

## LA SITUATION ET LES PERSPECTIVES DES FINANCES PUBLIQUES

### Chapitre IV Pour une trajectoire des finances publiques soutenables et durables

I - Une stratégie ambitieuse pour une croissance durable

II - Un effort de maîtrise de la dépense publique plus important que par le passé tout en préservant les recettes

#### **A - Des leviers transversaux en recettes et en dépenses**

#### **B - Des politiques publiques à rendre plus efficaces**

##### **2 - Assurance maladie : des gains possibles pour une qualité de service renforcée**

La crise sanitaire a rappelé la nécessité de poursuivre les investissements et la modernisation de notre système de santé, dans un contexte de vieillissement des infrastructures hospitalières et de saturation de certains services, à l'image des urgences, sous l'effet d'un manque de lits et de personnel.

En 2019, avant la crise sanitaire, les dépenses de santé représentaient plus de 11 % du PIB, soit 270 Md€, dont 208 Md€ au titre des soins et des biens médicaux. L'assurance maladie couvre près de 80 % de ces dépenses. Elle connaît, depuis les années 1990, un déficit permanent que les conséquences de la crise sanitaire sur ses recettes et ses dépenses, mais aussi les accords du « Ségur de la santé » visant à revaloriser les rémunérations des personnels hospitaliers et médico-sociaux, ont fortement accru dans la période récente.

Le déficit de l'assurance maladie (26,1 Md€ en 2021) n'est cependant pas une fatalité. Des leviers convergents peuvent permettre de le résorber. La Cour rappelle la nécessité de se doter d'outils efficaces de maîtrise des dépenses (a), d'engager une profonde rénovation de l'organisation et des modalités de rémunération des soins (b) et de lutter contre certaines dépenses évitables tout en exploitant pleinement les gains d'efficacité pouvant être attendus, notamment du numérique en santé (c).

Le vieillissement de la population et la montée en puissance des pathologies chroniques favorisent l'augmentation des dépenses d'assurance maladie. Compte tenu des marges d'efficacité accrue dont dispose notre système de santé, il apparaît cependant possible, à tout le moins, de stabiliser leur part dans le PIB tout en répondant aux attentes exprimées par nos concitoyens et par les professionnels de santé. La Cour a ainsi identifié plusieurs voies d'amélioration à même de concilier la maîtrise des dépenses avec les exigences d'accessibilité et de qualité des soins.

a) Un objectif de maîtrise des dépenses à réaffirmer

Ainsi que la Cour l'a déjà souligné<sup>1</sup>, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) ne permet pas une régulation satisfaisante des dépenses sur le moyen et le long terme, compte tenu de la portée insuffisante des actions visant à améliorer l'efficacité de l'ensemble des composantes du système de santé, qu'il s'agisse des soins de ville ou de ceux en établissements de santé. Depuis la crise sanitaire, il n'est en outre même plus utilisé comme un instrument de pilotage de court terme.

Il est nécessaire, en particulier dans le contexte actuel, de rétablir une norme de maîtrise de la progression des dépenses d'assurance maladie, à même de permettre la stabilisation de la part de ces dépenses dans le PIB.

L'objectif d'équilibre doit régulièrement être réaffirmé comme cible du pilotage financier de la politique sanitaire.

Afin de rendre cet outil de maîtrise et de pilotage de la dépense plus efficace, la Cour a identifié plusieurs pistes d'amélioration<sup>2</sup> à même de permettre des gains d'efficacité et d'améliorer la qualité de la dépense.

b) Une organisation et des modalités de rémunération des soins à repenser

Une organisation perfectible

Une première série de mesures concerne l'organisation des acteurs du système de santé, insuffisamment tournée vers l'accessibilité, la qualité et la sécurité des soins. S'agissant des établissements de santé, la Cour a ainsi souligné la nécessité de fixer des planchers de nombres de séjours chirurgicaux et d'approfondir les regroupements d'activités, y compris de soins, au sein des groupements d'hôpitaux publics (groupements hospitaliers de territoire) afin de disposer d'établissements ayant une taille critique suffisante, à même de leur permettre de répondre aux enjeux, toujours croissants, de qualité, de pertinence et de sécurité des soins.

Contrairement à d'autres pays, les compétences reconnues aux professionnels paramédicaux continuent à faire l'objet d'une définition étroite. Les pratiques avancées, par lesquelles ces professionnels sont admis à exercer certaines missions jusque-là dévolues aux seuls médecins, sous réserve d'un approfondissement préalable de leur formation, connaissent un développement encore trop limité.

De manière générale, les trois secteurs de l'offre de soins (médecine de ville, établissements de santé et établissements médico-sociaux) sont insuffisamment coordonnés, au détriment de la fluidité des parcours des patients et de la gradation des soins. Un exemple frappant de cette situation est fourni par le recours aux urgences hospitalières pour la réalisation de soins relevant de la médecine de ville.

Des modalités de rémunération des soins à repenser

Un autre levier de gains d'efficacité réside dans la rénovation des modalités de rémunérations des soins.

