

## PRESENTATION STRATEGIQUE

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 2011, 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 180,3 milliards d'euros, soit plus de 40 % de l'ensemble des dépenses de la Sécurité sociale.

Les prestations en nature de la branche maladie de la Sécurité sociale représentent ainsi en 2011 plus des trois quarts des dépenses engagées par les Français au titre des soins. Au total, en incluant les prestations en espèces et les versements aux établissements médico-sociaux, l'assurance maladie concourt de façon décisive au financement de la dépense totale de santé, qui représente 11,6 % du produit intérieur brut en 2011.

De par leur importance dans l'ensemble de la dépense de santé des ménages, les prestations d'assurance maladie contribuent donc de façon décisive à la solvabilisation de ces dépenses pour les assurés, et par suite à l'accès égal de tous les Français aux soins. Mais en outre, compte tenu de leurs poids significatif dans l'ensemble des dépenses publiques, elles doivent participer à l'effort en cours de redressement des finances publiques, ce d'autant plus que la branche maladie n'a plus connu l'équilibre financier une seule année depuis 1988. Le défi que les politiques publiques ont à relever dans le domaine de l'assurance maladie est donc d'améliorer l'accessibilité et la qualité des soins tout en ramenant progressivement les comptes de l'assurance à l'équilibre, dans le cadre de l'objectif global d'annulation des déficits des administrations de sécurité sociale et des administrations publiques dans leur ensemble à l'horizon 2017. En ce sens, l'assurance maladie constitue un domaine éminent de mise en œuvre de la stratégie économique et sociale du Gouvernement, centrée sur le redressement des comptes publics dans la justice.

A cet égard, la période récente a certes été marquée par des réussites en matière de maîtrise de la dépense d'assurance maladie, avec le respect pour deux années consécutives, en 2010 et 2011, de l'objectif

national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement, une troisième occurrence de ce respect en 2012 paraissant de surcroît hautement probable. Cependant, plusieurs indicateurs, tels que le recul de la part de la consommation de soins et de biens médicaux pris en charge par l'assurance maladie, l'augmentation tendancielle de la part de cette dépense restant à la charge des ménages, l'augmentation de la proportion de personnes déclarant renoncer à des soins pour raisons financières, soulèvent de légitimes interrogations sur les conditions présentes de l'accès de tous les assurés, et particulièrement des plus fragiles d'entre eux, à des soins de qualité à un coût accessible. Des inquiétudes se manifestent également du côté de l'offre de soins hospitaliers, les établissements de santé éprouvant des difficultés à non seulement atteindre leur équilibre financier, mais encore investir dans le système de soins de demain. Ainsi, la fixation pour 2013 d'une cible de progression de l'ONDAM de 2,7% vise, tout en maîtrisant l'évolution des dépenses d'assurance maladie, à favoriser l'accès et une meilleure organisation des soins et à accompagner les évolutions nécessaires du secteur hospitalier.

Le présent programme de qualité et d'efficacité ambitionne de décrire la prise en compte de ces problématiques dans les politiques publiques relatives à l'assurance maladie, 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. Ils reposeront sur l'analyse de l'évolution des indicateurs présentés dans la suite du présent programme.

### Objectif n° 1 : l'égal accès aux soins

L'égalité d'accès aux soins est un objectif majeur des politiques de santé publique. Il recouvre une pluralité de dimensions des politiques publiques d'assurance maladie : d'une part l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire, d'autre part un niveau maîtrisé de la charge financière restant aux assurés sur leurs dépenses de santé.

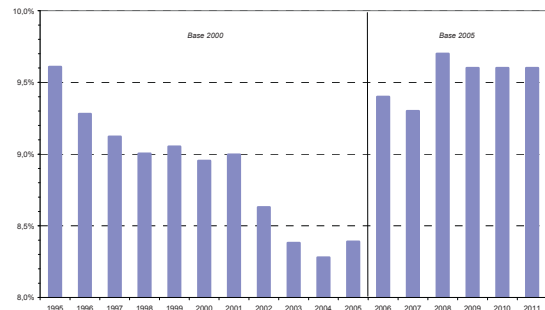
En matière d'offre de soins ambulatoires, la situation de la France n'est pas remise en cause par les tendances observées en 2011. La proportion de Français qui résident dans des bassins de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure à 59 médecins pour 100 000 habitants - soit 70% de la valeur médiane de cette densité sur l'ensemble des bassins de vie -, s'élève à 5,8% en 2011 (*indicateur n° 1-1*). Cette situation de sous-densité médicale concerne environ 3,7 millions de personnes -, et a connu une hausse importante depuis 2006. On observe en outre une augmentation des disparités entre territoires en 2011. 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 (104,2 spécialistes pour 100 000 habitants contre 51,1).

