

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIES

République Libanaise
Bureau du Ministre d'Etat pour la Réforme Administrative
Centre des Projets et des Etudes sur le Secteur Public
(C.P.E.S.P.)

DES SOINS DE QUALITE POUR TOUS



REFONDER LE SYSTEME DE SOINS

La qualité assurée
Une offre de soins adaptée
Des prestations de santé définies
Des acteurs responsables

-12 JUILLET 1999 -

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION

Des orientations au Plan : une nécessaire contribution

Les fondements du Plan Stratégique

LES PROPOSITIONS

Chapitre -1 - Mesurer et montrer la qualité de l'offre de soins

proposition 1- refonder le conventionnement sur la certification

proposition 2- moduler le champ du conventionnement en fonction de l'habilitation professionnelle

proposition 3- créer un secteur d'excellence

proposition 4- auditer les structures hospitalières

Chapitre 2 - Adapter l'offre de soins (approche quantitative et qualitative)

proposition 5- conventionner l'offre de soins en fonction des besoins

proposition 6- contractualiser le conventionnement des médecins en secteur 2

proposition 7- moduler la prise en charge des cotisations sociales

proposition 8- modifier la prise en charge des dépenses de biologie

proposition (voir proposition 4)- auditer les structures hospitalières

proposition 9- définir les niveaux de soins hospitaliers et les fonctions de l'hôpital de proximité

proposition 10- moraliser l'activité libérale à l'hôpital

proposition 11- rénover la gestion du patrimoine hospitalier

proposition 12- créer un fonds d'investissement pour les établissements privés

proposition 13- améliorer la pratique médicale et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

proposition 14- revoir les conditions de développement et de sécurisation de la chirurgie ambulatoire

proposition 15- valoriser les enseignements des expériences de filières et réseaux de soins

proposition 16- prendre en charge les soins palliatifs

éclairage - la prévention

Chapitre 3 - Définir le périmètre et le juste prix du panier de biens et services

proposition 17- les soins dentaires

proposition 18- l'optique

proposition 19- les médicaments

19-1- pour une régulation globale des médicaments

19-2- faible service médical rendu

proposition 20- la chimiothérapie

proposition 21 les vaccins

proposition 22- le TIPS

proposition 23- les cures thermales

proposition 24- l'harmonisation des modes de financement des soins hospitaliers

Chapitre 4 - Responsabiliser les acteurs : visibilité et choix

LES ASSURES

proposition 25- carnet de santé / volet de santé opposables

proposition 26- choix rationnel entre modes d'accès aux soins

proposition 27- bilan de consommation de soins

proposition 28- opposabilité progressive aux patients de certaines normes médicales d'investigation et de dépistage

LES PROFESSIONNELS

proposition 29- généralisation du compte-rendu des actes médicaux techniques et intellectuels

proposition 30- régulation des dépenses médicales

proposition 31 - prise en charge des transports sanitaires

proposition 32 - responsabilité des professions prescrites MK/Infirmiers

L'ASSURANCE MALADIE

proposition 33 - plate-forme de services (call center)

proposition 34 - panier de biens et services (voir II-3)

proposition 35- décompte et paiement uniques

éclairage - la régionalisation

ANNEXE 1 - ETAPES ET CHIFFRAGE DU PLAN

1.1 Etapes du plan

1.2 Chiffrage du plan

ANNEXE 2 - LES TRADUCTIONS LEGISLATIVES DES PROPOSITIONS

ANNEXE 3 - LES FICHES EXPLICATIVES

(les numéros des fiches renvoient aux numéros des propositions)

Fiche 1

Fiche 2

Fiche 7

Fiche 8

Fiche 13

Fiche 14

Fiche 18

Fiche 19

Fiche 21

Fiche 22

Fiche 23

Fiche 24

Fiche 27

Fiche 29

Fiche 30

Fiche 31

Fiche A

Fiche B

TABLE DE PASSAGE entre les documents des 30 mars et 12 juillet

35 propositions du 12 juillet	22 mesures du 30 mars	Fiches explicatives	
		doc 12 juillet	doc 30mars
CHAPITRE 1			
1-refonder le conventionnement sur la certification	1-	1	□
2-habilitation professionnelle	3-	2	4
3-créer un secteur d'excellence	5-1- secteur 4	□	□
4- audit des établissements	20		
CHAPITRE 2			
5- conventionner l'offre en fonction des besoins	2	□	□
6-contractualiser le secteur 2	5-1	□	□
7-moduler prise en charge des cotisations sociales	6	7	3A-3B
8-prise en charge des dépenses de biologie	14	8	18
9-définir les niveaux de soins des établissements	□	□	□
10-moraliser l'activité libérale à l'hôpital	□	□	□
11-r�nov�r la gestion du patrimoine hospitalier	22		
12-créer un fonds d'investissement cliniques	□	□	□
13-insuffisance rénale	17	13	12
14-chirurgie ambulatoire	16	14	11
15-enseignements expériences filières et réseaux	□	□	□
16-soins palliatifs	□	□	□
CHAPITRE 3			
17-soins dentaires	12		
18-optique	□	18	□
19-médicaments	15 + économie -fiche 21	19-1et 2	15-21
20-chimiothérapie	18		
21-vaccins	mesure économie-fiche 19	21	19
22-TIPS	□	22	□□
23-cures thermales	mesure économie-fiche 17	23	17
24-harmonisation financement établissements	21	24	9
CHAPITRE 4			
25-carnet de santé / VIM	7	□	□
26-choix entre modes d'accès aux soins	8	□	□
27-bilan de consommation de soins	9	27	□
28-opposabilité progressive normes investigation	10	□	□
29-compte-rendu des actes	4	29	5
30-régulation des dépenses médicales	11	30	6
31-prise en charge transports sanitaires	19	31	14
32-responsabilité professions prescrites	13		
33-plate-forme de services	□	□	□
34-panier de biens et services	□	□	□
35-décompte et paiement uniques-	□	□	□
	dégradation financière	A	1
	excédents trésorerie EPS mesure économie-fiche 20	B	20

INTRODUCTION

DES ORIENTATIONS AU PLAN : UNE NECESSAIRE CONTRIBUTION

LES ORIENTATIONS STRATEGIQUES

Au moment où le conseil d'administration examine la traduction opérationnelle des orientations stratégiques qu'il a arrêtées en octobre 1998, il entend réaffirmer avec force les principes qui ont fondé la construction de l'assurance maladie. En particulier, les partenaires sociaux et mutualistes qui gèrent l'assurance maladie expriment leur attachement au mode de solidarité entre bien portants et malades qui s'exerce par le biais de l'assurance maladie où chacun contribue au financement en fonction de ses revenus et perçoit des prestations en fonction de ses besoins de soins.

Ils rappellent que l'assurance maladie a choisi, à son origine, de solvabiliser les patients en remboursant leurs soins, plutôt que de systématiser le financement direct de l'offre de soins. Le conseil d'administration reste attaché à ce choix, empreint de liberté pour les professionnels comme pour les patients. Ce choix a permis le développement de l'offre de soins, à l'origine insuffisante, en préservant le libre choix de son praticien par le patient, et la liberté thérapeutique des médecins.

Ils sont convaincus que ce choix de liberté porte en lui-même une exigence de responsabilité. Il importe donc de définir de façon équilibrée la responsabilité de chacun des acteurs du système de soins, en sorte de parvenir à une maîtrise du système de soins qui garantisse la qualité des soins et la couverture de l'ensemble des besoins de soins, en même temps qu'une maîtrise des coûts. En préconisant cette régulation coordonnée de l'ensemble du système de soins, les partenaires sociaux et mutualistes estiment donc qu'elle peut également ouvrir, dans le cadre des lois de financement votées par le parlement, la voie d'une amélioration de la couverture de besoins encore en émergence, ou mal assurée à ce jour.

Depuis l'adoption par le conseil d'administration, le 13 octobre 1998, des orientations stratégiques de l'Assurance Maladie, deux éléments nouveaux sont apparus, renforçant la nécessité d'une clarification de l'action publique dans la domaine de la santé et des soins.

L'évolution de la situation financière de l'Assurance Maladie démontre que les comptes de la branche restent très sensibles à une modification, même modeste, de la conjoncture économique, qui vient se répercuter sur le rythme de croissance de ses recettes. Mais surtout, la forte hausse des dépenses enregistrée en 1998, qui s'est accentuée de janvier à mai 99, a mis en lumière l'insuffisance du dispositif de maîtrise, progressivement bâti durant la décennie ; la stabilisation de ces dépenses - à supposer même qu'elle soit durable - crée un déséquilibre financier.

L'annulation par le Conseil Constitutionnel, le 18 décembre 1998, de la clause de régulation des dépenses médicales inscrite dans la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 1999, a des effets immédiats, qui ne doivent toutefois pas être surestimés. Le principe de la responsabilité collective des professionnels de santé a été reconnu conforme à la constitution et, si la mise en œuvre pratique de ce principe s'est évanouie, son impact financier est réduit, car la récupération des dépassements ne devait être, en tout état de cause, que très partielle.

En revanche, combinée avec les décisions de même nature et d'égale portée prises par le Conseil d'Etat, l'annulation du Conseil Constitutionnel oblige à repenser fondamentalement l'économie, voire la philosophie de la responsabilité que doit assumer chacun des acteurs du système de soins, et pas seulement les professionnels de santé.

Ainsi, dans la mesure où le Conseil Constitutionnel subordonne l'application de la responsabilité collective à la reconnaissance d'un droit à connaître et user de critères "objectifs et rationnels" de comportement, il paraît raisonnable et souhaitable d'étendre cette perspective aux assurés et de les faire également bénéficier de cette liberté d'optimiser leur comportement individuel.

LE PLAN MIS EN DEBAT

Le plan de mise en œuvre des orientations stratégiques a été adopté par le Conseil d'Administration de la CNAMTS, le 30 mars 1999, en tant que contribution à l'assurance maladie à la période de réflexion, ouverte le 12 février 1999 par la Ministre de l'Emploi et de la Solidarité ainsi que le Secrétaire d'Etat à la Santé et à l'Action Sociale.

Le Conseil d'Administration a donc décidé de mettre en débat cette contribution. Les caisses primaires, régionales et générales, les unions régionales des caisses, la caisse nationale et le service médical ont pris l'attache de tous les acteurs du système de soins pour recueillir leur avis. Aussi sollicités, les autres régimes d'assurance maladie obligatoires, les assureurs complémentaires, les élus nationaux et locaux, les assurés, les responsables administratifs, les différentes catégories de professionnels de santé, les représentants institutionnels et syndicaux des hôpitaux et de leur personnel, les syndicats de cliniques privées, ainsi que les personnels du régime général, ont permis de recueillir plus de 500 contributions, formant un ensemble d'une exceptionnelle richesse. Leur contenu, présenté le 5 juillet aux responsables de tous les régimes d'assurance maladie obligatoires a naturellement conduit à modifier et approfondir le plan "des soins de qualité pour tous", à nouveau présenté au Conseil d'Administration de la CNAMTS le 12 juillet 1999.

Pour autant, le débat n'a pas pour effet de modifier les limites, ni l'économie générale du plan :

En effet, si le plan inclut de nombreuses propositions nouvelles, il n'a toujours pas la prétention d'être exhaustif et d'appréhender dans son champ la totalité des secteurs de soins. Ainsi, les réformes suggérées pour l'hôpital ne concernent que les activités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique) : aujourd'hui, la réflexion de la CNAMTS n'est pas achevée sur les activités de long et moyen séjours, ni sur le secteur médico-social, qui constituent au demeurant des champs potentiels de redéploiement de l'activité et des emplois hospitaliers.

La cohérence du plan reste fondée sur la démarche qualité, car le débat a mis justement à jour un quasi-consensus sur les fondements du plan, définis et explicités à partir de ce choix initial (Cf. infra).

Les conditions sont donc réunies pour que la logique de réforme s'exprime dans les faits, au travers notamment des dispositions du projet de loi de financement pour l'an 2000 et la future triennale d'objectif et de gestion 2000-2002, appelée à unir l'Etat et l'assurance maladie au service de cette ambition.

LES FONDEMENTS DU PLAN STRATEGIQUE

L'assurance maladie, qu'elle soit obligatoire ou complémentaire, est aujourd'hui un "payeur aveugle", car les règles assurant le fonctionnement du système de soins – et pas seulement la prise en charge des soins - lui interdisent d'être un acheteur avisé, à même de sélectionner ce qu'il finance en fonction de la qualité, des besoins, de l'utilité et des coûts.

Permettre à l'Assurance Maladie de devenir un acheteur avisé passe par la généralisation d'une démarche qualité s'inscrivant dans une politique de santé publique et reposant sur une articulation optimale des champs d'action et de responsabilité des différents acteurs : Etat, assurance maladie, professionnels de santé et assurés.

Seule la qualité est un critère de prise en charge également légitime aux yeux des assurés et des professionnels de santé. Seule la qualité peut structurer la nécessaire rationalisation des systèmes de soins et de leur prise en charge.

A La démarche qualité

La démarche qualité obéit à des critères stricts :

- Elle est nécessairement sélective

Il faut d'abord déterminer les besoins pris en charge, c'est-à-dire les besoins en matière de santé, et, parmi ceux-ci, les besoins appelant une réponse sanitaire (et non environnementale par exemple). C'est bien pourquoi la démarche qualité pour devenir la règle de fonctionnement du système de soins doit impliquer l'ensemble de ses acteurs.

Les références que représentent l'expérience acquise en ce domaine par les autres pays développés montrent que la définition des priorités de santé publique résulte d'un processus contradictoire et pluridisciplinaire faisant largement place à l'expression de la société civile dans toutes ses composantes.

Mais au final, c'est l'Etat et lui seul, qui, en étant responsable de la totalité des actions publiques concourant au maintien ou à l'obtention d'un bon état de santé de chaque individu, peut hiérarchiser les priorités de santé publique et, parmi elles, celles qui appellent une réponse du système de soins : il est donc maître de la définition des besoins de santé, des besoins de soins et des besoins en soignants.

Les ressources consacrées à la santé et aux soins sont limitées, il est donc impératif d'inverser la logique actuelle qui conduit inéluctablement aux gaspillages, aux inégalités croissantes dans l'accès au soins, et, de fait, à une médecine à deux vitesses.

De même, la démarche sélective en matière de besoins constitue une des conditions à la non sélection des populations, dont la prise en charge médicale est supposée engendrer des coûts importants

C'est donc en fonction des besoins reconnus et hiérarchisés que la sélection doit s'exercer en s'appliquant aux produits que sont les prestations sanitaires. Cette sélection pèse déjà massivement sur le fonctionnement quotidien du système de soins dans l'accès aux soins, dans leur dispensation et dans leur prise en charge. Elle ne constitue pas pour autant un moteur de la qualité ni de la maîtrise des dépenses. D'abord parce qu'elle est largement irrationnelle : l'utilité médicale, le service médical rendu, la qualité intrinsèque de la prestation sont loin d'être les seuls critères de la sélection. Mais aussi parce qu'elle est opaque : sa mise en œuvre échappe largement aux patients et même aux professionnels de santé, qui ne peuvent donc optimiser leur comportement. La définition contradictoire et la révision périodique du panier des biens et services pris en charge constituent donc un impératif.

La sélection des producteurs est le corollaire de la sélection des produits et répond aux mêmes impératifs. Vouloir sélectionner les prestations en fonction des critères de qualités énoncés plus haut conduit naturellement à remettre en cause le conventionnement automatique et à vie des prestataires, qui est à la fois illogique et illusoire, a fortiori quand l'offre de soins est excédentaire comme c'est le cas aujourd'hui.

Sur ce point, la Cnamts croit nécessaire d'attirer l'attention de tous les acteurs du système de soins sur la contrainte que représente, pour chacun d'entre eux, l'excédent d'offre de soins. Son existence rend vaine la querelle portant sur le caractère public ou privé de la gestion de la prise en charge, sauf à considérer que les profits tirés d'une gestion privatisée seraient assurés par un financement public de la résorption de l'excédent. Ce qui revient à corriger une vanité par une illusion.

{ Il n'y a pas de démarche qualité possible si les offreurs de soins ne sont pas co-responsables de la mise en œuvre des critères de besoin, d'utilité, de qualité et de coût. La CNAMTS a pleinement conscience de la portée de ce constat. Pour évident qu'il soit, il constitue une rupture profonde avec l'existant : cette rupture doit donc être définie de manière contradictoire, gérée par étape et assumée par la nation toute entière.

- Elle est nécessairement partenariale

L'Etat et l'Assurance Maladie s'efforcent depuis plusieurs années d'améliorer la qualité des soins en agissant sur les trois composantes du système de soins : s'agissant de la prise en charge, des décisions ponctuelles et fréquentes d'admission au remboursement et de déremboursement de prestations sanitaires, en fonction de leur utilité médicale, sont observées de longue date. Plus récemment, l'élaboration de références médicales à partir de 1990, rendues opposables depuis 1993, a étendu la démarche qualité à la dispensation des soins. Enfin, l'accès aux soins rentre progressivement dans la même problématique avec la tentative conventionnelle de création d'un contrat de santé en 1991, la création du carnet de santé en 1993, la reconnaissance par l'Etat en novembre 1995 que "la coordination des soins est indispensable à la qualité des soins", enfin l'émergence du médecin référent en 1997 et 1998.

Pour autant, cette recherche s'avère jusqu'ici peu efficiente, car elle n'implique pas de manière égale le professionnel de santé et l'assuré. Ce dernier reste conforté dans l'idée qu'il peut agir à sa guise, déambuler "librement" dans l'univers des soins, ne rendre compte à quiconque de ses initiatives ni de sa consommation de soins, tout en obtenant un résultat qu'il espère de qualité. En témoigne le fait que les références médicales portant sur les actes d'investigation ou de dépistage - par exemple le nombre d'échographies par grossesse ou encore la fréquence du dépistage du cancer du sein par mammographie - sont opposables aux professionnels de santé, mais pas aux patients. Ce faisant, l'action publique perd en cohérence et en crédibilité auprès des praticiens qui savent combien l'inscription du colloque singulier dans une démarche qualité implique nécessairement le patient autant que lui-même. Parvenir à une égalité - et non à une identité - de droits et de devoirs du patient et du praticien dans la démarche de soins est donc impératif.

La démarche qualité est également partenariale au niveau du système de soins considéré dans son ensemble, et non plus seulement au niveau de la relation médecin-patient. Le fait que les pouvoirs soient aujourd'hui partagés, de droit ou de fait, entre l'Etat, l'Assurance Maladie - obligatoire ou complémentaire - les professionnels et les industriels de santé, les assurés, témoigne de cette nécessité. Mais, là encore, le partage s'avère insuffisamment rationnel et ne constitue donc pas un moteur de la démarche qualité. Il est symptomatique à cet égard que l'Assurance Maladie soit appelée de façon pressante à maîtriser l'évolution des dépenses de soins de ville, mais n'ait pas à sa main les outils élémentaires de maîtrise tels que la tarification des actes et des produits remboursés, ni même la possibilité de ne plus prendre en charge des prestations inutiles pour la santé.

La démarche globale qui est proposée, consistant à agir sur le système de santé en le réorganisant à partir des critères de besoins, utilité, qualité et coût, permet également de clarifier les responsabilités sur chacun d'eux. En effet, la définition des besoins de santé relève de la responsabilité de l'Etat et de sa politique de santé publique, l'utilité des soins repose sur l'expertise complémentaire de la communauté scientifique et de l'assurance maladie qui puise là la légitimité de sa prise en charge, la qualité découle du dire de la communauté scientifique, les coûts enfin sont de la responsabilité de l'assurance maladie.

Ce constat est aujourd'hui partagé par la CNAMTS et par les assureurs complémentaires, privés comme mutualistes. Ils ont commencé à en tirer les conséquences en décidant de coordonner désormais leur action sur trois champs : la définition du panier des biens et services remboursables en fonction de leur utilité médicale, leurs taux respectifs en matière de prise en charge de ces biens et services, l'économie, enfin, des conventions les liant aux différentes professions de santé. C'est sur ces bases que pourront se développer pleinement des expérimentations de coordination des soins et de leur prise en charge.

A l'évidence, cette communauté d'action ne peut s'engager concrètement qu'accompagnée d'une clarification du rôle de l'Etat, appelé simultanément à reconnaître pleinement l'autonomie de l'assurance maladie et à définir plus fortement les fondements de cette autonomie que sont les priorités de santé publique.

Cet encadrement de l'autonomie doit se lire dans la mise en oeuvre d'un dispositif cohérent, composé à la fois d'un cadre pluriannuel global et de déclinaisons annuelles de moyens - la loi de financement de la sécurité sociale -.

Cette base doit ensuite se traduire par les priorités que l'Etat donne à l'assurance maladie dans la Convention d'Objectifs et de Gestion et ses avenants annuels, qui représentent alors, pour elle, le cahier des charges de la gestion du panier des biens et services.

C'est également dans ce cadre que la CNAMTS traduit les engagements réciproques souscrits avec les professions de santé par le biais des conventions la liant avec les syndicats qui les représentent.

- Elle est nécessairement transparente

La transparence sur la nature, la qualité et le coût des prestations, est une condition sine qua non pour que les mesures de sélectivité et de responsabilisation des acteurs qui doivent être prises soient opératoires, soient justes - aux yeux des offreurs de soins comme des consommateurs - et soient acceptables par tous

Sans transparence, l'accès aux soins de qualité - ou supposés tels - resterait réservé aux initiés, c'est-à-dire le plus souvent aux catégories culturellement avantagées : la médecine " à deux vitesses " pourrait se développer.

Sans transparence, le fondement même d'une politique de santé publique, à savoir la garantie de sécurité sanitaire, ne peut être assuré.

Ainsi, le codage des actes médicaux doit-il impérativement dépasser les seuls actes remboursables pour permettre une traçabilité complète : comment rappeler les bénéficiaires d'une prestation sanitaire s'avérant, a posteriori, risquée, en l'absence d'un historique les identifiant ?

Remboursables ou non, chacun sait que les actes médicaux sont potentiellement porteurs de risque sanitaire.

Un codage complet permet également un pilotage fin dans l'espace et dans le temps de l'offre de soins, ce qui profite également aux professionnels comme aux assurés :

- dans le temps, parce que l'évaluation du coût de la prise en charge des innovations redevient possible, avec, en corollaire, la modernisation du "panier" de biens et services remboursés.
- dans l'espace, parce que l'effet des déports d'activité, et même de compétences, entre disciplines, professions de santé et segments de la chaîne des soins, redeviennent lisibles.

Mais la transparence est aussi un préalable à l'adoption de la démarche qualité par les professionnels de santé et par les patients : la certification des professionnels de santé, l'accréditation des établissements, sont nécessaires pour que ces offreurs de soins apprécient leur niveau de compétence et pour que les assurés deviennent acteurs, et non plus consommateurs passifs, dans le système de soins.

De même, les patients doivent-ils être tenus à un minimum de transparence concernant leur consommation de soins, afin que leurs partenaires naturels que sont les offreurs de soins d'une part et leur assureur maladie d'autre part cessent de travailler en aveugle. Encore est-il nécessaire de souligner auprès des assurés - ce qui n'a encore jamais été fait - que la transparence des données sanitaires les concernant n'est pas seulement la contrepartie de la prise en charge de leurs soins par la solidarité. Elle participe aussi de leur intérêt personnel: toute information médicale dissimulée aux professionnels de santé représente une perte de chance potentielle pour le patient. Le souci de la dignité et de l'autonomie de la personne, qui a fondé la législation sur la protection de l'intimité et de la vie privée - donc du droit d'opposition que peut exercer chacun à ce que des données sanitaires le concernant soient gardées en mémoire - doit s'exprimer de façon équilibrée pour que les termes du choix soient pleinement perçus par chaque individu: la qualité totale des soins est antinomique avec la préservation absolue de l'intimité.

B La portée du plan

• Changer de contraintes

Il n'y a pas de qualité sans contrainte. Contrainte de sélectivité, de responsabilité, de transparence.

Le plan de l'assurance maladie a pour objet de mettre en place des contraintes médicalisées, intelligentes et dynamiques en changeant la nature et en déplaçant le point d'impact des contraintes qui existent déjà: ce qui revient à déplacer les contraintes de l'aval du système de santé - prise en charge - vers l'amont - accès aux soins et dispensation, et à agir sur la qualité du système et non plus seulement sur son bouclage financier.

Ces contraintes ne peuvent donc pas être lues comme des restrictions, puisque ce sont elles qui concourent à l'émergence d'une qualité vraie et accessible à tous.

L'actuel système de soins fait déjà supporter aux praticiens et aux patients des contraintes très lourdes. Mais celles-ci s'avèrent inefficaces au regard des objectifs de **qualité** et de maîtrise des dépenses, car elles sont déséquilibrées et inadaptées.

Déséquilibrées, car elles pèsent en quasi totalité sur la composante ultime du système de soins, c'est-à-dire la prise en charge par l'Assurance Maladie, ce qui reste sans effet sur la dynamique inflationniste et la non-qualité, et réduit significativement l'efficacité des régulations, qu'elles soient individuelles ou collectives.

Inadaptées, car, s'exerçant sur la prise en charge, elles sont de nature administrative (exemple: absence de généralisation du tiers-payant) ou financière (importance du reste à charge) et ne sont donc pas intégrées à la démarche de soins.

Dans ces conditions, on comprend mieux pourquoi l'extension aux professionnels de santé de la responsabilité, en voulant corriger une inégalité de situation entre ces derniers et les assurés, a accentué de fait le déséquilibre existant.

L'objectif est d'abord de " médicaliser " la contrainte en la faisant porter sur les modalités d'accès aux soins et leur dispensation, et en faisant reposer la sélection des hommes et des produits sur des critères de besoin et de qualité médicale, non de fortune ou de statut.

Cela induit un changement de règle de responsabilité, pour permettre à chacun, praticien et patient, d'optimiser son propre comportement, sur la base de critères de choix "objectifs et rationnels", dans son propre intérêt et dans l'intérêt du système de soins.

• Changer de logique

Changer de contraintes revient à changer de logique : le principe de responsabilité -identifiée et partagée- s'applique aussi à la gestion du système de soins, donc à l'Assurance Maladie.

Par son contenu, le plan stratégique écarte une quelconque revendication de monopole du pouvoir par l'Assurance Maladie tant à l'égard de l'Etat que des autres acteurs du système de soins.

La CNAMTS propose qu'une seule cohérence, fondée sur le principe de responsabilité, donne son sens à la prochaine Convention d'Objectifs et de Gestion qu'elle doit conclure avec l'Etat pour les années 2000-2002 et réunisse tous ces acteurs.

A ce titre, elle est fondée à souhaiter que soient encore mieux définies les responsabilités qu'elle doit assumer dans le champ de compétences qui lui est reconnue. Ainsi est-il opportun de reconnaître à la Caisse Nationale, dont le statut peut évoluer, le plein exercice de la tutelle sur le réseau des organismes locaux de l'Assurance Maladie, tout en définissant précisément la mission d'évaluation revenant aux services déconcentrés de l'Etat.

Elle est également tenue d'accroître son propre niveau de performance. La cohésion de son réseau est une des voies d'obtention de l'égalité d'accès aux soins ; la transparence et la rigueur de son action constituent son apport nécessaire à la modernisation du système de soins.

Par l'élaboration en cours de son " projet de branche " elle définit, à l'égard de tous les acteurs du système, ses ambitions et donc ses devoirs propres.

A cet égard, il convient de rappeler que l'assurance maladie a su, durant ces dix dernières années, accroître ses gains de productivité de 6% à 7% par an et, en conséquence, réduire ses effectifs d'environ 10 000 agents.

Pour 1999, ses efforts de gestion lui permettent de contribuer à la recherche de l'équilibre financier de l'exercice en proposant une réduction de 1% de ses crédits de gestion administrative (soit 300 millions de Francs), reconductible les années suivantes.

L'Assurance Maladie s'affirme donc par ce plan comme un acteur parmi d'autres, convaincu que l'émergence progressive d'une autonomie de décision du patient est une évolution majeure qui oblige à redéfinir les rôles traditionnellement tenus par l'Etat, les professionnels de santé et elle-même.

L'inscription de la démarche qualité dans une politique de santé publique, qui relève de l'Etat, en est la première traduction.

La reconnaissance du rôle de la communauté médicale et scientifique dans les processus de certification et d'habilitation de l'offre de soins en est une autre.

De même, la volonté de coordonner son action avec celles des assurances maladie complémentaires rompt avec une culture surannée de l'hégémonie distraite au profit d'une évidence : les assurances sont multiples, le patient est unique.

Au-delà, l'Assurance Maladie sait que seule la démarche qualité, impliquant également praticiens et patients, peut lui permettre d'être un tiers de confiance pour les uns et les autres.

LES PROPOSITIONS

CHAPITRE 1 – MESURER ET MONTRER LA QUALITÉ DE L'OFFRE DE SOINS

Mesurer et montrer la qualité de l'offre de soins est un impératif qui donne un contenu concret à la démarche qualité, en permettant au praticien comme au patient de bénéficier de repères pour améliorer leur propre pratique. C'est par la mesure de la qualité que l'un et l'autre peuvent véritablement devenir des acteurs du système de soins.

A ce titre, l'assurance maladie et les professionnels de santé doivent prendre en compte l'évolution des attentes des patients : ainsi, le conventionnement de l'offre de santé, qui est une garantie de la prise en charge des dépenses par l'assurance maladie, devient simultanément une garantie de qualité minimale de cette offre.

De même, le souci d'assurer aux patients une garantie dont l'étendue est plus conforme à leurs attentes conduit l'assurance maladie à préconiser à la fois une extension du régime actuel d'habilitation à pratiquer certains actes (cf. les greffes) et son renforcement en articulant la compétence des hommes et l'adéquation des équipements, aujourd'hui considérés séparément.

Enfin la perspective de création d'un secteur d'excellence obéit à la même logique en intégrant une double préoccupation : celle exprimée par les patients qui constatent, pour le refuser, que l'excellence n'est aujourd'hui connue que par oui-dire, avec tous les aléas que cela comporte en matière de fiabilité mais aussi d'inégalité dans l'accès à ces informations ; celle exprimée par les professionnels de santé qui acceptent de moins en moins un système qui ne reconnaît ni ne gratifie l'excellence de leur pratique, fruit de leur démarche personnelle.

Cette exigence de fléchage de la qualité s'impose par définition à toute l'offre de soins : aussi la fixation de critères et d'objectifs de qualité, dont le contenu et le respect sont connus de tous, concerne-t-elle autant l'hôpital public ou privé que les offreurs de soins de ville. Il en va de même, a fortiori, de l'examen régulier du respect des critères et des objectifs de qualité. La pratique, par l'assurance maladie, d'audits médico-économiques des cliniques est ancienne et fréquente ; elle a été étendue progressivement, depuis environ 10 ans, à l'offre de soins de ville. Dans tous les cas, elle permet de remédier aux anomalies les plus évidentes et constitue un instrument d'observation du bon fonctionnement du système de soins. Il apparaît donc logique que cette pratique, bénéfique aux professionnels de santé et aux décideurs publics, soit étendue aux hôpitaux publics, dans le cadre des Agences Régionales de l'Hospitalisation, et se fonde, bien entendu, sur une méthodologie contradictoirement définie.

Proposition 1 - refonder le conventionnement sur la certification

La promotion de la qualité suppose que :

- les professionnels de santé maîtrisent, par les voies qu'ils jugent les plus appropriées, le dernier état de leur art,
- leur niveau de compétence soit certifié périodiquement,
- cette certification soit publique et constitue un critère du conventionnement entre le professionnel et l'assurance maladie.

La certification vise à assurer un certain niveau de qualité et elle doit pouvoir être obtenue par le plus grand nombre de professionnels. Elle cherche à promouvoir leur compétence plutôt qu'à les sanctionner et à les exclure.

Il s'agit non seulement de vérifier les compétences dans les champs les plus importants de l'activité, en particulier les données postérieures à l'acquisition du diplôme, mais surtout de réaliser une évaluation de la mise en œuvre de ces compétences dans la pratique.

Ainsi, au nombre de trois, les éléments pris en compte pourraient être les suivants :

- les éléments en rapport avec l'effort de formation et de recherche,
- les éléments relatifs à l'observation de la compétence,
- les éléments relatifs à l'organisation de l'activité.

Ces éléments sont des propositions de l'assurance maladie, mais il ne lui appartient pas de définir les critères de certification.

La mesure comporte les dispositions suivantes :

1.1. La définition des critères

Les critères de certification seraient définis par la communauté médicale et scientifique.

1.2. Les professionnels concernés par la procédure de certification

La certification concernerait tous les professionnels de santé quel que soit leur statut, libéral, hospitalier, salarié.

Seules les modalités de cette certification varieraient en fonction des situations professionnelles.

1.3. La procédure de certification

La certification pourrait être mise en œuvre par une structure indépendante de l'assurance maladie, comportant notamment des représentants de l'université, des ordres professionnels, des sociétés savantes, des unions régionales de médecins libéraux (pour les médecins libéraux), de la profession concernée pour les autres professionnels de santé, et de l'ANAES.

La certification serait spécifique de la situation professionnelle (spécialistes, généralistes, paramédicaux,...).

1.4. La périodicité de la certification

La procédure de certification serait renouvelée tous les 7 ans. Serait prévue la possibilité d'une demande ou d'un renouvellement rapide de la procédure à la suite de la constatation, par les services médicaux des organismes d'assurance maladie, de pratiques non conformes aux standards.

En début d'exercice, le diplôme de fin d'études serait considéré comme équivalent à une première certification.

1.5. Les conséquences de la non certification

Les professionnels n'ayant pas satisfait à la procédure de certification disposeraient d'un délai bref pour une remise à niveau. En cas de nouvel échec, ils seraient exclus du dispositif. L'assurance maladie, qui garantit la qualité des soins dispensés aux assurés et pris en charge, ne pourrait conventionner des professionnels n'ayant pas satisfait aux critères de certification.

1.6. La mise en œuvre progressive de la certification

On peut évaluer, en situation d'équilibre, à environ 15 000 le nombre de certifications annuelles pour les seuls médecins libéraux. La mise en œuvre de la certification commencerait par les plus anciens des médecins installés. La certification concernerait ainsi :

- en 2000, les médecins installés depuis 30 ans et plus,
- en 2001, ceux qui sont installés depuis 25 à 30 ans,
- en 2002, ceux qui se sont installés depuis 20 à 25 ans, etc.

Proposition 2 - moduler le champ du conventionnement en fonction de l'habilitation professionnelle

L'habilitation professionnelle est la règle pour l'ensemble des professions de santé prescrites, ainsi que pour les chirurgiens dentistes.

Pour les médecins, bien que l'article 70 du code de déontologie pose le principe de l'omnivaleur du diplôme, l'habilitation s'inscrit progressivement dans les faits, comme l'illustre le découpage de l'activité médicale en spécialités, certains champs spécifiques nécessitant déjà une habilitation (ex. PMA, greffes).

Ces mesures restent toutefois sporadiques, et ne font pas l'objet de vérifications périodiques. On ne peut donc pas les considérer comme des outils performants de la démarche qualité pour l'assureur, pour l'assuré, ni pour le praticien lui-même.

Au-delà, l'évolution rapide des pratiques médicales commande de définir des modalités d'encadrement de l'activité pour des motifs de qualité et de santé publique, avec des conséquences positives sur la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé.

L'habilitation prendrait la forme de 11 dispositions :

- 2.1. Non remboursement des échographies réalisées avec un matériel de plus de 7 ans en l'absence d'une remise à niveau certifié de cet équipement,
- 2.2. Habilitation des praticiens à la pratique/prise en charge de l'échographie :
 - radiologues diplômés depuis 1979 ou certifiés,
 - titulaires d'un DIU d'échographie,
 - praticiens agréés par des commissions universitaires d'équivalence,
 - + valorisation distincte KE/K.

- 2.3. Limitation de la lettre clé chirurgicale KCC aux seules spécialités chirurgicales définies par le règlement de qualification ; interdiction de l'anesthésie générale en cabinet médical,
- 2.4. Lettre clé Z réservée aux radiologues, radiothérapeutes, cardiologues ainsi qu'aux chirurgiens en salle d'angiographie et au bloc opératoire,
- 2.5. Limitation de la prescription d'inducteurs de l'ovulation aux gynécologues, obstétriciens et endocrinologues,
- 2.6. Etablissement, sur une base démographique, d'une liste des centres agréés à pratiquer des actes rares, évalués et onéreux. Exemple : centre de pose de défibrillateurs cardiaques implantables (Cf. fiche 2 annexe 3),
- 2.7. Subordination de l'habilitation à pratiquer des actes rares, non inscrits à la nomenclature et exigeant une technologie et/ou une expérience particulières, à une autorisation conjointe et renouvelable des trois médecins conseils nationaux de l'Assurance Maladie,
- 2.8. Limitation de la prise en charge des nouvelles techniques non encore évaluées à des centres habilités provisoirement sur la base d'évaluations multicritères,
- 2.9. Subordination de la prise en charge au respect de seuils minimaux d'activité. Exemples : cardiologie interventionnelle, chirurgie rachidienne lourde, prothèses du genou, interventions ORL ou ophtalmologiques,
- 2.10. Subordination de la prise en charge au respect d'une procédure de double avis ou d'une approche pluridisciplinaire, exemples : chirurgie gynécologique : hystérectomie
stratégie thérapeutique des cancers
- 2.11. Suspension de la prise en charge de l'activité de professionnels de santé dont la pratique déviante/dangereuse est constatée par un comité de pairs.

Proposition 3 – créer un secteur d'excellence

Afin d'offrir des perspectives d'évolution à chaque médecin, valant reconnaissance du choix qu'il fait en faveur de l'excellence et des contraintes qui en découlent, il est proposé de créer un nouveau secteur conventionnel fondé sur des critères objectifs et connus.

Les conditions d'entrée fixées par la Convention Nationale seraient limitatives, sur titre ou sur dossier. Ce secteur accessible aux médecins dont les titres (anciens chefs de clinique/assistants des hôpitaux) ou la pratique (maîtres de stage, professeurs associés...) justifient une majoration de leurs honoraires.

Quant au maintien dans ce secteur, il serait également conditionnel. N'y seraient maintenus que les professionnels ayant satisfait aux exigences de la recertification qui, pour ce secteur, seraient renforcées. En effet, les règles relatives au maintien seraient plus sévères compte tenu des conditions financières favorables attachées à ce secteur.

