

## PRÉSENTATION STRATÉGIQUE

En 2015, 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 197,1 milliards d'euros, soit plus de 40 % de l'ensemble des dépenses de la Sécurité sociale.

La prise en charge des frais de santé par la branche maladie de la Sécurité sociale représente en 2015 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 a représenté 11,1 % du produit intérieur brut en 2014 (*indicateur de cadrage n°1*).

En raison de son importance dans l'ensemble de la dépense de santé des ménages, l'assurance maladie contribue donc de façon importante à la solvabilisation de ces dépenses pour les assurés, et ainsi 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. 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, la loi de modernisation de notre système de santé promulguée le 26 janvier 2016, concrétise la stratégie nationale de santé. Elle a pour ambition de refonder le système de santé autour de trois axes : renforcer la prévention, améliorer l'accès aux soins et l'information sur l'offre de soins de proximité, créer de nouveaux droits pour les patients.

Dans le domaine de la prévention, des dispositions visant à réduire l'incitation au tabagisme ont été prises avec notamment l'instauration du paquet neutre de cigarettes. La loi comporte également des dispositions visant à lutter contre les phénomènes d'alcoolisation massive, qui touchent particulièrement les jeunes.

Améliorer l'accès aux soins passe notamment par une approche centrée sur le parcours de soins, en particulier pour la prise en charge des maladies chroniques. Le soutien aux structures pluriprofessionnelles et la création de groupements hospitaliers permettront de mutualiser certaines activités par territoire et de renforcer la couverture géographique de l'offre de soins en lien avec le « pacte territoire santé » mis en place en 2013 puis renforcé fin 2015. Il favorise notamment l'installation de jeunes médecins dans les zones fragiles en termes de densité médicale. La convention médicale récemment conclue pour la période 2016-2021 complète ce dispositif avec notamment des aides à l'installation accrues pour les

médecins libéraux dans ces territoires qui permettront de renforcer l'offre à tarifs opposables, la permanence des soins et les modes d'exercices regroupés.

Par ailleurs, pour faciliter l'accès financier aux soins, plusieurs mesures ont été prises. Le déploiement du tiers payant pour les soins de ville se poursuit en vue de sa généralisation en 2017. Cette dispense d'avance des frais, déjà appliquée aux bénéficiaires de la CMU-C, puis aux utilisateurs de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015 est étendue depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2016 aux patients souffrant d'une affection de longue durée ou pour la prise en charge des soins relevant du risque maternité. D'ores et déjà la part des actes facturés en tiers payant atteint 83 % pour les bénéficiaires de l'ACS assurés à fin juin 2016 (*indicateur n°1-2-3*).

Cette disposition s'inscrit dans la continuité des actions déjà engagées à travers les dernières lois de financement de la sécurité sociale pour favoriser l'accès aux soins en élargissant la couverture complémentaire en particulier pour les assurés les plus précaires. Le relèvement exceptionnel du plafond de la CMU-C (et par conséquent de celui de l'ACS) en 2013 ainsi que le renforcement progressif de l'ACS à compter de 2013 (opposabilité des tarifs, revalorisation de l'aide aux assurés âgés de plus de 60 ans, exonération des participations forfaitaires, renforcement des garanties proposées à travers la sélection des contrats à souscrire) ont fortement contribué à augmenter le recours à ces dispositifs.

A ces mesures relatives à la protection complémentaire des populations les plus modestes s'ajoutent deux nouvelles mesures. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'accès à la couverture complémentaire collective est généralisé dans l'entreprise. Tous les salariés ont ainsi accès à une assurance complémentaire santé à coût réduit ou offrant, pour un prix donné, de meilleures garanties qu'un contrat souscrit de manière individuelle. A par ailleurs été adopté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 le dispositif du label « contrats seniors » destiné à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2017 à favoriser l'accès à une couverture complémentaire adaptée aux besoins de cette population qui a aujourd'hui le taux d'effort en matière de santé le plus important.

La mise en place de la protection universelle maladie (PUMA) au 1<sup>er</sup> janvier 2016 concrétise enfin l'universalisation de la prise en charge des frais de santé. A la suite de la suppression progressive de la notion d'ayant-droit majeur, les assurés majeurs disposeront de leur propre compte d'assuré social et seront prémunis contre les risques de rupture de droits liés notamment aux changements de situation personnelle. Cette réforme se traduit par une simplification des règles de gestion et une diminution des coûts associés.

