

N° 90

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2009

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2010, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,
Sénateur,
Rapporteur général.

Tome II :
Assurance maladie

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : 1976, 1994, 1995 et T.A. 358

Sénat : 82, 83 et 91 (2009-2010)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	5
I. LES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	7
A. LA DÉGRADATION DES SOLDES DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA DYNAMIQUE DES DÉPENSES DE SANTÉ	7
1. <i>L'évolution prévue des dépenses et des recettes de la branche maladie</i>	7
2. <i>La dynamique des dépenses de santé</i>	7
B. L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE 2010	8
1. <i>La réalisation des Ondam 2008 et 2009</i>	8
2. <i>L'objectif national de dépenses d'assurance maladie 2010</i>	9
3. <i>Les dépenses liées à la pandémie grippale</i>	10
C. LA MAÎTRISE DES DÉPENSES	10
1. <i>Les nouvelles mesures d'économies</i>	10
a) Elles concernent majoritairement le secteur des dépenses de ville :	10
b) Des économies ont été également prévues dans le secteur des dépenses hospitalières à hauteur de 3 millions d'euros	11
2. <i>Les dispositions du projet de loi</i>	12
a) L'amélioration de la procédure de mise sous accord préalable	12
b) L'encadrement du développement des ventes de médicaments et de dispositifs médicaux	12
c) Un ajustement ponctuel du régime des affections de longue durée	13
D. LA MISE EN PLACE DES ARS	15
1. <i>Les moyens gérés par les ARS</i>	16
2. <i>Les estimations relatives à la contribution des ARS au respect de l'Ondam</i>	17
II. LE SYSTÈME HOSPITALIER À LA CROISÉE DES RÉFORMES	19
A. SORTIR DE L'ORNIÈRE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION HOSPITALIÈRE	20
1. <i>Remettre en perspective la logique de la réforme</i>	20
a) Une réforme engagée dans des conditions peu propices mais qui était et reste indispensable	21
b) La T2A pour quoi faire ?	26
2. <i>Des débuts difficiles mais des évolutions encourageantes</i>	28
a) Le poids des contraintes financières	28
b) Des avancées encourageantes	29
3. <i>Le report de la convergence</i>	30
B. MOBILISER LES MARGES D'EFFICIENCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ	31
1. <i>Le renforcement de la politique de maîtrise médicalisée à l'hôpital</i>	32
a) Les dispositions du projet de loi	32
b) L'application toujours attendue de l'obligation d'identification des praticiens hospitaliers	33
2. <i>Les dépenses d'investissement</i>	33
TRAVAUX DE LA COMMISSION	35
• Audition de Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam)	35

Mesdames, Messieurs,

On pourrait être tenté de dire, en paraphrasant Charles Dickens, que 2009 et 2010 seront sans doute, pour l'assurance maladie, « les meilleures et les pires des années ».

En termes de respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), 2009 s'annonce comme la meilleure année de la dernière décennie, et la progression prévue des dépenses confirme la décélération de leur croissance. Pour 2010, le projet de loi de financement de la sécurité sociale propose de poursuivre dans cette voie de manière à la fois résolue et réaliste.

Mais le progrès dans la maîtrise des dépenses coïncide, du fait de la crise, avec un effondrement sans précédent des prélèvements sociaux dont l'assurance maladie est, avec l'assurance vieillesse, la première victime. Le taux de couverture des dépenses d'assurance maladie devrait ainsi chuter à 92,7 % en 2009 et à moins de 90 % en 2010 et l'assurance maladie redevient - largement - la branche la plus déficitaire de la sécurité sociale, avec un solde négatif tendanciel estimé à 11 milliards d'euros en 2009 et à 17,1 milliards en 2010.

Le pire l'emporte donc sur le meilleur et les sombres perspectives annoncées par le rapport présenté le 1^{er} octobre dernier à la commission des comptes de la sécurité sociale (CCSS) posent le problème de l'avenir d'un système de protection qui est un des « fondamentaux » de notre pacte social, et qui démontre une fois de plus, dans une conjoncture difficile, son rôle d'amortisseur social - et aussi économique -, justement souligné lors de la présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010, par le ministre chargé des comptes publics et la ministre chargée de la santé.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale paraît de nature à conforter les politiques de maîtrise médicalisée des dépenses et de « bon usage » des soins qui commencent à donner d'appréciables résultats en termes tant de qualité de la prise en charge que de soutenabilité de l'évolution des dépenses.

Toutefois, d'autres évolutions progressent de manière moins ordonnée et l'on doit regretter que le projet de loi de financement propose de repousser à une échéance qui paraît bien lointaine l'achèvement de la réforme de la tarification hospitalière, dont le principe ne semble discuté par personne, même si sa mise en place s'opère, comme l'a relevé la Cour des comptes, sans excès de méthode.

Enfin, comme votre rapporteur l'a souligné à l'occasion du débat d'orientation des finances publiques pour 2010 et du débat sur les prélèvements obligatoires et leur évolution, il convient de réfléchir dès à présent sur « l'après-crise » et donc de prendre la mesure des évolutions déjà en marche : votre commission suivra donc avec attention la mise en place des agences régionales de santé (ARS).

*

* *

I. LES DISPOSITIONS DU PROJET DE LOI RELATIVES AUX DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

Dans un contexte marqué par la brutale « crise de recettes » des régimes d'assurance maladie et la dynamique persistante des dépenses de santé, le projet de loi de financement de la sécurité sociale propose, à travers un Ondam volontariste, un nouveau train de mesures d'économies qui s'appuieront sur des dispositifs déjà en vigueur mais aussi sur les dispositions du projet de loi tendant à améliorer la maîtrise et la régulation des dépenses.

A. LA DÉGRADATION DES SOLDES DE L'ASSURANCE MALADIE ET LA DYNAMIQUE DES DÉPENSES DE SANTÉ

1. L'évolution prévue des dépenses et des recettes de la branche maladie

Comme il est de règle, l'article 36 du projet de loi fixe pour l'année 2010 les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité et décès :

- à 178,8 milliards d'euros (+ 2,8 %) pour l'ensemble des régimes obligatoires de base ;

- à 155,8 milliards d'euros (+ 3,3 %) pour le régime général.

2. La dynamique des dépenses de santé

L'évolution spontanée des dépenses de santé, plus rapide que celle du Pib, résulte, en France comme dans les pays comparables, de causes multiples et qui peuvent se renforcer mutuellement : des facteurs épidémiologiques, les avancées thérapeutiques et la diffusion des nouvelles techniques de soins, les progrès du dépistage et de l'accès au diagnostic, le développement de l'offre de soins, le vieillissement de la population...

Le rapport du Conseil de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam) de juillet 2009 sur les propositions de l'assurance maladie sur les charges et les produits pour l'année 2010 estimait à 3,7 % par an l'évolution tendancielle en volume de la consommation de soins.

Les causes en seraient imputables d'une part à la croissance rapide du nombre des personnes atteintes d'une pathologie grave (en particulier des prises en charges au titre des affections de longue durée), d'autre part à une augmentation du volume de la consommation individuelle de soins.

La population traitée pour des affections de longue durée (ALD) représente en 2008 15 % des assurés du régime général, (8 millions de personnes) et elle a augmenté de 5,7 % par an en moyenne entre 1994 et 2004.

Ce rythme annuel de progression s'est depuis légèrement ralenti : il est évalué à 3,6 % sur les trois prochaines années. Les patients en affection de longue durée représentent 62 % de la dépense totale de soins et cette proportion pourrait atteindre 70 % en 2015.

Le volume de la consommation individuelle de soins augmente, de façon variable selon les catégories de population, entre 1 et 2 % par an.

L'augmentation de la demande de soins obéit aussi à des effets d'offre.

Ainsi, elle ne concerne pas seulement les pathologies lourdes mais aussi, par exemple, le domaine de la chirurgie fonctionnelle (prothèse de la hanche, interventions sur le genou, cataracte...) dans lequel le nombre d'interventions a augmenté de 40 à 60 % - et plus que doublé pour les prothèses du genou entre 1998 et 2007, sans que ce développement puisse être uniquement imputable à des raisons démographiques.

La Cnam relevait aussi la croissance importante des dépenses de soins de ville, dont l'évolution moyenne annuelle en volume est estimée à 4,7 % sur la période 2009-2012, tandis que celle des dépenses de soins hospitaliers pourrait n'être que de 2,2 %, en raison notamment du développement de l'accès à certains traitements en officine de ville.

B. L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE 2010

L'Ondam 2010 s'inscrit dans la continuité d'une tendance à la décélération de la progression des dépenses.

1. La réalisation des Ondam 2008 et 2009

- Selon le rapport à la CCSS du 1^{er} octobre 2009, les dépenses maladie du champ de l'Ondam se sont élevées à **153 milliards d'euros en 2008**, en augmentation de **3,5 %** par rapport à 2007 à périmètre constant (mais avec un dépassement de 950 millions par rapport à l'objectif voté en LFSS 2008). La croissance des soins de ville avait cependant diminué en raison de la mise en place au 1^{er} janvier 2008 des franchises médicales en dépit d'une forte augmentation des indemnités journalières et des dépenses de dispositifs médicaux.

- Pour **2009**, l'objectif national d'assurance maladie a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale à **157,6 milliards d'euros**, en augmentation de **3,3 %**.

Il serait dépassé de 300 millions d'euros : son montant révisé par **l'article 8** du projet de loi s'établit donc à **157,9 milliards d'euros**. Ce dépassement (0,1 point) est **le plus faible enregistré depuis dix ans** et limiterait à **3,4 %**, selon les chiffres disponibles, la croissance de l'Ondam en 2009, le rapport à la CCSS relevant toutefois que cette estimation ne tient pas

compte des dépenses supplémentaires induites par la grippe A H1 N1 qui pourraient intervenir avant la fin de l'année.

Comme en 2008, l'évolution de la ventilation des dépenses de l'Ondam 2009 fait apparaître un dépassement des dépenses de soins de ville (environ 350 millions d'euros) et des versements aux établissements de santé (un peu moins de 200 millions d'euros), ces dépassement étant pour partie compensés par des gels de crédits (cf. examen de l'article 8 dans le tome IV du présent rapport).

Compte tenu du « quasi-respect » de l'Ondam 2009, **la croissance moyenne annuelle des dépenses du champ de l'Ondam serait de 3,5 % entre 2006 et 2009.**

2. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie 2010

L'article 37 du projet de loi fixe à **162,4 milliards d'euros l'Ondam pour 2010**, soit une progression de **3 % par rapport à 2009**, à structure constante.

