

N° 126

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2013-2014

Enregistré à la Présidence du Sénat le 6 novembre 2013

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2014**,*

Par M. Yves DAUDIGNY,
Sénateur,
Rapporteur général.

Tome II :
Assurance maladie

(1) Cette commission est composée de : Mme Annie David, présidente ; M. Yves Daudigny, rapporteur général ; M. Jacky Le Menn, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Claude Jeannerot, Alain Milon, Mme Isabelle Debré, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Gilbert Barbier, Mme Catherine Deroche, vice-présidents ; Mmes Claire-Lise Campion, Aline Archimbaud, MM. Marc Laménié, Jean-Noël Cardoux, Mme Chantal Jouanno, secrétaires ; Mme Jacqueline Alquier, M. Jean-Paul Amoudry, Mmes Françoise Boog, Natacha Bouchart, Marie-Thérèse Bruguière, Caroline Cayeux, M. Bernard Cazeau, Mmes Karine Claireaux, Laurence Cohen, Christiane Demontès, MM. Gérard Dériot, Jean Desessard, Mme Muguette Dini, M. Claude Domeizel, Mme Anne Emery-Dumas, MM. Guy Fischer, Michel Fontaine, Bruno Gilles, Mmes Colette Giudicelli, Christiane Hummel, M. Jean-François Husson, Mme Christiane Kammermann, MM. Ronan Kerdraon, Georges Labazée, Jean-Claude Leroy, Gérard Longuet, Hervé Marseille, Mmes Michelle Meunier, Isabelle Pasquet, MM. Louis Pinton, Hervé Poher, Mmes Gisèle Printz, Catherine Procaccia, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roche, René-Paul Savary, Mme Patricia Schillinger, MM. René Teulade, François Vendasi, Michel Vergoz, Dominique Watrin.

Voir le(s) numéro(s) :

Assemblée nationale (14^{ème} législ.) : 1412, 1462, 1470 et T.A. 224

Sénat : 117 et 127 (2013-2014)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
AVANT-PROPOS	7
EXPOSÉ GÉNÉRAL	9
I. LES GRANDS ÉQUILIBRES DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS	9
A. LES DEPENSES DE SANTE ET LEUR PRISE EN CHARGE	9
1. <i>Un ralentissement de la croissance des dépenses</i>	9
2. <i>Les financeurs du système de santé : une stabilisation de la part prise en charge par l'assurance maladie, une augmentation de celle des organismes complémentaires</i>	12
B. L'ONDAM, UN OUTIL AU SERVICE DE LA MAÎTRISE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE	13
1. <i>Stabiliser le champ de l'Ondam</i>	13
2. <i>Une quatrième année de respect de l'Ondam</i>	14
3. <i>L'Ondam 2014 : un objectif exigeant</i>	17
C. LA DEGRADATION DU SOLDE 2013 DE LA BRANCHE MALADIE : UNE INSUFFISANCE DES RECETTES	19
II. LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ : UNE RÉFORME EN PROFONDEUR ET DANS LA DURÉE	20
A. LES GRANDS AXES DE TRAVAIL	20
1. <i>Donner la priorité à la prévention par rapport au curatif et agir sur les déterminants de santé</i>	20
2. <i>Mieux organiser les soins pour les patients et garantir l'égalité d'accès en privilégiant une approche territoriale</i>	21
B. LES MOYENS D'ACTION : LA DÉCONCENTRATION ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE	22
III. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014 S'INSCRIT DANS UNE RÉFORME D'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ	23
A. L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES	23
1. <i>L'exercice interprofessionnel et la coordination des soins</i>	23
2. <i>De nouveaux modes d'organisation et de financement</i>	23
B. L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX PRESTATIONS	25
1. <i>Des mesures de santé publique : le sevrage tabagique et la contraception pour les mineures</i>	25
2. <i>Le fonctionnement des centres de santé</i>	26
3. <i>L'approfondissement des droits en matière d'indemnités journalières</i>	26

4. <i>La protection complémentaire santé</i>	28
a) Améliorer la qualité des contrats qui bénéficient d'une aide publique	28
b) Favoriser l'accès aux soins des plus démunis.....	29
c) Fixer les modalités de la participation des organismes complémentaires au forfait du médecin traitant.....	30
d) Encourager la mutualisation des risques prévoyance pour les contrats collectifs.....	30
C. LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	32
1. <i>L'adaptation de la T2A aux établissements isolés et la réduction de son effet inflationniste</i>	32
2. <i>La confirmation de la facturation au fil de l'eau pour les consultations et actes externes et son report à 2018 pour les séjours</i>	33
3. <i>Diverses mesures de régulation</i>	34
D. LES MÉDICAMENTS ET LE CIRCUIT PHARMACEUTIQUE	34
1. <i>Diffuser les innovations sans coût excessif</i>	34
2. <i>Expérimenter la délivrance de médicaments à l'unité</i>	35
3. <i>Rémunérer les acteurs de manière juste</i>	36
E. DIVERSES MESURES DE GESTION	38
EXAMEN EN COMMISSION.....	41
• Audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés	41
LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES	53

Les observations du rapporteur de la branche maladie

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 s'inscrit dans la réforme globale engagée par le Gouvernement dans la **stratégie nationale de santé**. Alors que le système de santé français a surtout été construit pour traiter les phases aiguës des maladies, ce qu'il a très bien réussi à faire, les évolutions en cours (vieillesse de la population, développement des pathologies chroniques, améliorations et transformations dans les pratiques et techniques médicales, etc...) doivent aboutir à **un changement de paradigme pour accompagner le patient de manière globale**.

Depuis 2010, les dépenses de santé des Français croissent moins vite que dans la période précédente, du fait d'un ralentissement tant dans le volume des prestations que dans leur prix. Les outils de pilotage de l'Ondam, notamment les baisses de prix, n'expliquent pas tout ; il serait intéressant de mener une évaluation pour expliquer les raisons d'**une moindre progression de la consommation de soins des Français**.

2013 constitue la quatrième année de respect de l'Ondam. Pour 2014 et les années suivantes, le Gouvernement propose **un taux d'évolution exigeant de 2,4 %**, ce qui permet à la fois de dégager 4,2 milliards d'euros de disponibilités supplémentaires mais nécessite aussi 2,4 milliards d'économies par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses.

Principales mesures du PLFSS pour 2014 :

- **Renforcer les soins de premier recours**

Rémunération des équipes de soins, centres de santé, télémédecine, parcours de santé pour l'insuffisance rénale chronique et le traitement du cancer par radiothérapie, sevrage tabagique, contraception pour les mineures.

- **Rénover la tarification hospitalière**

Financement dérogatoire pour les établissements isolés et dégressivité des tarifs pour certaines prestations où les économies d'échelle sont réelles.

- **Permettre la diffusion des produits de santé innovants par un circuit pharmaceutique rémunéré de manière juste**

Délivrance d'antibiotiques à l'unité, distribution des biosimilaires, tarification des actes innovants, continuité de prise en charge de patients traités avec des médicaments ayant bénéficié d'une autorisation temporaire d'utilisation, modalités de rémunération des pharmaciens et du circuit pharmaceutique.

- **Améliorer l'accès aux soins, notamment en améliorant la couverture complémentaire**

Panier de soins opposables pour les bénéficiaires de l'ACS, sélection des contrats ACS sur leur rapport prix-garanties, ciblage des contrats qui bénéficient d'une aide publique (« responsables et solidaires »), recommandation par les branches professionnelles d'un ou plusieurs organismes de prévoyance.

Mesdames, Messieurs,

Le 8 février 2013, le Premier ministre a annoncé, à Grenoble, le lancement d'une stratégie nationale de santé, que la ministre des affaires sociales et de la santé a détaillée le 23 septembre après la remise du rapport du comité des sages, présidé par Alain Cordier.

Alors que le système de santé français est reconnu dans le monde entier, il doit aujourd'hui s'adapter pour prendre en compte les évolutions de la société, notamment le vieillissement de la population et le développement des maladies chroniques, qui sont la conséquence de multiples facteurs, environnementaux ou comportementaux, mais auxquels contribue également l'amélioration de la prise en charge sanitaire.

De ce fait, aussi parce que les attentes évoluent, les patients doivent continuer d'être traités pour les phases aiguës de leur maladie mais ils doivent également être accompagnés de manière globale. Or, notre système s'est construit de manière cloisonnée, que ce soit au niveau des professions de santé elles-mêmes ou entre les différentes structures de prise en charge (en ville, à l'hôpital, dans le secteur médico-social, voire social).

Tel est le défi à relever pour conserver un système de santé à la hauteur des espérances des Français. Cette profonde transformation ne peut se décréter et ne peut résulter d'un seul texte ou d'une seule décision. Elle constitue un processus que l'ensemble de la communauté doit s'approprier, tant les soignants que les soignés et leur famille.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014 participe des évolutions en cours. La mise en œuvre de parcours de santé, le déploiement de la télémédecine, le financement des équipes de soins, le soutien aux centres de santé, l'amélioration de la qualité de la couverture complémentaire, la diffusion des innovations, la réforme de la tarification à l'activité des établissements de santé, tels sont les principaux sujets de ce texte qui s'intègre pleinement dans la nouvelle stratégie nationale de santé, engagée par le Gouvernement pour transformer, avec les acteurs et de manière durable, un système reconnu et apprécié.

I. LES GRANDS ÉQUILIBRES DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

A. LES DEPENSES DE SANTE ET LEUR PRISE EN CHARGE

1. Un ralentissement de la croissance des dépenses

L'étude des dépenses de santé peut être abordée à partir de plusieurs notions ou agrégats, recouvrant des éléments variables selon les pays dans lesquels ils sont utilisés, et qui fournissent des éléments complémentaires sur l'évolution de ces dépenses.

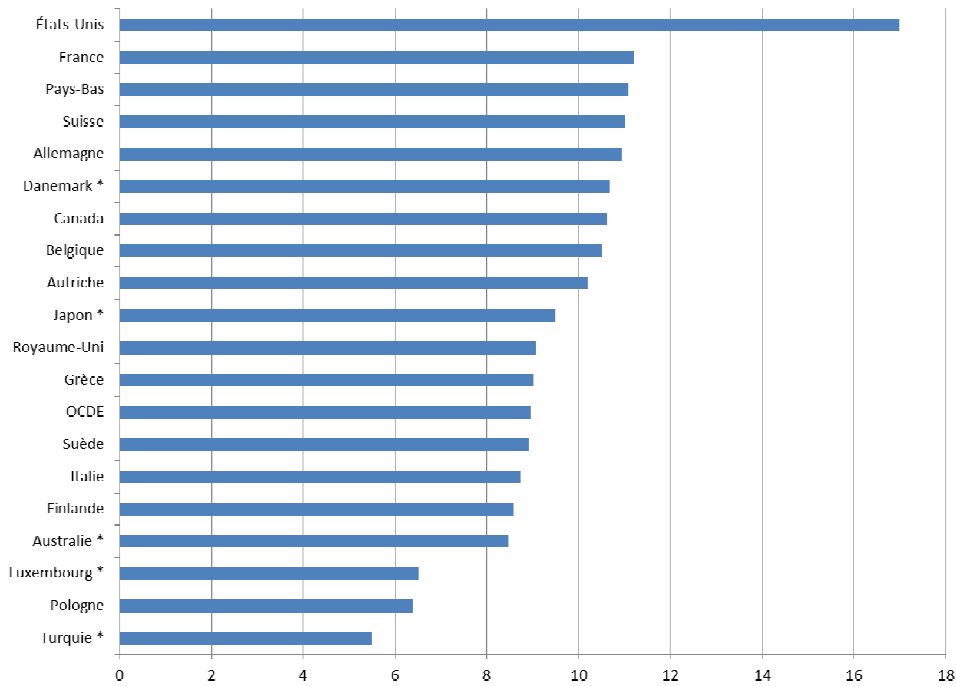
- La notion de **dépense totale de santé** correspond au plus large de ces agrégats ; communément utilisée pour établir des comparaisons internationales, elle résulte d'une définition commune à l'OCDE, Eurostat et l'OMS¹. Cet indicateur place la France, dont la dépense totale de santé s'élève en 2012 à **11,6 % du PIB** (soit 235,6 milliards d'euros), **au-dessus de la moyenne des pays l'OCDE** (9,3 % en 2011). Les dépenses françaises se situent cependant loin derrière celles des Etats-Unis (17,7 %), qui font figure d'exception dans cette comparaison. Elles se situent globalement au même niveau que celles des Pays-Bas (11,9 %), de l'Allemagne et du Canada (11,3 %), ainsi que du Danemark (11,1 %), mais sont plus élevées qu'au Royaume-Uni (9,4 % en 2011).

La dépense totale de santé française, qui s'élevait en 1995 à un peu plus de 10 % du PIB, a connu une progression semblable à celle de l'Allemagne et de la Suisse. Elle est en revanche moins marquée qu'au Canada (environ 9 % en 1995), aux Pays-Bas (un peu plus de 8 % en 1995) ou aux Etats-Unis (dont un peu moins de 14 % du PIB était consacrés aux dépenses totales de santé en 2000).

- Les **dépenses courantes de santé**, qui recouvrent les dépenses totales de santé moins les dépenses d'investissement, constituent un deuxième agrégat fréquemment utilisé. Elles se décomposent en 2012 en France à 35 % en soins hospitaliers, 19,5 % en soins de ville, 19,4 % en médicaments et biens médicaux, 5 % en indemnités journalières et 2,4 % en dépenses de prévention. Cet agrégat comprend également les coûts de gestion du système de santé, qui s'élèvent à 14,4 milliards d'euros (soit 6 % de l'ensemble).

¹ La dépense totale de santé est évaluée, à partir de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), en ajoutant les dépenses de soins aux personnes handicapées et aux personnes âgées en établissement, les services de soins à domicile (SSAD), une partie des dépenses de prévention, les subventions au système de soins, les coûts de gestion et les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que certaines dépenses liées au handicap et à la dépendance.

