



Ministère de la Santé,
de la Jeunesse
et des Sports

Ministère du Budget,
des Comptes publics et
de la Fonction Publique

**Présentation des comptes
prévisionnels de
la sécurité sociale
et des mesures de redressement
de l'assurance maladie**

Mercredi 4 juillet 2007

Dossier de presse

Service de presse - Cabinet de Roselyne BACHELOT-NARQUIN
Tel : 01 40 56 40 14

Service de presse - Cabinet de Eric WOERTH
Tel : 01 53 18 42 96

Sommaire

- I- Les comptes du régime général en 2007 : une dégradation des comptes de 4 milliards par rapport à la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007
- II- Les comptes du régime général en 2007
- III- La certification des comptes 2006 du régime général par la Cour des comptes
- IV- L'évolution des comptes de la branche maladie de la sécurité sociale en 2007
- V- Les mesures proposées par les caisses et retenues par le gouvernement
- VI- Les mesures pesant sur les offreurs de soins
- VII- Les mesures de responsabilisation et de renforcement du parcours de soins
- VIII- Les mesures sur la maîtrise et la qualité des soins
- IX- L'impact du dispositif de régularisation de cotisations arriérées

Ministère de la Santé,
de la Jeunesse et des
Sports

Ministère du Budget,
des Comptes publics et
de la Fonction Publique

Paris, le 3 Juillet 2007

INVITATION PRESSE

Roselyne Bachelot-Narquin

Ministre de la Santé, de la Jeunesse et des Sports

Eric Woerth

Ministre du Budget, des Comptes Publics et de la Fonction Publique

tiendront

**une Conférence de Presse sur la présentation des comptes prévisionnels de la
sécurité sociale pour 2007 et sur les mesures de redressement de l'assurance
maladie**

Mercredi 4 juillet 2007 à 17 h 30

au Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports
14, avenue Duquesne
75007 Paris

Contacts

Cabinet de Roselyne BACHELOT : Géraldine DALBAN-MOREYNAS : 01 40 56 40 14

Cabinet de Eric WOERTH : Eva QUICKERT-MENZEL : 01 53 18 42 96

**Merci de confirmer votre présence au service de presse
du ministère de la Santé : 01 40 56 40 14**

I - Les comptes du régime général en 2007 : une dégradation des comptes de 4 milliards par rapport à la prévision de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007

La commission des comptes de la sécurité sociale prévoit un déficit de 12 milliards en 2007, soit une dégradation de 4 milliards par rapport à la prévision retenue dans la loi de financement de la sécurité sociale en décembre dernier (8 milliards).

Ce déficit plus important que celui prévu en fin d'année 2006 porte essentiellement sur la branche maladie et la branche retraite. Les dépenses dans ces deux branches se révèlent plus dynamiques que prévu.

Comparaison des soldes prévisionnels des branches du régime général en 2007 avec la prévision inscrite en loi de financement de la sécurité sociale

En milliards d'euros

	<i>Prévision CCSS 4 juillet 2007</i>	<i>Prévision LFSS</i>	<i>Ecart</i>
Maladie	-6,4	-3,9	-2,5
AT_MP	-0,3	0,1	-0,3
Famille	-0,7	-0,8	0,1
Vieillesse	-4,7	-3,5	-1,2
Régime général	-12,0	-8	-4,0

1. Les dépenses d'assurance maladie plus vives que prévues (+ 2,2 milliards)

⊗ Les dépenses maladie pour le régime général sont supérieures de 2,2 milliards à l'ONDAM voté (soit un impact de 2,6 milliards tous régimes confondus). Une partie de ce dépassement provient de la sous estimation des dépenses 2006 quand l'objectif de 2007 a été calculé.

Près de 700 millions n'avaient pas été intégrés lors de la construction de l'ONDAM 2007 : d'emblée, dès janvier 2007, il y avait donc un écart de près de 700 millions qui impliquait de limiter la progression des dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM à 2,1 % (au lieu de 2,6 %) pour respecter l'objectif de 144,8 milliards voté par le parlement.

⊗ Ce dépassement concerne à titre principal les prestations remboursées dans les soins de ville. La tendance à l'accélération de ses dépenses intervenue au cours du deuxième semestre 2006 s'est confirmée sur les premiers mois de 2007 avec un contexte épidémique défavorable en début d'année.

⊗ Parmi les soins de ville, les indemnités journalières, aussi bien pour la maladie que pour les accidents du travail et les maladies professionnelles, qui diminuaient depuis 2004, sont de nouveau orientées à la hausse depuis la fin 2006.

⊖ Les économies attendues en matière de maîtrise médicalisées, qui ont eu un impact sensible depuis 2004 jouent moins fortement que prévu.

⊖ La progression des dépenses des cliniques privées et celles des dépenses au titre des français de l'étranger pourraient également contribuer à ce dépassement.

2. Les prestations retraite : accélération des départs en retraite, montée en charge des départs anticipés pour longues carrières, le plan senior ne produit pas encore suffisamment d'effets (+ 1 milliard)

⊖ Les révisions apportées sur les prestations vieillesse sont à l'origine de près de 1 milliard d'euros de dépenses supplémentaires.

