

N° 134

# SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2015-2016

---

---

Enregistré à la Présidence du Sénat le 4 novembre 2015

## RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des affaires sociales (1) sur le projet de loi, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE, de **financement de la sécurité sociale pour 2016,***

Par M. Jean-Marie VANLERENBERGHE,  
Sénateur,  
Rapporteur général.

Tome II :  
Assurance maladie

---

*(1) Cette commission est composée de : M. Alain Milon, président ; M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général ; M. Gérard Dériot, Mmes Colette Giudicelli, Caroline Cayeux, M. Yves Daudigny, Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Pierre Godefroy, Gérard Roche, Mme Laurence Cohen, M. Gilbert Barbier, Mme Aline Archimbaud, vice-présidents ; Mme Agnès Canayer, M. René-Paul Savary, Mme Michelle Meunier, M. Jean-Louis Tourenne, Mme Élisabeth Doineau, secrétaires ; M. Michel Amiel, Mme Nicole Bricq, MM. Olivier Cadic, Jean-Pierre Caffet, Mme Claire-Lise Campion, MM. Jean-Noël Cardoux, Daniel Chasseing, Olivier Cigolotti, Mmes Karine Claireaux, Annie David, Isabelle Debré, Catherine Deroche, M. Jean Desessard, Mme Chantal Deseyne, M. Jérôme Durain, Mmes Anne Emery-Dumas, Corinne Féret, MM. Michel Forissier, François Fortassin, Jean-Marc Gabouty, Mme Françoise Gatel, M. Bruno Gilles, Mmes Pascale Gruny, Corinne Imbert, MM. Éric Jeansannetas, Georges Labazée, Jean-Baptiste Lemoyne, Mmes Hermeline Malherbe, Brigitte Micouleau, Patricia Morhet-Richaud, MM. Jean-Marie Morisset, Philippe Mouiller, Louis Pinton, Mmes Catherine Procaccia, Stéphanie Riocreux, M. Didier Robert, Mme Patricia Schillinger, MM. Michel Vergoz, Dominique Watrin, Mme Evelyne Yonnet.*

**Voir le(s) numéro(s) :**

**Assemblée nationale (14<sup>ème</sup> législ.) :** 3106, 3127, 3129 et T.A. 600

**Sénat :** 128, 134 tomes I à VIII et 139 (2015-2016)



## SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
<b>LES OBSERVATIONS DU RAPPORTEUR POUR LA BRANCHE ASSURANCE MALADIE</b> .....	5
<b>AVANT-PROPOS</b> .....	7
<b>EXPOSÉ GÉNÉRAL</b> .....	11
<b>I. LES DÉFIS À RELEVER POUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ</b> .....	11
<b>A. MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES BESOINS EN SANTÉ DE LA POPULATION</b> .....	11
1. <i>Les besoins en santé d'une population vieillissante et le régime des ALD</i> .....	11
a) <i>Quels liens entre vieillissement de la population et dépenses de santé ?</i> .....	11
b) <i>La croissance des « affections de longue durée » (ALD)</i> .....	14
2. <i>L'accès aux professionnels de santé</i> .....	15
a) <i>La répartition des médecins sur le territoire</i> .....	15
b) <i>Une réforme éclatée et sans vision d'ensemble de la permanence des soins</i> .....	18
<b>B. LA PLACE DES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES EN MATIÈRE DE SANTÉ</b> .....	22
1. <i>Existe-t-il une répartition optimale entre régimes financés par les cotisations sociales et assurances privées ?</i> .....	22
2. <i>Des critiques fortes adressées aux délégations de gestion</i> .....	23
3. <i>Une centralisation qui ne dit pas son nom ?</i> .....	25
<b>II. LE CONTENU DU PROJET DE LOI</b> .....	27
<b>TRAVAUX DE LA COMMISSION</b> .....	31
• <b>Audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés</b> .....	31
<b>Liste des personnes auditionnées</b> .....	41



### **Les observations du rapporteur pour la branche assurance maladie**

Tout en approuvant la mesure essentielle du projet de loi de financement de la sécurité sociale en ce qui concerne l'assurance maladie, la mise en place de la protection universelle maladie (*article 39*), votre rapporteur s'est inquiété de l'ampleur de la tâche à accomplir par les caisses et les services pour assurer sa mise en œuvre.

Il n'a par ailleurs pas jugé opportunes les mesures relatives à la couverture complémentaire santé de certaines parties de la population – les assurés de plus de 65 ans (*article 21*), les salariés en contrats courts ou effectuant un faible nombre d'heures (*article 22*). Outre que le motif de leur rattachement au PLFSS apparaît particulièrement ténu, ces dispositions posent de nombreuses questions par rapport aux mécanismes d'assurance complémentaire actuellement en place ou qui le seront à compter 1<sup>er</sup> janvier au titre des contrats complémentaires d'entreprise.

Il a également souligné la nécessité de rendre acceptables pour tous les acteurs les modalités de la réforme de la tarification des soins de suite et réadaptation (*article 49*).

Enfin, le PLFSS comporte plusieurs mesures d'ordre essentiellement technique, qui peuvent, pour la plupart d'entre elles, être adoptées sans modification substantielle.

Tout comme l'année passée, votre rapporteur estime cependant que les propositions du présent PLFSS restent en-deçà des mesures exigées par la gravité de la situation financière de l'assurance maladie obligatoire.