Ce secteur ouvrirait droit à des rémunérations fondées sur des lettres-clés majorées, prises en charge dans les conditions de droit commun.

Ainsi est proposé à chaque patient un accès égal à l'excellence qui n'est possible que si elle est connue et reconnue.

Proposition 4 - auditer les structures hospitalières

Les procédures de contrôle et d'évaluation externes aux établissements de santé relèvent de deux types d'organismes qui ont chacun des missions spécifiques : il s'agit d'une part des corps de contrôle de l'Etat (Chambres régionales des comptes, IGAS) qui vérifient la régularité de la gestion des établissements , et d'autre part plus récemment de l'ANAES dont la mission centrale est de s'assurer de la qualité et de la sécurité des procédures des soins.

Mais ces différentes démarches ne couvrent pas l'ensemble des rubriques propres à garantir une relation efficiente entre les justes soins offerts aux assurés et l'efficacité économique des structures qui les accueillent.

Les organismes de l'Assurance Maladie sont fondés à apporter leur expertise dans ce domaine en raison de la place qu'ils occupent au sein des ARH , mais aussi pour les médecins conseils en application des dispositions du code de la sécurité sociale (article L 315 -1-3), qui leur confient le soin de procéder à l'analyse sur le plan médical de l'activité des établissements de santé.

Il s'agit d'un apport spécifique de l'Assurance Maladie à l'accomplissement des missions des ARH.

4.1. Objectif de l'audit

L'audit se donne donc pour objectifs d'évaluer le bien - fondé médical des prestations, la manière dont l'établissement et ses services ont pu y répondre, et l'utilisation des ressources.

Ainsi les ARH et les organismes de l'assurance maladie pourraient disposer des éléments d'évaluation permettant d'apprécier, -indépendamment de l'accréditation ou des contrôles de régularité-, l'utilité des soins, leur adéquation aux structures et les conséquences financières des inadaptations constatées.

4.2. Les outils conçus par l'Assurance Maladie

A - L'évaluation des structures et des services hospitaliers

L'outil évaluation des structures et des services hospitaliers (ECSSH) est à l'intersection de ces différentes préoccupations. Il permet, au regard des moyens matériels et humains mis à disposition dans ces services et des dépenses engagées par l'Assurance Maladie, d'évaluer leurs activités, en comparaison aux moyennes régionales ou nationales portant sur les mêmes disciplines.

B - L'évaluation de la pertinence des soins

Cette première approche de l'efficacité qui met en relation la qualité des soins et leurs coûts, doit se compléter par une évaluation de l'utilité des soins.

Il conviendrait à cet égard de s'inspirer de l'action conduite par l'Assurance Maladie dans la région Rhône-Alpes, qui à partir d'une analyse sur la pertinence des angioplasties (grille validée par l'ANAES), a conclu à une révision à la baisse des moyens dédiés à cette activité.

C - Définition et articulation des évaluations

Clarifier les objectifs des procédures d'évaluation et d'audit devient une nécessité.

- ◆ Première évaluation : assurer la sécurité et la qualité des procédures concourant à la production de soins : l'accréditation.

Compétence : ANAES

Objectif : promouvoir une politique d'amélioration continue de la qualité au sein des établissements

- Formulation de recommandations explicites
- Implication des professionnels à tous les stades de la démarche d'assurance-qualité
- Reconnaissance de la qualité des procédures de soins dans les établissements de santé.

A l'issue de sa montée en charge (5 ans), l'actuelle procédure d'accréditation remplira cet objectif, sous réserve de la publicité de ses résultats.

- ◆ Deuxième évaluation : audit de la pertinence des soins

Compétence : Médecins Conseils

Objectif : mesurer l'utilité des soins donnés aux malades :

- Pertinence des actes pour les patients
- Pertinence des acteurs (équipe soignante, équipement et volume d'activité)

- ◆ Troisième évaluation : adéquation des structures et de leur coût aux activités médicales des établissements

Compétence : Organismes de l'Assurance Maladie dans le cadre des ARH

Objectif : mesurer l'efficacité de l'activité déployée dans les structures hospitalières

- Comparaison des services rendus dans les structures de mêmes disciplines au regard de leurs coûts
- Mesure de la performance de l'organisation hospitalière
- Gestion financière des établissements : détermination des grands ratios de coûts et d'équilibre financier

CHAPITRE 2 – ADAPTER L'OFFRE DE SOINS (APPROCHE QUANTITATIVE ET QUALITATIVE)

Sous l'effet du progrès médical, mais aussi des attentes des patients, l'offre de soins ne cesse de se diversifier. Encore est-il nécessaire que les règles présidant à la rencontre de l'offre et de la demande de soins concourent à l'optimisation des ressources humaines et financières engagées dans cette entreprise. Tel n'est pas le cas aujourd'hui, comme le démontrent un important excédent d'offre de soins et de très fortes inégalités de répartition de l'offre sur le territoire. L'adaptation porte donc sur les effectifs et leur localisation, mais elle est également qualitative : la sécurité sanitaire, en matière de chirurgie ambulatoire par exemple, est un impératif et la réorientation du système doit être encouragée.

Une attention particulière doit être accordée aux inégalités géographiques de répartition de l'offre :

- ◆ d'abord, parce qu'elles s'articulent étroitement avec les inégalités sociales devant les soins, dans la mesure où l'offre de soins se déploie d'abord en fonction du pouvoir d'achat des consommateurs, et non des besoins de soins,
- ◆ ensuite, parce qu'elle compromet la démarche qualité dans la mesure où l'accumulation d'offres excédentaires -libérales ou hospitalières- provoque un élargissement de la gamme des prestations sanitaires bien au-delà du médicalement utile,
- ◆ enfin, parce que la montée de ces inégalités est, de fait, encouragée par l'action publique. En effet, le conventionnement des professionnels de santé, automatique dans l'espace comme dans le temps, ne prend aucunement en compte les besoins. Bien plus, la prise en charge d'une partie des cotisations sociales des soignants étant croissante avec le revenu, mais uniforme quel que soit le lieu d'installation, contribue directement à assurer l'équilibre financier des cabinets libéraux localisés dans les régions excédentaires, tout en n'incitant aucunement les professionnels de santé à s'installer dans les zones de faible densité médicale.

La sélectivité du conventionnement en fonction des besoins, approchée par zone en fonction de la surdensité, est donc un impératif, tout comme l'est la modulation, par zone et discipline, de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé : celle-ci est d'ailleurs le complément naturel de la modulation -suivant les mêmes critères- du mécanisme d'incitation à la cessation anticipée d'activité, adoptée dans la loi de financement de la sécurité sociale de 1999.

Enfin, la prise en compte des conditions propres à assurer le maintien d'hôpitaux de proximité et l'élaboration d'un schéma national d'offre de biologie répondent, entre autres, à la même préoccupation.

Proposition 5 - conventionner l'offre de soins en fonction des besoins

Au-delà de la première refondation par la certification, la pertinence du conventionnement automatique doit être réexaminée également à la lumière des principes élémentaires d'utilité et de besoins qui ont été rappelés plus haut, avec lesquels il apparaît d'emblée antinomique. La garantie qu'il apporte à ses bénéficiaires est contraire à l'adoption d'une démarche qualité et a privé de toute efficacité les ambitions proclamées de maîtrise partenariale de l'évolution des dépenses de soins. Enfin, dans son principe même, le conventionnement automatique s'oppose à toute restructuration de l'offre.

Pour autant, l'instauration brutale d'un conventionnement sélectif serait contre-productif en suscitant l'opposition affirmée des professionnels de santé et l'inquiétude de nombreux assurés. Comme tous les acteurs sont concernés avec une égale intensité par la réforme et sont en droit de connaître les perspectives à long terme qu'introduit dans ce domaine l'adoption d'une démarche qualité, il importe de définir soigneusement les étapes du changement afin de le rendre appropriable.

Ainsi convient-il de fonder cette démarche sur la conjugaison de deux principes :

En premier lieu, une approche par région et discipline doit être retenue qui inclue, dans la mesure de l'offre, les consultations externes et privées réalisées à l'hôpital public. Les récentes déclarations du Président du Conseil National de l'Ordre des médecins, invitant à la remise en cause d'une liberté d'installation aujourd'hui totale, invitent à tirer les conséquences d'une situation profondément insatisfaisante : la densité médicale est de fait d'abord fonction du niveau moyen de revenu des assurés et non de leurs besoins de soins, et le CREDES¹ a pu constater l'étonnante stabilité des inégalités de densité médicale départementale entre 1866 et 1990. La progression très forte des effectifs médicaux durant ces 20 dernières années a confirmé ces inégalités, y compris s'agissant des médecins hospitaliers publics pourtant à la main de l'Etat.

Les zones de surdensité médicale sont donc une réalité, même en tenant compte de la structure par âge des assurés. Par discipline, les zones au sein desquelles l'activité des médecins qui s'installent progresse plus lentement qu'ailleurs et surtout stagne à un niveau plus faible que la moyenne se multiplient. Les praticiens sont alors conduits, en l'absence d'une politique de rééquilibrage de la densité de l'offre, à développer des stratégies individuelles (recherche des "niches") indifférentes voire opposées à une démarche qualité. L'élasticité limitée de l'offre de soins conduit l'offreur à susciter une demande de soins distincte du besoin (cf. Orientations Stratégiques de l'Assurance Maladie d'octobre 1998).

Encore est-il nécessaire de considérer la densité médicale par discipline médicale et par professions de santé, afin d'appréhender au plus près des réalités une offre de soins qui n'est que partiellement fongible. Cette approche demande du temps. Il faut construire deux outils majeurs : une cartographie de l'offre de soins, reposant sur une mesure fine de la pratique des soins, et un schéma cible de l'accès aux soins tirant les conséquences de la coexistence de modes différents d'accès aux soins. Cette approche doit donc, dans un premier temps, être pragmatique, et se fonder sur la notion empirique de zone de surdensité médicale dont les effectifs de soignants seraient au moins stabilisés.

¹ Cf. Les inégalités géographiques de densités médicales, F. Tonnelier (CREDES), Solidanté - Santé, Etudes Statistiques, n°3, 1991, juillet - septembre.

En deuxième lieu, la réduction des effectifs doit être fondée sur le volontariat, exercé à partir d'incitations financières de l'Assurance Maladie. Le succès du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA) qui a conduit, en 2 ans, 2676 médecins à prendre une retraite anticipée, montre que des marges de manœuvre réelles existent. Il importe toutefois que l'incitation financière soit modulée en fonction de l'apport que représente chaque départ pour le rééquilibrage de l'offre de soins.

C'est en ce sens qu'a été réformé le MICA par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui prévoit une possibilité de modulation de la prime de départ en fonction de la région et de la discipline à partir du 1er juillet 1999. Pour la prime de reconversion, la logique est identique mais son application est nécessairement différente : la prime ne peut s'adresser qu'à des professionnels de santé disposant d'un potentiel d'années d'activité plus élevé que celui des candidats au MICA, son montant doit être attractif, et modulé en fonction du nombre d'années d'activité restantes et du revenu moyen du candidat à la reconversion. Un montant moyen de 500 000 F, (à comparer au plafond actuel du MICA qui est fixé à 193 000 F) paraît être une base de réflexion acceptable sachant que l'âge moyen des médecins varie de 44,3 ans pour les généralistes à 45,1 ans pour les dermatologues, à 46,6 ans pour les cardiologues etc...

La mesure de maîtrise de l'évolution des effectifs soignants pourrait prendre la forme des dispositions suivantes :

- 5.1. Limitation du conventionnement au remplacement des départs dans les zones de surdensité médicale,
- 5.2. Création d'une prime de reconversion des médecins libéraux ayant cotisé au moins 7 ans à la CARMF, ouverte par région et discipline (au 01/01/2000 dans les zones de surdensité) et modulée en fonction du revenu et du nombre d'années d'activité restantes.

Proposition 6 - contractualiser le conventionnement des médecins en secteur à honoraires libres

Le secteur à honoraires libres est source de difficultés multiples :

- il instaure entre le praticien d'une part, l'Assurance Maladie et l'assuré d'autre part, une relation fondamentalement déséquilibrée, puisque le praticien y acquiert la liberté quasi absolue de fixer ses honoraires, alors que l'Assurance Maladie ne dispose pas de la liberté, qui serait symétrique, de conventionner ou non l'intéressé et que l'assuré n'acquiert aucune contrepartie mesurable à la majoration d'honoraire qu'il acquitte.
- il crée une inégalité croissante de revenu entre praticiens à activité égale,
- il crée des "zones d'ombre" dans lesquelles l'accès des assurés à des praticiens du secteur 1 respectant le tarif conventionnel, est devenu pratiquement impossible.

Les fortes restrictions apportées en 1989 à l'accès au secteur 2 des médecins ont permis d'enrayer une dégradation alors rapide, sans pour autant résoudre le problème.

Aujourd'hui, la volonté de réduire les disparités de densité par région et discipline, par la modulation de la prise en charge des cotisations sociales des praticiens du secteur 1 par exemple, concerne aussi, nécessairement, les médecins exerçant en secteur 2.

La proposition comporte donc 3 dispositions :

6.1. Enrichissement du critère de sélection fondé sur la région et la discipline par la prise en compte des zones d'ombre par discipline : si la majorité des praticiens en secteur 2 et que la majorité d'actes sont effectués en secteur 2 alors tout nouveau conventionnement en secteur 2 est refusé,

6.2. Subordonner l'entrée du conventionnement en secteur 2 -avec ses critères d'accès actuels- ou le maintien en secteur 2, à la conclusion d'un contrat entre l'Assurance Maladie et le praticien comportant des engagements individualisés dont les termes seraient fixés par la Convention Nationale et portant sur :

- le dépassement maximum par acte,
- la masse des dépassements par rapport à la masse des honoraires opposables,
- la part des prescriptions en équivalents thérapeutiques et l'économie que peut en attendre l'Assurance Maladie,
- la télétransmission des feuilles de soins.

Pour le maintien en secteur 2, la contractualisation est progressive :

au 01/01/2000	aux praticiens ayant plus de 30 ans d'activité
au 01/01/2001	aux praticiens ayant plus de 25 ans d'activité
au 01/01/2002	aux praticiens ayant plus de 20 ans d'activité
.....	

6.3. Alignement du régime social (cotisations et prestations maladie) des médecins du secteur 2 géré par la CANAM sur le régime général en 2000.

Proposition 7 - moduler la prise en charge des cotisations sociales

La prise en charge d'une fraction des cotisations sociales des professionnels de santé est une mesure qui, lors de son adoption en 1960, avait pour objectif de rendre attractif le conventionnement dans un contexte d'insuffisance de l'offre.

Ce dispositif étendu au fil des ans représente pour l'Assurance Maladie une dépense annuelle de l'ordre de 8 milliards de francs.

En revanche, il n'exerce plus aucun rôle d'adaptation de l'offre à la demande de soins, car il est périmé à trois titres :

- il ne tient pas compte du caractère nettement excédentaire de l'offre de soins,
- la prise en charge est proportionnelle au revenu, quels que soient son niveau et son origine (honoraires opposables et honoraires libres),

- l'aide est accordée sans tenir compte de la répartition de l'offre de soins par région et par discipline.

Il s'agit donc de rendre ce dispositif à nouveau conforme à son objectif originel d'ajustement de l'offre au besoin de soins, en adoptant 4 modifications :

7.1. Ajustement de l'assiette de la prise en charge à l'activité conventionnée avec honoraires opposables au 01/01/2000,

7.2. Versement de la prise en charge sous forme d'une subvention proportionnée à l'activité,

7.3. Plafonnement de la prise en charge au-delà d'un plafond de revenu annuel (500 000 Fr par ex.) au 01/01/2000,

7.4. Modulation de la subvention en fonction des 4 critères suivants :

- région et discipline,
- option de continuité des soins,
- part de la prescription annuelle du praticien en équivalents thérapeutiques (pour les médecins),
- télétransmission de feuilles de soins.

La mise en œuvre de cette modulation pourrait s'effectuer en quatre étapes :

	Nouveau régime	Ancien régime
Au 01/01/2000	20 %	80 %
Au 01/01/2001	55 %	45 %
Au 01/01/2002	70 %	30 %
Au 01/01/2003	100 %	/

Les mesures qui précèdent ont pour objectif d'agir, de manière structurelle, sur l'équilibre de l'offre de soins. Bien entendu, cette perspective ne se suffit pas à soi-même et il convient de la lier aux actions destinées à maîtriser la démographie, domaine dans lequel l'Etat a pris des décisions récentes.

En effet, les professions de santé ont progressivement pris conscience du caractère indispensable des mesures prises par l'Etat depuis le milieu des années soixante-dix afin de réguler les flux d'entrants dans le système de soins.

L'action publique doit toutefois être prolongée dans deux directions.

En premier lieu il convient d'éclairer l'évolution souhaitable des *numerus clausus* existants en se dotant d'une part d'un schéma cible d'accès aux soins (sans lequel la répartition entre généralistes et spécialistes serait purement arbitraire), d'autre part d'une analyse des évolutions en cours et prévisibles des frontières interprofessionnelles et interdisciplinaires. C'est bien dans cette direction que s'est engagé l'Etat en décidant en janvier 1999, de donner une ampleur nettement moindre à la hausse du *numerus clausus* médical que celle prévue à l'automne 1998, et en engageant avec l'Assurance Maladie une concertation sur l'évolution souhaitable de celui-ci.

Cet examen approfondi de la régulation des effectifs en formation initiale ne se limite pas aux médecins : le maintien du quota actuel des masseurs-kinésithérapeutes en formation conduirait à une nette croissance des effectifs soignants dont le bien fondé est mis en doute par la profession elle-même.

Il est donc nécessaire d'étendre l'étude des besoins à long terme à l'ensemble des professions de santé bénéficiant d'un numerus clausus.

Au-delà, il apparaît nécessaire d'envisager la généralisation du numerus clausus ainsi que la création d'un stage hospitalier obligatoire préalable à l'installation en secteur libéral, à l'instar de ce qui a été mis en œuvre à partir de 1994 pour les infirmières.

Proposition 8 – modifier la prise en charge des dépenses de biologie

8.1. Le net dépassement de l'objectif d'évolution des dépenses fixé avec les laboratoires pour 1998 conduit à des mesures immédiates.

En effet, ce dépassement pose pour la première fois de façon concrète la question de l'application du mécanisme conventionnel de récupération. Celui-ci a été critiqué par la Cour des Comptes car il est lourd, complexe et juridiquement incertain. Une variation de la lettre-clé B apparaît à tous égards préférable.

L'ajustement annuel du B qui en résulterait constitue également l'occasion du partage des gains de productivité enregistrés depuis plus de 10 ans dans le domaine de la biologie. Déjà en décembre 1994 le livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie constatait que les tarifs français de biologie étaient supérieurs de 75% à la moyenne de l'OCDE.

La bonne gestion des deniers sociaux conduit à définir un cheminement pluriannuel de convergence des prix français et mondiaux tout en finançant partiellement les restructurations qui en résulteraient. Ceci doit se traduire par l'élaboration d'une réforme structurelle du secteur.

8.2. Il paraît aujourd'hui indispensable de redéfinir une offre adaptée permettant une prise en charge satisfaisante des assurés sociaux.

La démarche pourrait être menée en trois étapes :

1. Elaborer avec la profession une problématique commune de la biologie, qui pourrait être fondée sur le constat suivant :
 - existence d'un très grand nombre de laboratoires à l'origine d'un surcoût global pour l'assurance maladie, financé par une survalorisation du B et générateur de difficultés d'exploitation pour de nombreux laboratoires, liées à l'amortissement de matériels souvent coûteux et à des exigences croissantes de qualité.
 - fondamentalement, la tendance est à une augmentation de la demande d'analyses de biologie, donc globalement favorable au secteur.

- dans ce contexte, il importe de disposer d'une offre de soins adaptée à la fois qualitativement et quantitativement, correctement équipée et répartie sur le territoire.
- le but est d'aboutir à une offre restructurée, permettant la coexistence de différents types de laboratoires, (le laboratoire de proximité, le laboratoire pratiquant de façon automatisée des analyses en grand nombre, le laboratoire pratiquant des actes réservés très spécialisés), aptes à répondre à une demande variée.

2. A partir de ce constat, l'Assurance Maladie et les professionnels pourront bâtir des scénarios d'évolution de l'offre de la biologie.

Ces scénarios devront faire l'objet d'un débat public.

3. Le but est d'aboutir à un schéma-cible de la biologie en France, permettant une restructuration garantissant les analyses les plus fiables au juste coût.

Ce schéma-cible conduira à réformer la loi de 1991, qui définit aujourd'hui les relations entre la profession, l'Etat et l'Assurance Maladie.

Proposition 9 - définir les niveaux de soins hospitaliers et les fonctions de l'hôpital de proximité

9.1. Le débat sur l'hôpital de proximité est marqué par les travers de la répartition de l'offre de soins

De façon générale, l'hôpital n'a pas échappé à la logique de répartition inégalitaire de l'offre de soins, concentrée en fonction du pouvoir d'achat plus que des besoins.

Localisation et dimensionnement ont ainsi été sensiblement définis en fonction du poids des élus, et la gamme des services offerts, plus conçue en fonction des demandes des soignants que des besoins.

◆ L'hôpital de proximité : une notion marquée par une double ambiguïté

La proximité n'est certes pas une notion uniforme, le terme est ambigu : le CHU est aussi un hôpital de proximité, la notion de proximité s'appréciant forcément en proportion de la complexité médicale du cas à traiter. D'ailleurs, l'accès aux soins de haute technicité peut être rendu proche par le recours à des transports rapides.

Quant aux assurés, leur attente est fondée sur une appréciation biaisée des réalités : la présence de l'hôpital, les emplois qu'il génère sont des données visibles pour tous. Son coût de fonctionnement, et surtout le niveau de sécurité sanitaire et de qualité des soins qu'il offre, ne leur sont pas connus ni a fortiori garantis.

◆ **Ce débat, mal engagé, doit être mené aujourd'hui sur des bases renouvelées**

- Un enjeu qui n'est pas financier

Le coût financier des petits établissements est modeste, ce qui rend d'autant plus aisé une approche fondée sur la qualité et la sécurité. Ce sont ces critères qui doivent prédominer et la mise à niveau de ces établissements implique une spécialisation et une mise en réseau tant avec la médecine de ville qu'avec les hôpitaux de second recours.

- Un enjeu qui n'est pas la distance

C'est l'accès à des soins de qualité que l'hôpital de proximité peut procurer de façon adaptée à son rôle, en offrant des soins de première intention rapidement accessibles. En termes d'accès aux soins, le temps est plus significatif que la distance.

- La rationalisation de l'offre hospitalière ne passe pas nécessairement par la fermeture des petits hôpitaux.

Le principe n'est pas la fermeture des petits hôpitaux, mais la fermeture des unités ou des établissements de santé inutiles, quelle que soit leur taille ou leur proximité.

Autrement dit, s'il n'y a pas de principe général conduisant à leur maintien à tout prix, il n'y a pas non plus de fatalité à la fermeture des petits hôpitaux de proximité.

9.2. Les enjeux : l'accès aux soins, la sécurité et la qualité des soins :

Situer l'hôpital de proximité dans un schéma général de coordination des soins

L'hôpital de proximité doit se définir, au sein du maillage sanitaire du territoire, par sa fonction en termes d'accès aux soins dans le cadre d'une politique graduée et coordonnée d'accès aux soins.

Dans ce cadre qui appelle une refonte des critères d'attribution des ressources et donc de la cartographie hospitalière, l'hôpital de proximité représente un élément d'équilibre.

L'hôpital de premier recours est celui qui est dédié à ceux des soins qui peuvent et doivent être effectués rapidement, et ce dans les meilleures conditions, permettant de traiter dans les meilleurs délais et localement ce qui peut l'être.

De fait, il y a place pour un "premier niveau de soins" délimité, qui exige une coordination permanente avec la médecine de ville pour l'orientation des patients ; tout comme il exige une articulation avec les plateaux techniques de type CHU dans le cadre d'un schéma de coordination des soins hospitaliers, organisant le chaînage des prises en charge en fonction de l'appréciation du risque médical.

En l'espèce, l'organisation en niveaux gradués et coordonnés de la prise en charge sanitaire des soins de gynécologie-obstétrique et des risques associés est exemplaire.

L'hôpital de proximité représente ainsi un enjeu important dans la réforme du système de soins, aujourd'hui mal pris en compte malgré les efforts d'organisation. L'avenir qui lui sera fait sera l'exacte mesure de la portée donnée à la coordination des soins ville-hôpital et hôpital-hôpital.

Proposition 10 – moraliser l'activité libérale à l'hôpital

Même si certains peuvent discuter la pertinence de leur maintien, deux modalités différentes d'activité libérale en milieu hospitalier public sont aujourd'hui possibles :

- ◆ Les praticiens hospitaliers temps plein peuvent consacrer une partie de leur temps de travail à une activité privée rémunérée à l'acte.
- ◆ Les médecins libéraux peuvent intervenir en milieu hospitalier dans le cadre de cliniques ouvertes en bénéficiant d'une rémunération à l'acte.

Dans les deux cas, une redevance est versée par ces praticiens à l'établissement qui met à leur disposition le personnel et le matériel nécessaires à leur exercice.

Certaines réformes figurent à l'article 37 quinzies du projet de loi portant création de la couverture maladie universelle, au nombre desquelles la limitation de la durée de l'activité libérale limitée à "20 % de la durée du service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens", et la perception des honoraires "par l'intermédiaire de l'administration hospitalière".

L'activité libérale des praticiens hospitaliers temps plein manque de transparence :

L'auto-contrôle de cette activité par les commissions de l'activité libérale s'avère insuffisant pour garantir totalement le respect de l'équilibre entre activité publique et secteur privé : les contrôles répétés de la Cour des comptes ou de la CNAMTS ont mis en lumière, depuis vingt ans, la persistance et la haute fréquence d'anomalies. En outre, l'activité privée prélève une part notable des moyens de l'hôpital public : heures de personnel soignant, équipements et consommables (blocs opératoires, matériels à usage unique) que le montant des redevances est loin de couvrir. Ainsi ont pu être constatées des situations dans lesquelles l'activité libérale représentait l'essentiel de l'activité et consommait la plus grande part des prothèses internes d'une ou plusieurs disciplines d'un centre hospitalier².

Les revenus tirés de cette activité ne sont pas limités (contrairement aux règles de la fonction publique hospitalière, à laquelle les praticiens hospitaliers n'appartiennent pas). Souvent perçus directement par les praticiens, ils sont mal connus.

Une certaine opacité persiste dans les cliniques ouvertes, malgré des règles plus strictes dans la perception des honoraires (perçus pour leur compte par l'établissement), et des dispositions tendant à réduire les possibilités de transfert de malades du secteur public au secteur clinique.

Dans les deux cas, **la redevance versée par les praticiens est sans commune mesure avec les frais engagés à leur bénéfice par l'établissement**. De plus, limitée à une fraction des honoraires remboursables, elle reste dans tous les cas très inférieure aux frais professionnels d'un véritable exercice libéral, en cabinet ou en clinique privée.

² Source : enquête CNAMTS, 1993.

C'est pourquoi des aménagements à la réglementation actuelle sont proposés :

10.1. Pour les praticiens hospitaliers temps plein

*** *Transparence* :**

La durée de l'activité libérale étant limitée à 20 % de la durée de service, les honoraires qui en résultent, après prélèvement de la redevance, ne pourront dépasser, chaque mois, **20 %** du montant de la rémunération hospitalière mensuelle nette.

*** *Plus juste participation aux frais* :**

Les redevances seront assises sur les honoraires réellement perçus, selon les taux applicables en CHR³.

10.2. Pour les praticiens exerçant en clinique ouverte :

*** *Alignement de la redevance***

Les redevances seront assises sur les honoraires réellement perçus. Les taux seront identiques à ceux de l'activité libérale.

Proposition 11 - la gestion du patrimoine hospitalier public

La politique de recomposition du tissu hospitalier comporte une nécessaire évolution – adaptation et modernisation - des établissements de santé.

Ainsi, parmi les investissements immobiliers des établissements publics (EPS), il convient de distinguer ceux qui relèvent du patrimoine non affecté à la production des soins (DNA) des autres investissements, ceux qui, précisément, font partie de l'outil de travail.

Aujourd'hui, chacun s'accorde à reconnaître la nécessaire optimisation de ces investissements, dont les voies doivent sans doute être différentes selon le type d'investissements considéré.

Concernant la Dotation Non Affectée, il est proposé de l'affecter à une agence nationale créée à cet effet, dont le rôle d'expertise serait prédominant (sous réserve d'un réexamen, sous le contrôle du Conseil d'Etat, de l'affectation des legs composant pour partie ce patrimoine) et dont la gestion pourrait être déconcentrée au niveau régional.

Concernant les investissements productifs, il est clair que l'optimisation de leur gestion doit tenir compte à la fois du besoin d'expertise lié à cette activité très spécifique, de la nécessité d'avoir une vue d'ensemble, par exemple régionale, tout en ne privant pas les gestionnaires hospitaliers d'une marge d'autonomie, gage indispensable de leur responsabilisation. Plusieurs solutions peuvent donc être envisagées qui répondraient à cet objectif.

³ Auxquels il convient d'ajouter les actes cotés en KCC.

Proposition 12 – créer un fonds d'investissement pour les établissements privés

La recomposition de l'offre hospitalière privée qui s'est opérée essentiellement par regroupements a été très importante au cours des années 1990 – 1995. Elle s'est traduite par une modernisation, qu'illustre le ratio amortissements / CA, en forte progression depuis 1989, mais désormais en stagnation.

Les efforts de planification (SROS etc.) et la régulation par Objectif Quantifié National des dépenses instaurée en 1991 ont favorisé ce mouvement souhaitable de concentration des structures.

Pour autant, ce mouvement semble aujourd'hui freiné : il convient donc de mettre en place un outil spécifique qui accompagne l'investissement productif, permettant à des établissements dont le plan de développement est en adéquation avec les orientations de l'Agence Régionale d'Hospitalisation, de bénéficier d'un fonds d'investissement.

A l'instar du FIMHO et du fonds d'amélioration de la qualité pour le secteur ambulatoire, ce fonds serait financé hors OQN et ONDAM, à hauteur de 250 millions de francs par exemple.

Au-delà d'un légitime parallélisme entre secteur public et privé, c'est davantage la nature des aides et leur mode de versement qui incitent à créer ce fonds hors ONDAM : il s'agit d'un financement temporaire de l'investissement, et non de dépenses de fonctionnement annuelles ; par ailleurs, il convient d'apporter un financement sous forme de subvention et non d'augmentations tarifaires (or, les dépenses remboursées des cliniques, prises en compte dans l'ONDAM, se calculent uniquement sur la base de tarifs de prestation).

Ce nouveau fonds, qui pourrait bien entendu faire l'objet d'une répartition régionale, serait géré par les Agences Régionales de l'Hospitalisation qui, sur la base d'avenants aux contrats pluriannuels conclu avec les établissements (L 710-16-2), seraient en mesure de préciser la nature des opérations financées et les modalités du financement.

Ce fonds se substituerait bien entendu à l'actuel FAC (Fonds d'Accompagnement aux Contrats) dont la distribution en 1998 est apparue insuffisamment ciblée, tant en nombre qu'en nature d'opérations aidées et que l'Etat a décidé de reconduire en 1999.

Proposition 13 – améliorer la pratique médicale et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

La situation actuelle est particulièrement symbolique des progrès qu'il est possible de réaliser en poursuivant simultanément un objectif de maîtrise des dépenses et en améliorant le service médical rendu aussi bien que la qualité de vie des patients.

A cette fin il est proposé :

- 1 d'harmoniser la tarification des dialyses en centre,
- 2 d'étendre les mécanismes de régulation aux dialyses hors centre,
- 3 de développer les dialyses hors centre,
- 4 de réformer le mode de rémunération des praticiens,
- 5 d'élaborer un plan de développement des greffes rénales

Proposition 14 – revoir les conditions de développement et de sécurisation de la chirurgie ambulatoire

Rappel : sous le terme de " chirurgie ambulatoire " sont actuellement inclus deux types d'activité : les actes exploratoires à caractère répétitif nécessitant une anesthésie (exemple : les endoscopies) et les actes de chirurgie substitutive à une chirurgie avec hébergement (exemple : les cataractes).

Outre ce défaut majeur consistant à gérer de manière identique deux activités différentes, le cadre législatif et réglementaire actuel comporte deux inconvénients dommageables pour la sécurité et l'organisation optimale des soins :

- d'une part, les normes de sécurité s'imposent uniquement aux établissements de santé, y compris à leurs structures alternatives autorisées (activité de chirurgie et anesthésie ambulatoire du Code de la Santé Publique Livre VII- Titre I), mais pas aux actes. Aucune liaison n'étant décrite entre les actes eux-mêmes et le niveau d'environnement adapté à leur réalisation, aucune norme de sécurité ne s'impose lorsque ces actes sont pratiqués en cabinet. Ainsi, pour les 30 % d'endoscopies réalisées en cabinet, il n'y a pas de norme d'environnement, ni a fortiori de contrôle possible de ces dernières,
- d'autre part, la prise en charge financière d'un environnement nécessaire à la réalisation de ces actes étant aujourd'hui liée à la définition juridique du lieu de réalisation (Cf. supra), elle est donc réservée aux seuls établissements de santé : cela a pour conséquence de renforcer le recours à des structures hospitalières et de freiner le transfert de certains actes d'investigation en cabinet, rendu possible dès lors que les conditions de sécurité s'y imposeraient et seraient contrôlées ; à l'inverse, cela bloque le développement de la chirurgie ambulatoire de substitution, les places dans les structures actuellement autorisées étant utilisées à plus de 50 % pour la réalisation d'actes d'investigation.

Il est donc proposé de répondre à ces dysfonctionnements majeurs :

- en reliant chaque acte de la Nomenclature Commune des Actes Médicaux à deux critères : environnement technique obligatoire (coté de 0 à 5 par exemple), caractère répétitif de l'acte (oui/non),
- en instaurant une rémunération forfaitaire des environnements nécessaires, quel que soit le caractère juridique du lieu de réalisation des actes (cabinet/établissement) ,
- en rendant ces forfaits dégressifs pour les actes à caractère répétitif, ce mode de régulation financière paraissant plus performant pour ce type d'activité que celui d'une planification par la carte sanitaire (autorisations de places).

Ces mesures devraient être applicables à partir de 2001.

Proposition 15 - valoriser les enseignements des expériences de filières et réseaux

Plus de 160 projets sont en cours d'élaboration ou de finalisation pour bénéficier de l'agrément ministériel après passage en Commission "SOUBIE".

Si l'on compare ces projets aux réseaux associatifs déjà existants et ayant une durée de vie significative, on peut déjà affirmer que le développement de l'efficience de l'offre de soins passe par un décloisonnement des pratiques et une fongibilité des enveloppes.

Les promoteurs de réseaux ont bien compris, face à la complexité croissante du système de soins, que le décloisonnement des pratiques facilite l'exercice professionnel et développe la responsabilité des patients dans une prise en charge de qualité.

Ce décloisonnement est à la fois vertical et horizontal.

15.1. L'articulation entre la ville et l'hôpital

Que ce soit dans l'un ou l'autre secteur, mais plus particulièrement en ville, le décloisonnement est précédé d'une phase nécessaire de développement des relations entre le corps médical et le corps des auxiliaires médicaux, ce qui suppose une clarification et une reconnaissance mutuelle des champs de compétence et des responsabilités au sein du réseau.

Au-delà de cette phase, les réseaux ne peuvent plus se contenter de s'organiser soit autour des seuls établissements de soins, soit avec les seuls professionnels ambulatoires.

En effet, le patient, à un ou plusieurs moments de sa vie, traverse inévitablement les deux secteurs d'activité.

Un réseau implique donc aujourd'hui non seulement l'organisation d'une véritable coordination entre professionnels libéraux et établissements de soins, mais aussi la formalisation de ces relations afin qu'elles soient transparentes pour tous les acteurs du réseau, en particulier pour le patient, et qu'elles puissent donner lieu à évaluation.

D'ores et déjà, certains projets de réseaux associent systématiquement les libéraux et l'hôpital de proximité, comme les projets pour personnes âgées de la MSA, tandis que d'autres, à vocation plus thématique: cancer, asthme, alcoolisme, diabète..., ont formalisé dans des chartes des accords avec les établissements de soins (cliniques, Centres Anti-Cancéreux, hôpitaux...) permettant, selon la nature des réseaux, la mise à disposition d'effectifs, le partage de référentiels de pratiques, l'instauration de systèmes d'informations privilégiés...

15.2. L'articulation entre le sanitaire et le médico-social

Les réseaux montrent également combien les secteurs sanitaire et médico-social ont besoin de mieux articuler leurs interventions en particulier pour assurer le maintien à domicile de certaines catégories de patients(personnes âgées, soins palliatifs) ou le maintien dans le cadre sociétal de populations à risque(populations précaires, adolescents en difficulté, alcooliques....).

Ainsi, les réseaux de soins palliatifs font-ils intervenir non seulement l'hôpital (ex. unité mobile de soins palliatifs) ou l'Hospitalisation A Domicile mais aussi, à côté des professionnels libéraux, des services de soins infirmiers à domicile pour aider les patients en fin de vie.

D'autres réseaux favorisant le maintien à domicile des personnes âgées recourent à l'hôpital pour les périodes de crise ou d'urgence, mais aussi aux établissements d'hébergement pour personnes âgées qui, à l'entrée dans le réseau, participent au bilan d'évaluation de la dépendance grâce à des équipes de professionnels formés à la gériatrie.

Allant au-delà des échanges de prestations précités, certains réseaux ont décidé, pour éviter des frais de structure et pour bénéficier de savoir faire, de s'appuyer sur une structure sanitaire ou médico-sociale existante constituant le "socle" du réseau et assurant par exemple la logistique et la coordination.

Dans tous les cas, les réseaux qui cherchent à prendre en charge la santé des patients et qui, de ce fait, nouent des relations avec les établissements de soins et le secteur médico-social, développent aussi des relations étroites avec le secteur social qui assume, dans le réseau, sa part de responsabilité mais aussi de financement.

