

RAPPORT D'ÉVALUATION DES POLITIQUES DE SÉCURITÉ SOCIALE

SYNTHÈSE

MALADIE

Les rapports d'évaluation des politiques de sécurité sociale présentent tous les ans les grands objectifs poursuivis par la sécurité sociale et permettent d'identifier les réussites mais également les marges de progrès ou les difficultés rencontrées.

La branche maladie prend en charge plus des trois quarts des dépenses engagées par les Français au titre des soins. Elle concourt ainsi de façon décisive au financement de la dépense courante de santé, qui s'établit à 12,3 % du produit intérieur brut en 2021 (*indicateur n°1-1*), un niveau élevé au plan international. Cette prise en charge est complétée par les complémentaires.

Ce rapport consacré à l'assurance maladie et à la politique sanitaire permet d'évaluer la contribution de la sécurité sociale à cette politique, autour de **six objectifs principaux** :

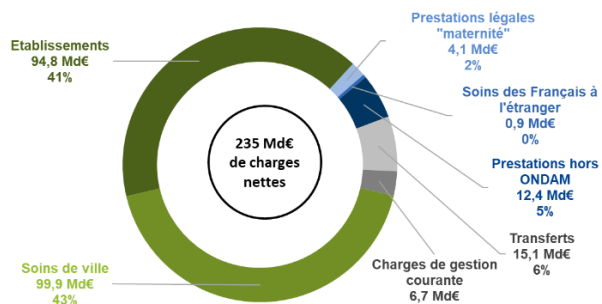
- 1/ développer la prévention ;
- 2/ assurer un égal accès aux soins ;
- 3/ garantir les moyens nécessaires au système de santé ;
- 4/ améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ;
- 5/ renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée des dépenses ;
- 6/ améliorer la situation financière de la branche maladie, des établissements de santé et promouvoir l'investissement.

Avant de présenter les résultats des indicateurs selon ces dimensions, la synthèse revient sur les dépenses financées par la branche, qui font l'objet de la première partie du rapport (données de cadrage).

La branche maladie a dépensé 235 Md€ en 2021

La branche maladie a versé 235 milliards d'euros de prestations nettes en 2021. Ces dépenses sont consacrées aux soins de ville, aux établissements de santé et à des transferts qui financent notamment le fonds d'intervention régional (FIR).

Graphique 1 • Dépenses de la branche maladie en 2021



Source: Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2022.

Objectif n°1 : Développer la prévention

Selon les données internationales disponibles, la France occupe en 2020, le quatrième rang mondial pour l'espérance de vie à 65 ans chez les femmes et le huitième chez les hommes avec respectivement 23,4 ans et 19,3 ans (*indicateur n°1-3-1*). En revanche, la mortalité prématurée, avant 65 ans, est relativement élevée. En 2017 (dernière année disponible), la France se situe au niveau de la moyenne européenne : 190 décès pour 100 000 habitants contre 202 décès pour 100 000 dans l'UE-28 (*indicateur n°1-2-2*). Des écarts substantiels d'espérance de vie existent selon la catégorie socioprofessionnelle et le niveau 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 notamment l'exposition à certains facteurs de risques, tels que la pollution de l'air, la consommation de tabac et d'alcool ou les déséquilibres nutritionnels.

Des actions de prévention pour réduire les facteurs de risque

La sécurité sociale met en œuvre un grand nombre d'actions de prévention au profit des assurés. Des programmes d'accompagnement des patients, de participation aux campagnes de prévention ciblées (dépistage du cancer, vaccination antigrippale, etc.), ainsi que des dispositifs conventionnels et d'accompagnement individualisés des professionnels de santé.

En plus des actions menées habituellement, la crise sanitaire s'est traduite par des actions de prévention effectuées en vue de limiter la propagation du virus de la Covid-19 : vaccination, gestes barrière, stratégie « tester, alerter, protéger » (*indicateur 2-3-4* sur la vaccination).

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. En particulier, la prévalence du tabagisme quotidien demeure élevée en 2020 : elle concerne plus d'un quart de la

population de plus de 18 ans (*indicateur n°2-1-3*), même si elle baisse légèrement ces dernières années (31 % en 2005 contre 26 % en 2020).

Face à ce constat, le Gouvernement a renforcé la lutte contre le tabagisme par un relèvement important de la fiscalité. Il a en parallèle intensifié les actions de prévention auprès des populations les plus touchées et promu des dispositifs d'accompagnement à l'arrêt de la consommation. Après plusieurs années de hausse du prix des paquets de cigarettes lié à l'augmentation de la fiscalité, le prix moyen d'un paquet est passé à plus de 10 € en 2020.

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 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 2010, 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°2-1-1*). 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 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.

