

2008

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS

ANNEXE 7

ONDAM et dépense nationale de santé



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DES RELATIONS SOCIALES
ET DE LA SOLIDARITÉ

MINISTÈRE DE LA SANTÉ,
DE LA JEUNESSE
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE

www.travail-solidarite.gouv.fr
www.sante.gouv.fr
www.finances.gouv.fr

ANNEXE 7

ONDAM ET DÉPENSE NATIONALE DE SANTÉ

PLAN

PARTIE I : PÉRIMÈTRE ET SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM

1. Périmètre et construction de l'ONDAM 2008	3
a. Un objectif proposé à 152,1 Mds€, en progression de + 2,8 %	3
b. Un ONDAM réaliste et crédible s'agissant des dépenses d'assurance maladie	4
c. Un ONDAM rééquilibré entre ses différents sous-objectifs.....	4
2. ONDAM et comptes de branches	7

PARTIE II : ONDAM ET BESOINS DE SANTÉ PUBLIQUE

1. L'évolution des dépenses d'assurance maladie permet de faire face aux besoins de santé publique	9
1.1. État de santé en France	9
1.2. Assurance maladie et accès aux soins	10
a. Évolution de la part des dépenses de soins à la charge des ménages	10
b. La part croissante des ALD	10
c. L'apport de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide à la Complémentaires Santé (ACS)	12
d. Les dépassements.....	13
e. Les disparités géographiques.....	14
1.3. Plusieurs plans en cours visent à améliorer structurellement l'offre de soins au regard des besoins de santé publique	15
a. Le bilan des plans qui s'achèvent en 2007	15
b. D'autres plans d'actions de santé publique sont en cours.....	20
1.4. L'importance du poids de l'innovation dans la dépense pharmaceutique	23
a. Le déplacement de la consommation vers les molécules les plus récentes et chères représente un coût annuel supplémentaire d'environ un milliard d'euros.....	23
b. L'économie permise par les remboursements engagés depuis 2003 peut être évaluée à un montant cumulé maximum de 600 millions d'euros sur 5 ans (2003-2008).....	25
c. Les comparaisons internationales confirment l'importance de la consommation française du médicament, en particulier sur les spécialités les plus récentes et coûteuses.....	25
d. Dans certains cas précis, l'accès à l'innovation médicamenteuse est possible avant même l'autorisation de mise sur le marché.....	28

2. D'importants gisements d'efficience et d'équité demeurent	30
2.1. Les écarts régionaux sur le poste de dépense de soins de ville sont en partie inexpliqués	30
a. Quantifier les écarts régionaux de remboursements de soins de ville en tenant compte des caractéristiques de la demande de soins	32
b. Il existe une corrélation élevée entre les écarts régionaux de remboursements de soins de ville et la densité de médecins libéraux	32
c. L'influence de l'organisation de l'offre de soins : les soins infirmiers	35
d. Compte tenu des caractéristiques de la demande, les soins de ville remboursés par l'assurance maladie apparaissent élevés en région PACA	36
2.2. Quelques pistes identifiées d'amélioration de l'efficience des établissements de santé	37
3. L'ONDAM est aussi tributaire d'importants « effets prix » qui devraient être mieux utilisés pour inciter à une offre de soins efficiente	39
3.1. La rémunération des professionnels de santé est une composante essentielle de l'ONDAM	39
3.2. Le levier de la tarification peut être utilisé pour renforcer l'efficience de la dépense	40
a. Un levier mobilisé sur le médicament	40
b. Tarification à l'activité des établissements de santé et promotion de la chirurgie ambulatoire	40
c. Rémunération des professionnels de santé en ville et développement de mode d'exercices plus efficaces	41

PARTIE III : L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE LEUR PRISE EN CHARGE

1. L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux	45
2. Les modes de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux	47

PARTIE IV : RAPPEL DES AVIS DU COMITE D'ALERTE SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

1. Avis n° 4 du comité d'alerte rendu le 29 mai	49
2. Avis n° 5 du comité d'alerte rendu le 29 juin	51
Annexe 7a : Bilan de la mise en œuvre des axes du plan périnatalité 2005-2007	58
Annexe 7b : « Le plan URGENCES »	62
Annexe 7c : Bilan de la mise en œuvre des 21 mesures « soins et innovations » du « Plan Cancer 2003-2007 »	64
Annexe 7d : « Plan Alzheimer 2004-2007 »	68

PARTIE I : PÉRIMÈTRE ET SOUS-OBJECTIFS DE L'ONDAM

1. Périmètre et construction de l'ONDAM 2008

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) proposé pour 2008 dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale est fixé à 152,1 Mds€, en progression de 2,8 % par rapport au niveau de dépenses attendues pour 2007.

Il traduit la volonté du Gouvernement de rapprocher l'évolution des dépenses remboursées d'assurance maladie d'une norme compatible à la fois avec le financement des besoins de soins de la population et avec le redressement des comptes sociaux.

Il prend en compte le dépassement prévu de l'ONDAM pour l'année 2007, mais aussi l'impact pour 2007 et 2008 des mesures de redressement proposées par les caisses d'assurance maladie et reprises par le Gouvernement le 4 juillet 2007 à la suite du déclenchement de la procédure d'alerte. Il intègre enfin l'effet de mesures proposées dans le cadre du PLFSS 2008 permettant d'une part une meilleure maîtrise des dépenses d'assurance maladie, et d'autre part des mesures structurantes favorisant une meilleure efficacité du système de soins.

Il tient compte des priorités de santé publique. Il engage enfin un rééquilibrage au sein de l'ONDAM entre le sous-objectif des soins de ville et ceux relatifs aux établissements de santé.

a. Un objectif proposé à 152,1 Mds€, en progression de + 2,8 %

L'ONDAM pour 2007 a été voté à 144,8 Mds€, en progression de 2,6 % par rapport à une base 2007 estimée alors à 141,1 Mds€.

Constatant un risque sérieux de dépassement de l'objectif voté, le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie, dans un avis rendu le 29 mai 2007, a décidé de déclencher la procédure d'alerte prévue par l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale (Cf. partie IV).

Le gouvernement, sur la base des propositions de mesures de redressement des caisses nationales d'assurance maladie, a annoncé le 4 juillet 2007 un plan d'économie d'un montant de l'ordre de 1,2Md€ en année pleine devant permettre de réduire le dépassement de l'objectif. Les mesures retenues sont les suivantes : une hausse du ticket modérateur pour les assurés ne passant pas par le médecin traitant, un relèvement du plafond journalier de la participation forfaitaire de 1 €, le gel partiel du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, des baisses de tarifs d'actes ciblés de radiologie et de biologie, la généralisation de la mesure « tiers payant contre génériques », des baisses de prix ciblées de dispositifs médicaux et de médicaments, ainsi que des objectifs de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude. L'effet report de ce plan en 2008 devrait s'élever à 865 M€.

La nouvelle accélération du rythme de progression des dépenses au second semestre, notamment des soins de ville, a conduit la Commission des comptes de la sécurité sociale à revoir à la hausse sa prévision de dépassement à 2,9 Mds€ après mise en œuvre des mesures de redressement, soit une prévision de dépense pour 2007 s'établissant à 147,7Mds€.

L'ONDAM proposé pour 2008 à 151,2 Mds€ intègre cette prévision de dépassement de l'ONDAM 2007.

Il s'inscrit en progression de + 2,8 % par rapport à la base de dépenses 2008. Ce taux est en augmentation par rapport à ceux des ONDAM votés en 2006 (+ 2,5 %) et 2007 (+ 2,6 %).

b. Un ONDAM réaliste et crédible s'agissant des dépenses d'assurance maladie

L'ONDAM proposé pour 2008 est réaliste en ce qu'il s'appuie sur un taux de progression des dépenses plus élevé que pour les exercices précédents. En effet, hors effet des nouvelles franchises proposées dans le cadre du présent PLFSS, destinées notamment à financer les priorités de santé publique définies par le Président de la République, il permet une progression du champ de la dépense remboursable de + 3,4 %.

Pour les soins de ville, la construction de l'ONDAM repose sur une hypothèse réaliste de tendance spontanée d'évolution des dépenses estimée à 5 %, à laquelle sont ajoutées les prévisions de coûts et d'économies (effets report de mesures 2007 et mesures nouvelles 2008) pour atteindre l'objectif cible de 2 % (après impact de la franchise). Cet ONDAM s'appuie sur des instruments existants (maîtrise médicalisée par exemple), renforcés (notamment l'extension de la mise sous entente préalable) ou nouveaux (comme les contrats individuels ou l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé) permettant de s'assurer d'une meilleure utilisation des dépenses prises en charge par l'assurance maladie.

c. Un ONDAM rééquilibré entre ses différents sous-objectifs

En application des dispositions de la loi organique du 3 août 2005, l'ONDAM est décliné en six sous-objectifs, qui recouvrent les grands champs de la dépense remboursée d'assurance maladie et dont l'intitulé est inchangé par rapport aux LFSS 2006 et 2007, afin d'assurer une meilleure lisibilité dans le temps de leur évolution.

Pour 2008, il est proposé de retenir des taux de progression identiques pour les dépenses de soins de ville (avant prise en compte des effets des nouvelles franchises) et celles des établissements de santé, soit + 3,2 % par rapport à la base 2008 prenant en compte l'exécution prévisionnelle de l'ONDAM 2007. Ce dernier objectif se déclinera en un objectif à + 3,2 % pour les établissements de santé tarifés à l'activité et à + 3,0 % pour les autres dépenses relatives aux établissements de santé.

S'agissant des objectifs relatifs aux établissements médico-sociaux, l'effort consenti dans le cadre des plans Solidarité grand âge et Handicap se traduit par une progression des dépenses d'assurance maladie de + 6,5 %. La contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes

âgées sera en progression de + 8,1 % et celle concernant les établissements et services pour personnes handicapées de + 5,3 %. Les excédents constatés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur la section I de son budget permettront d'abonder l'Objectif Global de Dépenses (OGD) en augmentation de + 8,1 % pour 2008, respectivement + 11,1 % pour l'OGD personnes âgées et + 5,7 % pour l'OGD personnes handicapées. Par ailleurs, afin de mettre en œuvre les dispositions votées en LFSS 2006 et 2007 sur la réintégration des dépenses de dispositifs médicaux dans les forfaits de soins de l'ensemble des EHPAD, il a été procédé à un abondement de la base des dépenses de financement de ces établissements (pour 165 M€ transférés du poste « soins de ville »).

L'objectif pour les autres prises en charge par l'ONDAM est fixé à 0,9 Mds€, en progression de + 2 %. Cette enveloppe finance les remboursements des dépenses de soins des Français à l'étranger, et les dépenses des structures médico-sociales spécialisées en addictologie, en forte progression du fait de la mise en œuvre du Plan addictologie. Enfin, elle comprend la dotation de l'assurance maladie au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), créé par l'article 94 de la LFSS pour 2007. La quasi-totalité du Fonds pour l'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV) est fusionnée avec la Dotation nationale de développement des réseaux (DNDR). La partie concernant l'évaluation des pratiques professionnelles (EPP), antérieurement inscrite au budget du FAQSV, a été affectée au récent Fonds d'actions conventionnelles (FAC) à partir du 1^{er} juillet 2007. Un transfert de 98 M€ est réalisé de l'objectif dépenses de soins de ville à l'objectif « autres prises en charge », afin d'acter pour 2008 la consolidation de la dotation au FIQCS, fixée à 301 M€.

Les modifications de périmètre de l'ONDAM sont récapitulées dans les tableaux suivants :

Changements de périmètre dans l'ONDAM pour 2008

en millions d'euros	Soins de ville	Établissements de santé tarifés à l'activité	Autres Dépenses relatives aux établissements de santé	Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	Autres prises en charge
Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) -dont Fonds pour l'amélioration de la qualité des soins de ville (FAQSV)	-108					98
Fonds d'actions conventionnelles (FAC) -dont Évaluation des pratiques professionnelles (EPP),	133	10				-10
réintégration des dépenses de dispositifs médicaux dans les forfaits de soins des EHPAD	-165			165		
Refinancement de l'apport exceptionnel de la CNSA				52		
Impact sur l'ONDAM global	-140	0	0	217	0	98

Le périmètre de l'ONDAM s'élargit au total de 175 M€ correspondant à la création du Fonds d'actions conventionnelles (FAC : 123 M€, hors EPP déjà dans l'ONDAM), d'emblée intégré au sous-objectif soins de ville et au refinancement par l'assurance maladie de l'apport exceptionnel de la CNSA en 2007 (52 M€). Les autres changements de périmètre sont internes à l'ONDAM.

Impact des changements de périmètre sur la base 2008

en milliards d'euros	Transferts et		
	Base à champ 2007	changements de périmètre	Base à champ 2008
Soins de ville	69,4	-0,140	69,3
Établissements de santé tarifés à l'activité	47,4	0,000	47,4
Autres Dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	0,000	18,2
Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,8	0,217	5,0
Contribution de l'AM aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	0,000	7,0
Autres prises en charge	0,8	0,098	0,9
ONDAM	147,7	0,175	147,9

Le tableau ci-dessous récapitule les montants et les taux d'évolution de l'ONDAM 2008 par sous-objectif

en Mds€	Construction		
	Base 2008	Sous- objectifs	Taux d'évolution objectifs
SYNTHESE 2008			
1) Soins de ville	69,3	70,7	2,0%
Total ONDAM hospitalier	65,6	67,7	3,2%
2) Etablissements de santé tarifés à l'activité	47,4	48,9	3,2%
3) Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2	18,8	3,0%
Total ONDAM médico-social	12,0	12,8	6,5%
4) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,0	5,4	8,1%
5) Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0	7,4	5,3%
6) Autres prises en charge	0,9	0,9	2,0%
ONDAM TOTAL	147,9	152,1	2,8%

2. ONDAM et comptes de branche

Le passage de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie aux objectifs de dépenses fait intervenir plusieurs mécanismes.

Il est tout d'abord sujet à des effets de champ : au sein des objectifs de dépenses des branches sont pris en compte des postes de charges plus nombreux que ceux intégrés dans le champ de l'ONDAM, comme le montre le tableau ci-dessous :

Objectif de la branche maladie, maternité, invalidité décès	Objectif de la branche AT-MP		
Hors ONDAM	ONDAM		Hors ONDAM
<i>A. Gestion technique</i>	<i>A. Gestion technique</i>	<i>A. Gestion technique</i>	<i>A. Gestion technique</i>
I. Prestations sociales: -prestations en espèce =IJ maternité -prestations invalidité décès -prestations extra-légales (action sanitaire et sociale*) -Actions de prévention -Autres prestations	I. Prestations légales maladie maternité, hors IJ maternité: -prestations en nature maladie maternité: -prestations en espèce IJ maladie	I. Prestations pour incapacité temporaire: -prestations en nature (ville, établissements) -IJ suite à AT	-prestations pour incapacité permanente
II. Charges techniques	II. Charges techniques dont: -prise en charge de cotisations des professionnels libéraux -dotation aux fonds (FIQCS, FAC FMESPP)		II. Charges techniques -rentes AT -dotation au fond amiante
III. Diverses charges			III. Diverses charges
IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM			IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM
V. Charges financières			V. Charges financières
<i>B. Gestion courante</i>	<i>B. Gestion courante</i>		<i>B. Gestion courante</i>
	-aide à la télétransmission		
<i>C. Charges exceptionnelles</i>			<i>C. Charges exceptionnelles</i>

source : Cour des comptes / actualisation DSS

(*) Depuis fin 2006, les dépenses au titre des ALD 31/32 ont basculé des prestations extralégales (action sanitaire et sociale) aux prestations relevant du risque maladie, qui sont comptabilisées dans l'ONDAM.

Le champ des prestations de l'ONDAM est plus limité que celui des prestations d'assurance maladie (il ne couvre pas les prestations en espèce maternité, par exemple) et surtout que celui des prestations de la branche AT-MP (il ne couvre pas les rentes...).

Il est à noter également qu'une part croissante des dépenses de l'ONDAM n'ont pas le caractère de prestations : dotations aux fonds (FAC, FMESPP), prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, aides à la télétransmission...

Dès lors, le rythme d'évolution des charges de l'ensemble des régimes de base maladie ou du régime général est tributaire des dynamiques variables pouvant affecter ces différents postes de charges. C'est l'une des raisons pour lesquelles ce rythme peut s'écarter sensiblement du taux d'évolution de l'ONDAM. Ceci est en

particulier vrai pour la branche accidents du travail/maladies professionnelles dans laquelle le poids de l'ONDAM est limité à 30 % environ des charges et se réduit constamment avec la part croissante des dépenses liées aux fonds amiante. Pour la maladie, le poids de l'ONDAM reste très important. Ainsi, il représente environ 80 % des charges de la CNAMTS.

Ensuite, l'ONDAM et les objectifs de dépenses reposent sur des concepts de nature très différente. L'ONDAM est un concept de nature économique, alors que les dépenses des régimes sont retracées selon des règles comptables. Ainsi, le taux d'évolution de l'ONDAM est le taux d'évolution entre les dépenses prévisionnelles de soins, en droits constatés, au titre de l'année n et l'objectif pour l'année n+1. Or les dépenses prévisionnelles de soins au titre de l'année n font l'objet de révisions régulières, jusqu'en n+2, se rapprochant de plus en plus de la réalité économique définitive de la consommation de soins remboursés de l'année n. En revanche, les dépenses de prestations de l'année n figurant dans les comptes sont arrêtées une fois pour toute lors de la clôture des comptes. Des dotations aux provisions prennent en compte la prévision de dépenses de soins à financer au titre de l'exercice clos et non encore facturées, mais ces montants de dotations sont eux-mêmes, comptablement, définitifs. Ainsi le passage du taux d'évolution de l'ONDAM au taux d'évolution des prestations doit tenir compte du fait que des révisions de base de l'ONDAM ont pu intervenir depuis la clôture des comptes, s'écartant de la base comptable qui, elle, est définitive dans les comptes des régimes.

Enfin, les objectifs de dépenses sont des objectifs propres au régime général ou bien reposant sur l'addition des données de l'ensemble des régimes de base obligatoire, alors que l'ONDAM est construit d'emblée comme un objectif inter régimes. Or, les dépenses de prestations de chaque régime sont influencées par des facteurs socio-démographiques qui lui sont propres, ce qui peut conduire leur évolution individuelle à différer sensiblement de celle de l'ONDAM.

Ainsi le caractère économique, inter régimes et périodiquement actualisable de l'ONDAM diffère du caractère comptable, reposant sur l'addition des comptes de chaque régime et construit à partir des comptes définitivement clos de l'année précédente des objectifs de dépenses du PLFSS. L'exercice de prévision nécessaire à la construction d'objectifs de dépenses cohérents avec l'ONDAM repose donc sur de nombreux retraitements et conventions.

La fiche 15-2 du rapport de la Commission des Comptes de la Sécurité Sociale de septembre 2007 décrit en détail le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité des comptes de la CNAMTS.

PARTIE II : ONDAM ET BESOINS DE SANTÉ PUBLIQUE

Une fois prise en compte l'évolution du niveau de prise en charge, les déterminants de l'évolution de l'ONDAM sont les mêmes que ceux des dépenses de santé en général. Parmi les facteurs contributifs à la croissance de l'ONDAM et des dépenses de santé en général, les facteurs à caractère exogène tels que le vieillissement, le progrès technique et les mutations économiques ont des impacts forts. Une analyse détaillée de ces facteurs était présentée dans l'annexe 7 du PLFSS pour 2007.

Cette année, l'annexe 7 apporte un éclairage particulier sur les efforts financiers consacrés aux priorités de santé publique. Elle consacre des développements aux obstacles qui doivent être levés pour supprimer les entraves financières et territoriales à l'accès aux soins.

D'importants gisements d'efficience existent dont l'exploitation est indispensable pour garantir la viabilité du système compte tenu de l'écart entre les ressources financières et les besoins de santé publique à financer.

1. L'évolution des dépenses d'assurance maladie permet de faire face aux besoins de santé publique

1.1. État de santé en France

De nombreux éléments mentionnés ci-dessous sont issus des données de cadrage du Programme de Qualité et d'Efficience (PQE) « maladie » figurant en annexe 1 du présent PLFSS.

La France occupe le deuxième rang mondial - derrière le Japon - de l'espérance de vie à 65 ans (PQE Maladie indicateur 7 de la partie de cadrage). Et, avec une espérance de vie à la naissance de 76,7 ans, les Français vivent presque un an de plus que les Européens (75,8 ans). La France doit sa situation favorable aux femmes qui vivent environ deux ans de plus que la moyenne européenne.

Selon l'INED, le principal facteur de la poursuite récente des progrès de l'espérance de vie en France, est la diminution de la mortalité cardio-vasculaire qui s'est accélérée depuis le milieu des années 80. En moyenne, les maladies de l'appareil circulatoire représentent 29 % des causes de décès en France contre 40 % dans les autres pays de l'union européenne (PQE Maladie indicateur 3 de la partie de cadrage). Au contraire, la proportion de décès imputables au cancer est en France supérieure de trois points à la moyenne des pays européens, notamment en raison d'un nombre de décès par cancers du poumon et de la gorge plus élevé pour les hommes.

Au-delà de l'accès au soin, les facteurs de risque tels que l'alcool et le tabac, la nutrition, la sédentarité ou la conduite dangereuse se manifestent plus souvent dans les groupes « ouvriers-employés » plutôt que chez les cadres et professions intellectuelles supérieures. Les cancers de l'œsophage et des voies aéro-digestives supérieures et les causes directement liées à l'alcoolisme expliquent 20 % de la surmortalité du groupe « ouvriers-employés », les accidents 15 %, les suicides 11 % et les cancers du poumon 9 % (PQE Maladie indicateur 6 de la partie de cadrage).

La mortalité prématurée est également un facteur préoccupant, sur ce point la France doit faire des progrès : la comparaison des taux standardisés de mortalité prématurée dans les pays de l'Union européenne place la France derrière ses voisins européens de développement comparable. Le classement de la France s'explique surtout par la mortalité prématurée élevée des hommes, alors que celle des femmes se situe dans la moyenne (PQE maladie indicateur 4 de la partie de cadrage). Plusieurs points sont cependant en progrès : le recul de la mort subite du nourrisson depuis le début des années 1990 (PQE maladie indicateur 5 de la partie de cadrage) et les gains d'espérance de vie sans incapacité (PQE maladie indicateur 7 de la partie de cadrage), +2,5 % par an en moyenne sur la période 1991-2003.

