

PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

En 2013, 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 189 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 2013 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 courante de santé, qui représente 11,7% du produit intérieur brut en 2013.

En raison de leur importance dans l'ensemble de la dépense de santé des ménages, les prestations d'assurance maladie contribuent donc de façon importante 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 la part élevée des prestations maladie 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.

En ce sens, le projet de loi de santé qui sera prochainement présenté en Conseil des Ministres concrétise la concertation lancée suite à la présentation de la stratégie nationale de santé il y a un an. Elle a pour ambition de refonder le système de santé autour de quatre axes : renforcer la prévention en particulier en direction des jeunes, améliorer le parcours de soins et l'accès aux soins, favoriser l'innovation et établir une nouvelle gouvernance pour une politique de santé plus performante.

La mise en place d'un service territorial de santé aura pour objet d'améliorer la prise en charge des Français dans au moins cinq domaines clefs : les soins de proximité, la permanence des soins, la prévention, la santé mentale et l'accès aux soins aux personnes handicapées. Cela passe notamment par une approche reposant sur le parcours de soins, en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques, le soutien aux structures pluriprofessionnelles, la création de groupements hospitaliers permettant de mutualiser certaines activités par territoire. Le service territorial de santé renforcera la couverture géographique de l'offre de soins en lien avec le « pacte territoire santé » mis en place en 2013 qui favorise notamment l'installation de

jeunes médecins dans les zones en voie de démedicalisation.

Des mesures seront prises 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. Dans ce cadre, le projet de loi prévoit notamment d'étendre le tiers-payant pour les soins de ville, d'ici à 2017, à l'ensemble des assurés aussi bien pour la part des dépenses prise en charge par les régimes d'assurance maladie obligatoires et pour celle prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaires. Cette dispense intégrale de l'avance des frais, d'ores et déjà appliquée aux bénéficiaires de la CMU-C, sera étendue dans un premier temps aux bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS), à compter du 1^{er} juillet 2015, avant d'être généralisée dans un second temps à l'ensemble des assurés sociaux.

Le projet de loi poursuit également les actions déjà engagées pour favoriser l'accès aux soins. Près de 10 000 médecins libéraux ont signé le contrat d'accès aux soins introduit fin 2013, qui a pour objet de limiter la progression des dépassements d'honoraires. L'accès aux soins a été renforcé pour les assurés les plus précaires via différentes mesures : le relèvement du plafond de la CMUc (et par conséquent de celui de l'ACS) de 8,3% le 1^{er} juillet 2013 qui devrait permettre à 750 000 personnes supplémentaires de bénéficier d'une couverture complémentaire santé prise en charge par la collectivité (au titre de ces deux dispositifs) ; le bénéfice d'une opposabilité des tarifs de responsabilité aux titulaires de l'ACS (absence donc de pratique de dépassement tarifaire) depuis l'entrée en vigueur de l'avenant 8 à la convention médicale ; la revalorisation depuis le 1^{er} janvier 2014 du montant de l'ACS pour les assurés de plus de 60 ans, l'amélioration de la prise en charge des soins optiques et dentaires et des audioprothèses pour les bénéficiaires de la CMU complémentaire. Enfin, la LFSS pour 2014 a amorcé le chantier de la généralisation de la couverture complémentaire à tous les Français à l'horizon 2017.

La maîtrise des dépenses de santé est la condition du maintien d'un haut niveau de protection sociale pour nos concitoyens. En 2013, pour la quatrième année consécutive, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté et la

sous-exécution de l'ONDAM (1,7 Md€) a représenté un niveau jamais atteint par le passé. En 2014, le Gouvernement entend assurer le respect en niveau de l'objectif fixé par la loi de financement rectificative de la sécurité sociale du 8 août 2014, niveau qui avait été revu de 0,8 Md€ à la baisse par rapport à l'objectif initial fixé par le Parlement à l'automne 2013.

