



Liberté • Égalité • Fraternité

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Xavier Bertrand

Ministre de la Santé et des Solidarités

Discours

Sous réserve du prononcé

« Commission des comptes de la sécurité sociale »

Mardi 26 septembre 2006

CONTACT PRESSE : Hèlène Monard / Gwladys Huré
Tél. 01 40 56 40 14
www.sante.gouv.fr

Monsieur le Ministre,
Monsieur le Secrétaire général,
Mesdames et messieurs,

Permettez-moi tout d'abord, en notre nom à tous, de remercier chaleureusement le secrétaire général, Monsieur François MONIER, pour la qualité de ses travaux et la clarté de son exposé. J'associe bien sûr également à mes remerciements le directeur de la sécurité sociale, Monsieur Dominique LIBAULT et l'ensemble des équipes de la direction de la sécurité sociale qui ont accompli, comme à l'accoutumée, et peut-être cette année un peu plus qu'à l'accoutumée, un travail très important dans un délai particulièrement serré.

La commission des comptes de septembre est toujours un rendez-vous très important parce qu'elle est l'occasion de présenter le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il est en effet de tradition, avant la présentation du projet de loi de financement en conseil des ministres, d'en exposer les grandes lignes à la Commission des comptes, instance de suivi et de prévision des comptes mais également de concertation, qui rassemble l'ensemble des acteurs de la sécurité sociale. Le projet est ensuite envoyé aux caisses pour que leurs conseils l'examinent et émettent un avis. Cette année, afin de renforcer la transparence de cet exercice, j'ai décidé d'envoyer également l'avant projet de texte aux présidents et rapporteurs des commissions parlementaires compétentes, afin que tous les acteurs disposent d'une information transparente et exhaustive dès la Commission des comptes. Le Gouvernement tiendra naturellement très attentivement compte des débats qui auront lieu lors de notre réunion de ce matin et des avis des caisses pour arrêter le projet définitif qui sera présenté lors du Conseil des ministres du 11 octobre, mais cette avancée me semblait nécessaire pour améliorer le travail et la bonne information de tous.

Je me permets d'ailleurs de signaler une autre innovation intervenant cette année, de nature à améliorer la transparence, la qualité de l'information et le contrôle des politiques de sécurité sociale : ce projet de loi sera le premier à être accompagné de l'annexe retraçant les projets de programme de qualité et d'efficience introduits par la loi organique relative aux LFSS de 2005. Ces programmes présenteront les objectifs et résultats des politiques de sécurité sociale. Ils mettront en perspective les données financières du projet de loi et permettront à chacun d'analyser l'efficience de la dépense sociale. Cette recherche d'efficience est en effet à la base de notre politique.

1. Avant de vous présenter dans le détail les mesures figurant dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, je voudrais rappeler les principes qui fondent l'action que nous entendons mener dans le cadre de ce projet de loi : continuité, détermination, solidarité, et responsabilité

1.1 Continuité tout d'abord dans la mise en œuvre des réformes engagées, qui visent à sauvegarder les fondements de notre sécurité sociale. La réforme de l'assurance maladie en particulier repose sur la maîtrise médicalisée et les changements de comportements. Elle doit donc être menée dans la **durée**, avec **persévérance** et **vigilance**, si nous voulons obtenir des résultats durables. Le PLFSS 2007 confortera cette dynamique déjà bien engagée et qui porte ses fruits, et à laquelle je me félicite de constater que les Français adhèrent très largement, puisque la récente enquête d'opinion publiée par la DREES montre que nos compatriotes sont désormais conscients de la nécessité de faire évoluer les comportements pour maîtriser la progression des dépenses et mieux gérer le système de santé. Le pari de la maîtrise médicalisée sur laquelle repose la réforme de l'assurance maladie est ainsi en passe d'être gagné, grâce aux concours et aux efforts de tous. **Continuité également s'agissant de la politique familiale**, qui est, par essence, une politique de long terme qui contribue de façon si décisive à assurer l'avenir de notre système de protection sociale.

1.2 Détermination ensuite afin de parvenir au redressement des comptes. La réduction des déficits ne doit évidemment pas être recherchée pour elle-même, mais bien parce que les déficits déséquilibrent notre système de sécurité sociale et compromettent sa viabilité. Or notre volonté est précisément **d'assurer la pérennité de ce système**, en le modernisant et en l'organisant mieux, afin de pouvoir faire face aux défis futurs. C'est pourquoi il est nécessaire de poursuivre dans la voie de la réduction des déficits. François Monier vient de nous rappeler la réduction significative du déficit du régime général entre 2005 et 2006,

