

Programme de travail 2017-2018

Projet séance HCAAM du 28/09/2017

Le HCAAM a mis en œuvre à la rentrée 2016 un programme de travail autour de trois grands thèmes : la prévention et la promotion de la santé, la médecine spécialisée, la régulation du système de santé.

Des avis ont été adoptés par le HCAAM fin juin 2017 sur les deux premiers thèmes et rendus publics début juillet. Le thème de la régulation a quant à lui été traité à la fois à travers les 9 séances du séminaire « Régulation du système de santé » (tenu entre janvier et juin 2017), en partenariat avec France stratégie, et à travers des études sur les reste-à-charge, sur l'articulation AMO-AMC et sur la prospective des dépenses.

Le programme proposé pour 2017-2018 entend poursuivre un certain nombre d'investigations et ouvrir de nouveaux chantiers.

I. La régulation du système de santé : travaux dans le cadre du séminaire HCAAM-France stratégie (cf. annexe 1)

Le séminaire portant sur la régulation du système de santé, organisé par le HCAAM avec France Stratégie à partir de la fin de l'année 2016, a suscité un très fort intérêt de l'ensemble des composantes du Haut Conseil. Il avait pour objectif de confronter les problématiques du secteur de la santé avec les expériences de la régulation développées au cours des dernières années dans les grands services publics en réseau de l'énergie, des transports et des télécommunications.

Dans une première phase de travail (neuf séances au premier trimestre 2017), il a permis une acculturation collective aux approches et outils développés dans les secteurs considérés et la tenue de premiers débats sur l'évolution historique de l'action publique dans le champ de la santé, ainsi que sur les questions qui s'y posent aujourd'hui.

Il est prévu de poursuivre ces travaux à compter du mois de septembre 2017 en traitant successivement les deux thématiques suivantes : la dimension régionale et territoriale de la régulation (avis à la fin du premier trimestre de 2018), le système de prix et de tarifs dans la double perspective de la régulation courante et de la transformation structurelle du système de santé (avis à la fin de l'année 2018).

II. Dynamique à moyen terme des déterminants des dépenses de santé et évolution de leur mode de financement par les assurances de base et complémentaires : poursuite du chantier engagé en 2016 (cf. annexe 2)

Divers travaux ont été engagés depuis l'automne 2016 en vue d'éclairer la perspective financière à l'horizon des dix prochaines années, de réactualiser les évaluations des

restes-à-charge après AMO et les réformes possibles des différentes formes de participation des assurés sociaux, d'analyser enfin, les évolutions possibles dans l'articulation des interventions de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires.

Une première discussion sur ces sujets a été engagée au HCAAM lors de la séance du 13 juillet 2017, après deux séances du séminaire HCAAM-France Stratégie consacrées à l'articulation entre AMO et AMC. Il paraît nécessaire de poursuivre les travaux techniques d'analyse financière et juridique qui ne sont pas achevés et d'attendre de bénéficier de premiers éléments de constats suffisamment robustes relatifs à l'évolution du marché des complémentaires (qui devraient être fournis par les dispositifs d'observation mis en place par les différents acteurs et notamment par l'enquête de l'IRDES actuellement sur le terrain).

L'objectif est d'organiser au premier semestre 2018 un débat du HCAAM débouchant sur un avis relatif aux perspectives financières à dix ans en termes de déterminants de l'évolution des dépenses de santé et de modalités de partage de leur financement entre l'assurance obligatoire, les assurances complémentaires et les assurés sociaux eux-mêmes. Il s'agit de rechercher un consensus sur les constats et d'instruire, le cas échéant, les pistes alternatives portées par différents acteurs sans nécessairement chercher sur celles-ci le consensus.

III. Prévention et médecine spécialisée : dernière phase des travaux initiés en 2016

1. Prévention

Dans son avis adopté le 28 juin 2017, le HCAAM a décrit l'outillage stratégique, la gouvernance et les bonnes pratiques en matière d'évaluation des politiques et des actions de prévention. Il a aussi décrit des organisations cibles pour une approche plus collective, plus « populationnelle » et territoriale de la prévention.

Il importe de conduire des travaux complémentaires pour éclairer les acteurs de terrain et les tutelles sur les formes que pourraient prendre ces organisations-cibles.

Il paraît en outre utile de concrétiser, à travers un exemple particulier, une évolution des prises en charge articulées avec les stratégies de prévention.

