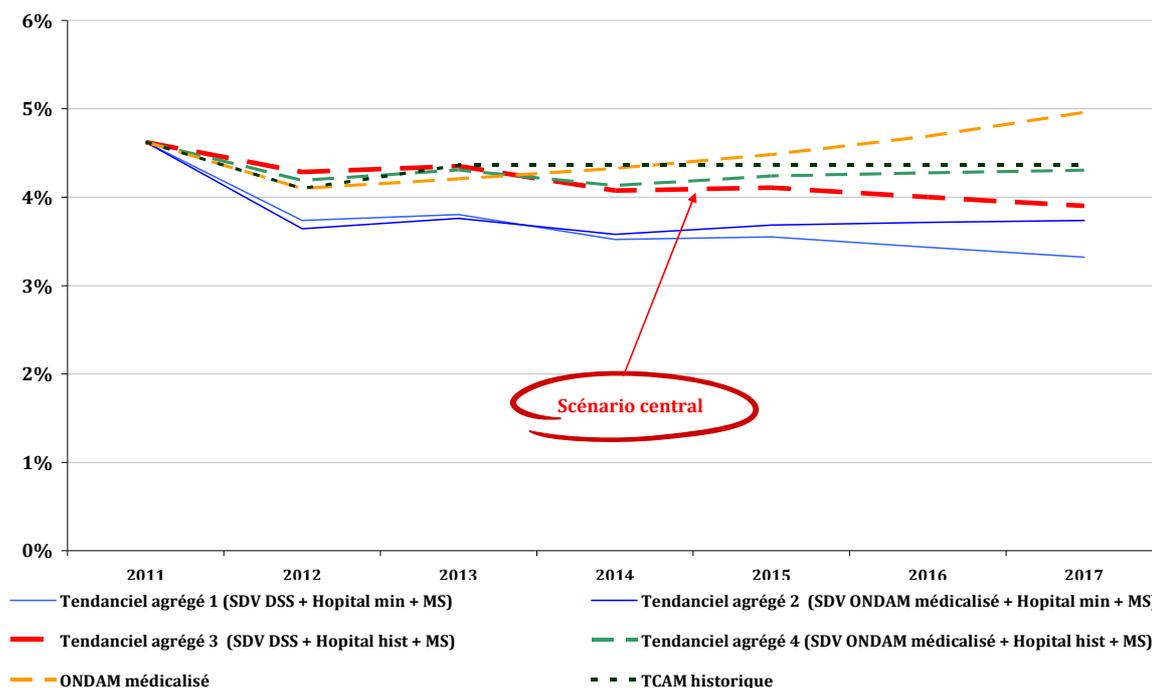
Toutefois, le tendancier n'est actuellement calculé qu'à horizon n+1, en lien avec la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) au Parlement. Afin de préciser les enjeux de moyen terme, la mission s'est livrée à un exercice inédit consistant à **modéliser des projections du tendancier de l'ONDAM à horizon 2017**. Pour ce faire, elle a recouru à plusieurs méthodes alternatives²⁶.

Ces méthodes, dans leurs différentes variantes, ont permis d'établir un tendancier prévisionnel de **4,1 % par an en moyenne d'ici 2017** dans le scénario central.

²⁶ Les développements qui suivent ont fait l'objet d'une présentation détaillée dans le rapport d'étape de la mission, *Maîtrise de la progression de l'ONDAM – Tendanciers de dépense à horizon 2017* (IGF 2012-M-007-02 et IGAS RM2012-053P).

Rapport

Graphique 6 : Scénarios d'évolution tendancielle de l'ONDAM à horizon 2017 établis par la mission (progression annuelle de la dépense, en %)



Source : Mission, données DSS et CNAMTS (ONDAM SDV et ONDAM médicalisé), DGOS (tendanciel hospitalier), DGCS et CNSA (tendanciel médico-social).

La mission souligne le **caractère fragile de ces projections**, réalisées pour la première fois sur un horizon temporel pluriannuel, à partir de méthodes perfectibles. En particulier, le rattachement de certaines évolutions récentes de postes de dépense à des *facteurs illustratifs de l'évolution tendancielle de la dépense*, ou au contraire à des *évolutions découlant de mesures nouvelles (d'économie ou de dépenses) discrétionnaires, et donc non reproductibles*, est contestable, alors même que certains de ces choix méthodologiques peuvent influencer substantiellement la construction du tendanciel²⁷.

Ainsi, faute d'éléments techniques permettant de les quantifier, **la mission n'a pas pris en compte certains facteurs potentiels de ralentissement du tendanciel sur longue période**, par exemple l'impact des mesures de maîtrise médicalisée sur la réduction structurelle des prescriptions des professionnels de santé, ou l'augmentation régulière des restes à charge pesant sur les patients du fait des opérations de déremboursement successives, conduisant potentiellement ceux-ci à réduire leur consommation de produits de santé.

²⁷ Par exemple, les mesures de gel du point fonction publique décidées en 2011 et 2012 peuvent être considérées, soit comme la norme d'évolution « naturelle » des charges de personnel à l'avenir, soit au contraire comme des mesures ponctuelles, non reproductibles, et donc non représentatives de ce que sera la progression *réelle* de la masse salariale à l'hôpital d'ici 2017. Idem, *a contrario*, pour les plans d'investissement hospitaliers conséquents engagés depuis 2002 (« Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 ») qui peuvent être considérés, soit comme des mesures exceptionnelles non reproductibles, soit comme des mesures devenues récurrentes, qui orienteront durablement l'évolution des charges financières des établissements.

Rapport

En sens inverse, certaines des hypothèses retenues par la mission peuvent être considérées comme **conservatrices** et tendant à **minorer l'évolution de la dépense naturelle de santé**. En effet :

- ◆ le tendancier soins de ville, calculé selon la méthode de la prolongation statistique (retenue par la DSS), amplifie les tendances récentes qui ont été marquées par un ralentissement de la dépense ; or, aucun élément ne permet de démontrer que ce ralentissement récent est de nature structurelle ;
- ◆ le tendancier hospitalier, calculé à partir d'hypothèses de projection des charges (méthode DGOS), intègre une hypothèse forte de gains de productivité²⁸ ;
- ◆ le tendancier médico-social enfin, calculé selon une méthode proche de celle du tendancier hospitalier (méthode DGCS / CNSA), ne prend en compte aucune hypothèse nouvelle d'investissement, alors même que les études sur le vieillissement démographique anticipent un besoin de 30 000 créations de places supplémentaires d'ici 2017 dans le scénario central. De fait, le tendancier médico-social retenu par la mission progresse de 3,4 % par an en moyenne d'ici 2017, alors que la progression moyenne constatée sur 2007-2012 a été de 7,1 % par an.

Le scénario central d'un tendancier à 4,1 % se situe en tout état de cause en-dessous du tendancier constaté sur la période récente (4,4 % sur 2007-2012)²⁹, et à l'intérieur de la fourchette des déterminants de long terme de la dépense de santé (entre 3,5 % et 5,5 % en valeur ; cf. 1.1.2 ci-dessus).

En toute hypothèse, la mission préconise qu'une réflexion méthodologique approfondie soit menée afin de rapprocher les méthodes de construction des tendanciers et de mener l'exercice à horizon de cinq ans.

1.3.2. Que la progression de l'ONDAM soit maintenue à 2,5 % ou qu'elle soit relevée à 3 %, un effort d'au moins 2 Mds € par an devra être réalisé sur la période 2012-2017

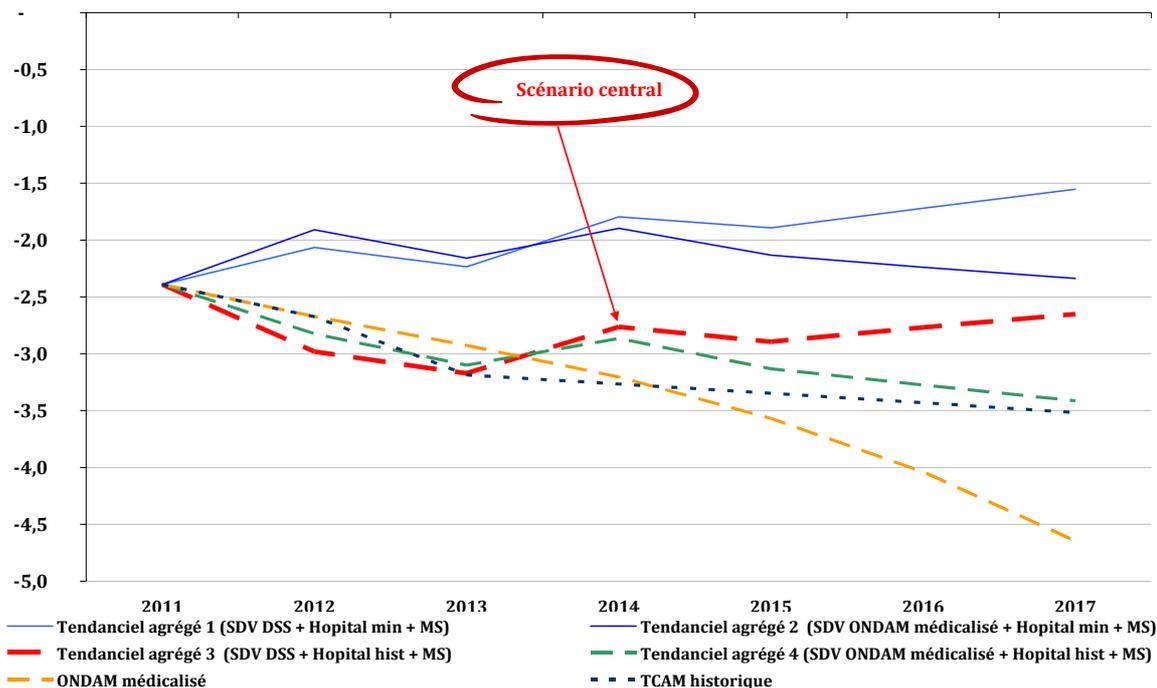
Compte tenu du tendancier ainsi établi, un effort d'économies annuelles d'environ 1,5 points d'ONDAM sera nécessaire pour respecter l'objectif fixé dans le plan d'équilibre des finances publiques du 7 novembre 2011 d'une progression de l'ONDAM limitée à 2,5 % par an chaque année d'ici 2017. Cet effort d'économies représente un montant **proche de 2,8 Mds € par an** pour le scénario central.

²⁸ Les projections d'augmentation de l'activité ne sont ainsi imputées que sur 15 % de la masse salariale, et non pas 100 %.

²⁹ Il est *a fortiori* inférieur au tendancier constaté sur une période historique plus longue (4,64 % sur 2005-2012).

Rapport

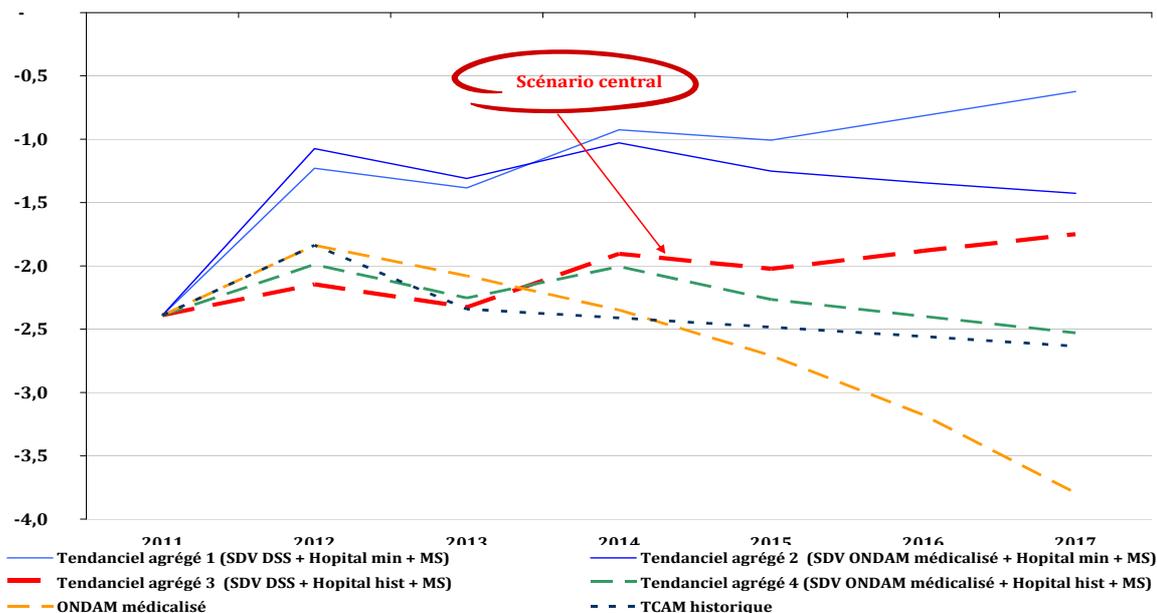
Graphique 7 : Scénarios d'efforts d'économies annuelles à réaliser pour respecter l'objectif d'une progression à 2,5 % de l'ONDAM (en Mds €)



Source : Mission, données DSS et CNAMTS (ONDAM SDV et ONDAM médicalisé), DGOS (tendancier hospitalier), DGCS et CNSA (tendancier médico-social).

S'il était décidé de relever la progression de l'ONDAM à une cible de 3 % par an d'ici 2017, la problématique de la maîtrise des dépenses ne serait pas fondamentalement modifiée. En effet, dans cette optique, il serait nécessaire de réaliser **un effort d'économies d'environ 2 Mds € par an** pour respecter l'objectif.

Graphique 8 : Scénarios d'efforts d'économies annuelles à réaliser pour respecter l'objectif d'une progression à 3 % de l'ONDAM (en Mds €)



Source : Mission, données DSS et CNAMTS (ONDAM SDV et ONDAM médicalisé), DGOS (tendancier hospitalier), DGCS et CNSA (tendancier médico-social).

Rapport

Dans les deux cas, un tel effort, **compris entre 10 et 15 Mds € d'économies sur le quinquennat**, ne pourra être réalisé qu'à partir d'évolutions en profondeur du système de soins.

1.3.3. Cet objectif implique la poursuite, voire l'amplification, de l'effort d'économies conséquent réalisé sur la période récente

L'effort moyen nécessaire pour maîtriser l'ONDAM a été évalué dans les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) à **environ 2 Mds € par an** sur la période 2007-2012, avec une accélération en fin de période³⁰. Cet effort a porté **principalement sur l'enveloppe soins de ville** (prix des médicaments, tarifs des professionnels, maîtrise médicalisée), même si la contribution de l'hôpital à l'effort d'économie est en partie minorée par l'intégration partielle des gains de productivité dans le tendancier hospitalier³¹.

Les mesures préconisées par la mission visent au respect de trois principes fondamentaux :

- ◆ l'assurance-maladie ne doit financer que ce qui est nécessaire à la prise en charge médicale et soignante ;
- ◆ elle doit le faire au meilleur coût ;
- ◆ et en garantissant l'accessibilité financière aux soins, c'est-à-dire en finançant une part suffisante des dépenses.

Seule la mobilisation de tous les leviers de maîtrise, dans le respect de la qualité des soins permettra de garantir la soutenabilité de l'assurance-maladie et d'atteindre l'équilibre des finances publiques à horizon 2017.

³⁰ 2,4 Mds € en 2011 et 2,7 Mds € votées pour 2012 (2,2 Mds € au titre du PLFSS pour 2012 + 500 M€ au titre du plan d'équilibre des finances publiques du 7 novembre 2011).

³¹ L'augmentation projetée de l'activité n'est imputée que sur 15 % de la masse salariale, et non 100 %.

2. L'évolution du système de santé doit être guidée par la recherche d'une offre de soins pertinente et adéquate

Une offre de soins pertinente et adéquate est **d'abord une question de santé publique** : une consommation d'actes et de produits de santé excessive, des soins délivrés selon une périodicité trop fréquente, peuvent s'avérer inefficaces, voire dangereux pour la santé des patients.

Mais c'est également une question d'efficacité du système de soins : des prescriptions inadéquates ou des actes inutiles génèrent un **coût non justifié pour l'assurance-maladie**, consommant autant de ressources qui auraient pu être plus utilement consacrées au bénéfice des patients.

Des soins pertinents, au sens de l'adéquation du volume et de la qualité des soins aux besoins des patients passent à la fois par une politique plus ambitieuse de **maîtrise médicalisée** (2.1) et par une meilleure **articulation des différents offreurs de soins** (2.2).

2.1. Une politique résolue de maîtrise médicalisée de la prescription doit garantir des soins utiles et nécessaires

2.1.1. La maîtrise médicalisée a été un axe majeur des économies réalisées au cours des dernières années

Depuis 2004, la **gestion du risque** est la pierre angulaire de la contractualisation entre l'État et la CNAMTS. La convention d'objectifs et de gestion (COG) État-CNAMTS 2006-2009 revendique ainsi de « *placer la gestion du risque au cœur de l'assurance-maladie* ».

Compte-tenu de la définition qui a en a été retenue par les partenaires conventionnels, la gestion du risque s'appuie principalement sur les efforts de maîtrise médicalisée.

Encadré 2 : Gestion du risque et maîtrise médicalisée

La **gestion du risque** désigne l'ensemble des techniques (techniques actuarielles, détermination des niveaux de primes, promotion de la prévention, etc.) permettant à l'assureur de réduire le coût de la couverture du risque assurable.

Elle a pour objectif d'améliorer l'efficacité du système de santé, en **modifiant le comportement des acteurs du système de santé** ; elle peut ainsi viser à sensibiliser les prescripteurs à la nécessité de modérer leurs pratiques (indemnités journalières), à promouvoir le bon usage de certains médicaments (antibiotiques, statines) ou de certains gestes médicaux (chirurgie ambulatoire), etc. La mise en œuvre des programmes de gestion du risque prend donc la forme, à titre principal, d'**actions de communication** et de **contacts avec les professionnels**, des établissements, voire les patients (*cf.* campagne antibiotiques), mais elle peut se voir associer des **actions de contrôle a priori** (mise sous accord préalable des actes de chirurgie ambulatoire) **ou a posteriori** (contrôle de la motivation des indemnités journalières).

La **maîtrise médicalisée** est l'une des composantes de la gestion du risque. Elle se définit aujourd'hui comme « *un effort collectif visant à favoriser le bon usage des soins et à veiller à une bonne efficacité du système de santé* » (UNCAM). Elle implique l'assurance-maladie, les patients et les professionnels de santé, pour lesquels elle découle à la fois des obligations déontologiques (article 8 du code de déontologie³²), et des dispositions législatives et réglementaires (article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale³³).

³² « Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance. **Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins. Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.** »

Rapport

Elle s'appuie sur cinq principaux leviers :

- ◆ **1/ La production de référentiels par la Haute autorité de santé (HAS)** : la HAS produit des recommandations professionnelles pour la pratique clinique, fiches de bon usage, guides etc. Elle procède également à la validation de certains référentiels proposés par l'assurance-maladie. Enfin, elle procède à l'évaluation des pratiques professionnelles ;
- ◆ **2/ L'information des professionnels de santé via les délégués de l'assurance-maladie (DAM)** : créés en 2003, les DAM sont chargés d'assurer une diffusion personnalisée des informations de l'assurance-maladie en direction des professionnels de santé. L'effectif des DAM s'élevait à 1 018 agents fin 2008 pour un volume de visites de médecins de l'ordre de 350 000 ;
- ◆ **3/ La contractualisation entre l'assurance-maladie et les professionnels de santé** : elle passe à la fois par des outils collectifs (par exemple les accords de bon usage des soins, Acbus) et des outils de contractualisation individuelle, notamment le CAPI (contrat d'amélioration des pratiques individuelles³⁴) devenu contrat de performance ;
- ◆ **4/ La lutte contre la fraude et le renforcement des contrôles** : depuis 2006, la CNAMTS a sensiblement renforcé ses actions de contrôle en créant une structure *ad hoc* (direction du contrôle contentieux et de la répression des fraudes) et en développant les outils de contrôle *a priori* (mise sous accord préalable des professionnels, MSAP³⁵) et *a posteriori* des professionnels, des patients et des établissements de santé (contrôle de la T2A³⁶) ;
- ◆ **5/ La sensibilisation des patients** : elle est réalisée via des campagnes grand public ou des contrôles individuels du juste recours aux soins pris en charge par la collectivité.

Source : Extraits du rapport IGAS, Bilan de la convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 signée entre l'État et la CNAMTS et recommandations pour la future convention, avril 2010, RM2009-133P et rapport IGAS, Mission sur la gestion du risque, décembre 2010, RM2010-163P.

Les efforts de maîtrise médicalisée portent à la fois sur la **limitation des volumes** considérés comme excessifs, sur la **substitution de produits moins coûteux** aux produits prescrits jusqu'alors (notamment les génériques ; « effet structure »), sur la **suppression d'actes inutiles**, et sur le **respect du périmètre de prise en charge de l'assurance maladie** (contrôle de l'ordonnancier bizona³⁷ notamment).

Selon le HCAAM³⁸, les efforts de maîtrise médicalisée pris globalement (ville et hôpital) ont représenté **entre 500 et 800 M€ chaque année depuis 2008**, soit environ 40 % du total des mesures d'économies adoptées en lois de financement de la sécurité sociale pour respecter l'ONDAM.

³³ « Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, **la plus stricte économie compatible** avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. »

³⁴ Le CAPI est conclu entre le directeur de la CPAM du lieu d'exercice et les médecins qui le souhaitent. Il prévoit une rémunération à la performance selon l'atteinte d'objectifs en termes de prescription de médicaments, de vaccinations, de dépistage et de suivi.

³⁵ Par exemple, les directeurs de caisse d'assurance-maladie ont la possibilité de subordonner le versement d'indemnités journalières à un accord préalable avec le service de contrôle médical (art. 162-1-15 du code de la sécurité sociale).

³⁶ Tarification à l'activité. Sont en particulier sanctionnées la facturation de séjours en hospitalisation à temps partiel des actes relevant en réalité de consultations externes, et la facturation d'activités non autorisées aux établissements concernés.

³⁷ L'ordonnance dite « bizona » permet aux professionnels de santé de distinguer les prescriptions en rapport ou non avec une affection de longue durée : seuls les actes et prestations prescrits sur la partie haute de l'ordonnance seront remboursés à 100 % au titre de l'ALD. Le contrôle de l'ordonnancier bizona vise à s'assurer que ne sont inscrites dans la partie haute que les seules prescriptions directement en lien avec l'ALD et nécessitant une prise en charge à 100 %.

³⁸ HCAAM, *L'assurance-maladie face à la crise – Mieux évaluer la dépense publique d'assurance-maladie : l'ONDAM et la mesure de l'accessibilité financière des soins*, Rapport annuel 2011, décembre 2011, p. 50.

Rapport

S'agissant des médicaments, ces efforts ont été **concentrés sur certaines classes thérapeutiques** particulièrement dynamiques : statines³⁹, inhibiteurs de la pompe à protons (IPP), sartans et inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) ... ; les **affections de longue durée** et les **transports sanitaires** ont également été concernés, mais dans une moindre mesure.

2.1.2. Ces efforts doivent être poursuivis, le cas échéant en explorant de nouveaux outils de régulation des prescriptions plus contraignants

Les efforts de maîtrise médicalisée apparaissent devoir être poursuivis. En effet :

- ◆ d'une part, la France continue de se caractériser par :
 - une **consommation médicamenteuse très élevée** : avec 1 438 unités standardisées (SU) par habitant, la consommation française est de 40 % supérieure à celle observée dans les principaux pays voisins⁴⁰. Selon l'OCDE en 2009, la dépense de médicament par habitant en France s'élevait à 521 € contre une moyenne européenne à 375 € ;
 - une **structure de consommation déformée au profit des produits les plus onéreux** et une part plus faible des génériques⁴¹.
- ◆ d'autre part, certaines prescriptions connaissent une **dynamique importante portée par les volumes** :
 - les **actes des auxiliaires médicaux** et les **indemnités journalières** qui ont crû respectivement de 19 % et 16 % en valeur sur la période 2007-2010 ;
 - les prescriptions de **transports sanitaires** qui ont connu une croissance en valeur de 17 % sur la période 2007-2010 et celles des **dispositifs médicaux** de 16 % sur la même période. Même si elles portent sur des montants limités (respectivement 5 % et 7 % de l'ONDAM soins de ville), de telles dynamiques ne paraissent pas pouvoir être poursuivies de façon durable sans porter atteinte à la soutenabilité du régime d'assurance-maladie.

Au vu des efforts déjà engagés, trois priorités concomitantes se distinguent pour la période 2012-2017 : responsabiliser les médecins de ville via l'établissement d'objectifs de prescription ; accroître la maîtrise des prescriptions hospitalières ; et amplifier l'effort de maîtrise médicalisée dans le secteur médico-social.

2.1.2.1. Responsabiliser les médecins de ville en déterminant à terme, de manière concertée, des objectifs individuels de prescriptions

2.1.2.1.1. Engager la mise en œuvre progressive d'objectifs médicalisés de prescription

La mission estime nécessaire d'**accroître l'exigence sur les prescripteurs quant au volume de leurs prescriptions**. En 2007, le coût moyen d'une ordonnance toutes prescriptions confondues était de 73 €⁴² soit plus de trois fois le coût des honoraires du médecin.

³⁹ Médicaments indiqués dans le traitement des hypercholestérolémies et dans la prévention du risque vasculaire.

⁴⁰ Comptes nationaux de la santé 2010.

⁴¹ en 2009, ils représentaient 33 % des unités vendues en France contre 47 % en Allemagne et 56 % aux Pays-Bas

⁴² Source : Ecosanté.

Rapport

Cette démarche, sensible pour les médecins car pouvant être perçue comme une atteinte à leur liberté de prescription, s'inscrit dans **une logique de qualité et d'efficacité**. Il ne s'agit pas en effet de réduire uniquement les prescriptions en termes quantitatifs mais d'agir sur leur pertinence. Les expériences de « budgétisation » des dépenses de médicaments dans d'autres secteurs, comme par exemple, l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD⁴³ sans pharmacie à usage intérieur, ont démontré qu'elles permettaient d'améliorer la qualité des prescriptions et de lutter contre l'iatrogénie⁴⁴.

Si le constat d'une surconsommation médicamenteuse est globalement partagé par les acteurs, la difficulté réside dans la mise en œuvre effective de la réduction du nombre de lignes de prescription. Le déploiement de **référentiels médicaux**, élaborés par la HAS, devrait donc aider les médecins à hiérarchiser les traitements en cas de polyopathologies et préciser clairement le type et le nombre d'actes ou de séances strictement nécessaires au suivi des patients. L'élaboration d'une **liste de référence** (« *wise list* ») telle qu'elle existe en Suède⁴⁵, référentiel de prescription **pour les produits « usuels »** qui concernent *a priori* l'ensemble des patients, pourrait également représenter un outil utile pour les praticiens.

Les objectifs de maîtrise médicalisée négociés dans le cadre de la convention médicale et le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) ont déjà constitué des premières étapes en ce sens. Le succès du CAPI est indéniable. Fin juin 2011, 37,5 % des médecins éligibles y avaient adhéré. L'évaluation conduite par la CNAMTS démontre que si l'ensemble des médecins, signataires et non signataires, ont amélioré leurs prescriptions en deux ans, les évolutions sont plus significatives pour les signataires d'un CAPI. La mission n'a néanmoins pas obtenu, de la part de la CNAMTS, d'éclairages sur le rendement financier effectif du CAPI. Une évaluation du montant des économies générées par l'amélioration des pratiques au regard des rémunérations supplémentaires allouées aux médecins signataires doit être entreprise afin de consolider la légitimité de ce type d'outil, désormais inscrit dans la convention médicale.

La mission estime qu'il est nécessaire de poursuivre la mise en œuvre de ces contrats de performance. Cependant, afin d'agir de manière plus déterminée sur les comportements des médecins, il convient d'explorer un outil plus ambitieux, qui s'inscrit dans la continuité des précédents : chaque médecin libéral, ou chaque groupe de professionnels se verrait assigner des **objectifs annuels de prescription**, fixés de façon concertée entre le ou les professionnels et la CPAM dans le cadre d'une méthodologie validée par l'UNCAM. Ces objectifs seraient au départ, **indicatifs mais pourraient, à terme, devenir plus contraignants** et faire l'objet d'éventuelles sanctions en cas de dépassement⁴⁶. Ils seraient exprimés en volume et en valeur, et **tiendraient compte de la taille de la patientèle**, de sa structure d'âge, de la prévalence des pathologies et des patients atypiques. Un tel outil existe par exemple déjà en Allemagne depuis vingt ans.

Les objectifs porteraient dans un premier temps sur les prescriptions médicamenteuses et seraient étendus ensuite aux prescriptions de biologie, d'arrêts de travail, de transports, voire de soins d'auxiliaires paramédicaux.

Cet encadrement devrait également concerner les médecins spécialistes, car leurs prescriptions médicamenteuses sont difficilement et rarement remises en cause par les médecins généralistes, ainsi que les médecins hospitaliers s'agissant de leurs prescriptions exécutées en ville.

⁴³ Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

⁴⁴ P Naves, M Dahan. *Rapport d'évaluation de l'expérimentation de réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD sans pharmacie à usage intérieur*, IGAS RM 2010-133P.

⁴⁵ Une liste de référence, la « *Kloka Listan* », est élaborée en Suède depuis une dizaine d'années. Le taux de conformité à cette liste pour les soins primaires a cru de 83 % en 2003 à 87 % en 2009.

⁴⁶ Ces sanctions et leurs modalités d'application devront être définies. La mission n'a pas pu expertiser ce point.

Rapport

La CNAMTS a d'ores et déjà engagé des travaux préliminaires qui démontrent la faisabilité de cette mesure pour les médicaments. Toutefois, compte-tenu de la sensibilité du sujet, du temps nécessaire à l'élaboration des référentiels et au calibrage technique de la mesure par l'assurance maladie, la mise en œuvre d'une telle démarche, si elle était décidée, devrait être très progressive. Un rendement effectif ne pourrait donc être espéré qu'en fin de période.

2.1.2.1.2. La généralisation des objectifs de prescription pourrait permettre de réaliser une économie allant jusqu'à 1,5 milliards d'euros d'ici 2017

La mission estime qu'une économie de 600 M€ serait possible sur la période s'agissant uniquement de la réduction des volumes de prescriptions des **médicaments**⁴⁷.

Concernant les **indemnités journalières**, la CNAMTS a établi 30 référentiels de prescription qui couvrent 80 % des arrêts de travail. Leur respect générerait, selon la CNAMTS, une économie potentielle d'au moins **160 M€**.

S'agissant des actes de **biologie**, la CNAMTS a d'ores et déjà engagé le développement de référentiels de prescription sur cinq thèmes⁴⁸. Pour les seules années 2009 et 2010, les actes de biologie ont cru de 7,2 % en volume. Peu d'actions de maîtrise médicalisée ont concerné ce champ jusqu'à présent. A l'horizon 2017, la mission estime possible de réduire de 10 % le nombre d'actes de biologie, ce qui générerait une économie potentielle de **300 M€** sur la période.

Une régulation active du volume des actes de **radiologie**, à l'instar de ce qui a déjà été engagé sur les radiographies de crâne, du thorax et de l'abdomen sans préparation⁴⁹, permettrait de générer un total d'économies d'environ **200 M€** sur la période 2013 – 2017.

La progression importante du volume des **soins infirmiers** est pour partie alimentée par une démographie dynamique et peut apparaître efficiente pour la collectivité dans une logique de retour à domicile précoce. Sous réserve de disposer de référentiels précis décrivant le juste recours aux soins, la mission estime possible de réaliser **50 M€** économies sur le volume de ces actes sur cinq ans.

D'ici 2013, la CNAMTS prévoit de couvrir, par des référentiels 60 % du total de l'activité des **masso-kinésithérapeutes** et 90 % du champ ostéo-articulaire. Compte tenu de l'efficacité des premiers référentiels, la mission estime possible de réaliser des gains supplémentaires à hauteur d'au moins **150 M€** sur cinq ans.

S'agissant enfin des **transports sanitaires**, l'enjeu consiste à favoriser le recours au mode de transport le plus économique, les véhicules sanitaires légers (VSL)⁵⁰. Les médecins libéraux ne sont responsables que d'un tiers des prescriptions de transports. Pour autant, des objectifs de prescription peuvent également leur être assignés, en complément des actions de gestion du risque menées dans les établissements hospitaliers.