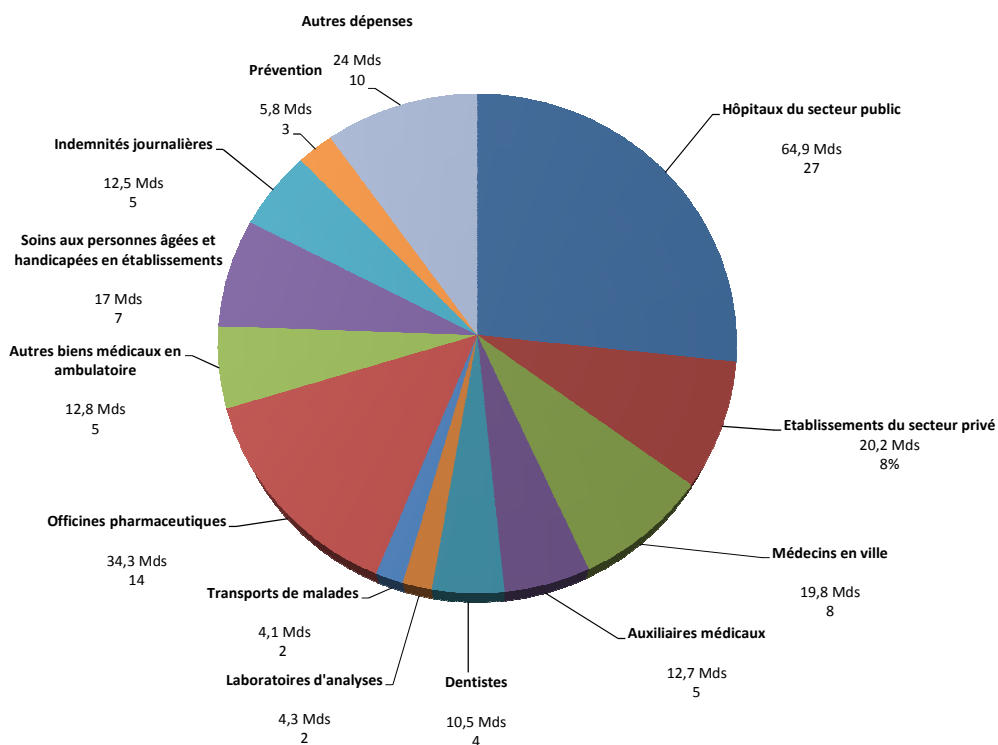
Graphique n° 1 : Part des dépenses totales de santé dans le PIB dans les pays de l'OCDE en 2012



* Données 2010

Source : Drees, comptes de la santé 2012

Graphique n° 2 : Les dépenses courantes de santé en France en 2012



Source : Commission des affaires sociales d'après la Drees, comptes de la santé 2012

• Enfin, la **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) retrace les dépenses de soins hospitaliers, de soins de ville, de transports de malades, de médicaments et d'autres biens médicaux. Elle représente ainsi **la majeure partie des dépenses engagées par les financeurs du système de santé** pour les consommations qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé. Les soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées et les services de soins à domicile (SSAD) n'entrent pas dans le champ de cet agrégat. La CSBM s'élève à **183,6 milliards d'euros** en 2012, soit 9 % du PIB et 2 806 euros par habitant.

Alors que la croissance de la CSBM a été relativement forte entre 2000 et 2004 (+ 5,6 % en valeur par an en moyenne sur la période), il semble qu'**un ralentissement de sa progression ait été amorcé**, selon les comptes de la santé dressés par direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des affaires sociales et de la santé. Entre 2011 et 2012, la CSBM a en effet progressé de 2,2 % seulement en valeur et 2,7 % en volume ; depuis 2010, sa croissance demeure significativement inférieure à 3 % par an (en valeur, + 2,5 % en 2011 et + 2,4 % en 2010).

Ce ralentissement observé depuis 2008 résulte à la fois d'une faible croissance des volumes et d'une légère diminution des prix (- 0,3 % en 2010, - 0,2 % en 2011 et - 0,4 % en 2012). Si les prix des soins de ville sont en hausse, ceux des soins hospitaliers et des médicaments connaissent respectivement un ralentissement et un mouvement de baisse continue.

Pour l'année 2012, cette moindre croissance résulte principalement, selon la Drees, d'un « *recul historique de la dépense de médicaments conjugué à un ralentissement de la dépense de soins de ville* ». L'année 2012 marque pour la première fois un recul en valeur de la consommation de médicaments (- 0,9 %), qui s'explique par une diminution des prix et un tassement des volumes. Si ce mouvement affecte principalement les médicaments remboursables, il touche également les médicaments non remboursables, en raison à la fois de la diminution des prescriptions et de l'évolution des comportements. Le mouvement des prix est principalement à rattacher aux baisses de prix ciblées, qui ont été particulièrement importantes en 2012, et au développement des formes génériques.

2. Les financeurs du système de santé : une stabilisation de la part prise en charge par l'assurance maladie, une augmentation de celle des organismes complémentaires

- La consommation de soins et biens médicaux demeure **principalement financée par la sécurité sociale**, qui prend en charge 75,5 % de ces dépenses en 2012 comme en 2011. Cette stabilisation fait suite à un mouvement d'**érosion** constaté entre 2005 et 2008, puisque cette part s'élevait à 77 % de 1995 à 2005.

- La part de la CSBM financée par les **ménages**, après une augmentation entre 2005 (date à laquelle elle était de 9 %) et 2008 (9,7 %), s'est **stabilisée sur la période 2009-2012**. Elle s'élève en 2012 à **9,6 %**, soit 17,6 milliards d'euros. Le montant des dépenses restant à la charge des ménages varie cependant selon les secteurs : s'il est élevé pour l'optique et les soins dentaires, il est faible s'agissant du transport de malades et des soins hospitaliers (environ 3 %).

Afin de rendre compte de l'effort total consenti par les ménages, il faut ajouter à ce reste à charge net la part des dépenses de santé financée par les **organismes complémentaires**. Celle-ci a connu **une hausse continue et régulière** au cours des dernières années, passant de 12,4 % en 2000 à 13,7 % en 2012.

- La participation de ces différents financeurs aux dépenses de santé varie cependant largement selon le secteur considéré.

Les **soins hospitaliers** demeurent très largement financés par l'assurance maladie obligatoire (90,8 % en 2012). On observe sur ce secteur une progression sensible de la part des organismes complémentaires (5,2 % en 2012 contre 3,6 % en 2000), en raison à la fois des hausses du forfait journalier et des tarifs journaliers de prestations (TJP) dans les hôpitaux publics, ainsi que de l'introduction de la participation forfaitaire sur les actes lourds à compter de 2008.

Les **soins de ville** ne sont en revanche pris en charge par la sécurité sociale qu'à hauteur de 62,5 % en 2012 (contre 65,5 % en 2000), les ménages et les organismes complémentaires assurant respectivement 13,4 % et 22,4 % de leur financement.

Le financement des **médicaments** est assuré à 65,9 % par la sécurité sociale, 14,6 % par les organismes complémentaires et 18,3 % par les ménages. On observe une nette diminution de la part des complémentaires santé, qui s'établissait à 18,7 % en 2000 et 16,2 % en 2008. Cette baisse résulte principalement des mesures de déremboursement mises en œuvre depuis 2006 et de l'instauration d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008, qui a augmenté la part restant à la charge des ménages et mécaniquement réduit celle des autres financeurs.

B. L'ONDAM, UN OUTIL AU SERVICE DE LA MAÎTRISE DES DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE

1. Stabiliser le champ de l'Ondam

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), défini chaque année en loi de financement de la sécurité sociale, constitue **un indicateur de nature économique, et non un budget au sens strict du terme**. Les dépenses de santé remboursées par l'assurance maladie obligatoire ne procèdent pas en effet, sauf rares exceptions, d'une allocation de crédits à caractère limitatif et qui serait gérée par une autorité centrale ou déconcentrée ; le remboursement des prestations est effectué tout au long de l'année, quand bien même les dépenses seraient plus importantes que prévu initialement.

Par ailleurs, **le champ de l'Ondam ne correspond pas à l'ensemble des prestations comptabilisées par les régimes obligatoires de base**. Ainsi, tandis que l'**article 49** du projet de loi de financement de la sécurité sociale prévoit un montant de 194,1 milliards d'euros pour l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès des régimes obligatoires de base pour 2014, son **article 50** fixe l'Ondam à 179,2 milliards d'euros.

Cette différence de champ s'explique à la fois par le fait que toutes les dépenses couvertes par l'Ondam ne constituent pas des prestations (il en va ainsi, par exemple, de la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé), et par le fait que l'Ondam recouvre certaines dépenses de la branche maladie et de la branche AT-MP sans les prendre toutes en compte. S'agissant de la branche maladie, sont ainsi exclues du champ de l'Ondam la part des prestations médico-sociales financée par la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les indemnités journalières maternité, les prestations invalidité-décès, les prestations extra-légales et les actions de prévention.

La définition d'un Ondam ainsi que son vote par le Parlement ont représenté une avancée notable dans la compréhension et la visibilité des dépenses d'assurance maladie.

Pour autant, les constants ajustements dont fait l'objet l'Ondam, qui voit son périmètre régulièrement modifié, rendent chaque année nécessaire la construction d'une nouvelle base pour cet indicateur. Dans un objectif de simplicité et de clarification, et afin de rendre plus transparentes les opérations visant à la maîtrise des dépenses, il serait certainement préférable d'intégrer l'ensemble des dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'Ondam.

2. Une quatrième année de respect de l'Ondam

• L'année **2010** a été la **première année de respect de l'Ondam depuis 1997**. Les dépenses incluses dans son champ se sont alors élevées à 161,8 milliards d'euros, en progression de 2,6 % par rapport à 2009. Ces données traduisaient **une sous-exécution de 640 millions** de l'objectif voté dans la loi de financement. L'écart constaté entre le niveau initialement voté et celui effectivement réalisé se répartissait de la manière suivante entre les sous-objectifs :

- une sous-exécution des dépenses de soins de ville à hauteur de 430 millions d'euros ;

- une sous-exécution de 150 millions des dépenses afférentes aux établissements de santé, due pour les deux tiers aux cliniques privées ;

- une réduction de 100 millions d'euros de l'Ondam médico-social.

• En **2011**, les dépenses dans le champ de l'Ondam se sont élevées à 166,3 milliards d'euros contre 167,1 milliards initialement votés, soit **une sous-exécution d'environ 780 millions**. La croissance des dépenses s'est ainsi établie à 2,7% par rapport à 2010.

Les soins de ville (76,7 milliards) ont progressé de 2,5 %, soit une sous-exécution de 600 millions. Un dynamisme plus important qu'escompté des consultations de spécialistes et de kinésithérapeutes a été contrebalancé par la faible progression d'autres composantes, notamment les produits de santé et les indemnités journalières.

Les dépenses afférentes aux établissements de santé ont également été sous-exécutées : elles se sont élevées à 72,6 milliards, soit une progression de 2,4 % par rapport à 2010 et un écart de - 230 millions par rapport à l'objectif voté. Ce résultat a toutefois été obtenu par le « non-déblocage » de crédits mis en réserve en début d'année : sur 400 millions mis en réserve, 354 millions n'ont pas été délégués à la fin 2011. On continue donc de constater une augmentation sensible des volumes pour les prestations hospitalières.

Il est par ailleurs à noter que l'Ondam 2011 comprenait environ 325 millions d'économies réalisées en défaveur des assurés, comme par exemple la diminution du taux de remboursement de certains médicaments de 35 % à 30 % ou l'abaissement du seuil de déclenchement de la participation forfaitaire pour les actes lourds réalisés à l'hôpital.

• En 2012, l'Ondam a connu **un niveau de sous-exécution marqué**, de l'ordre d'environ un milliard d'euros par rapport à l'objectif voté. Il s'est finalement élevé à 170,1 milliards d'euros, ce qui représente une augmentation de 2,4 % par rapport à 2011.

Les dépenses de **soins de ville** ont atteint 77,9 milliards d'euros (+ 1,7 %), soit un montant inférieur d'un milliard d'euros à l'objectif voté. Cette sous-exécution résulte notamment de la faible dynamique de certaines dépenses comme les indemnités journalières (- 1 %).

S'agissant des dépenses relatives aux **établissements de santé** (74,5 milliards, soit + 2,5 %), une moindre consommation par rapport à l'objectif de l'ordre de 100 milliards d'euros a été observée. Alors que le dépassement aurait dû atteindre 480 millions sur ce champ, la mise en œuvre de mesures correctrices (notamment mises en réserve de dotations hospitalières pour 440 millions d'euros, mais également moindres dépenses de permanence des soins et dépenses plus faibles que prévu sur le champ non régulé). Si les cliniques privées ont contribué pour près de 120 millions d'euros à la sous-consommation de l'objectif, l'augmentation des volumes a été supérieure aux prévisions dans les établissements anciennement sous dotation globale.

Les dotations au secteur médico-social (16,5 milliards d'euros, + 4,1 %) et les autres prises en charge (près de 1,2 milliard d'euros) ont quant à elles été en ligne avec les objectifs fixés.

• En **2013**, pour la quatrième année consécutive, les dépenses effectivement réalisées dans le champ de l'Ondam devraient être inférieures au montant voté en loi de financement. Selon la commission des comptes de la sécurité sociale, **un écart à la baisse de 500 millions d'euros** (soit - 0,3 %) serait constaté. La dépense réalisée, initialement prévue à 175,4 milliards d'euros, s'élèverait ainsi à **174,9 milliards d'euros**.

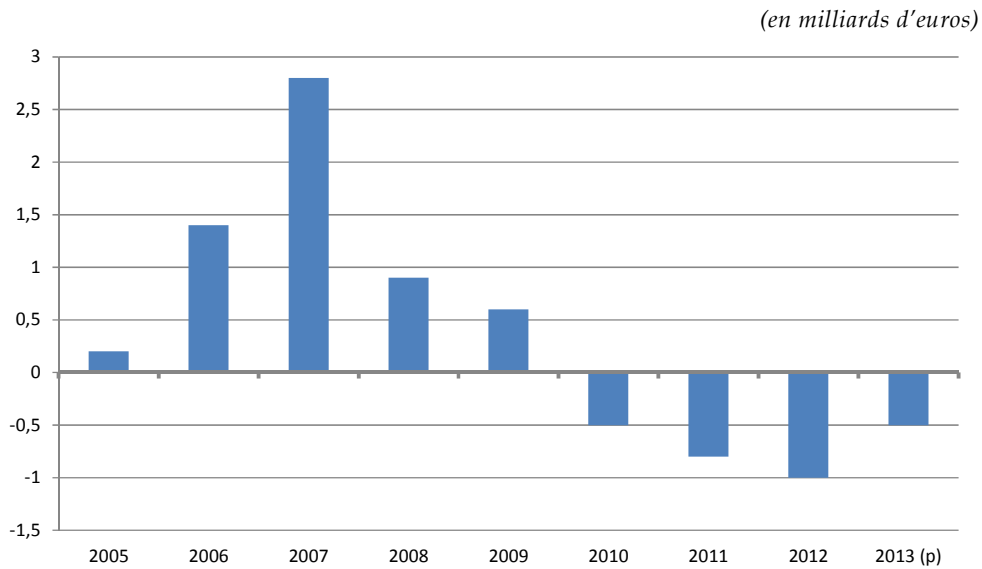
Cette sous-consommation des crédits entrant dans le champ de l'Ondam s'explique essentiellement par la sous-exécution exceptionnelle de l'Ondam en 2012, qui a créé un effet base positif pour 2013, et par la **sous-exécution en 2013 du sous-objectif relatif aux dépenses en soins de ville**. Ces dépenses devraient s'établir en 2013 à 80 milliards d'euros, soit un écart à la baisse de **500 millions d'euros**.

Les dépenses des **établissements de santé** devraient s'élever à 76,4 milliards en 2013, soit un niveau quasiment équivalent à l'objectif arrêté en loi de financement de la sécurité sociale. Un éventuel dépassement pourrait cependant être couvert par les dotations **mises en réserve** en début d'année pour un montant de 415 millions d'euros (dont 185 millions sur la dotation annuelle de financement, 115 millions sur les crédits tarifaires en application du mécanisme mis en place par l'article 60 de la loi de financement pour 2013, 75 millions sur les dotations du fonds d'intervention régional - FIR - et 40 millions issus de la procédure de déchéance des crédits du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés - Fmespp).