puisqu'il devrait passer, notamment grâce à l'amélioration des comptes de l'assurance maladie, de -11,6 Md€ à -9,7 Md€. Le PLFSS 2007 marquera une nouvelle étape décisive dans la réduction du déficit du régime général, qui sera ramené à -8,0 Md€. La branche maladie continuera ainsi son redressement avec un déficit de 3,9 Md€ - ce qui, si l'on se rappelle qu'au moment de l'adoption de la réforme d'août 2004, les prévisions de déficit tendanciel pour 2005 étaient de 16 Md€, représente une division par 4 de son déficit en 2 ans. La branche vieillesse devrait en revanche voir son déficit se creuser à 3,5 Md€, sous l'effet de la poursuite du succès des départs anticipés pour carrières longues et de l'arrivée à l'âge de la retraite des premières générations du baby boom. La branche famille enregistrera quant à elle un redressement significatif de ses comptes, réduisant quasiment de moitié son déficit de -1,3 Md€ en 2006 à -0,7 Md€ en 2007, tandis que la branche AT-MP renouera avec l'équilibre et sera même légèrement excédentaire à 0,1 Md€.

1.3 Nous allons revenir dans un instant, Philippe Bas et moi-même, sur le détail des mesures et des évolutions qui fondent ces prévisions et nous permettront d'atteindre nos objectifs, mais je souhaite auparavant rappeler le **troisième principe qui guide notre action, celui de la solidarité. Le PLFSS 2007 confirme en effet l'orientation solidaire de la politique de sécurité sociale menée par le Gouvernement.** En particulier, et conformément au souhait du Président de la République, le dispositif d'aide à l'acquisition d'une complémentaire sera significativement étendu : le plafond de ressources ouvrant droit à cette aide sera en effet augmenté, passant d'un niveau de 15 % au-dessus de la base de ressources de la CMUC à un niveau de 20 %, ce qui élargira le nombre de bénéficiaires potentiels à près de 3 millions de personnes contre 2 millions aujourd'hui. Je pense aussi à la mise en place du plan Solidarité Grand Age, et au renforcement des moyens consacrés à l'amélioration de la qualité de vie des personnes handicapées.

1.4 Enfin, parce que la solidarité ne va pas sans la responsabilité, et parce que la Sécurité sociale constitue un bien commun dont nous devons nous sentir responsables, nous continuerons également notre action de lutte contre les abus et les fraudes.

Nos efforts porteront en 2007 sur le renforcement des moyens de contrôle des organismes de sécurité sociale dans la lutte contre les fraudes : un comité national de lutte contre les fraudes sera installé prochainement et rassemblera l'ensemble des organismes de sécurité sociale et des administrations pour une coordination plus efficace des actions ; le contrôle des conditions d'ouverture de droits aux prestations sera renforcé afin de s'assurer notamment que seuls les assurés sociaux résidant effectivement en France bénéficient de notre couverture sociale ; il faut notamment que toute personne qui quitte la France pour installer sa résidence à l'étranger rende sa carte vitale et ne puisse plus obtenir, comme c'est pourtant trop souvent le cas aujourd'hui, des remboursements lorsqu'il revient se faire soigner à l'occasion de courts séjours en France.

Enfin, je souhaiterais conclure cette introduction générale en rappelant la priorité qui guide toute l'action du Gouvernement, c'est-à-dire la politique en faveur de l'emploi. La sécurité sociale va bénéficier l'an prochain d'une progression de la masse salariale plus rapide que les années précédentes. **Ces bonnes nouvelles ne sont pas le fruit du hasard. Le dynamisme de la masse salariale est la traduction concrète de la réussite de la politique du gouvernement dans le domaine de l'emploi.**

Et faire reculer le chômage, c'est aussi le moyen de préserver notre système de protection sociale auquel les Français sont si attachés. **La progression de la masse salariale**, qui est déterminante pour les recettes de la sécurité sociale, contribuera ainsi significativement au redressement des comptes du régime général. Ainsi, alors que cette progression était de 2.9% en 2004 et de 3.4% en 2005, les dernières prévisions font état d'une progression de la masse salariale de **4.3% pour l'année 2006** - au lieu des 3.7% envisagés lors de la commission des comptes de juin - et de **4.6% pour 2007**. **Cela représente par rapport à nos prévisions initiales une amélioration des recettes de 1,1 Md€.**

Afin d'amplifier le redressement de la situation de l'emploi, le PLFSS propose pour 2007 plusieurs mesures importantes en faveur de l'emploi :

