

PRESENTATION STRATEGIQUE

En 2012, 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 184,7 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 en 2012 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 2012.

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. Pour autant, 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 maladie à l'équilibre.

La maîtrise des dépenses de santé se confirme avec le respect en 2012 de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour la troisième année consécutive et de très bons espoirs qu'il en soit également ainsi en 2013. Parallèlement, des marges de progrès demeurent afin d'assurer l'accès à la fois financier et géographique aux soins pour tous les assurés, et notamment les plus fragiles d'entre eux : une part encore trop importante de personnes déclarent renoncer à des soins pour raisons financières ; les dépassements d'honoraires, qui sont concentrés sur certaines zones géographiques ou spécialités, peuvent quelquefois être importants ; enfin, aujourd'hui encore, trop d'inégalités dans la répartition des professionnels de santé libéraux sont observées sur notre territoire.

En la matière, des réponses ont d'ores et déjà été apportées avec la conclusion en octobre 2012 d'un accord entre les professionnels de santé et l'assurance maladie limitant la progression des dépassements d'honoraires et élargissant l'accès à des soins aux tarifs sans dépassements aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé. Par ailleurs le relèvement du plafond de la CMU de 8,3% le 1^{er} juillet 2013 permettra à 750 000 personnes supplémentaires de bénéficier d'une couverture complémentaire santé prise en charge par la collectivité.

Le pacte « territoire santé » annoncé en décembre 2012 constitue un plan global de lutte contre les déserts médicaux en facilitant notamment les coopérations entre les praticiens hospitaliers et les structures ambulatoires et en créant une garantie de revenu en faveur des jeunes médecins souhaitant s'installer dans les zones en voie de démedicalisation.

Ces actions accompagneront la stratégie nationale de santé (SNS) qui permettra d'améliorer l'efficacité du processus de soins. C'est ainsi que se poursuivra le développement de la chirurgie ambulatoire et des actes de télémedecine. La mise en œuvre de la SNS passe également par le développement de nouveaux modes de tarification adaptés à une approche reposant sur le parcours de soins, en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques (radiothérapie, insuffisance rénale chronique). Le soutien aux structures pluriprofessionnelles et la sécurisation du financement des coopérations entre professionnels de santé contribuera par ailleurs à une meilleure organisation des soins de proximité.

Le présent programme de qualité et d'efficacité rend 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. 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.

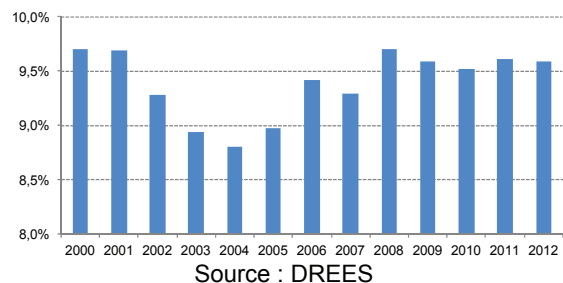
En matière d'offre de soins ambulatoires, les disparités de répartition des médecins libéraux sur le territoire ne diminuent pas malgré une relative abondance (*indicateur n°1-1*). La part de la population qui réside dans des bassins de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure à 58 médecins pour 100 000 habitants – soit 70% de la valeur médiane de la densité nationale –, reste faible en 2012 (6%), même si elle a très légèrement augmenté depuis 2009. Les écarts de densité observés parmi les spécialistes libéraux se maintiennent depuis plus de dix ans avec une densité pour 100 000 habitants deux fois plus élevée dans les départements les mieux dotés par rapport aux moins bien dotés (113,9 spécialistes pour 100 000 habitants contre 58,4).

Sur le plan financier des obstacles demeurent même si le niveau de prise en charge par les administrations publiques (principalement par la Sécurité sociale, et à titre auxiliaire par l'État, le fonds CMU et les collectivités locales) reste élevé : il s'établit à 76,7% en 2012, comme en 2011. La France figure ainsi 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. La priorité du Gouvernement tout au long de la présente législature est de garantir ce niveau élevé de prise en charge publique, facteur essentiel

d'une juste répartition des revenus et des conditions de vie entre les Français.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé s'établit à 9,6%, en léger reflux par rapport aux années antérieures (*sous-indicateur n°1-2-1, cf. graphique ci-après*). Sur plus longue période, elle a cependant connu une progression, qui découle des mesures prises par le passé 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.

Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



La stabilité observée depuis 2009 masque la réduction de 0,3 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. Suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 transposé par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, la généralisation de la couverture complémentaire collective en entreprise à l'horizon 2016 donnera accès à l'ensemble des actifs à une assurance complémentaire santé à coût réduit ou offrant, pour un prix donné, de meilleures garanties qu'un contrat souscrit de manière individuelle. Les salariés bénéficieront en effet du cofinancement par leur employeur de cette couverture collective et les tarifs des contrats reflèteront les gains tirés de la mutualisation de la dépense sur l'ensemble des salariés de l'entreprise ou de la branche d'activité.