⁴⁷ Ce rendement peut apparaître modeste au regard des économies produites par la maîtrise médicalisée des produits de santé depuis 2007. Les actions ont en effet porté sur des classes thérapeutiques où il existait de fortes potentialités, notamment en termes de prescription de génériques (effet structure). Les marges de manœuvre étant désormais réduites sur ces classes, il sera nécessaire d'agir sur d'autres classes, ayant des rendements plus faibles et pour lesquelles il n'existe pas encore de référentiel opérationnel.

⁴⁸ Diagnostic sérologique des hépatites virales, suivi biologique du diabète, exploration thyroïdienne, dépistage de la maladie rénale chronique, immuno-hématologie.

⁴⁹ L'assurance maladie a engagé en 2010, sur la base de fiches de bon usage de la HAS, un programme de maîtrise médicalisée ciblé sur les actes de radiologie non indiqués médicalement. En effet, 70 % des radiographies du crâne et 30 % des radiographies du thorax et de l'abdomen seraient non indiquées. Ce programme est susceptible de générer une économie totale de près de 70 M€ sur la période 2011 – 2013.

⁵⁰ Véhicules de tourisme aménagés permettant de transporter de une à trois personnes et disposant d'un équipement de secours.

Rapport

2.1.2.2. *Accroître substantiellement la maîtrise des prescriptions hospitalières*

2.1.2.2.1. *La maîtrise de la « liste en sus »*

Encadré 3 : Médicaments et DMI⁵¹ de la « liste en sus »

Le coût des médicaments et des dispositifs médicaux utilisés dans les établissements de santé est inclus dans les tarifs des groupes homogènes de séjour (GHS), sauf pour les plus coûteux, qui sont financés au sein d'une liste hors GHS (dite aussi « liste en sus »), afin de faciliter le développement de nouvelles thérapeutiques et l'accès des patients à certains soins particulièrement onéreux

La liste des médicaments figurant sur la « liste en sus » est fixée par arrêté ministériel. Les médicaments présentant une amélioration du service attendu (ASMR) de niveau IV (amélioration mineure) ou V (absence d'amélioration) ne doivent pas être inscrits sur cette liste s'il existe un médicament alternatif qui est financé dans les tarifs de la T2A.

Les médicaments prescrits par les établissements de santé sur la liste en sus sont intégralement pris en charge par l'assurance-maladie, dans la limite de tarifs fixés par le CEPS⁵². Si la fixation d'un tarif de remboursement par le CEPS encourage les établissements de santé à négocier le prix d'achat des médicaments de la liste en sus auprès des industriels, la prise en charge à 100 % par l'assurance-maladie des consommations (dans la limite de ce tarif) n'incite pas en revanche les établissements à maîtriser le volume de médicaments prescrits sur la liste en sus. En 2011, **la part « liste en sus » de l'ONDAM s'est établie à 4,2 Mds €.** Au niveau national, la liste en sus croît plus vite que l'ONDAM. Entre 2006 et 2009, **la croissance annuelle de la liste en sus a été supérieure à 5 %**. La croissance faible de la liste en sus en 2011 est en partie liée à des radiations.

Si une gestion plus active de la liste semble amorcée, les démarches de maîtrise des prescriptions restent à ce stade limitées. Il a ainsi été procédé en 2012 à la **radiation de la liste en sus de 43 spécialités**. Le coût annuel des médicaments radiés était de l'ordre de 150 M€ pour 2011.

S'agissant de la **maîtrise des prescriptions**, les « *contrats de bon usage des médicaments, produits et prestations* » introduits en 2004 prévoient une réduction maximale de 30 % de la part prise en charge par l'assurance-maladie pour les établissements qui n'en respecteraient pas les stipulations. Ce dispositif a été complété en 2009 par un programme de gestion du risque. Les ARS⁵³ identifient les établissements faisant un usage inapproprié ou exagéré des médicaments et DMI de la liste en sus, et mettent en place un plan d'action contractualisé, dont le refus ou le non respect peut conduire à réduction de la part prise en charge par l'assurance-maladie, cumulable avec la sanction des contrats de bon usage. **Les réalisations sont toutefois très limitées** : 22 plans signés en 2010 et 2011 sur plus de 250 établissements ciblés ; aucune sanction appliquée à ce jour.

La mission préconise :

- ♦ une gestion active de la liste en sus, via **l'application stricte des règles d'inscription et de radiation**. Conformément à la recommandation du 18 novembre 2010 du Conseil de l'hospitalisation, les médicaments à ASMR IV ou V qui bénéficient d'une alternative thérapeutique pris en charge dans les tarifs des GHS, ne seraient plus inscrits sur la liste. En outre, un nouveau médicament d'ASMR IV ou V dont une alternative thérapeutique est déjà inscrite sur la liste en sus, ne pourrait l'être qu'à la condition d'une baisse globale des prix de la classe concernée ;

⁵¹ Dispositifs médicaux implantables (prothèses, valves cardiaques, implants etc.).

⁵² Comité économique des produits de santé. Près de 95 % des établissements de santé ont signé un contrat de bon usage, qui leur permet de bénéficier du remboursement à 100 % des dépenses engagées au titre de la liste en sus.

⁵³ Agences régionales de santé.

Rapport

- ◆ la **généralisation des plans d'actions contractualisés de gestion du risque** et l'application des sanctions associées dès 2013 aux établissements qui n'en respecteraient pas les clauses ;
- ◆ une **baisse de taux de prise en charge global de la liste en sus par l'assurance-maladie**, selon une logique de ticket modérateur s'appliquant aux établissements et faisant appel à leur responsabilité dans la prescription des médicaments, produits et DMI de la liste en sus. Le ticket modérateur⁵⁴ devrait être calibré en tenant compte des autres mesures préconisées et de leur impact, de l'équilibre de gestion des établissements et de la capacité interne à mobiliser les prescripteurs, s'agissant de médicaments *a priori* destinés à soigner des pathologies lourdes. Sur ce dernier aspect, la mise à disposition de référentiels de prescriptions incontestables apparaît comme un prérequis ;
- ◆ Une **gestion active des tarifs de remboursements des produits de la liste en sus** par le Comité économique des produits de santé.

2.1.2.2.2. *La maîtrise des prescriptions hors « liste en sus »*

Les résultats de la gestion du risque portant sur les prescriptions hospitalières réalisées en ville (PHMEV)⁵⁵ mise en œuvre depuis 2010 sont limités. Les établissements dont le taux de croissance des prescriptions dépasse l'objectif national, décliné régionalement, se voient proposer par l'ARS la conclusion d'un plan d'actions contractuel, mais sans recours ou sanction effective en cas de refus ou de non respect. Par ailleurs le secteur privé n'est pas concerné par la contractualisation, compte tenu de l'impossibilité de rapprocher le prescripteur libéral et la clinique d'exercice. La mission propose de rendre obligatoire et sanctionnable la conclusion de plans d'actions contractuels avec les établissements ciblés et d'étendre la contractualisation aux prescripteurs libéraux repérés les plus importants.

Plus globalement, la mise en place du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) ouvre la perspective proche de pouvoir enfin identifier les praticiens prescripteurs hospitaliers. La traçabilité des prescriptions permettra des actions de sensibilisation ou de contractualisation par service, incluant des actions ciblées sur les prescripteurs juniors.

2.1.2.3. *Amplifier l'effort de maîtrise médicalisée engagé dans le secteur médico-social*

La consommation de médicaments en EHPAD est évaluée par la DGCS à environ 800 M€ par an, soit 5 % de l'enveloppe médico-sociale⁵⁶. Toutes les formes d'**engagements contractuels relatifs à la dispensation de médicaments**, déjà prévues dans les textes, doivent être encouragées. Par exemple, à l'image de la liste de référence pour les soins de ville (*cf.* 2.1.2.1.1 ci-dessus), la détermination d'une **liste des médicaments recommandés**⁵⁷ par le médecin coordonnateur, en lien avec les prescripteurs, doit être promue afin de lutter contre **l'iatrogénie médicamenteuse**. Les prescripteurs de l'établissement doivent s'engager à prescrire dans cette liste et les pharmaciens desservant l'établissement à détenir ces produits en stock.

⁵⁴ A titre indicatif, un ticket modérateur de 10 % avec une montée en charge sur cinq ans représenterait une économie de 400 M€ en fin de période.

⁵⁵ Les PHMEV représentent un volume de 5 Mds € annuels et connaissent une forte dynamique (14 % par an en moyenne sur la période 2005-2010). Elles grèvent le budget de l'enveloppe soins de ville alors même que leur fait générateur dépend des établissements de santé.

⁵⁶ Le chiffre de 800 M€ concernant les seuls EHPAD, il ne tient pas compte des prescriptions médicamenteuses réalisées dans les SSIAD, ni dans la sphère des personnes handicapées. La consommation totale de médicaments dans le secteur médico-social représente donc en réalité une part supérieure à 5 % de l'enveloppe.

⁵⁷ Molécules éprouvées en gériatrie et maîtrisées par les prescripteurs.

Rapport

En outre, parmi les priorités de gestion du risque fixées par les ARS en 2012 figure un **objectif de maîtrise médicalisée** concernant les établissements médico-sociaux : « *EHPAD Prescription* ». Les établissements doivent adopter des plans d'action pour **maîtriser la prescription de neuroleptiques** chez les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer ou d'une maladie apparentée.

Si l'objectif initial de 50 % d'établissements adoptant un plan d'action la première année a été dépassé, aucune économie n'a été identifiée à ce stade. Le **développement des plans d'action de maîtrise médicalisée doit donc être poursuivi et le cas échéant étendu** à d'autres produits et prestations. Il s'agit au moins autant d'un objectif de santé publique⁵⁸ que de maîtrise des coûts.

Un autre levier de maîtrise des prescriptions injustifiées, mais plus difficilement activable dans les petits établissements, passe par le développement des **pharmacies à usage intérieur** (PUI) qui permettent de mieux maîtriser la prescription⁵⁹, d'éviter certaines hospitalisations et de réaliser des achats groupés de médicaments. Ainsi, l'installation d'une PUI, y compris son coût, permettrait une baisse de 14 % des dépenses de médicaments soit **une économie d'environ 100 M€ par an**. Or, selon la CNSA, seuls 30,1 % des EHPAD disposaient d'une PUI, leur extension paraissant notamment freinée par les réticences des pharmaciens d'officine⁶⁰. Une telle extension paraît pourtant devoir être recommandée.

La maîtrise médicalisée doit aussi porter sur **d'autres dépenses, par exemple les transports ou les actes de masso-kinésithérapie**. Des expérimentations sont en cours visant à la fois à modérer les dépenses et à améliorer la qualité des prestations.

2.2. L'adaptation et l'articulation des offres de soins en médecine de ville, à l'hôpital et dans le secteur médico-social doivent permettre de mieux répondre aux besoins et d'organiser des parcours de soins de qualité

2.2.1. Optimiser les parcours de soins pour améliorer la qualité de prise en charge des patients chroniques et patients âgés polypathologiques et développer les coopérations entre professionnels de santé

Le système de santé français s'est structuré au fil des années autour de l'hôpital. Sa place apparaît ainsi bien supérieure en France à celle constatée dans d'autres pays comparables. La dépense en soins hospitaliers représente 36 % de la dépense de santé en France, contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE.

Symétriquement, la place des soins de ville apparaît en France (23 %) nettement plus faible que dans les autres pays (33 % en moyenne dans l'OCDE).

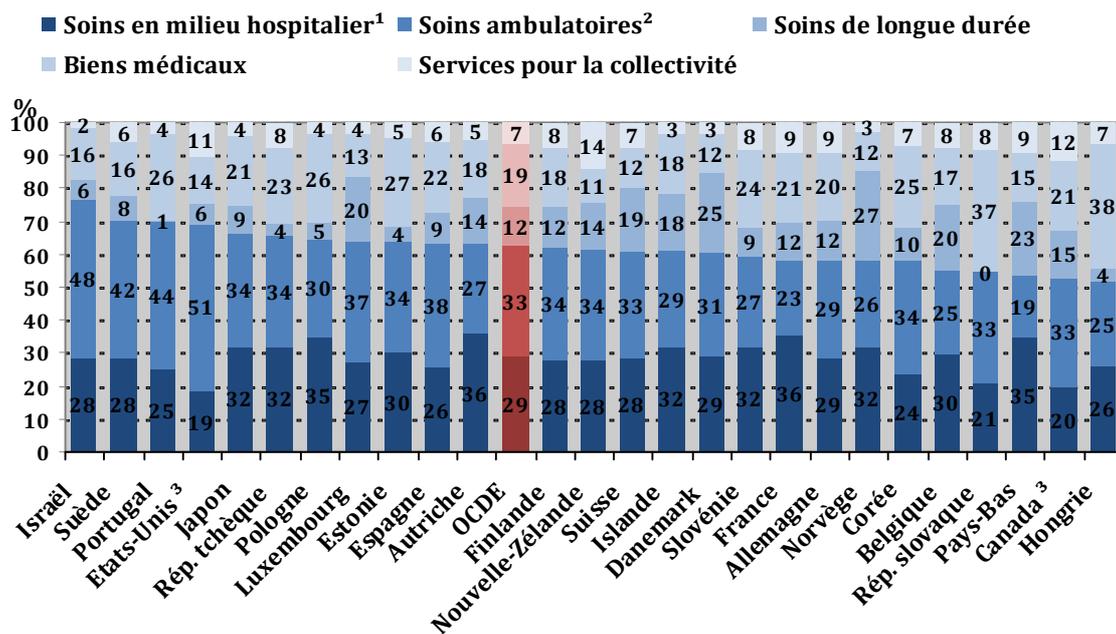
⁵⁸ En Ile-de-France par exemple, 20 % des hospitalisations des personnes âgées de plus de 80 ans seraient dues à l'iatrogénie médicamenteuse.

⁵⁹ IGAS, *Conclusions du groupe de travail sur la prise en charge des médicaments dans les maisons de retraite médicalisées*, 2005.

⁶⁰ La constitution de groupements d'EHPAD avec une PUI partagée n'est pas actuellement envisageable au regard des dispositions législatives et réglementaires en vigueur.

Rapport

Graphique 9 : Dépenses de santé par fonction (2009)



1. Inclut les soins de jour. 2. Inclut les soins à domicile et les services auxiliaires.

Source : OCDE, panorama de la santé 2011.

Les organisations de soins privilégiant la prise en charge en ambulatoire des patients, moins coûteuses et contraignantes pour le patient méritent ainsi d'être renforcées, notamment pour :

- ◆ la prise en charge des **maladies chroniques** (et notamment des personnes en ALD) qui peuvent et doivent être gérées en-dehors de l'hôpital ;
- ◆ le **parcours de la personne âgée**, qui relève d'une prise en charge spécifique liée à des pathologies multiples, une fragilité particulière et un contexte social parfois difficile, l'hôpital s'avérant souvent inadapté (sauf dans les phases aiguës de prise en charge ou de bilan) voire nocif ;
- ◆ les **urgences hospitalières** qui occupent une place nouvelle dans le système de santé et dont l'utilisation inadéquate et l'engorgement nécessitent des organisations alternatives pour assurer la permanence des soins.

Au total, il convient de mettre en œuvre de manière résolue des **prises en charge adaptées aux transitions épidémiologiques, démographiques et sociologiques en cours**, qui nécessitent d'organiser des parcours de soins adaptés et de restructurer les soins de ville.

2.2.1.1. Développer les parcours de soins encadrés et suivis

La notion de parcours de soins⁶¹ s'impose progressivement comme réponse adaptée, en particulier pour les **patients âgés** et ceux atteints de **pathologies chroniques** (cf. ALD), qui y voient une réponse personnalisée à leurs besoins de prise en charge, mais aussi pour les financeurs, promoteurs de coordinations entre offreurs de soins potentiellement porteuses d'économie.

⁶¹ Les termes de parcours de soins se veulent inclusifs et ne négligent pas la coordination entre acteurs de soins au sens strict et acteurs médico-sociaux, voire sociaux.

Rapport

2.2.1.1.1. Des initiatives au cours des vingt dernières années, ont ambitionné de mieux encadrer les parcours de soins, sans que leur organisation soit en définitive améliorée

La loi du 9 août 2004 portant sur la réforme de l'assurance-maladie a instauré le médecin traitant en tant que coordonnateur de soins de premier ressort pour l'ensemble de la population. Par ailleurs, les prises en charge des personnes âgées ont fait l'objet de coordinations à travers les SSIAD⁶², les équipes APA⁶³ des conseils généraux, les réseaux de santé personnes âgées, et les filières de soins gériatriques.

Au demeurant, l'impact réel de ces dispositifs en termes d'organisation des parcours ou d'efficacité médico-économique ne fait pas l'objet d'une évaluation et d'un suivi satisfaisants⁶⁴, malgré des avancées récentes, liées à la mise en place des ARS. Celles-ci appréhendent de manière transversale le sujet des parcours de soins, avec le souci de les rendre fluides et de traiter les points de rupture possibles⁶⁵.

Quant au médecin traitant, ce dispositif n'a pas permis de structurer en profondeur le recours aux soins⁶⁶, même si 90 % de la dépense en honoraires médicaux sont désormais réalisés dans ce cadre.

2.2.1.1.2. Plusieurs travaux récents ont montré que les parcours de soins peuvent être améliorés en termes de qualité pour le patient, tout en étant moins coûteux pour l'assurance-maladie.

Le HCAAM note ainsi l'accroissement de la durée moyenne de séjour en fonction de l'âge pour six CMD⁶⁷, révélant les difficultés à organiser les prises en charge des personnes âgées en aval des soins aigus. Il existe, au sens du HCAAM **de fortes marges pour améliorer la qualité des « trajets de santé » et réduire leurs coûts** : ainsi, une convergence des durées moyennes de séjour de ces six états pathologiques sur les situations où elles sont les mieux maîtrisées permettrait d'**éviter trois millions de journées d'hospitalisation**, soit une économie⁶⁸ de l'ordre d'**1 Md€**.

La CNAMTS estime pour sa part possible de réaliser 10 % d'économie en optimisant chaque étape (durée du séjour hospitalier, coût des produits de santé, soins de suite, durée des arrêts de travail...) pour quatre processus de soins représentatifs⁶⁹, **soit un montant d'1 Md€**.

En tout état de cause, il s'agit d'un **levier majeur pour maîtriser la progression des dépenses liées aux ALD** (cf. Encadré 1).

⁶² Services de soins infirmiers à domicile.

⁶³ Allocation personnalisée d'autonomie.

⁶⁴ IGAS, *L'impact des modes d'organisation sur la prise en charge du grand âge*, 2011.

⁶⁵ Voir par exemple les PSRS Ile-de-France, Languedoc-Roussillon, Midi-Pyrénées et Limousin.

⁶⁶ DREES, nov. 2009.

⁶⁷ HCAAM, *Assurance maladie et perte d'autonomie*, 2011 ; catégorie majeure de diagnostic (CMD) : maladie d'Alzheimer et autres démences, maladie de Parkinson, affections psychiatriques, AVC, insuffisance respiratoire chronique, cancer de la prostate.

⁶⁸ Il s'agit d'économies brutes qui ne prennent pas en compte le coût de la prise en charge se substituant à l'hospitalisation, qui ne seront effectives que si l'on réduit effectivement la capacité hospitalière.

⁶⁹ Chirurgie programmée, diabète, cancer du colon et insuffisance cardiaque.

Rapport

2.2.1.1.3. L'amélioration des parcours de soins peut prendre appui sur des référentiels opérationnels pour les professionnels de terrain.

Ainsi, l'ANAP a-t-elle modélisé des **filières de prise en charge pour les personnes âgées**, à partir de diagnostics territoriaux visant à rapprocher les situations existantes de cibles définies par les professionnels du territoire eux-mêmes. La réponse apportée est donc parfaitement adaptée aux besoins locaux et aux ressources disponibles. Cette méthode a vocation à être appliquée de manière large, même si elle nécessite des moyens de diagnostic et de suivi.

La HAS entend de son côté promouvoir une « médecine de parcours », qui prendrait appui sur des **guides de référence par pathologie**⁷⁰, déclinés en guides à l'attention des différents professionnels médicaux et paramédicaux prenant en charge le patient et en « *programmes personnalisés de soins* » à l'attention du patient. La mission recommande qu'une attention particulière soit apportée aux modalités de diffusion et d'appropriation de ces guides, à l'évaluation de leur utilisation en routine et de leur impact médico-économique et sur la prise en charge des patients.

La mission attire l'attention sur le fait que les expérimentations sont actuellement menées de manière souvent dispersée en région, avec deux limites principales à leur généralisation et/ou leur pérennisation : elles sont rarement correctement évaluées d'un point de vue médico-économique (la conception des guides reste exclusivement médicale) et elles sont financées sur des crédits non reconductibles.

2.2.1.2. Promouvoir des formes innovantes d'organisation permettant un meilleur suivi des malades chroniques

2.2.1.2.1. Structurer les soins ambulatoires autour du médecin traitant, en lien avec les paramédicaux

Les soins de ville se caractérisent actuellement par une offre de soins atomisée et peu coordonnée. La médecine de ville est en effet structurée pour répondre ponctuellement à la demande des patients, à l'occasion d'un épisode aigu. Or, **un tel dispositif est peu adapté aux patients chroniques, et génère des surcoûts inutiles :**

- ♦ d'une part, les patients ne sont pas nécessairement orientés vers la prise en charge la mieux adaptée à leur situation ; en particulier, des hospitalisations pourraient être évitées si les différents professionnels intervenant auprès du patient en ville se coordonnaient davantage ;
- ♦ d'autre part, les patients ne faisant pas l'objet d'un suivi adapté, peuvent être amenés à développer des complications (par exemple du fait d'une consommation excessive de médicaments) générant également des hospitalisations et des surcoûts.

Face à ce constat, plusieurs expérimentations ont été engagées visant à favoriser la mise en place d'organisations pluridisciplinaires en médecine de ville pour le suivi des maladies chroniques, et notamment des patients en ALD. L'objectif est de **passer à une médecine plus proactive, dans laquelle le médecin doit s'assurer que le patient respecte un plan de soins** et intervient auprès de lui si nécessaire. Le patient chronique a également vocation à devenir un acteur actif de sa prise en charge.

⁷⁰ Quatre guides sont d'ores et déjà disponibles : BPCO, maladie de Parkinson, maladie rénale chronique, insuffisance cardiaque ; d'autres sont en préparation, maladie coronarienne, maladie d'Alzheimer. Il s'agit d'une nouvelle version des guides médecin ALD, qui privilégie une approche globale de la maladie dès le diagnostic et non plus seulement au seuil de gravité nécessitant l'entrée en ALD.

Rapport

Ces expérimentations ont d'ores et déjà établi la pertinence des organisations pluridisciplinaires en ville s'agissant de la qualité des soins dispensés aux patients.

Ainsi, Le récent rapport de l'IGAS d'avril 2012 sur la prise en charge du diabète conclut à l'efficacité des organisations fondées sur la coopération intégrée entre médecins généralistes et infirmiers, sous le pilotage du médecin traitant, avec un système d'information partagé, comme l'illustre l'expérimentation ASALEE menée depuis 2003. En outre, les coûts totaux du dispositif sont identiques pour l'assurance-maladie. *A contrario*, le programme SOPHIA d'accompagnement des patients par des infirmières placées sur des plateformes d'appels, développé par la CNAMTS depuis 2008, n'a pas fait la preuve de son efficacité médico-économique à ce stade, du fait notamment de l'absence de ciblage sur les patients les plus à risque et de l'absence d'accès direct des infirmières aux données médicales des patients.

Ces nouvelles organisations vont **faire émerger de nouveaux métiers** (*nurse practitioner*) et nécessiteront le développement de systèmes d'information permettant l'émission d'actes de prévention, le suivi des résultats d'analyse, la transmission d'éléments aux spécialistes et/ou à l'hôpital et la vérification de la conformité des prescriptions aux recommandations en vigueur. Ils seront un élément déterminant pour améliorer les parcours de soins et faciliter les transferts entre l'hôpital et la ville.

En revanche, le potentiel d'économies à attendre de ces modèles d'organisation reste à démontrer. En effet, les études internationales montrent que les coopérations ne contribuent pas, dans leur format actuel, à la réalisation d'économies nettes pour l'assurance-maladie, même en cas de substitution des actes du médecin⁷¹. Des études complémentaires et une réflexion approfondie sur le paramétrage pertinent des coopérations apparaissent donc nécessaires.

2.2.1.2.2. Organiser les transferts entre les secteurs hospitaliers, ambulatoire et médico-social

Il est également nécessaire de mettre en place des organisations permettant d'améliorer les transferts et les interfaces entre la ville, l'hôpital et le médico-social.

Les expérimentations conduites dans le cadre de l'article 70 de la LFSS pour 2012 constituent, à ce titre, des prototypes d'organisations innovantes pour le parcours de soins des personnes âgées.

La réduction du recours hospitalier passe notamment par une meilleure collaboration entre les médecins spécialistes hospitaliers et les médecins généralistes, notamment pour la prise en charge de cas complexes en ville.

L'organisation de la sortie de l'hôpital revêt également une importance particulière. Certaines expérimentations portent par exemple sur la création d'une plate forme hospitalière chargée d'organiser la transition hôpital-ville ou hôpital médico-social. La qualité des transmissions et des prises en charge au moment de la sortie, la prévention des réadmissions sont autant d'enjeux médico-économiques qui méritent que des moyens particuliers leur soient dédiés, travail social, systèmes dédiés de partage d'informations, ou plateformes de recherche de solutions d'aval.

⁷¹ P.L. Bras, « Réorganiser les soins de premier recours : les maisons médicales centrées sur le patient aux États-Unis », *Prat Organ Soins*, 2011, 42(1) : 27-34.

Rapport

Encadré 4 : L'expérimentation de nouvelles prises en charge de personnes âgées en Ile-de-France

L'ARS Ile-de-France a développé un projet d'amélioration de la prise en charge de personnes âgées dans le 18^e arrondissement de Paris, visant à éviter les passages inadéquats aux urgences hospitalières, à appuyer les médecins généralistes en amont, à mettre en place un dispositif spécifique de surveillance et éducation à domicile de patients polypathologiques, ainsi qu'une anticipation et une préparation spécifiques des sorties d'hôpital. L'aspect médico-économique du projet est parfaitement intégré et suivi. De nombreuses ARS ont fait du parcours de soins un thème important de leur PSRS, où elles recensent des projets concernant des pathologies ou des situations différentes, des exemples territoriaux et enfin des techniques de coordination variées, faisant en particulier intervenir la télémédecine ou le partage d'informations entre acteurs.

L'enjeu consiste donc à **faire émerger des organisations efficaces permettant une intervention coordonnée des différents professionnels, qui soit reproductible dans d'autres territoires.**

2.2.1.2.3. Mettre en place des tarifications adaptées favorisant les parcours efficaces et un suivi d'indicateurs de qualité

Ces nouvelles organisations nécessitent la mise en place de rémunérations adaptées, transversales entre les secteurs ambulatoire, hospitalier voire médico-social. Il ne s'agit pas de financer des actes ou du temps spécifique « de coordination » mais de rechercher des modes de tarification du travail habituel des soignants qui incitent les acteurs à un travail transversal.

Par ailleurs, la mise en place d'un système d'information permettant le **recueil de données médicales de qualité en ambulatoire, chainables avec les données hospitalières et médico-sociales** est absolument nécessaire pour suivre, évaluer et piloter les dispositifs mis en place. Il est en effet fondamental de s'assurer que ces nouvelles organisations et tarifications proposées n'induisent pas une diminution de la qualité de soins.

2.2.2. Recentrer l'hôpital sur son cœur de métier et adapter les capacités médico-sociales

La mission rappelle que l'hôpital, dispensateur de soins concentre en un même lieu des équipements médicaux coûteux et les équipes compétentes afin d'opérer le diagnostic et de conduire la thérapeutique des pathologies qui nécessitent ces ressources rares.

Les progrès réalisés permettent de raccourcir les séjours à l'hôpital. Dans de nombreuses situations de soin, il est possible de réaliser les actes et le suivi sur la journée (développement de l'ambulatoire), avec des gains de productivité importants par rapport à l'hospitalisation conventionnelle. Le rôle de l'hôpital n'est pas d'offrir un lieu d'hébergement la nuit et la fin de semaine pour des patients ne nécessitant pas de soins ou d'accompagnement. Cette évolution répond à l'attente des patients, des professionnels et des gestionnaires à l'hôpital. Elle requiert néanmoins une évolution des organisations, des locaux et de la culture hospitalière.

Utiliser l'hôpital à bon escient suppose de repérer et traiter les inadéquations de prise en charge, qu'elles relèvent d'admissions inutiles ou de durées de séjour trop longues, d'accroître la pertinence de l'offre territoriale, enfin de réserver l'investissement aux opérations de redéploiement de l'offre, en particulier vers le secteur médico-social.

Rapport

2.2.2.1. Favoriser la pertinence des recours à l'hôpital et la réduction des inadéquations

Encadré 5 : Les séjours inadéquats à l'hôpital

L'enquête nationale pour l'évaluation des inadéquations hospitalières publiée en 2011 par la SANESCO, à la demande du ministère chargé de la santé a été réalisée dans 166 services répartis dans 73 établissements de 11 régions et a permis d'analyser près de 3 500 dossiers de patients hospitalisés. L'étude distingue les admissions inadéquates des séjours inadéquats, justifiés mais trop prolongés. Les admissions non justifiées représentent 3,8 % des admissions totales mais atteignent environ 9 % en médecine dans les établissements hors CHU.

Un jour donné, 12,5 % des lits sont occupés de manière inadéquate ; ce taux atteint 10 % des lits de chirurgie et 21 % des lits de médecine dans les établissements publics hors CHU.

L'enquête observe que « les principales raisons invoquées pour expliquer une inadéquation (admission ou journée inadéquate) sont une demande expresse du médecin de ville, l'attente d'un avis diagnostique interne à la structure, l'impossibilité transitoire du retour à domicile, la décision du patient ou de son entourage, l'absence de place d'aval, le risque de non-observance des prescriptions, l'attente d'un avis de collègues ou d'un avis externe à la structure, l'attente d'un examen... ».

Diminuer les recours inadéquats à l'hôpital suppose à la fois que les admissions y soient plus adaptées, en particulier au niveau des urgences, que ces dernières retrouvent leur vocation réelle de recours de deuxième niveau, que des alternatives à l'hospitalisation complète puissent être développées, et enfin que la sortie de l'hôpital soit anticipée et facilitée, afin d'éviter des durées de séjour inutilement prolongées. Ce dernier aspect renvoie à la fluidité des parcours de soins et en particulier à la possibilité d'organiser le retour à domicile ou de trouver des places d'aval dans le secteur hospitalier (SSR⁷²) ou médico-social.

2.2.2.1.1. Une permanence effective des soins et le désengorgement des urgences hospitalières constituent des enjeux majeurs, en termes de qualité d'accès aux soins

Les services d'urgences hospitalières se caractérisent par un taux de fréquentation en progression constante et une proportion significative de passages ne présentant pas un caractère d'urgence réelle.

Or, le coût moyen⁷³ d'un passage aux urgences est nettement supérieur à celui d'une consultation ou d'une visite en ville. En outre, le passage aux urgences augmente la probabilité de séjour inadéquat à l'hôpital.

Au total, les financements alloués en 2009 aux structures d'urgences dans les établissements ex DG se sont élevés à 2,3 Mds €.

◆ Le désengorgement des urgences suppose d'abord que puisse être garanti un accès permanent aux soins de premier recours.

L'accès à un médecin de garde, quelle que soit la forme de cet accès devrait être garanti⁷⁴ soit en maisons médicales de garde/maisons médicales de santé, y compris au sein des établissements de santé, soit grâce à des urgences hospitalières redéfinies, avec la seule présence en permanence d'un médecin chargé de la prise en charge des patients et de l'orientation éventuelle vers un service d'urgence vitale. Les services d'accueil des urgences

⁷² Soins de suite et de réadaptation.

⁷³ De l'ordre de 140 € (mais il existe de fortes disparités compte tenu des effets de seuils), selon des données parcellaires issues de la collecte du groupe pour l'amélioration de la comptabilité analytique hospitalière (« base d'Angers ») à comparer à une consultation en ville qui va de 23 € en cabinet en journée à 66,5 € pour une visite à domicile entre 0h et 6h.

⁷⁴ A cet égard, le décret portant définition des urgences hospitalières devrait être revu pour prévoir que la seule présence d'un médecin de garde est constitutive d'un service d'urgence hospitalier, même en l'absence de plateau technique.

Rapport

hospitalières réorienteraient vers la maison médicale de garde la plus proche les patients dont l'état ne justifie pas un passage aux urgences. Les patients acceptant cette réorientation pourraient être mieux remboursés. A l'inverse, pour désinciter au passage aux urgences en raison de l'apparente gratuité (la facturation se faisant a posteriori), le paiement d'un forfait pourrait être institué dès la phase d'accueil, avec exemption pour les urgences vitales⁷⁵.