L'égal accès aux soins nécessite une diminution des obstacles financiers : couverture de la population et niveau de prise en charge par l'assurance maladie, montant restant à la charge des assurés. Le niveau de la prise en charge des soins par l'assurance maladie, la diffusion des couvertures complémentaires, et les pratiques tarifaires des offreurs de soins, lorsqu'ils peuvent appliquer des dépassements sur les tarifs de remboursement, constituent des facteurs décisifs des conditions financières de l'accès aux soins.

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 -, s'établit à 76,7 % en 2011 (*indicateur n° 1-2, 1er sous-indicateur*). La France figure parmi les pays de l'OCDE qui consacrent une part importante de leur richesse à la fois aux dépenses de santé et à leur prise en charge publique. Ce niveau de

couverture publique fondé sur une logique de solidarité au travers d'une mutualisation des risques et d'un financement proportionnel aux revenus contribue de façon sensible à la réduction des inégalités de revenu. Toutefois, la part de la consommation de soins et de biens médicaux par la seule assurance maladie, hors interventions de l'État et du Fonds CMU a reculé de 0,2 point en 2011 (de 75,7% à 75,5%). La priorité du Gouvernement tout au long de la présente législature est de garantir ce niveau élevé de prise en charge publique des dépenses de santé, facteur essentiel d'une juste répartition des revenus et des conditions de vie entre les Français.

#### Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



Source : DREES.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé est stable par rapport à 2011 (9,6%), et en léger reflux par rapport aux années antérieures (*indicateur n° 1-2, 1er sous-indicateur*, cf. graphique ci-dessus). Sur plus longue période, elle a cependant connu une progression, qui découle de diverses mesures prises au cours de cette période et pesant directement sur les assurés - déremboursement de 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. De plus, la stabilité observée en 2011 masque la réduction de 0,2 point de la part de la prise en charge par l'assurance maladie, et l'augmentation dans la même proportion de la part prise en charge par les complémentaires. La France est, après les Pays-Bas, le pays développé dans lequel le reste à charge des ménages sur leurs frais de santé en part de la consommation de soins et de biens médicaux, après intervention des complémentaires santé, est le plus faible parmi les pays développés, ce qui traduit la diffusion et la place croissantes

de ces opérateurs dans le financement des soins.

Du fait de son caractère agrégé, l'indicateur de part de la consommation de soins et de biens médicaux restant à la charge des ménages ne rend pas compte des situations réelles rencontrées par les Français, et notamment pas de la dispersion des restes à charge. Il doit donc être complété d'éléments permettant de décrire les conditions particulières de l'accès aux soins de certaines catégories 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, les professionnels de santé n'étant pas autorisés à pratiquer des dépassements tarifaires. A la fin 2011, 4,4 millions de personnes bénéficiaient de la CMUc. 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 2011, 620 000 personnes utilisaient leur attestation ACS (indicateur n° 1-3). Les revalorisations du plafond de ressources de l'ACS en 2011 et 2012 – qui s'établissent depuis le début de l'année au plafond de ressources de la CMUc majoré de 35% - permettent de conserver dans ce dispositif les bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés et du minimum vieillesse, dont les montants ont été fortement revalorisés au cours des dernières années. Cela contribue à la progression rapide du nombre de bénéficiaires de l'ACS en 2011 (+16,3%).

Les indicateurs relatifs au reste à charge sur les frais de santé des ménages à faible revenu présentent des évolutions contrastées. Le reste à charge des 10 % de personnes les plus modestes s'établit à un niveau de 2,1 % du revenu disponible (*indicateur n° 1-2, 2ème sous-indicateur*). Toutefois, l'enquête « Santé et protection sociale » réalisée par l'IRDES en 2010 sur une base déclarative révèle que la proportion de personnes déclarant avoir renoncé à des soins pour des raisons financières a augmenté entre 2006 et 2010. Plus précisément, elle a connu une forte hausse entre 2006 et 2008, suivie d'une

