
La maîtrise des dépenses de soins de ville

Pour 2012, l'objectif de croissance des dépenses d'assurance maladie consacrées aux soins de ville est fixé à + 2,7%, ce qui représente plus de 2 milliards d'euros de moyens supplémentaires. Pour garantir le respect de cet objectif, plusieurs mesures seront mises en œuvre en 2012.

1. La poursuite des efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins

Les actions de maîtrise médicalisée des caisses d'assurance maladie se poursuivront l'année prochaine pour un montant d'économies attendues de 550 millions d'Euros.

Ces efforts de maîtrise médicalisée s'appuieront sur les outils introduits par les lois de financement de la sécurité sociale pour les années antérieures :

- développement des référentiels de prescription sur les actes en série de masso-kinésithérapie et sur la durée de prescription des arrêts de travail avec de nouveaux référentiels soumis à la validation de la Haute Autorité de santé (HAS), et l'extension de ce dispositif aux examens de biologie ;
- fixation par les caisses d'assurance maladie d'un objectif de réduction des prescriptions pour les plus forts prescripteurs d'indemnités journalières et de transport.

Par ailleurs, le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI) a connu un succès très encourageant avec plus de 16 000 adhésions. La convention des médecins libéraux signée le 21 juillet dernier a généralisé la rémunération à la performance, en ajoutant de nouveaux objectifs à ceux du CAPI et en relevant la cible de certains objectifs.

Par ailleurs, le PLFSS pour 2012 renforcera la mission médico-économique de la HAS. Enfin, dans la continuité des années précédentes, il sera tenu compte des gains de productivité dû à l'automatisation de certains examens biologiques ou radiologiques par une baisse des tarifs pour une économie de 170 millions d'Euros.

2. Les économies sur les médicaments et les dispositifs médicaux

Le niveau exigeant de l'ONDAM nécessite un effort significatif de maîtrise de l'ensemble des postes de dépenses. La contribution de l'industrie des produits de santé à la réduction des dépenses sera renforcée pour 2012 à hauteur de 770 millions d'Euros.

L'objectif d'économies pour l'assurance maladie au titre des diminutions de prix de produits de santé en 2011 sera renforcé par rapport aux années antérieures pour atteindre 670 millions d'Euros pour les médicaments sous brevet, les génériques et les dispositifs médicaux (contre 500 millions d'Euros d'économies prévues en 2011). Ces baisses de prix seront

négociées dans le cadre conventionnel qui lie les entreprises pharmaceutiques au Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

En outre, 100 millions d'Euros d'économies supplémentaires seront obtenues par diverses mesures. Il s'agit, notamment, de redonner un élan au taux de substitution des génériques, la montée en charge de la substitution pour chaque molécule génériquée sera accélérée en élevant les objectifs de taux de substitution dont la non-atteinte déclenche la mise sous tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) par le CEPS. Enfin, une partie des gains de productivité de la distribution de médicaments sera mise à contribution en diminuant les marges des grossistes répartiteurs.

Par ailleurs, suite aux assises du médicament, la contribution sur le chiffre d'affaire de l'industrie pharmaceutique sera fixée à 1,6 % et atteindra un rendement supplémentaire de 150 millions d'Euros devant financer la formation médicale continue des médecins hospitaliers et libéraux. Le renforcement du rôle de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) sera financé par un rendement supplémentaire de 41 millions d'Euros des taxes qu'elle percevait auparavant et qui seront désormais perçues par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Enfin, dans la même logique sanitaire, les médicaments à service médical rendu insuffisant ne seront plus pris en charge par l'assurance maladie.

3. Le mode de calcul des indemnités journalières sera harmonisé en vue de la déclaration sociale nominative

En l'état du droit, les IJ (maladie, maternité, AT) sont aujourd'hui calculées sur des bases différentes pour chacune des branches, obligeant les entreprises et les caisses de sécurité sociale à opérer un traitement différencié et rendant difficile pour les salariés la compréhension de leurs droits.

Il est donc proposé d'harmoniser les méthodes de calcul des IJ maladie, AT et maternité en partant du salaire net, et en augmentant le taux de remplacement par rapport à celui actuellement pris en compte pour le calcul à partir du salaire brut. Cette mesure de simplification pour les entreprises et les organismes de sécurité sociale s'inscrit dans la perspective de la mise en œuvre de la déclaration sociale nominative (DSN), qui regroupera l'ensemble des données exigées d'un employeur par les organismes de protection sociale.

En outre, eu égard à la dynamique des dépenses des indemnités journalières maladie, qui représentent 6,6 Md€ en hausse de + 3,8 % en valeur en 2010, après + 5,1 % en 2009, le taux de remplacement pour les IJ maladie sera moins relevé que ne l'aurait exigé la simple conversion du brut au net. L'économie sera d'environ 220 millions d'Euros.

| | Taux de remplacement actuel | Taux de remplacement proposé |
|----------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| IJ brute maladie | 50% du salaire brut | 60% du salaire net |
| IJ brute AT < 29 jours | 60% du salaire brut | 80% du salaire net |
| IJ brute AT ≥ 29 jours | 80% du salaire brut | 100% du salaire net |

En effet, le taux de remplacement des IJ maladie n'a jamais été actualisé alors qu'une chronique des taux de cotisation sociale depuis 1970 montre que le salaire brut a, lui, notablement augmenté, de sorte que les IJ ont mécaniquement progressé par rapport au taux de remplacement initial.

La mesure sera par ailleurs neutre sur les IJ AT/MP.

Enfin, les contrôles de l'assurance maladie seront renforcés sur les IJ.

4. Le renforcement de la relation de confiance avec les professionnels de santé

L'automne 2011 et l'année 2012 sont marqués par une forte actualité conventionnelle qui témoigne de la confiance que les professionnels de santé portent au système de santé.

Ainsi, la convention médicale signée le 21 juillet dernier a permis de réunir un consensus très large des représentants des médecins libéraux. Outre l'intégration dans la convention d'un mécanisme de rémunération à la performance, le volet démographique devrait permettre de répondre aux besoins de soins médicaux dans les zones déficitaires.

En outre, les expérimentations des nouveaux modes de rémunération seront prolongées de deux ans dans le PLFSS 2012. Elles ont vocation, en fonction de leur évaluation, à intégrer la rémunération des maisons de santé pluridisciplinaires.

Le PLFSS 2012 élargira les possibilités de la convention des pharmaciens, dont les négociations vont commencer, pour permettre aux pharmaciens d'assumer pleinement leur rôle de professionnels de santé. Il prévoit également d'encourager la recomposition du réseau officinal.

De même, l'avenant à la convention des infirmiers, sur le point de se conclure, comprend un renforcement de la régulation démographique déjà introduite par l'avenant précédent. Enfin, les représentants des masseurs-kinésithérapeutes sont également engagés dans des négociations conventionnelles, dont les discussions portent notamment sur les inégalités de répartition de l'offre de soins.