1.2. Assurance maladie et accès aux soins

Au-delà des réponses ciblées aux besoins de santé publique (cf. infra) des réponses structurelles passent par la garantie aux patients d'un bon accès aux soins.

a. Évolution de la part des dépenses de soins à la charge des ménages

La part dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux prise en charge par la sécurité sociale et l'État est restée stable depuis le début des années 80 à hauteur de 78 %. Cette part croît de manière structurelle *via* l'augmentation du nombre d'assurés qui bénéficient d'une exonération du ticket modérateur et par la déformation de la structure de consommation vers des soins et biens médicaux mieux remboursés. À l'inverse les mesures de limitation de la prise en charge n'ont eu qu'un impact très limité : création du secteur avec droit à dépassement, baisse ou suppression de la prise en charge de certains médicaments, révision des règles de prise en charge des soins liés aux actes techniques lourds, participation forfaitaire de 1€, parcours de soins.

Tableau 4 : Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux de 1985 à 2006

en %	1985	1990	1995	2000	2005	2006
Sécurité sociale	78,7	77,4	77,0	77,1	77,2	77,0
État et collectivités locales	2,4	1,1	1,1	1,2	1,3	1,4
Sous-total : sécurité sociale, État et collectivités locales	81,0	78,6	78,1	78,3	78,5	78,4
Mutuelles	5,4	6,4	7,3	7,7	7,4	7,4
Ménages et autres assurances complémentaires (*)	13,6	15,0	14,7	14,1	14,1	14,2

Source : DREES – réropolation des comptes de la santé

(*) Ce poste comprend les dépenses proprement dites des ménages et les remboursements des assurances et des institutions de prévoyance, qui ne peuvent être distingués avant 1992. Ce regroupement est cependant sans conséquence pour la portée de l'analyse, car, la part à la charge des ménages s'est peu modifiée depuis le début des années quatre-vingt-dix.

b. La part croissante des ALD

Les Affections Longue Durée (ALD) représentent aujourd'hui près de 8 millions de patients et 14 % des assurés. En 2004, le montant tous régimes des dépenses de soins consacrées aux patients en ALD atteignaient pas loin de 56 milliards d'euros⁽¹⁾. Au total, ces dépenses représentent 60 % des remboursements d'assurance maladie, alors qu'elles n'étaient que de 50 % il y a 15 ans.

Ainsi, ces dépenses augmentent vite et leur dynamisme accentue encore plus leurs poids dans l'ensemble des remboursements. La consommation moyenne d'un assuré en ALD est 7 fois supérieure à celle des autres assurés mais 4 à 5 fois supérieure à âge égal, en tenant compte de leur moyenne d'âge plus élevée (61 ans pour les patients en ALD, et 37 ans pour les non ALD). Elles ont progressé en euros constants de pratiquement 7 % depuis 10 ans.

Cette augmentation résulte plus d'une progression des effectifs + 6 % en moyenne par an que de l'accroissement du coût moyen de leurs soins + 1 % par an. Les plus fortes contributions à la croissance des effectifs en ALD sont le cancer, le diabète, les affections psychiatriques, les maladies cardio-vasculaires, les affections neurologiques et les maladies hépatiques. Les facteurs explicatifs de l'augmentation nette des effectifs des personnes en ALD sont multiples : augmentation du nombre de nouveaux cas grâce à des dépistages plus précoces, augmentation de la propension à demander l'exonération, modifications réglementaires, vieillissement de la population et allongement de la durée de vie des personnes en ALD.

Seule l'ALD Paraplégie fait exception à cette tendance, en diminuant en moyenne de 6,2 % annuellement, ses effectifs sont aujourd'hui d'environ 30 000 patients. La réduction des accidents de la route et les politiques de prévention en matière de sécurité routière⁽²⁾ ont été bénéfiques sachant qu'un patient coûte en moyenne 18 000 € par an à l'assurance maladie. Depuis 4 ans les admissions en ALD Paraplégie continuent de baisser, passant de 2 240 en 2003 à 1 800 en 2006.

S'agissant du coût moyen des ALD, il a progressé de + 1 % en euros constants par an en moyenne sur la période 1994-2004. Cette progression est modeste et ne se confirme pas sur toutes les ALD. Pour certaines affections, les coûts moyens se sont en effet fortement accrus sous l'effet des nouvelles thérapeutiques plus coûteuses. C'est le cas par exemple de l'hémophilie (+ 7,3 %), du VIH (+ 5,5 %) et de la sclérose en plaque (+ 4,3 %). Aussi, selon la CNAMTS, à comportement inchangé, si les tendances passées en matière de prévalence se prolongent, les dépenses des ALD pourraient atteindre 70 % des remboursements dès 2015.

Au-delà des 8 millions d'assurés en ALD (dont 7,4 pour le seul régime général), il existe une proportion importante de patients dits chroniques, qui représenteraient pratiquement 30 % des assurés selon une étude récente publiée par la CNAMTS⁽³⁾. Cette étude segmente la population des assurés du régime général selon 4 catégories : 1/ les patients chroniques qui regroupent des gros consommateurs de soins, pour la plupart souffrant de pathologies cardio-vasculaires, 2/ les patients aigus hospitalisés,

(1) Source CNAMTS : Points de repère n°3 : coût des trente affections de longue durée pour l'assurance maladie.

(2) Les actions en faveur de la sécurité routière ont permis de diviser par 2 le nombre de tués alors que la circulation augmentait de 80 % sur la même période. Source : Les grandes données de l'accidentologie. Direction de la sécurité et de la circulation routière.

(3) Source CNAMTS : Point d'information mensuel du 5 juillet 2007 : les dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2015.

non chroniques mais ayant eu une hospitalisation dans l'année et qui concernent pour l'essentiel la maternité, 3/ les faibles consommateurs de soins (remboursement annuels moyens inférieurs à 100 €) et un dernier groupe composé des 4/ « autres patients » non regroupés ailleurs.

Régime général année 2005	Nombre d'assurés en millions	En %	Dépenses de soins de ville en Md€	En %
ALD	7,4	14 %	25,0	48 %
Patients chroniques	15,9	29 %	16,0	31 %
Patients aigus hospitalisés	2,9	5 %	4,8	9 %
autres patients	15,0	27 %	5,3	10 %
patients consommant pas ou peu de soins	13,5	25 %	0,9	2 %
Total	55,0	100 %	52,0	100 %

Source : CNAMTS

c. L'apport de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et de l'Aide à la Complémentaires Santé (ACS)

L'absence de complémentaire santé a un impact important sur le renoncement aux soins, puisque qu'il est proche de 30 % en 2004 pour ceux qui n'en bénéficient pas (PQE Maladie indicateur I-4 de la partie objectifs et résultats). Les facteurs de difficultés d'accès aux soins liés à des raisons financières ont été diminués grâce à l'apport de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C). Aujourd'hui, plus de 9 personnes sur 10 vivant en France sont couvertes par un contrat de couverture complémentaire maladie ou la CMUC. Une étude récente de l'IRDES⁽⁴⁾ qui s'est intéressée aux niveaux de consommation de l'optique et du dentaire selon le niveau de garantie offert par les complémentaires montre que le niveau de consommation est globalement peu influencé par celui-ci, et qu'à niveau de garantie donné, le milieu social a une influence modérée sur ces consommations. On ne peut donc pas parler d'aléa moral au sens de surconsommation. En revanche, les ménages les plus modestes sont plus sensibles aux coûts des prestations ce qui confirme les difficultés d'accès aux soins faute de moyen.

En l'occurrence, l'écart de renoncement aux soins entre les personnes bénéficiant de la CMUC et celles bénéficiant d'une couverture privée est de 6 points en 2004 (PQE Maladie indicateur I-4 de la partie objectifs et résultats). Même s'il a diminué - il était de 12 points en 2000 - cet écart est suffisamment significatif pour considérer que des difficultés d'accès aux soins demeurent pour les CMUCistes.

(4) Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires. Questions d'économie de la santé IRDES n° 100. Novembre 2005. Lengagne P., Perronnin M.

Afin de réduire l'effet de seuil du plafond de ressources de la CMUC, une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été créée en 2004, pour les assurés dont les revenus sont compris dans une fourchette de 20 % (depuis le 1^{er} janvier 2007) au-dessus du plafond de la CMUC. Cette aide consiste en une contribution financière à l'acquisition d'une assurance complémentaire, d'un montant forfaitaire par tranche d'âge de bénéficiaires, revalorisé au 1^{er} janvier 2006 (100 € pour les moins de 25 ans, 200 € de 25 à 59 ans, 400 € à partir de 60 ans). Le dispositif monte en charge progressivement puisque le nombre de bénéficiaires est passé de 226 000 en mai 2006 à 275 000 en mai 2007 (le fonds CMU estime qu'il atteindra 300 000 fin 2007). Le nombre de bénéficiaires potentiellement éligibles en fonction de leurs ressources est toutefois estimé à environ 2,7 millions de personnes. C'est pourquoi l'élargissement du nombre des bénéficiaires fait partie des objectifs d'amélioration de la politique de santé publique du gouvernement. Un ensemble de mesures ciblées est actuellement mis en œuvre pour améliorer la lisibilité du dispositif auprès des populations susceptibles d'être concernées (bénéficiaires de minima vieillesse, d'allocation logement) compte tenu de leurs ressources, au travers notamment d'actions de communication, en particulier la présentation de l'aide sous la forme d'un « chèque » à faire valoir lors de l'acquisition d'une complémentaire.

d. Les dépassements

Les dépassements occupent une place importante dans les honoraires totaux des spécialistes. Entre 1980 et 2004, les dépassements par tête en euros courants ont augmenté à un rythme annuel moyen de 9,8 % alors que les Honoraires Sans Dépassement (HSD) par tête ont augmenté de 5 % par an. La part des dépassements par tête dans les honoraires est ainsi passée de 5,5 % en 1980 à 14,4 % en 2004⁽⁵⁾.

Pour certaines spécialités, la part des médecins de secteur 2 est devenue prédominante. C'est tout particulièrement le cas pour les spécialités chirurgicales : neurochirurgie et urologie (80 %), orthopédie (75 %), la chirurgie générale 70 %. Viennent ensuite l'endocrinologie (60 %), l'ORL (55 %), l'ophtalmologie et la gynécologie (50 %).

Si ces dépassements ont ainsi fortement progressé depuis 25 ans, la population dont le choix est de fait restreint à des médecins de secteur 2 est orientée à la baisse sur la période récente : entre 2003 et 2006, la part de la population résidant dans les départements où au moins 50 % des spécialistes exercent en secteur 2 est passée de 16,8 % à 16,3 % et celles résidant dans les départements avec au moins 20 % des omnipraticiens en secteur 2 de 21,9 % à 17,4 % (PQE Maladie indicateur 1-3 de la partie objectifs et résultats).

Contrairement au ticket modérateur, les dépassements ne font pas l'objet d'une prise en charge systématique par les organismes complémentaires. L'exposition varie sensiblement avec le lieu d'installation des médecins et selon les spécialités.

(5) Fiche éclairage maladie 9-3 du rapport de la CCSS juin 2007 : évolution des honoraires des médecins libéraux sur longue période.

(6) Avis sur les conditions d'exercice et de revenu des médecins libéraux, adopté par le Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, mai 2007.

e. Les disparités géographiques

La densité médicale en France est supérieure de 28 % à la densité moyenne des pays de l'OCDE (3,36 au lieu de 2,62⁽⁶⁾). Sur la période 2000-2006, la croissance des effectifs des médecins est de l'ordre de + 1,1 % en moyenne annuelle. Elle s'accompagne cependant d'un vieillissement des effectifs qui devrait se traduire selon les projections à l'horizon 2025 d'une diminution ramenant le nombre des médecins à celui observé au milieu des années 1980. Toutefois, la densité médicale projetée pour la France resterait supérieure à celle des autres grands pays développés (2,83).

En revanche, le risque d'accroissement des déséquilibres géographiques est important, alors que le recours aux soins devrait s'accroître avec le vieillissement spontané de la population. Si, aujourd'hui, la population résidant sur un territoire considéré comme problématique en termes d'accès aux généralistes n'excède pas 5 % de la population totale métropolitaine selon deux études de la CNAMTS et de la DREES, cette proportion risque de croître dans les dix années à venir.

En 2005, la densité régionale moyenne des omnipraticiens (libéraux et salariés) est de 166,3 pour 100 000 habitants avec un rapport de 1 à 1,4 entre le minimum et la maximum ; celle des spécialistes (libéraux et salariés) est de 174,1 pour 100 000 habitants avec un rapport de 1 à 2 entre le minimum et le maximum (PQE Maladie indicateur 8 de la partie de cadrage). On observe aujourd'hui exactement la même disparité de densité médicale que celle qui prévalait au début des années 1970, Les inégalités de répartition des médecins sont anciennes et n'ont été que faiblement réduites en vingt ans. Par ailleurs dans un contexte de démographie croissante, les hiérarchies n'ont pas vraiment changé avec les déficits se présentant toujours dans les mêmes régions⁽⁷⁾. Aujourd'hui, peu de zones présentent des déficits importants pour toutes les composantes de l'offre de soins de premier recours. La part de la population vivant dans un bassin de vie dont la densité de médecins généralistes est inférieur de 30 % à la médiane est de l'ordre de 3 % et stable depuis 2003 (PQE Maladie indicateur 1-1 de partie objectifs et résultats). De plus, il existe des phénomènes spontanés d'ajustement de l'offre. L'accès aux soins spécialisés semble plus contrasté. Les écarts entre densité moyenne de spécialistes libéraux des départements situés au-dessus ou en dessous de la moyenne se sont accrus entre 2002 et 2005 (PQE Maladie indicateur 1-1 de partie objectifs et résultats) passant de 50,4 à 52,5. La répartition géographique de certaines spécialités s'avère critique : c'est le cas par exemple des ophtalmologues (libéraux + salariés) et des ORL dont les écarts de densité départementales varient, en 2006, de 1 à 11 (source : ADELI). À l'inverse, certaines régions bénéficient d'un nombre de professionnels important, comme les régions du sud de la France (PQE maladie indicateur 8 de la partie de cadrage).

Pour les auxiliaires médicaux, la dispersion de l'offre sanitaire apparaît encore plus marquée même si les évolutions au cours du temps sont plus contrastées. Les écarts de densité départementale des infirmiers libéraux allaient de 1 à 4,75 en 1984 ; ils vont de 1 à 7,8 en 2006. Cependant il faut tenir compte de la complémentarité entre infirmières et structures médico-sociales. L'offre de place en Établissement

(7) Améliorer la répartition géographique des médecins : les mesures adoptées en France. QES n°122.

d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) est plus forte là où les infirmières sont moins nombreuses (PQE invalidité et dispositifs gérés par la CNSA indicateur 5 de la partie de cadrage). Les écarts de densité des kinésithérapeutes libéraux varient de 1 à 3 en 2006 au lieu de 1 à 7,1 en 1980 (calculs effectués en excluant Paris).

1.3. Plusieurs plans en cours visent à améliorer structurellement l'offre de soins au regard des besoins de santé publique

La construction de l'ONDAM, dans toutes ses composantes, permet de prendre en compte les besoins de santé publique, notamment retracés par les plans nationaux thématiques. Les plans nationaux déterminent les priorités d'action en santé publique, portant à la fois sur la prévention et les soins curatifs. Ils sont financés par l'État (programmes « santé » en loi de finances) et par les caisses nationales d'assurance maladie. Une partie, non retracée dans les développements suivants, peut être assurée, par les collectivités locales. Enfin, les associations, aidées par des financements publics, contribuent à la dépense en santé publique.

Les éléments qui suivent traitent des plans en cours en 2007.

a. Le bilan des plans qui s'achèvent en 2007

Le plan **périnatalité** démarré en 2005 comportait un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une meilleure prise en charge s'accompagnant de la création d'un nombre de près de 2600 postes. Au total 224 M€ ont doré et déjà été consommé sur les 239 M€ prévus à cette fin dans le budget des établissements de santé. (Cf. éléments détaillés en annexe 7a).

Le plan **urgences** sur la période 2004-2007 a consacré 433 M€ au renforcement des SAMU, SMUR et services d'urgences, à l'augmentation des capacités d'hospitalisation d'aval et à l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées. (Cf. éléments détaillés annexe 7b).

Le Volet « soins et innovations » du plan **cancer** a permis de financer des appuis aux innovations, des équipements lourds et renforcer les équipes soignantes à hauteur de 160 M€ sur 2006 et 2007 (Cf Annexe 7c). Ces budgets contribuent à l'amélioration structurelle des soins liés aux traitements du cancer et financés par l'assurance maladie. Le coût des soins a fait l'objet d'une étude par l'INCA⁽⁸⁾. Ils représentent annuellement près de 11 Mds€ pour l'assurance maladie. Le coût total de l'ALD 30 « Tumeur maligne » représente une progression moyenne annuelle de + 7,8 % sur la période 1994-2004 dont 6,3 % au titre de la croissance des effectifs et 1,4 % lié à l'augmentation du coût moyen en euros constants par patient.

(8) Rapport de l'INCA de mars 2007 : Analyse économique des coûts du cancer en France.

Le plan **Alzheimer** sur la période 2004-2007 a consacré 56 M€ au soutien des structures sanitaires et médico-sociales spécifiques (Cf. éléments détaillés en annexe 7d). Le futur plan qui débutera au 1^{er} janvier 2008, devrait permettre l'amélioration de la prise en charge médico-sociale des personnes dépendantes autant par le renforcement des structures d'accueil temporaire que par l'amélioration de l'hébergement en maisons de retraite.

Les mesures proposées visent :

- Le renforcement de la prise en charge à domicile, il comprend :
 - l'augmentation du nombre de places créées en services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) : 6 000 places nouvelles en 2008 contre 4 000 auparavant,
 - des créations de places en accueil de jour, avec 2125 places nouvelles, et en hébergement temporaire, 1125 places nouvelles, pour prévenir les situations de crise et favoriser le répit des aidants. Ainsi que la prise en charge des frais de transport des personnes vers les accueils de jour ;
- L'amélioration de l'offre de soins en établissement :
 - avec la création nouvelle de places en établissement : 7 500 places en 2008 contre 5 000 en 2007,
 - la médicalisation des établissements qui prévoit 7 à 8 personnels supplémentaires par établissement ;
- un plan d'investissement s'élevant à au moins 250 millions d'€ dès 2008 financés sur les réserves de la CNSA pour rénover les établissements existants et en construire de nouveaux.

b. D'autres plans d'actions de santé publique sont en cours

« Le plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 »

Compte tenu notamment du caractère défavorable des indicateurs de santé mentale et de la nécessité d'accompagner la mise en œuvre des volets psychiatrie des SROS III, le plan de santé mentale 2005-2008 prévoit un ensemble d'actions visant à offrir aux personnes souffrant de troubles psychiques des réponses diversifiées et adaptées, quels que soient leur environnement social, leur pathologie ou leur handicap.

Le plan psychiatrie et santé mentale, articulé autour de cinq axes, est doté d'un effort budgétaire pluriannuel important, portant à la fois sur le fonctionnement et sur les investissements :

- Axe 1 : « des prises en charge décloisonnées » : 199,2 M€ sur 2005-2008, dont 110 M€ de crédits assurance maladie et CNSA ;
- Axe 2 : « des patients, des familles, des professionnels » : 3,2 M€ de soutien aux associations (2005-2006, PLF), 100 M€ (2005-2008, PLFSS) pour le renforcement de la formation initiale et continue des professionnels, 14 M€ par an inscrits à titre pérenne dans la base budgétaire des établissements de santé en soutien en groupe IV pour le remboursement de l'emprunt en fonctionnement (ONDAM hospitalier – PLFSS) et 10 M€ par an de subventions au titre du FMESPP (PLFSS), sur la période 2006-2010, en soutien de l'évolution de l'offre de soins en psychiatrie ;

- Axe 3 : « développer la qualité, l'évaluation et la recherche » : 0,180 M€ (PLF 2005-2008) pour le fonctionnement d'un GIS spécifique, 36 M€ (PLFSS 2006-2008) pour améliorer l'information en psychiatrie, par l'aboutissement et le déploiement de la Valorisation de l'Activité en Psychiatrie (VAP) souhaitée par les professionnels ;
- Axe 4 : « mettre en œuvre des programmes spécifiques sur la période 2005-2008 » : 6,1 M€ (PLF 2005) dans le cadre de la prévention du suicide, et 66,88 M€ (PLFSS 2005-2008) sur un ensemble d'actions en direction des différents publics (professionnels, malades) ;
- Axe 5 : « mettre en œuvre suivre et évaluer le plan » : pas de budget assigné.

Financier	En millions d'euros					
	2005	2006	2007	2008	Total 2005-2008	%
État	7,6	6,1	13,2	13,2	40,0	17 %
Assurance maladie	Non connu	76,7	54,9	61,0	192,5	83 %
Total Plan	7,6	82,7	68,0	74,1	232,5	100 %

S'agissant du volet hospitalier du plan psychiatrie et santé mentale, l'accompagnement budgétaire s'élève pour l'année 2008 à 34,6 M€ en dépenses assurance maladie pour le public et 11,56 M€ pour le privé soit au total 46,16 M€.

Pour les établissements publics, les crédits se répartissent comme suit :

- extension en année pleine des crédits 2007 (ODAM hors USLD) alloués aux centres de ressources pour auteurs d'infractions sexuelles (0,6 M€, permettant le fonctionnement en année pleine des centres créés en régions Île-de-France et PACA/Corse) et en géro-psycho-geriatrie (1M€, permettant, dans le cadre d'une « expérimentation » nationale le financement d'équipes pluridisciplinaires pour assurer la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiques) ;
- renforcement des moyens humains des équipes de psychiatrie (4^e et dernière tranche prévue sur la période 2005-2008) : 33 M€ en dépenses assurance maladie (soit 36,41 M€ en dépenses totales) qui se décomposent comme suit :

Une dotation, non fléchée sur des programmes spécifiques et répartie entre régions sur la base d'un critère populationnel pondéré doit permettre d'améliorer les conditions de fonctionnement des structures de prise en charge psychiatrique dans l'ensemble de leurs facettes : adapter l'hospitalisation complète en psychiatrie et améliorer la réponse aux urgences, mais également renforcer la prise en charge ambulatoire et en alternatives à l'hospitalisation.

Des programmes spécifiques devant faire l'objet d'un appel d'offre national: 4,9 M€ se décomposant en :

- centres de ressources pour auteurs d'infractions sexuelles : 1,86M€, correspondant à la 4^e tranche de ce programme et visant à achever la structuration d'un réseau de professionnels en charge des auteurs de violences sexuelles ;
- équipes mobiles de psychiatrie à destination des personnes en situation de précarité et d'exclusion : 3,03 M€, correspondant à la 4^e tranche de ce programme et visant à favoriser la prise en charge précoce et adaptée des besoins en santé mentale des personnes en situation de précarité.

