

Maîtrise des dépenses de santé

*La maîtrise des dépenses
prises en charge par l'Assurance maladie*

UE OFSS – 3 décembre 2014
Faculté de médecine de Marseille

Le contexte

La maîtrise des dépenses d'AM : une nécessité

- **Impossibilité de diminuer les dépenses de santé**
 - Allongement de la durée de vie
 - Nombre croissant de patients soignés pour des pathologies lourdes ou chroniques
 - Diffusion du progrès technique
 - Bon accès des patients à l'innovation
 - Dépistage

- **Progression de la dépense mieux maîtrisée : enjeu majeur pour l'Assurance maladie**

La maîtrise des dépenses d'AM (1)

- **La consommation des soins et biens médicaux 2013 (CSBM)**

(soins hospitaliers et ambulatoires, transports sanitaires, médicaments et autres biens médicaux-optique-prothèses-petit matériel et pansements)

- **186,7 Mds €** (183,6 Mds € en 2012) soit une progression de 2,2 % (+ 2,1 % en 2012)

Ce qui représente une consommation de 2 843 € par habitant

- ➔ Sa progression en valeur reste sensiblement inférieure à 3 % pour la 4^e année consécutive, nettement inférieure à celle observée au début de la décennie 2000
- ➔ Ce ralentissement de la croissance de la CSBM est à mettre en lien avec les mesures d'économies et de régulation prises à partir des années 2005

Source DREES : Comptes nationaux de la santé 2013

La maîtrise des dépenses d'AM (2)

- **La consommation des soins et biens médicaux 2013 (CSBM)**

Répartition de la prise en charge :

- **Sécurité sociale : 76 %** (75,5 % en 2012)
- Organismes complémentaires : 13,8 % (13,7 % en 2012)
- Restant à charge des ménages : 8,8 % (en recul de 0,2 point par rapport à 2012)

Source DREES : Comptes nationaux de la santé 2013

Les moyens de maîtrise des dépenses d'Assurance maladie

Les différents niveaux de maîtrise des dépenses d'AM

- **Maîtrise administrative**
- **Maîtrise comptable : les tarifs et les volumes**
- **Maîtrise médicalisée : l'optimisation du système de soins à travers la recherche de la qualité**

1 - Mesures administratives

La Loi annuelle de financement de la Sécurité sociale

Loi annuelle de financement de la sécurité sociale

- Depuis les Ordonnances du 24 avril 1996, la Loi de financement de la Sécurité sociale (**LFSS**) détermine chaque année :
 - Les conditions générales d'équilibre des comptes sociaux
 - Les prévisions de recettes
 - Les objectifs de dépenses dont l'**ONDAM** (Objectif national de dépenses d'Assurance maladie)

L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie : l'ONDAM (1)

- **Le Parlement établit un objectif national des dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) afin de parvenir à une évolution des dépenses compatibles avec les ressources prélevées**
 - ➔ Objectif inter régimes (RG, RSI, MSA)
 - ➔ Objectif inter branches (maladie et AT-MP)
 - ➔ Il détermine un niveau de dépenses destiné à ne pas être dépassé au cours de l'année

L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie : l'ONDAM (2)

- **L'Objectif national des dépenses d'Assurance maladie correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale augmentée notamment :**
 - Des **IJ** maladie et accident du travail
 - D'une partie des SLD aux **personnes âgées en institution**
 - Des dépenses médico sociales pour les établissements pour **personnes handicapées ou en situation précaire**
 - *Des prises en charge des cotisations sociales des PS et des dotations à des fonds divers*
 - *Des prises en charge des dépenses des ressortissants français à l'étranger*

L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie : l'ONDAM (3)

- **Se décompose en plusieurs sous objectifs**

- Soins de ville
- Soins hospitaliers tarifés à la T2A (Médecine Chirurgie Obstétrique)
- Autres soins en établissements de santé
- Etablissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes handicapées
- Fonds d'intervention régional
- Autres prises en charge (addictologie et autres établissements prenant en charge des personnes confrontées à des difficultés spécifiques)

L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie : l'ONDAM (4)

- **L'ONDAM prévu par la LFSS 2015 : 182,3 Mds €** (soit + 2,1 % / 2014)

répartis en :

- Dépenses soins de ville : 83 Mds € (45,5 %)
- Dépenses hospitalières : 76,9 Mds € (42,2 %)
- Dépenses médico sociales : 17,9 Mds € (9,8 %)
- Dépenses relatives au FIR (fonds d'intervention régional) : 3,1 Mds € (1,7 %)
- Autres prises en charge : 1,6 Mds € (0,8 %)

Le Comité d'alerte sur les dépassements des dépenses (1)

- **A renforcé le caractère contraignant de l'ONDAM**
- **Créé par la Loi de réforme de la Sécurité sociale du 13 août 2004** (Article L. 114-4-1 du Code de la Sécurité sociale) **il est placé auprès de la Commission des comptes de la Sécurité sociale**
- **Mission :**
 - Alerter le Parlement, le Gouvernement et l'Assurance maladie en cas de risque avéré de dépassement important de l'ONDAM
- **Composition :**
 - Secrétaire général de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et une personnalité qualifiée nommée par le Président du Conseil économique et social

Le Comité d'alerte sur les dépassements des dépenses (2)

