



Paris, le 29 septembre 2008

**Roselyne BACHELOT-NARQUIN**  
*ministre de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la Vie associative,*

**Discours de la ministre  
Commission des comptes de la sécurité sociale  
29 septembre 2008**

La détermination de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie est un exercice qui suppose de tenir compte de multiples exigences.

Nous devons tout d'abord l'adapter à l'évolution des besoins de santé, marquée par le vieillissement démographique et la nécessité de lutter contre le développement de certaines pathologies telles que le cancer ou la maladie d'Alzheimer.

Nous devons ensuite trouver les moyens d'accompagner le progrès technologique qui permet de mieux vaincre la maladie mais qui se traduit par des traitements parfois coûteux.

Nous souhaitons enfin et surtout préserver notre système solidaire d'assurance maladie, afin que chacun d'entre nous puisse accéder à des soins de meilleure qualité tout en continuant à bénéficier d'un haut niveau de prise en charge.

Cela suppose de poursuivre notre effort de redressement des comptes. Le déficit de la branche maladie du régime général devrait ainsi être de 4 Mds€ en 2008. Nous n'avons pas connu de procédure d'alerte cette année. C'est le signe que les efforts que nous avons demandés aux assurés, aux professionnels de santé et aux industriels ont porté leurs fruits ; c'est aussi le signe que le Gouvernement avait retenu un ONDAM 2008 réaliste. Notre objectif est de parvenir à l'équilibre d'ici 2011.

Compte tenu du rythme d'évolution spontanée des dépenses, cela suppose que nous fassions un effort global de redressement de l'ordre de 4,2 Mds€ en 2009.

Or, comme l'a souligné Eric Woerth, nous devons cette année tenir compte d'un environnement économique et financier différent de celui de l'année dernière, contexte qui a rendu les arbitrages plus difficiles.

Malgré ce contexte, après avoir reçu les propositions de l'UNCAM et beaucoup écouté les partenaires sociaux et les représentants des organismes complémentaires, nous avons choisi de proposer pour 2009 un taux de progression de l'ONDAM plus élevé que pour 2008, année pour laquelle il avait été fixé à 2,8%.

Le taux de 3,3% est un taux réaliste (1).

Il nous permet d'éviter de solliciter davantage les assurés dans le financement des dépenses de santé (1a).

Il nous permet aussi de poursuivre l'effort de modernisation de notre système de santé et de financer nos nouveaux besoins de santé, notamment nos plans de santé publique (1b).

Mais c'est aussi un taux qui permet le nécessaire redressement des comptes de l'assurance maladie (2) grâce à de nouvelles ressources pour l'assurance maladie (2a) et à la poursuite de nos efforts d'efficacité et de performance, afin de soigner mieux au moindre coût pour tous (2b).

**1. Le taux de 3,3% permet d'éviter de solliciter davantage les assurés et de donner à notre système de santé les moyens de se moderniser.**

***a) Le taux de 3,3% (dont 3,1 et 3,1 sur ville et hôpital) permet d'éviter de solliciter davantage nos concitoyens.***

Cette année, nous souhaitons que les assurés ne soient pas davantage sollicités dans le financement des dépenses de santé. Les mesures de redressement ne porteront pas sur eux. Seuls les assurés ne respectant pas le parcours de soins verront leur ticket modérateur augmenter, de 20 points. Il ne s'agit pas, principalement, d'une mesure à portée financière, mais d'une mesure d'optimisation du système de soins.

C'est aussi dans l'objectif de réduire le coût de la santé pour nos concitoyens que nous proposons de mieux associer les organismes complémentaires aux négociations conventionnelles, tout particulièrement dans les secteurs de l'optique et du dentaire.

***b) Le taux de 3,3% permet de donner à notre système de santé les moyens de se moderniser.***

Le taux global de 3,3% égal au taux d'évolution qui sera finalement constaté en 2008 (3,3 %). C'est donc un taux réaliste.

C'est en outre un taux supérieur à la prévision de croissance, ce qui nous permettra de répondre à l'évolution des besoins de santé de notre population.

Nous souhaitons en effet poursuivre notre soutien aux projets d'investissements, par exemple pour moderniser les établissements de santé dans le cadre du plan Hôpital 2012. Je rappelle que 10 Mds€, dont 50% à la charge de l'assurance maladie sont prévus dans ce plan qui, lancé en 2007, soutiendra les projets d'investissement répondant à des critères d'efficacité afin de favoriser les recompositions hospitalières et de développer les systèmes d'information.