Pour les établissements privés, les crédits s'élevant à 11,56 M€ : 2M€ pour l'extension en année pleine VAP et 9,56 M€ pour la création de places en alternative à l'hospitalisation complète.

« Plan national maladies rares 2005-2008 »

Financier	En millions d'euros					
	2005	2006	2007	2008	Total 2005-2008	En %
État	0,9	1,4	1,4	1,3	5,0	6 %
Assurance maladie	17	20	20	20	77,0	94 %
Total Plan	17,9	21,4	21,4	21,3	82,0	100 %

Avec 94 % de participation au financement du plan, les crédits de l'Assurance maladie concourent au financement des structures hospitalières via des appels à projets auprès des laboratoires hospitaliers de biologie moléculaire pour la réalisation de tests diagnostiques et auprès des centres hospitaliers universitaires pour le développement de programmes hospitaliers de recherche clinique sur les maladies rares et pour la labellisation de centres de référence pour la prise en charge des maladies rares (132 centres labellisés fin 2007) sur la durée du plan.

« Plan Amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 »

Financier	En millions d'euros					
	2006	2007	2008	Autres années	Total 2006-2010	En %
État	0,3	1,4	0,5	1,1	3,2	12 %
Assurance maladie	7,4	2,4	2,7	11,1	23,5	88 %
Total Plan	7,7	3,7	3,2	12,1	26,7	100 %

Le « Plan d'amélioration de la prise en charge de la douleur 2006-2010 », annoncé en mars 2006, poursuit l'action entreprise depuis dix ans contre la douleur, priorité des usagers des établissements de santé et des patients souffrant de maladies chroniques. L'action se développe en lien avec les plans cancer et maladies chroniques et avec les préoccupations liées à la fin de vie, aux soins palliatifs, aux personnes âgées ou dépendantes.

Les crédits Assurance maladie participent à hauteur de 88 % au financement du plan. Ils sont destinés au renforcement et au développement des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle avec :

- la valorisation de l'activité de prise en charge de la douleur chronique rebelle
- le renforcement en personnel des structures spécifiques de prise en charge
- l'amélioration des conditions d'accueil des personnes malades par l'aménagement et la rénovation de ces structures.

Pour 2008, les crédits Assurance maladie demandés visent à poursuivre le renforcement en personnel des structures de prise en charge de la douleur chronique rebelle à hauteur de 1,8 M€ et, dans le cadre du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, 0,9 M€ pour l'amélioration des conditions d'accueil dans ces structures.

Plan amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques

Financier	En millions d'euros				
	2007	2008	Autres années	Total plan	En %
État	2,8	2,7	5,1	10,6	1 %
Assurance maladie	132,9	151	432,2	716,1	99 %
Total Plan	135,7	153,7	437,3	726,7	100 %

Le plan amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, annoncé le 24 avril 2007, répond à une priorité de l'Organisation mondiale de la santé et est centré sur le malade et non plus sur la maladie.

Financé à 99 % par l'assurance maladie, les crédits sont destinés à rémunérer l'activité d'éducation du patient à l'hôpital et en ville, améliorer la prise en charge des actes de prévention des maladies chroniques, augmenter les possibilités de prise en charge des patients à domicile et en appartements thérapeutiques et inscrire le thème « qualité de vie et maladies chroniques » dans le Programme hospitalier de recherche clinique.

Plan pour la prise en charge et la prévention des addictions 2007-2011

Le plan addictions prévoit la somme de 77 M€ par an, dont 13,5 M€ au titre du dispositif médico-social, soit 385 M€ au total pour la durée du plan.

Ce plan prévoit un renforcement des trois niveaux de prise en charge que sont les consultations (effort de 81 M€ sur la durée du plan), les équipes de liaison en addictologie (effort de 61 M€ sur la durée du plan) et les centres de référence (effort de 23 M€ sur la durée du plan). S'y ajoute un effort annuel de 10 M€ pour revaloriser les tarifs de séjours hospitaliers de prise en charge.

- le financement du ministère de la santé, en 2007, sert au fonctionnement de la commission addictions, au financement partiel des médecins-relais conjointement avec le ministère de la justice, au développement du repérage précoce intervention brève (RPIB), au financement d'associations notamment des associations d'entraides et d'auto-support et au financement conjoint avec l'INSERM d'une expertise collective sur le jeu pathologique.
- les crédits de l'ONDAM médico-social servent à financer le dispositif de prise en charge en addictologie (Centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques chez les usagers de drogues (CAARUD), communautés thérapeutiques) en vue de créer de nouvelles structures et de renforcer le dispositif existant.

33 M€ sont consacrés en 2007 à la mise en œuvre du plan avec une répartition de 31 M€ pour le renforcement ou la création de structures hospitalières en addictologie et de 2 M€ pour la création d'un GHS spécifique pour les sevrages résidentiels complexes. La répartition entre les régions est basée sur le critère de la population.

Pour 2008, il est proposé un montant de 2,5 M€ (en dépenses totales) pour la création de 20 nouvelles équipes de liaison en addictologie ; 6 M€ pour la création de 6 nouvelles structures de niveau 2 ; 2,5 M€ (en dépenses totales) pour la création de 3 nouvelles structures de niveau 3, 5 M€ au titre du GHS sevrage complexe dans les structures de niveau 2 et 3. Par ailleurs, après un pic en 2007, la demande de sevrage tabagique amorcera une descente en 2008. Dans ce contexte, il est proposé de créer en 2008, 27 consultations d'addictologie (à orientation plus généraliste) pour un montant de 6 M€ (en dépenses totales).

c. Les plans médico-sociaux

« Le plan Solidarité grand âge »

Le plan solidarité grand âge prévoit sur la période 2007-2011 un effort global en faveur des personnes âgées.

> Adapter l'hôpital aux personnes âgées.

Les crédits 2007, à hauteur de 28,3 M€ se répartissent en :

- court séjour gériatrique : 7,6 M€ ;
- Hôpitaux de jour gériatriques : 3,3 M€ ;
- SSR gériatriques : 6,5 M€.

La répartition prévisionnelle de l'enveloppe 2008 est la suivante :

- Court séjour gériatrique : 15 M€ ;
- Hôpitaux de jour gériatriques : 7,5 M€ ;
- SSR gériatriques : 7,5 M€ ;
- USLD : 20 M€ ;
- Extension en année pleine des mesures 2007 : 28,3 M€.

> Développer une politique de libre choix du domicile pour permettre aux personnes âgées de rester chez elles le plus longtemps possible

Les crédits 2007, à hauteur de 51 M€, se répartissent en :

- création de 6 000 places de SSIAD : 37 M€ ;
- création de 2 125 places d'accueil de jour : 8 M€ ;
- création de 1 125 places d'hébergement temporaire : 6 M€.

La répartition prévisionnelle de l'enveloppe 2008 est la suivante :

- création de 6 000 places de SSIAD : 32 M€ ;
- création de 2 125 places d'accueil de jour : 10,6 M€ ;
- création de 1 125 places d'hébergement temporaire : 6 M€.

> Inventer la maison de retraite de demain : des établissements en plus grand nombre et médicalisés en fonction de la dépendance et des soins requis de leurs résidents

Les crédits 2007, à hauteur de 304 M€, se répartissent en :

- création de 5 000 places d'EHPAD : 38 M€ ;
- prise en charge d'une partie de l'investissement : 25 M€ ;
- poursuite de la médicalisation des établissements et prise en compte de la charge en soins de santé : 241 M€.

La répartition prévisionnelle de l'enveloppe 2008 est la suivante :

- création de 7 500 places d'EHPAD : 62,5 M€ ;
- poursuite de la médicalisation des établissements et prise en compte de la charge en soins de santé : 243 M€.

« Plan Handicap »

Le constat fait en 1999 d'un retard très important dans la mise en place de structures d'accueil pour les personnes handicapées et plus généralement pour les personnes très lourdement handicapées a justifié la mise en place, à compter de cette date, de plans pluriannuels de créations de places dont le dernier lancé en 2005 s'est terminé en 2007.

Ces plans ont été complétés par des plans nationaux spécifiques (Plans périnatalité, santé mentale, autisme, maladies chroniques...) ou par des enveloppes supplémentaires notamment pour le polyhandicap, les handicaps rares ou les traumatisés crâniens.

Pour l'année 2007, les mesures nouvelles inscrites dans l'ONDAM médico-social au titre de la dernière tranche de créations de places s'élèvent globalement à 238,2 M€ (61,9 M€ pour les enfants et 165,3 M€ pour les adultes handicapés).

Installation de places et crédits engagés de 1999 au 30 juin 2006

Etablissement ou service	Crédits engagés	Places autorisées	Places installées	Taux de réalisation
CAMSP-CMPP	27,6M€	(*)	(*)	
CRA	1,7M€	(*)	(*)	
SESSAD	130,3M€	9 043	7 878	87%
IME, IEM, CEM	115,3M€	3 493	2 584	74%
ITEP	12,3M€	366	157	43%
Accueil temporaire et équipe mobile enfants	0,8M€	22	2	9%
Total enfants	287,9M€	12 924	10 621	82%
Total MAS-FAM	499,7 M€	14 153	8 741	62%
Total SAMSAH et SSIAD	32,1M€	2 745	1 598	58%
AJ-HT (MAS-FAM)	2,5 M€	76	70	92%
CPO-CRP	4,0M€	102	88	86%
UEROS et équipe mobile adultes	4,1 M€	84	63	75%
Total adultes	542,3M€	17 160	10 560	62%
Total	830,3M€	30 084	21 181	70%

(*) Pour les CAMSP, les CMPP et les CRA, leur capacité ne peut pas s'apprécier en places, on évalue leur activité en termes de file active. Les crédits complémentaires octroyés au titre des plans pluriannuels servent dans ce cas à financer de nouvelles structures, mais aussi et souvent à renforcer les équipes existantes.

En 2007 la CNSA, après proposition des régions, a notifié :

- une enveloppe de 65,0 M€ de crédits assurance maladie pour la création de places en établissements et services pour les enfants et adolescents, soit :
 - 0,2 M€ pour la prévention (CAMSP et CMPP) ;
 - 5,2 M€ pour 157 places d'ITEP ;
 - 20,6 M€ pour 1 238 places de SESSAD ;
 - 9,2 M€ pour 184 places pour polyhandicapés ;
 - 14,3 M€ pour 305 places pour autistes.

- une enveloppe de 135,4 M€ de crédits assurance maladies pour la création de places en établissements (MAS et FAM) et en services médico-sociaux (SAMSAH), soit :
 - 66,1 M€ pour 964 places de MAS ;
 - 37,2 M€ pour 1 663 places en FAM ;
 - 5,2 M€ pour 102 places d'accueil temporaire ;
 - 18,9 M€ pour 1 545 places de SSIAD et de SAMSAH ;
 - 8,1 M€ pour 664 places de SAMSAH dédiées pour les personnes souffrant de troubles psychiques.

1.4. L'importance du poids de l'innovation dans la dépense pharmaceutique

a. Le déplacement de la consommation vers les molécules les plus récentes et chères représente un coût annuel supplémentaire d'environ un milliard d'euros

Les dépenses de médicaments en ville représentent 15 % des dépenses totales de l'assurance maladie entrant dans le champ de l'ONDAM et 31 % des dépenses de soins de ville ; elles connaissent par ailleurs une évolution dynamique. Elles constituent ainsi une composante essentielle de la croissance des remboursements. Au cours des dernières années, on explique l'essentiel de ces dépenses par une part croissante des produits dits « chers » à forte teneur en innovation.

Tableau 1. Évolution des composantes de la croissance annuelle des ventes de médicaments remboursables sur la période 2001-2006

Année	Effet prix	Effet boîtes	Effet structure	Croissance totale	CAHT en Ms€
2001	- 1,4 %	1,4 %	7,4 %	7,4 %	14 354
2002	- 1,6 %	0,3 %	5,3 %	4,0 %	14 935
2003	- 0,5 %	0,6 %	5,9 %	6,1 %	15 842
2004	- 0,4 %	- 1,1 %	7,7 %	6,2 %	16 823
2005	- 1,0 %	3,4 %	4,4 %	6,8 %	17 969
2006	- 3,9 %	- 5,7 %	11,1 %	0,7 %	18 096
2006*	- 4,0 %	1,1 %	5,8 %	2,7 %	18 031

* Hors remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant intervenus en mars 2006.

Sources : DSS/6B – Données GERS – Marché de ville.

Encadré 1 : La décomposition de la croissance des ventes de médicaments

L'évolution globale est le produit d'un effet prix, d'un effet volume et d'un effet structure.

L'effet « **prix** » correspond à l'évolution des prix unitaires des médicaments entre les années n et $n+1$ ⁽⁹⁾.

L'effet « **volume** » est le rapport entre le nombre de boîtes vendues en $n+1$ et le nombre de boîtes vendues en n .

L'effet de « **structure** » ou effet de modification des parts de marché entre n et $n+1$ mesure la déformation de la structure des ventes. Cette dernière peut s'opérer entre différentes classes ou à l'intérieur d'une même classe thérapeutique, selon que la consommation s'oriente vers des produits plus chers (resp. moins chers) au sein d'une même classe ou que la consommation des classes thérapeutiques les plus coûteuses est plus (resp. moins) dynamique.

Quelle que soit l'année, si l'on exclut les nouveaux médicaments, les prix unitaires des présentations existantes de médicaments baissent. Cette baisse résulte de la politique conventionnelle menée sur le médicament ; elle est encore plus marquée en 2006 (cf. infra). S'agissant des volumes, l'évolution est fortement corrélée avec les épisodes épidémiques comme on peut l'observer sur les années 2002 et 2004. En revanche, si sur certaines classes de médicaments – statines, antibiotiques – les actions de maîtrise médicalisée ont infléchi les niveaux de consommation, au global les volumes de consommation restent élevés.

La croissance des dépenses s'explique majoritairement par un effet de structure. Cet effet se situe entre 4,5 et 7,5 % selon les années. **En moyenne depuis 2001, il est de 6,1 points, ce qui représente en gros 1 Md€ de dépenses annuelles supplémentaires.** L'effet de structure résulte de plusieurs facteurs : introduction des nouvelles molécules sur le marché, nouveaux génériques, nouvelles présentations et déplacement de la consommation des médicaments remboursables existants vers des présentations plus onéreuses. L'introduction des nouvelles molécules a contribué positivement à hauteur de 56 % et 45 % en 2005 et 2006 à l'effet de structure, ce qui représente un montant de 421 M€ en 2005 et 467 M€ en 2006 dépensés au titre de l'innovation thérapeutique ⁽¹⁰⁾. Ces montants sont des minorants car ils sont basés sur les coûts de l'innovation mesurée dès la première année dont les niveaux ne sont pas représentatifs de ceux constatés ultérieurement avec la diffusion de plus en plus grande des produits. A contrario, les nouveaux génériques font baisser l'effet de structure à hauteur de - 9,1 % en 2005 et - 34,5 % en 2006, soit une économie de 67 M€ en 2005 et de 359 M€ en 2006 au titre de l'élargissement du répertoire du générique ⁽¹¹⁾.

(9) L'effet « prix » est calculé à champ constant, en valorisant les présentations de l'année n qui ne sont plus vendues l'année $n+1$ par leur prix de l'année n .

(10) L'innovation est mesurée en comptabilisant les nouvelles molécules apparues en cours de l'année plus l'effet report de l'impact financier des molécules apparues l'année précédente. Par ailleurs, la date prise en compte pour l'entrée sur le marché correspond à la date effective des ventes sur le marché et non à la date de l'inscription dans la base de données du GERS.

(11) L'effet de structure est analysé en détail dans la fiche 9-1 du rapport de la CCSS de juin 2007.

b. L'économie permise par les déremboursements engagés depuis 2003 peut être évaluée à un montant cumulé maximum de 600 millions d'euros sur 5 ans (2003-2008)

Tirant les conséquences du travail scientifique de réévaluation du service médical rendu de certaines classes de médicaments effectué par la Haute autorité de santé, les déremboursements quant à eux représentent un potentiel d'économies de 600 M€ s'échelonnant en trois vagues successives. La 1^{re} vague de déremboursement (25 octobre 2003) a concerné 82 spécialités⁽¹²⁾. Il s'agissait d'un ensemble varié comprenant entre autres des traitements anti-tussifs, dermatologiques ou antiseptiques. L'économie pour l'assurance maladie a été de l'ordre de 50 M€. Le 1^{er} mars 2006, pour la deuxième vague, 282 spécialités supplémentaires ont été radiées de la liste des spécialités remboursables⁽¹³⁾, les classes les plus concernées ont été les antidiarrhéiques, les mucolytiques et la phytothérapie sédative. Un rendement de 305 M€ en année pleine a été prévu sur les spécialités déremboursées. Les veinotoniques ont été maintenus temporairement au remboursement à un taux de 15 % pour permettre aux médecins et aux patients d'adapter leur comportement, les économies pour l'assurance maladie s'élevant à 155 M€ année pleine. La troisième phase de réévaluation du service médical rendu des médicaments a concerné des médicaments à prescription obligatoire (antidiarrhéiques, vasothérapie, stimulants intellectuels...), certains médicaments restant remboursés au taux provisoire de 15 %, qui prend fin au 1^{er} janvier 2008. Le rendement des derniers déremboursements est estimé à 110 M€ en année pleine.

Ces évaluations peuvent cependant surestimer l'impact financier réel de cette politique de gestion dynamique de la liste des produits remboursés sur les comptes de l'assurance maladie, car elles mesurent l'effet direct des déremboursements sans tenir compte des reports de prescription sur des produits de substitutions remboursables. Une étude de la commission des comptes de la sécurité sociale (Rapport de septembre 2007, fiche 9-3) a ainsi fait apparaître que les reports de prescription sur certains classes ont minoré de 7 à 10 % l'économie finale pour l'assurance maladie.

c. Les comparaisons internationales confirment l'importance de la consommation française du médicament, en particulier sur les spécialités les plus récentes et coûteuses

Dans ce contexte, la maîtrise des volumes de consommation est un objectif important des pouvoirs publics, or plusieurs études montrent une prédominance française en matière de consommation pharmaceutique.

Le rapport du HCAAM de juillet 2006 indique que le poids du médicament dans le PIB en France est le plus élevé de l'OCDE (2,11 % en 2005). La part du médicament dans les dépenses de l'assurance maladie atteint 18 % en 2003 en France contre 14 % en Allemagne et 12 % en Angleterre. La Drees a mis en évidence qu'en 2004,

(12) Arrêté du 24 septembre 2003 paru au JO du 25 septembre 2003.

(13) Arrêté du 17 janvier 2006 paru au JO du 25 janvier 2006.

la France a enregistré les ventes de médicaments par habitant les plus élevées avec une dépense de 284 € par habitant et par an contre environ 200 € pour le Royaume-Uni, l'Italie et l'Espagne. Cette surdépense résulte à la fois de quantités consommées supérieures à hauteur de 55 % et de prix moyen inférieurs à la moyenne de 20 %. Selon le rapport d'information sur la protection sociale et la réforme des retraites en Suède⁽¹⁴⁾ remis au Sénat en juillet 2007, la différence de coût du système de santé entre la France et la Suède apparaît très sensible en ce qui concerne les dépenses de médicament par habitant et mentionne qu'en dépit d'une forte augmentation de ce poste de dépenses dans ces deux pays au cours des années quatre-vingt et quatre-vingt-dix, le rapport varie pratiquement du simple au double : près de 600 dollars (à parité de pouvoir d'achat) en France, contre moins de 350 dollars en Suède⁽¹⁵⁾.

Ainsi, de nombreux travaux mettent en évidence, de manière récurrente, la forte consommation de médicaments en France, tant au niveau européen qu'au niveau mondial. Des études récentes semblent relativiser ce constat en se concentrant sur certaines classes thérapeutiques et en faisant varier le niveau d'agrégation analysé⁽¹⁶⁾. Ainsi constatent-elles que pour certaines classes thérapeutiques la France a perdu sa place de première consommatrice, c'est le cas par exemple des anti-hypertenseurs et des anti-asthmatiques. Elles observent par ailleurs une convergence des niveaux de consommation avec les autres pays européens. Il convient toutefois de rester prudent sur les conclusions de ces analyses. En premier lieu, si la France n'est plus la 1^{re} consommatrice pour certaines classes, elle conserve la première place au niveau global de la consommation médicamenteuse. De plus, ces études omettent des classes fortement contributrices à la croissance comme les antithrombotiques, antianémiques et anticancéreux et ne tiennent pas non plus compte de la consommation de médicaments à l'hôpital dont la croissance demeure très dynamique par rapport au marché de ville. Enfin, si ces études ont le mérite de rentrer dans une analyse fine des classes thérapeutiques, elles ne font pas suffisamment état de la spécificité française liée à la diffusion rapide de l'innovation, la conduisant souvent en bonne place sur les traitements des molécules à la fois plus récentes et les plus coûteuses dont l'usage est ailleurs généralement réservé aux traitements de dernière intention. Ainsi, la France est la 1^{re} consommatrice de sartans dans la classe des anti-hypertenseurs et 2^e consommatrice de β 2-stimulants + corticoïdes dans la classe des anti-asthmatiques en Europe. Cette caractéristique se retrouve également dans la consommation des antibiotiques où non seulement la dépense se distingue par une consommation plus importante de médicaments de dernière génération mais où la France figure aussi parmi les plus forts consommateurs de l'Union européenne (PQE Maladie indicateur 4-3 de la partie objectifs et résultats ; cf. également la fiche 9-2 du rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2007).

(14) Rapport d'information fait au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (MECSS) de la commission des Affaires sociales sur la protection sociale et la réforme des retraites en Suède, Alain Vasselle et Bernard Cazeau.

(15) Données de l'OCDE 2004.

(16) *Évolution comparée de la consommation de médicaments dans 5 pays européens entre 2000 et 2004 : analyse de 7 classes pharmaco-thérapeutiques*, Essec Centre de Recherche, G. Viens, K. Levesque, P. Chahwakilian, A. El Hasnaoui, A. Gaudillat, G. Nicol, C. Crouzier, Juin 2007.
La consommation médicamenteuse dans 5 pays européens : une réévaluation, Étude pour le LEEM, C. Le Pen, H. Lemasson, C. Roullière-Lelidéc, Avril 2007.