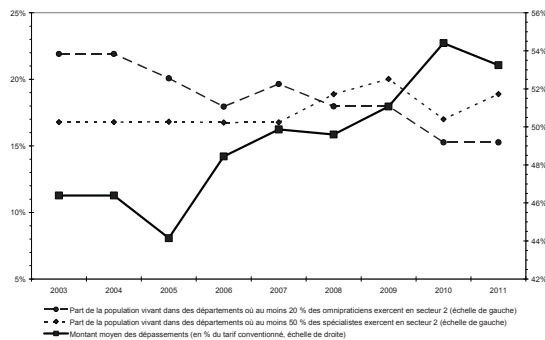
diminution de moindre ampleur entre 2008 et 2010 (*cf. indicateur n° 1-5*). L'aspect le plus préoccupant de cette tendance est qu'elle affecte tout autant les personnes détentrices d'une couverture maladie complémentaire privée que les bénéficiaires de la CMUc, exonérées de participation financière. Des travaux réalisés en 2011 par la Drees ont mis l'accent sur le lien existant entre l'acuité des situations de précarité subies par les personnes et leurs déclarations de renoncement aux soins pour raisons financières. Les personnes en situation de grande précarité – par exemple, cumulant des situations défavorisées de revenu, de santé, de logement, etc. – paraissent relativement moins sujettes à déclarer des renoncements aux soins que les personnes dont le seul handicap est de disposer de faibles revenus.

Bien que l'indicateur de renoncement aux soins pour raisons financières tiré des enquêtes « Santé et protection sociale » successives puisse comporter des variations dues à l'échantillonnage et qu'il repose sur les déclarations des personnes interrogées, son évolution dégage deux enseignements robustes : d'une part, la propension à déclarer un renoncement aux soins est sensiblement plus faible parmi les bénéficiaires de la CMUc que parmi les personnes sans couverture complémentaire maladie ; d'autre part, l'écart de cette propension entre bénéficiaires de la CMUc et titulaires d'une couverture complémentaire maladie privée s'est considérablement réduit depuis 2000, première année de mise en œuvre de la CMUc.

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. Par ailleurs, plus particulièrement dans certaines zones telles que les grandes agglomérations, les patients rencontrent des difficultés à accéder à une offre de soins à tarif opposable. Si l'indicateur n° 1-4 montre une stabilisation en 2011 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%, la proportion de la population résidant dans les départements dans lesquels au moins la moitié des spécialistes exercent dans le secteur à honoraires libres augmente à nouveau, pour

s'élever à 18,9%. Le taux de dépassement - rapport du montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement - s'établit à 53,2% en 2011 (cf. graphique ci-après).

### Fréquence et montant moyen des dépassements d'honoraires



Source : CNAMTS.

C'est pourquoi une négociation visant à encadrer les dépassements d'honoraires a été engagée dès le mois de juillet 2012. Elle associe les syndicats représentatifs des médecins, l'assurance maladie et les complémentaires santé, et ses conclusions devront permettre de sanctionner efficacement les dépassements abusifs et d'améliorer l'accès effectif des patients aux soins.

### Objectif n° 2 : le développement des politiques de prévention

A côté de sa mission centrale de remboursement des soins, l'assurance maladie contribue à mettre en œuvre la politique de santé publique au moyen de programmes d'accompagnement des patients, de participations aux campagnes de prévention ciblées (dépistage du cancer, vaccination antigrippale...), ainsi que par le biais de certains dispositifs conventionnels et de l'accompagnement individualisé des professionnels de santé et des patients. Le programme SOPHIA développé par la CNAMTS propose ainsi un accompagnement téléphonique des diabétiques réalisé par des infirmiers conseillers en relais des recommandations de bonnes pratiques des médecins traitants. Les objectifs de prévention des complications du diabète sont également intégrés aux actions menées avec les professionnels de santé, notamment dans le cadre de la convention médicale.

Selon les données internationales disponibles, la France occupe en 2010 le troisième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes avec 22,6 ans, et le septième rang chez les hommes avec 18,4 ans (cf. *indicateur de cadrage n° 7*). Toutefois, il faut souligner une mortalité prématurée élevée avant 65 ans (cf. *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 (cf. *indicateur de cadrage n° 6*). Ces résultats contrastés sont à relier aux conditions de vie et plus particulièrement à l'exposition à certains facteurs de risques tels que la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels.