Ce résultat recouvre cependant des situations différenciées selon les établissements : si les dépenses MCO des établissements anciennement sous dotation globale pourraient dépasser l'objectif de 170 millions d'euros, notamment en raison des médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des prestations d'hospitalisation, les dépenses des cliniques privées seraient en revanche inférieures de 170 millions d'euros au montant prévu.

L'Ondam médico-social (17,1 milliards d'euros en 2013) a été exécuté conformément aux prévisions, tandis que les dépenses au titre des autres prises en charge devraient connaître un dépassement de 30 millions d'euros par rapport au montant initialement fixé du fait d'une dynamique plus forte que prévue des soins des Français à l'étranger.

Graphique n° 3 : Evolution de l'écart entre l'Ondam fixé en LFSS et sa réalisation



Source : Commission des affaires sociales, à partir de l'annexe 1 du PLFSS

3. L'Ondam 2014 : un objectif exigeant

En 2014, l'évolution spontanée des dépenses d'assurance maladie est estimée à 3,8 %. Elle résulte d'une progression estimée à 4,5 % pour les soins de ville et 3,1 % pour les dépenses afférentes aux établissements de santé.

Dans le cadre contraint des finances publiques, le Gouvernement propose de fixer l'Ondam à **179,2 milliards d'euros**, soit une progression de **2,4 %** par rapport à la prévision d'exécution pour 2013.

Ce taux traduit un effort sensible en faveur de la santé en France, puisqu'il représente **une enveloppe supplémentaire de 4,2 milliards d'euros** affectée au financement du système de soins. Il traduit en même temps la poursuite de l'objectif de maîtrise des dépenses, dans la mesure où cette enveloppe représente **un effort de limitation des dépenses de 2,4 milliards d'euros** par rapport à leur évolution tendancielle.

Il est par ailleurs à noter que la lisibilité et la transparence de l'Ondam seront améliorées en 2014 grâce à **l'identification des dépenses relatives au Fonds d'intervention régional (FIR) au travers d'un nouveau sous-objectif**. Le FIR constitue une enveloppe déléguée aux agences régionales de santé (ARS) pour la mise en œuvre de leurs politiques notamment en matière de prévention, d'accompagnement des établissements de santé ou encore de permanence des soins.

Tableau n° 4 : Synthèse de l'Ondam 2014

(en milliards d'euros)	Prévision d'exécution 2013 (périmètre 2014)	Sous-objectifs 2014	Evolution
Ondam soins de ville	79,3	81,2	2,4 %
Ondam hospitalier	73,8	75,5	2,3 %
<i>Etablissements de santé tarifés à l'activité</i>	54,2	55,6	2,6 %
<i>Autres dépenses relatives aux établissements de santé</i>	19,6	19,9	1,3 %
Ondam médico-social	17,1	17,6	3,0 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées</i>	8,4	8,6	2,9 %
<i>Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées</i>	8,7	9,0	3,1 %
Fonds d'intervention régional	3,1	3,2	2,4 %
Autres dépenses *	1,6	1,7	5,6 %
Ondam TOTAL	174,9	179,2	2,4 %

* Ce sous-objectif comprend principalement les dépenses relatives aux soins à l'étranger.

Source : Commission des comptes de la sécurité sociale - PLFSS 2014

L'effort prévu pour 2014 portera **principalement sur les prix des produits de santé** (960 millions d'euros sur les médicaments et 120 millions d'euros sur les dispositifs médicaux). On peut en outre relever que la sous-exécution de l'Ondam en 2013 apporte un effet base de 500 millions d'euros.

Tableau n° 5 : Tableau récapitulatif des mesures de limitation des dépenses relatives à l'Ondam 2014

(en millions d'euros)

Effet report de mesures 2013 (hors baisses de prix de produits de santé)	90
Baisses de tarifs professionnels libéraux (radiologues, biologistes)	130
Actions de maîtrise médicalisée des dépenses	600
Baisses de prix de médicaments (ville et hôpital)	960
<i>dont baisses de prix de médicaments ayant perdu leur brevet</i>	245
<i>dont optimisation de la tarification des génériques</i>	165
<i>dont opérations de convergence de prix dans le répertoire selon les orientations ministérielles</i>	200
<i>dont baisses de prix de médicaments sous brevet</i>	260
<i>dont baisses de prix à l'hôpital</i>	90
Baisses de prix de dispositifs médicaux	120
<i>dont ville</i>	70
<i>dont hôpital</i>	50
Efficiences à l'hôpital	440
<i>dont économies relatives aux achats</i>	300
<i>dont amélioration de l'efficacité et de la pertinence des prises en charge</i>	140
Abondement de l'objectif global de dépenses (OGD) par prélèvement sur les réserves de la CNSA	70
Total Ondam 2014 à 2,4 %	2 410

C. LA DEGRADATION DU SOLDE 2013 DE LA BRANCHE MALADIE : UNE INSUFFISANCE DES RECETTES

Le régime général, le régime social des indépendants (RSI) et les deux régimes agricoles (salariés et non-salariés) constituent les quatre principaux régimes de la branche maladie, maternité, invalidité et décès.

Le RSI est structurellement équilibré par l'affectation qui lui est faite en priorité, avant le fonds de solidarité vieillesse, de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S). De leur côté, les comptes des régimes agricoles sont consolidés dans ceux du régime général qui compense en conséquence leurs déficits. De ce fait, **le solde de l'ensemble de la branche maladie repose sur celui du régime général.**

Le déficit de la Cnam est passé de 11,6 milliards d'euros en 2010 et 8,6 milliards en 2011 à 5,9 milliards en 2012. En 2013, il devrait s'établir à **7,8 milliards d'euros (article 6 du PLFSS)**, contre 5,1 milliards initialement prévus en loi de financement. On l'a vu, les dépenses ont été maîtrisées puisqu'elles sont sous-exécutées de 500 millions d'euros ; **la dégradation du solde de la branche provient donc uniquement d'une faiblesse de ses recettes**, en particulier au titre de la CSG. Ainsi, les recettes de CSG ont augmenté au total de 3,9 % en 2012, mais devraient progresser de 1,4 % seulement en 2013. Cette évolution reflète la moindre hausse de la masse salariale, qui devrait être inférieure d'un point en 2013 par rapport aux prévisions (1,3 % contre 2,3 %).

Selon l'annexe B du PLFSS, le déficit de la branche maladie se réduirait progressivement de plus d'un milliard d'euros par an pour atteindre 2,6 milliards en 2017, sur la base d'une progression annuelle de 2,4 % de l'Ondam.

II. LA STRATÉGIE NATIONALE DE SANTÉ : UNE RÉFORME EN PROFONDEUR ET DANS LA DURÉE

Lancée par le Premier ministre lors d'un déplacement à Grenoble le 8 février 2013 et détaillée par la ministre des affaires sociales et de la santé le 23 septembre, la stratégie nationale de santé a pour ambition de **définir un cadre pluriannuel de l'action publique** en vue de combattre les injustices et inégalités de santé et d'accès aux soins et d'adapter le système de santé aux besoins des patients et aux lentes et profondes mutations actuelles.

Alors que le système français a été principalement construit pour traiter les maladies aiguës, il doit maintenant apprendre à **accompagner le patient, voire sa famille et ses proches, d'une manière globale**, notamment pour répondre au défi toujours plus important du développement des maladies chroniques. Ainsi, pour un ensemble de raisons que tout le monde a en tête, notre approche doit évoluer tant en ce qui concerne la demande que l'offre de soins.

A. LES GRANDS AXES DE TRAVAIL

1. Donner la priorité à la prévention par rapport au curatif et agir sur les déterminants de santé

L'état de santé résulte de conditions environnementales, économiques, sociales, voire culturelles, qui excèdent largement le strict domaine sanitaire. De ce fait, une approche uniquement curative ne permet pas de répondre aux besoins.

La stratégie nationale de santé entend mettre en place les outils d'une promotion de la santé intégrée, par l'élaboration de grandes priorités de santé publique mobilisant tous les acteurs autour de prises en charge globales et avec des objectifs chiffrés. De ce point de vue, l'éducation à la santé, ainsi que l'éducation thérapeutique, sont essentielles, notamment à l'école ou à destination des jeunes en général, pour que chacun puisse « gérer sa santé » par des comportements et des modes de vie favorables.

Trois objectifs principaux sont fixés et doivent se décliner selon la population, le milieu et la thématique : agir sur les déterminants de santé ; lutter contre les inégalités et intervenir au plus près des populations.

Une meilleure coordination est nécessaire, tant entre les acteurs publics qu'entre les professionnels.

Donner la priorité à la prévention inclut aussi l'amélioration de l'évaluation et de la gestion des risques sanitaires. Le dispositif actuel a montré des signes de fragilité, que ce soit par un paysage institutionnel complexe qui n'évite ni les doublons ni les manques.

2. Mieux organiser les soins pour les patients et garantir l'égalité d'accès en privilégiant une approche territoriale

Les soins de proximité doivent être structurés autour d'**équipes pluri-professionnelles**. Le rôle du **médecin traitant** qui doit se concentrer sur ses missions fondamentales doit être affirmé en même temps que le mode d'exercice de la médecine générale doit évoluer avec l'appui de personnels administratifs et soignants. Pour cela, les systèmes d'information et de communication doivent être développés et adaptés.

Ce **nouveau mode d'exercice libéral** correspond aux souhaits de nombreux jeunes professionnels et répond aux difficultés démographiques dans certaines zones fragiles.

Le **pacte Territoire - santé**, présenté en décembre 2012, a posé les bases de la nouvelle organisation des soins de proximité qui doit passer par la reconnaissance d'une fonction de coordination du parcours. Cette démarche doit permettre à la fois de gagner en cohérence et lisibilité, de laisser aux équipes la plus grande souplesse d'organisation, de pérenniser et simplifier la rémunération de la coordination, de favoriser une plus grande complémentarité et de structurer les systèmes d'information.

L'ensemble des acteurs doivent mieux « articuler » leurs interventions respectives, que ce soit en ville, en établissement de santé ou médico-social ou avec les secteurs social et de la prévention.

La stratégie nationale de santé vise ainsi à mettre en place **un appui aux équipes de proximité sous la forme d'un coordonnateur-animateur de territoire**. Ce dispositif se focalisera en premier lieu sur les malades chroniques pour lesquels l'absence de coordination est la plus dommageable. Une offre de services à l'attention des médecins généralistes complètera cet appui territorial.

Au-delà, il s'agit de définir **un service public territorial de santé** par une démarche contractuelle avec les agences régionales de santé ; il portera une attention particulière aux questions de permanence ou continuité des soins et d'urgences.

La loi réaffirmera la notion de service public hospitalier qui a été supprimée par la loi HPST et, de manière générale, les établissements hospitaliers et médico-sociaux doivent se situer au cœur d'un service public rénové.

Les modalités d'organisation et de financement seront réformées pour rendre effectives la transversalité et la mise en place de parcours.

En ce qui concerne l'accessibilité aux soins, plusieurs mesures ont déjà été adoptées par le Gouvernement (relèvement du plafond de la CMU-c et de l'ACS de 8,3 % au 1^{er} juillet 2013, avenant n° 8, etc...). La ministre des affaires sociales et de la santé a également annoncé le déploiement progressif

du tiers-payant généralisé, portant à la fois sur le régime de base et sur la complémentaire. En outre, de nombreuses mesures, adoptées ou en cours d'examen, visent à améliorer la couverture complémentaire des Français.

Par ailleurs, la stratégie nationale de santé doit s'appuyer sur une recherche de pointe, lisible par tous, reconnue à l'international et adaptée aux besoins de la société. Pour cela, le pilotage de la recherche en santé doit être réorganisé.

Ces orientations nécessitent l'adaptation des formations, y compris continue, ainsi qu'un investissement résolu dans les systèmes d'information et le développement de nouveaux métiers et compétences.

B. LES MOYENS D'ACTION : LA DÉCONCENTRATION ET LA DÉMOCRATIE SANITAIRE

Les agences régionales de santé doivent être les chevilles ouvrières de la transformation du système de santé ; elles disposent de compétences élargies qui doivent permettre de mettre en œuvre la transversalité nécessaire. La mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale du Sénat a confié à Jacky Le Menn et Alain Milon un rapport d'information sur le bilan de la mise en place des ARS, trois ans après ; il permettra de définir les voies d'amélioration. Sans préjuger des conclusions de ce rapport et dans le cadre de la stratégie nationale de santé, le pilotage national des ARS doit être repensé pour aller vers plus d'interministérialité, de décloisonnement et de stratégie.

Enfin, la stratégie nationale de santé entend impliquer et accompagner les patients et leurs représentants dans l'organisation, le fonctionnement et l'évolution du système de santé.

III. LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2014 S'INSCRIT DANS UNE RÉFORME D'ENSEMBLE DU SYSTÈME DE SANTÉ

A. L'ORGANISATION DES SOINS PRIMAIRES

1. L'exercice interprofessionnel et la coordination des soins

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a ouvert une expérimentation pour mettre en place de nouveaux modes de rémunération (NMR) destinés à compléter le paiement à l'acte, voire s'y substituer. Cette expérimentation a été lancée tardivement et finance aujourd'hui 147 maisons et centres de santé pour un montant proche de 13 millions d'euros.

La loi de financement pour 2013 a permis à l'assurance maladie et aux professionnels et structures de santé de négocier un accord conventionnel interprofessionnel pour succéder de manière pérenne aux NMR. Malheureusement, les partenaires conventionnels n'ont pas entamé les négociations mais elle est annoncée pour les prochains mois.

Dans ces conditions, l'article 27 prolonge d'une année l'expérimentation des NMR et le Gouvernement a annoncé que 150 nouvelles équipes pourraient être financées sur cette base. Par ailleurs, le même article organise une procédure en cas de rupture des négociations ou d'opposition à un accord : comme pour les conventions avec les professionnels de santé, un arbitre pourra être désigné et il arrêtera un règlement qui s'appliquera dans l'attente de l'aboutissement des négociations.

L'article 28 propose d'ajouter au système de validation des protocoles de coopération entre professionnels de santé, prévus par l'article 51 de la loi HPST, un examen par un collège de financeurs dans le cas où le protocole nécessite la mise en place d'un mode de rémunération dérogatoire. Dans les cas où la mise en place de cette forme de rémunération sera jugée inopportune par le collège, le processus de validation sera interrompu et le protocole ne pourra être mis en œuvre.

2. De nouveaux modes d'organisation et de financement

Le système de santé français souffre de multiples cloisonnements entre acteurs, administrations, sources de financement etc... Qui plus est, le développement des maladies chroniques, le vieillissement de la population et l'amélioration des techniques médicales aboutit à « changer le regard » sur la manière d'appréhender la santé : l'approche traditionnelle par pathologie doit être complétée pour offrir un accompagnement global du patient.

Dans cette perspective, l'**article 34** met en place des expérimentations liées au **parcours de soins** pour deux pathologies : **l'insuffisance rénale chronique (IRC)**, qui pourrait concerner 10 % de la population selon certaines études épidémiologiques, et le **traitement du cancer par radiothérapie externe**.

