Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Synthèse du HCAAM

Les leviers d'action pour un système de santé solidaire et efficient

Contribution du HCAAM à la saisine des

Hauts Conseils concernant l'état des comptes sociaux

Juin 2025

1. Le diagnostic

Après un quasi-retour à l'équilibre en 2018 (-0,8 Mds€), le déficit de l'assurance maladie atteint aujourd'hui un niveau inédit en dehors d'un contexte de récession ou de crise sanitaire (-13,8 Mds€ en 2024) ; même en limitant la progression annuelle de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) à 2,9 %, il s'établirait à -19,4 Mds€ en 2029. A cette dégradation s'ajoute le déficit des établissements hospitaliers, qui a augmenté de 2,5 Mds€ entre 2019 et 2024. Cette évolution résulte pour partie de l'impact pérenne du Ségur de la santé (13 Mds€), mais aussi d'une accélération de la progression de l'Ondam hors chocs conjoncturels, à +3% par an sur 2019-2023, contre +2,3% par an sur 2010-2019. Cette tendance s'explique par le vieillissement, l'épidémiologie, les impacts de l'innovation (coût des traitements et propension à traiter) et des gains de productivité structurellement plus faibles dans des secteurs intensifs en main d'œuvre comme la santé que dans le reste de l'économie (effet Baumol). De plus, la part de la consommation de soins et biens médicaux prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et l'Etat croît tendanciellement (+3 points entre 2013 et 2023) sous l'effet notamment de la prise en charge des patients en affection de longue durée. Un retour à l'équilibre à l'horizon 2029 implique un effort de 35 Mds€ : 3,5 à 4 Mds€ sont nécessaires chaque année pour tenir un Ondam à 2,9%, 22 Mds€ sont nécessaires pour ramener l'assurance-maladie et les établissements de santé à l'équilibre.

2. Le retour à l'équilibre nécessite une transformation profonde du système de santé

Le retour à l'équilibre, sans dégrader l'accès de la population à la santé et même en lui permettant de continuer à bénéficier des progrès scientifiques, suppose une transformation profonde du système de santé : de son organisation, de sa structuration, de ses modes de financement et de régulation.

Il requiert de s'inscrire dans la mise en œuvre d'une trajectoire offrant de la visibilité aux acteurs du système de santé et à ses usagers. Ceci suppose notamment : une organisation territoriale coordonnée entre acteurs de santé, une interopérabilité des systèmes d'information, un pilotage plus cohérent entre ville, hôpital et médico-social, et une stratégie nationale de santé définissant et priorisant les objectifs de santé. Afin d'assurer une plus grande adaptabilité des règles d'organisation de compétences des professionnels de santé en phase avec les innovations, il serait souhaitable d'étendre le champ des LFSS et de délégaliser les règles pouvant l'être. Trois ensembles de leviers mobilisables sont examinés dans ce rapport pour agir sur le volume de soins, le coût des soins, et le périmètre de prise en charge. La plupart des leviers mobilisables s'inscrivent dans un horizon de moyen / long terme, certains peuvent être activés à court terme.

L'ampleur historique du défi est telle que nous ne sommes pas dans la situation de pouvoir choisir entre certains moyens à l'exclusion d'autres : il faut mobiliser l'ensemble des instruments disponibles. Par ailleurs, les leviers relatifs à la seule efficience du système de santé, s'ils doivent être activés résolument et mobilisés de façon plus effective que jamais, ne suffiront pas à ramener l'assurance-maladie à l'équilibre : le quantum d'économies d'efficience identifié, de façon volontariste, par la Cour des comptes, ne représente qu'un peu moins de la moitié de l'effort nécessaire pour ramener l'assurance-maladie à l'équilibre à horizon 2029.

Partant de là, le reste de l'effort devra être réalisé :

* soit par des mesures de périmètre d'une telle ampleur qu'elles constitueraient une véritable remise en cause de notre système de prise en charge de santé, et même de sa régulation, sans accroître en rien son efficience ;

* soit par un relèvement des ressources allouées à l'assurance-maladie, comme cela a été réalisé au cours de la décennie 2010.

3. Les leviers permettant d'agir sur les volumes de soins

3.1. La pertinence et le bon usage des soins

Le premier levier, et le plus consensuel, est de ne prendre en charge que ce qui est utile aux patients, en fonction de l'état de la science et des recommandations médicales. Tous les pays font le constat de marges d'amélioration possibles dans ce domaine : les soins ne sont pas toujours conformes aux référentiels de bonne pratique, sont hétérogènes d'un territoire à l'autre, génèrent des évènements indésirables qui pourraient être évités.

