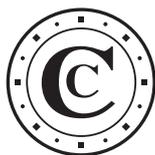


Cour des comptes



ENTITÉS ET POLITIQUES PUBLIQUES

SANTÉ : GARANTIR L'ACCÈS
À DES SOINS DE QUALITÉ
ET RÉSORBER LE DÉFICIT DE
L'ASSURANCE MALADIE

LES ENJEUX STRUCTURELS
POUR LA FRANCE
DÉCEMBRE 2021

SOMMAIRE

- 5 AVERTISSEMENT
- 7 SYNTHÈSE
- 9 INTRODUCTION
- 11 1 - L'ASSURANCE MALADIE JOUE UN RÔLE ESSENTIEL POUR ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS, MAIS SA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE EST MENACÉE
 - 12 A - Grâce à l'assurance maladie, mais aussi aux complémentaires santé, les dépenses restant à la charge directe des patients sont plus faibles que partout ailleurs en Europe
 - 16 B - L'équilibre financier de l'assurance maladie est affecté par des facteurs structurels : le vieillissement de la population et l'expansion des pathologies chroniques
 - 17 C - Par ses effets directs et indirects, la crise sanitaire risque de se solder par un déficit profond et durable de l'assurance maladie
- 21 2 - LES DÉPENSES DE SANTÉ ET D'ASSURANCE MALADIE COMPORTENT DES MARGES D'EFFICIENCE À MOBILISER BEAUCOUP PLUS ACTIVEMENT
 - 21 A - Les acteurs du système de santé doivent être mieux organisés en fonction d'objectifs d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins
 - 25 B - Les rémunérations des acteurs du système de santé doivent être réformées pour réduire les rentes de situation, améliorer la qualité des soins et ralentir la hausse des dépenses les plus dynamiques

SOMMAIRE

- 29 C - Il convient de réduire de manière déterminée les causes évitables des dépenses de santé et d'assurance maladie
- 32 D - À certaines conditions, les technologies numériques peuvent améliorer l'efficacité du système de santé et des dépenses d'assurance maladie
- 35 RÉFÉRENCES AUX TRAVAUX DE LA COUR DES COMPTES

AVERTISSEMENT

La présente note fait partie d'un ensemble de travaux destinés à présenter, sur plusieurs grandes politiques publiques, les principaux défis auxquels seront confrontés les décideurs publics au cours des prochaines années et les leviers qui pourraient permettre de les relever. Cette série de publications, qui s'étale d'octobre à décembre 2021, s'inscrit dans le prolongement du rapport remis en juin 2021 au Président de la République, *Une stratégie des finances publiques pour la sortie de crise*. Ce travail de synthèse vise à développer, sur quelques enjeux structurels essentiels, des éléments de diagnostic issus de précédents travaux de la Cour et des pistes d'action à même de conforter la croissance dans la durée tout en renforçant l'équité, l'efficacité et l'efficience des politiques publiques.

La Cour, conformément à sa mission constitutionnelle d'information des citoyens, a souhaité développer une approche nouvelle, qui se différencie de ses travaux habituels, et ainsi apporter, par cette série de notes volontairement très synthétiques et ciblées, sa contribution au débat public, tout en veillant à laisser ouvertes les différentes voies de réformes envisageables.

Cette note a été délibérée par la 6^e chambre et approuvée par le comité du rapport public et des programmes de la Cour des comptes.

Les publications de la Cour des comptes sont accessibles en ligne sur le site internet de la Cour et des chambres régionales et territoriales des comptes : www.ccomptes.fr.

SYNTHÈSE

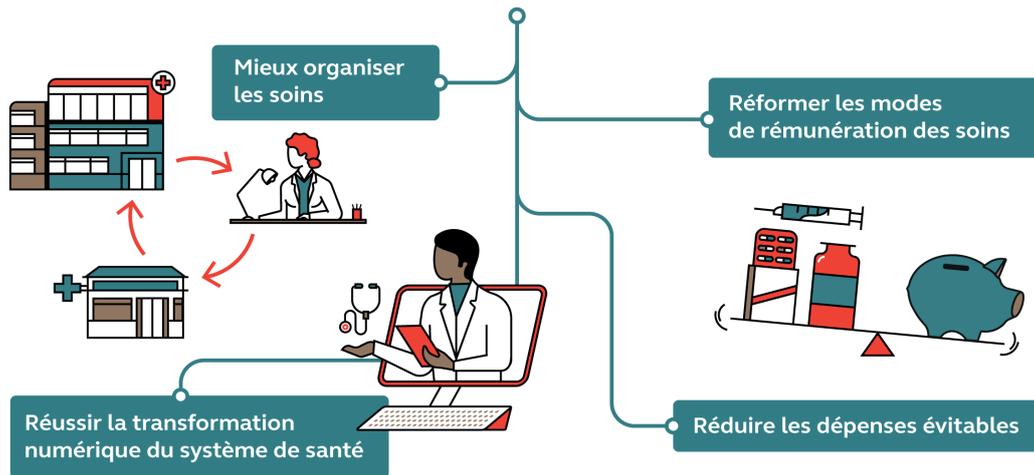
De manière structurelle, l'équilibre financier de l'assurance maladie est affecté par les effets du vieillissement de la population et de l'expansion des pathologies chroniques sur les dépenses de santé qu'elle finance. En outre, les impacts de la crise sanitaire sur les recettes sociales et les revalorisations des rémunérations versées aux acteurs du système de santé, décidées notamment dans le cadre des accords du « Ségur de la santé », risquent de faire connaître à l'assurance maladie des déficits profonds et durables.

Alors que les dépenses de santé et la part de leur financement mutualisé par l'assurance maladie s'inscrivent en France à des niveaux élevés par rapport à la plupart des autres pays européens dotés d'un haut niveau de protection sociale, l'enjeu prioritaire est celui de la maîtrise des coûts de la santé. Parce que le financement par l'emprunt de dépenses sociales d'aujourd'hui en reporte la charge sur les générations futures, la Cour invite à faire revenir l'assurance maladie à un équilibre financier durable en mobilisant les marges d'efficience très significatives qui existent dans quatre domaines : l'organisation des soins, la rémunération des acteurs de la santé, les causes évitables des dépenses et la contribution des technologies numériques à la transformation du système de santé.

Chiffres clés

- Dépenses courantes de santé (au sens international) : **270 Md€**, soit 11,1 % du PIB, dont consommation de soins et de biens médicaux : **208 Md€**, soit 8,6 % du PIB (2019). 78 % de cette consommation de soins et de biens médicaux sont couverts par l'assurance maladie.
- Part de la population résidant de manière stable et régulière en France dont les dépenses de santé sont prises en charge par l'assurance maladie obligatoire de base : **100 %**. Part de la population ayant une couverture complémentaire santé : 96 % (2019).
- Quelques coûts annuels moyens de pathologies : plus de **60 000 €** pour une dialyse chronique (55 000 personnes), plus de 12 000 € pour un cancer actif (1,5 million de personnes), 9 700 € pour une insuffisance cardiaque aigüe (655 000 personnes), plus de 2 700 € pour un diabète (4 millions de personnes).
- En 2020, **11,6 millions** d'assurés du régime général, soit près d'un sur cinq, étaient en affection de longue durée (ALD), avec un âge moyen de **63 ans**.

SANTÉ : GARANTIR L'ACCÈS À DES SOINS DE QUALITÉ ET RÉSORBER LE DÉFICIT DE L'ASSURANCE MALADIE



INTRODUCTION

La crise sanitaire du virus du covid-19 rappelle le caractère précieux du bien collectif et individuel que constitue la santé.

Afin de lever l'obstacle financier de l'accès aux soins, l'assurance maladie mutualise le financement d'une part prépondérante des dépenses de santé dans le cadre national. Les remboursements de l'assurance maladie bénéficient à toute personne ayant une activité professionnelle actuelle ou passée ou résidant de manière stable et régulière en France. Ils sont en quasi-totalité (à 96 %) versés en tiers payant aux professionnels et aux établissements de santé, qui perçoivent également de l'assurance maladie des dotations et des rémunérations forfaitaires, non liées au niveau de leur activité.

Sans en constituer le seul facteur explicatif, le système de santé financé par l'assurance maladie apporte une contribution déterminante à l'état de santé de nos concitoyens : en 2019, l'espérance de vie à la naissance atteignait près de 86 ans pour les femmes et de 80 ans pour les hommes, contre près de 65 et de 60 ans en 1946. Toutefois, les impacts sur les dépenses de santé du vieillissement de la population et des pathologies chroniques affectent la soutenabilité financière de l'assurance maladie. Au terme de la crise sanitaire, son déficit pourrait s'inscrire à un niveau particulièrement élevé.

Après avoir rappelé le rôle et la situation financière de l'assurance maladie (I), la Cour souligne l'importance des marges d'efficience qui ont vocation à être mobilisées afin d'assurer un retour durable de cette dernière à l'équilibre financier (II).

1 - L'ASSURANCE MALADIE JOUE UN RÔLE ESSENTIEL POUR ASSURER L'ACCÈS AUX SOINS, MAIS SA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE EST MENACÉE

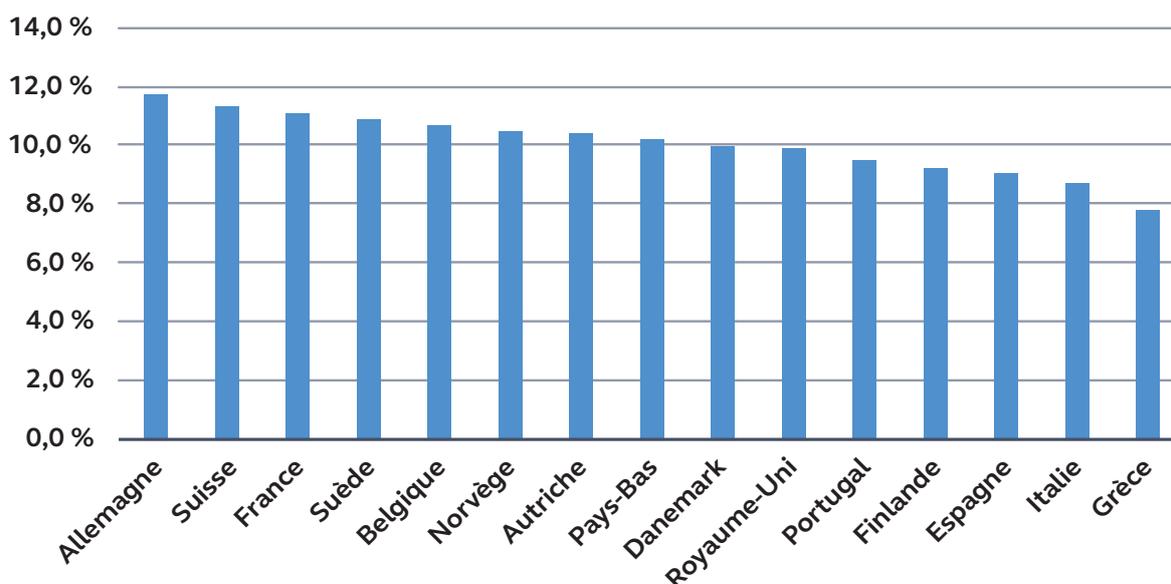
En France, les dépenses consacrées à la santé sont parmi les plus élevées au sein des pays européens dotés d'un haut niveau de protection sociale (voir encadré). Grâce à l'intervention de l'assurance maladie, mais aussi à celle des complémentaires santé,

les dépenses restant à la charge directe des patients sont faibles en moyenne. Sous l'effet des conséquences directes et indirectes de la crise sanitaire, l'assurance maladie risque de connaître un déficit élevé et durable.

