

SOMMAIRE

▶ **Équilibre des comptes sociaux :
actualité 2011 et perspectives 2012**

Pascal Beau
Directeur d'Espace Social Européen

[Lire la suite](#)

▶ **Les médecins et la convention médicale**

Michel Chassang
*Président de la Confédération des Syndicats Médicaux
Français (CSMF)*

[Lire la suite](#)

▶ **Les pharmaciens face au contexte
économique de l'officine**

Philippe Gaertner
*Président de la Fédération des Syndicats Pharmaceutiques
de France (FSPF)*

[Lire la suite](#)

▶ **Les enjeux de la prescription et de la
délivrance du médicament en ville en 2012**

Mathilde Lignot-Leloup
*Directrice Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins
(DDGOS) de la Cnamts*

[Lire la suite](#)

▶ **Réformes structurelles en cours**

Pierre Pribile
*Chargé du Bureau des Produits de Santé à la Direction de la
Sécurité Sociale (DSS), Sous-Direction du Financement du
Système de Soins*

[Lire la suite](#)

▶ **Place et prix des génériques**

■ **Le point de vue des pharmaciens d'officine**

Philippe Gaertner

■ **Le point de vue de la Direction de la Sécurité
sociale**

Pierre Pribile

[Lire la suite](#)

▶ **Baisses de prix en 2011 et révision
des marges**

Pierre Pribile

[Lire la suite](#)

▶ **Service médical rendu et taux de
participation de l'assuré**

Pierre Pribile

[Lire la suite](#)

MARDI 31 JANVIER 2012

Médicament en ville et ses enjeux en 2012 :

Impact sur les prescriptions, la délivrance, prix et marges...



Pascal
Beau



Michel
Chassang



Philippe
Gaertner



Mathilde
Lignot-Leloup



Pierre
Pribile

FORMATIONS DU 1^{ER} TRIMESTRE 2012

- ▶ **Mardi 13 Mars 2012 :**
Information, Publicité et Visite médicale
- ▶ **Mardi 27 Mars 2012 :**
Médicament à l'hôpital





Equilibre des comptes sociaux : actualité 2011 et perspectives 2012

Pascal Beau
Directeur d'Espace Social Européen

► La Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour 2012 se fonde sur des hypothèses macro-économiques révisées à la baisse par rapport au texte initial, compte tenu des développements de la crise économique et financière.

L'hypothèse de croissance pour 2012 du PIB est de 0,5% et non plus de 1% initialement prévu (et 1,75% dans le PLFSS initial) et celle de la masse salariale est de 1,8% et non plus de 3% (contre 3,7% dans le PLFSS initial). Elle intègre l'impact financier des mesures du plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncées par le Premier ministre en novembre 2011 qui fixe à 2% par an la croissance du PIB en volume pour 2013, 2014 et 2015. 0,1 point de masse salariale en moins correspond à 200 millions d'euros de moins pour l'Assurance Maladie. *In fine*, aux prévisions déjà négatives du résultat comptable, il faudra rajouter quelque 2,5 milliards d'euros en 2012.

À fin 2012, la branche maladie du régime général devrait donc afficher un solde négatif de 5,9 milliards d'euros. La LFSS est l'outil technique qui permet au gouvernement de modifier des variables. Aussi convient-il de la suivre "au millimètre".

7,8 MILLIARDS D'EUROS DE RECETTES NOUVELLES

► La LFSS pour 2012 du 21 décembre 2011 (loi n° 2011-1906) prévoit une augmentation de 2 points (de 6 à 8%) du taux du forfait social, une réintégration des heures supplémentaires et complémentaires dans le calcul des allègements généraux de cotisations sociales et une modification des règles d'abattement CSG pour frais professionnels.

La loi de finance rectificative du 19 septembre 2011 (loi n° 2011-1117) prévoit de son côté un doublement (de 3,5 à 7%) du taux de la taxe sur les complémentaires santé, une hausse de 1,2 point (de 2,2 à 3,4%) des prélèvements sociaux acquittés sur les revenus du capital et un aménagement du régime d'imposition des plus values immobilières.