- ◆ **Par ailleurs, compte tenu de l'existence d'effets de seuil, la diminution du coût de urgences implique d'abaisser fortement le nombre de passages dans certains des services d'urgence (voire de les fermer)**⁷⁶.

La mission préconise à cet égard d'identifier les services d'urgence qui pourraient être fermés sans remise en cause de l'accessibilité aux soins. Cette mesure concerne les zones les plus denses, où les temps d'accès aux urgences sont les plus réduits. La diminution significative du nombre de passages aux urgences peut conduire à des économies substantielles⁷⁷.

- ◆ enfin, l'examen des conditions d'organisation de la **permanence des soins ambulatoires** (PDSA) met en évidence un **problème majeur d'adéquation du coût du dispositif par rapport à son niveau d'activité effectif**. Des marges d'efficience peuvent être recherchées dans deux directions principales :
 - le développement d'une **offre de médecine de premier recours** adaptée : la généralisation de pôles de premier recours (maisons médicales de garde en horaires de PDSA, maisons de santé en semaine et journée) sur tout le territoire doit être mise à l'étude en privilégiant leur adossement à des structures de soins préexistantes (établissements hospitaliers ou cliniques) ;
 - l'optimisation de la gestion du dispositif de PDSA doit parallèlement être poursuivie.

2.2.2.1.2. *La croissance amorcée de la chirurgie ambulatoire doit être confirmée*

Le **développement de la chirurgie ambulatoire se substituant à la chirurgie en hospitalisation complète** poursuit trois objectifs : une diminution du risque nosocomial, une amélioration du bien-être des patients qui rentrent chez eux dès la fin de l'intervention et une diminution du coût de l'opération (absence de charges hôtelières).

La substitution de la chirurgie ambulatoire à la chirurgie en hospitalisation complète a été développée grâce à des incitations tarifaires ciblées sur certains GHS, la mise sous autorisation préalable de gestes dits « marqueurs », et enfin la fixation de taux régionaux de recours, en cours de déclinaison au niveau des établissements. Le taux global de recours à la chirurgie ambulatoire est passé de 32 % (2007) à 37,8 % (2010), avec des progressions sensibles sur les GHM concernés par les incitations tarifaires. Les capacités de MCO⁷⁸ ambulatoires ont augmenté de plus de 25 % de 1998 à 2008.

Pour autant, les marges de progression sont encore importantes, que la DREES évalue à 260 000 séjours⁷⁹. Par exemple, s'agissant de l'opération de la cataracte : 78 % des opérations sont réalisées en ambulatoire en France (en 2009) contre 85,3 % en moyenne au sein de l'OCDE.

⁷⁵ La faisabilité de cette mesure est liée à la mise en place d'une régie de recettes ouverte sur des plages horaires élargies.

⁷⁶ Actuellement 72,5 % de la population a accès en moins de 20 mn à un service d'urgences vitales.

⁷⁷ En première estimation, une diminution de 20 % des passages aux urgences conduirait à des économies de 225 M€ (secteur ex DG) et 22 M€ (secteur ex OQN) hors coûts des dispositifs de substitution en ville.

⁷⁸ Médecine chirurgie obstétrique.

⁷⁹ DREES, *La réactivité des établissements aux incitations tarifaires*, n°21-2011.

Rapport

La mission propose de **fixer à 50 % la cible de taux de chirurgie ambulatoire au niveau national à horizon 2017** (soit +12 points par rapport au taux actuel). Parallèlement, les incitations tarifaires pour le développement de la chirurgie ambulatoire pourraient être supprimées progressivement quand le taux cible par GHM est atteint. Cette dernière mesure constituerait une économie de l'ordre de 160 M€ pour la première vague de tarifs incitatifs supprimés.

Enfin, la mission recommande de procéder à l'**extension à de nouveaux gestes de la mise sous autorisation préalable (MSAP)** des établissements de santé qui souhaiteraient réaliser des actes chirurgicaux désormais dévolus de droit commun à la médecine de ville.

Au total, la mission estime que la fermeture de 10 % des lits en chirurgie conventionnelle liée au développement de la chirurgie ambulatoire générerait des économies à hauteur de 400 M€.

2.2.2.1.3. Dans des conditions précises, le recours à l'hospitalisation à domicile (HAD) et la pratique de certains soins à domicile peuvent être encouragés

S'agissant de l'hospitalisation à domicile, si la satisfaction des patients paraît effective, aucune économie réelle par rapport à l'hospitalisation classique ne paraît documentée, un coût de journée nettement moins élevé étant compensé par des durées de prise en charge supérieures. Des usages inappropriés de l'HAD, en particulier dans le *post partum* physiologique sont constatés. La mission suggère en définitive de distinguer

- ◆ les situations où l'HAD se substitue à un séjour classique : les tarifs devraient être inférieurs à ceux de l'hospitalisation complète, et l'autorisation d'ouverture de place en HAD ne pourrait intervenir qu'en contrepartie d'une fermeture de lit ;
- ◆ les situations où l'HAD constitue un complément en aval de l'hospitalisation complète, la prise en charge devant alors être plus économe que le séjour en hospitalisation complète évité.

Par ailleurs, la mission recommande fortement de développer la pratique de certains soins à domicile, qui améliore le confort des patients à qualité des soins égale, et paraît porteuse d'économies potentielles importantes.

Ainsi, moyennant l'établissement de protocoles de surveillance⁸⁰, une part importante des séances de chimiothérapie pourrait être réalisée à domicile (chimiothérapie orale) ou dans un cabinet d'infirmière ambulatoire, ou encore dans une maison de santé pluridisciplinaire (injections simples). En faisant l'hypothèse que 30 % des séances sont ainsi transférées⁸¹, l'économie serait de l'ordre de 180 M€.

Par ailleurs, les séjours de quelques heures pour des bilans de médecine pourraient ne plus être considérés comme de l'hospitalisation, et seraient alors tarifés à l'acte, pour un coût bien inférieur.

⁸⁰ HAS, *Critères d'éligibilité des patients à une chimiothérapie anticancéreuse à domicile*, septembre 2003 et arrêté du 20 décembre 2004 fixant les conditions d'utilisation des anticancéreux injectables inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique.

⁸¹ pour un coût moyen assurance maladie de l'ordre de 100 € pour les chimiothérapies antitumorales (honoraires des intervenants et les produits courants) et 50 € pour les autres chimiothérapies.

Rapport

2.2.2.1.4. Organiser un continuum entre l'hôpital et le médico-social

De progrès sont possibles en matière de **coordination entre hôpitaux et EHPAD**, afin de limiter les hospitalisations évitables⁸² et les retours à domicile retardés ou inorganisés.

La qualité des prises en charge pourrait être améliorée, et les dépenses optimisées⁸³ **si des équipes hospitalières** (équipes gériatriques mobiles) **se déplaçaient en EHPAD**, et, plus généralement, si les personnels des hôpitaux et ceux des EHPAD nouaient des relations continues. La coordination devrait également inclure le domicile. A cet égard, certaines innovations des régimes de retraite (aide au retour à domicile après hospitalisation) vont dans le bon sens, même si elles pâtissent de la difficulté à créer des liens entre sanitaire et social. Des synergies pourraient également être développées entre EHPAD et services à domicile. Ces évolutions supposeront des modifications de la réglementation, qu'il s'agisse des conditions d'allocation des ressources ou des règles statutaires.

2.2.2.2. Accroître la pertinence de l'offre territoriale

Encadré 6 : L'étude de la DREES sur les capacités d'hospitalisation à horizon 2030

A la demande de la DGOS, la DREES a analysé, avec l'aide d'un groupe d'experts, trois scénarios⁸⁴ d'évolution, à horizon 2030, des besoins en capacité d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique, du fait du vieillissement de la population.

Tableau 1 : Evolution à horizon 2030 des équivalents journées d'hospitalisation toutes causes selon les scénarios

Scénario	Situation constatée 2004	Scénario 1 « statu quo 2004 »	Scénario 2 : « poursuite de l'évolution »	Scénario 3 : « volontarisme »
Equivalents-journées (millions) -2030	58,4	79,4	64,7	56,1
Nombre de lits	194 111	266 815	182 349	156 695
Nombre de places	15 101	17 786	33 794	30 640

Malgré ses imperfections, cette étude montre que des marges de manœuvre importantes existent pour réorganiser l'offre de soins et qu'une meilleure organisation des filières de soins, des prises en charge adaptées et l'évolution des pratiques de soins permettent d'affirmer que « l'augmentation de la population âgée n'aboutit donc pas obligatoirement à une explosion du recours aux soins hospitaliers en MCO. ». Au contraire, dans le scénario volontariste, le nombre de lits MCO diminue de 20 % à horizon 2030, tandis que le nombre de places est multiplié par deux. Les enjeux se situent clairement dans le développement de structures alternatives et d'aval, dans l'articulation avec la médecine de ville et le secteur médico-social, et enfin dans la flexibilité et la capacité de réorganisation du secteur MCO.

⁸² expliquées par exemple par l'absence de personnel infirmier la nuit ou le week-end en établissement ou par l'absence de possibilité pour les personnels des EHPAD de faire appel à des professionnels des hôpitaux pour des conseils par téléphone.

⁸³ Aujourd'hui, la tarification et le reste à charge sont tels que les patients sont incités à rester à l'hôpital, où leur coût est plus élevé pour l'assurance-maladie.

⁸⁴ Dossier Solidarité-Santé n°4, *Impact du vieillissement sur les structures de soins à horizon 2010, 2020 et 2030*, 2008. Selon la présentation faite par la DREES : dans le scénario 1, dit à « caractéristiques constantes », les taux de recours à l'hospitalisation MCO, les durées moyennes de séjour en hospitalisation complète et les parts d'ambulatoire sont identiques en 2030 à celles de 2004. Il reflète donc exclusivement l'effet mécanique de l'augmentation et de la modification structurelle de la population. Dans le scénario 2 dit de « poursuite de l'évolution », on suppose que l'évolution constatée entre 1998 et 2004 va se poursuivre, qu'il s'agisse des taux de recours, des durées moyennes de séjour ou de la part occupée par l'ambulatoire. Enfin, Le scénario 3 dit

Rapport

L'adaptation de l'offre territoriale aux besoins répond à des impératifs d'accessibilité et de qualité des soins. Plusieurs leviers peuvent être utilisés pour se rapprocher d'une offre optimisée par rapport aux besoins :

- ◆ de nature régaliennne pour certains, planification, réglementation des activités et des formes de coopération hospitalière, outils budgétaires et contractuels d'accompagnement,
- ◆ ou favorisant une adaptation « spontanée » de l'offre, pour d'autres, tarification à l'activité et régulation par la concurrence.

La mission n'avait pas pour objet de dresser un bilan de ces différents modes d'intervention⁸⁵, mais préconise une politique résolue de rationalisation de l'offre hospitalière concernant en particulier la médecine, la chirurgie et les alternatives à l'hospitalisation complète. Les perspectives de reconversion des emplois hospitaliers dans les secteurs voisins du médico-social offrent des perspectives qui doivent être exploitées, notamment dans les zones rurales. Les impératifs de qualité et de sécurité des soins doivent primer sur toute autre considération. Dans les villes moyennes, l'accès à une offre de court séjour adaptée doit restée garantie. Enfin, dans les métropoles régionales, sièges de CHU, la rationalisation de l'offre doit être poursuivie.

Au demeurant, au cours des dernières années, le paysage hospitalier a déjà été fortement recomposé⁸⁶.

La mission préconise ainsi de :

- ◆ **définir une politique claire en matière de restructurations :**
 - l'IGAS⁸⁷ a relevé les « signaux contradictoires » adressés aux ARS par le ministère chargé de la santé. Ainsi, en 2010 l'annonce puis le retrait du projet de décret relatif aux normes d'activité minimales en chirurgie n'ont-ils pu que susciter l'attentisme des acteurs de terrain ;
 - la réflexion méthodologique préalable et l'accompagnement des opérations engagées semblent au total insuffisants. Ainsi la notion de soins de proximité n'apparaît-elle pas clairement précisée⁸⁸. De même, l'approche par les seuils minimaux d'activité doit-elle être affinée pour correspondre vraiment aux préoccupations affichées de maintien de la qualité et de la sécurité des interventions. Enfin, le pilotage national et régional des opérations de restructurations doit être renforcé.

« volontariste », a été construit en appliquant à chaque pathologie et à chaque groupe d'âge les hypothèses de changement les plus favorables. Les caractéristiques de l'hospitalisation en 2030 sont donc la conséquence de nouveaux traitements, de nouveaux modes de prise en charge et d'actions de santé publique concernant en particulier la prévention. Cela aboutit, le plus souvent, à une diminution des durées de séjour et à une augmentation de la part d'ambulatoire.

⁸⁵ Voir Cour des comptes, *Les restructurations hospitalières*, RALFSS 2008 ; *Les coopérations hospitalières*, RALFSS 2011 ; IGF, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, rapport 2011 M 056-01, 2012 ; IGAS, *Fusions et regroupements hospitaliers : quel bilan pour les quinze dernières années*, Rapport RM 2012-020, 2012, sur lequel les développements suivants s'appuient largement.

⁸⁶ NFT/DEXIA, *Étude sur les recompositions hospitalières*, 2009 ; DREES, *Études et résultats* n° 633, avril 2008.

⁸⁷ *Op. cit.*

⁸⁸ Il conviendrait par exemple de définir les situations de maintien d'une offre de proximité liée à l'urgence, des durées de séjour longues ou le caractère itératif des soins ; les séjours programmés relevant d'interventions plus spécialisées pouvant faire l'objet de regroupements.

Rapport

- ◆ **privilégier des opérations de coopération, reconversion ou regroupements de service :**
 - l'IGAS⁸⁹ a souligné le **bénéfice très incertain tiré des opérations de fusion entre établissements**, incitant à orienter les établissements vers des opérations de moindre envergure. Par ailleurs, l'impact économique et financier de fusions entre services dépend de la productivité du service d'accueil⁹⁰.
- ◆ **prioriser désormais les restructurations de services de médecine, de chirurgie, ainsi que les plateaux médico-techniques :**
 - la **restructuration du secteur des maternités** a été opérée sans discontinuité au cours des trente dernières années, alors que le nombre de naissances se maintenait et que les indicateurs de qualité des soins s'amélioraient. Malgré le suréquipement en blocs opératoires publics, parfaitement connu⁹¹, les progrès des techniques chirurgicales et les exigences nouvelles d'exercice de la profession (charge des permanences de soins, nécessité de proximité entre professionnels), **la rationalisation de l'offre chirurgicale peine à l'inverse, à se concrétiser**. Les arguments de sécurité et de qualité des soins sont essentiels mais doivent être affinés et mieux explicités (cf. 5.2.3.1 ci-dessous). La mission préconise que des seuils minimaux d'activité soient effectivement fixés, qui donneront aux ARS le cap et les instruments indispensables pour opérer les restructurations nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins. Des règles de réorganisation peuvent également être données en matière de site chirurgical de garde, permettant des économies substantielles sur la rémunération des gardes et astreintes ;
 - quant à la médecine, les problèmes y relèvent sans doute davantage d'inadéquations, dont la connaissance locale doit progresser. S'agissant des **laboratoires de biologie médicale** à l'hôpital, l'accréditation obligatoire⁹² conduira, à des restructurations importantes, qui devront faire l'objet d'un suivi précis. Les plateaux techniques d'imagerie et d'exploration fonctionnelle ne sont pas soumis à des exigences similaires, qui pourraient être progressivement définies.

2.2.2.3. Réserver l'investissement hospitalier aux opérations de redéploiement de l'offre hospitalière et médico-sociale

2.2.2.3.1. Les investissements hospitaliers

Encadré 7 : Les plans « Hôpital 2007 » et « Hôpital 2012 »

Lancé en 2003, le plan d'investissement national « hôpital 2007 » a permis d'accorder 6 Mds € d'aides, pour un investissement global de 16 Mds correspondant à 1 928 opérations, soit un taux moyen d'accompagnement de l'ordre de 37,5 %.

Lancé en 2007, le plan « Hôpital 2012 » devait prendre le relais du précédent, afin de poursuivre la modernisation du parc hospitalier et d'accroître l'efficience (opérations de rationalisation et systèmes d'information). L'objectif initialement affiché était de 10 Mds d'investissements supplémentaires par rapport aux investissements courants, grâce à un programme d'aides de 5 Mds. La LFSS pour 2012 a suspendu l'exécution du plan. Selon le bilan de la tranche 1, 640 projets ont été retenus pour un niveau

⁸⁹ *Op. cit.*

⁹⁰ Une étude Cap-Gemini/IGF/IGAS, non publiée (2008) montrait, sur trois régions, que la restructuration du secteur sanitaire ne peut créer d'économies substantielles qu'à condition de s'accompagner d'un effort de productivité, en particulier en favorisant les structures d'accueil les plus productives.

⁹¹ Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, *Benchmark des blocs opératoires dans dix régions pilotes. Synthèse nationale*, 2007.

⁹² Ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie hospitalière.

Rapport

d'investissement de 4,6 milliards aidés à hauteur de 2,2 Mds, soit un taux de subventionnement de 48 %. A cette première tranche, s'ajoutent les investissements liés aux opérations de mise aux normes exceptionnelles pour 1,2 Md au titre de la 2^{ème} tranche.

Les investissements du secteur public hospitalier sont en constante progression entre 2003 et 2009, mais marquent un ralentissement depuis lors.

L'investissement hospitalier est contraint par la situation financière des établissements et des prêteurs.

L'impact des projets d'investissements dans le déficit et l'endettement des établissements incite la mission à recommander différentes mesures :

- ◆ réviser la politique des aides à la contractualisation (AC) afin de s'assurer que celles-ci sont attribuées avec des contreparties et donc des contrôles ;
- ◆ réorienter majoritairement les modalités d'accompagnement vers des aides en capital, qui limitent le recours à l'emprunt ;
- ◆ organiser un **suivi de l'accès au financement** des établissements en élargissant le rôle de l'observatoire de la dette aux problématiques de financement.

Outre la nécessité de professionnaliser la gouvernance des projets d'investissements hospitaliers, il apparaît indispensable à la mission de **faire des aides à l'investissement, forcément limitées, un outil de la politique de réorganisation de l'offre de soins hospitaliers**. Au regard des propositions d'évolution du secteur faites dans le présent rapport, il apparaît notamment :

- ◆ que, sauf exception, aucune aide à l'investissement conduisant à des créations de capacité ne doit être attribuée ;
- ◆ que les aides peuvent concerner des mises aux normes indispensables, des rationalisations de l'offre, ou des projets de système d'information

Au demeurant, il existe de réels besoins en la matière, dont il convient de tenir compte dans la construction de l'ONDAM.

2.2.2.3.2. Des investissements dans le secteur médico-social sont nécessaires, mais devraient davantage s'appuyer sur des reconversions du sanitaire et favoriser une reconversion au sein même du médico-social

Si les prévisions d'évolution de la population prise en charge sont difficiles à établir dans le champ des personnes handicapées, en revanche, dans le champ des personnes âgées, les travaux du comité d'experts sur la dépendance ont permis de construire des projections à horizon 2040.

Il ressort de ces travaux que **la population de personnes âgées dépendantes devrait croître d'environ 130 000 personnes d'ici 2017** dans le scénario central⁹³. Dès-lors, dans le secteur médico-social, l'enjeu ne réside pas tant dans une baisse de la prise en charge que dans la **maîtrise de la croissance probable de celle-ci. La mission appelle à objectiver davantage les besoins présents et futurs, notamment via une meilleure connaissance des taux d'occupation, avant tout plan de créations de places, et appelle ces plans à cibler prioritairement les territoires les moins bien équipés.**

La France se singularise par un taux de placement en établissement élevé : 43,5 % des personnes âgées dépendantes sont prises en charge dans un établissement, contre seulement 30 % en Allemagne. Or, la prise en charge en établissement, si elle est équivalente à la prise en charge à domicile concernant les soins à dispenser et donc la dépense d'assurance-

⁹³ Taux de croissance annuel moyen de 1,75 % par an de 2012 à 2025. La population totale de personnes âgées dépendantes passerait ainsi à 1 337 500 personnes en 2017, contre 1 211 000 actuellement, dans le scénario central d'évolution démographique calculé par le comité d'experts sur la dépendance.

Rapport

maladie⁹⁴, entraîne en revanche un **surcoût de prise en charge pour les finances publiques dans leur ensemble** lié à des frais généraux de fonctionnement et d'hôtellerie, financés par des transferts principalement publics⁹⁵.

Ainsi, la mission a calculé que, si la prise en charge en établissement était progressivement réduite au taux allemand de 30 % pour les nouveaux entrants, **le nombre de places à construire en établissement serait réduit de près de 25 %** ⁹⁶ pour un coût à peu près équivalent pour l'assurance-maladie, y compris le surcoût des places en SSIAD par rapport aux places d'EHPAD⁹⁷. En outre, la quasi-totalité de ces places nouvelles pourraient être absorbées par le *plan solidarité grand âge* (PSGA) actuellement en cours de déploiement⁹⁸.

La maîtrise du taux de placement en établissement, outre qu'elle répond à une demande sociale qui privilégie le maintien à domicile, constitue donc une perspective pertinente de maîtrise des charges d'investissement à court-terme, et des charges de fonctionnement à moyen-terme. Ainsi, la mission recommande de **réorienter une partie des aides à l'investissement (PAI) vers des mesures de restructuration d'établissements, de conversions de places d'EHPAD en places de SSIAD ou de conversions du sanitaire vers le médico-social**, gisement d'économies crédible et opérationnel, mis en avant par plusieurs rapports mais qui n'a pratiquement pas été activé à ce jour⁹⁹. De telles mesures pourraient pourtant représenter jusqu'à 30 000 lits¹⁰⁰, soit **700 M€ d'économies pour l'hôpital**¹⁰¹.

Une partie des places à créer s'adresserait à des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. La mission a constaté la difficulté, tant au niveau national que régional, de gérer un dispositif spécifique à cette maladie, au cahier des charges très strict. Il apparaît souhaitable d'intégrer les besoins liés à Alzheimer au sein des créations de places pour l'ensemble des personnes âgées dépendantes, à l'exception peut-être de dispositifs innovants encore en phase d'expérimentation.

La médicalisation devra se poursuivre, mais un bilan de la politique suivie jusqu'ici devra être établi avant d'engager de nouveaux crédits. En outre, la mission appelle à une prise en compte territoriale fine de l'offre sanitaire à proximité dans le processus de médicalisation. Enfin, la répartition des besoins entre places d'EHPAD et logements intermédiaires (par exemple EHPA) mériterait une expertise spécifique.

Toutes ces évolutions devront être menées en cohérence avec une éventuelle réforme de la dépendance.

⁹⁴ Sous réserve des différences de pratiques de tarification entre EHPAD et SSIAD. Ainsi, la prise en charge en SSIAD est plus coûteuse d'environ 10 % que la prise en charge équivalente en EHPAD.

⁹⁵ Cf. notamment les financements des conseils généraux.

⁹⁶ Environ 38 000 nouvelles places à construire contre 55 000 en cas de maintien du taux de placement en établissement à 43,5 %. Ces projections de créations de places sont basées sur le scénario central d'évolution démographique calculé par le comité d'experts sur la dépendance.

⁹⁷ Environ 685 M€ en cas de substitution progressive, contre 635 M€ avec le maintien du ratio actuel.

⁹⁸ Le PSGA a prévu la construction de 35 150 places supplémentaires en établissement d'ici 2017, dont 15 947 sont *a priori* acquises sur la base du taux d'exécution des crédits notifiés constaté sur la période 2007-2010.

⁹⁹ Le montant des reconversions du sanitaire vers le médico-social représentait moins de 0,1 % de l'ONDAM en 2010, et 80 % de ces reconversions se sont faites au titre de la réforme des USLD (unités de soins longue durée), qui a requalifié les services hospitaliers sans modifier en profondeur les organisations.

¹⁰⁰ A. Vasselle, *Mission commune d'information sur la prise en charge de la dépendance et la création du cinquième risque*, Rapport d'information de l'Assemblée nationale, juillet 2008 ; A. Vasselle, *Mission commune d'information sur la dépendance*, Rapport d'information de l'Assemblée nationale, janvier 2011.

¹⁰¹ Une mission, IGF/IGAS/Cap Gémini, menée dans le cadre de la RGPP en 2008 (non publiée) chiffre à 1,2 Mds € l'économie résultant de la fermeture de lits d'hôpital inadaptés, somme à laquelle il faut retirer 500 M€ de dotations supplémentaires aux structures médico-sociales, soit 700 M€ d'économies nettes.

3. L'assurance-maladie doit également payer les biens et services médicaux aux meilleurs prix, garantis par les gains de productivité et les efforts d'efficacité des offreurs de soins

Outre le paiement de soins *pertinents*, l'assurance-maladie doit payer chaque unité de produit ou de prestation de santé au *meilleur prix*, c'est-à-dire le prix nécessaire à la couverture des coûts les plus efficaces ; *a contrario*, l'assurance-maladie solidaire n'a pas vocation à financer des rentes de situation évitables.

Cet objectif passe d'abord par une action sur les *coûts de production*. Dans certains cas en effet, les producteurs de soins connaissent des coûts élevés et évitables, à niveau de prestation égal : en favorisant l'efficacité de ces acteurs, les pouvoirs publics peuvent ouvrir la voie à des économies d'échelle ou des gains d'efficacité permettant de réduire les tarifs payés par l'assurance-maladie, à qualité de soins constante, voire meilleure, pour les patients.

3.1. Des gains d'efficacité doivent être recherchés par l'ensemble des professionnels et établissements

La réalisation de gains de productivité par les producteurs de soins – professionnels de santé, établissements hospitaliers etc. – est à la fois un prérequis et un corollaire nécessaire à la démarche de baisse des tarifs.

Elle peut être obtenue par une restructuration des secteurs, par une optimisation des coûts de fonctionnement à périmètre donné ou encore par le progrès technique.

3.1.1. La restructuration de certaines professions médicales ouvre des perspectives d'économies d'échelle significatives

Le **secteur de la biologie** offre un exemple caractéristique des gains de productivité qui peuvent être obtenus par des producteurs de soins en ville.

Le secteur est historiquement caractérisé par une forte dispersion¹⁰² et par la prévalence de petites structures¹⁰³ Les tarifs étant calculés sur la base de la plus faible efficacité constatée, une forte atomisation du secteur se traduit par **des coûts fixes élevés** et donc par une nécessité de fixer des tarifs à un niveau lui-même élevé .

Toutefois, la récente réforme de janvier 2010¹⁰⁴ a favorisé une **concentration du secteur** et a d'ores et déjà permis de réaliser des économies d'échelle par mutualisation de fonctions support ou d'activités d'analyse, ouvrant la voie à **des baisses tarifaires chaque année depuis 2009 pour un montant total de plus de 400 M€** (cf. 3.2.1.1 ci-dessous). L'assouplissement des possibilités d'entrée au capital d'investisseurs extérieurs au-delà du seuil actuel de 25 % pourrait aller dans le même sens.

¹⁰² 16 laboratoires pour 100 000 habitants en France contre 6,8 en moyenne dans l'Union européenne et seulement 0,6 en Allemagne.

¹⁰³ Les laboratoires de moins de 10 salariés représentaient plus de 65 % du réseau en 2003 et encore 58 % en 2010.

¹⁰⁴ Ordonnance du 13 janvier 2010 relative à la réforme de la biologie.

Rapport

Par ailleurs, la densité du **réseau officinal** est elle aussi très supérieure à celle des autres pays de l'Union européenne¹⁰⁵ ; or le seuil de rentabilité plus faible qui en résulte rétroagit sur la **détermination du taux de marge distributeur**, fixé à environ 30 % du coût des médicaments vendus en officine.

La concentration du secteur (via le durcissement des quotas d'installation en ville et l'allongement des périodes de protection en cas de regroupement) et l'assouplissement des règles d'emploi par officine¹⁰⁶ seraient de nature à réduire les coûts unitaires et permettre de nouvelles baisses tarifaires pour l'assurance maladie (baisse de la marge distributeur, extension de l'honoraire de dispensation¹⁰⁷) sans altérer l'accès aux soins ni la qualité de la dispensation du médicament. Elle permettrait en outre le développement de nouveaux services à la population.

La mission estime ainsi possible et soutenable une **baisse de 10 % du nombre d'officines d'ici 2016**. Cependant, afin de préserver le maillage territorial, il pourrait être envisagé de créer un **forfait spécifique**, qui s'ajouterait à l'honoraire de dispensation, **destiné aux officines situées dans des zones normalement denses ou sous denses qui verraient leur rentabilité fragilisée par cette mesure**.

3.1.2. La maîtrise des charges des établissements hospitaliers offre des marges appréciables pour gagner en efficience

La fixation des taux de progression de l'ONDAM en deçà de l'augmentation spontanée des charges hospitalières oblige les gestionnaires, sauf à accepter une mise en déficit de leur établissement, à augmenter les recettes d'activité, ou à réaliser des gains d'efficience. Le redressement des résultats des établissements publics de santé (EPS) depuis 2007 est bien davantage lié à la dynamique des produits d'exploitation qu'à une politique de maîtrise des charges. La rationalisation des charges s'impose aujourd'hui, compte tenu à la fois de l'optimisation du codage des actes désormais atteint, de la « transition épidémiologique » en cours qui nécessite plus de prises en charges en ville, sauf épisodes aigus, et d'une limite claire posée au développement de l'offre hospitalière elle-même. Seules des opérations de croissance externe et de reprise d'activité sur la concurrence pourraient permettre des augmentations d'activité localisées.

¹⁰⁵ 1 officine pour 2 560 habitants en France, contre 1 pour 3 300 habitants en moyenne en Europe, et même 1 pour 4 000 en Allemagne.

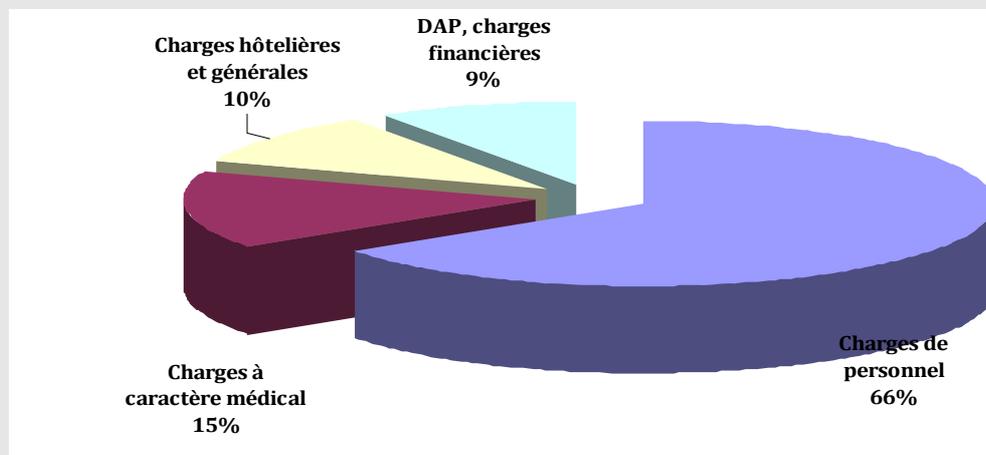
¹⁰⁶ Obligation d'embaucher un pharmacien adjoint à partir de 1,1 M€ de chiffre d'affaire, puis, au-delà de 2,2 M€ de chiffre d'affaire, un pharmacien supplémentaire par tranche de 1,1 M€.

¹⁰⁷ Honoraire fixe se substituant à la marge variable en fonction du prix des médicaments.

Encadré 8 : Les charges hospitalières

Les charges hospitalières reflètent les spécificités d'établissements de soins fonctionnant grâce à des personnels nombreux et spécialisés et nécessitant d'importants moyens médicaux et hôteliers.

Graphique : Répartition par nature des charges des établissements de santé en 2010



Source : ATIH, note d'analyse de la situation financière à fin 2010 des établissements de santé antérieurement sous dotation globale.

Au sein des charges, le poste le plus dynamique est constitué par les charges financières (+80 % de 2002 à 2010, avec une forte accélération à compter de 2007). Les charges de personnel constituent le poste le plus significatif (66 %) mais comparativement le moins dynamique, avec une croissance de 38 % en huit ans, contre + 55 % pour les charges hôtelières et générales (10 % des charges totales) et + 66 % pour les charges à caractère médical (15 % des charges).