En France, une priorité financière affirmée en faveur de la santé

En 2019, à près de 270 Md€, les dépenses de santé en France, selon la définition internationale de la dépense courante de santé (agrégat comprenant la consommation de soins et de biens médicaux, les dépenses de soins de longue durée en établissement médico-social, de prévention et celles liées à la gouvernance du système de santé), représentaient 11,1 % du produit intérieur brut (PIB). En Europe, la France est devancée uniquement par l'Allemagne (11,7 %) et la Suisse (11,3 %) et dépasse les pays nordiques, la Belgique, les Pays-Bas ou l'Autriche.

Graphique n° 1 : dépenses de santé en % du PIB dans un panel de pays européens en 2019



Source : Cour des comptes à partir des données de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)

A – Grâce à l'assurance maladie, mais aussi aux complémentaires santé, les dépenses restant à la charge directe des patients sont plus faibles que partout ailleurs en Europe

1 - L'assurance maladie prend en charge près de 80 % des dépenses de santé

Selon les comptes de la santé établis par le ministère de la santé, la consommation de soins et de biens médicaux s'est élevée à 208 Md€ en 2019.

L'assurance maladie obligatoire (branches maladie et accidents du travail – maladies professionnelles de la sécurité sociale) a financé 78 % de ces dépenses, soit 162 Md€ : soins proprement dits, produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux, qui vont des pansements aux lits médicalisés à domicile, en passant par les équipements d'oxygénothérapie) et prestations (transport de patients) délivrés par les professionnels conventionnés de ville (médecins, chirurgiens-dentistes, auxiliaires médicaux, notamment les infirmiers diplômés d'État, les masseurs-kinésithérapeutes et les orthoptistes, pharmaciens, fournisseurs de dispositifs médicaux, laboratoires d'analyse biologiques transporteurs sanitaires et taxis conventionnés) et les établissements de santé (publics, privés non lucratifs et privés lucratifs).

Au total, l'assurance maladie entendue au sens large (branches maladie, accidents du travail – maladies professionnelles -AT-MP- et autonomie de la sécurité sociale) a effectué 231 Md€ de dépenses nettes en 2019, dont 217 Md€ de prestations sociales, 6 Md€ de transferts, notamment à des établissements publics de l'État et 8 Md€ de charges de gestion administrative.

Les lois annuelles de financement de la sécurité sociale fixent un objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam), qui vise à maîtriser l'évolution des dépenses. Cet objectif couvre la plupart des dépenses de prestations et de transfert des branches maladie, AT-MP et autonomie. Il prend en compte des dépenses, mais aussi des recettes qui viennent en réduction de celles-ci (notamment les remises versées par les entreprises pharmaceutiques sur les prix publics de vente des médicaments). Pour 2019, le montant constaté des dépenses de l'Ondam s'est élevé à un peu plus de 200 Md€, dont 91 Md€ pour les soins de ville (principalement les médicaments, les dispositifs médicaux, les honoraires médicaux, dentaires et paramédicaux, les analyses biologiques, les transports de patients et les indemnités journalières pour maladie et AT-MP), 83 Md€ pour les établissements de santé et 21 Md€ pour les établissements et services médico-sociaux.

2 - Les complémentaires santé jouent un rôle néanmoins important et débattu

Les assurances complémentaires privées ainsi qu'un dispositif public, la complémentaire santé solidaire, contribuent également à réduire les dépenses qui restent à la charge directe des patients, en remboursant une grande partie des dépenses non remboursées par l'assurance maladie.

En 2019, les assurances complémentaires proposées par les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance ont pris en charge 13 % de la consommation de soins et de biens médicaux, soit 28 Md€ de dépenses : tickets modérateurs appliqués à la base de remboursement de l'assurance maladie (il existe sept taux distincts, de 20 % à 85 % en fonction des dépenses

concernées) ; dépassements d'honoraires médicaux et dentaires, prothèses dentaires, appareils auditifs et lunettes au-delà de la base de remboursement de l'assurance maladie ; forfait journalier hospitalier ; dépenses non remboursables par l'assurance maladie (comme la chambre individuelle à l'hôpital).

L'État régule les conditions d'intervention des assurances complémentaires afin de réduire les frais de santé restant à la charge des patients et contenir l'inflation de certaines dépenses. Pour bénéficier d'allègements de prélèvements sociaux et d'impôts sur les sommes qu'ils versent aux assurances, les employeurs de salariés, les travailleurs indépendants et les particuliers doivent souscrire des contrats « solidaires et responsables ». Depuis 2014, ces contrats couvrent obligatoirement une gamme étendue de dépenses : tous les tickets modérateurs, sauf les médicaments procurant une amélioration faible ou modérée du service médical rendu et les cures thermales ; l'intégralité du forfait journalier hospitalier, sans limitation de durée. Pour certains postes, ils fixent des planchers (lunettes, prothèses dentaires du « 100 % santé »), ainsi que des plafonds de prise en charge (dépassements d'honoraires et lunettes).

Depuis 2016, les employeurs de salariés doivent souscrire pour le compte de leurs salariés une assurance complémentaire santé, obligatoirement solidaire et responsable, avec des planchers plus élevés, et financer la moitié au moins du coût des garanties (en pratique près de 60 % en moyenne). Une ordonnance de février 2021 prévoit une prise en charge par l'employeur de la moitié du prix des garanties d'ici 2024 pour la fonction publique de l'État et d'ici 2026 pour les fonctions territoriales et hospitalières.

Néanmoins, les complémentaires facturent à leurs souscripteurs des frais de gestion dont le montant (8 Md€ en 2018, dont 40 % pour l'acquisition de nouveaux clients) dépasse celui des caisses d'assurance maladie pour des remboursements six fois moindres. Les aides précitées à la souscription ont un coût élevé pour les finances publiques (environ 7 Md€ de moindres recettes fiscales et sociales). Le rapport entre le coût des garanties et le niveau des remboursements est souvent peu favorable, notamment pour les personnes âgées (les tarifs augmentent fortement avec l'âge).

Au lieu de souscrire des contrats d'assurance, les ménages ayant de faibles revenus peuvent demander à leur caisse d'assurance maladie à bénéficier de la complémentaire santé solidaire (CSS), qui a remplacé en novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire, créée en 2000. En 2019, la CSS a financé plus de 2 Md€ de dépenses, soit 1 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

La CSS a pour finalité de ne laisser aucune dépense à la charge directe des patients : couverture intégrale des tickets modérateurs et du forfait journalier hospitalier, application de tarifs particuliers aux dépenses de lunettes et de prothèses dentaires et auditives, interdiction des dépassements d'honoraires. Ces obligations ne sont toutefois pas respectées par certains professionnels sans qu'ils soient sanctionnés. Les personnes titulaires de la CSS bénéficient aussi d'une exonération des participations forfaitaires et des franchises à la charge des autres assurés sociaux et d'une dispense générale d'avance de leurs frais de santé. En fonction du niveau des ressources de leur foyer, la CSS leur est attribuée gratuitement ou moyennant une participation moins coûteuse qu'une assurance privée.

La CSS couvre aujourd'hui plus d'une personne sur 9. Afin de réduire le non recours à ce droit, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoit une attribution

automatique pour les bénéficiaires du revenu de solidarité active et du minimum vieillesse, sauf opposition de leur part.

Une articulation de l'assurance maladie et des assurances privées en débat

L'articulation de l'assurance maladie et des assurances privées fait l'objet de débats. Plusieurs voies d'évolution seraient envisageables :

- **le maintien du partage actuel entre assurance maladie et assurances complémentaires, accompagné d'une régulation accrue de ces dernières** : il s'agirait de rendre les assurances complémentaires moins onéreuses et inégalitaires en améliorant la transparence des offres, insuffisante, le cas échéant par une présentation standardisée de celles-ci ; en favorisant la concurrence entre organismes, notamment par une comparabilité accrue de leurs offres ; en encadrant leurs frais de gestion, par exemple en plafonnant leur niveau par rapport à celui des remboursements ;

- **la mise en place d'un « bouclier sanitaire »** : les restes à charge après intervention de l'assurance maladie seraient plafonnés en fonction des revenus des assurés sociaux et le cas échéant de l'existence d'une affection de longue durée, comme cela existe en Allemagne ou en Belgique. En empêchant des restes à charge excessifs, ce dispositif conduirait à réduire le besoin de couvertures complémentaires à l'assurance maladie. Afin d'être soutenable sur un plan financier pour l'assurance maladie, il devrait avoir pour contrepartie une remise en cause de la prise en charge à 100 % d'une grande partie des dépenses par l'assurance maladie, notamment pour les affections de longue durée. Il en résulterait des transferts notables de charges entre assurés sociaux ;

- **une séparation des champs d'intervention respectifs de l'assurance maladie et des assurances privées** : l'assurance maladie prendrait intégralement en charge certaines dépenses, y compris les tickets modérateurs actuels, en fonction de leur nature (hospitalisation au premier chef) ou des revenus des assurés sociaux, afin de préserver l'accès aux soins, tandis que les assurances privées financeraient de même intégralement d'autres dépenses, dès le premier euro. Cette désimbrication des interventions respectives de l'assurance maladie et des assurances privées mettrait fin à la superposition de leurs frais de gestion sur de mêmes flux de remboursements de dépenses de santé.

Si un champ étendu d'intervention était attribué à l'assurance maladie (« grande sécurité sociale »), la part des assurances privées dans le financement des dépenses de santé se réduirait notablement. En revanche, les dépenses et prélèvements publics augmenteraient,

même si la hausse des prélèvements publics serait atténuée par la suppression des aides fiscales et sociales à la souscription de garanties d'assurance. En moyenne, les assurés, par hypothèse les plus nombreux, qui ne souscriraient plus d'assurance privée, supporteraient une hausse des prélèvements publics moins élevée que les versements qu'ils effectuent aujourd'hui à leur complémentaire santé : ces versements couvrent en effet aujourd'hui non seulement des remboursements de dépenses de santé, qui seraient pris en charge par l'assurance maladie, mais aussi les frais de gestion des complémentaires, auprès desquelles ils ne s'assureraient plus.