Enfin, la loi de finance pour 2012 du 28 décembre 2011 (loi n° 2011-1977) crée une taxe sur les boissons sucrées (100 millions d'euros) et augmente les droits sur les tabacs.

UN ONDAM REVU À LA BAISSÉ

► L'Ondam 2012 passe de 2,8% (PLFSS initial) à 2,5% (LFSS adoptée). À 2,8%, il imposait déjà un effort de 2,2 milliards d'euros : 550 millions d'euros de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, 770 millions d'euros d'ajustements tarifaires pour les produits de santé (baisses de prix, modification de la marge des grossistes répartiteurs, déremboursements...), 170 millions d'euros de baisses des tarifs en biologie et en radiologie, 200 millions au titre des indemnités journalières, 100 millions au titre de la convergence tarifaire, 150 millions pour les contrats de performance à l'hôpital, 145 millions pour l'optimisation des achats à l'hôpital, 55 millions au titre de la lutte contre la fraude à l'hôpital et 85 millions de baisse de la dotation du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés.

En fixant à 2,5% l'Ondam 2012, les pouvoirs publics ont été conduits à lister une nouvelle série de mesures : 90 et 290 millions d'euros supplémentaires respectivement sur la révision des tarifs des actes de radiologie et de biologie et sur les dépenses de médicaments notamment.

D'autres dispositifs de maîtrise ont également été arrêtés. Ils concernent les transports sanitaires, les assurés sociaux, les accidents du travail avec un encouragement au mi-temps thérapeutique, des mesures anti-fraudes et la création du Fonds d'Intervention Régional (FIR) dans les ARS.

LES PROJECTIONS À 2015

► Selon la LFSS pour 2012, le déficit de l'Assurance Maladie obligatoire (tous régimes) devrait s'élever à 5,9 milliards d'euros en 2012, 4,4 milliards en 2013, 2,7 milliards en 2014 et 0,7 milliard d'euros en 2015. Compte tenu du ralentisse-

ment de la croissance, ces chiffres apparaissent quelque peu optimistes...

Et de rappeler que la Belgique en 2011 a vu le budget de son Assurance Maladie afficher un excédent de 1,5 milliard d'euros, ce qui, rapporté à la France, correspondrait à quelque 10 milliards d'euros...

En conclusion, la prudence est de mise car ces chiffres renvoient à des hypothèses macro-économiques assez favorables. Ces chiffres renvoient aussi à l'impératif d'un plan d'économies annuel de l'ordre de 1,5 à 2,5 milliards d'euros sur la Cnamts alors que le "fond est atteint" pour l'industrie du médicament. "Avec un Ondam à 2,5%, des questions structurelles vont se poser aux uns et aux autres. Il faudra impérativement accepter d'entrer dans des mutations organisationnelles sur le système de santé français si on veut lui donner de l'oxygène et rééquilibrer les comptes le plus vite possible pour réussir la réorganisation du système".

Discussion

L'empilement des déficits peut-il être un sujet à débat dans cette période préélectorale ?

Pascal Beau : Nous nous en tenons pour l'heure aux déclarations des uns et des autres. Le Président de la République et les candidats déclarés n'ont pas annoncé leur intention de rééquilibrer dans l'immédiat les comptes du régime général et de l'Assurance Maladie en particulier. Ce n'est pas gravissime de ne pas résoudre en quelques mois ce qui n'a pas été fait depuis des années.

Ce qui est nécessaire, en tant que citoyen, c'est d'avoir un fil conducteur : c'est accélérer les mutations et disposer d'un modèle économique qui permette une stabilité et un financement pérenne pour l'Assurance Maladie. La réforme des retraites a été faite. Reste l'Assurance Maladie qui peut-être va devenir demain le sujet le plus important, le plus difficile, à mettre en place. C'est l'intérêt de tous, assurés et professionnels de santé, et nous pouvons espérer que ce rendez-vous viendra prochainement. Je rappellerai qu'en 2025, date à laquelle la Cades aura achevé sa mission, nous aurons payé 110 à 120 milliards d'euros d'intérêts.



