

# PRESENTATION STRATEGIQUE DU PROGRAMME DE QUALITE ET D'EFFICIENCE « MALADIE »

En 2018, les dépenses de la branche maladie se sont élevées à 213,1 milliards d'euros (tous régimes), soit 40 % de l'ensemble des dépenses de la Sécurité sociale.

**La branche maladie prend en charge 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 s'établit à 11,7 % du produit intérieur brut en 2018 (*indicateur n°1-1*).

Les prestations d'assurance maladie contribuent ainsi notablement à la solvabilisation des dépenses de santé pour les assurés, et par conséquent à l'accès égal de tous les Français aux soins. Mais, étant donné leur poids significatif dans l'ensemble des dépenses publiques, elles doivent participer à l'effort en cours de redressement des finances publiques. **L'assurance maladie doit donc en même temps améliorer l'accessibilité et la qualité des soins et ramener progressivement ses comptes à l'équilibre.**

La **stratégie nationale de santé lancée le 29 décembre 2017** distingue quatre axes majeurs : la prévention ; la lutte contre les inégalités sociales et territoriales d'accès à la santé ; la qualité, la sécurité et la pertinence des soins ; l'innovation pour transformer le système de santé.

**La prévention est la priorité de la politique de santé.** Le Plan Priorité prévention, présenté le 26 mars 2018, a pour objectif de développer la prévention à tous les âges de la vie et pour ambition de faire de la prévention un objectif transversal intégré à toutes les politiques publiques. La LFSS pour 2019 a traduit cette ambition en augmentant les moyens qui lui sont consacrés, en renforçant les dispositifs de lutte contre les addictions et de prévention à l'égard des jeunes, ainsi qu'en élargissant les compétences en prévention des pharmaciens.

**La loi relative à « l'organisation et à la transformation du système de santé » (OTSS) du 24 juillet 2019 met en œuvre les mesures du plan « Ma santé 2022 »** présenté le 18 septembre 2018 par le Président de la République.

Cette loi vise d'abord à **transformer l'organisation des soins de proximité, vers un cadre d'exercice plus collectif, pluridisciplinaire et collaboratif entre hôpitaux et professionnels exerçant en cabinet.** Elle prolonge ainsi la création en 2016 des communautés

professionnelles territoriales de santé (CPTS) et permet le déploiement d'une nouvelle fonction d'assistant médical. Elle prévoit aussi l'évolution de l'offre hospitalière de proximité autour d'hôpitaux de proximité aux missions redéfinies pour les soins du quotidien (médecine, gériatrie, réadaptation). Aujourd'hui, 400 projets de CPTS sont recensés et les premiers recrutements d'assistants médicaux interviendront dès septembre 2019 avec un objectif de création de 4 000 postes d'ici 2022. La labellisation et le déploiement des hôpitaux de proximité s'engagera en 2020.

La loi OTSS contribue également à **la modernisation et l'adaptation du système de soins en s'appuyant de façon privilégiée sur les technologies de l'information.** L'activité de télémédecine est ainsi prise en charge par l'assurance maladie depuis septembre 2018. En un an, 60 000 téléconsultations ont été remboursées, avec une très nette accélération du nombre de consultations au premier semestre 2019.

**Le Pacte de refondation des urgences annoncé le 9 septembre 2019 vient renforcer** les actions déjà engagées pour organiser la structuration de l'offre de proximité en vue de répondre à la demande de soins non programmés. **La mise en œuvre des premières mesures de ce Pacte, dont le coût atteindra à terme 750 M€, est intégrée à l'ONDAM 2020.** Dans le cadre de protocoles de coopération, les infirmiers pourront prescrire de la radiologie, faire des sutures, moyennant une prime de coopération (80 euros par mois), tandis qu'une prime de 100 euros mensuels sera créée à destination des assistants de régulation médicale, à compter de novembre 2019.

Dans le prolongement de la loi de juillet 2019, le **PLFSS 2020 prévoit également la réforme du financement des services de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR)** à horizon 2021. Les services psychiatriques, qu'ils soient publics ou privés, bénéficieront dorénavant d'un **mode de financement uniforme sur l'ensemble du territoire, reposant sur une dotation populationnelle fonction des besoins de la population et des caractéristiques de l'offre de soins, ainsi que des financements incitant à la qualité,** à la réactivité et au développement de nouvelles activités, tout en valorisant la recherche. Cette réforme vise à améliorer la qualité des prises en charge, à en garantir l'homogénéité sur l'ensemble du territoire et à mieux

valoriser les prises en charge spécialisées, en réponse aux besoins de la population.

