

Réunion parties signataires

15 octobre 2009

La situation financière actuelle

- **Une situation particulièrement aiguë en 2009 2010**
 - La négociation intervient dans un contexte économique difficile

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2009-2013

	2009	2010	2011	2012	2013
PIB en volume	-2,25%	0,75%	2,50%	2,50%	2,50%
masse salariale privée	-2%	-0,40%	5%	5%	5%
inflation	0,40%	1,20%	1,75%	1,75%	1,75%

- **Des enjeux importants d'efficiences du système de soins: saisir les marges de manœuvre**

Les perspectives pluriannuelles

Recettes et dépenses de l'ensemble des régimes de 2008 à 2013

	2008		2009		2010		2011		2012		2013	
	régime général	ROB	régime général	ROB	régime général	ROB	régime général	ROB	régime général	ROB	régime général	ROB
MALADIE												
recettes	140,7	164,0	139,3	162,3	141,2	164,7	147,4	171,4	154,1	178,9	160,6	186,1
dépenses	145,2	168,1	150,8	173,9	155,8	178,8	161,1	185,2	166,6	191,4	172,2	197,7
solde	-4,4	-4,1	-11,5	-11,6	-14,6	-14,2	-13,7	-13,7	-12,5	-12,5	-11,6	-11,6
AT MP												
recettes	10,8	12,3	10,5	12,1	10,6	12,1	11,2	12,7	11,7	13,2	12,2	13,8
dépenses	10,5	12,1	11,2	12,6	11,4	12,9	11,7	13,1	11,9	13,4	12,2	13,6
solde	0,2	0,2	-0,6	-0,5	-0,8	-0,7	-0,5	-0,4	-0,2	-0,1	0,0	0,2
FAMILLE												
recettes	57,2	57,7	56,1	56,6	49,6	50,1	51,8	52,3	54,0	54,5	56,3	56,8
dépenses	57,5	58,0	59,2	59,7	54,1	54,5	56,1	56,6	57,7	58,2	59,4	59,9
solde	-0,3	-0,3	-3,1	-3,1	-4,4	-4,4	-4,3	-4,3	-3,7	-3,7	-3,1	-3,1
VIEILLESSE												
recettes	89,5	175,3	90,7	178,4	92,1	182,9	96,4	189,6	100,2	196,4	104,2	203,3
dépenses	95,1	180,9	98,9	187,9	102,9	195,0	108,0	202,5	113,2	210,7	118,7	219,0
solde	-5,6	-5,6	-8,2	-9,5	-10,7	-12,2	-11,6	-13,0	-13,0	-14,3	-14,5	-15,7
TTES BRANCHES												
recettes	293,1	404,2	291,2	403,8	288,1	404,1	301,1	420,2	314,4	437,2	327,5	454,0
dépenses	303,3	414,0	314,6	428,5	318,6	435,6	331,2	451,6	343,8	467,8	356,7	484,2
solde	-10,2	-9,7	-23,5	-24,7	-30,6	-31,5	-30,1	-31,4	-29,4	-30,6	-29,2	-30,3

