

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

DU PROGRAMME DE QUALITÉ ET D'EFFICIENCE « MALADIE »

La prise en charge des frais ou des pertes de revenu liés à un état de maladie constitue l'une des fonctions essentielles de la Sécurité sociale. En 2010, les dépenses de la branche maladie - au sens de l'ensemble des régimes inclus dans le périmètre des lois de financement de la Sécurité sociale - se sont élevées à 176,5 milliards d'euros, soit plus de 40 % de l'ensemble des dépenses de la Sécurité sociale.

Les prestations de la branche maladie représentent en 2010 de l'ordre de 70 % de la dépense courante de santé - ensemble des dépenses publiques et privées au titre de la fonction « santé » -, et, si l'on s'en tient aux seules prestations en nature, 75,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux qui correspond aux dépenses de soins *stricto sensu*. Elles concourent donc de façon décisive au financement de la dépense totale de santé, qui représente 11,8 % du produit intérieur brut en 2010.

Compte tenu de leur poids significatif dans l'ensemble des dépenses publiques, les prestations d'assurance maladie constituent un enjeu essentiel de l'effort de maîtrise des dépenses nécessaire au redressement des finances publiques. En la matière, les politiques de régulation de la dépense d'assurance maladie peuvent s'appuyer sur l'acquis que constitue le ralentissement observé depuis 2005, couronné en 2010, pour la première fois depuis 1997, par le respect de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement. La poursuite de ces efforts sera décisive pour l'atteinte par les administrations de sécurité sociale de leur contribution au retour à un déficit des finances publiques - prises globalement - inférieur à 3 % du PIB en 2013.

A l'aide de ces ressources considérables, les régimes d'assurance maladie contribuent, tout à la fois, à l'accès aux soins des Français grâce à une large mutualisation des risques individuels, à l'amélioration de l'état de santé de la population et de la qualité des soins en tant que réseau de diffusion de campagnes d'information et d'actes de prévention, et à l'activité du secteur de la santé au travers des financements qu'ils apportent. Cette

diversité des interventions, allée à l'importance des financements qui leur sont alloués, invite à prêter une attention toute particulière à l'enjeu de l'efficacité de la branche maladie, c'est-à-dire à analyser les performances atteintes dans les domaines énumérés ci-dessus relativement aux moyens mobilisés.

Le présent programme de qualité et d'efficacité ambitionne de rendre compte de ces problématiques, et à cette fin distingue cinq objectifs principaux :

- Assurer un égal accès aux soins.
- Développer la prévention.
- Améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins.
- Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses.
- Garantir la viabilité financière de la branche maladie.

Les résultats obtenus par les politiques d'assurance maladie seront examinés successivement au regard de ces cinq objectifs.

Objectif n° 1 : l'égal accès aux soins

L'accès aux soins est l'un des objectifs majeurs des politiques de santé publique. Cet accès doit s'apprécier à l'aune d'un double critère : d'une part, le niveau de la charge financière restant à l'assuré et, d'autre part, l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire.

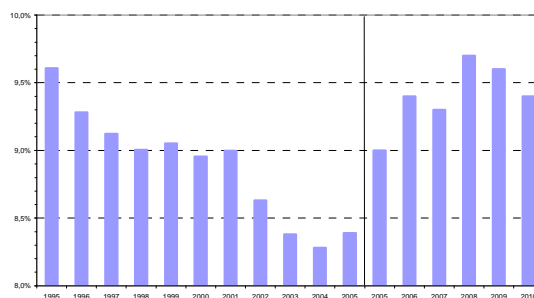
Une égalité effective d'accès aux soins requiert non seulement la couverture la plus large de la population par des dispositifs d'assurance maladie, mais en outre une solvabilisation suffisante du coût des soins. A présent que la couverture maladie de base est généralisée à l'ensemble de la population, ce sont le niveau de la prise en charge des soins par l'assurance maladie et les pratiques tarifaires des offreurs de soins, lorsqu'ils disposent de la

faculté d'appliquer des dépassements sur les tarifs opposables, qui sont les facteurs décisifs de cette solvabilisation.

Globalement, la prise en charge publique des dépenses de santé - c'est-à-dire la couverture assurée à titre principal par la Sécurité sociale, et à titre auxiliaire par l'État, le Fonds CMU et les collectivités locales -, se maintient depuis une dizaine d'années au dessus de 75 % (77 % en 2010) (*indicateur n° 1-2, 1^{er} sous-indicateur*). La France figure ainsi parmi les pays de l'OCDE qui consacrent la part la plus importante de leur richesse à la prise en charge publique des soins. Ce haut niveau de couverture publique permet une large mutualisation des risques individuels de maladie, facteur d'un accès aux soins facilité pour les personnes en mauvais état de santé qui peuvent bénéficier de soins leur permettant malgré leur handicap de participer à l'activité économique. De plus, compte tenu, de son mode de financement solidaire, l'assurance maladie est en mesure de réduire sensiblement les inégalités de revenu. C'est pourquoi l'objectif du Gouvernement tout au long de la présente législature est de garantir ce niveau élevé de prise en charge publique.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages est en léger reflux en 2010 (9,4 %). La hausse observée entre 2005 et 2008 semble ainsi interrompue (*indicateur n° 1-2, 1^{er} sous-indicateur, cf. graphique ci-contre*). Ces différentes évolutions peuvent être mises en regard de diverses mesures, entrées en vigueur depuis 2005 afin de limiter le déficit de l'assurance maladie, qui ont eu pour effet d'augmenter légèrement le reste à charge des ménages entre 2004 et 2008 sur leurs frais de santé : déremboursement de nombreux médicaments à service médical rendu insuffisant, mise en place du parcours de soins, revalorisations du forfait journalier à l'hôpital, mise en place de participations forfaitaires et de franchises. En revanche, en 2009 et 2010, en l'absence de mesure tarifaire importante affectant la participation des ménages, le reste à charge des ménages a repris sa tendance antérieure de lente diminution. Par ailleurs, la France est, après les Pays-Bas, le pays développé dans lequel le reste à charge des ménages est le plus faible, et ce malgré l'augmentation d'un point de cet indicateur entre 2004 et 2008.

Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



Source : DREES.

Note : rupture de série en 2005 liée au passage à la nouvelle base des comptes nationaux de l'INSEE.

L'évolution de la part des dépenses de santé financées par les administrations publiques est tributaire d'une variété de facteurs influençant cet indicateur tantôt à la baisse, tantôt à la hausse.

La progression importante des admissions en affection de longue durée donnant droit à l'exonération du ticket modérateur sur les remboursements de l'assurance maladie a contribué à l'augmentation de cet indicateur depuis une dizaine d'années : la part des dépenses d'assurance maladie liée aux soins des malades atteints d'une affection de longue durée est ainsi passée de 59,6 % en 2005 à 63,3 % en 2010 (*indicateur de cadrage n°14*). La poursuite de cette tendance, si elle est favorable aux assurés et aux assurances complémentaires en termes de niveau de remboursement, expose l'assurance maladie à une croissance rapide de ses dépenses. La mesure de renchérissement de la taxe sur les conventions d'assurance sur les contrats « solidaires et responsables », prise dans la loi de finances rectificative pour 2011, contribuera non seulement au redressement des recettes de l'assurance maladie (*cf. infra*), mais également à corriger le déséquilibre de la structure de financement des dépenses d'assurance maladie entre les régimes obligatoires et complémentaires.

L'indicateur agrégé de reste à charge des ménages (*cf. supra*) ne rend pas, toutefois, entièrement compte de l'évolution de la perception par les ménages de l'existence d'obstacles financiers à l'accès aux soins. Il fait en effet masse des situations individuelles, notamment en termes de détention d'une couverture maladie complémentaire. Il importe donc de disposer de données complémentaires permettant d'enrichir le diagnostic sur l'accessibilité aux soins à

l'observation des situations rencontrées par des catégories particulières d'assurés.

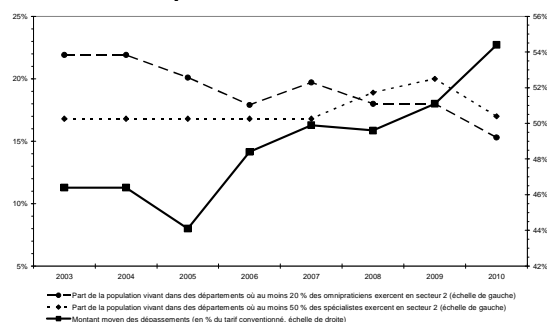
S'agissant en particulier des personnes à revenus modestes, il convient de rappeler qu'elles peuvent bénéficier de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) qui leur garantit une prise en charge intégrale de leurs soins et l'application des tarifs de responsabilité des actes et des dispositifs médicaux, sans possibilité pour les professionnels de santé de pratiquer des dépassements tarifaires. En 2010, 4,3 millions de personnes bénéficient de la CMUc : elles sont donc protégées par ce dispositif des conséquences des mesures antérieurement mentionnées qui visent à accroître la participation financière des assurés aux soins. En outre, les personnes dont les revenus sont immédiatement supérieurs au seuil de ressources pour l'accès à la CMUc peuvent bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS), qui consiste en une prise en charge par le Fonds de financement de la CMU d'une partie du coût d'acquisition d'une couverture maladie complémentaire. Fin novembre 2010, 533 000 personnes utilisaient leur attestation ACS (*indicateur n° 1-3*). Les revalorisations du plafond de ressources de l'ACS, au 1^{er} janvier 2011 et 2012, prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 permettent de maintenir dans ce dispositif les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse, en dépit de la forte progression de ces allocations depuis 2007. Ainsi l'ACS continuera de contribuer à limiter l'impact de la hausse du reste à charge sur les frais de santé supportés par les ménages modestes.