- **Chaque année, avant le 31 mai**, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur **le respect de ONDAM pour l'exercice en cours**
- Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'Assurance maladie
- **Le seuil de déclenchement de l'alerte est fixé à 0,5 % depuis le 1^{er} janvier 2013**

Le Comité d'alerte sur les dépassements des dépenses (3)

- **Lorsque la procédure d'alerte est enclenchée, les Caisses nationales d'Assurance maladie doivent proposer des mesures de redressement**
 - Depuis la création du Comité, l'alerte a été donnée une seule fois en juin 2007 en raison d'une évolution qui présageait des dépenses dépassant l'ONDAM de plus de deux milliards d'euros
 - Les Caisses ont alors proposé un renforcement du parcours de soins coordonné et la mise en place d'une pénalité pour les patients consultant en dehors de ce parcours

Le Comité d'alerte sur les dépassements des dépenses (4)

- La LFSS 2011 a prévu que le Comité d'alerte rende aussi un avis au plus tard le 15 octobre sur l'ONDAM proposé par le gouvernement dans le projet de loi de financement pour l'année suivante
- Avis rendu le 7 octobre 2014 sur l'ONDAM 2015
 - *Sans pour autant émettre de réserves le Comité d'alerte estime que la réalisation de l'objectif 2015 sera tendue*

2 - Actions sur les tarifs des soins et produits de santé et sur les volumes

Mesures tarifaires (1)

- **Médicaments et dispositifs médicaux**
 - Baisses de prix ciblées de certains médicaments (CEPS)
 - Radiations d'Autorisations de mise sur le marché (AMM)
 - Tarifs des dispositifs médicaux (Liste des Produits et Prestations – LPP)
- **Professionnels libéraux**
 - Baisses des tarifs pour tenir compte des gains de productivité dans certaines spécialités (biologie, radiologie)

Mesures tarifaires (2)

- **Dépenses des établissements : rappel**

- Financement depuis 2005 par la T2A pour le secteur MCO
- 5 grandes modalités de financement :
 - Paiement du forfait par séjour (GHS)
 - Paiement de passages aux urgences, séances de dialyse, de chimiothérapie...
 - Paiement de certains consommables en sus des tarifs de prestation
 - Versement d'une enveloppe forfaitaire pour financer certaines activités
 - Versement d'une enveloppe de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC)

Mesures tarifaires (3)

- **Dépenses des établissements**

- Ajustement de la classification des catégories majeures de diagnostic afin d'avoir **une tarification plus adaptée par rapport aux moyens mis en œuvre**
- **Mesures tarifaires incitatives en faveur de la chirurgie ambulatoire :**
 - Tarif unique entre ambulatoire et hospitalisation complète pour certains types de prises en charge
 - Rapprochement tarifaire entre ambulatoire et hospitalisation complète pour d'autres prises en charge

3 - La maîtrise médicalisée

La politique de maîtrise médicalisée

- Elle correspond à une politique de maîtrise globale à la différence de la maîtrise comptable qui est une politique de maîtrise par les quantités et les prix
- Elle met en œuvre des actions portant sur l'offre ou la demande et visant le **juste recours au système de soins**
- Elle vise à proscrire les comportements abusifs tout en améliorant la qualité des soins

Les deux axes de la maîtrise médicalisée

- **Le bon usage des soins sur la base de référentiels médicaux**
- **Le respect des règles de prise en charge**

Les acteurs de la maîtrise médicalisée

- **Les professionnels de santé et les établissements de santé**
- **Les patients**
 - ➔ **Sont incités à faire évoluer leurs comportements vers une meilleure pratique et le respect des recommandations médicales**
- **L'Assurance maladie les accompagne** afin de faciliter l'atteinte des objectifs de maîtrise des dépenses

Les grands types d'actions de maîtrise médicalisée

- **Maîtrise médicalisée en ville** et accompagnement des professionnels de santé
- **Maîtrise médicalisée hospitalière** et accompagnement des directeurs d'établissement et des médecins hospitaliers
- **Accompagnement des assurés** : information et prévention

1-1 Maîtrise médicalisée et soins de ville

La maîtrise médicalisée conventionnelle (1)

La convention nationale des médecins

- Les principes de la maîtrise médicalisée prennent toute leur signification au travers des **conventions** régissant les rapports entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé, **et plus particulièrement celle négociée avec les médecins**

La maîtrise médicalisée conventionnelle (2)

La convention nationale des médecins

- L'Assurance maladie et les syndicats représentatifs des médecins ont fixé conjointement des **objectifs de maîtrise médicalisée** dans la Convention de février 2005 (suite de la loi du 3 août 2004)
- **Ces objectifs ont été maintenus dans la Convention signée le 26 juillet 2011** pour une durée de 5 ans entre l'Assurance maladie et les 3 principaux syndicats représentatifs des médecins généralistes et spécialistes (CSMF, SML, MG France) et approuvée par Arrêté ministériel du 22 septembre 2011 (*JO du 25 septembre 2011*)

La maîtrise médicalisée conventionnelle (3)

- Les signataires de la Convention s'engagent sur des **objectifs collectifs quantifiés annuels ou pluriannuels**
- Ces objectifs sont arrêtés sur la base de constats sur des écarts de pratique
- Ils sont déclinés régionalement et localement par Caisse primaire

La maîtrise médicalisée conventionnelle (4)