La maîtrise des dépenses de santé est la condition du maintien d'un haut niveau de protection sociale pour nos concitoyens. En 2015, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté pour la sixième année consécutive. S'agissant de l'année 2016, les prévisions actuellement disponibles crédibilisent le respect de l'objectif.

Ces efforts seront poursuivis et amplifiés dans les années à venir tout en continuant à améliorer les conditions d'exercice des acteurs de la santé comme en atteste l'accord conclu en août entre les médecins libéraux et l'assurance maladie pour la période 2016-2021. Le tarif de consultation d'un médecin généraliste sera notamment revalorisé de 23 € à 25 € au 1<sup>er</sup> mai 2017.

Le taux de croissance des dépenses dans le champ de l'ONDAM sera fixé à 2,1 % en 2017. Pour atteindre cet objectif, les actions seront poursuivies dans les domaines du pilotage de la dépense hospitalière, l'accompagnement du virage ambulatoire et l'efficacité de la prise en charge en établissement, des produits de santé et la promotion des génériques, de la pertinence et le 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

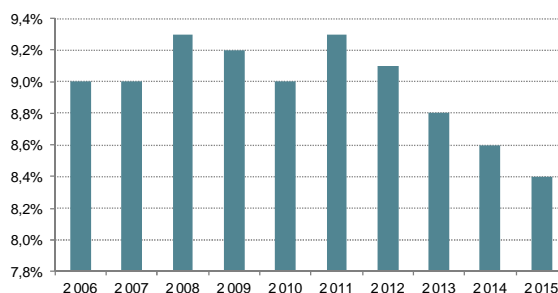
L'égalité d'accès aux soins est un objectif majeur des politiques de santé publique. Il recouvre d'une part l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire, et d'autre part un niveau maîtrisé de la charge financière restant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

En matière d'offre de soins ambulatoires, les disparités de répartition des médecins sur le territoire peinent à diminuer malgré une relative importance de l'offre nationale (*indicateur n°1-1*). Bien que la densité de médecins spécialistes (libéraux et salariés) ait augmenté en dix ans, les écarts de densité observés se maintiennent avec une densité pour 100 000 habitants deux fois plus élevée dans les départements les mieux dotés par rapport aux moins bien dotés (214,5 spécialistes pour 100 000

habitants contre 112). Toutefois, 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 2014 (6,1 %), même si elle a très légèrement augmenté depuis 2009.

Sur le plan financier, 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 78,2 % en 2015, en progression de 0,1 point par rapport à 2014 et confirme la tendance à la hausse observée depuis 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* 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. Ce haut de niveau de prise en charge s'accompagne également d'une volonté d'éviter tout surenchérissement du coût des dépenses globales *via* les contrats responsables.

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



Source : DREES, Comptes de la santé 2015.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé s'établit à 8,4 %, en diminution de 0,2 point par rapport à 2014. Il s'agit du niveau le plus faible enregistré depuis 2006 (*sous-indicateur n°1-2-1, cf. graphique*). Ce recul est en partie 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. Cela traduit le choix du gouvernement de préserver le dispositif de prise en charge au titre d'une affection de longue durée et de renoncer aux mesures de déremboursement.

La France est, parmi les pays de l'OCDE, celui où le reste à charge des ménages rapporté à la dépense courante de santé est le plus faible.

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. Selon les dernières évaluations disponibles, en 2012, il représentait ainsi 2,1 % du revenu disponible pour les 10 % de personnes aux revenus les plus modestes contre 0,6 % 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 2014 pour des raisons financières, comme en 2012. Cette proportion est plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-C (plus d'un tiers des bénéficiaires), pourtant exonérés de participation financière (*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. Selon une étude menée en 2015 par la DREES, en tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires.

Les efforts ciblés vers les populations précaires devraient améliorer la couverture de la prise en charge des soins. À fin juin 2016, 5,5 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C qui garantit une prise en charge intégrale de leurs soins et l'application de tarifs de soins sans dépassements (sur les consultations mais aussi l'ensemble des actes et prestations du panier CMU-c dont le champ du prothétique dentaire ou de l'optique par exemple).