Il a proposé à la commission des affaires sociales, qui l'a adopté, un amendement tendant à mettre en place trois jours de carence en cas de maladie pour les personnels de la fonction publique hospitalière, mesure déjà adoptée par le Sénat l'an dernier.

Cette mesure législative devrait s'accompagner de plusieurs autres mesures d'ordre réglementaire ou de gestion, dont la mise en place incombe au Gouvernement, et qui touchent à la gestion des hôpitaux, à la réduction des actes inutiles, à la tarification des urgences ou encore à la prise en charge de certains médicaments.



Mesdames, Messieurs,

Le débat sur les dépenses d'assurance maladie est cette année marqué par l'impact attendu des mesures contenues dans le projet de loi relatif à la santé, actuellement en cours de discussion au Parlement. Dès l'année dernière, le Gouvernement a en effet assis une partie des économies qu'il prétend réaliser sur ces dispositions, dont le contenu a cependant fortement varié avant même la discussion à l'Assemblée nationale, première assemblée saisie.

L'assurance maladie continue à connaître un niveau élevé de déficit. **Avec un solde négatif supérieur à 6 milliards<sup>1</sup>, la branche maladie, qui représente près de la moitié du budget du régime général, concentrerait ainsi les deux tiers des déficits pour l'année 2016.**

Les dépenses de l'assurance maladie, liées à l'état de l'économie, sont plus importantes en période de chômage de masse. Le Gouvernement a donc eu le mérite, plutôt que de laisser filer les dépenses, de définir une stratégie de retour à l'équilibre et de parvenir au respect d'un objectif de dépenses d'assurance maladie à la croissance limitée par rapport au tendanciel. De fait, une démarche progressive de rétablissement des comptes est préférable à une brusque restriction des dépenses, qui s'accompagne en général de leur reprise accélérée dès lors que les mesures d'économies sont levées. Lors de son audition à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, l'ancien directeur général de la Cnam avait d'ailleurs souhaité que le taux de croissance de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) ne soit pas trop rapidement abaissé, afin de permettre aux établissements de santé de s'adapter aux exigences budgétaires.

---

<sup>1</sup> Pour des recettes de 171,7 milliards d'euros et des dépenses de 177,9 milliards, le déficit s'établirait à 6,2 milliards.

Malgré les objectifs affichés, force est néanmoins de constater que le **Gouvernement, comme ses prédécesseurs, n'utilise pas tous les moyens nécessaires au retour à l'équilibre des comptes**. Après avoir massivement recouru à l'impôt, du fait des marges de manœuvre laissées en la matière par la précédente majorité, **la baisse des dépenses constitue aujourd'hui le seul moyen d'agir sur les déséquilibres**. Il est toutefois à noter que, dans son rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, la Cour des comptes a fait une analyse critique du principal instrument de suivi des dépenses que constitue l'Ondam, dont elle a montré la tendance à surestimer les besoins en dépenses nouvelles. On peut d'ailleurs relever que l'Ondam fixé pour cette année, en progression de 1,75 %, s'établit au niveau souhaité l'année dernière par le Sénat (et jugée alors excessivement volontariste par le Gouvernement).

La baisse nécessaire des dépenses par rapport au **tendancier n'aurait pas pour conséquence de réduire la prise en charge des besoins en santé de la population**. Il n'est pas question de diminuer les coûts par la cessation d'activités de soins ou le déremboursement : l'enjeu est aujourd'hui de **mieux soigner**. La maîtrise médicalisée des coûts mise en place par l'assurance maladie au travers de la gestion du risque a vocation à permettre, en s'appuyant sur les travaux de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Institut national du cancer (InCA), d'améliorer les pratiques pour une meilleure efficacité des dépenses. L'absence de diffusion des meilleures pratiques, les erreurs de diagnostic ou l'inadaptation des protocoles de soins ont en effet à la fois un coût pour l'assurance maladie et des conséquences délétères sur la santé des patients. Dans ce contexte, le travail engagé par les agences sanitaires et l'assurance maladie, mais surtout par les professionnels eux-mêmes et les établissements, doit permettre d'atteindre l'objectif de l'obtention du plus haut niveau de qualité des soins au meilleur coût.

Votre rapporteur relève que le **Gouvernement préfère conserver la paternité d'une mesure de limitation des actes inutiles plutôt que de la laisser entrer en application plus tôt à l'initiative d'un autre acteur**. La commission des affaires sociales du Sénat avait en effet proposé, à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2015, d'adopter l'obligation de mettre en œuvre la lettre de liaison entre l'hôpital et le médecin traitant et de procéder à sa numérisation, qui figure à l'article 24 du projet de loi relatif à la santé. Elle avait en effet estimé que l'amélioration de la liaison entre la ville et l'hôpital constituait l'un des vecteurs majeurs de l'amélioration de la qualité des soins et de la réduction des coûts. Or, malgré une amélioration sensible depuis 2008, la proportion des courriers de fin d'hospitalisation envoyés au médecin traitant en moins de huit jours n'était encore que de 54 % en 2014. Partant de ces constats, la commission avait souhaité que cette mesure puisse être mise en œuvre dès le 1<sup>er</sup> janvier 2015.