Ce taux de progression de 3 %, dont l'annexe B du projet de loi prévoit qu'il sera également retenu pour les années 2011 à 2013, « *nécessite de réaliser chaque année 2,3 milliards d'euros d'économies nouvelles par rapport à une progression naturelle des dépenses de l'ordre de 4,5 %. Ces efforts doivent permettre de recentrer progressivement l'assurance maladie sur le financement des dépenses les plus utiles médicalement et d'améliorer l'efficacité du système de soins* »¹.

Comme en 2009, la ventilation prévue des dépenses traduit le souci de contenir et d'harmoniser la progression des dépenses de soins de ville et celle des dépenses hospitalières.

En conséquence, l'Ondam 2010 prévoit :

- une hausse de **2,8 %** des dépenses de **soins de ville**, qui devraient passer de 73,2 à **75,2 milliards d'euros** ;

- un taux de progression identique (**2,8 %**) pour les dépenses de **l'Ondam hospitalier**, qui devraient passer de 69,3 à **71,2 milliards d'euros**.

L'Ondam médico-social devrait pour sa part augmenter de **5,8 %**, (**14,9 milliards d'euros**).

On notera que, selon le rapport précité du Conseil de la Cnam, l'évolution de la moyenne annuelle des dépenses sur la période 2009-2012 devrait être beaucoup plus conséquente dans le secteur des soins de ville (+ 4,7 %) que dans celui des soins hospitaliers (+ 2,2 %).

¹ Annexe B du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

3. Les dépenses liées à la pandémie grippale

L'essentiel des dépenses liées à la prévention de la grippe A H1N1 (1,1 milliard d'euros pour l'achat de vaccins et de consommables, 290 millions d'euros pour la rémunération des professionnels chargés des opérations de vaccinations) sera financé hors du champ de l'Ondam.

Cependant, les dépenses de consultations, d'indemnités journalières, de médicaments ou d'hospitalisation des patients atteints seront imputées sur les dépenses d'assurance maladie relevant de l'Ondam.

L'article 28 du projet de loi prévoit que ces dépenses ne seraient pas prises en compte, dans le cadre de la procédure d'alerte prévue par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, pour l'évaluation par le comité d'alerte du risque de dépassement de l'Ondam, et donc l'éventuelle mise en œuvre de mesures de redressement.

Cette solution ne paraît pas défendable :

- la procédure de l'article L. 114-4-1 n'aurait guère de sens si le risque de dépassement devait être apprécié en excluant certains facteurs de dépassement. Il est d'ailleurs précisé que le comité doit « *notamment* » analyser l'impact des déterminants « *conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie* », ainsi que les risques inhérents aux conditions d'exécution de l'Ondam de l'année précédente ;

- l'état des finances sociales étant ce qu'il est, il paraît peu indiqué de s'interdire *a priori* de compenser un éventuel surcoût - qui serait au demeurant bien difficile à calculer - lié à la grippe A H1N1 ;

- enfin, il serait regrettable que cette dérogation aux règles destinées à assurer le respect de l'Ondam puisse faire douter du réalisme de l'objectif fixé pour 2010.

C. LA MAÎTRISE DES DÉPENSES

L'Ondam intègre 2,2 milliards d'euros d'économies nouvelles et un certain nombre de dispositions du projet de loi permettent de compléter la gamme des « outils » contribuant à faciliter la maîtrise et la régulation des dépenses.

1. Les nouvelles mesures d'économies

a) Elles concernent majoritairement le secteur des dépenses de ville :

• en matière de **maîtrise médicalisée**, les économies attendues s'élèvent à 595 millions d'euros. Elles seront réalisées dans le cadre des objectifs conventionnels, mais l'intensification des actions de maîtrise médicalisée pourra aussi s'appuyer sur :

- les **travaux de la Haute Autorité de santé**, qui a très rapidement développé la nouvelle mission « médico-économique » que lui a confiée la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 en matière d'évaluation des stratégies de soins, de prescription et de prise en charge : la Haute Autorité de santé a ainsi élaboré des fiches de bon usage du médicament dans le traitement de l'hypertension artérielle (choix entre IEC et Sartans) de l'ulcère (bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons) et devrait prochainement publier une fiche de bon usage des statines (traitement de l'hypercholestérolémie).

Des recommandations sur la prise en charge de certaines pathologies sont également attendues.

Enfin, la Haute Autorité de santé a validé, en application de l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, des référentiels de masso-kinésithérapie permettant de réguler les prescriptions correspondant à certains traitements de rééducation. La Cnam a également soumis à validation de la Haute Autorité de santé des référentiels sur la durée des indemnités journalières ;

- la maîtrise des prescriptions hospitalières réalisées en ville, qui devra être développée, notamment lorsque sera enfin en état d'être appliquée la mesure adoptée par le Sénat pour imposer l'identification des médecins prescripteurs ;

- le développement du **contrat d'amélioration des pratiques individuelles** (Capi), qui a rencontré un large succès (plus de 10 000 contrats signés à la fin du mois de septembre) ;

• de nouveaux **ajustements des tarifs** en radiologie et en biologie sont prévus ;

• dans le domaine des **produits de santé**, les économies attendues passeront par des mesures de baisse de prix de médicaments, génériques ou non, et de dispositifs médicaux. Une économie importante résultera également de la générication d'un antiagrégant plaquettaire, le Plavix© (clopidogrel).

Une diminution de 35 % à 15 % du remboursement de médicaments à service médical rendu faible ou insuffisant devrait aussi être à l'origine d'une baisse des dépenses estimée à 145 millions d'euros.

Enfin, comme l'avait prévu la LFSS pour 2009, la gestion des tarifs des médicaments de la liste en sus sera mise en œuvre.

b) Des économies ont été également prévues dans le secteur des dépenses hospitalières à hauteur de 3 millions d'euros

Elles résulteront :

- du relèvement du forfait hospitalier de 16 à 18 euros dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), de 12 à 13,5 euros dans les services de psychiatrie (160 millions d'euros) ;

- de l'expérimentation de convergence intersectorielle ciblée des tarifs sur une liste d'activités « individualisables » en termes de coûts structurels. Ces activités devraient concerner plus particulièrement les secteurs de la chirurgie ambulatoire et de la chirurgie légère (un montant de 150 millions d'euros sur les économies prévues devrait être imputé à cette expérimentation).

2. Les dispositions du projet de loi

Un certain nombre de dispositions du projet de loi s'inscrivent dans la logique du renforcement de la maîtrise médicalisée et de la régulation des dépenses.

Elles concernent notamment :

a) L'amélioration de la procédure de mise sous accord préalable

Les années 2008 et 2009 ont été marquées par la persistance, en dépit des actions déjà entreprises, d'une forte croissance des dépenses d'indemnités journalières.

Pour enrayer cette dérive, outre la diffusion prévue de référentiels destinés à harmoniser les pratiques de prescription, les aménagements de la procédure de mise sous accord préalable prévus à **l'article 30** du projet de loi donneront de nouveaux moyens aux organismes locaux d'assurance maladie pour développer le contrôle des prescriptions excessives d'arrêts de travail menées depuis 2006. Ces nouvelles dispositions pourront aussi s'appliquer électivement dans un autre secteur où les dépenses augmentent fortement, celui des transports sanitaires.

L'article 53 propose par ailleurs la généralisation de l'expérience, autorisée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 et jugée positive, de la contre-visite de l'employeur.

b) L'encadrement du développement des ventes de médicaments et de dispositifs médicaux

Deux articles du projet de loi ont pour objet de concourir à la politique d'encadrement du développement du marché des médicaments et dispositifs médicaux.

- En ce qui concerne les médicaments, **l'article 11** propose d'abaisser de 1,4 % à 1 % en 2010 le taux dit « K », au-delà duquel le développement du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques est soumis à une taxe et qui, dans le cadre du système conventionnel alternatif à la taxation prévu par le code de la sécurité sociale, sert également au calcul des remises négociées avec le comité économique des produits de santé (CEPS).

Cet abaissement, par ailleurs cohérent avec le rythme d'évolution du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique constaté ces dernières années, est justifié par le souci de ne pas encourager, dans la conjoncture actuelle, un nouveau développement de ce marché, qu'au demeurant ne laissent pas présager les projets actuels de mise sur le marché de nouveaux produits.

- **L'article 12** du projet de loi propose quant à lui de relever le taux de la contribution qui frappe les dépenses promotionnelles des fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux, et d'en étendre l'assiette à une nouvelle catégorie de dispositifs, celle des orthèses et prothèses, qui inclut notamment les produits du secteur de l'optique et les audioprothèses.

Cet ajustement, qui porte sur des biens et services dont les dépenses de remboursement connaissent un rapide développement, permettrait en outre d'augmenter les moyens de fonctionnement de la Haute Autorité de santé.

c) Un ajustement ponctuel du régime des affections de longue durée

L'article 29 du projet de loi prévoit un régime d'exonération du ticket modérateur des examens de suivi des patients qui sortiraient du dispositif des affections de longue durée (ALD).

Selon l'exposé des motifs, cette mesure faciliterait aux personnes ayant guéri d'un cancer (mais rien dans sa rédaction ne permet d'en exclure les personnes ayant été atteintes d'une autre ALD) le retour à une vie normale et en particulier l'accès à l'emploi ou à l'emprunt.

Son inspiration n'est pas critiquable mais sa portée risque d'être limitée.

On peut craindre, malheureusement, qu'elle ne suffise pas à changer le regard social sur le cancer. Quant à ses incidences pratiques et financières, elles seront en tous cas très mesurées, le suivi médical des patients ayant actuellement vocation à être pris en charge dans les mêmes conditions dans le cadre de l'ALD. Le ministère de la santé considère cependant que cette « sortie » d'ALD pourrait réduire à la marge les dépenses afférentes au fréquent mésusage de l'ordonnancier bizona.

Mais on peut surtout regretter que cette disposition ponctuelle ne permette pas en elle-même de véritable avancée dans le réexamen souhaitable du régime des affections de longue durée.

Ce dernier, aussi ancien que la sécurité sociale, est actuellement défini, très succinctement, au 3^o de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale. Il prévoit de dispenser du paiement du ticket modérateur¹ les assurés atteints d'une affection comportant « *un traitement prolongé et une*

¹ L'article L. 322-3 liste les cas dans lesquels le ticket modérateur peut être « limité ou supprimé ». Dans le cas des ALD, l'article D. 322-1 du code de la sécurité sociale précise que le régime des ALD ouvre droit à l'exonération du ticket modérateur.

thérapeutique particulièrement coûteuse », dont la liste est fixée par décret (article D. 322-1 du code de la sécurité sociale)¹.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a prévu que la liste des ALD comporte en annexe les critères médicaux *« utilisés pour la définition de l'affection »* et ouvrant droit *« à la limitation ou à la suppression »* du ticket modérateur.

