

Où en est-on de la réforme

Pierre Volovitch liste ATTAC santé

LEURS OBJECTIFS

Maîtrise médicalisée (in la Convention)	
ALD	455 millions
Arrêts de travail	150
Statines	161
Antibiotiques	91
Génériques	55
Anxiolitiques	33
Antiagrégants plaquettaires (*)	23
Examens bio fonction thiroïde (*)	15
Coloscopie après polysectomie (*)	15
Total	998 millions

Quotidien du médecin (6/9/05)

Au 30 juin

Arrêts de travail, baisse de 2.1% - économie de 220 millions sur 6 mois, 70 millions de plus que l'objectif ALD – pour la première fois depuis 2002 en baisse, mais seulement 90 millions en année pleine – contre 455 prévus.

Génériques – économies de 255 millions sur le premier semestre

Statines – au lieu de -1.5 espérés hausse de + 8.3% au premier semestre

Antibiotiques – hausse au premier semestre

Psychotropes, baisse de 2% au premier semestre pour un objectif de -10%

Sur les trois derniers points (*) les Acbus (accords de bon usage des soins) prévus dans la convention ne sont toujours pas signés

PLFSS

Déficit prévu pour 2004 – branche maladie 11.64 milliards. Toutes les branches sont dans le rouge, déficit global : 11.9 milliards.

Ils renoncent au retour à l'équilibre en 2007 et repousse à 2009. Ils basent leur prévisions de retour à l'équilibre sur des prévisions de recettes (croissance éco, et donc de masse salariales) et des prévisions de dépenses TRES optimistes

Croissance de la masse salariale en 2005 : +3.2%, en 2006 : +3.7% !!

Ça fait quand même des soldes négatifs de la branche maladie du régime général. -8.3 milliards en 2005, 7.2 milliards en 2006.

Ils croient tellement peu à leurs prévisions qu'ils votent en même temps des « plafonds d'avance de trésorerie » (les sous que la caisse des dépôts avance à la sécu – avec intérêts – quand elle est dans le rouge) à 18.5 milliards pour 2006.

La progression de l'ONDAM prévue est de 3.8% en 2005 et de 2.7% en 2006. Pour le moment les chiffres que l'on a pour 2004 sont (d'août 2003 à août 2004) de 4.1%

Il y a eu vote d'avis négatif sur le PLFSS aux conseils d'administration de la CNAM, de la CNAV, de l'ACOSS. La seule caisse qui n'a pas donné d'avis négatif (égalité des pour et des contre) est la CNAF grâce aux votes des associations familiales.

NOS OBJECTIFS

Les points qu'il faut spécialement surveiller dans la réforme (Cf Observatoire des méfaits de la réforme – OMR) sont :

Les remboursements ALD

Arrêts de travail
Dépassements et refus de soins
Délais d'attente
Difficulté d'accéder réellement à une couverture complémentaire.

Les déremboursements ALD

Ils espèrent récupérer un demi milliard (455 million d'€) en appliquant plus strictement l'ordonnancier bizonne (et dans le futur en limitant la prise en charge des ALD aux prises en charge conformes aux « protocoles ») – les sommes qui seront « économisées » ici ne sont pas des dépenses qui n'auront pas lieu, mais des dépenses qui demeureront à la charge des patients, patients qui sont, par définition, en ALD. Pour le moment ça a l'air de marcher moins bien que prévu. Bonne nouvelle ?

Arrêts de travail

En 2004 les arrêts de travail avaient déjà diminué de 1%. Ils ont chuté de 3.7% au premier semestre 2005. A quoi correspond cette baisse sur le terrain. Médecins qui ont peur des contrôles et donnent moins d'arrêts de travail ? Salariés qui ont peur – emploi – et en demande moins ?

Ce qui est certain c'est que les conditions de travail ne se sont pas brusquement améliorées...

On sait que les arrêts de travail sont très sensibles à la situation de l'emploi. L'amélioration de la situation de l'emploi en 2000, 2001 s'était accompagné d'une hausse des arrêts de travail.