Ces constats sanitaires nécessitent une approche préventive permettant de réduire l'incidence des maladies qui sont à l'origine de décès précoces et d'une aggravation des inégalités de santé.

Le programme de qualité et d'efficacité « Maladie » comprend une sélection de cinq indicateurs cohérente avec les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique. 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 colorectal, et du suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques des diabétiques. Par ailleurs, la couverture vaccinale des enfants et des personnes âgées progresse régulièrement, mais une hétérogénéité importante s'observe en fonction du type de pathologie (cf. *indicateur n° 2-4*). Les deux autres indicateurs suivis dans le programme de qualité et d'efficacité « Maladie » démontrent des résultats décevants. 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 (cf. *indicateur n° 2-1*). En outre, les évolutions en 2011 de la prévalence du tabagisme quotidien et de la consommation d'alcool font 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 (cf. *indicateur n° 2-2*). Ces résultats défavorables appellent une

action résolue pour réduire la consommation de tabac et d'alcool, au moyen notamment d'incitations financières et de réglementations appropriées relatives à leur présentation et à leur commercialisation. De fortes augmentations des prix sont ainsi nécessaires pour obtenir un recul sensible de la consommation de tabac. A cet égard le Gouvernement a confirmé une nouvelle hausse des prix du tabac au 1er octobre 2012. En outre le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit un relèvement des droits sur les bières, qui fait suite à l'augmentation de la fiscalité sur les boissons fortes et à l'instauration d'une taxe sur les boissons sucrées mises en œuvre en 2012.

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

L'amélioration de la qualité des soins nécessite une action résolue de promotion des meilleures pratiques, de la coordination adéquate des soins fournis par les différents offreurs de soins, et notamment d'une bonne articulation des soins ambulatoires et hospitaliers, ainsi que de la formation continue des professionnels de santé.

L'indicateur n° 3-1 présente la proportion de Français ayant désigné un médecin traitant en application de la loi sur l'assurance maladie de 2004. A fin mars 2012, cette proportion dépasse 90 %.

L'indicateur n° 3-2 souligne la progression importante de l'hospitalisation à domicile, le nombre de journées d'HAD pour mille journées d'hospitalisation complète ayant augmenté de 41 % entre 2008 et 2011. La quasi-totalité des territoires de santé sont désormais couverts par une structure d'hospitalisation à domicile.

En 2011, 60 % des actes étaient régulés aux horaires de permanence des soins, alors qu'ils n'étaient que 7 % en 2005 (indicateur n° 3-3). Selon une enquête réalisée en 2010, 72 % des patients sont actuellement pris en charge en moins de 4 heures aux urgences.

La prévalence des infections nosocomiales est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier. L'indicateur n° 3-4 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 2010 montrent une amélioration constante des efforts réalisés par les établissements dans le cadre de la lutte contre ces infections.

Un cinquième indicateur traite de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge (cf. *indicateur n° 3-5*). Il mesure la proportion d'établissements de santé ayant passé avec succès la procédure de certification qualité instruite par la Haute autorité de santé. En 2011, 53 % des établissements sont certifiés de niveau 1 avec ou sans recommandation, en augmentation.

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

Afin de garantir aux Français des soins accessibles et de qualité tout en respectant les objectifs de dépenses d'assurance maladie votés chaque année par le Parlement dans les lois de financement de la sécurité sociale, l'État et l'assurance maladie mettent en œuvre des actions, résumées par le terme « maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie », qui visent à améliorer le service médical rendu aux assurés par les actes et les prescriptions pratiqués par les professionnels de santé. Une dimension importante de ces actions est la promotion du bon usage des soins et des biens médicaux, via des incitations à des changements de comportement des offreurs de soins, dans le domaine des soins ambulatoires tout autant qu'à l'hôpital. Le présent programme de qualité et d'efficience « Maladie » décrit les principaux résultats obtenus dans ce cadre.

La maîtrise médicalisée est relayée dans les relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, au moyen de dispositions visant à réduire des écarts de consommation de soins médicalement non justifiés, et à promouvoir le respect de bonnes pratiques médicales, notamment celles faisant l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé.