La stratégie décennale de lutte contre les cancers 2021-2030 prévoit de renforcer les programmes de dépistage grâce à des évolutions organisationnelles et technologiques. Elle prévoit également le renfort de la recherche dans le domaine des dépistages afin de disposer de tests plus efficaces, de développer de nouveaux dépistages (cancer du poumon, cancer de la prostate) et d'orienter chacun vers un dépistage plus personnalisé prenant mieux en compte les risques individuels. Le dépistage précoce des cancers permet en effet de limiter la mortalité liée à ces pathologies. A l'horizon 2025, la stratégie vise à dépasser les objectifs de couverture recommandés au niveau européen en matière de dépistage des cancers (70 % pour le cancer du sein, 65 % pour le cancer colorectal, 70 % pour le col de l'utérus), notamment en levant les inégalités d'accès et de recours au dépistage. A cette fin, elle prévoit la réalisation d'un million de dépistages en plus en 2025, qui viendraient s'ajouter aux 9 millions de dépistages réalisés chaque année. En 2020, en raison de la crise sanitaire qui a limité l'accès aux centres et les actions de prévention, les taux de couverture des différents programmes de dépistage ont baissé. Ils augmentent en 2021 pour atteindre 51 % pour le cancer du sein, 59 % pour le cancer du col de l'utérus et 35 % pour le cancer colorectal, sans toutefois parvenir aux objectifs fixés (*indicateur n°2-2-1*).

Un renforcement de la couverture vaccinale

Les résultats sont encourageants concernant les actions de prévention par la vaccination (*indicateur n°2-3-1*). 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 57 % en 2021-22 (*indicateur n°2-3-2*). L'augmentation constatée depuis 2020 s'explique par le contexte de l'épidémie de Covid-19 qui a encouragé la vaccination. Par ailleurs, la LFSS 2019 permet aux personnes majeures ciblées par les recommandations vaccinales de se faire vacciner par le professionnel de leur choix : médecin, sage-femme, infirmier et pharmacien volontaire.

Le suivi des recommandations de bonnes pratiques cliniques dans le suivi du diabète s'est dégradé en 2020 en raison de la crise sanitaire. Sur la période 2010-2019, la proportion de personnes diabétiques ayant bénéficié d'au moins trois contrôles a progressé de près de 14 points, passant de 42 % à 56 % (52,5 % en 2020). La tendance est identique pour les personnes diabétiques traitées pharmacologiquement ayant bénéficié d'au moins un dosage de la créatinine et des lipides. Ce résultat est à mettre en relation avec le programme d'accompagnement SOPHIA développé par la Cnam, 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°2-1-2*).

Objectif n°2 : 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.

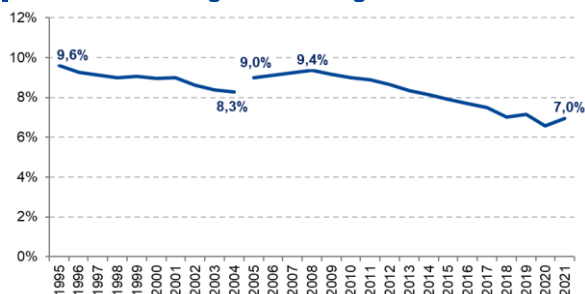
La part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages la plus faible des pays de l'OCDE : 7 % en 2021

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 80 % en 2021, en progression de 1,5 point par rapport à 2011 (*indicateur n°2-4-1*). Cela tient notamment à la prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire des dépenses liées à l'épidémie (téléconsultations, vaccins et tests PCR, etc.) qui a représenté une économie équivalente pour les organismes complémentaires. 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 part des dépenses de santé laissée à la charge des ménages après intervention des complémentaires santé

s'établit à 7 % en 2021, stable par rapport à 2019 (- 0,2 point, cf. graphique 1). Sur une période plus longue, la baisse est quasi-généralisée à toutes les composantes de la consommation à l'exception de l'optique médicale (du fait d'une pénétration encore limitée du « 100 % santé » et d'une baisse de la prise en charge de l'Assurance maladie sur les produits au tarif libre).

Graphique 2 • Part des dépenses directe de santé restant à la charge des ménages



Source : indicateur n°2-4-1 et Drees, Comptes de la santé 2022.
Champ : Consommation de soins et de biens médicaux prise (CSBM)

Sur longue période, ce recul est en partie dû à des facteurs structurels (progression des effectifs en affection de longue durée exonérés de ticket modérateur sur les soins en lien avec l'affection, hausse de la qualité des contrats complémentaires, croissance plus dynamique des postes de dépenses les mieux remboursés), et plus récemment à la mise en place du 100 % santé ainsi qu'au ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins.

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 2017, le reste à charge en santé représentait ainsi 2 % du revenu disponible des 10 % de personnes aux revenus les plus faibles (contre 0,5 % pour les personnes du dernier décile, indicateur n°2-4-2). Les taux d'effort sont stables par rapport à 2017.