15.3. Nécessaire fongibilité des enveloppes de dépenses

Alors même que tous les textes préconisent le rapprochement de la ville et de l'hôpital, les réseaux qui souhaitent concrétiser ce décloisonnement doivent recourir à des sources de financement diverses qui ne permettent ni de couvrir les mêmes prestations ni d'imposer les mêmes contraintes.

Il apparaît indispensable aujourd'hui de décloisonner les financements et de constituer, à partir de prélèvements portant pour partie sur l'enveloppe hospitalière (50%?) et pour partie sur l'enveloppe des soins de ville, une enveloppe unique, favorisant, pendant une durée déterminée, toute action associant de manière étroite les professionnels libéraux et les professionnels hospitaliers ou médico-sociaux en vue d'une meilleure coordination des deux ou trois secteurs d'activité.

Quelles sont les dépenses susceptibles d'être couvertes par cette enveloppe ?

On peut proposer trois types d'hypothèses éventuellement cumulables :

- l'aide au montage et à l'évaluation des projets,
- l'aide au fonctionnement du réseau, notamment lorsque le réseau est important ou lorsque la coordination est très perfectionnée et suppose la mise en place d'une plate forme ou d'un centre d'appels téléphonique,
- le cas échéant, les dérogations accordées aux professionnels du réseau.

Par ailleurs, lorsque les réseaux sont financés principalement sur l'enveloppe soins de ville alors qu'ils associent l'hôpital, voire superposent une nouvelle structure aux anciennes sans compensation, le Conseil d'Orientation des Réseaux et Filières de Soins Expérimentaux pourrait donc être appelé à exiger le gel d'une somme équivalente sur l'enveloppe régionale d'hospitalisation.

Proposition 16 – prendre en charge les soins palliatifs

Le contexte

Dans nos sociétés où la mort est sinon niée du moins volontiers considérée comme une abstraction, l'accompagnement des personnes qui terminent leur existence, assurant "l'accès à une mort douce de malades dont les douleurs sont maîtrisées et les angoisses apaisées"⁴ est longtemps resté limité à quelques équipes. Il existe donc un indiscutable besoin encore mal couvert actuellement.

En 1997, les soins palliatifs ont été classés par le secrétaire d'Etat à la santé parmi les thèmes prioritaires de santé publique et un budget a été débloqué pour la création de structures hospitalières.

Un avis du Conseil économique et social sur ce thème a été adopté en début d'année 99 et une loi "visant à garantir l'accès aux soins palliatifs" vient d'être votée et publiée au JO du 10/6/99. Le texte, assez large, concerne toutefois plus les structures issues des établissements sanitaires que le domicile des malades.

Ainsi se manifeste une volonté évidente de développer une forme de soins qui prend pleinement sa place à côté des soins curatifs. Mais le domicile, comme les établissements médico-sociaux, restent les lieux où les besoins sont les moins bien couverts.

Or, 70 % des personnes meurent actuellement à l'hôpital tandis que, d'après des enquêtes d'opinion, la même proportion, soit 70 % souhaiteraient au contraire pouvoir terminer leur vie chez eux, au sein de leur environnement familial.

La CNAM entend donc promouvoir, à côté des structures hospitalières nécessaires, toute forme d'organisation permettant d'améliorer la prise en charge des malades qui veulent terminer leur vie à domicile.

La loi visant à garantir les soins palliatifs.

La proposition de loi, qui vient d'être adoptée par les deux assemblées donne des soins palliatifs la définition suivante : *"soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage"* en indiquant que toute personne dont l'état le requiert a le droit d'accéder à ces soins et à un accompagnement mais peut par contre s'opposer à toute investigation ou thérapeutique. Cette définition est large et peut s'appliquer à des situations très diverses.

⁴ Cf rapport présenté par D. Decisier et adopté par le Conseil économique et social les 23 et 24/2/99.

Les propositions de la CNAMTS

La CNAMTS encourage les initiatives, nombreuses, des acteurs du système de soins en accompagnant /finançant les expérimentations de réseaux. C'est ainsi qu'en 1999 de nombreux projets ont été soumis à l'agrément du Ministère 3 projets (Tulle, Tarbes, Annecy) avec un avis favorable des instances.

Ses objectifs peuvent être ainsi définis :

1. Offrir aux patients une possibilité réelle de choix entre fin de vie à l'hôpital et fin de vie à domicile, en assurant pour les deux options une même qualité de prise en charge sur les plans médical, psychologique, social et économique.

Il faut toutefois préciser que la solution du maintien à domicile ne peut résulter que d'un choix libre du malade, partagé (avec l'entourage et avec les soignants) et réversible.

2. Limiter, dans un premier temps au moins, le champ de ces soins aux seuls soins palliatifs terminaux, c'est-à-dire destinés aux malades atteints d'une affection inéluctablement mortelle et ce, dans un délai relativement rapproché (cf. ci-dessous données chiffrées).
La définition des soins palliatifs retenue par la loi qui vient d'être promulguée est en effet très large puisque toute notion de terme a disparu contrairement aux définitions généralement retenues y compris par les associations spécialisées.

La nature des soins est en effet assez différente selon qu'il s'agit de la phase terminale d'une affection inéluctablement mortelle ou de la fin de vie de personnes âgées ne présentant pas de pathologie clairement définie. Dans ce dernier cas, d'autres mesures seraient à prendre.

3. Renforcer les orientations retenues dans les SROS de 2^{ème} génération prônant, à côté des USP indispensables comme centres de référence, un développement des équipes mobiles.
La CNAM souhaite cependant que ces équipes mobiles puissent sortir de leurs établissements d'implantation pour intervenir en particulier dans les établissements médico-sociaux (maisons de retraite en particulier). Il faut donc promouvoir, à travers leurs contrats d'objectifs et de moyens, les établissements prévoyant la prise en charge de ces malades à la fois en leur sein et à domicile.
4. Permettre aux malades qui le désirent de bénéficier de ces soins dans les structures ayant dispensé les soins curatifs. En conséquence, il faut ouvrir cette possibilité au secteur privé qui accueille une proportion importante de patients en phase terminale, en prévoyant une tarification spécifique expérimentée dans quelques structures répondant aux critères de qualité requis.
5. Assurer une prise en charge satisfaisante au domicile. L'observation de ce qui se passe à l'étranger (Royaume uni, Catalogne surtout) montre que ce peut être le cas à condition de garantir une bonne coordination permanente entre la ville et l'hôpital (il faut assurer le traitement de complications aiguës et des moments de répit pour l'entourage) et un bon niveau de prise en charge médicale, psychologique (du malade et de son entourage), sociale et économique. Il faut en effet rétablir une équivalence sur ce dernier point avec l'hôpital qui couvre financièrement des besoins non pris en ville actuellement (nutriments, couches et accessoires divers, gardes, etc..).

6. Favoriser le développement de ces soins au domicile des malades qui le souhaitent. Cela passe par une incitation à la création de réseaux dédiés à ces soins. Cette orientation fait partie des thèmes déjà retenus par les administrateurs de la CNAM et repris dans une circulaire d'août 98⁵. Cette circulaire définit également le cahier des charges auquel doivent répondre les projets. On peut citer les critères suivants importants dans le cadre de soins palliatifs :

- Respect de référentiels et de recommandations à élaborer par l'ANAES,
- Mise à disposition de tous les intervenants nécessaires à un réel accompagnement, et d'intervenants solidement formés,
- Assurance d'une bonne coordination entre les intervenants eux-mêmes d'une part, entre le réseau et les structures hospitalières d'autre part,
- Assurance d'une continuité des soins avec au minimum une permanence téléphonique 24h/24 et disponibilité de lits-relais hospitaliers,
- Soutien psychologique des personnels intervenants et de l'entourage,
- Fourniture de tous les matériels et accessoires nécessaires ainsi que de suppléances de l'entourage lorsqu'elles s'avèrent nécessaires.

Ces structures feront l'objet d'une évaluation médicale, organisationnelle et financière à trois ans.

Les réseaux sont à créer en priorité dans les zones actuellement dépourvues de toute structure adaptée. Il est par ailleurs souhaitable qu'ils s'appuient sur les structures déjà existantes concourant à cette prise en charge : établissements sanitaires, HAD et SSIAD

La prise en charge se ferait sous forme d'un forfait journalier.

Eléments chiffrés

La population répondant aux critères retenus, soins palliatifs terminaux, peut être évaluée à 150.000 personnes/an, la durée des soins étant en moyenne de trois mois (décès prévisible après des maladies comme le sida, les cancers mais aussi les maladies neurologiques dégénératives (SEP, SLA) ou la maladie d'Alzheimer.

Le rapport du Conseil économique et social estime que 45 000 de ces personnes pourraient être concernées chaque année par une fin de vie à domicile.

Actuellement, le ministère a prévu sur l'ONDAM un budget de 150 millions de Frs/an sur trois ans (1999-2001) pour la création de structures hospitalières.

Outre son implication faite dans les réseaux expérimentaux, et l'enveloppe de 50 millions de Frs qu'elle a prévue dans le FNASS pour financer la formation de bénévoles et éventuellement la rémunération de quelques gardes, la CNAMTS pourrait marquer son engagement en réservant une enveloppe spécifique pour le développement de soins à domicile (pour la part qui lui incombe).

⁵ Cf circulaire CABDIR n° 8/98 du 15/10/98 sur les réseaux et filières de soins, p.7

Un rapide calcul, sur les trois derniers mois de vie, montre que le coût de trois mois de soins palliatifs à domicile équivaut à 24 jours de traitement en soins aigus*. Or, dans ce dernier cas, la qualité de fin de vie n'est équivalente ni pour le patient ni pour son entourage, et sur le plan du coût il faut encore prendre en compte les 66 journées hors hospitalisation.

Ce développement a donc un intérêt à la fois sur le plan de la qualité de la fin de la vie mais peut également l'être sur un plan économique même si ce n'est pas l'objectif prioritaire. L'exemple catalan a d'ailleurs montré que l'investissement initial pouvait être rapidement couvert.

* *Coût journalier selon la structure :*

- *Soins aigus, 4 à 5 000 Frs*
- *USP, 1 800 à 2 200 Frs*
- *A domicile, autour de 1 200 Frs (estimation d'après les projets existants).*
- *En HAD, 950 Frs*

la dernière structure ne prenant pas en charge l'ensemble des besoins.

LES EXPERIENCES EUROPEENNES
COMPARAISON AVEC LA FRANCE

	Royaume-Uni (58 M habitants)	Belgique (10 M habitants)	Catalogne (6 M habitants)	France (57 M habitants)
Unités de soins palliatifs (USP)	norme de 5 lits/100.000 habitants atteinte.	En 98 : 3,6 lits/100.000 habitants	Densité actuelle, 6,7 lits/100.000 habitants	Densité actuelle, 1 lit/100.000 habitants
Equipes mobiles	En cours de développement dans le milieu hospitalier.	Développement d'équipes mobiles en milieu hospitalier.	26 équipes mobiles	74 équipes mobiles
Domicile.	Equipes domiciliataires avec 2 médecins, 8 infirmières, 1 travailleur social, s'appuyant sur le généraliste, réparties sur l'ensemble du territoire.	Création de centres de soins à domicile dotés d'une charte de qualité.	48 équipes de soutien à domicile (taux de couverture des besoins de 90 %). Forte impulsion politique depuis 10 ans, en lien avec l'OMS, avec incitations financières. Définition de normes précises avec guides pratiques par profession. Investissement initial : 100 millions de francs environ.	Une dizaine de structures plus structurées non spécialisées, HAD et SSIAD, quelques réseaux émergents. USP et équipes mobiles de taille très inégale et mal réparties sur l'ensemble du territoire. Activité mal valorisée par le PMSI. 70 % des décès se produisent à l'hôpital.
Observations.	40 % des décès surviennent maintenant à domicile.			



Eclairage – La prévention

1- L'évolution historique

Trois grandes périodes peuvent caractériser les évolutions de la prévention au cours du XXème siècle :

- ◆ La première période, fortement tournée vers le XIXème siècle, s'est achevée dans les années 1960-70. Elle se caractérise par une lutte contre un certain nombre de périls infectieux et une amélioration générale des conditions de vie dans les pays développés (alimentation, hygiène...). Cette prévention bénéficiait d'une médecine sociale engagée et d'un bénévolat actif à travers un certain nombre d'œuvres caritatives (associations de lutte contre la tuberculose, actions de la Croix Rouge...). *La prévention était avant tout un acte de foi, un engagement au service des autres... Elle restait assez marginale en tant que procédure technique exercée par un professionnel.*
- ◆ Il y a eu ensuite multiplication et diversification des initiatives, auxquelles les caisses ont d'ailleurs beaucoup contribué. *Dans les années 80 est ainsi apparu le concept de promotion de la santé*, prenant en compte des facteurs liés à l'environnement (pour lesquels un engagement d'une nature plus politique que médicale était nécessaire) : approche plus collective et médiatisée de la prévention, dans laquelle la responsabilité individuelle n'est plus seule en cause. Un exemple très instructif en est la prévention des accidents d'enfants. Il y a eu à la fois le développement de campagnes médiatiques pour sensibiliser le grand public mais aussi les décideurs, des actions de proximité auprès des parents, dans les écoles..., et des lois visant à réglementer les produits dangereux. C'est grâce à la conjonction de ces différentes approches que la mortalité et la morbidité par accidents de la vie courante ont fortement baissé durant ces années.
- ◆ En cette fin de siècle, nous sommes entrés dans la troisième période, celle qui intègre la prévention dans une approche globale de la santé publique *et lui fait obligation, à l'instar de l'activité de soins et en articulation avec elle, d'organiser sa performance.* : instaurer une vraie démarche qualité , c'est à dire définir là comme ailleurs les bonnes pratiques, les mettre en œuvre et les évaluer, les flécher et les rendre accessibles à tous, les rendre progressivement opposables.

2- Le plan stratégique

Ainsi, le Plan Stratégique pose en revanche la nécessité d'intégrer la démarche préventive dans le système de soins d'une part, de lui appliquer les mêmes principes d'autre part : bâtir une qualité fondée sur la sélectivité, le partenariat et la transparence.

Par ailleurs, la volonté de développer la coopération entre régimes obligatoires et régimes complémentaires s'avère particulièrement nécessaire en ce domaine :

- l'incitation faite aux assurés de s'inscrire dans des procédures de continuité de soins comportant des phases préventives ne peut opérer que si les régimes obligatoires et complémentaires travaillent dans la même direction
- la vision globale "inter-assureurs" est un gage capital pour une politique de prévention (éviter les phénomènes de passager clandestin, où un assureur bénéficie des effets de prévention d'un autre).

Les principales mesures du plan stratégique qui mettent en exergue la nécessité d'une prévention intégrée à la démarche qualité sont :

◆ Médecins référents et carnets de santé

Toute mesure qui favorise une prise en charge globale et le suivi des assurés, donne des possibilités très largement ouvertes visant la qualité des relations et la prévention. En effet, l'ouverture du dialogue consultant/praticien ne peut se faire que dans la continuité. La prévention des problèmes liés au tabac, à l'alcool, à l'alimentation... s'établit dans le cadre d'une relation durable où le carnet de santé peut d'ailleurs jouer à la fois un rôle de médiateur et de support à une relation d'attente privilégiée

◆ Hygiène bucco-dentaire

La prévention bucco-dentaire apparaît rarement parmi les priorités de santé publique alors que l'on connaît les conséquences d'un mauvais état bucco-dentaire sur la santé des individus (en particulier pour les plus démunis) et surtout l'efficacité de la prévention. Axer les efforts de l'Assurance Maladie vers les moins de 20 ans n'est pas seulement un choix budgétaire, mais aussi l'affirmation d'une politique qui vise la prévention et la préservation du capital dentaire d'un maximum de jeunes Français.

Au surplus, le projet consiste à aller vers une rémunération de "l'état de santé" bucco-dentaire (on favorise, non la multiplication des soins, mais l'entrée dans un "plan de soins" qui doit plutôt tendre à les diminuer...).

◆ Opposabilité progressive de certaines normes médicales d'investigation et de dépistage (Dépistage des cancers)

Il y a aujourd'hui une absolue nécessité d'envisager une organisation du dépistage des cancers qui repose sur *les principes rappelés dans le plan stratégique* :

transparence pour que chacun sache dans la plus grande clarté comment les choses se passent, qui fait quoi dans la chaîne des décisions, qui sont les acteurs responsables, quels sont les résultats effectifs de ces programmes ? Dans cette perspective, le codage intégral et spécifique de tous les actes est une nécessité. A défaut, il faut disposer d'une nomenclature traçante.

sélectivité pour que l'assurance de qualité soit garantie à chacune des étapes du processus et que ceux qui agissent le fassent avec des référentiels validés et respectés par tous. Le dépistage sans charte de qualité et sélectivité sur les professionnels et les matériels concernés fait courir un risque de faux-positifs et de faux-négatifs. La sélectivité est inhérente à tout dispositif de prévention secondaire (dépistage). Dans ce contexte, il faut séparer les actes de diagnostic et de dépistage, et prendre en charge à 100% seuls les actes de dépistage répondant à des critères de fiabilité quant à la réalisation, l'interprétation et l'évaluation, ce qui implique par exemple s'agissant du cancer du sein, que tous les cabinets de radiologie n'ont pas vocation à entrer dans ce dispositif. L'objectif est également de permettre un égal accès au dépistage notamment pour les assurés sociaux qui aujourd'hui sont peu concernés par ces pratiques préventives : femmes plus âgées et/ou de catégories sociales plus défavorisées.

responsabilisation, tant au niveau des professionnels que de l'assuré, pour que chacun, à son niveau, soit à la fois acteur et responsable de cette prévention. Il ne peut y avoir de qualité sans contrainte et celle-ci doit être partagée entre le patient et le praticien.

La loi de financement de la sécurité sociale adoptée à la fin de l'année 1998 fixe le cadre du dépistage des cancers et le plan stratégique en précise le contexte d'application pour tous ceux qui devront mettre en place ces mesures dans un souci de qualité et d'efficacité.

◆ Vaccination

L'acte vaccinal reste l'acte préventif par excellence. Le recul de quelques maladies infectieuses fait douter certaines personnes et professionnels de l'intérêt de vaccinations jugées plus secondaires. La décision de prise en charge à 100 % de la vaccination anti grippale (65% sur le risque et 35% sur le FNPEIS) va bien au-delà du problème spécifique de cette affection. Prendre en charge le vaccin grippe sur le "risque", avec un accord prix / volume avec les laboratoires, c'est se donner aussi les moyens d'une extension de la couverture vaccinale sans surcoût. La CNAMTS souhaite dans le futur étendre cette prise en charge des vaccins pour toutes les maladies qui représentent des priorités de santé publique. C'est par exemple ce qu'elle a fait en 1999 pour le vaccin ROR.

CHAPITRE 3 - DEFINIR LE PERIMETRE ET LE JUSTE PRIX DU PANIER DE BIENS ET SERVICES

1. Une gestion plus efficiente

Actuellement le champ des prestations sanitaires remboursables est défini par l'inscription de chacune d'entre elles, à l'une ou l'autre des nomenclatures s'il s'agit d'actes, au TIPS ou à la liste des médicaments admis au remboursement s'il s'agit de produits.

La cessation de la prise en charge par l'Assurance Maladie s'opère également au coup par coup, sans que puisse être précisément appréciée, dans les deux cas, la part respective du critère d'utilité médicale et de la volonté d'équilibrer les comptes de l'Assurance Maladie dans la prise de décision.

Le rythme du progrès médical et de la diversification de l'offre de soins pénalise ce processus d'ajustement ponctuel, et ce, à double titre : d'une part, la réorientation des ressources de l'Assurance Maladie au profit des prestations les plus utiles est trop lente ; d'autre part, l'ajustement des prix justifié par les économies d'échelle créées par la diffusion des innovations s'opère difficilement. La rente liée à la nature de la prestation ou à son prix absorbe la marge de manoeuvre de l'Assurance Maladie. Le gaspillage crée la pénurie.

Enfin, faute d'une transparence et d'une cohérence marquant l'inclusion des prestations dans le périmètre des prestations remboursables, toute décision de déremboursement est considérée a priori par les assurés comme une régression, alors que l'assurance maladie, comme les entreprises et les ménages depuis toujours et l'Etat depuis quelques décennies, doit impérativement redéployer continuellement les ressources pour offrir le meilleur niveau de protection aux assurés.

2. Une responsabilité partagée

La gestion du panier de biens implique obligatoirement tous les décideurs sous la responsabilité ultime de l'Etat.

Par rapport à l'Etat

Cette gestion s'opère dans le cadre de la politique de santé publique qui relève de l'Etat. Elle obéit donc aux priorités de santé, dont découlent les priorités de soins fixées par l'Etat.

Elle doit donc être définie contractuellement (dans la Convention d'Objectifs et de Gestion par exemple) et faire l'objet chaque année d'un rapport au Parlement décrivant les conséquences en terme d'utilité médicale et sociale (populations concernées) des mesures prises ainsi que leurs incidences financières.

Par rapport aux professionnels de santé

Le dessin du périmètre des prestations remboursables est une responsabilité de nature politique car elle concerne tous les assurés et constitue un outil majeur de poursuite des objectifs fondamentaux de la politique sanitaire. C'est donc à juste titre que les professionnels de santé se refusent à continuer à assumer cette responsabilité au fil de leur pratique quotidienne. En effet, la responsabilité médicale est autre : prodiguer les meilleurs soins, conformes aux données de la science, en respectant les principes déontologiques tels que le principe d'économicité, que ces soins soient ou non pris en charge. Au fur et à mesure que se précise la nature de la responsabilité médicale, ce que la généralisation de la démarche qualité doit fortement éclairer, la nécessité de définir clairement la responsabilité de nature politique portant sur la gestion du champ du remboursable s'impose. C'est un élément capital d'un partenariat réel entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

Par rapport aux assureurs complémentaires

La réforme proposée par la CNAM est fondée sur la généralisation de la démarche qualité et donc sur la promotion des capacités de choix de l'assuré. A ce double titre s'impose une convergence des prises en charge assurées par les Régimes Obligatoires et les Régimes Complémentaires qui, aujourd'hui, se neutralisent ou au mieux s'ignorent, perdant ainsi chacun en efficience. Ils sont pourtant confrontés à la montée continue du niveau d'exigence des assurés, tant en ce qui concerne la stabilisation des prélèvements qu'ils opèrent qu'en ce qui touche à la qualité et l'utilité des prestations sanitaires ainsi financées.

Une transparence nécessaire

Au-delà de la tendance générale qui voit le citoyen-cotisant désireux de pouvoir apprécier la qualité du service rendu, la gestion rationnelle et transparente de ce panier s'impose pour les raisons suivantes :

- a) donner des critères de choix à l'assuré décideur
- b) tirer les conséquences du fait qu'il y aura, pour les bénéficiaires de la CMU, gratuité totale dans un champ défini de prestations
- c) tirer les conséquences du fait que la frontière entre ce qui est remboursable et ce qui ne l'est pas relève autant du choix politique (donc contradictoire et transparent) que de constats scientifiques. Cela invite à fixer un processus de définition du champ du remboursable qui implique tous les acteurs dont la responsabilité scientifique ou politique aura été clairement établie.

Proposition 17 – les soins dentaires

Il est aujourd'hui nécessaire de redéfinir le domaine d'intervention de l'assurance maladie en donnant une priorité aux jeunes, à la prévention et à la continuité des soins dentaires, par redéploiement des dépenses.

Le dispositif repose sur les principes suivants :

17.1. La mise en place d'une option "continuité des soins" pour l'ensemble de la population avec l'application d'un mécanisme d'incitation à opter. Les patients s'engagent à se rendre chez le dentiste de leur choix, au moins une fois par an pour les moins de 20 ans et tous les deux ans pour les plus de 20 ans. Ce bilan périodique doit constituer en quelque sorte un audit de l'état bucco-dentaire. Cette visite, qui attestera d'un suivi (mention sur les carnets "enfant" pour les moins de 16 ans et "santé" pour les plus de 16 ans), leur permettra de bénéficier des nouvelles mesures de ce plan. Par contre, l'assurance maladie ne participera pas dans les mêmes conditions à la prise en charge des soins dentaires pour les patients n'adhérant pas à l'option.

17.2. Cette nouvelle organisation implique aussi des obligations pour le professionnel adhérent car celui-ci devient praticien-référent. Il devra en particulier assurer la cohérence et la continuité des soins dispensés au patient et respecter le plafonnement des tarifs prothétiques.

La définition précise des obligations des professionnels fera l'objet d'une négociation entre l'Assurance Maladie et les professionnels.

Enfin, il est clair que la différence de prise en charge des soins par l'Assurance Maladie constituera une forte incitation à l'adhésion.

17.3. La revalorisation des soins conservateurs et l'opposabilité en matière tarifaire des traitements orthodontiques et prothétiques.

La revalorisation massive (chiffrée à titre indicatif à 75% en moyenne) des soins conservateurs par une modification de la nomenclature constituera l'impulsion nécessaire pour axer le travail des chirurgiens-dentistes sur ce type d'interventions mieux rétribuées.

Cette revalorisation couvre la fonction de bilan assumée par le chirurgien-dentiste dans le cadre de ce nouveau dispositif.

D'autre part, les prothèses feront l'objet d'une tarification selon une nomenclature refondue et opposable dans le cadre de l'option de "continuité des soins".

Le principe de l'opposabilité des tarifs d'orthodontie est nécessaire à une meilleure prise en charge de ce type de soins. En effet, la revalorisation du tarif servant de base au remboursement n'est d'aucune utilité pour l'assuré si les prix pratiqués augmentent à leur tour. Le mécanisme d'opposabilité permet donc de garantir une amélioration effective de la prise en charge de l'ODF.

17.4. La modulation du taux de prise en charge des soins par l'assurance maladie selon l'inscription ou non dans une option de continuité des soins.

17.5. Création d'un secteur tarifaire spécifique aux chirurgiens-dentistes pratiquant l'ODF qui passeront un contrat avec l'assurance maladie.

Dispositif pour les moins de 20 ans

Le redéploiement des dépenses bucco-dentaires s'effectue en faveur des jeunes de moins de 20 ans, puisque seront pris en charge à 100 % l'ensemble des soins dentaires pour les jeunes adhérant à l'option "continuité des soins".

L'option de continuité des soins pour les moins de 20 ans se concrétise donc de la façon suivante :

- 1) Soit le patient s'engage à se rendre tous les ans chez le dentiste de son choix et il bénéficie d'un bilan à son entrée dans l'option et des nouvelles mesures de ce plan. Tous les soins sont pris en charge à 100 %. Les soins conservateurs sont revalorisés (hypothèse de travail de 75 %) et les traitements orthodontiques et prothétiques sont facturés sur la base de tarifs opposables.
- 2) Soit le patient n'adhère pas à cette option "continuité des soins", et l'assurance maladie remboursera d'une part, les soins conservateurs sur la base d'un taux équivalent à la prise en charge actuelle en montant et d'autre part, elle ne prendra plus en charge ni l'ODF ni les prothèses.

Dispositif pour les plus de 20 ans

La réforme s'appuie également sur le principe d'une option de continuité des soins

- 1) Soit les patients s'engagent à se rendre tous les deux ans au moins chez le dentiste de leur choix et ils bénéficient d'un bilan à leur entrée dans l'option et des nouvelles mesures de ce plan. Les soins conservateurs seront pris en charge à 70 % sur la base du nouveau tarif (hypothèse de travail : + 75 %) et les prothèses, pour lesquelles le chirurgien-dentiste doit pratiquer un tarif opposable, seront remboursées sur la base d'un taux de 40% (soit plus du doublement du taux moyen actuel de prise en charge).
- 2) Soit les patients n'adhèrent pas à cette option "continuité des soins", et l'assurance maladie rembourse les soins conservateurs en plafonnant le montant à son niveau actuel et ne prend plus en charge les prothèses.

Chiffrage de la mesure

Le calcul du surcoût pour l'assurance-maladie suppose que soit faite une hypothèse sur la proportion de patients adhérant à l'option de continuité des soins, et sur un effet attractif éventuel conduisant à un accès élargi aux soins dentaires.

A titre indicatif, pour une première phase de montée en charge du dispositif, les hypothèses suivantes sont retenues :

- 50 % des moins de 20 ans auront recours à des soins dentaires (au lieu de 40 % aujourd'hui), dont les deux tiers (60 %) choisiront l'option de continuité des soins.

- Pas de variation du recours aux soins dentaires pour les plus de 20 ans (40 %), dont la moitié choisira l'option de continuité des soins.
- Sur ces bases, et celle d'un taux de revalorisation des soins conservateurs de 75 %, le surcoût pour l'assurance-maladie est de 3,5 milliards de francs.
- Dans l'hypothèse extrême d'une adhésion de tous les consommateurs à l'option de continuité des soins, le surcoût atteindrait 9,9 milliards de francs.
- Il convient de soustraire de ces sommes le montant de la participation actuelle de l'Assurance Maladie aux cotisations sociales des chirurgiens-dentistes (soit 1,7 milliards de francs). Le surcoût net varie donc de 1,8 milliard de francs (correspondant au démarrage de l'option) à 8,2 milliards de francs (hypothèse limite extrême).

Proposition 18 – l'optique

La consommation de soins dans ce secteur est particulièrement inégalitaire bien que l'Assurance Maladie ait, depuis quelque temps, sensiblement amélioré les conditions de prise en charge pour les enfants de 0 à 16 ans (200 F la monture, 150 F en moyenne par verre). On rappellera en particulier que pour les montures adultes la base du remboursement est actuellement de 18 F.

L'Assurance Maladie propose d'améliorer très sensiblement la situation des adultes et, dans la logique de responsabilisation des acteurs, envisage de créer un dispositif d'opticien agréé.

Opticien agréé

Il est proposé de donner ce label aux professionnels qui s'engagent à proposer à tout assuré adulte qui en ferait la demande une gamme de montures et de verres à des prix voisins du niveau de prise en charge par l'Assurance Maladie, lequel serait simultanément revalorisé.

La population concernée par cette mesure, estimée à 30 % de celle achetant ou renouvelant son appareillage, serait essentiellement constituée des personnes âgées, ne bénéficiant pas du tout de régime complémentaire et étant au-dessus du seuil retenu pour la CMU ou la population pour laquelle la prise en charge complémentaire est estimée insuffisante.

- **Les montures**

Le nouveau système de prise en charge des montures consiste à proposer un remboursement forfaitaire de 100 F pour toute monture dont le prix est inférieur ou égal à 300 F. Au-delà du seuil de 300 F, aucune prise en charge ne serait accordée, puisqu'il s'agirait là clairement de confort et non de prestation de santé. Le taux de remboursement varie ainsi de façon dégressive entre 100 % (monture à prix tarif de 100 F) et 0 % (montures d'un prix supérieur à 300 F).

- Les verres

Pour les verres simples et multifocaux, les tarifs de remboursement moyens actuels, en 1998, sont respectivement de 35 F pour les verres simples et de 75 F pour les multifocaux. Les nouveaux tarifs moyens de remboursement proposés pour l'opticien agréé sont respectivement de 140 F et 300 F, soit une multiplication par 5 du tarif de prise en charge. Il conviendra de déterminer le type de verres concernés par ce tarif de remboursement : certains traitements, considérés comme non indispensables à la correction de la vue (traitements anti-rayures, anti-reflets, ...), ne seraient pas pris en compte. Le taux de prise en charge serait de 100%.

Sur la base du taux d'adhésion envisageable (30 % de la population), le surcoût pour l'assurance maladie de cette option opticien agréé est estimée à 900 millions pour une dépense actuelle de presque 800 millions de F.

Information des assurés et opticien agréé

Une meilleure information de l'assuré devra lui permettre, notamment par l'établissement d'un devis et d'une facture détaillés, de rapprocher le remboursement de l'assurance maladie, qui relève réellement de la correction optique, du prix final qui inclut des traitements de confort et/ou une monture coûteuse.

L'opticien agréé s'engagera à participer à cette meilleure information des assurés.

De même, il s'engagera à proposer une offre significative de montures à prix tarifs ou proches du tarif (gamme 100 à 300 F), susceptible de contrôle sur place par l'assurance maladie.

Une charte de l'opticien agréé comprenant ces points sera élaborée avec les représentants de la profession. Les opticiens seront invités à y adhérer individuellement.

	Nombre	Ancien tarif	Tarif agréé	Surcoût Sécu.
Montures adultes	1,7 millions	18F	100F	150 MF
Verres simples	3,8 millions	35F	140F	400 MF
Verres multifocaux	1,6 millions	75F	300F	350 MF
TOTAL				900 MF

Tableau : *Chiffrage du surcoût de la nouvelle prise en charge en optique médicale*

Proposition 19 – les médicaments

Proposition 19-1 - pour une régulation globale du secteur des médicaments

L'observation des taux de progression des remboursements des médicaments au cours des dernières années en général (+ 6,6 % en moyenne annuelle sur la période 1988-1998), de l'année 1998 en particulier (+ 8,1 %), montre l'urgence qu'il y a à définir une régulation efficace de ce secteur.

Cette régulation doit associer tous les acteurs d'une manière logique. Ainsi :

- en ce qui concerne les médecins prescripteurs, il est indispensable qu'ils aient la possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (DCI) à l'instar de ce qui se passe dans de nombreux autres pays (Allemagne, Australie, Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Pays-Bas, etc.). La responsabilité de la prescription du médicament relève du médecin. La CNAMTS a contribué à l'information du médecin prescripteur par la mise à disposition, depuis décembre 1997, du Guide des Equivalents Thérapeutiques qui relève de cette logique. L'aide apportée par des logiciels spécialisés devrait également faciliter ce type de prescription. Enfin, dans le cadre de la Convention médicale, une contractualisation avec les médecins référents précise des engagements de prescription de médicaments génériques.
- Il appartient au pharmacien de délivrer le produit conformément à la prescription. En cas de prescription en DCI, le pharmacien a le choix entre différents produits. Un mécanisme assurant une neutralité économique pour les pharmaciens officinaux vient d'être mis en place dans le cadre de la prescription générique. Ce mécanisme devrait pouvoir être étendu dans le cas de la prescription en DCI.
- La proposition de la CNAMTS relative à l'établissement de tarifs de référence contribue à réguler le marché des différentes spécialités. Aujourd'hui on constate une disparité importante des prix de vente des produits au sein de groupes génériques ou d'équivalents thérapeutiques. Dans sa logique d'acheteur avisé la CNAMTS propose de prendre en charge les médicaments sur la base d'un forfait commun à plusieurs médicaments comparables. Le tarif de référence s'appliquera dans une première phase aux génériques puis aux équivalents thérapeutiques ; dans une deuxième phase, il pourra être étendu aux classes pharmaco-thérapeutiques. Ainsi, dans un premier temps soumis à évaluation, le système ne concernera pas les produits sous brevet. L'observation des pays étrangers ayant mis en place ce système montre que très vite, la quasi-totalité des prix des produits concernés s'adapte aux tarifs de responsabilité. Cette approche par classes s'inscrit de plus tout à fait dans les orientations données par le gouvernement au Comité économique du médicament le 28 mai 1999. Le tarif de référence ne concernera pas les médicaments innovants (ASMR de niveau I et II) pour lesquels la régulation sera fondée sur une approche prix-volume. La démarche de définition du tarif forfaitaire sera concertée avec les autres financeurs afin d'assurer une cohérence à l'ensemble du dispositif.
- Quant aux consommateurs, l'autonomie de décision du patient et l'information permanente du consommateur assuré sur les médicaments sont indispensables et constituera une responsabilité nouvelle pour les Caisses d'Assurance Maladie (Cf. notamment proposition n° 34 ...). D'une part, la CNAMTS a entrepris et développera régulièrement des campagnes de sensibilisation sur le bon usage du médicament. D'autre part, la responsabilisation des patients passera également par une meilleure utilisation du carnet de santé associée à une modulation du remboursement selon l'exhaustivité des informations relatives aux prescriptions médicamenteuses.

Proposition 19-2 - la prise en charge des médicaments

Les mécanismes de maîtrise de la dépense de médicaments pour l'Assurance Maladie connaissent de profondes modifications, mais il apparaît que les dispositifs, en cours de stabilisation, ne constituent pas forcément un ensemble cohérent, marquant clairement à qui incombe la responsabilité de la maîtrise : prescripteurs, pharmaciens, laboratoires, Etat, assurance maladie, assurés. Dans ce contexte actuel, il est souhaitable que la grande substitution soit encouragée et la prescription par DCI légalisée.

Pour sa part, l'assurance maladie propose de mettre en place un système de maîtrise qui passe par la fixation de tarifs de remboursement par classe de médicaments, et ce de manière progressive : génériques et équivalents thérapeutiques dans un premier temps, par classe pharmaco-thérapeutique ensuite.

Dans cette perspective, la déconnexion entre le Prix Fabricant Hors Taxes et le tarif de responsabilité, qui doit s'accompagner d'une neutralité financière de la rémunération des pharmaciens selon les spécialités vendues par classe, permet une concurrence entre les laboratoires qui choisiront leur positionnement par rapport au tarif de responsabilité, ce qui suppose une large responsabilisation des assurés, dont la vigilance doit pouvoir s'exercer auprès du praticien et du pharmacien grâce à l'information régulière et pratique que les caisses leur fourniront.

Cette mesure exclut bien sûr les médicaments réellement innovants à forte ASMR, qui devront faire l'objet d'accords prix-volume (indications) négociés dans le cadre du Comité Economique du Médicament.

Proposition 20 – la chimiothérapie

Le dispositif de prise en charge de la chimiothérapie destiné à des malades hospitalisés ou ambulatoires, est actuellement fragile et incomplet.

20.1. Objectif

Réformer les modalités de financement actuelles de la chimiothérapie qui reposent sur :

- un déséquilibre des modes de tarification entre les traitements réalisés en hospitalisation complète et les cures ambulatoires, jouant en faveur de ces dernières: médicaments remboursés au coup par coup en ambulatoire alors qu'ils sont limités par un forfait en hospitalisation complète.
- la faiblesse et l'insuffisance du cadre juridique de prise en charge :la convention type de 1980 de chimiothérapie ambulatoire ne s'applique qu'au secteur privé lucratif, et les *forfaits de séance* qui y sont alloués, ne correspondent plus à la diversité des protocoles ni à l'évolution du coût de certains matériels (pompes à perfusion).

