

Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale

SYNTHESE

MALADIE

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 dépense 216,6 milliards d'euros en 2019 (tous régimes), soit 40 % de l'ensemble des dépenses de la Sécurité sociale.

Elle concourt ainsi de façon décisive au financement de la dépense courante de santé, qui s'établit à 12 % du produit intérieur brut en 2019 (*indicateur n°1-1*), un niveau élevé au plan international. 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.

Ces derniers mois, **la branche maladie a été fortement affectée par la crise de la Covid-19**. En effet, la France a fait face à une épidémie d'une ampleur sans précédent depuis la mise en place de la Sécurité sociale. L'état d'urgence sanitaire a été déclaré du 16 mars 2020 au 10 juillet et un confinement strict a été mis en place le 17 mars suivi d'une levée partielle et progressive à partir du 11 mai. Des mesures aux conséquences massives pour les finances publiques ont été décidées pour faire face aux tensions dans le système de soins et accompagner entreprises et salariés confrontés à des chutes brutales d'activité.

La branche maladie a dû faire face à un accroissement significatif de ses dépenses, mais aussi, comme les autres branches de la Sécurité sociale, à un affaiblissement de ses recettes. Le déficit de la branche maladie pourrait ainsi atteindre près de 30 Md€ en 2020 (*indicateur n°2-15*).

Environ 15 Md€ de dépenses exceptionnelles ont été engagées en réponse à la crise sanitaire. Ces dépenses ont notamment permis de couvrir des achats de masques et de matériel médical, de prendre en charge à 100% les tests diagnostiques, d'aider les hôpitaux et les établissements médico-sociaux dans la réorganisation des soins et les recrutements et de sécuriser leurs financements, de verser des primes aux soignants engagés dans la gestion de l'épidémie, et de prendre en charge durant le confinement des arrêts de travail pour gardes d'enfants, pour personnes vulnérables ou cas contacts de la Covid, et pour les professions libérales.

Afin que le confinement n'aggrave pas la situation sanitaire des Français, **la branche maladie a également simplifié l'accès aux téléconsultations et les a remboursées à 100 %**. Ainsi, alors que les téléconsultations auprès des médecins généralistes représentaient 0,1 % des montants remboursés avant mars 2020, leur part dans les remboursements est passée à 8 % en mars et 25 % en avril 2020, avant de diminuer lors des mois suivants. Pour autant, les consultations de médecine générale ont été marquées

par une baisse importante d'activité au cours des cinq premiers mois de l'année 2020 : -12 % par rapport à la même période en 2019, avec en particulier une baisse des remboursements de 14 % en mars et de 28 % en avril. En conséquence, la branche maladie a mis en place, à la fin du confinement, des consultations longues tarifées à 46 € pour l'ensemble des personnes vulnérables qui n'avaient pas vu leur médecin pendant le confinement.

Par ailleurs, les soignants ont su réagir face à une situation d'urgence inédite et mettre en place de nouvelles organisations. La coordination entre la médecine de ville, le secteur hospitalier (public et privé) et les établissements médico-sociaux a été exceptionnelle. Pour consolider ces acquis, le Gouvernement a lancé le « Ségur de la santé », autour de 4 piliers complétés d'un investissement transversal dans le numérique en santé :

- transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ;
- définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ;
- simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ;
- fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers.

Les revalorisations salariales découlant des accords du Ségur de juillet 2020 se traduisent dès septembre 2020 par **une augmentation du salaire net de l'ensemble des personnels des établissements de santé et des EHPAD** de 90 € par mois, qui sera suivie d'une seconde revalorisation de 93 € par mois en mars 2021. Cette mesure s'accompagnera de revalorisations par filières d'activité, d'un investissement pour l'attractivité de l'hôpital public pour les praticiens hospitaliers, des revalorisations des indemnités de stage et des émoluments d'internats ainsi que de la revalorisation des gardes pour les internes.