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°2-5-1), 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 (CMU-c et ACS) ont fusionné en novembre 2019 pour constituer la complémentaire santé solidaire (C2S). Celle-ci offre une assurance santé complémentaire, prenant en charge la quasi-totalité des frais engagés, sur un large panier de soins (au-delà de la prise en charge des tickets modérateurs en ville et à l'hôpital, en 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).

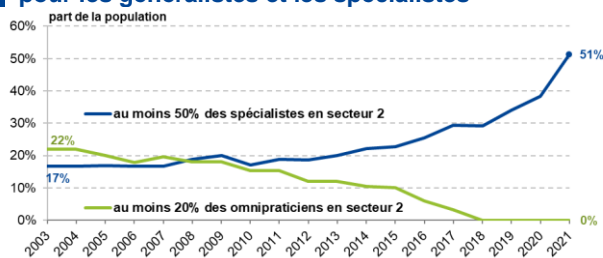
A fin avril 2022, 7,1 millions de personnes sont couvertes par la C2S pour l'ensemble du territoire et des régimes d'assurance maladie. 5,7 millions bénéficient de la C2S sans participation et 1,4 million de la complémentaire santé participative (C2SP). Cette participation financière s'élève au plus à 1 euro par jour et par personne. Le nombre de bénéficiaires a diminué de 1 % par rapport à avril 2021 (7,2 millions), ce qui peut s'expliquer par des mesures de prolongation de droits mises en œuvre pendant l'état d'urgence sanitaire (indicateur n°2-4-3). Le nombre de bénéficiaires de la C2S est en revanche supérieur à celui des bénéficiaires cumulés de l'ex-CMU-c et de l'ex-ACS avant l'entrée en application de la C2S en novembre 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, sans dépassements d'honoraires.

Depuis 2018, dans tous les départements, moins de 20 % des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres. Néanmoins, l'accès à des spécialistes libéraux à tarifs opposables demeure moins aisé. En 2021, la proportion de spécialistes qui définissent librement leurs honoraires (spécialistes de secteur 2) et peuvent donc pratiquer des tarifs supérieurs à ceux établis par la sécurité sociale, est de 51 %. Elle a augmenté de 34 points entre 2010 et 2021 (indicateur n°2-4-4 et graphique 3).

Graphique 3 • Accès aux soins à tarifs opposables, pour les généralistes et les spécialistes



Source : Cnam.
Lecture : en 2021, 51 % de la population réside dans des départements où plus de la moitié des spécialistes exercent en secteur 2 (autorisé à pratiquer des dépassements d'honoraires).

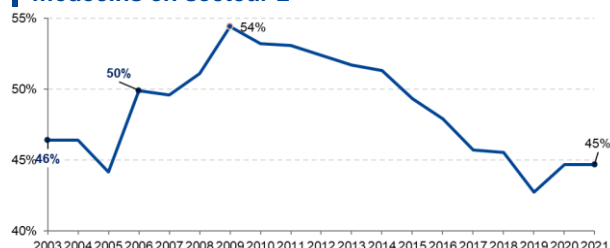
Le taux de dépassement moyen – rapport du montant des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement – s'établit à 45 % en 2021, retrouvant son niveau de 2019 et en baisse de 10 points depuis 2010 (cf. graphique 4).

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 et remplacé ensuite en 2017 par l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), a contribué à modérer les dépassements d'honoraires.

En étant signataire de l'option tarifaire OPTAM, les médecins s'engagent à ne pas dépasser le taux moyen de

100 % de dépassement d'honoraires, basé sur les tarifs du secteur 1. Ce taux moyen de dépassement est calculé par l'Assurance Maladie en fonction de l'activité des trois dernières années. À partir du 20 juillet 2020, les médecins qui ont respecté leurs engagements au titre de l'année 2019 reçoivent une prime. En 2020, 8 600 médecins ont reçu une prime d'un montant global de 66 M€ (en moyenne 7 640 euros pour les médecins généralistes et 9 000 euros pour les spécialistes).

Graphique 4 • Taux de dépassement moyen des médecins en secteur 2



Source : Cnam.

Enfin, les dépassements d'honoraires et tarifaires de certains soins ou dispositifs médicaux représentent une part importante de l'ensemble du reste à charge des ménages, notamment en dentaire, optique et audiologie. 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 bénéficient d'un reste à charge nul après remboursement par les assurances maladie obligatoire et complémentaire. Le taux de pénétration des dispositifs « 100 % Santé » diffère selon les domaines. Il est plus important pour le dentaire, avec 55,5 % des équipements relevant du dispositif sur deuxième trimestre 2022, et les audioprothèses (39,3 %) que pour l'optique (18,0 %).