⊖ Le nombre de départs à la retraite devrait atteindre 740 000 en 2007, soit une progression de 4,2 % par rapport à 2006 et un niveau sensiblement supérieur aux estimations de la LFSS 2007. Les flux de départs en 2006 ont été supérieurs aux prévisions (+35.000) et la tendance se prolonge en 2007.

⊖ La progression des départs anticipés pour longues carrières est plus marquée. L'estimation actuelle de 110.000 départs anticipés pour 2007 est supérieure de 15.000 au niveau prévu dans la LFSS 2007. Le nombre plus important que prévu de départs liés au dispositif des carrières longues s'explique par un taux de recours élevé et par l'importance des régularisations pour cotisation arriérées (au titre de l'apprentissage et des travaux agricoles essentiellement).

⊖ Les mesures du plan senior dont le but est d'inciter à la poursuite de l'activité, notamment par l'instauration d'une surcote progressive, ne semblent pas avoir encore un impact sensible sur les comportements même si à ce stade les données sur 2007 sont insuffisantes pour permettre une analyse fine des évolutions de comportements des assurés.

3. Le dynamisme de la masse salariale est annulé par une croissance des exonérations de charges sociales plus rapide que celle des taxes affectées à leur compensation

⊖ La prévision de masse salariale du secteur privé est de 4,8 % au lieu des 4,6 % retenus dans la loi de financement de la sécurité sociale. La forte croissance de la masse salariale au quatrième trimestre 2006 et au premier trimestre 2007 conduit à revoir à la hausse la prévision retenue en automne dernier.

⊖ Son impact favorable sur les comptes (350 millions d'euros) est cependant annulé par une croissance plus rapide des exonérations de charges sociales par rapport aux taxes affectées assurant leur compensation (900 millions d'euros). Ce dernier écart s'explique par la modification du mode de décompte des heures rémunérées dans le calcul des allègements Fillon (encadré). L'effet global sur les recettes est de l'ordre de 550 millions de recettes en moins par rapport aux prévisions de la LFSS.

4. La branche maladie pâtit d'un manque de 600 millions de recettes

⊖ Une recette exceptionnelle de 600 millions d'euros avait été prévue pour la branche maladie en loi de financement de la sécurité sociale. Celle-ci correspondait au versement au seul profit de la CNAM-maladie du supplément de recettes fiscales servant au financement des allègements de charges sociales par rapport au montant des allègements prévus sur les deux années 2006 et 2007. Le niveau des allègements en 2006 et celui prévu en 2007 ne permettra pas de concrétiser cette recette.

5. De nouvelles évaluations de recettes et de charges ont un impact positif de 400 millions sur les comptes du régime général.

⊖ Les évaluations fondées sur les premiers mois de recettes fiscales conduisent à réviser d'au moins 200 millions les recettes fiscales affectées au régime général. Par ailleurs, certaines dépenses, notamment celles sur les prestations logement, sont revues à la baisse.

Encadré
Impact sur le coût des allègements Fillon du mode de calcul
des heures rémunérées dans l'Interim

La LFSS pour 2006 a clarifié la notion d'heures rémunérées. Au lieu de restreindre le nombre d'heures aux heures de travail effectif au sens du code du travail (L-212-4), l'article de la LFSS a précisé que l'assiette de calcul devait prendre en compte les heures rémunérées quelle qu'en soit la nature.

Cette modification réglementaire conduit à prendre en compte les temps relatifs aux indemnités compensatrices de congés payés (ICCP) dans le calcul des allègements. Cette majoration de 10 % du temps de travail augmente de 40 % le coût des allègements dans l'interim.

Ainsi, les informations communiquées par l'ACOSS font état de demandes de régularisations en faveur des entreprises d'interim à hauteur de 400 millions en 2007. Une demande de régularisation du même montant pour l'année 2006 conduit à un montant d'allègement de l'ordre de 800 millions pour 2007.

II- Les comptes du régime général en 2007

Hors mesures de redressement sur les comptes de l'assurance maladie, le solde prévisionnel du régime général s'établirait en 2007 à -12 milliards, niveau comparable à celui atteint en 2004 (-11,9 mds) et 2005 (-11,6 mds).

Les mesures annoncées par le gouvernement, dont l'impact en année pleine est évalué à 1,2 milliard d'euros, auront un impact moindre en 2007. L'impact sur 2007 est évalué à 400 millions d'euros. Le régime général devrait donc être déficitaire de 11,6 milliards d'euros en fin d'année 2007, après mise en œuvre des mesures de redressement de l'assurance maladie.

Les comptes des branches du régime général en 2007

En milliards d'euros

	2005	2006	2007	2007 yc mesures de redressement
Maladie	-8,0	-5,9	-6,4	-6,0
AT_MP	-0,4	-0,1	-0,3	-0,3
Famille	-1,3	-0,9	-0,7	-0,7
Vieillesse	-1,9	-1,9	-4,7	-4,7
Régime général	-11,6	-8,7	-12,0	-11,6

Comptes CCSS 07/2007

Le solde du régime général après s'être amélioré en 2006 de près de 3 milliards retrouverait son niveau de 2005.