L'aide au paiement 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 CMU-C. 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 juin 2016, 1,1 million de personnes utilisaient leur attestation ACS, en hausse de 10,2 % sur un an (*indicateur n°1-3*).

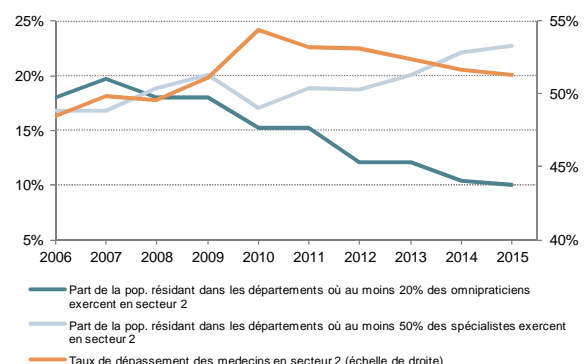
Différentes dispositions prises depuis 2013 ont favorisé le recours à ces dispositifs. Suite au relèvement de 8,3 % du plafond CMU-C au 1<sup>er</sup> juillet 2013, 610 000 personnes

supplémentaires bénéficient de la CMU-C et de l'ACS. La garantie de l'accès aux soins aux tarifs opposables a été élargie aux bénéficiaires de l'ACS en 2013, l'aide pour les personnes de plus de 60 ans a été relevée de 500 € à 550 € au 1<sup>er</sup> janvier 2014, et, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS sont, comme les titulaires de la CMU-C, exonérés des participations forfaitaires et des franchises et bénéficient du tiers payant intégral. Surtout, la sélection des contrats spécifiquement destinés aux bénéficiaires de l'ACS suite à une procédure de mise en concurrence a permis d'améliorer les niveaux de garantie proposés et de limiter leur coût d'accès. Ainsi depuis 2012, 280 000 personnes supplémentaires ont bénéficié d'une couverture complémentaire *via* l'ACS.

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 peuvent rencontrer des difficultés à accéder à une offre de soins à tarif opposable.

Si l'indicateur n°1-4 confirme en 2015 la 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 (10 % en 2015, moitié moins qu'en 2007), l'accès à des spécialistes à tarifs opposables demeure moins aisé : plus d'une personne sur cinq réside dans un département où au moins 50 % des spécialistes facturent des dépassements d'honoraires.

#### Accès géographique aux soins et montant moyen des dépassements d'honoraires



Source : CNAMTS.

Le taux de dépassement moyen – rapport du montant des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – s'établit à 51,3 % en 2015, confirmant la baisse amorcée en 2011 (*cf.* graphique).

Ce résultat traduit les efforts de l'assurance maladie et des médecins libéraux pour endiguer les dépassements

tarifaires. Le contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place fin 2013 dans le cadre de la convention médicale contribue à modérer les dépassements d'honoraires et à 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. Depuis la mise en place de ce contrat, près de 28 % des médecins pratiquant des honoraires libres se sont ainsi engagés à limiter les dépassements d'honoraires. La nouvelle convention médicale conclue pour la période 2016-2021 fait évoluer le CAS vers l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM), plus souple et plus attractive pour les médecins.

### **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 2014 le premier rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les hommes et le deuxième chez les femmes avec respectivement 19,7 ans et 24 ans (*indicateur de cadrage n°7*). Toutefois, la mortalité prématurée est relativement élevée avant 65 ans en comparaison aux pays européens (*indicateur de cadrage n°4*). Des écarts substantiels d'espérance de vie existent entre catégories socioprofessionnelles même si elle a globalement augmenté pour toutes les catégories (*indicateur de cadrage n°6*). Ces résultats 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 préoccupantes. La prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée en 2014, elle concerne un tiers de la population de plus de 18 ans (*indicateur n°2-2*) en dépit de l'aide que l'assurance maladie apporte au sevrage tabagique avec notamment les substituts nicotiques. Le programme national de réduction du tabagisme lancé le 25 septembre 2014, en lien avec le plan cancer III, a pour objectif de réduire le nombre de fumeurs de 10 % en cinq ans, de ramener la prévalence du tabagisme à moins de 20 % d'ici à 2024 et, à plus long terme de limiter la part des jeunes fumeurs à 5 %. Ce programme, qui est relayé par la loi de modernisation de notre système de santé, renforce 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 la surcharge pondérale est la plus importante des classes d'âge étudiées (18,1 % des élèves de CM2 en 2015). En revanche, elle progresse pour les élèves de troisième, atteignant 17,6 % des élèves en 2009, dernière année disponible (*indicateur n°2-1*). Ces constats sanitaires nécessitent une approche préventive qui est au cœur de la loi de modernisation de notre système 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 plan cancer pour la période 2014-2019 vise à améliorer la couverture des dépistages du cancer qui a tendance à diminuer. Le taux de couverture du cancer du sein par le dépistage organisé ou individuel est de 55,8 % en 2015. Il est orienté à la baisse depuis 2008 (où il s'élevait à 59,4 %, *indicateur n°2-3*). Le taux de couverture de dépistage individuel du cancer du col de l'utérus s'établit à 51 % en 2014, en diminution de 2,5 points depuis 2009. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer du colorectal est plus modéré, de 30 % en 2014, en baisse de 5 points depuis 2009. La mise en place en mars 2015 d'un nouveau test de dépistage du cancer colorectal, plus performant, devrait favoriser le recours au dépistage.