L'Assemblée nationale avait, en deuxième lecture, supprimé l'article adopté par le Sénat, estimant que le dispositif devait faire l'objet de nouvelles concertations avant d'être discuté dans le cadre du projet de loi relatif à la santé. Votre commission constate qu'aucune nouvelle concertation n'a été engagée sur ce point.

Lors des débats au Sénat, la ministre avait en outre indiqué que cette mesure aurait été sans impact sur les finances de la sécurité sociale. L'étude d'impact jointe au projet de loi relatif à la santé indique pourtant que « *la mise en œuvre de cette obligation nécessitera une meilleure organisation de la sortie des patients, si besoin avec une mobilisation de temps médical et de secrétariat* », ce qui représente un coût, certes « *difficilement mesurable aujourd'hui* ». Par ailleurs, la mesure a pour but de faire diminuer le nombre de ré-hospitalisations, ce qui engendrera selon l'étude d'impact une économie de à 4,6 millions. Elle permettra également de réduire la médication et les actes médicaux surabondants. Considérant que cette mesure constitue une potentielle source d'économie, votre commission regrette donc que le Gouvernement n'ait pas souhaité qu'elle soit adoptée et mise en œuvre il y a un an.

Si le sujet est abordé dans le cadre du projet de loi sur la santé, votre rapporteur souhaite cependant rappeler ici encore son attachement à la mise en place du dossier médical partagé (DMP), ainsi que la Cour des comptes le réclame depuis longtemps. Le DMP pourrait en effet constituer un outil de régulation très précieux pour instaurer une meilleure communication entre la ville et l'hôpital, et, partant, éviter les actes inutiles ou redondants et limiter ainsi les dépenses. Selon une étude réalisée par la fédération hospitalière de France (FHF), jusqu'à 28 % des actes effectués dans le cadre du système de soins seraient en réalité superfétatoires.

Une meilleure efficacité des dépenses de l'assurance maladie passe également par **une meilleure adéquation de l'offre hospitalière aux territoires**, ce qui implique la reconversion de certains établissements. Le rapport remis au Sénat par la Cour des comptes a relevé que, même dans le secteur des maternités, pourtant particulièrement restructuré avec la disparition des deux tiers des maternités en quarante ans, il persiste plusieurs établissements dangereux en raison de l'inadéquation de leur offre aux besoins de la population dont ils ont la charge. Cela alors même que les contraintes normatives se sont considérablement accrues depuis les décrets de 1998 qui ont prévu trois niveaux de maternités selon la complexité de l'accouchement et le risque qui en découle pour la mère et le ou les enfants. Mais les textes, principalement parce qu'ils imposent la présence de médecins spécialistes dont le recrutement s'avère de plus en plus difficile sur l'ensemble du territoire, ne sont pas uniformément appliqués ou entraînent la fermeture subite d'établissements répondant pourtant à des besoins locaux. Dans son rapport sur la loi de financement pour 2015, la Cour élargit cette analyse à l'ensemble du secteur hospitalier et regrette une évolution trop lente qui ne permet pas la meilleure adaptation des moyens aux besoins des populations en matière de qualité et de proximité des soins.

S'agissant du secteur public, la Fédération hospitalière de France (FHF) est résolument engagée dans cette démarche, tandis que la commission des affaires sociales a soutenu la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT) prévus par l'article 27 du projet de loi relatif à la santé tel qu'il a été remanié suite aux préconisations de la mission conduite par le Dr Frédéric Martineau<sup>1</sup> et Jacqueline Hubert<sup>2</sup>.

Incontestablement, les actions du Gouvernement en matière de dépenses sont liées aux évolutions inscrites dans le projet de loi relatif à la santé en cours de discussion. Il apparaît donc particulièrement regrettable qu'au travers de mesures comme la généralisation du tiers-payant et l'exclusion de fait des établissements privés à but lucratif de la participation au service public hospitalier, **le Gouvernement ait privilégié la division des acteurs, sans tenir compte des besoins du dialogue**. En effet, la défiance désormais installée avec les acteurs libéraux empêche l'aboutissement de toute négociation conventionnelle sur la question des dépenses de ville et les sujets qui concernent le plus l'avenir de notre système de santé, tels que l'adaptation au vieillissement de la population et la répartition des professionnels de santé sur le territoire. Cette situation est d'autant plus inquiétante que, d'après les chiffres du programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, les économies réalisées grâce aux conventions avec les médecins libéraux sont au plus bas depuis 2009 et rejoignent leur niveau de 2007.

Pire encore, **le Gouvernement donne l'impression de vouloir faire évoluer la nature de notre système d'assurance maladie sans l'afficher clairement**. Dès lors, les peurs les plus diverses et les moins fondées circulent. Il est donc nécessaire d'organiser un débat ouvert sur la place respective du régime obligatoire et des assurances complémentaires en matière de santé.

---

<sup>1</sup> Radiologue et président de la conférence des présidents de commissions médicales d'établissements (CME) de centres hospitaliers.

<sup>2</sup> Directrice générale du CHU de Grenoble.