Pour l'IRC, l'expérimentation vise à s'orienter vers un financement forfaitisé de l'ensemble du parcours, l'étude d'impact évoquant même un aspect qui pourrait être considéré révolutionnaire en France, à savoir le fait que le promoteur du projet pourrait être chargé de la répartition des crédits entre les différents acteurs. Il est vrai que la prise en charge des malades rénaux demande l'intervention de nombreux professionnels aux statuts variés.

Pour le cancer, l'expérimentation vise plutôt à moderniser les modalités de rémunérations qui sont en outre, aujourd'hui, différentes entre les établissements publics financés au nombre de séance et les établissements privés financés à la dose de radiation. Le nouveau modèle de financement intégré porterait dans un premier temps sur les cancers du sein et de la prostate.

Les deux expérimentations de cet article 34 rejoignent les conclusions du **rapport de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat de juillet 2012 sur le financement des établissements de santé**, puisque la mission estimait que la T2A, plus centrée sur la maladie que sur le malade, peut constituer un handicap pour la mise en place d'un parcours de santé. Elle proposait ainsi de **lancer rapidement, pour certaines pathologies, des expérimentations en vue d'instaurer un financement global qui comprenne la prise en charge en ville et en établissement**.

Par ailleurs, alors que la loi HPST a posé, en 2009, les bases légales de la **télé médecine**, ses modalités de financement n'ont jamais été véritablement abordées. Le ministère de la santé a lancé des travaux approfondis pour accompagner les acteurs mais l'impulsion globale n'a guère été au rendez-vous. Or, la télé médecine, qui ne constitue pas une « solution miracle », peut répondre à de nombreux problèmes d'accès aux soins découlant soit de l'isolement d'un territoire, soit d'un manque de professionnels, notamment de spécialistes. D'ailleurs, le pacte territoire - santé de lutte contre les déserts médicaux, présentée par la ministre des affaires sociales et de la santé en décembre 2012 contient un volet destiné à développer cet outil.

Dans ce contexte, l'**article 29** met en œuvre une expérimentation portant sur le déploiement de la télé médecine pour les patients pris en charge en ville ou en structure médico-sociale. Elle portera notamment sur des activités de télé-expertise, de téléconsultation et de télésurveillance.

L'Assemblée nationale a adopté un nouvel **article**, numéroté 27 A, pour définir un cadre général unique lorsque le Gouvernement souhaite mettre en œuvre une expérimentation relative à de nouveaux modes d'organisation des soins. Si l'on peut comprendre l'intérêt de ne pas multiplier les articles *ad hoc* du PLFSS, il n'est pas certain que la rédaction de cet article respecte l'article 37-1 de la Constitution qui autorise les expérimentations « *pour un objet et une durée limités* » et permettre au Gouvernement de déroger à des règles de niveau législatif, ce qui est au fond le but d'une expérimentation, doit aussi respecter les droits du Parlement.

Enfin, l'**article 31** met en œuvre une expérimentation dans le domaine des **transports sanitaires**, qui constituent un pan du système de santé et de l'accès aux soins. Alors que les dépenses de l'assurance maladie consacrées à cette prise en charge progressent rapidement, même si ce rythme est moins rapide ces dernières années, plusieurs expérimentations ont été prévues dans divers PLFSS mais rarement mises en œuvre sur le terrain. Cet article prévoit que les établissements de santé élaborent **une convention** définissant les modalités optimales de prise en charge et les transporteurs y adhèrent, s'ils le souhaitent. Si un patient ne choisissait pas un transporteur adhérent, il ne serait pas remboursé par l'assurance maladie.

B. L'ACCÈS AUX SOINS ET AUX PRESTATIONS

1. Des mesures de santé publique : le sevrage tabagique et la contraception pour les mineures

L'**article 43** ouvre la possibilité aux caisses nationales d'assurance maladie de mettre en place des programmes d'aide au sevrage tabagique à destination des personnes bénéficiaires d'une prescription de traitement de substitution nicotinique (TSN). Ces programmes compléteront les dispositifs déjà mis en œuvre pour l'accompagnement des personnes souhaitant arrêter de fumer, et notamment le service téléphonique de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), en ciblant précisément les personnes engagées dans un traitement de substitution. Ils contribueront par ailleurs à améliorer la prise en charge de la population des jeunes âgés de 20 à 25 ans, identifiée comme prioritaire dans le cadre de la politique de lutte contre le tabagisme, pour laquelle une augmentation du montant du forfait de prise en charge des TSN sera mise en œuvre par voie réglementaire.

L'**article 44** prévoit la dispense d'avance de frais pour la part assurance maladie des consultations et examens de biologie médicale préalables à la prescription de la contraception aux mineures d'au moins quinze ans. Étendue, à l'Assemblée nationale par un amendement du Gouvernement, à l'ensemble des actes de pose, de changement ou de retrait des contraceptifs implantables (stérilets ou implants sous cutanés), cette mesure permet d'anticiper sur l'application généralisée du tiers payant

prévue par la stratégie nationale de santé. Elle s'inscrit dans le cadre de la politique déterminée du Gouvernement pour permettre l'accès des mineurs à partir de la majorité sexuelle à la contraception. Votre rapporteur soutient cette mesure, qu'il juge nécessaire d'articuler avec les Pass mis en place par plusieurs régions qui permettent une consultation anonyme et totalement gratuite d'accès à la contraception.

2. Le fonctionnement des centres de santé

Les centres de santé, héritiers des dispensaires, sont des éléments essentiels de l'accès aux soins sur certains territoires ; ils ont démontré, s'il en était besoin, leur utilité sanitaire et sociale mais leur situation financière est fragile en raison d'un modèle conventionnel obsolète. Ils présentent notamment l'avantage de ne pas facturer de dépassements d'honoraires et de dispenser les patients de l'avance des frais.

Un rapport récent de l'Igas a permis de poser un bilan objectif des centres de santé, qui doit permettre d'avancer sur les points qui posent des difficultés d'organisation ou de fonctionnement.

Les relations entre l'assurance maladie et les centres de santé sont régies, notamment sur le plan de la rémunération des centres, par un accord national datant de 2002, publié au journal officiel en 2003, puis reconduit tacitement et sans changement en 2008 et en 2013. Ses dispositions sont naturellement dépassées, en particulier au regard de l'évolution parallèle qui a eu lieu dans la convention médicale, puisque celle-ci contient dorénavant une part de plus en plus importante de rémunérations forfaitaires ou liées à des objectifs de santé publique ou de coordination des soins.

L'Assemblée nationale a introduit un **article 27 bis** dans le PLFSS, dont l'objet est double. Il prévoit d'abord que les partenaires conventionnels disposent d'**un délai de neuf mois pour réviser l'accord de 2003**. Il prévoit ensuite, de manière générale, que les instances conventionnelles se réunissent, dans les trois mois qui suivent la conclusion d'une convention ou d'un avenant avec une profession de santé, pour examiner les conditions de **la transposition des modes de rémunération** autres que le paiement à l'acte qui y sont éventuellement prévus.

3. L'approfondissement des droits en matière d'indemnités journalières

Autant les prestations en nature (*i.e.* le remboursement des soins) sont dorénavant globalement harmonisées entre les régimes, autant il subsiste d'importantes différences pour les prestations en espèce, c'est-à-dire les indemnités journalières.

L'an passé, la loi de financement pour 2013 a créé **un régime spécifique d'indemnités journalières maladie pour les exploitants agricoles**, qui va effectivement se mettre en place au 1^{er} janvier 2014. L'**article 46** vise à encadrer et à compléter ce dispositif. Il clarifie les conditions de suspension du versement des indemnités journalières dans la branche maladie du régime des non-salariés agricoles (Amexa) en réservant la condition de mauvaise foi à la suspension des seules prestations en nature. Il précise en outre certaines modalités du contrôle des interruptions de travail pour cause de maladie pour les affiliés à l'Amexa et à l'Atexa (branche AT-MP des non-salariés agricoles). Il donne notamment à la caisse de mutualité sociale agricole la faculté de proposer la mise en invalidité d'un assuré, ce qui doit permettre de faciliter la transition entre les régimes d'indemnités journalières et d'invalidité.

L'article 46 clarifie également la législation relative au maintien des droits aux indemnités journalières dans le régime social des indépendants (RSI) pour les assurés se trouvant dans l'impossibilité d'être à jour de leurs cotisations annuelles, notamment en raison de difficultés financières. Il permet ainsi de rétablir les conditions d'une égalité de traitement de ces assurés, quelle que soit la procédure dans laquelle ils se trouvent engagés (plan de sauvegarde, redressement judiciaire, étalement du paiement des cotisations décidé par plusieurs organismes, liquidation judiciaire).

De leur côté, les **praticiens et auxiliaires médicaux libéraux conventionnés** qui relèvent d'un régime spécifique (PAMC) conformément au code de la sécurité sociale ne bénéficient pas de prestations en espèces, de la même manière que les ressortissants du régime social des indépendants (à l'exception des artisans). L'**article 30** ouvre le droit, pour les professionnelles de ce régime, de percevoir des **indemnités journalières maladie en cas d'arrêt de travail lié à leur grossesse**.

Enfin, on peut relever que deux amendements adoptés par l'Assemblée nationale (**articles 46 bis et 46 ter**) portent sur des demandes de rapport du Gouvernement au Parlement sur **la rénovation des conditions d'ouverture des droits à indemnités journalières maladie**. Les seuils alternatifs de 200 heures de travail dans les trois mois précédant l'arrêt ou d'un salaire au moins égal à 1 015 fois le montant du Smic horaire au cours des six mois précédant l'arrêt n'est plus adapté à l'organisation actuelle du travail et beaucoup d'assurés se voient exclus du droit à IJ alors qu'ils cotisent. L'effet de seuil est d'autant plus prégnant pour les malades chroniques ou relevant de pathologies se traitant dans la durée (cancer), ce qui constitue une forme de paradoxe.

4. La protection complémentaire santé

a) Améliorer la qualité des contrats qui bénéficient d'une aide publique

Lors du congrès de la Mutualité française en octobre 2012, le Président de la République a fixé **l'objectif de la généralisation d'une couverture complémentaire de qualité à l'horizon 2017.**

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) a rendu en juillet 2013 un rapport d'ensemble sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé : il entend porter un diagnostic sur le rôle de l'assurance maladie complémentaire, les inégalités de garanties et d'aide publique selon les contrats. Il analyse également les conditions et les enjeux d'une extension de l'assurance complémentaire à l'ensemble de la population. Il examine les conditions de la généralisation d'une couverture de qualité, incluant les personnes les plus éloignées de l'emploi et les plus modestes.

Selon le Hcaam, cette généralisation implique une évolution du dispositif de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour en améliorer le taux de recours, un renforcement des critères de solidarité et de responsabilité des contrats d'assurance complémentaire et une amélioration du ciblage des aides publiques bénéficiant au secteur.

Le Hcaam s'est également penché sur la répartition des rôles entre régime obligatoire de base et régime complémentaire en matière de gestion du risque et souligne l'intérêt des réseaux de professionnels de santé pour réduire les restes à charge et améliorer l'accès aux soins. Sur ce dernier point, on peut noter l'adoption par l'Assemblée nationale, en novembre 2012, puis par le Sénat, en juillet 2013, d'une proposition de loi relative aux modalités de mise en œuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé.

Dans ce contexte général, le projet de loi de financement pour 2014 contient **plusieurs mesures pour améliorer la qualité de la couverture complémentaire santé, notamment pour les plus démunis.**

Ainsi, l'article 45 poursuit un quadruple objectif :

- il facilite pour **certains étudiants boursiers l'accès à la CMU-c** ;

- il vise à **orienter les bénéficiaires de l'ACS vers certains contrats qui auront été sélectionnés par une mise en concurrence** sur des critères alliant prix et garanties offertes par le contrat. Aujourd'hui, ces bénéficiaires peuvent choisir tout contrat complémentaire et, finalement, on constate que la qualité de ces contrats est très nettement inférieure à celle de l'ensemble des contrats individuels, *a fortiori* collectifs ;

- il améliore la « sortie » du bénéfice de l'ACS, en demandant à l'organisme assureur du bénéficiaire de l'ACS de lui proposer, lorsqu'il n'est plus éligible à l'aide, un contrat au même tarif pendant un an ;

- **il réforme en profondeur les critères nécessaires pour qu'un contrat bénéficie d'un taux de TSCA réduit.** Aujourd'hui, ces critères sont limités (pas de prise en charge de la participation forfaitaire ou des franchises ; prise en charge du ticket modérateur des frais liés au parcours de soins mais pas de prise en charge pour les majorations ou dépassements applicables lorsque le patient consulte hors de ce parcours). Avec l'article 45, un décret en Conseil d'Etat fixera un minimum de prise en charge du ticket modérateur et les conditions, comprenant éventuellement **un plancher et un plafond, pour la prise en charge des dépassements d'honoraires, des soins dentaires prothétiques et des dispositifs médicaux (en particulier, l'optique).** Il s'agit de véritablement responsabiliser ces contrats, pour éviter qu'une incitation fiscale (le taux de TSCA réduit pour les contrats individuels et collectifs, plus des exonérations fiscales et sociales pour les contrats collectifs) ne se traduise par une « course à l'échalote » entre les organismes pour toujours plus rembourser. Cette logique a en effet un impact sur les prix pratiqués par les professionnels qui ne sont pas régulés par l'assurance maladie.

La mise en œuvre de ce meilleur ciblage des contrats responsables et solidaires devra se faire en **concertation étroite** avec les acteurs et dans la suite des travaux déjà entrepris par le Fonds CMU-c et certaines mutuelles : des critères trop ambitieux risquent de renchérir le coût de l'ensemble des contrats ; des critères trop timorés n'enrayeraient pas l'augmentation de certaines prestations.

Cette réforme entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2015 après adoption des mesures réglementaires nécessaires, mais l'Assemblée nationale a décidé de majorer, dès 2014, les contrats qui ne respectent pas ces critères en portant le taux de TSCA qui leur est applicable de 9 % à 14 %, sans modifier le taux réduit (7 %) (**article 15 ter**).

b) Favoriser l'accès aux soins des plus démunis

Décidée à l'issue de la conférence nationale de lutte contre la pauvreté de décembre 2012, une revalorisation de 8,3 % a permis de porter le plafond de la CMU-c à 716 euros au 1^{er} juillet 2013. La mesure a mécaniquement une incidence sur le plafond de l'ACS qui est porté à 967 euros, soit **95 % du seuil de pauvreté**. Au total, 750 000 personnes devraient ainsi entrer dans le champ de ces deux dispositifs, dont 400 000 pour la CMU-c et 350 000 pour l'ACS.

L'**article 45 bis**, introduit par l'Assemblée nationale, élargit la notion du panier de soins qui s'applique aux bénéficiaires de la CMU-c à ceux de l'ACS : il sera ainsi possible de définir des plafonds de prix pour les prestations fournies aux personnes bénéficiant de l'ACS, par exemple en optique ou en dentaire. D'ores et déjà, l'avenant n° 8 à la convention médicale interdit les dépassements d'honoraires qui seraient appliqués à ces personnes.

Ces mesures permettront de **diminuer les restes à charge** des patients, ce qui est indispensable pour des personnes dont les ressources sont faibles.