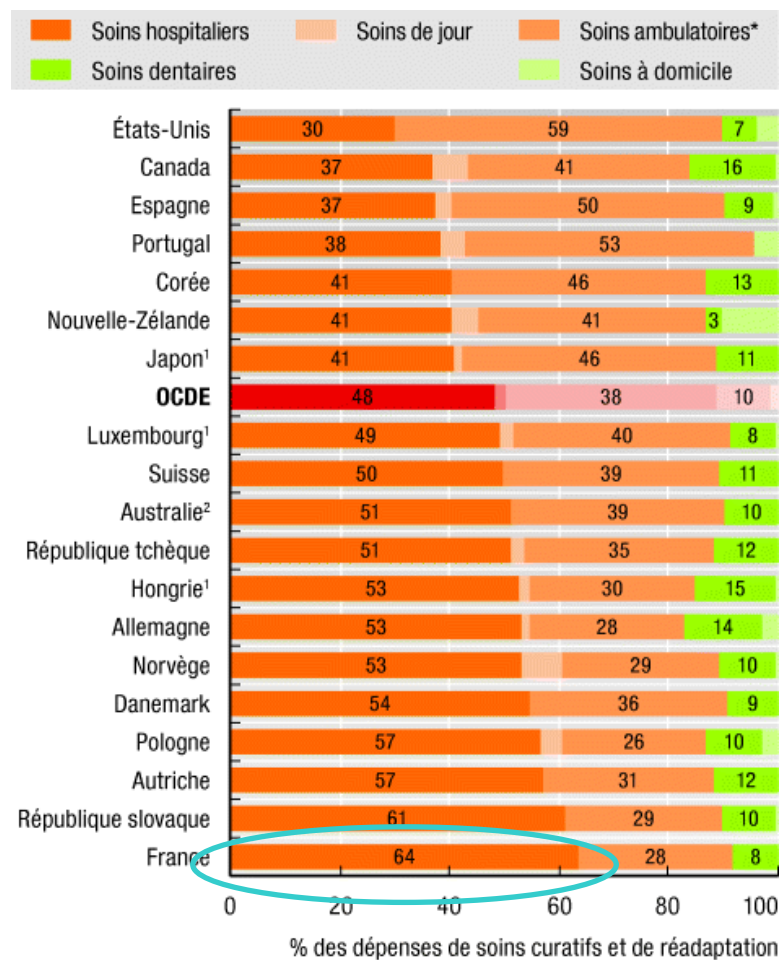
Les évolutions tendanciennes

- Le tendanciel: croissance supérieure aux objectifs de l'ONDAM
 - Croissance tendancielle de la consommation de soins: +3,7% en moyenne sur la période 2009-2012, en volume + effet prix
- Population traitée pour des pathologies sévères: 15% de la population, 62% des dépenses (cardiovasculaire dont diabète, cancers, pathologies psychiatriques et démences)
- La structure: une déformation spontanée des modes de recours aux soins de l'hôpital vers la ville

Les évolutions tendanciennes

- Quelques éléments d'analyse sur la croissance des dépenses relatives aux pathologies lourdes
 - Augmentation de la population traitée: épidémiologie, effet d'offre (notamment propension à détecter)
 - Intensification des soins et diffusion des techniques
 - Diffusion de la chirurgie fonctionnelle: +40% de prothèses de hanche entre 1998 et 2007, +60% de cataractes sur la même période

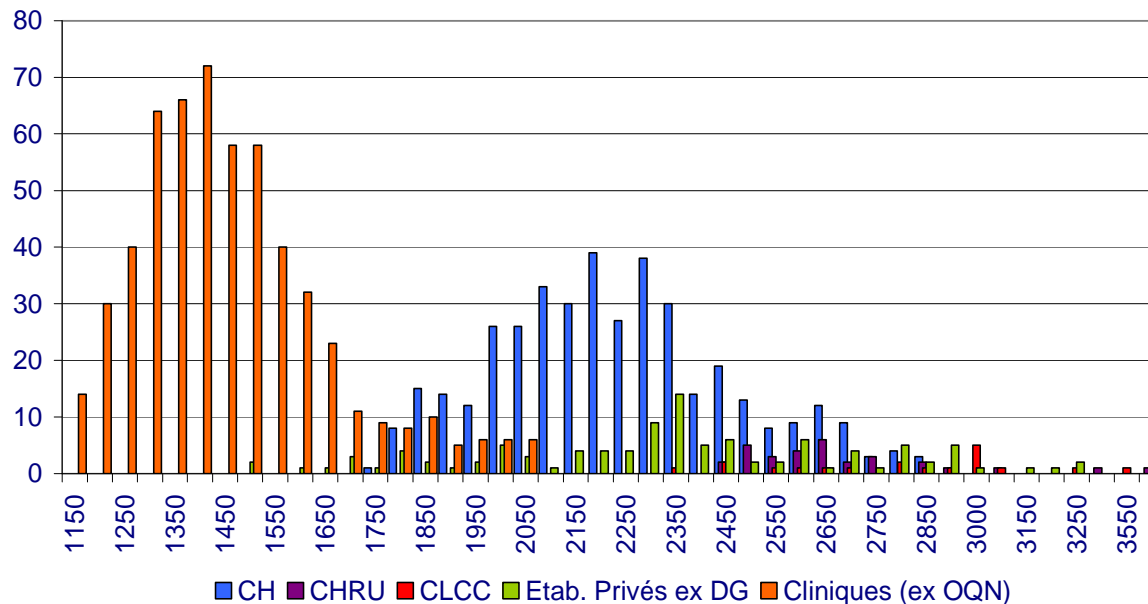
Des marges de manœuvre: le poids des dépenses générées à l'hôpital



- Une part des dépenses hospitalières 10 points au dessus de la moyenne de l'OCDE

Des marges de manœuvre: les disparités de coût entre établissements (MCO, V10)

Distribution du prix moyen facturé pour un séjour standardisé en fonction de la catégorie d'établissement



- Ecart de 1 à 3,2 entre établissements
- Ecart de 1 à 2,4 entre les établissements ex-DG
- Ecart de 1 à 1,8 entre les cliniques

- Versements totaux de l'Assurance Maladie (GHS, honoraires, suppléments etc – hors MIGAC) / nombre de séjours pondérés par leur lourdeur