À ce jour, les indicateurs d'accès aux soins des assurés aux revenus modestes présentent un bilan contrasté. Les efforts financiers sont relativement plus importants pour les ménages disposant de faibles revenus même si en moyenne, en termes absolus, le reste à charge moyen est plus faible. Il représente ainsi 1,6% du revenu disponible pour les 10% de personnes aux revenus les plus modestes contre 0,7% pour les 10% de personnes les plus riches (*sous-indicateur 1-2-2*).

Par ailleurs, la proportion de personnes déclarant avoir renoncé aux soins pour des raisons financières a diminué entre 2008 et 2010 mais demeure supérieure à celle de 2006 (*indicateur 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.

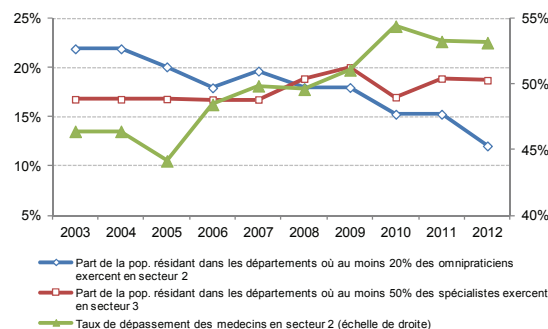
Des travaux réalisés en 2011 par la DREES ont mis l'accent sur le lien existant entre l'acuité des situations de précarité subies par les personnes et leurs déclarations de renoncement aux soins pour raisons financières. Les personnes en situation de grande précarité – par exemple, cumulant des situations 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.

Il est à penser que les efforts ciblés vers les populations précaires devraient améliorer la couverture de la prise en charge des soins. À la fin 2012, 4,5 millions de personnes bénéficiaient de la CMUc qui garantit une prise en charge intégrale de leurs soins et l'application de tarifs de soins sans dépassements. L'aide à la complémentaire santé (ACS) est destinée aux assurés dont le revenu est supérieur de 35% au seuil de ressources pour l'accès à la CMUc. Elle 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 mai 2013, 822 000 personnes utilisaient leur attestation ACS (*indicateur n 1-3*), soit 200 000 de plus qu'en 2011. Cette forte augmentation s'explique par les revalorisations du plafond de ressources de l'ACS en 2011 et 2012 (passé de 120% à 126% puis à 135% du plafond de ressources de la CMU) et permet 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. Suite au relèvement de 8,3 % du plafond CMUc au

1^{er} juillet 2013, 750 000 personnes supplémentaires devraient bénéficier de la CMUc et de l'ACS. Dans le cadre du présent PLFSS, le Gouvernement facilitera par ailleurs le recours à l'ACS et améliorera les niveaux de garantie proposés par ces contrats, *via* une sélection des contrats suite à une procédure de mise en concurrence.

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 tendance à la baisse de la part de la population résidant dans des départements dans lesquels plus de 20% des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres (12% en 2012), l'accès à des spécialistes à tarifs opposables est moins favorable. Le taux de dépassement – rapport du montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – se stabilise toutefois à 53% en 2012, mais est en augmentation de 9 points par rapport à 2005 (*cf. graphique ci-après*).

Fréquence et montant moyen des dépassements d'honoraires



Source : CNAMTS

La conclusion de l'avenant 8 à la convention médicale devrait permettre de modérer les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès effectif des patients aux soins. Elle élargit en effet aux bénéficiaires de l'ACS la garantie de l'accès aux soins à tarifs opposables et par ailleurs engage les médecins pratiquant des honoraires libres et souscrivant au contrat d'accès aux soins à geler les dépassements d'honoraires en

contrepartie notamment d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales et d'une meilleure solvabilisation par l'assurance maladie des frais de soins.

Objectif n°2 : le développement des politiques de prévention

À 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.

Selon les données internationales disponibles, la France occupe en 2011 le premier rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans à la fois chez les femmes et les hommes avec respectivement 23,8 ans et 18,7 ans (*indicateur de cadrage n°7*). Toutefois, la mortalité prématurée reste élevée avant 65 ans (*indicateur de cadrage n°4*), et les écarts substantiels d'espérance de vie entre catégories socioprofessionnelles ne diminuent pas ou peu au cours du temps (*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.

Les évolutions de la prévalence du tabagisme quotidien (mesurée tous les cinq ans) et de la consommation d'alcool sont décevantes. La prévalence du tabagisme quotidien (mesurée tous les cinq ans) progresse même malgré les hausses successives du prix du tabac (*indicateur 2-2*) et l'aide de l'assurance maladie au sevrage tabagique avec les substituts nicotiniques.