En parallèle, **les modes de tarification sont diversifiés pour améliorer la qualité, le suivi préventif sur le long terme et la pertinence des soins**. La LFSS 2019 a mis en place des financements au forfait pour la prise en charge hospitalière des pathologies chroniques, comme le diabète ou l'insuffisance chronique terminale (IRCT) en 2019. Ce mode de financement sera élargi à d'autres pathologies à partir de 2020.

**L'amélioration de l'accès aux soins constitue une priorité gouvernementale** : elle s'appuie sur une facilitation de l'accès aux soins dans tous les territoires et sur la levée des barrières financières pour les populations les plus modestes. Afin de réduire les inégalités territoriales de répartition des médecins, le PLFSS 2020 prévoit la mise en place d'un « contrat de début d'exercice » (CDE), remplaçant les dispositifs précédents et ouvert à l'ensemble des médecins s'installant en zones sous-denses.

La mise en place de la protection universelle maladie (PUMa) au 1<sup>er</sup> janvier 2016 a concrétisé l'universalisation de la prise en charge des frais de santé. Les assurés majeurs disposent désormais de leur propre compte d'assuré social et seront prémunis contre les risques de rupture de droits liés notamment aux changements de situation personnelle. **Depuis la rentrée universitaire 2019-2020, les étudiants demeurent dans leur régime, pour ceux qui se sont inscrits en 2018, ou sont affiliés directement à leur caisse primaire d'assurance maladie**, alors qu'ils relevaient auparavant de la sécurité sociale étudiante, gérée par des mutuelles spécifiques. Cette réforme se traduit par une simplification administrative, tant pour les assurés que pour les caisses de sécurité sociale.

Parallèlement, **plusieurs mesures ont permis d'augmenter la qualité des contrats d'assurance complémentaire, et réduire ainsi les restes à charge des ménages** : d'une part, en améliorant les garanties couvertes par les contrats responsables en 2015 ; d'autre part, en généralisant l'accès à la couverture complémentaire collective pour les salariés du secteur privé depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Plus récemment, **le Gouvernement a mis en œuvre la réforme du « 100% santé » qui permet une prise en charge intégrale de soins jusqu'ici soumis à d'importants restes à charge, dans le secteur de l'optique, du dentaire et de l'audiologie**. L'absence de reste à charge après remboursements de l'assurance maladie obligatoire et des contrats de complémentaire santé responsables sera garantie dès 2020 pour l'optique ainsi qu'une partie du dentaire (les couronnes et les prothèses dentaires), et en 2021 pour l'ensemble des paniers de soins couverts dans les trois secteurs.

**Pour les assurés les plus modestes, les dispositifs d'aide à l'accès à une couverture complémentaire santé ont été renforcés** au cours des dernières années. Néanmoins, les taux de recours de la couverture maladie

universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) demeurent insatisfaisants, notamment s'agissant de l'ACS puisque plus de la moitié des personnes éligibles n'ont pas fait valoir effectivement leur droit en 2017. Dans un objectif de facilitation de l'accès aux droits, **la Complémentaire santé solidaire (fusion des dispositifs de la CMU-c et de l'ACS instaurée par la LFSS 2019) entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> novembre 2019**. Ce dispositif offrira à tous les assurés actuellement éligibles à l'ACS une prise en charge complémentaire de la totalité des frais sur un très large panier de soins, à l'instar de la CMU-c, avec un niveau de prime maîtrisé.

La maîtrise des dépenses de santé est la condition du maintien d'un haut niveau de protection sociale pour nos concitoyens. **L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement est constamment respecté depuis 2010**. Ces efforts seront poursuivis dans les années à venir tout en continuant à améliorer les conditions d'exercice des acteurs de la santé.

Pour 2020, le taux de croissance des dépenses dans le champ de l'ONDAM sera fixé à 2,3 %. Le Gouvernement fait le choix de poursuivre l'effort d'investissement dans la santé, en appui du plan « Ma santé 2022 ». Le respect de cet objectif reposera sur des efforts d'économies en matière de structuration de l'offre de soins, de pertinence et d'efficacité des produits de santé, des actes médicaux, des prescriptions d'arrêts de travail et de transport, et enfin de lutte contre la fraude.

Le présent programme de qualité et d'efficacité évalue la performance des politiques publiques relatives à l'assurance maladie au travers de cinq objectifs principaux :

- 1/ assurer un égal accès aux soins ;
- 2/ développer la prévention ;
- 3/ améliorer la qualité de la prise en charge des patients par le système de soins ;
- 4/ renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ;
- 5/ garantir la viabilité financière de la branche maladie.

Les résultats obtenus par les politiques publiques en matière d'assurance maladie seront examinés successivement au regard de ces cinq objectifs, au travers de l'analyse de l'évolution des indicateurs présentés dans la suite du présent programme.