De fait, les indicateurs disponibles montrent que le reste à charge des 10 % de personnes les plus modestes reste contenu, de l'ordre de 2,1 % du revenu disponible (*indicateur n° 1-2, 2^{ème} sous-indicateur*). D'un autre côté, l'enquête « Santé et protection sociale » réalisée par l'IRDES en 2008 révèle que la proportion de personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour des raisons financières a notablement augmenté entre 2006 et 2008, et en particulier parmi les personnes bénéficiant de la CMUc, même si l'écart avec les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire privée reste significativement plus faible qu'en 2000, avant la création de la CMUc (*indicateur n° 1-5*). Il serait donc utile de disposer d'études structurelles permettant d'affiner la compréhension de l'appréciation par les individus de leurs besoins de santé et la perception consécutive des attentes non satisfaites à l'égard

du système de santé. Néanmoins, en l'état de la connaissance, la mesure de l'accessibilité aux soins doit s'appuyer sur les indicateurs existants de renoncement aux soins, dans la mesure où ils traduisent de façon globalement fidèle le lien entre situation socio-économique et facilité d'accès aux soins, et où ils font l'objet d'une production régulière. L'importance de cette notion de renoncement aux soins pour raisons financières et les résultats contradictoires des indicateurs disponibles ont conduit à enrichir l'information contenue dans le seul indicateur de ce programme par un dossier plus complet sur ce thème, qui se situe immédiatement après cette présentation stratégique.

Le fait de disposer d'un haut niveau de couverture maladie ne garantit pourtant pas une protection complète contre le risque de coûts élevés des soins. Les dépassements d'honoraires et de tarifs de certains dispositifs médicaux, notamment en matière dentaire et optique, représentent une part importante de l'ensemble du reste à charge des ménages. Il peut ainsi exister des situations limitées (géographiquement ou pour certaines spécialités) où l'offre de soins est constituée majoritairement de médecins conventionnés à honoraires libres. Si les médecins qui pratiquent des dépassements d'honoraires doivent en fixer le montant avec « tact et mesure », sous le contrôle des instances de l'ordre des médecins, ces dépassements par rapport aux tarifs de responsabilité sur lesquels sont fondés les remboursements peuvent limiter l'accès aux soins, lorsqu'ils ne sont pas ou sont seulement partiellement pris en charge par les couvertures maladie complémentaires. A cet égard, *l'indicateur n° 1-4* montre, en 2010, une poursuite de la diminution de la part de la population résidant dans des départements dans lesquels plus de 20 % des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres, qui atteint 15,3 %. En ce qui concerne les médecins spécialistes, après deux années de hausses consécutives, la proportion de la population résidant dans les départements dans lesquels au moins la moitié des spécialistes exercent dans le secteur à honoraires libres a diminué et se fixe à 17 %. En revanche, le taux de dépassement - rapport du montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement - ne cesse de progresser, il s'établit en 2010 à 54,4 % (*cf. graphique ci-après*).

Fréquence et montant moyen des dépassements d'honoraires



Source : CNAMTS.

Cependant, cette information sur les dépassements doit être confrontée avec la situation en matière de démographie médicale. Dans un contexte d'abondance relative du nombre de médecins dans un territoire donné, il peut y avoir coexistence d'une proportion élevée de praticiens réalisant des dépassements d'honoraires et d'un nombre suffisant de professionnels exerçant dans le secteur à honoraires conventionnés compte tenu de la population dans ce territoire, ce qui limite le risque de renoncement aux soins pour raisons financières.

Or, en matière d'offre de soins ambulatoires, la situation de la France, caractérisée par une relative abondance, n'est pas remise en cause par les tendances observées en 2010. La proportion de Français qui résident dans des bassins de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure à 63,4 médecins pour 100 000 habitants - soit, par convention, 70 % de la valeur médiane de cette densité sur l'ensemble des bassins de vie -, s'élève à 4,1 % en 2010 (*indicateur n° 1-1*) - soit environ 2,5 millions de personnes -, elle est toutefois en hausse importante depuis 2006 (3,35 % alors). Par ailleurs, la dispersion en médecins spécialistes pour 100 000 habitants semble légèrement augmenter en 2009. La densité de spécialistes pour 100 000 habitants est deux fois plus élevée dans les départements les mieux dotés par rapport aux moins bien dotés (102,6 spécialistes pour 100 000 habitants contre 51,0).

Objectif n° 2 : le développement des politiques de prévention

A côté de sa mission centrale de remboursement des soins, l'assurance maladie constitue, au travers notamment des médecins conseils et des centres d'examen de santé, un réseau permettant de diffuser aux assurés des messages d'information et

d'éducation à la santé, de leur proposer des actes de prévention tels que des consultations ciblées sur certaines populations, ainsi que de sensibiliser les médecins libéraux à certains enjeux de santé publique. Partenaire décisif de la mise en œuvre des programmes de santé publique et de prévention par les pouvoirs publics, elle en est également le plus souvent un financeur important.

Selon les données internationales disponibles, la France réalise d'excellentes performances en matière d'espérance de vie à 65 ans, puisqu'elle occupe le deuxième rang mondial pour les femmes avec 22,5 ans et plus modestement le huitième rang pour les hommes avec 18,2 ans (*indicateur de cadrage n° 7*). Elle se situe également à un niveau proche des meilleurs résultats en matière de mortalité infantile (*indicateur de cadrage n° 5*). Toutefois, notre pays voit ces indicateurs favorables tempérés par deux points faibles persistants : une mortalité prématurée élevée avant 65 ans (*indicateur de cadrage n° 4*), et des écarts substantiels d'espérance de vie entre catégories socio-professionnelles, qui tendent de plus à augmenter au cours du temps pour les hommes (*indicateur de cadrage n° 6*). Ces résultats contrastés trouvent assurément leurs causes dans certains facteurs de risques tels que la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels.