Les résultats sont 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 continue de progresser pour les pathologies aux taux de couverture les moins élevés. Le taux de couverture vaccinale contre la grippe des personnes fragiles (en particulier les personnes âgées de plus de 65 ans) s'établit à 48 % en 2015, en hausse par rapport à 2014, après avoir diminué depuis 2009 (où il atteignait 60 %).

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques des diabétiques s'améliore en 2014, confirmant la tendance observée depuis plusieurs années. Ce résultat est à mettre en relation avec le programme d'accompagnement SOPHIA développé par la CNAMTS, programme dans le cadre duquel 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 rémunération sur objectifs de santé publique (*cf. infra*). Toutefois, des efforts sont à poursuivre en ce sens, le suivi étant inégal selon les examens recommandés (*indicateur n°2-5*).

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

L'amélioration de la qualité des soins doit s'appuyer sur la promotion des meilleures pratiques, sur la bonne coordination des soins fournis par les différents offreurs de soins, notamment dans les champs ambulatoire et hospitalier, ainsi que sur 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 71 % en 2015, après avoir enregistré une forte progression en 2014 (+9 points) (*indicateur n°3-2*).

Les programmes d'accompagnement de retour à domicile (PRADO) des patients après une hospitalisation visent à mieux coordonner la transition de la prise en charge entre ville et hôpital. Initié en maternité en 2010, ce dispositif a été étendu en chirurgie orthopédique et est en cours d'expérimentation pour les patients porteurs de maladies chroniques et plus âgés. En 2014, 226 000 femmes ont bénéficié d'une prise en charge à domicile après l'accouchement et 7 300 des patients ayant subi une chirurgie orthopédique ont bénéficié d'un suivi postopératoire à domicile (*indicateur n°3-6*).

La prévalence des infections nosocomiales est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier. L'indicateur n°3-3-1 rend compte d'une stabilité de la prévalence. Par ailleurs, le niveau d'engagement des établissements de santé en matière de bon usage des antibiotiques a fortement progressé au cours des dernières années (*indicateur n°3-3-2*).

Deux indicateurs traitent de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. Près de 87 % des établissements ont obtenu une certification qualité suite à la procédure instruite par la Haute autorité de santé à fin 2015 (17 % ont obtenu une certification sans recommandation, *indicateur n°3-4*).

Concernant les médecins libéraux, au terme de la quatrième année de la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique, les indicateurs confirment les progrès des pratiques cliniques réalisés en matière de suivi des pathologies chroniques et de prescription (*indicateur n°3-5*). Les évolutions demeurent, 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, 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.

Les économies réalisées en 2015 sont estimées à 600 M€. Si elles sont inférieures à l'objectif fixé (700 M€), elles sont néanmoins supérieures de 140 M€ au montant réalisé en 2014 (*indicateur n°4-7, cf. tableau ci-après*). Les objectifs ont été quasiment atteints sur les prescriptions de médicaments, qui représentent plus de la moitié des économies réalisées. Les objectifs ont été dépassés en matière de prescriptions d'actes de kinésithérapie et de biologie. Les résultats sont en revanche décevants s'agissant des prescriptions d'arrêts de travail et des transports, comme en 2014. Pour 2016, les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie ont été fixés à 700 M€.