- il intègre la poursuite de l'allègement des charges sociales pour les entreprises de moins de 20 salariés à travers la suppression des 2,1 points de cotisations de sécurité sociale restants au niveau du SMIC, conformément au souhait du Président de la République ;
- l'extension et la simplification du dispositif d'aide aux chômeurs créateurs ou repreneurs d'entreprises (ACCRE) pour favoriser encore la création d'entreprise
- des mesures d'incitation à la poursuite d'activité conformément aux annonces du plan national pour l'emploi des seniors, que Philippe Bas évoquera plus en détail ;
- l'instauration d'un régime fiscal et social favorable pour les accords de gestion prévisionnelle de l'emploi et des compétences (GPEC) afin d'anticiper et d'accompagner les mutations économiques et les restructurations industrielles
- des mesures d'encouragement au développement des services à la personne, notamment en faveur des personnes âgées et dépendantes

Continuité dans la conduite des réformes, effort constant pour assurer le redressement des comptes, approfondissement de l'orientation solidaire de notre politique de sécurité sociale, responsabilisation des acteurs et lutte contre la fraude, poursuite des efforts menés pour développer l'emploi, tels sont les axes structurant de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

2. J'en viens maintenant aux différentes mesures proposées pour la branche maladie dans le cadre de ce PLFSS.

2.1 Comme je viens de l'indiquer, cette branche continue son **net redressement** grâce aux effets de la réforme d'août 2004. **En 2005, le déficit de l'assurance maladie aura finalement été de 8 Md€, légèrement inférieur aux 8,3 Md€ initialement prévus**, contre un déficit de 11,6 Md€ en 2004. En 2006, comme vient de l'exposer le Secrétaire général, il devrait être de 6,0 Md€, là aussi légèrement inférieur aux prévisions initiales qui tablaient sur un déficit de 6,3 Md€. Cela montre la sincérité de nos prévisions.

Ce redressement est essentiellement dû à l'infléchissement du rythme de progression des dépenses : en 2005, sur l'ensemble des régimes, la progression des dépenses d'assurance maladie par rapport aux résultats comptables 2004 a été de 4,0 %, alors que cette progression était encore de 4,9 % en 2004 et 6,4 % en 2003. Et pour la première fois depuis des années, le niveau de l'ONDAM voté par le Parlement pour 2005 a été quasiment respecté, à 135 Md€. En 2006, selon les estimations dont vous venez de nous faire part, l'ONDAM ne devrait progresser que de 2,7 %, ce qui constitue une nouvelle inflexion de tendance remarquable.

On le voit bien désormais, la réforme de l'assurance maladie porte ses fruits, et les porte dans la durée. Sur certains postes, les inflexions de tendance sont particulièrement spectaculaires : les dépenses de soins de ville, dont la croissance atteignait des rythmes de 6 à 7 % en 2002 et 2003, n'ont progressé que de 3,0 % en 2005 et ne devraient augmenter que de 1,5 % en 2006. Cette modération est notamment due aux inversions de tendance très significatives intervenues sur les arrêts de travail et sur les dépenses de médicament. Après des années de hausse très forte, de l'ordre parfois de 10 %, les dépenses d'indemnités journalières ont en effet décliné en 2005 de 1,4 %, ce mouvement s'amplifiant en 2006 puisque sur les huit premiers mois de l'année, la baisse atteint 2,9 % par rapport à la même période en 2005. Quant aux dépenses de produits de santé, elles enregistrent un ralentissement historique, la prévision d'évolution de ces dépenses relatives aux produits de santé étant proche de 0 % pour 2006, alors que la progression était encore de plus de 5 % en 2005 et de 6 % en 2004.

Tout cela nous montre que chacun, et je veux les saluer – patients comme médecins et professionnels de santé, établissements de santé comme industriels du médicament et pharmaciens – a pris conscience de la nécessité de faire évoluer les comportements, et que les efforts consentis portent leurs fruits. Ces efforts ne doivent bien

sûr en aucun cas être relâchés, mais au contraire poursuivis avec vigilance et détermination, comme je l'indiquais à l'instant. C'est d'ailleurs cette vigilance qui m'a amené à décider de réunir régulièrement un comité de pilotage et de suivi de l'ONDAM et à prendre tout récemment les mesures nécessaires pour limiter le risque de dépassement de l'ONDAM 2006 à 700 M€, comme vous venez de l'indiquer M. le secrétaire général.

Le PLFSS 2007 s'inscrit donc s'agissant de la branche maladie dans cette même philosophie : vigilance, continuité et poursuite des efforts. **L'objectif de progression de l'ONDAM que le Gouvernement proposera au Parlement de retenir pour 2007 sera ainsi de 2,5 %**, ce qui constitue un objectif ambitieux, nécessaire à la poursuite du redressement de la branche maladie, mais réaliste puisqu'il est en ligne avec les inflexions de tendance que nous venons de rappeler. **L'atteinte de cet objectif nécessitera un montant d'économies global tous régimes de 2,8 Md€,** mais ce que je voudrais souligner, c'est que ce niveau très significatif d'économies sera réalisé essentiellement par la poursuite des efforts déjà engagés ou la mise en œuvre de mesures déjà décidées dans le cadre du plan de redressement. **Si l'assurance maladie va mieux, beaucoup mieux, elle n'est pas encore complètement guérie** : c'est pourquoi il est si nécessaire de rester mobilisé. **Nous sommes en effet en train d'engranger les résultats des actions engagées, mais nous ne réussissons que si nous maintenons fermement le cap et ne relâchons pas nos efforts.**

Pour cela, je sais que je peux compter sur l'engagement de tous.

