

CONCLUSION
ET
PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Ainsi, le groupe de travail a **pu montrer qu'une méthode existe** bel et bien pour donner à l'ONDAM sa **crédibilité**, à travers sa médicalisation, en postulant son ancrage dans le domaine sanitaire.

En effet, l'approche que nous proposons, en faisant à la concertation une place de choix, a toutes les chances **de conduire au respect de l'ONDAM, en tant qu'objectif**, par l'ensemble des acteurs de la santé, qui auront été partie prenante à son élaboration.

Ceux-ci, surtout avec la pluriannualité de l'ONDAM, pourront le considérer comme un **guide** et comme un **engagement librement consenti** pour leur activité quotidienne, même s'il faut bien qu'ils aient à l'esprit la responsabilité que doit exercer la représentation nationale, quant à la prise en considération du contexte économique et des arbitrages entre missions collectives.

La méthode retenue aura, de toutes façons, pour mérite de **montrer qu'il est possible d'introduire de la rationalité** dans la détermination de l'ONDAM, **en se préoccupant essentiellement de la qualité des soins dispensés et de la prise en charge assurée.**

En effet, il est clairement apparu, tout au long du rapport, que la rationalisation des dépenses ne constituait qu'une **résultante** de l'objectif premier qui est de permettre à l'ensemble de nos concitoyens d'accéder à des soins de qualité par un haut niveau de prise en charge.

Certes, chacun peut faire le choix d'utiliser une partie supplémentaire de ses ressources à des prestations relevant du système de santé, mais ayant été jugées insuffisantes sur une échelle nécessité/efficacité, mais au moins, pourra-t-il se déterminer en étant convaincu de la qualité du champ d'application de la prise en charge collective obligatoire.

Par ailleurs, la méthode empirique et pragmatique, telle que préconisée dans ce rapport, souligne l'incidence sur les dépenses de certains déterminants « objectifs », comme les facteurs économiques ou démographiques ; mais **elle veille, au plus haut point, à ce que chaque euro investi dans le risque maladie socialisé soit véritablement utilisé au service des priorités de santé publique de la collectivité.**

L'enjeu est d'importance car, tout d'abord, cette nouvelle logique de prise en charge consiste à permettre l'optimisation de la couverture de soins ou de prestations aujourd'hui injustement négligés, comme l'appareillage de suppléance fonctionnelle légère, au détriment de la couverture de prestations sans grand rapport avec l'évidence scientifique.

L'enjeu est également essentiel car il faut remarquer que, confrontée en permanence à l'urgence et aux déficits sociaux, **la collectivité n'a pas toujours su mener une réflexion constructive et prospective sur l'évolution du risque, en matière sanitaire et médico-sociale.**

Or, bien évidemment, **le risque « maladie » a considérablement évolué depuis 1945**, et bien au-delà de la prise en compte du progrès technique.

Ainsi, les impératifs de plus en plus présents de la prévention ou la place qu'occupe aujourd'hui la prise en charge de la dépendance ou des soins palliatifs attestent cette évolution.

Ces nouveaux champs d'investigation nous montrent, en outre, **la fragilité et l'imprécision de la frontière entre le sanitaire et le social**, frontière qui devra tôt ou tard être **revisitée**, si l'on veut que la prise en charge du risque social conserve sa pertinence.

Les procédures d'élaboration d'un ONDAM médicalisé, par la promotion de la qualité des prestations traditionnellement prises en charge et par la rationalisation des dépenses obligatoires collectivement engagées, peuvent aider à cette évolution et à cette prise de conscience.

LES PRINCIPALES RECOMMANDATIONS

Nous hiérarchiserons **les principales recommandations** contenues dans ce rapport, surtout pour les actions correctrices, tant il est vrai que **tout ne peut être entrepris en même temps**, même si rien ne saurait être négligé pour parvenir à nos fins.

Nous procéderons à cette hiérarchisation **en nous appuyant sur les discriminants** que nous avons précédemment évoqués : l'importance de la recommandation quant à son incidence sur la détermination de l'ONDAM médicalisé, la faisabilité de cette recommandation, son effet d'entraînement et, enfin, la possible quantification de résultats à court terme.