Le HCAAM confirme des écarts de l'ordre de 26% en V11

Quelques exemples d'écart de tarifs

Libelle GHM	tarif V11 ex-DG	tarif V11 ex-OQN reconstitués*	écart ex-DG/ex-OQN	écart en %
Autres arthroscopies du genou, en ambulatoire	1 593,09 €	1034,46	558,63	35,1%
Interventions sur le cristallin avec ou sans vitrectomie, en ambulatoire	1 512,74 €	1400,45	112,29	7,4%
Drains transtympaniques, âge inférieur à 18 ans, en ambulatoire	702,08 €	641,72	60,36	8,6%
Amygdalectomies et/ou adénoïdectomies isolées, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	786,46 €	551,35	235,11	29,9%
Libérations du canal carpien et d'autres nerfs superficiels, en ambulatoire	827,96 €	661,28	166,68	20,1%
Hystérectomies, niveau 1	3 456,55 €	2498,94	957,61	27,7%
Cholécystectomies sans exploration de la voie biliaire principale à l'exception des affections aiguës, niveau 1	3 130,42 €	2108,1	1022,32	32,7%
Ligatures de veines et éveinages, en ambulatoire	1 442,06 €	1197,17	244,89	17,0%
Prostatectomies transurétrales, niveau 1	2 743,63 €	2182,76	560,87	20,4%
Autres gastroentérites et maladies diverses du tube digestif, âge inférieur à 18 ans, niveau 1	1 499,27 €	829,03	670,24	44,7%
Diabète, âge supérieur à 35 ans, niveau 1	2 055,83 €	1446,59	609,24	29,6%
Appendicectomies non compliquées, niveau 1	2 411,88 €	1460,29	951,59	39,5%
* honoraires 2006				

- PLFSS: afin de ne pas interrompre le processus de convergence, rapprochements tarifaires dès 2010 sur quelques dizaines de tarifs de groupes homogènes de séjours (GHS)
- Pour les patients soignés dans le secteur privé, les coûts pour l'Assurance Maladie sont en moyenne inférieurs mais le patient peut supporter un reste à charge important et souvent imprévisible s'il lui est facturé des dépassements d'honoraires

	Tarif hôpital public	Coût complet clinique	dont hors dépassement	dont dépassement
Liberations du canal carpien ambulatoire	827	800	677	123
Appendicectomies non compliquées, niveau 1	2 412	1 535	1460	75

Les dépassements sont hétérogènes et source d'inégalités dans l'accès aux soins

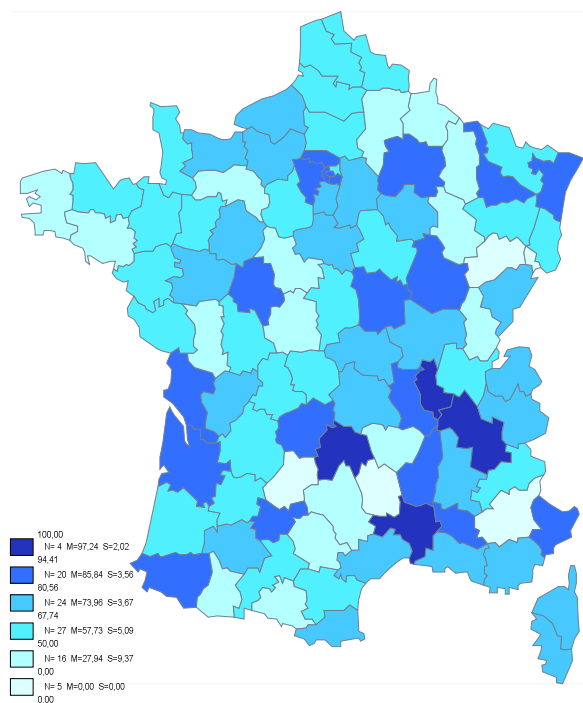
Évolution sur longue période du taux de dépassement en secteur 2 – France métropolitaine - APE

	1985	1990	1995	2000	2004	2005*	2006	2007
Omnipraticiens	35%	41%	40%	43%	43%	43%	42%	43%
Total spécialistes	23%	25%	29%	37%	47%	49%	50%	51%
<i>Dont</i>								
<i>Chirurgiens</i>	<i>21%</i>	<i>20%</i>	<i>24%</i>	<i>32%</i>	<i>49%</i>	<i>52%</i>	<i>54%</i>	<i>54%</i>
<i>Anesthésistes</i>	<i>22%</i>	<i>18%</i>	<i>23%</i>	<i>36%</i>	<i>47%</i>	<i>50%</i>	<i>52%</i>	<i>52%</i>
<i>Gynécologues</i>	<i>27%</i>	<i>34%</i>	<i>40%</i>	<i>50%</i>	<i>61%</i>	<i>64%</i>	<i>67%</i>	<i>70%</i>
<i>ORL</i>	<i>20%</i>	<i>25%</i>	<i>28%</i>	<i>35%</i>	<i>45%</i>	<i>44%</i>	<i>43%</i>	<i>44%</i>
<i>Pédiatres</i>	<i>23%</i>	<i>31%</i>	<i>34%</i>	<i>43%</i>	<i>47%</i>	<i>49%</i>	<i>51%</i>	<i>53%</i>
<i>Ophthalmologues</i>	<i>21%</i>	<i>29%</i>	<i>33%</i>	<i>41%</i>	<i>53%</i>	<i>55%</i>	<i>56%</i>	<i>60%</i>