La prévalence de l'obésité et du surpoids se réduit chez les enfants de grande section de maternelle depuis le début de la décennie et chez les élèves de CM2, pour lesquels la prévalence de l'excès pondéral est la plus importante des classes d'âge étudiées. En revanche, elle est en augmentation pour les élèves de troisième (*indicateur n° 2-1*).

Ces constats sanitaires nécessitent une approche préventive qui sera au cœur de la prochaine stratégie nationale de santé. Elle doit permettre 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'efficience « maladie » comprend une sélection d'indicateurs cohérente avec les objectifs de la loi relative à la politique de santé publique de 2004. Les indicateurs montrent une amélioration des taux de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal, même s'ils restent en deçà des objectifs fixés par la loi de santé publique (*indicateur 2-3*). Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques des diabétiques s'améliore : ce résultat est à mettre en relation avec le programme d'accompagnement SOPHIA développé par la CNAMTS dont les infirmiers conseillers relaient les 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.

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 vaccination (*indicateur n° 2-4*).

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.

Des marges de progrès existent dans le suivi de la prise en charge des soins entre la ville et l'hôpital comme en témoigne la proportion encore faible de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant selon les critères de qualité requis (48% en 2011, *indicateur n 3-1*).

En revanche, en 2012, 62% des actes étaient régulés aux horaires de permanence des soins alors qu'ils n'étaient que 7% en 2005 (*indicateur n° 3-2*).

La prévalence des infections nosocomiales est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier. L'indicateur n°3-3 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 2011 montrent une amélioration constante des efforts réalisés par les établissements dans le cadre de la lutte contre ces infections.

Deux indicateurs traitent de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. Près de 90% des établissements ont obtenu une certification qualité suite à la procédure instruite par la Haute autorité de santé en 2012 (17% ont obtenu une certification simple (*indicateur 3-4*). Concernant les médecins libéraux, le bilan de la première année de mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique rend compte de progrès des pratiques cliniques en particulier dans le suivi des pathologies chroniques (*indicateur n°3-5*). Les évolutions sont en revanche plus contrastées sur le volet de la prévention.

Objectif n°4 : le renforcement de l'efficacité 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 dites de « 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 relayée par les programmes de gestion du risque est la promotion du bon usage des soins et des biens médicaux au moyen d'incitations à des changements de comportement des offreurs de soins, dans le domaine des soins ambulatoires tout autant qu'à l'hôpital.

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

	2009	2010	2011	2012
Convention avec les médecins libéraux	398	396	500	468
Antibiotiques	-	12	12	24
Statines	78	68	65	38
IPP	20	67	32	18
Psychotropes	1	3	7	3
Arrêts de travail (IJ)	-	-	140	180
Transport	46	42	12	27
ALD - bizonne	42	10	16	-
Prescription de génériques dans le répertoire	-	-	-	-
AcBUS – Anti agrégants plaquettaires	80	35	36	62
IEC-sartans (antihypertenseurs)	70	89	57	-
HTA	-	-	-	43
Anti ostéoporotiques	21	21	47	-
Anti dépresseurs	33	50	20	25
Anti diabétiques	8	-	21	-
Antalgiques	-	-	7	-
EPO	-	-	15	8
Anti-TNF alpha	-	-	14	-
Dispositifs médicaux	-	-	-	32
Autres	-	-	-	9
Masseurs-kinésithérapeutes	55	53	47	31
Prescriptions hospitalières de transports et d'arrêts de travail (IJ)	23	52	65	93
Accord avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	47	-	-	-
Total des économies réalisées	523	501	612	592
Objectif	660	590	550	550
Taux d'atteinte de l'objectif	79%	85%	111%	108%

Source : CNAMTS

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. Pour la deuxième année consécutive, les économies réalisées dépassent les objectifs fixés (*cf.* tableau ci-dessus). Elles

sont estimées à près de 600 M€ en 2012 (*indicateur n°4-7*). En matière de médicaments, après le ralentissement observé depuis 2006, dû essentiellement à des baisses importantes de prix et du remboursement de certains médicaments, les dépenses remboursées ont diminué de 1,1% en 2012 (*indicateur n°4-1*). Le taux de pénétration des médicaments génériques, progresse de manière sensible en 2012 et s'établit à 83% après une baisse observée depuis 2009. Cette augmentation fait suite à la mise en œuvre depuis le mois de juin 2012 de mesures visant à favoriser la diffusion du médicament générique (généralisation du « tiers payant contre génériques ») avec la participation des pharmaciens d'officine dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique.

Sur d'autres champs, les résultats sont moins positifs. La France se distingue par exemple comme l'un des pays de l'Union européenne dans lequel la consommation d'antibiotiques est la plus élevée, et repart à la hausse en 2011 et 2012 (*indicateur n°4-3*).