L'organisation interne des établissements a un impact majeur sur les coûts de fonctionnement¹⁰⁸. En termes opérationnels, la mission préconise, à titre général, une approche contractuelle, sanctionnable et précise, qui responsabilise les gestionnaires hospitaliers et comprendrait plusieurs volets :

- ◆ des mesures d'efficacité transversales, relatives notamment à la maîtrise du coût des hospitalisations ;
- ◆ la maîtrise des charges à caractère médical et hôtelières et générales ;
- ◆ la maîtrise de la charge de la dette hospitalière ;
- ◆ le suivi des établissements en difficultés ;
- ◆ enfin, la maîtrise de la masse salariale, qui peut apparaître largement comme une résultante des efforts préconisés d'efficacité et de remodelage de l'offre hospitalière.

3.1.2.1. Une démarche de contractualisation transversale avec les gestionnaires d'établissements portant sur l'efficacité des établissements : généraliser des contrats de performance

La mission préconise de diminuer les charges des établissements hospitaliers (titres I, II, III et IV) par une démarche de rationalisation de la dépense au travers de la **généralisation de contrats de performance**. Cette démarche laisse au directeur de l'établissement une grande latitude de choix sur les mesures à prendre et les économies à cibler. Elle suppose néanmoins

¹⁰⁸ F. Engel, J.C. Moisson, *L'efficacité hospitalière vue à travers les chantiers de la MEAH*, Mines PARIS TECH, Centre de gestion scientifique, 2008.

Rapport

un allègement sensible des procédures actuelles de conclusion des contrats de performance de l'ANAP, la déconcentration complète au niveau des ARS et l'articulation avec la conclusion des CPOM, la normalisation et la simplification du diagnostic initial, la rédaction d'un cahier des charges type, avec des clauses modulables mais standardisées, et des outils dédiés de suivi¹⁰⁹.

A titre indicatif la mission a documenté de manière plus précise trois mesures souvent reprises dans les contrats de performance existants, concernant l'optimisation de la gestion des lits d'hospitalisation, la simplification des procédures administratives de prise en charge et les politiques d'achat (cf. 3.1.2 ci-dessus).

Encadré 9 : Les contrats de performance de l'ANAP

Trente contrats de performance de l'ANAP ont déjà été déployés, en deux vagues successives. Cinq projets parmi les trente ont finalement été abandonnés.

- ◆ les contrats des vagues 1 et 2 n'ont concerné que des EPS et arriveront à terme fin 2012, avec un objectif total d'économie de 280 à 320 M€¹¹⁰. Chaque contrat a permis d'identifier 6 à 8 pistes d'économie¹¹¹. Une vague 3 vient d'être initiée (printemps 2012, printemps 2014) et concernera 20 établissements, pour un impact prévisionnel de 80 M€. Pour la mise en œuvre, les ARS s'appuieront sur 17 outils d'autodiagnostic créés par l'ANAP ;
- ◆ l'impact financier minimal attendu de chaque contrat dans les vagues 1 et 2 en cours est égal à 2 % et 20 % du déficit, si l'établissement était en déficit à la signature du contrat. L'impact financier¹¹² peut être constitué à hauteur de 30 % maximum de recettes supplémentaires et de 70 % minimum de diminution de charges ; les économies dégagées doivent être au minimum cinq fois supérieures aux frais (expertise externe) engagés par l'ANAP pour aider l'établissement dans sa démarche ;
- ◆ avant le lancement de la démarche, l'établissement doit établir une courbe mensuelle de « capture d'impact » (atteinte des objectifs), qui est contrôlée mensuellement par l'ANAP.

Deux scénarios sont proposés¹¹³ :

- ◆ déploiement **intégral** dans les établissements publics et privés, avec un **objectif d'impact financier égal à 2 %** (maximum 30 % de recettes nouvelles hors produits versés par l'assurance-maladie, et minimum 70 % de baisse de charges) et des économies au minimum cinq fois supérieures aux frais engagés. Les établissements en déficit avant la mise en place du contrat de performance devront par ailleurs réduire leur déficit de 10 %¹¹⁴ ;
- ◆ déploiement sur **la moitié des établissements** publics et privés, avec un **objectif d'impact financier égal à 3,5 %**, dans les mêmes conditions. Les établissements en déficit avant la mise en place du contrat de performance devront par ailleurs réduire leur déficit de 20 %.

¹⁰⁹ Cette proposition constitue une suite logique des propositions de systématisation de plans d'actions formulées par le rapport sur le pilotage par les ARS de la performance hospitalière, (P. Ritter, 2010).

¹¹⁰ A ce jour, selon l'ANAP, environ 110 M€ d'économies ont été réalisées.

¹¹¹ Les pistes suivantes ont été identifiées, par ordre d'occurrence dans le choix des établissements des vagues 1 et 2 : blocs opératoires, codage, gestion des lits, ressources humaines, stratégie et projet médical, pôles, achats, immobilier, ambulatoire, circuit du médicament, imagerie, consultations externes, laboratoires, logistique, qualité, urgences, systèmes d'information, comptabilité analytique, transport/brancardage.

¹¹² L'ANAP a indiqué à la mission que, pour les 25 contrats effectivement signés, l'objectif a dans les faits été fixé en moyenne à 5 % des charges.

¹¹³ Ce déploiement nécessite l'aide de consultants, dont le coût minore le calcul de l'économie réalisée par la mission.

¹¹⁴ La cible de réduction de 20 % des vagues 1 et 2 est diminuée, compte tenu de la généralisation du contrat de performance à l'ensemble des établissements, dont certains en grande difficulté.

Rapport

Concrètement, il est proposé que la mesure soit déployée en 2013 et en 2014, avec réalisation des économies sur 3 ans, soit 2014/2016 pour la vague de déploiement en 2013 et 2015/2017 pour la vague de déploiement en 2014. La mesure proposée permet de diminuer les charges supportées par les établissements de santé, ce qui contribuera au respect de l'ONDAM sans « fuite » par le déficit.

L'impact financier d'ici 2017 se monterait à **1 Md€ sur 3 ans pour le scénario 1** (frais d'expertise et économies des vagues 1 et 2 déduits) et **de 0,9 Md€ sur 3 ans pour le scénario 2** (mêmes conditions).

Une démarche analogue est recommandée dans le secteur médico-social, à travers la **généralisation des plans d'action « EHPAD efficience »**. Engagés pour la première fois en 2011, ils se limitent pour l'instant à recueillir des données sur trois ratios d'efficience : le taux d'utilisation de la dotation annuelle ; le taux d'occupation des lits ; le taux d'encadrement du médecin coordonnateur. Si l'objectif initial – 50 % d'établissements adoptant un plan d'action – a été dépassé (53 % actuellement), il reste à généraliser la démarche à l'ensemble des établissements, et surtout, au-delà du recueil de données, à l'étendre à **l'engagement de mesures d'efficience sur les différents postes de charges**.

3.1.2.2. Les mesures d'efficience ciblées sur les charges hôtelières ou générales constituent une source d'économies potentielles importantes

La mission a examiné deux mesures transversales¹¹⁵ de maîtrise des achats hospitaliers, qui sont exclusives l'une de l'autre. En termes opérationnels, ces mesures pourraient être **inscrites dans les contrats de performance** conclus avec les ARS, et modulées en fonction de la situation de l'établissement. En revanche, la mission n'a pas analysé les efforts de mutualisation des achats hospitaliers engagés depuis plusieurs années, dont l'apport pourrait être significatif pour atteindre les objectifs d'économie fixés.

La mission estime que ramener à la moyenne le ratio « charges à caractère hôtelier et général/produits » pour les établissements situés au dessus la moyenne de leur strate¹¹⁶ représenterait une économie globale de l'ordre de 880 M€, soit environ 220 M€ par an si un objectif de mise en place en quatre ans est retenu.

A titre alternatif, l'économie annuelle qui pourrait être attendue d'une diminution de 10 % des achats sur les titres II et III des EPS et ESPIC et sur l'ensemble des achats des cliniques privés¹¹⁷ serait égale à environ 880 M€ par an de 2013 à 2015 (soit 2,6 Mds € au total), dont environ 540 M€ pour les seuls EPS.

¹¹⁵ Les mesures proposées diffèrent de la démarche Phare (lancée par la DGOS en septembre 2011), qui vise à capter un gain d'environ 900 M€ sur 3 ans sur les achats, mais en le laissant à la disposition des établissements de santé pour dégager des marges de fonctionnement. Les mesures proposées consistent au contraire en une diminution nette des charges des établissements de santé, sans redéploiement des gains. A titre incitatif, une alternative pourrait consister à laisser à disposition de l'établissement une part –par exemple 10 %- des économies réalisées. Afin d'éviter l'empilement des initiatives, le redéploiement sur les présentes propositions des efforts initiés dans le cadre du programme Phare doit être préconisé.

¹¹⁶ Cette mesure doit tenir compte du niveau d'externalisation des fonctions logistiques.

¹¹⁷ La DREES n'ayant pas été en mesure de communiquer à la mission des données distinguant les achats de médicaments et de fournitures médicales de l'ensemble des achats.

3.1.2.3. *La maîtrise de la charge de la dette hospitalière et le suivi des établissements en difficulté*

3.1.2.3.1. *La dette hospitalière a fortement progressé entre 2004 et 2010, en lien avec la forte croissance des investissements*

Le **taux d'endettement**¹¹⁸ des établissements publics de santé n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à **54 % en 2010**.

Cette augmentation s'explique en partie par les dépenses d'investissement engagées notamment dans le cadre des plans de soutien à l'investissement hospitalier. **Globalement, le plan hôpital 2007 a bien relancé les investissements, mais également le taux d'endettement et les charges financières, en raison du mode de financement constitué principalement par de l'aide au remboursement d'emprunts.**

Les incertitudes concernant la rentabilité de ces investissements, ainsi que les conditions des emprunts contractés, fragilisent fortement la soutenabilité de ce niveau d'endettement.

3.1.2.3.2. *Des mesures d'encadrement des flux de nouveaux emprunts et de maîtrise de l'endettement*

La mission ne peut qu'approuver les mesures d'encadrement prises récemment dans ces domaines¹¹⁹. Elle considère que la dette des EPS ne nécessite pas à ce stade une consolidation ou une renégociation globale. L'accompagnement au cas par cas par des prestataires extérieurs permet de sécuriser et optimiser les encours et une mission de médiation entre les établissements hospitaliers et bancaires peut intervenir à titre subsidiaire¹²⁰.

3.1.2.3.3. *Le suivi des établissements à risque financier*

Un bilan sévère a été dressé des procédures de suivi, notant en particulier des dispositions imprécises, des situations lourdes ne suscitant que des contrats de retour à l'équilibre financier peu exigeants et des résultats peu probants¹²¹.

¹¹⁸ Ratio dettes financières sur ressources stables (calculées comme la somme des capitaux propres et dettes financières au passif du bilan) Source : Mission IGF sur la tarification à l'activité, d'après des données de la DGFIP portant sur les bilans de 408 établissements publics de santé.

¹¹⁹ Le décret n°2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les EPS poursuit un double objectif :

- encadrer le recours à l'emprunt pour les établissements présentant une situation financière déjà très dégradée, par un régime d'autorisation expresse du DGARS après avis de la DRFIP ;
- limiter la possibilité de souscrire des emprunts risqués pour tous les établissements.

Deux textes sont en cours de finalisation : un arrêté définissant les modalités de calcul des trois critères utilisés pour évaluer la situation financière de l'établissement : taux d'indépendance financière, durée apparente de la dette, ratio dette/produits ; et une circulaire d'application précisant le régime d'approbation expresse et le type d'emprunt autorisé.

¹²⁰ Mission de médiation sur les produits financiers à risque confiée à M. Eric Gissler, Inspecteur général des finances.

¹²¹ IGAS, *Rapport relatif aux contrats de retour à l'équilibre financier*, 2008 ; Cour des comptes, *RALSS 2010*.

Rapport

Néanmoins, depuis le début de l'année 2011, les **contrats de retour à l'équilibre financier** (CREF) les plus importants font l'objet d'un examen par un comité de suivi des établissements à risque financier¹²², appuyé par une mission d'expertise rapide de l'IGAS pour faire le point sur la mise en œuvre des préconisations du comité. Par ailleurs, l'IGAS réalise des missions d'appui-conseil ou d'administration provisoire dans des établissements ayant conclu un CREF. Les constats réalisés montrent une réelle amélioration dans le contenu des CREF et dans leur suivi par les ARS. Ces efforts doivent être poursuivis et amplifiés.

3.1.2.4. Les efforts de productivité présentés ci-dessus permettraient de mieux maîtriser la masse salariale, notamment en réduisant certains effectifs hospitaliers, sans dégrader la qualité des soins.

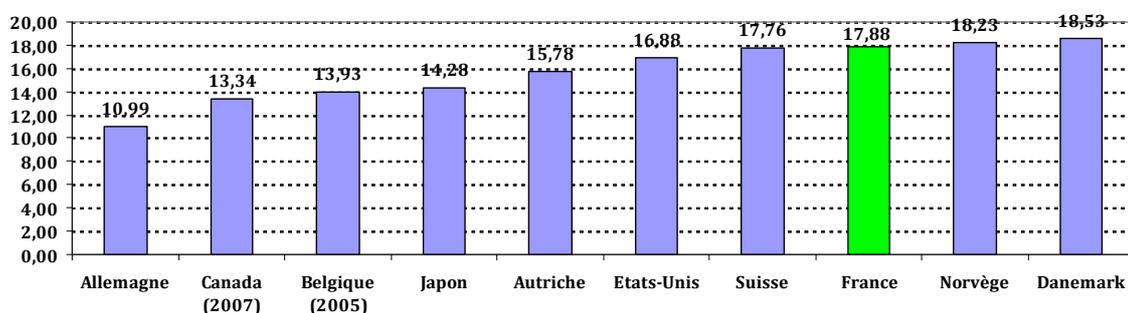
Encadré 10 : Principales données relatives aux personnels des établissements de santé

La fonction publique hospitalière, pour sa part exerçant en établissements de santé (90 %, les 10 % restant exerçant dans le secteur médico-social), comptait au 31 décembre 2010 environ 837 000 ETP (personnels non médical, PNM), auxquels il faut ajouter environ 65 000 ETP de praticiens hospitaliers (personnel médical, PM). La masse salariale supportée par les EPS en 2010 était de l'ordre de 40 Mds €. Dans le secteur privé non lucratif on comptait en 2010 environ 116 000 ETP non médicaux et 8 301 ETP de praticiens salariés.

En 2010, le secteur privé lucratif comptait 129 000 ETP non médicaux et 2 731 ETP de praticiens salariés.

Au regard des comparaisons internationales disponibles, il apparaît que la France dispose d'un nombre d'ETP hospitaliers pour 1000 habitants parmi les plus élevés¹²³.

Graphique : Nombre d'ETP hospitaliers pour 1 000 habitants dans une partie des pays de l'OCDE (2009)



Source : Extraction réalisée par la direction des statistiques de l'OCDE à la demande de la mission.

L'ensemble des efforts de restructuration (cf. 2.2.1.2.2 et 2.2.2 ci-dessus) et d'efficience (cf. 3.1.2 ci-dessus) présentés dans le présent rapport doivent entraîner des **gains de productivité à l'hôpital**, permettant aux établissements de santé de réaliser les mêmes prestations, voire de proposer des soins de meilleure qualité, avec des effectifs moins importants.

¹²² 30 sont suivis à ce jour dont les hospices civils de Lyon, l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille, les CHU de Grenoble, de Caen, de Nantes, de Saint-Etienne.

¹²³ Le nombre élevé d'ETP hospitaliers en France par rapport aux autres pays de l'OCDE peut s'expliquer partiellement par le recours plus important à l'hôpital en France (36 % de la dépense de santé) que dans la moyenne des pays de l'OCDE (29 %), alors que le recours à l'ambulatoire est beaucoup plus limité (22 % de la dépense en France contre 33 % de moyenne OCDE).

Rapport

Ces gains de productivité ouvrent des opportunités de **réduction progressive et adaptée des effectifs** lors des départs en retraite ou en fonction du *turn-over* naturel des agents.

S'agissant des **départs en retraite**, des perspectives d'économies existent ; mais il ne s'agit pas nécessairement du levier le plus pertinent de réduction de la masse salariale. En effet, la mise en place d'une politique de non remplacement d'une partie des départs à la retraite se heurterait à l'entrée en activité des cohortes d'élèves médecins et infirmiers déjà en scolarité actuellement, pour certains jusqu'en 2017. A titre indicatif, la mission a procédé au chiffrage de l'économie qui serait dégagée par une telle mesure, qui se monterait (hors retour catégoriel) à environ 80 M€ par an de 2013 à 2017 pour les personnels médicaux et 380 M€ pour les personnels non médicaux¹²⁴.

Si un effort d'économie plus important devait être demandé aux établissements, conséquence d'une réalisation plus intensive de gains de productivité, **les gestionnaires d'établissements devraient donc s'appuyer à la fois sur le *turn-over* et sur les départs en retraite**. Sur la base des effectifs au 31 décembre 2010, la mission note, à titre illustratif, que des gains de productivité permettant de diminuer l'effectif des EPS de 1,5 % par an, soit environ 12 000 à 13 000 ETP chaque année, en profitant du *turn-over* naturel et des départs en retraite, se traduiraient par une économie annuelle située dans une **fourchette de 500 à 650 M€**. La même démarche dans le secteur privé se traduirait par une diminution des effectifs de l'ordre de 3 450 à 3 650 ETP par an, soit une économie annuelle située dans une **fourchette de 140 à 145 M€**¹²⁵.

A titre de comparaison, la **poursuite du gel du point fonction publique** se traduirait par une économie de 230 M€ annuels par rapport au tendanciel de référence retenu par la mission¹²⁶ ; mais cette mesure impliquerait probablement des mesures de compensation en faveur des bas salaires et verrait son impact réduit par la progression du nombre de bénéficiaires de la GIPA¹²⁷.

Néanmoins, les leviers utilisables (restructurations, évolutions des modes de prises en charge, contractualisation portant sur la « performance hospitalière ») peuvent ne pas produire des effets immédiats ou pour les montants escomptés. Dès lors, une **pression continue sur le sous-objectif hospitalier de l'ONDAM**, le cas échéant modulée régionalement, reste nécessaire, afin d'obliger les gestionnaires à mobiliser régulièrement des gains de productivité.

3.1.2.4.1. Dans le secteur médico-social, d'importants gisements existent pour maîtriser les charges des établissements

Le secteur médico-social est un secteur très éclaté, du fait de la diversité des structures et des statuts (notamment dans le champ des personnes handicapées). La pluralité des financeurs rend également plus difficile un regard transversal sur l'ensemble des charges. En conséquence, **le médico-social a pris un retard important en matière de maîtrise des charges des établissements**, C'est donc un champ considérable de progrès et d'optimisation :

¹²⁴ Cette mesure correspond à une réduction annuelle des effectifs de la fonction publique hospitalière de l'ordre de 700 à 800 personnels médicaux et 7500 personnels non médicaux. Ces économies pourraient être réduites d'éventuels retours catégoriels.

¹²⁵ Sur la base du coût moyen d'un infirmier en soins généraux (50 k€) ou de 40 k€ (hypothèse moyenne retenue pour les fonctionnaires de l'État).

¹²⁶ Taux de croissance annuel moyen du point d'indice constaté sur la période 1999-2011, soit 0,86 % par an .

¹²⁷ Garantie individuelle du pouvoir d'achat.

Rapport

- ◆ un effort de responsabilisation des établissements doit d'abord être engagé : aujourd'hui, si un établissement réalise un déficit ou un excédent, celui-ci est repris par l'ARS. Cette démarche n'incite pas les établissements à maîtriser leurs charges ;
- ◆ le secteur médico-social manque ensuite d'une **vision globale du coût des établissements**, qui rend notamment difficiles les arbitrages en matière de tarification ou entre placement en établissement et maintien à domicile (cf. 3.2.3 ci-dessous) ;
- ◆ la mission souligne l'impact des normes **s'appliquant aux établissements** sur leurs charges et donc sur le reste à charge des résidents et recommande d'interroger la relation entre l'utilité de certaines de ces normes et leur coût, notamment pour les établissements de petite taille, et d'opérer si nécessaire des révisions ;
- ◆ enfin, le processus d'élaboration des **recommandations de bonnes pratiques** en vue de **l'évaluation des établissements, sous l'égide de l'ANESM¹²⁸** est en cours. La mission souhaiterait que leur impact sur l'ONDAM soit évalué. La mission regrette par ailleurs l'absence d'une **consolidation nationale des évaluations externes des établissements** qui sont pour l'heure adressées aux ARS.

3.2. Ces gains d'efficience doivent permettre à l'assurance-maladie de payer les biens et services médicaux à leur juste prix

3.2.1. Pour les soins de ville, faire profiter l'assurance-maladie des gains de productivité des offreurs et réduire les rentes de situation

3.2.1.1. Les tarifs des professionnels de santé

De fortes disparités sont constatées sur les revenus des professionnels de santé de ville et elles ne sont pas toutes nécessairement justifiées par une technicité ou une compétence particulière. L'assurance-maladie n'a pas encore mobilisé tous les leviers à sa disposition pour exploiter **les gains de productivité existants** dans certains secteurs en vue d'ajuster les tarifs des professionnels en conséquence.

En ville, le fort niveau de rentabilité de certaines professions a déjà permis de procéder à des baisses tarifaires. C'est le cas notamment pour les biologistes (quatre baisses successives depuis 2006, pour une économie totale de 560 M€) et pour les radiologues (baisse de l'indice des prix des actes de radiologie de 0,5 % entre 2004 et 2010).

La mission estime qu'il est possible de poursuivre certaines baisses de tarifs. Une des conditions de réussite tient dans le fait **de toucher équitablement tous les acteurs du système**, au prorata de leur contribution à la dépense et des gains de productivité identifiés pour chaque profession. Toutefois, du fait que ces mesures touchent directement les revenus des professionnels, il convient d'être **progressif** dans leur mise en œuvre, de donner de la **lisibilité** aux professionnels et surtout de les **accompagner** afin qu'elles soient acceptables et ne mettent pas en cause la viabilité des secteurs d'activité concernés.

Ces restructurations nécessiteront sans doute des mesures d'accompagnement. Pour autant, dans le cadre de son travail, la mission a fait l'hypothèse **qu'aucune dépense nouvelle, et notamment aucune revalorisation n'interviendrait pendant la période.**

¹²⁸ Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Rapport

Concernant les médecins, les baisses de tarifs proposées portent sur les **spécialités techniques**. En effet, l'activité des médecins généralistes a plutôt tendance à diminuer depuis dix ans, malgré l'augmentation de la demande de soins. Leur revenu est également à la baisse et se situe dans la fourchette basse de l'Union européenne. De même, les spécialités cliniques présentent les revenus les plus faibles parmi les spécialistes.

Certains tarifs techniques restant supérieurs aux tarifs cibles fixés dans le cadre de la CCAM, la première priorité pourrait consister à poursuivre **l'alignement des tarifs techniques sur les tarifs cibles de la CCAM pour les tarifs dits « gagnants »** (c'est-à-dire ceux fixés à un niveau supérieur aux tarifs de la CCAM). Ciblée prioritairement sur les actes générant un fort volume et pour lesquels des disparités importantes sont constatées sur le territoire, une telle mesure pourrait ainsi générer **une économie de l'ordre de 100 M€** selon les calculs de la mission¹²⁹, à condition toutefois qu'elle ne soit pas accompagnée d'une nouvelle revalorisation des tarifs dits « perdants ». Simultanément, une réflexion devrait être engagée sur la **refonte de l'échelle des coûts** afin d'établir à moyen terme une grille tarifaire plus représentative et plus incitative aux efforts d'efficience.

Les actes de radiologie, de biologie, les tarifs des transports de malades et les marges de distribution des pharmacies d'officine pourraient également faire l'objet de baisses :

- ◆ les **tarifs des radiologues** restent supérieurs de près de 5 % à la cible fixée par la CCAM. Malgré les baisses entreprises ces dernières années, leur rémunération reste 2,4 fois supérieure à la moyenne des médecins libéraux entre 2004 et 2010¹³⁰ alors que la grande majorité des radiologues est installée en secteur 1. Les baisses de tarifs ont, en effet, été compensées par une augmentation des volumes d'actes et par des gains de productivité importants qui n'ont pas entraîné de révisions subséquentes du montant des forfaits techniques alloués par l'assurance-maladie. Aussi la mission estime possible des économies de l'ordre de **250 M€** sur la période 2012 – 2017 sur les dépenses de radiologie ;
- ◆ compte tenu des gains de productivité et de la rentabilité encore élevée du secteur, l'ajustement des tarifs de **biologie** par rapport à leurs coûts réels doit continuer et peut générer **200 M€** sur cinq ans ;
- ◆ la structure de la marge officinale est actuellement construite pour permettre la survie de petites officines. **Des officines moins nombreuses et plus grandes formeraient un réseau plus efficient et permettraient le développement de nouveaux services** (cf. 3.1.1 ci-dessus).
 - les pharmaciens, dont les revenus restent parmi les plus élevés des professions de santé, ont pour l'instant été relativement épargnés par des mesures de baisses tarifaires. Ils viennent, au contraire, d'obtenir une augmentation de leurs marges concernant les conditionnements trimestriels (surtout de 60 M€ pour l'assurance-maladie) ;

¹²⁹ 50 M€ sur la chirurgie de la cataracte (incluant les honoraires de l'ophtalmologiste et de l'anesthésiste), 30 M€ sur l'accouchement par voie basse, et 40 M€ sur l'endoscopie digestive. Il conviendra de mesurer précisément l'impact de ces baisses de tarifs sur les honoraires moyens de chaque spécialité. Ces baisses devront être articulées avec le tarif des GHS associés, ce qui n'est pas systématiquement fait actuellement.

¹³⁰ Estimation réalisée par la DRESS – *Études et résultats*, décembre 2011. Les revenus libéraux nets sont estimés à partir des honoraires perçus de la part de l'assurance-maladie –y compris forfaits techniques pour les radiologues- auxquels sont appliqués des taux de charges par spécialité (personnel, loyers divers, cotisations sociales) calculés à partir des déclarations fiscales BNC produites par la DGFIP. La Fédération nationale des médecins radiologues conteste ces chiffres. Compte tenu du fait qu'environ la moitié des radiologues libéraux exercent leur activité sous le régime des SEL, les revenus de ces derniers soumis au régime de l'impôt sur les sociétés ne sont pas pris en compte dans les travaux de la DREES.

Rapport

- la mission propose de **baissier la marge unitaire des pharmaciens par boîte de médicament en leur garantissant une marge minimale** grâce à l'honoraire de dispensation prévu par la nouvelle convention pharmaceutique. Sous réserve d'une baisse de 10 % du nombre d'officines d'ici 2017, une économie de **150 M€** est envisageable.
- ◆ enfin, la convergence tarifaire des différents types de **transports sanitaires** permettant de favoriser le recours aux modalités les plus économiques et l'optimisation des sorties hospitalières doivent permettre de dégager **100 M€** sur la période.

3.2.1.2. Les prix des produits

Le second facteur de dépenses en ville est le prix des médicaments et produits prescrits par les professionnels de santé et facturés à l'assurance-maladie.

Deux leviers complémentaires sont mobilisables :

- ◆ i. la *baisse des prix* des produits déjà commercialisés ;
- ◆ ii. la *substitution* de produits génériques, moins chers, aux princeps protégés par les brevets. La « générication » entraîne en réalité une double baisse des prix : d'une part, le générique est décoté de 60 % par rapport au prix du princeps ; d'autre part, le prix du princeps baisse lui-même de 20 % dès la commercialisation du générique.

Des mesures significatives ont été adoptées sur ces deux volets depuis 2007.

S'agissant des **prix des médicaments**, l'effort s'est élevé entre 400 et 500 M€ par an depuis 2007, et même 890 M€ en 2012. Ainsi, le poste médicaments, s'il représente encore près du tiers du total de l'enveloppe soins de ville (32 % en 2010), ne progresse plus qu'à hauteur de 6 % par an, soit l'un des rythmes les plus faibles de l'enveloppe.

Le développement des **génériques**¹³¹, quant à lui, aurait permis selon l'association GEMME¹³² de faire économiser 10 Mds € à l'Assurance-maladie depuis 2000, dont 2 Mds € pour la seule année 2011.

Toutefois, ces mesures apparaissent encore insuffisantes :

- ◆ plusieurs études laissent penser que les **prix des princeps** (médicaments sous brevet) se situent désormais dans la moyenne inférieure de l'Union européenne¹³³. Mais les données sous-jacentes, parfois anciennes, méritent d'être actualisées au regard des efforts récents de baisses des prix réalisés dans les autres pays, alors que la rentabilité du secteur pharmaceutique, même déclinante, reste élevée¹³⁴ ;

¹³¹ Les génériques représentaient un chiffre d'affaires de 2,6 Mds € en 2011 (11 % en valeur du marché pharmaceutique français) et le répertoire (princeps génériques + génériques correspondants) près de 5 Mds €, soit près du quart du chiffre d'affaires réalisé en officine de ville. En volume, les groupes génériques représentent un tiers des boîtes de médicaments vendues.

¹³² *Genérique MEme MEDicament*. Association réunissant 12 professionnels du médicament générique.

¹³³ Cf. par exemple le 11^e rapport au Parlement du ministère de la santé britannique, remis en février 2012, qui identifie la France comme le pays européen où le prix du médicament est le plus faible avec un indice de 95 sur la période 2004-2010 contre une base 100 au Royaume - Uni et un indice 142 en Allemagne.

¹³⁴ Selon les dernières données disponibles, l'excédent brut d'exploitation rapportée au chiffre d'affaires du secteur pharmaceutique s'établissait en 2009 à 9,30 % contre 10,70 % en 2008 et 14,1 % en 2007.

Rapport

- ◆ s'agissant des **génériques**, la part de ceux-ci dans le marché global des médicaments reste très inférieure à celle des autres pays européens¹³⁵, d'autant plus que la substitution par les pharmaciens, après avoir progressé dans la seconde moitié des années 2000 s'est dégradée¹³⁶. En outre, selon la CNAMTS, **le prix des génériques, mesuré en prix moyen fabricant de l'unité standard de prise¹³⁷, serait 25 % plus élevé en France qu'en Allemagne** (15 centimes en France contre 12 centimes en Allemagne et seulement 7 centimes au Royaume-Uni) ;
- ◆ les **dispositifs médicaux**, quant à eux, connaissent une progression des prix soutenue, de près de 19 % par an, même si leur part de marché reste limitée¹³⁸.

Des marges de manœuvre importantes subsistent donc, dans un contexte où de nouvelles tombées de brevets sont attendues à horizon 2017.

Ainsi, les éléments recueillis par la mission permettent d'évaluer les économies à attendre de nouvelles baisses du prix des produits de santé :

- ◆ à environ 750 M€ d'ici 2017, du fait des **tombées de brevets** et des perspectives subséquentes de générication ; par ailleurs, le développement actif de la prescription au sein du répertoire et de la substitution permettrait un gain supplémentaire de 300 M€ d'ici 2017 ;
- ◆ à environ 500 M€ sur les baisses de **prix des génériques** déjà commercialisés. Toutefois, cette baisse devra être articulée avec les mécanismes d'intéressement des pharmaciens à la substitution de génériques aux princeps, afin qu'ils continuent à exercer cette substitution. Il faut ajouter un effort de 300 M€ sur les prix et prescriptions des produits **biosimilaires** à condition que leur pénétration sur le marché français soit favorisée ;
- ◆ à environ 300 M€ par an sur les **prix des princeps**, grâce notamment à une mise en cohérence systématisée des prix au sein de chaque classe thérapeutique après la commercialisation de génériques. La mission souligne que cet effort reste soutenu, compte tenu des efforts déjà consentis sur ce poste depuis 2007 ;
- ◆ à environ 70 M€ par an, soit 350 M€ sur la période 2012-2017, sur les prix des **dispositifs médicaux**.

La démarche de baisse des prix des produits de santé doit toutefois **tenir compte de deux facteurs pour les industriels** :

- ◆ i. **l'impact des marges distributeur sur les marges producteur** : si le prix négocié par les industriels lors de la mise sur le marché du produit est un prix fabricant hors coûts de distribution (PFHT), le prix effectivement payé par l'assurance-maladie *in fine* inclut les marges de distribution (grossistes, officines). Au cours des dernières années, la préoccupation de préserver ces dernières a conduit les pouvoirs publics à concentrer les exigences de baisses tarifaires sur les prix fabricant, réduisant d'autant la marge des industriels. Or l'effort doit être partagé équitablement entre tous les acteurs de la production et commercialisation des produits de santé ;

¹³⁵ Un tiers du marché en volume contre 47 % en Allemagne et 49 % au Royaume-Uni selon les données *IMS Health*.