Ce sont au total 8,8 Md€ supplémentaires qui sont intégrés dans la trajectoire de l'ONDAM pour la période 2020-2023 au titre de ces revalorisations issues du Ségur de la santé, dont 1,0 Md€ dès 2020 et 5,8 Md€ supplémentaires en 2021.

Le Ségur de la santé prévoit également un plan massif d'investissement de 19 Md€ visant à redonner aux établissements de santé et médico-sociaux les marges financières nécessaires pour investir, notamment pour améliorer les conditions de travail. Ce plan repose sur deux piliers.

D'abord, le Gouvernement s'est engagé à **reprendre un tiers de la dette des établissements participant au service public hospitalier**, via un programme de financement nouveau d'un montant de 13 Md€ sur une durée maximale de 15 années. Le versement de ces dotations nouvelles interviendra après la signature d'un

contrat entre l'ARS et l'établissement bénéficiaire, précisant les objectifs et charges qu'elles permettront de financer.

Ensuite, le Ségur de la santé prévoit un programme **d'aides à l'investissement en santé, d'un montant total de 6 Md€ sur cinq ans**, à destination des établissements de santé (2,5 Md€) et des établissements médico-sociaux (2,1 Md€) et qui intègre également une enveloppe transversale de 1,4 Md€ sur 3 ans pour rattraper le retard pris sur le numérique en santé.

Avant la crise sanitaire, le Gouvernement avait par ailleurs lancé plusieurs réformes structurantes pour améliorer le système de santé, dans le cadre la stratégie « Ma santé 2022 » présentée en septembre 2018 par le Gouvernement.

La loi relative à « l'organisation et à la transformation du système de santé » (OTSS) du 24 juillet 2019 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. En novembre 2019, 450 projets étaient en cours, dont 50 opérationnels. L'objectif est de créer 1 000 CPTS d'ici 2022.

La loi OTSS prévoit ensuite l'évolution de l'offre hospitalière autour d'hôpitaux de proximité aux missions redéfinies pour les soins du quotidien (médecine, gériatrie, réadaptation). Dans son prolongement, la **LFSS 2020 a réformé le financement des services de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation (SSR)**. Le PLFSS pour 2021 repousse en conséquence la période de transition du nouveau modèle de financement entre 2022 et 2026, contre 2021-2026 prévu initialement. Les services de psychiatrie bénéficieront par ailleurs à terme 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. La crise sanitaire a toutefois fortement perturbé le calendrier de mise en œuvre de cette feuille de route.

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. Ces réformes visent 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.

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (OTSS) a enfin contribué à **la modernisation et l'adaptation du système de soins, en s'appuyant de façon privilégiée sur le numérique**. L'activité de télémedecine est ainsi prise en charge par l'Assurance maladie depuis septembre 2018. L'épidémie de Covid a rendu indispensable les téléconsultations en

permettant aux Français d'accéder aux soins tout en limitant leurs déplacements et les risques de transmission du virus.

Durant l'épidémie les urgences ont été en première ligne. Ce surcroît d'activité s'inscrit dans une tendance longue, d'augmentation d'activité : depuis 20 ans le nombre de passages annuels a doublé atteignant plus de 22 millions en 2018. Bien que les moyens aient suivi cette augmentation, celle-ci provoque des tensions croissantes, soumettant les patients à des situations d'attente excessive ou des conditions d'accueil parfois difficiles. **La mise en œuvre des 12 mesures du Pacte de refondation des urgences, dont le coût annuel atteint 750 M€,** a permis aux infirmiers de prescrire de la radiologie, faire des sutures, moyennant une prime de coopération (80 euros par mois), tandis qu'une prime de 100 euros mensuels à destination des assistants de régulation médicale a été instaurée en novembre 2019. Un nouveau modèle de financement des urgences, unique entre secteur public et privé a été mis en place. Le PLFSS 2021 prolonge cette réforme et propose de créer une participation forfaitaire pour les patients en cas de passage aux urgences non suivi d'hospitalisation, en lieu et place du ticket modérateur proportionnel actuellement exigible. La mise en place d'un tel forfait permettra d'améliorer la lisibilité des coûts de prise en charge pour le patient et de simplifier la facturation et le recouvrement pour les établissements.