Objectif n°3 : Garantir les moyens nécessaires au système de santé

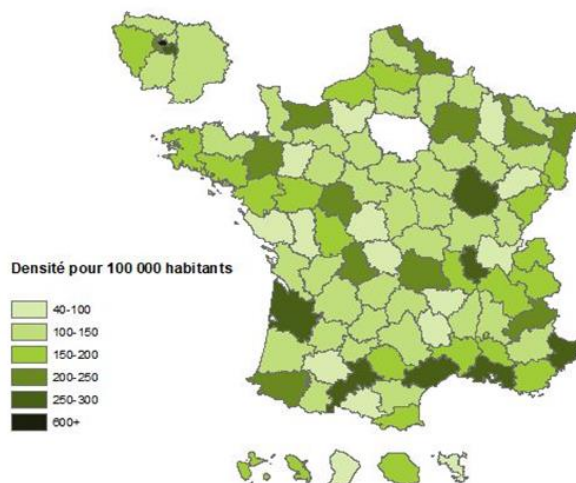
La crise sanitaire a eu un impact majeur sur l'activité des établissements de santé. Les services de réanimation ont été très fortement sollicités dans les régions les plus exposées à l'épidémie et les capacités ont été globalement doublées sur l'ensemble du territoire. À l'inverse, certaines interventions non urgentes ont été déprogrammées et l'activité des services et établissements moins directement en lien avec la crise a baissé à partir de la mi-mars 2020. En réponse à cette situation, le Gouvernement a aménagé la tarification à l'activité pour l'année 2020 et substitué à ce mécanisme un dispositif de garantie de ressources des établissements de santé. Au regard de la persistance de la crise sanitaire et de son impact durable sur le fonctionnement des établissements de santé, il a été décidé de prolonger la garantie de recettes, dans un premier temps au premier semestre 2021, puis, dans un second temps, à l'ensemble de l'année.

Des inégalités de répartition des professionnels de santé persistantes

En 2022, on comptait en France 229 000 médecins généralistes et spécialistes, en forte hausse depuis les années 1980, avec une croissance supérieure à celle de la population (*indicateur n°1-4-1*). Même si la densité moyenne de médecins spécialistes (libéraux et salariés) a

augmenté en dix ans, les écarts de densité observés se maintiennent, avec un nombre de spécialistes pour 100 000 habitants deux fois plus élevé dans les départements les mieux dotés que dans ceux les moins bien dotés. Les densités les plus élevées correspondent aux départements contenant les grandes agglomérations, avec Paris en tête (646 pour 100 000 habitants), ou au pourtour méditerranéen. Les départements les moins bien dotés sont ceux de Mayotte et de l'Eure (respectivement 41 et 73 spécialistes pour 100 000 habitants). 15 autres départements n'atteignent pas 100 spécialistes pour 100 000 habitants.

Carte 1 • Densité de médecins spécialistes en 2022



Sources : REPPS 2022, ASIP-Santé ; estimations de population 2022, Insee ; traitements Drees.
Champ : France métropolitaine et DROM, hors Mayotte. ©geofla 2019

L'évolution de la rémunération des professionnels de santé

En 2019, le salaire mensuel net d'un équivalent temps plein dans le secteur hospitalier s'élève en moyenne à 2 333 € : 2 380 € dans le secteur public, 2 337 € dans le secteur privé non lucratif et 2 026 € dans le secteur privé lucratif (*indicateur n°2-7-1*). Entre 2015 et 2019, le revenu d'activité libérale des médecins libéraux a augmenté de 5 %, soit une croissance proche de celle du salaire moyen dans le secteur privé. Les spécialistes ont vu leur revenu progresser de 6 %, tandis que la rémunération des généralistes a augmenté de 3 % sur la période. Les infirmiers ont vu quant à eux leur revenu baisser de 3 % par rapport à leur niveau de 2015 (*indicateur n°2-7-2*). Ces résultats concernent uniquement les professionnels de santé libéraux. Les rapports seront complétés dans les prochaines éditions afin d'élargir le champ de l'étude à l'ensemble des professionnels de santé. Par ailleurs, les résultats présentés sont antérieurs à la crise sanitaire et au Ségur de la santé.

Dans le cadre des accords du Ségur de la santé, une augmentation de 183 euros nets par mois a notamment été accordée à 1,5 million de professionnels des établissements de santé et des EHPAD.

Objectif n°4 : 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.

Renforcer la transversalité de prise en charge entre les établissements de santé et la médecine de ville

La lettre de liaison est un document clé de la transmission d'informations relatives aux patients entre les professionnels de santé de ville et ceux exerçant en établissement de santé. La qualité de la lettre de liaison fait l'objet d'une évaluation. On note une amélioration de la qualité entre 2016 et 2019. La Haute Autorité de Santé (HAS) a annulé le recueil prévu en 2020 afin d'alléger les contraintes pesant sur les établissements et les professionnels de santé en raison de la situation sanitaire due à la Covid-19. Le nouveau recueil de cet indicateur a été réalisé de mi-avril à fin septembre 2022 (*indicateur n°2-8-1*).