## Objectif n°1 : Assurer un 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 des dépenses de santé restant à la charge des assurés.

### Des inégalités de répartition des professionnels de santé persistantes

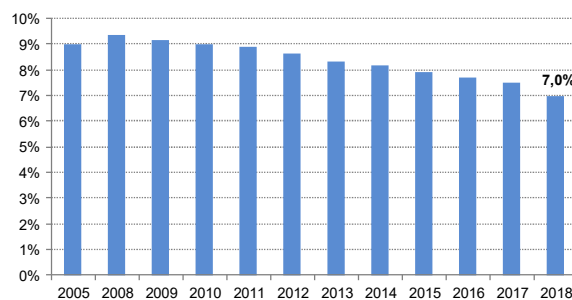
En matière d'offre de soins ambulatoires, les disparités de répartition des médecins sur le territoire ne diminuent pas, malgré un nombre de médecins au plan national relativement élevé par rapport à nos principaux partenaires (*indicateur n°2-1*). Même si la densité moyenne de médecins spécialistes (libéraux et salariés) a 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 que dans les départements les moins bien dotés (221 spécialistes pour 100 000 habitants contre 112). Ainsi, la part de la population résidant dans un territoire caractérisé par des difficultés d'accès aux consultations de médecins généralistes<sup>1</sup> s'établit à 11,3 % en 2017.

### Une part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages la plus faible des pays de l'OCDE (7,0 % en 2018)

Sur le plan financier, le niveau de prise en charge par les administrations publiques (principalement par la Sécurité sociale, et à titre secondaire par l'État, le Fonds CMU et les collectivités locales) est élevé : il s'établit à 79,6 % en 2018, en progression de 0,3 point par rapport à 2017 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 niveau de vie. La priorité du Gouvernement 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 7 % en 2018, en diminution de 0,5 point par rapport à 2017. Il s'agit du niveau le plus faible enregistré depuis 2005 (*sous-indicateur n°2-2-1, cf. graphique 1*).

### Graphique 1 • Part des dépenses de santé restant à la charge des ménages



Source : Drees, Comptes de la santé 2018.

Sur longue période, ce recul est en partie dû à des facteurs structurels (hausse de la qualité des contrats 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 prises en charge par l'assurance maladie, par nature entièrement à la charge des assurés.

### Des actions importantes visant à réduire les obstacles financiers à l'accès aux soins

Les indicateurs d'accès aux soins des assurés aux revenus modestes présentent un bilan plus contrasté. D'une part, les efforts financiers en matière de soins restent contenus pour les ménages disposant de faibles revenus : selon les dernières évaluations disponibles, en 2012, le reste-à-charge en santé représentait ainsi 2,1 % du revenu disponible des 10 % de personnes aux revenus les plus faibles (contre 0,6 % pour les personnes du dernier décile, *sous-indicateur n°2-2-2*). Mais, d'autre part, selon l'enquête Santé et Protection Sociale de l'Irdes, plus d'un quart des Français a déclaré avoir renoncé à au moins un soin en 2014 pour des raisons financières. Cette proportion est plus élevée parmi les bénéficiaires de la CMU-c (un tiers des bénéficiaires), pourtant exonérés de participation financière (*indicateur n°2-5*), et parmi les personnes sans complémentaire santé (la moitié d'entre-eux). 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.

A compter du 1<sup>er</sup> novembre 2019, les deux dispositifs d'accès aux soins à destination des populations précaires (la CMU-c et l'aide au paiement d'une complémentaire santé ou ACS) seront fusionnés pour constituer une protection complémentaire en santé, avec l'objectif de faciliter l'accès aux droits. La « complémentaire santé solidaire » offrira une prise en charge complémentaire de la totalité des frais engagés, sur un large panier de soins (optique, dentaire, aide auditive, mais aussi un grand nombre de dispositifs médicaux actuellement non pris en

<sup>1</sup> Au sens d'un territoire dit « de vie-santé » dont la valeur de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins généralistes est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant standardisé.

charge par l'ACS, au-delà de la part couverte par l'assurance maladie obligatoire). Cette réforme sera particulièrement favorable aux personnes âgées (dont les niveaux de primes d'assurance sont élevés) mais aussi aux personnes handicapées (à travers l'accès à une prise en charge intégrale des dispositifs médicaux – fauteuils roulants, pansements, sondes par exemple)).

À fin 2018, 5,6 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 dépassement (*indicateur n°2-3-1*). Environ 1,3 million de personnes bénéficiaient de l'ACS (+5,5 % sur un an, *indicateur n°2-3-2*). L'ACS, destinée aux assurés dont le revenu est supérieur de 35 % au seuil de ressources pour l'accès à la CMU-c, souffrait d'un taux de recours faible : entre 41 % et 59 % de la population éligible en faisait la demande en 2017, et seuls les trois quarts d'entre eux effectuaient ensuite les démarches nécessaires auprès de leur organisme complémentaire pour bénéficier effectivement du dispositif.