L'amélioration de l'accès aux soins constitue une autre 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, la LFSS 2020 met en place 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^{er} janvier 2016 a concrétisé l'universalisation de la prise en charge des frais de santé. L'ensemble des 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, ou sont affiliés directement à leur caisse primaire d'Assurance maladie à partir de 24 ans**, 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^{er} 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 est garantie depuis 2020 pour l'optique ainsi qu'une partie du dentaire (les couronnes et les prothèses dentaires), et le sera 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) est entrée en vigueur le 1^{er} novembre 2019**. Ce dispositif offre à tous les assurés anciennement 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. Dans le contexte exceptionnel de la crise sanitaire, sa montée en charge a été initialement plus lente qu'anticipé, mais les dépenses consacrées à ces dispositifs devraient toutefois augmenter de en 2020.

Le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale consacré à l'Assurance maladie s'articule autour 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/ améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie.

Les résultats obtenus par les politiques publiques en matière d'Assurance maladie sont examinés successivement au regard de ces cinq objectifs, au travers de l'analyse de l'évolution des indicateurs.

Sauf exceptions, ces indicateurs ne rendent pas compte de la crise sanitaire en cours, en raison du temps nécessaire à la collecte et à l'analyse des données. Chaque fiche signale toutefois si la crise en cours est de nature à modifier le résultat et l'analyse de l'indicateur commenté.

Objectif n°1 : Assurer un égal accès aux soins

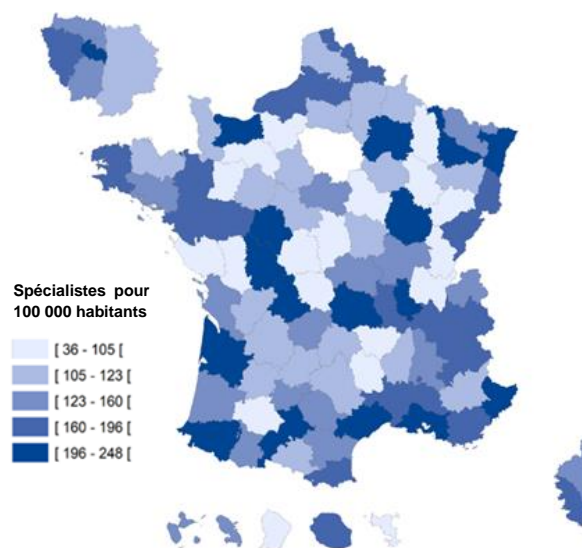
L'égalité d'accès aux soins est un objectif majeur des politiques de santé publique. Il recouvre d'une part l'accessibilité à une offre de soins adaptée aux besoins de la population, en particulier quant à sa répartition sur le territoire, et d'autre part un niveau maîtrisé des dépenses de santé restant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

¹ Au sens d'un territoire dit « de vie-santé » dont la valeur de l'indicateur d'accessibilité potentielle localisée aux médecins

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 (248 spécialistes en Hautes-Alpes pour 100 000 habitants contre 100 en Seine-et-Marne et 46 à Mayotte) (*indicateur n°1-4-1*). La part de la population résidant dans un territoire caractérisé par des difficultés d'accès aux consultations de médecins généralistes¹ augmente depuis 2015 : elle s'établit à 13 % en 2018 contre 7 % en 2015 (*indicateur n°2-1-1*).