Ces efforts seront poursuivis et amplifiés dans les années à venir. L'assurance maladie contribuera en effet à hauteur de 10 Md€ au plan d'économies pour le redressement des comptes publics à l'horizon 2017, qui prévoit un effort de 20 Md€ de la part des régimes obligatoires de protection sociale. Pour atteindre cet objectif d'économies, la progression de l'ONDAM sera ramenée à 2,1% en 2015, à 2% en 2016 puis à 1,9% en 2017. Quatre grands axes d'actions ont été identifiés, relatifs au pilotage de la dépense hospitalière, au virage ambulatoire et à l'efficacité de la prise en charge en établissement, aux produits de santé et à la promotion des génériques, enfin à la pertinence et au bon usage des soins.

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.

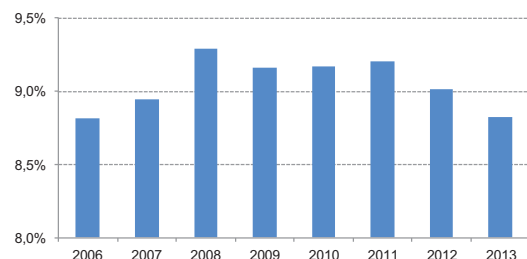
En matière d'offre de soins ambulatoires, les disparités de répartition des médecins sur le territoire ne diminuent pas malgré une relative abondance (*indicateur n°1-1*). La part de la population qui réside dans des bassins de vie dont la densité en médecins généralistes est inférieure à 58 médecins 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 et salariés) 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 (209,8 spécialistes pour 100 000 habitants contre 108,8).

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 77,4% en 2013, en légère augmentation par rapport à 2012. 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 *via* d'une mutualisation des risques et 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 8,8%, en diminution par rapport aux années antérieures (*sous-indicateur n°1-2-1, cf. graphique ci-après*).

Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



Source : DREES, Comptes de la santé 2013

Ce recul est en parti dû à des facteurs structurels (hausse des prestations des organismes complémentaires, progression des effectifs en affection de longue durée exonérés de ticket modérateur, croissance plus dynamique des postes de dépenses les mieux remboursés), et plus récemment au ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins et des dépenses non remboursables, par nature entièrement à la charge des assurés. Le reste à charge retrouve le niveau observé en 2006, après une période de progression suite aux mesures prises pesant directement sur les assurés : mise en place du parcours

de soins, revalorisations du forfait journalier à l'hôpital, mise en place de participations forfaitaires et de franchises.

Cette évolution masque toutefois la réduction de 0,8 point de la part de la dépense prise en charge par l'assurance maladie, et l'augmentation dans la même proportion de celle des complémentaires santé. La France est, avec 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 n°1-2-2*).

Par ailleurs, selon l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, près d'un quart des personnes ayant une couverture complémentaire a déclaré avoir renoncé à au moins un soin en 2012 pour des raisons financières. Cette proportion est plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMUC, pourtant exonérées de participation financière. Toutefois, compte tenu de l'importante refonte de cette enquête, il ne peut être tiré de conclusions à ce stade sur une tendance à la hausse ou la baisse du renoncement aux soins pour ces populations (*indicateur n°1-5*). Les postes les plus concernés par le renoncement restent ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé, en particulier les soins optiques et dentaires.

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.

