

**Indicateur n° 4-5 : Indicateur précisant le respect de l'ordonnancier bizon.**

*Finalité* : la dernière convention médicale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée en janvier 2005 a mis en place des objectifs annuels de maîtrise médicalisée des dépenses. Parmi ces objectifs, figure le respect de la réglementation de l'ordonnancier bizon pour lequel les médecins libéraux s'engagent à mieux respecter l'affectation des dépenses entre les dépenses en haut de l'ordonnancier, c'est-à-dire « en rapport » avec l'affectation de longue durée (ALD), remboursées à 100 % et celles en bas de l'ordonnancier, « sans rapport » avec l'ALD et donc remboursées au taux normal. L'avenant n°12 de 2006 et l'avenant n°23 de 2007 à cette convention, renouvellent cet objectif pour 2006, 2007 et 2008. Tendanciellement, le ratio des dépenses en rapport avec l'ALD progresse annuellement de +0,7 point sur le périmètre des soins de ville présentés au remboursement et prescrits par les médecins libéraux.

*Résultats* : évolution en 2008 du ratio ALD sur les dépenses de soins de ville et de médicament :

Médecins libéraux	2007	Objectif 2008	2008	Progression 2008	Par rapport au tendanciel
Soins de ville	80,4 %	-2,5 points	80,4 %	0,0 point	-0,7 point
Médicaments	74,9 %	-2,5 points	74,8 %	-0,1 point	-0,8 point

Source : CNAMTS - régime général – ALD 30, 31 et 32.

En 2008, les efforts de maîtrise ont permis la stabilisation du ratio contre une progression tendancielle de +0,7 point. Ce résultat ne représente toutefois que 30 % environ de l'objectif conventionnel retenu pour l'année 2008, à savoir une diminution de 2,5 points du ratio ALD en écart à l'évolution tendancielle (soit une diminution de 1,8 point par rapport au niveau de l'année 2007).

*Construction de l'indicateur* : l'indicateur est présenté sur les dépenses de médicaments délivrés en ville. Il est calculé sur la base de dépenses remboursables afin de comparer les montants de dépenses « en rapport » et « sans rapport » indépendamment du taux de remboursement. Il rapporte le montant des dépenses remboursables « en rapport » avec l'ALD au total de la dépense remboursables affectés aux patients en ALD. A périmètre de dépenses fixé (celui des dépenses remboursables des patients en ALD), si la part des dépenses « sans rapport » avec l'ALD augmente, le taux de remboursement réel diminue. Enfin, ce ratio est présenté sur la base de données annuelles et selon les différents types de prescripteurs de la dépense : omnipraticien ou spécialistes libéraux.

*Précisions méthodologiques* : le ratio est calculé pour l'ensemble des prescriptions des médecins libéraux (y compris les médicaments délivrés en pharmacie hospitalière ou facturés par les cliniques privées à la différence du champ des dépenses de médicaments entrant dans l'enveloppe soins de ville de l'ONDAM). Sont toutefois exclues du calcul du ratio : les indemnités journalières, les honoraires dentaires, les dépenses forfaitaires et les majorations. Le taux présenté est à champ constant, c'est-à-dire sans prise en compte dans le ratio de 2007 des médicaments qui ne sont plus pris en charge par l'assurance maladie en 2008.