Cette préfiguration sommaire des impacts d'un champ étendu d'intervention de l'assurance maladie pourrait cependant recouvrir d'importantes disparités de situations entre assurés. En outre, elle correspond à la situation instantanée qui résulterait du déplacement de la ligne de partage des financements entre assurance maladie et assurances privées. En fait, c'est seulement à deux conditions que la plupart des ménages pourraient durablement se passer des assurances privées pour couvrir une partie de leurs frais de santé : une maîtrise renforcée des dépenses de santé que l'assurance maladie prend en charge, qui prévienne une réduction ultérieure de son champ d'intervention, par déremboursements de dépenses ou dissociation des tarifs admis par rapport à ceux qu'elle couvrirait intégralement ; une régulation forte du niveau admis des dépassements d'honoraires, par nature non pris en charge par l'assurance maladie.

3 - Les dépenses restant à la charge directe des patients diminuent et sont moins élevées que partout ailleurs en Europe

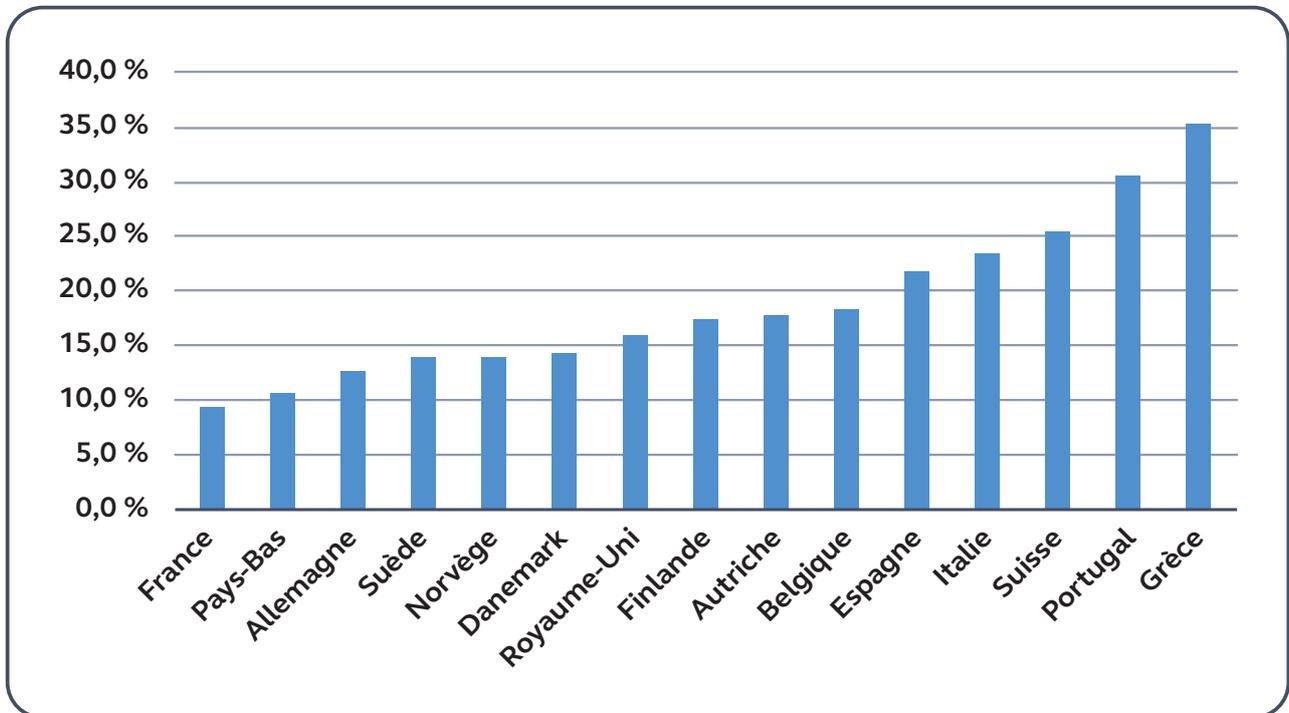
En 2019, les dépenses restant à la charge directe des patients, soit 15 Md€, représentaient 7 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Le poids relatif des restes à charge a baissé de manière continue depuis 2008, année où ils atteignaient 9 % des dépenses de soins et de biens médicaux, à la suite de l'instauration de participations forfaitaires et de franchises à la charge des assurés sociaux, non assurables par les complémentaires santé.

En moyenne par habitant, les dépenses de soins et de biens médicaux restant à la charge directe des patients après intervention de l'assurance maladie étaient de l'ordre de 670 €, et de

210 € après celle des complémentaires santé. Alors que les assurances complémentaires et la complémentaire santé solidaire couvrent aujourd'hui 96 % de la population, les restes à charge élevés qui continuent à être observés pour certains patients ont trois causes possibles : l'absence de couverture complémentaire ; la souscription de contrats d'assurance dont les garanties sont inférieures à celles des contrats solidaires et responsables ; des soins ou biens (prothèses dentaires ou auditives, lunettes) dont le coût dépasse nettement le niveau variable des garanties souscrites dans le cadre de ces contrats.

La France est le pays européen dans lequel les dépenses à la charge directe des patients sont les plus faibles : en 2019, elles représentent 9 % de la dépense courante de santé au sens international.

Graphique n° 2 : part des dépenses de santé restant à la charge directe des patients dans un panel de pays européens en 2019 (en %)



Source : Cour des comptes à partir des données de l'OCDE

Si les assurances complémentaires y contribuent, ce faible niveau moyen des restes à charge en France est avant tout obtenu par un haut niveau de financement public, procuré pour l'essentiel par l'assurance maladie ainsi que par la complémentaire santé solidaire : près de 80 % de la dépense courante de santé au sens international fait l'objet d'un financement public, soit un niveau un peu inférieur à celui de la plupart des pays nordiques, et identique à celui de l'Allemagne.

B – L'équilibre financier de l'assurance maladie est affecté par des facteurs structurels : le vieillissement de la population et l'expansion des pathologies chroniques

De manière tendancielle, la part des dépenses liées aux pathologies chroniques augmente dans les dépenses de santé et, plus encore, dans celles de l'assurance maladie.

Cette évolution traduit un puissant facteur démographique : alors que le besoin de soins augmente en règle générale avec l'âge, les personnes âgées représentent une part croissante de la population française, sous l'effet de l'allongement tendanciel de la durée de la vie et de la baisse de la natalité ; les personnes âgées de plus de 75 ans sont ainsi passées de 3,4 % de la population totale en 1946 à 5,7 % en 1980, 7,2 % en 2000 et 9,6 % en 2020.

Elle résulte aussi des cibles prioritaires de l'intervention financière de l'assurance maladie : lorsque l'assurance maladie reconnaît à un assuré l'existence d'une affection de longue durée (ALD), elle prend en charge la totalité des dépenses liées à cette pathologie, y compris les tickets modérateurs. En 2020, 11,6 millions d'assurés du régime général, soit près d'un sur cinq, étaient en ALD, avec un âge moyen de 63 ans. Sont également exonérées des tickets modérateurs les personnes titulaires d'une pension d'invalidité et les femmes enceintes ou venant de donner naissance à un enfant pour la totalité des dépenses, ainsi que les personnes victimes d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle pour les dépenses qui s'y rapportent.

Les pathologies chroniques ont un poids très lourd. Humain tout d'abord : en 2019, 5 millions de personnes étaient atteintes de maladies cardio-neurovasculaires, 4 millions de diabète et 3 millions d'un cancer (pour certaines d'entre elles, de plusieurs de ces pathologies à la fois). Leur nombre augmente de manière

continue, sous l'effet de l'efficacité des soins, notamment de traitements médicamenteux souvent coûteux, qui repoussent le terme de la vie, mais aussi de leur apparition chez de nouveaux sujets. Financier ensuite : en 2019, près des deux-tiers des montants de frais de santé remboursés par l'assurance maladie se rapportaient aux patients en ALD.

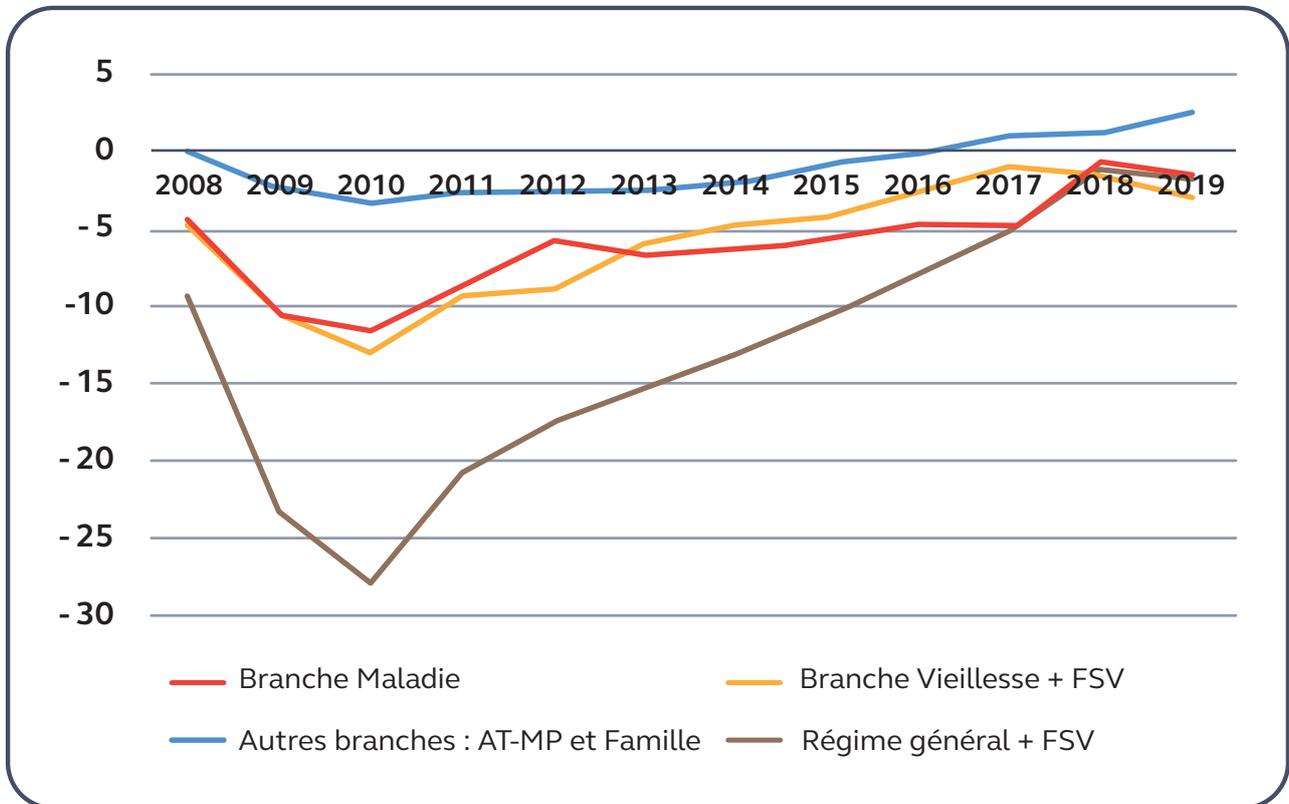
Avant que soient mises en œuvre des mesures d'économie, la hausse spontanée des dépenses d'assurance maladie dépasse souvent celle des recettes des prélèvements sociaux (cotisations et CSG) et fiscaux (TVA, taxe sur les salaires et droits sur les tabacs) affectés à leur financement. Dans ces conditions, le déficit de la branche maladie de la sécurité sociale tend à s'accroître.