L'amélioration très sensible des comptes en 2006 s'explique ainsi :

⊗ 2006 a bénéficié à plein des mesures d'économies et de maîtrise des dépenses de la branche maladie mises en place par la loi du 13 août 2004. Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM ont progressé de 3,1 % en 2006.

⊗ Les recettes ont nettement progressé avec des assiettes dynamiques (revenus salariaux...) et une augmentation des taux de cotisations : augmentation du taux de cotisation vieillesse de 0,2 point, du taux AT-MP de 0,1 point. Ces mesures ont permis de stabiliser le déficit de la CNAV, malgré la hausse de ses charges et de ramener la branche AT/MP à un niveau proche de l'équilibre. Les recettes ont également profité de la mesure de taxation anticipée à la CSG des PEL ouverts depuis plus de 10 ans.

Par rapport à 2006, 2007 bénéficie d'une croissance moindre de ses recettes en dépit du dynamisme de la masse salariale : elle ne bénéficie plus de la mesure sur les PEL, ni des augmentations de taux. Les dépenses maladie comme les dépenses de prestations vieillesse progressent plus rapidement que prévu.

⊖ La branche maladie stabiliserait son solde par rapport à celui de 2006 après la mise en œuvre des mesures de redressement annoncées le 4 juillet.

⊖ Des dépenses plus dynamiques pour les indemnités journalières ainsi que la progression des transferts de la branche AT-MP expliquent en grande partie la dégradation financière de la branche.

⊖ La branche vieillesse, dont le déficit atteindrait 4,7 milliards d'euros, voit son solde se dégrader de 2,8 milliards par rapport à 2006. La progression des charges (+5,8 %) est tirée notamment par l'augmentation du nombre de départs, ils atteignent 740 000 contre 710 000 en 2006.

⊖ La branche famille est toujours déficitaire mais sa situation est moins dégradée qu'en 2006. Les dépenses au titre de la PAJE, qui poursuit sa montée en charge, ainsi que les dépenses d'action sociale progressent moins rapidement qu'en 2006.

Régime général 2004–2007 : produits et charges nets

Régime général	En millions d'euros						
	2004	2005	%	2006	%	2007	%
CNAM MALADIE							
Charges nettes	126 234	130 341	3,3	135 317	3,8	140 837	4,1
Produits nets	114 592	122 333	6,8	129 381	5,8	134 438	3,9
Résultat	-11 642	-8 009		-5 936		-6 399	
CNAM AT							
Charges nettes	8 995	9 430	4,8	9 816	4,1	10 307	5,0
Produits nets	8 811	8 992	2,0	9 757	8,5	10 050	3,0
Résultat	-184	-438		-59		-257	
CNAM Maladie et AT							
Charges nettes	135 230	139 771	3,4	145 133	3,8	151 145	4,1
Produits nets	123 403	131 324	6,4	139 138	6,0	144 488	3,8
Résultat	-11 826	-8 447		-5 995		-6 657	
CNAV							
Charges nettes	74 979	80 796	7,8	84 947	5,1	89 872	5,8
Produits nets	75 234	78 920	4,9	83 092	5,3	85 203	2,5
Résultat	255	-1 876		-1 855		-4 669	
CNAF							
Charges nettes	48 870	51 646	5,7	53 692	4,0	55 102	2,6
Produits nets	48 513	50 332	3,7	52 801	4,9	54 447	3,1
Résultat	-357	-1 315		-891		-655	
Régime général consolidé							
Charges nettes	253 321	266 012	5,0	277 666	4,4	289 753	4,4
Produits nets	241 392	254 374	5,4	268 925	5,7	277 772	3,3
Résultat	-11 929	-11 638		-8 741		-11 981	

Source : direction de la sécurité sociale (SDEPF/6)

Les charges nettes sont diminuées des reprises de provisions sur prestations, et n'intègrent pas les dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

Les produits nets ne prennent pas en compte les reprises de provisions sur prestations, et sont diminués des dotations aux provisions et ANV sur actifs circulants.

Les transferts entre la CNSA et la CNAM (maladie et AT-MP) portant sur l'ONDAM médico-social sont également neutralisés

III La certification des comptes 2006 du régime général par la Cour des comptes

La Cour des comptes a remis son rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale le 19 juin 2007. La Cour a émis neuf avis portant sur les cinq comptes combinés des branches maladie, maladies professionnelles et accidents du travail, retraite et famille et ceux de l'activité de recouvrement du régime général ainsi que sur les comptes des quatre caisses nationales concernées (CNAMTS, CNAV, CNAF, ACOSS). Les comptes de 2006 ont été certifiés, avec des réserves en nombre variable selon les branches, à l'exception de ceux de la CNAF et de la branche famille pour lesquels la Cour n'a pu délivrer une opinion.