- **Sur chacun des thèmes retenus, les engagements peuvent répondre aux objectifs suivants :**
 - **Réduire les écarts de consommation de soins et de prestations non expliqués par l'état sanitaire des populations observées ou au regard de constats dans des pays comparables**
 - **Optimiser des pratiques de diagnostic ou de soins**, notamment par le respect des recommandations ou des stratégies moins onéreuses à efficacité comparable
 - **Renforcer le respect des dispositions législatives et réglementaires** relatives aux conditions de prise en charge des actes et des prescriptions

La maîtrise médicalisée conventionnelle (5)

- **Certains engagements ont une visée de santé publique** pour améliorer les pratiques et réduire les prescriptions inappropriées par un respect des recommandations de l'Agence Nationale du Médicament et des Produits de Santé (ANSM) et de la Haute Autorité de Santé (HAS)
 - **Les antibiotiques** (lutte contre la résistance aux ATB et respect des référentiels médicaux)
 - **Les statines** (écart entre la pratique et les référentiels médicaux)
 - **Les anxiolytiques-hypnotiques** (risque iatrogène)
 - **Les antiagrégants plaquettaires** (aspirine/clopidogrel *Plavix*®)
 - **Les traitements anti hypertenseurs** (IEC/sartans)

La maîtrise médicalisée conventionnelle (6)

- **D'autres engagements visent un meilleur respect des dispositions réglementaires**
 - Le respect de l'ordonnancier bizonne pour les patients en ALD
 - La prescription des arrêts de travail
 - La prescription des transports sanitaires

La maîtrise médicalisée conventionnelle (7)

- **Depuis la convention avec les médecins, toutes les conventions signées avec les autres professionnels de santé comportent des engagements de maîtrise**
- **L'objectif est double :**
 - ➔ améliorer les pratiques
 - ➔ optimiser les dépenses

La maîtrise médicalisée conventionnelle (8)

- **Chaque thème fait l'objet d'un objectif quantifié national puis décliné régionalement et par Caisse :**
 - **% d'infléchissement des montants tendanciels d'évolution des dépenses**
ex : baisse de x % des montants de prescriptions d'antibiotiques
 - **Score de meilleur respect de la réglementation**
ex : baisse de y points de la part des dépenses de transports
 - **Score de meilleure utilisation du système de soins générant des économies**
ex : kinésithérapie réalisée en libéral plutôt qu'en établissement de soins de suite et de réadaptation

La maîtrise médicalisée conventionnelle (9)

- **Les thèmes et objectifs de maîtrise sont révisés annuellement**
- **L'Assurance maladie met en place des indicateurs de suivi** des engagements de maîtrise médicalisée qui sont communiqués aux instances paritaires conventionnelles locales et régionales
- **L'Assurance maladie met en place des actions d'accompagnement** pour aider les professionnels de santé à atteindre les objectifs conventionnels

Passage des objectifs collectifs aux objectifs individuels

- Pour continuer à faire progresser la qualité des pratiques, **l'AM a proposé en 2009** aux médecins généralistes qui souhaitaient s'engager dans la démarche **le contrat d'amélioration des pratiques individuelles (CAPI)**. Ce contrat a permis de franchir une nouvelle étape en matérialisant des objectifs individuels et en rémunérant l'effort du praticien pour les atteindre
- Désormais, cette nouvelle forme de rémunération est inscrite dans la Convention médicale de 2011 : **Rémunération à la performance sur objectif de santé publique (ROSP)** entrée en vigueur le 01.01.2012. Les objectifs sont négociés entre l'Assurance maladie et les syndicats médicaux signataires

La rémunération à la performance sur objectifs de santé publique ROSP (1)

- **Les médecins signataires perçoivent une rémunération annuelle en fonction des résultats obtenus et des progrès accomplis**
 - **Médecins généralistes** : rémunération de 4 500 € par an en moyenne si atteinte de 50 % des objectifs
 - **Progressivement d'autres spécialités sont concernées** : cardiologues, gastro entérologues (ainsi que les pharmaciens d'officine)

La rémunération à la performance sur objectifs de santé publique ROSP (2)

- **La ROSP des généralistes s'articule autour de 2 thématiques en lien avec les priorités de santé publique et la maîtrise médicalisée conventionnelle :**

1. Indicateurs de qualité de la pratique médicale

- **Suivi des pathologies chroniques** : diabète, HTA
- **Prévention** : vaccination anti grippale chez les plus de 65 ans, dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 74 ans, benzodiazépines chez les plus de 65 ans, vasodilatateurs
- **Efficience** : recours aux génériques

2. Indicateurs organisation du cabinet : tenue du dossier médical informatisé, utilisation d'un logiciel d'aide à la prescription certifié, informatisation pour télétransmission

Le rôle de l'Assurance maladie dans la promotion de la maîtrise médicalisée conventionnelle (1)

Actions de sensibilisation et d'accompagnement des professionnels de santé

- Site Ameli de l'Assurance maladie <http://www.ameli.fr/>, la Lettre d'information aux médecins, des pharmaciens d'officine, des infirmiers, diffusion de Mémo « Coûts »
- Visites des délégués de l'Assurance maladie (DAM)
- Echanges confraternels au cabinet ou téléphoniques de la part des praticiens conseils

Lettre d'information aux médecins

L'actualité des médecins libéraux



N°7 - NOVEMBRE 2013

EDITO

Efficacité des prescriptions, vaccination contre la grippe : deux enjeux de santé publique

La Haute Autorité de santé (HAS) a reconnu l'efficacité clinique des statines chez les patients à risque cardiovasculaire dans sa fiche de bon usage de février 2012*. Elle préconise également de favoriser un rapport coût/efficacité lors de la prescription d'un tel traitement.