Les politiques en matière de nutrition et de lutte contre l'obésité paraissent un cas intéressant pour traiter les problématiques suivantes : l'articulation des dimensions nationale et territoriale de l'action publique (à travers la déclinaison du PNNS sur le territoire), l'alternative hôpital / ville dans la prise en charge de l'obésité, la mobilisation des compétences professionnelles en ville (inscription à la nomenclature de certains actes ou conventionnement avec certaines professions), la division du travail entre les professionnels de santé intéressés, l'organisation et le financement d'une organisation et d'une approche populationnelle et territoriale en matière de nutrition...

Les travaux pourraient être conduits entre octobre 2017 et l'été 2018.

2. Médecine spécialisée

L'avis adopté le 22 juin 2017 par le HCAAM a conclu une première étape du chantier sur la médecine spécialisée qui portait sur la « fabrique » des compétences par le système de formation des médecins et sur la nécessité de renforcer l'organisation territoriale du deuxième recours.

Comme prévu initialement, les travaux doivent se poursuivre sur les configurations d'organisation possibles et leurs modèles économiques d'une part, sur les formes de rémunération – et la question des dépassements d'honoraires – d'autre part. Ils devront aussi traiter du point de vue des patients, notamment à travers la valorisation d'une étude conduite au premier semestre 2017 sous la forme de *focus groups*.

Cette seconde étape du chantier relatif à la médecine spécialisée sera conduite à l'horizon du printemps 2018.

IV. Première ligne de prise en charge des personnes âgées : nouveau chantier

La question du domicile et de la première ligne de prise en charge est souvent invoquée, en matière de santé ou de perte d'autonomie, mais elle est rarement traitée dans toutes ses dimensions. Il importe pourtant de la prendre en compte pour elle-même plutôt que de façon incidente.

Pour ce faire, il est utile de dresser un état des connaissances sur la santé des personnes âgées et les perspectives en la matière.

Il semble aussi intéressant d'envisager le domicile en tant que lieu de soin fixe mais également en tant qu'étape dans une trajectoire de prise en charge, avec les questions d'infrastructures afférentes, et d'étudier en termes prospectifs et du point de vue sanitaire la transformation à terme du domicile et des formes d'institutionnalisation.

Dans la perspective du fort ressaut de population âgée dépendante à partir de 2030, il apparaît pertinent d'anticiper au mieux les besoins sanitaires dans les différents segments de la gamme de prise en charge (du domicile ordinaire aux USLD), en tenant compte de l'ensemble des données disponibles, en termes épidémiologiques, en termes de support social, en termes de comportements et de parcours de vie au grand âge, en termes de ressources disponibles...

Une première étape de ce travail sera conduite d'ici l'été 2018 dans le cadre d'une saisine partagée du HCAAM et du HCFEA.

V. Investissements en études en vue de travaux futurs

1. Enjeux économiques dans le domaine de la santé mentale

Il y a un hiatus important entre la prévalence des problèmes de santé mentale au sein de la population et les coûts sociaux et économiques afférents d'une part, les analyses en termes d'organisation et les données quantitatives disponibles d'autre part.

Le HCAAM se propose de mobiliser l'expertise préalable nécessaire pour lancer, début 2018, avec ses partenaires, des travaux d'étude et de recherche sur un certain nombre d'enjeux clés : les dépenses pharmaceutiques et leurs perspectives, les enjeux de démographie professionnelle et territoriale, les alternatives en matière de prise en charge et les coûts afférents.

2. La portée d'une approche centrée sur les usagers et les patients dans le cadre du virage ambulatoire

Cette approche revêt des dimensions multiples, allant de la problématique d'information du patient, d'association de celui-ci à sa prise en charge, aux incidences en termes de restes-à-charge d'une transformation qui substituerait massivement des prises en charge ambulatoires ou à domicile aux prestations hospitalières.

La dimension usagers et patients sera systématiquement mobilisée dans les travaux du HCAAM, notamment en vue de capitaliser pour un futur exercice d'ensemble sur ce sujet.

Annexe 1

Séminaire sur la régulation du système de santé co-organisé avec France stratégie

1. Dimensions régionale et territoriale de la régulation

La volonté de déconcentrer la politique de santé a débouché en 2009 sur la création des Agences régionales de santé qui regroupent désormais les compétences organisatrices de l'Etat et de l'assurance maladie à cet échelon. Parallèlement, le souhait constant d'inscrire la santé dans les territoires s'est traduit dans la planification et les différentes expériences de zonage, la définition des territoires de démocratie sanitaire et plus récemment, par la création de cadres nouveaux d'organisation de l'offre que sont les Groupements hospitaliers de territoire et les Communautés professionnelles territoriales de santé.