¹³⁶ 82 % de substitution début 2009 et 71 % en 2012.

¹³⁷ Prix pondéré selon les volumes respectifs de consommation dans chaque pays, calculé sur les 74 principales molécules génériques représentant 85 % des montants remboursés de médicaments génériques.

¹³⁸ 11,6 Mds € en 2010, soit 6,4 % de la dépense totale, dont 5,1 Mds € pour l'optique.

Rapport

- ◆ **ii. la cohérence des prix au regard des coûts de production** : au-delà de la rémunération des intermédiaires, le prix doit aussi tenir compte des coûts de production. Le marché du médicament étant largement ouvert à la concurrence internationale, un alignement systématique des prix fabricant sur le moins disant de chaque classe thérapeutique favorisera les industriels implantés dans les pays à bas coûts de production, notamment les pays émergents ; *a contrario*, les producteurs nationaux subsistants éprouveront des difficultés croissantes à présenter des prix compétitifs compte tenu de leurs coûts de production.

L'industrie pharmaceutique en France représentait un chiffre d'affaires annuel de 21,5 Mds € en 2010¹³⁹, un effort de R&D privée de près de 5 Mds € par an, soit le deuxième secteur contributeur à la R&D privée après l'industrie automobile¹⁴⁰ et un peu plus de 100 000 emplois directs¹⁴¹. L'effort sur les prix doit donc rester cohérent avec la compétitivité du secteur.

Enfin, **l'effort sur les prix doit être cohérent avec l'effort demandé par ailleurs sur les volumes** : si un prix plus faible se justifie sur un marché par ailleurs dynamique (l'effet volume compensant l'effet prix), en revanche, la poursuite d'un effort sur les prix se révélerait moins justifiée si le marché français basculait sous la moyenne européenne en matière de consommation de médicaments par habitant.

3.2.2. Pour le secteur hospitalier, faire évoluer le système de financement pour un fonctionnement à coûts optimisés

Les établissements assurant des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) font l'objet d'un sous-objectif propre de l'ONDAM¹⁴². Ils relèvent pour l'essentiel¹⁴³, depuis 2005, d'une **tarification à l'activité**, qui laisse toutefois place, pour un quart de leur financement, à des dotations dites de « *missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation* » (MIGAC), au financement spécifique de médicaments et dispositifs médicaux implantables onéreux et non inclus dans les tarifs, et enfin de forfaits liés à certaines activités hospitalières particulières (urgences...).

¹³⁹ Source : direction générale des douanes et des droits indirects.

¹⁴⁰ Source ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche ; données 2008.

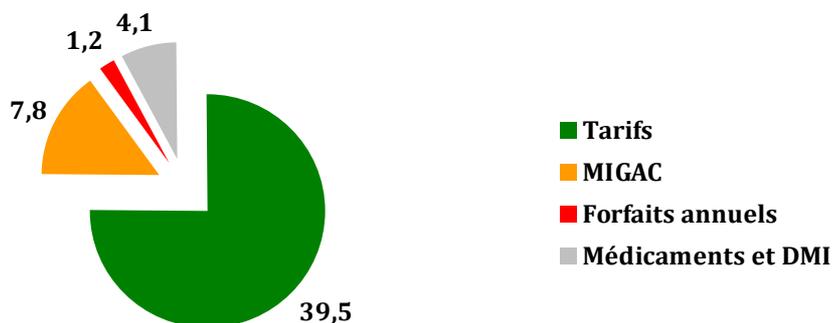
¹⁴¹ Source : enquêtes emploi LEEM ; les emplois indirects induits par l'industrie pharmaceutique sont estimés à environ 200 000. Données 2009.

¹⁴² Un autre sous objectif porte sur les établissements psychiatriques et de soins de suite et réadaptation (SSR) qui demeurent financés par dotation globale. Le passage des SSR à la T2A est prévu pour 2013, celui des établissements psychiatriques et des unités de soins de longue durée, ultérieurement.

¹⁴³ Les honoraires des praticiens exerçant dans les cliniques privées sont retracés dans le sous objectif « soins de ville » de l'ONDAM.

Rapport

Graphique 10 : Dépenses de 2010 de l'assurance-maladie - sous-objectif de l'ONDAM relatif aux établissements de santé tarifés à l'activité (en Mds €)



Source : ATIH / DGOS.

3.2.2.1. La tarification à l'activité¹⁴⁴ doit encore évoluer pour apporter sa pleine contribution à la maîtrise des dépenses hospitalières

La mission n'entend pas ici mettre en cause les effets positifs indéniables du financement à l'activité sur l'amélioration de la performance des établissements, qu'il s'agisse des gains d'efficacité interne ou de la motivation des équipes gestionnaires. De même, la T2A a permis de faire progresser le système de financement hospitalier en transparence et en équité, en le dégageant des bases historiques liées au budget global. Même si des évolutions sont utiles pour l'utiliser au mieux dans la maîtrise des dépenses, même si des corrections s'avèrent nécessaires, **la mission considère que la T2A, dont la montée en charge vient juste de s'achever constitue aujourd'hui un mode de tarification pertinent.**

Encadré 11 : Présentation de la T2A

S'appliquant aux activités de MCO et d'hospitalisation à domicile, la T2A se définit au sens strict, comme une **tarification prospective** (les tarifs sont connus avant la réalisation de l'activité) **et forfaitaire** permettant un financement de l'activité hospitalière en fonction de ses caractéristiques (*case mix*) et de son volume.

Techniquement, elle fait appel à une **nomenclature des prestations** régulièrement actualisée, décrivant l'activité hospitalière par groupes homogènes de malades (GHM) auxquels correspondent des groupes homogènes de séjour (GHS), c'est-à-dire des tarifs. Les prestations hospitalières sont ainsi ramenées à une liste de groupes, pour lesquels la consommation de ressources est similaire, et dont la pertinence est à la fois médicale et économique. Leur nombre, de l'ordre de 800 jusqu'en 2009 a été multiplié par trois pour tenir compte du niveau de sévérité des cas traités et donc de la variation des ressources mobilisées.

Une enquête annuelle diligentée par l'Agence technique de l'information hospitalière (ATIH) auprès d'un échantillon d'établissements volontaires, publics et privés, dotés d'un système de comptabilité analytique adéquat, permet d'établir une « **échelle nationale des coûts à méthodologie commune** » (ENCC).

Les coûts ainsi recueillis sont retraités, et corrigés d'une régulation budgétaire prix-volume, dépendant des ressources annuelles affectées aux établissements de santé dans le cadre du sous objectif correspondant de l'ONDAM.

¹⁴⁴ Cette partie s'appuie largement sur les travaux récents des inspections générales : IGF rapport 2011 M 056-01, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux* et IGAS rapport RM 2012-024 P, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*.

Rapport

Les tarifs associés à chaque GHS permettent la facturation à l'assurance-maladie. Au niveau de chaque établissement, la ressource se déduit donc du produit des tarifs par le nombre de GHS correspondants.

Néanmoins, des travaux récents des inspections conduisent à des constats relativement sévères et convergents qui incitent à **faire évoluer la T2A afin qu'elle puisse poursuivre au mieux plusieurs objectifs** : allocation optimale des ressources à l'activité des établissements, équité dans la répartition des moyens entre établissements, maîtrise globale des dépenses d'assurance-maladie et structuration de l'offre de soins.

En effet, la situation actuelle se caractérise par un **découplage entre évolution des coûts et évolution des tarifs et ce pour au moins deux raisons** :

- ◆ la T2A repose d'abord sur **une appréhension insatisfaisante des coûts** : l'enquête annuelle sur échantillon n'est pas suffisamment représentative et les coûts collectés sont de qualité imparfaite, compte tenu des règles de comptabilité analytique retenues ;
- ◆ de nombreux retraitements opérés lors du passage des coûts aux tarifs, rendent le signal prix illisible.

Pour ces raisons, **les incitations tarifaires adressées aux gestionnaires hospitaliers par la T2A sont brouillées et la fonction d'efficience productive de la T2A altérée**.

Ce découplage remet également en cause la fonction allocative de la T2A, qui, en tant que clé de répartition des ressources entre établissements suppose qu'**un principe de neutralité tarifaire soit respecté**, afin d'éviter la sous-tarifcation de certains GHS mais également des biais de sélection de certaines activités. Or, **la construction de l'échelle des tarifs révèle de nombreuses distorsions tarifaires**. Les écarts à la neutralité tarifaire sont évalués à 1,4 Mds €, avec des pénalisations tarifaires (par exemple pour les affections de l'appareil génital féminin) et des avantages (par exemple pour les affections de l'œil) parfois très significatifs.

Par ailleurs, l'objectif de réallocation des ressources entre établissements a été fortement compromis par les **compensations en sens opposé, opérées par le biais des dotations forfaitaires**, en particulier les MIGAC.

Enfin, la T2A peut ne pas avoir l'effet escompté en matière de maîtrise des dépenses. En effet, si elle est inscrite dans le dispositif de contrainte budgétaire de l'ONDAM grâce à la régulation prix-volume, son utilisation comme outil de maîtrise de l'ONDAM n'a pas fait la preuve de son efficacité, **notamment par défaut dans la prévision des volumes**. La difficulté à lire les signaux prix de la T2A conduit souvent les établissements à chercher une adaptation par le volume d'activité, plus que par une efficience accrue.

Dès lors, deux modèles d'évolution de la tarification à l'activité peuvent être proposés, qui plus qu'alternatifs pourraient apparaître successifs.

En toute hypothèse, et en amont, **un travail d'amélioration continue de l'enquête nationale des coûts mérite d'être mené**¹⁴⁵ par l'ATIH, le cas échéant renforcée dans ses moyens. Il y va de la crédibilité du dispositif et avant tout de la qualité de son assise technique.

- ◆ la régulation prix-volumes réalisée annuellement pour répondre aux objectifs de croissance de l'ONDAM doit répartir les ressources et les efforts de manière homogène et « neutre » entre les établissements, en **évitant les distorsions tarifaires** qui peuvent générer des rentes ou des désavantages liés à telle activité. Cette mesure passe ainsi par l'adoption d'un principe de neutralité des tarifs par rapport à la hiérarchie des coûts, sauf exception documentée et objectivée. Le passage de tarifs historiques

¹⁴⁵ Taille de l'échantillon, conventions de la comptabilité analytique hospitalière, qualité du recueil des données, études complémentaires voire tarification à dire d'experts en cas de sous représentation de tel GHS.

Rapport

supérieurs à des tarifs « neutres » devrait être accompagné, pour les établissements « perdants », par des aides contractuelles ;

- ◆ ce mode de régulation ne doit pas freiner la **mise à disposition d'une échelle tarifaire appuyée le plus précisément sur une échelle de coûts moyens ou repères**, sauf à rompre définitivement le lien entre tarif et réalité économique de la production de soins ;
- ◆ au-delà de cette première phase, il pourrait être envisageable de passer à **une échelle de tarifs plus exigeante, appuyée non plus sur les coûts moyens, mais sur les coûts des établissements les plus efficaces de l'échantillon**. Les prérequis techniques forts liés à cette évolution seraient progressivement satisfaits au cours de la première phase. Dans ce modèle, la régulation prix-volume globale disparaît. Elle est remplacée par **un outil tarifaire incitant directement à l'efficacité médico-économique**. Son impact majeur sur le financement et l'équilibre des établissements devrait évidemment être lissé sur moyenne période et les aides à la contractualisation (fortement augmentées par redéploiement des sommes soustraites du financement à l'activité) utilisées pour accompagner les restructurations importantes qui ne manqueraient pas de résulter de sa mise en œuvre.

3.2.2.2. Quelles que soient les décisions en matière de convergence tarifaire, les travaux en cours sur les écarts justifiés entre les secteurs publics et privés, inaboutis, devraient être menés à leur terme

Le terme de la **convergence globale des tarifs**, prévue dans un premier temps pour 2012, a été repoussé à 2018. En contrepartie, une convergence tarifaire dite « ciblée » est mise en œuvre par la LFSS pour 2010, pour des montants d'économie affichés de 400 M€ sur trois exercices¹⁴⁶. Des tarifs¹⁴⁷ des secteurs ex-DG et ex-OQN ont été alignés sur le tarif moyen le moins élevé.

La mission rappelle l'intérêt d'une recherche, à terme, d'une convergence tarifaire dite intersectorielle¹⁴⁸, rejoignant en cela la CNAMTS¹⁴⁹ qui a fortement plaidé pour une telle démarche en soulignant notamment l'« *iniquité entre patients qui se voient allouer par l'assurance-maladie des moyens différents à pathologie identique* » et les « *incohérences de prise en charge par la collectivité* ».

Toutefois, la convergence tarifaire globale doit s'opérer à prestations homogènes et « *dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par les tarifs* ». Or le périmètre des prestations couvertes dans les deux secteurs n'est pas le même. L'IGAS¹⁵⁰ a préconisé dès 2006 que soient menées à bien une série d'études relatives à l'ensemble des facteurs susceptibles d'affecter la comparabilité des tarifs : écart de coût du travail, différence de gravité des cas, disparités de la patientèle, capacité de programmation des interventions, ou d'externalisation des actes de biologie et radiologie, exigences de permanence des soins et dépassements d'honoraires. En 2012, l'IGAS¹⁵¹ insistait sur la nécessité de choisir entre l'objectif de convergence tarifaire entre le secteur public et le

¹⁴⁶ Source : annexes 9 PLFSS 2010, 2011, 2012.

¹⁴⁷ 35 tarifs ont été alignés en 2010 portant sur des GHS fréquents, standardisés et pratiqués de manière proche, quel que soit le secteur hospitalier ; en 2011, 193 GHS ont été alignés, sélectionnés de manière plus statistique (tarif déjà homogène et proximité des durées de séjour).

¹⁴⁸ Alignement des tarifs des établissements publics sur ceux, plus faibles, des établissements privés.

¹⁴⁹ PLFSS 2012, rapport « *charges et produits* », 2011.

¹⁵⁰ IGAS, *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public-privé*, Rapport 2006-009, 2009.

¹⁵¹ IGAS, *Évaluation de la tarification des soins hospitaliers et des actes médicaux*, rapport RM 2012-024 P, 2012.

Rapport

secteur privé d'une part, et l'objectif de convergence vers la neutralité tarifaire¹⁵² entre pathologies d'autre part.

3.2.2.3. *Le financement des missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC) doit encore gagner en transparence et se dégager de ses bases historiques*

S'élevant à 8,3 Mds € en 2011, soit 15 % des ressources d'assurance-maladie allouées aux établissements financés à l'activité, les dotations MIGAC maintenues à dessein hors du financement à l'activité, regroupent d'un côté les missions dites d'intérêt général, au sein desquelles les missions de recherche et enseignement occupent une place essentielle¹⁵³, de l'autre les aides à la contractualisation, consacrées à l'investissement, la restructuration et l'accompagnement des établissements déficitaires.

Les travaux récents des inspections générales s'accordent pour considérer qu'il est raisonnable de ne pas financer la totalité de l'activité hospitalière grâce à des tarifs. Ce financement par dotations a pu ménager un temps de transition indispensable dans la montée en charge de la T2A. Néanmoins, deux observations sont faites :

- ◆ d'une part, le partage tarifs-dotations et le mode d'allocation des dotations n'apparaissent pas transparents ;
- ◆ d'autre part, les dotations ont permis de conserver les financements historiques des établissements, amortissant fortement l'effet de la T2A. La neutralisation par les dotations des effets de réallocations de ressources opérés par la T2A a en particulier été parfaitement documentée.

Sans qu'elle ait pu approfondir ce point et s'appuyant sur les travaux réalisés notamment par l'IGAS¹⁵⁴, la mission recommande :

- ◆ d'achever l'extension de la délégation des MERRI sur la base d'une justification au premier euro, et d'étendre le champ de financement par appels à projets ;
- ◆ de mener à bien les travaux de rationalisation et modélisation des dotations, soit à partir des projets mais en exigeant pour chaque exercice un « budget base zéro », soit à partir de modèles ou référentiels nationaux d'activité ou de coût, en **réduisant au maximum la part des reconductions correspondant à un budget historique** ;
- ◆ de **sécuriser les modes de notification des crédits**, notamment par la mise à jour des guides méthodologiques de délégation et par l'affinement des compétences de négociation, de contractualisation et de contrôle des ARS.

Sans qu'il faille attendre d'économies sur le secteur des MIGAC, compte tenu des besoins importants en matière d'enseignement, de recherche et de santé publique, **une gestion transparente et maîtrisée est de nature à lever les suspicions sur les modalités d'allocation des ressources et à mieux faire accepter la contrainte financière globale pesant sur les établissements.**

¹⁵² Alignement de l'écart entre les prix et les coûts correspondants pour l'ensemble des actes.

¹⁵³ Dites MERRI : missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation. Les autres MIG, très diverses comptent les SAMU et SMUR, la permanence des soins hospitalière, la prise en charge hospitalière de patients précaires, les équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs, la lutte contre le cancer, les unités de consultation et soins ambulatoires pour personnes détenues...

¹⁵⁴ IGAS, *Le financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, rapport RM 2009-139P, 2009.

3.2.3. Faire progresser la construction tarifaire dans les secteurs des établissements et services pour personnes âgées et pour personnes handicapées

Le secteur médico-social se caractérise par une **grande hétérogénéité** en matière tarifaire :

Encadré 12 : L'hétérogénéité tarifaire dans les établissements médico-sociaux

- ◆ **s'agissant de la prise en charge des personnes âgées :**
 - les soins dispensés dans les **établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes** (EHPAD) font l'objet d'une **tarification** à l'assurance-maladie, soit **partielle** (prise en charge limitée aux prestations socle : activité du médecin coordinateur, soins délivrés par les infirmières et aides soignantes etc.¹⁵⁵ ; 62 % des établissements au 31 décembre 2010), soit **globale** (outre les prestations de « l'option partielle », sont également prises en charge les interventions des médecins généralistes, des auxiliaires médicaux comme les kinésithérapeutes, et des radiologues et biologistes ; 38 % des établissements au 31 décembre 2010). Qu'elle soit partielle ou globale, la tarification se traduit par le versement aux établissements d'une **dotation de soins** calculée sur la base d'une équation tarifaire nationale qui tient compte notamment de la patientèle de chaque établissement (charge en soins des résidents). Cette dotation de soins, financée par l'assurance maladie n'est qu'une partie de la tarification dite ternaire des EHPAD qui comprend également une part « dépendance » financée par les Conseils généraux via l'APA et une part « hébergement » à la charge du résident et éventuellement du Conseil général par le biais de l'ASH (aide sociale à l'hébergement) ;
 - les soins dispensés par les **services de soins infirmiers à domicile** (SSIAD),¹⁵⁶ quant à eux, sont pris en charge par l'assurance-maladie dans le cadre d'une **dotation globale de soins** qui, à la différence de la tarification des EHPAD, ne tient pas compte de la structure de la population prise en charge, mais seulement des charges prévisionnelles de chaque service.
- ◆ **s'agissant de la prise en charge des personnes handicapées :** les soins dispensés en établissements font l'objet de modes de tarification multiples :
 - certains établissements sont pris en charge à 100 % par l'assurance-maladie via une **dotation globale** (cas des maisons d'accueil spécialisées – MAS – un reste à charge étant parfois laissé à l'utilisateur) ;
 - dans d'autres cas, le financement par l'assurance-maladie prend la forme d'une **enveloppe forfaitaire limitée aux seules dépenses de soins**, les autres charges de l'établissement étant couvertes par le conseil général (cas des foyers d'accueil médicalisés, FAM) ;enfin, les dépenses des foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés ne sont pas prises en charge par l'assurance-maladie¹⁵⁷.

La mission souligne que la complexité des modes de tarification actuels dans le secteur médico-social est **structurante pour l'accès aux établissements et services** : outre les difficultés d'orientation entre structures qu'elle pose aux personnes accueillies, elle peut inciter les personnes âgées dépendantes à rester à l'hôpital du fait des différences de reste à charge, ce qui est souvent délétère pour elles.

¹⁵⁵ Les autres dépenses de soins sont prises en charges par l'enveloppe soins de ville ou l'enveloppe hospitalière.

¹⁵⁶ Les SSIAD sont des services de petite taille (40 places en moyenne), gérés dans 67 % des cas par des organismes privés à but non lucratif (le reste étant géré par des établissements hospitaliers ou par des centres communaux d'action sociale), qui salarient des personnels chargés de dispenser les soins à domicile (infirmiers coordonnateurs, aides-soignants, le cas échéant auxiliaires médicaux).

¹⁵⁷ Financement par les conseils généraux et par les résidents.

Rapport

Le principal enjeu de la tarification dans le secteur médico-social réside dans la **juste correspondance entre les ressources allouées aux établissements et les prestations qu'ils doivent servir au regard des caractéristiques de leur patientèle**.

Les deux secteurs ne sont pas au même stade des évolutions de leur tarification :

- ◆ dans le champ des **personnes âgées** deux grands sujets restent ouverts :
 - la réouverture de **l'option tarifaire dite « du tarif global »** pour les EHPAD (*cf.* Encadré 12). Suite aux travaux récents de l'IGAS, la mission souscrit à une réouverture de cette option dès 2013, dont le montant, pour l'heure sur-calibré devra être revu au regard d'études complémentaires nécessaires ;
 - l'approfondissement des travaux sur une **tarification des SSIAD qui prenne en compte la charge en soins des personnes âgées prises en charge**. La mise en œuvre de la réforme pourrait être envisagée selon une logique de médicalisation comme celle qui prévaut dans les EHPAD. Au-delà, le modèle économique des SSIAD pourrait être réinterrogé, notamment en comparant leur prise en charge à celle des infirmiers libéraux.
- ◆ dans le champ des **personnes handicapées**, la méthodologie à mettre en place pour réformer la tarification du secteur est en cours d'analyse par une autre mission conjointe IGF/IGAS qui rendra ses conclusions en septembre. Deux priorités sont fixées :
 - disposer d'une **vision objective et consolidée des besoins** et de l'adéquation corrélative de l'offre, qu'il s'agisse de créations futures de places ou d'allocation budgétaire aux structures existantes ;
 - mettre en place un **référentiel des prestations** et une **étude de coûts** au niveau national débouchant sur l'établissement d'un référentiel de coûts, qui est un préalable indispensable au lancement d'une réforme de la tarification des ESMS du champ PH.

Parmi les outils indispensables à ces évolutions, la mission tient à rappeler que les études de coûts sont un pré-requis à la production d'une tarification optimale et souligne qu'il est désormais indispensable que les pouvoirs publics donnent les moyens à l'ATIH d'engager les travaux prévus en ce sens dans le secteur. Les premiers résultats d'une enquête de coûts sur un échantillon restreint pourraient alors être disponibles fin 2014 et des résultats d'une étude nationale de coûts sur le modèle du sanitaire fin 2016 pour le champ des personnes âgées.

4. Une articulation plus dynamique entre l'assurance-maladie obligatoire, les organismes complémentaires et les assurés pourrait, enfin, contribuer à la soutenabilité des dépenses de santé sans préjudice de l'accessibilité financière aux soins

Au côté des mesures permettant d'ajuster l'offre de soins au niveau pertinent (cf. 2 ci-dessus) et des mesures permettant d'améliorer l'efficacité du système de soins à offre donnée (cf. 3 ci-dessus), un troisième levier est à la disposition des pouvoirs publics : **la réduction du périmètre des dépenses de santé prises en charge par l'assurance-maladie obligatoire**, la différence étant prise en charge par les ménages (assurés le plus souvent¹⁵⁸ auprès d'organismes complémentaires d'assurance-maladie).

La mission a fait le choix de se concentrer sur les deux premiers leviers :

- ♦ en effet, les mesures de réduction du périmètre de prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire, par exemple via l'augmentation du ticket modérateur, sont rapides à mettre en œuvre et d'effet budgétaire immédiat. Cette commodité explique qu'elles aient été souvent privilégiées dans la recherche d'économies. **Il s'agit pourtant d'un levier à l'efficacité contestable**, dans la mesure où les mesures de périmètre **ne conduisent pas à réformer en profondeur l'organisation du système de soins et ne sont pas reproductibles indéfiniment**. La mission a donc pris le parti de se concentrer sur des mesures plus exigeantes, mais plus efficaces dans la durée et permettant de s'inscrire dans une vision de long terme ;
- ♦ en outre, les mesures de périmètre renvoient en réalité à **des choix de nature politique**, sur la part de la dépense de santé qui doit être prise en charge par la collectivité publique et, corrélativement, le degré d'inégalité d'accès aux soins accepté par la société. C'est précisément à cette aune que doivent être examinées les mesures de périmètre, plutôt que dans une perspective strictement budgétaire.

Dans ce contexte, la mission n'a pas exploré de mesures entraînant des modifications radicales de périmètre d'intervention de l'assurance-maladie obligatoire. En revanche, elle a étudié dans quelle mesure des ajustements de l'articulation entre l'assurance-maladie obligatoire et les organismes complémentaires pourraient optimiser la gestion du système de santé sans dégrader l'accessibilité financière aux soins.

4.1. Une modification radicale de l'articulation entre AMO et AMC nécessiterait un débat approfondi dépassant le cadre de la mission, et ne serait en tout état de cause pas porteuse d'économies significatives à court terme

Des « modèles » déjà opérationnels de partage différent des responsabilités entre assurances maladie obligatoires et complémentaires peuvent être porteurs d'enseignements.

¹⁵⁸ Après montée en charge de la CMU-C et malgré le modeste succès de l'ACS, le taux de couverture par une assurance maladie complémentaire se monte à 94 %.

4.1.1. Certains modèles d'organisation sont porteurs d'enseignement pour le système français d'assurance-maladie, sans qu'ils puissent pour autant l'inspirer

4.1.1.1. Le « modèle » néerlandais : l'assureur peut-il mieux réguler l'offre de soins ?

Popularisé par les assureurs privés au début des années 2000, sous la forme d'une **distinction entre encadrement et gestion du service public de l'assurance-maladie**, la première fonction revenant à l'État, la seconde à des opérateurs indépendants d'assurance-maladie agissant sur délégation, le « modèle néerlandais » de concurrence régulée des assurances maladie ne paraît pas donner des résultats concluants en termes de maîtrise des dépenses.

Néanmoins, plus que sur la concurrence entre assureurs, c'est sur la capacité de « **conventionnement sélectif** » des offreurs de soins que l'attention est portée : la capacité d'assureurs multiples à acquérir des soins de qualité au meilleur coût est liée en particulier à la constitution de réseaux de professionnels sélectionnés, s'engageant à respecter des référentiels de pratique et de prescription. L'agrément délivré au professionnel, l'intégrant au réseau constitue la garantie d'une patientèle, contre l'engagement de se conformer aux meilleures pratiques définies.

Des innovations intéressantes portant sur la rémunération des professionnels de santé peuvent être relevées, notamment le paiement par épisode de soins (ou « *bundled payment* ») dans lequel l'assureur achète un épisode ou une phase globale de soins comprenant un ensemble de prestations.

4.1.1.2. Le « modèle » alsacien : la gestion administrative de l'assurance-maladie peut-elle être moins coûteuse ?

Les dépenses de gestion de la santé et de l'assurance-maladie équivalent en France à 7 % des dépenses de santé¹⁵⁹, soit plus de deux fois la moyenne des pays membres de l'OCDE. Bien que les dépenses de gestion de l'assurance-maladie ne soient pas incluses dans l'ONDAM, une optimisation de la gestion pourrait libérer des marges de manœuvre pour la couverture des autres dépenses de santé. Une des causes identifiées de ce niveau de dépenses de gestion tient au nombre d'organismes de base et complémentaires intervenants.

Certes, des mutualisations sont d'ores et déjà réalisées. Des régimes complémentaires gèrent le régime de base¹⁶⁰, en contrepartie de remises de gestion. A l'inverse, le régime général gère certains régimes complémentaires, régime d'Alsace-Moselle, ou contrats de CMU-C¹⁶¹, au coût marginal de production. Pour aller plus loin, la mission préconise donc, à la suite de la Cour des comptes et sous réserve d'expertise complémentaire, que les assurances maladie obligatoire et complémentaire continuent de mobiliser tous les leviers utiles à des gains d'efficacité¹⁶², notamment par le développement de la mutualisation de leurs gestions. Globalement, la mission note que des gains de productivité administrative à hauteur de 1 % par an constitueraient une marge de manœuvre de 160 M€, soit 800 M€ sur 5 ans.

¹⁵⁹ Soit 15,9 Mds€ en 2010, dont 49,4 % imputables aux régimes obligatoires, 45 % aux organismes complémentaires et 5,5 % à l'État et aux établissements publics (Comptes nationaux de la santé, 2011).

¹⁶⁰ Mutuelles de fonctionnaires, mutuelles d'étudiants, organismes conventionnées pour les ressortissants du régime social des indépendants.

¹⁶¹ Couverture maladie universelle complémentaire.

¹⁶² Cour des comptes, RALFSS 2011, chap. 13.

Rapport

4.1.2. Un partage plus radical de la prise en charge entre risque lourd et soins courants, affiché ou implicite, pourrait remettre en cause la logique actuelle du système d'assurance-maladie

La divergence de taux de remboursement entre risque lourd et soins courants n'est pas en elle-même contradictoire avec le principe de solidarité qui sous-tend le fonctionnement de l'assurance-maladie obligatoire. Mais l'absence de réflexion sur le sens donné aux évolutions et un partage au fil de l'eau des prises en charge entre « petit risque » et risque lourd, serait par contre difficilement acceptable.

4.1.2.1. Un taux de remboursement plus faible pour les soins courants n'est pas forcément contradictoire avec les principes de l'assurance-maladie

La prise en charge par l'assurance maladie est fondée sur une meilleure prise en charge du risque lourd par rapport aux autres soins¹⁶³.

Cette divergence dans les taux de prise en charge reflète la logique solidaire de l'assurance-maladie¹⁶⁴. Le principe de solidarité entre bien portants et malades ne signifie pas autre chose que **la garantie d'une prise en charge de haut niveau lorsque survient un problème de santé important**. Que les taux de prise en charge des soins courants soient plus faibles que ceux des risques lourds n'est pas en contradiction avec ce principe. Historiquement, les soins courants n'ont d'ailleurs jamais été très bien remboursés par l'assurance-maladie obligatoire. Enfin, en valeur absolue, les montants de reste à charge des assurés hors ALD sont bien inférieurs à ceux des assurés en ALD : 450 € en moyenne pour les assurés hors ALD, contre 760 pour les assurés en ALD¹⁶⁵.

4.1.2.2. Mais une répartition des prises en charge entre « petit risque » et risque lourd ne pourrait être décidée qu'après un débat de nature politique

Un partage plus tranché entre risque lourd et soins courants remettrait substantiellement en cause le système actuel d'assurance-maladie.

Pour certains¹⁶⁶, la santé étant un bien dit « supérieur », la progression des dépenses de santé est une tendance naturelle qu'il serait inutile de maîtriser ; l'enjeu se situerait plutôt, compte tenu du contexte de finances publiques contraintes, dans une contribution plus importante des ménages au financement de la santé. Le partage entre financement public et financement privé ferait appel à des critères d'assurabilité par le marché : les risques lourds, ainsi que les risques portés par les personnes ne disposant pas des ressources nécessaires, relèveraient de la solidarité nationale. Les autres soins, en revanche, relèveraient de la responsabilité individuelle, et donc potentiellement des assurances complémentaires. Ainsi, « *la prise en charge publique hors ALD serait progressivement limitée à la CMU* »¹⁶⁷, quitte à compléter le cahier des charges des contrats de base proposés par les assurances complémentaires et à favoriser fiscalement leur souscription.

¹⁶³ Les personnes en ALD bénéficient du taux de prise en charge par l'assurance-maladie le plus élevé (87 %). Les assurés hors ALD connaissent un taux de remboursement moyen beaucoup plus faible (60,8 %), certes élevé pour les soins hospitaliers, mais proche de 50 % pour les soins de ville, y compris l'optique très peu remboursée par l'assurance-maladie obligatoire.

¹⁶⁴ Il s'agit ici d'un raisonnement tenu par le HCAAM, auquel la mission ne peut qu'adhérer.

¹⁶⁵ HCAAM, rapport 2011.

¹⁶⁶ Cercle des économistes, *Économie de la santé : une réforme ? Non, une révolution !*, Cahier n° 6, juin 2004. Sous une forme plus opérationnelle, Jalma, *Panorama de l'assurance-santé - 12 propositions pour 2012*, proposition 9.

