

Le « plan Douste »

Le quotidien du médecin 24 mai 2004

• Gouvernance

- Orientations de santé fixées par l'Etat.
- Cahier des charges des relations Etat - assurance-maladie.
- Haute Autorité scientifique indépendante : émet des recommandations à l'Etat et aux gestionnaires de l'assurance-maladie sur ce qui doit être remboursé.
- Création d'une Union nationale des caisses d'assurance-maladie (Uncam), regroupant les trois régimes (Cnam, Canam, MSA) ; fixe la liste des actes remboursés.
- Réforme des instances de direction internes à la Cnam.
- Partenariat entre l'Union des caisses et les complémentaires en amont des négociations conventionnelles.
- Comité d'alerte pour suivre les dépenses.
- Création d'un institut des données de santé.

• Organisation des soins

- Diffusion de nouveaux référentiels, de protocoles médicalisés et du bon usage du médicament.
- Insertion de tous les professionnels de santé dans une démarche de FMC, d'évaluation des pratiques, groupes de pairs ou cercles de qualité d'ici à 2007.
- Promotion de parcours du patient *via* le médecin traitant (généraliste ou spécialiste), responsable de la coordination des soins.
- Déploiement des réseaux de soins sur les pathologies chroniques et sévères.
- Mise en place dans les deux ans du dossier médical partagé obligatoire.

• Vie conventionnelle

- Elargissement du champ des conventions.
- Droit d'opposition reconnu aux syndicats majoritaires.
- Options individuelles (conditions particulières de pratique) donnant droit, le cas échéant, à un supplément de rémunération.

• Démographie

- Incitations plus fortes à s'installer dans les zones à faible densité médicale.
- Modulation de la prise en charge des avantages sociaux des médecins en cas d'installation dans les zones à faible ou forte densité.

• Economies attendues (jusqu'à 10 milliards)

- Maîtrise médicalisée (autoévaluation, diffusion des protocoles de soins codés, bon usage du médicament, dossier médical, médecin traitant, liquidation médicalisée des dépenses...) : 3,5 milliards d'euros.
- Développement des génériques et des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR) : 2 milliards d'euros.
- Rationalisation des achats hospitaliers : 1,5 milliard d'euros.
- Renforcement du contrôle des arrêts de travail : 800 millions d'euros.
- Economies de frais financiers liées à l'apurement de la dette : 1 milliard d'euros.

• Recettes nouvelles (environ 5 milliards d'euros)

- Forfait non remboursable de 1 euro « *par acte* » : entre 400 et 800 millions d'euros selon le périmètre.
- Relèvement du taux de la C3S (entreprises) porté de 0,13 à 0,16 % du chiffre d'affaires (lorsque le CA annuel est supérieur à 760 000 euros) : 800 millions d'euros.
- Elargissement de l'assiette de la CSG des salariés (un milliard d'euros).
- Hausse de la CSG des retraités imposables (+ 0,4 point, 560 millions d'euros) et des revenus du capital (+ 0,7 point, environ 500 millions d'euros).
- Contribution de l'Etat (transfert de recettes fiscales) : 1 milliard d'euros.
- Relèvement du forfait hospitalier (de 1 euro cette année).

• Dette accumulée depuis 1998 :

- Transfert à la Cades (32 milliards d'euros à la fin 2004, sans exclure d'y affecter les déficits 2005 et 2006), ce qui prolonge mécaniquement la Crds au-delà de 2014.