Nous distinguerons les recommandations **d'ordre général**, ainsi que celles **attachées à chacun des leviers d'action** en les classant selon qu'elles concernent des actions correctrices ou des actions d'accompagnement.

Un tableau de synthèse regroupant l'ensemble des recommandations et mettant en évidence les acteurs à mobiliser figure en *annexe 4*.

Les recommandations d'ordre général

1° **Opter** pour une structure unique, placée auprès du Ministère de la Santé, chargée de conduire l'élaboration et le suivi de l'ONDAM médicalisé.

Il appartiendra, en particulier, à cette structure d'agréger les résultats quantifiés des actions correctrices conduites sous son égide.

Une Conférence Nationale de Santé, préalablement légitimée par un débat démocratique, et dotée d'un véritable exécutif distinct de l'organe délibératif, peut jouer ce rôle ; elle sera aidée, pour l'analyse des résultats chiffrés de l'évolution des dépenses de santé, par une structure technique extérieure aux acteurs de santé.

2° **Financer**, chaque année, une dizaine d'études, destinées à progresser dans l'approche des résultats quantifiés des actions correctrices volontaristes.

3° **Encourager** des études portant sur la synergie entre les différents déterminants fondamentaux de la santé publique, afin de mieux comprendre la construction des dépenses de santé.

4° **Préciser** le rôle de la représentation nationale qui se prononcerait :

- en amont, pour définir les objectifs et les priorités de santé publique, après un examen de l'état sanitaire de la nation, déterminant ainsi le champ d'application de la prise en charge collective obligatoire « brute » des dépenses de santé, avant l'intervention des actions correctrices ;
- et en aval, lors de l'examen et du vote de la loi de financement de la Sécurité Sociale, après que la Conférence Nationale de Santé lui aura transmis son rapport, et après avoir pris en compte le contexte économique, ainsi que les arbitrages entre fonctions collectives, sur le champ d'application de la prise en charge collective obligatoire « nette » des dépenses de santé, après l'intervention des actions correctrices.

5° **Accroître** la concertation dans l'élaboration et le suivi de l'ONDAM médicalisé ; c'est l'une des missions confiées à la Conférence Nationale de Santé et aux Conférences régionales de Santé.

6° **Elaborer** un collectif social rectificatif présenté à la représentation nationale dans l'hypothèse d'un dépassement manifeste des prévisions.

7° **Préconiser** une opposabilité de l'ONDAM médicalisé, pour la part faisant l'objet d'un engagement contractuel des acteurs de santé.

8° **Inscrire** l'ONDAM médicalisé, établi annuellement, dans des orientations pluriannuelles quantifiées contenues dans la loi quinquennale de programmation en santé publique.

9° **Décliner** l'élaboration et le suivi de l'ONDAM médicalisé sur le plan régional.

Les recommandations attachées à la coordination des soins

Les recommandations relatives aux actions correctrices

1° **Encourager** la coordination des soins en rationalisant le cheminement du patient dans le système de santé et en développant les réseaux de santé formalisés.

Il s'agira, en particulier, de mettre en évidence les notions de savoir-faire et de savoir être, indispensables au plein succès d'un réseau de santé.

2° **Elargir** le rôle du SROS, par une extension au domaine médico-social, voire à l'ensemble des soins de ville, par une prise en compte du « politique » en amont de son application et par la prise en considération valorisée des avis de la communauté scientifique.

3° **Optimiser** le transfert du patient dans le système de soins ; ce transfert doit devenir un moment fort dans le processus de soins, rationalisant les orientations par la création, dès l'entrée en court séjour, d'une fiche informatisée de transfert.

4° **Développer** la concertation et la contractualisation entre structures de soins par la promotion de la culture du contrat.

Une fongibilité accrue des enveloppes financières consacrées aux différents types d'hospitalisation (court séjour, SSR, hospitalisation à temps partiel, hospitalisation à domicile) doit faciliter cette culture du contrat, en rendant possible, en particulier, certains transferts de postes entre structures.

Les recommandations relatives aux actions d'accompagnement

1° **Réduire** l'opacité du système de santé en mettant l'accent sur la nécessaire optimisation de son système d'information ; la poursuite de l'harmonisation des statistiques entre le public et le privé et la généralisation du codage des actes sont indispensables à court terme.