Sur ce point, au sein même de cette HAS, une étude récente de l'Assurance Maladie** montre que la simvastatine 20 mg ne présente aucune différence significative d'efficacité par rapport à la rosuvastatine 5 mg pour la prévention de la morbidité et de la mortalité cardiovasculaires.

Or, un traitement par rosuvastatine 5 mg coûte nettement plus cher qu'un traitement par simvastatine 20 mg. En outre, la rosuvastatine 5 mg occupe pratiquement un tiers des prescriptions en France contre moins de 3 %, en moyenne dans les principaux pays de l'Union européenne.

Améliorer la prescription des statines génériques représente donc un défi majeur pour l'efficacité de notre système de soins. Un enjeu qui figure, de fait, au rang des indicateurs de la rémunération sur objectifs de santé publique (SOS-SP).

Vaccination contre la grippe : votre mobilisation est déterminante

Depuis trois ans, l'absence de la vaccination grippale est préoccupante. Celle-ci touche en particulier les personnes âgées mais aussi les autres populations à risque visées par la campagne de vaccination : maladies chroniques, personnes obèses, femmes enceintes...

Or, le vaccin demeure le moyen le plus efficace pour prévenir la grippe et ses complications.

Interlocuteurs privilégiés des patients, vous êtes les plus à même de renforcer la confiance dans l'efficacité et la sécurité du vaccin, de manière à améliorer la couverture vaccinale, notamment celle des personnes les plus à risque de complications.

Pour soutenir votre action, l'Assurance Maladie mène une campagne d'information d'urgence : « La grippe, ce n'est pas rien. Alors je fais le vaccin », qui vise à sensibiliser les publics concernés à la gravité de la grippe. Nous espérons que cette campagne conjugée à votre mobilisation contribuera à relancer la vaccination.

Fridéric van Rossegheem
Directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM).

* Prévention cardiovasculaire - Le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité. Fiche bon usage de médicaments (BUM), Haute Autorité de santé (HAS), février 2012.

** Tableau d'efficacité comparée de l'rosuvastatine 5 mg/ simvastatine 20 mg. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), mai 2012.

Prévention des maladies cardiovasculaires

RÉPÈRES POUR LA PRATIQUE

Améliorer la prescription de statines pour une meilleure efficacité

La simvastatine 20 mg a une efficacité similaire à la rosuvastatine 5 mg pour prévenir la morbidité et la mortalité cardiovasculaires selon une étude de mai 2013.

L'étude menée par l'Assurance Maladie a porté sur près de 165 000 patients, âgés de 40 à 75 ans. Ces personnes avaient débuté un traitement par statines (rosuvastatine 5 mg ou simvastatine 20 mg) en prévention primaire entre 2008 et 2009.

Après une période d'observation « en vie réelle » de ces patients pendant près de trois ans, aucune différence significative d'efficacité n'a été constatée entre la rosuvastatine et la simvastatine, tant sur le plan de la morbidité que de la mortalité.

Cette étude vient en appui d'une fiche de bon usage des médicaments émise par la Haute Autorité de santé (HAS) en février 2012. Elle a pour thème « Prévention cardiovasculaire : le choix de la statine la mieux adaptée dépend de son efficacité et de son efficacité ».

Cette fiche rappelle les indications médicales visant à réduire le LDL-Cholestérol chez un patient à risque cardiovasculaire faible à modéré. Pour un nombre de besoins de risque supérieur ou égal à trois en première intention, le médecin a le choix parmi trois molécules, la pravastatine, la simvastatine et la rosuvastatine, dont deux (la pravastatine et la simvastatine) sont génériques.

Forte prescription de statines génériques en France

Les statines forment l'une des principales classes thérapeutiques prescrites en France. Elles ont fait la preuve de leur efficacité auprès des 6,4 millions de patients à risque cardiovasculaire, quelle que soit la molécule prescrite.

Sur plus d'un million de nouveaux patients traités en 2011, la rosuvastatine 5 mg a été prescrite à plus d'un patient sur trois alors que les deux autres molécules génériques ont la même efficacité pour les mêmes indications.

+ 64 %

C'est en proportion le surcoût que représente un traitement par rosuvastatine 5 mg par rapport à la simvastatine 20 mg.

Statines sous forme de génériques : la France en retard

En France, la prescription de rosuvastatine 5 mg coûte 17,5 euros par mois, contre 10,7 euros pour la simvastatine 20 mg, soit un coût 64 % plus élevé. Dans d'autres pays

d'Europe*, la rosuvastatine 5 mg coûte en moyenne que 7,8 % des volumes de prescription contre 30,1 % en France. Ainsi, ce 1 est-il très faible au Royaume-Uni (3,9 %) et Allemagne (0,5 %).

La France est très décalée par rapport à certains européens pour la prescription de molécules de statines génériques. Le 1 de prescription de simvastatine 20 mg est 16,4 % en France, contre 68,5 % au Royaume-Uni et 85,2 % en Allemagne.