Ces constats ne sont pas nouveaux, même s'ils s'enrichissent en permanence grâce au développement des systèmes d'information. Depuis plus de vingt ans des actions sont menées, notamment par l'assurance maladie, pour promouvoir ce que l'on désigne aujourd'hui sous le terme de « pertinence des soins ». Elles s'appuient sur des leviers multiples : information des professionnels, contrôles, incitations financières, outils numériques, accords préalables…

Si l'enjeu financier est certainement significatif, il n'y a pas aujourd'hui d'estimation, dans le contexte français, des gains que l'on peut attendre raisonnablement d'une meilleure conformité aux recommandations médicales.

Il faut noter par ailleurs que les actions menées contribuent d'ores et déjà aux mesures d'économie qui permettent de ramener la tendance spontanée d'évolution des dépenses vers l'objectif de progression de l'Ondam. La question est donc de savoir si, et comment, ce levier de la pertinence et du bon usage des soins peut être mobilisé au-delà de ce qui est déjà fait depuis des années.

En facteur commun à toutes les approches, le Hcaam recommande d'approfondir encore non seulement la connaissance sur les pratiques, mais aussi la compréhension des ressorts des comportements de prescription et de consommation, de façon à améliorer l'efficacité des actions. Celles-ci peuvent s'orienter dans deux voies :

- poursuivre la logique actuelle qui recherche l'adhésion, la responsabilisation, l'engagement des acteurs de soins aux objectifs poursuivis et leur engagement pour atteindre ces objectifs, pour obtenir des évolutions de pratiques acceptées et durables. L'amélioration passe par la mise à disposition d'outils (notamment numériques), l'information aux professionnels et aux patients, l'alignement des incitations économiques avec les objectifs ;
- renforcer les contraintes qui limitent la liberté de pratique des professionnels et la liberté d'usage du système par les patients (telles que les demandes d'accord préalable, l'accompagnement à la prescription, la limitation des remboursements…). Dans ce registre, introduire des obligations relatives à la documentation ou la justification de certaines prescriptions (comme le fait la prescription renforcée instaurée par la LFSS 2024) ou à l'utilisation des outils numériques doit être envisagé.

Les actions de pertinence doivent être améliorées par le déploiement des outils numériques qui doit être accéléré.

Mon Espace Santé doit devenir un outil central dans l'organisation du parcours de soins de patients et permettre de réduire les coûts induits par une mauvaise coordination des soins. Bien que déjà largement déployé chez les professionnels de santé libéraux, son utilisation effective reste encore en deçà des attentes initiales, en raison de difficultés portant sur le retard d'implémentation à l'hôpital, l'interopérabilité des systèmes (notamment avec les logiciels des professionnels de santé), son alimentation inégale, l'atteinte d'une masse critique d'utilisateurs, et surtout l'ergonomie d'utilisation. L'amélioration continue de ce dispositif, notamment à travers des solutions permettant aux professionnels d'obtenir simplement l'information qu'ils recherchent, est cruciale pour qu'il réponde enfin aux attentes placées depuis sa création dans la loi en 2004.

L'ordonnance électronique, qui poursuit son déploiement en visant notamment une meilleure sécurisation de la délivrance, pourrait représenter une rupture radicale dans la recherche de la pertinence, si elle était complétée d'une mention obligatoire de l'indication clinique, qui constitue une condition décisive à la fois pour mieux connaître les enjeux de non-pertinence et pouvoir cibler des actions d'amélioration de la pertinence.

Les logiciels d'aide à la prescription (LAP) ont jusqu'à présent davantage contribué à faciliter le travail des professionnels qu'à accroître la pertinence des prescriptions. Des travaux actuels mobilisant les sciences comportementales et intégrant l'intelligence artificielle, sont en cours pour améliorer la pertinence des alertes tout en assurant leur acceptation par les prescripteurs.

3.2. L'organisation de l'offre et la gradation des soins

Un système de santé efficient repose sur une gradation des soins organisée et lisible, qui permet que les problèmes de santé soient traités au bon niveau, depuis la première ligne de soins jusqu'aux structures les plus spécialisées, selon un principe de subsidiarité. Le système de santé français est marqué par un fort hospitalo-centrisme et une faible structuration des soins primaires – deux phénomènes qui se nourrissent réciproquement. Cela induit des recours inadaptés à l'hôpital à travers des sollicitations des urgences et des hospitalisations évitables, notamment pour les personnes âgées hébergées en Ehpad, ce qui est source de surcoûts financiers et est préjudiciable pour les personnes âgées fragiles, engendrant des ruptures déstabilisantes, des complications et des séjours prolongés.