2.2 En s'inscrivant massivement dans le parcours de soins, dispositif central de la réforme et qui fait désormais partie intégrante de notre système de soins, les assurés sociaux ont montré **leur adhésion à une réforme structurelle** qui vise à faire évoluer les comportements afin de sauvegarder un système de santé solidaire auquel la récente enquête de la DREES vient de nous rappeler combien ils sont attachés. **Comme je l'ai déjà indiqué à plusieurs reprises, ils ne seront pas davantage et nouvellement sollicités par rapport à ce qui était déjà prévu :**

- conformément à ce qui a été décidé en 2004, le **forfait journalier hospitalier** passera de 15 à 16 €, pour un rendement de 100 M€ ;
- mise en place avec un certain retard compte tenu des difficultés techniques rencontrées dans les établissements de santé, la participation forfaitaire de 18 € instaurée sur les actes d'un coût supérieur à 91 € entraînera un effet report de 70 M€. Je rappelle que ces deux forfaits ont vocation à être pris en charge par les assurances complémentaires santé.

2.3 Les professionnels de santé, dont je veux saluer l'implication dans la mise en œuvre de la réforme, vont poursuivre la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée, dont la dynamique est désormais bien engagée et reconnue. Le ralentissement du rythme d'évolution des soins de ville que nous constatons est en effet le fruit d'une attention plus grande des professionnels aux conditions de prescription, des médicaments comme des indemnités journalières. L'engagement de maîtrise médicalisée conclu en 2005 dans le cadre de la convention médicale a produit des résultats favorables et permis aussi une revalorisation des honoraires et des économies importantes pour l'assurance maladie de l'ordre de 800 M€. En 2006, la dynamique se poursuit, puisque les résultats affichés par la Caisse nationale d'assurance maladie pour le premier semestre 2006 montrent par exemple que s'agissant des antibiotiques, l'objectif de - 10% est atteint et que pour les statines, l'objectif de stabilisation a également été dépassé puisque c'est même une baisse de 4% sur les 6 premiers mois de l'année qu'on constate. La consommation de psychotropes a également diminué de 6%, atteignant également l'objectif fixé.

La dynamique est donc bien engagée, et l'avenant n°12 à la convention qui a été signé cette année inscrit ce mouvement dans la durée et assigne **pour 2007 un objectif d'économies de 610 M€, qui porte pour 420 M€ sur la maîtrise des prescriptions de produits de santé (dont notamment, pour 150 M€, un engagement de meilleur respect de l'ordonnancier bizone), et pour 190 M€ sur la maîtrise d'autres prescriptions (dont celles d'IJ pour 80 M€) et d'actes redondants.**

Les médecins hospitaliers devront également intensifier leur engagement dans la maîtrise médicalisée : grâce à la mise en œuvre des accords de bonne pratique hospitalière – l'accord cadre signé sur les antibiotiques est désormais décliné en accords locaux avec les établissements, deux autres accords cadre seront prochainement signés sur les statines et la prescription en dénomination commune internationale, une économie de 100 M€ est attendue sur les prescriptions hospitalières en ville. De même, la mise en œuvre du référentiel sur les transports sanitaires, dont plus de 60 % sont prescrits à l'hôpital, devrait générer 100 M€ d'économies.

Enfin, les mesures relatives à la tarification de certains actes de biologie prises cette année devraient entraîner un effet report de 60 M€.

Le PLFSS 2007 sera aussi l'occasion de faire évoluer les pratiques et d'améliorer l'organisation du système de soins. Ainsi, le **droit des infirmiers à prescrire** des dispositifs médicaux est il reconnu. Cela correspond à la volonté que ces professionnels puissent exercer pleinement toutes leurs compétences. Cela correspond aussi à une mesure de simplification pour les infirmiers, les médecins et leurs patients, dans la mesure où cela évitera de recourir au médecin au seul motif du besoin de prescription d'un dispositif médical, compresse, sonde ou autre. Le PLFSS propose également une disposition qui va permettre, comme le souhaite la profession, de **faire évoluer les normes de fonctionnement en personnel des laboratoires d'analyse médicale** et de favoriser le regroupement de laboratoires sous forme de SEL (sociétés d'exercice libéral).