Carte 1 • Densité de médecins spécialistes



Sources : RPPS 2020, ASIP-Santé ; estimations de population 2020, Insee ; traitements Drees. Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. ©geofia 2019

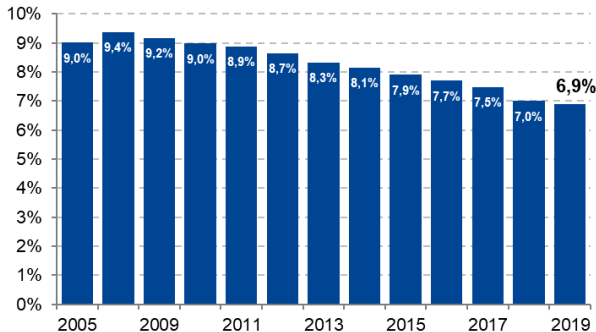
La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages la plus faible des pays de l'OCDE (6,9 % en 2019)

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 et les collectivités locales) est élevé : il s'établit à 78,2 % en 2019, en progression de 0,6 point par rapport à 2018 et confirme la tendance à la hausse observée depuis 2012 (*indicateur n°2-2-1*). 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.

généralistes est inférieure à 2,5 consultations par an et par habitant standardisé.

La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé s'est établie à 6,9 % en 2019, en diminution de 0,1 point par rapport à 2018. Il s'agit du niveau le plus faible enregistré depuis la création de la série en 2005 (*indicateur n°2-2-1, cf. graphique 1*).

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



Source : Drees, Comptes de la santé 2019.

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.

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, *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°2-3-3*), 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.

Les deux dispositifs historiques d'accès aux soins à destination des populations précaires (la CMU-c et l'aide au paiement d'une complémentaire santé ou ACS) ont fusionné en novembre 2019 pour constituer la « complémentaire santé solidaire ». Celle-ci offre 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 antérieurement non pris en charge par l'ACS, au-delà de la part couverte par l'Assurance maladie obligatoire). Cette réforme est particulièrement favorable

aux personnes âgées (dont les niveaux de primes d'assurance sont élevés) mais aussi aux personnes en situation de handicap (à travers l'accès à une prise en charge intégrale des dispositifs médicaux – fauteuils roulants, pansements, sondes par exemple).

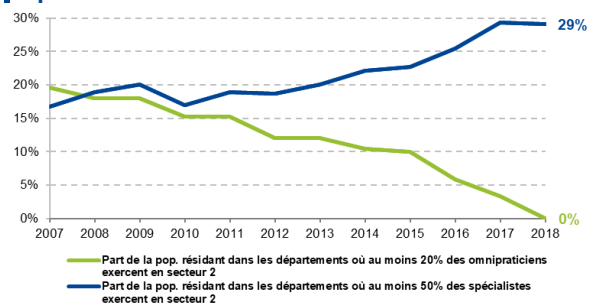
A fin mai 2020, le Fonds de la complémentaire santé solidaire estime à 5,96 millions le nombre de bénéficiaires de la C2S pour l'ensemble du territoire et des régimes d'assurance maladie, soit une progression de 3,9 % par rapport à mai 2019 (+ 221 600 bénéficiaires). Le niveau des effectifs avant réforme est ainsi à nouveau atteint : 5,90 millions de personnes étaient couvertes par la CMU-C à fin octobre 2019.

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

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 cependant plus aucun département où plus de 20 % des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres depuis 2018. Néanmoins, l'accès à des spécialistes libéraux à tarifs opposables demeure moins aisé : 29 % des assurés résident dans un département où au moins 50 % des spécialistes facturent des dépassements d'honoraires (*indicateur n°2-2-4 et graphique 2*).

Le taux de dépassement moyen – rapport du montant des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – s'est établi 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.

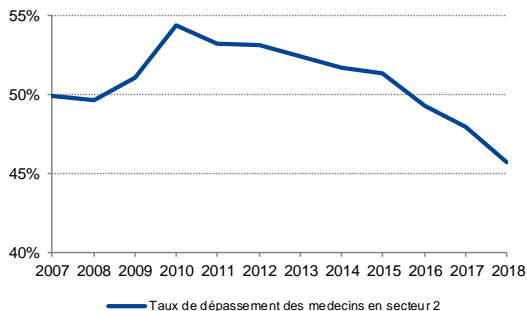
Graphique 2 • Difficultés d'accès aux soins à tarifs opposables, pour les généralistes et les spécialistes



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 % 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.