En matière de médicaments, les dépenses remboursées en ville baissent de 0,3 % en 2015, confirmant la tendance observée depuis 2012 (*indicateur n°4-1*). Cette évolution n'inclut pas les dépenses de médicaments rétrocédés qui ont connu une hausse majeure en 2014 du fait de l'arrivée des nouveaux traitements contre l'hépatite C. Outre les baisses de prix, la baisse des dépenses de médicaments (hors rétrocession) s'explique par le taux élevé de pénétration des génériques, qui se stabilise à 83,2 % en 2015, après avoir progressé de 1,4 point en 2014. L'atteinte de ce niveau historique 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. Le plan national de promotion des médicaments génériques renforce les actions mises en œuvre afin de d'augmenter le taux de pénétration des génériques.

Les dépenses d'indemnités journalières au titre de la maladie progressent de 3,9 % en 2015. Si elles progressent à un rythme inférieur à 2014 (+4,8 %), elles demeurent dynamiques après une période marquée par un infléchissement des dépenses entre 2011 et 2013 (0,4 % en moyenne par an), 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 (*indicateur n°4-6*).

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

En millions d'euros	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
<b>Médecins libéraux</b>	<b>721</b>	<b>581</b>	<b>376</b>	<b>328</b>	<b>399</b>	<b>396</b>	<b>471</b>	<b>420</b>	<b>343</b>	<b>324</b>	<b>278</b>
Antibiotiques	35	46	27	56	0	12	12	24	42	38	12
Statines	122	135	131	55	78	67,5	65	38	82	49	73
IPP	-	13	27	71	20	66,5	32	18	-	-	-
Psychotropes	11	20	8	5	1	3	7	3	3	3	8
Arrêts de travail (U)	432	262	0	0	0	-	140	180	78	0	25
Transport	-	-	24	57	46	42	12	27	40	11	14
ALD	88	80	73	44	42	10	16	-	-	-	-
Prescription de génériques à l'intérieur du	33	25	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AcBUS AAP	0	0	24	15	80	35	36	62	39	46	16
IEC-Sartans	-	-	62	25	70	89	57	-	-	-	-
Anti-HTA	-	-	-	-	-	-	-	43	28	69	50
Anti ostéoporotiques	-	-	-	-	21	21	47	-	-	-	-
Anti déprimeurs	-	-	-	-	33	50	20	25	31	12	16
Anti diabétiques	-	-	-	-	8	-	21	-	-	96	65
Antalgiques	-	-	-	-	-	-	7	-	-	-	-
<b>Tous prescripteurs</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	<b>55</b>	<b>53</b>	<b>76</b>	<b>79</b>	<b>125</b>	<b>87</b>	<b>258</b>
EPO	-	-	-	-	-	-	15	8	36	17	11
Anti-TNF	-	-	-	-	-	-	14	-	3	18	35
Autres (hors AMM, DMLA, médicaments	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	2
NACO	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0
Hépatite C	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Iatrogénie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54
Actes	-	-	-	5	-	-	-	9	7	-	1
Dispositifs médicaux	-	-	7	-	-	-	-	32	30	26	25
Biologie	-	-	-	-	-	-	-	-	-	26	56
Masseurs kinésithérapeutes	-	-	-	-	55	53	47	31	49	0	65
<b>Accords avec les pharmaciens d'officine</b>	<b>33</b>	<b>25</b>	<b>107</b>	<b>101</b>	<b>47</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>Prescriptions hospitalières de transports</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>48</b>	<b>23</b>	<b>52</b>	<b>65</b>	<b>73</b>	<b>112</b>	<b>45</b>	<b>33</b>
<b>Prescriptions hospitalières d'arrêts de travail (U)</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>0</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>20</b>	<b>22</b>	<b>4</b>	<b>28</b>
<b>Total</b>	<b>754</b>	<b>606</b>	<b>490</b>	<b>482</b>	<b>523</b>	<b>501</b>	<b>612</b>	<b>592</b>	<b>602</b>	<b>460</b>	<b>598</b>
<b>Objectif</b>	<b>-</b>	<b>816</b>	<b>683</b>	<b>635</b>	<b>660</b>	<b>590</b>	<b>550</b>	<b>550</b>	<b>550</b>	<b>600</b>	<b>700</b>
<b>Taux d'atteinte de l'objectif</b>	<b>-</b>	<b>74%</b>	<b>69%</b>	<b>76%</b>	<b>79%</b>	<b>85%</b>	<b>111%</b>	<b>108%</b>	<b>109%</b>	<b>77%</b>	<b>85%</b>

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 2015, 420 M€ de gains ont été réalisés, portant à 1,26 Md€ les économies réalisées depuis 2012 (*indicateur n°4-11*).