Les médecins et la convention médicale

Michel Chassang
Président de la CSMF

► Les médecins sont confrontés à un double problème. Ils sont tout d'abord confrontés à un Ondam régressif : 3 % en 2010, 2,9 % en 2011, 2,8 % puis 2,5 % en 2012. Ils sont également confrontés à un Ondam devenu inéquitable entre la ville et l'hôpital. Dans la première phase du PLFSS pour 2012, il avait été fixé à 2,8 % (2,7 % pour la ville et 2,7 % pour l'hôpital). Puis cet Ondam a été ramené à 2,5 % dont 2,1 % pour la ville et 2,6 % pour l'hôpital. A cela s'ajoute la portée de l'effort qui sera pour les trois quarts supportée par la médecine de ville et pour un quart par l'hôpital. Et les questions qui se posent sont les suivantes : "Est ce que cela va continuer ?, est ce que l'on va développer

l'hospitalo-centrisme ou bien s'orienter-on vers une déshospitalisation avec une restructuration de l'ambulatorio ?".

Face à une situation aussi difficile, nous avons signé une convention médicale qui est assez novatrice sur un certain nombre de points. Cette convention parvient tout d'abord à maintenir le contrat conventionnel entre le médecin et l'Assurance Maladie mis en place en 1971 et qui reste national et collectif avec une opposabilité des honoraires liée à une réforme des retraites.

La deuxième caractéristique de cette convention a trait à la diversification des modes de rémunérations. Au paiement à l'acte s'ajoutent les paiements aux forfaits

(paiement à la performance -P4P-). Ce P4P concerne l'ensemble du corps médical et pas seulement les médecins généralistes. "Peu de pays au monde ont mis en place ce type de paiement". Ce système va être mis en place dans un premier temps pour la cardiologie puis étendu ensuite à d'autres dispositifs. Il devrait s'accompagner d'une hiérarchisation des actes cliniques de consultation après celle effectuée pour les actes techniques. "Le grand problème de notre profession concerne l'insuffisance de la rémunération de l'acte clinique". La troisième nouveauté de cette convention a trait à la mise en place d'un certain nombre de mesures opérationnelles pour la démographie.

Enfin, le secteur optionnel est la dernière nouveauté de la convention. Le secteur 2 a été créé en 1980 et compte actuellement 35 % des praticiens. Le principe du secteur optionnel est en discussion depuis 1993. Ce sujet reste toujours en discussion pour trouver une troisième voie entre le secteur 1 et le secteur 2. "Nous pensons avoir trouvé une petite solution qui mériterait d'être expérimentée dans un premier temps pour les blocs opératoires".



► À fin novembre 2011, le chiffre d'affaires global de l'officine s'élevait à 34 milliards d'euros, stable à + 0,3 % par rapport à 2010 et à - 0,3 % par rapport à 2009. Pour une officine moyenne, ce chiffre d'affaires est constitué à 80 % par du médicament remboursable (soit 27 milliards d'euros et + 0,1 %), 7 % par du médicament non remboursable (soit 2,4 milliards d'euros et - 0,2 %), 6 % par les LPP (soit 2 milliards et + 3 %) et 7 % par la parapharmacie (soit 2,5 milliards et + 2,7 %). Quel est dans ces conditions l'impact de la LFSS pour 2012 qui porte sur les 4/5 de l'activité officinale ?

En 2005, la part de l'officine à l'intérieur de l'Ondam était de 3,5 % des dépenses et elle est passée en 2011 à 2,95 %. "C'est une diminution considérable qui résulte des différents plans de maîtrise des dépenses et en particulier de la conséquence sur l'officine des différents plans portant sur le médicament". Sur la base d'un taux de remboursement moyen de 75 %, 1 milliard d'euros d'économies à l'Assurance Maladie équivaut à 1,420 milliard de baisses de prix publics et l'officine fait donc économiser près de 400 millions d'euros.