La certification des comptes du régime général intervient au terme de plus de dix années de réforme comptable au sein des organismes de sécurité (passage aux droits constatés puis adoption de règles communes dans l'ensemble des organismes avec la mise en place d'un plan comptable unique). Les progrès effectués depuis deux ans ont été très importants ; ils ont été engagés dans les organismes dans une démarche associant de manière constante la Cour des comptes et permettent, dès ce premier exercice, à la majorité des comptes soumis à la Cour d'être jugés, en dépit de certaines réserves, réguliers, sincères et fidèles.

Pour les comptes de la CNAF et de la branche famille, la Cour a déclaré n'être pas en mesure d'exprimer une opinion sur leurs comptes en raison de nombreuses limitations substantielles à ses travaux d'audit et à plusieurs incertitudes sur les comptes. Comme l'a signalé le Premier Président de la Cour le 19 juin, cela ne signifie pas que les comptes sont faux, mais les incertitudes qui affectent les comptes ne permettent pas à la Cour d'émettre une opinion.

Le délai très court séparant la publication de la loi organique du premier rapport de certification explique une partie des réserves de la Cour. Les procédures de contrôle interne et d'audit devront être renforcées dans l'ensemble des branches. Afin d'améliorer la qualité des comptes de la CNAF et de la branche famille, des actions sont déjà engagées : la mise en place d'un fichier national des allocataires est une étape attendue pour 2007 ; un audit sera très rapidement conduit par l'Inspection générale des affaires sociales sur la comptabilisation de l'assurance vieillesse des parents au foyer, afin de répondre aux observations de la Cour.

Si la qualité des comptes a progressé considérablement, des progrès encore substantiels restent à accomplir. Les caisses nationales et les branches du régime général se sont engagées, avec le soutien de leurs tutelles, à améliorer la qualité des comptes afin de répondre aux réserves apportées par la Cour pour la certification des comptes de 2007.

La certification des comptes 2007 représentera une nouvelle étape majeure. Au-delà des comptes du régime général qui devront être certifiés dans leur totalité, elle concernera l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale qui font l'objet chaque année d'un examen parlementaire dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale.

IV- L'évolution des comptes de la branche maladie de la sécurité sociale en 2007

Le déficit de la CNAM augmenterait de nouveau en 2007 par rapport à 2006 :

L'évolution en 2007 du déficit de l'Assurance maladie rompt avec l'évolution observée depuis 2004 : le déficit s'établirait à -6,4 milliards en 2007, soit 0,5 milliard de plus qu'en 2006 (-5,9 milliards) alors que les années 2005 et 2006 avaient été marquées par une amélioration du solde de l'assurance maladie (baisse du déficit de 3,6 milliards en 2005 (-8,0 milliards) et de 2,1 milliards en 2006 (-5,9 milliards)).

La situation des comptes de l'assurance maladie : un déficit plus important que prévu

Les dernières prévisions pour l'année 2007 indiquent des écarts importants par rapport aux prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2007. Le déficit de la branche maladie de la sécurité sociale devrait s'élever à -6,4 milliards d'euros fin 2007 contre un déficit de -3,9 milliards initialement voté par le Parlement en LFSS 2007. Un important dépassement de l'ordre de 2,5 milliards est donc à craindre en 2007 avant prise en compte des mesures d'économies qui seront mise en œuvre dans le cadre de la procédure d'alerte.

Cet écart entre les prévisions initiales et les hypothèses d'évolution s'explique à la fois par un dynamisme élevé de certains postes de dépenses, et notamment une reprise des arrêts maladie de courte durée et des remboursements de médicaments, mais également par des moins values de recettes importantes.

L'année 2007 devrait enregistrer une reprise des dépenses par le biais des arrêts maladie et des remboursements de médicaments :

S'agissant des charges, les écarts constatés par rapport aux prévisions établies en loi de financement pour 2007 concerneraient principalement les dépenses de soins de ville qui enregistrent une évolution plus forte qu'en 2005 et 2006.

Le dépassement sur ce poste de dépenses serait proche de 2,2 milliards d'euros. Cette reprise à la hausse des soins de ville est liée pour une large part aux remboursements d'indemnités journalières (IJ) en raison notamment de la recrudescence des arrêts de travail de très courte durée (moins de 8 jours). Les premiers mois de 2007 confirment la dynamique forte des IJ.

Les économies attendues sur les dépenses de médicaments en 2007 devraient également se révéler plus faibles que prévues. D'après les dernières évolutions, une économie d'environ 1,1 milliard seulement pourrait se concrétiser contre 1,4 milliard d'économies attendues initialement sur ce poste.

Des dépassements sont également susceptibles d'être observés en fin d'année sur les dépenses des cliniques privées et la prise en charge des soins des français à l'étranger.

Au total, les dépenses entrant dans le champ de l'Ondam (plus large que la seule branche maladie du régime général) devraient s'élever à 147,4 milliards d'euros fin 2007 contre 144,8 milliards initialement prévus en LFSS.

Ainsi, dans un contexte où une conjoncture économique favorable est généralement associée à des prescriptions d'arrêts de travail plus dynamiques, il paraît décisif de continuer à prévenir tout dérapage sur ce poste important de dépenses. De même, après l'impact conjoncturel important des baisses de prix et des remboursements ayant affecté le médicament en 2006, l'approfondissement des efforts de maîtrise structurelle des volumes apparaît crucial.