Par ailleurs, comme je m'y étais engagé, il sera également proposé dans ce PLFSS une adaptation de la procédure d'autorisation d'exercice des professions médicales à diplômes hors Union européenne. Il s'agit de mieux prendre en compte l'expérience acquise depuis de nombreuses années par certains praticiens, recrutés dans les hôpitaux avant juin 2004.

Un examen dérogatoire permettra de tenir compte de l'expérience tout en maintenant un haut niveau d'exigence quant aux connaissances et une équité vis à vis des étudiants de nos facultés.

2.4 Le secteur du médicament sera également appelé à continuer à s'impliquer dans la réforme de l'assurance maladie.

Sur ce poste, dont les dépenses ont longtemps augmenté à des rythmes importants, nous sommes en train d'enregistrer comme je l'indiquais au début de mon propos des résultats particulièrement encourageants. Phénomène sans précédent, l'évolution des dépenses de médicaments devrait ainsi rester quasi stationnaire en 2006. La progression des génériques continue également à un rythme soutenu : en trois ans, leur part dans l'ensemble des prescriptions est passée de 10,8% à 16,7% en mai 2006. Cette année, une nouvelle impulsion a été donnée au développement du générique grâce à la politique de substitution volontaire menée de concert avec les professionnels de santé, pharmaciens et médecins. L'accord signé entre l'UNCAM et les syndicats de pharmaciens prévoit à cet égard un objectif de taux de substitution dans le répertoire de 70% en décembre 2006. L'objectif intermédiaire de 66% en juin a été dépassé, et même si depuis lors le répertoire des génériques s'est élargi, l'objectif de 70 % en fin d'année devrait donc être atteint. Au total, l'ensemble des mesures sur les génériques aura permis une économie de 750 M€ en 2006. Quant aux baisses de prix de certains médicaments sous brevets, si leurs effets ont été retardés sur 2006 compte tenu des délais de mise en œuvre et de revignettage, elles donneront leur plein rendement en 2007.

Ces bons résultats, il faut les conforter et les approfondir, dans la continuité de la politique engagée en application du plan médicament et de la loi de financement de l'an dernier. Il y aura une poursuite vigilante et déterminée de la mise en œuvre des mesures structurantes que nous avons engagées dans le secteur du médicament ces dernières années.

S'agissant des recettes tout d'abord, je précise que comme je m'y étais engagé, il est proposé dans le cadre de ce PLFSS de réduire significativement le taux de la taxe sur le chiffre d'affaires des médicaments remboursables des industries pharmaceutiques. Ce taux qui avait été porté à titre exceptionnel l'an dernier de 0,6 % à 1,76 %, sera ainsi ramené à 1 %.

Par ailleurs, comme je l'ai annoncé au début du mois, la taxe sur le chiffre d'affaire 2006 de la vente en gros fera l'objet d'une augmentation exceptionnelle pour un rendement de 50 M€. Une réflexion est engagée parallèlement avec les grossistes pour adapter leurs obligations de service public aux contraintes du marché.

S'agissant des mesures d'économies, elles s'inscriront comme je viens de le dire dans la continuité de la politique déjà engagée en application du plan médicament et de la loi de financement de l'an dernier. Ainsi, sur les 1,8 Md€ d'économies attendues sur le secteur du médicament, 1,67 Md€ correspondent à des effets reports ou à l'engagement de mesures déjà décidées, et seulement 165 M€ à des mesures nouvelles.

Ces mesures s'organisent autour des deux axes suivants : payer le médicament à son plus juste prix, et promouvoir le bon usage des produits de santé.

A/ Payer le médicament à son plus juste prix : cela passe par trois priorités :

- la poursuite de la politique de développement du générique tout d'abord :

L'arrivée à échéance de nombreux brevets en 2007 ainsi que la mise en œuvre de l'accord tripartite qui engage les médecins à prescrire au sein du répertoire, devraient accentuer l'impact des économies attendues sur ce poste, portant l'économie attendue à 520 M€ (dont 220 d'effets report de 2006)

- la politique des prix ensuite :

L'ensemble des baisses de prix programmées en 2007 dans le cadre du plan Médicament et des effets reports des mesures décidées 2006 devraient produire au total une économie de 370 M€. **Une plus grande "cohérence des prix"** sera recherchée au sein de chaque classe pharmaco-thérapeutique, notamment lorsqu'un générique apparaît ou lorsque le prix des génériques de la classe baisse. L'objectif est une gestion dynamique et cohérente des prix en diminuant le prix de médicaments qui restent particulièrement coûteux dans une classe génériquée ou qui sont des contournements de génériques. Dans la lettre d'orientation que je vais envoyer début octobre au président du CEPS, je compte ainsi demander au CEPS de préserver la différence de prix liée au progrès thérapeutique qui avait été accordée au médicament concerné par rapport à ses comparateurs. Par ailleurs, il est proposé dans le **PLFSS 2007 de mieux encadrer les conditions de rémunération des laboratoires s'agissant des Autorisations Temporaires d'Utilisation** (une économie de 20 M€ est attendue de cette mesure). Parallèlement, une disposition prévoit de rendre possible la prise en charge des produits ne disposant pas d'une AMM en France mais l'ayant obtenue dans un autre Etat membre, ce qui évitera de recourir à la procédure complexe de l'ATU nominative.