Améliorer l'efficacité des statines

Avec un coût moyen journalier deux fois plus élevé que les sept autres pays européens cités, la France figure au 1 des pôles les plus chers des traitements par statines. Or, la Haute Autorité de santé (HAS) préconise de favoriser le rapport coût/efficacité. Ses recommandations encouragent les différents rapports Intérimaires à privilégier une prescription à moindre coût pour la même efficacité.

Prescrire des statines sous une forme générique dont le coût est nettement moins élevé pour une efficacité égale, permet d'assurer un bon traitement pour le patient, de réduire les dépenses de santé et de contribuer à l'équilibre des ressources du système de soins.

* Allemagne, Espagne, Finlande, Italie, Norvège, Pays-Bas, Royaume-Uni.

ENCHIFFRES

1 million

C'est le nombre de nouveaux patients traités par statines chaque année.

500 M€

Ce sont les économies pouvant être réalisées en France si les modes de prescription de statines se rapprochaient de ceux observés en Allemagne.

1,2 milliard

en 2012, c'est le montant des remboursements de statines à la charge de l'Assurance Maladie en France.



l'Assurance
Maladie

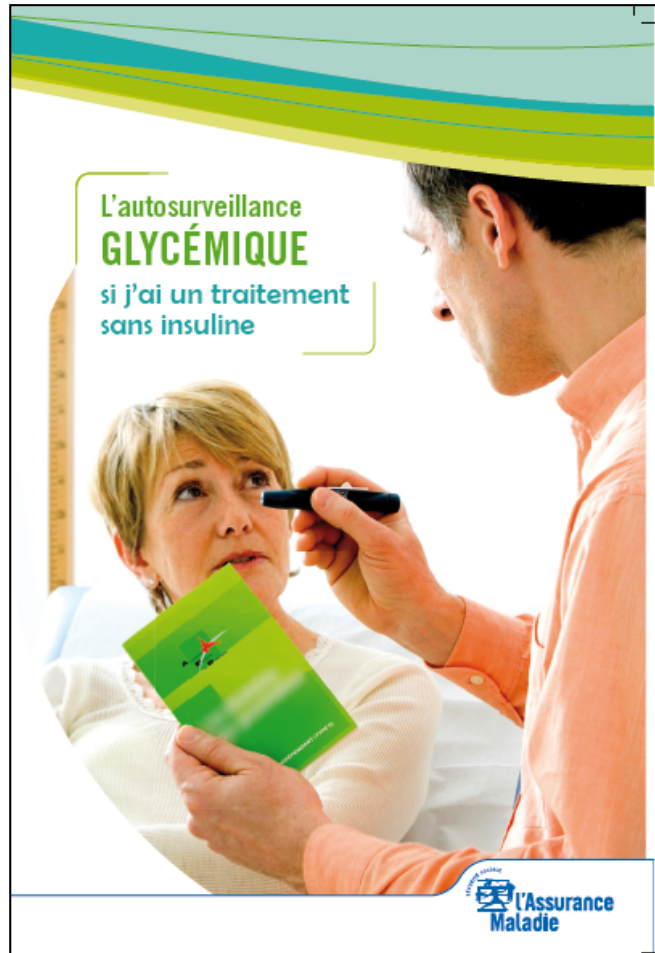
Service Médical
Provence Alpes Côte d'Azur-Corse

Le rôle de l'Assurance maladie dans la promotion de la maîtrise médicalisée conventionnelle (2)

Visites des Délégués de l'Assurance Maladie

- **Rencontre d'un représentant de la CPAM avec un professionnel de santé à son cabinet**
- **Finalité**
 - Accompagner le professionnel dans la démarche de maîtrise médicalisée et le suivi de ses indicateurs dans le cadre de la ROSP
 - L'aider dans sa pratique quotidienne : présentation de son profil de prescriptions, mise à disposition d'outils d'aide à la prescription, d'outils de communication à l'attention du patient pour soutenir le professionnel
 - Etre à la disposition du professionnel notamment pour recueillir ses difficultés

Outils de communication à l'attention des patients



Dans le cadre du traitement de mon diabète, mon médecin traitant peut me prescrire une autosurveillance glycémique même si je ne suis pas traité par insuline.

À QUELS MOMENTS ?

L'autosurveillance glycémique peut être prescrite lorsque :

- des hypoglycémies sont suspectées.
- le diabète est difficile à équilibrer.

Qu'est-ce que l'autosurveillance glycémique ?

L'autosurveillance glycémique consiste à surveiller soi-même sa glycémie (taux de sucre dans le sang). Elle intervient en complément du dosage de l'HbA1c qui reste l'élément central pour apprécier l'équilibre du diabète.

POUR QUELS OBJECTIFS ?

L'autosurveillance m'aide à détecter une éventuelle hypoglycémie et à connaître l'effet sur ma glycémie de l'activité physique, de l'alimentation, du stress ou, dans certains cas, d'un nouveau médicament.

Pour cela, j'indique les résultats de mes contrôles, en fonction du contexte, sur mon carnet de suivi (voir ci-dessous). Mon médecin traitant peut s'appuyer sur ces résultats pour en discuter avec moi et adapter au mieux mon traitement et mes habitudes de vie.

Le « carnet de suivi »

J'y note le résultat de chaque contrôle dans son contexte. Je l'apporte à chaque consultation. Des carnets sont disponibles auprès des médecins ou des pharmacies. Je peux aussi utiliser un simple cahier. Il est également possible de faire ce suivi sur certains smartphones.