Si ces enjeux de santé publique sont importants en termes de dépenses de soins liées aux pathologies qui découlent de ces facteurs de risque, ils doivent principalement être affrontés au moyen d'une approche préventive permettant de réduire l'incidence des maladies qui sont à l'origine de décès précoces ou qui frappent plus particulièrement les groupes sociaux les moins favorisés. Tels sont les objectifs de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, qui a établi une stratégie de prévention pour la période 2004 - 2009, déclinée en cinq plans stratégiques relatifs à la lutte contre le cancer, la prise en charge des maladies rares, la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique, les facteurs environnementaux de l'état de santé, et enfin les comportements à risques et les pratiques addictives. Ces plans ont été complétés par des programmes de santé publique ciblés sur des pathologies spécifiques - Alzheimer, diabète... -, sur des segments de l'offre de soins - lutte contre les infections nosocomiales, urgences... -, ou sur les déterminants de la santé tels que l'obésité ou les consommations de tabac et d'alcool.

Le programme de qualité et d'efficience « Maladie » propose une sélection de cinq indicateurs s'inscrivant dans la démarche des indicateurs de suivi de la loi relative à la politique de santé publique particulièrement représentatifs de ces grandes questions de santé publique et de prévention. Parmi ceux-ci, trois indicateurs font état de résultats probants, orientés vers l'objectif fixé, la cible restant néanmoins éloignée. Les *indicateurs n° 2-3 et n° 2-5* montrent une amélioration des pratiques de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colo-rectal, et du suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques des diabétiques. Par ailleurs, la couverture vaccinale des enfants et des personnes âgées progresse régulièrement, même si une hétérogénéité importante s'observe en fonction du type de pathologie (*indicateur n° 2-4*). En revanche, les deux autres indicateurs suivis dans le programme de qualité et d'efficience « Maladie » présentent des résultats moins favorables. Bien que la prévalence de l'obésité et du surpoids se réduise chez les enfants de grande section de maternelle depuis le début de la décennie, une légère augmentation du surpoids est observée pour les élèves de CM2, pour lesquels la prévalence de l'excès pondéral est déjà la plus importante des classes d'âge étudiées, ainsi qu'une hausse conséquente de l'obésité pour les élèves de troisième (*indicateur n° 2-1*). En outre, le suivi de la prévalence quotidienne du tabac et de la consommation d'alcool fait état d'une augmentation de la proportion de personnes déclarant fumer quotidiennement, pour quasiment l'ensemble de la population, notamment les femmes, et d'une stagnation de la consommation d'alcool (*indicateur n° 2-2*). Ces mauvais résultats justifient la politique volontariste du Gouvernement, réaffirmée lors de l'annonce du plan de réduction des déficits le 24 août 2011, visant à relever fortement les prix de ces produits afin d'induire une diminution de leur consommation. Ainsi, la hausse des prix du tabac sera de 6 % dès le mois d'octobre 2011 puis de 6 % en 2012, afin de donner un signal fort sur le renforcement de la lutte contre le tabagisme. Par ailleurs, dans le cadre du PLFSS et du PLF pour 2012, il est proposé d'augmenter la fiscalité sur les boissons fortes, titrant 40°, de l'ordre de 90 centimes par litre et d'instaurer une taxe sur les boissons avec sucre ajouté.

Il convient de souligner le rôle majeur joué par l'assurance maladie dans la mise en œuvre des actions permettant d'atteindre ces objectifs, en particulier dans l'accompagnement des personnes

diabétiques. Le programme SOPHIA, action conduite dans le cadre du plan ministériel 2007 - 2011 pour les personnes atteintes de maladies chroniques, propose des conseils et des informations adaptés à la situation de chaque personne, en relais des recommandations du médecin traitant. L'objectif est de limiter les risques de complication liés au diabète ou leur aggravation.

Objectif n°3 : l'amélioration de la qualité de la prise en charge des patients

L'efficience des dépenses d'assurance maladie s'entend du rapport existant entre le coût des soins et la qualité des services rendus aux malades. A cet égard, l'amélioration de la qualité des soins constitue l'une des priorités de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie. Bien que cette qualité soit difficile à appréhender, il est important de tenter de l'approcher au moyen d'une variété d'indicateurs. Le programme de qualité et d'efficience « Maladie » porte ainsi son attention sur les dispositifs visant à éliminer les modes de prise en charge inadéquats des patients dans le système de soins, au travers de la coordination des soins grâce au médecin traitant, de l'amélioration de l'articulation entre médecine de ville et hôpital, de la mise en place d'un dispositif assurant la permanence des soins ambulatoires, d'un meilleur traitement des demandes adressées aux services d'urgence des hôpitaux, de la lutte contre les infections nosocomiales à l'hôpital, et de la participation des professionnels et des établissements de santé à des démarches visant à améliorer la qualité des soins.

L'*indicateur n° 3-1* décrit tout d'abord l'adhésion des assurés à la désignation d'un médecin traitant. En effet, en application de la loi sur l'assurance maladie de 2004, depuis le 1^{er} mai 2005, l'accès direct à un médecin spécialiste sans filtrage préalable par le médecin traitant expose l'assuré à un dépassement d'honoraires, et dans cette situation une majoration du ticket modérateur de la consultation de médecine spécialisée s'applique. Cette majoration, instituée le 1^{er} janvier 2006, a été réévaluée à trois reprises depuis lors. Les évolutions observées fin mars 2011 - plus de 89 % d'assurés ayant désigné un médecin traitant en 2009, contre 78 % en novembre 2006 ; près de 91 % de consultations effectuées dans le respect du parcours de soins en mars 2011, contre moins de 82 % en juillet 2006 - témoignent d'un renforcement continu du rôle du médecin traitant et d'une

amélioration constante du respect du parcours de soins.