Il nous faut également assurer le financement des plans de santé publique tels que le plan de lutte contre le cancer et le plan de développement des soins palliatifs ou encore le plan Alzheimer, voulus par Nicolas Sarkozy.

Je souhaite enfin donner à notre système de santé les moyens de se réorganiser, notamment par une meilleure fluidité dans le parcours de soins et une meilleure coordination entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les services médico-sociaux, comme le propose le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », qui sera présenté prochainement en conseil des ministres.

C'est aussi dans cette optique que j'ai tenu à proposer, comme l'an dernier, un taux de progression équilibré entre les soins de ville et le secteur hospitalier, afin que ces deux piliers de notre système de santé évoluent de manière coordonnée. Le taux sera le même, de 3,1%.

## **2. Ce taux permet le nécessaire redressement des comptes de l'assurance maladie.**

Notre objectif reste en effet le retour à l'équilibre de la branche maladie d'ici 2011. Il s'agit d'un engagement responsable et d'une exigence morale : il n'est pas légitime de reporter sur les générations futures le poids du financement de nos propres dépenses.

Entendons-nous bien : le redressement de la santé financière de l'Assurance maladie est un objectif nécessaire pour préserver les fondements de notre système de santé solidaire.

C'est pourquoi l'effort de redressement, qui permettra de réduire le déficit de l'assurance maladie, s'appuiera, d'une part, sur un niveau important de ressources nouvelles pour l'assurance maladie (a) et, d'autre part, sur la poursuite de nos efforts d'efficience (b).

### ***a) Nous avons cherché des ressources supplémentaires pour l'Assurance maladie. Nous en avons trouvé trois.***

- Tout d'abord, ainsi que le constate le dernier rapport du HCAAM, on observe, chaque année, un déport mécanique, à législation constante, de l'ordre de 600 M€, des dépenses prises en charge par les assurances complémentaires vers l'assurance maladie. Cet accroissement systématique, toutes choses égales par ailleurs, des dépenses d'assurance maladie, s'explique par l'effet combiné du vieillissement de la population et du régime de prise en charge intégrale des dépenses des patients en affection de longue durée.

C'est pourquoi il nous semble légitime de demander aux organismes complémentaires d'augmenter de 1 Md€ leur participation aux dépenses d'assurance maladie. Cette somme assurera la pérennité du financement du fonds CMU, qui assure l'accès aux soins des plus défavorisés d'entre nous.

Le président de la Fédération nationale de la mutualité française, Jean-Pierre Davant, s'est courageusement engagé à ce que cette mesure ne se traduise pas par une hausse des cotisations des complémentaires, qui, comme chaque année, devraient bénéficier des économies importantes que nous allons réaliser. Ainsi que l'explique le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son dernier rapport, « sur un marché concurrentiel, la bonne santé financière des organismes complémentaires, une politique plus volontariste de la gestion du risque et des efforts de productivité devraient permettre que, toutes choses égales par ailleurs, l'augmentation des charges ne soit répercutées sur les cotisations ni de façon immédiate ni pour sa totalité ».

- Ensuite, afin que soit respecté le principe selon lequel chaque branche doit assumer en toute transparence ses propres risques, nous souhaitons revoir à la hausse la somme que reverse chaque année la branche accidents du travail – maladies professionnelles à la branche assurance maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les derniers travaux de la commission Diricq indiquent en effet que les charges supportées par l'Assurance maladie au titre de la branche AT-MP pourraient être évaluées entre 565 M€ et 1 Md €, alors que la compensation s'élève actuellement à 410 M€.

Nous souhaitons donc élever le niveau de cette compensation de 300 M€ pour la porter à 710 M€ en 2009.

- Enfin, ainsi que le constate le rapport du député Yves Bur sur les niches sociales, un certain nombre de revenus liés au travail échappent aux cotisations patronales de sécurité sociale. Il s'agit de montants très importants que les différents travaux estiment jusqu'à 41 Mds €.

Nous avons franchi une 1<sup>ère</sup> étape avec la dernière loi de financement de la sécurité sociale en créant une contribution patronale de 10% sur les stocks options et actions gratuites : cette mesure a permis de dégager 250 M€ de recettes nouvelles pour l'Assurance maladie en 2008.