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 hôpital et ville. Initié en maternité en 2010, ce dispositif a été étendu depuis à cinq autres domaines : chirurgie, insuffisance cardiaque, bronchopneumopathie chronique obstructive, accidents cardio-vasculaires et suivi des personnes âgées. En 2021, sous l'effet de la crise sanitaire, le nombre de patientes ayant bénéficié du PRADO a diminué de moitié en maternité, avec 100 000 prises en charge seulement. Une baisse du recours est également constatée pour la plupart des autres hospitalisations (chirurgie ou pathologies chroniques). L'épidémie de Covid-19 a en effet entraîné le report d'opérations programmées, notamment en chirurgie, et a conduit à mobiliser les conseillers de l'Assurance maladie sur l'accompagnement des sorties de patients Covid (*indicateur n°2-8-3*).

La loi relative à l'organisation et à la transformation du système de santé du 24 juillet 2019, modifiée par l'article 98 de la loi d'accélération et de simplification de l'action publique du 7 décembre 2020, a prévu la mise en place d'un espace numérique de santé. Ce dispositif prolonge et complète le Dossier Médical Partagé (DMP) mis en place en 2016. Ces dispositions législatives ont notamment prévu une création automatique des profils « Mon espace » pour les assurés de tous les régimes d'assurance maladie obligatoire sauf pour ceux s'étant opposés à cette création automatique. Depuis juillet 2019, on constate une progression de l'alimentation du DMP sur mon espace santé. Celle-ci devrait s'accélérer dans les prochains mois avec les logiciels référencés Ségur qui doivent se déployer pour en faciliter l'alimentation (*indicateur n°2-8-4*).

Améliorer la qualité des soins

Plusieurs indicateurs permettent d'évaluer la qualité des soins.

La prévalence des infections contractées au cours d'un séjour dans un établissement de santé (infections nosocomiales) est un élément d'appréciation de la qualité des soins en milieu hospitalier. Après avoir baissé de 7,7 % entre 2001 et 2006, la prévalence des maladies nosocomiales s'est stabilisée sur la période 2007-2012 puis a augmenté de 5,7 % entre 2013 et 2017 (*indicateur n°2-9-3*).

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 par la Haute Autorité de Santé (HAS). Les critères de certification deviennent de plus en plus exigeants entre les différentes versions des procédures de certification. Fin 2021, 2 367 établissements de santé ont fait l'objet d'une visite, 47 % ont obtenu une certification sans réserve et 52 % ont reçu une certification avec recommandation d'amélioration (*indicateur n°2-10-1*).

En 2020, la procédure de certification a été profondément réformée afin de renforcer l'adhésion par l'ensemble des professionnels et des usagers à la démarche de certification et de mettre en cohérence l'ensemble des éléments du dispositif : manuel, visite, rapport, processus décisionnel, diffusion publique des résultats. Le référentiel de certification reste universel mais celui-ci se veut aussi adapté en fonction du profil de l'établissement. Ainsi, en plus des critères génériques définis pour tous les établissements s'ajoutent des critères spécifiques qui se déclineront en fonction du type de population pris en charge, des modalités de prise en charge et également des activités de chacun des établissements. La nouvelle certification conserve le compte qualité qui sera structuré en cohérence avec le référentiel. Il sera utilisé par les établissements pour les évaluations internes avant visite et en suivi régulier, et par les experts-visiteurs au moment de la visite. La visite, dans ses modalités, ne va pas fondamentalement changer. Cependant, elle intégrera davantage la méthodologie des patients-traceurs. La méthode du patient-traceur permet d'analyser de manière rétrospective le parcours d'un patient de l'amont de son hospitalisation jusqu'à l'aval, en évaluant les processus de soins, les organisations et les systèmes qui concourent à sa prise en charge.

Par ailleurs, en 2021, la satisfaction moyenne des patients hospitalisés en Médecine ou chirurgie ou obstétrique (MCO) est de 73 %, elle est de 78 % en chirurgie ambulatoire (CA) et de 74 % en soins de suite et de réadaptation (*indicateur n°2-9-4*).

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 ou ROSP (*indicateur n°2-12-2*). A titre d'exemple, après la forte baisse observée en 2020 due à la pandémie, l'indicateur de dosages d'HbA1c chez les patients diabétiques progresse significativement (+2,0 points). Les deux autres indicateurs relatifs au diabète restent stables (légère baisse du dépistage de la maladie rénale chronique avec -0,3 point). L'indicateur de dépistage de la maladie rénale chronique chez les patients hypertendus s'améliore (+0,8 point) : 36 % des médecins dépassent l'objectif cible.

Objectif n°5 : Renforcer l'efficacité du système de soins et développer la maîtrise médicalisée

L'Assurance maladie a, à l'issue du plus fort de la crise sanitaire, repris ses efforts pour contenir la progression tendancielle des dépenses de santé, en tenant compte des évolutions de l'environnement.

Compte tenu de la diminution de l'impact des actions de gestion du risque (GDR) depuis quelques années,

l'Assurance maladie a engagé un programme ambitieux de rénovation de sa stratégie de gestion du risque (incluant la maîtrise médicalisée).