L'enjeu financier est majeur. Ainsi si l'on évitait, par une prise en charge adéquate, 20 % de l'ensemble des passages aux urgences, on peut estimer à plus d'un milliard d'euros l'économie directe réalisée, et près de 2 Mds€ si l'on prend en compte les transports sanitaires associés et les hospitalisations consécutives pour les personnes âgées.

Pour éviter des recours injustifiés aux structures hospitalières, le système de santé doit être organisé pour fournir à la population en proximité une gamme de services beaucoup plus large qu'aujourd'hui. Ceci suppose :

- de poursuivre résolument la politique engagée pour développer le travail en équipe dans les soins primaires. A cet égard, il semble aujourd'hui nécessaire de rationaliser les dispositifs de coordination pour en assurer l'effectivité et la lisibilité auprès des professionnels et des usagers ;
- d'étendre l'organisation de la PDSA (permanence de soins ambulatoires) et de la prise en charge des soins non programmés des spécialités par l'intermédiaire du SAS (Service d'accès aux soins), et d'inciter fortement voire contraindre à la régulation préalable avant toute admission aux urgences.

Pour que ces leviers produisent des économies, ils doivent s'accompagner d'un ajustement des capacités hospitalières.

3.3. Mobiliser l'innovation technique et organisationnelle

Le Hcaam a affirmé l'intérêt de faire évoluer les modes de prise en charge, que ce soit par une meilleure coordination entre les acteurs de soins et du médico-social autour des services à rendre au patient, par un élargissement du champ des prises en charge et en assouplissant les règles de compétences des professionnels et des structures. L'article 51 offre désormais un cadre général pour réaliser des expérimentations d'innovation organisationnelle dérogeant aux règles de compétence et de financement qui entravent aujourd'hui ces évolutions. Nombre de ces expérimentations répondent à des enjeux de prévention primaire, secondaire et tertiaire, d'amélioration du suivi de patients chroniques ou de publics présentant des difficultés particulières dans leur accès aux soins ; elles mobilisent des prestations ne relevant pas aujourd'hui du panier de soins pris en charge par l'assurance-maladie (diététique, activité physique adaptée), construisent des parcours simplifiés

(dérogeant aux règles classiques de compétences des professionnels) pour faciliter l'accès aux soins et éviter les ruptures de parcours, et mettent en place des parcours coordonnés renforcés (PCR) pour répondre aux besoins spécifiques, à la jonction du sanitaire et du social, de certains publics (enfants pris en charge par l'ASE, usagers de drogues…). Certaines innovations récentes de notre système de santé (dispensation d'antibiotiques par le pharmacien d'officine après réalisation d'un test rapide d'orientation diagnostique (Trod) pour les « petits maux », dépistage VIH et IST sans ordonnance, prise en charge des consultations de psychologues) résultent d'expérimentations réussies et généralisées.

Cette dynamique d'innovations doit être poursuivie pour expérimenter de nouveaux cas d'usage et faciliter leur passage à l'échelle. Il importe de garantir que la généralisation des expérimentations probantes respecte les conditions d'expérimentation afin d'en assurer le succès. On peut à cet égard regretter que le texte sur les parcours coordonnés renforcés écarte la possibilité pour les acteurs associatifs de les porter, alors qu'ils sont souvent porteurs des expérimentations.

Le potentiel de l'intelligence artificielle (IA), notamment générative, est reconnu comme majeur pour augmenter la productivité à court terme des professionnels de santé en automatisant notamment les tâches administratives et l'analyse de données médicales complexes. Ces gains de productivité peuvent permettre de répondre à certaines tensions en ressources humaines du système de santé et apporter des économies. Toutefois, le déploiement de ces technologies doit surmonter des défis juridiques, éthiques, écologiques et sociaux significatifs, nécessitant un cadre réglementaire clair et un dispositif rigoureux d'évaluation médico-économique.

Les innovations scientifiques telles que les biomarqueurs pour la détection précoce de maladies comme les cancers, prometteuses en matière de transformation des prises en charges et d'économies potentielles, exigent des évaluations approfondies. La capacité actuelle limitée à évaluer rapidement ces innovations constitue un frein à leur intégration efficace dans le système de santé, et appelle aussi à renforcer les capacités d'évaluation médico-économiques.