Ils se vantent d'avoir multiplié les contrôles pour lutter contre la fraude - Premier semestre 89 581 contrôle arrêts de courte durée, 254 379 contrôles arrêts de longue durée. Je n'ai rien vu sur les résultats de ces contrôles – ils ont trouvé de la fraude ou non ? On sait que les études disponibles avant la réforme (études de la CNAM) faisaient apparaître un très faible taux de fraude.

(rappel dépenses d'IJ : +10.9 en 2002, +6.6 en 2003, -0.5 en 2004)

croissance des IJ liée à l'arrivée dans la classe d'âge des plus de 55 des générations d'après guerre (nombreuses) – la part des plus de 55 dans la population active augmente deux fois moins vite en 2004 et 2005 que dans les années antérieures – évolution démographique qui constitue un facteur spontané de stabilisation.

Dépassements et refus de soins

Sur la réalité de l'évolution des dépassements de la part des toubibs on n'a évidemment encore rien. Juste une chose : le nombre de toubibs spécialistes qui sont rentrés dans « l'option de coordination » - 500 sur 20 000 auraient demandé à y entrer ...

« nous alertons les pouvoirs publics depuis plusieurs mois sur l'existence de dépassements, réguliers ou non, en croissance forte » - Déclaration des AGF dans les Echos du 7 octobre

Délais d'attente

Sur les délais pas d'info non plus. Le ministre a déclaré « nous ne tolérerons aucun dérapage » et a mis en place un protocole entre les « conciliateurs » mis en place dans les caisses et les « médiateurs de la république » dans chaque département pour que les plaintes des patients à qui le spécialistes imposerait un délai d'attente trop important soient connues. – à suivre évidemment

Difficulté d'accéder réellement à une couverture complémentaire

Il y a 2 millions de personnes potentiellement concernées. En juin les caisses avaient reçu 204 000 demandes pour lesquelles elles avaient renvoyé une attestation (nécessaire pour obtenir la déduction auprès de la complémentaire choisi) – fin août on était à 270 000. Chiffre donc ridicule par rapport aux 2 millions de personnes concernées. De plus il semblerait (les Echos reprenant des déclarations de Régereau – président CFDT de la CNAM)) que moins de la moitié des personnes qui ont reçu l'attestation l'utilisent effectivement car les tarifs des complémentaires sont trop élevés. La CNAM appelle donc les CPAM à agir au coup par coup, avec leurs fonds sociaux, pour aider les personnes. On passe ici d'un droit (droit à l'aide) à une aide conditionnelle – logique d'aide sociale.

Face à l'échec la PLFSS augmente le niveau des aides.

Les montants actuels des aides passeraient de :

- 75 € par an pour une personne de moins de 25 ans à **100 €**,
- 150 € par an pour une personne de 26 à 59 ans à **200 €**,
- 250 € par an pour une personne de plus de 60 ans à **400 €**

Une remarque dans les anciens tarifs la modulation entre les jeunes et les vieux était de 1 à presque 3 (75 à 250) – on passe de 1 à 4. De quoi s'habituer au fait qu'il est « normal » que la couverture maladie des vieux soit plus onéreuse que celle des jeunes...

AUTRES POINTS

Le médecin traitant.

Ils sont très contents, 26 millions de français début juillet, les ¾ de ceux qui ont consulté. Ok. Ca veut dire quoi ? Acceptation ou résignation ? – à suivre

Le 1 €

On en est où de l'application ? Au moment de la mise en place il était question de difficultés pour les caisses de récupérer ce 1 € sur les patients en tiers payant. Quelqu'un à des nouvelles

TRANSFERT DES DEPENSES A LA CHARGE DES MENAGES

La lecture que l'on peut faire de la réforme (1€, forfait hospitalier, réduction de la prise en charge des ALD, dépassements de tarifs pour les toubibs, réduction de remboursement des médicaments) c'est évidemment celle d'un transferts des dépenses vers les malades. Comment mesurer ce transfert

J'ai des chiffres de la « commission de suivi des dépenses de santé » - CNAM – qui sont sans doute intéressant mais que je ne veux pas interpréter avec erreur

Janvier – août 2005

	Taux d'évolution Des dépenses remboursées	des dépenses remboursables
Généralistes	-0.6	+3.2
Spécialistes	1.3	2.8
Laboratoires	0.8	3.2
Total(*)	1.3	2.7

(*) le total c'est le total de 11 lignes et pas seulement des 3 au dessus

On pourrait se dire que la différence entre taux d'évolution des dépenses remboursées et des dépenses remboursables c'est ce que l'on transferts aux ménages

Mais par exemple pour le médicament on a

médicaments	+4.1	+3.9
-------------	------	------

Et je ne vois pas pourquoi il y aurait eu amélioration du niveau de prise en charge du coté des médicaments Bref, je continue à chercher de ce coté là...