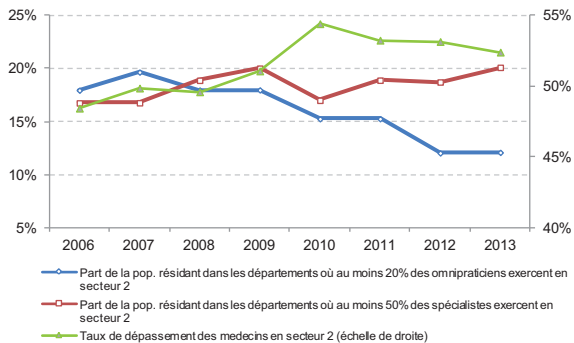
Il est à penser que les efforts ciblés vers les populations précaires devraient améliorer la couverture de la prise en charge des soins. À fin 2013, 4,9 millions de personnes bénéficiaient de la CMUC qui garantit une prise en charge intégrale de leurs soins et l'application de tarifs de soins sans dépassements. L'aide à l'acquisition d'une 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 CMU d'une partie du coût d'acquisition d'une couverture maladie complémentaire. A fin mai 2014, 920 600 personnes utilisaient leur attestation ACS (*indicateur n°1-3*). Suite au relèvement de 8,3 % du plafond CMUC au 1^{er} juillet 2013, 750 000 personnes supplémentaires sont éligibles à la CMUC et de l'ACS. L'élargissement aux bénéficiaires de l'ACS de la garantie de l'accès aux soins aux tarifs opposables en 2013 et le relèvement de l'aide de 500 € à 550 € au 1^{er} janvier 2014 pour les personnes de plus de 60 ans devraient renforcer le recours à cette aide. Dès 2015, 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 2013), l'accès à des spécialistes à tarifs opposables est moins favorable. Le taux de dépassement moyen – rapport du montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – confirme la tendance à la baisse amorcée en 2011, s'établissant à 52,4% en 2013. Il demeure toutefois à un niveau élevé, supérieur de 4 points à celui observé en 2006 (*cf. graphique ci-après*).

La mise en place du contrat d'accès aux soins fin 2013 découlant de l'avenant n°8 à la convention médicale conclue entre les médecins libéraux et l'assurance maladie devrait permettre de modérer les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès effectif des patients aux soins. Il 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.

Accès aux soins et montant moyen des dépassements d'honoraires



Source : CNAMTS

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 2012 le deuxième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le troisième chez les hommes avec respectivement 23,4 ans et 19,1 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 et de la consommation d'alcool sont décevantes. La prévalence du tabagisme quotidien progresse (*indicateur n°2-2*) même malgré l'aide de l'assurance maladie au sevrage tabagique avec les substituts nicotiques. Le programme national de réduction du tabagisme annoncé le 25 septembre 2014, en lien avec le plan cancer III, ambitionne de réduire le nombre de fumeurs de 10% dans 5 ans, de ramener la prévalence

du tabagisme à moins 20% d'ici 10 ans et, à plus long terme de limiter la part des jeunes fumeurs à 5%. Ce programme, qui sera relayé par le projet de loi de santé, renforcera notamment les actions de prévention à l'égard des jeunes particulièrement touchés par le tabagisme (près d'un tiers des adolescents de 17 ans fument).

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 est au cœur du projet de loi 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.

Les indicateurs montrent une amélioration des taux de dépistage des cancers du sein, même s'ils restent en deçà des objectifs fixés (*indicateur n°2-3*). Le taux de dépistage du cancer du col de l'utérus est très modéré et celui du cancer du colo-rectal est même en baisse. Le nouveau plan cancer pour la période 2014-2019 poursuivra les efforts entrepris pour améliorer la couverture des dépistages.

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques des diabétiques marque le pas en 2013, même s'il est en progression depuis plusieurs années. 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.

Les résultats sont également contrastés concernant les actions de prévention par la vaccination (*indicateur n°2-4*). La couverture vaccinale des enfants de moins de deux ans reste très élevée et progresse pour les pathologies aux taux de couverture les moins élevés. En revanche, le taux de couverture vaccinale contre la grippe (en particulier les personnes âgées de plus de 65 ans) tend à diminuer et concerne moins d'une personne ciblée sur deux en 2014.

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 atteste la proportion encore faible de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant selon les critères de qualité requis, même si elle progresse régulièrement (54% en 2014, *indicateur n°3-1*).