3.4. Prioriser les actions de prévention vers les enjeux présentant le plus fort impact, mobiliser les contacts entre les personnes et le système de soins

La prévention et la promotion de la santé sont des approches indispensables pour réduire les coûts des maladies chroniques : 25 millions de personnes sont aujourd'hui en France atteintes d'une ou plusieurs maladies chroniques ; leurs dépenses de santé représentent les deux tiers de la dépense totale et près des trois quarts de sa progression annuelle. Pourtant, à titre d'illustration, on considère que 40 % des cancers sont dus à des facteurs évitables car liés en grande partie à des facteurs comportementaux modifiables (tabac, alcool, alimentation, activité physique eux-mêmes directement liés aux contextes environnementaux dans lesquelles vivent les personnes ; une baisse de 5 % des prévalences de ces facteurs de risque (tabac, alcool, surpoids et obésité) qui représentent une dépense publique de 30 Mds € permettrait une économie de l'ordre de 1,5 Md €.

La prévention se caractérise par une grande diversité dans ses modalités d'action, ses effecteurs et ses financeurs. C'est une combinaison des approches prenant la forme d'un continuum entre les trois niveaux de prévention (primaire, secondaire, tertiaire) et associant les parties prenantes, qui en règle générale donne les meilleurs résultats. Dans un monde où les ressources sont finies, il est indispensable de prioriser les actions sur une combinaison d'interventions qui ont fait leurs preuves, sur les enjeux de santé publique à fort impact, et sur les populations sur lesquelles l'effet de levier de la prévention peut être le plus élevé. Inversement, doivent être écartées les approches ne faisant pas l'objet d'un niveau de preuve suffisant et en population générale.

Afin de résorber plutôt qu'amplifier les inégalités sociales de santé, il est recommandé de développer le principe de l'aller-vers de mobiliser l'utilisation opportuniste des contacts entre les personnes et le système de soins pour mettre en place des actes de prévention : cette approche *« faire que chaque contact compte »* peut être mise en place à l'hôpital, mais également dans le contexte des soins primaires selon une approche dite de « responsabilité populationnelle » : il en va ainsi de l'utilisation

du passage de patients ciblés dans les laboratoires de biologie médicale pour réaliser des analyses complémentaires de dépistage de la maladie rénale chronique (mesure effective depuis 2025) ou les dépistages du cancer colo-rectal et du col de l'utérus, répondant à des enjeux de sous-dépistage massif de ces pathologies.

3.5. La question des arrêts maladie

Les dépenses relatives aux indemnités journalières maladie croissent plus vite que l'Ondam et sont en forte accélération depuis 2019 : +6,4% par an, contre +2,9 au cours des années 2010. Leur croissance s'explique pour 60% par des déterminants économiques et démographiques (hausse et vieillissement de la population salariée, revalorisations salariales à la suite de l'inflation). Cependant, l'accentuation de la hausse du volume d'arrêts sur la période récente est principalement due à une progression plus forte qu'auparavant des taux de recours à tous âges, y compris chez les jeunes, même si les salariés âgés restent ceux pour lesquels les durées d'arrêt sont les plus longues. Plusieurs pistes peuvent être avancées pour l'expliquer relevant des conditions de travail, des pratiques de management, de l'état de la santé de la population (dont la santé mentale), du changement de la composition de la population active, et de l'existence d'arrêts injustifiés ou frauduleux.

Malgré une focalisation du débat public sur les arrêts courts, la régulation doit prioritairement cibler les arrêts longs qui concentrent l'essentiel de l'enjeu financier - les arrêts indemnisés de plus d'un mois représentent 83% de la dépense, ceux de plus de 6 mois 45%.

A moyen terme, les actions doivent donc porter avant tout sur la prévention de la désinsertion professionnelle par une anticipation et un accompagnement renforcés du retour à l'emploi des salariés en arrêt de longue durée associant médecin conseil, médecin prescripteur et médecin du travail, l'employeur et le salarié.

La maîtrise du recours aux arrêts maladie de courte durée nécessite de combiner des actions à destination des employeurs, en leur permettant d'identifier des profils de sinistralité atypiques pour engager des démarches de prévention ; des prescripteurs, par des retours d'information leur permettant de se situer par rapport aux autres et en favorisant l'usage des référentiels de durée ; des assurés, en restreignant les possibilités de « nomadisme de prescription ».