Des recettes plus faibles qu'anticipées :

Une partie de l'aggravation du déficit de l'assurance maladie s'explique par une évolution moins favorable que prévue des recettes.

Une recette exceptionnelle de 600 millions d'euros avait été prévue pour la branche maladie en loi de financement de la sécurité sociale. Celle-ci correspondait au versement au seul profit de la CNAM-maladie du supplément de recettes fiscales servant au financement des allègements de charges sociales par rapport au montant des allègements prévus. Le niveau des allègements en 2006 et celui prévu en 2007 ne permettra pas de concrétiser cette recette.

Le dynamisme de la masse salariale ne se reporte pas totalement dans les comptes. Les exonérations de charges sociales sur les bas salaires (allègements « Fillon ») ne sont compensées qu'en partie par le panier fiscal.

En outre, d'autres mesures devraient réduire les recettes de l'assurance maladie, comme la comptabilisation des heures supplémentaires rémunérées dans les entreprises d'intérim (800 millions d'euros pour le régime général).

Cette dégradation des comptes mais aussi la dette de l'Etat pèse sur la trésorerie de la branche maladie. Les charges financières de la branche devraient atteindre 285 millions d'euros au titre des exonérations de charges sociales sur des dispositifs spécifiques et de remboursements de prestations.

V- Les mesures proposées par les caisses et retenues par le gouvernement

Intitulé de la mesure	Economies réalisées en 2007*	Rendement en "année pleine"*
Responsabilisation des assurés ne passant pas par le médecin traitant	50	150
Evolution du plafonnement journalier	80	200
Gel du Fonds d'intervention pour la qualité des soins de ville (FIQSV) au titre du Dossier Médical Personnalisé (DMP)	70	70
Baisse des tarifs d'actes ciblés de radiologie	22	190
Baisse des tarifs d'actes ciblés de biologie	25	
Incitation des établissements hospitaliers à recourir davantage à la chirurgie ambulatoire	0	150
Généralisation du « tiers payant contre générique »	15	60
Baisse de prix ciblée de dispositifs médicaux	15	50
Baisse de prix ciblée de médicaments	40	160
Mobilisation des professionnels sur la maîtrise médicalisée	50	100
Lutte contre la fraude	50	95
TOTAL	417	1225

* en millions d'euros

VI- Les mesures pesant sur les offreurs de soins

Les propositions des caisses reprises par le gouvernement s'articulent autour de quatre principes fondamentaux :

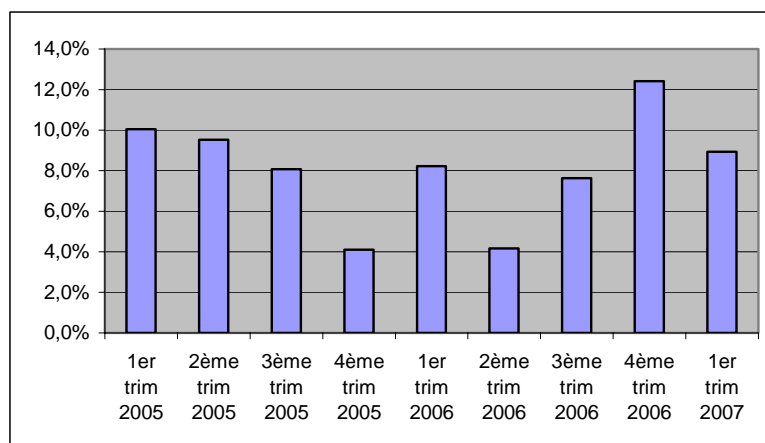
- constituer une réponse adaptée au dépassement de l'ONDAM ;
- dans une situation d'urgence, agir dans la continuité des orientations retenues au cours des dernières années, en particulier en s'inscrivant dans la logique de maîtrise médicalisée ;
- faire peser le redressement sur les postes de dépassement ;
- répartir les mesures de la façon la plus juste possible sur l'ensemble des acteurs (offreurs de soins, assurés, industrie pharmaceutique).

Il est naturel qu'une partie significative du redressement pèse sur les offreurs de soins. Plusieurs propositions des caisses ont été retenues dans ce domaine. L'impact de ces mesures est de 400 millions d'euros sur l'ONDAM en année pleine et de plus de 110 millions sur l'année 2007.

1. Baisse de prix ciblée de dispositifs médicaux :

Les remboursements de dispositifs médicaux ont été particulièrement dynamiques ces dernières années, avec des taux de progression régulièrement autour de 10% par an. Par ailleurs, les mesures de baisses de prix prévues dans le cadre du plan « médicament » 2004-2007 n'ont pas toutes été mises en œuvre.

Evolution des dépenses de dispositifs médicaux 2005-2007 (date de soins CJO-CVS)



Cette dynamique touche plus particulièrement certains postes sur lesquels il semble justifié d'opérer des ajustements tarifaires, tout en s'assurant que ces baisses ne se traduisent pas par une augmentation du reste à charge pour les assurés.