## I. LES DÉFIS À RELEVER POUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

### A. MIEUX PRENDRE EN CHARGE LES BESOINS EN SANTÉ DE LA POPULATION

#### 1. Les besoins en santé d'une population vieillissante et le régime des ALD

##### a) Quels liens entre vieillissement de la population et dépenses de santé ?

Le directeur général de la santé, Didier Houssin, faisait en 2010 le constat suivant : « *La France va connaître, de 2005 à 2050, une profonde transformation de la structure de sa population par âge due à la conjonction de deux facteurs : l'allongement de la durée de vie liée aux progrès sanitaires et à l'élévation du niveau de vie, ainsi que l'arrivée à l'âge de la retraite des personnes nées dans les années 1946-1960. Le poids relatif des personnes âgées de plus de 60 ans dans notre société va donc augmenter considérablement.* » Or, ajoutait-il, « *si la France se situe au premier rang des Etats de l'Union Européenne pour l'espérance de vie à 50 ans des femmes, elle n'est plus qu'au 10<sup>ème</sup> rang pour l'espérance de vie à 50 ans sans incapacité pour les femmes et au 11<sup>ème</sup> rang pour les hommes.* » Il existe donc une tension entre un prolongement de l'espérance de vie, une société vieillissante au cours des prochaines décennies et une perspective de dégradation de l'état de santé des personnes âgées.

Le vieillissement n'entraîne pas fatalement d'augmentation des dépenses de santé, même s'il a « *un effet indéniable sur l'accroissement des cas de pathologie lourde* » ; c'est l'espérance de vie en bonne santé qui constitue l'indicateur le plus pertinent. Or, celui-ci connaît une dégradation relative.

En 2013, l'espérance de vie totale des hommes de 65 ans était de 19 ans et celle des femmes de 23 ans. A cet âge, les hommes et les femmes pouvaient espérer vivre respectivement 9,7 et 10,6 années sans incapacité (aucune limitation d'activité depuis au moins six mois, à cause d'un problème de santé), et respectivement 15,4 et 17,7 années sans incapacité sévère.

Lorsque le nombre d'années en bonne santé ne croît pas alors que le nombre d'années de vie continue d'augmenter, on vit plus longtemps, mais malade. L'Institut national des études démographiques (Ined) a produit plusieurs analyses de ce que signifie vivre en bonne santé, puisque la notion d'incapacité est, dans ce contexte, fondée sur des enquêtes déclaratives, mais la dégradation de la santé avec l'âge a en tout cas un lien direct avec les dépenses d'assurance maladie.

Il convient d'ajouter, comme le soulignait le rapport Grunfeld sur le plan cancer 2009-2013, que l'âge accentue les inégalités de santé. Les inégalités médicales liées aux comportements - tabac (plus de 70 000 morts par an), alcool, sédentarité physique, nutrition - s'aggravent en effet. De plus, comme l'ont montré les travaux de l'Ined, les inégalités sociales de santé se traduisent par une différence d'espérance de vie, à 35 ans, de plus de six ans entre les ouvriers et les cadres supérieurs masculins, alors même que ces deux catégories bénéficient d'un emploi, d'un logement et d'une insertion sociale. En revanche, l'écart entre les hommes et les femmes se réduit.

On constate dans l'ensemble des pays de l'OCDE une augmentation des dépenses de santé avec l'âge, mais selon une pente plus ou moins forte après 65 ans selon les pays. En France, la croissance des dépenses accélère en fonction de l'âge, puisque l'on considère généralement que les dépenses d'assurance maladie se concentrent sur les 10 à 20 % d'assurés atteints de polypathologies et/ou en fin de vie parmi lesquels figurent une majorité de personnes âgées. L'un des éléments d'explication pourrait être que le recours aux soins de pointe, qui sont les plus coûteux, serait plus tardif en France qu'aux Etats-Unis par exemple, où le coût des dépenses d'assurance maladie est quasi constant pour l'ensemble de la population de plus de 65 ans.

Pourtant, comme le soulignait la note du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (Hcaam) publiée en avril 2010 et consacrée au thème « vieillissement, longévité et assurance maladie », on ne peut établir de causalité simple entre vieillissement de la population et augmentation dépenses de santé.

Certes, la dépense moyenne annuelle de soins d'une personne d'une cinquantaine d'années est d'environ 2 000 euros, alors que la dépense moyenne annuelle de soins d'une personne de trente ans plus âgée (autour de 80 ans) est d'environ 6 000 euros, soit trois fois plus élevée.

Cette augmentation s'explique pour partie, mais pour partie seulement, par l'importance relative des soins qui précèdent le décès. La note du Hcaam insiste à juste titre sur le fait que le lien entre l'âge et les dépenses de santé est indirect. L'âge affaiblit l'organisme, de sorte qu'en moyenne les personnes plus âgées sont plus sujettes à des pathologies plus nombreuses et plus graves. Ainsi, on ne saurait isoler dans les dépenses d'assurance maladie une partie de la population du seul fait de son âge car ce sont bien les maladies qui entraînent les dépenses et non directement l'âge lui-même.

Il faut donc agir pour maintenir les personnes âgées en bonne santé et pour faire augmenter l'espérance de vie en bonne santé.

La manière dont notre système de santé prend en charge les personnes âgées doit impérativement gagner en efficacité à tous les niveaux.

Il est ainsi établi depuis longtemps que la prise en charge médicamenteuse de cette partie de la population est inadéquate. On relève une prescription chronique de somnifères chez 30 % des plus de 65 ans (3,5 millions de personnes).

Par ailleurs, comme le montre l'une des dernières notes de la Drees, l'entrée en Ephad se fait désormais en situation de plus en plus grande dépendance.