---

<sup>1</sup> Cour des comptes, Une stratégie de finances publiques pour la sortie de crise, juin 2021, op. cit.

<sup>2</sup> Cour des comptes, Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie, décembre 2021.

Les rémunérations à l'acte ou au séjour représentent la quasi-totalité des financements de l'assurance maladie aux établissements de santé et aux médecins de ville<sup>3</sup>, ce qui a pour effet de favoriser la hausse du volume et des dépenses de soins. Ces modalités sont inadaptées aux pathologies chroniques, qui nécessitent la réalisation de soins récurrents. Afin de maîtriser l'évolution des dépenses liées à ces pathologies, il conviendrait de définir une enveloppe annuelle de dépenses individualisée par patient affecté par une ou plusieurs pathologies, qui serait modulée au vu de son état de santé et de ses besoins et partagée entre les divers intervenants du système de santé.

De manière générale, les hausses de rémunération accordées aux professionnels libéraux de santé par la voie d'accords conventionnels auraient vocation à prendre place dans le cadre de forfaits (comme la rémunération sur objectifs de santé publique des médecins), à même de garantir des contreparties mesurables et effectives, la réalisation d'actes utiles pour la prévention des pathologies et la maîtrise des dépenses issues de prescriptions (notamment par l'augmentation de la part des médicaments génériques).

La croissance accélérée de certaines dépenses de santé invite à mieux les encadrer. En effet, si les dépenses de produits de santé, de médicaments et de dispositifs médicaux remboursées par l'assurance maladie, ont crû à un rythme de 1,5 % par an au cours de la période 2009-2019, inférieur à celui de l'Ondam, certaines d'entre elles ont connu une augmentation bien plus importante. Ainsi, les dépenses portant sur les dispositifs médicaux ont progressé de 4 % à 5 % par an et atteignent désormais 7,4 Md€. Les produits de santé onéreux et innovants remboursés aux établissements de santé « en sus » des tarifs rémunérant les séjours ont pour leur part occasionné des dépenses en hausse de plus de 6 % par an pour les médicaments<sup>4</sup>. Le périmètre de la « liste en sus » devrait être mieux ciblé sur les produits qui rendent un service médical significatif aux patients.

Les mécanismes de régulation des prescriptions hospitalières exécutées en ville pourraient être utilement rénovés afin de peser effectivement sur l'évolution des dépenses correspondantes. Parmi ces prescriptions les dépenses de transport de patients doivent être mieux régulées, en intégrant notamment les dépenses de trajets domicile-établissements aux budgets des établissements de santé, qui ne prennent aujourd'hui en charge que les dépenses de transport internes et inter-établissements.

Il convient en outre que les évolutions tarifaires prennent mieux en compte la charge et la complexité des soins, fassent bénéficier l'assurance maladie d'une part accrue des gains de productivité que réalisent, à des degrés divers, l'ensemble des acteurs du système de santé et permettent de résorber les rentes de situation qui peuvent être observées. Ainsi, les prix des médicaments et dispositifs médicaux pour lesquels les coûts de recherche et de développement ont été amortis de longue date ont vocation à être révisés selon des périodicités plus rapprochées. Les tarifs des séances de dialyse en centre lourd, mais aussi en unité de dialyse médicalisée, doivent être plus fortement réduits. Les accords volume-tarifs négociés par l'assurance maladie avec les laboratoires

---

<sup>3</sup> Elles représentent 86 % des financements de l'assurance maladie aux établissements de santé publics et privés non lucratifs, 98 % pour les établissements privés lucratifs et 93 % pour les médecins de ville.

<sup>4</sup> Cour des comptes, Les dépenses d'assurance maladie entre 2010 et 2019 : des progrès dans la maîtrise globale des dépenses, des réformes à intensifier, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2020.

d'analyse biologique doivent mieux prendre en compte les gains de productivité réalisés par ces derniers sous l'effet du mouvement de concentration des sites d'analyse engagé depuis 2013.

Ainsi, les laboratoires d'analyses biologiques ont réalisé d'importants gains de productivité : la mutualisation des plateaux techniques, des achats et des fonctions supports ainsi que le renforcement du pouvoir de négociation des laboratoires vis-à-vis de leurs fournisseurs ont conduit à une réduction conséquente des coûts de production. La rentabilité économique du secteur est ainsi deux fois supérieure à la moyenne générale de l'ensemble des secteurs économiques. Les négociations des enveloppes futures de dépenses entre l'assurance maladie et les représentants des laboratoires doivent mieux prendre en compte cette réalité. Par ailleurs, les prix des médicaments et dispositifs médicaux, pour lesquels les coûts de recherche et de développement ont été amortis de longue date, ont vocation à être révisés selon des périodicités plus rapprochées.