Tableau 2 : Évolution de la consommation d'antibiotiques en ville, en France, exprimée en DDD/1 000 personnes et par jour. Données de remboursement, rapprochées des données européennes publiées par l'ESAC. Source CNAMTS

	2002	2003
France (1)	36,6	33,1
France (2)	32,1	29,0
Grèce (2)	30,5	31,4
Italie (2)	24,4	25,6
Pays-Bas (2)	9,8	9,8
Espagne (2)	19,3	20,6
Allemagne (2)	13,8	13,9

Source : (1) données de remboursement (2) données ESAC.

De surcroît, en termes de comparaison européenne la France a longtemps affiché sur le marché des génériques un retard important par rapport à celui de ses principaux voisins. Désormais, le taux de pénétration du générique sur le marché des médicaments généricables en France atteint un niveau comparable à un pays tel que l'Allemagne, grâce à une politique volontariste menée depuis 2000 (PQE maladie indicateur 4-2 de la partie objectifs et résultats). Toutefois, des marges de progrès subsistent encore, pour endiguer notamment le déport des prescriptions vers les produits brevetés. Ce phénomène, en effet, ne se retrouve pas dans les autres pays européens : à titre d'exemple, dans le domaine des anti-ulcéreux (IPP) : au Royaume-Uni, 83 % des prescriptions d'IPP sont réalisées dans le répertoire des génériques contre 50 % seulement en France d'après la CNAMTS⁽¹⁷⁾.

Autre spécificité, la France apparaît comme le pays européen où le lien entre « consultation/ordonnance/prescription » est le plus systématique. Selon les données fournies par IMS (PQE Maladie indicateur 4-2 de la partie objectifs et résultats), le pourcentage d'ordonnances ne donnant pas lieu à prescription est de 10 % et il est relativement stable depuis 2003, alors que ce taux est beaucoup plus élevé dans les autres pays européens. En effet, selon la CNAMTS, en 2005, la part des ordonnances sans prescription s'élève respectivement à 18 % en Espagne, 28 % en Allemagne et 57 % aux Pays-Bas⁽¹⁸⁾. Pour l'essentiel, les médicaments en France sont sur prescription et remboursables (90 % du marché du médicament) et l'excès de prescription paraît lié à une pratique généralisée plutôt qu'au seul comportement atypique de certains médecins.

(17) Point d'information mensuel du 5 juillet 2007.

(18) CNAMTS (2005), « Le rapport des français et des européens à l'ordonnance et aux médicaments », oct. Repris de HCAAM (2007), Rapport annuel, juil., p. 55.

En dernier lieu, la consommation hospitalière demeure très dynamique par rapport au marché de ville. Le chiffre d'affaire du médicament à l'hôpital ne représente pas loin de 4,4 milliards d'€ en 2005⁽¹⁹⁾ et il s'inscrit également dans une logique de financement de l'innovation puisque près du quart des dépenses de médicaments des CHU et les trois quarts de celles des Centres de Lutte Contre le Cancer (CLCC) s'expliquent par l'achat d'antinéoplasiques ou d'immunomodulateurs, classe de médicaments la plus coûteuse destinée au traitement des cancers⁽²⁰⁾.

d. Dans certains cas précis, l'accès à l'innovation médicamenteuse est possible avant même l'autorisation de mise sur le marché

Le système sanitaire français organise la possibilité pour le patient atteint de maladies graves ou rares d'obtenir un traitement innovant et adapté sans attendre le déroulement de l'ensemble des expertises préalables aux autorisations et avis requis des différentes agences sanitaires en vue de la mise à disposition du médicament dans les conditions de droit commun. Le régime particulier **des autorisations temporaire d'utilisation (ATU)** créé en 1994 permet en effet la mise sur le marché, avec prise en charge intégrale par l'assurance maladie, de médicaments innovants traitant des maladies rares ou graves, en l'absence de traitement approprié, avant l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché (AMM).

Deux catégories d'ATU sont définies par le code de la santé publique :

- **les ATU dites de cohorte**, qui sont accordées pour un an renouvelable par l'AFSSAPS à la demande du titulaire des droits d'exploitation des médicaments. L'efficacité et la sécurité des médicaments concernés doivent être fortement présumées au vu des résultats d'essais thérapeutiques auxquels il a été procédé en vue d'une demande d'AMM et cette demande doit avoir été déposée ou le laboratoire doit s'engager à la déposer dans un délai déterminé. Lorsqu'un médicament bénéficie d'une ATU de cohorte, tous les patients répondant à l'indication de l'ATU y ont accès ;
- **les ATU dites nominatives**, sont accordées par l'AFSSAPS pour la durée du traitement et au maximum pour un an. Les ATU nominatives sont renouvelables. Elles sont accordées à la demande d'un médecin pour un patient donné. L'efficacité et la sécurité du médicament pour l'indication dans laquelle elle est utilisée pour le patient concerné doivent être présumées en l'état des connaissances scientifiques et le médicament doit être susceptible de présenter un bénéfice réel. Il peut être accordé des ATU nominatives pour un seul patient ou pour plusieurs patients, le cas échéant, dans des indications différentes.

Ces médicaments innovants et généralement très coûteux bénéficient d'une prise en charge intégrale par l'assurance maladie *via* les crédits des Missions d'Intérêt Général et à l'Aide à la Contractualisation (MIGAC) des hôpitaux, lorsqu'ils sont destinés à des patients hospitalisés, ou bien, directement par les caisses d'assurance

(19) Rapport sur le médicament à l'hôpital, AFSSAPS, juin 2007.

(20) Les médicaments dans les établissements de santé en 2005. Marie-Émilie Clerc et Brigitte Haury, DREES avec la collaboration de Jérôme Vernois, DHOS. Études et résultats N° 563, mars 2007.

maladie lorsqu'ils sont délivrés à des patients ambulatoires dans le cadre de la rétrocession hospitalière. Afin d'assurer la continuité des soins des patients, la prise en charge intégrale des ATU, est prolongée jusqu'à ce que le médicament bénéficie d'une AMM et soit ensuite pris en charge à ce titre, après avis de la Haute autorité de santé, lors de son inscription sur la liste des médicaments remboursables et/ou sur celle des spécialités agréés à l'usage des collectivités.

Pour apporter tous les éclaircissements indispensables, la circulaire ministérielle du 11 avril 2007 vient de préciser à l'attention des différents acteurs les modalités d'acquisition, de dispensation par les établissements de santé et de prise en charge par l'assurance maladie des médicaments faisant l'objet ou ayant fait l'objet des autorisations temporaires d'utilisation.

Un nombre significatif de médicaments traitant des maladies rares emprunte aujourd'hui ce statut dérogatoire avant sa mise sur le marché: c'est le cas récemment par exemple, des spécialités Elaprase (traitement du syndrome de Hunter) ou de Myosyme (traitement de la maladie de la Pompe).

Tableau 3 : Nombre d'ATU nominatives et d'ATU de cohorte depuis 2000

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Octroi d'ATU de cohorte	7	8	4	3	4	6	10
Octroi d'ATU nominatives	26 833	23 285	21 133	21 037	24 291	21 058	24 874

Source : rapport annuel 2006 de l'AFSSAPS

L'onco-hématologie est le domaine le plus concerné (23 %). Enfin, parmi les 422 médicaments désignés orphelins par la Commission européenne depuis avril 2000, 20 % étaient déjà connus des autorités sanitaires car utilisés dans le cadre d'ATU (source : rapport annuel 2006 de l'AFSSAPS).

Les achats par les établissements de santé de médicaments sous ATU sont évalués en 2006 à 200 M€ (source : rapport d'activité 2006 du comité économique des produits de santé, juillet 2007). Sur ce montant, seule une faible part est financée par les crédits MIGAC des hôpitaux (environ 30 M€), correspondant à des patients hospitalisés. La différence, soit environ 170 M€, correspond probablement à des stockages et à des médicaments sous ATU délivrés à des patients ambulatoires, dans le cadre de la rétrocession hospitalière, ces montants faisant l'objet d'un remboursement sur facture par les caisses d'assurance maladie aux établissements de santé.

L'impact financier croissant pour l'assurance maladie lié aux médicaments sous ATU dispensés à l'hôpital a conduit à organiser un mécanisme d'encadrement des prix des médicaments sous ATU, jusqu'alors largement soustraits à tout contrôle. L'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a ainsi prévu l'obligation pour le laboratoire de déclarer au comité économique des produits de santé (CEPS) le montant de l'indemnité maximale réclamée aux établissements de santé pour le produit. Ce même article prévoit un mécanisme de récupération destiné à éviter des prix trop élevés de médicaments sous ATU. Ainsi, dès lors que le prix réclamé dans le cadre de l'ATU, excède le prix fixé ultérieurement par le CEPS lors de l'inscription au remboursement au titre de l'AMM, le CEPS récupère sous forme de remise tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé et celui qui aurait résulté de l'application du prix fixé par le comité. Ce mécanisme se met en place progressivement.

Par ailleurs, un suivi budgétaire plus fin, avec pilotage national, a été mis en place pour les médicaments sous ATU les plus coûteux (cas des spécialités Myosyme, Elaprase, Soliris) permettant d'optimiser l'allocation des ressources, en tenant compte de la réalité des besoins des patients.

2. D'importants gisements d'efficience et d'équité demeurent

Les développements ci-dessous en donnent deux illustrations.

2.1. Les écarts régionaux sur le poste de dépense de soins de ville sont en partie inexpliqués

Les résultats présentés ci-dessous proviennent de l'actualisation d'une étude de la DREES publiée en mars 2005 dans les dossiers solidarité et santé sur les indicateurs départementaux de dépenses de santé⁽²¹⁾. Les développements qui suivent visent à quantifier, pour chacune des 22 régions métropolitaines et pour les principaux postes de dépense des soins de ville, les écarts par rapport à la moyenne des remboursements de soins du régime général qui ne peuvent pas s'expliquer par les caractéristiques observables de la demande de soins.

(21) Études sur les dépenses de santé. Dossiers Solidarité et Santé n° 1 – janvier - mars 2005.

Encadré 2 : Précisions méthodologiques

Les dépenses prises en compte sont issues des données de la Statistique Mensuelle de la CNAMTS, exprimées en dépenses remboursées par bénéficiaire du Régime Général en 2006. Les postes de dépenses étudiés sont le total des soins de ville, les médicaments, les soins infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, de médecins généralistes et de médecins spécialistes. Pour chacun de ces postes, une équation de dépense par tête a été estimée au niveau départemental afin de disposer d'un nombre suffisant d'observations⁽²²⁾.

Les dépenses prises en compte sont les dépenses de ville remboursées par les CPAM. Même si un assuré se fait soigner en dehors de sa région, ses dépenses seront bien attribuées à sa région d'appartenance. Les transferts de soins entre régions concernent surtout les dépenses hospitalières, puisqu'elles sont financées par le budget de l'hôpital et ne sont pas attribuables à la région d'origine du patient. C'est notamment pour cela que l'analyse se limite ici aux dépenses de ville.

Les variables permettant de caractériser la demande sont la structure par âge et sexe de chaque département⁽²³⁾, l'indicateur comparatif de mortalité (ICM) calculé par l'Inserm⁽²⁴⁾ et la proportion de personnes en affection de longue durée (ALD) corrigée de la structure démographique départementale. Cette dernière variable explique bien les remboursements versés par l'assurance maladie compte tenu de l'exonération du ticket modérateur dont bénéficient les personnes en ALD, et c'est bien une variable de demande dans la mesure où l'exonération dépend de critères médicaux. Toutefois, elle peut aussi refléter des différences locales de gestion des entrées et sorties en ALD. Il y a ainsi, à âge donné, une plus grande proportion de personnes en ALD en Corse ou en PACA que dans le Nord - Pas-de-Calais ou en Picardie qui présentent pourtant des ICM reflétant un moins bon état de santé.

Les équations estimées ont permis, pour chaque type de soins, d'estimer les effets respectifs de chacune de ces variables de demande sur les remboursements par bénéficiaires versés par l'assurance maladie. Dans un deuxième temps, ces coefficients estimés ont été appliqués aux caractéristiques régionales de la demande de soins et ont donc permis d'estimer une dépense régionale théorique, tenant compte de la structure démographique, de l'ICM et de la part des assurés en ALD. La confrontation de cette dépense régionale théorique par bénéficiaire à la dépense réellement observée permet au final d'identifier les régions pour lesquelles les remboursements versés par l'assurance maladie apparaissent élevés ou faibles au regard des caractéristiques de la demande de soins, et de quantifier ces écarts.

(22) Le choix méthodologique d'une estimation au niveau départemental plutôt que régional permet de disposer de 95 observations au lieu de 22, ce qui permet une meilleure validité statistique des coefficients estimés.

(23) Les variables démographiques utilisées pour l'étude sont les proportions de bénéficiaires du régime général de moins de 20 ans, de femmes de 20 à 49 ans, d'hommes de 20 à 49 ans, de femmes de 50 à 69 ans, d'hommes de 50 à 69 ans, et de personnes de 70 ans et plus.

(24) L'indicateur comparatif de mortalité est un indice de surmortalité à structure démographique donnée. Un indice supérieur à 100 indique une mortalité plus élevée que la moyenne et inversement.

a. Quantifier les écarts régionaux de remboursements de soins de ville en tenant compte des caractéristiques de la demande de soins

L'observation des dépenses remboursées par le régime général de l'assurance maladie fait apparaître de fortes disparités d'une région à l'autre. Ainsi, les dépenses de soins de ville par bénéficiaire s'établissent en 2006 à 1 510 euros en Corse ou à 1 260 euros en Provence-Alpes-Côte d'Azur, mais à seulement 820 euros dans la région Pays de la Loire (tableau 4). Naturellement, ces disparités de dépenses renvoient pour partie à des disparités dans les besoins de soins. Les régions ayant une population plus âgée (Corse, PACA) ou dont la population a un état de santé moins bon que la moyenne nationale (Nord-Pas-de-Calais, Picardie) ont des besoins de soins supérieurs aux régions dont la population est plus jeune et en meilleure santé que la moyenne (Île-de-France). Pour autant, une partie des disparités régionales de dépenses de santé ne peuvent pas s'expliquer par les différences régionales de demande de soins, et peuvent renvoyer à des différences d'offre de soins, lesquelles peuvent à leur tour induire dans une certaine mesure la demande de soins. Les disparités régionales de dépenses peuvent aussi être liées à des caractéristiques ou à des comportements locaux difficiles à mesurer.

Tableau 4 : Caractéristiques régionales de la demande de soins et disparités de remboursements de soins de ville en 2006

REGION	Proportion de bénéficiaires âgés de plus de 70 ans	Indice synthétique d'exonération pour ALD à structure démographique donnée	ICM : indicateur comparatif de mortalité à structure démographique donnée	dépense de ville observée par bénéficiaire (€)	dépense de ville estimée par bénéficiaire (€)	écart "dépense observée - dépense estimée" par bénéficiaire (€)	nombre de bénéficiaires du régime général (en milliers)	écart total (M€)
ALSACE	10,0%	11,7	105	958	949	8	1 670	14
AQUITAINE	12,3%	12,3	98	1 047	1 043	4	2 570	11
AUVERGNE	12,3%	13,2	104	981	1 061	-80	1 096	-87
BASSE NORMANDIE	10,9%	11,1	100	866	901	-35	1 218	-43
BOURGOGNE	12,7%	11,9	103	967	1 023	-57	1 362	-77
BRETAGNE	10,7%	12,0	106	937	980	-43	2 498	-107
CENTRE	12,0%	11,7	100	925	965	-39	2 158	-85
CHAMPAGNE ARDENNE	10,6%	11,4	107	936	943	-7	1 129	-8
CORSE	12,7%	15,3	100	1 508	1 229	279	230	64
FRANCHE COMTE	11,0%	11,3	100	880	909	-29	1 009	-29
HAUTE NORMANDIE	10,1%	12,0	108	913	937	-24	1 663	-40
ILE DE FRANCE	8,7%	11,9	90	828	893	-65	11 526	-748
LANGUEDOC ROUSSILLON	11,7%	13,0	99	1 161	1 084	77	2 128	164
LIMOUSIN	13,9%	12,0	99	1 027	1 045	-18	579	-11
LORRAINE	10,4%	11,2	111	960	913	47	2 062	97
MIDI PYRENEES	11,1%	11,8	94	1 038	957	80	2 304	185
NORD PAS DE CALAIS	8,4%	11,7	121	975	905	70	3 723	260
PAYS DE LA LOIRE	10,1%	10,5	97	817	827	-10	2 962	-29
PICARDIE	9,6%	11,9	116	955	942	13	1 654	21
POITOU CHARENTES	12,2%	10,8	97	927	931	-4	1 380	-6
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	12,9%	13,3	96	1 263	1 105	158	4 403	695
RHONE ALPES	10,4%	11,4	95	925	899	26	5 439	142

Source : Drees, à partir de données de la Cnamts. Champ : Régime général.

Lecture : à structure démographique, indicateur comparatif de mortalité et proportion de personnes en ALD comparables, les remboursements de soins de ville par bénéficiaire versés par le régime général sont supérieurs à la moyenne de 158 € dans la région PACA ; cette dépense supplémentaire par bénéficiaire entraîne 695 M€ de remboursements supplémentaires pour le régime général en PACA.

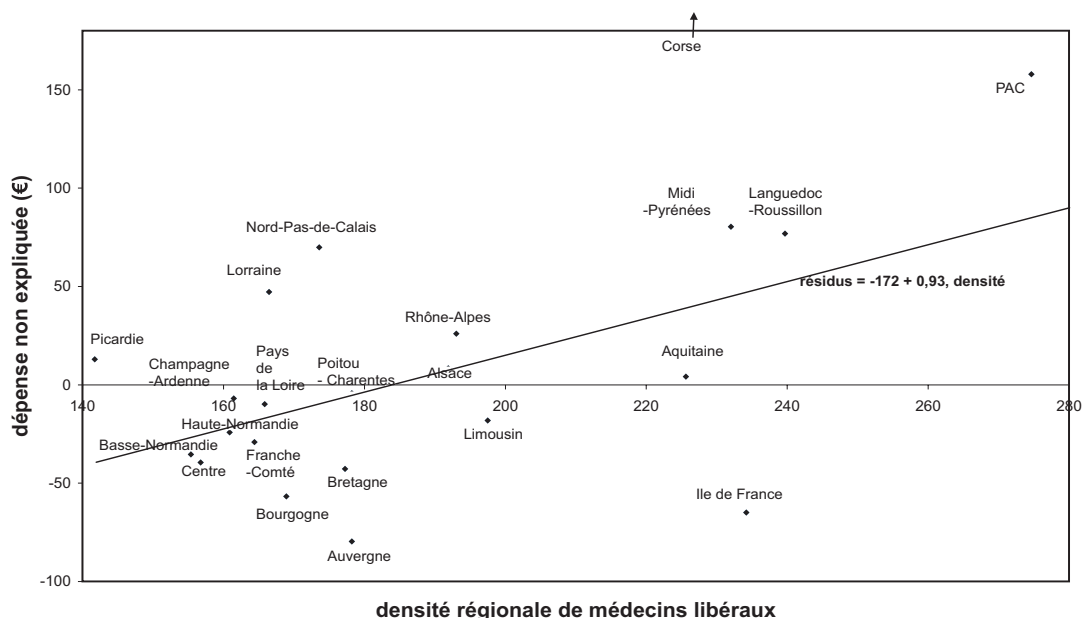
b. Il existe une corrélation élevée entre les écarts régionaux de remboursements de soins de ville et la densité de médecins libéraux

Il apparaît ainsi que les dépenses élevées observées en Corse ou en région PACA ne peuvent pas entièrement s'expliquer par les caractéristiques d'âge, d'état de santé des habitants de ces régions ou de proportion de personnes en ALD (tableau 4). En

effet, en Corse, la dépense remboursée de soins de ville est supérieure de 279 euros à la dépense théorique par bénéficiaire de l'assurance maladie. En région PACA, cet écart est de 158 euros. En Auvergne, au contraire, les dépenses réelles apparaissent inférieures de 80 euros à la dépense théorique. Ces écarts ne peuvent toutefois pas s'interpréter sans précaution comme des dépenses excessives ou insuffisantes au regard des caractéristiques de la demande de soins. En effet, rien ne permet d'identifier quelle serait la dépense de soins optimale. Le modèle estimé ne prend ainsi pas en compte l'offre hospitalière de soins, et il est possible qu'il existe certaines substitutions entre soins de ville et soins hospitaliers expliquant une partie des écarts.

Toutefois, le graphique 1 démontre l'existence d'une corrélation forte entre la part des dépenses de soins de ville inexplicée par le modèle et la densité de médecins libéraux. Dans l'absolu, ce type de corrélation ne permet pas de conclure qu'une offre médicale libérale importante conduit à des dépenses excessives, elle pourrait aussi bien traduire un rationnement des soins dans les régions les moins bien dotées. Mais dans un contexte de densité médicale élevée en France par rapport à nos voisins européens, il est probable que cette corrélation traduise une certaine inefficience de la dépense dans les régions les mieux dotées en médecins libéraux. Cette influence de la densité médicale sur les dépenses de santé a déjà été documentée dans de nombreuses études, tant macro que micro-économiques. Des comparaisons internationales montrent que les dépenses de santé sont plus sensibles à la densité médicale dans les systèmes de paiement à l'acte, comme en France, qui incitent les professionnels de santé libéraux à moduler leur activité pour atteindre un objectif de revenu ⁽²⁵⁾.

Graphique 1 : Dépense non expliquée de soins de ville et densité de médecins libéraux



Source : Drees, à partir de données CNAMTS, en et Éco-santé.

(25) Mahieu (2000) « Les déterminants des dépenses de santé : une approche macro-économique » Insee, document de travail G2000/01.
 Delattre, Dormont (2005) « La régulation de la médecine ambulatoire en France : quel effet sur le comportement des médecins libéraux », Dossiers Solidarité et Santé n°1, janvier-mars 2005.
 Rochaix (2005) « Le mode de rémunération des médecins », Revue d'Économie Financière, n° 76.

Par ailleurs, des facteurs locaux non observables peuvent influencer la demande de soins et, par suite, les dépenses de santé. Ainsi, à indicateur comparatif de mortalité et proportion de personnes en ALD comparables, l'occurrence des pathologies peut varier entre les régions, par exemple en raison d'habitudes alimentaires ou de conditions de vie différentes. Les coûts de traitements étant variables selon les pathologies, cela pourrait introduire des variations dans la demande de soins non entièrement prises en compte par les variables utilisés dans ce travail⁽²⁶⁾. La régulation locale du système de soins peut aussi varier entre les régions (contrôles des prescriptions, des arrêts de travail, de la bonne utilisation de l'ordonnancier bi-zone, pénétration des génériques...) entraînant des variations de dépenses non directement liées à la demande de soins ou à la densité médicale.