Enfin, 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 est garantie depuis le 1^{er} janvier 2020 pour l'optique et une partie du dentaire, et sera complété en 2021 pour l'ensemble des secteurs sur les paniers de soins et d'équipements « 100% santé ».

Objectif n°2 : Développer les politiques de prévention

Au-delà 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.

En plus des actions menées habituellement, l'année 2020 a été marquée par la prévention effectuée en vue de limiter la propagation du virus de la Covid-19. L'Assurance maladie rembourse notamment à 100% les tests de diagnostic et de dépistage de la Covid-19, dont le nombre a beaucoup augmenté, atteignant fin août l'objectif de 1 million de tests par semaine fixé par le Gouvernement. Le coût de ce dispositif de tests pourrait atteindre 1,5 Md€ en 2020.

L'Assurance maladie a également mobilisé son réseau de caisses primaires pour réaliser le traçage des personnes en contact avec des patients victimes de la Covid (*contact tracing*). Plus de 10 000 agents sont mobilisés, qui passent 40 000 appels par jour pour remonter les chaînes de transmission du virus.

Ces dispositifs nouveaux s'articulent avec des actions plus habituelles, dans les domaines du dépistage, de la vaccination et de la prévention des conduites à risque, visant notamment à maintenir les bonnes performances françaises en matière d'espérance de vie.

Selon les données internationales disponibles, la France occupe en 2018, le deuxième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le quatrième chez les hommes avec respectivement 23,8 ans et 19,7 ans (*indicateur n°1-3-1*). En revanche,

la mortalité prématurée est relativement élevée avant 65 ans : en 2016, dernière année disponible, il se situe au niveau de la moyenne européenne : 121 décès pour 100 000 habitants en 2019 (*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

Santé publique France estime que 30 % de la mortalité prématurée est imputable aux conduites individuelles, au premier rang desquelles le tabagisme, la consommation d'alcool, l'alimentation ou le manque d'exercice.

Selon les données du Baromètre santé de Santé publique France, la prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée en 2019 : elle concerne plus d'un quart de la population de plus de 18 ans (*indicateur n°2-4-3*), même si elle baisse légèrement ces dernières années (31,4 % en 2005 contre 27,5 % en 2019).

Face à ce constat, le Gouvernement a renforcé la lutte contre le tabac, d'abord par un relèvement important de la fiscalité, le prix moyen du paquet de cigarettes est passé à 10 € en 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^{er} janvier 2019, les substituts nicotiques sont remboursés à 65 %, sans plafond. La loi santé de janvier 2016, avait auparavant instauré le 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).

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 2014-2015, *indicateur n°2-4-1*). La LFSS 2019 a développé les actions de prévention à destination des enfants et des jeunes, en redéployant les 20 examens obligatoires, antérieurement tous réalisés avant 6 ans, afin de couvrir l'enfance et l'adolescence, comme recommandé par le Haut conseil de la Santé publique. Certains de ces examens sont désormais prévus pour à 8-9 ans, 11-13 ans et 15-16 ans. Ils demeurent pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sans avance de frais.

Le plan cancer pour la période 2014-2019 qui s'est achevé visait 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 49 % en 2019 contre 53 % en 2008 (*indicateur n°2-5-1*). Le taux de couverture de dépistage individuel du cancer du col de l'utérus s'élève à près de 60 % en 2017 (*indicateur n°2-5-2*), 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 31 % en 2019 en baisse depuis 2017 (indicateur n°2-5-3). L'année 2019 marque la fin du troisième Plan cancer et la volonté des pouvoirs publics d'inventer un nouveau modèle de mobilisation et d'action, avec l'élaboration d'un projet de stratégie décennale de lutte contre les cancers.