Certains acteurs jugent la régionalisation de la politique de santé inachevée et revendiquent une déconcentration plus forte des moyens administratifs et financiers à la main des ARS. La proposition de créer des ORDAM est un des aspects de cette orientation. Force est de constater que, dans un sens tout-à-fait contraire, les grands sujets de restructuration ou de financement donnent systématiquement lieu à un mouvement de concentration des décisions au niveau central (COPERMO, rationalisation des outils de contractualisation comme les CPOM, proposition du Fonds d'innovation dans le dernier rapport charges et produits de la CNAMTS...). Les professionnels et établissements de santé quant à eux, tout en demandant des marges de manœuvre locales, restent attachés à des régulations financières centralisées. Les jugements portés sur les latitudes permises par le Fonds d'intervention régional sont divers.

Il est, par ailleurs, extrêmement difficile d'identifier le contenu de l'action dans les territoires, laquelle se caractérise par sa variabilité dans l'espace et au cours du temps. Depuis les SROS III, des approches extrêmement riches s'appuyant sur des outils d'analyse parfois très sophistiqués ont été développés (mais pas toujours maintenues) dans certaines régions. Les ARS ont adopté des solutions diverses pour concilier les différentes approches territoriales qu'elles doivent mettre en œuvre. La politique en matière de démographie professionnelles sur le territoire a enrichi les dispositifs déployés à ce niveau. A ces interventions s'ajoutent, enfin, celles des collectivités territoriales traditionnellement présentes dans le médicosocial et le social qui s'investissent aujourd'hui dans le champ sanitaire, qu'il s'agisse de déployer des actions de prévention et de promotion de la santé ou de pallier des insuffisances de l'offre.

Face à ces interrogations et à ces incertitudes, il paraît aujourd'hui utile de faire le bilan des apports et limites de la régionalisation et de la territorialisation dans le champ de la santé avant de dessiner des pistes d'évolution possibles.

La prospective stratégique doit se nourrir de l'expérience des autres secteurs dans lesquels, de façon constante, la régionalisation s'est traduite par l'abandon de la démarche de planification tutélaire et centralisée au bénéfice d'une véritable régulation s'appuyant sur l'autonomie des opérateurs et des usagers. Ce travail conduira à considérer les types de régulation à mettre en œuvre aux différents niveaux du système de santé : les services de proximité à déployer au plus près des patients dans les territoires n'appellent certainement pas le même type de règles que les structures spécialisées de recours développant des interventions relativement standardisées ou encore les services de pointe prenant en charge les cas les plus lourds et complexes. De même, des solutions diverses sont à imaginer selon les caractéristiques des territoires, en termes de besoins de santé et de configuration de l'offre. Peut-on imaginer une régulation fondée sur la définition de services attendus plutôt que sur l'organisation directe de l'offre par les autorités publiques ? Doit-on envisager selon les territoires des délégations de service public ou des formes d'appels d'offre et une diversité d'outils de contractualisation ? Selon quelle logique le régime des autorisations doit-il évoluer ?

Dans une telle perspective, le rôle des différents acteurs mérite d'être réévalué, qu'il s'agisse des ARS, des administrations nationales de l'Etat et de l'assurance maladie. La cohérence des logiques de réseau mises en œuvre par les unes et les autres doit être examinée. Il en est de même de l'utilité d'autorités spécifiques pour prendre en charge les différentes dimensions de la régulation : régulation médicale, régulation économique, régulation en termes de sécurité, régulation en termes d'accessibilité... Il importe également de définir le contenu et les moyens d'une autonomie plus grande des acteurs (offreurs de soins, usagers et patients) dans les territoires et, en particulier s'agissant de l'hôpital public, d'analyser les schémas possibles d'une dissociation accrue entre la tutelle et l'opérateur.

La question de la place des collectivités territoriales qu'il s'agisse des régions, des départements ou encore des communautés de communes et des métropoles doit être traitée. Joueront-elles demain un rôle périphérique ou subsidiaire (en dehors du champ médicosocial) ou s'affirmeront-elles, au contraire, en tant qu'autorités organisatrices comme cela a été le cas dans certains services publics en réseau ?