C – Par ses effets directs et indirects, la crise sanitaire risque de se solder par un déficit profond et durable de l'assurance maladie

1 - À la suite d'un long processus de redressement, en dépenses mais aussi en recettes, l'assurance maladie s'approchait de l'équilibre financier à la veille de la crise sanitaire

L'assurance maladie était en déficit avant même la récession économique de 2009 provoquée par la crise financière de 2008. Comme les autres branches de la sécurité sociale, elle a subi l'impact négatif de cette récession sur ses recettes. À partir de 2011, elle a suivi un lent processus de redressement.

Graphique n° 3 : évolution des déficits du régime général de sécurité sociale (et du FSV) et de la branche maladie en son sein entre 2008 et 2019 (en %)

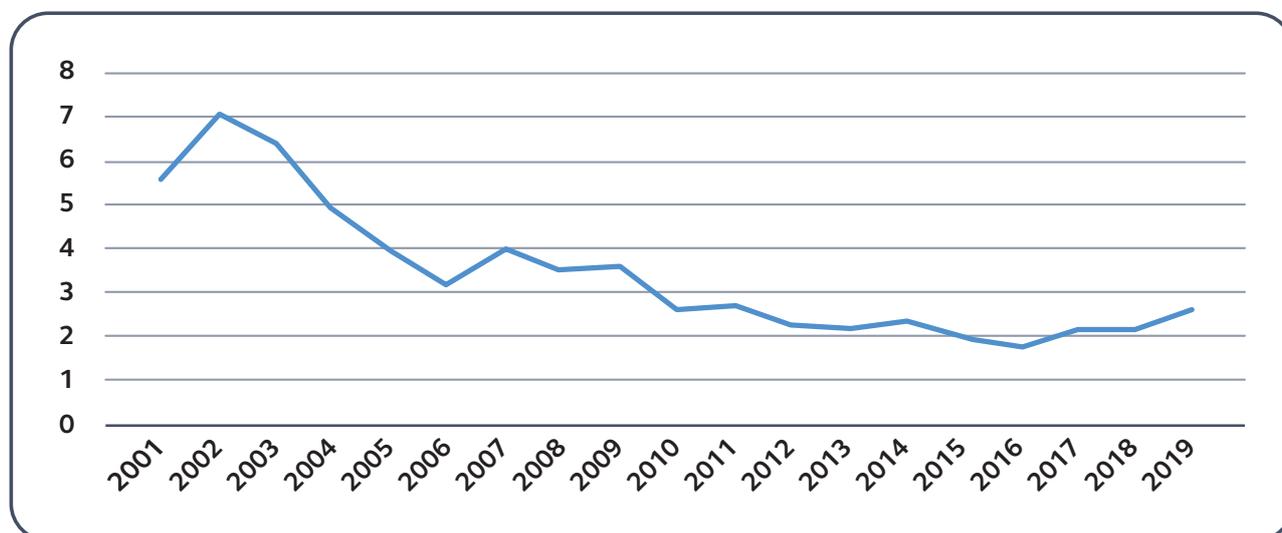


Source : Cour des comptes à partir des comptes des branches du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

Ce redressement financier de la branche maladie de la sécurité sociale a été permis par des hausses de prélèvements obligatoires en faveur des régimes de sécurité sociale entre 2011 et 2015 (de l'ordre de 27 Md€), dirigées en grande partie vers la branche maladie, ainsi que par des redéploiements de recettes des autres branches en faveur de cette dernière.

Il a aussi résulté d'un effort de ralentissement de la hausse des dépenses d'assurance maladie. Comme le montre le graphique ci-après, à partir de 2010, les lois de financement de la sécurité sociale (LFSS) ont fixé des Ondam plus rigoureux que par le passé.

Graphique n° 4 : évolution des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en % annuel entre 2011 et 2019



Source : Cour des comptes à partir des données de la commission des comptes de la sécurité sociale

Entre 2010 et 2019, les objectifs fixés ont été peu ou prou respectés chaque année. Compte tenu du resserrement de l'Ondam jusqu'en 2018, la part de la dépense courante de santé au sens international par rapport au PIB a légèrement reculé en 2017 et en 2018. En 2019, elle s'établissait à 11,1 % du PIB, contre 11,5 % du PIB en 2014.

En 2019, avant le déclenchement de la crise sanitaire, la branche maladie de la sécurité sociale s'approchait de l'équilibre, son déficit atteignant 1,5 Md€.

2 - Compte tenu des décisions adoptées par les pouvoirs publics dans le contexte de la crise sanitaire, l'assurance maladie paraît désormais durablement éloignée de l'équilibre financier

Avant la crise sanitaire, l'équation financière de la branche maladie de la sécurité sociale était déjà difficile à résoudre. Elle l'est désormais encore plus : la branche maladie a des recettes plus faibles et des dépenses en revanche beaucoup plus élevées.

D'une part, la crise sanitaire a fait perdre à la sécurité sociale des montants considérables de recettes en 2020. Malgré le fort rebond de l'activité économique en 2021 et la prévision d'une croissance élevée en 2022, une partie sera probablement définitivement perdue.

D'autre part, les pouvoirs publics ont décidé un effort sans précédent de revalorisation des rémunérations des personnels des établissements de santé et médico-sociaux, ainsi que de financement de leurs investissements et du développement de l'utilisation du numérique : les accords du « Ségur de la santé » signés en juillet 2020 et les autres mesures qui les ont prolongés vont conduire la sécurité sociale à supporter en 2022 13 Md€ de dépenses supplémentaires par rapport à l'avant crise, soit 0,5 % du produit intérieur brut, dont près de 10 Md€ de revalorisations salariales (7,7 Md€ pour les établissements de santé et 2,2 Md€ pour le secteur médico-social). D'autres décisions, également à caractère pérenne, bénéficient aux établissements de santé et aux entreprises

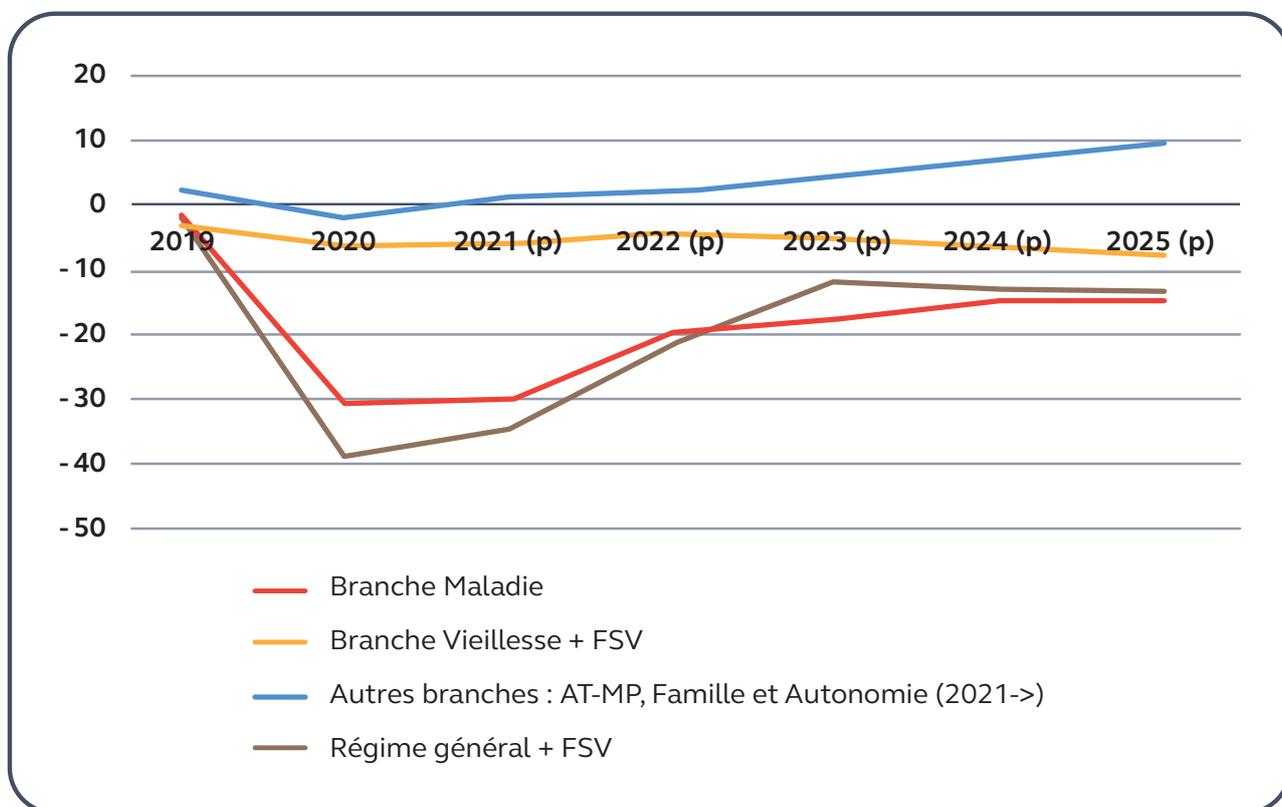
de produits de santé (fixation d'objectifs pluriannuels d'augmentation de dépenses) et à la médecine de ville (avenant n° 9 à la convention médicale de 2016).

Entre 2019 et la prévision pour 2022 de la LFSS pour 2022 adoptée par le Parlement, les dépenses de l'Ondam, hors celles directement liées à la crise sanitaire, connaissent une hausse accélérée : elles passent de 200 Md€ à 232 Md€ (+ 16 %).