En second lieu, en matière d'articulation de la médecine de ville et de l'hôpital, l'indicateur n° 3-2 souligne la progression importante de l'hospitalisation à domicile - le nombre de journée d'HAD pour mille journées d'hospitalisation complète a plus que doublé entre 2005 et 2010 - permettant la création d'un véritable continuum de la prise en charge des soins. Par ailleurs, il convient de noter que la quasi-totalité des territoires de santé sont désormais couverts par une structure d'hospitalisation à domicile.

L'amélioration de la qualité de la prise en charge ambulatoire nécessite une organisation fine de la permanence des soins aux horaires de fermetures des cabinets libéraux. Elle est réalisée par une régulation médicale téléphonique préalable à l'accès au médecin de permanence. En 2009, 58 % des actes étaient régulés aux horaires de permanence des soins, ils n'étaient que 7 % en 2005 (indicateur n° 3-3). Lorsque les services d'urgence hospitaliers doivent être sollicités, il est important qu'ils puissent répondre correctement à cette demande. En 2010, 72,1 % des patients sont pris en charge en moins de 4 heures aux urgences.

La qualité des soins en milieu hospitalier peut également être approchée par la prévalence des infections nosocomiales. L'indicateur n° 3-4, qui illustre cet enjeu, mesure l'intensité des actions mises en œuvre par les établissements de santé en matière de réduction des infections, notamment à l'aide d'un indicateur synthétique regroupant en un seul les quatre du tableau de bord des infections nosocomiales. Les résultats observés pour 2009 montrent une amélioration constante des efforts réalisés par les établissements dans le cadre de la lutte contre ces infections, laissant de plus augurer l'atteinte des objectifs fixés pour 2010. Ces bons résultats restent robustes lorsqu'on les complète par la prise en compte des performances réalisées par les établissements hospitaliers en matière de bon usage des antibiotiques, de consommation de solutions hydro-alcooliques pour l'hygiène des mains, et de surveillance des infections des sites opératoires.

Un dernier indicateur traite de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge (indicateur n° 3-5). Il mesure la proportion d'établissements de santé certifiés de niveau 1 par

la Haute autorité de santé. En 2010, 49 % des établissements engagés dans une procédure de certification étaient certifiés avec ou sans recommandation. Par ailleurs, une nouvelle version de procédure de certification, encore plus exigeante, est en cours de développement.

Objectif n°4 : le renforcement de l'efficacité du système de soins et le développement de la maîtrise médicalisée

La réforme de l'assurance maladie d'août 2004 repose sur le développement de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et des changements de comportements des assurés et des professionnels. Le programme de qualité et d'efficacité « Maladie » propose ainsi de documenter les progrès réalisés dans le bon usage des soins et des biens médicaux, ou en matière de productivité des offreurs de soins, ce dans les domaines ambulatoire et hospitalier.

La maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie est devenue un enjeu majeur des relations conventionnelles entre les professionnels libéraux de santé et l'assurance maladie. En 2010, dans l'attente de la convention médicale finalement signée en juillet 2011, c'est le règlement arbitral, applicable aux médecins libéraux, approuvé par l'arrêté du 3 mai, qui a fixé les thèmes de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie pour l'année. Il prévoit d'une part, la poursuite des programmes et thèmes d'amélioration inscrit dans l'avenant n°23, et d'autre part, l'amélioration de la prescription des médicaments à visée antalgique et des médicaments anti-diabétiques. Pour 2010, l'objectif d'économies à réaliser par rapport à l'évolution tendancielle de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie a été fixé à 590 millions d'euros (indicateur n° 4-6).

Les réalisations évaluées par l'assurance maladie se montent à 501 millions d'euros d'économies réalisées en 2010, soit un taux de réalisation de 85 % (cf. tableau ci-dessous) par rapport à l'objectif fixé de 590 millions d'euros. Ce résultat est le meilleur observé depuis l'instauration de la maîtrise médicalisée. Il découle d'efforts importants en matière de prescriptions de médicaments, dans le domaine des transports (52 M€ d'économies réalisées en 2010), et chez les masseurs-kinésithérapeutes (53 M€). Des progrès dans les domaines des anti-diabétiques et des antalgiques en 2011 et dans les années ultérieures permettront

d'approcher une réalisation complète des objectifs d'économies liées à la maîtrise médicalisée fixés

dans les projets de loi de financement de la Sécurité sociale.

Économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie (millions d'euros)

(millions d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Convention avec les médecins libéraux	721	581	383	333	398	396
Antibiotiques	35	46	27	56	0	12
Statines	122	135	131	55	78	68
IPP	-	13	27	71	20	67
Psychotropes	11	20	8	5	1	3
Arrêts de travail (IJ)	432	262	0	0	0	-
Transport	-	-	24	57	46	42
ALD	88	80	73	44	42	10
Prescription de génériques à l'intérieur du répertoire	33	25	-	-	-	-
AcBUS	0	0	24	15	80	35
IEC-sartans	-	-	62	25	70	89
Anti ostéoporotiques	-	-	-	-	21	21
Anti dépresseurs	-	-	-	-	33	50
Anti diabétiques	-	-	-	-	8	-
Antalgiques	-	-	-	-	-	-
Autres	-	-	7	5	-	-
Kinésithérapeutes (recommandation de la HAS sur les actes en série)	-	-	-	-	55	53
Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail et de transports	-	-	-	48	23	52
Total prescripteurs	721	581	383	381	476	501
Accord avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	33	25	107	101	47	-
Total	754	606	490	482	523	501
Objectif	-	816	683	635	660	590
Taux d'atteinte de l'objectif	-	74 %	69 %	76 %	79 %	85 %

Source : CNAMTS.

Des indicateurs complémentaires permettent de préciser l'évaluation des résultats de la démarche de maîtrise médicalisée des dépenses. En matière de médicaments, le ralentissement depuis 2006, dû essentiellement à des baisses importantes de prix et du remboursement de certains médicaments, s'est confirmé en 2010 (*indicateur n° 4-1*). La stabilisation du taux de pénétration des médicaments génériques à un haut niveau, proche de 80 % (78,9 % au 31 décembre 2010), qui permet de bénéficier plus fortement des tombées de brevets, a fortement contribué à ce ralentissement (*indicateur n° 4-2*), bien que cet effet soit en partie compensé par l'effet de structure lié au remplacement des produits anciens par des molécules nouvelles souvent coûteuses utilisées en particulier dans le traitement de pathologies lourdes

(cancer, sida, polyarthrite rhumatoïde...). Par ailleurs, la France se distingue encore comme l'un des pays de l'Union européenne dans lequel la consommation d'antibiotiques est la plus élevée (*indicateur n° 4-3*), et c'est la raison pour laquelle la maîtrise de la prescription d'antibiotiques reste un thème majeur des négociations conventionnelles, ainsi que des actions en faveur du bon usage des médicaments à l'hôpital, comme en témoigne le Plan ministériel 2007 - 2010 sur les antibiotiques.

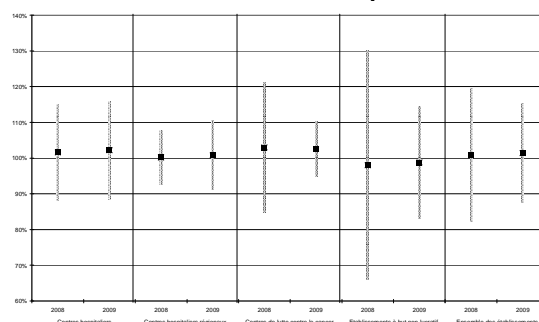
Les indemnités journalières de maladie ont continué de progresser en 2010, toutefois à un rythme moindre que les deux années précédentes (+ 3,7 % contre + 5,0 % un an auparavant et + 5,5 % en 2008, *indicateur n° 4-4*). La masse salariale du secteur privé ayant augmenté de 2,0 % en 2010,

des efforts conséquents restent néanmoins à accomplir pour revenir à un rythme d'évolution des indemnités journalières inférieur de 0,5 point à celle de la masse salariale sur l'ensemble de la période 2007 - 2012.

Enfin, l'indicateur n° 4-5 relatif aux dépenses de soins de ville des malades atteints d'une affection de longue durée témoigne d'une amélioration régulière qui traduit un respect plus strict de l'ordonnancier bizonne, bien que des progrès puissent être encore réalisés au regard des objectifs conventionnels fixés en la matière.

Compte tenu de l'importance des dépenses hospitalières, qui représentent 44 % de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), l'enjeu de l'efficacité de l'allocation des ressources aux établissements hospitaliers est également décisif. L'indicateur de productivité globale des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier (indicateur n° 4-10) décrit la capacité des établissements hospitaliers d'adapter leurs dépenses liées à leur activité médicale aux recettes qu'ils perçoivent en contrepartie, qui reposent sur des versements au titre de la tarification à l'activité des soins de médecine, chirurgie et obstétrique (T2A MCO) qui est mise en œuvre dans l'ensemble des établissements de santé depuis 2008. En 2009, dans ce périmètre restreint à leur activité, les établissements de santé ont globalement couvert l'ensemble de leurs charges par leurs recettes, seuls les établissements privés à but non lucratif n'y parviennent pas. La dispersion de la productivité globale de ces derniers a, de plus, fortement diminué, ce qui traduit un problème concernant une grande part des établissements de cette catégorie. La dispersion des indicateurs de productivité des centres de lutte contre le cancer, dont le ratio recettes sur dépenses est globalement supérieur à un, est également en baisse. La situation des centres hospitaliers et des centres hospitaliers régionaux reste plutôt stable. Ainsi, la T2A sert de révélateur des gisements de productivité dans le secteur hospitalier, et donne aux gestionnaires un outil pour se rapprocher des meilleures performances en restructurant leur activité. Cela est d'autant plus nécessaire que la situation des établissements de santé reste précaire, leur résultat comptable montrant en effet des déficits chroniques (indicateur n° 4-11).

Indicateur de productivité globale des établissements hospitaliers



Source : DGOS.