Pour conduire ces réflexions l'apport des économistes et spécialistes d'autres secteurs que favorise la formule du séminaire organisé avec France Stratégie est très importante. Il devra être complété par le recueil d'expériences et d'avis d'acteurs régionaux et locaux, grâce à l'organisation d'ateliers territorialisés, en lien avec le Secrétariat général et le réseau des ARS.

Les différents axes de travail seraient ainsi :

- Le bilan de la déconcentration régionale et de la territorialisation des politiques de santé ;
- L'analyse des marges d'autonomie laissées aux différents acteurs et des formes de régulation existantes ;
- Une prospective sur les formes de régulation et les moyens institutionnels à donner aux acteurs, aux différents niveaux du système de soins et suivant différents scénarios ;
- Une analyse des outils disponibles (planification, et notamment autorisations, allocation des financements, etc.) et de leur évolution possible.

2. Rôle du système de prix et de tarifs et des différentes formes de financement dans la régulation

Une réflexion de grande ampleur a conduit au cours des années 1990 à la réforme de la nomenclature tarifaire de la médecine libérale et à la mise en place de la tarification à l'activité dans les établissements de santé. La création du Comité économique des produits de santé a permis, à la même époque, une modernisation des règles de fixation des prix de ces produits dans le cadre d'une politique conventionnelle.

Au fil du temps, cependant, les soubassements économiques de ces réformes ont été peu à peu perdus de vue, dans une succession d'évolutions qui ont rendu les systèmes de tarification et de fixation des prix toujours plus complexes. Ceux-ci reflètent, en effet, la volonté des pouvoirs publics d'assigner aux systèmes de prix des objectifs multiples¹ et les compromis passés avec les différentes catégories de professionnels, d'établissements de santé et de firmes, dans un contexte budgétaire contraint. Ils se caractérisent aujourd'hui par une forte illisibilité, des difficultés d'application et des évolutions heurtées qui vont à rebours des incitations recherchées. Les logiques initialement promues peuvent, en outre, se trouver en partie mises en cause par les évolutions observées, comme en témoigne le récent rapport Véran sur l'évolution du mode de financement des établissements de santé.

¹ Incitation à l'efficacité, à la qualité, à l'atteinte d'objectifs de santé publique etc.

Alors même que la montée en charge des pathologies chroniques et du vieillissement appelle plus que jamais une approche transversale, les systèmes de fixation des prix et des tarifs restent, par ailleurs, fortement cloisonnés. Leur pilotage et leur gestion sont enserrés dans des logiques institutionnelles sectorielles distinguant ville, établissements, médicament, médico-social... Le cas des produits de santé est emblématique des difficultés que soulève ce cloisonnement dans un contexte où l'on a, à juste titre, cherché à développer la dispensation en ville de produits dont la prescription est d'origine hospitalière.

Une vision globale est nécessaire. Prolongeant les travaux de la mission Véran, une évaluation transversale devrait être conduite, portant sur les objectifs assignés aux différents éléments de tarification et leur traduction concrète. Il s'agit d'en faire le bilan du point de vue de la cohérence et de la lisibilité d'ensemble, ainsi qu'au regard de l'efficacité des incitations recherchées. Leur capacité à prendre en compte de façon réactive et pertinente l'innovation est un point capital.

L'évolution des prix et tarifs généralement organisée dans un cadre contractuel, obéit à des rythmes de négociation propres à chaque secteur, dans l'espace financier de l'ONDAM et de ses déclinaisons annuelles. Ce modèle doit être questionné à un moment où les contraintes budgétaires se durcissent et où il ne paraît plus possible de se passer de cadrages globaux donnant à l'ensemble des acteurs une perspective pluriannuelle, des garanties en termes d'équité de traitement et d'articulation des évolutions prévues dans les différents champs.

Si l'on se place dans cette perspective de moyen terme, qui suppose une transformation structurelle du système de santé, diverses questions se posent.

Tout d'abord, la question classique de la cohérence entre prix de court terme et prix de long terme. Au cœur de cette question, la problématique de l'investissement est cruciale au moment où un grand plan public est annoncé. En effet, on souhaite développer des prises en charge ambulatoires et à domicile, en renforçant une ligne de proximité dévolue aux personnes âgées et aux patients chroniques. Pourtant, la capacité à présenter et financer des projets d'investissement est, dans le cadre des prix et tarifications actuels, l'apanage des grands établissements et des grandes entreprises du secteur. Il importe dès lors de réduire cette asymétrie pour faire en sorte que l'investissement soit réalisé conformément aux options stratégiques de long terme. Du côté des acteurs professionnels, il s'agit aussi de consolider les organisations susceptibles de porter cet effort à un niveau de proximité.