Au total, s'il existe bien une corrélation importante entre la dépense inexpliquée par les facteurs de demande pris en compte et la densité médicale, cette dernière ne saurait expliquer l'ensemble des écarts. Ainsi, malgré des densités médicales proches, les régions PACA et Île-de-France présentent des remboursements de soins de ville par tête respectivement supérieurs et inférieurs à la dépense théorique compte tenu des caractéristiques observables de la demande.

Tableau 5 : Écarts de dépense par rapport à la moyenne à structure d'âge, indicateur comparatif de mortalité et proportion de personnes en ALD donnés

	Soins de ville		Médicaments		Soins infirmiers		Soins de kiné		Soins de généraliste		Soins de spécialistes		Autres soins de ville	
	Ecart total (millions €)	Ecart par tête (€)	Ecart total (millions €)	Ecart par tête (€)	Ecart total (millions €)	Ecart par tête (€)	Ecart total (millions €)	Ecart par tête (€)	Ecart total (millions €)	Ecart par tête (€)	Ecart total (millions €)	Ecart par tête (€)	Ecart total (millions €)	Ecart par tête (€)
PROVENCE ALPES COTE D'AZUR	695	158	106	24	153	35	77	18	18	4	116	26	226	51
NORD PAS DE CALAIS	260	70	42	11	29	8	62	17	52	14	30	8	46	12
MIDI PYRENEES	185	80	2	1	30	13	9	4	27	12	55	24	61	27
LANGUEDOC ROUSSILLON	164	77	20	9	53	25	21	10	10	5	43	20	17	8
RHONE ALPES	142	26	-37	-7	26	5	24	4	-29	-5	-5	-1	163	30
LORRAINE	97	47	14	7	24	12	-2	-1	8	4	19	9	35	17
CORSE	64	279	8	34	17	73	6	26	2	9	12	52	20	86
PICARDIE	21	13	17	10	-8	-5	-1	0	1	0	6	4	5	3
ALSACE	14	8	2	1	-7	-4	-9	-6	26	15	12	7	-10	-6
AQUITAINE	11	4	8	3	-1	0	-2	-1	9	3	29	11	-32	-12
POITOU CHARENTES	-6	-4	13	9	-4	-3	0	0	0	0	-2	-2	-12	-9
CHAMPAGNE ARDENNE	-8	-7	4	3	-2	-2	-4	-3	-2	-2	2	2	-6	-5
LIMOUSIN	-11	-18	12	21	-2	-3	-1	-2	6	10	-13	-22	-13	-22
PAYS DE LA LOIRE	-29	-10	-34	-11	2	1	9	3	6	2	-6	-2	-6	-2
FRANCHE COMTE	-29	-29	1	1	-1	-1	-6	-6	7	7	-9	-9	-20	-20
HAUTE NORMANDIE	-40	-24	0	0	-11	-6	-10	-6	-1	-1	5	3	-23	-14
BASSE NORMANDIE	-43	-35	14	11	4	4	-5	-4	-7	-5	-15	-12	-35	-28
BOURGOGNE	-77	-57	-7	-5	-21	-15	-6	-5	-12	-9	-6	-4	-25	-18
CENTRE	-85	-39	8	4	-31	-15	-8	-4	-10	-5	9	4	-52	-24
AUVERGNE	-87	-80	-16	-15	-18	-17	-4	-4	-6	-6	-11	-10	-31	-29
BRETAGNE	-107	-43	-61	-24	7	3	0	0	-22	-9	-36	-14	5	2
ILE DE FRANCE	-748	-65	-11	-1	-189	-16	-81	-7	-96	-8	-132	-11	-238	-21

Source : Drees, à partir de données de la Cnamts. Champ : Régime général.

Lecture : à structure démographique, indicateur comparatif de mortalité et proportion de personnes en ALD comparables, les remboursements de soins de ville par bénéficiaire versés par le régime général sont supérieurs à la moyenne de 158 € dans la région PACA ; cette dépense supplémentaire par bénéficiaire entraîne 695 M€ de remboursements supplémentaires pour le régime général en PACA.

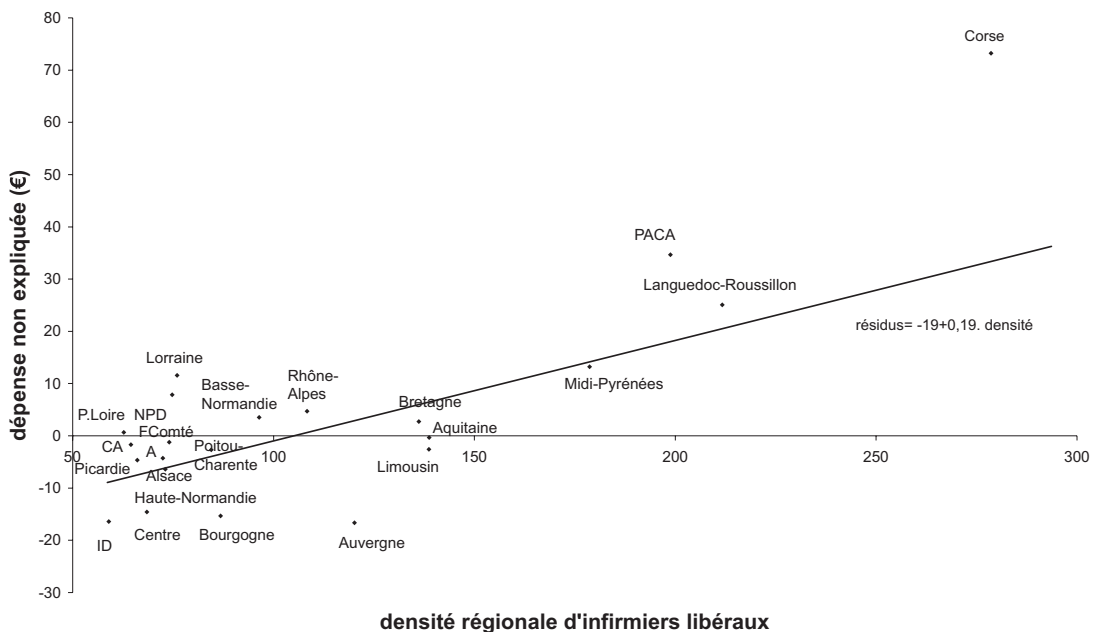
(26) Par exemple, il y a plus de cancers de l'estomac en Haute-Normandie qu'en Picardie, malgré un meilleur ICM et des structures démographiques et des proportions de personnes en ALD proches (source : eco-santé).

Cet exercice réalisé au niveau du total des soins de ville se décline aussi par postes de dépenses, mettant en évidence quelques dépenses observées supérieures à la dépense théorique pour certains postes dans des régions pour lesquelles la dépense totale de soins de ville n'apparaît pourtant pas très supérieure à la dépense théorique (tableau 5). Par exemple, les dépenses de médicaments apparaissent fortes dans le Limousin, les dépenses de soins infirmiers sont élevées en Languedoc-Roussillon, région bien dotée en infirmières libérales, et les dépenses de masseurs-kinésithérapeutes semblent fortes dans le Nord - Pas-de-Calais. Quant aux dépenses de médecins généralistes et spécialistes, il convient de prendre en compte les substitutions possibles entre ces deux types de soins avant de conclure sur le caractère élevé ou pas de la consommation dans une région. Toutefois, à quelques exceptions près (Limousin, Franche-Comté), les régions qui connaissent des dépenses supérieures à la dépense théorique en soins de médecins généralistes, connaissent aussi des dépenses de spécialistes plus élevées (Nord-Pas-de-Calais, Midi-Pyrénées, Languedoc-Roussillon, Alsace). Le dernier poste de dépense présenté dans le tableau 5, intitulé « autres soins de ville », regroupe les remboursements d'analyses, de dentistes, de matériels (LPP), de transports, de prestations en espèces (dont les indemnités journalières), et de prestations diverses, et représente environ un tiers du total des remboursements de l'assurance maladie.

c. L'influence de l'organisation de l'offre de soins : les soins infirmiers

Naturellement, l'organisation de l'offre régionale de soins, et en particulier la répartition entre la ville et l'hôpital est un élément de différenciation entre les régions, non pris en compte ici, et qui peut dans une certaine mesure expliquer les disparités régionales de remboursements de soins de ville.

Graphique 2 : Dépense non expliquée de soins infirmiers et densité d'infirmiers libéraux



Source : Drees, à partir de données CNAMTS, en et Éco-santé.

Toutefois, ces substitutions ville-hôpital influencent vraisemblablement les écarts de manière plus ou moins prononcée selon le type de soins considéré. *A priori* d'effet modeste sur le poste médicament, elles peuvent être d'importance en ce qui concerne les soins infirmiers. En effet, ceux-ci, qui concernent surtout les personnes âgées, peuvent soit relever d'un exercice libéral et compter dans les soins de ville, soit être fournis dans des établissements, comme les Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Le graphique 2 met ainsi en évidence la corrélation entre les dépenses de soins infirmiers non expliquées par le modèle et la densité régionale d'infirmiers libéraux. À structure démographique et état de santé donnés, ce graphique montre que plus il y a d'infirmiers libéraux, plus les dépenses de soins de ville infirmiers par tête sont fortes. En effet, dans les trois régions où ces dépenses par tête sont les plus fortes (Corse, PACA, Languedoc-Roussillon), l'offre en infirmière libérale est particulièrement développée, mais parallèlement l'offre de soins en établissement médico-social est relativement moindre qu'ailleurs.

d. Compte tenu des caractéristiques de la demande, les soins de ville remboursés par l'assurance maladie apparaissent élevés en région PACA

En passant de la dépense par bénéficiaire à la dépense totale, c'est-à-dire en tenant compte du nombre d'assurés du régime général par région, la hiérarchie des régions en fonction du montant total de dépense inexpliquée par les caractéristiques de la demande se modifie logiquement. L'écart de dépenses de ville par rapport à la moyenne se limite à 64 millions d'euros en Corse compte tenu du faible poids démographique de la région, mais représente 695 millions d'euros en PACA (tableau 5). Cette région est de loin celle pour laquelle l'écart de dépense par rapport à la dépense théorique est le plus fort. Ces dépenses élevées concernent en particulier les soins infirmiers, de spécialistes, ou les médicaments. Les caractéristiques de l'offre de soins expliquent une partie de ces écarts, notamment on l'a vu pour les soins infirmiers. L'offre élevée de médecins spécialistes en PACA induit aussi vraisemblablement des substitutions avec les médecins généralistes. Toutefois, les dépenses de généralistes apparaissent-elles aussi supérieures à la moyenne et les dépenses de médicaments ne semblent pas pouvoir se justifier par des substitutions avec d'autres soins. En conséquence, l'offre de soins abondante en région PACA semble conduire à des dépenses de soins de ville supérieures à celles des autres régions. Loin derrière la région PACA, les autres régions présentant des écarts de dépenses de ville élevés par rapport à la moyenne théorique sont les régions Nord - Pas-de-Calais (260 millions d'euros), Midi-Pyrénées (185 millions d'euros), Languedoc-Roussillon (164 millions d'euros) et Rhône-Alpes (142 millions d'euros). Au contraire, dans la région Île-de-France, les dépenses apparaissent inférieures de 748 millions d'euros par rapport à la moyenne, même après avoir tenu compte de la jeunesse de la population et de son bon état de santé, et malgré une offre de soins élevée.

Les calculs présentés ici situent les dépenses régionales par rapport à une dépense théorique moyenne tenant compte des caractéristiques de la demande de soins. Mais d'autres références pourraient être prises. Par exemple, la Bretagne se caractérise par une offre de soins (densité de médecins libéraux, nombre de lits d'hospitalisation par habitant) proche de la situation médiane, et la dépense par tête est dans cette région inférieure à la dépense théorique tenant compte de la structure démographique

et de l'état de santé de la population, sans pour autant être la région pour laquelle cette dépense par tête est la plus basse. **Si, après avoir tenu compte des différences de demande de soins, les dépenses par tête étaient en région PACA au même niveau que celles de la Bretagne, les dépenses totales de soins de ville seraient inférieures de 880 millions d'euros aux dépenses effectivement réalisées. Si on appliquait ce même calcul à toutes les régions⁽²⁷⁾, alors les dépenses de soins de ville seraient réduites de 3 milliards d'euros.**

En conclusion, il semblerait donc que les disparités régionales de dépenses de santé ne traduisent pas seulement des besoins de soins différents, mais aussi reflètent des disparités d'offre de soins et de comportements entre les régions. Les ordres de grandeur présentés ici montrent qu'il existe des gains de productivité potentiels importants dans les régions. La mobilisation d'une partie de ces gains de productivité permettrait de contenir la croissance des dépenses de l'ONDAM, mais cette mobilisation passe vraisemblablement par une action sur la répartition de l'offre de soins compte tenu de la corrélation entre densité médicale et dépense.

Les syndicats représentatifs des infirmiers libéraux ont ainsi signé avec l'UNCAM le 22 juin 2007 un protocole d'accord visant à rééquilibrer la répartition des infirmières et infirmiers libéraux sur l'ensemble du territoire. Une mesure du PLFSS 2008 reprend les dispositions de ce protocole en l'étendant à l'ensemble des professions.

2.2. Quelques pistes identifiées d'amélioration de l'efficience des établissements de santé

Créée dans le cadre du Plan Hôpital 2007, la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a piloté depuis 2003 664 opérations dans 365 établissements⁽²⁸⁾ publics et privés, sur 21 thèmes allant de la réduction des temps de passage aux urgences à l'amélioration de la fonction restauration, en passant par la dynamisation du recouvrement des produits hospitaliers ou la réorganisation du temps de travail des médecins. Les activités de soins traitées par ces audits couvrent 55 % des coûts d'un hôpital moyen.

Les travaux de la MeaH ont fait apparaître d'importantes marges d'amélioration de l'efficience dans l'organisation hospitalière, que ce soit dans le domaine du soin ou de l'organisation des fonctions support. Ces progrès sont de nature à améliorer la prise en charge des patients mais sont également porteurs d'économies pour l'assurance maladie.

Les audits de la MEAH concernent des établissements volontaires, tant pour des raisons logistiques que pour en faciliter l'acceptation. Les conclusions des audits (définition d'indicateurs d'efficience et plans d'action) sont diffusées à l'ensemble des ARH et des établissements, mais leur généralisation se fait également sur la base du volontariat. Les ARH ont cependant été encouragées à les reprendre lors des négociations des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements.

(27) Y compris celles dont les dépenses par tête sont inférieures à celles de la Bretagne.

(28) Sources : Meah, chiffres arrêtés au 31 mars 2007 : 160 actions supplémentaires seront lancées en septembre 2007.

Notamment, cinq audits MEAH, particulièrement éclairants sur les gains possibles par une meilleure organisation, gagneraient à être appliqués à un grand nombre d'établissements :

> Gestion des lits

Les travaux de la MeaH ont permis d'identifier des marges d'amélioration dans l'utilisation de la capacité d'hospitalisation au cours de la semaine. La MeaH conseille de valoriser les journées-lits et les heures-lits par une réflexion organisationnelle, la mise en place d'un « manager des sorties » et d'une gestion des lits et des dates de sorties centralisée. Les gains d'efficience calculés pour les établissements audités varient entre 4 et 11 % d'activité supplémentaire pouvant être absorbée à moyens constants.

> Centres 15

Les audits MeaH proposent des pistes d'amélioration organisationnelle, telles que la mise en place de tableaux de bord, de plannings mieux calibrés en fonction des moyens humains, la création d'un guide de diagnostic (arbre de décision) et une meilleure utilisation des systèmes d'information. En outre, cette étude présente des comparaisons de coûts en dégageant un « coût de l'appel », différent entre les quatre établissements audités. Ce coût varie en effet du simple au double (de 8,35 à 18,35 €).

> Réduire les temps de passage aux urgences

Les outils préconisés sont notamment le suivi en routine du temps de passage total et la cartographie des processus. Ceci doit permettre d'éviter les doubles saisies (et libérer du temps des professionnels concernés), d'anticiper des étapes potentiellement consommatrices de temps, comme la demande du lit. La MeaH préconise également la création de « filières courtes » pour accélérer le passage des nombreux patients « légers » sans interférer sur la prise en charge des patients plus âgés ou plus lourds.

> Blocs opératoires

Les bonnes pratiques identifiées par la MeaH ont permis aux établissements audités une augmentation du temps offert aux praticiens et donc de l'activité chirurgicale (+ 10 %) à effectif non médical constant, une réduction des reliquats de congés et une amélioration de la prévisibilité de l'activité. L'optimisation de l'organisation des blocs passe par la création d'un conseil de bloc et l'identification d'un chef de bloc. Le temps réel d'occupation des salles, rapporté au temps total offert pour la pratique (temps de salle « armée »), permet de calculer un taux de performance, qui reflète l'utilisation optimale des blocs. Le calcul de cet indicateur devra être mené par chaque établissement présentant un projet d'investissement intégrant des blocs opératoires dans le cadre du plan Hôpital 2012⁽²⁹⁾. Cet indicateur pourra également être utilisé dans des démarches de contractualisation interne.

(29) Le taux de performance moyen actuellement constaté (47,5 %) suggère plutôt une surcapacité globale.

> Restauration

Les audits menés sur la fonction restauration ont permis d'établir un répertoire de bonnes pratiques organisationnelles, concernant l'offre de prestation, le choix offert aux patients, la gestion des marchandises et des stocks, le planning et le coût de fabrication des repas, les procédures de transport et de distribution. À titre d'exemple, l'allotissement de la nourriture au plus près des besoins du patients permet de diminuer significativement le volume des restes (jusqu'à 40 % actuellement).

3. L'ONDAM est aussi tributaire d'importants « effets prix » qui devraient être mieux utilisés pour inciter à une offre de soins efficiente

3.1. La rémunération des professionnels de santé est une composante essentielle de l'ONDAM

Environ trois-quarts des dépenses de l'ONDAM sont des dépenses directes de rémunérations. Elles comprennent à la fois des honoraires versés aux professionnels de santé mais aussi des salaires des employés de la fonction publique, des cliniques privées et des établissements médico-sociaux et enfin des indemnités journalières.

Ainsi, le montant de la masse salariale hospitalière des établissements publics s'établit à 34,8 Mds€ en 2005 pour un effectif de 900 000 personnes⁽³⁰⁾. Si la masse salariale progresse à un rythme moins soutenu depuis 2004 (+ 2,5 %), elle s'est accrue de 4,2 % en moyenne par an depuis 2000, soit une masse annuelle supplémentaire d'environ 1,3 Md€.

Entre 2000 et 2005, le revenu réel des médecins a en moyenne progressé de 2,1 % par an (PQE Maladie indicateur 10 de la partie 1 données de cadrage). Globalement, sur ces cinq années entre 2000 et 2005, les omnipraticiens comme tous les types de médecins spécialistes, ont connu une augmentation de leur revenu réel. Le montants des revalorisations de ces professionnels ont représenté 2,45 milliards d'€ pour l'assurance maladie depuis 2002, dont 1,6 milliard pour les omnipraticiens et 835 millions pour les spécialistes (revalorisations de 2002 à 2007).

Une comparaison faite par le HCAAM avec **les cadres du secteur privé** selon les données fournies par l'AGIRC sur l'assiette salariale des 3,6 millions de cadres affiliés auprès d'elle, montre que **moins de 5 % d'entre eux ont une assiette nette égale ou supérieure aux revenus nets avant impôt tirés de l'activité libérale des médecins libéraux.**

(30) Source DREES : données de la comptabilité publique et de la statistique annuelle des établissements (SAE).

L'étude récente de la DREES⁽³¹⁾ apporte pour la première fois des éléments de comparaison de niveaux de vie, défini comme le revenu disponible rapporté au nombre de personnes du ménage (unité de consommation), et des revenus d'activité complets⁽³²⁾ des médecins avec d'autres professionnels. Entre 35 et 64 ans, les revenus d'activité et le niveau de vie des médecins libéraux sont comparables à ceux de certaines professions libérales (avocats, experts comptables, pharmaciens et chirurgiens dentistes). En revanche, si le revenu d'activité des médecins est près de deux fois celui des cadres salariés, leur niveau de vie en est moins éloigné (supérieur de 25 % environ à celui des cadres salariés). Les charges familiales pèsent davantage sur le niveau de vie des médecins que celui des cadres salariés. En particulier, comparativement aux cadres salariés, ils vivent plus souvent en couple avec des enfants et leurs conjoints sont plus souvent inactifs.

3.2. Le levier de la tarification peut être utilisé pour renforcer l'efficacité de la dépense

a. Un levier mobilisé sur le médicament

L'année 2005 a consacré l'amorce du plan médicament annoncé dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie. Ce plan s'est concrétisé par des baisses de prix de médicament engagées en 2005 et plus marquées en 2006. Elles ont représenté au total, 2005 et 2006 compris, une économie 1,3 Md€ pour l'assurance maladie. Ces baisses de prix se décomposent entre d'une part des médicaments dont le brevet n'est pas encore tombé dans le domaine privé pour 495 M€ et d'autre part les médicaments du répertoire à hauteur de 805 M€ dont 315 M€ pour les baisses de prix des princeps et 490 M€ les génériques⁽³³⁾.

b. Tarification à l'activité des établissements de santé et promotion de la chirurgie ambulatoire

Dans une perspective de développement de la qualité des soins à l'hôpital, l'outil tarifaire doit être mobilisé pour orienter le développement de la chirurgie ambulatoire lors de la campagne tarifaire 2008. Ainsi, le 4 juillet 2007 lors de la conférence de presse organisée à l'issue de la commission des comptes de la sécurité sociale, le ministre de la santé, de la jeunesse et des sports a souhaité que, après concertation et dans le cadre de la campagne tarifaire 2008, les tarifs soient adaptés pour inciter le recours à cette technique.

(31) Comparaison des revenus des médecins libéraux à ceux des autres professions libérales et des cadres. Ketty Attal-Toubert, Nadine Legendre, DREES, Étude et résultats n°578, juin 2007.

(32) « 40 % des médecins libéraux perçoivent des salaires et 20 % des médecins hospitaliers ont des revenus libéraux ». Source : DREES, Étude et résultats n°578, juin 2007.