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. Toutefois, en raison de la crise sanitaire, cet indicateur a été neutralisé en 2020 et les résultats présentés sont ceux des années antérieures. En 2019, l'objectif de réduction a été fixé 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°2-12-2* 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, après trois années d'une croissance dynamique mais inférieure à 4,0 %, les dépenses de médicaments du régime général (y compris les anciens affiliés au régime des indépendants) ont sensiblement augmenté en 2021 (+3,5 % en 2020, puis +7,8 % en 2021), portées par le transfert du circuit hospitalier au circuit officinal de certains anticancéreux et de produits indiqués dans le traitement de la cardiomyopathie et celui de la mucoviscidose initialement délivrés en rétrocession, puis inscrits au remboursement de droit commun et délivrés en officine de ville. Pour mémoire, les dépenses de médicaments étaient orientées à la baisse entre 2011 et 2015 (-2,0 % en moyenne) et stables en 2016 et 2017 (*indicateur n°2-10-1*). L'augmentation récente s'explique principalement par l'arrivée en officine de ville de médicaments auparavant uniquement prescrits dans le cadre hospitalier, et par la déformation du marché vers des traitements innovants et coûteux.

L'un des moyens de maîtriser les dépenses de médicaments est d'encourager l'usage de génériques quand ils existent. Le taux de pénétration des génériques est de 90 % en 2021 et atteint pour la seconde année consécutive l'objectif fixé depuis 2018 à 90 %. Ce résultat fait suite à la mise en œuvre de différentes mesures depuis juin 2012, comme la généralisation du « tiers payant contre génériques », la mise en place d'une rémunération sur objectifs de santé publique pour les pharmaciens d'officine, le plan national de promotion des médicaments génériques 2015-2017 (*indicateur n°2-10-4*) et la mesure dite article 66 (LFSS pour 2019) entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2020. Afin d'accompagner et d'encourager le développement des biosimilaires, la LFSS 2020 permet la mise en place d'une incitation à l'achat de médicaments biosimilaires par les établissements de santé, levier supplémentaire à l'expérimentation article 51 débutée fin 2018 pour l'incitation à la prescription hospitalière de

médicaments biologiques délivrés en ville (*indicateur n°2-11-5*). Bien que la part des biosimilaires reste encore modeste (25 % des volumes de vente des spécialités appartenant à la liste de référence des groupes biologiques similaires en 2021, soit 5 points de moins qu'en 2020), le développement des biosimilaires devrait être encouragé par les dispositifs expérimentaux d'incitation des services (ou pôles d'activité) prescripteurs à un plus grand recours à la prescription de médicaments biosimilaires, lorsque la prescription est exécutée en ville. Cette rémunération porte sur les groupes de médicaments pour lesquels des médicaments biosimilaires ont récemment été admis au remboursement, et dont la prescription est au moins pour partie hospitalière mais exécutée en ville (l'étanercept et l'adalimumab de la classe des anti-TNF alpha et l'insuline glargine)

La maîtrise des dépenses d'indemnités journalières maladie (IJ) constitue un autre levier d'action important, dans la mesure où ces indemnités, à destination des salariés en arrêt maladie, représentent plus de 10 % de l'ensemble des dépenses de soins de ville de l'Ondam (*indicateur n°2-12-1*). Les dépenses d'indemnités journalières maladie ont cependant été très dynamiques depuis quelques années, passant de 6,2 Md€ en 2009 à 9,2 Md€ en 2021, hors indemnités journalières dérogatoires liées à la crise sanitaire, qui ont atteint 0,8 Md€ en 2021 (contre 2,1 Md€ en 2020). Toutefois la crise sanitaire a aussi conduit à faciliter de façon générale l'accès à ces indemnités journalières, notamment pendant le premier état d'urgence sanitaire pendant lequel le délai de carence et les durées maximales de versement ont été suspendus.