En 2012, l'effort demandé à l'officine, entre les baisses de prix sur les médicaments et la maîtrise médicalisée, est estimé entre 325 et 400 millions d'euros pour 2,95 %

Les pharmaciens face au contexte économique de l'officine



Philippe Gaertner
Président de la FSPF

de l'Ondam. À titre de comparaison, l'effort demandé au secteur hospitalier public et privé s'élèvera à 295 millions d'euros alors qu'il représente 44,07 % de l'Ondam. L'effort demandé aux officinaux est donc 11 fois supérieur dans son impact à l'effort demandé aux hôpitaux. "Il y a réellement un problème d'équilibre d'autant plus que, pour un certain nombre de pathologies, les durées de séjour sont raccourcies générant de nouveaux coûts pour les soins de ville. Théoriquement, le transfert, lié à ce raccourcissement des séjours, devrait être compensé par un transfert de produit sur les soins de ville. Ce qui n'est pas le cas puisque l'Ondam de ville est inférieur à l'Ondam hospitalier". Les 400 millions d'euros pour l'officine en 2012 s'entendent à la condition que le tendancier observé en 2011 se reproduise en 2012. Mais tout

laisse à penser que l'évolution pour 2012 aura un tendancier plus faible que celui de 2011. À marge réglementée et hors remise, la baisse de la marge réglementée, et hors remises, sera en 2012, selon le directeur de la Cnamts, comprise entre 3 et 4 %.

Pour les officinaux, la LFSS pour 2012 a deux facettes : une facette économique excessivement difficile et un article 74 qui ouvre de nouvelles perspectives en termes de rémunération mixte, d'engagement et d'accompagnement individualisés et de restructuration du réseau. "Tous ces éléments rentrent maintenant dans le champ de la convention pharmaceutique qui, désormais, va devenir une convention tarifaire avec un équilibre à trouver pour une rémunération mixte avec un arrêté de marge et une partie d'honoraires. C'est tout l'enjeu de ces discussions".



Les enjeux de la prescription et de la délivrance en ville en 2012

Mathilde Lignot-Leloup

Directrice Déléguée à la Gestion et à l'Organisation des Soins de la Cnamts

► Notre objectif, fixé chaque année par le Parlement, en termes d'évolution des dépenses d'Assurance Maladie est la tenue de l'Ondam. Cela nécessite des mesures d'économies (baisse de prix des médicaments et actions de maîtrise médicalisée) par rapport à la croissance tendancielle des dépenses de santé. En 2012, avec une progression de 2,5%, l'Ondam est particulièrement ambitieux et implique un plan d'économies de 2,76 milliards d'euros. Sur la période récente, nous sommes parvenus à mieux maîtriser les dépenses de santé.

Depuis 2009, l'objectif fixé par le Parlement est respecté. À ce titre, la France a enregistré de bonnes performances en termes de maîtrise des dépenses par rapport à ses voisins européens. Sur la période 2000 - 2009, les dépenses de santé par habitant ont progressé de 4% pour l'ensemble des pays de l'OCDE et de 2,2% pour la France. Ces mêmes dépenses ont progressé de 1,5% en France sur la période 2004 - 2009. Malgré une baisse des recettes observée entre 2009 et 2011, une meilleure maîtrise des dépenses a également été notée sur cette période.

LES ENJEUX DE LA MAÎTRISE MÉDICALISÉE

► Pour l'Assurance Maladie, la maîtrise médicalisée des dépenses vise à concilier qualité des soins et économies et à assurer une meilleure efficacité des dépenses de santé. Cette démarche est fondée sur la connaissance et l'action sur les comportements à la fois des assurés sociaux et des professionnels de santé avec les Délégués de l'Assurance Maladie (DAM) et des échanges confraternels avec les praticiens conseils.

L'Assurance Maladie intervient pour mobiliser collectivement les professionnels de santé afin d'atteindre les objectifs de maîtrise médicalisée. Cela se traduit par un plan annuel d'économies d'environ 550 millions d'euros pour tenir l'Ondam en agissant sur les actes, les arrêts maladies, les transports et pour moitié sur le médicament. Pour cela, nous signons chaque

année depuis 2005 un avenant avec les médecins. Les CAPI, (Contrats d'Amélioration des Pratiques Individuelles), mis en place à partir de 2009 puis la convention médicale de 2011 pour tous les médecins traitants, nous permettent de fixer des objectifs individualisés. Parallèlement, pour certains thèmes, des actions de sensibilisation sont menées vers les assurés. "C'est un levier important pour amplifier les changements de comportement".