### La régulation des dépassements d'honoraires et des tarifs des soins

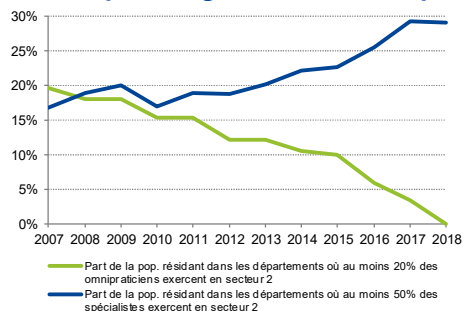
Les dépassements d'honoraires et tarifaires de certains dispositifs médicaux, notamment en matière dentaire et optique, représentent une part importante de l'ensemble du reste à charge des ménages. En concertation avec les professionnels de ces secteurs, le Gouvernement a défini un panier de soins « 100% santé » en optique, dentaire et aides auditives pour lequel les assurés bénéficieront d'un reste à charge nul après remboursement par les assurances maladie obligatoire et complémentaire. L'absence de reste à charge sera progressivement garantie à l'horizon 2020 pour l'optique et une partie du dentaire, et en 2021 pour l'ensemble des secteurs.

Dans certaines zones telles que les grandes agglomérations, les patients peuvent rencontrer des difficultés à accéder à une offre de soins à tarifs opposables. Il n'existe plus aucun département où plus de 20 % des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres en 2018, ce qui est une évolution notable par rapport à 2007 où 20 % de la population résidait dans un département avec plus de 20 % d'omnipraticiens en secteur 2 (*indicateur n°2-4*). Néanmoins, l'accès à des spécialistes libéraux à tarifs opposables demeure moins aisé : 29 % résident dans un département où au moins 50 % des spécialistes facturent des dépassements d'honoraires (*cf. graphique 2*).

Le taux de dépassement moyen – rapport du montant des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – s'établit à 46 % en 2018, confirmant la baisse amorcée en 2011 (*cf. graphique 3*). 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 a contribué à modérer les

dépassements d'honoraires, afin d'améliorer l'accès effectif des patients aux soins.

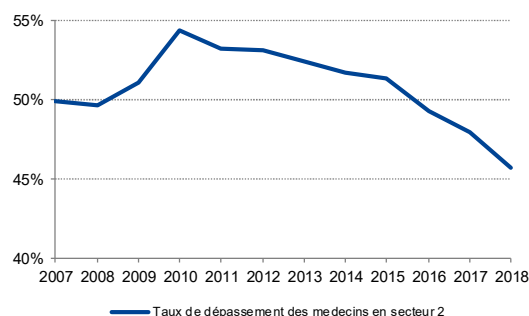
#### Graphique 2 • Difficultés d'accès aux soins à tarifs opposables, pour les généralistes et les spécialistes



Source : Cnam.

La convention médicale conclue pour la période allant de 2016 à 2021 a fait évoluer le CAS début 2017 vers l'option tarifaire maîtrisée (OPTAM), plus souple et plus attractive pour les médecins. En août 2019, 51,2% des médecins pratiquant des honoraires libres et éligibles au dispositif se sont ainsi engagés à limiter leurs dépassements d'honoraires.

#### Graphique 3 • Taux de dépassement moyen des médecins en secteur 2



Source : Cnam.

### Objectif n°2 : Développer les 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.

Selon les données internationales disponibles, la France occupe en 2017, le deuxième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le cinquième chez les hommes avec respectivement 23,6 ans et 19,6 ans (*indicateur n°1-3-1*). En revanche, la

mortalité prématurée est relativement élevée avant 65 ans en comparaison aux autres pays européens (*indicateur n°1-2-2*). Des écarts substantiels d'espérance de vie existent entre catégories socioprofessionnelles et niveaux de vie, même si l'espérance de vie a globalement augmenté pour toutes les catégories (*indicateur n°1-3-2*). Ces résultats sont à mettre en relation avec les conditions de vie et plus particulièrement l'exposition à certains facteurs de risques, tels que la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels.

### **Des actions de prévention pour réduire la prévalence du tabagisme et de l'obésité**

Les évolutions de la prévalence du tabagisme quotidien et de la consommation d'alcool sont préoccupantes.

La prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée en 2018 : elle concerne un quart de la population de plus de 18 ans (*indicateur n°2-7*) en dépit de l'aide que l'assurance maladie apporte au sevrage tabagique avec notamment les substituts nicotiques. La loi santé de janvier 2016, a mis en place de premières dispositions visant à réduire l'incitation au tabagisme, avec notamment l'instauration du paquet neutre de cigarettes. Le programme national de réduction du tabagisme 2018-2022, en lien avec le plan cancer 2014-2019, a pour objectif de réduire à moins de 22% la part de fumeurs quotidiens chez les 18-75 ans, et à moins de 20% la part de fumeurs quotidiens chez les adolescents de 17 ans, pour atteindre une génération de non-fumeurs d'ici 2032 (moins de 5 % de fumeurs chez les jeunes de 18 ans).

Selon les données du Baromètre santé 2018 de Santé publique France, la prévalence du tabagisme quotidien est passée de 26,9 % en 2017 à 25,4 % en 2018, ce qui représente 600 000 fumeurs quotidiens de moins en un an, venant s'ajouter à la baisse d'1 million de fumeurs intervenue en 2017. Le Gouvernement a renforcé la lutte contre la tabac, d'abord par un relèvement important de la fiscalité avec l'objectif de porter le prix du paquet de cigarettes à 10 € à l'horizon 2020, ensuite par l'intensification des actions de prévention auprès des populations les plus touchées par le tabagisme et d'accompagnement à l'arrêt de la consommation. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65 %, sans plafond.

Depuis le début de la décennie, la prévalence de l'obésité et du surpoids se réduit chez les enfants de grande section de maternelle et chez les élèves de CM2, pour lesquels la prévalence de la surcharge pondérale est la plus importante des classes d'âge étudiées (18 % des élèves de CM2 en 2015, *indicateur n°2-6*). La LFSS 2019 a développé les actions de prévention à destination des enfants et des jeunes, en déployant les 20 examens obligatoires, aujourd'hui tous réalisés avant 6 ans, afin de couvrir l'enfance et l'adolescence, comme recommandé par le Haut conseil de la Santé publique. Ces examens prévus pour avoir lieu à 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans sont désormais pris en charge à 100 % par l'assurance maladie sans avance de frais.

Le plan cancer pour la période 2014-2019 vise à améliorer la couverture des dépistages du cancer alors que celle-ci a tendance à diminuer. Le taux de couverture du cancer du sein par le dépistage organisé est de 50 % en 2018. Il est orienté à la baisse depuis 2008 (où il s'élevait à 53 %, *indicateur n°2-8*). Le taux de couverture de dépistage individuel du cancer du col de l'utérus s'élève à près de 59 % en 2017, un niveau en augmentation mais encore loin de l'objectif de 80 %. Le taux de participation au dépistage organisé du cancer colorectal est plus faible à 32 % en 2018, mais à un niveau proche de son point haut de 2010.

### **Un renforcement de la couverture vaccinale**

Les résultats sont encourageants concernant les actions de prévention par la vaccination (*indicateur n°2-9*). Pour rendre efficace la protection collective contre des maladies évitables, l'obligation vaccinale a été étendue pour les enfants de moins de 18 mois, nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2018, à onze vaccins, c'est à dire les huit vaccins déjà recommandés en sus des trois auparavant obligatoires.

Le taux de couverture vaccinale contre la grippe des personnes fragiles (en particulier les personnes âgées de plus de 65 ans) s'établit à 47 % en 2018, en augmentation de 1,2 point par rapport à 2017, rompant ainsi la tendance à la baisse observée depuis 2009 (où il atteignait 60 %). La possibilité de vacciner contre la grippe a été étendue, en élargissant l'expérimentation de la vaccination antigrippale par les pharmaciens, menée dans deux régions en 2017-2018 à deux régions supplémentaires en 2018-2019, avant sa généralisation à l'ensemble du territoire.

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques des diabétiques s'améliore en 2017, confirmant la tendance observée depuis plusieurs années. Ce résultat est à mettre en relation avec le programme d'accompagnement SOPHIA développé par la Cnam, 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°2-10*).

### Objectif n°3 : Améliorer 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.

#### Vers une meilleure coordination de la prise en charge ville-hôpital

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 faible proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant répondant aux critères de qualité requis (43 % en 2017, cf. *indicateur n°2-11*).

La part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoires augmente légèrement à 73 % en 2018 (+1 point), après avoir enregistré une forte progression en 2014 (+9 points, *indicateur n°2-12*).