20.2. Descriptif de la mesure

- Maîtriser l'effet inflationniste dû au développement de nouveaux médicaments, par la révision régulière de leur autorisation et du circuit de distribution : passage en officine, modalités de rétrocession (article L.595-7-1 et L.595-11 CSP).
- Mettre en place des forfaits médicamenteux, s'appliquant de manière indifférenciée aux hospitalisations complètes et ambulatoires, en se référant à des protocoles médicaux (neutralisation de l'effet structure)
- Opérer dans les structures privées de chimiothérapie ambulatoire une réduction, voire la suppression de la marge de rétrocession (maximum de 30%) perçue sur le prix d'achat des médicaments qui de plus, est négocié librement par l'établissement.

20.3. Chiffrage de la mesure

Les médicaments de chimiothérapie représente un poids économique prépondérant (estimation provisoire de **580 Millions de francs** en 1998 pour les seules structures privées pratiquant la chimiothérapie ambulatoire, soit une offre de 1406 places dans 263 établissements).

On peut estimer à **130 MF** (ce montant viendra en diminution des dépenses de médicaments comptabilisées au titre de l'ODSV) l'économie qui résulterait de la suppression de la marge de rémunération des établissements.

Ce montant sera affecté pour partie à la refonte des nouveaux forfaits qui seraient créés.

Proposition 21 – les vaccins

21.1. Objectif

Actuellement seul le BCG est obligatoire en collectivité, les autres vaccins étant simplement recommandés par le Comité Technique des Vaccinations. Même s'il sont en principe exigés par les crèches et les écoles, ces autres vaccins ne sont donc pas juridiquement considérés comme obligatoires. Il sont pris en charge à 65 %. On peut considérer comme légitime l'objectif de santé publique qui consisterait à assurer leur remboursement intégral (100 %).

Le surcoût associé, pour l'ensemble de ces vaccins (ROR, DT polyo, Tetracoq, pentacoq, Infanrix ployo, Dtcoq, BCG) est estimé à 230 millions de francs pour l'ensemble des régimes de l'Assurance Maladie.

Un objectif particulier qui s'inscrit dans cette perspective d'extension de la couverture vaccinale, consiste à modifier la prise en charge des vaccins antigrippaux.

21.2. Descriptif de la mesure relative au vaccin antigrippal

Le programme de vaccination antigrippale s'appuie essentiellement sur deux moyens :

- Mise en œuvre d'une campagne nationale d'information par les médias relayée par le réseau de l'Assurance Maladie et les professionnels de santé.
- Envoi d'un imprimé de prise en charge aux personnes âgées de 70 ans et plus et aux sujets atteints de certaines affections de longue durée, cœur de cible de la campagne, qui leur permet la dispense de l'avance des frais (*prise en charge à 100 % sur le budget FNPEIS*).

Jusque dans les années 1970, le nombre de décès imputables à la grippe variait selon les années de 18.000 à 33.000. Ce chiffre a fortement baissé à partir de 1985 grâce à l'introduction des campagnes annuelles de vaccination (Prémutam puis FNPEIS) pour les personnes à risque. Ce vaccin permet aussi d'éviter des aggravations d'états pathologiques et des hospitalisations. En moyenne 2.500 décès sont encore liés à la grippe chez les plus de 75 ans avec de grandes variations d'une année sur l'autre selon l'importance de l'épidémie.

Le montant des ristournes consenties par les laboratoires (12.600.000 F en 1997 soit un peu plus de 6 % du budget du FNPEIS pour la vaccination antigrippale) est nettement inférieur aux marges dont bénéficient les pharmaciens (30 % voire 40 % par le biais des grossistes répartiteurs). Il a amené la CNAMTS à réfléchir sur un nouveau dispositif pour obtenir une rationalisation économique du circuit de fixation du prix.

L'inscription des vaccins antigrippaux sur la liste des spécialités remboursables permettra à la fois de réglementer le prix des vaccins, d'intervenir plus efficacement sur les répartiteurs et les pharmaciens et donc d'agir directement sur leurs marges qui sont aujourd'hui considérables, sur une dépense entièrement captive. Il conduira également à un examen annuel des vaccins devant la Commission de la Transparence et le Comité Economique du Médicament.

Cette procédure proposée par la CNAMTS en mars 1999 est d'ores-et-déjà en cours de lancement pour l'année 1999, *le remboursement des vaccins s'effectuant sur le risque à 65 % pour les personnes ciblées par la campagne (afin de plafonner les marges des intermédiaires) et à 35 % sur le FNPEIS pour les mêmes populations.*

21.3. Chiffrage de la mesure

En 1997, 210 millions de francs ont été consacrés par le FNPEIS à la prise en charge des vaccins antigrippaux. Cette somme n'inclut pas le coût des consultations engendrées par ce programme de vaccination.

Le montant actuel moyen du vaccin antigrippal s'élève à 60 F ; le nombre de prise en charge utilisées est de 3.500.000. L'économie peut donc, selon le prix auquel sera fixé le vaccin, dépasser 100 MF

Elle gagerait donc, à elle seule, près de la moitié du surcoût d'une prise en charge à 100 % de l'ensemble des vaccinations obligatoires ou recommandées.

Proposition 22 – le TIPS

La situation du remboursement des dispositifs médicaux c'est-à-dire notamment des appareillages destinés à compenser un handicap a aujourd'hui 2 caractéristiques :

- la lourdeur des procédures d'évolution et d'actualisation de la liste des dispositifs remboursables,
- une part très importante du prix des appareillages laissée à la charge des handicapés, lorsqu'il n'existe pas de tarifs opposables.

Pour remédier à ces défauts, l'objectif doit être d'instituer une procédure d'admission des dispositifs médicaux au remboursement qui

- ◆ fasse prévaloir les intérêts et les critères de choix des assurés et de l'Assurance Maladie :
 - efficacité thérapeutique du dispositif médical,
 - maîtrise financière,
- ◆ soustraire la prise de décision à la pression industrielle et économique souvent prédominante actuellement.

Ce recentrage sur l'Assurance Maladie requiert des changements procéduraux :

- ◆ en terme d'évaluation, par la création d'une procédure d'évaluation des dispositifs médicaux qui pourrait être confiée à l'ANAES et/ou l'AFSSAPS,
- ◆ en terme d'admission au remboursement, en conservant à une seule et même instance le rôle d'élaboration de la nomenclature et de la tarification, en distinguant deux types de dispositifs médicaux :
 - les dispositifs médicaux à finalité thérapeutique
 - les aides au traitement et les aides à la vie
- ◆ en terme de tarification :
 - les dispositifs médicaux à finalité thérapeutique bénéficieraient d'un tarif de base évalué selon le service médical rendu et d'un tarif préférentiel pour ceux démontrant une amélioration du service médical rendu ; ces tarifs seraient opposables,
 - les aides au traitement et les aides à la vie feraient l'objet d'une prise en charge forfaitaire par l'assurance maladie. L'opposabilité des prix serait maintenue dans tous les cas où elle s'avérerait nécessaire pour maintenir une offre suffisante de dispositifs pris en charge à un taux élevé.

Renforcement du rôle de l'Assurance Maladie dans la procédure de tarification

- ◆ la fixation de tarifs initiaux adaptés : l'Assurance Maladie doit manifester une volonté et une capacité d'exploitation, à des fins tarifaires, des données comptables et économiques que les enquêteurs de la DGCCRF sont seuls habilités à se procurer.

Les services de la CNAMTS ont ainsi fait la preuve de la crédibilité de leurs travaux concertés dans le domaine de l'appareillage respiratoire. Cette contribution technique mérite d'être étendue à d'autres secteurs du TIPS.

- ◆ l'actualisation régulière des tarifs en fonction de la baisse progressive des coûts de production et de distribution qu'induit l'augmentation des volumes :
 - participerait d'une logique de micro régulation par grandes catégories de dispositifs médicaux ;
 - reposerait sur des accords tarifs-volumes (protocoles de régulation) conclus avec les représentants des fournisseurs. Cette méthode a déjà été inaugurée ponctuellement en 1996 et 1997 (sutures mécaniques et prothèses de hanche). Il s'agit de lui conférer un caractère institutionnel ;
 - serait mise en articulation avec des mécanismes d'affinement tarifaire : en particulier des enquêtes de construction de coûts périodiques, selon la méthode présidant à la détermination des tarifs initiaux.

Proposition 23 – les cures thermales

23.1. Description de la proposition

La prise en charge est limitée aux seules orientations pour lesquelles existe une certaine notion de réussite :

- voies respiratoires chez les enfants,
- dermatologie, et affections des muqueuses bucco-linguales,

les autres orientations ne donnant plus lieu à remboursement.

Il conviendra par ailleurs de vérifier que toutes les stations possédant actuellement les orientations retenues rendent réellement le service médical attendu.

23.2. Motivation des orientations retenues

En fait, il n'existe pas de travaux mettant actuellement en évidence une indiscutable efficacité de la crénothérapie quelles que soient les indications retenues. C'est pourquoi il est seulement fait état de "notion de réussite de cette thérapeutique" et non d'efficacité.

La proposition formulée est établie pour tenir compte des effets observés dans des affections chroniques, récidivantes, souvent difficiles à traiter comme le sont certaines affections dermatologiques, eczémas, psoriasis et surtout séquelles de brûlures graves, bénéficiant d'un contact direct avec les eaux thermales. Pour les séquelles de brûlures en particulier, la cure est de plus en plus intégrée au plan de traitement et conseillée dès la cicatrisation.

De même, l'aspect traitement de terrain (rhino-sinusites et otites chroniques ou récidivantes, asthme) peut être considéré comme intéressant et de nature à préserver l'avenir lorsqu'il s'agit d'enfants.

A contrario, la rhumatologie qui représente plus de la moitié des cures thermales, bénéficie de multiples traitements. La rééducation avec balnéothérapie ou hydrothérapie, qui a ses indications dans ce domaine, peut être dispensée en dehors de la crénothérapie. On notera d'ailleurs que l'orientation rhumatologique a été accordée à des stations de plus en plus nombreuses dont les eaux possèdent des caractéristiques physico-chimiques très diverses.

Enfin, l'assurance maladie vient de confirmer qu'elle ne prenait pas en charge la thalassothérapie qui accueille notamment des personnes présentant des problèmes ostéo-articulaires. Il est donc logique d'adopter une attitude comparable pour le thermalisme.

23.3. Mise en œuvre de la proposition

La convention signée en 1997 devrait être dénoncée et renégociée sur de nouvelles bases. Cette dénonciation peut se faire à tout moment y compris, si l'on veut ménager les délais, jusqu'à six mois avant son expiration, soit en juin 2001.

Par ailleurs, l'assurance maladie ne saurait être indifférente, même si cela ne relève pas de ses missions, à l'impact économique que revêtent ici et là les prises en charge des cures actuellement opérées.

Aussi une mesure transitoire pourrait-elle être d'abaisser progressivement le taux de prise en charge des cures pour permettre aux établissements d'opérer leur réorientation, en cinq ans par exemple.

Simultanément pourrait être envisagée une expertise de l'éventuel service médical rendu par les cures thermales, correspondant aux orientations dont le déremboursement est proposé. La CNMATS est prête à participer au financement de cette expertise.

On peut d'ailleurs, en cas de démonstration du service médical rendu, poser également la question d'une démarche d'accréditation pour les établissements thermaux concernés.

Proposition 24 - l'harmonisation des modes de financement des soins hospitaliers

La disparité des modes de financement des soins hospitaliers, selon qu'ils sont dispensés dans les hôpitaux publics (et Participant au Service Public Hospitalier) ou privés, est reconnue de longue date comme un frein à la modernisation du secteur et à l'application de la logique du service rendu.

Une fois définies les missions de service public qui ne peuvent être appréhendées que de manière spécifique, il apparaît indispensable de définir les premières étapes de montée en puissance du PMSI dans les disciplines de court séjour, comme instrument de tarification à partir de l'année 2001, en prévoyant un étalement sur plusieurs années.

En effet, le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), dont l'élaboration a été entamée en 1984, bénéficie maintenant d'un acquis expérimental important, en court séjour. Son emploi est d'ailleurs généralisé, mais sans qu'il soit devenu "tarifant".

Par ailleurs, la tarification à la pathologie, en utilisant le PSMI, ne constitue nullement un outil de mesure de la qualité des soins : cette proposition est donc corrélée à la proposition de mettre en œuvre un audit médico-économique (proposition 4)

CHAPITRE 4 – RESPONSABILISER LES ACTEURS : VISIBILITÉ ET CHOIX

Faire de la qualité la valeur maîtresse du système de soins, adapter quantitativement et qualitativement l'offre aux besoins, définir enfin le panier des prestations pris en charge, revient à réunir les conditions nécessaires d'une responsabilisation de chaque acteur. En effet, la portée de ces changements serait finalement limitée si le champ et la nature des responsabilités de chacun n'étaient pas mieux définis qu'aujourd'hui.

Les assurés ne peuvent plus être confinés dans une posture de consommateur passif et aveugle, incités à multiplier leur consommation de soins : assurer la qualité des soins dont ils bénéficient exige que leur soit reconnue une capacité de choisir, progressivement étendue grâce au développement de critères de choix mis à leur disposition. Une modulation de la prise en charge liée à la transparence des données sanitaires, à la continuité des soins médicaux et aux soins dentaires, donne corps, dès maintenant, à la logique de responsabilité de l'assuré : qu'il choisisse, en connaissance de cause, une démarche de qualité optimale, qui l'implique comme elle implique le soignant. De son côté, l'assurance maladie s'implique également en assurant une prise en charge optimale.

Reconnaître une responsabilité propre de l'assuré dans la démarche qualité, crée des obligations fortes pour l'assurance maladie tenue, en particulier, celle de renforcer considérablement la qualité et le niveau de l'information qu'elle doit fournir aux assurés et aux professionnels de santé. A cette seule condition, la réforme peut en effet assurer " des soins de qualité pour tous ", et non à la seule fraction limitée des assurés initiés, comme cela s'observe actuellement. Aussi apparaît-il nécessaire de généraliser l'accès à des plate formes de service dont la création a été décidée conventionnellement à l'automne 1998, dans le cadre de l'option " médecin référent ", à l'initiative de la CANAM.

De même, il apparaît indispensable d'alléger les contraintes administratives pesant sur les assurés et les professionnels de santé : l'existence, pour un même soin, de paiements différents, effectués séparément par l'assurance maladie obligatoire et l'assureur complémentaire, et celle de décomptes des remboursements également distincts, représentent pour les uns et les autres une source de tracasseries inutiles.

L'avènement du paiement et du décompte uniques est un processus complexe, en raison notamment du nombre d'assureurs complémentaires et de la variété de leurs prises en charge. Il constitue néanmoins un objectif à court terme d'amélioration du service rendu.

La responsabilité des professionnels de santé est, à proprement parler, essentielle. Elle doit d'abord être dégagée des ambiguïtés que fait naître actuellement un processus insatisfaisant de définition et de gestion du panier des prestations remboursables. Elle doit également évoluer dans le domaine économique et financier : chaque praticien doit disposer de critères objectifs et rationnels, lui permettant d'adopter un comportement lui permettant de se soustraire, pour tout ou partie, à une régulation collective qui ne peut donc pas être uniforme. Elle doit enfin, être enrichie dans sa discussion médicale, ce à quoi contribue la généralisation du compte rendu écrit d'acte qui, au même titre que le carnet de santé obligatoire, contribue à l'optimisation des soins en donnant aux praticiens les moyens de mesurer l'évolution de leur démarche de soins.

La définition des responsabilités de chaque acteur implique une évolution sensible des comportements qui ne peut, par construction, constituer un enjeu de pouvoirs classique. Au-delà du rôle pilote que joue nécessairement l'Etat, l'assurance maladie sait qu'une des conditions clés du succès réside dans un partenariat approfondi avec les syndicats de professionnels de santé. S'il apparaît indispensable de refonder le conventionnement dans l'intérêt des soignants, comme des soignés, la convention liant l'assurance maladie et les syndicats des professionnels de santé est un instrument irremplaçable de définition des conditions d'accès aux soins des assurés et de dispensation des soins par les professionnels de santé.

LES ASSURES

Proposition 25 - un carnet de santé / volet de santé opposables

Le carnet de santé a été créé par la convention de 1993. La volonté des partenaires conventionnels, agréée par le Gouvernement, était de préserver la liberté d'agir des patients, tout en donnant enfin à cette liberté la contrepartie qu'elle doit avoir en termes de responsabilité, à savoir l'obligation de rendre compte à l'Assurance Maladie et aux médecins consultés, avec des objectifs convergents :

- permettre aux praticiens consultés de diagnostiquer et de prescrire de façon responsable, en connaissant l'historique des soins,
- permettre à l'Assurance Maladie d'évaluer la pertinence de ses prises en charge,
- améliorer pour le patient la sécurité sanitaire, la qualité médicale et la pertinence des actes et prescriptions.

Toutefois, le carnet de santé n'a jamais pu remplir ce rôle. Chacun, praticien et patient, l'a réduit à une contrainte administrative, sans intérêt médical, dans la mesure où la complétude des données qui devaient y être inscrites était illusoire en l'absence d'une obligation réelle de présentation du carnet et d'inscription des actes et prescriptions.

Or, il ne peut y avoir de qualité permanente des soins sans une continuité minimale des données sanitaires. De même, continuité optimale des soins et continuité des données sanitaires sont indissociables.

Il est donc proposé que l'usage du carnet de santé, et demain du volet de santé de la carte Vitale, répondent aux dispositions suivantes :

- 25.1. Obligation pour toute la population de présentation du carnet de santé lors d'une consultation médicale,
- 25.2. Obligation pour tout praticien d'attester de la présentation du carnet de santé sur la feuille de soins, ce qui conditionne le remboursement à taux plein,

- 25.3. Obligation pour tout praticien d'inscrire les actes effectués et les prescriptions délivrées,
- 25.4. En cas de non remplissage du carnet de santé, sauf cas de force majeure, la prise en charge des actes non inscrits est minorée. Cette minoration est de 10 points à compter du 1er janvier 2000,
- 25.5. L'économie produite par la minoration est affectée à la majoration de la prise en charge des actes effectués dans le cadre d'un dispositif de continuité des soins (médecin référent, réseaux de soins...),
- 25.6. En cas d'oubli du carnet de santé, le praticien peut accorder au patient un délai de présentation : le remplissage ne constitue pas, dans ce cas, une consultation,
- 25.7. Le droit d'opposition du patient porte sur les données de nature médicale le concernant (diagnostics, pathologies,) que le praticien lui propose de porter dans le carnet de santé en sus des mentions obligatoires. L'exercice de ce droit n'entraîne pas de minoration du taux de prise en charge,
- 25.8. Les praticiens conseil ont accès au carnet de santé aux fins d'évaluation du dispositif.

Proposition 26 - un choix rationnel entre modes d'accès aux soins

Depuis la création de l'Assurance Maladie en octobre 1945, le libre choix des assurés n'a jamais pu porter sur le mode d'accès aux soins : la coordination des soins était impossible car inexistante en ce qui concerne les médecins, tout en étant obligatoire pour l'accès aux professions prescrites (infirmiers, kinésithérapeutes etc.).

La continuité des soins est pourtant reconnue aujourd'hui comme une modalité d'accès aux soins pour les patients et d'exercice pour les professionnels, qui favorise la qualité et donne un contenu aux responsabilités qu'assument les uns et les autres dans la démarche de soins.

Pour autant, il n'apparaît pas souhaitable pour des raisons socioculturelles, ni indispensable à la démarche qualité, de basculer du "tout nomadisme" actuel à une continuité des soins obligatoire et univoque : les besoins de continuité sont variables suivant l'âge, l'état de santé, et c'est la prise de conscience individuelle des avantages personnellement retirés de la continuité des soins qui doit constituer le principal moteur de son développement.

Néanmoins, le choix en faveur de la continuité des soins mérite d'être encouragé. Participant d'une démarche de qualité optimale pour le patient, il est logique que la continuité ouvre droit à un remboursement maximal. De même est-il logique que le refus répété de la continuité et de la transparence des données sanitaires de la part du patient, le place hors de cette option.

La mesure prendrait la forme des dispositions suivantes :

- 26.1. Majoration de 10 points du taux de prise en charge des actes effectués dans le cadre d'une option de continuité des soins à compter du 1er janvier 2000 (ex : médecins référents et spécialistes correspondants ...).

26.2. Suppression de la majoration en cas de refus répété par le patient de la transparence des données sanitaires (actes et prescriptions).

Proposition 27 - un bilan de consommation de soins

L'implication du patient dans une démarche qualité ne s'exprime pas seulement par l'ouverture de possibilités de choix et l'instauration d'une transparence dont il est non seulement bénéficiaire mais aussi auteur. Il apparaît également nécessaire de proposer au patient, de manière facultative pour lui, un dialogue avec le Service Médical de l'Assurance Maladie destiné à lui fournir tous les éléments de choix d'une démarche de soins fondée sur la qualité. Portant sur les consommations de soins les plus courantes, ce bilan de consommation, non obligatoire pour le patient et non opposable aux praticiens consultés par lui, concernerait les patients non sujets à une affection de longue durée (ALD), ayant un niveau de consommation élevé et n'ayant pas opté pour un mode de continuité des soins.

Cette mesure permettrait à ces patients de s'approprier progressivement une démarche optimale de soins.

27.1. Réalisation par le service médical d'un bilan de consommation de soins des patients grands consommateurs (C,CS, biologie, indemnités journalières et transports sanitaires),

27.2. Le bilan de consommation de soins donne lieu à un entretien entre le Service Médical et le patient. Il est communiqué aux praticiens consultés par le patient.

Proposition 28 – opposabilité progressive aux patients de certaines normes médicales d'investigation et de dépistage

Faire de l'assuré un acteur de la démarche qualité exige que les normes dégagées par consensus, qui s'imposent aux praticiens, soient également opposables aux assurés. L'effort de rigueur demandé aux uns ne peut être efficient s'il se heurte à l'indifférence ou l'ignorance des autres. L'enjeu est identique pour l'Assurance Maladie : à quoi bon, par exemple, définir des conditions précises de dépistage de tel ou tel cancer, si les mêmes actes de dépistage restent, hors programme, pris en charge de façon illimitée ?

La recherche de qualité impose notamment de freiner la réalisation anarchique d'actes médicaux. Celle-ci comporte des risques pour les patients, risques sur lesquels la littérature médicale, tant française qu'étrangère, insiste de plus en plus. Par exemple, des mammographies réalisées à un rythme élevé (plus que ne le définissent les recommandations et guides de bonne pratique) comportent des risques d'irradiation injustifiée et ceux plus immédiats de résultats faussement positifs avec leurs conséquences physiques et psychologiques telles que les rappelle le rapport de l'ANAES sur le dépistage du cancer du sein.

L'implication du patient doit être progressive. L'opposabilité des normes doit être précédée d'une information générale, répétée et accompagnée d'une intervention du Service Médical auprès des assurés concernés, afin que la portée et l'intérêt de la mesure soient pleinement compris et acceptés.

En outre, comme pour les praticiens, l'opposabilité ne peut être mise en œuvre acte par acte de façon rigide. Elle doit reposer sur la prise en compte des éléments de la situation personnelle du patient qui peuvent justifier un dépassement des normes.

Il est donc proposé les dispositions suivantes :

- 28.1. Rendre opposables aux assurés à compter du 1^{er} juillet 2000, les normes d'investigation et de dépistage (échographie en cas de grossesse, dépistages par programmes des cancers...),
- 28.2. Le non respect répété de l'opposabilité par l'assuré donne lieu à un entretien entre celui-ci et le Service Médical qui décide, s'il y a lieu, de maintenir la prise en charge des actes effectués hors normes.

LES PROFESSIONNELS

Proposition 29 - généraliser le compte-rendu des actes médicaux techniques et intellectuels

Le compte-rendu écrit de l'acte médical diagnostique ou thérapeutique est un élément majeur de l'historique des soins du patient et peut contribuer à la coordination des soins ainsi qu'à la transparence des données sanitaires.

Déjà l'ensemble des actes chirurgicaux, les actes diagnostiques cotés en K, KE et Z donnent lieu à un compte-rendu écrit. La nécessité d'une description des faits constatés et de la pratique a été étendue récemment à plusieurs actes infirmiers.

En revanche, les actes de consultation et de visite ne donnent pas lieu à compte-rendu écrit, sauf exception (CSC, actes de consultant, consultation anesthésique pré-opératoire, médecin consulté dans le cadre de l'option médecin référent).

Il est donc proposé de généraliser, à partir du 1^{er} janvier 2000, le compte-rendu écrit d'acte. Il est consultable par le service médical de l'assurance maladie.

Ce compte-rendu serait à adapter selon le type de consultation :

- Les consultations de spécialistes tels les ophtalmologistes, les ORL, les stomatologistes, les gynécologues, les gastro-entérologues...agissant comme consultants feraient l'objet d'un compte rendu écrit détaillé,
- Lorsque les spécialistes assurent eux-mêmes la prise en charge d'un traitement, une des consultations réalisées à ce titre pourrait être assortie d'un compte rendu (périodicité à déterminer),

- Toutes les autres consultations réalisées par l'ensemble des praticiens pourraient comporter un compte rendu succinct figurant dans le dossier médical du patient,
- Les consultations multidisciplinaires telles celles réalisées lors des staffs médicaux devraient donner lieu à un compte rendu.

Proposition 30 - la régulation des dépenses médicales

L'extrême difficulté qu'il y a à élaborer un dispositif de régulation qui soit simultanément conforme à la Constitution, efficace et acceptable pour les professionnels de santé, milite en faveur d'une réflexion très approfondie avant toute prise de décision.

Néanmoins, la nécessité d'un nouveau dispositif est établie pour au moins trois raisons :

- la négation, même implicite, de cette nécessité reviendrait à remettre profondément en cause la continuité de l'action publique en ce domaine depuis plus de dix ans. Le débat public qui s'en suivrait permettrait-il à l'Etat et à l'Assurance Maladie d'expliquer cet abandon autrement que par des considérations d'opportunité ?
- la remise en cause de la régulation ne pourrait se limiter aux seuls médecins. L'onde de choc ainsi créée toucherait les mécanismes de maîtrise concernant les autres professionnels libéraux et les cliniques privées, et remettrait en question l'effort de rigueur demandé aux hôpitaux publics,
- l'absence de dispositif de régulation provoquerait probablement une hausse des dépenses, car une majorité de professionnels sont maintenant convaincus du caractère inéluctable de la maîtrise. Cette absence serait donc vécue comme un répit précaire, propice à la constitution d'un niveau d'activité (et de revenus) de précaution.

Y a-t-il des solutions alternatives à la régulation collective ?

Une démarche qualité, dont les contraintes réelles sont partagées, peut et doit constituer à terme une alternative à la responsabilité économique et collective des professionnels de santé. Mais il est impossible de concilier la mise en œuvre nécessairement progressive d'une telle démarche avec les besoins immédiats de maîtrise du système de soins. En revanche, l'application graduelle de la démarche qualité donne la possibilité de vérifier à chaque étape la possibilité de supprimer le dispositif de responsabilité collective des professionnels de santé.

Il convient également de lever toute ambiguïté sur le rôle que peuvent jouer les contrôles individuels des praticiens, ainsi que ceux des établissements de soins.

Considérer, comme certains l'ont fait dans la presse, que l'Assurance Maladie pourrait se contenter de ces contrôles pour assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses est une illusion absolue pour trois raisons :

- l'évolution juridique, qui accroît sans cesse la protection de l'individu face à l'Etat et aux services publics, rend toute procédure de contrôle complexe et longue, alors même que, la charge de la preuve incombant entièrement à l'Assurance Maladie, celle-ci doit déployer de très importants moyens pour assurer ces contrôles et ne peut donc les multiplier,
- l'appréciation du niveau de performance exige que le contrôle ne porte pas seulement sur les prestations sanitaires (1 milliard d'actes de médecins, chirurgiens dentistes, auxiliaires et 1,3 milliard de lignes de prescriptions pharmaceutiques par an) mais assure le croisement de ces données avec la poly-pathologie des 60 millions de consommateurs. La combinatoire qui en résulte coupe court à toute perspective de modélisation, a fortiori d'automatisation de ces contrôles,
- les contrôles individuels font, par nature, peu de place à l'approche systémique et n'ont aucun effet restructurant.

Autrement dit, les contrôles individuels sont nécessaires, même si leur rendement net est limité, car ils assurent une surveillance du fonctionnement du système de soins, mais ils ne peuvent jouer un rôle de régulation collective des dépenses, a fortiori de régulation de l'offre de soins.

De même, l'utilisation de lettres clefs propres à chaque discipline médicale et dont la valeur serait flottante - c'est-à-dire varierait selon que l'objectif d'évolution des dépenses assigné à chacune de ces disciplines serait respecté ou serait dépassé - ne constitue pas une alternative crédible :

- en tant qu'outil de contrôle de la pertinence des soins, elle engagerait l'acteur public à vérifier le bien fondé de l'évolution différentielle de chaque lettre clef, ce qui conduirait à la fixation de normes présidant au déplacement des frontières interprofessionnelles et interdisciplinaires ; une telle action apparaît techniquement hors d'atteinte et éthiquement discutable,
- une utilisation moins ambitieuse, réduite à une politique de contrôle et de taxation de l'évolution des revenus, conduirait non seulement à normer les niveaux de revenus des 25 disciplines médicales, mais aussi à opérer des transferts complexes entre ces dernières, tout en étant une source permanente de conflits,
- elle obligerait à imaginer un traitement particulier des disciplines pour lesquelles une lettre clef flottante apparaît peu réaliste (ex : pédiatres, généralistes),
- elle n'aurait aucun effet structurant sur le système de soins.

Au total, la technique des lettres clés flottantes est des plus utiles pour corriger un déséquilibre ponctuel, mais ne peut en aucun cas assurer une fonction de régulation globale des dépenses. La CNAMTS présente à ce titre des propositions d'économies destinées à corriger des déséquilibres observés depuis 1998. Elle agira de même pour tout nouveau déséquilibre intervenant à l'avenir, en particulier en 1999.

Il apparaît donc indispensable de mettre en place un dispositif de régulation collective, qui réponde aux critiques portées par le Conseil Constitutionnel au mécanisme défini par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, tout en évitant le niveau de complexité et de lourdeur, handicapant jusqu'à l'inefficacité du mécanisme défini dans l'ordonnance du 24 avril 1996.

La mesure prend la forme des dispositions suivantes :

- 30.1. Etablir deux enveloppes des dépenses médicales, l'une pour les généralistes, l'autre pour les spécialistes, comprenant les honoraires (dépassements compris) et les prescriptions, à partir de laquelle est fixé un taux d'évolution des dépenses de l'année,
- 30.2. Moduler la récupération des dépassements par une individualisation fondée sur 2 critères :
 - le niveau des honoraires du praticien par rapport à la moyenne de sa spécialité ;
 - la conclusion d'un engagement individuel de maîtrise comportant différents critères définis conventionnellement par discipline :
 - seuil maximal d'activité,
 - limitation des dépassements,
 - coordination des soins,
 - prescription en équivalents thérapeutiques.

Proposition 31 - la prise en charge des transports sanitaires

Les dépenses de transport sanitaire sont en forte croissance (+ 8,9 % en 1998). De forts taux d'inadéquation et l'absence de réelles justifications de certains transports ont été constatés. Cette situation provient de la faible implication de la responsabilité du prescripteur, qu'il soit libéral ou hospitalier. La restauration de cette responsabilité passe par la révision des modalités de la prescription en libéral (nécessité d'une décision plus explicite) et par l'intégration des frais de transport dans le budget des hôpitaux : cette intégration devrait bien entendu tenir compte de leur attractivité, elle-même fonction de leurs missions et de leur place dans le maillage de l'offre de soins (Cf. proposition 9).

Proposition 32 – responsabilité des professions prescrites

Proposition 32-1 - responsabiliser les masseurs-kinésithérapeutes dans le cadre de la refonte de la Nomenclature

La refonte de la Nomenclature doit reposer sur une responsabilisation des masseurs-kinésithérapeutes tant au niveau de leur pratique auprès des patients qu'au niveau de la régulation des dépenses : une responsabilité sur les actes doit s'accompagner d'une responsabilité financière.

1. Objectif

La nomenclature de masso-kinésithérapie, qui date de 1972, est aujourd'hui inadaptée, obsolète et source de conflits. Différents projets de révision ont déjà été proposés, le dernier en date étant le projet élaboré par le Professeur REVEL et présenté à la Commission Permanente de la Nomenclature en mai 1997, qui décrit bien l'activité des professionnels et revalorise l'acte individuel. Cependant, la mise en place immédiate et globale de cette nouvelle NGAP (et des nouvelles cotations qui y sont attachées) aboutirait à volume constant à une augmentation des dépenses de l'ordre de 30% (soit 3 Mds de F). Elle ne peut donc être mise en œuvre sans mécanisme de régulation adapté, qui doit s'accompagner d'une régulation de la démographie des masseurs-kinésithérapeutes.

Un constat peut être fait sur la structure de la dépense - deux champs coexistent :

- un premier champ dont l'utilité médicale est certaine, et dont la rémunération doit être prioritairement améliorée : il s'agit essentiellement des rééducations neurologique et respiratoire, et des soins aux personnes âgées ;
- un champ pour lequel le volume des actes ne correspond pas toujours à une utilité médicale affirmée et pour lequel les pratiques dans leur diversité n'ont pas toujours fait l'objet d'un consensus professionnel fort ou d'évaluation clinique.

Les représentants de la profession demandent la mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature négociée, proche des propositions du Pr. REVEL, et surtout l'introduction d'un "bilan" inscrit à la NGAP, prélude à la détermination du quantitatif par le masseur-kinésithérapeute et s'appuient pour le défendre sur les conclusions du rapport BROCAS.

Il y a accord entre les caisses et les professionnels sur la nécessité d'avoir une nomenclature plus adaptée à la pratique actuelle de la masso-kinésithérapie.

2. Descriptif

Il s'agit d'une modification fondamentale des conditions de la prise en charge des actes de masso-kinésithérapie se traduisant par l'introduction d'une nouvelle nomenclature selon une Convention Nationale pluriannuelle avec la profession garantissant un strict encadrement des dépenses, et qui pourrait comprendre les étapes suivantes :

- Introduction de tous les libellés négociés de la nouvelle nomenclature, qui comprend la notion d'acte global et supprime la possibilité d'addition de cotations.
- Introduction d'un acte bilan (cf. 3/).
- A l'intérieur du premier champ, il y a une revalorisation partielle de la rééducation neurologique et respiratoire : dès la première étape, les nouvelles cotations pourraient être introduites sur un champ à négocier. En effet, la mise en place des nouvelles cotations sur l'intégralité des actes aurait un impact financier trop important.
- Ce champ serait suivi par une lettre-clé fixe.
- Les actes du deuxième groupe gardent les cotations actuelles (avec les nouveaux libellés), et sont assortis d'une lettre-clé traçante, permettant de gager les variations de volumes. C'est la réduction des volumes de cette partie de l'activité qui conditionne la poursuite des revalorisations.
- A moyen/long terme, toute l'activité bénéficierait des nouvelles cotations, gagées par une réduction correspondante des volumes.

3. Bilan

Deux hypothèses peuvent être formulées :

- a. Le bilan peut être conçu comme le "compte rendu écrit d'un acte médical diagnostique ou thérapeutique", introduit sur la totalité de l'activité et rémunéré forfaitairement à une fréquence variable selon les actes. Ce forfait serait identique (au moins dans un premier temps) pour tous les bilans et assorti d'une cotation traçante permettant un suivi. L'introduction du bilan à coût neutre serait gagée sur le deuxième groupe d'actes par une lettre -clé traçante.
- b. Ou bien, il peut être inclus à la nomenclature un bilan non rémunéré, qui constituerait la base de la responsabilisation de la profession, et servirait au professionnel à déterminer le nombre d'actes sur un champ expérimental d'actes appartenant au deuxième groupe (cf. 5/).

4. Objectif financier

La masse financière totale dans laquelle devra s'insérer la révision de la nomenclature est limitée à la dépense 1998. En effet, la croissance 1998 ayant été de 5,6%, la prise en compte du réalisé constitue déjà un effort important de l'Assurance Maladie. De plus, la croissance démographique de la profession pèse également fortement sur les réalisations de dépenses 1999.

5. Responsabilisation de la profession

La profession demande le renforcement de sa responsabilité sur les actes en la liant systématiquement à une responsabilité financière.

Dans ce cadre, il paraît possible dans la Convention Nationale de proposer une expérimentation sur certains actes du deuxième groupe permettant la détermination par le masseur-kinésithérapeute du nombre de séances nécessaires, mais toujours dans le respect d'un objectif financier garanti par la lettre-clef traçante.

Proposition 32-2 - responsabiliser la profession infirmière dans l'exercice de son activité et l'optimisation des dépenses

L'intervention des infirmiers libéraux constitue un enjeu face au vieillissement de la population, à l'accroissement de la dépendance et au développement du maintien à domicile (notamment pour la prise en charge des soins palliatifs).

L'optimisation des dépenses des infirmiers repose sur une responsabilisation de la profession tant au niveau des outils à développer (comme le bilan rémunéré dans le cadre du Projet de Soins Infirmiers) qu'au niveau de la régulation des dépenses : la responsabilité économique est en effet un prolongement de la responsabilité des infirmiers libéraux dans leur pratique auprès des patients.

L'optimisation des dépenses des infirmiers s'appuie également sur une sélection des soins à partir de critères de qualité et une revalorisation des actes techniques.

La convention nationale des infirmiers libéraux offre un cadre efficient pour favoriser la qualité des soins, maîtriser les volumes d'actes et valoriser les compétences des infirmiers libéraux en matière de soins techniques.

Les accords depuis 1992, à travers les seuils d'efficience et l'exigence d'une expérience préalable avant installation sous champ conventionnel, ont contribué à conforter le statut libéral des infirmiers et à améliorer la transparence du fonctionnement du système de soins ainsi que les conditions de dispensation des soins.

Cette démarche fondée sur une maîtrise médicalisée des dépenses et une responsabilisation de la profession peut être confortée par la définition d'un projet-qualité fondé sur :

- l'élaboration d'une Nomenclature descriptive : définition, pour les actes techniques, de processus de soins affectés de temps minimum requis.