¹⁶⁷ Jalma, *op.cit.*

Rapport

La mission met en garde contre une telle évolution volontaire ou résultant de mesures ponctuelles sans réflexion d'ensemble. D'une part, le partage entre risque lourd et soins courants apparaît en réalité délicat sur le plan médical. En outre, les effets redistributifs des assurances maladie obligatoires et complémentaires sont différents en cas d'augmentation des prélèvements, globalement proportionnels aux revenus pour les régimes publics, croissants avec l'âge et donc le risque pour les assurances complémentaires¹⁶⁸.

Enfin, il n'est en rien acquis qu'un tel partage de périmètre entre assurances obligatoires et complémentaires garantisse l'équilibre des finances sociales. En effet, les « petits risques », moins coûteux, sont aussi ceux dont la progression est la plus lente. Leur transfert aux assurances complémentaires ne constitue pas une économie structurelle. Recentrée sur les risques lourds, l'assurance-maladie continuerait de subir la pression des nombreux facteurs de croissance des dépenses de santé, ramenant ainsi aux leviers de maîtrise préconisés par la mission.

Au total, toute évolution systémique qui partagerait le champ de l'assurance-maladie entre risque lourd et soins courants ne pourrait être décidée que dans le cadre d'un débat politique.

Néanmoins, si les mesures préconisées dans le présent rapport (2 et 3 ci-dessus) s'avéraient insuffisantes, certaines évolutions du périmètre d'intervention de l'assurance-maladie apparaîtraient comme des mesures acceptables, en seconde intention, à condition d'en mesurer précisément les effets¹⁶⁹, notamment en termes d'accessibilité financière aux soins et de gérer de manière constructive les relations avec les organismes complémentaires.

4.2. Des mesures limitées portant sur le périmètre de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et l'attribution d'un rôle plus actif des organismes complémentaires pourraient en revanche être mise en œuvre

La détermination du panier des biens et services remboursables relève de choix collectifs fondamentaux et ne saurait à ce titre rester tributaire de procédures implicites ou opaques. Les priorités de santé publique doivent être affichées et des choix effectués ouvertement dans un contexte budgétaire contraint. Dans cette perspective, les progrès réalisés dans l'évaluation de l'efficacité et de l'efficience des produits et services doivent être pleinement mis à profit. Enfin, les reports éventuels de charges et de responsabilités de l'assurance-maladie obligatoire aux organismes complémentaires doit s'opérer avec un souci d'articulation solidaire et porteuse d'efficience.

4.2.1. Une révision efficace du panier des biens et services doit être engagée dès à présent et une responsabilisation accrue des assurés pourrait l'être en seconde intention

L'adaptation du périmètre d'intervention de l'assurance-maladie est un instrument traditionnel de régulation des dépenses qui s'appuie soit sur la participation accrue des assurés, soit sur l'encadrement du panier des biens et services pris en charge.

¹⁶⁸ Dans ce contexte, certains acteurs soulignent le risque que la légitimité d'une contribution obligatoire au régime solidaire d'assurance-maladie soit contestée par les cotisants jeunes, en bonne santé et bénéficiant donc de peu ou plus des prestations.

¹⁶⁹ Voir le tableau de bord de l'accessibilité financière aux soins, HCAAM, rapport 2011.

4.2.1.1. Quels ajustements du panier des biens et services pris en charge ?

La gestion du panier des biens et services remboursables fait l'objet d'une réflexion approfondie¹⁷⁰ depuis une quinzaine d'années, le secteur du médicament ayant joué un rôle pionnier en termes de techniques et procédures d'évaluation mises en œuvre.

Son évolution, naturelle, dépend des priorités de santé publique et des besoins, des données de contexte épidémiologique, démographiques et sociologiques, des évaluations des biens et services, en termes de sécurité, efficacité et efficience, et enfin de l'enveloppe des financements allouée aux dépenses de santé.

Mettre dans le panier des biens et services « *tout ce qui est nécessaire, rien que ce qui est nécessaire* »¹⁷¹ devrait permettre, sous condition d'une réévaluation ferme, continue et méthodologiquement irréprochable¹⁷², de fixer ses contours, en respectant les contraintes d'accès aux soins de qualité et de soutenabilité financière.

De ce point de vue, deux types d'évolution sont envisageables, l'une conduisant à des remboursements « par blocs », l'autre à un recentrage sur la prise en charge par l'assurance-maladie obligatoire d'un panier de biens et services essentiels satisfaisant à des critères de type médico-économique.

A défaut d'un désengagement total de l'assurance-maladie obligatoire de certains domaines, une **gestion dynamique du panier de biens et services remboursables** apparaît indispensable, et conditionne en partie l'accès aux innovations thérapeutiques, souvent coûteuses. Néanmoins, la mission recommande qu'une analyse approfondie soit menée s'agissant de la fusion actuellement envisagée des évaluations du SMR et de l'ASMR et de ses conséquences. Loin d'être un sujet technique, il s'agit en fait de la détermination du champ de la prise en charge solidaire des biens et services de santé, qui doit être éclairée de manière transparente et de sa sélectivité

4.2.1.2. Quelle participation des assurés au financement des dépenses de santé ?

4.2.1.2.1. La réflexion sur la participation des assurés et les reports de financement sur les assurances complémentaires devrait s'appuyer sur des principes simples

Pour répondre à leur logique première, des mesures de ce type devraient d'abord viser à une réelle **responsabilisation de l'assuré**. Il faut donc éviter de les utiliser comme simple moyen d'équilibrer les comptes de l'assurance-maladie.

En termes médicaux, le principe d'exonération de participation pour des situations graves devrait également être préservé, mais strictement entendu, ce qui suppose, *a contrario*, une révision possible d'exonérations qui ne répondraient pas à de tels critères.

S'il s'agissait de manière assumée de reporter une partie du financement sur les assurances complémentaires, un **principe d'efficacité** devrait prévaloir, conduisant à privilégier des mesures de rendement important, d'assiette large, mais impactant peu la situation de chaque assuré.

¹⁷⁰ Haut comité de santé publique (HCSP), *Le panier des biens et services de santé*, 2000 et 2001.

¹⁷¹ HCSP, *op. cit.*

¹⁷² Voir IGAS, *op. cit.*, notamment sur l'absence de conflit d'intérêt des experts.

Rapport

Enfin, la mission suggère de poursuivre la réflexion portant sur le « *contrat d'assurance optimal* », protégeant efficacement contre les « *risques catastrophiques* »¹⁷³, par exemple sous forme de plafond de dépenses à la charge de l'assuré, et comportant un mécanisme de franchise, responsabilisant l'assuré face aux dépenses inutiles ou évitables¹⁷⁴.

4.2.1.2.2. *La mission n'a pu documenter précisément l'ensemble des mesures suivantes, qui lui paraissent néanmoins correspondre aux principes de sélection qu'elle retient*

Le **régime de prise en charge des ALD** doit être géré avec rigueur et faire l'objet de révisions périodiques : critères d'admission précis et durées de maintien mieux adaptées, liquidation médicalisée permettant un meilleur respect de l'ordonnancier bizonne, poursuite des travaux sur une exonération réservée aux affections et « *stades de l'affection auxquels sont associés des coûts élevés* »¹⁷⁵, passage en régime de remboursement de droit commun de certaines dépenses en rapport avec la maladie exonérante, mais de faible intérêt thérapeutique. La mission a conscience des difficultés, bien mises en évidence par la HAS, tenant à l'assimilation abusive entre régime administratif d'exonération et qualité du suivi médical. Elle renvoie (cf. 2.2.1.1 ci-dessus) à la nécessité préalable de **définir des référentiels et parcours de soins adaptés** au suivi de malades chroniques.

S'agissant des conditions de participation aux dépenses hospitalières, une règle législative d'**indexation du forfait journalier sur l'inflation, qui reflète correctement la hausse régulière des charges hôtelières des établissements**, pourrait être posée. Plus globalement, les règles applicables au ticket modérateur à l'hôpital, que la mission n'a pu examiner, doivent être révisées.

Par ailleurs, présentées à titre d'ajustement résiduel et non recommandées par la mission, les mesures suivantes devraient en tout état de cause faire l'objet d'analyses complémentaires.

La **responsabilisation des assurés** pourrait être améliorée par des **mesures incitant davantage au respect du parcours de soins** : baisse du taux de remboursement voire déremboursement des consultations hors parcours, sans prises en charge possible par les complémentaires.

Si l'option d'un **déremboursement par blocs** devait être retenue, et sous réserve d'investigation complémentaire quant à leur faisabilité, la mission considère que les transferts pourraient prioritairement être envisagés sur le champ de l'**optique** – aujourd'hui très faiblement prise en charge par l'AMO, des **cures thermales, des audioprothèses et des soins dentaires adultes**. Pour ces deux derniers champs, les conséquences sanitaires potentielles d'un renoncement aux soins par les patients conduisent néanmoins à privilégier le maintien, voire l'amélioration de la prise en charge collective. Le recentrage du panier de soins sur des critères médico-économiques pourrait, quant à lui, se traduire par une **diminution supplémentaire des taux de remboursement des médicaments à SMR modéré et le déremboursement des médicaments à SMR faible**.

De manière plus transversale, un doublement du plafond annuel ou du montant unitaire de la franchise sur les médicaments a été documenté par la mission. De même, une augmentation très limitée mais générale du ticket modérateur peut constituer une mesure de report de financement relativement simple.

¹⁷³ Risques aux conséquences particulièrement lourdes, tels une maladie grave, pour lesquels une couverture assurantielle est indispensable.

¹⁷⁴ G de Lagasnerie, *Justice sociale et efficacité : pour une nouvelle régulation de la demande de soins*, La découverte, regards croisés sur l'économie, 2009/1, R. Briet, B. Fragonard, *Rapport sur le bouclier sanitaire*, 2007 ; UNCAM, *Rapport sur la mise en œuvre du bouclier sanitaire*, 2009.

¹⁷⁵ HAS, *Avis relatif aux ALD*, 2007.

4.2.2. Une logique d'articulation solidaire et porteuse d'efficience entre assurances maladie obligatoire et complémentaires peut contribuer à la maîtrise des dépenses de santé

4.2.2.1. Les relations institutionnelles avec les professionnels de santé

Les organismes complémentaires d'assurance-maladie ont été progressivement reconnus en tant que partenaires institutionnels de l'assurance-maladie obligatoire y compris dans les relations avec les professionnels de santé. Ainsi la loi du 13 août 2004 a-t-elle créé l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire (UNOCAM)¹⁷⁶, participant avec l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie (UNCAM) aux négociations avec les professionnels de santé, déterminant avec elle des actions de gestion du risque¹⁷⁷ et consultée sur tout projet de loi portant sur l'assurance-maladie.

Les interlocuteurs de la mission ont fait part de leur scepticisme sur la valeur ajoutée, autre que symbolique de ce dispositif de partenariat entre assurances maladie obligatoires et complémentaires.

La mission recommande que l'association de l'UNOCAM aux relations institutionnelles avec les professionnels de santé, à laquelle elle est en première analyse favorable, fasse l'objet d'une mission complémentaire spécifique.

4.2.2.2. La gestion du risque

Les organismes complémentaires développent une politique de gestion du risque (cf. Encadré 2), dont il ne paraît pas exister de bilan, mais dont de nombreux exemples peuvent être répertoriés, dans les domaines de la prévention ou de la constitution de réseaux avec les professionnels de santé. **En matière de prévention, certains organismes complémentaires revendiquent des actions innovantes, reposant sur la connaissance et l'homogénéité des affiliés couverts.** De même, des institutions de prévoyance opérant en couverture collective développent des actions axées sur la santé au travail, propres aux secteurs assurés.

Encadré 13 : Les réseaux de professionnels de santé pilotés par les organismes complémentaires

La collaboration entre professionnels de santé et assureurs complémentaires, dans les domaines où ceux-ci interviennent de manière majoritaire, relève d'une démarche de gestion du risque et repose sur des engagements réciproques, modération tarifaire et souvent qualité pour les professionnels, recommandations auprès de leurs affiliés pour les assureurs. La mise en place du réseau peut résulter de procédures plus ou moins formalisées, cahier des charges public, auquel le professionnel souscrit, avec ou sans limitation du nombre de professionnels sélectionnés, voire mise en concurrence par appel d'offres. Les organismes complémentaires ont été amenés à se regrouper en « plates-formes » de gestion des réseaux, les plus connues, comptant plusieurs millions de bénéficiaires chacune : Santéclair (Covéa/Allianz), Carrés bleus (CNP), Itelis (Axa, Mutuelle Mieux être), ou Kalivia (Malakoff-Médéric, Harmonie Mutualité). Les secteurs de l'optique et du dentaire, et plus marginalement la pharmacie, l'audioprothèse et l'hospitalisation constituent les domaines de développement privilégiés des réseaux. Ceux-ci affichent des tarifs sensiblement plus bas, de 20 à 50 %, que les tarifs catalogues sur l'optique et dans une moindre mesure sur les prothèses dentaires.

¹⁷⁶ Créée en 2005 sous la forme d'une association, elle rassemble la Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), le régime local d'Alsace-Moselle, le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) et la Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM).

¹⁷⁷ Article L. 182-3 du Code de la sécurité sociale.

Rapport

S'agissant des réseaux constitués avec certains professionnels de santé, la mission préconise d'en favoriser le développement, au regard de leurs effets sur les tarifs pratiqués et donc la réduction des restes à charge, en veillant toutefois à la transparence des conditions de constitution¹⁷⁸ et au contrôle de la qualité de prestations. Par ailleurs, il convient de modifier le code de la mutualité¹⁷⁹ qui ne permet pas aujourd'hui aux mutuelles de pratiquer des remboursements différenciés selon que leurs affiliés s'adressent ou non aux professionnels recommandés, alors que les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance le peuvent.

Sans être responsables au premier euro des secteurs où ils mettent en place des réseaux, les organismes complémentaires pourraient se voir clairement attribuer la compétence de gestionnaire de risque. Pour ce faire, la question de l'accès aux données nécessaires devra être tranchée, en dépassant les difficultés récurrentes de partage d'informations.

4.2.2.3. *Le premier étage de protection complémentaire*

Les « *contrats solidaires et responsables* » comprennent obligatoirement, en échange d'avantages fiscaux et sociaux, des **clauses d'interdiction de sélection des risques** (tarification en fonction de l'état de santé ou questionnaire médical), des interdictions¹⁸⁰ et obligations¹⁸¹ de prise en charge. Il est sans doute possible de compléter le contenu des contrats responsables, notamment en matière de prévention, d'accompagnement de patients à risque de maladies chroniques, ou de santé au travail. À côté des contrats de CMU-C et des contrats labellisés ACS¹⁸², se dessineraient alors nettement les contours d'un **contrat de base de protection maladie complémentaire**.

4.2.2.4. *Illustration des économies possibles à attendre d'éventuelles mesures de périmètre*

Comme cela a été souligné plus haut (cf. 4.1 ci-dessus), la mission estime que des mesures éventuelles de périmètre ne devraient être décidées que **dans le cadre d'un débat politique plus large sur la part des dépenses de santé prises en charge par la collectivité**.

Si, toutefois, des ajustements devaient être envisagés, en seconde intention, pour compléter les mesures d'économies développées dans les parties 2 et 3 du présent rapport, le tableau ci-dessous récapitule les montants qui pourraient en être attendus.

¹⁷⁸ Autorité de la concurrence, avis n°9-A-46 du 9 septembre 2009 ; un encadrement des cahiers des charges des réseaux pourrait être recommandé.

¹⁷⁹ Article L112-1 : « *Les mutuelles et unions visées au présent article ne peuvent instaurer de différences dans le niveau des prestations qu'en fonction des cotisations payées ou de la situation de famille des intéressés* ». Modifier cet article pour autoriser une différence de taux de remboursement en cas de recours aux professionnels recommandés, membres d'un réseau ne constituerait en rien, au sens de la mission, une entorse aux principes mutualistes qui interdisent toute discrimination en fonction de l'état de santé.

¹⁸⁰ Article L. 871-1 du code de la sécurité sociale (majoration du ticket modérateur pour des prestations hors parcours de soins, participation forfaitaire de 1 € sur les consultations et actes de prélèvement, franchises médicales, dépassements d'honoraires appliqués par certains professionnels de santé pour des prestations hors parcours de soins).

¹⁸¹ Par exemple 30 % du tarif de base pour une consultation de médecin traitant, pour atteindre un remboursement intégral, l'intégralité des dépassements d'honoraires des médecins exerçant une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation ayant opté pour l'option de coordination, prise en charge à 100 % d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique.

¹⁸² Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

Rapport

Tableau 2 : Exemples d'économies pouvant être attendues d'évolutions du périmètre AMO/AMC

Nature de la mesure	Economie estimative sur 2012-2017 (cumul, en M€)	
	<i>Scénario a minima</i>	<i>Scénario a maxima</i>
Déremboursement intégral des médicaments à SMR faible	220 M€	220 M€
Baisse des remboursements des médicaments à SMR modéré (de 30 % à 15 %)	270 M€	270 M€
Déremboursement de l'optique	170 M€	170 M€
Déremboursement des audioprothèses	91 M€	91 M€
Déremboursement des cures thermales	220 M€	220 M€
Déremboursement des soins dentaires adultes	2 400 M€	2 400 M€
Instauration d'un ticket modérateur plafonné pour les patients en ALD (taux réduit à 10 % jusqu'à un plafond de 130 €)	770 M€	770 M€
Doublement des <u>plafonds annuels</u> de la participation forfaitaire de 1 € et de la franchise	320 M€	
Doublement des <u>montants unitaires</u> de la participation forfaitaire et de la franchise		470 M€
Limitation de l'exonération des patients en ALD aux stades de l'affection auxquels sont associés des coûts élevés -application de la mesure <u>aux seuls nouveaux entrants</u>	100 M€	
Limitation de l'exonération des patients en ALD aux stades de l'affection auxquels sont associés des coûts élevés -application de la mesure <u>à l'ensemble des patients en ALD</u>		390 M€
Total « périmètre de prise en charge »	4,5 Mds €	5,0 Mds €

5. Pour être réalisée efficacement et sans dégradation de la qualité et de l'équité du système de soins, la maîtrise des dépenses de santé doit être engagée dans un cadre cohérent, définissant clairement le rôle de chaque acteur et accompagnée par plusieurs conditions de mise en œuvre

Sans que la mission ait pu y consacrer d'investigation particulière, elle juge indispensable de mentionner les conditions de réussite d'une évolution systémique de l'offre de soins et des modes de régulation des dépenses, selon les voies et moyens exposés ci-dessus. Une gouvernance clarifiée, des systèmes d'information adaptés, des acteurs mobilisés, une qualité des soins garantie, des politiques résolues de prévention et de formation constitueraient autant de gages pour un succès durable et amplifié des adaptations et du fonctionnement efficient de l'offre de soins.

5.1. La réflexion sur une gouvernance clarifiée mérite d'être relancée

5.1.1. L'imbrication des rôles en France est source de difficultés

Le système français de gouvernance de la santé se caractérise par deux facteurs handicapants :

- ◆ i. une organisation segmentée qui freine le développement d'une approche transversale des parcours de santé ;
- ◆ ii. une distinction des rôles parfois confuse entre les fonctions de producteur, de financeur et de régulateur des soins.

5.1.1.1. Une organisation administrative nationale cloisonnée qui empêche le déploiement d'une vision transversale du système de soins

Le pilotage national du système de soins reste structuré selon une logique « métier », par segment de l'offre de soins :

- ◆ le pilotage de la médecine de ville¹⁸³ est exercé par la CNAMTS, en lien avec la DSS et la DGOS ;
- ◆ le pilotage du secteur hospitalier est assuré par la DGOS ;
- ◆ le pilotage du secteur médico-social est placé sous la responsabilité de la DGCS, en lien avec la CNSA ;
- ◆ enfin, le pilotage de la politique de santé publique est assuré par la DGS.

Cette répartition des responsabilités se retrouve dans la construction de l'ONDAM, décomposé en sous-enveloppes correspondant à l'activité des directions précitées et obéissant chacune à des logiques distinctes. La construction annuelle du tendancier de dépenses est ainsi réalisée par sous-enveloppe, sans harmonisation méthodologique entre les différentes administrations¹⁸⁴. De même, les mesures d'économie ou de restructuration sont conduites secteur par secteur, sans qu'une consolidation d'ensemble soit vraiment réalisée.

¹⁸³ Le secteur des biens médicaux relève du comité économique des produits de santé et ses différentes composantes.

¹⁸⁴ .

Rapport

Au-delà même de l'ONDAM, le financement du secteur médico-social, partagé avec les conseils généraux accroît encore la dispersion des financements et des responsabilités afférentes. Il pourrait être revu dans le cadre de la réforme de la dépendance.

Une telle structuration soulève plusieurs difficultés :

- ◆ en premier lieu, une **absence de vision transversale du système de soins** : les évolutions sont conduites au sein de chaque secteur sans articulation. Cela explique la difficulté à construire une approche des « parcours de soins » articulant passage en établissement et prise en charge en ville, par exemple via des outils de tarification transversaux ou des enveloppes financières fongibles. Plus largement, cette logique limite fortement la capacité du système à favoriser une réflexion autour de la prise en charge « pertinente » des patients, laissant perdurer de fait des soins inadaptés aux besoins des patients et des coûts inutiles (cf. 2 ci-dessus) ;
- ◆ ensuite, une incapacité à **construire une stratégie à moyen terme** : l'existence de bases de données séparées entre les différents champs, d'indicateurs de suivi différenciés et de méthodologies de calcul des projections à moyen-terme distinctes limite fortement toute démarche de construction d'une stratégie pluriannuelle, qui seule peut permettre une réforme cohérente du système de soins ;
- ◆ enfin, **de multiples inefficacités voire contradictions**, comme le déploiement sur un même territoire d'une offre en établissements excédentaire par le cumul de plans d'investissement hospitaliers et médico-sociaux.

Par ailleurs, la structure même des tarifications de chaque secteur n'incite pas les acteurs à faire faire des économies au secteur adjacent.

5.1.1.2. Au niveau régional, une gouvernance insuffisamment clarifiée

Une gouvernance efficace du système de soins passe notamment par une répartition claire des responsabilités.

Or, le système de santé français se caractérise par **une répartition parfois confuse entre ces différentes fonctions** :

- ◆ en ville, l'assurance-maladie est à la fois le financeur des dépenses, et acheteur de soins, à travers les politiques conventionnelles et les plans de gestion du risque, mais elle empiète parfois sur les fonctions de régulation ;
- ◆ s'agissant de l'activité des établissements hospitaliers, c'est l'État, à travers les ARS, qui exerce la fonction de régulateur de l'offre territoriale de soins, tout en étant le financeur *de facto* des établissements publics ;
- ◆ enfin, dans le secteur médico-social, la régulation, partagée entre les ARS et la CNSA, s'accompagne d'un financement multiple entre assurance-maladie et collectivités territoriales.

5.1.2. Deux axes de clarification complémentaires de la gouvernance du système de santé pourraient être explorés

Les éléments recueillis par la mission convergent vers deux interrogations complémentaires :

- ◆ i. au niveau régional et local, convient-il de **conforter le rôle des ARS comme régulateurs de premier niveau** ? La loi HPST de 2009¹⁸⁵ a consacré les ARS comme responsables régionales de la politique de santé et de l'action sociale et médico-sociale¹⁸⁶. Ce rôle nouveau se traduit notamment par une compétence d'ensemble sur la planification de l'offre de soins¹⁸⁷. Cette démarche pourrait être **confortée et amplifiée**, en particulier en améliorant l'efficacité des outils mis à leur disposition pour favoriser la coopération ou les redéploiements entre secteurs (par exemple via un élargissement du fonds d'intervention régional, une fongibilité facilitée des enveloppes régionales¹⁸⁸ ou la faculté de développer des outils de tarification transversaux¹⁸⁹) ;

Encadré 14 : Exemples de conséquences systémiques d'un rôle nouveau de régulation confié aux ARS

- ◆ conséquences **sur le tissu hospitalier** : redéploiement des grandes structures vers des structures de médecine gériatrique ; maintien de services d'urgence de proximité à travers des maisons médicales de garde animées par des médecins de ville ; développement des échanges de données via la télémédecine ; rapprochement des services ou établissements ;
- ◆ conséquences **sur la médecine de ville** : soutien à l'exercice médical coordonné ; généralisation du dossier médical partagé (DMP) ; recours accru aux plateaux techniques ambulatoires appuyés sur des médecins spécialistes de ville ; implication active du patient dans la démarche de qualité de soins (prévention etc.) ;
- ◆ conséquences sur le **plan tarifaire** : introduction d'une composante « paiement à la performance » dans la tarification en ville (honoraires, CCAM) et, le cas échéant à l'hôpital (T2A) ; expérimentation du paiement à l'épisode de soins sur le modèle du « *bundle paiement* » (cf. ci-dessus) ; financement spécifique des acteurs en charge de la coordination des soins.

- ◆ ii. au niveau national, convient-il d'engager une **structuration plus claire des fonctions de régulation** ? Dans cette perspective, la mission estime nécessaire de rouvrir le débat sur la création d'une autorité chargée du pilotage national des ARS en reprenant une partie des compétences des administrations centrales concernées, de la CNSA et de l'UNCAM¹⁹⁰.

¹⁸⁵ Loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

¹⁸⁶ Cf. article 1431-1 du code de la santé publique.

¹⁸⁷ Les schémas régionaux d'organisation des soins (SROS) sont désormais étendus à l'organisation de l'offre ambulatoire et à l'organisation de la permanence des soins, en application du projet régional de santé (PRS).

¹⁸⁸ Certaines réflexions proposent ainsi de remplacer les sous-enveloppes sectorielles actuelles de l'ONDAM par **deux enveloppes globales** : une enveloppe « activité » destinée à financer tous les types d'activité, quelle que soit leur forme et leur origine (ville, hôpital etc.) ; et une enveloppe « organisation » conçue spécifiquement pour financer les redéploiements et restructurations – mais qui, pour être pertinente, devrait rester du ressort des ARS et non pas être répartie entre l'ensemble des établissements de santé.

¹⁸⁹ Cf. les exemples étrangers du « *bundle payment* » consistant à prévoir une rémunération forfaitaire globale du traitement de « l'épisode de soins », et non pas de chaque acte de traitement de cet épisode, pris séparément (cf. par exemple les groupes de soins et forfaits diabète lancés en 2008 aux Pays-Bas).

¹⁹⁰ Cf. les réflexions engagées en 2009 sur la création d'une « Agence nationale de santé » (ANS).

5.1.3. Les réflexions sur l'évolution du système de santé doivent dorénavant s'inscrire dans une perspective pluriannuelle

Le décloisonnement des enveloppes et le développement d'une régulation transversale supposent des choix systémiques qui engagent au-delà de l'exercice annuel de préparation de la loi de financement de la sécurité sociale.

Dans le prolongement de l'adoption de la loi organique de 2005 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, puis, depuis 2008, de lois de programmation des finances publiques (LPFP) pluriannuelles et, enfin, s'agissant de l'État, d'un budget triennal permettant de sécuriser la trajectoire des finances publiques sur la période, la mission estime d'abord nécessaire d'engager une réflexion sur la construction d'une **loi pluriannuelle de financement de la sécurité sociale**, indicative, qui servirait de cadre aux LFSS adoptées chaque année.

Cette loi pluriannuelle aurait notamment pour objectif de fixer une **trajectoire partagée d'évolution tendancielle des dépenses de santé** et, en conséquence, d'identifier les besoins et priorités de santé, les dépenses que la collectivité est prête à y consacrer¹⁹¹ et les montants d'économies prévisionnels permettant de respecter les objectifs de progression de l'ONDAM fixés *in fine* par le Parlement.

Un important travail méthodologique préalable serait à conduire, afin notamment d'identifier le **type de modèle utilisé** pour construire et harmoniser les prévisions de dépenses des différents secteurs et les **conventions retenues pour traiter les décisions discrétionnaires** de dépenses (plans d'investissement, plans de santé publique), intégration dans la tendance historique ou prévision spécifique.

Suivant en cela le groupe de travail relatif à la maîtrise de l'ONDAM, la mission considère que, au-delà, il conviendrait d'ouvrir la réflexion sur le vote d'une **véritable loi de programmation pour les dépenses d'assurance maladie** dans le cadre de laquelle *« l'évolution de l'ONDAM serait déterminée en montant et non en taux, ce qui empêcherait la reprise en base des dépassements constatés »*¹⁹².

5.2. Des conditions d'accompagnement transversales de la maîtrise des dépenses de santé doivent être réunies

Trois politiques transversales sont de nature à contribuer puissamment à la soutenabilité de l'assurance maladie, tout en améliorant ses performances : le développement des systèmes d'information dans le domaine de la santé ; la prévention ; et la qualité des pratiques de soins et formation des professionnels et des établissements.

Ces politiques doivent être mises au cœur des préoccupations publiques, tant elles peuvent structurer l'évolution et améliorer l'efficacité du système de soins.

5.2.1. Des systèmes d'information optimisés et communicants

Des systèmes d'information performants et communicants sont indispensables à une évolution réussie de l'offre de soins. Des progrès considérables ont été accomplis au cours des dernières années. Néanmoins, les adaptations profondes et nécessaires du système de soins nécessitent des développements supplémentaires favorisant l'optimisation de la gestion, la transversalité et la communication entre secteurs et professionnels et l'éclairage des politiques mises en œuvre.

¹⁹¹ A l'instar des « *spending reviews* » au Royaume-Uni.

¹⁹² Groupe de travail présidé par R. Briet, 2010.

Rapport

Les **systèmes d'information hospitaliers** constituent aujourd'hui « *un levier majeur pour favoriser la coordination des professionnels du secteur au sein et en dehors des établissements, améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge, et optimiser l'utilisation des ressources des établissements de santé.* »¹⁹³ Ils sont indispensables dans tous les domaines de la gestion administrative logistique et médicale. La gestion de la sortie - recherche d'une place d'aval, l'établissement et la transmission du compte rendu sont facilitées par des systèmes d'information adaptés. De nombreux projets structurants sont en cours de déploiement et doivent être menés à terme, grâce à des soutiens financiers publics adaptés.

Pour le médico-social, **l'absence de systèmes d'information structurés est un frein puissant aux évolutions du secteur** et notamment à la recherche d'efficacité. Dans les deux secteurs des personnes âgées et des personnes handicapées, une meilleure connaissance des caractéristiques de l'offre est indispensable afin de lister et décrire les prestations attendues pour répondre aux besoins de la population et pour objectiver les prestations servies. La mission se félicite toutefois, des avancées du ministère (délégation à la stratégie des systèmes d'information de santé¹⁹⁴) qui a entrepris plusieurs travaux, dont une cartographie (ou chantier d'urbanisation) des systèmes d'information médico-sociaux (pour fin 2012), ainsi qu'un schéma directeur des SI des ARS (qui pourrait être déployé début 2013). La mission insiste sur le fait qu'un soutien fort devra assurer le développement de SI partagés à tous les niveaux (national, ARS et établissements).

Les enjeux du **dossier médical personnel** (DMP), malgré les retards et les concessions sur le contenu, restent essentiels en termes de coordination des professionnels, qualité des soins dispensés, information des patients et maîtrise des dépenses. La construction **d'indicateurs de qualité du suivi des patients, notamment les patients chroniques, à partir de ces données médicales** est également indispensable. Ces données devront, à terme, être chaînées avec les données hospitalières et médico-sociales.

Le développement de la **télé médecine**, définie comme une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication¹⁹⁵ permet d'envisager des progrès sensibles¹⁹⁶ en matière de qualité et de confort de prise en charge des patients, de délocalisation de l'offre de soins, de gains de temps pour les professionnels de santé et enfin de maîtrise des dépenses. Le plan triennal de déploiement, les programmes régionaux, l'accompagnement de projets par l'ANAP permettent d'espérer une **progressive standardisation des programmes de télé médecine**, appuyés sur des outils ergonomiques et communicants et le développement du DMP. La mission préconise une mobilisation publique forte en faveur de la télé médecine, dont les enjeux technologiques et industriels dépassent les compétences du seul ministère de la santé.

En matière de gestion de l'assurance-maladie, la progression dans la **dématérialisation des flux de feuilles de soins** et de **déclarations des arrêts de travail**, l'alignement sur les caisses qui se sont le mieux approprié les systèmes d'information mis en place doivent conduire à des gains de productivité importants¹⁹⁷ et des progrès dans le contrôle *a priori* des prestations, l'efficacité du contrôle médical et de la gestion du risque.

Par ailleurs, **le partage et la mise à disposition des données remontées de manière automatisée et régulière** sont un pré-requis aux évolutions structurelles du système.