Par ailleurs, l'**article 45 ter**, également introduit par l'Assemblée nationale, apporte une simplification bienvenue et reprend une proposition qu'avait formulée Aline Archimbaud, sénatrice, dans son rapport au Premier ministre sur l'accès aux soins des plus démunis : il permet un **renouvellement automatique de l'ACS pour les titulaires d'un minimum vieillesse**. En effet, la situation de ces personnes évolue peu ; il est donc inutile et fastidieux, pour eux comme pour les caisses d'assurance maladie, de devoir chaque année déposer et instruire une demande de renouvellement dont le résultat est quasiment assuré à l'avance...

c) Fixer les modalités de la participation des organismes complémentaires au forfait du médecin traitant

Dans l'avenant n° 8 à la convention médicale signé en octobre 2012, les organismes complémentaires se sont engagés à compléter à hauteur de 150 millions d'euros les nouveaux modes de rémunération destinés aux médecins, notamment le nouveau forfait de cinq euros pour les médecins traitants.

L'**article 4** organise les modalités de cette participation : elle sera versée à l'assurance maladie à raison du nombre d'assurés et d'ayants droit qui ont consulté durant l'année leur médecin traitant. Un double plafond s'appliquera : 150 millions par an au total pour l'ensemble des organismes et 5 euros par assuré. Cette participation est prévue pour les années 2013 à 2015 (2016 dans le texte initial du Gouvernement).

d) Encourager la mutualisation des risques prévoyance pour les contrats collectifs

Alors que les contrats collectifs apportent en moyenne plus de garanties que les contrats individuels et que leurs coûts sont moindres pour les salariés en raison de la participation de l'employeur et d'exonérations fiscales et sociales, l'accord national interprofessionnel de janvier 2013 et la loi de sécurisation de l'emploi de juin ont organisé les étapes conduisant à leur généralisation en entreprise.

A cette occasion s'est enclenchée une polémique remettant en cause une pratique très ancienne des partenaires sociaux : la mise en place par les branches professionnelles de régimes de prévoyance, soit intégrés (par exemple, Pro-BTP) soit confiés à un ou des organismes extérieurs (comme le fait depuis 1962 la branche des assurances), à adhésion obligatoire de la part de l'ensemble des entreprises de la branche et avec des barèmes préfixés de cotisations et de garanties.

Cette logique de la « désignation » d'un assureur avec un contrat prédéfini a été déclarée contraire à la Constitution par le Conseil constitutionnel, qui a estimé que cette atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle était disproportionnée au regard de l'intérêt général poursuivi, à savoir la mutualisation des risques.

Alors que les débats avaient jusque-là porté sur le risque maladie, cette décision du Conseil constitutionnel a un champ nettement plus large puisqu'il concerne aussi la prévoyance. Or, le risque prévoyance ne présente pas les mêmes caractéristiques assurantielles : il est considéré comme « lourd » et nécessite absolument une forme de mutualisation pour ne pas être prohibitif pour certaines entreprises, en raison de leur taille ou de leur secteur d'activité.

Après avoir consulté le Conseil d'Etat sur les solutions pour établir les moins mauvaises conditions possibles au maintien de dispositifs datant souvent des années cinquante ou soixante, le Gouvernement a proposé à l'Assemblée nationale de légiférer sur cette question. Elle a ainsi adopté l'**article 12 ter**, qui autorise les branches professionnelles à **recommander, après mise en concurrence, un ou plusieurs organismes de prévoyance pour des contrats présentant des garanties élevées de solidarité.**

Pour préserver la liberté contractuelle telle qu'érigée par le Conseil constitutionnel à un niveau supérieur à la loi, cet article laisse les entreprises libres de s'assurer auprès de l'un des organismes recommandés mais, si elle ne le fait pas, le taux de **forfait social** qu'elle acquitte sur les cotisations liées à ce contrat de prévoyance passera de 8 % à 20 % pour les entreprises d'au moins dix salariés et de 0 % à 8 % pour celles de moins de dix salariés.

Cette incitation fiscale semble parfaitement compatible avec la décision du Conseil qui a estimé que « *faciliter l'accès de toutes les entreprises d'une même branche à une protection complémentaire et assurer un régime de mutualisation des risques, en renvoyant aux accords professionnels et interprofessionnels le soin d'organiser la couverture de ces risques auprès d'un ou plusieurs organismes de prévoyance* » constituait bien « *un but d'intérêt général* ».

C. LE FINANCEMENT DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

La commission des affaires sociales du Sénat a adopté, à l'unanimité, en juillet 2012, le **rapport présenté au nom de la Mecss** par votre rapporteur général, Jacky Le Menn et Alain Milon sur le financement des établissements de santé, que leurs auteurs ont présenté à la ministre des affaires sociales et de la santé.

La première conclusion de ce rapport précisait : « *La [mission] ne remet pas en cause le principe de la tarification à l'activité (T2A) dont les atouts sont indéniables mais elle préconise une meilleure prise en compte de certaines activités médicales, des missions d'intérêt général, ainsi que des inégalités territoriales de santé et des coûts fixes qu'engendre la présence hospitalière dans une zone isolée ou peu dense* ».

La mission plaidait également pour une réforme globale de la régulation des dépenses pour la rapprocher de l'évolution propre à chaque établissement et éviter la mise en réserve infra-annuelle de crédits budgétaires. Elle proposait que des tarifs fixés de manière pluriannuelle, afin d'améliorer la visibilité des établissements sur leurs ressources, puissent s'appliquer jusqu'à un certain volume d'activité, des tarifs dégressifs étant employés au-delà.

Par ailleurs, la ministre des affaires sociales et de la santé a installé en décembre 2012 un Comité de réforme de la tarification hospitalière (Coretah) dont les premiers travaux ont permis de dégager plusieurs voies d'amélioration qui sont retracées dans le rapport annuel du Gouvernement au Parlement sur le financement des établissements de santé transmis à la fin octobre 2013. Trois axes principaux y sont évoqués : repenser la T2A pour une allocation de ressources plus équilibrée ; mieux prendre en charge la pertinence et la qualité des parcours de soins ; simplifier et préciser les principes du modèle. A cet égard, des travaux sont en cours, notamment en ce qui concerne les urgences, la réanimation, les activités non programmées, la neutralité tarifaire, la radiothérapie (cf. article 14), l'hospitalisation à domicile ou encore les ex-hôpitaux locaux.

1. L'adaptation de la T2A aux établissements isolés et la réduction de son effet inflationniste

Les travaux du Coretah se traduisent dans le PLFSS pour 2014 dans son **article 33**.

La T2A repose sur un calcul moyen de coûts au niveau national qui aboutit à l'élaboration d'un tarif unique pour une prestation de tous les établissements de santé de la même catégorie. Or, certains établissements, notamment ceux qui sont isolés, présentent nécessairement une structure de coûts plus défavorable, toutes choses égales par ailleurs, que la moyenne des établissements. Ils subissent des coûts fixes qu'ils ne peuvent absorber dans le cadre de tarifs nationaux assis sur des moyennes.

Le ministère a mené, en 2012 et 2013, une étude pour élaborer des critères d'isolement et de taille ; elle a abouti à une première liste de 140 établissements pouvant être considérés comme isolés et une enquête complémentaire est en cours auprès des ARS.

Dans ce cadre, l'article 33 permet de mettre en œuvre des **modalités dérogatoires de financement pour les établissements isolés qui sont confrontés à une situation financière difficile**.

Par ailleurs, ce même article ouvre la voie à une disposition plus discutée : **la dégressivité des tarifs au-delà d'un certain seuil d'évolution ou de volume d'activité**. A partir d'un seuil fixé nationalement, le tarif d'une prestation pourrait être minoré pour la part au-delà d'un certain seuil, exprimé soit en volume soit en évolution. Dans son rapport 2013 sur les charges et produits, la Cnam évoquait un tel dispositif de marge décroissante en fonction du volume d'activité ou de son évolution. Elle estimait qu'il faudrait le concevoir de façon à **maintenir l'incitation de la productivité** créée par la T2A et l'aspect positif de la concurrence entre établissements au bénéfice du patient, **tout en réduisant l'incitation marginale**, pour à la fois tenir compte des coûts fixes et décourager les actes non pertinents.

Pour autant, comme cela est d'ailleurs mentionné dans le rapport de la Cnam, ce dispositif doit être utilisé avec prudence et **circonspection** : il ne s'agit nullement de décourager des établissements à pratiquer des interventions ou à améliorer leur productivité. **Il doit être ciblé sur quelques prestations précises où les économies d'échelle sont manifestes**.

A cet égard, l'Assemblée nationale a utilement précisé que le dispositif devait tenir compte des **créations ou regroupements** d'activité, qui ont naturellement un effet statistique devant être neutralisé.

2. La confirmation de la facturation au fil de l'eau pour les consultations et actes externes et son report à 2018 pour les séjours

Depuis la mise en place de la T2A, les établissements qui étaient auparavant sous dotation globale (établissements publics et privés à but non lucratif) facturent globalement leurs prestations à l'assurance maladie *via* les agences régionales de santé et l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih) qui utilisent les données du système d'information (PMSI) pour valoriser les actes et séjours. Les établissements sont alors payés mensuellement et sans individualisation des actes ou séjours.

Le passage à une facturation « au fil de l'eau » et surtout individualisée par patient pose d'importants problèmes techniques et d'organisation et entraîne, au moins dans les premiers temps, un coût certain. Une expérimentation avait été décidée en loi de financement pour 2009 mais elle a démarré avec beaucoup de retard. Elle est aujourd'hui

relativement avancée pour les actes et consultations externes facturés par les établissements mais pas pour les autres prestations, principalement les séjours qui constitue la masse budgétaire la plus importante.

Dans ces conditions, l'**article 36** conserve la date du 1^{er} mars 2016 pour la généralisation de la facturation individuelle des actes et consultations externes mais reporte celle des autres prestations au 1^{er} mars 2018.

3. Diverses mesures de régulation

L'**article 33 bis** améliore le dispositif de mise sous accord préalable des activités de soins de suite et de réadaptation qui avait été décalqué de celui existant pour les activités de MCO. Or, les établissements de SSR ne sont pas eux-mêmes prescripteurs de leur activité ; ils reçoivent les patients hospitalisés dans des établissements MCO. Ces derniers pourront être mis sous accord préalable à ce titre.

Outre une réforme de la T2A (*cf. supra.*), l'**article 33** autorise les établissements de santé ex-OQN (principalement des établissements privés à but lucratif mais aussi certains types d'établissements privés à but non lucratif comme dans le secteur de la dialyse) à facturer les prestations même si le médecin qui les pratique est salarié. Selon l'étude d'impact, cette mesure concerne surtout les soins de suite et de réadaptation.

Outre une expérimentation sur les transports sanitaires (*cf. supra.*), l'**article 31** simplifie la mise en œuvre par les agences régionales de santé des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (Caqos) qui concernent la régulation des dépenses de transports.

D. LES MÉDICAMENTS ET LE CIRCUIT PHARMACEUTIQUE

1. Diffuser les innovations sans coût excessif

Les médicaments biologiques, substances produites à partir d'une cellule ou d'un organisme vivant ou dérivée de ceux-ci (par exemple, des vaccins, des facteurs de croissance ou des médicaments dérivés du sang), ont connu et vont connaître encore un développement très important, car ils apportent des solutions thérapeutiques nouvelles. Un médicament « biosimilaire », concept développé en Europe à partir des années 2000 et régi par une réglementation spécifique depuis 2004, est un médicament biologique qui est développé pour être similaire à un médicament biologique existant (le « médicament de référence ») lorsque son brevet est tombé dans le domaine public.

L'**article 38** vise à mettre en place une procédure sécurisée permettant de diffuser plus largement qu'aujourd'hui les médicaments **biosimilaires**. Il permet notamment, dans un cadre défini par l'agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), une substitution par le pharmacien d'un médicament biologique par l'un de ses biosimilaires. Cette substitution ne pourra avoir lieu qu'en initiation de traitement ou afin de permettre la continuité d'un traitement déjà initié avec le même biosimilaire. On peut relever que cette mesure reprend une mesure proposée par la commission des affaires sociales lors de l'examen du projet de loi de financement pour 2013.

L'**article 39** pérennise une expérimentation lancée en 2012 qui permet d'assurer une continuité de prise en charge pour les patients traités avec un médicament ayant reçu une autorisation temporaire d'utilisation (ATU) dans l'attente de l'inscription de ce médicament sur la liste des produits remboursables après qu'il a obtenu son autorisation de mise sur le marché (AMM).

L'**article 42** aménage la procédure d'inscription des actes innovants nécessaires à l'utilisation ou à la prise en charge des dispositifs médicaux en ouvrant à l'Uncam la possibilité de procéder elle-même à la hiérarchisation et à l'inscription de ces actes. Il s'agit ainsi de remédier à l'excessive longueur des délais constatés pour leur inscription, qui s'élèvent à trois ans en moyenne, afin d'améliorer l'accès des patients aux innovations diagnostiques et thérapeutiques. Cet article crée les conditions nécessaires pour que cette inscription puisse intervenir dans un délai maximal d'un an après l'engagement de la procédure d'inscription, soit six mois après la transmission à l'Uncam de l'avis rendu par la HAS. L'efficacité de ce dispositif dépendra cependant de sa mise en œuvre par l'Uncam, qui se voit reconnaître une simple faculté et non une compétence liée.

L'**article 41** simplifie les dispositifs de régulation des dépenses de médicaments facturés par les établissements de santé en sus des prestations d'hospitalisation. Ces dépenses d'un montant de 2,6 milliards d'euros en 2012 font l'objet d'un contrat de bon usage (CBU) conclu entre l'ARS, l'assurance maladie et les établissements ; un avenant pourra être conclu au CBU pour prévoir des mesures d'amélioration des pratiques de prescription.

2. Expérimenter la délivrance de médicaments à l'unité

L'**article 37** met en place une expérimentation de la délivrance à l'unité de certains antibiotiques, avec un double objectif : lutter contre stocks inutiles de médicaments chez les particuliers et diminuer les risques de résistance aux antibiotiques. L'outil de l'expérimentation est particulièrement adapté à cette question qui revient régulièrement dans le débat public mais dont l'impact et l'intérêt sont aujourd'hui mal évalués.

Des procédures adaptées devront être mises en place pour assurer la traçabilité et la conservation des produits, ainsi que l'information des patients. De telles procédures existent dans les pays qui ont mis en œuvre la délivrance à l'unité ; les difficultés ne sont donc pas insurmontables.

3. Rémunérer les acteurs de manière juste

Lorsqu'elles vendent des médicaments, les officines de pharmacies bénéficient d'**une marge**, dégressive selon le prix du produit, **et de remises** de la part du fournisseur. Ces remises, ristournes et avantages de toute nature sont plafonnés par la loi à 2,5 % pour les princeps et à **17 % pour les génériques**. Or, de nombreuses études, ainsi que des contrôles diligentés par les services de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes, ont montré que les fournisseurs de génériques et les officines négocient parfois des **contrats de coopération commerciale** portant officiellement sur des médicaments non remboursables mais constituent en pratique un détournement du plafond de 17 %.