Un renforcement de la couverture vaccinale

Les résultats sont encourageants concernant les actions de prévention par la vaccination (indicateur n°2-6). 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^{er} 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 baisse observée depuis 2009 (où il atteignait 60 %).

En 2020, la vaccination contre la grippe sera particulièrement importante, dans le contexte de l'épidémie de Covid-19. Pour faciliter cette démarche les personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales, qu'elles aient ou non déjà été vaccinées précédemment, peuvent se faire vacciner par le professionnel de leur choix : médecin, sage-femme, infirmier et pharmacien volontaire.

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°2-4-2*).

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

Malgré une amélioration continue de la proportion de courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant répondant aux critères de qualité requis (*indicateur n°2-7-1*), la part de courriers conformes peut encore progresser. En 2019, elle est de 49 % en obstétrique, 69 % en soins de suite et de réadaptation et 58 % en chirurgie ambulatoire.

La part des actes régulés aux horaires de permanence des soins ambulatoires est stable à 73 % en 2019 après avoir fortement progressé depuis 2009 (+15 points, *indicateur n°2-7-2*).

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 2019, plus de 400 000 femmes ont bénéficié d'une prise en charge à domicile après l'accouchement, près de 92 000 patients ayant subi une chirurgie ont bénéficié d'un suivi post-opératoire à domicile et près de 18 000 patients atteints de pathologies chroniques ont fait l'objet d'un suivi à domicile (*indicateur n°2-7-3*).

Enfin, Le dossier médical partagé (DMP), anciennement dossier médical personnel, est un carnet de santé informatisé et sécurisé, accessible sur internet, qui permet une meilleure prise en charge du patient, en ville comme à l'hôpital (*indicateur n°2-7-4*). Au 12 décembre 2019, 8,4 millions de DMP étaient ouverts, en-deçà des 10 millions espérés initialement pour 2019 en vue de la généralisation du dispositif en 2021.

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°2-8-1*).

Deux indicateurs traitent de l'engagement des offreurs de soins dans des démarches d'amélioration de la qualité des prises en charge. Chaque année, les établissements peuvent être certifiés avec ou sans réserve, l'objectif est d'augmenter la part d'établissement certifiés sans réserve ni recommandation. A fin 2019, 42 % des établissements sont certifiés sans réserve ni recommandation (*indicateur n°2-9-1*).

Concernant les médecins libéraux, les indicateurs confirment les progrès des pratiques cliniques réalisés en matière de suivi des pathologies chroniques et de prescription dans le cadre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) (*indicateur n°2-9-2*). Les objectifs fixés dépendent des spécialités. Pour les médecins traitant de l'adulte l'accent est désormais porté sur le dépistage de la rétinopathie diabétique, le dépistage de la maladie rénale chez le patient diabétique, le dépistage de la maladie rénale chez le patient hypertendu et le suivi des patients sous AVK. On note également l'introduction de 2 nouveaux indicateurs (prescription d'IPP/AINS et prescription d'ézétimibe), en remplacement des 2 indicateurs neutralisés pour l'année 2018 (prescription dans le répertoire de médicaments de l'incontinence urinaire et des médicaments de l'asthme).

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 justifiées, 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 2019 à un niveau légèrement supérieur à ceux des années précédentes (740 M€). Les économies réalisées sont estimées à 377 M€, soit un taux de réalisation de 51 % de l'objectif fixé (*indicateur n°2-13-2* 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.

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°2-10-1*). 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 est proche de l'objectif fixé pour 2019 : il atteint 88 % pour une cible fixée à 90 %. 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, la LFSS 2020 incite les établissements de santé à acheter et prescrire

davantage de ce type de médicaments, en substitution des médicaments biologiques de référence.

Avec un montant de près de 7,9 Md€ en 2019 pour le seul régime général, les dépenses d'indemnités journalières maladie (IJ) représentent plus de 10 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville constitutives de l'Ondam (*indicateur n°2-13-1*). Ces dépenses, qui avaient augmenté jusqu'en 2011 et étaient stables entre 2011 et 2013, croissent à nouveau depuis.