Comme le montre le graphique ci-après, la branche maladie a enregistré en 2020 un déficit massif (30,4 Md€), qui a représenté la plus grande partie de celui de la sécurité sociale (38,7 Md€ pour le régime général et le fonds

de solidarité vieillesse - FSV), sous l'effet d'un mouvement de ciseaux entre des recettes en baisse et des dépenses majorées par celles de crise (tests, achats d'équipements de protection individuelle et surcoûts de fonctionnement des établissements notamment). Selon les prévisions de la LFSS pour 2022, ce déficit se réduirait entre 2021 et 2023 grâce au fort rebond des recettes et à la baisse des dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire. À partir de 2024, en revanche, le déficit stagnerait autour de 14 Md€ : le rattrapage des recettes s'interrompt ; demeurent en revanche les dépenses pérennes supplémentaires, notamment du « Ségur de la santé », non financées.

Graphique n° 5 : évolution des déficits du régime général de sécurité sociale (et du FSV) et de la branche maladie en son sein à partir de 2019 (en Md€)



Source : Cour des comptes à partir des comptes des branches du régime général et du Fonds de solidarité vieillesse

En définitive, la branche maladie de la sécurité sociale pourrait accumuler 130 Md€ de déficits (« dette sociale ») entre 2020 et 2025, dont près de la moitié entre 2022 et 2025. Certes, une partie des recettes des branches famille, AT-MP, voire autonomie, pour lesquelles des excédents sont prévus, pourraient être réaffectées à la branche maladie. Toutefois, les déficits de la branche vieillesse et du FSV doivent eux aussi être résorbés.

L'assurance maladie ne doit pas être maintenue dans un déficit durable. Alors que le financement par l'emprunt de dépenses sociales d'aujourd'hui en reporte la charge sur les générations futures, son retour à l'équilibre est un impératif d'équité entre les générations. Si les perspectives financières des retraites retiennent l'attention, l'enjeu de la soutenabilité financière de l'assurance maladie n'est pas moins important.

II – LES DÉPENSES DE SANTÉ ET D'ASSURANCE MALADIE COMPORTENT DES MARGES D'EFFICIENCE À MOBILISER BEAUCOUP PLUS ACTIVEMENT

Dans ses publications, la Cour a identifié de nombreuses sources possibles d'économies qui permettraient d'améliorer la soutenabilité financière de l'assurance maladie. Selon le cas, ces pistes assignent des objectifs plus exigeants aux actions engagées par le ministère de la santé et l'assurance maladie, invitent à réexaminer certaines évolutions ou bien ont un caractère inédit.

Les pistes avancées par la Cour, qui ne prétendent pas à l'exhaustivité, relèvent de quatre séries de leviers d'action : l'organisation des soins, la rémunération des acteurs du système de santé, les causes évitables des dépenses de santé et d'assurance maladie et la contribution des technologies numériques à la transformation du système de santé.

A – Les acteurs du système de santé doivent être mieux organisés en fonction d'objectifs d'accessibilité, de continuité, de qualité et de sécurité des soins

1 - L'organisation des soins de premier recours doit être mieux structurée

En 2020, la France comptait près de 129 000 médecins exerçant exclusivement à titre libéral ou pour partie en tant que salarié d'une structure de soins, dont une courte majorité de généralistes, pour 67 millions d'habitants.

Alors que la population française et les besoins de prise en charge sanitaire liés à son vieillissement augmentent, le temps médical disponible se réduit en raison de l'effet sur le

long terme du *numerus clausus* appliqué au cours des dernières décennies, des départs à la retraite et de l'absence d'installation d'une partie des médecins, qui préfèrent effectuer des vacations ou des remplacements à temps partiel auprès de confrères, souvent dans des zones géographiques bien dotées.

Selon l'analyse du ministère de la santé (étude publiée en février 2020), la part de la population française vivant dans des zones géographiques sous-dotées en médecins généralistes reste faible, mais augmente : entre 2015 et 2018, elle serait passée de 3,8 % à 5,7 %. Les élus locaux et leurs administrés ont souvent une perception plus négative de l'étendue de ces situations.

Par ailleurs, le manque de disponibilité des médecins, à la suite notamment de la suppression en 2003 de l'obligation

déontologique de participer aux permanences, a pour corollaire le fait qu'environ un patient sur cinq qui recourt aux services d'urgence des établissements de santé aurait pu, sinon dû, être pris en charge par un médecin de ville.

Afin de dégager du temps médical, le ministère de la santé encourage le travail aidé : ainsi, par exemple, des orthoptistes préparent les consultations des ophtalmologues par la réalisation de bilans visuels. En outre, l'assurance maladie verse aux médecins des aides à l'embauche d'assistants médicaux. Par ailleurs, des appels à projet visent à mettre en place des services d'accès aux soins, qui ont vocation à filtrer l'accès des patients aux urgences hospitalières.

Au-delà, deux évolutions de plus grande ampleur pourraient permettre de structurer plus efficacement le premier recours aux soins.

Deux transformations potentiellement de grande portée : les pratiques avancées des professionnels paramédicaux et les communautés professionnelles territoriales de santé

La loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 a ouvert aux infirmiers diplômés d'État la possibilité d'exercer en pratiques avancées, c'est-à-dire d'exercer des missions et des compétences plus poussées, jusque-là dévolues aux médecins. À cet effet, ils doivent justifier d'une durée d'exercice minimal de leur profession et d'un diplôme de master de deux ans délivré par une université habilitée.

En application du plan ministériel « Ma santé 2022 » annoncé à l'automne 2018, les communautés professionnelles territoriales de santé (CPTS), doivent coordonner l'activité de professionnels volontaires de ville autour d'une population donnée, urbaine ou rurale. Elles ont six missions : des actions de prévention ; la garantie d'accès à un médecin traitant ; l'obtention d'un rendez-vous auprès d'un médecin généraliste dans la journée en cas de nécessité ; l'accès à des consultations de médecins spécialistes dans des délais appropriés ; la sécurisation des passages entre les soins de ville et l'hôpital, notamment pour anticiper une hospitalisation ou préparer la sortie de l'hôpital après une hospitalisation ; le maintien à domicile des personnes fragiles, âgées ou poly-pathologiques.

À ce jour, la portée de ces évolutions reste cependant en-deçà de leurs potentialités.

Ainsi, le plan « Ma santé 2022 » affichait l'objectif de 1 000 CPTS d'ici 2022. À la mi-octobre 2021, 159 CPTS, couvrant en principe 14,4 millions de personnes, étaient constituées. Le recul manque pour apprécier leur contribution à une continuité fluide des soins dans le cadre de territoires déterminés.

Une offre de soins de premier recours, assurée par des professionnels de santé formés sur des durées intermédiaires entre les 3 années de formation initiale propre aux paramédicaux classiques et les 9 à 12 années de formation initiale des médecins, peine à émerger. En effet, à la différence des pays anglo-saxons, les infirmiers en pratiques avancées interviendront uniquement au sein d'une équipe coordonnée par un médecin, principalement à l'hôpital ou en établissement médico-social, et peu en ville. En outre, le ministère de la santé vise 5 000 professionnels formés à l'horizon 2024, soit moins de 0,5 % des 744 000 infirmiers en exercice en 2020 (dont 480 000 en établissement de santé et 131 000 exerçant exclusivement en libéral ou également en tant que salariés).

Par ailleurs, le regroupement des représentations des professionnels au sein d'une Union nationale des professionnels de santé n'est pas parvenu à poser les bases d'un dialogue pluri-professionnel efficace avec l'assurance maladie, faute de pouvoirs d'arbitrage internes. Les accords conventionnels interprofessionnels avec l'assurance maladie s'ajoutent à ceux négociés profession par profession, sans en encadrer les priorités. Il en résulte un frein au développement des approches interprofessionnelles et une sédimentation des avantages financiers par profession.

Il convient de continuer à faire évoluer la définition des compétences des professionnels paramédicaux qui approfondissent leur formation et de favoriser l'exercice coordonné des professionnels de santé afin d'atténuer les impacts de l'évolution de la démographie médicale sur l'accès aux soins et d'améliorer l'efficacité des ressources consacrées par l'assurance maladie aux actes simples qui ne nécessitent pas l'intervention d'un médecin.

Au-delà, l'acuité des inégalités territoriales dans la répartition des médecins de ville par rapport aux besoins invite à mettre en place un conventionnement sélectif en fonction de leur densité géographique, comme c'est le cas pour les infirmiers et masseurs-kinésithérapeutes. Pour être efficace, ce dispositif devrait couvrir non seulement les médecins installés, mais aussi les médecins remplaçants.

2 - Les enjeux de qualité et de sécurité appellent des rationalisations accrues de l'organisation des soins dans les établissements de santé

En 2020, la France comptait près de 3 000 établissements de santé, toutes natures d'activité confondues (dont un peu plus de 1 300 établissements publics, près de 700 établissements privés non lucratifs et près d'un millier d'établissements privés lucratifs). Comme il a été souligné, une meilleure organisation du premier recours aux soins en ville permettrait de réduire la demande qui s'adresse aux établissements de santé et les tensions qu'elle suscite. Au-delà, l'offre de soins en établissement de santé appelle elle aussi des réorganisations.

La densité du maillage territorial des établissements de santé, qui connaît une lente réduction, induit des surcoûts liés à la duplication de services administratifs et de plateaux techniques parfois sous-utilisés.

En outre, les établissements sont souvent confrontés à de fortes difficultés de recrutement et à des vacances persistantes de postes et recourent à des solutions palliatives coûteuses (contractuels, intérimaires). Compte tenu de la complexité croissante d'une partie des techniques de soins, notamment chirurgicaux, l'éclatement géographique des établissements apparaît de moins en moins adapté aux enjeux de qualité, de sécurité, de pertinence et d'efficacité des soins.

En 2016 ont été créés des groupements hospitaliers de territoire (GHT), auxquels tous les établissements publics doivent participer. Ils ont pour objet de mettre en place des filières de soins territorialisées et d'organiser la gradation de l'offre de soins, afin de garantir l'égalité d'accès des patients à des soins sécurisés et de qualité. Toutefois, les GHT ont une taille hétérogène et certains n'offrent pas le « panier de soins » minimal attendu. Si les GHT doivent se doter d'un projet médical partagé et mutualiser certaines activités (pharmacie, activités d'imagerie et de biologie) et fonctions (achats, information médicale, systèmes d'information), les logiques propres aux établissements continuent souvent à prévaloir.