Les programmes d'accompagnement au 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 à l'ensemble de la chirurgie. Il est également proposé, depuis 2013, aux patients atteints de maladies chroniques (insuffisance cardiaque et bronchopneumopathie chronique obstructive) ainsi qu'aux patients âgés de plus de 75 ans dans le cadre du dispositif « personnes âgées en risque de perte d'autonomie » (Paerpa). En 2018, plus de 450 000 femmes ont bénéficié d'une prise en charge à domicile après l'accouchement, près de 70 000 patients ayant subi une chirurgie ont bénéficié d'un suivi post-opératoire à domicile et près de 20 000 patients atteints de pathologies chroniques ont fait l'objet d'un suivi à domicile (*indicateur n°2-17*).

#### La mise en place d'incitations à l'amélioration de la qualité des soins

La prévalence des infections nosocomiales est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier : après avoir baissé régulièrement depuis 2001, cette prévalence est stable depuis 2012 (*indicateur n°2-14-1*). Par ailleurs, le niveau d'engagement des établissements de santé en matière de bon usage des antibiotiques a fortement progressé au cours de ces dernières années (*indicateur n°2-14-2*).

Deux indicateurs traitent de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. A fin 2018, 95 % des établissements ont obtenu une certification qualité suite à la procédure instruite par la Haute autorité de santé à fin 2015 (38 % ont obtenu une certification sans recommandation, *indicateur n°2-15*).

Concernant les médecins libéraux, au terme de la sixième année de la mise en place de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), les indicateurs confirment les progrès des pratiques cliniques réalisés en matière de suivi des pathologies chroniques et de prescription (*indicateur n°2-16*). En 2016, l'accent a été mis sur les indicateurs de prévention avec pour objectifs d'encourager le dépistage des cancers et la vaccination, de limiter le recours aux antibiotiques pour lutter contre le développement des résistances aux bactéries et d'éviter les risques iatrogéniques liés à la consommation de médicaments. Deux ans après la mise en place de la nouvelle ROSP, les résultats sont encourageants, mais demeurent contrastés : les taux relatifs à la vaccination anti-grippale et à l'antibiothérapie progressent ; en revanche, les efforts doivent être poursuivis en matière de dépistage des cancers du sein et colorectal, ainsi que de prévention de la iatrogénie.

### Objectif n°4 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer 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'assurance maladie met en œuvre des actions dites de « maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie » qui visent à améliorer le service médical rendu aux assurés tout en réalisant des économies.

Les actions de maîtrise médicalisée visent notamment un meilleur usage des soins et des produits de santé en incitant les offreurs de soins à améliorer leurs pratiques, à la fois en ambulatoire et à l'hôpital. Elles cherchent à réduire les consommations 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.

#### Un bilan de la maîtrise médicalisée contrasté

L'objectif d'économies à atteindre dans le cadre de la maîtrise médicalisée est devenu de plus en plus ambitieux au cours du temps : il a été fixé par l'assurance maladie en 2018 à un niveau légèrement supérieur à ceux des années précédentes (730 M€). Les économies réalisées sont estimées à 401 M€, soit un taux de réalisation de 65 % de l'objectif fixé (*indicateur n°2-25* et *tableau ci-après*). Les objectifs ont été dépassés sur les actes de masso-kinésithérapie et infirmiers. En revanche, ils n'ont pas été atteints sur les dispositifs médicaux et les prescriptions d'arrêts de travail. Pour 2019, les objectifs de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie ont été augmentés de 45 M€ par rapport à ceux de 2018 pour s'établir à 780 M€. Les premières estimations, après six mois de suivi, indiqueraient que cet objectif 2019 ne serait pas totalement atteint.

Tableau 1 • Économies réalisées dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie

En M€	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Médecins libéraux</b>	<b>354</b>	<b>319</b>	<b>213</b>	<b>225</b>	<b>313</b>	<b>239</b>	<b>235</b>	<b>210</b>	<b>161</b>
Antibiotiques	12	12	24	42	38	12	22	39	22
Statines / Hypolipémiants	67,5	65	38	82	49	73	71	34	39
IPP	66,5	32	18	-	-	-	-	-	-
Psychotropes	3	7	3	3	3	8	-	-	-
ALD	10	16	-	-	-	-	-	-	-
Prescription de génériques à l'intérieur du répertoire	-	-	-	-	-	-	-	-	-
AcBUS AAP	35	36	62	39	46	16	15	13	-
IEC-Sartans	89	57	-	-	-	-	-	-	-
Anti-HTA	-	-	43	28	69	50	54	71	30
Anti ostéoporotiques	21	47	-	-	-	-	-	-	-
Anti dépresseurs	50	20	25	31	12	16	14	-	-
Anti diabétiques	-	21	-	-	96	65	59	50	44
Hors AMM	-	-	-	-	-	-	0,1	4	26
Inhalateurs asthme	-	-	-	-	-	-	-	-	0
Antalgiques	-	7	-	-	-	-	-	-	-
<b>Tous prescripteurs</b>	<b>53</b>	<b>76</b>	<b>79</b>	<b>125</b>	<b>87</b>	<b>258</b>	<b>187</b>	<b>462</b>	<b>251</b>
EPO	-	15	8	36	17	11	14	13	19
Anti-TNF/biothérapie	-	14	-	3	18	35	47	79	42
Autres (hors AMM, DMLA, médicaments d'exception..)	-	-	-	-	0	2	-	-	-
NACO	-	-	-	-	0	0	0	-	-
Hépatite C	-	-	-	-	-	10	-	-	-
DMLA	-	-	-	-	-	-	0	-	-
Médicaments onéreux	-	-	-	-	-	-	9	12	0
Hormones de croissance	-	-	-	-	-	-	-	7	-
latrogénie	-	-	-	-	-	54	12	26	45
Actes	-	-	9	7	-	1	0,2	6	18
Dispositifs médicaux	-	-	32	30	26	25	75	172	4
Biologie	-	-	-	-	26	56	4	2	9
Actes de masso-kinésithérapie	53	47	31	49	0	65	26	24	51
Actes infirmiers	-	-	-	-	-	-	-	120	63
<b>Accords avec les pharmaciens d'officine (pénétration génériques)</b>	-	-	-	-	-	-	-	-	-
<b>Prescriptions de transports</b>	<b>94</b>	<b>77</b>	<b>100</b>	<b>152</b>	<b>56</b>	<b>47</b>	<b>11</b>	<b>36</b>	<b>59</b>
<b>Prescriptions d'arrêts de travail (U)</b>	<b>0</b>	<b>140</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>4</b>	<b>54</b>	<b>24</b>	<b>0</b>	<b>0</b>
<b>Total</b>	<b>501</b>	<b>612</b>	<b>592</b>	<b>602</b>	<b>460</b>	<b>598</b>	<b>456</b>	<b>708</b>	<b>471</b>
<b>Objectif</b>	<b>590</b>	<b>550</b>	<b>550</b>	<b>550</b>	<b>600</b>	<b>700</b>	<b>700</b>	<b>700</b>	<b>730</b>
<b>Taux d'atteinte de l'objectif</b>	<b>85%</b>	<b>111%</b>	<b>108%</b>	<b>109%</b>	<b>77%</b>	<b>85%</b>	<b>65%</b>	<b>101%</b>	<b>65%</b>

Source : Cnam.

En matière de médicaments, l'année 2018 est marquée par un rebond de la croissance des dépenses remboursées en ville (+3,5%), après deux années de stabilisation et plusieurs années consécutives de baisse (-2,0% en moyenne entre 2011 et 2015, *indicateur n°2-19*). Cette augmentation s'explique principalement par l'arrivée de médicaments hospitaliers en ville et par la déformation du marché vers des traitements innovants et coûteux.

Le taux de pénétration des génériques atteint 89 % en 2018. Ce résultat fait suite à la mise en œuvre de différentes mesures destinées à favoriser la diffusion du médicament générique depuis le mois de juin 2012 : la généralisation du « tiers payant contre génériques », la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique pour les pharmaciens d'officine, et le plan national de promotion des médicaments génériques 2015-2017. Afin d'accompagner et d'encourager le développement des biosimilaires, le PLFSS 2020 incite les établissements de santé à acheter et prescrire davantage de ce type de médicaments, en substitution des médicaments biologiques de référence.

Les dépenses d'indemnités journalières au titre de la maladie progressent de 3,8 % en 2018. Elles demeurent dynamiques après une période marquée par un infléchissement des dépenses entre 2011 et 2013 (0,4 % en moyenne par an), qui a pu être favorisé par la mauvaise conjoncture économique, car ces dépenses sont fortement corrélées à la situation du marché de l'emploi (*indicateur n°2-24*).

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 2018, 550 M€ de gains ont été réalisés, portant à 2,8 Md€ les économies réalisées depuis 2012 (*indicateur n°2-29*).

## Des actions destinées à renforcer l'efficacité de la prise en charge à l'hôpital

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°2-28*). Il rend compte des disparités entre les catégories d'établissements de court séjour : en 2018, 25 % des établissements publics ont des durées de séjour moyennes considérées comme anormalement élevées, contre 14 % des cliniques privées.