La souffrance existentielle des personnes âgées en fin de vie est un problème majeur de santé publique. Selon les chiffres issus du rapport « Anticiper pour une autonomie préservée : un enjeu de société » présenté par le Dr Jean-Pierre Aquino en février 2013, la dépression concerne 15 à 20 % des plus de 65 ans et 40 % des personnes âgées en institution, ce qui entraîne, à nouveau, une surconsommation de psychotropes.

### **Un suicide sur trois concerne une personne âgée**

Le suicide est l'une des principales causes de décès de la personne âgée, avec le cancer et les maladies cardio-vasculaires. En France, en 2010, 2 873 personnes de plus de 65 ans ont mis fin à leurs jours. C'est près de 30 % du total des suicides en France, alors que les plus de 65 ans constituent environ 20 % de la population française.

Parmi ces suicides, une majorité (1 816 en 2010) est le fait de personnes âgées de 75 ans ou plus. Chez les plus de 85 ans, la prévalence du suicide est deux fois supérieure à celle des 25-44 ans.

**La lutte contre les inégalités de santé doit être une priorité.** Elle repose sur plusieurs facteurs.

L'accès aux soins, tout d'abord, qui mobilise déjà des ressources importantes et dont nous rediscutons chaque année dans le cadre des mesures de la loi de financement de la sécurité sociale.

Mais aussi, en amont, la prévention, tout aussi essentielle, et peu coûteuse. « Mal vieillir » n'est pas une fatalité, mais est souvent lié à un mode de vie néfaste (alcool, tabac, sommeil irrégulier, manque d'activité physique, alimentation inadaptée). L'accompagnement comportemental est une solution à développer. Manger des fruits apporte plus d'antioxydants que de prendre des pilules ; l'activité physique a des effets positifs aussi bien sur le corps que sur le cerveau, à tous les âges de la vie, et spécialement quand on avance en âge.

C'est tout un faisceau de facteurs qu'il faut prendre en compte pour bien vieillir et aider à bien vieillir. Il faut donc développer la gériatrie en tant que spécialité médicale et dans la formation des généralistes.

L'évaluation qu'avait réalisée le Sénat sur la création d'un nouveau risque « dépendance » aboutissait à un total de 21 milliards d'euros de dépenses annuelles liées à la perte d'autonomie des personnes âgées. Il est évident que la prévention dans ce domaine aura un impact direct sur le niveau de dépenses retracées par l'Ondam médico-social.

*b) La croissance des « affections de longue durée » (ALD)*

Ainsi que l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, le dispositif des ALD a été créé en 1945, à une époque où la population n'était que très peu protégée par les couvertures complémentaires. Il visait à permettre aux personnes les plus exposées à des maladies longues et coûteuses d'accéder aux soins en instituant une exonération de la participation financière des assurés.

Aux termes de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, un assuré ne peut être admis en ALD que s'il est atteint d'« *une des affections, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse, inscrites sur une liste établie par décret après avis de la Haute Autorité [de santé]* ». Toutefois, cette définition n'est plus que partiellement appliquée. En effet, seule la durée garde aujourd'hui une définition réglementaire (six mois de traitement continu). Le coût ouvrant droit à une exonération n'est plus défini de façon directe depuis 1986. En contrepartie, le champ de l'exonération est, depuis cette date, limité aux seules dépenses en rapport direct avec la maladie exonérante, dans le cadre de l'ordonnancier dit « bizonne ».

L'admission en ALD est subordonnée à l'accord d'un médecin conseil de l'assurance maladie. Les pathologies concernées, au nombre de 30, figurent sur une liste établie par décret. Pour chaque ALD, des critères médicaux sont utilisés pour la définition des conditions requises.

Toutefois, l'affection n'est pas obligatoirement prédéfinie puisque peuvent aussi ouvrir droit à l'exonération de ticket modérateur des affections « hors liste », pour lesquelles les médecins conseils estiment qu'il s'agit de troubles graves et dont la prise en charge est longue et coûteuse :

- la « 31<sup>ème</sup> maladie » ou ALD 31 recouvre tous les cas où « *le malade est atteint d'une forme évolutive ou invalidante d'une affection grave (...) pour des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois* » ;

- la « 32<sup>ème</sup> maladie » ou ALD 32 vise la situation où « *le malade est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état pathologique invalidant pour lequel des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois sont nécessaires* » : elle concerne 2 % des admissions.

L'admission en ALD est, théoriquement, valable pour une durée déterminée, même si la Cour des comptes relevait en 2011 que seules 2,3 % des demandes de renouvellement faites en 2007 avaient fait l'objet d'un avis défavorable des médecins conseils.

L'incidence et la prévalence des ALD sont en forte augmentation. Le taux d'admission en ALD a été en moyenne de + 4,1 % entre 2006 et 2011 et de + 2,3 % depuis, la différence de taux s'expliquant essentiellement par la redéfinition des critères de l'hypertension artérielle. Au total, en 2014, les ALD représentent 16 % de la population couverte par le régime général, et 61 % des dépenses.

Cette évolution est liée aux évolutions sociodémographiques de la population et à l'accroissement des facteurs de risque, notamment du fait du vieillissement.