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a par ailleurs prévu l'intervention d'un décret permettant de mesurer le bénéfice de l'exonération du ticket modérateur aux prestations *« exécutées dans le cadre d'un réseau de santé ou d'un dispositif coordonné de soins »*.

Ce dispositif a vieilli.

Outre l'élaboration de recommandations relatives au traitement des affections de longue durée, la Haute Autorité de santé a mené, entre 2007 et 2009, un travail important de réexamen de la liste des ALD et des critères d'admission en ALD.

A l'occasion de ce réexamen, elle a souligné dans ses avis la nécessité d'une réflexion d'ensemble sur la place des ALD dans le système de soins, estimant que ce régime est, en l'état, mal adapté à sa double finalité sociale (permettre la prise en charge à 100 % de maladies longues et coûteuses) et médicale (assurer la qualité de la prise en charge et du suivi des malades).

La HAS relève à juste titre le caractère *« fondamental »* des implications d'une telle réflexion sur le système de soins et estime nécessaire qu'elle *« s'accompagne d'un large débat »*.

On ne peut que souscrire à cette opinion, tout en soulignant qu'il est indispensable que ce débat ait lieu rapidement.

Mais il paraît au moins souhaitable, sans attendre ce débat de fond, de traduire rapidement dans la partie réglementaire du code de la sécurité sociale les propositions de la HAS tendant à réviser la liste des ALD et la définition, souvent obsolète, des critères d'admission à l'exonération, ainsi qu'à préciser, de manière harmonisée, une durée d'exonération initiale, qui pourra naturellement être renouvelée en tant que de besoin.

Ce ne serait qu'un premier pas mais, pourvu qu'il soit présenté et expliqué clairement à l'opinion, il aurait le mérite, d'abord de parer à ce qui devient une urgence, mais aussi de placer d'emblée le débat à venir dans une perspective *« médicale »* et de le fonder sur un bilan des progrès thérapeutiques - ou, en sens inverse, des nouvelles problématiques de santé -, qui justifient que l'on n'ait plus aujourd'hui la même vision qu'en 1945 de ce qu'est une affection relevant de modalités particulières de prise en charge.

¹ Depuis 2004, la liste des ALD est établie après avis de la Haute Autorité de santé, ce qui signifie concrètement que la HAS doit être consultée sur toute modification (par adjonction ou suppression) de cette liste et qu'elle le serait également s'il en était envisagé une réécriture d'ensemble.

Des maladies listées dans le code de la sécurité sociale n'ont plus lieu de l'être, certaines ne présentent plus la même gravité - ni le même pronostic - qu'autrefois, d'autres encore peuvent s'installer imperceptiblement et connaître des évolutions très variables dans le temps, ce qui d'ailleurs rend moins aisée qu'on ne le pense parfois la distinction entre le « petit risque » et le « gros risque » qui fondait implicitement le régime des ALD.

On peut donc estimer qu'il faut aborder le problème à la fois dans ses dimensions médicales, sociales et financières, mais qu'il faut l'aborder dans son ensemble, et les travaux de la HAS semblent offrir, à cet égard, un bon point de départ.

D. LA MISE EN PLACE DES ARS

La mise en place des ARS devrait s'effectuer progressivement dans les premiers mois de 2010 - et au plus tard, comme l'impose l'article 131 de la loi HPST, au 1^{er} juillet 2010.

L'article 34 du projet de loi mentionne la contribution en 2010 des régimes d'assurance maladie à leur fonctionnement, contribution prévue par l'article L. 1432-6 du code de la santé publique : le libellé de cet article ne comporte toutefois aucun chiffrage de cette contribution, dont la nature nécessite pourtant qu'elle soit fixée par le législateur.

Votre commission juge indispensable de combler cette lacune et vous proposera un amendement en ce sens.

Il importe en tout cas que soit clairement défini ce que doivent recouvrir les contributions des régimes d'assurance maladie aux dépenses des ARS, ce que ne fait pas suffisamment l'article 34.

La logique - et aussi les termes de la loi HPST - voudrait que ces contributions se limitent strictement au transfert des personnels qu'ils affectaient, au sein des caisses ou des différentes structures auxquelles se substituent les ARS, aux activités que reprennent ces dernières.

Aller au-delà pèserait sur les moyens que les caisses consacrent actuellement à d'autres tâches et risquerait soit de nuire à l'exécution de celles-ci, soit de les contraindre à de nouveaux recrutements. Aucune de ces issues n'est souhaitable.

Cela reviendrait aussi à prélever sur les ressources de l'assurance maladie pour assurer les moyens de fonctionnement d'établissements publics de l'Etat, ce qui ne paraît pas être leur principale destination.

Pour la même raison, le principe de la participation de l'assurance maladie aux dépenses d'installation des ARS peut paraître critiquable, à moins qu'il ne s'agisse d'une participation à la réalisation d'investissements - par exemple dans le domaine des services d'information - qui seraient utilisés en commun par les ARS et les organismes d'assurance maladie.

Votre commission suivra naturellement avec la plus grande attention la mise en place des ARS et leur contribution tant à l'amélioration de l'organisation régionale et territoriale du système de santé qu'au respect de l'Ondam.

Elle a souhaité obtenir des précisions sur le montant en 2010 des moyens d'intervention dont elles disposeront, moyens qui étaient auparavant gérés par les organismes dont elles reprennent les attributions.

Elle a également interrogé le ministère sur les bénéfices attendus de la création des ARS.

1. Les moyens gérés par les ARS

Le tableau ci-après donne une estimation des ressources relevant du champ de la loi de financement de la sécurité sociale qui pourront être allouées par les ARS dans le cadre de leurs différentes compétences.

La répartition de ces moyens entre les ARS ne peut être encore précisément connue. Toutefois, le tableau comporte une répartition indicative de ces moyens entre un « échantillon » composé des ARS de cinq régions qui devraient disposer d'un peu moins de la moitié de leur total (environ 16 milliards sur 39) : on observera que les moyens dont devrait disposer l'ARS la moins bien dotée, celle de la région du Limousin, représentent 8,8 % de ceux de la région Ile-de-France.

**Estimation des ressources relevant du champ de la loi de financement
de la sécurité sociale qui seront allouées par les ARS**

(en millions d'euros)

	Total toutes ARS confon- dues	Ile-de- France	Paca	Rhône- Alpes	Centre	Limousin	Total échan- tillon
SSR-PSY public et privé	15 047	2 712	889	1 331	455	209	5 596
USLD	1 453	219	56	100	51	34	460
Objectif global de dépenses (médico-social) personnes âgées	6 200	936	563	767	368	137	2 771
Objectif global de dépenses (médico-social) personnes handicapées	7 700	1 412	589	736	341	143	3 222
Mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation	7 700	1 817	541	680	232	98	3 368
Fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins (Fiqs)	240	42	15	19	6	5	87
Ondam médico-social hors CNSA (addictologie)	363	61	30	40	19	7	157
Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés	190	40	15	19	6	5	85
Permanence des soins	146	48	36	35	6	2	127
Total	39 039	7 287	2 734	3 727	1 484	640	15 873

Source : ministère de la santé

2. Les estimations relatives à la contribution des ARS au respect de l'Ondam

Le ministère de la santé a communiqué à votre rapporteur des éléments d'information sur les économies potentielles qui pourraient être réalisées grâce à l'action des ARS.

Ces estimations ne peuvent naturellement, comme l'a d'ailleurs souligné le ministère, revêtir qu'une portée tout à fait indicative - on ajoutera qu'il est par ailleurs impossible de les comparer aux performances que l'on aurait pu attendre des différents services ou organismes dont elles reprennent les attributions.

Les évaluations proposées tiennent compte de deux éléments :

- les ARS tenues au respect de l'Ondam ne disposeront pas de moyens directs d'action sur le niveau de la dépense de santé ;

- elles interviendront concurremment avec d'autres acteurs : il faut donc tenter de définir la quote-part des résultats attendus qui pourra être imputable aux ARS, les objectifs retenus ne pouvant par ailleurs être atteints sans la participation active des autres intervenants.

Sous ces réserves - et si elles disposent des moyens nécessaires (en personnel, en système d'information...), il est considéré que les ARS pourraient, à moyen terme (trois à cinq ans) parvenir à réaliser des économies de l'ordre de 700 millions à 1 milliard d'euros par an dans cinq domaines :

- en ce qui concerne **l'optimisation de l'offre de soins hospitaliers**, il est estimé que des économies nettes de 700 millions d'euros par an pourraient résulter de l'adaptation des capacités d'accueil en médecine et en psychiatrie.

Les ARS disposent dans ce domaine de moyens d'actions plus importants que ceux des agences régionales de santé (ARH) : elles pourront en particulier assurer un « pilotage » coordonné des actions dans le secteur hospitalier et le secteur médico-social, et transférer des moyens du premier au second grâce au mécanisme de « fongibilité asymétrique », prévu par la loi HPST. Leur intervention devrait donc permettre de réaliser 60 % du potentiel d'économies dans ce domaine, soit 420 millions d'euros ;

- les ARS devraient aussi contribuer à **l'amélioration de la maîtrise médicalisée des dépenses hospitalières de médicaments** (gestion de la liste en sus, prescriptions exécutées en ville) dont on peut attendre 430 millions d'euros d'économies. Les ARS contribueront à atteindre cet objectif à travers les programmes régionaux de gestion du risque mis en place avec les organismes d'assurance maladie et la contractualisation avec les établissements. Elles ne seront pas, dans ce domaine, les seuls intervenants, mais les résultats de leur action peuvent être chiffrés à 30 % des économies réalisables, soit 130 millions d'euros ;

- enfin, dans le secteur des **structures médico-sociales**, les « gisements » d'économies n'ont pas encore été complètement évalués : le contrôle des facturations pourrait permettre une réduction des dépenses estimée à 80 millions d'euros et les ARS, en fonction de leurs moyens d'intervention, devraient y contribuer à hauteur de 30 millions d'euros. Mais elles auront aussi un rôle essentiel à jouer pour développer, avec les organismes d'assurance maladie, des actions de gestion du risque, jusqu'à présent peu développées dans le secteur médico-social, pour améliorer la coordination et favoriser la convergence tarifaire dans le secteur des Ehpad et des unités de soins de longue durée.