Le partage d'informations entre acteurs (employeurs, assurance-maladie, assureurs en prévoyance) est nécessaire pour améliorer l'efficacité des actions préventives et des contrôles.

Un transfert des arrêts de courte durée vers l'employeur serait à instruire afin d'encourager la responsabilisation des acteurs.

3.6. Lutter contre la fraude

La fraude représente à l'évidence un impact préjudiciable pour les ressources du système de santé. La mobilisation par l'assurance-maladie de moyens importants a permis des progrès tant dans l'évaluation que dans les résultats obtenus. Ainsi les résultats en matière de lutte contre la fraude ont connu une très forte progression en période récente. Les montants détectés en 2024 s'élèvent à plus du double des montants détectés avant la crise sanitaire.

Il importe que la lutte contre la fraude couvre mieux certains enjeux : pratiques abusives, fraude à l'ouverture des droits concernant des personnes relevant d'autres systèmes de sécurité sociale (expatriés, frontaliers, détachés...). Les mesures proposées, afin de permettre davantage de détection et de recouvrement, concernent à la fois les professionnels de santé et les usagers.

4. Les leviers permettant d'agir sur les prix et les coûts des soins

4.1. Payer les produits et prestations au juste prix

Les modes de régulation tarifaires actuels des produits et prestations financés par l'assurance-maladie sont décorrélés d'une connaissance des conditions économiques des secteurs les produisant. Cela peut se traduire par des inadéquations tarifaires dommageables : si une activité est sous-financée, il existe un risque pour la quantité et/ou la qualité de l'offre. Si une activité est sur-tarifée, cela constitue une perte pour le bien-être collectif (et pour le cotisant/contribuable) et peut conduire à des réallocations de ressources humaines et en capital déstabilisatrices pour le système de santé : mobilisation non-pertinente de ressources humaines sur certaines activités, carences de ressources humaines dans d'autres activités ou modes d'exercice, bulles spéculatives pouvant créer des barrières à l'entrée des jeunes professionnels et/ou fragiliser la viabilité de certains opérateurs.

La tarification des produits et prestations au juste prix constitue donc non seulement un impératif de bonne gestion des deniers de l'assurance-maladie, mais aussi un enjeu d'équilibre au sein du système de santé.

L'analyse des différents secteurs met en évidence plusieurs dépenses de soins pour lesquels des inadéquations tarifaires sont constatées.

A moyen terme, il est nécessaire de doter la régulation d'un observatoire de la situation économique et de la rentabilité d'un certain nombre de secteurs, ainsi que des revenus des professionnels. Cet observatoire permettrait d'évoluer à moyen terme vers un pilotage par la rentabilité et/ou les revenus, et viserait aussi bien à éviter des situations de sous-financement que la constitution et le maintien de rentes.

L'intervention sur ces différents champs constitue autant de pistes de gains déjà identifiées et à approfondir.

La rupture de tendance de l'évolution des dépenses de médicaments après 2020 a contribué à l'accélération de la croissance de l'Ondam. Cette évolution résulte à la fois de l'affaiblissement de l'outil des baisses de prix et de l'impact des innovations médicamenteuses, tout particulièrement pour les médicaments onéreux relevant de la liste en sus.

Par ailleurs, le renforcement de l'évaluation médico-économique et de l'exploitation des données en vie réelle constituent des leviers essentiels pour mieux utiliser les médicaments innovants.

4.2. L'efficience hospitalière

La crise sanitaire a durablement perturbé les organisations hospitalières, se traduisant par une baisse apparente de la productivité, qui coexiste avec des situations de souffrance au travail des personnels face aux tensions qui résultent des effets persistants de ce choc.

Cette situation, conjuguée à la dégradation inédite de la situation financière des établissements de santé et à la raréfaction des ressources humaines, impose de réenclencher des actions permettant aux établissements de santé d'accroître leur efficience, en complément de l'action en faveur de la gradation des soins visant à éviter le recours aux hospitalisations évitables.