- Le développement des grands conditionnements enfin :

De nouvelles tailles de conditionnements viennent d'être introduites sur le marché permettant la délivrance de boîte de 3 mois aux malades chroniques. Cette mesure devrait générer un peu plus de 100 M€ d'économies en 2007.

B/ Le 2^{ème} axe qui guide notre action, c'est la promotion du bon usage des produits de santé

Cet objectif sera poursuivi par le biais de la maîtrise médicalisée en diminuant les prescriptions de médicaments injustifiées, pour un montant de 420 M€ comme évoqué précédemment. L'année 2007 doit permettre de consolider les résultats obtenus sur les prescriptions d'antibiotiques, de statines, de psychotropes, des inhibiteurs de la pompe à protons, des IEC, des sartans et sur la location de lits médicalisés. L'action de la CNAMTS sur la prévention de la iatrogénie médicamenteuse contribuera également à améliorer les prescriptions. L'ensemble de ces actions sera étendue aux prescripteurs hospitaliers.

Par ailleurs, afin d'assurer un meilleur respect des règles de prise en charge à 100% d'un médicament dans le cadre d'une affection longue durée, il apparaît nécessaire de permettre un contrôle plus efficace de l'assurance maladie. C'est pourquoi je vais demander à la Haute Autorité de Santé **d'établir la liste limitée de produits qui n'entrent dans le traitement d'aucune ALD** et n'ont donc a priori pas vocation à être remboursé à 100 %. Cela permettra à l'assurance maladie de mieux assurer le respect des règles de remboursement, et de dégager ainsi une économie de 100 M€.

La promotion du bon usage sera également renforcée dans 2 domaines particuliers :

- *Au sein des établissements pour personnes âgées dépendantes :*

Une étude de la DREES publiée en juin 2006 mentionne que les personnes âgées en institution consomment en moyenne 6,4 médicaments par jour alors qu'elle est à 3,6 pour les personnes âgées vivant à domicile. Cette polymédication expose ces patients fragiles à des risques iatrogènes importants.

Afin que le pharmacien, en lien avec le médecin coordonnateur, puisse jouer tout son rôle dans la prévention de cette iatrogénie, je compte proposer dans le PLFSS 2007 une disposition prévoyant que les EHPAD ne disposant pas d'une pharmacie à usage intérieur, et qui se fournissent auprès d'officines pour la fourniture en médicaments de leurs résidents, signent une convention avec cette ou ces officines. Une économie de 15 M€ est rendue possible par cette mesure.

- *Les traitements susceptibles de faire l'objet d'un usage détourné, et notamment le Subutex, seront mieux encadrés*

La loi prévoit actuellement que la prise en charge de ces médicaments par l'assurance maladie est subordonnée à la mise en place d'un protocole de suivi des soins. Or ce dispositif ne se justifie que lorsque les risques de mésusage sont avérés, notamment compte tenu des doses utilisées. Pour la grande majorité des patients, elle ne fait que compliquer l'accès aux médicaments concernés. C'est pourquoi il est proposé de réserver l'obligation du protocole aux seules situations qui le nécessitent. Ces situations seront appréciées à partir de critères adaptés à chaque type de produit, si bien qu'il sera possible d'étendre cette mesure à des médicaments de consommation plus large, notamment certains psychotropes, sans peser sur les patients respectant le bon usage.

Enfin, il est prévu un encadrement de la publicité grand public en faveur des dispositifs médicaux remboursables à l'image de ce qui existe déjà pour les médicaments. Cette mesure contribuera à limiter la croissance actuellement très rapide des dépenses en dispositifs médicaux.

2.5 Au total, l'ensemble de ces mesures d'économies portent le niveau de progression de l'ONDAM soins de ville à 0,8 %.

Ce taux d'évolution, si nous parvenons collectivement à maintenir la modération des prescriptions et à poursuivre les efforts de maîtrise médicalisée, permettra de dégager de nouvelles marges d'action, aussi bien pour continuer d'améliorer l'accès aux soins, que pour faire vivre la négociation conventionnelle avec l'ensemble des partenaires, médecins comme paramédicaux ; je pense tout particulièrement aux infirmiers.