- la certification régulière des infirmiers par des experts spécialisés afin de limiter le conventionnement aux professionnels apportant la preuve de la qualité de leur pratique.
- un engagement de maîtrise à long terme, axé notamment sur une régulation de la démographie adaptée aux besoins locaux.
- la mise en œuvre du Projet de Soins Infirmiers : ce dispositif fondé sur une coordination accrue entre médecins traitants et infirmiers tend à améliorer les prescriptions, à accroître la transparence des actes pris en charge par l'assurance maladie (différenciation entre les soins et l'aide à la vie), et à réguler le nombre de séances de soins infirmiers. Il suppose à la fois une réflexion sur l'acte de prescription – plusieurs initiatives ont été prises, en ce sens, dans le réseau de l'Assurance Maladie – et l'intervention active de l'infirmier dans la définition du protocole de traitement.

L'ASSURANCE MALADIE

Proposition 33 – plate-forme de services (call center)

L'assuré social n'a pas actuellement accès de manière rapide et complète aux informations lui permettant de s'orienter efficacement dans le système de soins et d'utiliser de la manière la plus adéquate sa liberté d'agir.

L'implication de l'assuré dans une démarche de responsabilisation impose qu'il puisse obtenir la complétude des données afin de bénéficier d'une réelle autonomie de décision.

Cette complétude des données serait accessible dans le cadre d'une plate-forme de services téléphonique.

Une réflexion sur ce sujet est actuellement engagée, qui trouve son origine dans la convention passée entre l'Assurance Maladie et le syndicat MG France, laquelle prévoit un tel service dans le cadre de la mise en place de l'option conventionnelle " médecin référent ".

33.1. Dans un cadre plus large , les organismes d'Assurance Maladie Obligatoires souhaitent mettre en place une plate-forme téléphonique au service des assurés, qui serait alimentée sur les thèmes suivants :

a) le conseil en santé :

- information sur les prestations (conditions d'attribution, montant etc.),
- information sur l'offre de soins en ambulatoire, en établissement (structure de l'offre – médecin référent – coordination des soins etc.),
- information sur les différents intervenants du médico-social.

b) le conseil médical :

- information sur la prévention et l'éducation sanitaire,
- information sur les examens médicaux,
- information sur les médicaments.
- information sur les référentiels

La plate-forme serait modélisée au niveau national avec des déclinaisons locales.

Plusieurs observations militent en faveur de l'implication de l'Assurance Maladie . Ce service représente , pour l'assuré qui devient acteur de sa santé une plus value se traduisant par l'amélioration de l'accès aux soins, de la prise en charge et de la qualité du service rendu.

33.2. Une déclinaison spécifique de cette plate-forme doit également être envisagée à l'intention des professionnels de santé :

Le service assurera alors leur information directe sur l'ensemble des dispositions qui les lient à l'assurance maladie (information réglementaire, vie conventionnelle, formation continue, certification, etc...)

Proposition 34 - panier de biens et services

Dès le 11 mars 1999, le régime général d'Assurance Maladie et les organismes complémentaires ont signé un accord faisant apparaître leur volonté de coopération afin de développer, dans l'intérêt de tous, une démarche de qualité des soins.

Dans la première étape, les signataires ont plus particulièrement abordé la mise en œuvre de la protection complémentaire associée à la Couverture Maladie Universelle (CMU).

Un deuxième accord, plus large, doit conduire à étendre le champ des actions communes. Il ouvrira la voie à une réflexion et des actions concertées sur l'application pratique de la démarche qualité définie par le plan stratégique présentée par la caisse nationale.

Les différentes propositions d'actions du plan visent à améliorer la qualité des soins et à ne prendre en charge que les soins ayant une réelle utilité médicale. Pour avoir un impact fort sur les offreurs de biens et services de santé, ce choix doit être porté de façon cohérente par l'ensemble des financeurs du système de soins. Ce qui conduit à définir en commun un panier de biens et services pris en charge.

Ainsi, la définition et la mise en œuvre d'une stratégie commune sont indispensables, tant vis-à-vis des assurés sociaux, assurés ou adhérents, que vis-à-vis des professionnels de santé sur plusieurs mesures concernant notamment :

- l'agrément des infrastructures sanitaires et la certification des professionnels de santé,
- la prise en charge des actes et prestations en fonction de leur utilité médicale, la non prise en charge de certaines cures thermales,

- la limitation des dépassements des médecins,
- le redéploiement financier dans le cadre d'une action bucco-dentaire,
- la prise en charge des médicaments sur la base d'un tarif de référence.

Elle nécessite, par ailleurs, un système d'information médical et financier performant qui prenne en compte l'ensemble de la dépense de santé. Pour ce faire, l'assurance maladie entend développer les informations sur les coûts par pathologie et mettre à la disposition de ses partenaires des informations médicalisées anonymisées. Les organismes complémentaires, pour leur part, lui transmettront les informations concernant les dépenses qui interviennent hors du champ du remboursement.

Il est également nécessaire de définir une démarche commune vis-à-vis des offreurs de soins. L'assurance maladie se propose, préalablement aux conventions signées avec les professionnels de santé, de se concerter avec les organismes complémentaires. Ces derniers s'engageraient, en retour, à ne pas développer des accords contraires aux objectifs du régime obligatoire.

Proposition 35 – décompte et paiement uniques

Dans un contexte de généralisation prochaine d'une couverture complémentaire maladie grâce à la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de développement progressif de la dispense d'avance des frais pour des professions de santé qui, jusqu'à aujourd'hui, n'avaient que rarement recours à des procédures de tiers-payant, l'Assurance maladie doit, en liaison avec les financeurs de la part complémentaire, proposer et mettre en place des procédures simples de règlement et d'édition des bordereaux récapitulatifs pour l'intégralité des sommes dues aux professionnels de santé.

Une procédure de tiers-payant coordonné sera donc développée et proposée sans exclusive à tous les partenaires de l'Assurance maladie qui gèrent une couverture maladie complémentaire, dans le respect de leur identité juridique et de leur autonomie de gestion.

Elle s'interdira de fausser le libre jeu de la concurrence entre organismes complémentaires, et devra permettre l'accès à la dispense d'avance des frais à tous les bénéficiaires.

Cette procédure comportera pour celles des prestations retenues d'un commun accord avec le régime obligatoire :

- soit la liquidation a priori, par l'organisme d'assurance maladie, de la part restant à payer au titre de l'organisme complémentaire.
- soit la liquidation, par l'organisme complémentaire et sous sa responsabilité, de la part qui le concerne.

L'option relèvera du seul choix de l'organisme complémentaire.

Dans les deux cas, un ordre de paiement unique sera adressé par la caisse au professionnel de santé, assorti d'un décompte commun aux deux organismes.

La première procédure (liquidation par la caisse) est possible dans les hypothèses où la part complémentaire est standardisée, par exemple pour le médecin référent ou les prestations obligatoires de la CMU.

La seconde procédure, qui conduit au calcul et au contrôle de la part complémentaire par l'organisme complémentaire sur chaque remboursement, est plus adaptée aux prestations diversifiées.

Cette procédure de tiers-payant coordonné est un élément important de la prestation de service offerte par les financeurs du tiers-payant aux professionnels de santé par les financeurs du tiers-payant. Elle laisse entière la faculté pour ces derniers de s'équiper de matériels et de logiciels spécifiques, qui leur permettent de mettre en correspondance les remboursements des parts obligatoire et complémentaire d'un même acte, lorsque cet acte fait l'objet de paiements séparés.

Eclairage – La régionalisation

Une des interrogations, voire critiques que suscite le plan stratégique tiendrait à l'absence de proposition visant à régionaliser la gestion du système de soins.

Or, s'il est exact que la régionalisation n'est pas retenue comme une mesure spécifique, susceptible, à elle seule, de pallier les dysfonctionnements constatés, la dimension régionale n'en est pas pour autant absente, loin s'en faut. Il serait d'ailleurs plus exact de parler de dimension géographique.

Le plan stratégique vise davantage à proposer un nouveau mode de gestion du système de soins, fondé sur la qualité - sélectivité, transparence et responsabilisation des acteurs – qu'à déconcentrer les mécanismes actuels, principalement fondés sur la régulation financière.

Mais, ce faisant, les mesures proposées comportent un volet essentiel : l'adaptation quantitative et qualitative de l'offre de soins, pour laquelle la dimension géographique est évidemment prédominante. En outre, le passage d'un conventionnement automatique à un conventionnement éclairé implique de revoir la gestion même, par les acteurs locaux, du système conventionnel.

Ainsi, plutôt qu'à la question du " qui ", c'est à la question du " quoi " que se sont attachées les propositions de la CNAMTS qui ne récuse en rien la nécessité de déconcentration régionale, mais considère que l'organisation institutionnelle est là pour accompagner et faciliter la mise en œuvre d'un système de gestion préalablement redéfini au plan national.

Tendre vers une offre de soins utile et harmonieusement répartie

Un des objectifs du plan stratégique est de réduire les inadéquations entre offre et besoins de soins, et parmi celles-ci, il accorde une attention très forte aux disparités loco-régionales d'offres et de consommations de soins.

Pour le secteur ambulatoire, la modulation du conventionnement, de la prise en charge des cotisations sociales et du Mica expriment, par exemple, cette ambition innovante.

La démarche n'est d'ailleurs pas aisée, car il est évident que les disparités constatées ne renvoient pas, tant s'en faut, au seul niveau régional (souvent résultat moyen constaté de disparités infra-régionales très fortes), mais à des zones géographiques plus étroites, voire à des zones " sociologiques " (bassins d'emploi, centre urbain / périphérie ...).

Il est donc nécessaire de travailler par étapes. Il faut d'abord passer par un premier stade "empirique" : agir sur les zones de surdensité médicale, en affinant cependant par spécialité.

Il convient ensuite de dépasser cette étape de correction des pics pour aller vers une véritable réponse aux besoins : d'une part s'appuyer sur une définition des besoins de santé publique et des priorités en la matière, d'autre part définir des schémas cibles de prise en charge médicale qui tiennent compte d'une organisation de la continuité et de la coordination des soins, ainsi que de l'émergence des nouvelles techniques.

Tendre vers une nouvelle gestion du système conventionnel

Cette perspective ouverte par le plan stratégique amène logiquement à considérer que les acteurs loco-régionaux du système de soins seront les mieux placés pour mettre en œuvre ces modulations

Par ailleurs, la recherche d'utilité et de qualité qui guide l'ensemble du plan et se traduit par la mise en place d'un conventionnement sélectif, fondé sur la certification, voire les engagements individuels en secteur à honoraires libres et secteur d'excellence, aboutit elle aussi à une approche différente en terme de gestion du système : définition d'un cadre conventionnel national donnant lieu à contractualisation individualisée des professionnels de santé . Elle entraîne ipso facto une mise en œuvre locale.

Si celle-ci n'a pas été définie dans ses modalités par le plan stratégique pour l'instant, elle n'en constitue pas moins un changement majeur qui contredit de manière fondamentale les critiques de centralisme émises à l'encontre des propositions mises en débat.

Renforcer la dimension santé publique

La démarche préconisée par la CNAMTS pour optimiser l'offre de soins se distingue aussi, en matière de santé publique, des procédures ébauchées depuis 1996 (conférence nationale et régionale de santé, Programmes Régionaux de Santé). Là encore, la dimension régionale n'est pas remise en cause, bien au contraire.

Cependant, cette dimension ne doit pas être considérée de manière parallèle et correctrice en définissant, à côté de la régulation financière des dépenses de l'ONDAM, un mécanisme spécifique finalement marginal : programmes régionaux de santé abondés par un fonds affecté, hors enveloppe, comme le préconise fortement l'un des scénarios retenus par le Haut Comité de la Santé publique dans son rapport du printemps 1998.

C'est en amont même de la définition de l'offre de soins, qui doit répondre aux besoins, qu'il faut permettre à la société française de faire ses choix en matière de santé publique. Les orientations et le plan stratégiques appellent de leurs vœux ce prérequis indispensable, sous la forme d'une loi cadre pluriannuelle, elle-même alimentée par les conférences régionales de santé et la conférence nationale dont le rythme annuel, puisqu'il est actuellement articulé sur celui de la loi de financement de la sécurité sociale, semble mal adapté et conduit progressivement à leur enlever leur substance.

Relativiser les mécanismes de régulation financière et d'enveloppes régionales

La proposition faite par la CNMATS d'un mécanisme renoué de régulation collective ne comporte pas, en l'état, de régionalisation des enveloppes ambulatoires.

Outre la difficulté résidant dans la fixation de telles enveloppes, leur caractère opérationnel a été largement remis en question par les deux dernières années de mise en œuvre (1997-1998) : supposées rééquilibrer les dépenses entre régions et engendrer une modification structurelle et géographique de l'offre de soins, ces enveloppes doivent davantage être considérées comme des grde-fous éventuels, que comme un outil, capable à lui seul de redéployer l'offre de soins.

Mettre en place la nécessaire fongibilité des enveloppes

Là encore, si le niveau régional permet aujourd'hui de mieux mesurer les transferts d'activité entre les segments de l'offre –ambulatoire, hôpitaux, cliniques privées-, voire d'en apprécier l'opportunité, il ne peut, en l'état, corriger les effets pervers d'un système fondé sur le cloisonnement financier.

La région ne pourra justement passer de son statut d'observateur à celui d'acteur que si ce cloisonnement est progressivement abandonné, et non corrigé à la marge par le biais de mécanismes-tampons ou d'expérimentations, par construction temporaires.

Le plan stratégique apporte une première réponse en matière d'établissements de santé, en préconisant d'instaurer une tarification à la pathologie dans les hôpitaux publics et les cliniques privées : tendre vers une logique d'achat de prestations, dès lors que celles-ci sont clairement comparables, et gérer par ailleurs, le financement des missions particulières telles que recherche et enseignement.

Par ailleurs, et cette perspective mérite bien entendu de larges travaux complémentaires, la CNAMTS prend nettement position pour la mise en place de formes de continuité et de coordination des soins (filières et réseaux) dont la mise en place nécessite des modes de financement adaptés. L'intérêt des expérimentations de filières et réseaux est justement d'avoir illustré très concrètement les effets de la non fongibilité : rigidité des budgets hospitaliers, bénéfices théoriques mais dépenses réelles liés à la mise en œuvre des réseaux.

C'est donc par la définition d'organisations nouvelles et de leur mode de financement que pourra se résoudre le problème d'une meilleure gestion de l'offre de soins et de sa déconcentration.

ANNEXE 1 – ETAPES ET CHIFFRAGE DU PLAN

1-1 - Etapes du plan

N° mesure	2000	2001	2002	2003
1	- Certification PS + 30 ans	+ 25 ans	+ 20 ans	+ 15 ans
2	- Non remboursement échographies réalisées sur appareil de + 7ans	Habilitation	Habilitation	Habilitation
3	- Création du nouveau secteur d'excellence			
4	- Audit des structures hospitalières			
5	- Plafonnement conventionnement dans ZSM ⁶ - Création prime reconversion ZSM ¹			
6	- Refus de conventionnement secteur 2 dans ZO ¹ et ZSM ¹ - Alignement régime social secteur 2 sur RG			
	- Contrat de conventionnement secteur 2			
7	- Ajustement de l'assiette des cotisations sociales - Réforme modalités = subvention - Plafonnement prise en charge à 500 000 F - Modulation = 20 %	Modulation = 55 %	Modulation = 70 %	Modulation = 100%
8	- Biologie			
9		- Définition niveaux de soins et fonctions des hôpitaux de proximité		
10	- Moraliser l'activité libérale à l'hôpital			
11	- Agence nationale du patrimoine hospitalier			
12	- Créer un fonds d'investissement pour les établissements privés			
13	- Réforme dialyse	Plan développement greffes rénales		
14		Réforme chirurgie ambulatoire et actes d'investigation		
15	- Enseignements des filières et réseaux			
16	- Soins palliatifs			

⁶ ZSM : Zone de surdensité médicale - ZO : Zone d'ombre

N° mesure	2000	2001	2002	2003
17	- Régulation des soins dentaires	- Régulation des soins dentaires	- Régulation des soins dentaires	- Régulation des soins dentaires
18		- Optique		
19	- Classes thérapeutiques à faible SMR (<i>service médical rendu</i>) (possibilité de début de mise en œuvre dès fin 1999) - Prise en charge des médicaments			
20	- Prise en charge de la chimiothérapie			
21	- Vaccins antigrippaux (possibilité de début de mise en œuvre dès fin 1999)			
22	- TIPS : révision des procédures	TIPS. mise en œuvre des procédures révisées		
23	- Cures thermales			
24		Mode de financement des soins hospitaliers	Mode de financement des soins hospitaliers	Mode de financement des soins hospitaliers
25	- Obligations liées au carnet de santé			
26	- Majoration de 10 points du remboursement des actes en continuité des soins			
27	- Expérimentation bilan de consommation de soins	Bilan de consommation soins		
28		Opposabilité normes aux patients		
29	- Généraliser le compte-rendu d'actes			
30	- Régulation des dépenses médicales			
31	- Prise en charge des transports sanitaires			
32	- Nomenclature des prescrits			
33	- Plate-forme de services			
34	- Panier de biens et services (voir notamment mesures 17 à 19)			
35	- Décompte et paiement uniques			

1-2 - Chiffrage du plan

L'équilibre général du plan, visant une croissance à +1,1% par an en volume en sus des prix, n'est pas fondamentalement modifié.

Un chiffrage très précis n'est pas possible, alors que toutes les décisions ne sont pas arrêtées. Aussi partira-t-on du rappel du chiffrage du 30 mars 1999.

♦ rappel du chiffrage du 30 mars 1999

Les numéros de fiches renvoient au document actuel et sont donc modifiés par rapport au tableau précédent. L'ordre des lignes a été modifié pour respecter l'ordre des fiches.

Millions de francs, tous régimes, dépenses remboursées

MESURES	n° fiche	année 1999 (1)	année 2000	année 2001	année 2002	année pleine
GESTION ADMINISTRATIVE - Crédits non consommés		300	300	300	300	300
MESURES DE TRESORERIE - trésorerie EPS	B	pour mémoire				
MESURES D'ECONOMIE EN BASE						
- habilitation à réaliser certains actes	2		500	500	500	500
- régime social secteur 2 aligné sur RG	6		1 400	1 400	1 400	1 400
- cotisations sociales des PS	7		2 050	2 050	2 050	2 050
- biologie (3)	8	(1) 750	2 100	2 800	2 800	2 800
- patrimoine hospitalier	11		500	1 000	2 000	2 000
- insuffisance rénale	13		450	900	1 900	1 900
- prise en charge des médicaments	19		1 700	3 400	8 500	8 500
- classes thérapeutiques à faible SMR - (économie nette)(2)	19	(1) 800	(2) 950	(2) 950	(2) 950	(2) 950
- prise en charge de la chimiothérapie	20		130	130	130	130
- vaccins antigrippaux	21		100	100	100	100
- cures thermales	23		200	400	500	500
- financement des soins hospitaliers (5)	24				(5) 10 000	(5) 30 000
- prise en charge des transports sanitaires	31		780	780	780	780
- médecins spécialistes (3)	PM	(1) 300	(3) 450	(3) 450	(3) 450	(3) 450
- cliniques privées (3)	PM	(1) 330	(3) 430	(3) 430	(3) 430	(3) 430
TOTAL DES ECONOMIES en base BRUTES (4)		(1) 2 480	12 040	15 590	32 790	52 790
DEPENSES DE RESTRUCTURATION			3 000	4 000	5 000	5 000
TOTAL DES ECONOMIES en base NETTES		(1) 2 480	9 040	11 590	27 790	47 790
EFFET DES AUTRES MESURES EN TENDANCE. Voir ci-dessous						

◆ **remarques d'actualisation**

(1) **Calendrier** : les estimations des incidences financières pour 1999 tenaient compte d'une application en cours d'année, mais le quantum doit vraisemblablement être révisé à la baisse compte tenu des dates possibles d'application. De façon plus générale, le calendrier, indicatif, peut donner lieu à révision.

(2) **Soins dentaires et optique** (cf. propositions 17 et 18). La moitié (950 MF) de l'économie brute (1 900 MF) sur les classes thérapeutiques à faible ASMR était affectée à la régulation des soins dentaires. Cependant, la réforme de la prise en charge des soins dentaires et de l'optique pourraient conduire à un besoin de financement plus important.

(3) Pour les honoraires des **médecins spécialistes et cliniques privées**, des décisions ministérielles ont été prises, depuis; cependant les dispositifs retenus pourraient avoir un impact différent de celui envisagé en mars 1999. Il en est de même en ce qui concerne les **biologistes**

(4) La réforme de procédures pour le **TIPS** devrait dégager des économies, en cours d'estimation, par infléchissement du rythme observé de croissance des dépenses.

(5) Cette ligne, portant sur la réforme **du mode de financement des soins hospitaliers**, retrace des économies brutes; viendront en diminution de ces économies brutes des dépenses de restructuration pour les établissements publics (partie de ligne "dépenses de restructurations") .

Ces mesures ne modifient pas le niveau moyen de prise en charge des assurés sociaux.

Dans les économies ci-dessus, calculées en base, toutes choses égales d'ailleurs, certaines doivent en outre être amplifiées par l'effet structure qu'elles engendrent : il s'agit essentiellement du financement des établissements de santé et des nouvelles conditions de prise en charge de la chirurgie ambulatoire.

Par ailleurs, à ces mesures dont les économies sont chiffrées en base s'ajoutent des mesures structurelles (propositions 5, 6 et 30) destinées à assurer une maîtrise de la tendance.

Les mesures retracées dans le tableau ci-dessus conduisent à 20 milliards d'économies en année pleine pour les soins de ville ; cette économie permet d'une part d'annuler, en niveau, le dépassement de 9 milliards de l'ODSV constaté en 1998, et d'autre part de contribuer à l'inflexion de la tendance à hauteur de 11 milliards en fin de période soit une décélération de 4% sur 5 ans ou - 0,8% par an par rapport à la tendance.

Par ailleurs, les mesures non chiffrées dans le tableau ci-dessus ont pour objectif d'infléchir la tendance de la croissance des soins de ville d'environ 1% par an. L'impact économique global des réformes est alors porté à 62 milliards en année pleine.

Sur les deux dernières années, les soins de ville ont augmenté de +7,8 % en valeur soit +5,8 % en volume ou +2,9% par an en volume.

Grâce à l'ensemble des mesures, la tendance serait alors ramenée à +1,1% par an en volume (+2,9% - 0,8% - 1%).

L'objectif communiqué par les pouvoirs publics en décembre 1998 à l'Union Européenne correspond à une croissance de 1,15% par an en volume (3.5% en volume au total sur la période 2000-2002).

L'ensemble des mesures proposées permettent ainsi d'atteindre cet objectif.

ANNEXE 2 – TRADUCTIONS LEGISLATIVES DES PROPOSITIONS

Proposition 1 : Refonder le conventionnement sur la certification

La réforme proposée par la CNAMTS nécessite une intervention du législateur dès lors qu'il s'agit de définir le champ d'application de la convention, point qui constitue un principe fondamental du droit de la sécurité sociale au sens de la jurisprudence du Conseil d'Etat (CE Assemblée 17 décembre 1993 Groupement national des établissements de gérontologie et de retraite privés et autres et Association de mobilisation des infirmiers (AMI) et autres, rec. p. 370). Cet élément justifie que la loi soit suffisamment précise sur certains points pour pouvoir fournir aux dispositions réglementaires à venir une base légale suffisante.

Cette disposition peut être introduite à la fin de l'article L.162-5-6 du Code de la Sécurité Sociale dont elle constituerait le dernier alinéa ainsi rédigé :

"Le médecin, pour être conventionné, doit justifier avoir satisfait à une procédure de certification visant à s'assurer de son niveau de qualification au moins une fois tous les 7 ans. Cette procédure est mise en œuvre par des équipes d'experts dont la composition comprend notamment des praticiens hospitalo-universitaires et des médecins libéraux désignés par l'ANAES. Elle peut être organisée à tout moment, sur décision de la caisse primaire d'assurance maladie compétente, si celle-ci l'estime nécessaire. La condition de certification des professionnels est considérée comme remplie dans les 7 années qui suivent la fin de leurs études médicales.

Un décret en Conseil d'Etat définit les conditions d'application de ces dispositions et notamment les modalités de leur entrée en vigueur. Ce décret peut prévoir, dans les cas qu'il définit, une période de recertification plus courte."

Proposition 5 : Conventionner l'offre en fonction des besoins

Il faut ajouter un nouvel alinéa à l'article L. 162-5-6 ainsi conçu :

"Dans les circonscriptions de caisse primaire d'assurance maladie où le nombre des médecins généralistes ou spécialistes par habitant dépasse la moyenne nationale de leur spécialité d'un pourcentage au moins égal à un taux fixé par décret, les demandes de conventionnement de nouveaux praticiens pourront n'être acceptées par la caisse que pour compenser le nombre des cessations d'activité. En ce cas, les demandes seront satisfaites dans l'ordre de leur réception par la caisse primaire compétente. Le taux peut, le cas échéant, et dans des conditions fixées par décret être calculé sur plusieurs circonscriptions"

1. La notion de "zone de surdensité médicale" nécessite une définition du périmètre dans lequel celle-ci est appréciée.

2. La loi doit également prévoir dans quel ordre sont acceptées les demandes de conventionnement des praticiens n'ayant pu l'être compte tenu de la situation de "surdensité". Le texte propose ainsi une sorte de système d'antériorité pour prendre en compte cette situation, calqué sur le mécanisme des autorisations d'installation données aux pharmaciens d'officine.

Prime de reconversion

Les dispositions prévues à l'article L 162-5-7° modifié par la LFSS pour 1999 prévoient une prime de reconversion et la possibilité de sa modulation en fonction de la région et de la spécialité.

Ces dispositions n'ont jamais trouvé de traduction conventionnelle. De plus il convient de prévoir la mise en œuvre d'une telle prime également en l'absence de convention. C'est pourquoi on peut prévoir un nouvel article :

Il est créé un nouvel article L. 162-6 ainsi rédigé :

"Article L. 162-6 : Les médecins libéraux conventionnés ou exerçant dans le cadre du règlement minimal conventionnel prévu à l'article L 162-5-9, ayant cotisé pendant une durée au moins supérieure à 7 ans en application de l'article L. 131-6 du présent code peuvent bénéficier d'une prime de reconversion si, exerçant dans une des circonscriptions visées au dernier alinéa de l'article L. 162-5-6, ils décident de cesser leur activité. Cette prime peut varier en fonction de la spécialité exercée. Elle tient compte du revenu d'activité du praticien et de la durée d'exercice professionnel restant à courir jusqu'à l'âge légal de la cessation d'activité."

Cette mesure ne peut se cumuler avec l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi n°88-16 du 5 janvier 1988 modifiée relative à la sécurité sociale.

Proposition 6 : Contractualiser le conventionnement des médecins en secteur 2

L'article L. 162-5 8° est réécrit comme suit :

"8° Les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés en fonction de leur qualification ou du niveau de leur pratique médicale, de la circonscription de caisse où ils exercent et de leur spécialité."

La situation des praticiens demeurant en secteur à honoraires libres (secteur 2) sera régie par la convention elle-même. En particulier, la contractualisation de leurs relations avec les caisses comportant un certain nombre d'obligations nouvelles (dépassement plafonné par acte, masse des dépassements par rapport à la masse des honoraires opposables, part des prescriptions en équivalents thérapeutiques et économie prévisible pour l'assurance maladie, télétransmission des feuilles de soin) ressort du champ des dispositions conventionnelles.

La loi se contente d'indiquer les critères selon lesquels l'accès sera ouvert soit au secteur 2, soit au secteur d'excellence, et renvoie à la convention pour le détail du dispositif. Il en est de même pour l'institution de la progressivité de la contractualisation prévue par la mesure 5.3.

Proposition 7 : Moduler la prise en charge des cotisations sociales

L'article L.722-4 doit être modifié.

La rédaction pourrait être la suivante :

"Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par des cotisations des bénéficiaires assises sur les revenus nets qu'ils tirent des activités professionnelles mentionnées à l'article L. 722-1, et sur leurs avantages de retraite, ainsi que par le versement d'une subvention des caisses d'assurance maladie, calculée en fonction du montant des dépenses qu'elles ont remboursées au titre de l'activité des professionnels mentionnés à l'article L 722-1. Le montant de cette subvention est plafonné au-delà d'un certain niveau de revenu annuel."

Le deuxième alinéa actuel de l'article L. 722-4, prévoit la situation des praticiens en secteur 2 ou de ceux qui feraient l'objet d'une mesure de suspension de cet avantage, devra être modifié en conséquence, de même que l'article L 722-4-1.

Le troisième alinéa, qui porte sur les modalités de versement des avantages de retraite (précompte), pose une difficulté par rapport au principe de la subvention globale (mesure 6.2). Si l'on voulait supprimer ce système pour appliquer le principe de la subvention globale pour l'ensemble de la prise en charge, il suffit d'abroger purement et simplement cet alinéa. Le nouveau premier alinéa de l'article L. 722-4 sera ici suffisant.

Le quatrième alinéa peut être maintenu tel quel, en remplaçant le terme "cotisation" qui figure dans le texte par celui de "subvention" par symétrie avec la rédaction du premier alinéa.

"Les montants des subventions prévues au premier alinéa peuvent être modulés pour tenir compte notamment de l'implantation du praticien dans une des circonscriptions prévues au dernier alinéa de l'article L. 162-5-6 du présent code, de sa spécialité et des engagements pris par le praticien dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 162-5."

Proposition 17 : Les soins dentaires

Deux apports exigeant une modification législative.

Tout d'abord, la modification du système conventionnel pour y introduire un système inspiré de l'option conventionnelle des médecins. Il faut pour cela modifier l'article définissant le domaine de la convention des chirurgiens dentistes, en ajoutant un 5° à l'article L 162-9, ainsi libellé :

*5° La convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes précise :

- les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L 162-9 2° peuvent être majorés pour certains chirurgiens-dentistes en fonction de leur qualification ou du niveau de leur pratique médicale, de la circonscription de la caisse où ils exercent.

- les conditions particulières d'exercice propres à favoriser la coordination des soins dentaires par un chirurgien-dentiste choisi par le patient et les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte y afférent.

Ensuite, si l'on supprime la prise en charge des cotisations sociales par l'assurance-maladie pour les chirurgiens-dentistes conventionnés, il faut modifier l'article L 722-4 en ajoutant à la fin du premier alinéa la phrase suivante :

"Les dispositions du présent alinéa ne s'appliquent pas aux chirurgiens-dentistes.

Proposition 25 : Mettre en place un carnet de santé opposable

25.1. Obligation de présentation

Cette obligation est déjà prévue par les dispositions actuelles de l'article L. 162-1-3 du CSS.

25.2. Obligation pour tout praticien d'attester sur la feuille de soins de la présentation du carnet de santé

Il convient ici seulement d'ajouter une dernière phrase au premier alinéa de l'article L. 162-1-4 du CSS actuel qui serait rédigée de la manière suivante :

"Ils doivent indiquer sur le document mentionné au premier alinéa de l'article L. 161-33 du présent code que le patient a effectivement présenté son carnet de santé."

Il convient néanmoins d'indiquer que ce dispositif ne comporte pas à ce stade de sanction. Il serait alors peut-être possible de se référer aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 161-33 du CSS qui prévoit la déchéance du droit à prestation.

25.3. Obligation pour tout praticien d'inscrire sur le carnet de santé les actes effectués et les prescriptions délivrées

L'article L. 162-1-4 prévoit déjà cette obligation et paraît très clair sur ce point. La question est moins ici de préciser le dispositif que de prévoir un mécanisme de sanction en cas de non-respect par le praticien de ses obligations. Le dispositif de sanctions conventionnelles pourrait peut-être être ici sollicité.

- 25.4. Minoration de la prise en charge en cas de non-remplissage du carnet de santé par le praticien et 7.5. Affectation de l'économie ainsi produite à la majoration de la prise de charge dans les dispositifs de continuité de soin.**

Il conviendrait ici d'ajouter une troisième phrase et au deuxième alinéa de l'article L. 322-2 du CSS ainsi rédigée :

"Elle est accrue si le praticien ne respecte pas l'obligation prévue au premier alinéa de l'article L. 162-1-4 du présent code."

- 25.6. Mise en place d'un délai de présentation pour oubli du carnet de santé par le patient**

Il suffit de prévoir une phrase complétant les dispositions actuelles de l'article L. 162-1-3 du CSS ainsi rédigée :

"En cas d'oubli par le patient de son carnet de santé, celui-ci dispose d'une durée fixée par décret pour le présenter au praticien qui doit alors gratuitement porter mention des constatations qui auraient dû être portées."

- 25.7. Droit d'opposition du patient sur les données de nature médicale figurant sur le carnet de santé**

Les dispositions de l'article L. 162-1-4 du CSS permettent d'ores et déjà cette possibilité.

- 25.8. Accès des praticiens conseils au carnet de santé pour évaluer le dispositif**

Cette possibilité paraît déjà prévue par les dispositions de l'article L.162-1-2 du CSS. Il serait néanmoins possible de compléter cet article pour prévoir que les médecins conseil ont accès au carnet de santé à des fins d'évaluation du dispositif et pas seulement pour vérifier "sa bonne tenue". Dès lors, il serait sans doute souhaitable d'ajouter à la fin de l'article L. 162-1-2 la formule suivante :

"et de vérifier les conditions de son utilisation."

Cette formule paraît suffisamment large pour pouvoir prévoir la mission d'évaluation ici souhaitée.

Proposition 28 : Un choix rationnel entre modes d'accès aux soins

- 28.1. Majoration de 10 points de la prise en charge des actes effectués dans le cadre d'une option de continuité de soins**

Il suffit ici d'ajouter après la deuxième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 322-2 du CSS la phrase suivante :

"Elle est diminuée pour les patients participant aux dispositifs mis en place en application des dispositions de l'article L.162-5 12° et 13° du présent code."

Le décret en Conseil d'Etat prévu au premier alinéa de l'article L.322-2 du CSS définira les modalités précises de ce dispositif et notamment le niveau de la majoration de la prise en charge, ainsi que son entrée en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2000.

28.2. Suppression de la majoration en cas de refus répété par le patient de la transparence des données sanitaires

Il n'y a pas lieu de proposer, sur ce point, une disposition législative expresse. En effet, à partir du moment où l'on se contente de prévoir la majoration de la prise en charge dans l'hypothèse de l'acceptation de l'option de continuité de soins, l'absence de toute disposition fait que cette majoration n'est pas possible si le patient refuse de souscrire à une telle option.

Proposition 30 : La régulation des dépenses médicales

Il s'agit ici de corriger le dispositif qui avait été censuré par le Conseil Constitutionnel dans sa décision du 18 décembre 1998.

Il n'est pas besoin de modifier en profondeur les dispositions correspondantes du CSS (articles L. 162-5-2 et L. 162-5-3 du code). La plupart des mesures décrites dans la fiche 6 sont compatibles avec les dispositions de la loi. Ainsi, l'article L. 162-5-2 prévoit expressément l'existence d'enveloppes distinctes pour les généralistes et les spécialistes. De même, l'existence d'une enveloppe régionale n'est qu'une faculté (cf. dernier alinéa de l'article L. 162-5-2) et donc la mise en place d'une enveloppe nationale est tout à fait possible. L'article L. 162-5-2 prend également en compte à la fois les dépenses d'honoraires et les prescriptions.

La description du mécanisme de reversement relève de la convention elle-même. A cet égard, les critères énumérés à l'article L. 162-5-3 sont tout à fait suffisants pour mettre en place le mécanisme envisagé. Toutefois, on peut envisager la suppression de toute référence à la "zone géographique" qui figure à l'article L. 162-5-3 II 1° du code dès lors que l'on raisonne en enveloppes nationales.

Le système des engagements imaginé par la fiche 6 doit figurer dans les critères énumérés par l'article L. 162-5-3 II. Il faut alors *ajouter un 5° à la liste existante aujourd'hui ainsi conçu :*

"5° De l'engagement souscrit par le praticien de suivre une démarche de rationaliser les soins délivrés aux assurés sociaux."

Cette disposition doit être complétée dans le texte de l'article L. 162-5 du CSS par un 14° ainsi conçu :

>

"14° Les conditions dans lesquelles les généralistes d'une part, chaque catégorie de spécialiste d'autre part, s'engagent à promouvoir une offre rationalisée de soins aux assurés sociaux."

ANNEXE 3 – LES FICHES EXPLICATIVES

Fiche n° 1 – Refonder le conventionnement sur la certification

La CNAMTS propose que les professionnels de santé soient soumis à une certification régulière de leur compétence en raison des particularités de leur exercice et des services qu'ils produisent. Cette formalité a d'ailleurs été développée en France pour d'autres professions et, dans d'autres pays, pour les professionnels de santé eux-mêmes.

1. LES PARTICULARITES DES METIERS DES PROFESSIONNELS DE SANTE MOTIVANT LA CERTIFICATION

Les particularités de l'exercice des professionnels de santé et des services qu'ils produisent motivant la certification sont au nombre de six : les services mobilisent des compétences techniques ; les modalités d'exercice des professionnels libéraux relèvent d'une logique individuelle ; l'absence de retour d'informations sur le devenir du malade après la prise en charge ; les producteurs de soins sont soumis à une obligation de moyens ; leur rémunération est garantie par la collectivité qui, en retour, revendique légitimement un droit de regard ; leur champ d'intervention touche l'être humain dans sa plus grande intimité et intégrité.

1.1. Les services produits par les professionnels de santé mobilisent des compétences techniques

Les professionnels de santé mobilisent des compétences techniques, reproductibles et transmissibles, pour produire des services mis à la disposition des malades. Cette particularité rend ces techniques évaluables par rapport à des standards, standards qui cherchent à optimiser les pratiques.

1.2. Les modalités d'exercice des professionnels libéraux relèvent d'une logique plutôt individualiste

L'exercice libéral des professionnels de santé les placent dans une situation individualiste excluant de tout processus pour rendre compte de leur activité. Or, ce dernier est le seul susceptible de corriger des défaillances de pratiques au cas par cas. Echappant à cette logique du rendre compte, les professionnels de santé libéraux n'ont généralement pas de retour externe sur l'évaluation de leur pratique.