Note : pour chaque catégorie d'établissement, le point correspond à la valeur moyenne de l'indicateur de productivité globale, et les extrémités supérieures et inférieures correspondent à la moyenne augmentée (respectivement diminuée) de deux fois l'écart-type de la distribution de l'indicateur au sein de la catégorie.

Les nombreuses actions en cours de mise en œuvre dans le domaine hospitalier tendant à améliorer l'efficacité des établissements (tarification à l'activité, réforme du statut budgétaire et comptable, accord de bon usage sur les médicaments) ont pu contribuer à cette évolution favorable. Par ailleurs, le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile, et plus généralement une meilleure articulation entre soins aigus et soins de suite et de réadaptation (indicateurs n° 4-8, 4-9) vise aussi à réaliser des économies. Un domaine d'intérêt particulier en matière de gestion hospitalière est l'efficacité des blocs opératoires. Si globalement, la productivité des blocs opératoires progresse sur la période 2006 - 2009, une hétérogénéité entre catégories d'établissements persiste toutefois (indicateur n° 4-12).

Objectif n° 5 : la garantie de la viabilité financière de la branche maladie

Le déficit de la branche maladie du régime général a fortement diminué entre 2004 et 2007. Il s'est encore légèrement réduit en 2008 malgré un premier ralentissement des recettes : celles-ci couvraient ainsi 96,9 % des dépenses (indicateur n° 5-1). En revanche, l'année 2009 s'est traduite par une dégradation très importante de ce ratio (92,9 %), qui est directement liée au retournement des recettes (- 0,7 %). En 2010, l'évolution des recettes redevient positive (+ 2,2 %) mais reste inférieure à celles des dépenses (+ 2,7 %), malgré le respect de l'ONDAM pour la première fois depuis

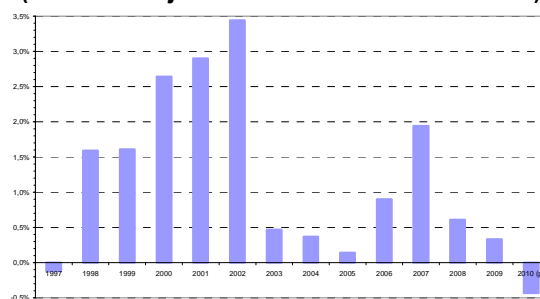
sa création en 1997 : le ratio recettes sur dépenses s'établit alors à 92,4 %. A partir de 2011, ce ratio retrouve une orientation favorable sous la double impulsion de nouvelles recettes annoncées dans le cadre du plan de réduction des déficits le 24 août dernier (relèvement du forfait social de 6 à 8 %, élargissement de l'assiette de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité, hausse du prélèvement social de 2,2 % à 3,4 %, renchérissement des prix du tabac et des boissons fortement alcoolisés ou avec sucre ajouté et suppression de la niche sur la taxe sur les conventions d'assurance), qui ont été intégrées dans la loi de finances rectificative pour 2011 ou seront discutées au Parlement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale et du projet de loi de finances pour 2012, mais surtout par la fixation d'objectifs de dépenses ambitieux.

En effet, la réalisation de l'objectif de redressement financier de la CNAMTS et plus largement de celui assigné à l'ensemble des finances publiques, à savoir un besoin de financement des administrations publiques limité à 3 % du PIB en 2013, requiert la poursuite des efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie déployés au cours des années récentes. L'exécution de l'ONDAM en 2010 traduit cette volonté, l'objectif voté à l'automne 2009 ayant été aisément respecté (*indicateur n° 5-2 et graphique ci-contre*). Les observations portant sur la première partie de l'année 2011 laissent augurer un nouveau respect de l'objectif voté, en progression de 2,9 % par rapport à l'objectif 2010. Enfin, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 prévoit, conformément à l'objectif fixé par le Président de la République lors de la deuxième conférence sur les déficits publics du 20 mai 2010, une progression de l'ONDAM de 2,8 %. Au total, le taux d'adéquation des recettes aux dépenses devrait s'établir à 93,9 % en 2011 puis s'améliorerait pour atteindre 98,6 % en 2015.

Infléchir durablement la progression de l'ONDAM en-deçà d'un rythme de 3 % par an implique de procéder à une ample refonte des outils de suivi et de pilotage des dépenses d'assurance maladie. Dans ce domaine, la mise en œuvre des recommandations du rapport de la commission sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie, présidé par M. Raoul Briet, a produit ses premiers effets en 2010 et doit donc être poursuivie. Les gels de crédits de nature budgétaire - missions d'intérêt général et aides à la contractualisation (MIGAC), dotations aux fonds (FMESPP, FIQCS), enveloppes

médico-sociales - constituent le principal instrument de régulation disponible, sans exclure de parvenir à identifier des instruments permettant des mises en réserve sur des postes de nature évaluative. Enfin, le renforcement des missions du comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie permet désormais de détecter au plus tôt tout risque de dépassement de l'ONDAM, et ainsi de favoriser la mise en œuvre de mesures correctrices dans des délais appropriés afin qu'elles produisent un impact financier maximal dès l'année en cours.