### c) Des dépenses à éviter et des outils à mieux exploiter

Le troisième axe d'efficacité concerne les actions de prévention<sup>5</sup>, permettant de réduire certaines dépenses évitables. Bien que les dépenses de prévention atteignent un montant significatif, 15 Md€ par an environ, le système de santé français repose encore très largement sur une logique curative. Afin de limiter la fréquence des pathologies suscitées ou activées par les habitudes de vie, plusieurs outils pourraient être utilisés, comme un relèvement de la fiscalité des boissons alcoolisées et sucrées ainsi que des produits transformés à forte teneur en sucre ajouté.

Les prescriptions de médicaments, dont la consommation par habitant en France continue à dépasser celle de la plupart de nos voisins européens, appellent une régulation accrue. Le niveau de consommation d'antibiotiques est ainsi particulièrement élevé, ce qui occasionne des dépenses qui auraient pu être évitées : 400 M€ pourraient ainsi être économisés chaque année si la consommation française était équivalente à celle des Pays-Bas<sup>6</sup>.

Certaines dépenses fortement dynamiques pourraient être mieux maîtrisées en étant recentrées sur leur finalité, à l'image des indemnités journalières pour maladie et pour accident du travail ou maladie professionnelle, dont la progression annuelle atteint 4 % à 5 % et qui ont représenté un coût total de 13,6 Md€ en 2019. Les prescriptions des 15 000 médecins fortement, très fortement ou sur-prescripteurs devraient être mieux contrôlées par l'assurance maladie. Les employeurs devraient être davantage incités à adapter les postes et les organisations de travail par une prise en charge d'une part accrue de l'indemnisation des salariés. Les salariés fréquemment en arrêt de travail devraient être mieux accompagnés à la reprise du travail, afin de prévenir la désinsertion professionnelle qui peut être observée pour certains salariés, même lorsqu'ils n'ont pas d'affection de longue durée.

L'assurance maladie dispose aussi d'un gisement d'économies potentielles par l'amélioration du paiement à bon droit des règlements de frais de santé. En 2021, les remboursements à tort de frais de santé, pour l'essentiel en tiers payant aux

---

<sup>5</sup> Cour des comptes, Les politiques de prévention en santé publique, communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, novembre 2021.

<sup>6</sup> Cour des comptes, Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

professionnels et établissements qui les facturent, ont eu un coût pouvant être estimé à minima à 2,5 Md€.

Enfin, la montée en puissance du numérique en santé pourrait permettre de générer des économies substantielles : prévention d'épisodes aigus nécessitant une hospitalisation grâce à la surveillance à distance des paramètres de santé, soins redondants ou dangereux évités grâce à une information exhaustive sur les soins reçus par le patient et détection plus efficace des remboursements irréguliers ou frauduleux.

La dématérialisation des prescriptions pourrait également être source de gains d'efficacité, en favorisant la prescription de médicaments génériques dès la rédaction de l'ordonnance, sans que le pharmacien n'ait à effectuer lui-même cette substitution. Elle pourrait aussi permettre de supprimer certains risques d'erreur ou de fraude (absence de prescription, réutilisation à plusieurs reprises de la même ordonnance, antidatage des prescriptions) et faciliter la réalisation des contrôles de factures<sup>7</sup>.

Le Haut conseil du financement de la protection sociale identifie également des gisements d'économies en matière de gestion administrative<sup>8</sup>. Des gains de productivité seraient notamment à attendre d'un système d'information de qualité entre toutes les branches, ainsi que d'autres pays, à l'image de la Belgique, ont pu en mettre en place. Au-delà des mesures d'économies et d'efficacité mentionnées supra, la Cour rappelle que la part des dépenses de santé socialisées par l'assurance maladie n'a cessé de croître au cours des vingt dernières années, notamment du fait de l'augmentation du nombre d'assurés en situation d'affection longue durée (ALD) : entre 2001 et 2019, elle est ainsi passée de 78 % à près de 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Alors que le niveau moyen des dépenses restant à la charge directe des assurés, après assurance maladie et complémentaires santé, est le plus faible de l'ensemble des pays européens (7 % de la consommation de soins et biens médicaux), une réflexion serait à ouvrir sur la part des dépenses socialisée par l'assurance maladie.

Une réduction éventuelle supposerait cependant la mise en place de garde-fous afin de ne pas affecter l'accès aux soins pour des raisons financières ou augmenter le coût des complémentaires santé pour les ménages et les employeurs (qui doivent obligatoirement souscrire et financer des garanties en faveur de leurs salariés). Dans cette perspective, un dispositif de « bouclier sanitaire », comme il en existe en Allemagne, en Belgique ou en Autriche, permettrait de moduler les participations financières des assurés à la couverture de leurs dépenses de santé en fonction du niveau de leurs revenus. Le cas échéant, il pourrait être tenu compte de l'existence d'une affection de longue durée par l'application d'un plafond plus faible, comme cela est le cas en Allemagne.

---

<sup>7</sup> Cour des comptes, La dématérialisation des prescriptions médicales, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, octobre 2021.

<sup>8</sup> Haut Conseil du Financement de la protection sociale, Pour des finances sociales soutenables, adaptées aux nouveaux défis, janvier 2022.