La part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoires se stabilise à 62% depuis deux ans, après une forte montée en charge du dispositif depuis 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 score agrégé regroupant les cinq du tableau de bord des infections nosocomiales. Les résultats observés depuis plusieurs années 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 à fin 2013 (17% ont obtenu une certification sans recommandation, *indicateur n°3-4*). Concernant les médecins libéraux, deux ans après la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique, les indicateurs rendent compte de progrès des pratiques cliniques en particulier dans le suivi des pathologies chroniques et de la prescription (*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.

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 troisième année consécutive, les économies réalisées dépassent les objectifs fixés (cf. tableau ci-dessous). Elles sont estimées à près de 600 M€ en 2013, comme en 2012 (*indicateur n°4-7*).

En matière de médicaments, les dépenses remboursées baissent à nouveau en 2013, de 0,2% (*indicateur n°4-1*). Outre les baisses de prix, la baisse de dépenses remboursées s'explique par la progression du taux de pénétration des génériques, qui s'établit désormais à 80%. 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.

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 depuis 2011 (0,2% en moyenne par an entre 2010 et 2013), 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 2014, les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie ont été fixés à 600 M€. Leur mise en œuvre s'inscrit dans le contexte conventionnel, qui inclut notamment des objectifs d'efficacité des prescriptions.

Économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée (millions d'euros)

En millions d'euros	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Convention avec les médecins libéraux	334	398	396	500	468	419
Antibiotiques	56	0	12	12	24	42
Statines	55	78	68	65	38	82
IPP	71	20	67	32	18	-
Psychotropes	5	1	3	7	3	3
Arrêts de travail (IJ)	-	-	-	140	180	78
Transport	57	46	42	12	27	40
ALD	44	42	10	16	-	-
Prescription de génériques dans le répertoire	-	-	-	-	-	-
AcBUS Antiagrégants plaquettaires	15	80	35	36	62	39
IEC-Sartans (antihypertenseurs)	25	70	89	57	-	-
HTA					43	28
Anti ostéoporotiques	-	21	21	47	-	-
Anti déprimeurs	-	33	50	20	25	31
Anti diabétiques	-	8	-	21	-	-
Antalgiques	-	-	-	7	-	-
EPO				15	8	36
Anti-TNF				14	-	3
Autres actes	5	-	-	-	9	7
Dispositifs médicaux	-	-	-	-	32	30
Masseurs kinésithérapeutes	-	55	53	47	31	49
Accords avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)	101	47	-	-	-	-
Prescriptions hospitalières de transports	48	23	52	65	73	112
Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail (IJ)	-	-	-	-	20	22
Total	482	523	501	612	592	602
Objectif	635	660	590	550	550	550
Taux d'atteinte de l'objectif	76%	79%	85%	111%	108%	109%

Source : CNAMTS

Dans le domaine hospitalier, les établissements publics ont pour objectif de réaliser des gains dans le secteur des achats, dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) lancé en 2011. En 2013, près de 290 M€ de gains ont été réalisés, soit 120 M€ de plus qu'en 2012 (*indicateur n°4-12*).

L'efficacité des établissements de santé est approchée dans ce programme par un indicateur de performance fondé 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 2012, 29% des établissements publics ont des durées de séjour moyennes considérées comme anormalement élevées contre 10% 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 (*indicateur n°4-8*) contribue également à une meilleure efficacité des dépenses de santé. Si le taux global de

chirurgie ambulatoire, de 42,7% en 2013 est en constante progression depuis plusieurs années, des marges de progrès existent. C'est pourquoi le Gouvernement entend mettre l'accent dans les trois années à venir sur le développement de la chirurgie ambulatoire.

Une meilleure articulation entre soins aigus et soins de suite et de réadaptation, notamment par une augmentation de l'offre de soins d'aval, devrait améliorer la prise en charge des patients (*indicateur n°4-10*).