L'**article 40** prévoit en conséquence **un mécanisme de déclaration** au Comité économique des produits de santé (Ceps) de toutes ces remises, ristournes et avantages. En ayant connaissance des sommes en cause, le Ceps pourra négocier, sur la base de critères objectifs, une révision du prix des spécialités concernées.

L'Assemblée nationale a saisi cette occasion pour tenter d'intégrer dans les remises et ristournes autorisées les coopérations commerciales qui aujourd'hui, tendraient à dépasser le plafond de 17 %. Elle a donc prévu que ce plafond sera fixé par arrêté, dans la limite de 50 %. En l'absence d'étude d'impact de cette mesure, la commission a adopté un amendement proposé par votre rapporteur pour la supprimer et en rester, à ce stade, au texte initial du Gouvernement.

L'**article 12 bis**, inséré sur proposition du Gouvernement, adapte la fiscalité en matière de distribution en gros des médicaments avec deux objectifs : favoriser les pratiques les plus favorables au maintien des obligations de service public ; permettre à la concurrence de faire baisser le prix des médicaments pour le consommateur et pour l'assurance maladie.

Sans augmenter le montant total de la taxe sur la distribution en gros de médicaments, l'article prévoit d'en réformer l'assiette en créant une troisième part, assise sur les marges rétrocédées aux pharmacies d'officines par les entreprises du médicament qui leur vendent directement des médicaments en gros, sans passer par les grossistes-répartiteurs. La marge rétrocédée correspond à celle dont aurait bénéficié le grossiste. Cette pratique, conforme au droit, pose plusieurs problèmes.

D'une part, elle s'effectue au détriment des **grossistes répartiteurs**. Ceux-ci, qui doivent être pharmaciens, sont astreints par l'article R. 5924-59 à des **obligations de service public** sur le territoire qu'ils desservent :

- satisfaire à tout moment la consommation de sa clientèle habituelle durant au moins deux semaines ;
- livrer dans les vingt-quatre heures toute commande passée avant le samedi 14 heures, de toute présentation des spécialités effectivement commercialisées ;
- livrer tout médicament [...] à toute officine qui le lui demande.

Le samedi, à partir de 14 heures, ainsi que le dimanche et les jours fériés, ils sont tenus de participer à un système d'astreinte interentreprises, permettant la livraison de médicaments dans les délais et au maximum dans les huit heures afin de faire face aux situations de crise sanitaire.

Votre rapporteur considère qu'il y aurait quelque paradoxe à imposer à cette catégorie de professionnels de santé des obligations liées à l'intérêt général en matière d'approvisionnement des médicaments, sans contrôler le développement de la distribution directe aux officines. En effet, si les grossistes-répartiteurs ne parvenaient plus à assurer l'équilibre économique de leur activité par le simple jeu du marché, l'Etat serait contraint de financer leurs missions de service public.

D'autre part, le dispositif actuel favorise les pharmacies d'officine en capacité de négocier directement avec les entreprises du médicament au détriment des autres officines réparties sur le territoire.

Enfin, ainsi que l'a indiqué l'Autorité de la concurrence dans son enquête sectorielle dans le domaine de la distribution du médicament délivré en ville, publiée le 10 juillet 2013, les contacts directs entre les pharmacies d'officine et l'industrie et le fait d'écarter les grossistes répartiteurs vont à l'encontre de l'objectif de baisse des prix du médicament.

Dès lors, le choix d'opérer une régulation de ces contacts au travers de la fiscalité est un moyen proportionné de préserver les objectifs d'intérêt général.

De son côté, l'**article 12** fusionne la taxe sur la première vente de médicaments, prévue par le code général des impôts, et la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, qui figure dans le code de la sécurité sociale, en supprimant la première et en élargissant la seconde. Il s'agit ainsi, en rapprochant deux taxes pesant sur une assiette comparable – le chiffre d'affaires hors taxes lié à la vente de médicaments – mais au régime différent, de **simplifier** et de **clarifier la fiscalité des médicaments**. Cette fusion a été calibrée pour compenser la perte de revenu fiscal liée à la suppression de la taxe sur les premières ventes tout en garantissant la neutralité de la mesure pour les entreprises imposables.

Par ailleurs, l'**article 40 bis** fixe les modalités de transposition aux pharmacies mutualistes et minières des dispositions de la convention de l'assurance maladie avec les pharmacies d'officine.

A noter également que l'**article 13** maintient le seuil de déclenchement du mécanisme de la clause de sauvegarde à la charge éventuelle des entreprises pharmaceutiques (dite « taux K ») à 0,4 % comme en 2013.

Enfin, l'**article 42 bis** demande au Gouvernement la remise d'un rapport au Parlement sur le bilan de l'élargissement de la taxe sur les dépenses de promotion qui a été décidée par la loi de financement pour 2013.

E. DIVERSES MESURES DE GESTION

L'**article 11** réforme les modalités de financement de la Haute autorité de santé (**HAS**) pour éviter que ne lui soient affectées des taxes versées par le secteur des produits de santé. Ces taxes seront dorénavant prélevées par le Trésor public, ce qui permet une simplification des procédures, et affectées à la Cnam. Les dotations de l'Etat et de l'assurance maladie à la HAS seront adaptées pour tenir compte de ces nouvelles dispositions.

L'**article 32** supprime le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (**Fiqcs**) dont la plupart des missions ont été transférées au fonds d'intervention régional (FIR) ou peuvent être assumées directement par d'autres organismes.

L'**article 35** augmente la **fongibilité** des crédits mis à la disposition des agences régionales de santé pour accroître leur souplesse de gestion et faciliter le financement de projets sans recourir à une procédure nécessitant l'intervention de l'administration centrale. Ainsi, les crédits de la dotation annuelle de financement (établissements publics et privés à but non lucratif dans les secteurs des soins de suite et de réadaptation et de la psychiatrie) et ceux du FIR pourront être transférés d'une enveloppe à l'autre, dans une limite fixée par arrêté.

L'**article 36** actualise les modalités de **répartition des charges hospitalières** entre les différents régimes d'assurance maladie. La Cour des comptes a critiqué les critères en vigueur, qui n'ont pas été modifiés depuis de nombreuses années. Cette mesure est neutre pour l'ensemble de l'assurance maladie mais devrait diminuer les dépenses du régime général et augmenter celles du RSI.

L'**article 48** fixe, comme chaque année, les dotations de l'assurance maladie à divers fonds et organismes : le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (Fmespp, 263,34 millions d'euros) ; l'office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (Oniam, 138 millions) ;

l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus, 22,2 millions). Il fixe aussi le montant de la participation au fonctionnement des ARS en provenance de la CNSA (91,37 millions) et de l'assurance maladie (162 millions). Il prévoit en outre que la dotation de l'assurance maladie aux ARS sera fixée, à compter de 2015, par arrêté, et non en loi de financement.

L'**article 50 bis** prévoit la création de deux parts dans les tarifs des soins thermaux. L'une, le « tarif forfaitaire de responsabilité », remboursé par la sécurité sociale, sera la seule opposable aux titulaires de la CMU-c et de l'ACS. Elle a vocation à rester fixe pendant toute la durée de la convention entre les établissements thermaux et l'assurance maladie. L'autre part, nouvelle, du tarif sera pour sa part soumise à un plafond. Elle ne sera pas remboursée par l'assurance maladie et évoluera en fonction d'un indice permettant la prise en compte de l'évolution des coûts supportés par les établissements thermaux.

L'**article 64** confie la gestion des **risques maladie et AT-MP des exploitants agricoles** à la seule mutualité sociale agricole (MSA), alors qu'ils peuvent aujourd'hui choisir soit la MSA soit un assureur privé agréé (ces assureurs sont regroupés au sein du Gamex pour le risque maladie et de l'Aaexa pour le risque AT-MP).

EXAMEN EN COMMISSION

Audition de M. Frédéric VAN ROEKEGHEM, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés

Réunie le mardi 22 octobre 2013, sous la présidence de Mme Annie David, présidente, la commission procède à l'audition de M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), sur le projet de loi n° 1412 (AN-XIV^e) de financement de la sécurité sociale pour 2014.

Mme Annie David, présidente. – Nous poursuivons en accueillant M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam. Nous souhaiterions que vous évoquiez la situation de l'assurance maladie et ses perspectives. Quelle est votre analyse de l'évolution de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et votre sentiment sur les nombreuses dispositions de ce projet de loi de financement relatives à la branche maladie ?

M. Frédéric Van Roekeghem, directeur général de la Cnam. – Sur l'exercice 2013, le déficit du régime général a été stabilisé, mais la branche maladie a souffert d'une conjoncture qui a déprimé ses recettes. Son déficit s'est établi à 7,7 milliards d'euros, au-delà de la prévision de 5,9 milliards, mais néanmoins en deçà des prévisions émises en juin par la Commission des comptes de la sécurité sociale. Pour la quatrième année consécutive, l'Ondam des soins de ville est sous-exécuté. L'Ondam global, d'après les prévisions de la Commission des comptes, devrait être en sous-exécution de 500 millions, il l'était de 300 millions l'an dernier. Le taux d'évolution prévu par la loi de financement est donc respecté. Sur ces 500 millions, 450 millions concernent les soins de ville. Les chiffres de septembre confirment les prévisions, et le comité d'alerte a d'ailleurs jugé que les estimations en dépenses du Gouvernement étaient sincères.

Ce projet de loi de financement reprend des mesures recommandées par le conseil de la Cnam et par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Le taux d'évolution des dépenses, avec un Ondam à 2,4 %, est l'un des plus bas jusqu'ici prévus. Les statistiques de l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) montrent que la France est l'un des pays qui ont le mieux maîtrisé l'évolution de leurs dépenses. Si la croissance avait été au rendez-vous, nous aurions fait mieux encore.

Le cadrage macroéconomique d'ensemble prévoit une diminution du déficit de l'assurance maladie de 1,5 milliard en 2014, et un niveau de déficit consolidé du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) du même ordre de grandeur que l'excédent de financement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale

(Cades). La Cades dispose de ressources qui excèdent largement les frais financiers de la dette qui lui a été transférée, ce qui doit nous conduire à nous interroger sur le financement d'ensemble du système.

Des mesures d'économies sont engagées sur les soins de ville et les établissements de santé. Un effort encore important est demandé à l'industrie du médicament. La France se distingue des autres pays de l'OCDE par une consommation de produits de santé qui reste encore supérieure à la moyenne des pays comparables. Nous consommons parfois trop de médicaments, nous n'optimisons pas cette consommation, nous restons en retrait sur la consommation et la prescription de génériques, et ceux-ci sont plus chers que ceux qu'achètent le National health service (NHS) ou son équivalent espagnol.

Les conseils de la Cnam et de l'Uncam ont émis des recommandations : développer la prévention, notamment contre le tabagisme, comme le prescrit aussi la Cour des comptes ; favoriser l'efficacité et le bon usage du médicament, notamment la substitution par des médicaments biologiquement similaires, qui devrait avoir lieu, comme l'a retenu le Gouvernement, à l'initiation du traitement ; fixer des objectifs de prescription dans les contrats pour l'amélioration de la qualité et la coordination des soins à l'hôpital ; améliorer la transparence sur les remises consenties aux pharmaciens d'officine par les producteurs de génériques, d'ailleurs moins par l'intermédiaire d'une déclaration par les officines comme nous l'avons recommandé initialement, que par les laboratoires eux-mêmes ; expérimenter la délivrance de médicaments à l'unité, mesure populaire dont vous avez certainement entendu parler. Il est raisonnable de passer par une phase d'expérimentation sur ce sujet, avant d'envisager une généralisation car il existe des risques sanitaires.

Mme Catherine Procaccia. – Lesquels ?

M. Frédéric Van Roeyghem. – Une mauvaise manipulation : rappelez-vous la polémique récente sur une supposée substitution dans le blister, qui avait été opérée en fait par le patient...

Nous nous félicitons que l'engagement volontaire pris par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) dans le cadre de l'avenant n° 8 à la convention médicale dans le but de favoriser de nouveaux modes de rémunération et qui faisait partie intégrante de l'équilibre de l'avenant se concrétise. Nous prenons acte de l'amélioration des contrats d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) ; il est légitime de s'assurer que l'aide aille bien vers des contrats qui couvrent des besoins médicaux légitimes : aujourd'hui, le risque dentaire, notamment, n'est pas toujours couvert, ce qui peut présenter des risques médicaux, par exemple pour les personnes âgées.

En ce qui concerne la contractualisation sur les transports sanitaires, la procédure actuelle portant sur des objectifs nationaux et réduite aux établissements de soins dont les taux d'évolution sont rapides aurait pu être améliorée par une meilleure participation des caisses d'assurance maladie : si l'objectif est d'améliorer l'organisation, la coopération avec des acteurs volontaires pouvant être généralisée postérieurement est préférable à des sanctions, dont le rendement est d'ailleurs assez faible.

L'expérimentation, prévue à l'article 34 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, de la tarification au parcours pour le traitement du cancer par radiothérapie et le traitement de l'insuffisance rénale chronique devrait être complétée : elle devrait permettre de déroger, au-delà des règles de financement, aux règles d'organisation des soins. La France est en retard, par exemple, en ce qui concerne la dialyse à domicile, à l'heure où l'autodialyse va devenir possible.

Enfin, le conseil de la Cnam s'est interrogé sur le délai de mise en œuvre de la déclaration sociale nominative (DSN) : certains représentants des entreprises réclament plus de souplesse.

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – *Je vous remercie pour votre présentation. Je vous ai adressé quelques questions qui ont été distribuées. Elles portent sur les modalités de mise en œuvre de l'avenant n° 8 à la convention médicale, sur les objectifs et le calendrier des négociations relatives à la coordination des soins, sur les projets des caisses d'assurance maladie en ce qui concerne les programmes d'aide au sevrage tabagique, sur le « collège des financeurs » mis en place par l'article 28 du PLFSS au sujet des coopérations entre professionnels et sur la convention avec les pharmacies d'officine signée en avril 2012 et le calendrier de négociation des nouveaux « honoraires de dispensation » qui doivent permettre d'engager le basculement d'un paiement au volume à une rémunération plus forfaitaire déconnectée du prix du médicament.*

Je souhaite ajouter une question relative aux centres de santé. Un récent rapport de l'Igas a démontré, s'il en était besoin, l'utilité sanitaire et sociale de ces structures qui sont essentielles pour l'accès aux soins. L'actuel financement des centres est clairement insuffisant ; il est qualifié de « boiteux » dans le rapport. Celui-ci propose de mettre l'accent sur la part forfaitaire de rémunération et de découper les règles de financement de celles en vigueur dans le secteur libéral. Où en est la convention entre l'assurance maladie et les centres de santé, qui devait expirer en novembre dernier et qui datait de 2002 ? Quelles sont vos intentions pour sa renégociation ?

Enfin, je terminerai par deux questions plus générales. Le rapport entre la part de l'Etat et celle de l'assurance maladie dans le pilotage du système de santé vous semble-t-il satisfaisant ? La contribution relative de l'assurance maladie (environ 75 %) dans le remboursement par rapport aux complémentaires (13 % à 14 %), reste élevée malgré sa diminution, mais elle cache l'augmentation du poids des remboursements des affections de longue durée face aux soins courants, remboursés à 50 % en moyenne ; cela ne risque-t-il pas de détacher les jeunes ménages de la solidarité ?