A cet égard, il convient de réengager une dynamique visant une meilleure organisation territoriale des activités hospitalières, que ce soit en assurant une meilleure gradation et hiérarchisation de la répartition des activités entre établissements, ainsi qu'en assurant davantage de complémentarités et de mutualisations entre établissements. Cet axe n'est certes pas nouveau et il vise à répondre à la fois à des enjeux de qualité, aux tensions que connaissent les ressources humaines à l'hôpital et à des enjeux économiques. Le Hcaam recommande de relancer le mouvement amorcé par les groupements hospitaliers de territoires (GHT), en étendant le champ des mutualisations obligatoires dans le cadre des GHT et le cas échéant en dotant ces dernières de la personnalité morale afin de faciliter ces évolutions.

La carte des activités appelle des révisions. Concernant l'obstétrique, l'expérience d'autres pays montre qu'il est possible de concentrer l'activité tout en répondant aux exigences de qualité, à condition de mettre en place un suivi resserré de l'ensemble de la grossesse et un hébergement temporaire à proximité d'une maternité dès que la probabilité d'accoucher le nécessite. La restructuration engagée de la carte des activités de chirurgie doit se poursuivre.

C'est sur l'activité de médecine et des urgences que les gains les plus conséquents peuvent être attendus en intervenant sur les parcours de soins. Plusieurs réformes sont déjà en cours de déploiement. Par ailleurs, une restructuration des lignes de garde s'impose aujourd'hui sur certains territoires pour des raisons tenant au moins autant aux tensions sur les ressources humaines que pour des raisons économiques.

Enfin, des évolutions de l'autorisation de court séjour en médecine permettraient de mieux qualifier la médecine spécialisée et la médecine polyvalente. De même une réforme des activités de soins de longue durée permettrait de gagner en performance dans l'hébergement et le suivi des personnes dépendantes et réduire le recours non pertinent au MCO, au SMR et aux urgences.

5. Les mesures de périmètre

5.1. Les périmètres de prise en charge de l'AMO et de l'AMC

Chercher à compenser la hausse de la part des dépenses de santé prises en charge par l'AMO par des transferts depuis l'AMO vers l'AMC (ticket modérateur) ou les patients (franchises ou participations forfaitaires) ne peut constituer un principe de régulation, sauf à entraîner, dans la durée, des transferts tels qu'ils ne constitueraient plus des mesures paramétriques mais un changement de nature de notre système, conduisant soit à rendre la sécurité sociale minoritaire dans les prises en charge de nombreux soins courants, soit à créer un niveau de reste à charge après AMC (franchises) dissuasif au regard du coût de soins courants, au détriment de l'accès aux soins. Une telle évolution est d'autant moins souhaitable qu'une hausse de ticket modérateur ne réduit pas la dépense de santé et a des effets économiques comparables à une hausse de prélèvement obligatoires, qui seraient de surcroît croissants avec l'âge et la taille du foyer. Les mesures de périmètre n'ont donc de sens que si elles permettent de maîtriser la dépense AMO et AMC.

5.2. Les effets du régime des ALD sur la structure de prise en charge des soins soulève des questions d'articulation entre l'AMO et l'AMC

Le régime des ALD a pour effet dans la durée de polariser la prise en charge de l'AMO entre les soins ALD, qui concentrent une part croissante des dépenses de santé, et les autres soins.

Il implique une hausse permanente du taux de prise en charge des dépenses par l'AMO, ce qui, même dans une hypothèse où la part de la dépense de santé dans le PIB resterait stable, conduirait à ce que la part de l'AMO dans le PIB augmente, ce qui impliquerait soit d'accroître les recettes affectées à l'AMO, soit d'opérer régulièrement des transferts de prise en charge depuis l'AMO réduisant la prise en charge des soins courants, et accentuant la polarisation des prises en charge.

Cet élément, ainsi que les limites intrinsèques du dispositif des ALD, implique de réexaminer les questions d'articulation entre l'AMO et l'AMC.

Dans le cadre de l'architecture actuelle, ont été évoquées plusieurs réformes de l'ALD :

- la création d'un double régime, en distinguant un premier niveau pour les patients avec des ALD sans traitements couteux mais susceptibles d'évoluer vers une forme grave, avec une exonération de ticket modérateur recentrée sur les soins à visée préventive, et un second niveau inchangé ;

- l'introduction d'un ticket modérateur spécifique pour les personnes en ALD sur l'ensemble de leurs soins, en lien ou non avec l'ALD.
- Une autre réforme plus profonde consisterait à remplacer le dispositif ALD par un bouclier sanitaire, en plafonnant les participations des assurés sur le champ des montants remboursables, ce plafond pouvant être uniforme (en maintenant des exonérations pour les ménages modestes) ou modulé selon le revenu. Une telle hypothèse soulève plusieurs questions : impact sur la mutualisation des risques par les patients dans le cadre de l'AMC ; risque que l'existence du plafond pousse à accroître le reste à charge sur les soins courants en-deçà du plafond ; remise en cause des principes constitutifs de l'assurance-maladie.