Dans la perspective de la maîtrise des dépenses de santé, il apparaît donc nécessaire de se pencher sur les conditions d'entrée et de sortie des ALD, en tenant compte du fait que la catégorie des ALD est plus administrative que médicale et que toute modification des conditions réglementaire a un impact très fort sur son évolution et donc sur la part des dépenses qu'elle représente.

## 2. L'accès aux professionnels de santé

### a) La répartition des médecins sur le territoire

Bien qu'elle ait fait l'objet de débats important lors de la discussion au Sénat du projet de loi relatif à la santé, **la notion de désert médical n'a pas de contenu défini**. Depuis la loi HPST de 2009, l'Etat entend garantir l'accès à des soins de « proximité », dont le Sénat avait alors précisé qu'elle se mesure en distance et en temps de parcours. Les dernières études sur la question ont établi que 95 % de la population française a accès à un médecin généraliste en moins de quinze minutes et qu'en moyenne, la population accède à un spécialiste en moins de vingt minutes, mais avec un écart allant de la proximité immédiate jusqu'à 2 heures 30 de trajet. Par ailleurs, un sous-indicateur du programme de qualité et d'efficience « maladie » suit la part de la population ayant un accès à un service d'urgence en moins de 30 minutes. Ce taux s'établit pour 2011 à 97,1 %, dont 75 % en moins de quinze minutes.

L'éloignement géographique par rapport aux soins ne suffit cependant pas à appréhender la question de l'accès aux soins et son ressenti au sein de la population. Une étude d'opinion Ifop de 2014, conduite pour le cabinet de conseil Jalma, tend à indiquer **un délai d'attente croissant pour l'obtention d'un rendez-vous médical**. En ville, il faut, d'après les déclarations des patients, en moyenne six jours pour obtenir un rendez-vous auprès d'un généraliste, vingt-sept auprès d'un dentiste, quarante-deux auprès d'un cardiologue et cent onze auprès d'un ophtalmologiste.

Le problème est donc celui du nombre de médecins, ou plutôt, du nombre d'heures médicales disponibles. Le paradoxe est bien connu : la France n'a jamais compté autant de médecins, mais l'accès semble de plus en plus difficile à la population. L'idée est donc souvent avancée que le problème est celui de la répartition des médecins sur le territoire. Il faut toutefois garder à l'esprit que, si les médecins sont actuellement nombreux, cela est essentiellement lié au maintien en activité de médecins ayant dépassé l'âge de la retraite et que cette situation est donc fragile. La Drees anticipe ainsi une baisse de 10 % du nombre de médecins sur les prochaines années, que viendra progressivement compenser l'arrivée de jeunes issus des concours ayant bénéficié de l'élargissement du *numerus clausus*, jusqu'à arriver à la stabilisation en 2030.

L'atlas annuel de la démographie médicale réalisé par l'ordre des médecins permet de saisir la réalité de la répartition des médecins sur le territoire. Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la densité moyenne de médecins en exercice régulier toutes spécialités confondues est de 266,4 médecins pour 100 000 habitants. Les trois départements les moins bien dotés sont l'Eure (167/100 000), l'Ain (174,4/100 000) et la Mayenne (175,3/100 000), les trois les mieux dotés sont l'Hérault (319,5/100 000), le Rhône (400,8/100 000) et Paris (678,2/100 000). Dans la moitié des départements français, l'Ordre recense une densité faible de médecins, dix se trouvent dans la moyenne et trente-sept ont une densité forte (supérieure à 282/100 000). D'après l'ordre, soixante-trois départements ont une forte probabilité d'enregistrer une baisse du nombre de médecins d'ici 2020 et vingt-sept une forte probabilité d'enregistrer une hausse. L'attractivité relative des départements évolue d'une année sur l'autre et ceux de la région Pays-de-la-Loire, qui figuraient en 2007 parmi les moins bien dotés ne s'y trouvent plus en 2015.

Cependant, l'échelon départemental de l'atlas n'est pas le plus pertinent pour saisir la réalité de la démographie médicale. L'Ordre complète lui-même son analyse sur la présence de spécialistes par une approche de la densité médicale au niveau des bassins de vie tels que définis par l'Insee. Il en découle que 57 % des bassins de vie n'ont pas d'ophtalmologiste libéral, 68,5 % pas de pédiatre libéral, 67,1 % pas de psychiatre libéral et 66 % pas de gynécologue. La tendance générale est néanmoins à une baisse du nombre de médecins généralistes et à une hausse du nombre des spécialistes.

Le découpage par bassin de vie réalisé par l'Insee permet l'observation de phénomènes socioéconomiques à un niveau géographique fin et homogène sur l'ensemble de la métropole. Dans chacun de ces bassins à l'autonomie plus ou moins marquée, les habitants accèdent à l'essentiel des équipements et services (y compris ceux de santé), les actifs ont leur emploi et les élèves accèdent à leur établissement scolaire. Au total, on dénombre 1 916 bassins de vie. Parmi eux, 1 745 sont constitués d'un bourg ou d'une petite ville (c'est-à-dire d'une commune ou d'une unité urbaine de moins de 30 000 habitants).

Le phénomène des déserts médicaux est réel mais pour le moment mal appréhendé par les pouvoirs publics qui dépendent essentiellement des remontées des élus locaux. L'approche en termes de bassins de vie n'est en effet pas celle des études menées au niveau européen sur les besoins de santé non-couverts. Elle ne permet pas de savoir si la densité médicale permet de répondre aux besoins de la population.