DATE	HEURE	ADRESSE	COMMENTAIRE
20 Mars 2022	15h30	178 s/48	Après le repas
22 Mars 2022	07h00	105 g/48	Av. réveil
23 Mars 2022	13h40	108 g/48	Après élimin de nuit

024-10_adminutlilaco_100x200_100112_047.indd 2

Le rôle de l'Assurance maladie dans la promotion de la maîtrise médicalisée conventionnelle (3)

Echanges confraternels

- **Rencontre d'un médecin conseil avec un médecin libéral à son cabinet**
- **Présentation de messages médicaux au regard de recommandations et d'études scientifiques**
- **Analyse du profil de prescription en particulier dans le cadre de la ROSP**
 - Description
 - Discussion : situation personnelle, pratique quotidienne
- **Discussion de cas cliniques**
- **Présentation des supports et intérêt dans la pratique quotidienne**

Le thème du bon usage de la prescription des arrêts de travail

- **Les messages**

- La prescription d'un arrêt de travail est un acte médical
- Des réévaluations régulières sont nécessaires de façon à éviter le passage à la chronicité
- Des durées indicatives d'arrêts de travail sont proposées
- Une concertation précoce avec le médecin du travail est préconisée

Référentiels de durée des arrêts de travail selon les pathologies

Lombalgie commune

Pour vous aider dans votre prescription d'arrêt de travail et faciliter le dialogue avec votre patient, des durées optimales vous sont proposées.

Elles sont indicatives et, bien sûr, à adapter en fonction de la situation de vos patients.

A titre d'exemple, pour un emploi « sédentaire », la durée d'arrêt de travail peut s'étendre de 0 à 3 jours⁽¹⁾.

Type d'emploi		Durée optimum*
Sédentaire		1 jour
Travail physique léger	Charge ponctuelle < 10kg Charge répétée < 5 kg	3 jours
Travail physique modéré	Charge ponctuelle < 25 kg Charge répétée < 10 kg	14 jours
Travail physique lourd	Charge > 25 kg	35 jours

** Durée à l'issue de laquelle la majorité des patients sont capables de retourner au travail.
Cette durée est modulable en fonction des complications ou comorbidités du patient.*

1- 2 Maîtrise médicalisée hospitalière

La maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (1)

- **L'hôpital est un acteur incontournable dans l'effort de maîtrise médicalisée**
 - **Leaders d'opinions** auprès des professionnels de santé et des patients
 - **Initiateur des prescriptions** qui influent fortement sur celles des autres professionnels en ville
 - Rôle clé dans la **formation** des médecins

La maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (2)

- Les prescriptions hospitalières représentent **près du quart du montant de l'ensemble des prescriptions délivrées en ville**
- Les actions de maîtrise médicalisée concernent l'hôpital, en particulier du fait des prescriptions hospitalières réalisées en consultations externes, dans les services d'urgence, et au moment de la sortie du patient. Démarche similaire à celle de la ville initiée dès 2006
- Intéresse tous les établissements de santé **MCO ex-DG** (*les praticiens libéraux des établissements ex-OQN sont visés par la démarche de ville*)
- Partenariat entre les établissements de santé, les représentants des Directeurs hospitaliers et Présidents de CME, l'État et l'Assurance maladie

La maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (3)

Accompagnement, information, sensibilisation

- Réunions en CME, avec les internes, dans les services les plus prescripteurs, le CLIN, les pharmacies
- Présentation d'un profil personnalisé de l'établissement sur les prescriptions des praticiens salariés exécutées en ville
- Remise de supports adaptés : aide à la décision (mémos), outils patients (affiches, dépliants)
- « La lettre aux hospitaliers » diffusée par voie électronique
- Elaboration d'objectifs d'amélioration à partir d'un diagnostic commun

La maîtrise médicalisée des prescriptions hospitalières exécutées en ville (4)

- **Campagnes de visites sur des messages**
 - De bonnes pratiques médicales de prescription
 - Réglementaires concernant les prescriptions médicales
 - D'efficience des dépenses
- **Thèmes**
 - Transports sanitaires
 - Arrêts de travail et les fiches repère
 - Médicaments (Ex : nouveaux traitements de l'HTA)
 - Prescription en dénomination commune et les génériques
 - Orientation des patients lors de la rééducation (chirurgiens orthopédiques et médecins rééducateurs)

Maîtrise médicalisée à l'hôpital élargie à la T2A (1)

- Les remboursements des frais d'hospitalisation (publique et privée) sont estimés à **42 % des dépenses d'Assurance maladie** (base ONDAM)
- A partir des données issues de la T2A, il est possible d'analyser le fonctionnement de l'établissement
- Présentation d'un **profil personnalisé de l'établissement**
- Les directeurs de CPAM et les Médecins conseils chefs de service du Service médical rencontrent le Directeur de l'établissement et le Président de la CME

Maîtrise médicalisée à l'hôpital élargie à la T2A (2)

- **La tarification à l'activité et la chirurgie ambulatoire en établissement MCO**
 - Facturation d'un GHS d'hospitalisation de jour pour des prises en charge réalisables en ville ou en consultations externes
 - Développement de l'Activité « **chirurgie ambulatoire** »
- **Les structures d'hospitalisation à domicile (HAD) : rappel de la réglementation et des bonnes pratiques**

La mise sous accord préalable des établissements de santé présentant un retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire

- Procédure mise en place depuis 2008 dans certains établissements hospitaliers caractérisés par un **taux moyen de chirurgie ambulatoire inférieur à la moyenne régionale**
- **Triple objectif**
 - Harmonisation des pratiques médicales
 - Respect de la tarification
 - Diminution des hospitalisations non justifiées
- ➔ **Avis préalable du Service du contrôle médical** si demande d'accueil d'un patient en hospitalisation complète pour un acte couramment pratiqué en chirurgie ambulatoire (cataracte, arthroscopies du genou, extractions dentaires, chirurgie des varices, hernies inguinales, végétations, canal carpien,...), **Avis donné sous 48 h** sur la base de critères concernant la situation du malade (isolement, éloignement) ou d'un examen approfondi par le médecin conseil

Le service d'accompagnement du retour à domicile après une hospitalisation (PRADO)

- Nouvelle offre de service de l'Assurance maladie qui tient compte de la diminution des durées de séjour en hospitalisation constatée
- **Il s'agit d'accompagner après une hospitalisation les patients à leur retour à domicile par une prise en charge adaptée par les professionnels de santé libéraux concernés :**
 - Service proposé aux femmes **après un accouchement normal** sans complications dans certaines maternités avec la participation des sages femmes libérales
 - Service proposé aux patients ayant bénéficié de **certaines interventions de chirurgie orthopédique** avec la participation des masseurs kinésithérapeutes et des infirmiers libéraux
 - Service expérimenté pour les patients qui ont vécu **un épisode de décompensation cardiaque**

1-3 Les actions d'accompagnement des assurés

Information des assurés et promotion de la maîtrise médicalisée conventionnelle

- **Campagnes de communication grand public**
 - Nationale, loco-régionale
 - Radio, télévision, presse hebdomadaire
- **La Lettre aux assurés « En pratique »**

Le service SOPHIA (1)

- **Objectif**
 - **Accompagner de manière efficiente et personnalisée les patients diabétiques volontaires**, en fonction de leur état de santé et en relais du médecin traitant, afin de les aider à mieux vivre leur maladie de renforcer la prévention des complications, de les aider à devenir acteurs de leur santé
- **Service accessible à plus de 1,8 millions de patients diabétiques**
- **Un accompagnement à distance par appel téléphonique réalisé par des infirmières conseillères en santé**

Le service SOPHIA (2)

- **Nature de l'accompagnement**

- Observance des traitements médicamenteux
- Règles hygiéno diététiques
- Soutien au quotidien du patient (programme d'éducation thérapeutique)

- **Résultats :**

- Evolution positive du recours aux soins
- A caractéristiques égales, **des dépenses moins élevées que la population témoin**
- Des **hospitalisations moindres** pour leur diabète ou une de ses complications

Le service SOPHIA (3)

- En 2013 après une période d'expérimentation dans des sites pilotes : **déploiement à grande échelle auprès des personnes diabétiques généralisé à l'ensemble du territoire**
- A venir : **extension de ce service aux personnes asthmatiques** dans le cadre de sites pilotes

1-4 Maîtrise médicalisée et régulation de la demande

Le parcours de soins coordonné (1)

- **Désignation du médecin traitant**

- Organisation verticale de la prise en charge
- 85 % des assurés ont choisi leur médecin traitant (96 % parmi les plus de 60 ans)

- **Rôle du médecin traitant**

- **Coordonne** les soins et s'assure du suivi médical
- **Orienté le patient** dans le parcours de soins coordonné : relations avec les médecins spécialistes, médecins hospitaliers
- **Gère le dossier de son patient.** Centralise toutes les informations concernant les soins et l'état de santé de ses patients (résultats d'examens, diagnostic, traitement) et les met à jour
- **Assure une prévention personnalisée** : suivi de vaccination, examens de dépistage (ex : dépistage du cancer du sein, vaccination antigrippale, iatrogénie médicamenteuse)

Le parcours de soins coordonné (2)

- **Ticket modérateur majoré hors parcours ou sans MT (2006)**
 - Sauf urgence, absence MT, déplacement, gynéco, ophtalmo, psychiatre
 - Taux de remboursement de 70 % dans le parcours
 - Diminution progressive du taux de remboursement hors parcours : 60 %, puis 50 %, et **depuis le 31 janvier 2009 30 %**
- **Dépassements d'honoraires autorisés si hors parcours**
 - + 17,5 % du tarif de consultation

Participation forfaitaire et franchises (1)

- **La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2008 a instauré des franchises**
 - sur les boîtes de médicaments (0,50 euro)
 - les actes d'auxiliaires médicaux (0,50 euro)
 - et les transports sanitaires (2 euros)
- **Retenues sur les remboursements dans la limite d'un plafond de 50 euros par an et par assuré**
- **Toutes les personnes sont concernées par les franchises sauf :**
 - les enfants et jeunes de moins de 18 ans
 - les bénéficiaires de la CMU ou AME
 - les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité

Environ 19 millions de personnes, soit **29 % de la population, sont exonérées des franchises**

2- Lutte contre la fraude et les abus Le contrôle

Les actions de contrôle de l'AM

- Outre la promotion de la maîtrise médicalisée, **la réforme de l'Assurance maladie de 2004 a prévu également le développement de contrôles destinés à prévenir les gaspillages, les abus et les fraudes**
- **Ces contrôles viennent compléter l'ensemble du dispositif de maîtrise médicalisée mis en œuvre pour faire évoluer les comportements**