L'extension de la contractualisation aux établissements médico-sociaux devrait en particulier leur donner dans ce domaine des moyens d'action importants.

II. LE SYSTÈME HOSPITALIER À LA CROISÉE DES RÉFORMES

L'hôpital, public et privé, est un élément central de notre système de santé, ce qui lui est parfois reproché.

Cette réalité, fruit d'une longue tradition, se traduit dans les chiffres. Même si les dépenses hospitalières connaissent une lente décélération (elles représentaient, en 1982, 55 % des dépenses de santé), elles étaient encore, cependant, en 2008 le premier poste de la consommation de biens et de services médicaux (CSBM) : 75,2 milliards d'euros sur 170,5 milliards, soit 44 % du total, et les dépenses qu'il est prévu de consacrer aux établissements de santé devraient représenter 43,8 % des dépenses du champ de l'Ondam 2010.

L'accès à l'hôpital et l'excellence du système hospitalier demeurent des priorités de la politique de santé, dont la réalisation, surtout dans les circonstances présentes, suppose un important effort d'optimisation de l'offre de soins et de la dépense hospitalière.

La réforme engagée par le lancement en 2002 du plan Hôpital 2007 avait pour objet, dans cette perspective, de rénover la gestion et l'organisation de l'hôpital, de faciliter la restructuration et la planification de l'offre de soins, de relancer l'investissement.

Le passage à la tarification à l'activité (T2A), prévu par l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, est un levier essentiel de cette réforme.

Cependant, comme l'a souligné devant votre commission le Premier président de la Cour des comptes, Philippe Séguin, la mise en œuvre des différents volets du plan Hôpital 2007 n'a pas enclenché, comme on aurait pu l'espérer, de « *cercle vertueux au service d'un projet de restructuration hospitalière* ».

C'est le moins que l'on puisse dire. Mais ce n'est pas une raison pour renoncer à une réforme qui reste nécessaire et qui a sans doute surtout souffert d'un pilotage trop indécis.

Pour l'instant, cependant, cette réforme paraît enlisée, tandis que tous les avis - ceux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, du conseil de la Cnam, de la Cour des comptes - convergent sur le constat que le potentiel d'efficience de l'hôpital reste assez largement en jachère.

Pour votre commission, il importe de sortir au plus tôt de cette situation.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 confirme la volonté gouvernementale de mener à bien la réforme de la tarification hospitalière. Il comporte aussi des mesures nouvelles en matière de maîtrise des dépenses hospitalières et prévoit les crédits nécessaires à la poursuite du plan Hôpital 2012.

Ces orientations générales rejoignent les préoccupations de votre commission.

Elle regrette en revanche la confirmation du report à 2018, annoncé au moment de la discussion du projet de loi HPST, de l'achèvement de la réforme tarifaire.

Si un délai s'impose effectivement pour mener à son terme dans de bonnes conditions la réforme de la tarification hospitalière, il faut fixer à ce délai un terme raisonnable - 2014 plutôt que 2018 - et le mettre à profit pour développer l'efficacité du système hospitalier.

A. SORTIR DE L'ORNIÈRE LA RÉFORME DE LA TARIFICATION HOSPITALIÈRE

Desservie par un certain flou conceptuel, une méthodologie incertaine et un contexte financier très contraint, la mise en place de la T2A peut justifier le bilan sévère - précédé en 2006 d'un diagnostic lucide - dressé par le rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008¹.

En effet, même si les difficultés constatées n'étaient pas toutes évitables, elles ont certainement eu, pour les établissements, des conséquences sérieuses et elles ont, surtout, freiné en partie la dynamique que la T2A avait précisément pour objet de favoriser.

Cependant, ces dommages collatéraux ne doivent pas occulter l'intérêt de la T2A, d'autant moins que sa mise en place commence à donner certains résultats.

Mais il est indispensable de clarifier à la fois le discours et la méthode. Ce qui suppose de remettre en perspective la logique de la réforme, de ne pas différer plus longtemps la « mise à plat » des problèmes qui restent à résoudre, et surtout de faire en sorte que leur analyse débouche rapidement sur des solutions.

1. Remettre en perspective la logique de la réforme

Comme le notait le rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005², la réforme du financement du système hospitalier a été engagée alors que ses modalités étaient encore imprécises. On peut certes objecter à cette critique implicite qu'il aurait été difficile, surtout dans une situation qui imposait un passage rapide à la T2A, de se donner le loisir d'en définir à l'avance le scénario dans le détail - d'autant plus que les expériences étrangères montrent que le passage à la T2A nécessite inévitablement des ajustements successifs.

¹ RALFSS 2008, septembre 2009.

² RALFSS 2005, septembre 2006.

Il aurait cependant été utile de pouvoir aller un peu plus loin dans l'élaboration de la stratégie à mener, et surtout de disposer d'outils plus performants de collecte des données sur les coûts et d'analyses de ces données¹.

Ceci expliquant sans doute cela, l'imprécision des premiers jours ne s'est toujours pas totalement dissipée et entretient la confusion du débat sur les objets et les effets de la réforme, débat dont votre commission avait constaté, dès 2006, qu'il était mal maîtrisé par les pouvoirs publics².

a) Une réforme engagée dans des conditions peu propices mais qui était et reste indispensable

Le système de tarification à l'activité, qui s'applique, dans le monde et en Europe, à des systèmes de santé sans doute aussi différents les uns des autres qu'il est possible de l'être, n'a *a priori* aucune raison de devenir en France un ferment de destruction.

En revanche, il faut admettre que le système de soins français, durablement soumis aux effets délétères d'un régime de financement dominé par la logique de la reconduction historique, n'était guère préparé à tirer bénéfice de la T2A, dont l'efficacité dépend de l'analyse fine des coûts et des activités et des modalités techniques de la fixation des tarifs.

La réforme était urgente, mais elle arrivait sur un terrain peu préparé à la recevoir.

Il a donc fallu inventer les moyens de réaliser la tarification à la T2A sans avoir aucun des outils nécessaires.

• Une réforme engagée dans l'urgence et dans de mauvaises conditions

Jusqu'en 2003, les établissements publics et privés de santé étaient soumis à des systèmes de financement différents, celui des établissements publics et privés non lucratifs étant fondé sur le régime de la dotation globale tandis que les établissements privés à but lucratif percevaient le remboursement de prestations hospitalières dont les tarifs étaient fixés au niveau national. Dotation ou tarifs étaient ensuite répartie ou adaptés au niveau régional selon des critères assez peu dynamiques.

¹ On peut relever à cet égard que, jusqu'en 2009, les tarifs T2A appliqués aux établissements privés à but lucratif correspondaient aux moyennes des tarifs anciennement facturés à l'assurance maladie et non à des coûts réels observés. Pour les établissements publics, ces coûts ont été calculés à partir d'un échantillon d'une cinquantaine d'établissements participant à l'échelle nationale des coûts. Au Royaume-Uni, en revanche, l'information sur les coûts est recueillie dans la totalité des établissements. Il a été indiqué à votre rapporteur que cette méthode pouvait aussi comporter des inconvénients. On peut cependant douter que la seconde soit moins fiable que la première.

² Rapport d'information sur les réformes du financement des établissements de santé, n° 298, 2005-2006.

Au total, ce mode de financement dualiste se caractérisait par des rigidités financières, des inégalités régionales et, au bout du compte, par des inégalités intra et intersectorielles difficilement justifiables, préjudiciables à l'évolution de l'offre de soins et génératrices de sérieuses distorsions de concurrence.

L'échec des tentatives menées à la fin des années quatre-vingt-dix et au début des années 2000 pour améliorer la péréquation régionale des dotations¹ et contenir la progression des dépenses budgétaires est à l'origine du choix, en 2003, du recours à la T2A, précédé d'une expérimentation prévue par la loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU.

Le RALFSS 2005² de la Cour des comptes éclaire parfaitement les raisons et le contexte du passage à la T2A :

« Outre l'objectif de médicalisation du financement, le second objectif affiché de la réforme est celui "d'équité de traitement entre les établissements". Il vise la réduction des fortes disparités de ressources dont bénéficient les établissements de santé pour produire la même activité de soins et qui résultent principalement des dispositifs antérieurs de financement : bien qu'opposés dans leur logique - dotation globale de moyens d'un côté, paiement à la prestation de l'autre -, les modes d'allocation de ressources des secteurs public et privé lucratif ont eu pour résultat similaire de créer et de figer des rentes de situation à l'intérieur de chaque secteur et de maintenir un écart supposé très significatif entre les deux secteurs. »

Cette analyse explique aussi qu'il ait pu être difficile d'organiser des « convergences » quand les divergences étaient « supposées » plutôt que mesurées.

• Un processus évolutif

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 a posé le principe du passage à la T2A, limité dans un premier temps aux activités de médecine, chirurgie obstétrique (MCO), qui devait permettre la « médicalisation » du financement, la responsabilisation des acteurs et une équité de traitement entre secteurs.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 en a ensuite précisé les étapes : la T2A devait - dans un premier temps - s'appliquer en 2012 au terme d'une période transitoire débutant en 2005. Elle a, surtout, introduit la notion de convergence des tarifs de toutes les catégories d'établissements, « dans la limite des écarts justifiés par les différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs ».

¹ Cette péréquation recourait déjà à une classification « économique-médicale », fondée sur le « programme de médicalisation du système d'information » (PMSI), permettant l'établissement d'une nomenclature de groupes homogènes de malades (GHM) ainsi que le calcul du point d'indice synthétique d'activité (ISA) et la modulation des budgets en fonction de l'activité des établissements.

² Septembre 2006

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a précisé que la convergence devrait aller vers les tarifs les plus « efficaces », c'est-à-dire les moins élevés et par conséquent ceux des cliniques à but lucratif, cette solution ayant été suggérée par l'Igas¹ en raison de son caractère moins inflationniste que la convergence vers les coûts moyens qui avaient été également envisagée. Cette dernière a cependant prévalu pour la convergence « intrasectorielle ».

Sur le conseil de l'Igas, on a donc choisi les tarifs dits les plus « efficaces », c'est-à-dire les moins coûteux pour l'assurance maladie, ceux des cliniques privées.

• Le manque d'outils adaptés

Une fois établie la doctrine de fixation des tarifs, il était nécessaire, faisait aussi remarquer l'Igas, disposer des informations nécessaires pour la mettre en œuvre.

Le ministère de la santé n'en disposait pas et les tarifs pour 2006 ont dû être préparés sur la base « *de données limitées sur l'année 2003* ».