L'impact des actions de l'Assurance Maladie sur les dépenses de médicaments : entre 2006 et 2009 une étude portant sur 8 classes de médicaments représentant 38% des médicaments commercialisés dans l'Hexagone, montre que la France est le deuxième pays le plus consommateur de médicaments en volume avec 382 unités standards par habitant. Mais l'évolution en volume y a été la plus faible d'Europe : 0,5% contre plus de 4% pour l'Allemagne et l'Italie. L'écart s'est réduit de 14 points avec l'Allemagne entre 2006 et 2009. Pour les statines, la France enregistre le taux de croissance le plus faible : 4,5% contre plus de 10% en Allemagne. Pour les antidépresseurs, la France est passée du 1^{er} au 3^{ème} rang avec une baisse de la consommation en volume de 1% alors que tous les autres pays ont progressé sur la même période. Néanmoins, la France reste en tête des dépenses sur les 8 classes étudiées avec un coût moyen par habitant de 114 euros en raison notamment d'une structure de consommation défavorable par rapport aux autres pays européens.

La part des prescriptions dans le répertoire générique est ainsi moins élevée et recule sur la période 2006-2009 (baisse de 13 points pour les statines) et le report des prescriptions sur les produits les plus récents et les plus chers, au détriment des molécules génériques, reste très ancré. La modération des volumes montre l'effet des actions de maîtrise médicalisée menées auprès des médecins et des assurés depuis 2005 mais le bilan fin 2009 souligne la nécessité d'aller plus loin en poursuivant cette politique en progressant sur la structure des prescriptions, en étendant la rémunération sur objectifs

des généralistes inscrite dans la convention médicale de 2011 aux spécialistes comme les cardiologues et en ouvrant des discussions avec les pharmaciens via la convention qui permettra de fixer des objectifs individualisés.

LES BONS RÉSULTATS DES CAPI

► A fin août 2011, 16103 médecins avaient signé un CAPI. Lancés en 2009, les CAPI ont permis une nette amélioration des pratiques parce que les signataires ont eu des résultats supérieurs aux non signataires, et ce, sur l'ensemble des indicateurs. Cet avantage est particulièrement net sur les indicateurs du suivi des pathologies chroniques et sur le taux de prescription dans le répertoire pour les IPP et les statines. 70% des médecins de la première vague ont reçu une rémunération dès la première année et 77% ont perçu la deuxième année une rémunération moyenne de 3250 euros. Il reste néanmoins des disparités géographiques.

LES ENJEUX DE LA NOUVELLE CONVENTION MÉDICALE

► La nouvelle convention médicale signée le 26 juillet 2011 a vu son volet "rémunération sur objectifs" entrer en vigueur le 1^{er} janvier 2012. Il permet d'améliorer la qualité des pratiques avec 24 objectifs de prévention, de prise en charge des pathologies chroniques et d'efficacité pour les médecins traitants sur la base des recommandations de la HAS et des plans de santé publique notamment. Pour tous les médecins (110 000), des indicateurs sur l'organisation des cabinets doivent permettre d'améliorer les outils au service de la qualité (logiciels d'aide à la prescription certifiés...). Une forte adhésion à ce dispositif par les médecins au terme du délai de 3 mois laissé par la convention a été observé (97,2% des généralistes et 95,6% des spécialistes).

Pour l'Assurance Maladie, la convention médicale est un levier majeur d'harmonisation des pratiques pour améliorer la qualité de prise en charge des patients et assurer la soutenabilité des dépenses de santé.