1.3. L'absence de retour d'informations sur le devenir du malade après la prise en charge

Le système de soins est organisé de telle façon qu'après avoir fourni sa prestation, le professionnel de santé n'a pas de retour systématique sur le devenir du malade. S'il est guéri, il ne fera de nouveau appel à lui que dans le cadre d'un nouvel épisode morbide, et, s'il n'est pas guéri et mécontent, il changera parfois de professionnel. Ainsi, alors que sa pratique est évaluable (la particularité n° 1) ses conditions d'exercice font qu'elle ne peut pas être évaluée par le professionnel lui-même (les particularités n° 2 et 3).

1.4. Les producteurs de soins sont soumis à une obligation de moyens

Les producteurs de soins sont liés par un contrat moral, encadré par les textes, leur intimant le respect de l'obligation de moyens vis-à-vis de leur client. La non-vérification de l'adéquation de la connaissance des professionnels à l'état des moyens à un moment donné place les acteurs dans une situation asymétrique, défavorable au patient et incompatible avec l'éthique.

1.5. La rémunération des professionnels est garantie par la collectivité qui, en retour, revendique légitimement un droit de regard

La prise en charge des bénéficiaires par les assurances maladie était primitivement financière. Elle a assuré les revenus des professionnels. En contre-partie, ces assurances revendiquent légitimement leur droit de regard sur la qualité des services fournis, comme tout client le fait vis-à-vis de son fournisseur. Dans le bâtiment, un maître d'ouvrage demande au maître d'œuvre d'assurer une garantie de qualité sur les travaux entrepris. Dans le domaine de la santé, l'Assurance Maladie se substituant aux bénéficiaires pour le règlement financier de la prestation, il est légitime qu'elle réclame un minimum de compétences de la part des fournisseurs.

1.6. Le champ d'intervention des professionnels de santé touche l'être humain dans ses plus grandes intimité et intégrité.

Les décisions des professionnels de santé déterminent, au minimum, le confort psychologique et physique des personnes et, au maximum, la probabilité de vivre, eu égard aux données acquises de la science. Ce niveau extrême de la responsabilité sur autrui contraint ces professionnels à une obligation de compétence et d'éthique. L'obligation d'éthique a été appliquée grâce à des règlements et des structures adéquates, l'obligation de compétence a été laissée à l'initiative de chacun, comme si spontanément les acteurs s'y soumettaient ; le bilan montre que les initiatives de chacun ont été hétérogènes et n'ont pas toujours permis d'obtenir un niveau optimal de mise à niveau au sein de la collectivité professionnelle.

Ces six particularités motivent la nécessité d'une certification pour les professionnels de santé et sont à l'origine du développement d'une telle mesure dans certains pays étrangers (Cf. chapitre 2 suivant). Certaines de ces particularités ont conduit à mettre en place des procédures de certifications pour d'autres professions en France.

Un exemple, qui se rapproche beaucoup de la profession médicale, est celui des pilotes de lignes ; l'objectif est en effet le même : la sécurité de l'utilisateur. Pour cette catégorie professionnelle, non seulement un nombre minimum d'heures de vol annuel est nécessaire au maintien de la licence (ce pourrait être un nombre minimum d'actes pour les médecins) mais également des séances sur simulateur sont obligatoires, en centre de formation, où les connaissances techniques du pilote sont évaluées ainsi que ses aptitudes à faire face à des situations extrêmes (ce pourrait être la FMC et l'évaluation de la pratique pour les médecins).

2. LA CERTIFICATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE : UN PROCESSUS DEJA MIS EN PLACE DANS CERTAINS PAYS

Dans de nombreux pays, des procédures d'assurance de la qualité des soins et des prestations de santé sont proposées ou imposées.

Elle débouchent sur des labellisations, des accréditations, des agréments en vue de valoriser ou d'autoriser aussi bien des institutions que des individus. L'accréditation est en général délivrée par une structure professionnelle qui peut comporter également des représentants non médicaux dans certaines circonstances.

Selon les pays, la mise en oeuvre de ces procédures est plus ou moins ancienne et peut prendre des aspects très différents. La Formation Médicale Continue (FMC) y tient une part importante.

Nous présentons, à titre d'exemple, les expériences qui nous paraissent les plus originales et qui relèvent d'une logique différente les unes des autres.

2.1. La certification aux Etats-Unis

Aux Etats-Unis, deux systèmes coexistent :

- d'une part l'exigence légale, dans 24 états, d'une recertification quinquennale pour garder le permis d'exercice (avec l'obligation de 50 heures annuelles de FMC validée),
- d'autre part, la certification professionnelle pour rester membre du collège de la spécialité considérée (" Board "). Ce sont les médecins de famille qui, les premiers, ont mis en place cette procédure en 1969. Cette recertification professionnelle est fondée sur la preuve apportée du permis d'exercice (Cf. supra), d'une FMC validée (300 heures sur 6 ans), une évaluation de l'activité médicale et un examen écrit des connaissances.

2.2. Au Canada

Un service d'inspection professionnelle effectue des visites des établissements et des cabinets médicaux.

En cas de dysfonctionnement portant soit sur les pratiques médicales soit sur l'organisation des soins, ce service peut être amené à imposer à certains praticiens des stages de perfectionnement, voire à limiter leur activité pendant ces périodes de formation.

2.3. En Nouvelle-Zélande

La certification des médecins y fait l'objet d'un véritable contrat d'objectifs entre l'organisme certificateur et le praticien. Ce dernier a l'obligation d'établir, tous les 5 ans, un rapport décrivant ses conditions d'exercice, son environnement, ses objectifs en matière d'amélioration de la pratique médicale et de formation médicale continue.

A l'issue des 5 ans un bilan est réalisé et de nouveaux objectifs sont fixés pour la période quinquennale suivante.

2.4. La certification en Europe

A notre connaissance il n'existe pas de directive européenne préconisant une procédure de certification pour les professionnels de santé.

Si la plupart des pays ont structuré la formation médicale continue, seuls quelques uns y ont déjà instauré une véritable certification : Norvège, Hongrie, Pays-Bas, Estonie, Slovénie, Danemark, Belgique.

Deux projets méritent attention :

Au Royaume-Uni

Des processus d'obtention d'attestation de compétence ont été mis en place.

Ils reposent sur une inspection des cabinets médicaux réalisée par des pairs :

- agrément des maîtres de stage à partir de leur compétence clinique, leur valeur personnelle et les possibilités matérielles du cabinet où ils exercent,
- accès à la titularisation au collège des généralistes, remplaçant la cooptation qui existait jusqu'à présent. Cette titularisation repose sur une évaluation portant sur 16 domaines et réalisée à partir d'une inspection d'une journée au cabinet du médecin,
- l'évaluation et le monitoring de l'organisation des soins primaires. Il s'agit d'un audit du fonctionnement du cabinet médical dans son ensemble (matériel, organisationnel, personnels).

A partir de ces modèles, il est envisagé d'instituer une véritable procédure de certification.

En Belgique

Un système d'accréditation vient d'être instauré.

Non obligatoire, il a été négocié dans le cadre de la convention médico-mutualiste. Il se traduit, pour les médecins accrédités, par un supplément de 30 FB par consultation.

L'accréditation comporte les critères suivants : suivre une FMC obligatoire, être agréé en médecine générale, tenir un dossier médical complet, exercer la médecine générale en activité principale, ne pas avoir fait l'objet de remarques répétées de la part de la commission d'évaluation des profils médicaux, avoir un seuil minimal d'activité. On notera que ces critères correspondent à ceux qui ont été retenus pour le médecin référent dans le cadre de la convention avec les généralistes français.

2.5. Au total.

L'essor du progrès scientifique et des nouvelles technologies médicales est tel que tous les pays mènent actuellement une réflexion sur les modalités les plus appropriées de perfectionnement des professionnels de santé et de d'évaluation des pratiques qui doivent être en adéquation avec les données les plus récentes .

La généralisation des procédures de certification est à prévoir dans un avenir relativement proche.

3. LES PROPOSITIONS DE LA CNAMTS.

La procédure de certification cherche à assurer un certain niveau de qualité mais pas un niveau d'excellence. La certification doit pouvoir être obtenue par le plus grand nombre de professionnels.

La méthodologie utilisée doit être formatrice, incitative au suivi d'une FMC ciblée. Elle vise à promouvoir la compétence des professionnels plutôt qu'à les sanctionner et les exclure.

3.1. Modalités.

Il s'agit non seulement de vérifier l'acquisition des connaissances dans les champs les plus importants de l'activité, en particulier des données postérieures à l'obtention du diplôme, mais surtout de réaliser une évaluation de la mise en œuvre de ces connaissances dans la pratique. Basée sur la pratique, la certification variera donc en fonction de la qualification des professionnels. Ainsi, médecins généralistes et médecins spécialistes par exemple bénéficieront de modalités différentes et adaptées.

3.1.1. *Éléments à prendre en compte pour la certification.*

Trois types d'éléments pourraient être pris en compte, des éléments en rapport avec **l'effort de formation** et de recherche, **l'observation de la compétence**, **l'organisation de l'activité** :

La FMC est à valoriser par exemple à partir du barème élaboré par le Conseil national de FMC des libéraux en 97. Dans cet effort pourrait également prise en compte la participation à des programmes d'enseignement et de recherche, y compris la formation d'étudiants en tant que maître de stage reconnu par l'université.

La compétence est évaluée d'une part à partir d'un seuil minimal d'activité à fixer, d'autre part à partir de l'étude de la pratique (respect des RMO et des références de bonne pratique), spécialement sur un certain nombre de pathologies cibles présentant un enjeu important en termes de santé publique (exemple, diabète, lombalgies, tumeurs malignes,...).

A l'organisation de l'activité, peuvent être rattachés la tenue du dossier médical, le compte rendu des actes réalisés, la participation à des réseaux constitués ou le recours aux complémentarités dans le domaine médical ou médico-social.

On peut également imaginer un système reposant sur un référentiel d'activités et de compétences. La recertification serait alors fondée sur un bilan périodique des compétences nécessaires à l'exercice du métier mais cette procédure s'avérerait plus complexe à mettre en œuvre.

Ces éléments sont des pistes proposées par l'assurance maladie mais il ne lui appartient pas de déterminer les critères de la certification. Ce rôle paraît devoir revenir à la communauté scientifique dans son ensemble dont la communauté hospitalo-universitaire.

3.1.2. La mise en œuvre.

Quelle méthodologie ?

Elle est à définir par l'ANAES. Cet organisme doit de même assurer la formation des professionnels éventuellement amenés à réaliser des audits dans les cabinets.

Qui doit-on certifier ?

Tous les professionnels de santé quel que soit leur statut, libéral, hospitalier, salarié.
Seules, les modalités de cette certification varieraient en fonction des situations professionnelles.

Qui certifie ?

Une structure indépendante de l'assurance maladie, comportant des représentants de l'université, des ordres professionnels, des sociétés savantes, des unions régionales de médecins libéraux (pour les médecins libéraux), de la profession concernée pour les autres. Pourraient y être associés des représentants de l'Etat et d'organismes spécifiques dont l'ANAES. Compte tenu du lien conditionnel établi entre la certification et le conventionnement, il est en effet préférable que l'assurance maladie ne fasse pas partie de la structure de certification même si elle peut être amenée à fournir des données pour la réalisation du processus.

A partir de quels éléments ?

Des éléments fournis par les professionnels eux mêmes en particulier dans le domaine de la formation et de l'organisation de l'activité.

L'assurance maladie pourrait fournir les données chiffrées d'activité et des données concernant la pratique, respect des RMO et des recommandations à partir de requêtes automatisées sur une dizaine de situations cliniques « traceuses », révélatrice de la pratique quotidienne.

Les compléments nécessaires pourraient être recueillis, s'il y a lieu, par entretiens avec le praticien, visites au cabinet ou toute autre forme à définir.

Il appartiendrait à la structure chargée de la certification de décider de valider ou non les éléments déclaratifs, en fonction de l'ensemble du dossier.

A quelle périodicité ?

Compte tenu de l'objectif annoncé, la procédure est à renouveler à intervalles réguliers. Un délai de 7 ans paraît raisonnable d'après les expériences existantes. Mais la constatation par les services médicaux des organismes d'assurance maladie de pratiques non conformes aux standards doit pouvoir entraîner une demande, ou un renouvellement, rapide de la procédure.

En début d'exercice, le diplôme de fin d'études vaut certification.

Quelles conséquences ?

Les professionnels n'ayant pas satisfait à la procédure de certification disposent d'un délai bref pour une remise à niveau. En cas de nouvel échec, ils sont exclus du dispositif. L'assurance maladie ne peut conclure convention avec des praticiens n'ayant pas fait la preuve du niveau requis.

Exemple de calendrier de réalisation.

Un rapide calcul permet d'évaluer, en situation d'équilibre, à 15.000 le nombre de certifications annuelles pour les seuls médecins libéraux. Une progressivité dans la mise en oeuvre s'avère indispensable. Il paraît donc logique de commencer par les plus anciens des médecins installés.

C'est pourquoi le plan prévoit de certifier :

en 2000 les médecins installés depuis 30 ans et plus,

en 2001, ceux qui sont installés depuis 25 à 30ans,

en 2002, ceux de 20 à 25 ans, etc...

L'évaluation du nombre de médecins répondant à ce schéma figure en annexe.

ANNEXE

OBJET : estimation du nombre de médecins concernés par la mise en œuvre progressive de la certification

Le plan stratégique propose de refonder le conventionnement sur la certification. Celle-ci devrait être mise en œuvre de façon progressive de la façon suivante :

au 1/01/2000 : les professionnels ayant plus de 30 ans d'activité

au 1/01/2001 : les professionnels ayant plus de 25 ans d'activité

au 1/01/2002 : les professionnels ayant plus de 20 ans d'activité.

Le département statistique de la CNAMTS a été en mesure de fournir, avant vendredi 4 juin 1999, des données relatives au nombre de médecins libéraux, généralistes et spécialistes, par année d'installation. Dans des délais plus importants, il peut également fournir des éléments sur les professions paramédicales puisque la mesure s'applique a priori à l'ensemble des professionnels de santé. Les données qui suivent sont relatives aux médecins conventionnés en activité au 31 décembre 1998 en France métropolitaine. Les installations postérieures au 31/12/1998 n'étant pas prises en compte, le nombre de médecins concernés par la certification est donc minoré. Ces estimations intègrent également les praticiens hospitaliers temps plein qui ont une activité libérale.

Nombre de médecins ayant plus de 30 ans d'activité.

Ce sont les médecins dont l'installation est antérieure au 1/01/1970, si on se place au 1/01/2000.

Catégorie	Médecins à certifier	En % de l'effectif total	Effectif total de la catégorie *
Généralistes	2 319	3,9	60 019
Spécialistes	2 608	4,9	52 899
Total	4 927	4,4	112 918

* au 31/12/1998

Nombre de médecins ayant plus de 25 ans d'activité.

Ce sont les médecins dont l'installation est antérieure au 1/01/1976, si on se place au 1/01/2001.

Ces données excluent les médecins qui se sont installés avant le 1/01/1970 et qui devraient avoir fait l'objet d'une certification au 1/01/2000.

Catégorie	Médecins à certifier	En % de l'effectif total	Effectif total de la catégorie *
Généralistes	6 193	10,3	60 019
Spécialistes	5 248	9,9	52 899
Total	11 441	10,1	112 918

* au 31/12/1998

Nombre de médecins ayant plus de 20 ans d'activité.

Ce sont les médecins dont l'installation est antérieure au 1/01/1982, si on se place au 1/01/2002.

Ces données excluent les médecins qui se sont installés avant le 1/01/1976 et qui devraient avoir fait l'objet d'une certification au 1/01/2000 et au 1/01/2001.

Catégorie	Médecins à certifier	En % de l'effectif total	Effectif total de la catégorie *
Généralistes	15 574	25,9	60 019
Spécialistes	9 762	18,5	52 899
Total	25 336	22,4	112 918

* au 31/12/1998

Fiche 7 –

7-A-La contribution des caisses au financement des cotisations sociales des professionnels de santé – Assurance Maladie

1/ Objectif :

Modification de l'assiette servant de base à la contribution des caisses au financement des cotisations sociales d'assurance maladie des professions de santé conventionnées (secteur 1 et DP pour les médecins).

2/ Descriptif :

En l'état actuel des textes, la contribution financière des caisses d'assurance maladie aux cotisations d'assurance maladie des professionnels de santé conventionnés est déterminée de la manière suivante :

- La contribution des caisses est fixée à hauteur de 9,7% des revenus nets tirés de leur exercice en clientèle privée de la profession tels que déterminés par l'administration fiscale pour l'établissement de l'impôt sur le revenu. (articles L.722.1; L722.4. D.722.2 du code de la sécurité sociale).

Ce dispositif aboutit à ce que l'assurance maladie s'appuie, pour calculer sa participation aux cotisations sociales versées par le professionnel de santé, sur des sommes correspondant à l'ensemble de l'activité du professionnel concerné. Y compris lorsque cette activité ne donne pas lieu à remboursement, c'est-à-dire y compris lorsque l'activité est au nombre de celles que l'assurance maladie estime n'avoir pas à prendre en charge. Cette situation paradoxale atteint, pour certaines professions, des niveaux abusifs.

3/ Chiffrage :

Sur la base de la méthodologie décrite à l'annexe 1, asseoir la contribution des caisses sur les honoraires remboursés dégagerait une économie de 1,7 Md de F au titre du risque maladie (et 0,35 Md de F au titre des allocations familiales, Cf. fiche 3 B).

Annexes (2)

CONTRIBUTION DES CAISSES AU FINANCEMENT DES COTISATIONS
D'ASSURANCE MALADIE
DES PROFESSIONNELS DE SANTE CONVENTIONNES

METHODOLOGIE

La méthode consiste à rapprocher, pour chaque profession conventionnée :

- Les recettes déclarées par les professionnels de santé à l'administration fiscale ; ces recettes sont reconstituées à partir de la contribution des caisses,
- Les honoraires totaux issus du SNIR.

A noter que les systèmes d'informations de l'administration fiscale et de l'ACOSS recueillent auprès des professionnels des recettes agrégées, sans distinction de celles issues de l'activité strictement conventionnelle.

La contribution du régime général à la cotisation d'assurance maladie, en 1997, pour l'ensemble des professionnels de santé, excepté les directeurs de laboratoires non médecins, s'élève à **5 434 302 563 F**.

Le montant des recettes, déclaré par les professionnels, est reconstitué à partir du versement effectué par les CPAM au titre de la cotisation d'assurance maladie (source : compte de résultat consolidé Assurance Maladie 1997, gestion MOC-RG-Agence Comptable).

La méthodologie suivante a été appliquée :

1. détermination de la contribution inter-régimes au titre de la cotisation maladie par application d'un coefficient de 0.85573 au versements effectués par le Régime Général,
2. détermination de l'assiette sur laquelle repose la contribution inter-régimes par application du taux de cotisations 9.7 % au montant obtenu au point 1. Cette assiette constitue le Bénéfice Non Commercial (BNC),
3. détermination des recettes déclarées par les professionnels à l'administration fiscale par application du taux de résultat (Direction Générale des Impôts) au montant obtenu au point 2.

Le rapprochement de ces recettes aux honoraires totaux (y compris les dépassements, les frais de déplacement et le hors nomenclature) fait apparaître peu de différences entre les deux "périmètres" à l'exception de ceux constatés pour les pédicures-podologues. Il est à noter que le montant des honoraires issu du SNIR est légèrement plus élevé que celui issu de la reconstitution des recettes. Les données relatives aux recettes des professions de santé, disponibles auprès de la DGI, sont très proches des honoraires perçus par ces dernières. Cependant, il n'est pas possible d'effectuer ce rapprochement pour les médecins secteurs 1 + DP, la DGI n'étant pas en mesure de reconnaître le secteur conventionnel des praticiens.

ESTIMATION DES ECONOMIES POSSIBLES

Economie calculée sur les dépassements : Hono tot - HSD

Economie calculée sur les dépassements : Recettes - HSD

en FRANCS

	Col 3	Col 5	Col 6	Col 7	Col 8	Assiette : remboursable		Assiette : remboursé		Col 14
						Col 10	Col 11	Col 12	Col 13	
Données au 31/12/97	Contribution totale Tous Régimes coeff: 85,573 % (col 2) / 0,85573	RECONSTITUTION DES RECETTES A PARTIR DE L'ASSIETTE = assiette x résultat	HONORAIRES SANS DEPASSTS + FRAIS SNIR97 en F.	HONORAIRES CONVENTIONNELS TOTALS SNIR 1997 HSD+DEPAS+FRAI S	% résultat moyen source DGI 1996	Economie si assiette était les honoraires remboursables ((col. 7 - col. 6) x résult)) * 9,7 %	Economie si assiette était les recettes- dépassement ((col. 5 - col. 6) x résult)) * 9,7 %	Contribution assise sur les montants remboursés (col. 6 * col. 8 = col. 14) * 0,7%	Economie si assiette était les honoraires remboursés col. 12 - col. 3	Tx moyen de remboursé TMR(source SCPS-EQ)
Omni Sect 1 + DP *			30 904 543 750	30 927 191 667	55%					
Spéc Sect 1 + DP *			33 801 693 617	34 542 759 574	52%	39 262 530	72 993 270	2 695 051 730	558 502 664	81%
TOTAL MEDECIN	3 253 554 393	63 286 411 074	64 706 237 367	65 469 951 241	53%	681 401 752	642 796 223	563 992 532	842 710 426	74%
chirurgiens-dentiste	1 406 702 958	34 226 545 324	18 586 645 000	35 165 858 000	42%	226 757	327 811	15 674 815	1 199 670	95%
sages-femmes	16 874 485	306 670 885	300 717 000	304 838 000	57%	2 521 972	841 394	737 162 499	71 757 961	91%
Infirmiers	808 920 460	13 491 029 610	13 476 997 000	13 519 058 000	62%	7 330 370	40 846 172	511 384 653	164 063 703	81%
Massesurs-kiné	675 448 356	12 692 160 901	11 924 632 000	12 062 374 000	55%	166 706	676 529	78 644 076	36 773 103	69%
Orthophonistes	115 417 179	2 128 301 236	2 115 826 000	2 118 889 000	56%	102 032	1 902 871	6 432 202	5 895 071	62%
Orthoptistes	12 327 273	252 533 855	213 550 000	215 640 000	50%	487 324	61 158 844	321	61 241 952	0,4%
Pédicures	61 242 273	1 368 301 736	1 864 000	12 752 000	46%					
TOTAL	6 350 487 377	111 326 468 367	128 869 360 241	128 869 360 241		731 498 784	675 556 473	4 608 342 827	1 742 144 649	

(1) source : Compte de résultat consolidé Assurance Maladie gestion MOC - RG - Opérations communes/ AGENCE COMPTABLE. Le compte "médecins" est agrégé, il englobe le total médecins y compris les médecins biologistes

Les directeurs de laboratoires non médecins ne sont pas dans le champ de l'étude. En effet, la contribution des caisses est à concurrence du complément à 9,8 %.

Le montant de la contribution des CPAM en 1997 est de 117 832 661 F.. Ils cotisent à la CANAM au titre des Travailleurs Indépendants.
(3,9 % sous plafond SS, 4,5 % de 1 à 5 plafonds SS, 9,8 % au-delà de 5 plafonds SS)

7 B- La contribution des caisses au financement des cotisations sociales des professionnels de santé – Allocations Familiales

1/ Objectif :

modification de l'assiette servant de base à la contribution des caisses au financement des cotisations sociales d'allocations familiales des médecins conventionnés (secteur 1 et DP).

2/ Descriptif :

En l'état actuel, les textes déterminent la contribution financière des caisses d'assurance maladie aux cotisations d'allocations familiales de la manière suivante :

- Article L 162-5-11 du Code de la Sécurité Sociale : "les caisses d'assurance maladie peuvent prendre en charge ..." La contribution des caisses d'assurance maladie est prévue exclusivement pour les médecins du secteur I, et est assise sur l'ensemble des revenus professionnels non salariaux des médecins du secteur I. Elle est fixée à 2,9% de l'assiette susvisée et à 2,1% du plafond SS. (articles L.242.11, D;242.15.1 et L131.6 du code de la sécurité sociale).

Ce dispositif aboutit à ce que l'assurance maladie s'appuie, pour calculer sa participation aux cotisations d'allocations familiales versées au bénéfice du professionnel de santé, sur des sommes correspondant à l'ensemble de l'activité du professionnel concerné. Y compris lorsque cette activité ne donne pas lieu à remboursement, c'est-à-dire y compris lorsque l'activité est au nombre de celles que l'assurance maladie estime n'avoir pas à prendre en charge.

3/ Chiffrage :

Asseoir la contribution des caisses sur les honoraires remboursés dégagerait une économie de 0,35 Md de F.

Annexe (1)

FINANCEMENT DES ALLOCATIONS FAMILIALES : PRISE EN CHARGE PAR LES CAISSES

Source : SNIR et DGI

Données au 31/12/97	Revenu net < plafond		Population totale		Revenu net > plafond	
	Effectif	Revenu net moyen	Effectif	Revenu net moyen	Effectif	Revenu net moyen
Omni Secteur 1 + DP	9 260	100 365	52 684	323 768	43 424	371 408
Spéc. Secteur 1 + DP	7 321	94 306	35 866	488 028	28 545	589 007
TOTAL	16 581	97 690	88 550	390 299	71 969	457 714

Revenu net = honoraires totaux - charges DGI
Plafond SS 1997 : 164 640 F.

ASSIETTE : HONORAIRES REMBOURSES SNIR (Tx moyen remboursement : 75 %)

Données au 31/12/97	Assiette du 2,1% : revenu net moyen * effectif * Tx Moy Rbt		Assiette : 2,9 % idem		2,1 % sous plafond	2,9 % remboursé
	Médecins dont les revenus nets sont inférieurs au plafond	Médecins dont les revenus nets sont supérieurs au plafond	Médecins dont les revenus nets sont supérieurs au plafond	Médecins dont les revenus nets sont supérieurs au plafond		
Omni Secteur 1 + DP	697 034 200 F	5 361 995 520 F	12 096 004 682	127 239 624 F	350 784 136 F	
Spéc. Secteur 1 + DP	517 811 162 F	3 524 736 600 F	12 609 894 801	84 893 503 F	365 686 949 F	
				212 133 127 F	716 471 085 F	
				928 604 212 F		

Source : SNIR et DGI

MONTANT DE LA CONTRIBUTION REPOSANT SUR LE REMBOURSE :

1 267 867 168 F

(1) source : Compte de résultat consolidé Assurance Maladie gestion MOC - RG - Opérations communes/ AGENCE COMPTABLE. Le compte "médecins" est agrégé, il englobe le total médecins y compris les médecins biologistes

Un changement d'assiette, qui consisterait à faire reposer les taux de cotisations sur les dépenses remboursées conduirait à économie de l'ordre de 0,35 Md de F.

Fiche n° 8 – Prise en charge des dépenses de biologie

1/ Objectif:

Reversement au titre du dépassement de l'Objectif Quantifié National des dépenses de biologie pour 1998 et ajustement progressif des tarifs de biologie sur ceux pratiqués internationalement.

2/ Récupération du dépassement constaté au titre des dépenses 1998 :

Les dépenses ont fortement dérapé en 1998 : + 6,6 % par rapport à 1997.

Ø Compte tenu de l'évolution des dépenses autorisée pour 1998 et de l'évolution constatée en 1998, la valeur de la lettre-clé B doit être redéfinie afin de récupérer le dépassement sur 1998.

L'Objectif Quantifié National des dépenses de biologie, déterminé dans le cadre de l'accord tripartite du 5 octobre 1998, pris en application de l'article L 162-14-1 du Code de la sécurité sociale, a été fixé à + 0,8 % du montant de l'objectif 1997. Cet accord tripartite prévoit un mécanisme de neutralisation du reversement, dit "tunnel", dont la partie haute a été fixée à + 0,5 %. Pour rendre compte de l'évolution accordée sur la base du réalisé 1997, il convient d'ajouter 0,5 % correspondant à l'enveloppe non consommée en 1997. L'objectif pour 1998 était fixé à + 1,8 %, ainsi recalculé en fonction du réalisé 1997.

Le dépassement de l'objectif quantifié national est de + 4,8 %.

Montant remboursé autorisé en 1998	Réalisé estimé en 1998 (remboursé)	Dépassement estimé en 1998
12 094 MF	12 664 MF	570 MF
+ 1,8 %	+ 6,6 %	+ 4,8 %

Valeur actuelle de la lettre-clé B	1,80 F
Evolution des dépenses 1998	+ 6,6 %
Montant autorisé	+ 1,8 %
Dépassement estimé	+ 4,8 %
Valeur du B (1,80 F – 4,8 %)	1,71 F*

*cette évaluation qui permet de récupérer les sommes correspondant au dépassement est valable sur une année pleine à volume et taux moyen de remboursement (TMR) constants.

Ø Chiffrage :

La récupération équivaut à passer, en 1999, le B à 1,71 Frs, soit une diminution de 5 % de la valeur de la lettre-clé.

3/ Mesures tarifaires initiant la restructuration de la profession par un ajustement progressif de la valeur de la lettre-clé B sur les tarifs internationaux :

Une baisse du B à 1,71 Frs est discriminante en terme de structures et doit conduire à une recomposition de l'offre favorable aux mises en réseau ou aux regroupements de laboratoires d'analyses. La mise en œuvre de cette régulation est l'occasion d'un réexamen d'ensemble initiant un ajustement progressif des tarifs de la biologie sur les tarifs internationaux.

a- La valeur de la lettre-clé B est diminuée à ce titre de 11 centimes au premier août 1999, afin d'atteindre 1, 60 F.

b- Ensuite, et afin d'accentuer ce rapprochement avec les tarifs internationaux, la lettre-clé B est diminuée de 10 centimes au 1^{er} janvier 2000 et de 10 centimes au 1^{er} janvier 2001.

Cette baisse de 40 centimes permet d'amorcer une régulation de l'offre, tout en travaillant à une restructuration générale du secteur.

Tableau récapitulatif des mesures tarifaires et de leur mise en œuvre
Rappel : la valeur du B au 30 juin 1999 est de : 1,80 F.

	1 ^{er} août 1999	1 ^{er} janvier 2000	1 ^{er} janvier 2001
Valeur du B	1,60 F	1,50 F	1,40 F
Baisse du B	- 0,20 F (-11,11 %)	- 0,10 F (-6,25 %)	- 0,10 F (-6,66 %)
Dépenses	11 608 M.F.	10 553 M.F.	9 851 M.F.
Economie en année pleine de chaque mesure	1 407 MF	704 M.F.	703 M.F.
Economie réalisée en fin d'exercice*	400 M.F.	2 106 M.F.	2 804 M.F.

* par rapport aux dépenses réalisées en 1998.

Fiche 13 – améliorer la pratique médicale et la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique

I. Insuffisance rénale terminale.

Quelques données.

Nombre d'insuffisants rénaux terminaux traités (dialyse ou transplantation),	- 35.000 (estimation 97 ?), en 95 : 2/3 en dialyse, 1/3 greffés environ. - progression de l'incidence 5 % par an, (dont 2,5 % environ pour des plus de 65 ans) - augmentation de la prévalence, 8 % par an.
Nombre de transplantations rénales.	- 1.650/ an en moyenne entre 94 et 97, (1.688 en 97). - liste attente : autour de 4.275 entre 94 et 97, - la transplantation ne couvre que moins de 75 % des nouveaux besoins annuels (2.250/an)
Coût d'un malade dialysé,	- coût moyen : 350.000 F/patient /an*, de 210.000, pour la dialyse péritonéale et l'hémodialyse à domicile, à 400.000 pour l'hémodialyse en centre**, soit 3.500.000 F sur 10 ans*.
Coût d'un malade transplanté,	- 350.000 F/patient et par an la 1ère année, 50.000 /an les 9 années suivantes*, la viabilité du greffon étant estimée à 10 ans, soit 395.000 F sur 10 ans*.

* source : estimation Etablissement français des greffes (EFG),

** source : enquête IGAS 1994.

Les possibilités d'actions.

Augmenter le nombre de greffes.

- A partir de reins de cadavre.

La France accuse un retard certain dans le domaine des prélèvements d'organes sur patients en état de mort encéphalique. Ils sont actuellement de 15/million d'habitants sur notre territoire alors que ce taux atteint 29/million d'habitants en Espagne (21 au Portugal, USA, république tchèque, mais 13 seulement en Angleterre) grâce à la mise en place d'une organisation efficace des prélèvements : un médecin à temps plein pour cette activité dans les grands établissements

L'EFG veut obtenir une augmentation de 15 à 20 prélèvements par million d'habitants d'ici 2002. Ceci permettrait de réaliser 600 greffes supplémentaires chaque année. Le retour sur investissement calculé (comprenant le coût du renforcement de l'organisation) serait de 0,5 milliard de F. dès 2003 et de un milliard en 2007...

- A partir de reins de donneurs vivants ?

Là également notre pays accuse un retard certain : 1/million d'habitants, contre 5 au niveau européen et 10 aux USA et en Scandinavie. Si on appliquait ce dernier ratio à la France, cela permettrait de passer de 60 greffes avec ce moyen chaque année à 600. Mais il y a des problèmes éthiques et, en France le don est gratuit.

Agir sur ce secteur impose beaucoup de prudence. Il importe en effet d'éviter à tout prix le commerce d'organes. Mais une meilleure collecte des greffons potentiels sur cadavres au moins permettrait aussi de donner satisfaction aux patients dont les listes d'attente s'allongent chaque année.

Agir sur les techniques de dialyse utilisées.

Les coûts moyens annuels calculés par l'IGAS en 94 varient donc selon la technique :

- 210.000 F pour la dialyse péritonéale et l'hémodialyse à domicile,
- 250.000 F pour l'auto-dialyse,
- 400.000 F pour l'hémodialyse en centre.

Or, le choix entre ces différentes techniques est loin d'être lié à des facteurs strictement médicaux. Le développement de la dialyse péritonéale est ainsi très différent entre les pays : de 6 % au Japon, à 38 % au Canada et jusqu'à 45 % en Angleterre, pays où cette technique est la plus développée.

En Europe même, la France se situe au 8ème rang des utilisateurs derrière la Grande Bretagne, la Scandinavie, les Pays-Bas et la Suisse.

D'après une enquête de l'IGAS réalisée en 1992, la répartition des techniques s'établissait ainsi en France :

- 70,5 % de dialyse en centre,
- 21,4 % de dialyse hors centre,
- 8,1 % de dialyse péritonéale.

Or, une circulaire ministérielle avait fixé en 1984 l'objectif de traiter 45 % des nouveaux patients hors centre... Manifestement, il n'a pas été atteint.

Certes la dialyse péritonéale étant plutôt utilisée pendant les premières années de traitement, il importerait pour interpréter les comparaisons de s'assurer que les différents pays traitent bien leurs malades à partir d'un degré comparable de défaillance de l'organe.

Mais de nombreux autres facteurs interviennent pour expliquer ces différences : volonté ou non de responsabilisation du malade, degré d'environnement et de soutien familial, activité professionnelle ou non, attentes vis à vis du système de protection sociale en rapport avec le montant des cotisations, mode de prise en charge des différentes techniques...

Les modalités de prise en charge s'avèrent en effet déterminantes dans la diffusion ou non des diverses techniques. Il convient donc de mettre en place des incitations suffisantes au développement de la dialyse hors centre.

République Libanaise
Bureau du Ministre d'Etat pour la Réforme Administrative
Centre des Projets et des Etudes sur le Secteur Public
(C.P.E.S.P.)

II- La dialyse.

1. Objectif.

L'importance des dépenses de dialyse (8,5 milliards de francs pour 25.000 patients), le coût élevé des traitements de l'insuffisance rénale chronique en France, ainsi que la croissance soutenue du nombre de patients dialysés (+ 5% par an environ) invitent à la réalisation d'économies et à la recherche de nouveaux modes de régulation et de prise en charge.

2. Descriptif des mesures

Mesure n° 1 : la création d'un registre de patients dialysés est nécessaire pour des raisons de transparence. Elle facilite la rationalisation du processus de soins, améliore l'égalité dans l'accès aux soins et permet la recherche de la qualité.

Deux voies sont actuellement explorées:

- première voie, dans le cadre de la concertation avec les néphrologues libéraux, par la mise en place d'une capitation, liant alors leur rémunération avec la tenue d'un registre de patients.
- deuxième voie, par le biais du projet de réseau "REIN", que son promoteur l'INSERM est en train de faire évoluer dans le sens d'un registre à trois niveaux (local, régional, national)

Mesure n° 2 : réduire des coûts de prise en charge particulièrement élevés et déconnectés des prix de revient supportés par les structures de soins.

L'exploitation de gisements d'économies en dialyse passe par une forfaitisation "intégrale" des dépenses des structures de soins privés (alors qu'actuellement certaines d'entre elles font l'objet d'un remboursement en sus – biologie, transport, érythropoïétine) et un alignement du coût des traitements des établissements sous dotation globale sur ceux du secteur privé (à but lucratif et associatif)

a) Actuellement les majorations EPO (érythropoïétine) perçues par les structures de soins privés se situent dans un rapport de 1 à presque 10, sans que cela puisse être objectivement justifié.

Le principe doit être, à activité comparable, une dépense d'EPO égale et intégrée au forfait.

Il est alors nécessaire de suivre la dépense d'EPO, car la tentation de certaines structures pourrait être de limiter les prescriptions afin de dégager une marge sur la part de financement destiné à l'EPO.

Aussi une part EPO "théorique" sera-t-elle identifiée au sein du forfait séance, et comparée annuellement avec le poste EPO dans les comptes de chaque structure. En cas d'écart trop important (inférieur ou supérieur), les prescripteurs devront apporter la justification de leur pratique.

Une économie est bien entendu envisagée, mais elle portera sur les prix unitaires des produits et non sur les volumes, mettant ainsi à contribution les laboratoires et non les patients.