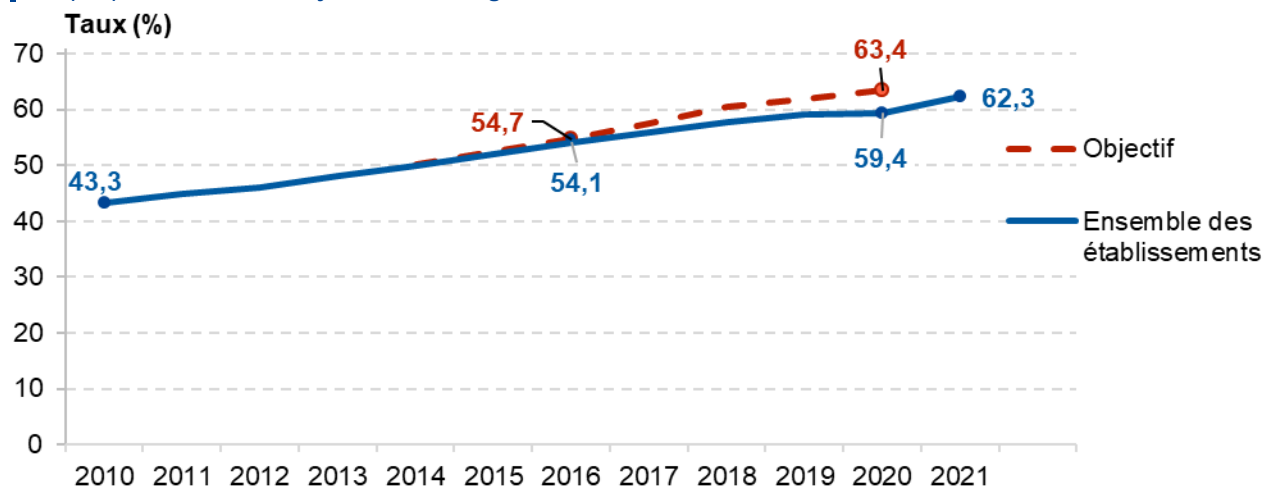
Par ailleurs, les établissements publics hospitaliers ont pour objectif de réaliser des gains dans le secteur des achats, dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE), lancé en 2011. En 2021, 363 M€ de gains ont été réalisés, contre 455 M€ en 2019 (*indicateur n°2-11-2*).

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

Les capacités de soins dépendent notamment du nombre de lits disponibles et de la durée moyenne de séjour (DMS). Une part de l'efficience des établissements de santé peut être approchée par la durée moyenne de séjour.

Le développement d'alternatives à l'hospitalisation classique comme la chirurgie ambulatoire (*indicateur n°2-11-4*) contribue également à une meilleure efficience des dépenses de santé. Le taux national de chirurgie ambulatoire s'élevait à 59,2 % en 2019. En dépit de la crise sanitaire, il a progressé de 2,1 points entre 2019 et 2021, pour s'établir à 62,3 %. 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.

Graphique 5 • Part des séjours en chirurgie ambulatoire



Sources : ATIH, PMSI-MCO

La diminution de la durée moyenne de séjour des patients hospitalisés en court séjour, puis transférés en soins de suite et de réadaptation (SSR), traduit une meilleure articulation entre soins aigus et SSR, notamment par une augmentation de l'offre de soins d'aval (*indicateur n°2-12-5*).

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 à l'équilibre 2020

En 2020, les comptes financiers des hôpitaux publics renouent avec un quasi-équilibre, après sept années de déficit.

L'encours de la dette est stable en 2020 et atteint 30,0 Md€, comme en 2019. Exprimé en pourcentage des recettes, l'encours de la dette des hôpitaux publics a atteint un point haut en 2013 (42 %) et recule depuis, lentement mais régulièrement. Il s'établit à 34 % des recettes en 2020, après 36 % en 2019. Il convient toutefois de noter que 31 % des hôpitaux sont en situation de surendettement (*indicateur n°2-14*). Les investissements des hôpitaux publics représentent 3,9 Md€ en 2020, comme en 2019. Après un léger rebond en 2019, l'effort d'investissement a de nouveau baissé en 2020 pour s'établir à 4,4 % des recettes.

Afin de répondre à cette double problématique de réduction de la dette et de relance de l'investissement, le Ségur de la santé met en œuvre 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. Cette dotation se répartit en deux volets regroupant deux principales orientations :

- Le soutien à la restauration des marges d'autofinancement permettant d'assurer la continuité, la sécurité et la qualité du service public hospitalier (6,5 Md€)
- Le soutien à des opérations structurantes d'investissements immobiliers ou mobiliers concourant à l'amélioration et à la modernisation des établissements de santé assurant le service public hospitalier (6,5 Md€)

Limiter et prévoir les pénuries de médicaments

La crise sanitaire a également mis en lumière les risques de pénuries de médicaments et de vaccins en France. En 2021, environ 527 médicaments ont fait l'objet d'un signalement de rupture de stock, ou de risque de rupture, à un moment de l'année, contre 214 en 2016. Cela concerne notamment des médicaments anti-cancéreux, contre la maladie de Parkinson, et des vaccins. Les difficultés d'approvisionnement ont des origines multifactorielles : complications survenues lors de la fabrication des matières premières ou des produits finis, défauts de qualité sur les médicaments, capacité de production insuffisante, morcellement des étapes de fabrication, etc. Par ailleurs, la demande mondiale de médicaments est croissante, ce qui accentue les tensions sur le système de production. L'augmentation apparente du nombre de ruptures ou de risques de ruptures signalés (*indicateur n°2-10-7*) est également essentiellement le fait du renforcement des obligations déclaratives des laboratoires pharmaceutiques dans le cadre des plans visant à réduire les risques de rupture de stock de médicaments. Le Gouvernement a engagé un plan de lutte contre ces ruptures, qui s'appuie notamment sur le « décret stock » prévoyant pour les industries de santé une obligation de stock pour certains médicaments pouvant aller jusqu'à 4 mois.