LES GÉNÉRIQUES : UN ENJEU IMPORTANT POUR L'ASSURANCE MALADIE

► Pour l'Assurance Maladie, le développement du générique constitue un enjeu important. Ils ont représenté 1,4 milliard d'euros d'économies en 2011 malgré une érosion du taux de substitution sur

la période récente. Mais la France est le 2^{ème} pays le plus cher parmi 7 pays européens. Sur 74 molécules, le prix moyen par unité standard est de 15 centimes d'euros en France et en Italie contre 30 centimes en Suisse mais seulement 12 centimes en Allemagne, 10 centimes en Espagne, 7 centimes au Royaume-Uni et 5 centimes aux Pays-Bas. 1 centime d'euro représente pour l'Assurance Maladie 130 millions d'euros. L'enjeu n'est donc pas négligeable. A titre d'exemple, le prix moyen d'une statine en France est de 28 centimes contre 5 centimes au Royaume-Uni et 12 centimes en Allemagne.

OFFICINES : UN NOUVEAU CHAMP CONVENTIONNEL

► Enfin, la convention avec les pharmaciens d'officine va permettre, comme pour les autres professionnels de santé, de fixer des objectifs et des rémunérations. L'article 74 de la LFSS pour 2012 accorde un nouveau rôle à la convention signée

entre l'Uncam et les pharmaciens pour fixer la tarification des honoraires de dispensation (autre que la marge réglementée), la rémunération versée en contrepartie d'engagements individualisés portant sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement des malades chroniques, la continuité ou la coordination des soins, toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation et des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines.

Les négociations engagées le 7 février 2012 sur la base des orientations fixées par le conseil de l'Uncam portent sur 5 points : l'instauration progressive de nouveaux modes de rémunération, la reconnaissance de nouvelles missions aux pharmaciens avec une rémunération sur la base d'objectifs, le renforcement de la qualité et de l'efficacité de la dispensation des génériques, l'optimisation du réseau des officines en veillant au maillage rural et le renforcement de la garde pharmaceutique.



Réformes structurelles en cours

Pierre Pribile
Chargé du Bureau des Produits de Santé à la DSS,
Sous-Direction du Financement du Système de Soins

► L'épuisement des mesures conjoncturelles pour maîtriser les dépenses de l'Assurance Maladie soulève maintenant la question de la mise en place d'une réforme structurelle dont la finalité n'est pas nécessairement la maîtrise des coûts. Deux exemples montrent aujourd'hui que des réformes structurelles du système de santé en France sont engagées.

Le premier est contenu dans l'article 74 de la LFSS pour 2012 et qui a trait à la rémunération officinale. Cet article est ambitieux, fruit de longues discussions avec la profession. Avec une marge et un honoraire à la performance, il prévoit tout d'abord de rendre la rémunération des professionnels de santé plus conforme à leurs missions. Il prévoit ensuite de disposer d'un pilotage autonome des revenus des pharmaciens en déconnectant progressivement le lien qui existe entre le prix du médicament et la rémunération de l'officinal. Il envisage enfin de recomposer, de manière maîtrisée le réseau officinal afin qu'il ne soit plus

simplement placé sous contrainte économique. L'objectif est d'avoir, en termes de *process*, une gestion de l'optimisation du réseau par la profession elle-même et, *in fine*, d'aboutir à un réseau consolidé avec des officines plus solides économiquement et aptes à remplir, dans de meilleures conditions, des missions de santé publique avec plus d'efficacité.

Le deuxième exemple de réforme structurelle actuellement engagée est contenu dans l'article 47 de la LFSS pour 2012 et concerne la place du médico-économique dans l'évaluation et la tarification des médicaments. L'objectif est d'ajouter aux critères existants de fixation des prix, comme l'ASMR, le résultat de l'évaluation médico-économique. L'idée est de disposer d'une politique de tarification plus efficace sans pour autant que cela engendre des économies substantielles. La loi prévoit que ces évaluations médico-économiques pourront être obligatoires dans certains cas et pour certains produits.