Aujourd'hui, nous souhaitons aller plus loin en proposant de créer un forfait social dû par les employeurs sur les éléments de rémunération qui ne sont actuellement pas pris en compte dans la contribution des employeurs à l'assurance maladie. Il s'agit des dispositifs de participation financière (intéressement, participation) et d'épargne salariale. Cette ressource nouvelle devrait rapporter 400 M€ à l'assurance maladie.

Par ailleurs, nous proposons que la CADES reprenne l'intégralité de la dette de l'Assurance maladie, ce qui permettra une économie en frais financiers de l'ordre de 400 M€ en 2009 sans prolonger la durée d'amortissement de la dette sociale.

Cet apport de ressources supplémentaires pour la branche maladie permet de crédibiliser la fixation de l'ONDAM au niveau de 3,3%.

- b) ***Etant bien inférieur à la croissance spontanée des dépenses, le taux de 3,3% suppose toutefois que nous poursuivions nos efforts d'efficience et de performance afin de soigner mieux au moindre coût pour tous.***

Il s'agit là d'un effort de tous les jours, qui impose à chacun d'entre nous, que ce soit dans le secteur des soins de ville, du médicament ou de l'hôpital, de s'interroger sans cesse sur les justifications médicales de nos dépenses d'assurance maladie.

Les économies que nous prévoyons pour 2009, à hauteur de 2,1 Mds€ reposent donc intégralement sur la mobilisation des marges d'efficience de notre système de santé.

- **De manière générale, je souhaite tout d'abord renforcer les efforts au titre de la maîtrise médicalisée, démarche qui a fait ses preuves, même si j'ai pu regretter que le taux de réalisation des montants d'économies attendues reste plafonné à 60%.**

Nous disposons désormais d'outils nouveaux pour agir efficacement sur les comportements : nous devons les mobiliser pour continuer à réduire les actes redondants, diminuer les sur-prescriptions, ou rendre plus systématique le recours à des thérapeutiques qui, pour une efficacité médicale équivalente, ont un coût moins élevé pour la collectivité.

A cet égard, j'attends les premières recommandations médico-économiques de la Haute autorité de santé pour guider les prescriptions des médecins selon une logique d'efficacité thérapeutique à la fois mieux adaptée et moins coûteuse pour les patients. Ces recommandations permettront de mieux hiérarchiser les traitements au sein de la liste des actes et prestations. Elles devraient permettre aux médecins de prescrire mieux et à moindre coût.

Prenons un exemple concret, celui de l'hypertension artérielle. Aujourd'hui, nous soignons cette pathologie sans hiérarchiser les traitements, notamment entre l'utilisation d'inhibiteurs de l'enzyme de conversion et des sartans, qui coûtent beaucoup plus cher. Or, tous les pays qui nous entourent le font et ont émis des recommandations médico-économiques en ce sens. Ce sont vraisemblablement quelques centaines de millions d'euros qui sont ici dépensés de façon « sous-optimale ».

Plus généralement, l'évaluation par la Haute autorité de santé de la portée thérapeutique réelle des produits doit guider notre action : la collectivité investit massivement dans la santé de ses concitoyens ; il n'est pas aberrant que ces investissements soient prioritairement menés sur des produits ou des prestations dont le service médical rendu est satisfaisant.

Je compte aussi sur la CNAMTS pour mener, comme chaque année, des campagnes d'information pour guider dans leurs prescriptions les professionnels de santé. Ces derniers pourront d'ailleurs recourir à des logiciels d'aide à la prescription devant être certifiés par la HAS d'ici fin 2008 et conclure des contrats individuels avec l'Assurance maladie pour être soutenus dans leurs efforts de juste recours aux soins.

La CNAMTS dispose désormais de moyens renforcés pour assurer ses missions : elle peut soumettre à l'accord préalable du médecin conseil de l'organisme local d'assurance maladie les surprescripteurs sur l'ensemble des actes et des prestations. Eric Woerth et moi-même venons d'ailleurs d'écrire au directeur général de la CNAM pour lui demander d'accentuer les efforts.

Les économies que nous attendons à hauteur de 500 M€ au titre de la maîtrise médicalisées sont donc ambitieuses mais pas irréalistes.