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°2-11-3*).

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 rapport par un indicateur de performance fondé sur la durée moyenne de séjours (IP-DMS, *indicateur n°2-12-3*). 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°2-12-1*) 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 59 % en 2019, soit un niveau en-deçà de l'objectif fixé dans le programme national pour la période 2015-2020 (63,4 % en 2019, 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.

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	2019	Taux d'atteinte de l'objectif
Médicaments	354	348	220	264	348	349	317	348	267	179	53%
Autres prestations										115	-
Prescriptions de transports	94	77	100	152	56	47	11	36	59	29	39%
Prescriptions d'arrêts de travail (IJ)	0	140	200	100	4	54	24	0	0	53	53%
Total	501	612	592	602	460	598	456	708	471	377	51%
Objectif	590	550	550	550	600	700	700	700	730	740	
Taux d'atteinte de l'objectif	85%	111%	108%	109%	77%	85%	65%	101%	65%	51%	

Source : Cnam.

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°2-12-4*).

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°2-12-2*).

Enfin, l'épidémie de Covid-19 a mis en lumière certains risques associés à une réduction du nombre de lits. Le Ségur de la santé prévoit ainsi de financer l'ouverture ou la réouverture de 4 000 lits « à la demande ».

Des établissements de santé publics encore en déficit

En 2018, les comptes financiers des hôpitaux publics s'améliorent mais restent déficitaires à hauteur de 569 millions d'euros (0,7 % des recettes). Par ailleurs, un peu plus d'un tiers des établissements de santé privés d'intérêt collectif (Espic), sont déficitaires. Le taux d'endettement des cliniques privées continue lui de baisser depuis 2012 mais il faut noter que trois cliniques sur dix sont en déficit.

La limitation ou la réduction de la dette des établissements s'est fait au détriment de l'investissement. L'effort d'investissement des hôpitaux publics est passé de 10 % des recettes en 2008 à 4 % en 2018 (*indicateur n°2-14*).

Afin de répondre à cette double problématique de réduction de la dette et de relance de l'investissement, le Ségur de la santé prévoit un plan d'investissement de 6 milliards d'euros sur cinq ans dans le système de santé, venant s'ajouter aux 13 milliards d'euros de reprise de la dette hospitalière déjà prévus par le plan Investir pour l'hôpital présenté par le Gouvernement en novembre 2019.

Objectif n°5 : Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie

Depuis plusieurs années, la maîtrise des dépenses avait permis un redressement de la situation financière de la branche maladie dont le déficit avait été ramené à 0,7 Mds en 2018. Depuis, l'état d'urgence sanitaire a été déclaré, et le confinement et les mesures exceptionnelles affectant massivement les dépenses couvertes par l'ONDAM ont été décidées.

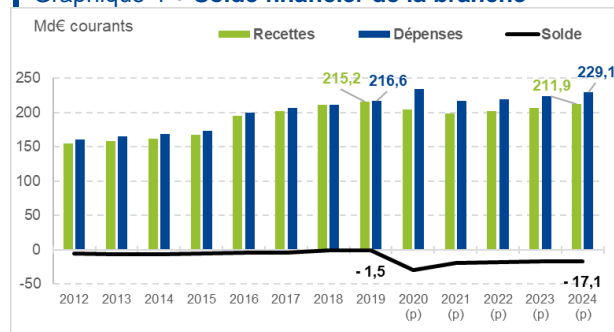
Des mesures exceptionnelles pour faire face à la crise sanitaire

Des mesures exceptionnelles d'un coût brut de l'ordre de 15 Md€ ont été mises en place pour répondre à la crise sanitaire. L'Assurance maladie a contribué à hauteur de 4,8 Md€ à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France), pour lui permettre de financer principalement des achats de masques chirurgicaux et FFP2 ainsi que d'autres équipements de protection individuelles (sur-blouses, gant, charlottes).