**Programmes de
toutes les réunions
disponibles sur le site
www.apiccs.com**



**Mardi 13 Mars 2012,
9h - 15h**

Information Visite Médicale Publicité :

*Point réglementaire
et enjeux 2012*

Principaux thèmes abordés

Qualité de l'information
médicale

Information des patients
& prescripteurs

Publicité & pratiques
promotionnelles

La visite médicale :
certification, visite collective

**Cliquez ici pour
vous inscrire
ou connectez-vous
sur www.apiccs.com**

Place et prix des génériques

■ Le point de vue des pharmaciens d'officine

Philippe Gaertner
Président de la FSPF

► Les génériques constitueront un élément important de la négociation conventionnelle engagée entre les pharmaciens d'officine et l'Assurance Maladie. Tout simplement parce que dans une situation où l'on recherche un équilibre économique, le générique a une place qui lui est donnée. La pharmacie a un vrai rôle à jouer, tout particulièrement au regard de l'arrivée de nouvelles molécules, pour faire monter rapidement le taux de généralisation. Mais le pharmacien ne peut pas aller contre un certain nombre d'éléments extérieurs qui seraient liés aux prescripteurs. Il convient donc d'avoir un certain nombre d'objectifs communs et partagés.

Des pistes existent comme la stabilité dans le choix d'une molécule générique chez les personnes âgées. Par ailleurs, face à la progression du "non substituable", il importe de réserver la mention NS aux seuls cas où c'est justifié. Enfin, pour promouvoir une politique du générique, il faut un choix et un soutien très

clair de l'Agence. C'est la complémentarité des acteurs qui permettra d'avancer.

Alors quid des outils ? Le principe "tiers payant contre génériques" est un outil, qui sans être coercitif mais simplement un outil de communication, peut redynamiser le générique. Mais il ne faut pas aller trop loin. Le passage au TFR d'une molécule qui n'a pas atteint le taux de substitution de 80 % à 36 mois est une mesure inacceptable. Pour cela il faudrait que le taux de substitution général soit compris entre 86 et 87 %. Il faut tenir compte de la variation selon les molécules au regard du type de pathologie traitée : aigue, chronique, sensible (cancer).

Il faut, je pense, avoir un équilibre entre le générique et le princeps ou alors nous changeons tous les modèles et nous faisons du TFR généralisé. Il faut que dans la rémunération du pharmacien, la part du générique soit équilibré. Aujourd'hui le générique représente 13 % du chiffre d'affaires et 25 % de la rémunération.

■ Le point de vue de la Direction de la Sécurité sociale

Pierre Pribile
Chargé du Bureau des Produits de Santé à la DSS, Sous Direction du Financement du Système de Soins

► Pour augmenter le rendement de la politique des génériques en France, diverses mesures ont été budgétées au sein de l'Ondam comme l'accroissement de la décôte des génériques qui a été porté de 55 à 60 % du prix du princeps et celui du princeps qui a été porté à 20 % au lieu de 15%. Parallèlement les objectifs de substitution ont augmenté de 5 points pour atteindre un taux de substitution de 80 % à 36 mois de généralisation avant le passage sous TFR. C'est un signal politique fort. Cela ne dispense cependant pas d'une remobilisation des acteurs à travers la politique conventionnelle et

d'une plus grande cohérence entre les différents acteurs. Il importe de noter également que la LFSS pour 2012 a prévu d'élargir le répertoire des génériques aux substances minérales et végétales. Quant à la question du prix, le gouvernement n'a pas retenu le concept d'appel d'offre comme c'est le cas dans d'autres pays car il a considéré que l'objectif de rendement pouvait être obtenu sans achat au risque d'accroître les incertitudes sur la qualité et la sécurité des approvisionnements et tout en préservant une fabrication nationale.

« Discussion »

Pourquoi ne pas généraliser les TFR ?

Pierre Pribile : La logique de substitution, de décôte et de maintien d'un différentiel de prix est une logique de maintien de diversité de l'offre en matière de génériques. La question pourra peut-être se poser à moyen terme. Une telle mesure nécessitera une prise en compte des conséquences pour les acteurs concernés. Ce n'est pas une mesure qui générera les économies brutes que l'on pourrait espérer.

Pourquoi ne pas créer des guides d'équivalents thérapeutiques pour structurer la prescription des médecins ?

Pierre Pribile : Plusieurs outils sont en passe d'être créés rapidement pour aider le prescripteur. C'est le cas de l'obligation de certification des logiciels d'aides à la prescription à l'horizon 2015. C'est aussi le cas de la banque de données qui devra répondre aux interrogations des patients et des prescripteurs. C'est enfin le cas de la dimension médico-économique qui sera intégrée dans l'évaluation des médicaments.