L'Assurance maladie et la lutte contre les abus et les fraudes

Le Plan national de contrôle de l'AM

- Sa finalité : agir sur tous les champs où l'Assurance maladie est légitime pour assurer sa mission de contrôle pour :
 - dissuader les acteurs de comportements déviants
 - faire disparaître les fraudes (sanctions exemplaires)

Le Plan national annuel de contrôle de l'Assurance maladie

- **Tous les acteurs du système de santé qui commettent des infractions sont concernés**
 - les assurés
 - les professionnels de santé
 - les établissements de santé
 - les employeurs
- **Les actions du contrôle-contentieux ne concernent que les acteurs fortement déviants**

Le Plan national annuel de contrôle (1)

- **Les programmes nationaux, dont certains se poursuivent sur plusieurs années, se répartissent dans les domaines suivants :**
 - **les établissements de santé**
 - **les prestations en espèces**
(indemnités journalières d'arrêts de travail)
 - **les médicaments**
 - **les transports**
 - **les honoraires médicaux et para médicaux**
 - **les fraudes à la gestion des droits des assurés**

Le Plan national annuel de contrôle (2)

- **Les établissements**

- **Le contrôle-contentieux des établissements de santé tarifés à l'activité :**
contrôles T2A dans les services de Médecine-Chirurgie-Obstétrique et d'Hospitalisation à domicile dans les établissements publics et privés
- **Le contrôle-contentieux des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD)**
- **Les contrôles des facturations des établissements d'hospitalisation à domicile (HAD)**

Le Plan national annuel de contrôle (3)

- **Les prestations en espèces**
 - **Les fraudes à la réglementation aux IJ : peuvent concerner les employeurs, les assurés et les prescripteurs**
 - **Les fraudes aux prestations en espèces hors IJ (pensions d'invalidité, rentes accident du travail/maladie professionnelle)**
 - **Les entreprises « coquilles vides » et les emplois fictifs**
 - **Les abus de prescriptions d'IJ de certains médecins : mise sous accord préalable des prescriptions**

Le Plan national annuel de contrôle (4)

- **Les médicaments**

- Les pratiques frauduleuses de certaines pharmacies d'officine
- Les prescripteurs excessifs en matière d'utilisation de l'ordonnancier bizonne
- Les traitements de substitution des dépendances aux opiacés (Subutex, méthadone) et les « mégaconsommants »

Principales mesures d'économies de la LFSS 2015

Les principales mesures d'économies relatives à l'ONDAM pour 2015

- Afin de respecter l'objectif de progression de 2,1 % des dépenses dans le champ de l'ONDAM et compte tenu du rythme tendanciel d'évolution des dépenses de 3,9 %, **un montant global d'économies de 3,2 Mds € est nécessaire** (soit un effort supplémentaire de 800 millions d'euros/2014)
- **Cinq grands types de mesures d'économies ont été définies**
 - **Sans clairement distinguer celles relatives aux soins de ville et celles concernant le secteur hospitalier**

Mesures d'économies prévues en 2015 (1)

- **Efficacité de la dépense hospitalière**
 - **Optimisation des dépenses des établissements : 55 millions d'euros**
 - **Optimisation des achats et fonctions logistiques : 350 millions d'euros**
 - **Liste en sus : 105 millions d'euros**
 - **Tarification des plasmas thérapeutiques : 10 millions d'euros**
- **Au total, économies attendues en 2015 : 520 millions d'euros**

Mesures d'économies prévues en 2015 (2)

- **Virage ambulatoire et adéquation de la prise en charge en établissement**
 - Développement de la chirurgie ambulatoire : 100 millions d'euros
 - Réduction des inadéquations hospitalières : 110 millions d'euros
 - Rééquilibrage de la contribution de l'ONDAM médico social à l'OGD* : 160 millions d'euros

→ Au total, économies attendues en 2015 : **370 millions d'euros**

* **OGD : Objectif Global de Dépenses = ONDAM médico social + Contribution de Solidarité pour l'Autonomie**

Mesures d'économies prévues en 2015 ⁽³⁾

- **Produits de santé et promotion des génériques**
 - **Baisse de prix des médicaments : 550 millions d'euros**
 - **Promotion et développement des génériques : 435 millions d'euros**
 - **Biosimilaires: 30 millions d'euros**
 - **Tarifs des dispositifs médicaux : 50 millions d'euros**
- **Au total, économies attendues en 2015 : 1 065 millions d'euros**

Mesures d'économies prévues en 2015 (4)

- **Pertinence et bon usage des soins**
 - **Baisse des tarifs des professionnels libéraux : 150 millions d'euros**
 - **Actions de maîtrise des volumes et de la structure de prescription des médicaments : 400 millions d'euros**
 - **Lutte contre les iatrogénies médicamenteuses : 100 millions d'euros**
 - **Maîtrise médicalisée hors médicament : 375 millions d'euros**
 - **Mise en œuvre des réévaluations de la HAS : 130 millions d'euros**
- ➔ **Au total, économies attendues en 2015 : 1 155 millions d'euros**

Mesures d'économies prévues en 2015 (5)

- **Lutte contre la fraude**

→ Au total, économies attendues en 2015 : **75 millions d'euros**

Télécharger les supports de cours
du Service médical : www.smamform.fr