



Récapitulatif des recommandations

La Cour formule les recommandations suivantes, structurées pour répondre à sept principaux enjeux :

Enjeu n°1 : rénover le cadre du pilotage financier de l'assurance maladie :

- garantir l'équilibre des comptes de la branche maladie :
 - introduire dans le cadre organique régissant les lois de financement de la sécurité sociale une règle d'équilibre de l'assurance maladie (recommandation n° 1) ;
- renforcer et adapter l'ONDAM :
 - améliorer la maîtrise annuelle des dépenses de la branche maladie, en instaurant pour les soins de ville une réserve prudentielle permettant de réduire les tarifs ou de suspendre les augmentations tarifaires en cas de non-respect de l'objectif prévisionnel de dépenses (recommandation n° 2) ;
 - identifier dans l'ONDAM un sous-objectif spécifique relatif à la prévention en santé intégrant notamment les dépenses du Fonds national de prévention et d'éducation et d'information sanitaires, en les exonérant de mesures de régulation budgétaire, destiné à construire une vision interministérielle consolidée des dépenses, dans le cadre d'un document de politique transversale (recommandation n° 12) ;
 - créer par étapes, en partant du Fonds d'intervention régional, un objectif régional pluriannuel de dépenses d'assurance maladie qui serait à la fois :
 - différencié dans son niveau pour tenir compte des nécessités de rééquilibrage du rapport entre offre et besoin de soins dans les régions ;
 - flexible dans sa répartition entre secteurs de soins en fonction des nécessités appréciées par les ARS ;
 - encadré dans les possibilités de différenciation tarifaire (recommandation n° 15) ;

Enjeu n° 2 : réorganiser l'assurance maladie :

- redéfinir l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurances complémentaires, en particulier en rationalisant les restes à charge pour les assurés, en répartissant clairement les prises en charge par secteurs de soins entre les deux dispositifs de couverture, ou en envisageant la mise en place d'un « bouclier sanitaire » plafonnant dans tous les cas le reste à charge des assurés (recommandation n° 5) ;

Enjeu n° 3 : rendre l'accès aux soins plus équitable :

- introduire dans les dispositions législatives communes aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les professions de santé :
 - des règles de conventionnement sélectif, subordonné à la recertification périodique des professionnels de santé et aux besoins des territoires d'installation ;
 - des règles de plafonnement des dépassements d'honoraires autorisés dans le cadre des dispositifs conventionnels avec l'assurance maladie entraînant en cas de non-respect l'exclusion du conventionnement du professionnel de santé en cause, et dans celui des contrats solidaires et responsables (recommandation n° 3) ;

Enjeu n° 4 : mieux organiser le système de soins pour l'adapter aux besoins des patients :

- afin de désengorger les urgences hospitalières, renforcer la réponse de soins de ville en conditionnant une partie des rémunérations des médecins au développement de la permanence des soins, de l'extension des horaires d'ouverture et de la réponse de soins non programmés, et expérimenter à l'entrée des urgences une régulation médicale indépendante de l'hôpital permettant d'orienter les patients vers la réponse de soins, ambulatoire ou hospitalière, la mieux adaptée à leur état (recommandation n° 4) ;
- renforcer la complémentarité et la subsidiarité entre les professions de santé par une révision régulière des décrets d'actes et des nomenclatures, ainsi que des maquettes de formation, et par la mise en place rapide des pratiques avancées prévues par la loi (recommandation n° 6) ;
- développer une tarification au parcours de soins, notamment pour les patients atteints d'affection de longue durée, et à l'épisode de soins, en globalisant dans une enveloppe les rémunérations des

professionnels de santé du secteur de la ville et de l'hôpital (recommandation n° 11) ;

Enjeu n° 5 : assurer dans tous les domaines la qualité et la sécurité des soins :

- développer des indicateurs de résultats sur la qualité des soins délivrés par les professionnels de santé et soumettre ces derniers, suivant l'exemple des Pays-Bas ou du Royaume-Uni, à un système de recertification périodique (recommandation n° 13) ;
- généraliser progressivement l'utilisation d'ordonnances électroniques en les couplant à un système d'analyse de la qualité des soins et des effets des médicaments et dispositifs médicaux en vie réelle (recommandation n° 14) ;

Enjeu n° 6 : inciter, par une révision profonde des modes de prise en charge des produits et prestations par l'assurance maladie, à une utilisation optimale de ses moyens :

- enrichir l'évaluation médico-économique, par classe de médicaments, de produits et de prestations ou par catégorie d'utilisation, par des référentiels médico-économiques permettant de mieux asseoir la prise de décision (recommandation n° 7) ;
- augmenter significativement la part des rémunérations forfaitaires (forfaits pour une catégorie de patients et rémunérations à la performance modulées en fonction d'objectifs élargis de santé publique et de qualité) dans la rémunération des professionnels de santé libéraux (recommandation n° 8) ;
- introduire dans les dispositions législatives relatives aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les médecins une disposition mettant, suivant l'exemple allemand, sous enveloppe régionale les rémunérations des médecins libéraux de façon à limiter le nombre d'actes réalisés et de prescriptions (recommandation n° 9) ;
- aligner la tarification des activités des établissements de santé sur les coûts observés dans les établissements les plus performants, en adoptant une démarche pluriannuelle (recommandation n° 10) ;

Enjeu n° 7 : Réunifier et renforcer le pilotage du système de santé:

- réorganiser le pilotage du système de santé pour renforcer la cohérence de l'action de l'État et de l'assurance maladie (recommandation n° 16) ;

- dans cette perspective, examiner l'opportunité de la création d'une Agence nationale de santé qui serait responsable de l'organisation de la mise en œuvre des politiques de santé et qui regrouperait les compétences exercées en ces domaines d'une part par le ministère de la santé, d'autre part par l'assurance maladie (recommandation n° 17).