M. Frédéric Van Rookeghem. – *Oui, nous oscillons entre 75 % et 76 %. Toutefois les taux de remboursement, qui ont tendance à s'accroître mécaniquement, à cause notamment du remboursement à 100 % des médicaments onéreux, ont en effet décliné sous l'effet de mesures de déremboursement. Cela traduit cependant des situations contrastées : par exemple, l'assurance maladie prend en charge 95 % des dépenses hospitalières ; inversement, l'optique et le dentaire sont remboursés à un taux bien plus bas que les autres soins dits courants. Les neuf dixièmes de nos dépenses concernent 40 % de nos assurés. L'assurance maladie obligatoire*

représente donc une forte solidarité : l'équilibre entre les ménages bien portants et les malades a été maintenu depuis plus de 70 ans ; on peut noter que la réforme Obama recherche cet équilibre, elle repose sur le pari de convaincre les jeunes de s'assurer pour rendre supportable l'extension de l'assurance à des malades qui n'ont pas les moyens de s'assurer. Tout repose sur la règle selon laquelle chacun reçoit selon ses besoins et cotise selon ses moyens, avec des adaptations pour les plus modestes. Il ne faudrait pas dériver, sans un arbitrage politique effectif, vers un modèle complètement différent, qui poserait d'ailleurs des problèmes de soutenabilité. Le débat sur les frontaliers en fait foi : en segmentant, il est aisé de proposer des tarifs avantageux aux assurés sans risque, surtout s'ils sont réassurés par la solidarité nationale. Que le Parlement s'exprime sur le taux de prise en charge et sa répartition entre assurés et risques éclairerait le débat public. Evitons que la solution de facilité consistant à dérembourser des soins qui semblent peu dynamiques ne fragilise l'équilibre global.

L'avenant n° 8 à la convention médicale avait trois piliers : la lutte contre les tarifications excessives, la mise en place d'un contrat d'accès aux soins, offrant une alternative à la situation actuelle du secteur 2 non régulé, et l'opposabilité des tarifs pour les personnes éligibles à l'ACS.

Le programme contre les tarifications excessives (plus de 150 % de dépassement) se déroule comme prévu. Les médecins de secteur 2 ont reçu un courrier d'information générale fin février ; les directeurs de caisses primaires d'assurance maladie ont appelé ou rencontré ceux qui avaient des pratiques susceptibles d'être jugées excessives ; ces entretiens se sont déroulés convenablement : deux tiers des médecins ont pris des engagements, le plus souvent oralement ; l'équilibre a été maintenu entre la médecine libérale et le secteur hospitalier, qui n'a pas été exonéré de cette politique. Une période d'observation s'est déroulée du 11 mars au 30 avril 2013. A son terme, plus de 500 médecins ayant une tarification excessive ont reçu, en juillet, des courriers d'avertissement ou vont en recevoir un prochainement. Si ces médecins ne modifient pas leur politique tarifaire dans les deux mois, nous saisisons les instances paritaires locales qui prendront une sanction pouvant aller jusqu'au déconventionnement partiel ou total ou à la suspension du droit de dépasser. Bien que nous préférons la pédagogie, il sera vraisemblablement nécessaire de sanctionner les cas les plus emblématiques. Les premières saisines de commissions paritaires régionales (CPR) interviendront avant la fin de l'année.

Contrairement à ce qu'on a pu publier ici ou là, la stabilisation à fin 2012 du taux de dépassement a été confirmée sur les neuf premiers mois de 2013. L'observation de cohortes de médecins indique une diminution à deux chiffres du taux de dépassement, avec un effort substantiel des professeurs d'université-praticiens hospitaliers (PU-PH), qui parfois méconnaissaient tout simplement la cotation des actes libéraux.

Près de 9 200 contrats d'accès aux soins ont été signés, à 70 % avec des spécialistes, contrairement à ce qu'affirme une campagne outrancière. Des généralistes de secteur 2 qui peuvent ainsi prendre le train de l'évolution du mode de rémunération ont également signé un contrat. La date d'entrée en vigueur, d'ici la fin de l'année, sera bientôt connue. Nous nous préparons avec les éditeurs de logiciels métiers.

Je serai moins positif sur l'opposabilité tarifaire pour les bénéficiaires de l'ACS : la pratique tarifaire des médecins de secteur 2 a insuffisamment évolué. Un courrier a d'ailleurs été adressé à 700 médecins qui ne respectaient toujours pas la tarification sans dépassement pour les bénéficiaires de la CMU-c. Cette opération sera poursuivie dans le courant de l'année ; après une nouvelle information, nous enchaînerons par un programme de contrôle. Les médecins savent par la carte vitale que leur patient bénéficie de la CMU-c, mais ce n'est pas le cas pour l'ACS. Aussi avons-nous envoyé courant août une nouvelle attestation à tous les bénéficiaires et d'autres pistes seront explorées pour que le médecin puisse en avoir connaissance au moment de la facturation.

Le forfait de 5 euros par patient ne souffrant pas d'affection de longue durée a été mis en place à bonne date : le premier paiement a eu lieu le 10 septembre 2013, le second étant prévu pour novembre ; pour 56 925 médecins éligibles, nous avons versé 27,9 millions d'euros, soit 490 euros par professionnel en moyenne. Le troisième trimestre sera plus faible, ce versement ayant lieu à la date anniversaire du choix du médecin traitant. On estime le coût à 180 ou 190 millions d'euros pour 38 millions de patients, conformément à ce que nous avons déclaré lors de la signature de l'avenant n° 8.

Les négociations concernant la coordination des soins ne pouvaient commencer avant la détermination de la stratégie nationale de santé. Elles s'ouvriront dans les meilleurs délais ; un amendement a été déposé à l'Assemblée nationale pour qu'elles débutent, comme l'a annoncé la ministre, au premier trimestre 2014.

L'article 43 met en place des programmes d'aide au sevrage tabagique, en accord avec les recommandations de la Cour des comptes. En effet, 29 % des 14-75 ans fument quotidiennement, soit 14 millions de personnes, et ce nombre augmente. Un programme d'action sera mis en place avec l'Institut national de prévention et d'éducation à la santé (Inpes). Nous ferons profiter du site internet Tabac-info-service les 13,5 millions d'assurés qui ont un compte sur notre site internet - et dont 500 000 se connectent chaque jour -, dans le cadre du développement plus large de sites consacrés à la nutrition, au risque cardio-vasculaire et à la santé du dos.

Les délégués de l'assurance maladie relayeront auprès des médecins traitants les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS). Nous proposerons des outils d'accompagnement des patients, réalisés conjointement avec les sociétés savantes, la HAS et l'Inpes, et ferons connaître les forfaits de prise en charge dont l'accessibilité sera renforcée. L'arrêt du tabac pourrait également être pris en compte dans la rémunération sur objectifs de santé publique dans le cadre de la future loi de santé publique, et pourrait être inscrit comme thème prioritaire du développement professionnel continu (DPC).

Un accompagnement des sages-femmes sera mis en place, pour sensibiliser les jeunes mères avant et après la naissance. Dans notre programme d'aide au retour à domicile déployé auprès de 120 000 jeunes mères, ces dernières peuvent activer un volet dans leur compte internet ; il faudra y intégrer la lutte contre le tabagisme. Les services de la protection maternelle et infantile (PMI) seront aussi concernés, de même que les pharmaciens, avec la conception, en liaison avec leur ordre professionnel, d'un document de liaison pour les premières demandes de substituts nicotiques. Les forfaits concernant ces derniers seront revalorisés à 150 euros pour certains publics. De nouvelles offres pour le sevrage tabagique seront proposées, en coordination avec l'Inpes, avec l'enrichissement du site Ameli par un module reprenant celui de l'Inpes et intégrant le programme santé active, un programme d'accompagnement spécifique pour les jeunes, une action plus proactive pour la prise en charge des substituts et l'indispensable volet évaluation. Enfin, des services de prévention de proximité s'adresseront à certains publics : femmes enceintes – avec peut-être des ateliers collectifs – et jeunes.

L'article 51 de la loi HPST pose un problème : inspiré de pratiques hospitalières, la délégation d'un élément du processus de soin peut occasionner pour un médecin de ville rémunéré essentiellement à l'acte des pertes de revenu substantielles. Il faut donc coordonner les financeurs, de manière à imaginer de nouveaux modes de rémunération au parcours amortissant les baisses de revenus, et à éviter parallèlement une explosion des coûts.

Comment faire passer la rémunération des pharmaciens d'officine, actuellement à la boîte, à une rémunération plus indépendante des volumes et des prix, sans pour autant financer un réseau de distribution qui n'aurait plus de clients ? Avec les syndicats de pharmaciens, nous avons constaté que trois questions devaient être résolues au préalable. Il faut d'abord revoir les contrats de coopération avec les fabricants de génériques sur lesquels le Gouvernement a souhaité de la transparence : ils représenteraient 30 000 euros en moyenne par officine, ce qui contrevient au plafond de 17 % de remise autorisé par le droit de la concurrence. Les pharmaciens réclament ensuite une certaine visibilité pluriannuelle contradictoire avec l'annualité de la loi de financement de la sécurité sociale : il conviendra d'examiner cela avec le Gouvernement – nous avons pu conclure avec les biologistes un accord pluriannuel validé par les deux ministres compétents. D'après nos simulations, et compte tenu du crédit d'impôt compétitivité emploi et de la convention de 2011, l'équilibre global de la distribution pharmaceutique ne sera pas bouleversé en 2013 et 2014 ; en revanche, si l'effort est maintenu en 2015 et 2016, la profession s'interrogera. Nous avons enfin essayé de concilier le souhait par les pharmaciens d'une rémunération à la dispensation et la prévisibilité de cette évolution au vu du risque financier. La rémunération à l'ordonnance est délicate à mettre en place puisque 30 % des médicaments sont achetés par renouvellement ; en même temps, la rémunération à la dispensation peut aller à l'encontre de notre volonté de privilégier des dispensations groupées. Voilà pourquoi nous avons préféré une rémunération pour les ordonnances complexes, donnant lieu à des plans de posologie, notamment pour les personnes âgées, ce qui peut le cas échéant préfigurer une dispensation par pilulier.

Nous proposons de rémunérer le service rendu à la population par le pharmacien séparément du prix du médicament et de plafonner les marges, qui pourraient en effet dépasser mille euros pour certains médicaments très onéreux. Ces propositions faites en lien avec le Gouvernement – qui doit refondre l'arrêté de marges – semblent recueillir l'avis favorable de la fédération majoritaire, les autres fédérations attendant une clarification sur les marges arrière. Je l'ai dit, nous ne subissons pas de pressions trop importantes en termes de délai, et finaliserons notre négociation après le vote de la loi de financement. Celle-ci laissera en revanche des marges de manœuvre financières relativement étroites.

L'Assemblée nationale a précisé la position de la ministre selon laquelle l'évolution des centres de santé devait intervenir en même temps que la dynamique des soins de proximité. Les progrès dans l'organisation des soins doivent être intégrés dans la négociation future avec les centres de santé. Le conseil de l'Uncam aura à se positionner sur ces questions.

Si nous voulons réaliser des progrès, nous avons besoin d'un pilotage cohérent du parcours de soins. La France a une prise en charge hospitalière plus importante que la moyenne de l'OCDE, mais une organisation de la médecine de ville moins structurée que l'Espagne ou le Royaume-Uni. Les négociations avec les professionnels de santé, que l'assurance maladie mène par délégation, doivent être mises en cohérence avec le pilotage des établissements de santé par l'Etat et les agences régionales de santé. Il faut garder cette articulation sans détruire la valeur ajoutée de chacun. La régulation reste un métier. De ce point de vue, on l'a vu récemment sur l'aide à domicile, l'assurance maladie n'a pas à rougir de son savoir-faire.

Concilier cela avec l'orientation de santé publique est d'ailleurs l'un des enjeux de la stratégie nationale de santé. Le conseil de la Cnam se demande s'il ne devrait pas prendre une position de principe pour que l'évolution retenue fasse évoluer les choses sans que les compétences soient perdues. La ministre s'est montrée très ouverte sur les questions institutionnelles tout en étant prudente. Le Parlement évaluera de ce point de vue la mise en place des agences régionales de santé. Je ne suis pas sûr qu'une étatisation complète du système soit la réponse à tout ; en revanche, j'ai la certitude qu'un pilotage non cohérent n'est pas une bonne solution.

Il faut aussi juger sur les résultats : notre exécution est en deçà de l'Ondam pour la quatrième année consécutive ; nos effectifs ont baissé de 20 %, de manière échelonnée dans le temps et respectueuse du dialogue social. Toutefois, les modèles de négociation avec les offreurs de soins pourraient être plus développés en direction des établissements. Sur le fond, le Parlement doit rendre un arbitrage entre la loi et le contrat. On ne peut pas réformer le système de santé par la seule force de la loi ; la participation des professionnels de santé est incontournable. De ce point de vue, une plus grande participation des établissements de santé est peut-être souhaitable.

M. Gilbert Barbier. – Comme chaque année, vous considérez l'Ondam hospitalier comme un mur infranchissable, et vous n'en parlez pas plus que de la liste en sus, dont le coût augmente pourtant de manière importante... Sur les restructurations hospitalières, le professeur Vallancien avait dit il y a 5 ans que 130 plateaux chirurgicaux étaient insuffisants ou dangereux ; 30 ont été traités. Les

autres continuent de peser sur le budget de la sécurité sociale, y compris en médecine de ville puisque si les bons chirurgiens ne prescrivent pas de kinésithérapie après une pose de prothèse de hanche, les moins bons vous en prescrivent trente ou quarante séances... Pourquoi ne pas intervenir dans ce domaine ?

Le projet de loi de financement prévoit une économie de 960 millions d'euros sur le médicament ; or, un produit, le Lucentis, vous coûte 400 millions d'euros de trop : il coûte 789 euros par patient et par mois, alors que l'Avastin pourrait lui être substitué pour 45 euros. L'un est fabriqué par Novartis et l'autre par Roche, dont 25 % à 30 % du capital appartiennent au premier... Là encore, vous n'intervenez pas. Plus globalement, une grande part des économies demandées portent sur des princeps, peu sur les génériques. Cela tue l'industrie pharmaceutique innovante dans notre pays. Ne peut-on pas inverser la tendance ? Vous avez autorisé 16 génériques pour le Plavix, dont deux du laboratoire qui le fabrique et trois d'un autre laboratoire. Quel est l'intérêt ? Je ne suis pas opposé à l'idée de réaliser des économies, mais pas au détriment des intérêts économiques du pays.

Les négociations avec les pharmaciens d'officine sont bloquées depuis le 10 octobre, autour de la limite des 17 % des remises autorisées. Envisagez-vous de revoir ce taux ? Vous êtes partisan d'une dispensation à l'unité. Cela se pratique aux Etats-Unis. Nous en sommes déjà proches, par exemple pour les antibiotiques puisque les conditionnements ont été adaptés. Or, la pratique de la dispensation à l'unité présente des risques, dont celui d'un arrêt prématuré des traitements.