Il conviendrait de réviser le périmètre des GHT afin que tous proposent une offre de soins cohérente, de renforcer les directions communes et d'encourager les établissements à fusionner au sein d'une personne morale unique, à même d'impulser des redéploiements d'activité entre les sites. Une intégration plus poussée des établissements au sein des GHT apparaît notamment indispensable afin d'assurer un emploi efficace des enveloppes que les pouvoirs publics ont décidé de consacrer à l'investissement hospitalier (1,5 Md€ entre 2021 et 2025 pour les investissements courants, 1 Md€ entre 2022 et

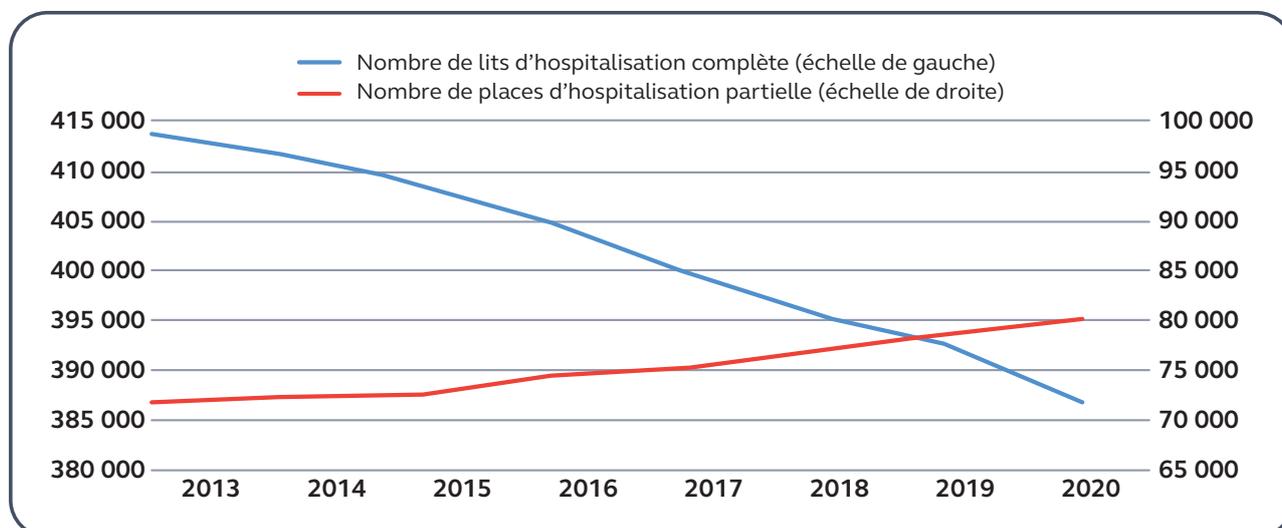
2025 pour de nouveaux projets dans le cadre du plan « France relance » financé par l'Union européenne, et 5,5 Md€ sur 10 ans financés par la caisse d'amortissement de la dette sociale).

Les 30 centres hospitaliers universitaires sont hétérogènes et ont une capacité inégale à exercer leurs missions. Certains établissements, notamment l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, connaissent des déficits récurrents. La mise en place d'un réseau d'une dizaine de CHU permettrait de donner aux activités de recherche une meilleure taille critique et visibilité internationale. S'agissant des activités de soins, il convient de résorber les écarts importants de productivité entre CHU, que ne justifient pas des différences objectives de situation, et d'approfondir les relations des CHU avec les autres établissements de leur ressort territorial, afin de rationaliser l'implantation des plateaux techniques.

Les considérations de qualité et de sécurité des soins tiennent une place encore insuffisante dans les autorisations d'activité accordées aux établissements de santé publics et privés. Il conviendrait de mettre fin à l'absence persistante de seuils d'activité minimale pour la plupart des actes chirurgicaux (hormis l'oncologie), de relever ceux en vigueur et d'appliquer effectivement les seuils fixés.

Le nombre de lits d'hospitalisation en médecine, chirurgie et obstétrique diminue, tandis qu'augmente le nombre de places d'hospitalisation de jour. Ces évolutions reflètent celles des techniques de prise en charge des patients : entre 2011 et 2019, tous établissements confondus, le nombre de séjours de médecine, chirurgie et obstétrique s'est réduit de 11 à 10,6 millions, de même que leur durée moyenne (de 5,7 à 5,5 jours), tandis que le nombre d'hospitalisations sans nuitée est passé de 6,4 à 8,4 millions.

Graphique n° 6 : évolution du nombre de lits et de places dans les établissements de santé publics et privés en France hexagonale entre 2013 et 2020 (en %)



Source : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère des solidarités et de la santé, études et résultats, septembre 2021, n° 1208

Les hospitalisations de jour, sans nuitée, sont moins contraignantes pour les patients et moins coûteuses pour l'assurance maladie. Dans les établissements de santé, le mode ambulatoire de prise en charge se développe en chirurgie, au prix d'un surfinancement tarifaire transitoire, mais conserve des marges de progression : au titre de 34 actes marqueurs au plan international, le taux de chirurgie ambulatoire atteignait en moyenne 59,4 % en 2020, contre 43,1 % en 2010, pour une cible de 70 % en 2022. En médecine, le mode ambulatoire est encore balbutiant, faute d'incitations tarifaires suffisantes.

Pour réussir, les réorganisations ici proposées des activités des établissements de santé devront obtenir l'adhésion de leurs personnels. Au-delà des revalorisations de rémunérations du « Ségur de la santé », cette adhésion dépend d'évolutions internes aux établissements de santé, portant sur les projets des équipes de soignants, l'organisation des activités et les relations de travail.

B – Les rémunérations des acteurs du système de santé doivent être réformées pour réduire les rentes de situation, améliorer la qualité des soins et ralentir la hausse des dépenses les plus dynamiques

1 - Les instruments de régulation des dépenses sont à utiliser avec une intensité accrue et sur des champs plus larges

Les dépenses de médicaments en ville (officines et rétrocession hospitalière) sont maîtrisées : depuis le milieu des années 2010, leur montant net est stable, autour de 22 Md€ par an après déduction des remises versées par les entreprises pharmaceutiques. Il n'en va pas de même des dépenses de dispositifs médicaux (7,4 Md€ en ville), particulièrement dynamiques (+ 4 à 5 % par an). À l'instar des médicaments, le ministère de la santé devrait utiliser plus activement les prérogatives dont l'ont doté les lois de financement de la sécurité sociale afin de peser sur les prix des dispositifs médicaux et

d'encadrer l'évolution globale des dépenses qui s'y rapportent.

Les prescriptions hospitalières exécutées en ville tiennent une place croissante dans l'ensemble des dépenses de soins de ville (22 % des prescriptions exécutées en ville en 2019, contre 17 % en 2004). Bien que récemment rénovés, les mécanismes de régulation des prescriptions ont des effets peu probants. Ils devraient être rendus plus exigeants.

Bien que 60 % des dépenses de transport de patients (4,7 Md€) concernent des trajets domicile - établissements, les budgets des établissements de santé financent aujourd'hui uniquement les dépenses de transport internes à ces derniers et entre établissements. Afin de favoriser une organisation plus efficiente des transports de patients, les budgets des établissements devraient intégrer l'ensemble des dépenses de transport issues de prescriptions qui y sont effectuées.

2 - Les tarifs des soins doivent faire bénéficier l'assurance maladie d'une part accrue des gains de productivité réalisés par les acteurs du système de santé

Le paiement à l'acte pour les professionnels médicaux et paramédicaux de ville et au séjour de médecine, chirurgie ou obstétrique pour les établissements de santé a pour objet de rémunérer une activité identifiée de soins en fonction des coûts de production de cette dernière.

Toutefois, les nomenclatures tarifaires comportent plusieurs milliers de références distinctes souvent fondées sur des définitions complexes. Elles sont insuffisamment actualisées pour prendre en compte le progrès des techniques de soins, par l'inscription de nouveaux actes et séjours, mais aussi par la suppression de ceux qui sont devenus obsolètes, voire préjudiciables aux patients, ou moins performants. En outre, les tarifs sont imparfaitement corrélés à la charge et à la complexité des soins, et donc aux coûts de production des acteurs du système de santé.

Parfois, la hiérarchie des tarifs favorise les modes de prise en charge les plus coûteux pour l'assurance maladie, sans qu'ils soient pour autant les mieux adaptés à la situation des patients.

Des tarifs qui peuvent favoriser des inadéquations dans la prise en charge des patients

Dans le secteur hospitalier, la baisse des tarifs des séjours en moyenne entre 2011 et 2018 a favorisé une course à la croissance des volumes d'activité, permise par la réalisation de gains de productivité. Dans certains cas, elle s'est cependant accompagnée d'une moindre pertinence et qualité des soins aux patients. Avant la crise sanitaire, elle favorisait de ce fait le malaise d'une partie des personnels soignants.

Alors qu'elles sont moins contraignantes pour les patients dont l'état de santé permet ces modes de prise en charge, l'autodialyse et la dialyse à domicile ne sont pas encouragées au plan tarifaire. Dans ces conditions, elles stagnent ou régressent : en 2017, 15,8 % des patients étaient en autodialyse, contre 18,5 % en 2013 ; moins de 8 % des patients étaient en dialyse à domicile (hémodialyse à domicile ou dialyse péritonéale), comme en 2013.

L'ambulance est le mode de transport le plus coûteux. Or, compte tenu de la place des ambulances dans le parc automobile des transporteurs, tout particulièrement dans certains départements, l'assurance maladie rémunère des transports en ambulance de patients qui ont fait l'objet d'une prescription de transport assis. Par ailleurs, le formulaire réglementaire de prescription comporte une rubrique unique pour le transport assis, ce qui favorise l'expansion des transports par taxi au détriment de ceux en véhicule sanitaire léger, moins coûteux en moyenne.

De manière générale, les évolutions apportées aux nomenclatures tarifaires font insuffisamment bénéficier l'assurance maladie

des gains de productivité réalisés par les acteurs du système de santé.

Des gains de productivité dont l'assurance maladie ne bénéficie pas assez

Les médicaments innovants, comportant un service médical rendu élevé, sont généralement très coûteux. Or les révisions des prix des médicaments anciens, pour lesquels les entreprises pharmaceutiques ont amorti de longue date leurs coûts de recherche, sont encore trop espacées dans le temps. Afin d'accélérer ces révisions, des périodicités maximales de révision auraient vocation à être fixées.

Les tarifs des séances de dialyse (3,4 Md€ de dépenses d'assurance maladie en 2019, auxquelles s'ajoutent 0,8 Md€ pour les transports) diminuent, surtout pour les centres lourds. Néanmoins, la rentabilité des structures privées lucratives de dialyse se maintient à un haut niveau (avec un résultat d'exploitation de l'ordre de 15 % du chiffre d'affaires en moyenne), trois fois plus élevé que la moyenne des activités de soins de toute nature des structures privées lucratives. L'assurance maladie bénéficie insuffisamment des gains de productivité du secteur, permis notamment par les baisses de prix des consommables nécessaires au filtrage du rein.