La logique de forfaitisation doit par ailleurs être poursuivie, en vue d'assurer une meilleure maîtrise des dépenses par l'intégration de l'ensemble des prestations liées à la séance de dialyse au sein du forfait de séance.

b) Le coût des traitements de dialyse en centre dispensés par les établissements sous dotation globale (environ 500 KF par an et par patient, selon les données actuellement disponibles), doit être aligné, après avoir fait l'objet d'une étude analytique approfondie, sur celui constaté pour les établissements de santé privés (environ 400 KF par an et par patient) (*objectif d'économie : 800 MF, dans la mesure où une économie de 100 KF peut être réalisée pour chacun des 8.000 patients dialysés dans les établissements de santé sous dotation globale*).

Mesure n° 3 : étendre et adapter les mécanismes de régulation

L'activité de dialyse "hors centre" – actuellement réalisée pour l'essentiel par des structures associatives – ne fait l'objet d'aucune régulation spécifique au sein de l'ONDAM, étant exclue du périmètre de l'OQN.

La création d'une enveloppe spécifique à l'activité de dialyse privée est donc préconisée (ou, à défaut, l'inclusion des associations de dialyse dans le champ de l'OQN), le nouveau mécanisme de régulation pouvant être étendu à l'ensemble de l'activité de dialyse, publique et privée.

Mesure n° 4 : Développer la dialyse hors-centre comme réponse aux besoins des patients et garantie d'une meilleure maîtrise médicalisée des dépenses.

Il convient d'opérer un rééquilibrage entre les activités de dialyse en centre et "hors-centre", en faveur de cette dernière, moins coûteuse (250 KF par patient et par an environ), mais qui ne concerne qu'un tiers des patients à l'heure actuelle (un objectif de 50% paraissant raisonnable, *soit une économie attendue de l'ordre de 1 milliard de francs sur la base des données actuelles, sachant que les orientations vers le hors-centre concerneront davantage les patients à venir*).

a) Les mesures tarifaires : un objectif d'accroissement de la rentabilité relative des techniques hors centres

Les tarifs de dialyse hors centre ne doivent pas être augmentés en termes absolus (ils peuvent d'ailleurs eux aussi faire l'objet de mesures d'économies), mais en termes relatifs, par le moyen d'une baisse des tarifs de dialyse en centre (cf. I).

Mais il convient également de procéder à un redéploiement tarifaire entre les différentes techniques de dialyse "hors-centre", visant notamment à promouvoir le développement de la dialyse péritonéale.

b) De nouvelles modalités de rémunération des néphrologues comme instrument d'orientation des patients (dont le degré d'autonomie et l'état de santé le permettent) vers le "hors centre".

Le mode de rémunération actuel des néphrologues conduit à leur faire privilégier une orientation des patients vers les centres d'hémodialyse.

La mise en place d'une capitation, neutre en termes d'orientation vers un mode de traitement particulier, et permettant de rémunérer le suivi global d'un patient et non plus un acte spécifique, est donc préconisée.

III- Chiffrage des mesures

Mesure n° 1 : mesure d'ordre organisationnel

Mesure n° 2

. Réduction des dépenses de prise en charge liées à l'activité de dialyse déployée par les structures de soins privées : économie supérieure à 200 MF.

. Alignement du coût des traitements dispensés dans les établissements de santé sous dotation globale sur ceux des établissements privés : économie de 800 MF (économie de 100 KF par patient, pour chacun des 8.000 patients dialysés dans les établissements sous dotation globale).

Mesure n° 3 : mesure d'ordre organisationnel

Mesure n° 4 : économie attendue de l'ordre de 1 milliard de francs à l'issue d'un redéploiement des activités de soins inscrit dans un cadre pluriannuel.

1/ Objectif

L'activité de chirurgie ambulatoire et l'activité d'investigation à visée diagnostique sont actuellement confondues en un seul ensemble défini par décret -chirurgie et anesthésie ambulatoire-, qui, par ailleurs ne se trouve soumis à des règles de sécurité et de planification que dans le cas de prestations réalisées dans des installations relevant juridiquement des établissements de santé publics ou privés

Ce dispositif actuel présente donc plusieurs inconvénients majeurs, tant en terme de sécurité que de réponse aux besoins(quantité) et de coûts.

On constate que certains actes, selon qu'ils sont réalisés en établissement ou en cabinet au sens juridique du terme (certaines installations dites de cabinet présentent en effet les mêmes caractéristiques physiques que celles d'un établissement) échappent à toute norme d'équipement, ne sont pas garantis par une visite de conformité et ne peuvent faire l'objet d'aucun contrôle.

De même, la chirurgie esthétique n'est soumise à aucune sorte de réglementation ou régulation : en effet, l'autorisation délivrée pour les seuls établissements (article L712-12) emporte l'autorisation de délivrer des soins remboursables aux assurés sociaux, ce qui en exclut cette activité, ainsi privée de tout contrôle de sécurité.

On constate par ailleurs que la planification ne peut jouer son rôle, dès lors qu'elle méconnaît une partie de l'activité réalisée ou réalisable en cabinets ; en outre, le problème de définition des capacités nécessaires ne doit pas être posé dans les mêmes termes pour la chirurgie ambulatoire substitutive et pour les actes d'investigation répétitifs.

On constate enfin que la rémunération des prestations dépend essentiellement de la qualification juridique du lieu de réalisation de l'acte : rémunération d'un environnement en sus des honoraires dans le cas de l'établissement, paiement exclusif des honoraires dans le cas du cabinet : ceci ne peut qu'inciter les praticiens à pratiquer systématiquement en établissement plutôt qu'en cabinet -alors que le mouvement inverse est souhaitable, et favorisé dans certains pays comme la Grande-Bretagne ou les Etats-Unis-, et à exiger des environnements parfois trop lourds ; à l'inverse, la non reconnaissance d'un environnement nécessaire en cabinet et sa non rémunération peuvent induire un sous-équipement dangereux.

L'objet de la mesure proposée est de remédier à ces facteurs principaux de dysfonctionnement pour apporter une réponse optimale aux besoins, au plan quantitatif et qualitatif.

Il convient à la fois de distinguer les deux types d'activité -chirurgie substitutive et actes d'investigation - dont les risques inflationnistes sont différents, tout en assurant, pour les deux, un environnement sécuritaire indépendant de la qualification juridique du lieu de leur réalisation.

2/ Descriptif de la mesure

* Le régime d'autorisation (articles L 712-8 et suivants) ne doit plus constituer le seul outil de "gestion" de ces deux activités.

L'outil de base serait le suivant : la CCAM relie chaque acte à deux critères : environnement (coté de 0 à 5 par exemple), caractère répétitif (oui/non).

* **La sécurité** : Parmi les 5 niveaux d'environnement, certains pourraient être exclusivement réservés aux établissements de santé (actes non réalisables en cabinets) et au régime d'autorisation (L 712-8 et suivants).

Ainsi, un niveau d'équipement et de sécurité s'imposerait enfin à la réalisation des actes par les praticiens et rendrait possible leur contrôle, ce qui n'est pas le cas actuellement, aucun texte du CSP ne reliant la notion d'acte à celle d'équipement.

* **Le mode de financement** : Le financement des environnements légers devrait être pris en charge uniquement dans les honoraires (partie "coût de la pratique") : la ligne de partage entre l'environnement financé par l'honoraire et la prise en charge de l'environnement plus lourd payée jusqu'alors aux établissements serait ainsi clarifiée, ce qui n'est pas actuellement le cas.

A l'inverse, pour les environnements lourds des actes sans hébergement, il y aurait rémunération forfaitaire sui generis, quelque soit la nature juridique du lieu de leur réalisation : cette mesure n'entre pas en contradiction avec le projet de réforme de tarification au GHM (PMSI) pour les établissements, l'outil PMSI paraissant de toute façon mal adapté à la prise en charge de l'activité sans hébergement.

* **La régulation de l'offre** : Concernant les outils de régulation/planification, une distinction doit être introduite entre les actes, en fonction de leur caractère répétitif ou non.

On pourrait considérer que les environnements plus lourds -donnant lieu à forfait en plus des honoraires- pour des actes répétitifs auraient des tarifs dégressifs, ce qui semble la meilleure manière de réguler le volume d'une activité à tendance inflationniste. Bien entendu, ces actes n'entreraient plus dans l'activité dite de "chirurgie et anesthésie ambulatoires", laquelle deviendrait "activité de "chirurgie ambulatoire".

Concernant la chirurgie ambulatoire substitutive, les environnements lourds donneraient lieu à forfait sur actes non répétitifs, c'est à dire qu'ils ne seraient pas dégressifs.

Cette activité devrait être mieux définie : non seulement environnement technique, conditions de repli, etc. mais aussi bonnes pratiques -préop, sortie, sélection des patients ...-,

Elle devrait continuer de donner lieu aux autorisations (entrant dans la carte sanitaire de chirurgie).

Dès lors que cette activité est substitutive, l'utilité du taux de change devient cependant moins évidente. Plus avantageuse serait sans doute l'instauration d'un seuil minimal d'activité afin d'inciter à une concentration de structures bien organisées et sécurisées.

Cette réforme, liée à l'introduction de deux critères dans la NCAM et à la définition préalable de niveaux d'environnements techniques, peut être mise en place en 2001. Les économies potentielles que cette rationalisation engendre repose sur plusieurs facteurs difficiles à chiffrer : encouragement à une chirurgie ambulatoire de substitution, encadrement financier par tarifs dégressifs des actes d'investigation, sécurité renforcée.

Fiche 14 annexe

<p>CSP Livre VII titre I Loi hospitalière <i>établissements</i> <i>structures autonomes</i></p> <p>activité de chirurgie et anesthésie ambulatoires (décret de 1992)</p>	<p>Secteur ambulatoire</p> <p><i>cabinets</i></p>
<p>autorisations L 712-8 et suivants</p>	<p>normes planif/indices : places</p>
<p>autorisations</p> <p><u>établissements public</u></p> <p>chirurgie et anesthésie ambulatoires autorisées</p> <p>nouvelle activité non programmée sans autorisation</p>	<p>délivrer soins remboursables L 712-12 paiement/financement pas de liste d'actes</p> <p>Budget Global</p> <p>liste d'actes</p> <p>pas de liste d'actes</p> <p>honoraires forfaits FAS 1&2 FSO / FSE honoraires forfaits FANP FSO / FSE</p>

ECONOMIES POTENTIELLES ENGENDREES PAR LA MISE EN ŒUVRE D'UN TARIF DE REFERENCE (génériques/équivalents thérapeutiques/classe pharmaco-thérapeutique).

En supposant résolues les difficultés techniques de faisabilité, faisant appel à des choix politiques et scientifiques, un exemple a été choisi pour illustrer les hypothèses de travail.

Si l'on prend la classe pharmacologique des inhibiteurs calciques, on constate que ces spécialités sont destinées à traiter deux pathologies différentes : l'hypertension artérielle et l'insuffisance coronarienne.

Certaines molécules bénéficient d'une seule des deux indications, d'autres des deux indications avec une posologie identique et un seul dosage concerné, d'autres encore de l'une ou l'autre des indications selon le dosage en principe actif, la forme pharmaceutique, avec une posologie adaptée pour chaque indication et modulable en fonction de la réponse des patients traités.

L'hypertension artérielle ayant fait l'objet d'une fiche de transparence, cette entrée a été choisie afin de se caler sur une donnée scientifique avalisée par la Commission de la Transparence et par les industriels consultés lors de son élaboration.

Selon l'option retenue, les économies engendrées peuvent être très variables. Sur une base actuelle de remboursement de 1653MF (calcul effectué sur la base des unités vendues en cumul mobile sur 12 mois à avril 99 – Gers 04/99 - aux prix actuels des spécialités concernées et au taux de prise en charge brut 65%), différentes hypothèses ont été émises :

tarif de référence appliqué uniquement aux génériques figurant aux répertoire de l'Agence du Médicament publié en juillet 98, les autres spécialités de la classe n'étant pas concernées par la mesure :

économie potentielle 64 MF

sur la base du générique le moins cher pour chaque molécule (trois molécules sont actuellement inscrites au répertoire: diltiazem , nifedipine, verapamil).

tarif de référence appliqué aux équivalents thérapeutiques figurant dans le guide des équivalents thérapeutiques de mai 99 (en cours d'impression), les autres spécialités de la classe n'étant pas concernées par la mesure :

économie potentielle 197 MF

(champ couvert = HTA + angor en fonction des dosages)

Tarif de référence appliqué à l'ensemble des inhibiteurs calciques :

a) sur la base du coût de traitement (CTJ) le moins coûteux 1,90F: ce CTJ correspond à celui d'un générique à base de Vérapamil, peu vendu ; le CTJ le plus élevé étant à 4,99F dans l'HTA, cela conduit à un écart maximal de 3,09F dans les CTJ de la classe.

Economie potentielle : 827 MF (dans l'HTA)

Hypothèse discutable notamment en raison du faible poids de la spécialité choisie sur le marché.

b) Sur la base du CTJ moyen pondéré des inhibiteurs calciques dans l'HTA (génériques et équivalents inclus pour le calcul de ce CTJ) 3,80F : les équivalents thérapeutiques auraient leur forfait, les spécialités "non génériques, non équivalents" ayant un CTJ inférieur garderaient leur statu quo, les autres spécialités étant alignées sur ce CTJ pour calculer le tarif de référence sur lequel se ferait la prise en charge (taux 65%). Les spécialités les plus chères, bénéficiant souvent de la double indication hypertension/insuffisance coronarienne, sont les plus vendues et "tirent" ce CTJ vers le haut. L'économie engendrée, en plus de celle réalisée par les équivalents, est relativement faible : 57 MF.

Economie totale équivalents + autres: 256 MF

c) D'autres solutions intermédiaires pourraient être envisagées : calculer dans un premier temps un tarif de responsabilité pour les molécules "génériquées" nifédipine, diltiazem, vérapamil, sous une optique "équivalents thérapeutiques", puis calculer un CTJ moyen pondéré tenant compte de ces données. Cette hypothèse conduit à un CTJ moyen pondéré de 3,04 ; là encore les spécialités ayant un CTJ inférieur ne seraient pas touchées;

Une dernière hypothèse pourrait être de garder les équivalents avec leur propre forfait puis d'appliquer aux autres spécialités un tarif de référence sur la base de l'inhibiteur calcique (ICA) le moins cher parmi les plus récents et ayant une part de marché significative: en l'occurrence le CTJ de la felodipine (FLODIL) serait retenu : 3,50 francs TTC.

L'économie engendrée serait de 114,6 MF à ajouter à l'économie réalisée par les "forfaits" équivalents" soit une économie totale de 311,6 MF.

Il est difficile d'envisager qu'une spécialité bénéficie de deux tarifs de responsabilité pour un même dosage et un conditionnement identique. Le tarif de responsabilité, appliqué aux molécules ayant une double indication thérapeutique, pourrait de fait être étendu à tous les inhibiteurs calciques ayant une activité dans l'insuffisance coronarienne. La dernière hypothèse conduit à une économie complémentaire de 2,2 MF : elle ne concerne qu'une seule spécialité, les autres spécialités faisant l'objet de groupes "équivalents".

Dans l'hypothèse la plus dure (CTJ 1,90 TTC pour tous), l'économie complémentaire dans l'angor atteint 175,1 MF, le produit le plus cher ayant un CTJ de 5,24 francs.

1) Objectif

Revoir la prise en charge des classes à faible amélioration du service médical rendu (ASMR).

2) Descriptif de la mesure

Nombre de médicaments pris en charge à 35 % ont une efficacité thérapeutique faible voire incertaine. C'est également le cas de certaines spécialités prises en charge à 65 %.

Les pouvoirs publics disposent sur ce point d'avis scientifiques émanant de la Commission de la Transparence qui s'est interrogée à plusieurs reprises sur la réévaluation de la prise en charge de certaines classes ou, plus fondamentalement, sur le bien fondé de leur prise en charge.

La logique même du service médical rendu conduit à redéployer les ressources de l'assurance maladie en mettant fin à ces prises en charge au profit d'un meilleur remboursement des soins dont l'efficacité est démontrée, dans le domaine dentaire par exemple.

Il convient toutefois de procéder par étapes afin d'informer complètement les assurés sur les objectifs poursuivis en l'espèce par l'assurance et les sensibiliser à l'intérêt que représente pour eux une approche comparative fondée sur les différences de service médical constatées d'une prestation de soins à l'autre.

Par la même, le redéploiement des ressources de l'assurance maladie obligatoire ne serait pas à l'origine d'une hausse des charges des assurances maladie complémentaires.

Classes	Baisse du taux de remboursements	
	Passage de 65 % à 35%	Marge supplémentaire si déremboursement
Homéopathie	350M	400M
Vasodilatateurs-périphériques Centraux plus nootropes	1000M	et 1166M
Antiacides, topiques gastro-intestinaux et duodénaux, antidyspeptiques (encore à 65%)	330M	385M
Myorelaxants par voie générale	250M	292M
Total des marges de redéploiement	1 930 M	2243 M

Une telle mesure pourrait également être appliquée aux antihistaminiques. Pour cette classe le passage de 65 à 35 % réduirait le coût de 440 MF et le déremboursement conduirait à une économie de 500 MF supplémentaire. Il faudrait alors étendre cette mesure aux produits utilisés dans les rhinites allergiques soit une économie supplémentaire de 145 MF.

NB : Ce chiffrage a été établi dans une optique générale d'un passage de 65 à 35 %. S'il était retenu de passer pour ces mêmes classes de 35 % à 0 %, il faudrait faire de même pour certaines classes connexes. Ainsi le déremboursement des anti-acides et protecteurs muqueux devrait entraîner le déremboursement des cholagoges, des hépato-protecteurs, des enzymes digestives (spécialités de l'insuffisance pancréatique exclues), des régénérateurs de la flore intestinale, de certains anti-diarrhéiques symptomatiques, des vaccins immuno-stimulants non-spécifiques, voire des antispasmodiques et de certains laxatifs qui bénéficient d'indications similaires et qui sont pris en charge à 35 %. L'économie serait d'environ 500 MF.

De même, le déremboursement des myorelaxants - voie générale- devrait conduire à une mesure similaire pour les spécialités actives par voie locale et actuellement prises en charge à 35 % : enzymes inflammatoires, analgésiques et antirhumatismaux externes, baumes et révulsifs utilisés en rhumatologie ou en traumatologie (72MF). Le cas des antiinflammatoires par voie locale devra être examiné.

Par ailleurs, le déremboursement des veinotoniques induirait une économie de 1,5 milliard de francs.

Dans les propositions d'Espace Social (numéro du 30 avril 99), un certain nombre d'éléments ci dessus énoncés sont repris, sans aller jusqu'à un déremboursement. Certaines mesures complémentaires sont également préconisées: parmi celles ci le passage à 35% des antiseptiques et désinfectants pourrait être retenu, permettant une économie supplémentaire de 165 millions.

1/ Objectif

L'objectif consiste à modifier la prise en charge des vaccins antigrippaux.

2/ Descriptif de la mesure

Le programme de vaccination antigrippale s'appuie essentiellement sur deux moyens :

- Mise en œuvre d'une campagne nationale d'information par les médias relayée par le réseau de l'Assurance Maladie et les professionnels de santé.
- Envoi d'un imprimé de prise en charge aux personnes âgées de 70 ans et plus et aux sujets atteints de certaines affections de longue durée, cœur de cible de la campagne, qui leur permet, l'avance des frais (*prise en charge à 100% sur le budget FNPEIS*).

Jusque dans les années 1970, le nombre de décès imputable à la grippe variait selon les années de 18.000 à 33.000. Ce chiffre a fortement baissé à partir de 1985 grâce à l'introduction des campagnes annuelles de vaccination (Prémutam puis FNPEIS) pour les personnes à risque. Ce vaccin permet aussi d'éviter des aggravations d'états pathologiques et des hospitalisations. En moyenne 2.500 décès sont encore liés à la grippe chez les plus de 75 ans avec de grandes variations d'une année sur l'autre selon l'importance de l'épidémie.

Le montant des ristournes consenties par les laboratoires (12.600.000 F en 1997 soit un peu plus de 6 % du budget du FNPEIS pour la vaccination antigrippale) est nettement inférieur aux marges dont bénéficient les pharmaciens (30 % voire 40 % par le biais des grossistes répartiteurs). Il a amené la CNAMTS à réfléchir sur un nouveau dispositif pour obtenir une rationalisation économique du circuit de fixation du prix.

L'inscription des vaccins antigrippaux sur la liste des spécialités remboursables permettra à la fois de réglementer le prix des vaccins, d'intervenir plus autoritairement sur les répartiteurs et les pharmaciens et donc d'agir directement sur leurs marges qui sont aujourd'hui considérables, sur une dépense entièrement captive. Il conduira également à un examen annuel des vaccins devant la Commission de la Transparence et le Comité Economique du Médicament.

Cette procédure peut être lancée dans le courant du premier trimestre 1999, *le remboursement des vaccins s'effectuant sur le risque à 65 % pour les personnes ciblées par la campagne (afin de plafonner les marges des intermédiaires) et à 35 % sur le FNPEIS pour les mêmes populations.*

3/ Chiffrage de la mesure

En 1997, 210 millions de francs ont été consacrés par le FNPEIS à la prise en charge des vaccins antigrippaux. Cette somme n'inclut pas le coût des consultations engendrées par ce programme de vaccination.

Le montant actuel moyen du vaccin antigrippal s'élève à 60 F ; le nombre de prise en charge utilisées est de 3.500.000. L'économie peut donc, selon le prix auquel sera fixé le vaccin, dépasser 100 MF

Fiche n° 22 - Economies escomptées de la réforme institutionnelle et procédurale du TIPS

Postes	Economies sur 3 ans	Commentaires
Appareillage respiratoire	90 MF (sur un total de 1,2 Mds)	<p><u>Hypothèse de calcul basse</u> (éléments économiques 1998 retenus ; à partir des données 1999, le chiffre serait supérieur)</p> <p>Facteur des économies : accords tarifs / volumes (critère retenu : taux de baisse des tarifs = 1/4 du taux d'évolution des volumes → -2% sur une évolution annuelle de +8%)</p>
Lins médicaux et matelas	307 MF (sur 840 MF)	<p>Evolution annuelle 98/97 et 97/96 des volumes = +20%</p> <p>Facteur des économies :</p> <ul style="list-style-type: none"> - accords tarifs / volumes (même critère que ci-dessus → -5%) - arrêt de l'équipement systématique des maisons de retraite non médicalisées par fixation de "non indications" (absence de problème moteur) : + 100 MF.
Pansements	264 MF (sur 1,6 Mds F)	<p>Evolution annuelle depuis 1992 : +20%</p> <p>Accords tarifs / volumes sur certaines catégories (2/3 du poste total)</p>
Stimulateurs cardiaques et sondes	80 MF (sur 680 MF)	<p><u>Hypothèses de calcul basses</u> : réduction des marges : -4% ; réduction coûts (import, marketing, charges déclarées...) : -5% ; accords tarifs / volumes : -1,5% sur 3 ans → -10,5 % sur trois ans.</p>
Implants orthopédiques	74 MF (sur 1,7 Mds F)	<p>Accords tarifs / volumes : -1,25 % par an</p>
	815 MF	<p>Outre les cinq grands postes ici identifiés, d'autres catégories de dispositifs</p>

Total sur trois ans (tous régimes)	(sur 6 Mds F)	médicaux peuvent faire l'objet de mesures d'ajustement tarifaire dont l'incidence financière est plus limitée dans sa portée et n'a pas encore fait l'objet d'une évaluation précise.
---	----------------------	--

I - LE CONSTAT

La prise en charge des cures thermales constitue depuis 1945 une des spécialités de l'assurance maladie française. Depuis lors, les progrès médicaux ont permis de multiplier pour de nombreuses affections des thérapeutiques à l'efficacité démontrée alors même que, pour des raisons diverses, les orientations thermales prises en charge se sont multipliées sans que le critère de l'utilité médicale ait été considéré comme prépondérant. L'assurance maladie se trouve donc confrontée à une politique de haute dilution de ses ressources obéissant à une logique de plus en plus éloignée de l'efficience médicale.

Les dépenses directement affectées au remboursement des cures thermales ont représenté environ 900 millions de francs en 1996. Il faut y ajouter les IJ, les frais de transport et d'hébergement lorsqu'ils donnent lieu à prise en charge ce qui double à peu près la dépense pour l'assurance maladie.

Malgré le poids relativement faible de ce poste dans l'ensemble des dépenses, dans l'optique d'une définition du panier de biens centrée sur l'utilité médicale des soins, quatre questions peuvent être posées :

- Existe-t-il des preuves scientifiques de l'efficacité du thermalisme ?
- L'assurance maladie doit-elle continuer à accorder un "label" à cette activité ?
- Quelles peuvent être les incidences sur l'emploi et l'aménagement du territoire ?
- Quel lien entre la CNAM et les établissements à partir de la convention nationale de 1997 ?

I - 1. Existe-t-il des preuves scientifiques de l'efficacité du thermalisme ?

La position de l'ANDEM

En décembre 96, L'ANDEM (Agence Nationale pour le développement de l'Evaluation en Médecine), devenue depuis l'ANAES, fait paraître un document, commandé par le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale, intitulé "principes méthodologiques d'évaluation des orientations thérapeutiques d'un établissement thermal". Dans ce court document, les auteurs prenaient position en indiquant *"Ainsi, la littérature sur le thermalisme est abondante, mais difficile à identifier et de qualité très inégale. Très peu d'études sont valides méthodologiquement. Aucun résultat définitif ne peut être tiré de ces études et plusieurs auteurs mentionnent la nécessité de poursuivre les efforts d'évaluation de l'activité des cures thermales"*. Une méthodologie d'évaluation est proposée s'inspirant de la méthodologie d'évaluation d'un médicament tout en prenant en compte les spécificités du thermalisme et comportant trois phases :

- garantie de la sécurité du traitement,
- recherche des indications thérapeutiques potentielles,
- validation de ces indications.

Ce rapport a été adopté par la Commission XI (Climatisme - Thermalisme - Eaux minérales) de l'Académie de médecine, réunie le 3/6/97, estimant qu'il méritait "la plus grande considération".

Les études réalisées par les professionnels

Il est exact que des travaux ont été menés, essentiellement par les professionnels du thermalisme eux mêmes. Les plus récents ont en particulier l'intérêt de chercher, sans y être parvenus, à distinguer les quatre composants d'une cure thermale :

les effets liés aux propriétés chimiques de l'eau,

les effets liés aux propriétés physiques des produits thermaux,

les techniques utilisées et éventuellement associées (bains, douches, illutations, injections,...),

les effets du repos et du changement des habitudes de vie.

Ces travaux comportent tous des biais ou des insuffisances méthodologiques et les différents rapports publiés sur la question n'ont cessé de réclamer une évaluation rigoureuse des effets du thermalisme.

La bibliographie adressée récemment à la CNAMTS par les syndicats thermaux confirme ces éléments. Les travaux les plus récents tentent de réaliser de véritables études cliniques d'évaluation du service médical rendu mais ils comportent toujours des biais méthodologiques (groupes non réellement comparables, le groupe servant de témoin étant informé que la cure sera retardée, ou évaluation non réalisée en aveugle,...). On notera qu'aucune étude communiquée n'a été réalisée selon les préconisations de l'ANDEM et qu'il n'est jamais fait illusion à ces recommandations.

La communauté professionnelle réclame une structure nationale **indépendante** d'évaluation clinique en hydro-climatologie pour évaluer l'efficacité et l'utilité des cures thermales en fonction de leurs indications (amélioration du service rendu).

Une telle structure, à condition d'être réellement indépendante, pourrait prendre en compte en effet l'ensemble des études réalisées qu'elles soient **positives** ou **négatives** ainsi que les **effets secondaires délétères** ou les **complications** des cures ce qui n'a jamais été fait. Quant à l'évaluation médico-économique, elle est quasi inexistante.

L'étude publiée par la CNAMTS en 1987

Elle est largement utilisée par les professionnels et les représentants de la profession, car censée prouver une diminution de la consommation de soins et des arrêts de travail chez les curistes.

Or, cette enquête conçue en 1982 et réalisée de 1983 à 1986, avait en effet pour but d'estimer l'effet des cures sur les patients et d'évaluer l'économie réalisée sur les soins ultérieurs (pharmacie, journée d'hospitalisation, actes en C et V, actes techniques). Elle a été réalisée dans trois orientations seulement, voies respiratoires, maladies artérielles et voies urinaires. La rhumatologie en particulier n'a pas été étudiée. Elle souffre de nombreux biais méthodologiques (cohorte de curistes sans groupe témoin, plus de 30 % de dossiers non exploités, traitement manuel des archives excluant un recueil exhaustif, etc...) ne permettant pas de valider les résultats avancés.

Ceux-ci avaient d'ailleurs montré l'absence de baisse de la consommation de soins pour les maladies artérielles. Pour les affections urinaires, il n'y a pas de résultats présentés. Dans l'orientation voies respiratoires, une baisse du nombre de journées d'hospitalisation était constatée chez les curistes, mais, sans comparaison avec un groupe témoin, les résultats sont ininterprétables. Les données concernant la consommation de pharmacie et d'actes techniques ne montrent pas de modification significative. On notera enfin que, contrairement à ce qui a été indiqué à de nombreuses reprises dans la presse, l'impact sur les arrêts de travail n'a pas été étudié à cette occasion.

Les professionnels du thermalisme ont bien conscience des insuffisances de l'évaluation actuelle et ils réclament :

- La création de l'instance indépendante évoquée (rapport du vice-président de la Fédération thermale climatique en mai 1997).
- Une implication de l'INSERM promise en 1995 mais qui ne s'est pas concrétisée, les crédits n'ayant pas été dégagés (mission Ebrard de 1993 et Assises de Toulouse le 14/5/99).
- Une évaluation de l'efficacité médicale du thermalisme répondant aux exigences actuelles de la science pour revendiquer un rôle en matière de santé publique (Assises de Toulouse le 14/5/99).

I – 2. L'assurance maladie doit-elle continuer à accorder un "label" ?

La prise en charge par l'assurance maladie constitue d'après nombre d'interlocuteurs une validation de l'efficacité médicale des cures thermales dans l'esprit du public. Or, la proposition de la CNAM repose sur l'absence de preuve d'effet des eaux et des produits thermaux. Dans le cadre d'une refonte du système de soins destinée à promouvoir la qualité et la réalité du service médical rendu, il est donc logique de proposer une interruption de la prise en charge en attendant d'éventuelles preuves de cette efficacité. La CNAM ne peut plus cautionner une prise en charge basée sur des notions historiques et culturelles. Le message est ainsi clair vis à vis des assurés.

Citons les conclusions du rapport de la Cour ces comptes sur le thermalisme en 95. "Il n'appartient pas à la Cour ces comptes de se prononcer sur la prise en charge des cures thermales par l'assurance maladie ; elle constate cependant que *ce choix, récemment confirmé par les pouvoirs publics, ne serait à l'abri de contestations que s'il était conforté, mieux qu'actuellement, par des études scientifiques sur les aspects médicaux du thermalisme*". Ainsi la Cour exprime également sa perplexité quant à l'absence de preuves de l'efficacité médicale des cures.

La reconnaissance par les utilisateurs d'un certain bienfait apporté par la crénothérapie est soulignée par les professionnels. Il est probablement lié à un éloignement des problèmes quotidiens pendant trois semaines, au dépaysement et au repos qui l'accompagne ainsi qu'à l'attention accordée au curiste pendant ce temps. Cela ne peut suffire à justifier le maintien d'une prise en charge quand d'autres soins essentiels sont mal ou pas du tout couverts par l'assurance maladie (soins dentaires par exemple). En revanche, cela justifie pleinement la volonté des syndicats thermaux de fonder l'avenir de leurs stations sur le développement des cures de remise en forme d'une durée de huit jours qui ne sont pas prises en charge par l'assurance maladie.

I – 3. Quelles peuvent être les incidences sur l'emploi et l'aménagement du territoire ?

La part prise en charge par l'assurance maladie ne représente que 25 % environ des frais engendrés par un séjour de trois semaines dans une station. Ce poste pèse encore moins sur la vie économique locale si l'on tient compte de toutes les dépenses associées. Ceci relativise donc l'argument avancé d'une balance entre l'ensemble des cotisations sociales, versées du fait des emplois créés directement ou indirectement par le thermalisme, et la faible proportion des dépenses prises en charge par l'assurance maladie dans ce secteur. Par ailleurs, il faut rappeler les principes généraux de l'assurance maladie reposant sur une mutualisation des risques comme des fonds collectés, ces derniers ne pouvant en aucun cas être affectés.

Une autonomie de financement doit pouvoir être trouvée pour cette activité qui dispose d'une marge de développement importante comme cela a été constaté dans de nombreux autres pays européens, notamment en Allemagne et même en France, où le développement rapide de la thalassothérapie n'est pas fondé sur une prise en charge par l'assurance maladie alors même que les effets bénéfiques précités, liés au repos et au changement de mode de vie sont fortement valorisés.

Afin de permettre aux établissements d'opérer les mutations nécessaires et de prendre en compte la nouvelle donne, des délais doivent être ménagés et les mesures pourraient être étalées sur plusieurs années.

I – 4. Quel lien entre la CNAM et les établissements à partir de la convention nationale de 1997 ?

A la suite du rapport de la Cour des comptes qui avait dénoncé les incohérences tarifaires, une loi DMOSS du 28/5/96 insère un nouvel article dans le code de la sécurité sociale prévoyant la signature d'une convention nationale entre la CNAM, et au moins une autre caisse nationale, et une ou plusieurs organisations représentatives des établissements thermaux (art. L 162-39).

Le 5 mars 1997, celle-ci était donc signée pour une durée maximale de cinq ans (jusqu'au 31/12/2001) entre les trois caisses nationales et les trois syndicats représentatifs. Elle a eu pour principal intérêt de déterminer des grilles normalisées de pratiques thermales et des traitements-type par établissement sous la forme de forfaits de soins définissant un tarif de responsabilité dit tarif-cible. Un délai de trois ans était prévu pour permettre aux établissements non conformes d'atteindre les tarifs-cibles et de se conformer aux traitements fixés par le texte (soit le 31/12/99).

Les professionnels du thermalisme estiment à tort que, par sa position, la CNAM pourrait rompre arbitrairement les engagements pris lors de la signature de cette convention. Mais ce n'est pas le cas, la durée de cinq ans prévue est une durée maximale et la convention peut être dénoncée par chacune des parties signataires avec un préavis de six mois (art. 4-1).

II – LA PROPOSITION

La prise en charge est limitée aux seules orientations pour lesquelles existe une certaine notion de réussite :

- voies respiratoires chez les enfants,
 - dermatologie, et affections des muqueuses bucco-linguales,
- les autres orientations ne donnant plus lieu à remboursement.

Il conviendra par ailleurs de vérifier que toutes les stations possédant actuellement les orientations retenues rendent réellement le service médical attendu.

Motivation des orientations retenues

En fait, il n'existe pas de travaux mettant actuellement en évidence une indiscutable efficacité de la crénothérapie quelles que soient les indications retenues. C'est pourquoi il est seulement fait état de "notion de réussite de cette thérapeutique" et non d'efficacité.

La proposition formulée est établie pour tenir compte des effets observés dans des affections chroniques, récidivantes, souvent difficiles à traiter comme le sont certaines affections dermatologiques ; eczémas, psoriasis et surtout séquelles de brûlures graves, bénéficiant d'un contact direct avec les eaux thermales. Pour les séquelles de brûlures en particulier, la cure est de plus en plus intégrée au plan de traitement et conseillée dès la cicatrisation.

De même, l'aspect traitement de terrain (rhino-sinusites et otites chroniques ou récidivantes, asthme) peut être considéré comme intéressant et de nature à préserver l'avenir lorsqu'il s'agit d'enfants.

A contrario, la rhumatologie qui représente plus de la moitié des cures thermales, bénéficie de multiples traitements. La rééducation avec balnéothérapie ou hydrothérapie, qui a ses indications dans ce domaine, peut être dispensée en dehors de la crénothérapie. On notera d'ailleurs que l'orientation rhumatologique a été accordée à des stations de plus en plus nombreuses dont les eaux possèdent des caractéristiques physico-chimiques très diverses.

Enfin, l'assurance maladie vient de confirmer qu'elle ne prenait pas en charge la thalassothérapie qui accueille notamment des personnes présentant des problèmes ostéo-articulaires. Il est donc logique d'adopter une attitude comparable pour le thermalisme.

III – LA MISE EN ŒUVRE DE LA PROPOSITION

La convention signée en 1997 devrait être dénoncée et renégociée sur de nouvelles bases. Cette dénonciation peut se faire à tout moment y compris, si l'on veut ménager les délais, jusqu'à six mois avant son expiration, soit en juin 2001.

Une mesure transitoire pourrait être également d'abaisser progressivement le taux de prise en charge des cures pour permettre aux établissements d'opérer leur réorientation, en cinq ans par exemple.

La renégociation pourrait se faire d'emblée pour les orientations retenues et serait conditionnée pour les autres orientations à un éventuel apport par les professionnels d'une évaluation du service médical rendu. Il devrait revenir à l'ANAES en vertu de l'art. L 162-1-7 de se prononcer sur cette évaluation qui doit porter sur les orientations thérapeutiques de chaque établissement.

On peut d'ailleurs, en cas de démonstration du service médical rendu, poser la question d'une démarche d'accréditation pour les établissements thermaux concernés.

Fiche n°24- l'harmonisation des modes de financement des soins hospitaliers

1/ Objectif

L'objectif de cette mesure est d'améliorer directement la performance financière de l'offre de soins hospitalière, aujourd'hui lourdement pénalisée par le budget global des établissements de santé publics et indirectement la performance médicale par la réallocation de ressources qui en résulte.

Ce dernier, malgré les modulations de taux directeur calculées sur la base des points ISA, comporte des facteurs de désoptimisation évidents : rigidité, absence de liaison effective avec le service rendu, confusion entre le financement de missions de service public (telles que l'enseignement et la recherche) et la juste rémunération de l'activité de soins produite.

Il paraît donc désormais nécessaire de dépasser la philosophie de la loi portant réforme hospitalière de 1991, reprise dans les ordonnances d'avril 1996 - comparaison et harmonisation des deux catégories d'établissements - pour aller vers une gestion identique des soins hospitaliers, MCO dans un premier temps, en mettant en place une tarification par GHM.