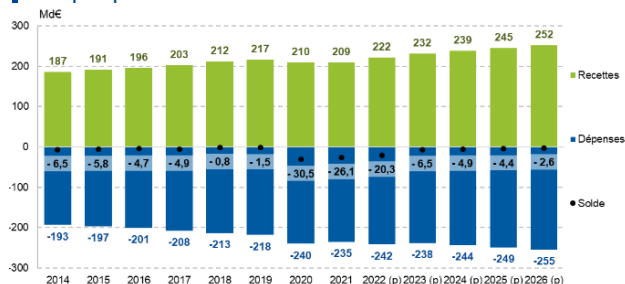
Objectif n°6 : Améliorer progressivement la situation financière de la branche maladie

Durant la décennie 2010, 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 Md€ en 2018 et 1,5 Md€ en 2019. En 2020 et 2021, la crise sanitaire a fortement affecté la branche, qui accuse un déficit de 30,5 Md€ et 26,1 Md€ respectivement.

En 2022, le déficit de la CNAM se redresserait mais demeurerait à un niveau élevé (20,3 Md€), malgré le rebond de la conjoncture économique. En effet, les charges de la branche maladie demeureraient élevées en raison de dépenses importantes liées directement à la lutte contre l'épidémie de Covid-19 et à la montée en charge des mesures du « Ségur de la santé ».

En 2023, le déficit de la CNAM se redresserait nettement et atteindrait 6,5 Md€.

Graphique 6 • Solde financier de la branche



Source : PLFSS pour 2023.

P : prévisions

Lutte contre la fraude et recours contre tiers

Un plan de lutte contre la fraude est mis en place annuellement par l'assurance maladie afin de dissuader les fraudeurs, pratiques fautives et abusives de l'ensemble des acteurs. Depuis 2011, à la demande de la Direction de la sécurité sociale et de la Délégation nationale à la lutte contre la fraude, ce plan distingue d'une part, les fraudes et les activités fautives détectées et stoppées et, d'autre part, les activités abusives. Le montant des économies directes réalisées dans ce domaine a atteint près de 161 M€ en 2020 dépassant l'objectif de 130 M€ (*indicateur n°2-14-4*). En 2021, les actions de l'assurance maladie en matière de lutte contre la fraude ont été fortement marquées par les confinements et la mobilisation des équipes de l'assurance maladie sur les activités prioritaires en lien avec la gestion de la crise sanitaire. Le montant des économies directes réalisées a été moitié moindre et représente 95 M€ en 2020.

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 755 M€ en 2021, soit 0,44 % des prestations légales nettes des régimes (*indicateur n°2-14-3*). En 2020, les produits de recours contre tiers bruts avaient subi une baisse (-17,2 %), en 2021 ils retrouvent un niveau supérieur à celui de 2018.

Conclusion

Jugée 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 :

- **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, certains facteurs de risques ne dépendent pas des comportements individuels. La pollution de l'air par exemple a un fort impact sur la santé de la population. 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 et de protéger les autres. Toutefois, elle s'est aussi traduite par une diminution de certains actes de prévention.

- **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.

- **La crise sanitaire traduit une rupture en termes de politiques publiques de santé.** Les capacités en lits de soins critiques ont été globalement doublées sur l'ensemble du territoire afin de garantir l'accès au système de soins. La mise en place de 4 000 lits « à la demande » doit permettre de continuer à mieux adapter l'offre de soins aux besoins. Toutefois, des inégalités de répartition des professionnels de santé persistent. Par ailleurs, dans le cadre des accords du Ségur de la Santé, une augmentation de 183 euros nets par mois a été accordée à 1,5 million de professionnels des établissements de santé et des EHPAD.

- **Face à l'urgence, les indicateurs de suivi de la qualité des soins ont été moins bien renseignés durant la crise.** Il conviendra de poursuivre les efforts engagés, en particulier en terme de prescriptions médicale et d'hospitalisation à domicile. Le lancement du pilote « Mon espace santé » et la généralisation du dossier médical partagé doivent ainsi contribuer à l'amélioration du suivi des patients.

- **Pour renforcer l'efficacité du système de soins** tout en limitant l'endettement des établissements de santé la maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie a fixé des objectifs toujours plus ambitieux. Toutefois, les économies réalisées estimées à 377 M€, en 2019 sont largement inférieures à l'objectif fixé (51 %). Une attention particulière est également portée aux pénuries de médicaments. Si la forte augmentation des pénuries s'explique, pour partie, par le renforcement des obligations déclaratives, des mécanismes sont mis en place pour permettre la diminution du nombre de ruptures de stock.

- **La nécessité d'un système équilibré financièrement a été reléguée au second plan lors de la crise sanitaire afin de garantir la sécurité de tous.** Les mesures adoptées se sont traduites par des déficits importants qu'il convient désormais de résorber.