Il fallait néanmoins refondre les modalités de détermination du taux d'évolution des tarifs privés et publics et résoudre le problème de la monoparité des deux secteurs.

Enfin, la question de la définition des écarts de coûts potentiellement justifiables n'est toujours pas résolue.

Par la force des choses, la valorisation initiale des différentes composantes de la T2A s'est effectuée à partir des données disponibles, qui étaient peu satisfaisantes. C'était évidemment un handicap sévère, l'identification des coûts et la qualité de la méthode utilisée à cette fin ayant un impact important sur les résultats.

Pour les établissements privés, il avait été prévu de constituer une base de référence sous la forme d'un échantillon représentatif d'établissements sur lequel calculer les coûts de production des groupes homogènes de malades (GHM), mais elle n'existait pas à la fin de 2005.

Pour les établissements publics, existait l'échantillon d'établissements participant à l'échelle nationale de coût (ENC), mais une méthode complexe a été utilisée : le calcul des coûts complets par GHM a précédé le calcul de « pré-tarifs » par redistribution des coûts complets entre les GHS et les autres éléments de rémunération, puis celui des tarifs nationaux.

¹ « *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé* » rapport présenté par P. Aballea, P-L Bras et S. Seydoux, Igas, janvier 2006.

• Au total, les financements ont été répartis entre différentes composantes :

- les « tarifs » proprement dits, c'est-à-dire les groupes homogènes de soins (GHS), permettant de tarifier les séjours de groupes homogènes de malades (GHM), et dont on rappellera qu'ils ne recouvrent pas les mêmes charges dans le privé et le public ;

- les missions d'intérêt général et les aides à la contractualisation ;

- les médicaments et dispositifs particulièrement coûteux facturés en sus des séjours (les DMI-MO¹) ;

- les forfaits rémunérant les soins d'urgence et les activités de greffe.

Divers coefficients géographiques tiennent compte des divergences de coûts (salariaux, immobiliers...) mais ils ne concernent que l'Ile-de-France, la Corse et l'Outre-mer.

Cette variété d'« enveloppes », qui existe dans d'autres pays et est parfaitement justifiée, de même que des incitations tarifaires, comme celles prévues pour encourager la chirurgie ambulatoire ou favoriser les réalisations de plans de santé.

Mais dans le cas français, ils correspondent aussi à des différences de structure des financements entre les secteurs peu susceptibles d'aller dans le sens de la convergence.

• Le rapport de septembre 2009² de la Cour des comptes complète la description de cette singulière méthodologie en précisant que l'articulation entre coûts et tarifs « demeure très incertaine ».

Les tableaux ci-après, qui retracent l'évolution des différentes composantes de la T2A, montrent aussi que la part proprement « tarifaire » de la rémunération n'est pas celle qui a augmenté le plus vite.

¹ Dispositifs médicaux implantables et molécules onéreuses.

² RALFSS 2008.

**Montant des deux sous-objectifs fixés par chaque LFSS
et leur répartition par sous-enveloppe depuis la mise en place de la T2A**

En millions d'euros

	2005	2006	2007	2008	2009
	Objectifs (rebasé)	Objectifs	Objectifs	Objectifs	Objectifs
Total champ objectifs hors champ non régulé, hors PMESPP	60 666,04	62 498,10	64 483,24	66 515,37	68 519,57

Etablissements de santé tarifés à l'activité	44 436,33	45 779,84	47 383,43	48 834,81	50 828,33
ODMCO	39 607,16	40 161,29	41 383,60	42 225,89	43 134,07
Part activité	35 811,09	36 069,51	36 861,75	37 319,90	37 644,88
Médicaments et DMI	2 945,49	3 212,40	3 602,26	3 962,48	4 339,52
Forfaits annuels	850,38	879,38	919,59	943,50	1 149,68
MIGAC	4 829,17	5 618,56	5 999,82	6 608,93	7 694,26

Autres dépenses relatives aux établissements de santé	16 229,72	16 718,26	17 099,82	17 680,56	17 691,24
Ondam	14 496,75	14 902,25	15 188,11	15 678,18	15 515,04
OQN PSY-SSR	1 732,97	1 816,01	1 911,71	2 002,38	2 176,19

Source : Atih

**Montant des deux sous-objectifs fixés par chaque LFSS
et leur répartition par sous enveloppe depuis la mise en place de la T2A**

En %

	Part des différentes composantes (objectifs)				
	2005	2006	2007	2008	2009
Total champ objectifs hors champ non régulé, hors PMESPP					

Etablissements de santé tarifés à l'activité	73,2 %	73,2 %	73,5%	73,4 %	74,2 %
ODMCO	89,1 %	87,7 %	87,3 %	86,5 %	84,9 %
Part activité	90,4 %	89,8 %	89,1 %	88,4 %	87,3 %
Médicaments et DMI	7,4 %	8,0 %	8,7 %	9,4 %	10,1 %
Forfaits annuels	2,1 %	2,2 %	2,2 %	2,2 %	2,7 %
MIGAC	10,9 %	12,3 %	12,7 %	13,5 %	15,1 %

Autres dépenses relatives aux établissements de santé	26,8 %	26,8 %	26,5 %	26,6 %	25,8 %
Ondam	89,3 %	89,1 %	88,8 %	88,7 %	87,7 %
OQN PSY-SSR	10,7 %	10,9 %	11,2 %	11,3 %	12,3 %

Source : Atih

b) La T2A pour quoi faire ?

• **Un outil de « médicalisation du financement » qui favorise l'efficience**

« La T2A est un système de financement des établissements de santé qui associe le paiement à l'activité réalisée, celle-ci étant définie par des épisodes de soins. »¹

Outre son intérêt intrinsèque, la « médicalisation du financement » peut avoir, selon le document de travail précité de l'Irdes, trois avantages principaux :

- elle tend à assurer une plus grande transparence dans le financement des soins hospitaliers - puisqu'elle lie ce dernier à la production des soins ;

- elle est perçue comme équitable, dans la mesure où on paie le même prix pour un même service par tous les fournisseurs de soins - sous réserve naturellement de la fiabilité de la classification de l'activité en groupes tarifaires ;

- elle tend également à améliorer l'efficience à la fois de chaque établissement et de l'ensemble du système, en introduisant « *une forme de compétition stimulant l'efficience dans un contexte où ces pressions compétitives étaient absentes jusqu'alors* »².

Ainsi, la T2A pouvait apparaître comme un moyen efficace de sortir des modalités françaises de financement des établissements de santé, qui différaient entre les hôpitaux publics (et les établissements privés participant au service public) et les établissements privés à but lucratif, mais qui avaient en commun d'être fort éloignés d'un « financement médicalisé » et de ne guère favoriser l'efficience.

En revanche, « *la T2A comme mode de paiement n'a aucune vocation à assurer une couverture optimale des besoins ni à améliorer la qualité des soins* ».

• Dès lors, il est nécessaire de prévoir à cette fin des **mécanismes régulateurs additionnels**, comme cela a été fait aux Etats-Unis.

• Il faut également **veiller à prévenir les effets pervers qu'elle peut comporter**. Ainsi, les expériences étrangères ont attiré l'attention sur certains risques potentiels concernant :

- la qualité des soins (les établissements pourront espérer maximiser leur activité en raccourcissant à l'excès les séjours ; en sélectionnant les patients les moins lourds ; en « surcodant » leur activité ou en fournissant des

¹ « Principes et système de la tarification à l'activité à l'hôpital » Z. Or et T. Renaud, document de travail de l'Irdes n° 23, mars 2009.

² Document de travail de l'Irdes précité. Cet effet d'incitation à l'activité et à la « productivité » explique en particulier le succès du recours à la T2A pour résoudre les phénomènes de « file d'attente » au Royaume-Uni, en Australie ou au Danemark.

soins ou des prestations non indispensables mais permettant de classer les patients dans un groupe homogène de malades plus rémunérateur ;

- la maîtrise des dépenses, la T2A incitant à augmenter l'activité hospitalière et à créer des « effets d'offre », notamment pour développer la demande dans les domaines susceptibles d'être les plus rémunérateurs (hospitalisations de jour, chirurgie légère) ;

- la planification de l'offre : les établissements n'ont pas intérêt à s'installer dans les zones où il n'existe pas de demande susceptible de leur permettre de développer leur activité ni de la spécialiser dans les secteurs les plus « rentables ».

• **Ces inconvénients potentiels peuvent être évités par des mesures incitatives ou par des contrôles** : encore faut-il y veiller et mettre en place les mécanismes nécessaires.

Cela n'a pas toujours été perçu spontanément :

- ainsi, en ce qui concerne les planifications des soins, la Cour des comptes avait relevé en 2006 la nécessité de mieux articuler les outils de la planification hospitalière avec la T2A, soulignant que la « *combinaison harmonieuse* » entre la logique des objectifs quantifiés de l'offre de soins et la logique d'efficacité de l'activité hospitalière « *ne va pas de soi* » ;

- par ailleurs, il est indispensable de mener une **politique active de contrôle** : à cette fin, la Cnam a programmé depuis 2006 des stratégies de contrôle tendant à dissuader la transgression des règles de facturation relatives à la T2A.

Chaque campagne retient un certain nombre de priorités. Celles retenues en 2008 ont porté sur certains séjours d'hospitalisation complète de nature variée (soins palliatifs, chirurgie de confort ou ophtalmologie, séjours comportant des complications et morbidités associées...), sur les actes et consultations externes facturés en hospitalisation à temps partiel, sur la facturation abusive d'accueils en urgence.

Au total, près de 190 000 séjours ont été contrôlés dans 424 établissements : 226 établissements publics et 198 établissements privés ; 221 établissements ont fait l'objet de notifications d'indus pour un montant total de près de 14 millions d'euros, et 57 établissements sont sanctionnables pour un montant total de 14,1 millions d'euros (le prononcé de ces sanctions financières est proposé aux ARH, et leur instruction nécessite certains délais : le résultat définitif de la campagne 2008 en ce domaine ne sera donc connu qu'à la fin de 2010) ;

- enfin, il faut aussi mettre en place des politiques de contrôle de la qualité des soins, à laquelle contribueront les obligations de publication d'indicateurs de qualité et de sécurité des soins ainsi que le dispositif d'évaluation et de diffusion de l'innovation prévu par la loi HPST.