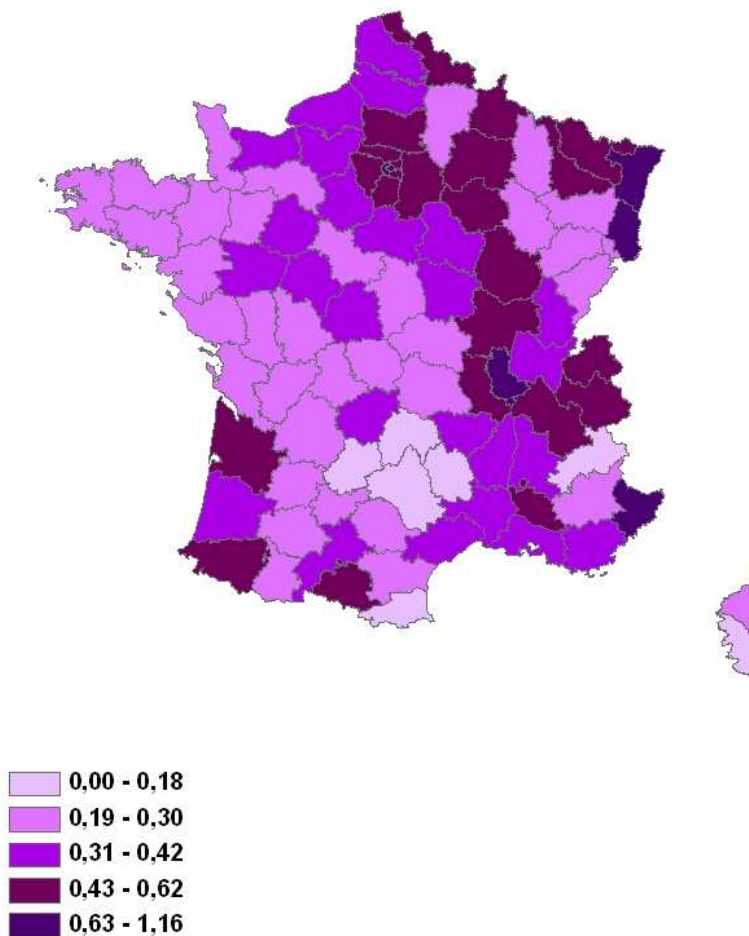
*2005 redressé pour tenir compte des retards de liquidation sur les actes techniques liés à la mise en place de la CCAM et de la T2A

Les dépassements pratiqués par les chirurgiens

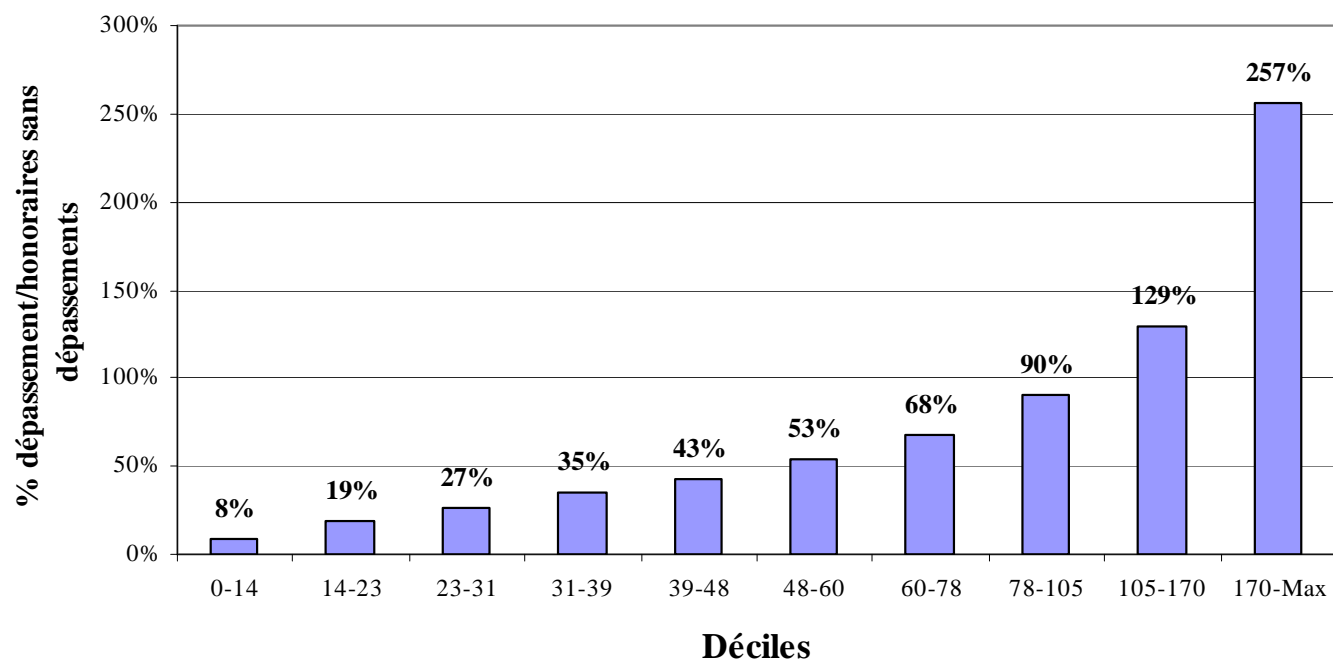
Part des chirurgiens libéraux conventionnés
en secteur 1DP et 2 au 31 décembre 2007