« CONTRAT RESPONSABLE »

Le décret est (enfin) sorti. Affichage d'un haut niveau de remboursement pour le patient qui suit le parcours et trouve un spécialiste de secteur 1. Interdiction de prise en charge du 1€, interdiction de prise en charge de la diminution du niveau de prise en charge pour le patient qui ne respecte pas le parcours de soins, interdiction de prise en charge des dépassements hors parcours de soins.

Prise en charge obligatoire de deux actions de prévention (à définir...)

Toute la question est qu'est ce qui se passe si le patient ne suit pas le parcours de soins et quelle prise en charge des dépassements de toubibs du secteur 2 ? Comme l'avait décodé Que choisir, confirmation avec des calculs que font les assureurs privés, en dehors d'un reste à charge incompressible compris entre 7 et 10 € les complémentaires qui le souhaitent (la FNMF a dit qu'elle ne le souhaitait pas, mais la concurrence va peser) donc les complémentaires qui le souhaitent vont pouvoir bénéficier des exonération fiscales et sociales tout en couvrant les dépassements du secteur 2. Les revenus des toubibs qui dépassent avec « tact et mesure » vont pouvoir être solvabilisés (avec aide des fonds publics). Il y a un calcul rigolote (et assez technique !) des assureurs privés où ils arrivent, grâce aux imperfections du décret, à « neutraliser » l'effet du « contrat responsable »

UNOC

Les complémentaires, et au premier rang la FNMF ont soutenu cette réforme qui allait leur permettre de ne plus être des « payeurs aveugles ». Ils allaient avoir leur mot à dire.

La négociation avec les médecins (la convention) s'est déroulée totalement dans le dos des complémentaires (mais l'UNOC n'était pas encore en place)

La déremboursement des médicaments s'est organisé entre la HAS et le gouvernement sans consultation de l'UNOC

Les complémentaires viennent d'apprendre la mise en place d'une « franchise » de 18 € dont personne ne leur avait parlé...

Où est le nouveau droit de parole de la mutualité là dedans ????

A noter que la FNMF ne parle pratiquement plus de l'UNOC – ils ont compris qu'ils s'étaient fait avoir et ils vont essayer de se débrouiller seuls ???

FINANCEMENT

- Ils ont un moment envisagé de faire payer une cotisation sur les primes d'intéressement (sommes qui comme beaucoup d'autres échappent à la cotisation sociale) – ils y ont renoncé – le patronat ne voulait pas
- les comptes prévisionnels avaient été fait (cote recettes) sur la base d'une croissance à 2.5%. la croissance en 2005 ne sera pas de 2.5, on parle d'1.5.

Dépenses de ville : +7.1% en 2002, +6.7% en 2003, 4.4% en 2004

Dépenses de médicaments : +6.4% en 2002, +4.5% en 2003, +6.4% en 2004

Pour récupérer un peu de sous ils mettent en place des financements rigolos.

Les impôt à payer sur les plans d'épargne logement étaient réglés à la fin du plan, aujourd'hui il faudra les payer au bout de 10 ans même si on choisi de ne pas les utiliser à ce moment là. Ca va rapporter 1 milliard mais c'est évidemment le truc qui ne marche qu'une seule fois. Ils suppriment l'abattement de 30% sur les cotisations sociales en cas d'embauche à temps partiel – (100 millions), il plafonnent l'exonération d'impôt sur les primes de licenciement- (10 à 20 millions), ils inclus dans le champ de la C3S les « organismes publics qui exercent leur activité de façon concurrentielle » (70 millions)... Bref du vrai bricolage en catastrophe.