2. Des débuts difficiles mais des évolutions encourageantes

Les trois constats qui introduisent le « bilan à mi-parcours » établi par la Cour des comptes paraissent sans appel pour la T2A « à la française » : un dispositif opaque, une gestion et un suivi des recettes des établissements insuffisants, des interrogations sur ses modalités d'évolution... On doit observer cependant que le difficile démarrage de la T2A est aussi partiellement imputable aux contraintes financières qui en ont imposé une gestion très serrée, et que quelques signes encourageants se manifestent, ce qui ne devrait pas inciter à prolonger trop une phase transitoire qui a déjà été bien longue.

a) *Le poids des contraintes financières*

Elles se sont traduites de diverses manières, renforçant les effets des « *modifications incessantes et peu lisibles* » de la tarification. Elles ont contribué aux effets négatifs constatés par la Cour des comptes : l'opacité du système, le manque de visibilité des établissements, qui aboutissait à retirer à la T2A ce qui devait être un de ses principaux avantages, à savoir l'incitation à une gestion dynamique des établissements.

Outre les charges financières entraînées par les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2010, les contraintes financières ont résulté :

- du **ralentissement de la croissance de l'Ondam**, qui exigeait des établissements des efforts d'économies importants et qui n'étaient pas toujours réalisables ;

- de l'**utilisation des crédits de la dotation annuelle complémentaire**, primitivement destinée à faciliter la « convergence intrasectorielle » du secteur public mais qui, selon la Cour des comptes, a été utilisée comme une variable d'ajustement et a par ailleurs été frappée par des mesures de gel.

Elle a fini par être supprimée en 2008, le mécanisme du « coefficient de transition » du secteur privé ayant alors été étendu au secteur public. En outre, les tarifs nationaux du public ont été revus à la baisse avant l'application du coefficient de transition afin d'éviter les incitations à l'activité pouvant résulter de ce dispositif.

La Cour note que ce recalcul des tarifs, intervenu sans amortissement, a affecté les prévisions de recettes des établissements, qui n'ont pas alors semblé convaincus des présentations « *fondées sur la métaphore des écluses ou des vases communicants* » qui leur ont été prodiguées. D'autant moins sans doute que le bilan de l'évolution et de la répartition de la part T2A des deux secteurs se serait soldé par un « bénéfice » du secteur privé de 297 millions d'euros sur les exercices 2004 à 2008.

b) Des avancées encourageantes

En dépit du caractère quelque peu chaotique du passage à la T2A, l'année 2008 permet d'enregistrer deux constats positifs et deux avancées :

- La **convergence intrasectorielle** progresse à un rythme conforme aux prévisions, même s'il doit être observé que les effets de gamme et de taille peuvent aussi jouer sur les coûts de production des établissements à l'intérieur de chaque secteur.

La progression de la convergence intrasectorielle

Secteur privé

Année	Vitesse imposée	Vitesse observée
2005	14,29 %	14,29 %
2006	16,67 %	21,50 %
2007	20,00 %	23,55 %
2008	25,00 %	28,96 %
2009	33,33 %	38,13 %

Secteur public

Année	Vitesse imposée	Vitesse observée
2008	30,00 %	30,00 %
2009	33,33 %	34,29 %

- **L'activité GHS** a progressé en 2007 et 2008 dans le privé comme dans le public, mais avec un léger avantage pour ce dernier : 21,5 % et 2,5 % pour le public, contre - 0,7 % et 1,5 % pour le privé.

- L'entrée en vigueur de **la nouvelle classification V11** a fait passer de 790 à 2290 le nombre des GHM, ce qui permet de distinguer quatre niveaux de GHS en fonction de la gravité des cas et permet donc de tarifier plus équitablement les cas les plus lourds.

- Des enveloppes de 760 millions d'euros et 100 millions d'euros en année pleine ont été débasées des tarifs pour être affectées respectivement aux établissements assurant la permanence des soins hospitaliers et accueillant des patients précaires.

3. Le report de la convergence

Même s'il ne faut pas minimiser l'ampleur des évolutions qu'elle exige, la mise en place de la T2A et le processus de convergence auraient duré huit années, si le délai prévu avait été maintenu. C'est déjà bien long, surtout lorsque les choses ne donnent pas le sentiment d'avancer beaucoup.

La suggestion de procéder parallèlement à une expérience de « convergence ciblée », de prime abord séduisante, doit toutefois être examinée en fonction de ses possibles répercussions sur le processus volontariste qu'il faut en priorité engager.

En effet, le débat sur la convergence intersectorielle « *semble s'être poursuivi à l'identique, sans grand progrès sur les principaux thèmes visés dès le départ : la mesure des écarts entre les tarifs des seuls groupements homogènes de soins (GHS) et la mesure des écarts de coûts dus à la spécificité de chaque secteur (charges d'exploitation, en particulier de personnel, contenu de l'activité de soins et de service, différence des populations accueillies)* »¹.

En tout cas, il semble à votre commission que, s'il faut un report, il faut le limiter à 2014, délai qui devrait être suffisant pour résoudre les questions qui doivent encore l'être, à savoir :

- l'harmonisation des charges couvertes par les GHS qui, dans le secteur privé, ne couvrent pas les honoraires des médecins, comme l'indique le tableau ci-après :

¹ Cour des comptes, RALFSS 2008.

Comparaison des périmètres de charges couvertes par les tarifs

Secteur public		Secteur privé	
Hors tarif	Inclus dans tarif	Inclus dans tarif	Hors tarif
	Rémunérations personnels médicaux, y compris charges sociales		Honoraires médecins Exonération des charges sociales en secteur I
	Rémunération personnels non médicaux	Rémunérations personnels non médicaux	
Liste en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables	Fournitures médicales, médicaments/dispositifs médicaux (hors listes)	Fournitures médicales, médicaments/dispositifs médicaux (hors listes)	Liste en sus médicaments/dispositifs médicaux implantables
	Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles		Actes de biologie, d'imagerie, d'explorations fonctionnelles
	Charges logistiques, hôtelières et générales	Charges logistiques, hôtelières et générales	

- Les conclusions à tirer des seize études à réaliser pour évaluer les écarts de coûts justifiés entre les différents secteurs d'activité, études qui devraient toutes être terminées au plus tard en 2012.

B. MOBILISER LES MARGES D'EFFICIENCE DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Un certain nombre de travaux récents insistent sur le fait qu'il demeure des marges d'efficience dans les établissements de santé, tant publics que privés.

Dans un avis du 23 avril 2009, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam), qui se félicite de la création - tout récemment intervenue, de l'agence nationale d'appui à la performance hospitalière (Anap), insiste à ce titre sur les progrès encore nécessaires dans la mesure et l'analyse de l'activité hospitalière mais souligne aussi les conséquences sur la productivité des établissements des défauts d'organisation de l'offre de soins.

Les propositions formulées en juillet par la Cnam sur les charges et produits pour l'année 2010 mettent l'accent sur les marges de productivité que peut couvrir « l'écart facial » entre les tarifs des secteurs et se prononce en faveur de la poursuite de la politique d'adaptation des tarifs ainsi que du développement d'une nouvelle offre de soins chirurgicaux en centres autonomes.

Enfin, le rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale de septembre dernier a relevé, au terme d'une étude portant sur un échantillon d'hôpitaux, que tous ces établissements présentaient « *au moins un foyer de sous-performance* » et a recommandé que figurent, dans les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (Cpom), des engagements en termes de développement de la comptabilité analytique et d'analyse des secteurs d'activité présentant des surcoûts.

En dehors de la maîtrise médicalisée, votre commission souhaite aussi mettre l'accent sur le nécessaire équipement des établissements en moyens d'information et s'inquiète des dérives du plan Hôpital 2007 dénoncées par la Cour des comptes.

1. Le renforcement de la politique de maîtrise médicalisée à l'hôpital

Les établissements de santé sont aussi d'importants prescripteurs de soins en ville, mais les praticiens hospitaliers n'ont pas toujours le réflexe de la maîtrise médicalisée. Le projet de loi comporte à cet égard des mesures positives destinées à favoriser l'encadrement contractuel de certaines prescriptions délivrées en ville.

Votre commission s'en félicite mais estime néanmoins indispensable que soit appliquée l'obligation d'identification des praticiens prescripteurs, la responsabilité en la matière ne devant pas être au premier chef celle des établissements.

a) Les dispositions du projet de loi

Le projet de loi comporte une disposition sur la maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières de dépenses de transport sanitaires, qui a été utilement complétée par un amendement prévoyant une disposition symétrique en matière de prescriptions de médicaments.

L'article 31 du projet de loi, qui s'inspire d'une proposition de la Cnam, tend à rationaliser les prescriptions hospitalières de transports sanitaires. A cette fin, il prévoit un dispositif - un peu complexe - prévoyant la fixation d'un taux national d'évolution des dépenses de transports prescrites par les établissements et la sanction des établissements qui ne respecteraient pas ce taux. Les ARS ou les organismes locaux d'assurance maladie pourront conclure un contrat avec les établissements dont les prescriptions ne seraient pas maîtrisées, assorti d'un système de « bonus-malus ».

L'article 31 bis, adopté à l'initiative de la rapporteure pour avis de la commission des finances de l'Assemblée nationale, transpose ce dispositif aux prescriptions de médicaments.

Ces prescriptions ont en effet augmenté de 12 % en 2008, ce qui contraste avec la stabilisation des dépenses de prescriptions de ville.

Les contrats proposés aux établissements se référeront à un taux national d'évolution des dépenses de médicaments des établissements de santé.

b) L'application toujours attendue de l'obligation d'identification des praticiens hospitaliers

Votre commission ne peut qu'approuver les deux articles adoptés par l'Assemblée nationale. Elle maintient cependant que la maîtrise des dépenses de soins de ville résultant de prescriptions hospitalières exige l'identification des praticiens concernés.

A l'initiative du Sénat, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 a prévu que les médecins exerçant dans les établissements de santé publics et les centres de santé soient identifiés par un numéro personnel d'identification distinct du code de la structure où ils exercent (article L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale). Cette disposition, qui s'imposait déjà aux médecins libéraux, avait pour objet de faciliter le suivi des prescriptions médicales établies à l'hôpital et de permettre le développement de la maîtrise médicalisée hospitalière.

Cinq ans après son adoption, **cette mesure n'est toujours pas appliquée**, et il était régulièrement répondu à votre rapporteur que ce retard était imputable aux délais nécessaires à l'établissement d'un répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Le décret et l'arrêté relatifs au RPPS ayant été publiés le 10 février 2009, peut-être est-il enfin permis d'espérer.