(33) Contribution du plan médicament à la maîtrise des dépenses de santé en 2005, éclairage maladie 9-2, rapport de la CCSS de juin 2006 et Contribution des médicaments à la maîtrise des dépenses de santé en 2006, éclairage maladie 9-2, rapport de la CCSS de juin 2007.

La chirurgie ambulatoire permet en effet la réalisation d'actes chirurgicaux de haute technicité dans des conditions de sécurité identiques à celles de la chirurgie classique. Les avantages pour le patient sont indéniables⁽³⁴⁾ : hospitalisation brève, risque de désorientation diminué chez la personne âgée, moindre surcroît de complications. Le taux de satisfaction des opérés est d'ailleurs très élevé, supérieur à 90 %. En outre, il est démontré que la chirurgie ambulatoire mobilise moins de ressources⁽³⁵⁾, diminuant ainsi le coût pour l'assurance maladie.

Même si des progrès ont été réalisés, la France accuse encore un important retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire au regard de ses voisins européens. Pour les 18 actes chirurgicaux dits marqueurs (actes les plus fréquents et réalisables en ambulatoire, soit 1,8 millions d'actes par an), on observe des disparités régionales allant jusqu'à 30 points entre deux régions⁽³⁶⁾. En outre, en 2005, le taux de recours à la chirurgie ambulatoire pour ces 18 actes était de 33 % pour le secteur public en moyenne nationale, contre 46 % pour les cliniques privées.

Depuis quelques années des mesures ont été prises en vue d'inciter au développement de cette prise en charge (assouplissement du cadre réglementaire ; mesures tarifaires incitatives en 2007 pour les établissements du secteur public ; priorité dans le cadre des contrats État/ARH).

Les mesures envisagées constituent une nouvelle étape et doivent viser à rendre le recours à la chirurgie en hospitalisation complète financièrement désincitatif dans les cas où cette activité a vocation à être réalisée essentiellement en ambulatoire. Elles constituent un nouveau signal aux établissements, dirigeants et professionnels de santé, pour prendre des mesures d'organisation interne adaptées pour développer l'accueil des patients en ambulatoire.

c. Rémunération des professionnels de santé en ville et développement de mode d'exercices plus efficaces

Le système de soins trop cloisonné, notamment entre les professionnels libéraux, induit une mauvaise coordination des soins délivrés aux patients et des délégations de tâche entre médecins et professionnels paramédicaux très insuffisantes, ne permettant pas de dégager du temps médical pour une meilleure prise en charge des soins à forte valeur ajoutée médicale. Par ailleurs, la pratique isolée, le plus souvent seul en cabinet libéral, ne facilite pas l'échange entre professionnels sur leur pratique, vecteur pourtant important pour l'amélioration ou le maintien de la qualité des pratiques professionnelles.

(34) Ainsi, une enquête menée en février 2007 par la CNAMTS indique que plus de 80 % des français seraient prêts à recourir personnellement à la chirurgie ambulatoire.

(35) La MEAH a réalisé des chantiers pilotes auprès de 8 établissements publics et privés mettant en évidence les voies d'amélioration. Ces travaux ont fait l'objet d'une restitution dans le cadre d'un colloque qui a eu lieu le 19 juin dernier.

(36) 58 % d'interventions en ambulatoire pour la région PACA, contre 28 % en Franche-Comté.

Le PLFSS pour 2008 propose la mise en place, sur un mode expérimental dans un premier temps, de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé. Cette expérimentation, comme alternative ou complémentaire à la rémunération à l'acte, a pour objectif d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins rendus aux patients, notamment en privilégiant de nouvelles répartitions des tâches entre les différents professionnels concourant à la prise en charge du même patient.

Cette mesure s'inscrit en outre dans l'esprit de la loi du 13 août 2004 en renforçant le parcours de soins coordonné et en lui donnant tout son sens.

Les MRS seront en charge de mener les expérimentations avec les professionnels volontaires.

Un décret encadrera ces expérimentations. Il prévoira de proposer à des structures de professionnels volontaires soit :

- un forfait par patient (capitation) couvrant la rémunération de l'ensemble des soins primaires, hors urgences médicales sur une année pour une équipe de professionnels déterminée. Le montant de la capitation serait calculé sur le nombre moyen d'acte par assuré et modulé en fonction du profil de la patientèle (âge, environnement social, affections de longue durée). Les professionnels pourront continuer à facturer des actes pour les patients non inscrits dans le dispositif et dans le cadre de la permanence des soins ;
- des forfaits pour le suivi d'un patient atteint d'une affection de longue durée, couvrant l'ensemble des actes (consultations et actes, hors urgences médicales) pour une période donnée. Ils se substitueraient au paiement à l'acte et pourraient être créés pour les médecins, les infirmiers, les masseurs kinésithérapeutes ou d'autres professionnels de santé. Ils permettraient la prise en charge de programmes d'éducation thérapeutique qui devraient également améliorer l'efficacité des soins délivrés.

Il faut souligner que le mode d'exercice proposé répond également aux aspirations d'un nombre croissant de professionnels en termes de qualité de travail et de vie. Cette mesure pourrait donc également jouer un rôle incitateur pour l'installation dans des zones souffrant d'une carence d'installation des professionnels.

PARTIE III : L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ ET DE LEUR PRISE EN CHARGE

L'évolution des dépenses de santé jusqu'en 2005 peut être appréhendée au moyen de trois agrégats distincts élaborés par le système des comptes nationaux de la santé⁽³⁷⁾ (Cf. Tableau 6).

**Tableau 6 : Les agrégats significatifs des comptes nationaux de la santé
(en millions d'euros)**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006 (p)
11. CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM)	115 121	121 730	129 548	137 883	144 863	151 244	156 565
• Soins aux particuliers	85 777	89 792	95 689	101 908	106 673	111 303	115 725
- soins hospitaliers	52 669	54 763	58 024	61 502	64 390	69 858	69 858
publics	40 802	42 567	45 095	47 851	50 103	54 151	54 151
privés	11 866	12 196	12 929	13 651	14 267	15 707	15 707
- soins ambulatoires	31 223	32 961	35 407	37 963	39 643	42 785	42 785
- transports de malades	1 886	2 067	2 258	2 443	2 640	3 083	3 083
• Médicaments	23 631	25 502	26 928	28 555	30 188	31 942	31 942
• Autres biens médicaux	5 713	6 436	6 931	7 420	8 002	8 898	8 898
12. SOINS AUX PERSONNES AGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	2 931	3 096	3 417	3 733	4 118	4 729	5 200
13. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (maladie, maternité, accidents du travail)	8 162	8 763	9 617	10 416	10 459	10 343	10 280
14. SUBVENTIONS (prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé)	1 613	1 648	1 719	1 783	1 957	2 113	2 282
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	127 828	135 237	144 300	153 815	161 397	168 429	174 326
21 - PRÉVENTION INDIVIDUELLE	2 316	2 403	2 511	2 660	2 798	2 960	3 118
- Prévention primaire	1 947	2 019	2 121	2 232	2 343	2 409	2 520
- Prévention secondaire	369	383	390	428	456	551	598
22 - PRÉVENTION COLLECTIVE	1 779	1 823	2 233	2 361	2 083	2 251	2 703
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	4 095	4 226	4 744	5 021	4 881	5 211	5 821
31. RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	5 422	5 761	6 275	6 475	6 610	6 981	6 772
32. FORMATION DES PERSONNELS DE SANTÉ	817	838	894	931	979	1 014	1 057
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	6 239	6 599	7 170	7 406	7 589	7 995	7 829
4. COUT DE GESTION DE LA SANTÉ	11 372	11 736	12 108	12 734	12 982	13 630	14 033
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE *	-2 641	-2 773	-3 108	-3 301	-3 311	-3 629	-3 701
6. FORMATION BRUTE DE CAPITAL FIXE	3 467	3 424	3 803	4 625	5 114	5 743	6 088
7. DÉPENSES LIÉES À LA DÉPENDANCE ET AU HANDICAP	7 520	7 829	9 001	9 351	10 042	10 615	11 099
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ (1+2+3+4+5)	146 893	155 025	165 214	175 675	183 538	191 636	198 308
DÉPENSE TOTALE DE SANTÉ (11+12+14+2 ** +4+6+7)	145 182	152 717	162 914	173 677	182 866	190 951	198 597

* Les montants consacrés à la recherche pharmaceutique, sont comptés deux fois : avec les ventes de médicaments et avec la recherche. Ce double compte est donc neutralisé grâce à cette ligne.

** Seule une partie des dépenses de prévention est comptabilisée dans la dépense totale de santé.

p : données provisoires pour 2006.

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

Tout d'abord, **la consommation de soins et de biens médicaux** constitue la valeur totale des biens et services de santé consommés sur le territoire national par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels de soins. Elle s'est élevée en 2006 à 156,6 milliards d'euros, soit 8,7 % du produit intérieur brut ; par ailleurs, **la dépense courante de santé** est un agrégat plus large qui ajoute à la consommation de soins et de biens médicaux, d'une part des dépenses individualisables qui ne prennent pas la forme de biens et de services de

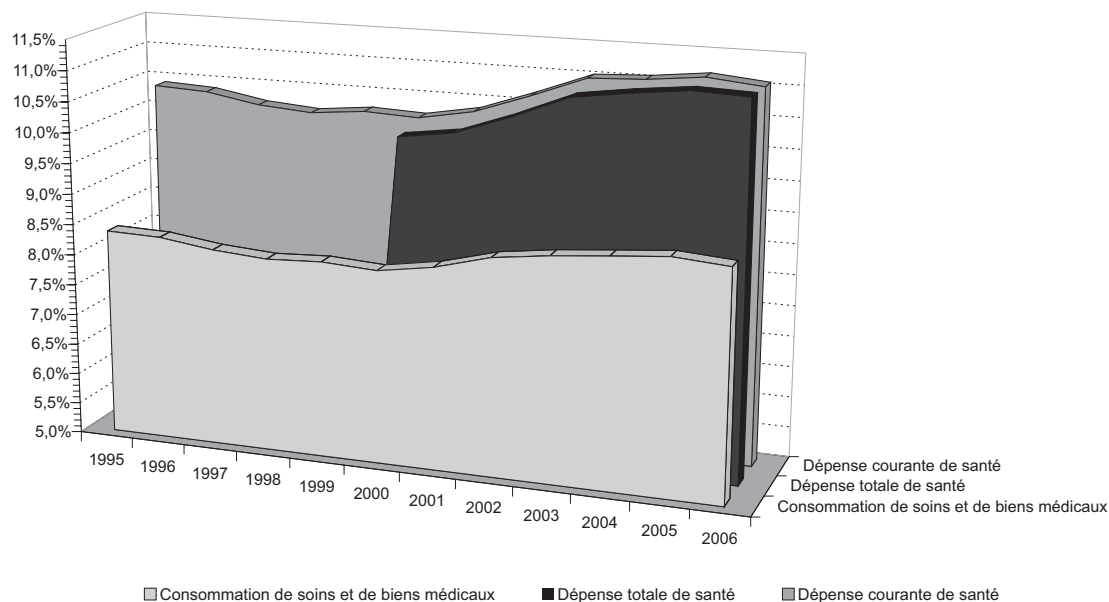
(37) Les comptes nationaux de la santé, élaborés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), constituent un compte satellite des comptes nationaux de l'Insee. Cela signifie que le montant des dépenses de santé des comptes nationaux de la santé est cohérent avec le montant de la consommation des ménages en soins de santé des comptes nationaux de l'Insee. Pour une présentation plus complète des comptes nationaux de la santé, on pourra se référer à :

- Annie FENINA, Yves GEFFROY, « Les comptes nationaux de la santé en 2006 », Études et Résultats, n° 593, Drees, septembre 2007 ;

- Annie FENINA, Yves GEFFROY, « Comptes nationaux de la santé 2004 - 2005 - 2006 », document de travail, série Statistiques », n° 114, Drees, septembre 2007.

santé – principalement, les indemnités journalières de maladie et de maternité et les soins apportés aux personnes âgées hébergés en établissements -, d'autre part, les dépenses comptabilisées comme relevant de la prévention des maladies, et revêtant un caractère soit individuel – comme les dépistages et les vaccinations –, soit collectif – comme les campagnes d'information et d'éducation à la santé -, et enfin les dépenses afférentes au fonctionnement et au développement du système de santé : formation des personnels de santé, recherche médicale et pharmaceutique, coûts de gestion de la santé. **La dépense courante de santé** s'est élevée en 2006 à 198,3 milliards d'euros, soit 11,1 % du produit intérieur brut ; enfin, **la dépense totale de santé** est un agrégat proche du précédent, dont la définition a été proposée initialement par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) et est aujourd'hui adoptée par l'Union européenne et l'Organisation mondiale de la santé afin de permettre des comparaisons internationales des systèmes de santé. Pour tenir compte des différences des données disponibles entre pays développés, la dépense totale de santé est définie comme la dépense courante de santé, diminuée des indemnités journalières, d'une partie des dépenses de prévention et des dépenses de formation des personnels de santé et de recherche médicale et pharmaceutique, et augmentée de l'investissement brut des producteurs de biens et services de santé et de certaines dépenses de santé liées à la prise en charge des personnes handicapées ou âgées dépendantes. Elle a atteint 198,6 milliards d'euros en 2006, soit 11,1 % du produit intérieur brut ⁽³⁸⁾.

Graphique 3 : Évolution des agrégats significatifs des comptes nationaux de la santé (en % du produit intérieur brut)



Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

(38) En application du nouveau manuel du système international des comptes de la santé (système « SHA » (« System of Health Accounts » d'Eurostat et de l'OCDE), la dépense totale de santé s'est récemment substituée à la dépense nationale de santé qui était auparavant l'agrégat de référence utilisé pour les comparaisons internationales. Les deux agrégats diffèrent principalement par l'inclusion dans la dépense totale de santé de certaines dépenses liées à la prise en charge des personnes handicapées ou âgées dépendantes, alors qu'elles n'étaient pas comptées dans la dépense nationale de santé. Afin d'éviter une rupture de série, on ne produit plus au tableau 1 et au graphique 2 que la dépense totale de santé, à partir de 2000.

Le graphique 3 met clairement en évidence les évolutions parallèles de ces trois agrégats significatifs. Cela s'explique par le fait que **la consommation de soins et de biens médicaux**, qui en est le plus grand commun dénominateur, joue un rôle directeur dans ces évolutions, compte tenu de son poids déterminant – respectivement 79 % de la dépense courante de santé et de la dépense totale de santé. C'est pourquoi, bien que la nouvelle loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale fasse explicitement référence à la dépense nationale de santé, les commentaires qui suivent porteront essentiellement, sans perte majeure de généralité, sur l'évolution de **la consommation de soins et de biens médicaux** et sur son financement.

Il est important de souligner que l'approche qui sous-tend l'analyse de l'évolution des dépenses de santé et de leur évolution est sensiblement différente de celle relative à l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Elle englobe l'ensemble des dépenses de santé, c'est-à-dire non pas seulement la fraction qui est prise en charge par les régimes d'assurance maladie comme c'est le cas de l'Ondam, mais également les composantes des dépenses de santé qui font l'objet d'une prise en charge par les administrations publiques centrales (y compris CMU et AME) ou par des organismes privés dispensateurs de couvertures complémentaires maladie – mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance – ou qui restent en dernière instance à la charge directe des ménages.

Par ailleurs, la consommation de soins et de biens médicaux diffère de l'Ondam non seulement par la masse des financements qu'elle agrège, mais également par la liste des prestations qu'elle regroupe. À cet égard, la consommation de soins et de biens médicaux est un agrégat plus étroit, dans la mesure où elle n'inclut pas les indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail ni les soins aux personnes handicapées et âgées hébergées en institution. Compte tenu de l'importance des inflexions observées dans les évolutions récentes de ces deux catégories de dépenses, un bref commentaire additionnel à l'analyse de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux leur sera consacré dans les développements qui suivent.

1. L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux

En 2006, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé en valeur un peu moins rapidement que le PIB (+ 3,5 % contre + 4,3 %), ce qui n'était pas arrivé depuis 1998. On assiste ainsi au resserrement d'un écart de croissance entre dépenses de santé et PIB, qui s'était nettement ouvert depuis 2001, atteignant plus de trois points en 2002 et 2003, et avait commencé à se réduire à partir de 2004.

Le taux de croissance en valeur de cet agrégat observé en 2006 (+ 3,5 %) est le plus faible enregistré depuis 1997. Cela tient à titre principal à une moindre progression des prix de la santé (+ 1,5 % en 2005, + 0,8 % en 2006), et secondairement à un ralentissement simultané des volumes (+ 2,9 % en 2005, + 2,7 % en 2006). S'agissant des prix (cf. tableau 7), le ralentissement est essentiellement dû à la forte baisse des prix des médicaments (- 3,7 %), en conséquence de la nouvelle progression

de la part des génériques sur le marché du médicament, et de baisse de prix concernant un certain nombre de spécialités. Le ralentissement des prix dans les cliniques privées (+ 2,7 % en 2005 et + 1,0 % en 2006), lié à une baisse des tarifs des séjours intervenue en cours d'année, a également contribué au ralentissement d'ensemble. À l'inverse, les prix des actes de médecine ambulatoire ont progressé plus vivement en conséquence, notamment, de diverses revalorisations et de l'introduction de la classification commune des actes médicaux (CCAM).

Tableau 7 : Évolution en volume, prix et valeur de la consommation de soins et de biens médicaux (en %)

	Evolution en volume				Evolution en prix				Evolution en valeur			
	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006	2003	2004	2005	2006
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	1,3	1,5	2,1	1,4	4,6	3,1	2,8	2,0	6,0	4,7	5,0	3,4
• publics	1,1	1,5	1,7	1,0	4,9	3,2	2,9	2,2	6,1	4,7	4,7	3,3
• privés	2,0	1,6	3,2	2,6	3,5	3,0	2,7	1,0	5,6	4,7	6,0	3,7
2. SOINS AMBULATOIRES	3,6	3,5	1,7	2,1	3,5	0,9	1,5	2,5	7,2	4,4	3,2	4,6
• Médecins	1,3	1,9	0,5	-0,5	5,4	1,1	2,7	4,6	6,7	3,0	3,2	4,0
• Auxiliaires Médicaux	4,8	5,0	5,2	6,8	3,1	1,4	0,0	0,0	8,0	6,5	5,2	6,8
• Dentistes	6,1	4,4	0,1	2,3	0,9	0,3	1,0	1,8	7,1	4,7	1,1	4,1
• Analyses	7,5	6,7	3,7	4,1	1,5	0,0	0,0	0,0	9,1	6,7	3,7	4,1
• Cures Thermales (forfait soins)	-1,5	-1,8	-1,9	-2,7	2,5	1,5	2,0	2,7	1,0	-0,3	0,1	0,0
3. TRANSPORTS DE MALADES	6,2	7,5	4,9	5,8	1,9	0,5	1,9	3,2	8,2	8,0	7,0	9,2
4. MEDICAMENTS	6,5	7,0	5,5	5,4	-0,4	-1,2	-1,2	-3,7	6,0	5,7	4,2	1,5
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	5,4	6,2	4,8	4,7	1,5	1,5	1,1	0,2	7,1	7,9	5,9	4,9
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MEDICAUX	3,3	3,6	2,9	2,7	3,0	1,5	1,5	0,8	6,4	5,1	4,4	3,5

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

En ce qui concerne les volumes, c'est l'hôpital (+ 1,4 % en 2006, + 2,1 % en 2005) qui contribue le plus au ralentissement d'ensemble, tandis que la croissance de la consommation de médicaments est stabilisée par rapport à 2005 mais à un haut niveau (+ 5,4 % après + 5,5 % en 2005), et que la consommation de soins en ambulatoire connaît une légère accélération (+ 2,1 % après + 1,7 % en 2005). La faiblesse du ralentissement des volumes, notamment dans le cas des médicaments, laisse penser que l'inflexion du rythme de progression des dépenses de santé observé depuis 2004 ne s'est pas encore traduite par des changements structurels de la demande de soins ou des prescriptions.

En dehors de la consommation de soins et de biens médicaux, il est utile de mentionner brièvement les évolutions les plus marquantes qu'ont connues en 2006 les autres composantes des dépenses de santé. À cet égard, on citera la progression toujours soutenue des soins prodigués aux personnes âgées et handicapées hébergées en établissements (+ 4,6 %, après + 5,7 + % en 2005), liée notamment à l'adaptation de l'évolution des modes de prise en charge des personnes âgées dépendantes. À l'inverse, on mentionnera la nouvelle baisse des dépenses d'indemnités journalières de maladie et de maternité (- 0,6 %, après - 1,1 % en 2005) qui résulte de la réorientation du dispositif de contrôle des arrêts de travail de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés amorcé à partir du deuxième semestre 2003. Elle pourrait également avoir subi l'incidence indirecte de la création en 2004 d'une possibilité de départ en retraite avant soixante ans pour les travailleurs du secteur privé ayant débuté précocement leur carrière professionnelle et totalisant

de très longues durées de cotisation ainsi que pour les travailleurs lourdement handicapés ; ces mesures, en freinant le vieillissement naturel de la population active induit par la pyramide des âges, ont pu contribuer à la baisse des arrêts de travail. La diminution observée en 2006 est cependant moins marquée que celle de 2005, en raison notamment de la reprise de l'emploi salarié qui tire mécaniquement à la hausse le volume d'indemnités journalières.

2. Les modes de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux

Les comptes nationaux de la santé permettent également de répartir les dépenses de santé entre les différents organismes et institutions qui participent à leur prise en charge – régimes obligatoires d'assurance maladie, État et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) –, le solde constituant la participation financière directe des ménages à ces dépenses. Le tableau 8 suivant présente l'évolution de la structure du financement de consommation de soins et de biens médicaux de 1995 à 2006.