L'enveloppe relative aux produits de santé diminuera de 2,6% et celle relative aux dépenses hors produits de santé progresse de 2,7%, la progression des honoraires se situant entre 3,5% et 4%.

S'il convient de faire preuve de vigilance et de rigueur dans la maîtrise de la progression des dépenses, c'est en effet pour préserver nos marges afin notamment de continuer à prendre en charge les médicaments innovants et souvent coûteux.

Je rappelle en effet que chaque année, l'Assurance maladie dépense près d'un milliard de plus pour le remboursement de nouveaux médicaments, notamment pour des traitements très onéreux, qui permettent d'améliorer l'espérance et la qualité de vie de patients atteints de cancer, de diabète, de polyarthrite rhumatoïde ou de maladies orphelines. Notre pays est un exemple rare où tous les patients, quand ils en ont besoin, ont accès aux soins, même aux plus coûteux. La France est un des seuls pays européens à garantir une prise en charge intégrale des médicaments qui luttent contre les maladies orphelines même lorsqu'ils sont parfois et à juste titre très coûteux.

Pour améliorer encore la prise en charge et les soins donnés aux patients atteints de maladies graves et rares il sera proposé, dans le cadre de ce PLFSS, un dispositif permettant, pour les cas dans lesquels le nombre de patients concernés ne permet pas de conduire des études cliniques mais où certains médicaments ont fait la preuve de leur efficacité, de prendre en charge des produits même non remboursés dès lors qu'ils sont indispensables à la survie de certains patients et peuvent venir grever le budget des familles. Un dispositif de prise en charge dérogatoire sera ainsi prévu, après recommandation de la Haute Autorité de Santé.

2.6. Enfin, nos efforts vont continuer à porter sur le volet hospitalier de la réforme.

Le monde hospitalier est engagé dans un mouvement de réforme de grande ampleur. Les établissements de santé s'approprient les réformes mises en œuvre depuis 2003. Réforme de la gouvernance, nouvelles règles de planification, modernisation de la gestion, tarification à l'activité sont des réformes de fond qui nécessitent un temps d'adaptation pour tous les acteurs.

Je n'ignore pas la situation financière tendue de nombre d'établissements de santé, ni le défi considérable que représente la mise en œuvre des réformes profondes des modes de tarification et de gouvernance des hôpitaux. C'est pourquoi je souhaite accompagner les établissements dans leurs efforts d'adaptation, les aider à réussir leur modernisation pour mieux répondre aux besoins de nos concitoyens.

La part de la tarification à l'activité dans les établissements financés jusqu'alors par dotation globale (établissements publics et PSPH) a été fixée à 35 % en 2006. Cet effort sera poursuivi en 2007 avec une part de 50 % pour la T2A. Cette évolution importante sera accompagnée d'un financement T2A à 100 % pour la chirurgie ambulatoire afin d'encourager un développement plus rapide de cette prise en charge demandée par les patients, comme nous l'avons fait cette année pour l'HAD. C'est également en 2007 que seront lancées des expérimentations pour le lancement de la T2A dans le secteur des soins de suite et de réadaptation. Par ailleurs la convergence entre le public et le privé sera poursuivie.

Cette année, les dépenses de l'hôpital seront mieux contenues, d'abord parce que la réforme est mieux maîtrisée par les acteurs mais également parce que nous venons de prendre des mesures d'ajustement qui doivent permettre de limiter le dépassement à un niveau modéré – 100 ou 120 M€ comme vient de l'indiquer le Secrétaire général de la Commission des comptes. Les moyens nouveaux pourront ainsi être très majoritairement consacrés au financement des missions des établissements de santé en 2007.

Ces moyens progresseront de plus de 2 milliards d'euros en 2007, soit une **progression de l'ONDAM établissements de santé de + 3,5 %** afin de permettre aux établissements de santé de poursuivre leur modernisation et de répondre à leurs missions de service public. Ce taux sensiblement supérieur à la croissance moyenne des dépenses de santé, montre la priorité constante que le Gouvernement accorde, depuis plusieurs années, aux missions et à la modernisation des établissements de santé.

Ces ressources supplémentaires permettront de faire face à l'accroissement de la masse salariale, aux mesures statutaires prévues mais également de poursuivre d'une part, la relance de l'investissement prévue dans le plan hôpital 2007.

L'effort considérable réalisé au bénéfice des établissements de santé, publics comme privés, doit avoir comme corollaire une meilleure valorisation du patrimoine des établissements de santé. C'est pourquoi le PLFSS 2007 prévoit qu'une partie des produits de cession (à hauteur de 115 M€) sera reversée à l'assurance maladie et sera dédiée précisément aux investissements du FMESPP.