D'autres scénarios polaires d'articulation entre AMO et AMC examinés par le Hcaam en 2022, ne faisant pas non plus consensus parmi ses membres, sont repris succinctement dans ce rapport :

Une assurance complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée, qui généraliserait la couverture complémentaire à l'ensemble de la population pour un socle commun de garanties, au-delà duquel un 3e étage de couverture serait laissé au libre choix des assurés. Ce scénario consacre le couple AMO/AMC comme socle de la protection sociale en matière de santé, réduit les inégalités de couverture, augmente les prélèvements obligatoires, maintient les frais de gestion liés à la double facturation, et réduit la liberté de choix dans le niveau de couverture.

Un accroissement des taux de remboursement de la sécurité sociale, l'AMO offrant une couverture à 100% du panier de soins admis au remboursement. La simplification du système aurait pour conséquence une contraction très importante du marché de la complémentaire santé et une hausse des prélèvements obligatoires. Ce scénario renforce l'accès aux soins, l'équité verticale dans le financement et réduit les frais de gestion du système de santé, cette économie pouvant être affectée à la réduction du déficit de la sécurité sociale.

Un décroisement entre les domaines d'intervention de l'AMO et de l'AMC, qui distingue les paniers de soins relevant du champ de chacun. Il repose sur l'hypothèse qu'un seul acteur pleinement responsable de son secteur en assurera une meilleure régulation, en confiant à l'AMC un rôle d'assurance supplémentaire et de contractualisation avec les offreurs de soins et de gestion du risque. Ce scénario accroît les marges de liberté pour les organismes privés et les assurés et réduit les frais de gestion liés à la double liquidation.

En tout état de cause, les limites de l'architecture actuelle, la pression créée par le dispositif des ALD et la situation financière de l'assurance-maladie, appelleraient des évolutions. Au vu de l'imbrication très forte de cette architecture avec le champ professionnel et ses multiples effets, une telle refonte supposerait au préalable une négociation interprofessionnelle.

6. Les leviers à activer à court terme

Si la plupart des leviers s'inscrivent dans un horizon de moyen/long terme, certains d'entre eux peuvent être activés avec des effets à court terme :

Pour réduire les séjours à l'hôpital, il convient de développer les alternatives à l'hospitalisation complète : développer au maximum la chirurgie ambulatoire (63 % en 2022 pour un potentiel de 82 %) et les programmes de récupération améliorée après chirurgie (RAAC) ; systématiser la prise en charge à domicile dès lors qu'elle est possible, que ce soit par l'HAD, dont le coût est moins élevé que celui d'une hospitalisation et dont les champs d'intervention pourraient être étendus, ou par les prestataires de soins à domicile, appuyés par des infirmiers libéraux ; organiser des solutions alternatives à la sollicitation des urgences : interventions d'infirmiers libéraux à domicile sur demande du SAMU, équipe paramédicales mobiles d'urgences, infirmiers correspondants SAMU ; renforcer la capacité de l'Ehpad à éviter des hospitalisations, à travers le renforcement de la présence soignante en Ehpad et/ou des interventions en Ehpad, y compris HAD.

En termes de prévention, les taxes comportementales constituent un outil efficace pour réduire les consommations néfastes pour la santé, à condition que le signal-prix soit réellement sensible et qu'il soit périodiquement renouvelé par des hausses significatives. Le Hcaam rappelle le caractère inadéquat de la taxation de l'alcool en France : elle n'est pas en rapport avec leur teneur en alcool, et pèse peu sur le prix des boissons alcoolisées les plus courantes. La France fait partie des pays européens comportant une forte proportion de consommateurs réguliers d'alcool. Au vu du coût sanitaire (49 000 décès) et social (15 Mds € selon la DG Trésor) de l'alcool en France, il est nécessaire de refondre la fiscalité de l'alcool pour qu'elle garantisse un prix minimal par quantité d'alcool et d'assurer son indexation.

Au vu de leurs impacts sanitaires, de nouvelles taxes doivent être envisagées : une taxation des produits transformés ou des aliments en fonction de leur teneur en gras, sel ou en sucre, ainsi qu'une taxation des jeux en ligne au vu de leur impact addictif.

