
Un ONDAM permettant d'assurer l'effort de redressement sans participation supplémentaire des assurés

À la suite des concertations de juillet avec les partenaires sociaux et les fédérations d'organismes complémentaires, le Gouvernement a estimé souhaitable d'écarter une participation financière supplémentaire des assurés, comme par exemple la hausse du ticket modérateur. L'apport de nouvelles ressources permet de fixer les objectifs nationaux des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en 2009 à un niveau supérieur au taux de croissance du PIB et d'assurer l'effort de redressement des comptes de l'assurance maladie.

1. Un ONDAM réaliste de 3,3 % permettant de maintenir le périmètre de prise en charge de l'assurance maladie.

Il est proposé de fixer l'objectif de progression des dépenses d'assurance maladie à 3,3 %, dont 3,1 % pour la ville, 3,1 % pour l'hôpital, et 6,3 % pour les établissements médico-sociaux.

Ce taux global de 3,3 % est supérieur au taux voté pour 2008 (2,8 %) et égal à celui qui sera finalement constaté en 2008 (3,3 %). C'est donc un taux **réaliste**.

Dans un contexte économique difficile, le Gouvernement souhaite en effet poursuivre son soutien aux projets d'investissements pour moderniser les établissements de santé dans le cadre du plan Hôpital 2012. Il assure également le financement des plans de santé publique tels que le plan de lutte contre le cancer et le plan de développement des soins palliatifs ou encore le plan Alzheimer.

Le taux proposé est aussi **équilibré** entre le secteur des établissements de santé et celui des soins de ville.

C'est enfin un taux qui n'induit **pas de participation financière supplémentaire des assurés**. En effet, dans le contexte de tensions sur le pouvoir d'achat, il apparaît difficile d'accroître le ticket modérateur. Seuls les assurés ne respectant pas le parcours de soins verront leur ticket modérateur augmenter, de 20 points. L'association des organismes complémentaires aux négociations conventionnelles devrait en outre permettre une modération des prix dans les secteurs de l'optique et du dentaire.

2. Cette progression de 3,3 % suppose des économies de 2,2 milliards d'euros

Ces économies résulteront d'abord de la **mise en œuvre des nouveaux instruments créés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008** : délai de six mois entre un accord de revalorisation et sa mise en œuvre, extension des cas de mise sous accord préalable, délivrance de grands conditionnements pour les traitements longs, dossier pharmaceutique, restructuration du réseau officinal, prise en charge des frais de transport et de taxi, vaccination contre la grippe par les infirmières, nouveaux modes de rémunération, réforme de la permanence des soins, régulation démographique des

professionnels de santé, contrats individuels, référentiels médico-économiques de la Haute autorité de santé...

Elles résulteront ensuite, ainsi que l'a proposé l'UNCAM dans ses propositions de juillet, de la **poursuite des efforts de maîtrise médicalisée**, du **renforcement de l'efficacité** du système de santé, notamment à l'hôpital, et de stratégies de **modération des volumes, et de diminution des tarifs et des coûts**, notamment des médicaments.

3. Des ressources nouvelles sont affectées à l'assurance maladie

A la suite des concertations avec les partenaires sociaux et les fédérations représentatives des organismes complémentaires, il a été décidé, en juillet, de proposer 1,7 milliard d'euros d'apports supplémentaires pour l'assurance maladie.

Les organismes complémentaires seront sollicités à hauteur de 1 milliard d'euros pour alimenter le fonds de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Ce choix s'explique par le constat d'un déport mécanique, chaque année, à législation constante, de l'ordre de 600 millions d'euros, des dépenses prises en charge par les assurances complémentaires vers l'assurance maladie, sous l'effet combiné du vieillissement de la population et du régime de prise en charge intégrale des dépenses des patients en affection de longue durée. Ainsi que l'explique le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie dans son dernier rapport, « sur un marché concurrentiel, la bonne santé financière des organismes complémentaires, une politique plus volontariste de la gestion du risque et des efforts de productivité devraient permettre que, toutes choses égales par ailleurs, l'augmentation des charges ne soit répercutée sur les cotisations ni de façon immédiate ni pour sa totalité ».

De façon à **mieux prendre en compte la charge induite que supporte l'assurance maladie au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles** et, dans le prolongement du rapport de la commission présidée par Noël Diricq, il est prévu d'augmenter de 300 millions d'euros le montant de la compensation de la branche « accidents du travail et des maladies professionnelles » à la branche maladie.

Afin que la contribution des employeurs à l'assurance maladie prenne en compte l'ensemble des éléments de rémunération, il est également proposé de créer, pour un rendement de 400 millions d'euros, un « **forfait social** », c'est-à-dire une contribution due par les employeurs sur les « niches sociales » telles que l'intéressement, la participation ou l'épargne salariale.

Au total, en prenant en compte l'économie de frais financiers de 400 millions d'euros liée à la reprise de la dette, l'effort de redressement s'élèvera à 4,2 milliards d'euros tous régimes et permettra de ramener le déficit de la CNAMTS de 4 milliards d'euros en 2008 à 3,4 milliards d'euros en 2009. Il s'inscrit dans l'objectif de retour progressif des comptes à l'équilibre d'ici la fin du quinquennat, indispensable pour préserver notre système solidaire de santé et de sécurité sociale.