Economies réalisées sur l'ONDAM: 50 millions d'euros

2. Baisse de prix ciblée de médicaments :

Les dépenses de médicaments sont très fortes au cours des premiers mois de l'année et nettement supérieures en tendance au taux de progression sous-jacent à la construction de l'ONDAM. Dans un contexte d'alerte sur les comptes, une nouvelle campagne de baisse de prix sera menée par le Comité Economique des Produits de Santé (CEPS).

Cette mesure devrait toucher essentiellement les molécules les plus coûteuses ayant connu une forte croissance de leur volume. Pour préserver la politique d'incitation des pharmaciens à la substitution, elle devrait également toucher, par le biais des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR), les groupes génériques insuffisamment substitués.

Economies réalisées sur l'ONDAM: 160 millions d'euros

3. Baisse des tarifs d'actes ciblés de radiologie et de biologie :

La CCAM montre un dynamisme très fort des actes d'imagerie dont le tarif est très supérieur au tarif cible, évalué par une commission d'experts d'actes techniques, notamment de 22% pour les actes d'IRM et de 16% pour les scanners.

Dans le contexte de l'alerte, il est donc demandé aux caisses d'accélérer les négociations pour converger vers ce tarif cible. De plus, l'impact sur la dépense des mesures de régulation sur les tarifs de biologie prises en 2006 s'avère insuffisant et il est donc nécessaire de réaliser une nouvelle baisse.

Economies réalisées sur l'ONDAM: 190 millions d'euros (dont 90 millions pour les radiologues et 100 millions pour les biologistes)

VII- Les mesures de responsabilisation et de renforcement du parcours de soins

Dans le domaine de la responsabilisation des assurés, trois propositions des caisses ont été retenues par le gouvernement. L'impact de ces mesures est de 410 millions d'euros sur l'ONDAM en année pleine et de 145 millions sur l'année 2007.

1. Responsabilisation des assurés ne passant pas par le médecin traitant :

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu la mise en place du médecin traitant et du parcours de soins coordonné dont les modalités ont été définies par la convention nationale signée entre l'UNCAM et les médecins libéraux le 12 janvier 2005. 83% des assurés ont choisi un médecin traitant qui sont dans plus de 95% des cas des médecins généralistes.

Le choix d'un médecin traitant est fondamental pour améliorer la qualité des soins. Il permet un meilleur suivi des assurés, des mesures de prévention organisées (cancer du sein, vaccination contre la grippe, prévention de la iatrogénie) et une meilleure coordination des recours au soins.

Il apparaît donc souhaitable, afin d'accroître le nombre d'assurés qui bénéficient de ces programmes, de renforcer l'incitation à choisir un médecin traitant en augmentant de 10 points le ticket modérateur pour les actes réalisés en dehors du parcours de soins ou au profit de patients qui n'ont pas choisi de médecin traitant. Les contrôles des caisses sur le respect des règles du parcours de soin seront également renforcés. Les consultations « hors parcours » seront donc remboursées à 50% au lieu de 60% précédemment et 70% dans le cadre du parcours de soins.

Economies réalisées sur l'ONDAM: 150 millions d'euros

2. Rétablir les économies prévues par la loi du 13 août 2004 à travers l'évolution du plafonnement journalier :

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a mis en place une participation forfaitaire journalière sur les actes médicaux, pratiqués en ville et à l'hôpital. Cette participation avait notamment pour objet de sensibiliser les patients à leur consommation de soins et de limiter le nomadisme médical. Dès l'origine, cette mesure a été assortie d'un plafond annuel de 50 euros pour protéger les assurés les plus malades.

La participation forfaitaire a été plafonnée à 1 euro cumulé par jour et par praticien. Une participation forfaitaire d'1 euro était donc perçue si un patient, dans une même journée, réalisait plusieurs actes de biologie ou consultations médicales chez un même professionnel. Ce plafonnement créait donc un décalage par rapport au recours à plusieurs professionnels et ne répondait pas non plus au souci de limiter la multiplication des actes chez un même professionnel et d'inciter à la maîtrise des analyses inutiles. Par ailleurs, certaines difficultés se sont fait jour pour récupérer la participation sur les consultations externes à l'hôpital.

Il est donc proposé de définir le montant du plafonnement journalier à 4 euros et d'accélérer la récupération de la participation forfaitaire à l'hôpital.

Economies sur l'ONDAM : 200 millions d'euros

3. Généralisation du tiers payant contre générique :

Il s'agit de réserver le bénéfice du tiers payant aux patients qui acceptent la substitution générique. Elle incite donc fortement les patients qui ne souhaitent pas faire l'avance de frais. Cette mesure a déjà été mise en œuvre dans les départements les plus en retard sur le développement des génériques. Elle s'est avérée très efficace, entraînant des progressions en général de plus de 10% de la substitution générique.

Economies sur l'ONDAM : 60 millions d'euros

VIII – Les mesures sur la maîtrise et la qualité des soins

Le redressement des comptes de l'Assurance maladie nécessite des mesures vigoureuses de relance de la qualité et de l'efficacité du système de soins. Plusieurs propositions des caisses ont été retenues dans ce domaine. L'impact de ces mesures est de 420 millions d'euros sur l'ONDAM en année pleine et de 150 millions d'euros sur l'année 2007.