En 2011, les objectifs d'économie s'élevaient à 551 M€ de dépenses évitées par rapport à leur évolution tendancielle (*indicateur n° 4-6*). Le montant réalisé évalué par l'assurance maladie s'élève à 612 M€, soit un taux de réalisation de 111 % par rapport à l'objectif initial (cf. tableau ci-dessous). 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 2011, avec une quasi-stabilisation (+0,3%) de la dépense remboursée (*indicateur n° 4-1*). Il convient toutefois de relever que le taux de pénétration des médicaments génériques, qui avait fortement progressé jusqu'en 2009 où il atteignait 82%, connaît un reflux depuis lors (76,5%). La mise en œuvre depuis le mois de juin 2012 de mesures visant à favoriser la diffusion du médicament générique avec la participation des pharmaciens d'officine a toutefois permis d'accroître de sept points le taux de pénétration du générique.

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 en 2011 les réalisations en matière de prescriptions d'antibiotiques sont restées inférieures aux objectifs fixés sur ce thème. Dans le domaine des indemnités journalières de maladie, l'année 2011 a été marquée par un net ralentissement de la progression des dépenses (+1,7% par rapport à 2010). L'effort de maîtrise des actes de masso-kinésithérapie et des prestations de transport des patients est conforme à l'objectif.

Pour 2012, les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie ont été fixés à 550 M€. Leur mise en œuvre s'inscrit dans le contexte conventionnel, qui inclut notamment des objectifs d'efficience des prescriptions.

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

	2008	2009	2010	2011
<b>Convention avec les médecins libéraux</b>	<b>333</b>	<b>398</b>	<b>396</b>	<b>500</b>
Antibiotiques	56	0	12	12
Statines	55	78	68	65
IPP	71	20	67	32
Psychotropes	5	1	3	7
Arrêts de travail (IJ)	0	0	-	140
Transport	57	46	42	12
ALD	44	42	10	16
AcBUS	15	80	35	36
IEC-sartans	25	70	89	57
Anti ostéoporotiques	-	21	21	47
Anti dépresseurs	-	33	50	20
Anti diabétiques	-	8	-	21
Antalgiques	-	-	-	7
EPO	-	-	-	15
Anti-TNF	-	-	-	14
Autres	5	-	-	-
<b>Kinésithérapeutes (actes en série)</b>	-	55	53	47
<b>Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail et de transports</b>	48	23	52	65
<b>Total prescripteurs</b>	<b>381</b>	<b>476</b>	<b>501</b>	<b>612</b>
<b>Accord avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)</b>	101	47	-	-
<b>Total</b>	<b>482</b>	<b>523</b>	<b>501</b>	<b>612</b>
Objectif	635	660	590	550
Taux d'atteinte de l'objectif	76%	79%	85%	111%

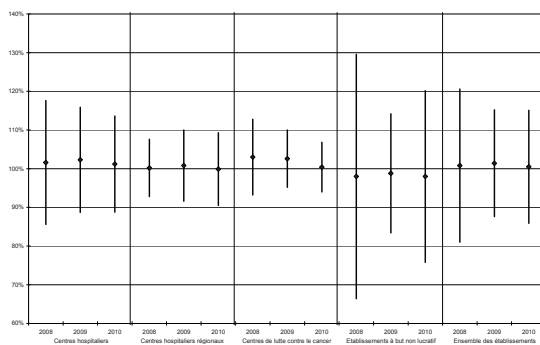
Source : CNAMTS.

L'indicateur de productivité globale des établissements hospitaliers publics et privés participant au service public hospitalier (*indicateur n° 4-10*) vise à décrire 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 2010, des disparités sont constatées entre catégories d'établissements. Les plus petits centres hospitaliers, ainsi que les centres hospitaliers régionaux, s'ont proches de la couverture de leurs charges par les recettes de T2A. Les établissements privés à but non lucratif sont plus éloignés de cet objectif. La dispersion de la productivité globale au sein de chaque catégorie d'établissements n'a quant à elle qu'à peine progressé. La situation des établissements de santé est restée déficitaire en 2011 (*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.

L'accompagnement des établissements de santé constitue un enjeu majeur pour préserver la qualité des prises en charge et leur permettre, dans un contexte financier contraint, d'investir dans l'avenir du système de soins.