Les agences régionales de santé ont donc été chargées, par l'intermédiaire des schémas régionaux d'organisation des soins (Sros), de recenser l'offre de soins et de tenter de mesurer son adéquation aux besoins de la population. Le schéma doit déterminer les zones éligibles aux mesures incitatives prévues par les pouvoirs publics pour favoriser l'installation ou le maintien de l'offre médicale. Depuis le décret du 14 août 2013 relatif au contrat de praticien territorial de médecine générale, la notion de « zones caractérisées par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins, en raison des caractéristiques démographiques, sanitaires et sociales de la population, des particularités géographiques de la zone, du nombre et de la répartition des professionnels et des structures de soins et de leurs évolutions prévisibles » a fait son entrée dans le droit.

L'article 38 du projet de loi relatif à la santé confie aux directeurs généraux des agences régionales de santé la mission de déterminer par arrêté, après concertation avec les représentants des professionnels de santé concernés :

*« 1° Les zones caractérisées par une offre de soins insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins ;*

*« 2° Les zones dans lesquelles le niveau de l'offre de soins est particulièrement élevé, s'agissant des professions de santé pour lesquelles la convention mentionnée à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale a prévu des mesures de limitation d'accès au conventionnement.*

*Il précise que :*

*« Dans les zones mentionnées aux 1° et 2° (...) sont mises en œuvre les mesures destinées à réduire les inégalités en matière de santé et à favoriser une meilleure répartition géographique des professionnels de santé, des maisons de santé, des pôles de santé et des centres de santé prévues notamment aux articles L. 1435-4-2 et L. 1435-5-1 à L. 1435-5-4 du présent code, à l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, à l'article 151 ter du code général des impôts, à l'article L. 632-6 du code de l'éducation et par les conventions mentionnées au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. »*

A ce jour, aucune synthèse officielle ne recense l'emplacement des déserts médicaux au niveau des bassins de vie. Cette approche serait pourtant nécessaire pour mieux saisir la réalité du manque de médecins dans les zones urbaines et péri-urbaines et la juxtaposition de déserts et de zones sur-dotées au sein d'un même département. Le seul mécanisme existant est celui appelé CartoSanté mis en place par l'union régionale des caisses d'assurance maladie avec des données de l'Insee et des ARS, mais il constitue essentiellement une aide à l'installation des praticiens et non un outil de régulation.

---

Depuis 2009, on assiste de la part des élus locaux à une demande croissante d'action pour garantir la présence de médecins sur l'ensemble du territoire. Cela a abouti notamment à l'élaboration en 2013 d'un rapport sur les déserts médicaux par la commission du développement durable du Sénat préconisant le conventionnement sélectif des médecins.

A l'occasion de la discussion au Sénat du projet de loi relatif à la santé, la commission des affaires sociales a souhaité amorcer une régulation par les médecins eux-mêmes au travers des négociations avec l'assurance maladie. L'article 12 *quater* A, dans la rédaction du texte issue du Sénat, prévoit ainsi que « *la négociation des conventions nationales [...] porte notamment sur le conventionnement à l'assurance maladie des médecins libéraux dans les zones définies par les agences régionales de santé en application des 1° et 2° de l'article L. 1434-4 du code de la santé publique.* » La ministre de la Santé a souhaité la suppression de cet article au motif suivant : « Nous ne sommes [...] pas favorables à la mise en place d'un dispositif qui impose le contenu de la convention. En revanche, nous sommes évidemment très attentifs aux démarches qui pourraient être engagées par les professionnels de santé eux-mêmes. » Cette position ne paraît pas à la hauteur des enjeux pour la population.

*b) Une réforme éclatée et sans vision d'ensemble de la permanence des soins*

**La question de la permanence des soins a récemment fait l'objet d'une attention particulière.** Après le constat sévère dressé par la Cour des comptes dans le chapitre XII de son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2013, les problèmes associés ont fait l'objet d'un examen approfondi dans le cadre du rapport<sup>1</sup> consacré par notre collègue députée Catherine Lemorton en juin dernier à l'« *ambition contrariée* » de la permanence des soins ambulatoires.

La problématique se trouve en effet au cœur de plusieurs enjeux cruciaux pour l'organisation du système de santé : l'accès aux soins et leur continuité sur l'ensemble du territoire bien sûr, mais également l'amélioration des prises en charge hospitalières et la maîtrise des dépenses qu'elle permet, au travers d'un meilleur partage des tâches avec les services d'urgence notamment.

---

<sup>1</sup> Rapport d'information n° 2837 du 3 juin 2015 de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, présenté par Mme Catherine Lemorton, rapporteure, en conclusion des travaux de la mission sur l'organisation de la permanence des soins.

### L'organisation et le financement de la permanence des soins ambulatoires

• Prévues par l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, la permanence des soins ambulatoires (PDSA) vise à **répondre aux demandes de soins non programmés et ne relevant pas d'urgences vitales qui interviennent aux horaires de fermeture des cabinets médicaux**. Elle est ainsi assurée chaque jour de 20 heures à 8 heures, ainsi que les week-ends et jours fériés, sur l'ensemble du territoire.

De même que la permanence des soins assurée par les établissements de santé (PDES), la PDSA a été érigée en **mission de service public** par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST).