¹⁹³ IGAS, *Évaluation du développement de l'offre en matière de système d'information hospitalier*, rapport RM 2011-09 P.

¹⁹⁴ On peut s'interroger sur le terme « Santé » utilisé tant pour la délégation à la stratégie des systèmes d'information que pour l'ASIP. La mention du terme « social » pourrait être de nature à limiter le risque d'un moindre intérêt pour les enjeux du secteur médico-social et social.

¹⁹⁵ Article L 6316-1 CSP, et décret du 19 octobre 2010.

¹⁹⁶ HAS, *Efficacité de la télé médecine, état des lieux de la littérature internationale*, 2011.

¹⁹⁷ IGAS, *Évaluation de la COG État-CNAMTS*, rapport RM 2009-133 P.

Rapport

La mission rappelle la nécessité d'un **accès étendu aux données du SNIIRAM** ainsi que la poursuite des travaux permettant le chaînage des données entre la ville et l'hôpital. La remontée des listes de résidents et son intégration dans le SNIIRAM d'ici 2014 ouvrent des perspectives dans l'analyse médico-économique des parcours de soins, y compris sur le volet médico-social.

Le **développement des études de coûts**, dans les secteurs hospitaliers sous dotation (SSR et dans une moindre mesure psychiatrie) sont une étape indispensable à une tarification basée sur l'activité. Les premiers travaux qui vont s'engager à l'ATIH sur le champ personnes âgées permettront à terme d'ajuster les modèles économiques et devront être déployés sur le secteur des personnes handicapées

Comme le recommande le HCAAM, il faut également investir dans les **outils de connaissance de l'utilisation des crédits**, notamment dans le secteur médico-social et de suivi des parcours et des dépenses individuelles, tous secteurs confondus.

Enfin, la mission rappelle la nécessité de **maintenir voire renforcer la vigilance dans la lutte contre la fraude et les activités abusives et fautives**, d'autant que la politique de maîtrise des volumes et des tarifs pourrait inciter à amplification des fraudes et abus.

Cette politique, qui ne répond pas seulement à un objectif financier, mais a avant tout finalité de protection des assurés, de justice et de dissuasion, a bénéficié de renforcements de moyens ces dernières années (notamment le lancement des plans nationaux annuels en 2005), qui ont conduit à passer à plus de 150 M€ de détections de fraudes et activités fautives et abusives (soit 186 M€ d'économies directes en 2010 contre 91 M€ en 2006). La COG de la CNAMTS 2010-2013 prévoit une progression du montant de fraude détectée et un suivi systématique (+ 5 % par an du montant des indus frauduleux recouverts), ainsi que la mobilisation accrue du levier des pénalités financières.

La CNAMTS, qui anime cette politique en inter-régimes, n'a pas fait part à la mission de difficultés particulières qui seraient rencontrées et donc de propositions de renforcement de ces outils. Elle a indiqué à la mission qu'à périmètre constant le montant des détections pourrait atteindre en 2017, date de l'arrivée à leur pleine maturité des programmes lancés avant cette date, environ 200 M€.

5.2.2. Une politique de prévention ambitieuse

La mission rappelle, après de nombreux rapports en ce sens¹⁹⁸, la nécessité de mettre en œuvre une politique de prévention plus affirmée que jusqu'ici.

Elle ne peut que souscrire aux critiques déjà formulées :

- ◆ caractère incomplet des dépenses identifiées :
 - la part des dépenses de prévention dans les dépenses publiques de santé en France (2008) est de 2 % contre 2,9 % en moyenne dans l'Union européenne d'après l'OCDE¹⁹⁹. Ceci a conduit à une critique récurrente de faiblesse des dépenses. Mais ces données sont incomplètes. Selon un premier travail de l'IRDES, les dépenses de prévention se montaient en 2002²⁰⁰ à 10,5 Mds €, et à près de 14 Mds € en 2009²⁰¹ ;

¹⁹⁸ Cf. par exemple Cour des comptes, *La prévention sanitaire*, 2011 ; J.L. Prél, *Rapport d'information sur la prévention sanitaire*, mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la sécurité sociale, Assemblée nationale 2012.

¹⁹⁹ *Panorama de la santé 2010*.

²⁰⁰ A Fénina, Y. Geffroy, C. Minc, T. Renaud, E. Sarlon, C. Sermet « Les dépenses de prévention et les dépenses de soins par pathologie en France », *Questions d'économie de la santé*, n°111, juillet 2006.

²⁰¹ C. Sermet, T. Renaud, « Comment évaluer les « vraies » dépenses de prévention en France ? », *La lettre du collège des économistes de la santé*, décembre 2010, p 2-4.

Rapport

- ces évaluations portent sur les dépenses de prévention du système de santé. Si une part des actions de prévention environnementale est bien comptabilisée dans ces chiffres (pour 2,4 Mds € dans les comptes de la santé en 2009), une part ne l'est pas (prévention routière, habitat, qualité de l'eau et de l'air...). Par ailleurs, de nombreux autres acteurs contribuent à peser sur les déterminants de la santé, à commencer par ceux du système éducatif et du système sportif. Cette estimation est donc une estimation basse.
- ◆ faiblesse de l'évaluation de la prévention, et réciproquement du coût de la non-prévention (dont on doit noter qu'il s'impute d'abord sur des catégories défavorisées). La recherche en matière de prévention est moins développée en France que dans d'autres pays comparables. De nombreuses études étrangères ont montré l'impact important que peuvent avoir des politiques efficaces ;
- ◆ nombre élevé d'objectifs poursuivis par les politiques publiques (cf. 100 objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique), qui nécessiteraient d'être priorisés pour mieux mobiliser les ressources disponibles ;
- ◆ dispersion des responsabilités entre l'État, la Sécurité sociale et les collectivités locales, et au sein de l'État entre les ministères et les nombreuses agences parties-prenantes. L'efficacité suppose un pilotage qui dépasse le ministère de la Santé ou la CNAMTS et organise la cohérence entre les multiples acteurs.

Si les statistiques favorables de l'espérance de vie (à la naissance) ont pu contribuer à minorer l'intérêt de la prévention en France, il s'avère en fait que la mortalité prématurée (décès des personnes de moins de 65 ans) bien que décroissante ces 30 dernières années reste élevée en France : en 2009 la mortalité prématurée se situait au 14^{ème} rang sur 26 pays européens pour les hommes et au 10^{ème} rang pour les femmes²⁰².

Les résultats obtenus en matière de réduction de la mortalité routière, mais aussi en matière de lutte contre l'obésité, contre le tabagisme passif ou de réduction des risques infectieux témoignent que la France a su progresser en matière de prévention. Pour autant, les politiques conduites dans d'autres pays peuvent utilement inspirer la démarche à conduire, qu'il s'agisse de la priorisation, de la transversalité²⁰³, de l'évaluation²⁰⁴ ou de la fermeté à l'égard des secteurs économiques concernés²⁰⁵.

Au demeurant, **la prévention ne doit pas faire l'objet d'un développement non maîtrisé**. La mission appelle, là aussi après plusieurs rapports²⁰⁶, à un ciblage de cette politique (exemple des dépistages à cibler vers les populations à risque en évitant à l'inverse le « surdépistage » des personnes bien informées²⁰⁷). A cet égard, un lien avec les dépenses curatives et l'ONDAM serait souhaitable ; il serait par exemple utile que la nomenclature des comptes de la santé identifie les dépenses correspondant aux objectifs des programmes de qualité et d'efficience (PQE) et les mette en relation avec les résultats.

²⁰² 266 décès avant 65 ans pour 100 000 hommes en France [extrêmes : Suède 174 / Lituanie 675] et 122 décès pour 100 000 femmes [extrêmes : Chypre 92/ Lettonie 235]. Données Eurostat 2009.

²⁰³ Le Québec a ainsi mis en place des initiatives d'approches intersectorielles de politiques de santé publique (« *health in all policies* ») et une évaluation systématique de l'impact santé.

²⁰⁴ Plusieurs pays ont mis en place des critères médico-économiques, par exemple aux États-Unis, aux Pays-Bas ou en Grande-Bretagne, où le NICE (*National Institute for Clinical Excellence*) définit des seuils d'actions jugés coût-bénéfiques (seuils d'acceptabilité en termes de coût par *quality-adjusted life year* – QALY ou année de vie ajustée par sa qualité).

²⁰⁵ Par exemple en Finlande et en Australie.

²⁰⁶ Centre d'analyse stratégique, 2010.

²⁰⁷ Exemples des vaccins HPV (vaccins anti papillomavirus) et rotavirus.

Rapport

La mission rappelle qu'une politique de prévention plus ambitieuse n'implique pas des dépenses nécessairement beaucoup plus élevées : l'information (des citoyens comme des professionnels de santé dont la formation doit inclure une prise en compte renforcée de la prévention), la taxation, voire l'interdiction peuvent être des instruments très efficaces. La mission estime que des économies pourraient même être obtenues en évitant des dépenses de prévention inutiles, car bénéficiant à des personnes déjà sensibilisées.

Elle appelle, pour cette politique aussi, à une transversalité et à l'association de tous ceux qui peuvent y contribuer, dont les assureurs complémentaires, qui conduisent d'ores et déjà certaines actions en la matière (parmi lesquels les institutions de prévoyance assurant la protection de branches peuvent sans doute jouer un rôle accru en lien avec les employeurs).

L'efficacité de la démarche supposera une volonté ferme vis-à-vis des intérêts qui pourraient voir défavorablement cette politique.

5.2.3. La qualité de l'offre de soins et la formation au cœur des préoccupations

5.2.3.1. Contribuer à la maîtrise des dépenses par la réduction des défauts de qualité du système de soins

Les études économiques démontrent clairement le coût de la non qualité²⁰⁸ des soins, qu'il s'agisse des événements indésirables graves, des infections nosocomiales, de prescriptions inappropriées, d'effets iatrogènes de médicaments, d'hospitalisations ou interventions injustifiées ; l'extrapolation des coûts identifiés s'avère très délicate, mais des estimations prudentes montrent qu'ils sont considérables²⁰⁹. Les dépenses liées à la non qualité sont évidemment inutiles ; évitées, elles pourraient permettre l'utilisation plus avisée des crédits ainsi gaspillés. Par ailleurs, le coût de la qualité lui-même peut certes être significatif ; il correspond aux dépenses de prévention et de contrôle engagées pour éviter les défaillances. Les études disponibles montrent en général l'impact médico-économique positif des efforts de prévention des défauts de qualité.

Plus globalement, une large partie des politiques de maîtrise médicalisée des dépenses repose sur l'analyse des inadéquations à des référentiels de bonne pratique, qui, précis et correctement mis à disposition des professionnels de santé conduisent à des inflexions sensibles des pratiques (*cf.* 2 ci-dessus).

5.2.3.2. Prévenir les risques d'ajustement par la qualité par un suivi précis d'indicateurs, en particulier pour les établissements de soins

Une crainte fréquemment exprimée est que les contraintes budgétaires pesant sur le système de soins conduisent à un ajustement par la qualité, notamment au sein des établissements hospitaliers. Le suivi de la qualité des performances du système de soins, dans l'ensemble de ses dimensions paraît aujourd'hui primordial, notamment pour éclairer ces risques éventuels de moindre qualité des prises en charge.

²⁰⁸ ANAES, *Les coûts de la qualité et de la non qualité des soins dans les établissements de soins*, 2004.

²⁰⁹ L'IRDES, en décembre 2011 a produit une étude évaluant le coût de neuf événements indésirables liés aux soins (hospitaliers) évitables à 700 M€. A ce titre, la révision des processus de soins laisse présager d'importantes économies et une prise en charge des patients de meilleure qualité. (IRDES, « Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital. Premières estimations à partir de neuf indicateurs de sécurité des patients », *Question d'économie de la santé* n° 171, décembre 2011).

Rapport

Les définitions habituelles de la qualité des soins²¹⁰ conduisent à lui conférer cinq dimensions principales²¹¹ : sécurité (événements indésirables en cours de soins), efficacité (résultats du système en termes de morbidité et mortalité), sensibilité aux besoins du patient, accessibilité du système de soins, efficacité (utilisation optimale des ressources disponibles).

Les systèmes d'informations existant ne permettent pas de répondre, ou de mettre à disposition du public des données appropriées au suivi de ces différentes dimensions, malgré les progrès réalisés au cours des dernières années, à l'initiative des pouvoirs publics, des assurances maladies complémentaires ou des media. Certains indicateurs manquent ou sont peu accessibles au public. D'autres ont été publiés, notamment sur le site PLATINES, mais restent difficilement interprétables. Quant à la sensibilité aux demandes du patient²¹², qui sont liées à des droits, peu d'enquêtes systématiques nourrissent les équipes hospitalières, ce qui leur permettrait peut être d'adapter leurs pratiques de prise en charge.

Sur l'ensemble de ces dimensions, la mission recommande de rendre le système de soins plus transparent vis-à-vis des malades afin de renforcer la confiance que ces derniers lui portent.

5.2.3.3. Dans ce contexte, la mobilisation autour de la certification des établissements et la formation des professionnels est essentielle

La démarche de certification est davantage conçue comme une mobilisation permanente en faveur de l'amélioration de la qualité de la gestion hospitalière, sous tous ses aspects, que comme une procédure couperet. Elle a gagné en lisibilité et en crédibilité²¹³. Néanmoins, la certification doit, plus qu'aujourd'hui, être utilisée comme un levier exigeant pour promouvoir des politiques résolues et transparentes de promotion de la qualité dans les établissements de soins. Loin d'être une contrainte technocratique, elles doivent être des outils au service des professions médicales et paramédicales, qui s'en approprient souvent les techniques.

Parallèlement, le développement professionnel continu²¹⁴ a pour objectifs « *l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des soins* ». Devoir déontologique, devenu obligation légale, la formation continue et l'évaluation des médecins est essentielle au maintien de la qualité des soins, dans un contexte de progression rapide des connaissances. Le nouveau dispositif doit faire la preuve de sa pertinence, en promouvant des formations plus interactives, de nature à faire évoluer les pratiques, et en s'appuyant sur des exigences claires de validation. Cette démarche est en outre essentielle pour responsabiliser les praticiens quant à l'impact de leurs prescriptions sur le système de prise en charge solidaire.

²¹⁰ Par exemple, selon l'Institut de médecine des États-Unis, la qualité des soins se définit comme la « *capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment* ».

²¹¹ Z. Or, L. Com-Ruelle, *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?*, IRDES, 2008.

²¹² IGAS, *Information des usagers sur la prise en charge des patients*, rapport n° 2010-090.

²¹³ La visite de certification est largement préparée en amont et conclut une procédure d'auto-évaluation ; le référentiel, dans la version 2010 de la HAS, a défini des pratiques exigibles prioritaires et utilise des indicateurs nationaux généralisés ; la décision de certification peut être graduée et exiger en particulier la mise en œuvre de plans d'actions.

²¹⁴ L'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires définit la notion de DPC des professionnels de santé, réunissant les anciennes « *formation professionnelle continue* » et « *évaluation des pratiques professionnelles* » ; les décrets d'application de la loi sont parus en janvier 2012.

6. Cette appréhension globale du système de soins doit permettre de maîtriser durablement la dépense de santé

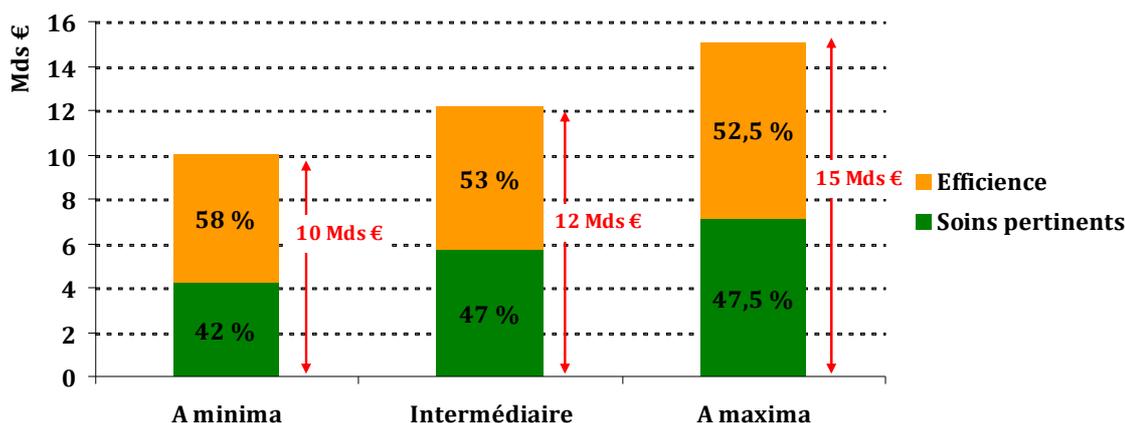
Compte-tenu du tendancier moyen calculé par la mission, l'effort d'économies à réaliser chaque année sera de 2 Mds€ si l'objectif de progression de l'ONDAM fixé par le gouvernement est de 3 %, et 2,8 Mds € si l'objectif est de 2,5 % (cf. 1.3.2 ci-dessus). Cela représente **un effort compris entre 10 et 14 Mds € sur la durée du quinquennat**, toutes enveloppes confondues.

Les pistes d'économies expertisées par la mission **permettent précisément d'atteindre cet objectif**. La mission a en effet identifié trois scénarios d'articulation de ses recommandations²¹⁵ :

- ◆ i. un scénario de **réalisation d'économies a minima**, correspondant au « socle » des mesures de pertinence des soins et d'efficacité. Ce scénario permet de réaliser **environ 10 Mds € d'économies** sur la période 2013-2017 ;
- ◆ ii. un **scénario intermédiaire**, correspondant à un effort de productivité et d'efficacité plus élevé à l'hôpital. Ce scénario permet de réaliser **environ 12 Mds € d'économies** sur la période 2013-2017 ;
- ◆ iii. un **scénario d'économies a maxima**, correspondant à un effort de productivité et d'efficacité poussé à rythme très soutenu à l'hôpital. Ce scénario permet de réaliser **environ 15 Mds € d'économies** sur la période 2013-2017.

L'engagement du scénario *a minima*, qui permet de maintenir la progression de l'ONDAM à 3 % par an, conduit à faire porter l'effort d'économies principalement sur les mesures d'efficacité (environ 60 % de l'effort total). En revanche, **la recherche d'économies supplémentaires nécessitera de solliciter davantage les mesures portant sur la pertinence et l'adéquation des soins** (près de 48 % de l'effort total dans le scénario *a maxima* contre 42 % dans le premier scénario).

Graphique 11 : Répartition des propositions de la mission par levier d'économies en fonction des scénarios retenus (en % du montant total d'économies)



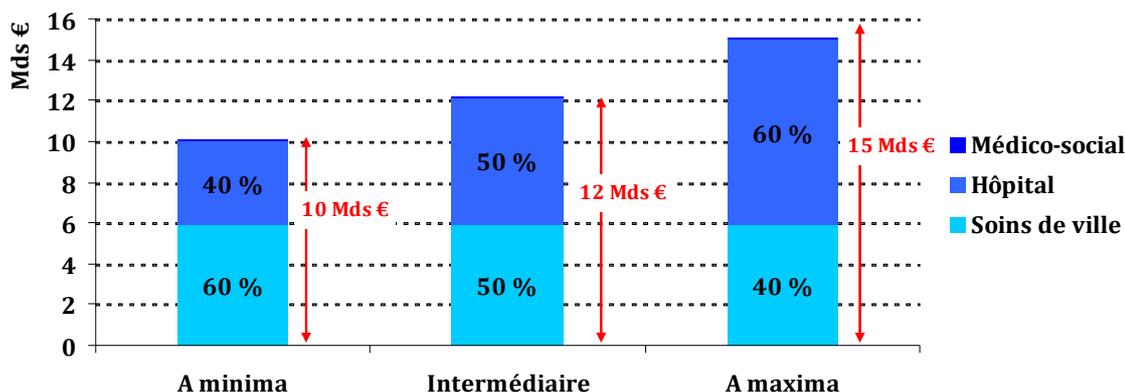
Source : Mission.

²¹⁵ La ventilation détaillée des mesures par scénario est présentée dans le tableau 3 ci-dessous.

Rapport

Cette conclusion renvoie à la répartition de l'effort d'économies entre les différentes sous-enveloppes de l'ONDAM : dans le scénario *a minima*, l'effort est principalement (60 %) concentré sur les soins de ville ; mais si des économies supplémentaires devaient être recherchées au-delà du socle de 10 Mds €, elles nécessiteraient de **solliciter davantage l'hôpital**, qui pourrait représenter jusqu'à 60 % de l'effort total d'économies dans la perspective d'un ONDAM limité à 2,5 % par an sur la période.

Graphique 12 : Répartition des propositions de la mission par sous-enveloppe de l'ONDAM en fonction des scénarios retenus (en % du montant total d'économies)²¹⁶



Source : Mission.

En tout état de cause, quel que soit le scénario retenu, la mission souligne la nécessité d'engager les mesures d'économies **dans un cadre global et cohérent**. En effet :

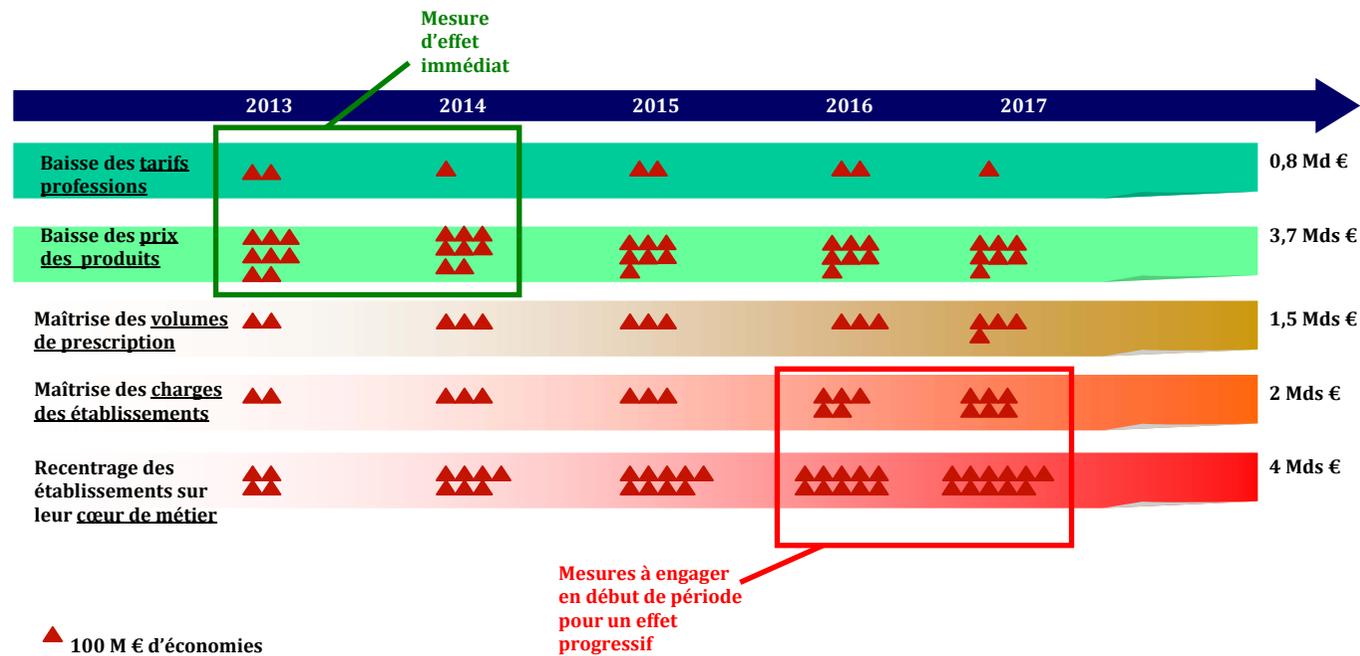
- ◆ i. certaines mesures produisent des **effets immédiats**, mais ne sont pas suffisantes pour produire l'ensemble des économies escomptées sur la période (par exemple les baisses de prix de produits de santé), tandis que d'autres mesures, indispensables pour réussir le bouclage financier du scénario, impliquent un délai de mise en œuvre et doivent donc **être anticipées dès le début de la période pour pouvoir produire leurs effets à temps** : c'est le cas des mesures de redéploiement de l'offre de soins entre structures ;
- ◆ ii. par ailleurs, plusieurs mesures d'économies, absorbables par le système de soins si elles sont engagées séparément, **peuvent devenir insoutenables si elles sont engagées cumulativement**. Ainsi, les professionnels de santé en ville pourraient éprouver des difficultés pour absorber à la fois des baisses tarifaires et une maîtrise accrue de leur volume d'activité. Il est donc indispensable de prévoir un **chaînage temporel des mesures d'économies**, sauf à ce que leur effet cumulé soit soutenable par les acteurs.

Le graphique ci-dessous fournit un exemple de phasage possible des mesures d'économies dans le cadre du scénario intermédiaire (effort d'économies de 12 Mds € sur la période).

²¹⁶ La contribution directe de l'enveloppe médico-sociale à l'ensemble des efforts d'économie étant très limitée (100 M€ sur la période), elle n'apparaît pas sur le graphique.

Rapport

Graphique 13 : Illustration du phasage des mesures proposées par la mission dans le cadre du scénario intermédiaire



Source : Mission.

Rapport

Tableau 3 : Synthèses des scénarios possibles d'économies identifiés par la mission

Type de levier	Nature de la mesure	Secteur concerné	Economie estimative sur 2012-2017 (cumul, en M€)		
			Scénario <i>a minima</i>	Scénario intermédiaire	Scénario <i>a maxima</i>
Soins pertinents et adéquats	Suppression progressive des incitations tarifaires sur la chirurgie ambulatoire : 18 GHM	Hôpital	160 M€	160 M€	160 M€
	Réalisation de certains soins de chimiothérapie ou d'hospitalisation de jour à domicile (économie nette du surcoût de prise en charge en ville)	Hôpital	430 M€	430 M€	430 M€
	Diminution des événements indésirables liés aux soins, grâce à une amélioration de la qualité à l'hôpital (économie nette des coûts d'amélioration de la qualité)	Hôpital	200 M€	200 M€	200 M€
	Obligation de contractualisation au titre du programme GDR PHMEV pour les 181 établissements identifiés	Hôpital	110 M€	110 M€	110 M€
	Réduction en 5 ans de 100 % à 90 % du taux de prise en charge par l'assurance-maladie des médicaments de la liste en sus	Hôpital	400 M€	400 M€	400 M€
	Reconversion de places d'hospitalisation de personnes âgées en places d'ESMS (économie nette du coût de création de nouvelles places d'ESMS)	Hôpital	700 M€	700 M€	700 M€
	Fermeture de services d'urgence dans les zones denses (économie correspondant à la baisse des dotations spécifiques aux urgences dans les établissements)	Hôpital	250 M€	250 M€	250 M€
	Développement du recours à la chirurgie ambulatoire : fermeture de 10 % des lits de chirurgie complète (économie correspondant à la suppression des charges d'hôtellerie liées au maintien des patients à l'hôpital avant et après l'opération)	Hôpital	370 M€	SO ²¹⁷	SO
	Regroupement des plateaux de chirurgie (économie correspondant à la fermeture des plateaux réalisant moins d'actes que le seuil minimum de 1 500 actes par an)	Hôpital	95 M€	SO	SO
	Ensemble des autres mesures de recours pertinent permettant de réaliser des gains de productivité équivalant à ne remplacer que 50 % des départs en retraite dans les établissements publics (PM et PNM)	Hôpital	SO	1 900 M€	SO
Ensemble des autres mesures de recours pertinent permettant de réaliser des	Hôpital	SO	SO	3 300 M€	

²¹⁷ Les mesures sur la chirurgie ambulatoire, les plateaux de chirurgie et la gestion des lits conduisent à des diminutions du besoin en effectifs dont le chiffrage est pris en compte, pour chacune des trois propositions, dans le scénario *a minima*. En revanche, ce chiffrage mesures par mesure n'est pas repris dans les scénarios intermédiaires et *maxima*, car ceux-ci tiennent déjà compte d'un chiffrage global de réductions d'effectifs issues de l'ensemble des mesures proposées par la mission.

Rapport

Type de levier	Nature de la mesure	Secteur concerné	Economie estimative sur 2012-2017 (cumul, en M€)		
			Scénario <i>a minima</i>	Scénario intermédiaire	Scénario <i>a maxima</i>
	gains de productivité équivalant à réduire les effectifs de 1,5 % par an (secteurs public et privé)				
	Maîtrise des prescriptions de médicaments	Ville	600 M€	600 M€	600 M€
	Maîtrise des prescriptions d'indemnités journalières	Ville	160 M€	160 M€	160 M€
	Maîtrise des prescriptions d'actes de radiologie	Ville	200 M€	200 M€	200 M€
	Maîtrise des prescriptions d'actes de biologie	Ville	300 M€	300 M€	300 M€
	Maîtrise des prescriptions d'actes de paramédicaux (infirmiers et masso-kinésithérapeutes)	Ville	200 M€	200 M€	200 M€
	Maîtrise des prescriptions de médicaments dans les établissements médico-sociaux via la généralisation des pharmacies à usage intérieur (PUI)	Médico-social	100 M€	100 M€	100 M€
	Sous-total « soins pertinents et adéquats »		4,3 Mds €	5,7 Mds €	7,2 Mds €
Efficiences accrues	Généralisation des contrats de performance	Hôpital	1 055 M€	1 055 M€	1 055 M€
	Amélioration de la gestion des lits (économie correspondant à la réduction du nombre de lits inutiles)	Hôpital	240 M€	SO	SO
	Alignement sur la moyenne du ratio « charges à caractère hôtelier et général/produits » des établissements excédentaires ²¹⁸	Hôpital	SO	900 M€	SO
	Baisse de 10 % des charges de fonctionnement sur 3 ans	Hôpital	SO	SO	2 400 M€
	Baisse des tarifs CCAM ²¹⁹	Ville	100 M€	100 M€	100 M€
	Baisse des tarifs radiologues	Ville	250 M€	250 M€	250 M€
	Baisse des tarifs biologistes	Ville	200 M€	200 M€	200 M€
	Baisse de tarifs pharmaciens	Ville	150 M€	150 M€	150 M€
	Baisse des tarifs des transporteurs sanitaires	Ville	100 M€	100 M€	100 M€
	Baisse des prix des médicaments sous brevet	Ville	300 x 5 = 1 500 M€	300 x 5 = 1 500 M€	300 x 5 = 1 500 M€
	Baisse des prix des dispositifs médicaux	Ville	70 x 5 = 350 M€	70 x 5 = 350 M€	70 x 5 = 350 M€
Perspectives nouvelles de génériques (tombées de brevets)	Ville	750 M€	750 M€	750 M€	

²¹⁸ Les mesures « Alignement sur la moyenne du ratio charges à caractère hôtelier et général/produits des établissements excédentaires » et « baisse de 10 % des charges de fonctionnement sur 3 ans » peuvent chacune être cumulée avec la mesure transversale sur les contrats de performance, dans la mesure où elles représentent une forme d'effort en sus des contrats de performance, lesquels concernent des thématiques bien plus larges que les achats (gestion des blocs, codage etc.).

²¹⁹ Hors radiologues et biologistes.