➤ **Au-delà de la mobilisation de ces outils de maîtrise médicalisée, nous proposons des mesures visant à infléchir la consommation de soins dont la justification médicale est discutable et à diminuer les tarifs pouvant être jugés trop élevés au regard des coûts de production.**

- On constate des écarts parfois très importants dans les traitements prescrits, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, à des patients qui présentent pourtant un diagnostic semblable. Ce n'est pas normal.

Ces écarts sont également significatifs pour des prescriptions en très forte croissance, comme les actes paramédicaux et les médicaments inscrits sur la liste dite « en sus » à l'hôpital. Le système de soins présente ainsi un potentiel d'efficience sans doute non négligeable.

Le PLFSS pour 2009 propose en conséquence deux mesures permettant d'homogénéiser certaines prescriptions.

La première concerne les **actes en série, notamment des paramédicaux, tels que les séances de masso-kinésithérapie** : il est proposé de soumettre les patients et les professionnels de santé au respect de **référentiels** validés par la Haute autorité de santé (HAS) et donnant des repères précis (nombre d'actes ou de séances nécessaires pour des traitements donnés). Des exceptions justifiées resteront évidemment possible en fonction des données médicales du patient.

La seconde concerne les **médicaments inscrits sur la « liste en sus » à l'hôpital**. Il s'agit de médicaments ne pouvant, compte tenu de leurs caractéristiques, être intégrés dans les tarifs de droit commun des prestations d'hospitalisation. Souvent très innovants, ces médicaments enregistrent une croissance annuelle très forte, largement supérieure à 15%.

Il est donc proposé de responsabiliser les ARH et les directeurs d'établissement en leur donnant accès à une analyse nationale permettant de réaliser des comparaisons entre régions et établissements sur l'évolution de ces dépenses. A partir de cette analyse, ainsi que des recommandations émises par diverses autorités sanitaires, les ARH devront conclure avec les établissements présentant un taux d'évolution atypique de croissance de la liste en sus et un écart significatif par rapport aux profils de prescription, un plan d'action d'une durée d'un an visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques hospitalières.

Par ailleurs, il est proposé d'étendre le dispositif de **mise sous entente préalable**, prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour la chirurgie ambulatoire, aux autres activités hospitalières, afin d'inciter les établissements ayant une facturation atypique à des prises en charge plus adaptées. Les mesures de cet ordre seront renforcées quand les agences régionales de santé seront en place : elles permettront, comme l'a récemment rappelé le président de la République, de conjuguer organisation et régulation financière des soins.

- Certains secteurs de notre système de santé connaissent soit des gains de productivité importants, soit une forte progression en volume. Il faut envisager, dans ces secteurs, des réductions de tarifs ou de prix.

Le prix de produits de santé de grande consommation doit être rapproché des marchés les moins chers d'Europe.

C'est pourquoi nous envisageons, dans la construction de l'ONDAM, des diminutions de prix, notamment de certains items de la liste des produits et prestations mais aussi de médicaments.

Des baisses de prix supplémentaires sont également possibles si l'on mobilise d'avantage les marges de distribution et si l'on travaille à la cohérence des prix au sein des classes de médicaments.

Je souhaite également que soit mise en œuvre une gestion plus dynamique des prix ciblée sur les princeps et de certains médicaments génériques : le secteur du médicament est un domaine de très haute valeur ajoutée. Il est normal que la collectivité puisse bénéficier des gains de productivité que réalise l'industrie sur des classes de médicaments où les volumes sont importants. Nous allons notamment augmenter la décote du générique par rapport au médicament princeps.

L'Assurance maladie sera gagnante, comme le seront également les organismes complémentaires : au final, c'est donc le pouvoir d'achat des assurés qui sera préservé en maîtrisant les facteurs d'augmentation des prestations des complémentaires de santé.

Ce qui est vrai pour le secteur du médicament l'est aussi pour les professions ayant réalisé d'importants gains de productivité.

Dans le rapport qu'elle m'a remis en juillet dernier, la CNAMTS constate en effet, et à juste titre, qu'au regard du progrès technique, les tarifs des actes des biologistes et des radiologues paraissent nettement plus élevés que ceux des autres professionnels de santé.

Il semble légitime, pour ces deux spécialités, de continuer dans le prolongement des mesures déjà prises en 2007 et d'adapter les tarifs qui, en outre, enregistrent une croissance très rapide de leurs volumes de ventes et bénéficient de marges nettes élevées.

Dans cette perspective, je continuerai de suivre attentivement les discussions entre l'UNCAM et les syndicats représentatifs des professions concernées, dans le cadre des négociations conventionnelles et des commissions de hiérarchisation des actes compétentes.