Taux de dépassements des chirurgiens

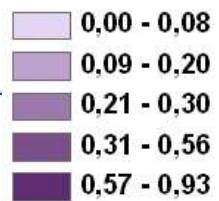
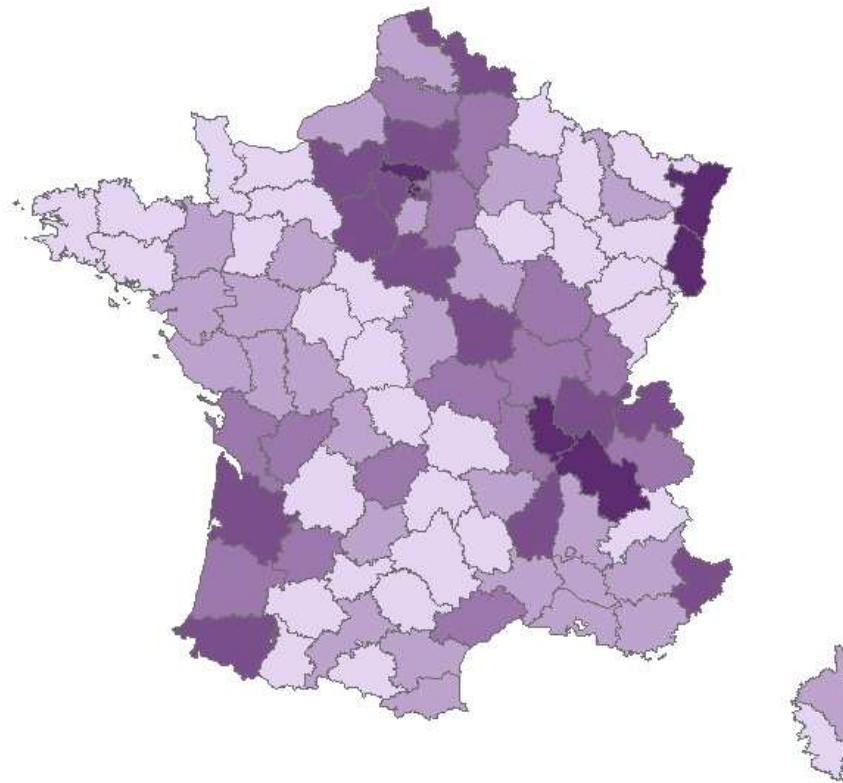


**Distribution du taux de dépassements par décile des chirurgiens
(04,43,44,46,47,48,49,10,16,41) du secteur 2 et 1DP
France Entière - SNIR 2007**