Il semblerait en effet que les problèmes de recensement des praticiens hospitaliers (PH) aient été résolus et que le prochain renouvellement des logiciels mis à la disposition des pharmaciens, qui permettront l'identification des PH, puisse être terminé au début de l'année prochaine. Dans ces conditions, l'identification des PH pourrait démarrer en 2010 et une base de bonne qualité être disponible en 2011.

2. Les dépenses d'investissement

L'orientation prioritaire du plan Hôpital 2007 vers un plan de développement des systèmes d'information hospitaliers paraît tout à fait opportune, et il est particulièrement intéressant que 439 dossiers sur les 574 retenus portent, selon les informations communiqués à votre commission, sur des opérations de cette nature.

En revanche, l'analyse tant qualitative que quantitative du volet immobilier du plan Hôpital 2007 est très inquiétante, notamment en raison de ses conséquences prévisibles sur la situation financière déjà dégradée des hôpitaux.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

**Audition de Frédéric VAN ROEKEGHEM,
directeur général
de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam)
et de la caisse nationale d'assurance maladie
des travailleurs salariés (Cnam)**

Réunie le mercredi 28 octobre 2009, sous la présidence de Mugette Dini, présidente, la commission, dans le cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, a procédé à l'audition de Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

Frédéric Van Roekeghem, directeur général de l'Uncam et de la Cnam, a tout d'abord fait part de sa profonde préoccupation face au niveau des déficits de l'assurance maladie qui pose la question de la soutenabilité du système de protection sociale français. Depuis le début des années quatre-vingt-dix, la France ne maîtrise pas l'équilibre de son système de santé puisqu'elle n'a pas connu une seule année d'excédent des comptes de l'assurance maladie. Le déficit de la branche atteignait 6 milliards d'euros en 1996, 12 milliards en 2004 et devrait être voisin de 15 milliards en 2010. Si l'assurance maladie n'avait pas l'Etat comme principal financeur et garant, elle serait aujourd'hui difficilement viable.

A terme, il sera indispensable de prendre des mesures susceptibles de rétablir l'équilibre des comptes, le retour de la croissance ne pouvant en aucun cas permettre à lui seul d'y parvenir. Les prévisions annexées au projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2010 démontrent qu'en retenant des hypothèses optimistes de croissance de la masse salariale et de maîtrise des dépenses de santé, le déficit de la branche maladie ne se résorbera pas en-deçà de 10 milliards d'euros au cours des trois prochaines années. Est-il normal de demander aux générations futures, non seulement de faire preuve de solidarité pour le financement des retraites, mais encore d'assurer le financement des dépenses de santé d'aujourd'hui ?

Dans ce contexte, le PLFSS pour 2010 sera un texte de transition qui doit au moins permettre d'éviter aux personnes fragilisées dans l'accès à l'emploi de l'être également dans la prise en charge de leurs dépenses de santé. Ce PLFSS se veut rigoureux en matière de maîtrise des dépenses puisqu'il prévoit une croissance de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) de 3 %, alors même que le taux de croissance spontané des dépenses de l'assurance maladie est de l'ordre de 3,7 % par an en volume. Cette bonne maîtrise des dépenses sera obtenue grâce à des baisses de tarifs sur certains médicaments, sur les actes de biologie et sur certaines spécialités médicales. En juillet dernier, la Cnam avait formulé vingt-quatre propositions destinées à contenir la progression des dépenses et une grande partie d'entre elles a été retenue. Ainsi, le taux K, qui correspond à la progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique au-delà de laquelle les laboratoires sont tenus de verser une contribution à l'assurance maladie, sera fixé à 1 % en 2010. Un programme d'efficience des soins de suite et de réadaptation sera mis en œuvre par le comité de pilotage national dans le cadre de l'installation des agences régionales de santé (ARS). Le processus de convergence tarifaire entre établissements publics et établissements privés ne sera pas abandonné et une convergence ciblée sur quelques groupes homogènes de séjour (GHS) sera appliquée dès 2010. Par ailleurs, un protocole d'accord a été signé avec les masseurs-kinésithérapeutes en vue de corriger les déséquilibres démographiques actuels. Enfin, la mise en place d'un secteur optionnel est en bonne voie après l'accord intervenu sur ce sujet le 15 octobre dernier.

Ces différents progrès ne permettront cependant pas de résoudre intégralement le problème de financement de l'assurance maladie. Des décisions beaucoup plus rigoureuses devront être prises pour résorber les déficits constatés à la fin de l'année 2010.

*Observant à son tour que le retour à la croissance et la maîtrise des dépenses ne suffiront pas à combler les déficits, **Alain Vasselle, rapporteur général**, a souhaité connaître les moyens de parvenir à un retour durable à l'équilibre des comptes de l'assurance maladie. Sera-t-il en particulier nécessaire de revoir totalement la répartition des dépenses prises en charge par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires ?*

Par ailleurs, le PLFSS prévoit de neutraliser les dépenses liées à la pandémie de grippe A dans l'évaluation du dépassement de l'Ondam qui entraîne la réunion du comité d'alerte et la mise en place de mesures d'économie. Quelle est la justification de cette exclusion ? Sera-t-il possible d'isoler précisément les dépenses liées à la grippe A ?

Pour ce qui concerne le processus de convergence tarifaire entre établissements de santé, les décisions envisagées par le texte sont aujourd'hui difficiles à interpréter, puisqu'après avoir annoncé le renvoi à 2018 de la convergence, ce qui équivaut en réalité à un report sine die, le Gouvernement envisage maintenant de mettre en œuvre dès 2010 une convergence ciblée sur quelques GHS. Ces deux démarches ne sont-elles pas contradictoires ?

Ne risquent-elles pas de décrédibiliser le processus de convergence auprès des principaux partenaires concernés ?

Sur la création du secteur optionnel, et après la signature d'un protocole d'accord, comment et dans quel délai celui-ci sera-t-il effectivement mis en place ? Faudra-t-il attendre d'éventuelles élections professionnelles destinées à prendre en compte la création d'un troisième collège au sein des unions régionales des professionnels de santé par la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) ?

Enfin, la loi de financement pour 2009 avait décidé, à l'initiative du Sénat, la fixation d'un taux K pour trois ans afin de donner une visibilité à moyen terme aux acteurs concernés. Or, la modification de ce taux, proposée par le PLFSS pour 2010, dès la première année d'application de cette mesure, est difficile à justifier au regard de l'impératif de lisibilité précédemment affirmé.

***Frédéric Van Roekeghem** a tout d'abord estimé que la modification du taux K en 2010 est justifiée par une situation de crise exceptionnelle dont l'ampleur ne pouvait être entièrement mesurée lorsqu'a été fixé le principe d'un taux triennal à la fin de l'année 2008. A propos des solutions envisageables pour rétablir durablement l'équilibre des comptes de l'assurance maladie, il a fait valoir que le transfert de certaines charges vers les assurances complémentaires ne suffira pas à résoudre le problème posé par une évolution des dépenses de santé supérieure à l'évolution du Pib. Il faut rappeler que 60 % des assurés touchent 10 % des remboursements tandis que 40 % en perçoivent 90 % ; 66 % des remboursements sont concentrés sur 13 % des assurés, dont les pathologies justifient 80 % de la croissance des dépenses. L'essentiel de ces dépenses se concentre sur les maladies cardio-vasculaires, le diabète, les cancers et les maladies psychiatriques, en particulier les démences. Dès lors que les dépenses croissent plus vite que le Pib tandis que les recettes évoluent au même rythme, l'assurance maladie est confrontée à un problème systémique qui justifie qu'on améliore substantiellement la productivité et l'organisation du système pour les pathologies les plus lourdes, afin de soigner mieux en dépensant moins. Certains patients sont à l'origine de dépenses de plusieurs millions d'euros chaque année et aucune assurance complémentaire ne pourra les prendre en charge.*

En réalité, les transferts de l'assurance maladie obligatoire vers les assurances complémentaires concernent le plus souvent des dépenses dites de confort ou des dépenses peu dynamiques, ce qui laisse entier le déséquilibre structurel entre recettes et dépenses. Mécaniquement, plus on sort du champ de l'assurance maladie obligatoire les dépenses les moins dynamiques, plus ce champ se concentre sur celles qui croissent le plus rapidement. La démarche consistant à rembourser des médicaments nouveaux à prix élevé et à forte demande potentielle tout en déremboursant ceux présentant un service médical rendu faible et à prix peu élevé relève de la même problématique. Par conséquent, il serait préférable de faire en sorte que, grâce à des gains de productivité, les dépenses de santé n'évoluent pas plus vite que le Pib sur le moyen terme, tout en prenant en compte le fait que la santé participe à la

croissance de l'économie. Une telle évolution reposera nécessairement sur un triptyque constitué de l'innovation, de la productivité et du financement.

Des gains de productivité considérables sont encore possibles. Ainsi, il existe des écarts importants dans le taux de recours aux soins entre les régions françaises. Cet écart, corrigé de la structure d'âge, atteint par exemple 26 % entre la région Pays de la Loire et la région Paca. Par ailleurs, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) a encore récemment chiffré à 25 % l'écart de tarifs entre les établissements publics et les établissements privés. On constate aussi que, depuis six ans, les dépenses consacrées au diabète ont progressé de 80 % ; or, dans le même temps, selon une étude comparative récente, la France demeure très en retard dans la prévention de cette pathologie et le nombre de patients suivis par examen du fond de l'œil reste insuffisant. En ce qui concerne la cataracte, trop peu d'opérations sont encore réalisées en ambulatoire à l'hôpital public alors que, dans de nombreux pays, elles ne sont plus effectuées en milieu hospitalier mais dans les centres de soins ; aujourd'hui, le tarif de cette intervention demeure supérieur à son coût de revient réel. Dans le même ordre d'idées, la dialyse à domicile demeure très peu développée en France.

De son côté, l'assurance maladie a entrepris d'importants efforts de productivité puisqu'entre 2003 et 2009, le nombre d'emplois a été réduit de 11 000 unités sous l'effet de moindres remplacements des départs en retraite. Cette évolution s'est réalisée sans réduction de la qualité de service, les effectifs ayant même été augmentés pour les fonctions présentant une forte valeur ajoutée.

L'exclusion des dépenses liées à la grippe A du niveau de dépenses à partir duquel le comité d'alerte est tenu de se réunir est proposée par le PLFSS pour répondre à l'inquiétude des partenaires sociaux qui redoutaient le déclenchement de l'alerte alors même que les dépenses de maladie seraient convenablement maîtrisées par les professionnels de santé. Il est vrai que l'évaluation de ces dépenses sera malaisée et que la pandémie est d'ores et déjà en cours, de sorte que son impact sur les comptes de 2010 pourrait rester limité.