- **Je souhaite enfin que l'hôpital poursuive ses efforts de modernisation et d'apurement financier : je rappelle que le Président de la République a fixé un objectif de retour à l'équilibre des hôpitaux pour 2012.**

C'est dans cet esprit que je souhaite notamment, comme je l'ai déjà dit, que les hôpitaux se mobilisent pour maîtriser les dépenses de médicaments de la liste en sus et pour développer la chirurgie ambulatoire.

La recherche de l'efficacité doit être notre credo. La création de l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, qui regroupera les différentes structures intervenant actuellement sur les différents aspects de l'efficacité (audit, investissement et systèmes d'information) permettra aux hôpitaux de disposer des expertises nécessaires pour se réorganiser et réaliser les gains d'efficacité nécessaires.

Nous allons également, dans le cadre de la campagne tarifaire, améliorer le dispositif de financement de la T2A, en prévoyant des financements supplémentaires pour tenir compte de la précarité et de la sévérité des patients.

- **Cet effort d'optimisation ne saurait toutefois se limiter à une partie seulement de nos dépenses de santé : pour arriver à réguler efficacement l'évolution de nos dépenses de santé, nous devons renouveler les conditions d'association des organismes complémentaires aux négociations conventionnelles, tout particulièrement dans les secteurs où ils jouent un rôle majeur tels que l'optique et le dentaire.**

La LFSS pour 2008 a déjà instauré un avis de l'UNOCAM sur les projets de conventions et d'avenants.

Le Gouvernement propose d'aller au-delà de ce rôle consultatif et de mieux associer l'UNOCAM à la négociation des conventions avec les professionnels de santé : dans les secteurs tels que l'optique et le dentaire, un accord ne sera dorénavant valable que s'il est signé par l'UNOCAM.

Le Gouvernement attend de l'UNOCAM la définition de positions communes dans le jeu de la négociation, en vue de mettre en place une véritable gestion du risque dans ces secteurs. Afin d'éviter un éventuel blocage, la signature de l'UNOCAM pourra être obtenue, dans ces secteurs, par un vote à la majorité qualifiée du conseil de l'UNOCAM.

En outre, pour donner toutes ses chances à la vie conventionnelle, la convention qui fera l'objet d'un refus de signature de l'UNOCAM sera transmise au ministre avec un délai de mise en œuvre supplémentaire.

Cette mesure devrait inciter les organismes membres de l'UNOCAM à mieux participer à la mobilisation des gains de productivité dans notre système de santé à travers le développement, pour les dépenses qui les concernent, d'outils de régulation de la dépense.

La loi de financement de la sécurité sociale est un moment de débat sur notre protection sociale. Elle revêt cette année un caractère particulier, puisque je vais bientôt présenter un projet de modernisation de notre système de soins, dans le cadre du projet de loi « hôpital, patients, santé et territoire ».

Les dispositions de la loi de financement sont bien évidemment de nature plus financière, mais elles trouveront une mise en œuvre complémentaire dans la modernisation des structures que je prépare. Il faudra en effet trouver les moyens financiers pour pouvoir mieux articuler l'hôpital avec, en amont, le secteur des soins ambulatoires, et, en aval, les services médico-sociaux. Cette mission incombera aux agences régionales de santé, qui auront dans la même main les outils de gestion du risque et d'organisation des soins.

Il faut ainsi mettre en rapport les mesures financières avec les mesures structurelles, telles que la création des agences régionales de santé, la modernisation de l'hôpital, la lutte contre les refus de soins ou les dépassements et une meilleure localisation des praticiens sur le territoire.

Les mesures de redressement des comptes de l'assurance maladie proposées dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale poursuivent ainsi le même objectif de modernisation et de recherche d'efficacité dans notre système de santé que le projet de loi « hôpital, patients, santé, territoires ».

Ce n'est que dans cet esprit que nous pourrons arriver, progressivement, à modifier les paramètres de notre système de soins et d'assurance maladie pour le préparer aux dix prochaines années.

La modernisation de notre système de santé ne se fera qu'à travers la mobilisation de tous.

Je suis déterminée à mener ces réformes dans le respect des principes de notre sécurité sociale.

Mais je sais que dans cette lourde tâche je pourrais compter sur le soutien de vous tous.

Je vous remercie.