Les actions de maîtrise médicalisée contribuent aussi au fort infléchissement du rythme de progression des indemnités journalières de maladie, d'accidents du travail et de maladie professionnelle (-0,9% en 2012), même si la conjoncture économique a pu également participer à ce ralentissement, ces dépenses étant fortement corrélées à la situation du marché de l'emploi.

Pour 2013, 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.

L'efficience des établissements de santé est pour la première fois approchée dans ce programme par un indicateur de performance basé sur la durée moyenne de séjours (IP-DMS, *indicateur n°4-11*). Il rend compte des disparités entre les catégories d'établissements de court séjour : en 2011, 29% des établissements publics ont des durées de séjour moyennes considérées comme anormalement élevées contre 9% des cliniques privées. Si elles s'expliquent en partie par la structure de l'offre de soins sur le territoire environnant (manque de structure d'aval) ou des caractéristiques sociodémographiques des patients, ces disparités révèlent également pour partie les dysfonctionnements organisationnels des établissements.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie

ambulatoire ainsi qu'une meilleure articulation entre soins aigus et soins de suite et de réadaptation (*indicateurs n°4-8, 4-10*) contribuent également à une meilleure efficience des dépenses de santé. Un domaine d'intérêt particulier en matière de gestion hospitalière est l'efficience des blocs opératoires. Malgré une progression globale en 2011, une hétérogénéité importante des performances persiste encore dans ce domaine entre catégories d'établissements hospitaliers (*indicateur n°4-9*).

Enfin, l'année 2012 se caractérise par une amélioration sensible de la situation financière des hôpitaux. Après une année 2011 caractérisée par un déficit élevé (-540 M€, cf. *sous-indicateur n°4-12-1*), le compte principal des établissements de santé publics serait déficitaire de 142 M€ en 2012. En prenant en compte les activités relevant des budgets annexes (notamment les unités de soins de longue durée, l'hébergement des personnes âgées, la formation des personnels paramédicaux), le résultat global ressort même excédentaire (+100 M€), ce pour la première fois depuis 2005. Toutefois, cette amélioration reposerait pour partie sur des facteurs exceptionnels liés à des opérations financières et comptables.

L'accompagnement des établissements de santé constitue donc 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.

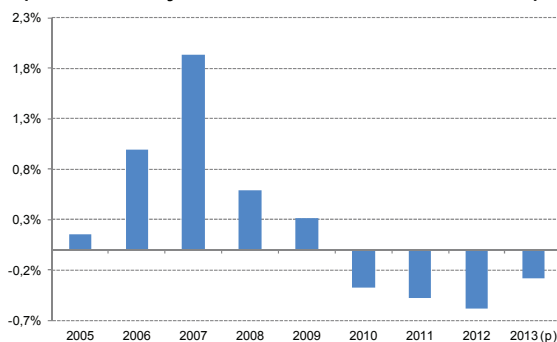
Objectif n°5 : la garantie de la viabilité financière de la branche maladie

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€). Après un redressement amorcé en 2011 et poursuivi en 2012, la situation devrait à nouveau se dégrader en 2013 avec une prévision de déficit de 7,7 Md€ en raison d'un fort ralentissement des recettes de la branche et malgré des prévisions de dépenses inférieures à l'ONDAM pour la troisième année consécutive. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2014 vise un déficit de la branche maladie du régime général de 6,2 Md€, soit une couverture des

dépenses par les recettes à hauteur de 96,4% (*indicateur n°5-1*).

Le retour progressif à l'équilibre financier de l'assurance maladie nécessitera le respect des ONDAM votés par le Parlement en 2014 et lors des exercices suivants. En 2013, l'évolution modérée des dépenses de soins de ville depuis le début d'année, malgré un fort pic épidémique de grippe, et le ralentissement de la progression des établissements de santé laissent augurer le respect de l'objectif adopté par le Parlement (*indicateur n°5-2*).

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



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale

Pour 2014, la progression de l'ONDAM soumis au vote du Parlement est de 2,4%, un niveau 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 140 M€ en 2012 (*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 551 M€ en 2012 (*indicateur n°5-3*). La baisse de ce montant depuis 2008, résulte notamment d'opérations comptables mais peut aussi s'expliquer par la réforme du mode de récupération des créances par la Sécurité sociale auprès des victimes. 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 :

- les évolutions observées depuis 2010 de la dépense d'assurance maladie crédibilisent une trajectoire d'évolution modérée des dépenses d'assurance maladie (+2,4% en 2014) ; 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 stabilisation en 2012 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) ;
- N., directeur général de la santé (DGS) ;
- Monsieur Thomas Fatome, directeur de la Sécurité sociale (DSS) ;
- Madame Raphaëlle Verniolle, directrice par intérim 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).