Le mouvement de concentration des sites d'analyse a permis aux laboratoires d'analyses biologiques de réaliser des économies d'échelle, grâce à la mutualisation des plateaux

techniques et des fonctions support et au renforcement de leur pouvoir de négociation vis-à-vis de leurs fournisseurs (réactifs et matières premières). L'assurance maladie (3,5 Md€ de dépenses en 2019) en bénéficie insuffisamment : entre 2009 et 2016, le résultat net comptable des laboratoires est passé de 9 à 10 % de leur chiffre d'affaires ; à 16 %, leur rentabilité économique est deux fois supérieure à la moyenne de l'ensemble des secteurs de l'économie.

Les maladies cardio-neurovasculaires illustrent l'existence d'effets d'aubaine pour certains tarifs de séjours, liés à des écarts excessifs entre les tarifs et les coûts, entre les tarifs respectifs des secteurs public et privé lucratif et entre les tarifs propres aux différents niveaux de sévérité de prise en charge des patients.

3 – Les rémunérations versées aux acteurs du système de santé devraient moins reposer sur le paiement à l'acte ou au séjour, et plus sur le versement de forfaits

En 2019, les rémunérations à l'acte ou au séjour ont représenté 86 % des financements de l'assurance maladie aux établissements de santé publics et privés non lucratifs ayant une activité de médecine, chirurgie ou obstétrique, 98 % pour les établissements privés lucratifs ayant la même activité et 93 % pour les médecins de ville.

Cette structure de financement favorise la hausse du volume et des dépenses de soins.

Afin de contenir l'évolution des dépenses liées aux maladies chroniques, il conviendrait d'expérimenter une enveloppe annuelle individualisée par patient et modulée en fonction de l'état de santé et des besoins de ce dernier. Cette enveloppe intégrerait l'ensemble

des soins médicaux et paramédicaux en ville et en établissement de santé. La régulation des dépassements d'honoraires serait parallèlement renforcée afin que ce forfait de rémunération ne soit pas contourné.

En outre, les acteurs du système de santé sont insuffisamment incités à faire évoluer leurs pratiques afin de prendre en compte les objectifs de santé publique et de maîtrise des dépenses décidés par les pouvoirs publics.

Alors que les accords conventionnels privilégient des hausses indifférenciées de tarifs ou l'identification de nouveaux actes par différenciation marginale d'avec ceux déjà reconnus, les futures hausses de rémunérations accordées aux professionnels de santé auraient vocation à prendre place dans le cadre de forfaits à même de garantir des contreparties mesurables et effectives de leur part. La rémunération sur objectifs de santé publique pourrait en être le cadre privilégié.

Les apports de la rémunération sur objectifs de santé publique (Rosp) versée aux médecins

Créée par la convention médicale de 2011, la Rosp concourt à renforcer la prévention des pathologies chroniques (par exemple par la réalisation précoce d'examens) ou d'effets indésirables (iatrogénie médicamenteuse liée aux psychotropes et aux antibiotiques).

De plus, elle contribue directement à la maîtrise des dépenses, en incitant les médecins à augmenter la part des génériques dans leurs prescriptions de médicaments. Cette part (16 % en valeur et 30 % en volume) reste bien plus faible en France qu'en Allemagne ou au Royaume-Uni (35 % en valeur et plus de 80 % en volume) : le développement de l'utilisation des génériques continue à reposer avant tout sur la modification des ordonnances par les pharmaciens (encouragés en cela par une Rosp spécifique), plutôt que sur leur prescription par les médecins.

En 2020, la Rosp a été versée à un peu plus de 72 000 médecins pour 280 M€. Elle est destinée pour l'essentiel aux généralistes (96 % du total). Parmi les spécialistes, seuls les cardiologues et gastro-entérologues en bénéficient. Les professionnels paramédicaux habilités à prescrire n'en perçoivent pas.

C – Il convient de réduire de manière déterminée les causes évitables des dépenses de santé et d'assurance maladie

1 - Un changement d'échelle de l'effort de prévention des pathologies est indispensable

Comme il a été souligné, les pathologies chroniques fréquemment suscitées ou aggravées par les comportements et habitudes de vie ont un coût humain et financier très lourd.

Contrairement à une idée reçue, la prévention primaire (réduction du nombre de nouveaux cas), secondaire (dépistage des patients) et tertiaire (moindre aggravation de la situation des patients) des pathologies bénéficie d'un important effort financier public, surtout de

l'assurance maladie, qui peut être estimé à 15 Md€ environ par an.

Il n'en demeure pas moins que notre système de santé reste avant tout organisé autour de la médecine curative. Le corps médical peine encore souvent à aborder la question des habitudes de vie en dehors d'une demande explicite des patients et à prévenir plus activement les pathologies, malgré les incitations financières de l'assurance maladie (forfait patientèle du médecin traitant, rémunération sur objectifs de santé publique).

Depuis 2018, les pouvoirs publics ont engagé une politique résolue de réduction de la consommation de tabac, par relèvement de la fiscalité, qui a des effets tangibles : le nombre de fumeurs a baissé en valeur absolue. En revanche, ils n'ont pas engagé d'effort notable afin de réduire la consommation d'alcool, qui

continue à s'inscrire à un niveau élevé par rapport à la plupart des pays européens. Un habitant sur deux est en surpoids et un sur six est obèse ; c'est moins que la moyenne des pays de l'OCDE, mais deux fois plus qu'en Italie. Cependant, l'offre de produits de bonne qualité nutritionnelle continue à reposer avant tout sur l'autorégulation de l'industrie agroalimentaire et de la grande distribution.

Des signaux-prix plus forts devraient être adressés. Ainsi, la fiscalité des boissons alcoolisées et sucrées devrait être relevée et les produits alimentaires transformés comportant une forte teneur en sucre ajouté faire l'objet d'une taxation spécifique. En outre, la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des soins curatifs pourrait être modulée, dans certaines limites, en fonction de la réponse des assurés aux propositions de dépistage de pathologies qu'elle leur adresse.

Enfin, il conviendrait d'accroître la part de la rémunération des médecins liée à des actes de prévention.

Les instruments réglementaires devraient eux aussi être plus fortement utilisés. L'interdiction de la publicité sur les boissons alcoolisées instaurée par la loi Évin, affectée par de multiples dérogations, devrait être rétablie. Par ailleurs, des taux maximaux de sel, de sucre et de gras dans la composition nutritionnelle des aliments auraient vocation à être fixés. Il conviendrait aussi de mettre à l'étude une obligation d'affichage du Nutriscore dans le cadre du régime des allégations nutritionnelles devant être notifiées à la Commission et aux autres États membres de l'Union européenne.

Un autre enjeu de prévention concerne les pathologies dont le système de santé est l'auteur.

Une prévention à renforcer au sein même du système de santé : les infections nosocomiales et la résistance aux antibiotiques

Les infections associées aux soins seraient responsables d'environ 4 000 décès par an. Alors qu'elle avait diminué entre 2001 (6,9 %) et 2006 (5 %), la prévalence des patients infectés stagne à ce niveau depuis lors (contre moins de 4 % en Allemagne ou aux Pays-Bas). Il convient de reconfigurer les équipes d'hygiène des établissements de santé, de revenir sur la suspension de l'obligation de vaccination contre la grippe des professionnels de santé et de retirer l'autorisation d'activité des établissements de santé qui ne corrigent pas dans un délai déterminé les défaillances relevées par la Haute autorité de santé. En outre, la politique de prévention devrait être étendue aux professionnels médicaux et paramédicaux de ville.

La résistance aux antibiotiques a occasionné plus de 5 500 décès en 2015. Malgré une légère diminution, surtout pour les sujets jeunes, la consommation d'antibiotiques par habitant reste en France deux fois plus élevée qu'en Allemagne et deux fois et demi plus élevée qu'aux Pays-Bas. Il convient de favoriser l'évolution des comportements de prescription des médecins, par l'adaptation de leur formation continue et de leurs modes de rémunération, et de faire dispenser à l'unité les antibiotiques par les pharmaciens.

2 - Certaines dépenses sont à recentrer sur leur finalité : le cas des indemnités journalières

Les dépenses relatives aux indemnités journalières pour maladie et pour accident du travail ou maladie professionnelle (8,7 Md€ et 4,9 Md€ respectivement en 2019) sont très dynamiques (+ 3 à 5 % par an). Le recul de l'âge moyen de départ à la retraite n'est pas le seul facteur explicatif de cet état de fait : le nombre moyen de jours d'arrêt de travail tend à augmenter pour la plupart des classes d'âge.

Les parties prenantes des dépenses d'indemnisation des arrêts de travail devraient être plus responsabilisées : médecins qui prescrivent les arrêts, salariés qui les sollicitent et employeurs, dont les conditions de travail pratiquées peuvent contribuer à la demande d'arrêts par leurs collaborateurs.

L'assurance maladie estime à environ 7 000 les médecins fortement prescripteurs, 7 000 également les médecins très fortement prescripteurs et à 700 à 1 000 les médecins sur-prescripteurs. Toutefois, c'est seulement à l'égard d'une fraction réduite de ces derniers qu'elle applique des mesures contraignantes (mise sous objectif ou sous accord préalable). L'assurance maladie devrait aussi communiquer à chaque médecin les données lui permettant de situer sa pratique par rapport à ses confrères et favoriser la prise en compte par les médecins de durées-repères pour les pathologies bénignes dans le cadre des services de e-prescription des arrêts de travail qu'elle met à leur disposition des médecins – dont l'utilisation sera en principe obligatoire fin 2021.

La dynamique des durées annuelles d'arrêts de travail reflète aussi l'impact des conditions de travail. De fait, ces durées varient grandement selon les secteurs d'activité : dans les secteurs

de la santé et du médico-social, elles sont près de deux fois plus élevées que dans le BTP ou dans l'industrie. Afin d'inciter plus efficacement les employeurs à adapter les postes, les organisations et les relations de travail, il conviendrait, à niveau inchangé d'indemnisation des salariés, d'accroître la part de l'indemnisation à leur charge directe et de réduire celle de l'assurance maladie. Ce report de financement devrait couvrir l'ensemble des arrêts, et pas seulement ceux de courte durée.

Enfin, afin de prévenir la désinsertion professionnelle des salariés qui enchaînent de fréquents arrêts de travail, il conviendrait de rendre plus efficace l'accompagnement à la reprise du travail, par une intervention précoce de l'assurance maladie auprès du salarié, en lien avec son médecin traitant, en impliquant également durant l'arrêt de travail l'employeur et le service de santé au travail.

Dans un objectif identique, le bénéfice d'une pension d'invalidité (7,6 Md€ de prestations en 2019) pourrait être ouvert pour une période définie pour les assurés les plus proches de l'emploi, en faisant bénéficier ceux-ci d'un accompagnement social et professionnel renforcé. Au terme de cette période, le service médical de l'assurance maladie apprécierait s'il convient de reconduire la pension, de la suspendre ou bien de reconnaître un plus fort degré d'invalidité.