Enfin, la situation financière des hôpitaux s'est sensiblement améliorée en 2012 (*sous-indicateur n°4-13-1*). Le déficit du compte de résultat principal des établissements de santé publics a été ramené à 140 M€, soit 1,9% des produits, après une année 2011 caractérisée par un déficit élevé (-540 M€). Toutefois, cette amélioration reposait pour partie sur des facteurs exceptionnels liés à des opérations financières et comptables et la situation se dégraderait à nouveau en 2013 selon les comptes provisoires (-320 M€).

L'accompagnement des établissements de santé constitue donc un enjeu majeur pour préserver la qualité des prises en charge et leur permettre, dans un

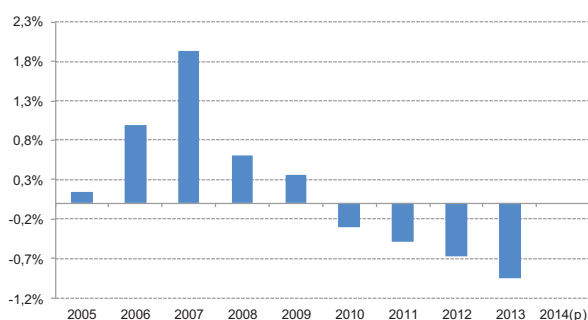
contexte financier contraint, d'investir dans l'avenir du système de soins.

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 très forte aggravation de ce déficit (10,6 Md€). S'il a été important, puisque le niveau de déficit a été abaissé de l'ordre de 4 Md€, le redressement engagé à partir de 2010 de la situation financière de l'assurance maladie n'est pas achevé, comme l'attestent le déficit de la branche maladie constaté en 2013 (6,8 Md€) et celui actuellement prévu pour 2014 (7,3 Md€, cf. indicateur n°5-1).

La réduction du déficit est le fruit des actions entreprises dans le champ de la dépense : ainsi, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont crû, en moyenne, de 2,3 points de moins par an en 2010-2013 qu'elles ne l'ont fait durant les dix années qui ont précédé la crise économique et financière (2,5% en 2010-13, contre +4,8% en 1999-2008). En 2013, l'exécution de l'ONDAM a été contenue à 2,2% et, en 2014, l'objectif (rectifié) devrait être à nouveau respecté (indicateur n°5-2). Sur la période 2015-17, l'amplification des efforts de maîtrise des dépenses, avec un ONDAM fixé en moyenne à 2%, et le strict respect des objectifs fixés chaque année par le Parlement seront des éléments essentiels au redressement des comptes de l'assurance maladie.

Écarts des réalisations de l'ONDAM en % de l'objectif voté



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale

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 147 M€ en 2013 (indicateur n°5-4).

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. Elle a permis de récupérer environ 760 M€ en 2013, un montant en hausse de 100 M€ par rapport à 2012, après avoir été orienté à la baisse depuis 2008 (indicateur n°5-3). Si la

hausse de ce montant est en grande partie imputable des opérations comptables, l'amélioration du rendement du recours contre tiers constitue un objectif pertinent de la gestion administrative de la branche maladie.

*
**

Synthèse

Jugé à l'aune de ses principaux indicateurs, le programme de qualité et d'efficacité « 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 ; 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 progression en 2013 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 avec la généralisation du tiers payant, l'amélioration de la prise en charge des soins pour les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, et la généralisation de la couverture complémentaire à l'ensemble des assurés ;
- la maîtrise des dépenses associée à un haut niveau d'accès aux soins impliquera le renforcement des actions en vue d'une meilleure efficacité des dépenses de santé.

*
**

Les responsables administratifs portant à titre principal les politiques sous-jacentes au programme de qualité et d'efficacité « 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) ;
- Monsieur Benoît Vallet, directeur général de la santé (DGS) ;
- Monsieur Thomas Fatome, directeur de la Sécurité sociale (DSS) ;
- Monsieur Vincent Beaugrand, 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).