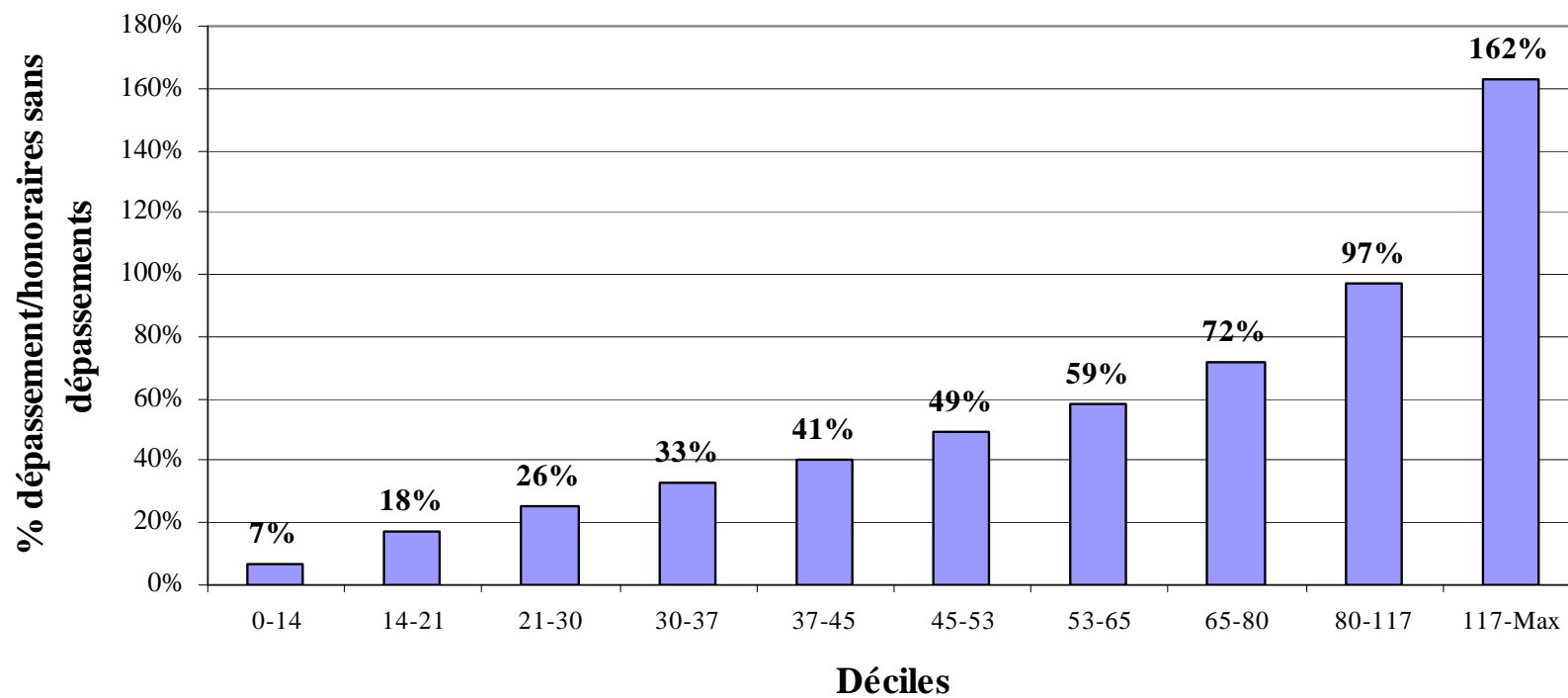


Les dépassements pratiqués par les anesthésistes réanimateurs

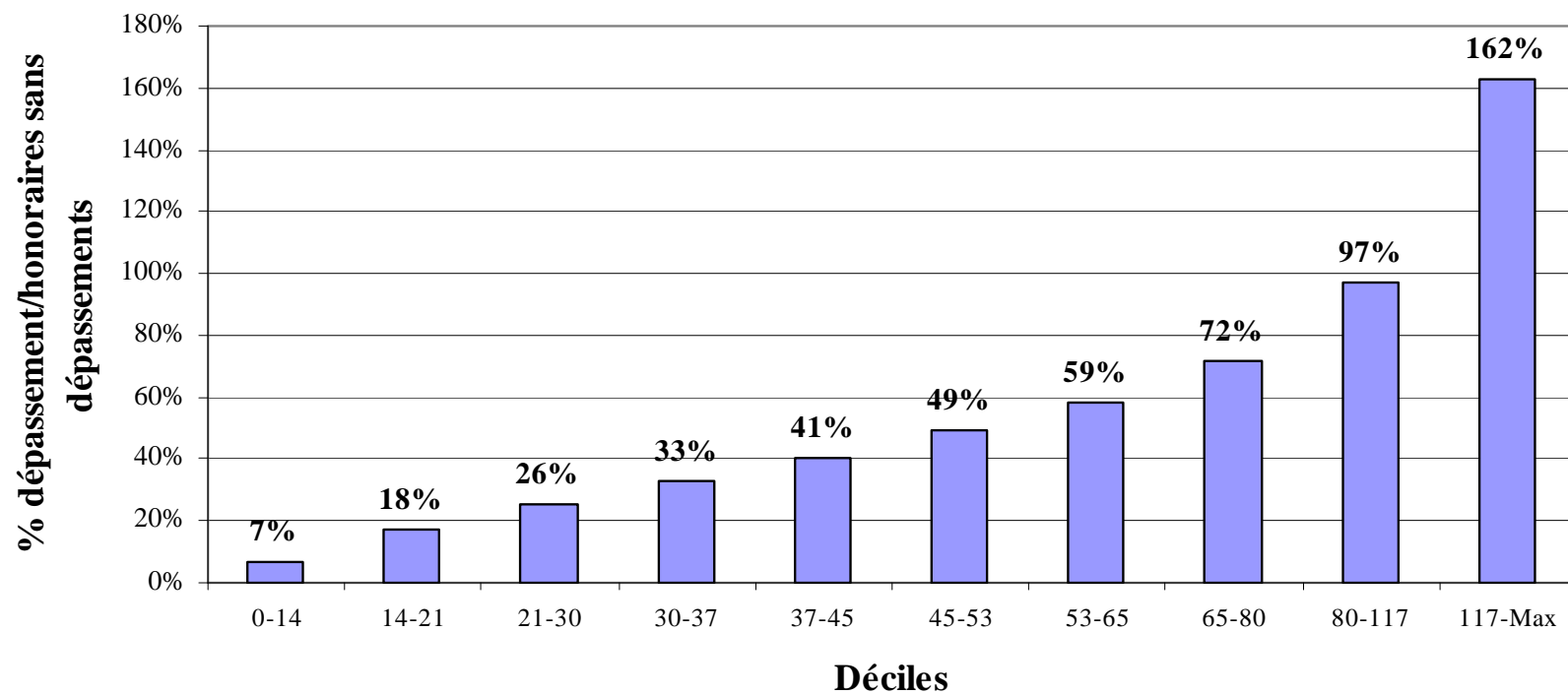
Taux de dépassement
par département



**Distribution du taux de dépassements par décile des Anesthésistes
du Secteur 2 et 1DP
France Entière - SNIR 2007**



**Distribution du taux de dépassements par décile des Anesthésistes
du Secteur 2 et 1DP
France Entière - SNIR 2007**



Les dispositions de la loi HPST

- L'article 1 de la loi prévoit que les établissements de santé privé puissent se voir confier des missions de service public.
 - Il prévoit l'application du tarif opposable à l'ensemble des prestations délivrées au patient si admission au titre de l'urgence ou dans le cadre d'une mission de service public.
- Un long débat sur l'accès aux soins et les dépassements d'honoraires, de nombreux amendements ont été débattus
- Article 53 de la loi:
 - Délai fixé aux partenaires conventionnels : 15 octobre de 2009
 - A défaut la loi prévoit qu'un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale modifie la convention médicale.

Le point d'étape du 24 juillet sur le secteur optionnel

Signé par CSMF, SML, FMF, MG, Alliance, l'UNCAM et l'UNOCAM

Points actés :

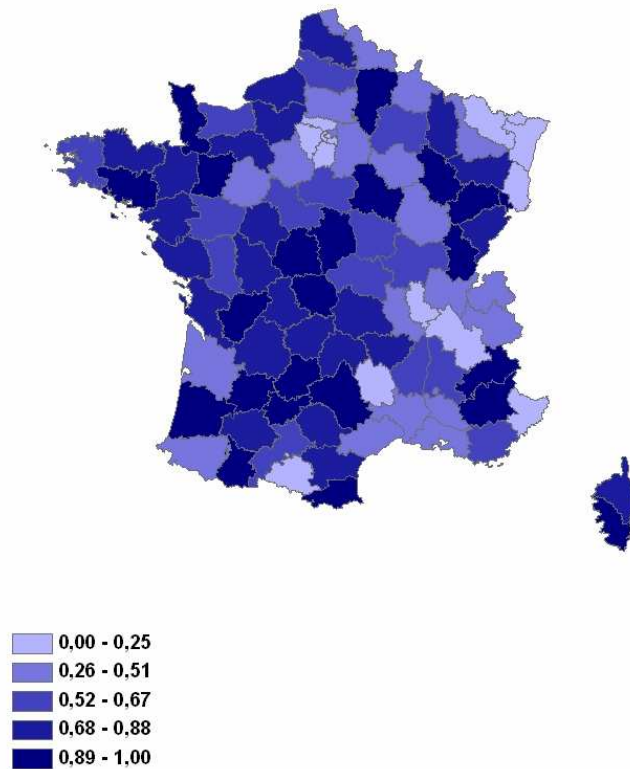
- visibilité sur le respect de critères objectifs de qualité et de pratiques professionnelles
- réalisation de 30% ou plus des actes à tarif opposable
- plafonnement des compléments d'honoraires, dans les autres cas, à 50% par acte
- réversibilité du choix pour le praticien
- application de certains avantages sociaux

Les praticiens de secteur 2 susceptibles d'adhérer au secteur optionnel

Chirurgiens de secteur 2 - source : érasme v1 - année 2008

Scénario : 1) Taux de HSDTO = 30 %
2) Taux de dépassement des actes avec dépassement = 50 %

