

Indicateur n°4-5 : Indicateur précisant le respect de l'ordonnancier bizonne

Finalité : la convention médicale, signée en janvier 2005, et organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie a mis en place des objectifs annuels de maîtrise médicalisée des dépenses. Parmi ces objectifs, figure une meilleure utilisation de l'ordonnancier bizonne pour les patients en affection de longue durée. En effet, 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'affection de longue durée (ALD), remboursées à 100 % et celles en bas de l'ordonnancier, « sans rapport » avec l'ALD et donc remboursées au taux habituel. L'avenant n°12 de 2006 et l'avenant n°23 de 2007 à cette convention ont renouvelé cet objectif pour 2007 et 2008. Ce dispositif a été maintenu en 2009. En 2010, en l'absence de convention médicale, le règlement arbitral approuvé le 3 mai 2010, fixe toujours une meilleure utilisation de l'ordonnancier bizonne pour les patients en affection de longue durée. Tendanciellement, le ratio des dépenses en rapport avec l'ALD progresse de +0,7 point annuellement sur le périmètre des soins de ville présentés au remboursement et prescrits par les médecins libéraux.

Dans la nouvelle convention médicale signée en septembre 2011, les signataires réaffirment leur engagement pour une meilleure utilisation de l'ordonnancier bizonne pour les patients en affection de longue durée.

Résultats : le ratio des dépenses en rapport avec l'ALD sur les dépenses de soins de ville et de médicament de ces patients évolue comme suit :

Médecins libéraux	2009	Résultats 2009	Par rapport au tendanciel	2010	Résultats 2010	Par rapport au tendanciel	2011	Résultats 2011	Par rapport au tendanciel
Soins de ville	80,3%	-0,1 point	-0,8 point	80,9%	+0,5 point	-0,2 point	81,2%	+0,4 point	-0,3 point
Médicaments	74,5%	-0,3 point	-1,0 point	75,2%	+0,8 point	+0,1 point	76,1%	+0,9 point	+0,2 point

Source : CNAMTS - régime général hors sections locales mutualistes (SLM) – ALD 30, 31 et 32

En 2011, les efforts de maîtrise ont permis une progression du ratio inférieure à la progression tendancielle (+0,4 point contre +0,7 point).

Construction de l'indicateur : l'indicateur rapporte le montant des dépenses remboursables « en rapport » avec l'ALD au total de la dépense remboursables affectés aux patients en ALD. Le calcul s'effectue sur la base de dépenses remboursables afin de comparer les montants de dépenses « en rapport » et « sans rapport » indépendamment du taux de remboursement. 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 concerne les différents types de prescripteurs de la dépense : omnipraticiens ou spécialistes libéraux.

Précisions méthodologiques : le ratio est calculé pour l'ensemble des prescriptions des médecins libéraux. Pour les médicaments plus spécifiquement, les médicaments délivrés en pharmacie hospitalière sont inclus dans le calcul de l'indicateur de même que les médicaments 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.