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°4-10*). Il rend compte des disparités entre les catégories d'établissements de court séjour : en 2014, 27 % 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 près de 52 % en 2015 est en constante progression depuis plusieurs années, des marges de progrès existent. C'est pourquoi le Gouvernement a mis

l'accent sur le développement de la chirurgie ambulatoire via un programme national pour la période 2015-2020, avec un objectif de taux de chirurgie ambulatoire de 66,2 %. Le programme repose notamment sur l'amélioration de l'organisation des structures de soins, le renforcement de la coordination des acteurs dans une logique de parcours, le développement de la formation, tout en encourageant l'innovation le maintien d'un haut niveau de qualité et de sécurité des soins.

Dans le cadre du programme national de la pertinence des soins, des actions ont été mise en place au niveau régional afin de réduire les disparités de pratiques médicales, sur la base de référentiels nationaux. Elles portent en priorité sur la prise en charge de six actes chirurgicaux parmi lesquels la chirurgie bariatrique et la césarienne (*indicateur n°4-13*).

La diminution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en court séjour puis transférés en soins de suite et de réadaptation traduit une meilleure articulation entre soins aigus et soins de suite et de réadaptation, notamment par une augmentation de l'offre de soins d'aval (*indicateur n°4-9*).

Enfin, la situation financière des hôpitaux publics et privés anciennement financés par dotation globale (ex-DG) continue de se dégrader en 2014 (*sous-indicateur n°4-13-1*). Le déficit du compte de résultat principal des établissements de santé publics s'établit à 385 M€ en

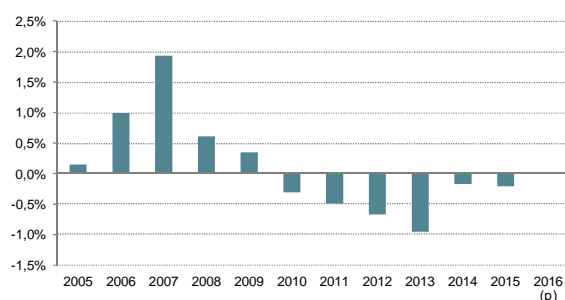
2014, soit 0,6 % des produits. Selon les comptes provisoires, le déficit des hôpitaux publics se creuserait légèrement en 2015, il atteindrait 620 M€.

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€). Le redressement engagé de la situation financière de l'assurance maladie se poursuit avec un déficit de la branche maladie prévu pour 2016 de 4,1 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 2,5 points de moins par an en 2010-2015 qu'elles ne l'ont fait durant les dix années qui ont précédé la crise économique et financière (2,3 % en 2010-2015, contre +4,8 % en 1999-2008). En 2015, les dépenses ont progressé de 2 % et l'ONDAM fixé pour 2016 devrait être à nouveau respecté (indicateur n°5-2). Pour 2017, l'ONDAM fixé à 2,1 %, maintient un haut niveau d'exigence dans le pilotage des dépenses d'assurance maladie en étant cohérent avec la charge financière liée à la convention médicale et aux augmentations salariales dans la fonction publique hospitalière.

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 184 M€ en 2015 (20M€ de plus qu'en 2014), dépassant l'objectif de 130 M€ (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 780 M€ en 2015, un montant en hausse de 120 M€ par rapport à 2014 (indicateur n°5-3). Si les

évolutions de ce montant sont en grande partie imputables aux 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 2015 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 Nicolas Revel, directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ;
- Madame Anne-Marie Armanteras de Saxcé, directrice générale de l'organisation des soins (DGOS) ;
- Monsieur Benoît Vallet, directeur général de la santé (DGS) ;
- Monsieur Thomas Fatome, directeur de la Sécurité sociale (DSS) ;
- Madame Marianne Cornu-Pauchet, directrice du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU) ;
- Madame Agnès Buzyn, présidente du collège de la Haute autorité de santé (HAS).