En ville, les surcoûts bruts liés à la crise sanitaire seraient de l'ordre de 5,5 Md€ : 2 Md€ au titre des arrêts de travail, le gouvernement ayant notamment mis en place des nouvelles indemnités journalières pour indemniser les personnes dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle du fait du confinement ; 0,2 Md€ pour les frais de distribution des masques dans les pharmacies ; 1,5 Md€ pour les tests diagnostiques effectués dans les laboratoires de biologie médicale de ville. Le Gouvernement a en effet fixé un objectif de 700 000 tests-PCR par semaine et l'a augmenté à 1 million de tests par semaine au courant du mois d'août (en ville et à l'hôpital) ; 0,2 Md€ de surcoûts liés à l'exonération de ticket modérateur pour les téléconsultations et pour la mise en place d'une consultation longue pour les personnes vulnérables ; de l'ordre de 1,4 Md€ pour les aides financières mises en place par l'assurance maladie au bénéfice des professionnels de santé, destinées à couvrir une partie de leurs charges fixes.

De plus, 4,8 Md€ de financements supplémentaires sont prévus pour les établissements de santé, les établissements médicosociaux et le fonds d'intervention régional : notamment 1,8 Md€ de délégations complémentaires pour assurer la couverture des charges dues à la crise sanitaire, essentiellement l'achat de matériel, la réorganisation des établissements, les frais de transport et de logement des personnels ainsi que les recrutements (1 Md€ pour les établissements de santé et 0,7 Md€ pour les établissements médico-sociaux) ; 2,3 Md€ destinés à financer les primes exceptionnelles (jusqu'à 1 500 € par personne en fonction des départements) et l'indemnisation des heures supplémentaires des personnels hospitaliers et dans les établissements médico-sociaux (en particulier dans les EHPAD) ; 0,3 Md€ sur l'ensemble de l'année 2020, pour la prise en charge de tests diagnostiques réalisés dans les établissements de santé ; 0,2 Md€ d'augmentation du financement de l'assurance maladie en faveur du fonds d'intervention régional.

Graphique 4 • Solde financier de la branche



Source : Source : PLFSS pour 2021.
P : prévisions

Lutte contre la fraude et recours contre tiers

Le rapport de la Cours de comptes rendu en septembre 2020 pointe l'absence d'estimation fiable de la part de la branche maladie du montant de fraude. La Cour constate des progrès trop lents et juge un changement d'échelle indispensable. La lutte contre la fraude 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°2-15-4*).

Un dernier enjeu mentionné dans le rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale « 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 793 M€ en 2019, soit 0,4 % des prestations légales nettes des régimes (*indicateur n°2-15-3*). 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.

Conclusion

Jugé à l'aune des principaux indicateurs de ce rapport, la politique de sécurité sociale « maladie » remplit globalement les objectifs qui lui sont assignés, mais présente certaines marges de progrès :

- **Le système de santé assure un accès aux soins à tous les français grâce à une répartition de l'offre de soins sur l'ensemble du territoire et une prise en charge financière importante.** 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 » et de 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.

- **D'importants efforts doivent être portés sur la prévention.** Si les comportements à risque se réduisent avec une diminution du tabagisme, de la consommation d'alcool et de la prévalence du surpoids des enfants. Le taux de vaccination contre la grippe et les dépistages du cancer n'atteignent pas les cibles fixées. La Covid, introduit une nouvelle dimension aux actions de prévention rappelant que les bons gestes permettent de se protéger mais également de protéger les autres.

- **La crise sanitaire traduit une rupture en terme de politique publique de santé. La nécessité d'un système équilibré a été reléguée au second plan afin de garantir la sécurité de tous.** Les mesures adoptées se sont traduites par un déficit important qui interroge les modalités de retour à l'équilibre.

- **Les effort engagés doivent permettre 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.