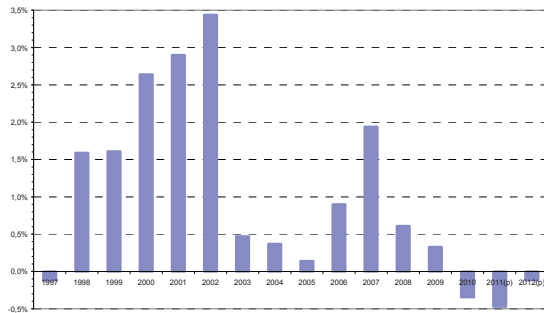
Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire et l'hospitalisation à domicile ainsi qu'une meilleure articulation entre soins aigus et soins de suite et de réadaptation (*indicateurs n° 4-8, 4-9*) contribuent également à une meilleure efficacité des dépenses de santé. Un domaine d'intérêt particulier en matière de gestion hospitalière est l'efficacité des blocs opératoires. Malgré une progression globale en 2011, on constate encore une hétérogénéité importante des performances dans ce domaine persiste entre catégories d'établissements hospitaliers (*indicateur n° 4-12*).

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

En 2008, lors du déclenchement de la crise économique et financière, la branche maladie du régime général était déjà déficitaire (4,4 Md€). L'année 2009 s'est traduite par une aggravation très importante de ce déficit (10,6 Md€), les recettes de la branche maladie couvrant moins de 93% des dépenses. Cette situation s'est aggravée en 2010 (11,6 Md€), avant de se redresser légèrement en 2011 (8,6 Md€). En 2012, l'ONDAM devrait être à nouveau respecté. Dans un cadre macroéconomique difficile l'année 2013 devra s'inscrire dans la poursuite de cette trajectoire de redressement de la branche maladie, qui contribuera elle-même au respect des objectifs de réduction à 3% du PIB du déficit des administrations publiques prises dans leur ensemble. Dans ce contexte, le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2013 vise un déficit de la branche maladie du régime général proche de 5 Md€ à, soit une couverture des dépenses par les recettes à hauteur de 97% (*indicateur n° 5-1*).

Le retour progressif à l'équilibre financier de la branche maladie nécessitera le respect des ONDAM votés par le Parlement en 2013 et lors des exercices suivants. La mise en œuvre des mesures propres à concrétiser ces efforts s'appuiera sur les résultats favorables enregistrés depuis trois ans. En 2012, l'évolution modérée des dépenses depuis le début de l'année, particulièrement dans le domaine des soins de ville, laisse augurer le respect de l'objectif adopté par le Parlement, malgré l'intégration de dépenses au titre de la rémunération des médecins à la performance (280 M€), versées en 2013, mais que, conformément à une recommandation de la Cour des comptes, il y a lieu de rattacher à 2013, ce qui n'avait pas été prévu en construction.

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



Source : Commission des comptes de la sécurité sociale.

Pour 2013, la prévision associée au PLFSS pour 2013 prévoit une progression de l'ONDAM de 2,7 %, qui doit permettre de contribuer au retour à l'équilibre de la branche maladie tout en préservant l'accès de tous les Français à des soins de qualité.

La lutte contre les fraudes à l'assurance maladie contribue également à cet objectif. Le montant des économies directes réalisées dans ce domaine a atteint 150 millions d'euros (*indicateur n° 5-4*).

Un dernier enjeu mentionné dans le programme de qualité et d'efficience « 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 570 M€ en 2010 (*indicateur n° 5-3*). Ce montant, de nouveau en forte baisse, peut trouver une explication dans la réforme du poste à poste. Néanmoins, elle suggère que l'amélioration du rendement du recours contre tiers constitue 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'efficience « Maladie » traduit une perspective de maîtrise des dépenses d'assurance maladie qui devrait contribuer au retour à l'équilibre des comptes de la branche maladie :

les évolutions observées depuis 2010 de la dépense d'assurance maladie crédibilisent une trajectoire d'évolution modérée des dépenses d'assurance maladie (+ 2,7 % en 2013) ; le renforcement du pilotage de la dépense d'assurance maladie 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 réduction en 2011 de la prise en charge publique des dépenses de santé. La proportion élevée de personnes qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières, et les obstacles financiers à l'accès aux soins qui persistent pour les personnes à revenu modeste justifient la poursuite des efforts dans ce domaine ;

la maîtrise des dépenses associées à un haut niveau d'accès aux soins impliquera le renforcement des actions en vue d'une meilleure efficience des dépenses de santé.

\*

\*\*

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) ;

Monsieur Jean Debeaupuis, Directeur général de l'organisation des soins (DGOS) ;

Docteur Jean-Yves Grall, Directeur général de la santé (DGS) ;

Monsieur Thomas Fatome, 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)