Grâce aux investissements d'Hôpital 2007, la France disposera d'un des parcs hospitaliers les plus modernes d'Europe. Mais, à la fin de ce plan, tous les besoins ne seront pas couverts. Je souhaite prolonger l'effort actuel, dans le cadre d'un plan « Hôpital 2012 », avec 4 priorités :

- Privilégier les investissements qui vont dans la logique des SROS et ceux qui participent de l'amélioration des conditions de travail des personnels.
- Poursuivre la mise aux normes de sécurité (incendie, amiante, antisismique), en insistant sur les établissements ayant le plus fort taux de vétusté des équipements.
- Achever la rénovation et la réorganisation complète de l'ensemble des services d'urgence.
- Développer les systèmes d'information hospitaliers (porter la part des dépenses d'informatique hospitalière au minimum à 3 % d'ici 2012, contre 1,7 % aujourd'hui).

Une concertation sur les modalités de déclinaison de ces axes stratégiques dans le futur plan Hôpital 2012 sera menée très prochainement.

Si nous voulons donner un nouvel élan à l'hôpital et promouvoir sa modernisation – et telle est bien ma volonté –, il faut aussi poursuivre les efforts d'amélioration de la gestion hospitalière. Le volet

hospitalier du plan de réforme de l'assurance maladie sera poursuivi, à travers l'amélioration de la politique des achats et de la gestion interne des établissements, qui devront donner lieu à 275 M€ d'économies.

Au total, l'ensemble de ces mesures nous conduit à un ONDAM en progression de 2.5%, soit le même taux que celui du PLFSS 2006.

Je tiens à souligner que nous restons très proches des propositions des partenaires sociaux qui se sont exprimés aux conseils de la CNAMTS et de l'UNCAM. La différence principale avec ces propositions tient à ce que nous avons pu proposer un ONDAM un peu plus élevé, compte tenu des prévisions de masse salariale. L'ONDAM proposé par les partenaires sociaux affichait une progression de + 2.2% avec une hypothèse de progression de la masse salariale de +4.2%. L'ONDAM que nous vous présentons aujourd'hui repose sur une progression de la masse salariale de +4.6%. La convention d'objectifs et de gestion 2006-2009 que l'Etat a signé avec la CNAMTS le 7 août dernier sera l'instrument qui permettra de concilier un effort accru en matière de prévention et d'amélioration du suivi des malades chroniques et des plus démunis, et des actions visant à améliorer la maîtrise médicalisée de certaines dépenses.

Mon message est donc simple : en 2007, il n'y aura ni accentuation de l'effort des assurés sociaux, ni relâchement de l'effort. Les marges de manœuvre nécessaires à la vie conventionnelle, à la modernisation et à l'amélioration de notre système de soins, pourront être trouvées si l'ensemble des acteurs confirment et poursuivent leur engagement dans une meilleure utilisation des dépenses d'assurance maladie. Ce développement, je n'en doute pas, au vu des résultats et des engagements de l'ensemble des acteurs, sera, une nouvelle fois, au rendez-vous.

3. Avant de céder la parole à Philippe Bas pour qu'il évoque également les mesures relatives aux autres branches, je souhaiterais aborder l'évolution des recettes dont bénéficiera la Sécurité sociale l'an prochain.

Pour conforter le redressement des comptes du régime général, et notamment de la branche maladie, sous l'effet de la maîtrise des dépenses et de la progression de la masse salariale, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 prévoit **quelques mesures supplémentaires dans le domaine des recettes**.

Tout d'abord, les éventuels surplus de recettes fiscales transférées à la sécurité sociale en compensation du coût des allègements généraux seront affectés à la branche maladie. Au total, les dispositions figurant dans le projet de loi de finances et dans le PLFSS permettront d'apporter environ **350 M€** de recettes supplémentaires à la CNAMTS pour l'année 2007.

Par ailleurs, un ajustement des flux avec les établissements financiers permettra d'encaisser et de comptabiliser en 2007 l'intégralité des prélèvements sociaux dus au titre de cet exercice sur les produits de placement (CSG), ce qui permettra d'affecter 300 M€ à la CNAMTS en 2007.

L'amélioration des résultats des organismes de sécurité sociale, en application des conventions d'objectifs et de gestion, en matière de recours contre tiers, de recouvrement des prestations versées à tort, de contrôle et de lutte contre le travail dissimulé apportera des ressources supplémentaires à hauteur de 270 M€.

Enfin, des recettes fiscales seront transférées sous forme de droits tabac à la sécurité sociale à hauteur de **160 M€** afin de prendre en compte les **frais financiers** que les branches du régime général supportent du fait de la **dette de l'Etat** au titre de la compensation des exonérations ou du remboursement des prestations.