Ensuite, se pose la question de la modification des structures de rémunération en cohérence avec les formes d'organisation que l'on souhaite promouvoir à moyen terme. Le mode incrémental aujourd'hui privilégié ne permet d'introduire de nouvelles formes de rémunération que de façon marginale et limitée (exemple de la ROSP ou des ENMR).

C'est le plus souvent sur un mode expérimental forcément modeste que se testent de nouvelles formes destinées à accompagner l'émergence de nouveaux types de prise en charge : rémunérations d'actes complexes dans le secteur libéral, de consultations renforcées en établissement, paiements populationnels ou à l'épisode... Nombre d'expériences se prolongent sur la base de financements précaires du FIR ou de collectivités territoriales.

Pourtant, on est frappé de voir émerger dans chaque secteur des objets tarifaires très proches : ENMR et rémunérations qui pourraient avoir une visée populationnelle pour des structures regroupées de ville, intéressement d'acteurs d'un territoire sur le modèle des ACO, tarifications de jour hospitalières, forfaits associant des consultations lourdes et des actes techniques pour des spécialistes de ville...

Il paraît aujourd'hui indispensable de définir de façon transversale des cibles éventuellement révisables et surtout la méthode pour les atteindre, au-delà des expérimentations nécessaires pour capter des initiatives émergentes et calibrer des modèles économiques nouveaux. Dans quel cadre préparer et discuter ces évolutions de

long terme ? Comment imaginer des méthodes permettant des évolutions plus radicales qu'aujourd'hui (en agissant par exemple sur les nouvelles structures créées et les choix de professionnels entrants) ?

Le travail devrait permettre :

- De dresser le bilan des réformes engagées dans les différents secteurs depuis les années 1990 ;
- De conduire une réflexion prospective transversale sur l'évolution des objectifs et structures de rémunération dans les différents secteurs (ville, hôpital, médico-social) ;
- D'analyser les réponses permettant d'articuler régulation courante et besoins de long terme (en matière d'investissement, de transformation structurelle du système, etc.) ;
- D'envisager les dispositifs permettant d'assurer une conduite du changement coordonnant les approches sectorielles, dans un cadre budgétaire contraint.

Annexe 2

Dynamique à moyen terme des déterminants des dépenses de santé et évolution de leur mode de financement par les assurances de base et complémentaires

1. Analyse des déterminants d'évolution à moyen terme des dépenses de santé

A la demande du HCAAM, un travail conjoint a été engagé par la DREES et la DG-Trésor pour construire un modèle de projection des dépenses de rémunération concernant les différentes professions de santé à l'horizon de 2030.

Le travail a pour le moment porté sur les médecins et les infirmiers. L'exercice consiste à implémenter des éléments de coûts de rémunération bruts à partir des modèles de projection des effectifs de professionnels (modèles de micro-simulation) de la DREES. Un tel exercice, qui n'a jamais été mené, soulève des questions méthodologiques délicates et suppose un temps de réflexion, sur les différents jeux d'hypothèses et variantes à retenir.

L'objectif n'est pas, dans cette démarche, de prévoir une évolution des dépenses de santé mais plutôt de mesurer le degré de tension qui pourrait s'exercer sur l'ONDAM du fait de la dynamique des effectifs et des rémunérations, dont certains sont déjà connus à l'horizon considéré. Les premiers résultats qui s'ébauchent montrent que c'est à partir des années 2020 que de fortes tensions pourraient s'exercer. La dynamique des effectifs médicaux connaît alors un retournement rapide cependant que se poursuit la forte tendance haussière des effectifs paramédicaux. Cet exercice conduit à discuter la prospective d'entrée de médecins étrangers qui pourrait être affectée par l'orientation des activités en établissement ou en ville. Il intègre aussi les effets des réformes des études hospitalières sur la ressource médicale, qui peuvent faire l'objet de variantes selon les options retenues. Il soulève enfin la question de l'efficacité des organisations dans un contexte de vieillissement de la population, où la densité médicale devrait baisser au moins temporairement, malgré le retour de la hausse des effectifs.

Il est, par ailleurs, prévu que la CNAMTS prolonge à un horizon de dix ans les projections s'appuyant sur sa cartographie des dépenses. Cet exercice réalisé dans une logique d'analyse de la demande devrait permettre d'éclairer la discussion sur l'adéquation des moyens aux besoins et d'ouvrir le débat sur les évolutions d'organisation permettant d'y répondre.