1. Mobilisation des professionnels sur la maîtrise médicalisée :

La maîtrise médicalisée a pris du retard par rapport aux objectifs fixés lors de la construction de l'ONDAM. La mobilisation des praticiens et des caisses est nécessaire. Elle est la contrepartie à toute revalorisation future des praticiens, notamment la tranche 2008. La relance de la maîtrise médicalisée devra toucher notamment la délégation de tâche vers les infirmières, l'utilisation des « stents actifs », les visites à domicile etc.

Au vu de l'augmentation des dépenses au cours des dernières années, un effort particulier devra être fait sur les transports sanitaires des malades. Une circulaire sur le recours aux transports médicalisés sera bientôt publiée. Elle précise que la prescription devra mieux tenir compte de l'état de santé du malade et notamment de la nécessité d'un transport allongé ou demi-assis (ambulance) ou d'un accompagnement (transport assis professionnalisé).

Evolution des dépenses de transport de malades entre 2006 et 2005

	Part dans les dépenses	Evolution en valeur	Evolution en volume
Ambulances	42,1%	9,8%	6,4%
VSL	26,6%	2,3%	0,0%
Taxis	31,4%	14,2%	10,4%
Total	100%	9%	5,7%

Sources : CNAMTS, champ : régime général, hors SLM, DOM exclus

Economies réalisées sur l'ONDAM : 100 millions d'euros

2. Lutte contre la fraude :

Le gouvernement entend remobiliser les caisses sur ce sujet autour d'un véritable plan d'action dans les mois à venir.

Un meilleur respect des **conditions de résidence** pour bénéficier des droits devra être mis en place : pour cela, un décret « train de vie » sera rapidement adopté afin de permettre aux caisses de détecter les fraudes manifestes à certaines prestations (notamment pour certains bénéficiaires de la couverture maladie complémentaire). De meilleurs échanges d'informations entre les organismes sociaux et les administrations (DGI principalement) favorisera également le respect de la condition de séjour stable et effectif en France pour percevoir des prestations sociales.

Un équilibre plus satisfaisant entre la nécessité de poursuivre la simplification des relations entre les usagers et leur administration et une **meilleure efficacité du contrôle des droits** doit également être trouvé : la possibilité de produire une attestation sur l'honneur pour l'attribution d'un droit doit rester exceptionnelle tandis que la possibilité pour les organismes de sécurité sociale de demander dans certains cas des documents originaux et non plus des photocopies davantage utilisée.

Un effort particulier sera nécessaire sur les postes de dépense où les économies potentielles sont importantes (notamment la fraude à la facturation en matière de frais de transport et de produits et prestations remboursables, ainsi que les dépenses des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes).

Un renforcement des contrôles sur les **arrêts de travail répétés et de courte durée** (plus de 80% des arrêts de travail ont une durée inférieure à 30 jours) semble particulièrement nécessaire.

Enfin, des sanctions devront être renforcées à la fois vis-à-vis des professionnels de santé qui ne respectent pas les **délais pour l'envoi des pièces justificatives** (notamment en cas de dispense d'avance de frais) et pour réfréner le développement de **certains trafics de médicaments de substitution** (« Subutex »).

De manière plus structurelle, le **dispositif de contrôle lui même devra être modernisé** afin d'être plus efficace, ce qui suppose des efforts de formation pour les agents, la mise en œuvre d'un plan d'équipement informatique ainsi que la mise en place de structures dédiées à la lutte contre la fraude entre les services administratifs et médicaux concernés au sein des caisses.

Economies réalisées sur l'ONDAM : 95 millions d'euros

3. Incitation des établissements hospitaliers à recourir davantage à 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 fonctionnement des établissements. La mesure technique proposée par la CNAMTS sur le développement notamment de la chirurgie ambulatoire sera mise en œuvre lors de la campagne tarifaire 2008.

Même si des progrès ont été réalisés (cf. infra graphique), la France accuse encore un important retard dans le développement de la chirurgie ambulatoire au regard de ses voisins européens. De plus, des disparités entre les régions existent.

Or, la chirurgie ambulatoire, lorsqu'elle est organisée de façon rigoureuse en conformité avec la réglementation, permet 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 : 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 % dans les établissements. En outre, il est démontré que la chirurgie ambulatoire mobilise moins de ressources, diminuant ainsi le coût pour l'assurance maladie.

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 Etat / ARH).

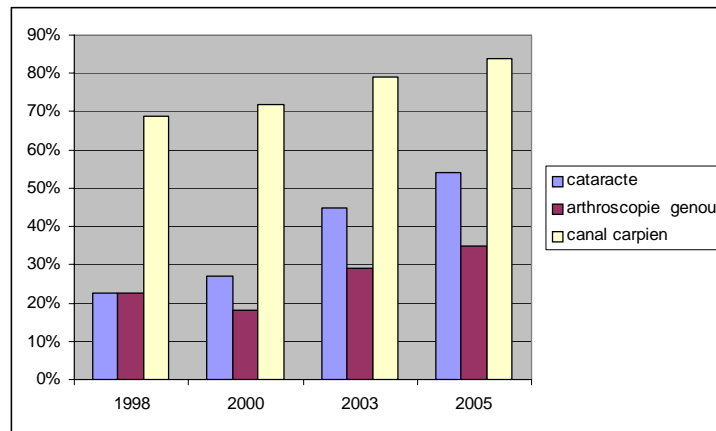
Les mesures envisagées constituent une nouvelle étape et doivent viser à rendre le recours à la chirurgie en hospitalisation complète financièrement désincitatif dans les cas où cette activité a vocation à être réalisée essentiellement en ambulatoire.