2° **Expérimenter** le principe de « discrimination positive » en matière d'implantation des professionnels de santé ; les actions conduites dans le domaine de la démographie médicale doivent être le fait d'une structure unique.

3° **Revaloriser** la santé publique et l'économie de la santé à l'Université.

4° **Rendre** plus attractive la formation continue des professionnels de santé qui fera plus de place aux recommandations pour la pratique clinique.

Les recommandations attachées à la responsabilisation des acteurs

Les recommandations relatives aux actions correctrices

1° **Lutter** contre les affections iatrogènes dont les infections nosocomiales à partir de la promotion d'aides à la prescription et d'un « intéressement » des établissements.

2° **Développer** des programmes de prévention primaire et secondaire s'appuyant sur les progrès de la médecine prédictive.

Il s'agit de valoriser le principe de « discrimination positive », en faveur des assurés, voire des professionnels, qui adhèrent aux programmes de santé publique.

3° **Encadrer** certains actes ou prescriptions, comme la visite, le générique ou l'antibiothérapie, à partir d'actions ciblées de communication et de procédures de discriminations tarifaires.

Les recommandations relatives aux actions d'accompagnement

1° **Encourager** l'accréditation des structures de soins par l'instauration de procédures budgétaires incitatives.

La qualité des soins et de la prise en charge doit y occuper une place plus importante.

2° **Généraliser**, conformément à la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2003, la tarification à l'activité dès 2004 et **encourager** les recherches relatives à une tarification attachée au patient, à son cursus et à l'évolution de son état, plutôt qu'aux structures d'accueil elles-mêmes. De plus, les rémunérations au forfait, ainsi que la diversification de la tarification doivent être développées dans le cadre conventionnel pour les soins de ville.

3° **Accroître** la responsabilisation des patients en optimisant la pertinence des messages par des choix appropriés des lieux et des segments du public concernés.

4° **Encourager** les contrats de pratiques professionnelles tout comme les accords de « bon usage des soins », car ils signent le processus « vertueux » de certaines dispositions conventionnelles.

Les dispositifs concertés de certification et d'habilitation des professionnels de santé doivent être développés.

5° **Approfondir** la mise en place du dossier du patient pour favoriser la coordination des soins et la responsabilisation des intéressés.

Les recommandations attachées à l'évaluation des pratiques et des prestations

Les recommandations relatives aux actions correctrices

1° **Promouvoir** les recommandations pour la pratique clinique (RPC) et l'évaluation des pratiques professionnelles, en tant qu'action correctrice « de bout de chaîne », tant pour les soins ambulatoires que pour l'hospitalisation.

Il s'agit d'intervenir positivement aux trois niveaux que constituent leur conception, la communication dont elles doivent faire l'objet, et leur exécution.

2° **Suivre** les principales pathologies, sur le mode récemment proposé pour le cancer ; une approche transverse de ces pathologies à partir, par exemple, de l'imagerie médicale peut se concevoir.

3° **Suivre** les grands consommateurs atypiques, à partir de l'utilisation du système d'information des régimes d'assurance maladie.

Les recommandations relatives aux actions d'accompagnement

1° **Mieux coordonner** l'action des Agences nationales.

2° **Permettre** au Service Médical du régime général de jouer pleinement son rôle d'expert médical en le positionnant sur son cœur de métier.

3° **Optimiser** l'organisation du régime général par une rationalisation de son réseau et par l'encouragement des liens relationnels entre cadres administratifs et praticiens conseils.

Pour les membres du groupe de travail, ces 31 recommandations sont applicables, pour la plupart, à court et moyen termes, et sont de nature à permettre, dès 2004, l'élaboration d'un ONDAM médicalisé crédible et légitime. Elles ont été hiérarchisées dans chacun des chapitres les concernant.

Enfin, le groupe de travail souligne que nombre de ces recommandations supportent parfaitement une expérimentation et que la plupart méritent bien évidemment, au travers de plans d'actions, un approfondissement dans le cadre de groupes de travail à créer à l'occasion des réflexions préalables à la réforme de notre système de santé et de protection sociale.