**Tableau 8 : Structure du financement de la consommation de soins
et de biens médicaux (en %)**

	(en %)				
	1995	2000	2004	2005	2006
• Sécurité sociale de base	77,1	77,1	77,3	77,2	77,0
• État, Collectivités Locales et CMU-C	1,1	1,2	1,4	1,3	1,4
• Mutuelles	7,3	7,7	7,4	7,4	7,4
• Sociétés d'assurance	3,3	2,7	3,1	3,1	3,2
• Institutions de prévoyance	1,6	2,4	2,6	2,5	2,4
• Ménages	9,6	9,0	8,3	8,5	8,6
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

L'année 2005 avait été marquée par une inflexion dans l'évolution du financement des dépenses de santé de la CSBM. En effet, la part des dépenses restant à la charge des ménages était passée de 8,3 % à 8,5 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux. En 2006, ce ratio progresse à nouveau mais de façon nettement atténuée (+ 0,08 point à 8,6 %), tout en restant à un niveau inférieur à celui de 2000 (9,0 %). Les variations entre 2005 et 2006 de la part des autres financeurs de la consommation de soins et de biens médicaux sont de faible ampleur : légère baisse de la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses de santé (77,0 % en 2006), principalement sous l'effet de la hausse du forfait hospitalier journalier au 1^{er} janvier 2006 et de la baisse des remboursements des soins reçus hors du parcours de soins ; la croissance des dépenses de CMU complémentaire entraîne une très légère hausse de la part de l'État (+ 0,03 point), qui reste cependant très minoritaire (1,4 %) ; légère hausse de la part des organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie (+ 0,05 point, à 13,1 %).

La structure du financement varie de façon considérable selon la catégorie de soins et de biens médicaux. Ainsi, la part du financement public est déterminante en matière de soins hospitaliers (91,9 %). Cette part est également largement majoritaire dans les domaines des soins ambulatoires (65,7 %) et des médicaments (67,5 %), bien que celle des financeurs privés et des ménages y soit significative : un peu plus de 20 % pour les organismes complémentaires, de l'ordre de 12 % pour les ménages.

La part des dépenses prises en charge par les administrations publiques (État, collectivités locales, régimes de sécurité sociale) est presque constante depuis une dizaine d'années au voisinage de 78,5 %. Cette stabilité résulte de plusieurs tendances qui s'équilibrent : d'un côté, la progression rapide de la part des dépenses remboursées à 100 % par l'assurance maladie, notamment en faveur des assurés atteints d'une affection de longue durée, joue dans le sens de la hausse du taux de prise en charge publique ; de l'autre, la croissance plus rapide des soins et biens médicaux relativement moins bien remboursés – soins ambulatoires, médicaments et autres biens médicaux -, et en 2004 l'entrée en vigueur du remboursement au taux de droit commun des soins et prescriptions faisant suite à des actes affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 50, antérieurement remboursés à 100 %, tendent à diminuer cette prise en charge. La part des dépenses de santé prises en charge par les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance tend quant à elle à progresser régulièrement (13,1 % en 2006 contre 12,2 % en 1995). De ce fait, la part des dépenses restant à la charge directe des ménages diminue, passant de 9,6 % en 1995 à 8,6 % en 2006. Ceci laisse penser que le mouvement tendanciel de baisse du reste à charge des ménages sur leurs dépenses de santé n'est pas remis en cause par les évolutions observées en 2005 et 2006.

PARTIE IV : RAPPEL DES AVIS DU COMITÉ D'ALERTE SUR L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Rappels des deux avis du comité d'alerte du Comité d'alerte sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie : l'avis n°4 du 29 mai 2007 et l'avis n°5 du 29 juin 2007.

1. Avis n° 4 du comité d'alerte rendu le 29 mai

Dans son avis n°3 diffusé le 6 avril dernier, le Comité d'alerte⁽³⁹⁾ soulignait le risque d'un dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement pour 2007. Cet avis prenait acte de ce que les dépenses réalisées en 2006 avaient dépassé d'environ 500 millions d'euros l'estimation qui avait servi de base à la construction de l'ONDAM pour 2007. En outre il constatait une accélération préoccupante des dépenses de soins de ville au cours des mois récents.

Les informations devenues disponibles depuis cet avis confirment la tendance soutenue des dépenses de soins de ville. Sur les quatre premiers mois de l'année, les remboursements de la CNAM sont en augmentation de 5 % par rapport à la même période de 2006 (en données corrigées des jours ouvrables). Les données en dates de soins estimées pour le 1^{er} trimestre, qui mesurent la consommation de soins hors incidence des délais de paiement, traduisent une progression du même ordre (4,6 %). Une accélération des dépenses s'est produite vers le milieu de l'année 2006, à laquelle contribue une reprise assez forte des indemnités journalières, après trois années de baisse.

Même si ces taux d'augmentation sur un an sont accrus par le contexte épidémique des premières semaines de 2007, et par le niveau assez bas des dépenses au début de 2006, ils traduisent un rythme d'évolution incompatible avec la réalisation de l'objectif. Sur l'ensemble de l'année, la croissance de la consommation de soins de ville s'oriente vers un taux supérieur à 3 %.

Cette progression excéderait d'environ 2 points le taux d'accroissement, il est vrai particulièrement bas au regard du passé, qui était associé au sous-objectif « soins de ville » dans la loi de financement pour 2007(1,1 %). Elle reflèterait une certaine accélération de la tendance de fond des dépenses et la non-réalisation d'une partie des économies prévues au moment de la fixation de l'ONDAM pour 2007. S'ajoutant à l'effet de la révision de la base 2006, elle conduirait à un dépassement du sous-objectif « soins de ville » de l'ordre de 2 milliards d'euros en 2007.

S'agissant des établissements de santé, les délais de remontée des informations sont plus longs que pour les soins de ville. Il n'existe pas à ce stade d'éléments permettant de remettre en cause de façon significative, en plus ou en moins, la réalisation du sous-objectif concerné.

(39) Le Comité est composé de Jean-Michel Charpin, Michel Didier et François Monier.

En conclusion, le dépassement observé sur la base annuelle de l'ONDAM 2006 et les tendances des dépenses de soins de ville constatées au cours des premiers mois de l'année conduisent le comité à considérer qu'il existe un risque sérieux de dépassement supérieur à 0,75 %⁽⁴⁰⁾ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie fixé pour 2007. Le Comité décide donc de déclencher la procédure d'alerte définie par l'article L. 114-4-1 du code de la Sécurité sociale, dont la première étape est la notification de ce risque au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie.

2. Avis n° 5 du comité d'alerte rendu le 29 juin

Le Comité d'alerte⁽⁴¹⁾ a pris connaissance des mesures de redressement proposées par les trois grandes Caisses nationales d'assurance maladie à la suite de sa notification d'alerte du 29 mai dernier. Les propositions de la Mutualité sociale agricole et du Régime social des indépendants lui ont été communiquées le 19 juin, celles de la Caisse nationale d'assurance maladie le 22 juin.

Conformément à l'article L. 114-4-1 du code de la Sécurité sociale, le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures. Il ne lui appartient pas, en revanche, de se prononcer sur leur opportunité.

Cet avis porte sur les seules propositions des Caisses d'assurance maladie, qui concernent exclusivement les soins de ville, le gouvernement n'ayant pas fait connaître les mesures qu'il entendait le cas échéant prendre pour sa part.

Le Comité s'est attaché à préciser les modalités d'application des mesures proposées, qui déterminent leur délai de mise en œuvre et donc le montant des économies qui peuvent en être attendues en 2007. Selon les cas cette mise en œuvre relève d'actions de gestion, passe par des accords conventionnels avec les professionnels de santé ou les entreprises des produits de santé, ou nécessite des dispositions législatives ou réglementaires. Les trois types d'interventions (gestion, négociation conventionnelle et texte législatif ou réglementaire) sont simultanément nécessaires pour plusieurs mesures.

Dans plusieurs cas, le rendement estimé est présenté sous forme de fourchette pour traduire l'incertitude du chiffrage ou le fait que la proposition peut donner lieu à plusieurs variantes d'ampleur et d'étendue plus ou moins grandes (cas notamment des baisses de tarifs ou de prix). Les montants d'économies présentés sont les estimations du comité qui peuvent différer de celles des caisses.

Sont d'abord présentées les mesures proposées par les trois caisses nationales, puis de manière plus brève, celles qui sont avancées par une ou deux d'entre elles. Un tableau résume l'ensemble des chiffreages.

(40) Soit 1,1 Md€ en 2007.

(41) Le Comité est composé de Jean-Michel Charpin, Michel Didier et François Monier

2.1. Analyse des propositions des caisses nationales (CNAM, MSA, RSI)

2.1.1. Les mesures proposées par les trois Caisses

Plusieurs mesures figurent dans les propositions des trois Caisses, même si leurs modalités d'application peuvent différer légèrement.

a. Modification du plafond journalier de la participation forfaitaire de 1 €

Cette participation forfaitaire est soumise à un double plafonnement : journalier (1 €) et annuel (50 €). Le plafonnement journalier serait relevé à 4 €.

Mise en œuvre par décret simple.

Date possible : 1^{er} août 2007.

Économie estimée pour l'assurance maladie en année pleine : 150 M€.

Économie estimée en 2007 : 60 M€.

b. Pénalisation des consultations réalisées hors parcours de soins

La prise en charge par l'assurance maladie des consultations réalisées hors parcours de soins est aujourd'hui de 60 % (au lieu de 70 % pour les consultations dans le parcours). Elle serait abaissée à 50 %.

La mesure nécessite un décret en Conseil d'État (modification du R. 322-1-1 du code de la sécurité sociale) afin d'élargir le couloir qui encadre la modulation du ticket modérateur pour les soins hors parcours (actuellement entre 7,5 et 12,5 %). Le nouveau taux de remboursement relève ensuite d'une décision de l'UNCAM (le plafond du reste à charge doit également être relevé).

Date possible de mise en œuvre : 1^{er} septembre.

Économie pour l'assurance maladie en année pleine : 150 M€.

Économie estimée en 2007 : 50 M€.

c. Adaptation des tarifs de certains actes médicaux

Il est proposé d'accélérer la convergence vers les tarifs cibles de la CCAM (Classification commune des actes médicaux) pour les actes de radiologie, et de procéder à une nouvelle adaptation tarifaire des actes de biologie.

Date de mise en œuvre : 1^{er} août 2007.

Économie pour l'assurance maladie en année pleine : ampleur à déterminer (fonction des spécialités médicales concernées) ; les propositions des caisses sont entre 100 et 200 M€.

Économie estimée en 2007 : 40 à 80 M€.

d. Réduction des tarifs de certains dispositifs médicaux

Les dépenses de ce poste continuent de croître à un rythme rapide (+ 9 % au 1^{er} trimestre 2007).

Mise en œuvre : action du Comité économique des produits de santé

Économie en année pleine pour l'assurance maladie : ampleur à déterminer (décision politique) ; entre 75 et 100 M€ dans les propositions des caisses

Économie possible en 2007 : 20 à 30 M€.

e. Accélération de la pénétration des médicaments génériques

La mesure proposée par les trois caisses consiste à généraliser la disposition de la LFSS pour 2007 subordonnant le bénéfice du tiers payant à l'acceptation du médicament générique, qui est expérimentée dans 22 départements.

Modalités de mise en œuvre : avenant à la convention nationale signée entre l'UNCAM et les syndicats de pharmaciens officinaux

Date de mise en œuvre : 1^{er} août 2007.

Économie pour l'assurance maladie en année pleine : 60 M€.

Économie estimée en 2007 : 15 M€.

Le montant d'économies associé à ces cinq mesures « communes » est estimé entre 535 et 660 M€ en année pleine, et autour de 200 M€ sur l'année 2007 (entre 185 et 235 M€).

2.1.2. Les autres mesures proposées par la CNAM

a. Des baisses de prix ciblées sur certains médicaments

- La croissance des dépenses de médicaments a repris au cours des derniers trimestres (+ 3,7 % en glissement annuel sur les cinq premiers mois de 2007). Des baisses de prix sont proposées sur les classes de médicaments dont la croissance des dépenses remboursées est la plus forte.

Mise en œuvre : action du CEPS.

Date de plein effet : novembre 2007 compte tenu des délais nécessaires à la discussion avec les entreprises, au revignettage et à l'écoulement des stocks.

Économie pour l'assurance maladie en année pleine : son ampleur relève de la décision politique ; la CNAM propose 200 M€.

Économie sur cette base en 2007 : 30 M€.

- La CNAM propose également *une action sur les médicaments facturés en sus des tarifs des séjours en établissement*, dont le rythme de croissance est de l'ordre de 15 %. La mesure consiste en la mise en œuvre de l'article 40 de la LFSS 2006, qui permet au CEPS de baisser le tarif de responsabilité de ces produits, les laboratoires pouvant demander à verser le montant équivalent sous forme de baisse de prix ou de remise conventionnelle.

Mise en œuvre : action du CEPS.

Économie pour l'assurance maladie en année pleine : 50 M€.

Économie estimée en 2007 : 10 M€.

Remarque : la dépense d'assurance maladie n'est réduite que pour la partie de la mesure convertie en baisse de prix ; la partie donnant lieu à une remise conventionnelle ne réduit pas la dépense, mais apporte un supplément de recette à la branche.

b. Amplification des actions de maîtrise médicalisée à l'hôpital et en ville

- Accélérer le développement de la chirurgie ambulatoire

La chirurgie ambulatoire (séjour en établissement de moins de 48 heures) est beaucoup moins développée en France que dans la plupart des pays de l'OCDE. Il est proposé d'inciter à des transferts d'activité vers la chirurgie ambulatoire en faisant évoluer les tarifs de la chirurgie complète et ambulatoire pour 18 GHM.

Mise en œuvre : arrêté ministériel (campagne tarifaire).

Date : mars 2008 sauf anticipation.

Économie pour l'assurance maladie en année pleine : 150 M€.

Économie en 2007 : 0.

- Étendre la maîtrise médicalisée en ville

Trois propositions visent à un meilleur usage des stents (moindre recours aux stents actifs), l'association des infirmières à la vaccination antigrippale et la diminution du nombre des visites à domicile (ramener le rapport des visites aux consultations et visites autour de 10 % contre 14 % actuellement).

Mise en œuvre : accord conventionnel (stents), modification du Code de la santé publique (vaccination) et sensibilisation des médecins par les délégués de l'assurance maladie (visites).

Date : rentrée 2007.

Économie en année pleine : 50 M€.

Économie en 2007 : 10 M€.

c. Consolidation de la lutte contre les abus et la fraude (également proposée par le RSI)

Les caisses sont déjà engagées dans un programme de lutte contre la fraude. Les actions entreprises seraient renforcées dans trois directions :

- la simplification du mécanisme de contrôle de la T2A pour améliorer la réactivité de l'assurance maladie (mise en œuvre : modification du code de la sécurité sociale (article R-315-1)) ;
- le renforcement des contrôles sur les arrêts de travail de longue durée par mise en place d'un contrôle systématique au bout de 45 jours (mise en œuvre dans le réseau de la CNAM au 1^{er} août 2007) ;
- l'extension du dispositif de mise sous contrôle préalable à certains actes pour les établissements de santé déviants (mise en œuvre par mesure législative et réglementaire).

Économie en année pleine : 60 M€.

Économie en 2007 : 20 M€.

d. Régulation des dépenses du FAQSV/FIQCS

Le décalage du projet DMP (dossier médical personnel) à la suite de l'avis de la CNIL permet de limiter l'engagement de dépenses sur le FIQCS en 2007. Une partie des crédits prévus dans l'ONDAM 2007 pour financer le GIP-DMP ne seront pas consommés et peuvent donc être annulés.

Mise en œuvre : mesure de gestion et ajustement des dépenses 2007 du FIQCS dans la 2^e partie de la LFSS pour 2008.

Économie pour l'assurance maladie en 2007 : 75 M€.

e. Contribution des organismes complémentaires aux rémunérations forfaitaires versées aux professionnels de santé

L'idée est de mettre en place une participation des organismes complémentaires au financement des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé (permanence de soins, rémunération pour patients en ALD...) qui se sont développées depuis 2004 (environ 650 M€ en 2007) et sont financées par la seule assurance maladie. Un taux de participation de 30 % (correspondant à la part des OC dans le remboursement des consultations médicales) se traduirait pour l'assurance maladie par une économie ou une recette de 200 M€.

Mise en œuvre : concertation avec l'UNOCAM (Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie) et mesure législative.

Incertitude quant à l'incidence sur la dépense d'assurance maladie : celle-ci n'est réduite que si la participation des OC se traduit par la prise en charge d'une partie des rémunérations forfaitaires ou des cotisations sociales des médecins ; elle est inchangée si elle prend la forme d'une contribution à l'assurance maladie.

2.1.3. Mesures proposées par la MSA et/ou le RSI, mais non par la CNAM

a. Limitation de la prise en charge des transports pour les ALD de longue durée (MSA + RSI)

Les dépenses remboursées de transport progressent très rapidement (+ 9,5 % à fin mai 2007). La prise en charge par l'assurance maladie des frais de transport sanitaire des patients en affection de longue durée, qui est à 100 % pour les déplacements en rapport avec l'ALD, serait réservée aux seuls malades ALD dont l'état le justifie réellement.

Date : 1^{er} septembre 2007.

Économie estimée en année pleine : 100 à 200 M€.

Économie en 2007 : 25 à 50 M€.

Commentaires : il s'agit d'accélérer la mise en œuvre du décret de décembre 2006 prévoyant de réserver le remboursement des transports aux ALD invalidantes ; le montant des transports pris en charge sans ticket modérateur a été de 2,2 Md€ en 2006.

b. Remboursement à 35 % des médicaments à service médical rendu faible ou modéré pour les patients en ALD (RSI)

Le taux de prise en charge, qui est actuellement de 100 % pour tous les actes et prestations en rapport avec l'affection de longue durée, serait aligné sur le taux de droit commun (soit 35 %) pour les médicaments à SMR faible ou modéré.

Mise en œuvre : décret en Conseil d'État.

Date : 1^{er} septembre.

Économie estimée en année pleine : 200 à 250 M€.

Économie estimée en 2007 : 50 à 60 M€.

c. Déremboursement des cures thermales (RSI)

Plusieurs alternatives sont évoquées par le RSI : déremboursement complet ou limité aux patients ne relevant pas d'une ALD ; limitation de la prise en charge aux frais médicaux.

Mise en œuvre : loi.

Économie estimée en année pleine : 15 à 200 M€.

Économie estimée en 2007 : 0 à 50 M€.

d. Déremboursement de certains médicaments pouvant être délivrés sans prescription médicale, dits d'automédication (MSA et RSI)

Le champ des médicaments concernés n'est pas le même pour la MSA (classes homogènes de produits à vignette bleue) et le RSI (antalgiques, laxatifs).

Mise en œuvre : arrêté ministériel après avis de la Haute autorité de santé.

Date : rentrée 2007.

Économie estimée en année pleine : 200 à 250 M€.

Économie estimée en 2007 : 30 à 50 M€.

3. L'impact financier d'ensemble

Les mesures proposées par la CNAM représentent un montant d'économies pour l'assurance maladie estimé à 1 420 M€ en année pleine en supposant qu'une contribution des organismes complémentaires au financement des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé se traduise effectivement par une moindre dépense de l'assurance maladie, et à 1 220 M€ dans le cas contraire.

Sur l'année 2007 le montant d'économies correspondant peut être estimé entre 370 et 570 M€ dans l'hypothèse d'une mise en œuvre aussi rapide que possible (entre le 1^{er} août et le 1^{er} novembre selon les modalités d'application). L'estimation haute retient l'hypothèse d'une contribution de 200 M€ des organismes complémentaires dès cette année.

Sur les mêmes bases d'estimation, l'ensemble des mesures proposées par les trois caisses représentent un montant total d'économies compris entre 1,6 et 2,4 Md€ en année pleine, et entre 430 et 800 M€ sur l'année 2007. Cependant ces mesures, dont certaines sont présentées par les caisses comme alternatives, ne peuvent sans doute pas être toutes mises en œuvre simultanément.

Les montants qui viennent d'être évoqués montrent que les mesures proposées ne sont pas de nature à assurer le respect de l'ONDAM 2007, compte tenu de l'ampleur du dépassement qui, au vu des données les plus récentes, semble d'ailleurs devoir être plus important qu'on ne l'envisageait le mois dernier. La croissance des remboursements de soins de ville est en effet restée forte en mai. Sur les cinq premiers mois de 2007 elle atteint 5,4 % par rapport à la période correspondante de 2006.

Compte tenu des délais de mise en œuvre, des mesures décidées en milieu d'année ne peuvent avoir qu'un impact limité sur le montant des dépenses de l'année en cours. Leur effet plein portera sur l'exercice 2008. Un plan d'économies de l'ordre de 1,5 Md€ - montant retenu comme objectif par les caisses nationales - permettrait de réduire d'un point le taux de croissance des dépenses d'assurance maladie en année pleine et d'aborder l'année 2008 sur un rythme de progression plus modéré.

Tableau récapitulatif de l'impact financier des mesures

Mesure	CNAM	MSA	RSI	Date de mise en œuvre	Estimations retenues par le Comité d'alerte	
	Rendement année pleine annoncé	Rendement année pleine annoncé	Rendement année pleine annoncé		Economie estimée en année pleine	Economie en 2007
Modification plafonnement journalier 1€ (passage à 4 par jour)	200	200	100	1er août	150	60
Pénalisation des consultations hors parcours de soins	150	150	180	1er septembre	150	50
Adaptation des tarifs de certains actes (radiologie + biologie)	200	150	100 à 150	1er août	100 à 200	40 à 80
Réduction des tarifs de certains dispositifs médicaux	75	100		Rentrée 2007	75 à 100	20 à 30
Généralisation tiers payant contre générique	60	100	50	1er août	60	15
Baisse des prix des médicaments	200			1er novembre	200	30
Médicaments facturés en sus des GHS	50				50	10
Développement de la chirurgie ambulatoire	150			mars-08	150	0
Extension de la maîtrise médicalisée (stents, vaccination grippe, baisse des visites à domicile)	50			Rentrée 2007	50	10
Consolidation des efforts de lutte contre les abus et la fraude	60		50 à 100	Immédiate	60	20
Gel dotation FAQSV / FIQCS par baisse dotation au GIP-DMP	70			Octobre	75	75
Contribution des organismes complémentaires aux rémunérations forfaitaires	200			Nécessite une loi	0 ou 200	0 ou 200
Limitation de la prise en charge des transports pour les ALD		440	150 à 200	Au plus tôt : 1er septembre	100 à 200	25 à 50
Remboursement à 35% des médicaments à 35% pour les ALD			200 à 300	1er septembre	200 à 300	50 à 75
Déremboursement des cures thermales			150 à 200		15 à 200	0 à 50
Déremboursement de médicaments en automédication (vignettes bleues)		220	195 à 290	Rentrée 2007	200 à 300	30 à 50
Total	1465	1360	1200-1600			

ANNEXE 7a : BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE DES AXES DU PLAN PÉRINATALITÉ 2005-2007

Le plan périnatalité a pour objectif de réduire à l'horizon 2008 la mortalité périnatale à un taux de 5,5 pour 1 000 et la mortalité maternelle à un taux de 5 pour 100 000. Il comporte un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à améliorer la connaissance du secteur et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent.