L'efficacité des taxes comportementales est accrue quand elle s'insère dans une stratégie globale, mobilisant une diversité de leviers : réglementation de la publicité, accessibilité des alternatives aux consommations taxées... A cet égard, doivent être mentionnées l'interdiction de la publicité pour les produits gras, salés et sucrés aux heures de grande écoute ou sur les réseaux sociaux (mise en place au Royaume-Uni), l'élargissement aux pharmaciens de la possibilité de prescrire des TSN.

Il convient enfin de prioriser à court terme les mesures de prévention secondaire et tertiaire qui ont un fort potentiel en termes de gains sanitaires et de dépenses de santé évitables associées en particulier aux maladies chroniques.

Pour lutter contre la fraude des professionnels, le Hcaam reprend à son compte certaines mesures : étendre l'obligation du tiers payant à la présentation de la carte vitale pour éviter les facturation fictives, rendre obligatoire l'usage d'un logiciel de géolocalisation par les transporteurs sanitaires, faciliter la transmission croisée d'information entre AMO et AMC constitue par ailleurs un enjeu crucial pour améliorer leur articulation dans la lutte contre la fraude.

Accélérer l'utilisation des ordonnances numériques sécurisées est un enjeu majeur pour permettre de supprimer la fraude aux fausses ordonnances et le nomadisme médicamenteux.

Concernant les coûts des prestations, le Hcaam identifie des mesures tarifaires ciblées peuvent être menées à court terme pour réduire des rentes dans les secteurs où des inadéquations tarifaires sont identifiées.

En complément, afin d'éviter que le dé-conventionnement permette aux acteurs d'échapper à la régulation, il est proposé de bloquer la prise en charge des produits, actes et arrêts-maladie prescrits par les prescripteurs déconventionnés.

Concernant les coûts des médicaments, il convient de ramener les baisses de prix à leur niveau antérieur (en % des dépenses) ; de réinterroger l'inscription sans condition sur la liste en sus des médicaments présentant une amélioration mineure du service médical rendu (ASMR IV) ; d'élargir le répertoire des génériques et de transposer aux biosimilaires et aux médicaments hybrides des outils d'incitation à la substitution (marges officinales, tiers payant contre biosimilaires).

Enfin, concernant les mesures de périmètre, le Hcaam présente plusieurs mesures permettant de maîtriser la dépense AMO et AMC. Au vu de la hausse des dépenses d'AMC consécutives à la

réforme du 100% santé, qui ont permis de vrais gains en termes d'accès aux audioprothèses et aux soins dentaires, un certain nombre de mesures de régulation s'imposent pour maîtriser le coût de ces garanties pour les assurés, notamment les plus âgés. Plusieurs leviers peuvent être mobilisés : l'allongement du délai de renouvellement des équipements, la fixation de prix limite de vente sur l'actuel panier libre en audioprothèse, l'interdiction de la publicité. Il conviendrait aussi de renforcer le recours au panier 100% santé, en incitant les professionnels à le promouvoir, en favorisant la transparence auprès des assurés, et en réduisant la prise en charge de l'AMC sur les paniers libres.

Il convient par ailleurs de revoir la prise en charge par l'AMO et l'AMC des prestations et produits sans bénéfice démontré : pour l'AMO, la prise en charge des médicaments à 15% (délistage ou suppression des exonérations de ticket modérateur) et des cures thermales ; pour l'AMC, des pratiques non conventionnelles sans bénéfice démontré, qu'il convient d'exclure du champ des contrats responsables et solidaires.

Haut Conseil pour l'avenir
de l'assurance maladie

Créé par décret du 7 octobre 2003, pérennisé par la loi du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) rassemble les acteurs du système d'assurance maladie et des personnalités qualifiées, et contribue à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie. Les travaux du Hcaam (rapports et avis), élaborés sur la base d'un programme de travail annuel et de saisines ministérielles, sont publics et peuvent être consultés sur le site Internet de la sécurité sociale.

Dernières publications et actualités du Hcaam
https://www.securite-sociale.fr/hcaam

Contact
hcaam@sante.gouv.fr – 06 59 44 15 49

Adresse postale HCAAM
78/84 rue Olivier de Serres - CS 59234 -
75739 PARIS cedex
Locaux HCAAM
78-84 rue Olivier de Serres
75015 PARIS

HAUT-COMMISSARIAT
À LA STRATÉGIE
ET AU PLAN
Liberté
Égalité
Fraternité