Rapport

Type de levier	Nature de la mesure	Secteur concerné	Economie estimative sur 2012-2017 (cumul, en M€)		
			Scénario <i>a minima</i>	Scénario intermédiaire	Scénario <i>a maxima</i>
	Baisse des prix des génériques	Ville	500 M€	500 M€	500 M€
	Augmentation de la prescription dans le répertoire	Ville	300 M€	300 M€	300 M€
	Développement des médicaments biosimilaires	Ville	300 M€	300 M€	300 M€
	Sous-total « efficience »		5,8 Mds €	6,4 Mds €	7,9 Mds €
Total général			10 Mds €	12 Mds €	15 Mds €

CONCLUSION

Au terme de ses travaux, la mission souhaite appeler l'attention sur les conclusions et principes d'actions suivants :

- ◆ que le patient doit être placé au cœur du système de soins est une évidence qui mérite d'être rappelée continuellement, notamment en période de contrainte budgétaire. Un système de santé qui sacrifierait la qualité de ses résultats à l'ajustement financier échouerait ;
- ◆ or, la mission dégage de ses travaux la certitude que des marges d'efficacité importantes existent, qui permettent de tracer un modèle de système de santé plus performant mais soutenable financièrement, malgré un effort d'ajustement annuel de 2,8 Mds € pour un ONDAM progressant de 2,5 %, et l'ordre de 2 Mds €, si l'ONDAM devait augmenter de 3 % ;
- ◆ pour progresser, les conditions d'une mobilisation sans faille des acteurs du système de soins autour d'un projet positif doivent être réunies ; un large débat public sur l'assurance maladie, sous l'égide du HCAAM pourrait en jeter les bases, dépassant d'emblée des mesures conjoncturelles pour ambitionner des adaptations structurelles de l'offre de soins aux besoins nouveaux nés des transitions épidémiologiques, démographiques et sociologiques en cours, notamment la chronicité des maladies, le vieillissement et la dépendance ;
- ◆ dans ce cadre, ce sont les places respectives de l'hôpital, recentré sur les soins complexes nécessitant le recours à un plateau technique, des soins de ville et des établissements et services médico-sociaux qui doivent évoluer, avec l'émergence d'une « médecine de parcours », plus fluide et efficace appuyée sur la coordination des professionnels et le décloisonnement entre domaines de soins ;
- ◆ pour s'assurer plus immédiatement de la soutenabilité de l'assurance maladie, des mesures, à hauteur d'une dizaine de milliards d'euros sur cinq ans, sont recensées par la mission, qui privilégie les efforts de maîtrise médicalisée visant à des soins adéquats et pertinents, et l'acquisition des biens et services à leur juste prix ; les efforts d'efficacité requis sont autorisés par l'existence de marges de productivité significatives, mais conduiront à des évolutions substantielles des modèles économiques de certaines professions de santé et nécessiteront des restructurations ambitieuses ; des outils nouveaux sont proposés, comme les objectifs médicalisés de prescription par exemple, qui nécessiteront des efforts certains de conviction ; afin que les mesures proposées puissent porter leurs fruits dans un horizon de cinq ans, la mission préconise d'engager leur mise en œuvre le plus rapidement possible ;
- ◆ en revanche, la mission s'est refusée à envisager des solutions alternatives trop éloignées de notre modèle d'assurance maladie solidaire. Elle ne suggère qu'en seconde intention des mesures de « responsabilisation » des assurés sociaux qui ne constitueraient que des palliatifs de court terme. Au demeurant, une articulation constructive et porteuse d'efficacité entre assurances maladie obligatoire et complémentaire pourrait contribuer utilement à la maîtrise des dépenses ;
- ◆ enfin, la soutenabilité à long terme du système de santé suppose également des conditions de gouvernance adaptées et des politiques résolues de recours à la prévention et à la qualité des soins ; l'adaptation des systèmes d'information et de communication constitue également un prérequis indiscutable ;

Rapport

- ◆ la mission est ainsi convaincue que seul un effort raisonné, imaginatif mais immédiat et résolu est de nature à garantir l'avenir d'un système de soins. Celui-ci ferait sinon courir de graves risques budgétaires, sauf à évincer d'autres dépenses sociales légitimes, et des risques sanitaires, en n'offrant plus les services de qualité que les malades sont en droit d'attendre.

A Paris, le 15 juin 2012

Liste des sigles et acronymes utilisés

◆	ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
◆	ACS	Aide à une complémentaire santé
◆	AE	Autorisation d'engagement
◆	AFSSAPS	Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé
◆	AGGIR	Autonomie Gérontologie Groupes Iso-Ressource
◆	AHC	Acte hors CCAM
◆	AINS	Anti-inflammatoires non stéroïdiens
◆	AJ	Accueil de jour
◆	ALD	Affection longue durée
◆	AM	Assurance maladie
◆	AM	Aide médicale
◆	AMC	Assurance maladie complémentaire
◆	AME	Aide médicale de l'Etat
◆	AMM	Autorisation de mise sur le marché
◆	AMO	Assurance maladie obligatoire
◆	AMP	Aide médico-psychologique
◆	ANAP	Agence nationale d'appui à la performance
◆	ANESM	Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
◆	AP-HP	Assistance publique des hôpitaux de Paris
◆	APA	Allocation personnalisée d'autonomie
◆	APU	Administration publique
◆	ARH	Agence régionale de l'hospitalisation
◆	ARS	Agence régionale de santé
◆	AS	Aide-soignant
◆	ASH	Aide sociale à l'hébergement
◆	ASMR	Amélioration du service médical rendu
◆	ATIH	Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
◆	AT/MP	Accidents du travail/maladies professionnelles
◆	ATU	Accueil et traitement des urgences
◆	AVK	Antivitamine K
◆	BDO	Base de données opérantes
◆	BHN	Biologie hors nomenclature
◆	BPCO	Broncho-pneumopathie chronique obstructive
◆	CA	Chiffre d'affaires
◆	CAHT	Chiffre d'affaires hors taxes
◆	CAMPS	Centre d'action médico-sociale précoce
◆	CAPI	Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
◆	CAS	Centre d'analyse stratégique
◆	CAT-MP	Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles
◆	CCAM	Classification commune des actes médicaux

Rapport

◆	CCMU	Classification clinique des malades d'urgence
◆	CCSS	Caisse commune de la Sécurité sociale
◆	CEPS	Comité économique des produits de santé
◆	CG	Conseil général
◆	CGES	Conseillers généraux des établissements de santé
◆	CHR	Centre hospitalier régional
◆	CHS	Centre hospitalier spécialisé
◆	CHU	Centre hospitalier universitaire
◆	CLCC	Centre de lutte contre le cancer
◆	CMD	Catégorie majeure de diagnostic
◆	CMPP	Centre médico-psycho-pédagogique
◆	CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
◆	CNAMTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
◆	CNG	Conseil national de gestion
◆	CNOP	Conseil national de l'ordre des pharmaciens
◆	CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
◆	CNSA	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
◆	COCT	Conseil d'orientation sur les conditions de travail
◆	CODES	Comités départementaux d'éducation pour la santé
◆	CP	Crédit de paiement
◆	CPAM	Caisse primaire de l'assurance maladie
◆	CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
◆	CREF	Contrat de retour à l'équilibre financier
◆	CRES	Comites régionaux d'éducation pour la santé
◆	CSBM	Consommation de soins et de biens médicaux
◆	CTN	Comités techniques nationaux
◆	DALY	Disability-adjusted life years
◆	DAP	Dotation amortissement provision
◆	DB	Direction du budget
◆	DDASS	Direction départementale des affaires sanitaires et sociales
◆	DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
◆	DGCS	Direction générale de la cohésion sociale
◆	DGFIP	Direction générale des finances publiques
◆	DGOS	Direction générale de l'offre de soins
◆	DGPH	Département de gestion des praticiens hospitaliers
◆	DM	Dispositif médical
◆	DMI	Dispositif médical implantable
◆	DMP	Dossier médical personnel
◆	DMS	Durée moyenne de séjour
◆	DRASS	Direction régionale des affaires sanitaires et sociales
◆	DREES	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
◆	DRFIP	Direction régionale des finances publiques
◆	DT	Délégation territoriale
◆	SDOSMS	Schémas départementaux d'organisation sociale et médico-sociale

Rapport

◆	ECBU	Examen cyto bactériologique des urines
◆	EHPA	Établissement d'hébergement pour personnes âgées
◆	EHPAD	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
◆	EMS	Établissement médico-social
◆	EPRD	État des prévisions de recettes et de dépenses
◆	EPS	Établissement public de santé
◆	ES	Établissement de santé
◆	ESAT	Établissement et service d'aide par le travail
◆	ESPIC	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
◆	ETP	Équivalent temps plein
◆	ESMS	Établissement et service médico-social
◆	FAM	Foyer d'accueil médicalisé
◆	FAU	Forfait annuel d'accueil aux urgences
◆	FEGAPEI	Fédération nationale des associations gestionnaires au service des personnes handicapées
◆	FEHAP	Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne, à but non lucratif
◆	FFSA	Fédération française des sociétés d'assurance
◆	FHF	Fédération hospitalière de France
◆	FIDES	Facturation individuelle des établissements de santé
◆	FINESS	Fichier national des établissements sanitaires et sociaux
◆	FIQCS	Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
◆	FIR	Fonds d'intervention régionale
◆	FMESPP	Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
◆	FNES	Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé
◆	FNPEIS	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire
◆	FNPEISA	Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire des professions agricoles
◆	FPH	Fonction publique hospitalière
◆	FSPF	Fédération des syndicats pharmaceutiques de France
◆	GCS	Groupement de coopération sanitaire
◆	GCSMS	Groupement de coopération sociale et médico-sociale
◆	GDR	Gestion du risque
◆	GEMME	Générique même médicament
◆	GERS	Groupement pour l'élaboration et réalisation statistiques
◆	GEVA	Guide d'évaluation
◆	GHM	Groupe homogène de malades
◆	GHS	Groupe homogène de séjour
◆	GIP	Groupement d'intérêt public
◆	GIPA	Garantie individuelle du pouvoir d'achat
◆	GMPS	GIR (Groupe iso-ressource) moyen pondéré soins
◆	GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
◆	GRSP	Groupements régionaux de santé publique
◆	GVT	Glissement vieillesse technicité

Rapport

◆	HAD	Hospitalisation à domicile
◆	HAS	Haute autorité de santé
◆	HBPM	Héparines de bas poids moléculaire
◆	HCAAM	Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
◆	HL	Hôpital local
◆	HPST	Hôpital, patients, santé, territoire (loi)
◆	HPV	Virus du papillome humain
◆	HT	Hébergement temporaire
◆	HTA	Hypertension artérielle
◆	IADE	Infirmier anesthésiste
◆	IBODE	Infirmier de bloc opératoire
◆	IDE	Infirmier diplômé d'État
◆	IEC	Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
◆	IFSI	Instituts de formation en soins infirmiers
◆	IJ	Indemnités journalières
◆	IME	Institut médico-éducatif
◆	IM Pro	Institut médico-professionnel
◆	IMP	Institut médico-pédagogique
◆	INCa	Institut national du cancer
◆	INERIS	Institut national de l'environnement industriel et des risques
◆	INRS	Institut national de recherche et de sécurité
◆	INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale
◆	INPES	Institut national de prévention et d'éducation pour la santé
◆	INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
◆	IPP	Inhibiteurs de la pompe à protons
◆	IREPS	Instances régionales d'éducation et de promotion de la santé
◆	IRM	Imagerie par résonance magnétique
◆	ITEP	Institut thérapeutique éducatif et pédagogique
◆	IVG	Interruption volontaire de grossesse
◆	LABM	Laboratoire de biologie médicale
◆	LFSS	Loi de financement de la Sécurité sociale
◆	LMD	Licence, master, doctorat
◆	LPFP	Loi de programmation des finances publiques
◆	LPP	Liste des produits et prestations
◆	MAIA	Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades Alzheimer
◆	MAS	Maison d'accueil spécialisée
◆	MCO	Médecine chirurgie obstétrique
◆	MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
◆	MECS	Maison d'enfants à caractère social
◆	MEEDDM	Ministère de l'écologie, de l'énergie, du développement durable et de la mer
◆	MERRI	Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation
◆	MIGAC	Mission d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation
◆	MILDT	Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie

Rapport

◆ MIOMCT	Ministère de l'Intérieur, de l'Outre-mer et des Collectivités territoriales
◆ MIRE	Mission recherche
◆ MMG	Maison médicale de garde
◆ MS	Médico-social
◆ MSA	Mutualité sociale agricole
◆ MSAP	Mise sous accord préalable
◆ NABM	Nomenclature des actes de biologie médicale
◆ NFS	Numération de formule sanguine
◆ NGAP	Nomenclature générale des actes professionnels
◆ OC	Organisme complémentaire
◆ OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
◆ OGD	Objectif global des dépenses
◆ OMEDIT	Observatoire des médicaments, des dispositifs médicaux et des innovations thérapeutiques
◆ OMS	Organisation mondiale de la santé
◆ ONDAM	Objectif national des dépenses de l'assurance maladie
◆ OQN	Objectif quantifié national
◆ ORPI	Objectif régional pluriannuel d'investissement
◆ ORS	Observatoire régional de santé
◆ OTC	Over the counter, c'est-à-dire en vente libre
◆ PA	Personnes âgées
◆ PAI	Plan d'aide à l'investissement
◆ PAP	Projet annuel de performance
◆ PASA	Pôle d'activités et de soins adaptés
◆ PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
◆ PEC	Prise en charge
◆ PFHT	Prix fabricant hors taxes
◆ PH	Personne handicapée
◆ PHMEV	Prescriptions hospitalières médicamenteuses exécutées en ville
◆ PIB	Produit intérieur brut
◆ PM	Personnel médical
◆ PMSI	Programme de médicalisation des systèmes d'information
◆ PNM	Personnel non médical
◆ PPL	Projet de proposition de loi
◆ PPS	Programme personnalisé de soins
◆ PQE	Programme de qualité et d'efficacité
◆ PRADO mamans	Programme d'accompagnement du retour à domicile des jeunes mamans
◆ PREF	Plan de retour à l'équilibre financier
◆ PRIAC	Programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
◆ PRS	Programme régional de santé
◆ PSGA	Plan solidarité grand âge
◆ PSRS	Projet stratégique régional de santé

Rapport

◆	PUI	Pharmacie à usage interne
◆	PU-PH	Professeur des universités praticien hospitalier
◆	QALY	Quality adjusted life years
◆	RAC	Reste à charge
◆	R&D	Recherche et développement
◆	RGPP	Révision générale des politiques publiques
◆	ROI	Return on investment
◆	ROR	Rougeole-oreillons-rubéole
◆	RPPS	Répertoire partagé des professionnels de santé
◆	RSI	Régime social des indépendants
◆	SAE	Statistique annuelle des établissements de santé
◆	SAMSAH	Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
◆	SAVS	Service d'accompagnement à la vie sociale
◆	SDV	Soins de ville
◆	SEL	Société d'exercice libéral
◆	SESSAD	Service d'éducation spéciale et de soins à domicile
◆	SI	Système d'information
◆	SIH	Système d'information hospitalier
◆	SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
◆	SNIIRAM	Système d'information de l'assurance maladie
◆	SROMS	Schéma régional de l'organisation médico-sociale
◆	SROS	Schéma régional d'organisation des soins
◆	SSIAD	Service de soins infirmiers à domicile
◆	SSR	Soins de suite et de réadaptation
◆	SYNERPA	Syndicat national des établissements et résidences privées pour personnes âgées
◆	T2A	Tarifification à l'activité
◆	TCAM	Taux de croissance annuel moyen
◆	TFR	Tarif forfaitaire de responsabilité
◆	TJP	Tarif journalier de prestation
◆	TM	Ticket modérateur
◆	TSH	Thyréostimuline
◆	UCD	Unité commune de dispensation
◆	UHTCD	Unité hospitalisation très courte durée
◆	UNCAM	Union nationale des caisses d'assurance maladie
◆	UNIOPSS	Union nationale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
◆	USLD	Unité de soins de longue durée
◆	VIH	Virus de l'immunodéficience humaine
◆	VSL	Véhicule sanitaire léger

Liste des personnes rencontrées

SECRETARIAT GENERAL DES MINISTERES CHARGES DES AFFAIRES SOCIALES

- ◆ M^{me} Emmanuelle WARGON, secrétaire générale
- ◆ M^{me} le Dr Elisabeth FERY-LEMONNIER, chargée de mission
- ◆ M. Nicolas GRIVEL, chargé de mission
- ◆ M. le Dr Olivier OBRECHT, chargé de mission
- ◆ M. Olivier VEBER, chargé de mission

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ETUDES, DE L'EVALUATION ET DES STATISTIQUES

- ◆ M^{me} Nathalie FOURCADE, sous-directrice de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- ◆ M^{me} Magda TOMASINI, sous-directrice chargée de l'observation de la solidarité
- ◆ M. Denis RAYNAUD, adjoint, sous-direction de l'observation de la santé et de l'assurance maladie
- ◆ M^{me} Joëlle CHAZAL, adjointe, sous-direction de l'observation de la solidarité
- ◆ M. Etienne DEBAUCHE, chef du bureau handicap-dépendance
- ◆ M. Renaud LEGAL, chef du bureau des dépenses de santé et des relations avec l'assurance maladie
- ◆ M^{me} Anny GOLFOUSE, chef du projet dépendance
- ◆ M^{me} Fanny MIKOL, chef de bureau « professions de santé » ;
- ◆ M^{me} Vanessa BELLAMY, bureau « profession de santé »

DIRECTION DE LA SECURITE SOCIALE

- ◆ M. Thomas FATOME, directeur
- ◆ M^{me} Katia JULIENNE, sous-directrice, 1^{ère} sous-direction financement du système de soins
- ◆ M. Guillaume COUILLARD, adjoint à la sous-directrice, 1^{ère} sous-direction financement du système de soins
- ◆ M. Jérôme CLERC, chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux
- ◆ M^{me} Laure-Marie ISSANCHOU, adjointe au chef du bureau des établissements de santé et des établissements médico-sociaux
- ◆ M^{me} Irina SCHAPIRA, chef de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie, 1^{ère} sous-direction
- ◆ M^{me} Caroline BUSSIÈRE, adjointe au chef de la mission de la coordination et de la gestion du risque maladie
- ◆ M^{me} Elisabeth DESO, mission de la coordination et de la gestion du risque maladie
- ◆ M. Fabrice MASI, chef de bureau « relations avec les professionnels de santé »
- ◆ M^{me} Valérie MARTY, adjointe, bureau des professionnels de santé, 1^{ère} sous-direction

Rapport

- ◆ M. Pierre PRIBILE, chef du bureau des produits de santé
- ◆ M. Etienne CHAMPION, sous-directeur, 2^{ème} sous direction accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail
- ◆ Mme Cécile WAQUET, adjointe au sous directeur, 2^{ème} sous direction accès aux soins, prestations familiales et accidents du travail
- ◆ M. Olivier BACHELLERY, chef du bureau accès aux soins, 2^{ème} sous direction
- ◆ M^{me} Julie POUGHEON, adjointe au bureau accès aux soins, 2^{ème} sous direction
- ◆ M^{me} Marie DAUDE, sous-directrice, 3^{ème} sous-direction retraites et institutions de la protection sociale complémentaire
- ◆ M. Benjamin LAURENT, chef de bureau dans la 3^{ème} sous direction
- ◆ M. Laurent CAUSSAT, sous-directeur, 6^{ème} sous-direction études et prévisions financières
- ◆ M. Romain ROUSSEL, chef du bureau économie de la santé, sous-direction des études et des prévisions financières,
- ◆ Mme Nadia AMER, bureau économie de la santé
- ◆ Mr Thomas WANECQ, chef de projet
- ◆ M. Emmanuel CHION, chef de projet
- ◆ M. Pierre PRIBILLE, chef du bureau des produits de santé ;

DIRECTION GENERALE DE L'OFFRE DE SOINS

- ◆ M^{me} Annie PODEUR, directrice
- ◆ M^{me} Sandrine BILLET, sous-direction de la régulation de l'offre de soins, synthèse organisationnelle et financière
- ◆ M^{me} Natacha LEMAIRE, sous-directrice, sous direction de la régulation de l'offre de soins
- ◆ M. Samuel PRATMARTY, adjoint à la sous directrice, sous direction de la régulation de l'offre de soins
- ◆ M. Yannick LE GUEN, sous directeur, sous-direction du pilotage de la performance des acteurs de l'offre de soins
- ◆ M. Raymond LE MOIGN, sous directeur, sous direction des ressources humaines du système de santé
- ◆ M^{me} Christine GARDEL, adjointe au sous-directeur, sous direction des ressources humaines du système de santé
- ◆ M. Vincent BEAUGRAND, chef du bureau « Premier recours »
- ◆ Mme Perrine RAME-MATTHIEU, adjointe au chef du bureau « Premier recours »

DIRECTION GENERALE DE LA COHESION SOCIALE

- ◆ M^{me} Sabine FOURCADE, directrice
- ◆ M^{me} Virginie MAGNANT, cheffe de service
- ◆ M. Cécile GUYADER, sous-directrice aux affaires financières
- ◆ M. Serge CANAPE, chef du bureau de la gouvernance du secteur social et médico-social
- ◆ M. Thierry ECHAUBARD, bureau des budgets et finances
- ◆ M. Gilles de LA GORCE

Rapport

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE

- ◆ M. le Dr Yves GRALL, directeur général
- ◆ M. Christian POIRET, chef de service
- ◆ Mme Laurence BASSANO, secrétaire générale adjointe

COMITE ECONOMIQUE DES PRODUITS DE SANTE

- ◆ M. Gilles JOHANET, président
- ◆ M. André TANTI, vice-président
- ◆ M^{me} Carine FERRETTI, rapporteure générale

CONTRÔLE GENERAL ECONOMIQUE ET FINANCIER

- ◆ M^{me} Marie-Laurence PITOIS-PUJADE, chef de mission Santé
- ◆ Mr Noel RENAUDIN, conseiller général économique et financier

DIRECTION DU BUDGET

- ◆ M. Rodolphe GINTZ, sous-directeur 6^e sous-direction
- ◆ M^{me} Amélie VERDIER, sous-directrice 1^{ere} sous-direction
- ◆ M. Marc-Henri SERRE, chef du bureau Solidarité et Insertion
- ◆ M^{me} Marie SAMSON, chef du bureau comptes sociaux et santé
- ◆ M^{me} Jennifer HUGUENIN, bureau comptes sociaux et santé
- ◆ M. Jérôme BONHERBE, chef du bureau politique salariale et synthèse statutaire
- ◆ M. Joël GOSNAVE, bureau politique salariale et synthèse statutaire

DIRECTION GENERALE DU TRESOR

- ◆ M. Stéphane PAILLAUD chef du bureau Santé et comptes sociaux ;
- ◆ M. Grégoire de LAGASNERIE, adjoint au chef du bureau Santé et comptes sociaux ;
- ◆ Maya ATIG, sous-directrice Assurances, oui on l'a vu
- ◆ M^{me} Dominique LEGAY, adjointe au chef du bureau Assurances 1 ;

DGCIS

- ◆ M. Daniel VASMANT, chef du bureau des industries de la santé, de biotechnologie et de l'agro-alimentaire
- ◆ M. Aristide SUN, bureau des industries de la santé, de biotechnologie et de l'agro - alimentaire

DGCCRF

- ◆ M. Alain BOULANGER, chef du bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne

Rapport

DGFIP

- ◆ M. Benoit SABLAYROLLES, chef de secteur

AGENCE NATIONALE D'AIDE A LA PERFORMANCE

- ◆ M^{me} Noëlle BIRON, directrice du pôle « Pilotes de transformation »
- ◆ M^{me} Marie-Dominique LUSSIER, directrice du secteur médico-social
- ◆ M^{me} Virginie HOARO, chargée de mission
- ◆ M^{me} Eva BATTAGAIA, chargée de mission
- ◆ M^{me} Emilie DUCHANGE, chargée de mission

AGENCE NATIONALE DE L'EVALUATION ET DE LA QUALITE DES SERVICES ET ETABLISSEMENTS SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX

- ◆ M. Didier CHARLANNE, directeur

AGENCE REGIONALE DE SANTE – ILE-DE-FRANCE

- ◆ M. Claude EVIN, directeur général
- ◆ M. Patrick OLIVIER, directeur de la stratégie ;
- ◆ M. Marc BOURQUIN, directeur du pôle médico-social
- ◆ M^{me} Isabelle BILGER, pôle médico-social

AGENCE REGIONALE DE SANTE – NORD-PAS-DE-CALAIS

- ◆ M. Daniel LENOIR, directeur général
- ◆ M^{me} Hélène TOUSSAINT, responsable du département planification à la direction de l'offre médico-sociale ;

AGENCE REGIONALE DE SANTE – ALSACE

- ◆ M^{me} Marie FONTANEL, directrice générale adjointe

AGENCE REGIONALE DE SANTE – RHÔNE ALPES

- ◆ M. Christophe JAQUINET, directeur général

HAUTE AUTORITE DE SANTE

- ◆ M. Jean-Luc HAROUSSEAU
- ◆ M. Dominique MAIGNE
- ◆ M. Alain CORDIER
- ◆ M. Jean-Christophe MORIN
- ◆ M^{me} Catherine RUMEAU-PICHON

Rapport

- ◆ M^{me} Dr Nathalie RIOLACCI

HAUT CONSEIL POUR L'AVENIR DE L'ASSURANCE MALADIE

- ◆ M. Denis PIVETEAU, président
- ◆ M. Alain CORDIER, vice-président
- ◆ M. Jean-Philippe VINQUANT, secrétaire général

INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE

- ◆ M^{me} le Dr Thanh LE LUONG, directrice générale
- ◆ M. le Dr Pierre ARWIDSON, directeur des affaires scientifiques

MISSION ALZHEIMER

- ◆ M^{me} Florence LUSTMAN, responsable de l'animation et de la coordination interministérielle
- ◆ M^{me} Sandrine LEMERY, chargée de mission, pilotage interministériel

REPRESENTATION PERMANENTE AUPRES DE L'UNION EUROPEENNE

- ◆ M. Etienne GRASS, chef du service des affaires sociales

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

- ◆ M. Frédéric VAN ROECKEGHEM, directeur général
- ◆ M^{me} Dominique POLTON, directrice de la stratégie, des études et des statistiques
- ◆ M. Claude GISSOT, adjoint à la directrice de la stratégie, des études et des statistiques
- ◆ M^{me} Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins
- ◆ M^{me} Garménick LEBLANC, coordinatrice de la cellule médico-social
- ◆ M. Pierre FENDER, directeur de la lutte contre la fraude
- ◆ M. Michel MARTY, responsable du département de l'hospitalisation
- ◆ M. Philippe ULMANN, directeur de l'offre de soins
- ◆ M. Jocelyn COURTOIS, responsable du département des produits de santé
- ◆ M^{me} Laure PRESTAT, département des produits de santé

CAISSE CENTRALE DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

- ◆ M. Michel BRAULT, directeur général
- ◆ M. Philippe LAFFON, directeur santé
- ◆ M. Alain PELC, directeur des études, des répertoires et des statistiques
- ◆ M. Bruno LACHESNAIE, directeur de l'action sanitaire et sociale et des services aux personnes
- ◆ M^{me} Françoise VEDEL, directeur de la maîtrise des risques

Rapport

CAISSE NATIONALE DU RSI

- ◆ M. Stéphane SEILLER
- ◆ M^{me} Stéphanie DESCHAUME

CAISSE NATIONALE DE LA SOLIDARITE POUR L'AUTONOMIE

- ◆ M. Luc ALLAIRE, directeur
- ◆ M. Laurent GRATIEUX, directeur adjoint
- ◆ M. Xavier DUPONT, directeur des établissements et services médicaux-sociaux
- ◆ M^{me} Nathalie MONTANGON, chargée de mission ; pôle allocation budgétaire de la direction des établissements et services médico-sociaux
- ◆ M. Guillaume BLANCO, pôle programmation de l'offre de services

CAISSE NATIONALE D'ASSURANCE VIEILLESSE

- ◆ M. Albert LAUTMAN, directeur de l'action sociale

CAISSE NATIONALE DE RETRAITE DES AGENTS DES COLLECTIVITES LOCALES

- ◆ M. Pascal LAFON, directeur de la gouvernance des fonds
- ◆ M. Loïc GAUTHIER, direction de la gouvernance des fonds,

CENTRE NATIONAL DE GESTION

- ◆ M^{me} Danielle TOUPILLIER, directrice générale

FONDS COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

- ◆ M. Jean-François CHADELAT, directeur

CENTRE D'ANALYSE STRATEGIQUE

- ◆ M. Sylvain LEMOINE, chef du département Questions sociales

COUR DES COMPTES

- ◆ M. Raoul BRIET, président de la 6^e chambre
- ◆ M. Denis MORIN, 6^e chambre
- ◆ M. Christian BABUSIAUX, président de l'Institut des données de santé

ASSEMBLEE DES DEPARTEMENTS DE FRANCE

- ◆ M. Jean-Pierre HARDY, chef du service des politiques sociales

Rapport

ASSISTANCE PUBLIQUE DES HÔPITAUX DE PARIS

- ◆ M. Christian POIMBOEUF, directeur des ressources humaines
- ◆ M^{me} Sybille VEIL, directrice du pilotage de la transformation
- ◆ M^{me} Laurence BERNARD, chargée de mission, direction du pilotage de la transformation

ORGANISATION DE COOPERATION ET DE DEVELOPPEMENT ECONOMIQUES

- ◆ M. Gaétan LAFORTUNE, chargé d'étude statistiques

CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE

- ◆ M. Jean-Louis FAURE, délégué général
- ◆ M^{me} Evelyne GUILLET, directeur santé

FEDERATION FRANCAISE DES SOCIETES D'ASSURANCE

- ◆ M. Jean-François LEQUOY, délégué général
- ◆ M. Alain ROUCHE, directeur santé
- ◆ M^{me} Véronique CAZALS, conseiller du président sur la protection sociale

FEDERATION HOSPITALIERE DE FRANCE

- ◆ M. Gérard VINCENT, délégué général
- ◆ M^{me} Murielle JAMOT, adjointe en charge du secteur social et médico-social

FEDERATION DES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS ET D'AIDE A LA PERSONNE

- ◆ M. David CAUSSE, coordonnateur du pôle santé-social, directeur du secteur sanitaire
- ◆ M^{me} Adeline LEBERCHE, directrice du secteur social et médico-social
- ◆ M^{me} Stéphanie ROUSVAL-AUVILLE

FEDERATION DE L'HOSPITALISATION PRIVEE

- ◆ M. Dominique COUDREAU, directeur
- ◆ M. David CASTILLO, économiste
- ◆ M. Thierry BECHU, délégué général FHP-MCO ;

FEDERATION NATIONALE DES MUTUELLES DE FRANCE

- ◆ M. Jean-Martin COHEN SOLAL, directeur général
- ◆ M. Emmanuel ROUX, directeur délégué auprès du directeur général
- ◆ M^{me} Agnès BOCOGNANO, directrice déléguée santé

Rapport

SYNDICAT NATIONAL DES ETABLISSEMENTS ET RESIDENCES PRIVES POUR PERSONNES AGEES

- ◆ M^{me} Florence ARNAIZ-MAUME, directrice
- ◆ M. Antoine FRAYSSE

MUTUELLE GENERALE DE L'EDUCATION NATIONALE

- ◆ M. Thierry BEAUDET, président
- ◆ M. Jean-Louis DAVET, directeur groupe

AG2R LA MONDIALE

- ◆ M. Pascal BROUSSOUX, directeur des assurances de risques
- ◆ M. Philippe QUIQUE, directeur du développement des services santé
- ◆ M. Pierre AURELLY, directeur technique

JALMA

- ◆ M. Jean-Marc AUBERT, associé du cabinet

MCKINSEY

- ◆ M. Thomas LONDON, directeur associé ;
- ◆ M^{me} Hortense DE LA BOUTELIERE, directrice associée

MALAKOFF MEDERIC

- ◆ M. Laurent BORELLA, directeur santé

SANTECLAIR

- ◆ M^{me} Marianne BINST, directrice générale

SANOFI AVENTIS

- ◆ M. Nicolas CARTIER, directeur général France

Personnalités qualifiées

- ◆ M. Bruno DURIEUX, inspecteur général des finances
- ◆ M. Pierre-Louis BRAS, inspecteur général des affaires sociales
- ◆ M. Laurent VACHEY, inspecteur général des finances, ancien directeur de la CNSA
- ◆ M^{me} Agnès JEANNET, inspectrice générale des affaires sociales
- ◆ M. Jean-Michel CHARPIN, inspecteur général des finances

Rapport

- ◆ M. Michel THIERRY, inspecteur général des affaires sociales
- ◆ M^{me} Nathalie DESTAIS, inspectrice générale des affaires sociales
- ◆ M. Vincent LE TAILLIANDIER, inspecteur général des affaires sociales
- ◆ Catherine HESSE, inspectrice générale des affaires sociales
- ◆ Vincent MAYMIL, inspecteur général des affaires sociales
- ◆ Jacques LE PAPE, inspecteur général des finances
- ◆ M. Jean de KERVASDOUE, économiste de la santé, titulaire de la chaire Santé au CNAM
- ◆ M. Gérard de POUVOURVILLE, économiste de la santé, professeur à l'ESSEC
- ◆ M. Claude LE PEN, économiste de la santé, professeur à l'université Paris-Dauphine
- ◆ M. Dominique LIBAULT, directeur de l'Ecole nationale supérieure de sécurité sociale, ancien directeur de la Sécurité sociale
- ◆ M. Daniel POSTEL-VINAY, inspecteur général des affaires sociales honoraire
- ◆ M^{me} Claire BODIN, consultante
- ◆ M. Pierre-Alain de MALLERAY, directeur général de MutRé
- ◆ M^{me} Rose-Marie VAN LERBERGHE, ancienne présidente du directoire du groupe Korian