À cette fin, une enveloppe de 274 M€ a été prévue en 2004 pour la durée du plan, dont 239 millions d'euros pour les établissements de santé (209 pour les établissements publics et 30 pour les établissements privés⁽⁴²⁾), sur laquelle 223,7M€ ont été consommés. La sécurisation des maternités par leur mise aux normes réglementaires (110 M€ depuis 2005), l'amélioration des transports des mères et des nouveau-nés et la mise en œuvre des schémas régionaux des services de réanimation pédiatrique sont les mesures les plus lourdes financièrement portées par la DHOS et à la charge de l'assurance maladie.

1. Les crédits délégués aux établissements ont permis de financer les mesures suivantes

Établissements publics en millions d'€					
Mesures	Total plan	2005	2006	2007	Total financé
Mise aux normes	110	77,1	33,2	0	110,3
Entretien 1 ^{er} trimestre	17	5,7	6,7	4,3	16,7
Réanimation pédiatrique	43	0	10,5	21,3	31,8*
Transports	27	5,9	11,6	8,9	26,4
Environnement psychologique	12	2,7	3,2	4	9,9*
Total	209	91,4	65,2	38,5	195,1

* Complément prévu en 2008.

(42) Sont également financés par le plan les mesures suivantes :
 - réseau et santé (DNDR-6 M€) ;
 - mise en œuvre d'un système d'information (18 M€) ;
 - précarité et périnatalité (6 M€).

Établissements privés anciennement financés sous OQN en millions d'€						
Mesures	Total plan	2005	2006	2007	Total financé	% financé/prévu
Revalorisation des tarifs CMD14 et 15	30	10	19	0	29*	97 %

* Complément prévu en 2008.

2. Bilan des postes créés et pourvus

Une enquête a été réalisée en avril 2007 auprès de l'ensemble des ARH portant sur les établissements publics et PSPH et recueillant les données au 31 décembre 2006. Elle révèle que 981 postes ont été créés en 2006. Ils viennent s'ajouter aux 1607 postes créés en 2005. Au total ce sont 2589 postes qui ont été créés sur les 2 années. 60 % des postes créés en 2006 ont été pourvus, soit des données comparables à 2005 (61 %).

	Nombre de postes 2005	Nombre de postes 2006	Cumul (2005 et 2006)	% du total
Médecins total	208,8	107,9	316,7	12,2 %
Néonatal/Pédiatrie/AR	105,9	79,5	185,4	
Néonatal/Pédiatrie		59,9		
Anesthésiste		19,6		
Gynéco/Obstétriciens	102,9	28,5	131,4	
Sages femme total	468,2	277,0	745,2	28,8 %
mise aux normes	347,5	183,3	530,8	20,5 %
entretien 4e mois	120,8	93,6	214,4	8,3 %
Puéricultrices	504,9	213,5	718,3	27,7 %
Infirmiers	153,0	115,0	268,0	10,4 %
Auxiliaires de puériculture	105,6	78,8	184,3	7,1 %
Aides soignantes	33,7	28,5	62,1	2,4 %
Psychologues	60,9	68,5	129,3	5,0 %
Autre	72,9	92,5	165,4	6,4 %
TOTAL CRÉES	1 607,8	981,6	2 589,3	100,0 %

776 postes ont été créés en 2006 au titre des mises aux normes dans les établissements publics. Ainsi, 2 202 postes ont été créés à ce titre entre 2005-2006.

Pour mémoire l'objectif du plan au titre des mises aux normes dans les établissements publics était de 1 930. Il est ainsi largement dépassé. Ce constat s'explique par la création de postes dans des catégories professionnelles qui n'avaient pas été envisagées dans la définition initiale du plan (aides-soignants, auxiliaires de puériculture...).

Le plan périnatalité est sous-tendu par une volonté d'améliorer la qualité et la sécurité des soins tout en développant une offre de soins plus proche et plus humaine. Ce plan se décline en plusieurs axes.

- **Le renforcement de la sécurité et la modernisation de l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement**

La sécurité de la prise en charge de la femme et de l'enfant passe essentiellement par :

- la mise aux normes des maternités par le renforcement des équipes ;
- le renforcement de l'organisation des transports périnataux ;
- la réforme de la réanimation pédiatrique, dont les principes ont été définis par les décrets du 26 janvier 2006, comporte 2 enjeux majeurs : un enjeu de conformité des structures au regard des conditions techniques de fonctionnement notamment en matière de personnel et un enjeu de planification et de cohérence de l'implantation des structures de réanimation pédiatrique sur le territoire. La réforme repose sur une gradation de la réanimation pédiatrique avec d'une part, des structures assurant la prise en charge des affections les plus courantes (appelées réanimations pédiatriques) et d'autre part, des réanimations pédiatriques spécialisées qui accueillent les enfants atteints des pathologies les plus lourdes, les plus complexes ou les plus rares. L'organisation du maillage de ces structures sur le territoire est en cours.

- **L'amélioration des conditions de prise en charge des femmes enceintes en termes de proximité et d'humanité**

L'enjeu est bien de mettre un place un schéma global qui réussisse à concilier d'une part, modernisation et sécurité et d'autre part, proximité et humanité. Le développement des réseaux de santé en proximité est un levier essentiel au service de la conciliation sécurité/proximité. Le cahier des charges des réseaux de périnatalité donne un socle commun à l'ensemble des réseaux et garantit leurs missions.

• **L'amélioration de l'environnement psychologique et social de la naissance**

Cette mesure s'est concrétisée par la création de postes de psychologues, la mise en place d'un entretien individuel du 1^{er} trimestre de la grossesse et la refonte du carnet de maternité.

La Direction générale de la santé a piloté la réforme du carnet de santé maternité, ainsi que l'élaboration d'un référentiel de formation pour les professionnels réalisant l'entretien du 4^e mois, nouvelle prestation créée par le plan (au titre de la prévention de la violence et des difficultés d'attachement mère-enfant). Le nouveau carnet est entré en vigueur à compter du 29 juillet 2007. Cette mesure de prévention primaire contribue à une meilleure prise en compte de la dimension humaine de la naissance en favorisant l'information des femmes et des couples et le dialogue avec les professionnels.

• **Le développement d'un système d'information en périnatalité**

Le développement d'un système d'information en périnatalité est un outil essentiel au service de la modernisation de la prise en charge. Ce système d'information en périnatalité doit fédérer les professionnels de la naissance, leur permettre de partager les données et de mieux articuler leurs actions. Il doit aussi permettre aux différents niveaux de pilotage (réseaux, régional et national) de disposer d'indicateurs pour mesurer l'efficacité des mesures engagées. Un cahier des charges du système d'information des réseaux de périnatalité doit être élaboré dans l'année à venir. Il définira le socle commun autour duquel les projets régionaux pourront se mettre en place ou continuer à se développer.

La DREES a piloté la refonte des certificats de santé avec la participation des services de PMI ; l'exploitation annuelle des certificats portera sur des données individuelles et anonymes contribuant ainsi à une meilleure connaissance épidémiologique au niveau national et au niveau territorial. Une enquête sur le parcours des femmes dans le système de santé (« usagères des maternités ») a également été engagée dont les résultats sont attendus fin 2007.

En 2008, l'évaluation de l'impact du plan périnatalité tant en termes de santé publique que d'organisation de l'offre de soins sera réalisée, pilotée par la Direction générale de la santé.

Enfin, le plan périnatalité a entraîné la mise en œuvre d'actions régionales dans le cadre des objectifs spécifiques en périnatalité figurant dans les plans régionaux de santé publique.

ANNEXE 7b : « LE PLAN URGENCES »

Le plan Urgences fait l'objet d'un accompagnement financier qui s'élève à 489 M€. Ce cadrage concerne d'une part, les 3 modalités de la médecine d'urgences et d'autre part, l'aval des urgences.

Les crédits attribués au plan Urgences ont permis de financer les mesures suivantes :

	Annonce plan en millions d'euros	2004	2005	2006	2007	total financé 2004-2007
IDE SMUR	29	18,9	8,8	1,8		29,4
Revalorisation des PARM	2	1,9				1,9
TOTAL SAMU/SMUR	31	20,8	8,8			29,6
Équipes d'organisation interne	27	18,4	6,0	3,9		28,3
Renforcement des capacités logistiques	17	8,5	6,0	3,9		18,4
Personnels de remplacement	28	14,1	9,8	3,9		27,8
Zones de courte durée	48	23,9	22,1			46,0
Informatisation des urgences	4	2,7	1,5			4,2
TOTAL Urgences	124	67,6	45,4	11,8		124,8
Développement des hôpitaux locaux	88	8,9	25,9	13,0	26,6	74,4
Développement HAD	66	16,6	45,0			61,6
Renforcement des compétences gériatriques	50	10,0	10,0	4,8	8,8	33,5
création de lits de SSR	130	26,0	28,0	12,9	26,0	92,9
TOTAL capacités d'hospitalisation	334	61,5	108,9	30,7	61,4	262,5
TOTAL plan urgence	489	149,9	163,2	44,2	61,4	418,6
Protocole avril 2005			15,0			15,0
TOTAL	489	149,9	178,2	44,2	61,4	433,6

Les moyens distribués dans le cadre du plan urgences ont permis entre 2004 et 2006 :

- Le renforcement des SAMU/SMUR/Services des urgences avec près de 3000 postes médicaux et non médicaux qui ont été créés (dont 180 postes médicaux dont le statut a été transformé)
- Praticiens SAMU/SMUR/urgences : plus de 500 postes créés et 180 postes transformés
- Permanenciers SAMU : près de 350 postes.
- Infirmières : plus de 1 100 postes.
- Autre personnel non médical (Ambulanciers, AS, ASH, secrétariat) : plus de 750 postes.

Le plan urgences a permis l'amélioration statutaire de 166 praticiens contractuels ou assistants, titularisés en Praticiens Hospitaliers. Plus de la moitié des structures des urgences ont été renforcées.

- L'augmentation des capacités d'hospitalisation d'aval et l'amélioration de la prise en charge des personnes âgées : 7500 lits et places
- Près de 2 800 postes créées, dont 300 médicaux et 2 500 non médicaux.
- 200 équipes mobiles de gériatrie créées ou renforcées.
- près de 100 services de courts séjours gériatriques créés.
- environ 3 000 lits de SSR.
- 1 400 lits de court séjour gériatrique.
- 100 lits en hôpital local (créations 2004).
- 3 000 places d'HAD autorisées.

L'impact de l'ensemble des mesures engagées dans le cadre du plan urgences fait actuellement l'objet d'une évaluation avec une enquête réalisée auprès de près de 50 établissements de santé. Les objectifs de cette mission sont d'appréhender les améliorations apportées dans le domaine de la conformité, de l'organisation médicale et soignante, ainsi que d'évaluer les effets en terme de qualité de prise en charge (temps de prise en charge avant un premier contact médical, organisation de l'accueil, nature des procédures et des protocoles, effectifs, etc.).

**ANNEXE 7c : BILAN DE LA MISE EN ŒUVRE
DES 21 MESURES
« SOINS ET INNOVATIONS »
DU « PLAN CANCER 2003-2007 »**

Pour les années 2006 à 2007, le budget du volet soins et innovations du plan cancer était de 159,9 M€ répartis entre 83,35 M€ en 2006 et 76,55 M€ en 2007. Le tableau ci-dessous en précise la répartition (en millions d'€).

Crédit Assurance maladie	Mesures nouvelles Établissements Publics - PSPH - Privés	Montant 2006	Montant 2007	2006-2007
Appui aux innovations	Tumorothèques - Plates-formes hospitalières		2,8	2,8
	Pôles Régionaux de Cancérologie		0,8	0,8
	Renforcement de l'oncogénétique		1,2	1,2
	STIC	6,0	5,6	11,6
Équipements lourds	Indemnisation des stages résidents des radiophysiciens		0,7	0,7
	PET/IRM (maintenance, consommables et personnel)	0,9	4,0	4,9
	Renforcement de la radiothérapie	6,6	4,0	10,6
Renfort des équipes soignantes	Soins de support	3,8	4,2	8,0
	Renforcement des soins palliatifs (équipes mobiles, créations d'unités et lits identifiés)	8,4	9,7	18,1
	Pluridisciplinarité/Coordination des soins	16,3	15,0	31,3
	Tabacologie hospitalière	2,5		2,5
	Pharmacies hospitalières et chimiothérapie à domicile	3,0	6,0	9,0
	Renforcement de l'oncogériatrie	2,0	3,0	5,0
	Renforcement de l'oncopédiatrie	4,0	5,0	9,0
	Marges régionales ARH	8,1	10,7	18,8
Total crédits Assurance Maladie	Crédits ODMCO et MIGAC	61,6	72,7	134,3
	Crédits DNDR	8,8	Montant non connu à ce jour	8,8
Crédits État	Crédits INCA	13,0	3,8	16,9
Crédits Mesures nouvelles Soins		83,3	76,5	159,9

Bilan précis de la mise en œuvre des 21 mesures « soins et innovations »

Oncogénétique : trois appels à projets ont été lancés en 2003, 2004 et 2005 pour un montant global de 12 M€. Depuis 2003, 4,3 M€ ont été alloués pour renforcer les consultations d'oncogénétique (augmentation de l'ordre de 88 % de leur nombre entre 2003 et 2006) dans 52 établissements regroupant 90 sites de consultation. 25 laboratoires expérimentés ont fait l'objet d'un soutien financier spécifique pour un montant de 8,6 M€. Une prescription de tests génétiques a été effectuée pour environ 11 000 personnes en 2006 (soit plus que triplé entre 2000 et 2006). La création de deux bases nationales de mutations constitutionnelles des gènes de prédisposition au cancer permettra aux praticiens d'améliorer la fiabilité des interprétations des résultats des tests génétiques.

Réseau régional du cancer (RRC) : il y a aujourd'hui 27 réseaux régionaux de cancérologie mis en place progressivement de 2003 à 2006 dans toutes les régions. Le cahier des charges des RCC élaboré par l'INCa conjointement avec la DHOS et la CNAMTS constituera un document de référence définissant le contenu des missions de ces réseaux et précisant le cadre de leurs actions.

Pôles régionaux de cancérologie : le volet cancérologie du SROS III a identifié, dans 17 régions sur 26, les établissements qui constituent le socle du pôle régional. Dans trois régions, plusieurs pôles seront constitués ce qui portera leur nombre total à 23. Outre la formalisation déjà acquise de 7 GCS, de nombreuses autres actions de coopération entre CHU et CLCC se développent avec le soutien de L'INCa.

Concertation pluridisciplinaire (RCP) et programme prévisionnel de soins (PPS) : à partir du cadre défini par la circulaire DHOS de février 2005, la restructuration des RCP est en place avec des niveaux variables suivant les régions. En 2006, il existait 1286 structures RCP identifiées.

298 établissements ont été financés à partir de 2005 pour mettre en place des outils de visioconférence et faciliter la participation de leurs médecins aux RCP.

Les équipes expérimentatrices du dispositif d'annonce ont élaboré des programmes personnalisés de soins type. L'évaluation de la remise du PPS à chaque nouveau patient est un des indicateurs que le comité de suivi sur la mise en place du dispositif d'annonce retient pour le suivi du déploiement du dispositif.

Centres de coordination en cancérologie (3C) : des moyens ont été délégués aux ARH pour renforcer la coordination des soins et la pluridisciplinarité. Au total, le financement dans le cadre des LFSS du Plan Cancer entre 2003 et 2007 a été de 60 M€, dont 48,3 M€ pour les établissements publics et PSPH et 11,7 M€ pour les établissements privés. Cet effort se poursuit en 2007 pour permettre la structuration complète des 3C : la majorité des régions a opté pour une structuration calquée sur les territoires de santé identifiés par les SROS. Au 18 mars 2007, 136 centres de coordination étaient comptabilisés dans 16 régions.

Dossier communiquant (DCC) : l'actualisation du cahier des charges national du DCC, publié en 2006, est actuellement en cours pour prendre en compte la complémentarité avec le DMP. Plusieurs régions et notamment les régions expérimentatrices ont déjà des DCC en exploitation.

Recommandations de pratique clinique en cancérologie (RCP) : l'INCa et la HAS ont priorisé la rédaction des recommandations pour le suivi et le traitement des affections de longue durée, diffusées sous forme de guides (pour les médecins et pour les patients). Les réseaux (RCC) ont pour mission l'implémentation et la diffusion des recommandations nationales après les avoir déclinées en référentiels régionaux plus opérationnels et mieux adaptés aux conditions locales.

Critères d'agrément pour l'autorisation de pratiques de la cancérologie : les critères généraux et les seuils d'activité minimale annuelle ont été établis en radiothérapie, en chimiothérapie et en chirurgie carcinologique et sont des éléments constitutifs de l'autorisation d'activité de traitement du cancer (décrets publiés en mars 2007). Les critères d'agrément seront publiés d'ici fin 2007. Le dispositif d'autorisation se mettra en place fin 2008 pour être totalement effectif en mai 2011.

Prise en charge des enfants : le taux d'incidence des cancers est faible chez l'enfant (1 630 en 2000), ils représentent cependant la 2ème cause de mortalité chez les 1 à 14 ans (20 % des décès) et cette incidence évolue peu. La circulaire DHOS du 29 mars 2004 a défini les référentiels d'exercice des centres spécialisés de cancérologie pédiatrique. L'évaluation de la mise en place de cette organisation va être conduite en 2007-2008.

Prise en charge et traitements aux spécificités des personnes âgées : suite à deux appels à projets 14 unités régionales pilotes de coordination en oncogériatrie (UPCOG) réparties dans 11 régions vont aujourd'hui contribuer au développement de l'oncogériatrie.

Dispositif d'annonce : une expérimentation nationale, faite sur 58 établissements en 2004-2005, a abouti à l'élaboration de recommandations nationales pour la mise en œuvre du dispositif d'annonce du cancer dans les établissements de santé. La généralisation de ce dispositif est en cours. Un comité de suivi, mis en place en janvier 2007, travaille sur son évaluation.

Soins à domicile : les chimiothérapies à domicile peuvent s'effectuer dans le cadre d'une hospitalisation à domicile ou d'un réseau de cancérologie. Plusieurs mesures ont contribué à favoriser le développement des soins à domicile comme la suppression du taux de change par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Une dizaine d'expériences de chimiothérapie à domicile hors HAD étaient en cours fin 2006, concernant environ 600 patients. À cette même date, cinq nouveaux projets de ce type étaient recensés.

Soins de support : depuis 2003, des moyens spécifiques (19,61 M€ de 2003 à 2007) ont été consacrés au développement du soutien psychologique dans les établissements de santé publics, PSPH et privés. 192 postes de psychologues ont été financés entre 2004 et 2006 dans les établissements publics et PSPH.

En matière de lutte contre la douleur tous les départements (sauf sept) disposent d'une consultation douleur. Le plan douleur 2006-2010, dans lequel la cancérologie est représentée, permettra de développer les actions de lutte contre la douleur.

Soins palliatifs : entre 2003 et 2007, le plan cancer a consacré 33 M€ au développement des soins palliatifs dans les établissements publics et PSPH. Les établissements privés ont bénéficié de 15 M€ sur la même période. L'objectif quantitatif d'une équipe mobile de soins palliatifs pour 200 000 habitants est atteint. En 2007, près de 10 M€ sont consacrés aux renforcements des soins palliatifs, dont 4 M€ pour poursuivre la création de lits identifiés en soins palliatifs (LISP) au sein des services de suite et de réadaptation et des services de MCO. L'objectif fixé pour la fin 2007 est d'atteindre 5 LISP pour 100 000 habitants.

Appareils de diagnostic et de suivi des cancers : fin 2006, sur les 82 tomographes à émission de positons (TEP) autorisés, 56 étaient opérationnels, soit un taux d'installation de 68 %. Sur les 492 IRM autorisés, 385 étaient opérationnels soit un taux de 78 % et sur les 842 scanners autorisés, 738 étaient opérationnels, soit un taux de près de 88 %. Les objectifs minimum sont atteints en termes d'autorisations.

Radiothérapie : de 1985 à 2006, le parc total d'appareils (télécobalts et accélérateurs confondus) a augmenté de 23 % passant de 326 à 401 machines. Depuis le début du plan cancer, le parc national a progressé de 12 %. Dans le même temps, le nombre de télécobalts a diminué de près de 68 % et ces appareils ont été remplacés par des accélérateurs de dernière génération.

Techniques innovantes coûteuses (STIC) : le volet cancérologique du programme STIC dispose d'une enveloppe annuelle de 7 M€ permettant de financer des études sur deux ans. 39 projets ont été financés à ce jour dans trois grandes thématiques (« radiothérapie et médecine nucléaire », « biologie innovante » et « techniques instrumentales et imagerie »).

Postes médicaux et paramédicaux : les crédits du plan cancer sur les années 2004, 2005 et 2006⁽⁴³⁾, ont permis le financement de 2097 postes dont 297 personnels médicaux, 686 personnels soignants, 197 psychologues, 917 personnels non médicaux (pharmaciens, radiophysiciens, secrétaires...).

Innovations en anatomopathologie et biologie : l'Institut National du Cancer a lancé un premier appel à projets en 2006 pour le développement de plates-formes hospitalières de génétique moléculaire des cancers. 24 plates-formes ont ainsi été soutenues (dont 11 projets portés conjointement par les CHU/CLCC).

DOM-TOM : Le plan cancer prévoit un effort spécifique pour permettre aux DOM de renforcer leurs équipements, en particulier en imagerie et en radiothérapie.

Le plan cancer se terminant en 2007, les perspectives de financement pour l'année 2008 sont en cours de discussion. Trois thématiques paraissent, à ce jour, devoir être prioritaires dans l'attente de l'évaluation du plan : la radiothérapie, la recherche clinique et la biologie moléculaire et la cancérologie pédiatrique.

(43) Pour 2006 : données non complètement finalisées.

ANNEXE 7d : « PLAN ALZHEIMER 2004-2007 »

Financier	En millions d'euros				
	2004	2005	2006	2007	TOTAL 2004- 2007
État	0,4	1,7	3,3	0,7	6,1
Assurance maladie	20,4	9,8	9,8	9,8	49,7
Total Plan	20,8	11,5	13,0	10,4	55,7

Les crédits Assurance maladie dont la contribution au financement du plan représente 90 % des budgets s'orientent vers le soutien aux structures sanitaires et médico-sociales par le développement des structures sanitaires spécifiques (centres mémoire de ressources et de recherche consultations mémoire) et le développement des places d'accueil de jour et des places d'hébergement temporaires.