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.

La MEAH (mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier) a réalisé des chantiers pilotes auprès de 8 établissements publics et privés mettant en évidence les voies d'amélioration. Ces travaux (« *organisation de la chirurgie ambulatoire dans les hôpitaux et les cliniques : d'un exercice institutionnel à une démarche entrepreneuriale* ») ont fait l'objet d'une restitution dans le cadre d'un colloque qui a eu lieu le 19 juin dernier. Le rapport de la Meah et les actes de ce colloque sont disponibles sur le site de la mission (www.meah.sante.gouv.fr).

Ces mesures doivent être mises en œuvre pour la campagne tarifaire 2008. Elles feront au préalable l'objet d'une concertation approfondie avec les fédérations hospitalières.

Développement du recours à la chirurgie ambulatoire en France : exemple de la cataracte, de l'arthroscopie du genou et du canal carpien



Economies réalisées sur l'ONDAM : 150 millions d'euros

4. Gel du Fonds d'Intervention pour la Qualité des Soins de Ville (FIQSV) et de la Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) :

Les sommes prévues sur ce fonds avaient pour partie vocation à financer le déploiement du Dossier Médical Personnalisé (DMP). Du fait du retard que connaît ce dossier, les crédits pour 2007 ne seront pas tous consommés. Un gel est donc envisageable. Il ne remet pas en cause la nécessité absolue de relancer ce dossier.

Economies réalisées sur l'ONDAM : 70 millions d'euros

IX- L'impact du dispositif de régularisation de cotisations arriérées

1. Un dispositif dérogatoire de plus en plus utilisé

La validation de droits à retraite intervient en principe dans le cadre d'activités professionnelles donnant lieu au versement en temps réel de cotisations obligatoires. Certains dispositifs permettent toutefois la prise en compte pour les droits à retraite de périodes travaillées pour lesquelles les cotisations n'ont pas pu être acquittées.

Les plus importants en termes d'effectifs correspondent aux « *régularisations de cotisations* », qui comprennent deux catégories :

- la régularisation des périodes salariées non cotisées, le plus souvent faute de déclaration et de versement de cotisations par l'employeur, dont la réglementation remonte à 1975 ;
- la régularisation des périodes d'apprentissage accomplies avant le 1^{er} juillet 1972 , dérivée de la catégorie précédente et assouplie en 2000, puis en 2004 afin de faciliter l'accès des intéressés à la retraite anticipée.

L'assuré qui remplit les conditions requises, en apportant notamment la preuve de l'activité salariée ou de l'apprentissage accomplis à l'époque, peut effectuer un versement de cotisations a posteriori, qui sera pris en compte pour ses droits à retraite.

Le recours à ces dispositifs de validation spécifiques s'est fortement accru depuis 2003. De janvier 2004 et avril 2007, près de **90 000 régularisations** de cotisations arriérées ont été effectuées au régime général, auxquelles il faut ajouter les régularisations gérées par le régime agricole.

2. Une évolution qui pèse sur les dépenses de la branche vieillesse

La grande majorité des régularisations sont effectuées pour permettre aux assurés d'augmenter leur durée d'assurance et remplir les conditions requises pour bénéficier d'un départ en retraite anticipée pour longue carrière. Ainsi, en 2006, une retraite anticipée sur quatre avait donné lieu à une régularisation de cotisations.

Cette évolution explique pour partie le maintien à un niveau élevé, supérieur aux prévisions initiales, des flux de départs en retraite anticipée, qui constituent l'un des principaux facteurs de la dégradation actuelle des déficits de la branche.

Elle peut aussi conduire à accélérer le nombre de départs en retraite après 60 ans et à diminuer l'impact des mesures d'incitation à la prolongation d'activité initiées par la réforme de 2003 et prolongées par le plan seniors.

Selon les estimations de la CNAV, les régularisations de cotisations arriérées auraient produit un supplément de masse de prestations de 363 M€ en 2006, et engendreraient un supplément de **456 M€** dont **413 M€** pour les retraites anticipées en 2007

3. Améliorer le contrôle des procédures de régularisation

Le dispositif de régularisation, conçu initialement comme une mesure de souplesse pour traiter des cas exceptionnels, fait aujourd'hui l'objet d'une utilisation assez massive. Elle est financièrement intéressante pour les assurés.

Des actions ont d'ores et déjà été engagées pour améliorer le contrôle des procédures de régularisations par les URSSAF, s'agissant notamment des modalités de preuve de l'activité salariée. Elles devront être poursuivies.