En ce qui concerne la convergence tarifaire, le conseil de la Cnam s'est déclaré favorable à la poursuite de ce processus et à la mise en œuvre d'une convergence partielle sans attendre les nombreuses études qui doivent encore être réalisées. Cette évolution vers un tarif unique se heurte au problème de l'intégration des honoraires médicaux mais la création d'un secteur optionnel à dépassements limités pourrait faciliter la réalisation du processus. Enfin, il est encore difficile de savoir quand le secteur optionnel pourra être effectivement créé, dès lors que des élections professionnelles pourraient se tenir au cours du premier semestre 2010, ce qui rendra difficile la signature d'une nouvelle convention médicale à brève échéance.

***André Lardeux, rapporteur pour la branche famille,** a estimé que le niveau des déficits fait peser sur l'assurance maladie une menace de dépôt de bilan. Sachant que les gains de productivité prendront du temps à se matérialiser, il est regrettable que le Gouvernement n'alerte pas, dès à présent, les Français*

sur le caractère inéluctable d'une hausse des prélèvements obligatoires. Par ailleurs, dès lors que le montant du découvert autorisé de l'Acoss s'établira, en 2010, à 65 milliards d'euros, peut-on imaginer que la Cnam puisse interrompre ses remboursements dans l'hypothèse où l'Acoss ne parviendrait pas à lever une telle somme sur les marchés financiers ? Enfin, la possibilité d'appliquer réellement l'accord conclu récemment sur la création d'un secteur optionnel lui inspire de nombreux doutes.

Observant, avec ironie, que le directeur général de la Cnam semble découvrir que les personnes malades occasionnent plus de dépenses que celles qui sont en bonne santé, **François Autain** a dénoncé une forme de stigmatisation des personnes en affection de longue durée (ALD), le coût de leurs traitements étant mis en exergue alors qu'elles n'ont pas choisi d'être malades. Puis il a souhaité obtenir des précisions sur l'affirmation selon laquelle l'Etat serait devenu le principal financeur de la sécurité sociale.

Il a également souligné que le taux de remboursement moyen de 75 % masque, en réalité, des écarts importants, le taux de remboursement des soins hospitaliers n'étant pas le même que celui de la médecine de ville, et néglige, en outre, le problème posé par les dépassements d'honoraires. Il est par ailleurs singulier que certaines des propositions avancées par la Cnam pour faire des économies n'aient pas été retenues. Tel est notamment le cas de la proposition 16, consistant à donner à l'Uncam un droit de veto pour s'opposer à l'inscription de produits dont le service médical rendu est insuffisant, alors que la faible utilité de nombreux médicaments est pourtant reconnue.

Bernard Cazeau a estimé que le ton las employé par le directeur général de la Cnam pour décrire la dégradation de la situation financière de l'assurance maladie trahit son découragement, dans un contexte où la crise économique est invoquée en permanence pour justifier l'inaction. Le déficit cumulé de l'assurance maladie depuis 2003, qui avoisine les 50 milliards d'euros, prouve l'insuffisance des mesures prises, jusqu'à présent, pour rétablir l'équilibre des comptes sociaux et qui ont, de surcroît, essentiellement pesé sur les assurés. La mutualité française a d'ailleurs annoncé que ses adhérents seraient contraints de relever leurs taux de cotisations, ce qui rendra plus difficile l'accès aux mutuelles des ménages à revenus modestes. Un relèvement des prélèvements obligatoires, en particulier de la CRDS, paraît donc inévitable.

Dominique Leclerc, rapporteur pour la branche vieillesse, a indiqué que le secteur optionnel ne lui semble pas être la meilleure solution au problème posé par les dépassements d'honoraires et a plaidé pour l'établissement d'une nomenclature plus réaliste, tout en admettant que la période de crise actuelle ne s'y prête guère. En ce qui concerne la convergence tarifaire, comment pourra-t-elle être mise en œuvre concrètement, dans la mesure où le statut du personnel n'est pas le même selon que l'établissement est public ou privé, où les salaires représentent 70 % du coût d'une hospitalisation et où l'immobilier pèse de plus en plus lourd dans le bilan des établissements ? Il a ensuite formulé quelques pistes d'économies pour la Cnam : les accidents causés par une pratique sportive pourraient être pris en charge par une assurance personnelle ; les prélèvements

sanguins en établissements devraient être réalisés par le personnel de ces établissements et non par des personnes extérieures ; la question du remboursement des cures médicales reste posée ; enfin, des prescriptions simples de régime alimentaire permettraient de réaliser des économies substantielles en matière de traitement du diabète de type 2 dont les cas se multiplient.

***Isabelle Debré** s'est d'abord demandé si la France avait encore les moyens de ses ambitions en matière d'assurance maladie. Elle a ensuite souhaité obtenir des précisions sur la politique de lutte contre la fraude, sur le bien-fondé de la décision de ramener à 15 % le taux de remboursement de certains médicaments à service médical rendu insuffisant et sur les causes des écarts constatés dans la consommation médicale entre les régions.*

***Guy Fischer** a demandé à Frédéric Van Roekeghem s'il est favorable à une remise en cause du remboursement à 100 % des ALD. Il a ensuite redouté que le développement du secteur 2 ne finisse par faire disparaître entièrement le secteur conventionné. Enfin, il a estimé que la recherche de gains de productivité à l'hôpital se traduira, en pratique, par la fermeture d'établissements et par des suppressions de postes.*

***Marc Laménié** a souhaité savoir si des contrôles plus rigoureux peuvent apporter un élément de solution au problème du déficit de l'assurance maladie. Il a soulevé le problème du coût des transports sanitaires, dont le régime devrait être simplifié. Enfin, des actions de sensibilisation à la santé plus ambitieuses pourraient être utilement menées auprès de la population afin de renforcer la prévention.*

***Sylvie Desmarescaux** a estimé que les mesures d'économies qui sont parfois proposées, effectuer des dialyses à domicile par exemple, ne relèvent pas du pouvoir de décision du législateur. Quelle est la part de responsabilité de la Cnam en la matière et quelles sont, en conséquence, ses intentions ?*

***Jacky Le Menn** a indiqué que la table ronde, organisée dans le cadre de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) sur le thème de la convergence tarifaire, a mis en évidence la lenteur de ce processus, qui fait appel à des méthodes d'une grande technicité. Or le PLFSS introduit, à la demande de la Cnam, une nouvelle notion de « convergence ciblée » dont on se demande sur la base de quels travaux elle a été établie.*

***Yves Daudigny** a estimé dénué de sens le fait de distinguer un déficit conjoncturel d'un déficit structurel de la branche maladie, dans la mesure où le retour de la croissance ne permettra pas de rétablir l'équilibre des comptes. La solution, à long terme, ne réside-t-elle pas dans un renforcement de la prévention ?*

***Claude Jeannerot** a souhaité savoir quelle part des ressources de la sécurité sociale provient de la CSG et quel est le rendement d'un point de CSG. Il s'est interrogé sur les causes des disparités régionales observées par la Cnam en matière de dépenses de santé.*

René Teulade a insisté sur la difficulté de concilier les deux logiques antinomiques qui caractérisent l'assurance maladie à la française, dans laquelle les prescriptions sont libérales alors que les prestations sont socialisées. Il a ensuite demandé si l'on dispose d'éléments d'évaluation de l'efficacité des franchises médicales.

Alain Milon a fait valoir que la France dispose de marges de progression dans le domaine de la prévention avant de s'interroger sur les nouveaux modes de financement qui pourraient être envisagés pour l'assurance maladie.

Frédéric Van Roekeghem a d'abord répondu aux questions relatives au financement. Il n'est évidemment pas envisagé d'interrompre les remboursements, dans le cas où l'Acoss ne serait pas en mesure de lever les fonds nécessaires ; une intervention de l'Etat s'imposerait alors. Le statut d'établissement public de l'Acoss lui permet de bénéficier de la garantie de l'Etat sur ses emprunts, ce qui est un atout important dans la période actuelle. In fine, ce sont cependant toujours les ménages qui assument le financement de la sécurité sociale.

Dès lors que le Président de la République est déterminé à ne pas augmenter les prélèvements obligatoires, il convient de rechercher, par priorité, une meilleure maîtrise des dépenses. Or, les dépenses de santé ont tendance à évoluer, spontanément, plus rapidement que le Pib, en raison notamment du progrès des techniques médicales et d'un accès aux soins plus précoce. Le taux moyen de remboursement est stable, aux alentours de 75 %, en dépit des mesures de déremboursement qui ont été prises, parce que la part dans la population des personnes en ALD, qui sont remboursées à 100 %, tend à augmenter. Il n'est cependant pas question de stigmatiser les personnes en ALD, ni de remettre en cause leur taux de remboursement, mais seulement d'améliorer l'organisation de leur prise en charge.

Concernant les mesures d'économies préconisées par la Cnam, il est vrai que certaines d'entre elles n'ont pas été retenues ; c'est le cas, par exemple, de la proposition 17, qui tend à généraliser les appels d'offre pour l'achat des médicaments génériques afin de trouver des prix plus bas. Cette mesure aurait eu pour effet de transférer vers les pays à bas coûts salariaux, l'Inde en particulier, la production d'une grande partie de ces médicaments. Or, le Président de la République, soucieux des conséquences sur l'emploi d'une telle décision, a souhaité que la France conserve sur son territoire une capacité de production de médicaments génériques. La Cnam avait également proposé, sur la base de plusieurs études médicales, d'étendre le tarif forfaitaire de responsabilité à la classe des inhibiteurs de la pompe à protons, mais cette mesure n'a pas non plus été retenue.

Sur la question du tarif optionnel, **Frédéric Van Roekeghem** a expliqué que la chirurgie est devenue, vis-à-vis du patient, un « marché de dépassement d'honoraires » : le plus souvent, en effet, l'assurance maladie et les complémentaires santé paient directement au chirurgien la somme correspondant

au tarif opposable, selon le principe du tiers payant, tandis que le patient s'acquitte de la somme correspondant au dépassement d'honoraires. En l'absence d'encadrement, la hausse des dépassements d'honoraires risque donc de se poursuivre, même si on augmente le tarif opposable.

Enfin, il est à son sens possible de progresser sur la convergence tarifaire, au moins dans certains domaines. Pour l'assurance maladie, l'essentiel est la comparaison des coûts entre le secteur privé et le secteur public. Les différences de coûts s'expliquent par des différences de statuts ou par des écarts de productivité, qu'il appartient aux gestionnaires des hôpitaux publics, et non à la Cnam, de réduire.