2. Evolution des règles de participation des assurés

Une synthèse actualisée des travaux existants sur les restes-à-charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire est en cours.

Les travaux conduits devront donner lieu à une mise en forme, articulée avec les perspectives possibles d'évolution du partage entre AMO et AMC.

C'est, en effet, parce que l'assurance maladie de base laisse d'importants restes-à-charge dans le champ hospitalier et dans les secteurs de liberté tarifaire que la généralisation de l'assurance complémentaire apparaît comme une nécessité. Si ces restes-à-charge étaient éliminés ou limités, la réponse attendue des assurances complémentaires serait d'une tout autre nature. C'est en ce sens que ces différentes questions sont liées.

3. Rôle de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires

D'importants investissements méthodologiques ont été réalisés par l'IRDES, en lien avec la DREES, pour simuler l'impact de différents scénarios d'évolution du partage des rôles

entre AMO et AMC : sur la dispersion des risques couverts (et donc leur assurabilité) ainsi que sur la redistribution entre les différentes catégories d'assurés (malades/bien portants, par niveaux de revenus).

Jusqu'à présent, quatre scénarios polaires ont été simulés, correspondant aux propositions formulées dans le débat public : scénario tendanciel pouvant déboucher sur trois niveaux d'assurance (de base, complémentaire généralisée, sur-complémentaire), scénario de reprise de l'ensemble du panier des complémentaires par l'assurance obligatoire, scénario de « décroisement » visant à faire prendre en charge intégralement les dépenses hospitalières et les soins primaires par l'assurance obligatoire et à confier au premier euro aux assureurs complémentaires les champs où ils sont déjà dominants , scénario de partage entre « gros risque » et « petit risque ».

De premiers échanges ont montré que, s'agissant des évolutions résultant de l'ANI et de l'abandon des clauses de désignation, les acteurs manquaient encore d'éléments de constats solides. Il est cependant souhaitable de voir se poursuivre la réflexion sur les moyens de simplifier un paysage qui paraît extrêmement complexe, de répondre aux besoins des assurés dont la couverture est rendue difficile et coûteuse (personnes âgées, chômeurs de longue durée, exemptés de couverture) et d'assurer une certaine stabilité pour l'avenir.

C'est pourquoi le HCAAM pourrait poursuivre son travail selon différents axes :

- Un diagnostic partagé sur la situation actuelle et son évolution tendancielle ;
- L'étude des solutions possibles pour répondre, dans le contexte actuel, aux difficultés des populations « restant à couvrir » dans le mouvement de généralisation de l'AMC ;
- Le bilan des régulations à l'œuvre dans le secteur des complémentaires ;
- L'analyse de scénarios composites partiels ou complets articulant les travaux sur la dynamique des dépenses sur les formes de participation des assurés sociaux et sur les principes possibles de partage des rôles entre AMO et AMC.
- Une réflexion sur la façon de mieux articuler la politique du remboursement avec des objectifs d'organisation sanitaire et de santé publique.

Annexe 3

Organisation prévisionnelle des plénières du HCAAM

Date	Chantier	Thématique	Format - Livrable
Jeudi 28 septembre 2017		Examen du programme de travail 2017-2018	Note de synthèse et fiches de cadrage
Jeudi 26 octobre 2017	II	Assurance / solidarité / redistribution	Interventions de cadrage extérieures
Jeudi 23 novembre 2017	III	Médecine spécialisée : expérience patients / tarifs et dépassements d'honoraires	Présentation des travaux focus groups patients et premiers travaux sur les tarifs et les dépassements
Jeudi 14 décembre 2017	IV	Première ligne de prise en charge des personnes âgées	Discussion de cadrage
Jeudi 25 janvier 2018	II	Projections de dépenses et participations	Première discussion
Jeudi 22 février 2018	I	Régulation et territoires	Projet d'avis suite aux travaux du séminaire
Jeudi 22 mars 2018	III	Prévention : nutrition	Note HCAAM
Jeudi 26 avril 2018	III	Médecine spécialisée : organisation micro-économique	Point des travaux / note HCAAM
Jeudi 24 mai 2018	II	Articulation AMO / AMC	Projet d'avis
Jeudi 28 juin 2018	IV	Première ligne de prise en charge	Projet de note d'étape
Jeudi 12 juillet 2018	I	Régulation et tarification	Point des travaux