Vous n'évoquez pas la généralisation du tiers payant. Je ne suis pas d'accord avec votre analyse sur l'obligation des frontaliers de cotiser. Pour ramasser 150 à 200 millions de cotisations, vous diminuez de 200 voire 300 euros par mois le pouvoir d'achat de ces personnes qui font 150 kilomètres par jour pour aller travailler. Certains me disaient lors d'une manifestation samedi dernier qu'ils allaient s'inscrire au chômage ! Je dénoncerai à la tribune cette mesure misérable.

M. Alain Milon. – *Comme d'habitude, vous avez été comblé par ce projet de loi de financement ; mais cette année, vous avez fait beaucoup d'efforts pour le défendre. Nous constatons pourtant qu'il manque des mesures structurelles.*

Notre rapporteur général a dit que l'article 51 de la loi HPST mettait en place une procédure peu satisfaisante pour la coopération entre professionnels. Moyennant quoi on met en place, pour y remédier, un « collège de financeurs ». Est-ce vraiment simplifier ? Et ce collège comportera-t-il des professionnels ?

Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (Fiqcs), qui avait ses mérites, est supprimé. Les crédits iront alimenter le Fonds d'intervention régional (FIR), mais la transparence sera-t-elle satisfaisante ?

L'article 33, relatif à la réforme de la T2A, nous inquiète. La dégressivité des tarifs nationaux pour les établissements qui dépassent leur quota incite à travailler moins, pour que les établissements moins performants disposent de fonds pour survivre ! Que fait-on de la qualité du service et de santé publique ?

M. René-Paul Savary. – La délégation de tâches prévue à l'article 43 me laisse perplexe. Il faut bien en mesurer les enjeux. Qu'il n'y ait pas de malentendu, je suis un fervent partisan de la lutte contre le tabagisme, mais confier aux sages-femmes la prescription de substituts nicotiques aux femmes enceintes comme à leurs conjoints pose problème, car il peut exister des contre-indications.

La Cour des comptes a montré qu'une rationalisation des coûts devrait s'appliquer à la chirurgie ambulatoire. La Cnam ne devrait-elle pas faire des propositions pour que soient déclinées sur le territoire les expérimentations déjà engagées ?

En ce qui concerne le médicament, j'ai été très étonné de constater que certains produits princeps sont moins chers que les génériques. Quand une molécule est amortie, les laboratoires baissent les prix. Or, la Cnam reste passive.

Rien non plus sur la question des transports organisés en zone rurale pour la consultation de spécialistes. Pourquoi ne pas établir des conventions, afin que les médecins réservent des plages horaires aux transports organisés ? Il faut des incitations politiques pour modifier les façons de travailler.

M. Georges Labazée. – L'un de vos collaborateurs, au cours d'une audition, nous a indiqué que la Cnam a dépensé 32 millions en frais de vaccination contre le papillomavirus. Or, beaucoup de femmes n'allant pas au bout du traitement, la dépense perd de son utilité. Avez-vous entrepris d'améliorer les choses ?

M. Hervé Poher. – Je veux vous remercier, monsieur le directeur général, de m'avoir remonté le moral. Alors que la technostructure n'est que trop souvent portée à ne parler que de finances, vous nous avez parlé, une heure durant, non de gros sous, mais de santé.

Comment faire évoluer les pratiques médicales pour arriver à la médecine de demain ? Vous avez évoqué des pistes. Est-ce en désespoir de cause ou bien jugez-vous que l'on peut faire évoluer les pratiques en discutant calmement ?

M. Frédéric Van Roekeghem. – Il faut trouver l'équilibre. L'intérêt général, que la loi et le règlement traduisent, exige parfois que l'on impose. Cependant, la loi ne peut pas tout. Le dialogue doit aussi s'engager avec les professionnels. C'est ainsi que le conventionnement avec les infirmières libérales dépend dorénavant de la densité d'infirmières sur un territoire. Nous avons engagé l'expérimentation et l'avons ensuite étendue à des zones plus grandes, puis elle a été déclinée auprès des masseurs kinésithérapeutes, en tenant compte de la durée de leurs études. Certes, il a fallu 2 ou 3 ans pour que les choses se mettent place. Voilà comment l'on parvient à faire évoluer les choses. Autre exemple, ce que nous avons fait avec les sages-femmes montre la voie de ce que pourrait être l'optimisation d'un parcours de soins.

Dans toute politique de réforme, la négociation est un élément incontournable. Question d'équilibre entre la loi et le contrat. On ne peut pas changer les choses par décret. Il y faut la collaboration des praticiens. Dans le management moderne d'entreprise, l'on recherche des objectifs partagés, pour autoriser un transfert de responsabilité, lequel enclenche une dynamique positive. Les conservatismes auxquels

L'on se heurte témoignent surtout d'une peur du lendemain. Ce n'est pas le changement qui fait peur, mais l'incertitude. La lever favorise l'acquiescement au changement, ainsi en a-t-il été avec les laboratoires de biologie. Les incitations aident à programmer les évolutions et à gérer les choses dans le temps.

Pour les plateaux chirurgicaux, notre rapport sur les charges et produits, qui vous a été adressé, montre que les seuils élaborés pour la chirurgie carcinologique ne sont pas totalement appliqués. Le travail réalisé sur les prothèses de hanches fait apparaître une corrélation entre taux de reprise des prothèses et activité de l'établissement. Quand un établissement peut amortir ses coûts fixes sur une base plus large, le coût de ce qu'il réalise devient légèrement inférieur au coût moyen. Reste qu'il faut veiller à la qualité. Les équipes qui ont l'habitude de travailler dans le respect des référentiels de bonnes pratiques sont les plus fiables.

Sur le médicament, dès lors qu'un médicament reçoit une autorisation de mise sur le marché et que le Comité économique des produits de santé (Ceps) a fixé son prix, l'Uncam a compétence liée. Nous ne pouvons pas empêcher un médicament, dont les génériques, d'arriver sur le marché, sauf s'il n'est pas conforme. Notre rapport montre que certains prix ne sont pas en ligne avec le service médical rendu. Nous avons pointé le Lucentis, l'Avastin présentant toutefois des risques systémiques légèrement supérieurs.

M. Gilbert Barbier. – *Interdisez-le !*

M. Frédéric Van Roekeghem. – *Nous recommandons une diminution assez forte du prix du Lucentis : c'est la première molécule remboursée (360 millions d'euros).*

Les négociations avec les pharmacies d'officine ne sont pas bloquées : elles sont suspendues dans l'attente du débat parlementaire et du règlement de la question de la marge de 17 %.

Quant à la généralisation du tiers payant, nous allons nous atteler à la première étape, c'est-à-dire à sa mise en place conjointe entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC) pour les patients à faibles ressources. Un récent rapport de l'Igas a bien montré que ce n'est pas du côté de l'AMO que se posent les problèmes les plus aigus. Le sujet des franchises et participations forfaitaires, qui sont, pour une partie non négligeable, collectées par l'assurance maladie sur les sommes qui ne sont pas versées en tiers payant, devra faire l'objet d'un examen approfondi avant 2017.

S'agissant de la réforme des coopérations interprofessionnelles, il est indispensable de veiller à ce que la mise en place ou la généralisation de protocoles de coopération – qui ont été très décriés par les professionnels, notamment libéraux – ne se heurte pas à des problèmes financiers qui n'auraient pas été anticipés. En tout état de cause, un décret est prévu qui permettra de préciser ces questions.

Il ne m'appartient pas de savoir si la prescription de substituts nicotiques par les sages-femmes, profession médicale, comporte des risques particuliers. Il est vrai que certains de ces substituts n'étaient pas sans danger : certains d'entre eux, comme le Champix, font l'objet d'une surveillance renforcée ou ont été retirés de la vente. Une analyse pharmacologique approfondie serait sans doute nécessaire pour répondre à votre question.

Nous sommes très favorables au développement de la chirurgie ambulatoire. Nous allons nous pencher attentivement sur les conclusions du rapport de la Cour des comptes de septembre dernier, qui estime à 5 milliards le montant des économies qui pourraient être réalisées grâce à ce levier : si une telle manne existe en effet, il est indispensable de s'y intéresser ! La plupart des pays, nous l'observons, élargissent aujourd'hui le champ de la chirurgie ambulatoire, ce qui va toutefois de pair avec une réorganisation de la médecine de ville.

Sur les prix relatifs des médicaments génériques et des princeps, les premiers sont nécessairement moins chers, puisque leur prix est calculé sur la base d'une décote par rapport aux seconds. Il peut en revanche exister des écarts de prix sur certains médicaments qui portent le même nom mais qui diffèrent quant à leur forme galénique : sont notamment concernés les médicaments orodispersibles. En tout état de cause, et puisque vous n'êtes pas le premier à nous faire cette remarque, il pourrait être intéressant de faire une étude sur ce point.

M. René-Paul Savary. – *Je n'y croyais pas moi-même, mais j'ai pu le constater de mes propres yeux sur deux boîtes de médicaments qui m'ont été présentées.*

Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins (DDGOS). – *Sans doute cet écart concernait-il des médicaments non remboursés, dont le prix est libre. Il arrive également parfois que les différences de prix s'expliquent par des différences de conditionnement.*

M. Yves Daudigny, rapporteur général. – *Il est important que nous puissions obtenir une explication sur ce point particulier, qui risque d'empoisonner le débat général.*

M. Frédéric Van Roekeghem. – *Un rapport d'activité du FIR est réalisé chaque année, qui rend compte très précisément de l'utilisation des crédits action par action. Peut-être faudrait-il veiller à ce que ce rapport connaisse une diffusion plus large. Il est certain en tous cas qu'il faudra parvenir à davantage de transparence à mesure que les montants gérés par le FIR croîtront.*

M. Alain Milon. – *Il faudra également que nous puissions comparer l'utilisation de ces montants par le FIR avec celle qui en était faite auparavant.*

M. Frédéric Van Roekeghem. – *En ce qui concerne le transport sanitaire, nous avons proposé dans le rapport sur les charges et produits de généraliser la contractualisation entre les caisses primaires et les établissements de santé. Il s'agirait de mieux organiser le transport en mettant en place, par exemple, des objectifs en matière de recours au transport et de modalités de transport, en tenant compte des situations particulières de chaque établissement. Un important travail est aujourd'hui réalisé sur ce point par la Cnam et les ARS. La contractualisation se traduit davantage par un dialogue positif qu'un dispositif mettant en place des sanctions : c'est pourquoi une évolution de l'organisation du transport sanitaire me semble plutôt devoir passer par une contractualisation volontaire. Il s'agirait de créer une dynamique positive, et non d'imposer un changement de modèle.*

Il existe aujourd'hui un débat autour du vaccin contre le cancer du col de l'utérus, à la fois sur la question du nombre d'injections (trois aujourd'hui) et sur le fait qu'il ne protège pas contre toutes les souches de papillomavirus. Il est également

nécessaire de continuer à faire de la prévention pour les femmes non vaccinées par la réalisation des frottis réguliers. La France se trouve dans une situation particulière : la prévention semble plutôt s'éroder que se généraliser, pour des raisons pour la plupart non objectives. Des idées fausses continuent de circuler sur la vaccination : certaines personnes pensent encore que l'on peut attraper la grippe en se faisant vacciner contre cette maladie ! Il est très important de faire des efforts de pédagogie sur ce thème.

Sur la question de la dégressivité des tarifs, il est clair qu'un établissement organisé en vue de pratiquer un nombre important d'opérations peut amortir ses frais fixes sur un plus grand nombre d'actes et donc être soumis à des coûts moins importants, ce qui peut justifier une tarification marginale dégressive. Cela suppose cependant une cohérence dans la tarification, qui doit être en ligne avec la moyenne des coûts. Il apparaît par ailleurs que le risque de reprise est plus élevé pour la réalisation des prothèses, dans un établissement qui pratique peu d'interventions que dans un autre qui en a davantage l'habitude. Il faut donc prendre garde à ce que cette mesure n'aboutisse pas à désinciter les établissements les plus performants. Tout est une question de dosage.

M. Gérard Roche. – *Il ressort des auditions que nous avons menées que la branche maladie se trouve aujourd'hui à un carrefour de son évolution. Pensez-vous pouvoir, dans l'avenir, harmoniser activités libérales et activités de service public ?*

M. Frédéric Van Rookeghem. – *Il faut dans un premier temps clarifier ce que recouvre la notion d'activité de service public et en définir le cahier des charges. Dans le cas contraire, le danger serait de n'être pas conforme avec les exigences de l'Union européenne. Par ailleurs, on ne peut envisager la mise en place de financements au titre du service public que s'il existe des contraintes spécifiques. La question du reste à charge est l'une des questions majeures qui devront être abordées. En outre, le fait que les cliniques privées pratiquent un nombre important d'interventions chirurgicales sur certains actes chirurgicaux rend sans doute incontournable une réflexion sur la formation des jeunes chirurgiens. Il faut réfléchir à la possibilité que certaines cliniques privées, dans le cadre de cahiers des charges précis et sous les mêmes contraintes que les établissements publics, puissent participer à des missions de service public – de la même façon que pour la permanence des soins.*

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

- **Mutualité française**
Jean-Martin Cohen Solal, délégué général
Emmanuel Roux, directeur général
Agnès Bocognano, directrice déléguée chargée de la santé
Isabelle Millet-Caurier, directrice des affaires publiques
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**
Jean-Loup Durousset, président
Elisabeth Tomé-Gertheinrichs, déléguée générale
Anthony Frémondrière, directeur du développement et de la vie institutionnelle
- **Fonds de solidarité vieillesse (FSV)**
Bernard Billon, directeur
- **Direction de la sécurité sociale (DSS)**
Thomas Fatome, directeur de la sécurité sociale
- **Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF)**
Philippe Gaertner, président
Philippe Besset, vice-président
- **MG France (médecins généralistes)**
Claude Leicher, président
François Wilthien, 1^{er} vice-président
Bernard Pledran
- **Leem (Les entreprises du médicament)**
Patrick Errard, président
Philippe Lamoureux, directeur général
Muriel Carroll, directeur des affaires publiques
- **Confédération des syndicats médicaux français (CSMF)**
Jean-François Rey, président de l'UMESPE-CSMF

- **Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**
Jean Debeaupuis, directeur général
Samuel Pratmarty, adjoint au sous-directeur de la régulation de l'offre de soins

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
Gérard Vincent, délégué général
Yves Gaubert, responsable du pôle financier
Cédric Arcos, directeur de cabinet
Elodie Hemery, chargée du secteur Vieillesse-Handicap

- **Fédération nationale des centres de santé (FNCS)**
Hélène Colombani, secrétaire générale
Sabrina Tanqueray, directrice

- **Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA)**
Gérard Pelhâte, président
Michel Brault, directeur général
Christophe Simon, chargé des relations avec le Parlement

- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)**
Yves-Jean Dupuis, directeur général
David Cause, coordonnateur du Pôle sanitaire et social

- **Fédération française du bâtiment (FFB)**
Didier Ridoret, président
Laetitia Assali, directeur des affaires sociales
Florence Sautejeau, directrice des affaires sociales et de la formation de la Fédération nationale des travaux publics