

Discours
de Madame Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Ministre de la santé et des sports

CONFÉRENCE de PRESSE
COMMISSION des COMPTES
de la **SÉCURITÉ SOCIALE**

-Mardi 28 Septembre 2010-

à 17h00

(MINISTÈRE du BUDGET)
BERCY

Sous réserve du prononcé

1/ Nous maintenons le cap d'un ONDAM maîtrisé mais qui donne aussi des marges de manœuvre à notre système de santé.

1.1. Un ONDAM à 2,9% en 2011 construit sur les mesures suivantes :

- un effort toujours important sur les programmes de **maîtrise médicalisée**, avec un objectif de 550 millions d'euros : nous sommes sur un objectif réaliste.

Cela veut dire mobiliser tous les **outils** déjà disponibles, et ils sont nombreux : promotion des référentiels de la HAS, mise sous entente préalable, actions des délégués de l'assurance maladie.

Cela veut dire aussi mobiliser les **ARS**, notamment pour que nos programmes permettent de mieux couvrir l'ensemble des prescripteurs, en ville comme à l'hôpital ou dans le secteur médico-social. Nous avons fixé aux ARS **dix objectifs de gestion du risque** qui couvrent notamment le champ des transports sanitaires, des médicaments de la liste en sus, de la prise en charge de l'insuffisance rénale chronique.

Nous passons ainsi aux **travaux pratiques de la loi « HPST »**.

- un **ajustement des tarifs et des prix** :

200 millions d'euros de baisses de tarifs sur la **biologie** et la **radiologie**.

500 millions d'euros de baisses de prix sur les **produits de santé** (médicaments et dispositifs médicaux), dans le cadre de la politique conventionnelle.

Taux K fixé à 0,5% pour consolider les économies.

- une **adaptation du ticket modérateur** :

Baisse de 5% sur les **médicaments à 35%** : je souhaite que notre système de prise en charge se concentre sur les médicaments les plus utiles.

Baisse de 5% sur les **dispositifs médicaux** (le taux de prise passera à 60%, contre 65% actuellement) : il s'agit d'un segment de la dépense qui enregistre chaque année une dynamique de dépense très élevée.

Nous ajustons également le niveau du **seuil la contribution de 18 euros** qui s'applique à l'hôpital pour plafonner le ticket modérateur : ce seuil passera à 120 euros (contre 91 euros actuellement) ; ce seuil n'avait pas bougé depuis 1992. Une revalorisation sur l'inflation aurait dû nous conduire à fixer ce seuil à 130 euros.

Ces mesures ne toucheront bien évidemment ni les ALD, ni les bénéficiaires de la CMU-c, qui resteront pris en charge à 100%.

- la reprise de **deux propositions de l'UNCAM** dans le cadre de son rapport dit « charges et produits » pour 2011.

La mise en place d'un **forfait médicalisé de prise en charge des bandelettes** qui doit permettre d'éviter le gaspillage et de limiter les marges sur les dispositifs médicaux.

J'insiste sur le fait que ce forfait sera **médicalisé**, c'est-à-dire établi en fonction de l'état de santé du patient et conformément aux recommandations de la Haute autorité de santé d'octobre 2007.

J'ai demandé à mes services d'entamer très rapidement les **concertations** nécessaires à la mise en œuvre de cette mesure avec les professionnels et les patients concernés.

L'évolution des **critères d'entrée en ALD**, pour les **patients vivant avec de l'hypertension artérielle isolée**.

Là encore, l'assurance maladie a proposé une évolution mesurée des critères d'entrée en ALD. C'est un impératif d'adapter ces critères en fonction des évolutions sur les modes de prise en charge.

L'hypertension artérielle isolée est un facteur de risques, au même titre que l'hypercholestérolémie ou l'obésité, pour lesquels les patients paient un ticket modérateur.

L'analyse médico-économique de la consommation des patients en ALD pour HTA permet d'identifier un pourcentage important de patients ne présentant pas d'autres ALD associées, dont les remboursements moyens sont nettement inférieurs à ceux des autres ALD cardiovasculaires et dont la prise en charge relève prioritairement de la prévention. Je précise que ces évolutions de critères toucheront uniquement les nouveaux patients. Je demande à la CNAMTS d'accompagner ces patients, dans le prolongement de ce qu'elle a développé pour Sophia pour les patients diabétiques.

1.2. Un ONDAM qui permet des marges de manœuvre.

Un ONDAM à 2,9% représente **4,7 milliards d'euros d'argent frais** injectés dans le système de soins.

Le règlement arbitral avait prévu **l'augmentation d'un euro de la consultation des médecins généralistes au 1^{er} janvier 2011** ; cette dépense de 260 millions d'euros en 2011 est évidemment prévue dans notre construction de l'ONDAM.