3 - Améliorer le paiement à bon droit des règlements de frais de santé permettrait à l'assurance maladie d'économiser des sommes importantes

Une fraction non négligeable des remboursements de frais de santé versés par l'assurance maladie procède de facturations par les professionnels et les établissements de santé de soins, biens ou prestations fictifs,

surcotés ou non conformes aux règles fixées par les nomenclatures tarifaires.

Qu'ils procèdent d'erreurs involontaires de facturation ou de fraudes, les remboursements à tort de frais de santé, pour l'essentiel en tiers payant aux professionnels et aux établissements, ont un coût élevé pour l'assurance maladie. Ainsi, selon une estimation partielle effectuée à partir d'un échantillon de facturations, l'assurance maladie aurait versé à tort environ 2 Md€ en 2020. Ce montant est une estimation basse. En effet, il ne prend pas en compte les erreurs de facturation de séjours commises par les établissements de santé publics et privés non lucratifs, pour lesquelles aucune estimation n'est disponible. Sur un champ ainsi incomplet, il retrace les erreurs les plus visibles.

Les actions de contrôle de l'assurance maladie préservent insuffisamment ses intérêts financiers.

Ainsi, l'assurance maladie devrait intégrer ou réactiver dans ses systèmes d'information des contrôles automatisés permettant de bloquer *a priori* un plus grand nombre de factures irrégulières.

En outre, l'assurance maladie devrait à nouveau opérer des contrôles approfondis sur les facturations des établissements de santé, encore suspendus en 2021, et ces contrôles être plus nombreux : avant la crise, c'est seulement pour 0,6 à 0,7 % des séjours que les facturations étaient contrôlées au regard des informations figurant dans les dossiers médicaux des patients. L'assurance maladie devrait aussi accroître le nombre de contrôles

a posteriori des facturations que lui adressent les professionnels de ville : il est fréquent qu'elle continue à régler des professionnels qui lui facturent une activité anormalement élevée, sinon aberrante (plusieurs centaines de milliers d'euros d'honoraires annuels).

Cet enjeu de régularité des remboursements de frais de santé qu'effectue l'assurance maladie dépasse la recherche et la répression des fraudes démontrables. Il implique une révision des modalités de gestion de ces remboursements et, ce faisant, un rééquilibrage des droits et obligations réciproques des acteurs du système de santé et de l'assurance maladie.

D – À certaines conditions, les technologies numériques peuvent améliorer l'efficacité du système de santé et des dépenses d'assurance maladie

Après l'échec de certains projets (dossier médical partagé), le plan ministériel « Ma santé 2022 » de 2018 a engagé un développement de grande ampleur des services numériques en santé : un dossier médical personnel dématérialisé, des messageries numériques sécurisées entre professionnels de santé en ville et à l'hôpital, des services de e-prescription, de nouveaux services auxquels les assurés sociaux pourront accéder à travers leur compte personnel « Ameli ».

Les technologies numériques offrent des potentialités sans précédent pour améliorer l'efficacité du système de santé et permettre la réalisation d'économies par l'assurance maladie.



Prévenir l'iatrogénie médicamenteuse et les hospitalisations en permettant au professionnel de santé qui prescrit ou dispense les médicaments d'appréhender l'ensemble des traitements



Réduire les difficultés d'accès aux soins et économiser des dépenses de transport, grâce au développement des consultations et des expertises à distance



Éviter des examens redondants lorsque le patient est pris en charge par un autre médecin ou établissement

Le numérique en santé : de multiples apports attendus



Améliorer le paiement à bon droit des remboursements de l'assurance maladie : élimination de certaines irrégularités (ex : facturation de soins, biens ou prestations qui divergent des prescriptions), voire fraudes manifestes



Favoriser des prescriptions plus économes de médicaments : prescriptions en dénomination commune internationale, obligatoire depuis 2015 et non plus en nom de marque ; prescriptions de médicaments génériques



Permettre une interprétation et une surveillance continue à distance des paramètres de santé du patient, par des objets connectés, en prévenant ainsi des épisodes critiques se traduisant par des hospitalisations

Des évolutions importantes sont engagées. En 2022, un DMP numérisé sera ouvert pour tous les assurés, sauf opposition de leur part (seuls 10 millions de DMP sont ouverts à ce jour). La crise sanitaire s'est accompagnée d'un fort développement des téléconsultations, qui ne reviendront pas à leur étiage antérieur. Après ceux d'arrêt de travail et de transport de patients, l'assurance maladie met en place des services de e-prescription des médicaments et des dispositifs médicaux, ce qui doit permettre à la France de combler son retard par rapport à la plupart de ses voisins, et prévoit de faire de même pour les actes de biologie et paramédicaux ; en principe, les professionnels et les établissements de santé auront l'obligation d'utiliser ces services d'ici 2024. Le plan « France relance » prévoit de consacrer 1,4 Md€ au développement de l'utilisation du numérique dans le champ sanitaire et 0,6 Md€ dans le secteur médico-social.

Des difficultés doivent toutefois être surmontées. Ainsi, il convient que le ministère de la santé fixe des normes techniques qui garantissent l'interopérabilité des systèmes d'informations de l'ensemble des acteurs du système de santé et, s'agissant des e-prescriptions de produits de santé, l'utilisation de références génériques et non commerciales. Il importe aussi que les éditeurs de logiciels mettent à la disposition des acteurs du système de santé des solutions logicielles conformes à ces normes techniques. Il faut enfin que l'ensemble des acteurs s'approprient les nouveaux services numériques : les médecins devront établir des comptes rendus de synthèse afin que le DMP stocke des informations hiérarchisées et utilisables ; les établissements de santé devront raccorder leurs systèmes d'information aux services numériques de l'assurance maladie, alors qu'ils s'en tiennent éloignés.

En dernier lieu, le numérique en santé doit effectivement déboucher sur des économies nettes pour l'assurance maladie. Dans cet objectif, les dépenses nouvelles suscitées par l'utilisation des nouveaux services devront être moins élevées que les économies permises par les usages du numérique. Dans cet objectif, il convient notamment de fixer un cadre de financement non inflationniste, ne reposant pas sur le paiement à l'acte, pour le financement de la télésurveillance par l'assurance maladie.

Afin de résorber le déficit de l'assurance maladie, la Cour invite ainsi à agir sur les déterminants et mécanismes de formation des dépenses de santé et d'assurance maladie.

La plupart des économies évoquées dans cette note pourraient être réalisées en quelques années. En majorant de moitié l'effort annuel d'économies (suspendu pour l'essentiel depuis 2020) par rapport à son niveau antérieur de 3 à 4 Md€, elles pourraient permettre de ramener l'assurance maladie à l'équilibre financier avant 2030, sans augmenter les prélèvements qui lui sont affectés, ni réduire le périmètre ou le niveau de ses remboursements.

A contrario, une réduction du niveau de socialisation du financement de la santé par l'assurance maladie conduirait à reporter des dépenses vers les complémentaires santé et les patients. Les assurances complémentaires relèveraient alors leurs tarifs, ce qui accentuerait leur caractère coûteux et inégalitaire, tandis que l'accès aux soins de certains patients serait moins bien assuré. Si cette voie d'évolution n'est pas préconisée par la Cour, ni évoquée aujourd'hui dans le débat public, elle pourrait néanmoins s'imposer, tôt ou tard, à défaut d'une action plus déterminée et continue sur les dépenses.

RÉFÉRENCES AUX TRAVAUX DE LA COUR DES COMPTES

La Cour a mené de nombreux travaux ces dernières années sur lesquels elle s'est appuyée, en particulier les publications suivantes :

2021

- *Les politiques de prévention en santé publique*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2021
- *La trajectoire financière de la sécurité sociale à partir de 2020 : le défi des conséquences de la crise sanitaire*, rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (RALFSS), octobre 2021
- *Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover*, RALFSS, octobre 2021.
- *La télésanté, des outils à mettre au service de la coordination des soins*, RALFSS, octobre 2021
- *Les dépenses de biologie médicale : des efforts d'efficience encore insuffisants*, RALFSS, octobre 2021
- *La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir*, RALFSS, octobre 2021
- *Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, juin 2021

2020

- *Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier*, RALFSS, octobre 2020
- *Les groupements hospitaliers de territoire : un bilan en demi-teinte, une réforme à poursuivre*, RALFSS, octobre 2020
- *La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer*, RALFSS, octobre 2020
- *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : des progrès trop lents, un changement d'échelle indispensable*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, septembre 2020
- *L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients*, rapport public annuel, février 2020

2019

- *La prévention et la prise en charge de l'obésité*, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2019
- *Les indemnités journalières : des dépenses croissantes pour le risque maladie, une nécessaire maîtrise des arrêts de travail*, RALFSS, octobre 2019

- *Les pensions d'invalidité : une modernisation indispensable au service d'un accompagnement renforcé des assurés*, RALFSS, octobre 2019
- *Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire*, RALFSS, octobre 2019
- *La politique de prévention des infections associées aux soins : une nouvelle étape à franchir*, rapport public annuel, février 2019
- *Les urgences hospitalières : des services toujours trop sollicités*, rapport public annuel, février 2019

2018

- *Le rôle des centres hospitaliers universitaires, référé au Premier ministre*, décembre 2018 et *Le rôle des CHU dans l'offre de soins*, communication à la commission des affaires sociales du Sénat, novembre 2018
- *Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France*, RALFSS, octobre 2018
- *Le virage ambulatoire du système de santé : de nouvelles transformations à engager, en ville comme à l'hôpital*, RALFSS, octobre 2018
- *La lutte contre les maladies cardiovasculaires : une priorité à donner à la prévention et à la qualité des soins*, RALFSS, octobre 2018
- *Les soins visuels : une prise en charge à réorganiser*, RALFSS, octobre 2018

2017

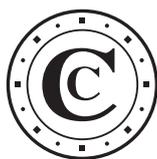
- *L'avenir de l'assurance maladie, Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs*, rapport public thématique
- *La médecine libérale de spécialité : contenir la dynamique des dépenses, améliorer l'accès aux soins*, RALFSS, septembre 2017
- *Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge*, RALFSS, septembre 2017
- *La fixation du prix des médicaments : des résultats significatifs, des enjeux toujours majeurs d'efficience et de soutenabilité, un cadre d'action à fortement rééquilibrer*, RALFSS, septembre 2017

2016

- *Les politiques de lutte contre les consommations nocives d'alcool*, rapport public thématique

Les publications de la Cour des comptes sont consultables sur le site Internet :

www.ccomptes.fr



Le présent rapport
est disponible sur le site internet
de la Cour des comptes : www.ccomptes.fr

LES ENJEUX STRUCTURELS
POUR LA FRANCE
DÉCEMBRE 2021