Bien qu'elles s'expliquent en partie par la structure de l'offre de soins sur le territoire environnant (manque de structure d'aval) ou les caractéristiques socio-démographiques des patients, ces disparités peuvent révéler également pour partie des dysfonctionnements organisationnels dans les établissements. Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire (*indicateur n°2-26*) contribue également à une meilleure efficacité des dépenses de santé. Des marges de progrès en matière de recours à la chirurgie ambulatoire existent. Le taux global de chirurgie ambulatoire atteint 58 % en 2018, soit un niveau en-deça de l'objectif fixé cette même année (60,5 %). L'accent est mis 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 % en 2020 et 70 % en 2022. 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, ainsi que 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 mises en place au niveau régional afin de réduire les disparités de pratiques médicales, sur la base de référentiels nationaux. Elles portent désormais en priorité au niveau national sur la prise en charge de dix actes chirurgicaux parmi lesquels la chirurgie bariatrique et la césarienne, et au niveau régional sur trois actes chirurgicaux (angioplasties coronaires, chirurgie de la cataracte et coloscopies diagnostiques) (*indicateur n°2-31*).

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°2-27*).

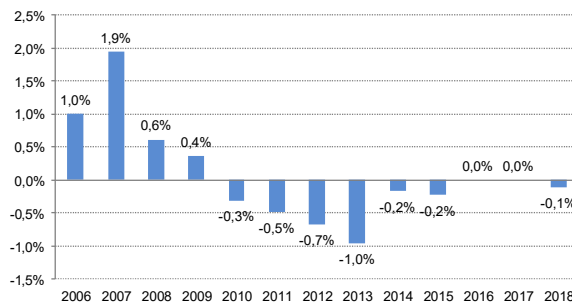
Enfin, la situation financière des hôpitaux publics et privés anciennement financés par dotation globale (ex-DG) se dégrade en 2017, après avoir connu une amélioration en 2016 (*indicateur n°2-30-1*). Le déficit du compte de résultat principal des établissements de santé publics double et s'établit à 830 M€ en 2017, soit 1 % des produits. Toutefois, selon les comptes provisoires, les comptes des hôpitaux publics s'amélioreraient en 2018, leur déficit se réduisant à 660 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. Des incitations financières seront attribuées en référence à une dizaine d'indicateurs de qualité transversaux ou de résultats de parcours de soins. Une dotation de 200 M€ servira à financer la qualité dans les établissements de santé dès 2019.

## Objectif n°5 : Garantir 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 2019 de 3 Md€ (cf. *indicateur n°2-33*).

Graphique 4 • Écarts des réalisations de l'ONDAM en % de l'objectif voté



Source : Commission des comptes de la Sécurité sociale.

La réduction du déficit est le résultat des actions entreprises dans le champ de la dépense : ainsi, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont crû, en moyenne, de 2,6 points de moins par an en 2010-2016 qu'elles ne l'ont fait durant les dix années qui ont précédé la crise économique et financière (2,2 % en 2010-2016, contre 4,8 % en 1999-2008). En 2018, les dépenses ont progressé de 2,4 % et l'ONDAM fixé pour 2019 devrait être à nouveau respecté (*indicateur n°2-34*). Pour 2020, la progression de l'ONDAM soumise au vote du Parlement est de 2,3 %, afin notamment d'accompagner la mise en œuvre des mesures de la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé.

La lutte contre les fraudes à l'assurance maladie contribue à l'objectif de bon usage des ressources de l'assurance maladie. Le montant des économies directes réalisées dans ce domaine a atteint près de 200 M€ en 2018 (soit un niveau en hausse de près de 6 M€ par rapport à celui de 2017), dépassant l'objectif de 130 M€ (*indicateur n°2-36*).



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 811 M€ en 2018 (*indicateur n°2-35*). 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, dans le respect des principaux objectifs qui lui sont assignés :

- **la 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 et de prévention** : les indicateurs les plus récents font état d'une nouvelle progression en 2018 de la prise en charge publique des dépenses de santé. Pour autant, la proportion élevée de personnes à revenus modestes qui déclarent renoncer à des soins pour des raisons financières justifie la poursuite des efforts dans ce domaine, *via* l'amélioration de la prise en charge des soins pour les personnes modestes au travers de la mise en place de « la Complémentaire santé solidaire » (fusion de la CMU-c et de l'ACS) le 1<sup>er</sup> novembre 2019, la réforme « 100 % santé » visant à assurer un reste à charge nul pour les patients en optique, prothèses auditives et dentaire et la montée en charge progressive du tiers payant;

- **le maintien d'un haut niveau de performance du système de santé** : dans cette perspective, la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé met en œuvre des mesures destinées à structurer les soins de proximité, et à contribuer à la modernisation et l'adaptation du système de soins.

\*\*\*\*\*

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 (Cnam) ;
- Madame Katia Julienne, directrice générale de l'organisation des soins (DGOS) ;
- Monsieur Jérôme Salomon, directeur général de la santé (DGS) ;
- Madame Mathilde Lignot-Leloup, directrice 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 Dominique Le Guludec, présidente du collège de la Haute autorité de santé (HAS).