Taux de participants au secteur optionnel par département



Les praticiens de secteur 2 susceptibles d'adhérer au secteur optionnel

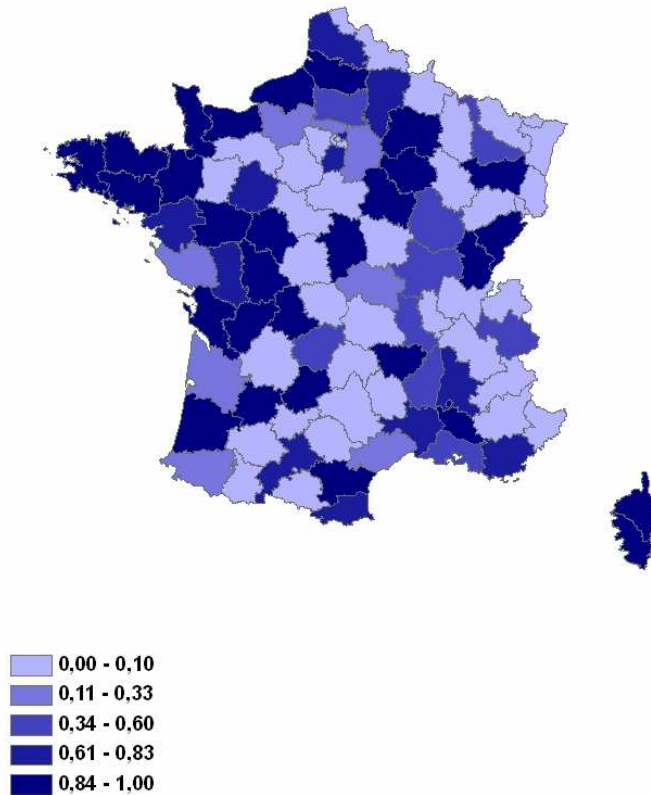
Anesthésistes de secteur 2

Scénario :

- 1) Taux de HSDTO = 30 %
- 2) Taux de dépassement des actes avec dépassement = 50 %

Source : Erasme v1 - année 2008

Taux de participants au secteur optionnel par département



Dans les départements dans lesquels la part des praticiens de secteur 2 susceptibles d'adhérer au secteur optionnel est plus faible, la situation doit être appréciée en fonction de l'offre globale de soins en secteur public, en secteur 1 et en secteur optionnel

- En juillet 2008, certaines questions restaient en suspens
 - La question de la transparence sur la qualité
 - La question du secteur 2
 - La question des praticiens éligibles au secteur optionnel
 - L'articulation avec les établissements de santé

La transparence sur la qualité

Le praticien s'engagerait à :

- ✓ Respecter les critères de qualité et de pratiques professionnelles
- ✓ S'engager dans une démarche d'accréditation de la qualité de sa pratique professionnelle (article L. 4135-1 du CSP)
- ✓ réaliser un volume annuel d'actes suffisant permettant d'assurer un niveau raisonnable de sécurité des soins (volume fixé par spécialité et validé par la HAS et les collèges professionnels de spécialités)
- ✓ Mettre en œuvre des référentiels de pertinence demandés à la HAS et aux collèges professionnels

La question du Secteur 2

- Convention de 2005 (option de coordination) : améliorer l'accès aux soins par une augmentation de l'offre de prise en charge en établissement à tarifs opposables ou maîtrisés
- Les objectifs à atteindre : améliorer l'accès aux soins en établissement en maîtrisant les dépassements avec une meilleure prise en charge par les complémentaires – application des tarifs secteur 1 et participation à la prise en charge des cotisations sociales
- Quels objectifs à trois ans pour l'offre à tarifs opposables ou maîtrisés?
 - Anesthésie: 90%
 - Chirurgie: 60%
 - Gynéco-obstétrique:70 %
- En cas de non atteinte de ces objectifs, le secteur optionnel serait réexaminé

La question des praticiens éligibles au Secteur Optionnel

- ⇒ Ouverture du secteur optionnel aux médecins qui à compter de la date d'entrée en vigueur de la convention ont opté pour :
- Le secteur 2, ceux qui ont adhéré à l'option de coordination, les praticiens avec DP
 - A titre exceptionnel les praticiens déjà installés titrés
 - Les médecins s'installant en libéral pour la première fois titrés

Quels engagements des complémentaires?

- Un souhait de l'assurance maladie complémentaire d'éviter le recours à l'obligation réglementaire (contrat responsable)
- Dans cette hypothèse, quelles garanties de montée en puissance de la prise en charge?

Quelle articulation avec les établissements de santé

- L'UNOCAM et l'UNCAM souhaitent ouvrir une concertation avec les représentants de l'hospitalisation privée pour promouvoir le secteur optionnel
- L'UNCAM et l'UNOCAM demandent de réserver les missions de service public aux cliniques dont les praticiens ont opté pour le secteur optionnel