Qu'en est-il du droit de substitution sur les médicaments biosimilaires ?

Philippe Gaertner : Pour les biosimilaires, la position de l'officine est claire et en droite ligne avec ce qui se passe aujourd'hui sur le générique classique. Le droit de substitution du pharmacien s'appuiera là aussi sur l'existence d'un répertoire qui aura établi les règles d'équivalence si elles ne sont pas directes.

Baisses de prix en 2011 et révision des marges

Pierre Pribile

Chargé du Bureau des Produits de Santé à la DSS, Sous Direction du Financement du Système de Soins

► Nous avons observé un volume de baisses de prix assez considérable et un assainissement du champ du remboursement pour les médicaments à SMRi. Sur le champ du médicament, l'addition s'élève à près d'un milliard d'euros si l'on ajoute la maîtrise médicalisée. Bien que les marges de négociations furent réduites, il n'est pas inutile de rappeler que toutes ces mesures ont été prises dans le cadre conventionnel. Sans oublier la révision de la marge des grossistes-répartiteurs qui a généré une économie de 20 millions d'euros.

Même si cette dernière a été à faible rémunération, l'objectif était de parvenir à des modalités de rémunération qui soient plus proches des obligations de service public de la profession.

Pour 2013, si nous restons avec un objectif de l'Ondam à 2,5 %, est-ce que cela conduira à faire la même répartition entre les différents sous-postes ? Ce n'est pas certain. Il est clair que nous n'aurons pas des objectifs particulièrement faciles à tenir l'année prochaine.



Service médical rendu et taux de participation de l'assuré

Pierre Pribile

Chargé du Bureau des Produits de Santé à la DSS, Sous Direction du Financement du Système de Soins

► La loi "médicament" nous ouvre une fenêtre pour discuter des critères d'évaluation des médicaments avec le décret relatif aux études comparatives et au remboursement. Une des mesures les moins discutées et probablement l'une des plus intéressantes en la matière est celle qui consiste à demander à la Commission de la Transparence et à la Cnedimts de produire, comme le fait le CEPS chaque année, un rapport d'activité avec des éléments de doctrine. C'est peut-être là que se situe la réforme la plus importante

puisque cela consiste à demander une certaine forme de lisibilité dans la façon dont les critères existants sont appliqués et dans la façon dont la doctrine peut évoluer même sur des critères bien établis. Nous sommes probablement plus dans une logique de doctrine que dans une logique de changement des fondamentaux. Quant aux médicaments à SMRi, ils ont vocation à être remboursés et, si tel n'est pas le cas, que la décision de les maintenir au remboursement soit motivée.

« Discussion »

En rendant un ASMR pour un médicament, n'a-t-on pas complexifié le problème en rendant compte de son efficacité, de l'intérêt de santé publique, de la rareté de la maladie, de la gravité de la maladie et de la vacuité dans le champ thérapeutique considéré ?

Pierre Pribile : *C'est vrai que c'est compliqué, mais paradoxalement nos voisins européens s'inspirent de notre modèle. Ces critères réglementaires ont vocation à indiquer ce qui est important. Ils reflètent, du point de vue de la collectivité ce qu'il ne faut pas oublier au moment où le taux de prise en charge est fixé. Chaque critère et la combinaison de chacun de ces critères apportent quelque chose. Cette subtilité est entre les mains de la Commission de la Transparence. La réforme la plus importante et la plus silencieuse en matière d'évaluation est celle de demander à la HAS de publier chaque année ses éléments de doctrine.*

Programmes de toutes les réunions disponibles sur le site www.apiccs.com



Mardi 27 mars 2012, 9h - 15h

➤ Médicament à l'Hôpital :

Enjeux 2012

Principaux thèmes abordés

Actualité 2012 "Gouvernance hospitalière"

Conséquences sur la Politique du médicament

Les enjeux de la Prescription hospitalière et de la Délivrance en ville

Performance achats, efficience...

Cliquez ici pour vous inscrire ou connectez-vous sur www.apiccs.com