Dépassements de l'ONDAM
(en % de l'objectif voté en loi de financement)



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Il convient, par ailleurs, de souligner que la France est, parmi les pays membres de l'OCDE, l'un de ceux dans lesquels, en monnaie nationale constante, l'évolution des dépenses publiques de santé a été la plus lente entre 2005 et 2009. Cette progression a en effet été limitée à 1,7 % en moyenne par an au cours de cette période, contre 2,6 % en Allemagne ou 5,2 % au Royaume-Uni. Conjugué au maintien d'un haut niveau d'accessibilité et de qualité des soins, ceci confirme que des progrès importants ont été réalisés en matière d'efficacité de la fourniture de soins.

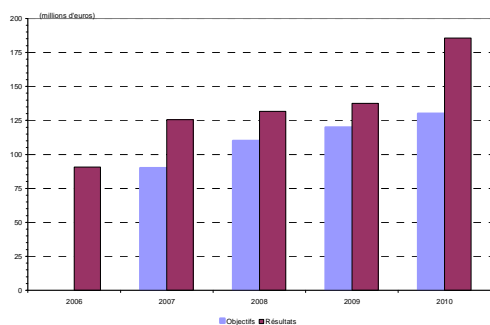
Le rétablissement de la situation financière de la branche maladie peut aussi s'apprécier au travers des résultats atteints dans des domaines plus spécifiques tels que la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie. A cet égard, une attention particulière peut être portée aux économies réalisées dans le cadre de la lutte contre les fraudes et de la récupération d'indus.

La politique de lutte contre les fraudes aux prestations d'assurance maladie a connu une nouvelle impulsion qui s'est manifestée par la création en 2006 d'un comité national de lutte contre les fraudes à la Sécurité sociale, et par celle d'une Délégation nationale à la lutte contre les fraudes en 2008. Les montants des économies

directes réalisées en 2010 ont atteint 185,6 millions d'euros, soit un montant supérieur de plus de 40 % à l'objectif initialement fixé (*indicateur n° 5-4*). Par ailleurs, la CNAMTS devra renforcer les contrôles de la tarification à l'activité des établissements.

L'amélioration des performances en matière de lutte contre la fraude résulte à la fois de la mise en œuvre de programmes nationaux de contrôle et du développement des actions d'initiative locale. Parmi les dispositifs récemment généralisés sur l'ensemble du territoire, on peut citer le contrôle de la facturation et des conditions d'exercice des transporteurs sanitaires, piloté par la CNAMTS et mis en œuvre par les CPAM, avec le concours des services de l'Etat et des Urssaf.

Économies liées à la lutte contre les fraudes, fautes et abus à l'assurance maladie



Source : CNAMTS.

Un dernier enjeu mentionné dans le programme de qualité et d'efficacité « Maladie » porte sur la relance de l'utilisation de la procédure de recours contre tiers par les régimes d'assurance maladie, qui a permis de récupérer environ 770 M€ en 2010 (*indicateur n° 5-3*). Ce montant est toutefois de nouveau en baisse ; une explication réside dans la réforme du 21 décembre 2006 qui limite les possibilités de récupération aux assiettes poste de préjudice par poste de préjudice alors qu'auparavant la Sécurité sociale récupérait sa créance sur le montant du préjudice total quels que soient les postes qu'elle indemnise. L'amélioration du rendement du recours contre tiers constitue néanmoins un objectif pertinent de la gestion administrative de la branche maladie.

*
* *

Synthèse

Au total, jugé à l'aune de ses principaux indicateurs, le programme de qualité et d'efficacité « Maladie » traduit des progrès dans le pilotage des dépenses d'assurance maladie qui ouvrent la perspective d'un retour des comptes de la branche maladie sur un sentier de redressement, sans dégradation de l'accessibilité et de la qualité des soins :

- les succès remportés en 2010 et qui devraient se confirmer en 2011 dans le respect de l'ONDAM crédibilisent une trajectoire d'évolution modérée des dépenses d'assurance maladie (+ 2,8 % à partir de 2012) ; le renforcement du suivi de la dépense d'ores et déjà mis en œuvre contribuera à la concrétisation de cette trajectoire ;
- en matière d'accès aux soins, les indicateurs les plus récents font état d'une stabilisation, voire d'une légère amélioration de la prise en charge des dépenses de santé. Cela ne doit pas conduire à relâcher la vigilance sur cet enjeu compte tenu de la proportion de personnes, notamment les plus modestes, qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières ;
- au cœur de la conciliation des objectifs de maîtrise des coûts de la santé et de maintien d'un égal accès aux soins pour tous les Français se trouve l'enjeu de l'amélioration de l'efficacité du système de soins, domaine dans lequel l'année 2010 a encore engrangé des résultats appréciables.

*
* *

Les responsables administratifs portant à titre principal les politiques sous-jacentes au programme de qualité et d'efficience « Maladie » sont les suivants (par ordre alphabétique des institutions concernées) :

- Monsieur Frédéric Van Roekeghem, Directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- Madame Annie Podeur, Directrice générale de l'organisation des soins (DGOS) ;
- Docteur Jean-Yves Grall, Directeur général de la santé (DGS) ;
- Monsieur Dominique Libault, Directeur de la sécurité sociale (DSS) ;
- Monsieur Jean-François Chadelat, Directeur du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) ;
- Professeur Jean-Luc Harousseau, Président du collège de la Haute autorité de santé (HAS).