J'ai toujours indiqué qu'il fallait investir dans la médecine de premier recours ; c'est ce que nous faisons ; les élections professionnelles touchent à leur fin pour les médecins libéraux ; ensuite nous engagerons l'enquête de représentativité puis les négociations d'une nouvelle convention.

Le **financement de l'accord sur le LMD** avec les infirmières qui s'inscrit aussi dans la reconnaissance de la qualification et du professionnalisme des infirmières. Ces crédits sont financés dans le cadre de l'enveloppe hospitalière.

Nous ne sommes pas sur une politique malthusienne mais bien sur une logique d'investissement.

1.3 Un taux d'évolution à parité à 2,8% pour l'hôpital et pour la ville.

Le taux de progression de l'enveloppe hospitalière à 2,8% = 2 milliards d'euros pour les établissements de santé en 2011 :

- Poursuite de la convergence ciblée (150 millions d'euros) ;
- Performance de l'hôpital (ANAP....) pour renforcer l'efficacité (145 millions d'euros) ;
- Maîtrise des produits de la liste en sus.

2/ Notre politique d'assurance maladie est aussi construite pour garantir un accès aux soins de haut niveau.

Il y a quelques jours, la DREES nous a présenté ses travaux sur les comptes nationaux de la santé.

Je crois nécessaire d'y revenir pour souligner que le reste à charge a diminué dans notre pays en 2009 pour s'établir à 9,4% contre 9,5% en 2008 ; signe que nous **consolidons notre très haut niveau de couverture, qui est quasi inégalé** chez nos voisins européens.

Si on regarde **par exemple l'hôpital, ce reste à charge est à 3%**. On en a peu parlé, ce que je regrette alors même que j'entends raisonner encore et toujours les plaintes régulières sur le désengagement de l'assurance maladie.

Oui, je revendique une politique qui vise à **concentrer les dépenses de l'assurance maladie sur les soins les plus utiles et les plus efficaces**. C'est une **nécessité à la fois morale et économique**, même si cela exige des choix parfois difficiles. Mais regardons aussi la réalité du panier de soins aujourd'hui remboursé et comparons-le à ce qui se passe ailleurs.

Cela ne signifie pas que je me désintéresse, bien au contraire, des questions d'accès aux soins :

- dans ce PLFSS 2011, nous allons **augmenter sensiblement le plafond de l'ACS de 6 points** (il sera fixé par rapport au plafond de la CMU-c majoré de 26% contre 20% actuellement) dès 2011, puis de 4 points supplémentaire en 2012, ce qui nous permettra de couvrir potentiellement 80 000 personnes supplémentaires en 2011. On dit souvent que l'aide à la complémentaire santé ne marche pas suffisamment bien ; mais grâce aux efforts de tous (caisses de sécurité sociale, organismes complémentaires...), nous avons aujourd'hui plus de 515 000 personnes qui utilisent cette aide. On a progressé de 10% au premier trimestre ; c'est loin d'être négligeable.

- J'ai demandé au début de l'année à l'UNOCAM de me faire des propositions sur la **lisibilité des contrats complémentaires**, car je suis convaincue qu'il faut davantage aider les assurés à se repérer dans ce marché et favoriser une concurrence qui doit ainsi profiter à nos concitoyens. Des premières avancées ont été faites ; j'ai demandé à ce que le dialogue se poursuive directement avec les associations de patients et les représentants des consommateurs.
- Si l'on regarde avec sérieux ces **sujets d'accès aux soins**, on voit bien que les difficultés qui peuvent exister se concentrent quasi exclusivement sur l'**optique** et le **dentaire**. Je souhaite qu'on réengage les discussions avec les organismes complémentaires et les autres acteurs pour voir comment on peut réduire le reste à charge dans ces champs. J'observe que certaines formes nouvelles d'organisation entre professionnels et organismes complémentaires permettent des baisses de prix substantiels pour le bénéfice du patient .Je veux qu'on essaie d'exploiter au maximum ces nouvelles possibilités.
- J'ai demandé aussi aux différents services qui travaillent sur ces sujets, la **direction de recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** et la **direction de la sécurité sociale (DSS)**, de poursuivre leurs travaux d'analyse et de compréhension de ces sujets pour avoir à la fois de vrais **outils** de mesures fiables de ces phénomènes.
- Je compte également sur les travaux en cours au sein du **Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** sur les sujets relatifs au reste à charge. Sur ce sujet, je me méfie des **sondages** et **enquêtes** aux résultats parfois douteux.
- J'ai souhaité que figure également dans la convention d'objectifs et de gestion avec la CNAMTS la mise en œuvre d'un **plan de contrôle des dépassements d'honoraires**.