Seule cette réforme forte, aujourd'hui réclamée par tous les acteurs hospitaliers publics et privés, peut permettre d'appliquer une régulation commune à l'ensemble des établissements - que ce soit au niveau national et/ou régional -. Il serait ainsi remédié à trois effets pervers :
les transferts opaques d'activité entre les deux secteurs hospitaliers d'une part, entre le secteur hospitalier et le secteur ambulatoire d'autre part,
le double paiement lié à la coexistence de la dotation globale et du paiement à l'acte en ville et dans les cliniques,
le développement de stratégies de niches qui déséquilibrent l'hôpital public.

Pour autant, la réforme proposée doit bien entendu permettre aux établissements d'avoir un financement suffisant pour leur permettre de remplir leurs missions de service public et répondre à des contraintes externes spécifiques.

2/ Descriptif de la mesure

Il s'agit de mettre en place simultanément, dans les secteurs public et privé, une tarification aux GHM, dans les disciplines MCO pour l'instant.

Parallèlement, les missions de service public sont identifiées, contractualisées par établissement et financées de manière séparée et lisible par enveloppe.

Mise en oeuvre d'une régulation de type OQN cliniques privées, sur l'ensemble des établissements en MCO.

Cette réforme n'infère pas sur les choix qui peuvent être opérés quant à la plus ou moins grande déconcentration de cette régulation (nationale/régionale), mais elle en facilite la mise en oeuvre en résolvant enfin ce qu'il est convenu d'appeler la fongibilité des enveloppes.

De même, elle laisse toute sa place aux outils de planification et de démarche qualité (accréditation) dont les fonctions sont différentes : bien plus, elle les favorise en ce sens qu'elle dote ces procédures de conséquences financières possibles.

3/ Chiffrage de la mesure

On peut rappeler (cf rapport du conseil d'analyse économique 1999, p. 18) que le nombre de journées en court séjour des hôpitaux publics a diminué de 25% entre 1981 et 1995 (58 943 à 44 566 millions) alors que durant la même période, les budgets hospitaliers ont augmenté d'environ 50% en francs constants. S'il importe de tempérer ce constat par l'analyse portant sur la quantité et le niveau de soins produits, celui-ci montre la nécessité de modifier le mode de financement des établissements de santé publics.

L'application de tarifs par GHM doit permettre de dégager d'importantes économies.

Les surcoûts liés aux missions de service public sont évalués (et probablement surévalués selon certaines études) à 13% en moyenne. Ce pourcentage, appliqué au montant des dépenses des CHU et des centres anti-cancéreux donne un surcoût d'un montant estimé à 9,75 milliards de francs. De plus, les charges liées au statut de la fonction publique hospitalière sont généralement estimées à près de 20%. Appliqué au montant des dépenses salariales du public (activités MCO) soit 108 milliards en 1997 on peut chiffrer ce poste à plus de 20 milliards de francs. Au total ces surcoûts atteignent donc environ 30 milliards de francs.

Si l'on compare les dépenses effectuées pour l'activité de MCO en hospitalisation publique et en hospitalisation privée, soit respectivement 159 MdF et 53,3 MdF, en rééquilibrant les masses financières à partir du nombre d'entrées et venues ambulatoires (soit un rapport de 1 à 2 pour les seules entrées, 1,76 en ajoutant les venues) et en tenant des surcoûts mentionnés ci-dessus, les dépenses théoriques de l'assurance-maladie pour l'activité MCO dans les établissements publics devrait être de l'ordre de 130 MdF et non 160.

Ainsi, toutes choses égales d'ailleurs (maintien des surcoûts en dotations isolées et transparentes), la rémunération des soins de court séjour en GHM devrait permettre une économie de l'ordre de 30 MdF.

Bien entendu, l'économie potentielle est beaucoup plus forte, puisque cette réforme constitue non seulement l'introduction d'une rémunération au juste prix, mais surtout un puissant accélérateur des restructurations.

Chiffres :

Montants des dépenses MCO de l'hospitalisation publique : 158,8 MdF (source : DH)

Entrées et venues ambulatoires (SAE 1997) : 10 184 000 (public et PSPH)

Montant des dépenses MCO de l'hospitalisation privée : 53,3 MdF

Dont :

Prestations hospitalières : 31,9

Honoraires : 13,6

Prescriptions : 3,1

Prothèses, sang : 4,7

Entrées et venues ambulatoires : 5 760 530

Un calcul simple montre que le prix moyen d'une entrée dans le secteur privé est de 9 300 F

En l'appliquant au nombre d'entrées dans le secteur public on obtient une dépense de 95 MdF
Si l'on déduit ces 95 MdF des 159 MdF de dépenses d'hospitalisation publique on obtient 64 MdF, dont il faut déduire les 30 MdF de surcoût liés aux missions de service public et aux charges salariales. Reste un solde de 34 MdF.

D'où l'estimation à partir de ce calcul d'un surcoût public de l'ordre d'au moins 30 milliards.

Fiche n° 27 - Le bilan de consommation de soins

Un bilan de consommation de soins doit être proposé aux assurés sociaux qui ont une consommation de soins élevée mais qui ne bénéficient pas de l'exonération du ticket modérateur pour une affection de longue durée et qui n'ont pas opté pour un médecin référent ou un réseau de soins.

I - Propositions sur la sélection automatique des gros consommateurs

1. Des critères associés permettent un premier tri :

- Les patients ne bénéficiant pas d'une ALD exonérante (ALD 30, affection grave "hors liste", polypathologie invalidante), donc sans protocole d'accord entre le médecin traitant et le médecin conseil.
- Les patients n'ayant pas opté pour un médecin référent ou un réseau de soins.

Deux sous groupes peuvent être sélectionnés à partir de ce premier tri.

1.1. Les patients ne bénéficiant pas d'une ALD exonérante qui ont une **consommation mixte, ambulatoire et hospitalière, supérieure à un montant déterminé lors du semestre écoulé**.

Il convient de souligner que les dépenses liées à l'hospitalisation, tout particulièrement celles des établissements sous dotation globale, sont soumises à des facteurs économiques qui ne peuvent servir de base de discussion avec les patients pour instaurer une démarche qualité d'autant que la décision d'hospitalisation relève exclusivement du médecin.

L'analyse de consommation médicale de la population de l'EPAS⁷ au premier semestre 1998 permet de retenir que parmi l'ensemble des patients, 11,3 % sont sans ALD exonérante et consomment 35,4 %, du montant total des soins ambulatoires de la population.

Ces patients pourraient faire bénéficier d'un bilan de consommation de soins.

Seraient retenus pour l'enquête :

*Soit les patients (sans ALD et ayant été hospitalisés) ayant été remboursés de **plus de 3200 francs** dans le semestre échu,*

*Soit, dans le cas d'une approche plus limitée selon les disponibilités locales, les patients (sans ALD et ayant été hospitalisés) les plus consommateurs (5 % des patients pour 29,2 % des dépenses). Dans ce cas le niveau de remboursement retenu serait **supérieur à 7000 francs** pour le semestre échu.*

⁷ Echantillon Permanent d'Assurés Sociaux, représentatif du régime général stricto sensu, géré par le département des statistiques de la CNAMTS.

1.2. Les patients ne bénéficiant pas d'une ALD exonérante dont les dépenses remboursées du semestre écoulé, hors hospitalisation, sont supérieures à un montant déterminé.

L'analyse de consommation médicale de la population de l'EPAS au premier semestre 1998 permet de retenir que parmi l'ensemble des patients n'ayant pas été hospitalisés, 12,4 % sont sans ALD exonérante et consomment 29,9 % du montant total des soins ambulatoires de la population non hospitalisée. Ces patients pourraient bénéficier d'un bilan de consommation de soins.

Seraient retenus pour l'enquête :

soit les patients (sans ALD et non hospitalisés) ayant été remboursés de plus de 2000 francs dans le semestre échu ;

soit, dans le cas d'une approche plus limitée selon les disponibilités locales, les patients (sans ALD et non hospitalisés) les plus consommateurs (4,3 % des patients pour 16 % des dépenses). Dans ce cas, le niveau de remboursement retenu serait supérieur à 3400 francs pour le semestre échu.

2. **Localement, en fonction du contexte, d'autres critères peuvent être ajoutés à l'une des quatre options précédentes afin de mieux cerner la population forte consommatrice de soins :**

- une consommation élevée de C et de CS ;
- le nomadisme : consultation de plusieurs médecins, notamment de spécialités différentes ;
- les arrêts de travail fréquents (x arrêts dans l'année écoulée) prescrits par deux médecins ou plus ;
- une forte consommation de médicaments ;
- une forte consommation de soins paramédicaux (actes infirmiers, kinésithérapie...) ;
- une forte consommation de transport...
- l'âge : par exemple, les patients de plus de 20 ans et de moins de 80 ans.

3. **Proposition retenue dans un premier temps**

A titre exploratoire, la sélection pourrait se limiter aux patients :

- âgés de 20 à 79 ans,
- sans ALD exonérante,
- non hospitalisés,
- dont le niveau de remboursement est supérieur à 3400 francs pour le semestre échu.

Ces patients représentent 3,7 % de la population consommatrice pour 13,7 % des dépenses.

II - Modalités pratiques du bilan de consommation de soins

Un pré tri étant ainsi effectué, le service médical doit faire une étude médicalisée.

Compte tenu des critères retenus, seraient concernés à la date de sélection :

- des patients ayant fortement consommé pendant le semestre écoulé mais qui ont cessé leur consommation en raison de l'amélioration de leur état de santé : le bilan se limiterait à un point de situation ;
- des patients qui ont toujours des soins. Deux possibilités s'offrent :
 - 1) Une consommation de soins disparates, non continus, pour des affections concomitantes de courte durée (par exemple soins dentaires associés au traitement d'une lombalgie aiguë et au suivi d'une hépatite A), mais nécessitant légitimement une prise en charge. Un point de situation pourrait alors être effectué en liaison avec le médecin habituel du patient, notamment s'il existait des anomalies.
 - 2) Une consommation de soins continus pour une période prévisible de plus de 6 mois. Dans ce cas les dispositions de l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, s'appliqueraient car les patients relèvent :
 - soit de soins continus et/ou d'arrêts de travail prolongés ou répétés
 - pour une seule affection,
 - pour des affections simultanées.Sont concernés notamment des patients atteints d'états névrotiques et des toxicomanes⁸.
 - soit d'une ALD exonérante (ALD 30, HL, PPI) qui n'a pas été demandée.

Le protocole d'examen spécial, prévu à l'art. L. 324-1, doit être mis en œuvre avec un seul médecin traitant, afin de formaliser un accord sur le diagnostic et sur les modalités thérapeutiques et de suivi de ou des affections en cause.

L'imprimé "PIRES" va d'ailleurs être actualisé, notamment pour mieux impliquer le patient. Un volet portant mention du traitement et du suivi envisagé, signé par le médecin traitant et le médecin conseil, pourra être remis par le médecin traitant à son malade. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a participé à ce travail et a donné son aval.

Ce dispositif utilisable pour les malades non exonérés du ticket modérateur, mais habituellement "gros consommateurs", permet de faire "un bilan de consommation de soins", tout en ne dérogeant pas aux dispositions des articles 102, 103 et 104 du code de déontologie médicale. En effet le médecin conseil, s'il estime avoir à faire une observation ou une suggestion au patient, doit s'adresser au médecin traitant, tout particulièrement si la remarque porte sur le diagnostic ou la thérapeutique.

⁸ Médecine générale, consultations en série : nomadisme ? Etude d'une population multiconsultante du Val de Marne" par A. WEILL, P. VERRON et T. ZAKIA, publié dans la revue médicale de l'assurance maladie - 3 - 1994.

La réalisation d'un compte rendu écrit d'un acte médical diagnostique ou thérapeutique est un élément important de la démarche médicale qui fait date dans l'histoire du malade.

1) Intervention chirurgicale et accouchement

Le compte rendu d'un acte thérapeutique telle une intervention chirurgicale est un document dont l'importance est reconnue par l'ensemble des professionnels de santé.

Il doit être rédigé et signé par le médecin avec le plus grand soin. Il témoigne de l'acte effectué, il est fondamental en matière de responsabilité médicale.

Il comporte des renseignements administratifs :

- nom de l'établissement,
- nom du patient,
- nom de l'opérateur et nom de l'anesthésiste.

Il comprend des renseignements médicaux :

- le diagnostic préopératoire,
- descriptif de l'état pathologique et des lésions rencontrées,
- choix thérapeutique, raison de ce choix nécessaire,
- exécution des techniques réalisées,
- complications ou difficultés éventuelles opératoires ou péri-opératoires,
- matériel prothétique utilisé, etc...

Tous les supports peuvent être utilisés pour ce compte rendu y compris le support informatique à condition que soient garantis la confidentialité dans l'usage et l'archivage ainsi que la reproductibilité du document.

L'ensemble des actes chirurgicaux (environ 4 000 000 d'interventions et 300 000 accouchements pour le secteur libéral chaque année) font l'objet d'un compte rendu opératoire.

2) Examen, épreuve diagnostique et bilan

Le compte rendu d'un examen diagnostique comporte les indications de l'examen réalisé, l'analyse et l'interprétation des résultats.

La NGAP prévoit dans plusieurs de ses textes, la nécessité du compte rendu pour des actes diagnostiques telles les échographies et les actes de radiodiagnostic.

Elle le prévoit également pour les actes de fibroscopie digestive, pour certains enregistrements cardiaques : phonomécanogramme.

Elle le prévoit pour des tests tels les inventaires allergologiques. Elle prévoit un compte rendu pour tous les actes qui sont des bilans : bilan orthoptique, orthophonique, tests mentaux.

Les directives nationales d'assimilations qui permettent de coter certains actes non inscrits à la NGAP, tels la bronchoscopie ou l'enregistrement Holter cardiaque précisent la nécessité d'un compte rendu.

L'ensemble des actes diagnostiques inscrits à la Nomenclature nécessite l'élaboration d'un compte rendu décrivant les constatations réalisées au cours de l'examen.

Les actes concernés sont les actes en K, KE et Z.

Lors de la révision de la NGAP des actes infirmiers, la nécessité de la tenue du dossier de soins et la transmission des informations au médecin prescripteur a été inscrite dans le libellé de plusieurs actes.

La nécessité d'une procédure écrite descriptive de la pratique et des faits constatés est donc bien présente dans la NGAP pour la pratique des actes techniques.

Dans le cadre de l'hospitalisation en hôpital public ou en établissement privé, un décret précise l'existence et le contenu du dossier médical du patient (accessible au médecin conseil).

Le contrat national tripartite qui lie les caisses, le ministère et les fédérations de l'hospitalisation privée précise le contenu de ce dossier médical pour les établissements privés.

Un dossier médical bien tenu comportant l'ensemble des actes réalisés et leur analyse est un élément fondamental de la qualité des soins.

La rédaction des comptes rendus des actes et la synthèse de l'ensemble des éléments figurant au dossier structurent la démarche médicale.

Reconnaître l'importance de l'écrit et de la tenue du dossier comme facteur de qualité pour les actes réalisés dans le cadre de l'hospitalisation amène à s'interroger sur la nécessité d'étendre la procédure écrite aux actes de consultation réalisés dans l'activité ambulatoire, d'autant que les démarches qualité actuellement mises en place incitent à la " règle de l'écrit ".

3) Les actes de consultation

Les actes intellectuels telles les consultations qui représentent en volume la grande masse des actes (environ 260 000 000 de consultations et 60 000 000 de visites) ne sont pas assortis actuellement d'une telle procédure.

Trois exceptions cependant à cette règle existent dans la NGAP :

* L'article 15.1 des dispositions générales de la NGAP prévoit la consultation spécifique en cabinet par un médecin spécialiste en pathologie cardio-vasculaire ou en cardiologie et médecine des affections vasculaires. Cette consultation spécifique (CSC) implique la rédaction de conclusions diagnostiques et thérapeutiques qui sont transmises avec l'accord du patient au médecin traitant ;

* L'article 18 des dispositions générales de la NGAP prévoit un acte de consultant coté C2 ou C3. Pour être honoré comme consultant le praticien doit rédiger un compte rendu de l'examen qu'il a réalisé, destiné au médecin traitant exprimant un avis circonstancié sur le diagnostic, les résultats des examens complémentaires et la conduite thérapeutique laissée à la charge du médecin traitant ;

* L'article 22 des dispositions générales de la NGAP précise : " un anesthésiste réanimateur qui examine pour la première fois en vue d'une intervention un malade hospitalisé ou non, note sa consultation en Cs. même si elle est suivie d'un acte d'anesthésie, les honoraires de cette consultation n'étant pas compris dans le forfait d'anesthésie....

La consultation doit s'accompagner d'un compte rendu qui pourra être adressé au médecin conseil à sa demande. "

Le code de déontologie indique :

Art. 59 - Le médecin appelé d'urgence auprès d'un malade doit, si celui-ci doit être revu par son médecin traitant ou un autre médecin, rédiger à l'intention de son confrère un compte rendu de son intervention et de ses prescriptions qu'il remet au malade ou adresse directement à son confrère en informant le malade. Il en conserve le double.

La Convention Médicale précise :

Article 5-6 : Document de synthèse

Tout médecin consulté adhère à la présente convention transmet au médecin référent, conformément au code de déontologie et pour des raisons de transparence, le compte rendu de leur intervention. Il atteste cette démarche sur la feuille de soins. En adhérant à l'option, l'assuré s'engage à demander une telle transmission pendant toute la durée de son adhésion. L'assuré adhérent demande à tous les autres médecins consultés de respecter les mêmes formalités....

Le cahier des charges établi par la CNAMTS pour les réseaux recommande la mise en place d'un dossier médical commun.

Les consultations du médecin spécialiste devraient être assorties d'un compte rendu écrit.

L'article 15 des dispositions générales de la Nomenclature qui définit le contenu de la consultation et de la visite pourrait être ainsi modifié :

La consultation du médecin spécialiste doit s'accompagner d'un compte rendu qui pourra être adressé au médecin conseil à sa demande.

Beaucoup de supports y compris le support informatique pourrait être utilisés à condition qu'ils garantissent la confidentialité dans l'usage et l'archivage et la reproductibilité rapide du document.

En effet ces éléments inclus dans le dossier médical du patient pourraient être transmis avec son accord aux autres médecins intervenants dans la prise en charge.

Ce compte rendu pourrait avoir différents niveaux de précision, d'éléments à consigner selon les différents types de consultation.. Cela permettrait de disposer de document " officiels " accessibles aux praticiens conseils en tant qu'éléments individualisés dans le dossier médical et facilement extractibles.

Les différents niveaux de précision pourraient être les suivants :

- Les consultations de spécialistes tels les ophtalmologistes, les ORL, les stomatologistes, les gynécologues, les gastro-entérologues... lorsqu'ils agissent en tant que consultant feraient l'objet d'un compte rendu écrit détaillé pour les actes qu'ils réalisent sans assurer la mise en oeuvre et la surveillance du traitement.

Ce compte rendu comporterait :

- synthèse de l'histoire du patient au jour de la consultation,
- données de l'interrogatoire et de l'examen clinique,
- décision médicale et/ou thérapeutique argumentée.

- Lorsque les spécialistes assurent eux-mêmes la prise en charge d'un traitement, une des consultations réalisées à ce titre pourrait être assortie d'un compte rendu - la périodicité de ce type de procédure serait à définir avec les professionnels -.

- Toutes les autres consultations réalisées par l'ensemble des praticiens pourraient comporter un compte rendu succinct figurant dans le dossier médical du patient permettant de connaître la date de l'acte réalisé, les constatations faites, la recherche diagnostique et le traitement mis en oeuvre.

- Les consultations multidisciplinaires telles celles réalisées lors des staffs médicaux devraient donner lieu à un compte rendu. La rédaction de ce type de document qui concrétise la réflexion des groupes de praticiens sur la stratégie de la prise en charge d'un cancer, d'un diabète ou d'un état dépressif sévère est un document important pour l'avenir du patient structurant la réflexion sur sa prise en charge.

L'Assurance Maladie va de plus en plus s'attacher à suivre l'ensemble de la prise en charge du patient. Des documents existent déjà dans le cadre hospitalier. Il est important que le cadre ambulatoire ne constitue pas une rupture dans l'information médicale.

Fiche n° 30 - la régulation des dépenses médicales (médecins libéraux généralistes/spécialistes)

Un système d'enveloppes de dépenses - l'une pour les généralistes, l'autre pour les spécialistes - est indispensable à la maîtrise. Il crédibilise le système vis-à-vis des opérateurs extérieurs ; il est aussi le moyen d'afficher une ferme détermination à tenir les coûts. Il est bien entendu que l'hypothèse de dérive des dépenses, liée à une situation sanitaire exceptionnelle, doit toujours être réservée, comme elle l'est aujourd'hui dans le cadre des conventions d'objectifs et de gestion (COG).

1) Les enveloppes doivent être collectives et nationales

Il faut, pour l'instant, écarter l'enveloppe individuelle, qui n'est pas inenvisageable comme le montrent certains exemples étrangers, mais suppose le tiers-payant généralisé et obligatoire.

Il faut également écarter l'enveloppe collective régionale, pour quatre raisons : leur opposabilité suppose en logique un vote parlementaire sur leur montant. La construction de telles enveloppes est extrêmement difficile, en l'état actuel de la modélisation économique. Le découpage régional est le début d'une fragmentation sans fin des enveloppes, sauf à ce qu'il s'accompagne d'une totale fongibilité régionale entre enveloppe hospitalière et enveloppe ambulatoire. Enfin, il n'existe pas aujourd'hui d'instance de régulation partenariale avec les professions de santé au niveau régional.

Toutefois, si une option de régionalisation rigoureuse des enveloppes devait être retenue, le dispositif proposé ici pourrait sans difficulté de principe, se décliner sur la base de ces enveloppes locales.

2) Les enveloppes doivent inclure les prescriptions (enveloppe H+P) et pas seulement les honoraires (enveloppe H)

- Il est impossible d'écarter complètement les prescriptions. Elles représentent un poste capital (2/3 de la dépense). Il est donc "objectif et rationnel" d'en intégrer le montant, au moins pour partie, dans l'assiette de la régulation.

- Mais il est aussi impossible de responsabiliser lourdement sur les prescriptions. C'est une somme dont le médecin est ordonnateur, mais dont il ne profite pas : une récupération sur les prescriptions revêtait donc davantage un caractère de sanction. Enfin, les risques de report (généralistes - spécialistes se renvoyant l'ordonnance) sont élevés.

Le mécanisme des ordonnances de 1996 (récupération à 100 % de H, et 5 % de P) offrait un intéressant compromis. Il existe toutefois des solutions alternatives¹

¹ - pénalités calculées si et seulement si H est dépassé. Bonus octroyé si H+P est tenu. Cela crée une "zone blanche" où rien ne se passe si P seulement est dépassé. Pour la part médicaments du dépassement, ce peut alors être une taxe sur les laboratoires pharmaceutiques qui prend le relais.

3) Le mécanisme individualise le montant à récupérer en fin d'exercice, sur la base de trois critères d'individualisation :

1°) Le montant des honoraires

Si l'enveloppe H+P est dépassée, le dépassement est récupéré, à hauteur de $\Delta H + 0,05 \Delta P$, sur l'ensemble des médecins, avec comme assiette leurs honoraires de l'année.

On applique un taux croissant en fonction du montant des honoraires :

- pour la part des honoraires inférieure à la moyenne de la spécialité, taux normal "T"
- pour la part supérieure, taux marginal majoré "2T"

La référence à la moyenne des honoraires de la spécialité est indispensable, compte tenu de la disparité des revenus.

La valeur de T est calculée chaque année, en fonction du montant total à récupérer.

Pour rendre le système "prédictible" pour les médecins et pour éviter de pénaliser les spécialités qui voient leurs honoraires stagner, on opère cette modulation par rapport au revenu moyen de la spécialité sur l'année N-1 : les honoraires qui restent, pendant l'année N, en dessous de la moyenne N-1 des honoraires de la spécialité, subissent le taux T ; la fraction qui dépasse subit le taux 2 T.

Ainsi, si une spécialité "dérape" entre N-1 et N, la plupart de ses membres verront une partie de leurs honoraires entrer dans la zone du taux majoré. Si l'activité d'une spécialité "stagne", ses membres resteront pour la plupart, et pour la totalité de leurs honoraires, dans la zone du taux normal.

2°) Les dépassements

Si les médecins qui peuvent le faire reportent sur leur clientèle, via les dépassements, ce qu'ils ont dû acquitter l'année précédente, le mécanisme de maîtrise des dépenses sera purement optique. Les comportements ne changeront pas.

Les dépassements (DE, DP, Secteur II) sont donc intégrés dans l'assiette. Pour les dépassements du Secteur 2, on applique un taux "super majoré" (3T).

3°) L'engagement individuel à un comportement de maîtrise

A la façon dont la LFSS99 l'a fait pour les laboratoires pharmaceutiques, si un médecin s'engage dans une démarche qualitative de rationalisation des soins, il sera moins pénalisé, en cas de dépassement, que celui qui n'a pas pris cet engagement.

-
- pénalités et bonus déclenchés par la seule enveloppe H, mais modulées en fonction du comportement de prescription. Critères difficiles à trouver.

Il n'est pas possible d'aller jusqu'à une exonération. Car, sauf à ce que cet engagement corresponde à une véritable obligation de résultat en matière de montant de dépenses, le fait d'exonérer complètement ceux qui le souscriraient romprait l'égalité entre médecins.

Le critère conduisant à l'exonération ne serait pas "objectif et rationnel", puisqu'il permettrait à des médecins qui n'ont pas fait la preuve du moindre coût de leurs actes d'échapper complètement au reversement.

Le taux applicable sera diminué pour les médecins "engagés" par l'exonération de reversement sur la fraction de leurs honoraires inférieure à la moyenne de la spécialité (au lieu du taux normal T). Taux normal (T) pour la fraction au dessus (au lieu du taux majoré 2T).

Sur la nature et les modalités d'engagement :

Son contenu est négocié collectivement pour les généralistes d'une part, pour les spécialistes d'autre part. Pour ces derniers, il est différent, spécialité par spécialité (ce qui n'empêche pas de négocier un accord global, mais décliné, avec un syndicat qui représenterait toutes les spécialités). Il est souscrit individuellement.

Il porte essentiellement sur :

- un seuil d'actes, calculé sur une base de qualité (au delà d'un certain nombre d'actes, le médecin n'a matériellement plus le temps de la formation, le spécialiste n'effectue pas de vacations hospitalières, le généraliste fait des consultations express, etc...).

- une limitation des dépassements (secteur I).

Il peut comporter, à titre accessoire, d'autres engagements (prescription d'équivalents thérapeutiques, FMC, coordination des soins, informatisation).

Pour les généralistes, cet engagement correspond schématiquement à l'actuelle option "réfèrent".

Un objectif H+P annuel.

Lorsqu'il est tenu : mise en réserve d'une fraction, affectation d'une autre fraction au Fonds qualité.

Lorsqu'il est dépassé au cours de l'année N :
reversement intégral, au cours de l'année N+1, du dépassement des honoraires, et de 5 %
du dépassement des prescriptions.

Pour chaque médecin,
le montant de ses honoraires, resté en dessous de ce qu'était, en N-1, la moyenne des honoraires de sa spécialité, est taxé au taux "normal" T.

La fraction supérieure est taxée au taux majoré (2T).

Les dépassements du secteur II sont au taux super-majoré (3T).

Si le médecin a souscrit et tenu, pour la totalité de l'année N, l'engagement collectif de seuils d'actes et de respects des tarifs opposables pour sa spécialité,

il n'est pas taxé pour la fraction de ses honoraires inférieure à la moyenne de N-1 dans sa spécialité
il est taxé au taux normal pour la fraction supérieure.

On calcule la valeur T chaque année pour qu'il y ait reversement total de $(\Delta H + 0.05 \Delta P)$.

1/ Objectif :

Responsabilisation des prescriptions

1. Par la modification des imprimés de prescriptions
2. Par l'intégration des frais de transports dans les dotations globales des établissements hospitaliers

2/ Descriptif

1. Le Décret n° 88-678 du 6 mai 1988 codifié aux articles R 322-10 et suivants précise que :

La prise en charge des frais de transport est subordonnée à la présentation par l'assuré d'une prescription médicale à la production par l'assuré d'une facture délivrée par le transporteur.

Les modèles de prescription et de facturation sont conformes aux modèles fixés par arrêtés ministériels (du 12/09/88 pour la facturation ; du 01/07/92 pour la prescription)

Concernant la prescription, il fixe un modèle qui permet au médecin de choisir le type de transport (ambulance, VSL, taxi, voiture particulière) en cochant une case.

Ce système peu responsabilisant, au demeurant, donne, par ailleurs, lieu à des fraudes.

Il pourrait être judicieusement remplacé par un système demandant au médecin de rédiger en manuscrit la prescription : "l'état de santé de M..... nécessite x transport (s) en(mode de transport clairement précisé)"

2. Les prescriptions de transport établies par les médecins hospitaliers présentent souvent des taux élevés d'inadéquation (mode de transport/état du malade) qui pourraient être maîtrisés si les hospitaliers avaient la responsabilité financière des transports par eux prescrits.

De plus :

- les hôpitaux peuvent passer avec les transporteurs sanitaires (VSL + ambulances et autres transports) des conventions comportant des ristournes (jusqu'à 30 %),
- une fois intégrés dans les budgets des hôpitaux, les frais de transport seraient soumis au même taux d'évolution que les autres dépenses hospitalières (contrainte du taux directeur),
- une économie serait également réalisée sur les consultations dans la mesure où de nombreux patients bénéficiant de soins itératifs réalisés à l'hôpital se font prescrire par ailleurs les transports par leur médecin traitant.

3/ Chiffrage : point n° 2

Les transports en ambulance, VSL et taxi remboursés par le régime général en 98 représentent 7 367 millions de francs.

57,1 % sont prescrits par des hospitaliers soit 4 206 millions.

En extrapolant les résultats des enquêtes réalisées par certaines caisses portant sur les taux d'inadéquation (environ 16 % des prescriptions en moyenne) (1) et sur les sommes remboursées par l'assurance maladie à tort (environ 3,5 %) (1) on peut estimer que le coût des inadéquations, relevant des hôpitaux et qui disparaîtraient si ceux-ci avaient la responsabilité financière de ces prescriptions, s'élève à 147 millions.

Par ailleurs, une économie de 400 millions pourrait être réalisée au titre des ristournes (en les minimisant) effectuées dans le cadre des marchés passés entre hôpitaux et transporteurs.

Les dépenses de transport évolueront en 1999 de + 9 % (même taux d'évolution qu'en 1998). L'intégration de 57 % des dépenses de transport dans les budgets des hôpitaux et donc soumises au taux d'évolution des dépenses hospitalières de + 2,5 % conduit à une économie de 237 millions.

Soit au total une économie de 784 millions.

¹ Enquête 1992 de GDR de quelques caisses

¹ idem

Fiche n° A - La dégradation financière de l'assurance maladie

L'équilibre des comptes de la branche est sérieusement compromis pour l'année 1999, et à la fin de 1999, il conviendra encore de procéder à la couverture du déficit cumulé des années 1998 et 1999.

I - Examen de la situation financière prévisionnelle à la fin de l'année 1999

Année 1998

Pour cet exercice, le déficit retracé par la Commission des comptes de Mai 1999 est de 16,2 Milliards de Francs, incluant un dépassement de l'ONDAM de 8,4 Milliards de Francs, et une révision des recettes de -7 milliards par rapport à la précédente commission des comptes de septembre 1998.

Année 1999

La Commission des comptes de mai 1999 prévoit un déficit de 12,3 milliards pour la branche maladie en 1999.. Ce compte suppose une progression modérée des dépenses de 3,0 % en moyenne annuelle entre 1998 et 1999 (champ de l'Ondam, régime général).

On constate une croissance marquée au cours de ces quatre premiers mois de 1999 et la limitation du déficit à 12,3 milliards nécessite une inflexion marquée de la tendance actuelle.

Le rapport de la commission des comptes indique que, pour les soins de ville, "la prévision suppose que le dérapage des dépenses que l'on constate en ce début de 1999 serait imputable pour partie à un contexte épidémiologique défavorable, et en tout cas passager. La prévision suppose aussi que les mesures de la politique publique seront suffisantes pour ramener sur l'objectif la croissance qui se dessine en début d'année"

II - Commentaires sur cette situation financière

Le problème du déficit de la branche maladie est un problème récurrent.

Il s'avère que toutes les mesures qui ont pu être prises jusqu'à présent, au travers des plans successifs de redressement, n'ont eu qu'une portée limitée de quelques mois, un an, voire deux ans.

Le problème du financement a été sans cesse remis en cause.

Afin d'apurer le déficit de la dette sociale, il a fallu créer la Caisse d'Amortissement de la Dette Sociale (CADES) au 1^{er} janvier 1996, pour une durée de 13 ans et un mois. La CADES a repris ainsi une dette de 137 Milliards de Francs, en vue de couvrir le déficit comptable cumulé pour 1994 et 1995 et le déficit prévisionnel pour 1996, de l'ensemble des branches du Régime Général. A ce titre 82,2 Milliards de Francs ont été versés au 1^{er} janvier 1996 à la branche maladie.

Le fonds de roulement négatif de la branche maladie au 31.12.95, était de 67,5 Milliards de Francs.

Après le reversement des 82,2 Milliards de Francs, l'année 1996 disposait d'un solde positif de 14,7 Milliards de Francs pour financer les déficits des années 1996 et 1997, soit respectivement : -35,9 Milliards de Francs et -16,3 Milliards de Francs.

Le déficit cumulé au 31.12.97 s'élevait ainsi à -37,5 Milliards de Francs.

Pour faire face au déficit cumulé de 1997 et 1998, l'article 31 de la loi de financement de la Sécurité Sociale a prolongé la mission de la CADES à 18 ans et un mois.

La CADES a repris la dette de 87 milliards toutes branches dont 50,9 pour la branche maladie en fonction du déficit prévisionnel.

Cette reprise de dette a couvert le déficit cumulé jusque fin 1997 (37,5) et une partie du déficit 1998 à hauteur de 13,4 milliards (50,9 - 37,5). Il reste pour 1998 un besoin de financement résiduel de 2,8 milliards pour 1998 auquel devrait s'ajouter les 12,3 milliards du déficit 1999 soit un total de 15,1 milliards à financer, selon les prévisions de la dernière commission des comptes.

Le financement de ces déficits par la CADES se fait par des emprunts dont le remboursement pèsera également sur les jeunes générations, ce qui rend difficile un nouvel appel à ce mode de financement.

La rémanence du déficit appelle donc un réexamen au fond des conditions dans lesquelles fonctionne le système de soins.

Fiche B - Les excédents de trésorerie des établissements publics de santé (EPS)

Dans un rapport de Septembre 1998 sur la Sécurité Sociale, la Cour des Comptes analyse l'équilibre financier de la branche maladie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et la trésorerie des établissements publics de santé (EPS).

La Cour souligne l'existence, au niveau des établissements publics de santé, d'un excédent structurel de trésorerie non rémunéré alors que le régime général de sécurité sociale, premier financeur des dépenses hospitalières de fonctionnement dont il prend en charge plus de 80 %, doit faire face à d'importantes difficultés de trésorerie.

Cette analyse conduit la Cour à proposer " d'étudier la mise en place d'une unité de trésorerie de la branche maladie et des EPS qu'elle finance ".

Cette mesure, que la CNAMTS approuve totalement, peut être mise rapidement en œuvre.

1 - L'unité de trésorerie

Elle ne conduit en aucun cas à modifier le calendrier de paiement des dotations globales des hôpitaux.

A partir d'un compte spécial ouvert au nom de la Caisse des Dépôts et Consignations, auprès du Trésor Public, l'établissement sous dotation globale, aura la possibilité de tirer sur la trésorerie du régime général journellement, dans la limite des montants correspondant aux échéances actuelles de versement des douzièmes et en fonction des besoins réels, après prise en compte des autres recettes (forfait journalier par exemple).

A la mise en place de ce système, les excédents de trésorerie devront être reversés à l'ACOSS, par l'intermédiaire des caisses pivots et constitueront une capacité de tirage sur les comptes de l'Assurance Maladie.

2 - de la gestion de trésorerie à l'imputation comptable

L'objectif recherché consiste à ce que l'économie réalisée en matière de gestion de trésorerie, se traduise dans les comptes des Caisses d'Assurance Maladie.

La mise en place de la comptabilité en droits constatés semble en première analyse, s'y opposer.

Cependant, il convient de se poser la question de déterminer si l'acte réglementaire fixant le niveau de la dotation globale constitue une charge réelle pour les organismes de Sécurité Sociale.

En principe, cette charge est constituée par le service des prestations liées à l'activité médicale, c'est-à-dire à une production réelle de services médicaux.

Le financement des hôpitaux par l'Assurance Maladie, de par son caractère budgétaire, c'est-à-dire prévisionnel et forfaitaire, n'est en réalité qu'un apport de trésorerie nécessaire au fonctionnement d'une structure. En conséquence, le droit comptable permet de considérer que dans cette hypothèse, seul le besoin réel de financement des hôpitaux constitue une charge pour les organismes de Sécurité Sociale.

La limite de ce raisonnement consisterait à considérer que la différence entre trésorerie déboursée par les organismes de Sécurité Sociale et dotation globale initiale, constitue une dette envers les caisses, soit une charge pour celles-ci.

En utilisant le même raisonnement qui consiste à considérer que seule la sortie de trésorerie constitue une charge, on peut considérer que cette différence entre dotation globale et financement réel devient une charge potentielle de l'exercice suivant comptabilisée à l'ouverture de cet exercice.

Cependant, l'établissement des dotations globales pour ce nouvel exercice devrait non seulement considérer les critères budgétaires, mais aussi les charges réelles des établissements.

Ainsi, la rationalisation de la gestion de trésorerie entraînerait sur les comptes 1999 de l'Assurance Maladie, une moindre dépense estimée à 12 MDF, avec un risque potentiel de déport sur l'exercice 2000 de ces 12 MDF en charges supplémentaires si la gestion budgétaire n'est pas améliorée.

الجمهورية اللبنانية
مكتب وزير الدولة لشؤون التنمية الإدارية
مركز مشاريع ودراسات القطاع العام

République Libanaise
Bureau du Ministère d'Etat pour la Réforme Administrative
Centre des Projets et des Etudes sur le Secteur Public
(C.P.E.S.P.)