Ils espèrent que le forfait de 18 € va leur rapporter 100 millions

« Le montant du versement mentionné à l'article L.176-1 du code de la sécurité sociale dû par la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles est fixé, pour l'année 2006, à 330 millions d'euros, comme en 2005. » Chacun s'accordant à considérer ce chiffre comme trop faible

Il y a évidemment dans le PLFSS tout un chapitre sur la lutte contre la Fraude.

Ce n'est pas dans la maladie, mais pour rire un peu avec les plombiers fous ils ont un déficit important du FSV (prise en charge des cotisations vieillesse pour les périodes non cotisées). Alors ils affectent au FSV l'excédent de la CNAV (ça vient donc en déduction des dettes du FSV envers la CNAV !!!) alors qu'ils devaient les affecter au Fonds de réserve pour les retraites. La loi est pleine de ce genre de manip qui rendent la lecture des comptes totalement opaque.

MEDICAMENTS

Les médicaments à service médical rendu insuffisant – ils ont envisagé de les rembourser à 15% (soutenir la solvabilisation de la demande pour les labos tout en reportant une majeure partie de la charge sur les patients) On ne sait rien de l'impact de ce genre de mesure, quel effet de report sur d'autres spécialités plus onéreuses mais mieux remboursé (c'est l'argument des labos) ?

Economie brute des diminutions de taux de remboursement en 2004 – 140 millions

Extension des génériques (2004) économie de 132 millions

Génériques 7% du chiffres d'affaire hors taxe et 13% des boites vendues

Substitution de produits chers à des produits bon marché - impact

2002 – 2003 taux moyen de remboursement passe de 75% à 74.5% -il y a certes passage des certains médicaments de 65% à 35% mais la hausse enregistrée dans le médicaments se réalise presque essentiellement dans le domaine des médicaments remboursés à 100%.

DMP

Au delà des questions de fond sur la confidentialité, en particulier vis à vis des assurances complémentaires, d'un point de vue technique la chose n'est pas bouclée, la date de 2007 ne sera pas tenue, le coût ne va pas être celui prévu, et question au bout, jusqu'où cette opération est elle autre chose qu'une énorme gâteau pour les industriels du secteur ?

MISE EN PLACE DE LA T2A

Quelles nouvelles ? Moi j'ai vu passer des communiqués de cliniques privées spécialisées dans la naissance qui poussaient des cris – mais ????

Y'a-t-il un pilote dans l'avion

Ci-dessous extrait du document remis en conseil d'administration de la CNAM sur le PLFSS – article 32

« Les alinéas III à V précisent les modalités d'encadrement de l'activité des établissements de santé. Ces derniers se verront fixer des objectifs quantifiés définis par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé entre chaque établissement de santé et l'Agence Régionale de l'hospitalisation.

Ce dispositif qui lie l'autorisation aux moyens vise à contraindre par des mesures de planification le risque de dérapage de la tarification à l'activité, au risque cependant de réduire l'effet de concurrence initialement souhaitée par la réforme de la T2A. »

MISE EN PLACE DE LA CCAM

Quid ?

LE « COMITE D'ALERTE »

La « comité d'alerte », ses instructions, la diminution des taux de remboursement ... Il a rendu un avis en juin, depuis ? quid ? je suis un peu dans le bleu.

Divers sans rapport direct avec la question

Le coût d'unité d'œuvre du B est à 0.23 € dans les établissements sous dotation globale contre 0.27€ en soins de ville.

Le coût d'unité d'œuvre du Z est de 2.09 € dans les établissements sous dotation globale contre 1.62 € en soins de ville.

Honoraires – en milliers d'€ constant 2004

	1998	2004	revenu imposable 2004
Radiologues	477.3	527.0	246.1
Spécialistes	192.0	221.1	115.7
Généralistes	109.7	120.1	87.3
Tous médecines	146.2	165.0	64.3

Rapport 2005 – cour des comptes

Dédicace spéciale UFAL

Article 47 : Intégration juridique du régime d'assurance vieillesse des cultes au régime général.

Cet article parachève l'intégration du régime d'assurance vieillesse des cultes au sein du régime général commencée en 1998. Les dispositions permettront aux ministres des cultes d'acquérir les mêmes droits que les affiliés au régime général.