• La PDSA est assurée, « *en collaboration avec les établissements de santé* » et « *dans le cadre de leur activité libérale* », par **des médecins de garde et d'astreinte** exerçant en cabinet, en centre de santé, ou appartenant à une association de permanence des soins – le premier réseau étant celui de la fédération « SOS médecins », qui regroupe 63 associations sur l'ensemble du territoire. Depuis 2002 et l'abandon de l'obligation déontologique individuelle de participation aux services de garde, l'organisation de la PDSA repose sur **une obligation collective et le volontariat individuel** des médecins exerçant en ville, qui assurent alors des astreintes sectorisées.

La Cour des comptes relevait à ce propos, dans son rapport sur la sécurité sociale de 2013, que « *l'abandon brutal de l'obligation déontologique des médecins libéraux d'effectuer la garde s'est traduit par un transfert de responsabilité de la profession à l'État et par une explosion des dépenses de l'assurance maladie qui ont triplé depuis 2001* ».

L'organisation de la PDSA repose sur une **régulation téléphonique préalable**, qui s'analyse comme un acte médical individuel visant à définir la réponse optimale à apporter à une demande de soins non programmée. Le médecin régulateur, au terme d'un entretien avec le patient ou une personne se trouvant à ses côtés, peut ainsi délivrer un conseil médical, demander l'intervention d'un médecin de permanence, orienter le patient vers un service d'urgences, ou encore autoriser le déclenchement d'une équipe de service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR).

• Selon les informations transmises à votre rapporteur général par la Cnam, le coût total des dépenses liées à la PDSA (rémunération forfaitaire et activité) est relativement stable depuis 2010, avec une variation **entre 345 et 349 millions d'euros selon les années**. Par ailleurs, l'activité réalisée durant les périodes est stable depuis 2013 aux alentours de 200 millions d'euros. Il est toutefois à noter que la part représentée par l'activité régulée a fortement progressé (72 % en 2014 contre 63% en 2013 et 2012 et 61% en 2011), en raison notamment de l'augmentation des moyens de la régulation et de l'amélioration de la communication sur le fonctionnement du dispositif.

Depuis l'entrée en vigueur de la loi HPST du 21 juillet 2009, **l'organisation de la PDSA ressort de la compétence des ARS, de même qu'une partie de son financement**. Les indemnités d'astreinte et de régulation des médecins participant à la PDSA, soit comme régulateurs, soit comme effecteurs, sont déterminées et versées par les ARS sur les crédits du Fonds d'intervention régional (FIR). En revanche, les actes (et les majorations afférentes) réalisés par les médecins dans le cadre de la PDSA restent financés par l'assurance maladie.

Or, le constat dressé par ces différentes évaluations est quelque peu inquiétant - la Cour des comptes évoque ainsi « *un cycle de frictions et de déséquilibres qui gouverne la permanence des soins depuis les années 2000* » - et met en évidence plusieurs marges d'amélioration.

Sont notamment pointés, s'agissant de l'organisation de la PDSA :

- le mouvement **d'érosion croissante du volontariat des médecins libéraux**, le conseil national de l'ordre des médecins ayant parlé d'une baisse « *inquiétante pour l'avenir* » à propos des médecins généralistes. Cette érosion s'explique à la fois par la démographie des médecins généralistes, par la cartographie retenue pour la délimitation des territoires de garde, qui emporte des astreintes très contraignantes, ou encore par l'insuffisante reconnaissance de la mission de service public accomplie par les médecins dans le cadre de la PDSA ;
- les **insuffisances de la régulation téléphonique préalable**, notamment en raison des faibles visibilité et lisibilité de la permanence des soins pour les patients, qui sont encore nombreux à se rendre directement aux urgences pour des affections qui pourraient être prises en charge en ville. La Cour relevait ainsi que « *la rareté, l'obscurité et la confusion de l'information apportée au public compromettent le bon usage qu'il fera du système et donc l'efficacité de celui-ci* » ;
- le maintien de **fortes disparités**, qui se traduit **à la fois par des inégalités géographiques et par des inégalités sociales** : la PDSA ne parvient pas à toucher tous les publics, notamment les plus précaires ou encore les personnes se trouvant en Ehpad ou en hospitalisation à domicile ;
- plusieurs éléments d'ordre technique sont par ailleurs susceptibles d'engendrer des difficultés de prise en charge importantes, tels que le manque de clarté des obligations relatives à l'établissement du certificat de décès aux horaires de la PDSA, ou encore l'insuffisante coordination entre les gardes des médecins et des pharmaciens.

S'agissant de la **gouvernance** de la PDSA, les **insuffisances du pilotage national par le ministère de la santé** sont pointées par la Cour des comptes comme par l'Assemblée nationale. Cette situation résulte notamment d'un **défaut d'information statistique**, s'agissant en particulier de la fréquentation des services d'urgences. Il en résulte, par exemple, une insuffisante valorisation des bonnes pratiques à l'échelon national.

Au plan local, le rapport de Mme Lemorton préconise notamment la mise en place d'un **financement globalisé de la PDSA par une enveloppe régionale** qui comprendrait à la fois la rémunération de la régulation et des astreintes et celle des actes effectivement réalisés. Cette recommandation reprend une piste formulée par la Cour des comptes, qui préconisait de « *confier aux agences régionales de santé la responsabilité générale de l'organisation des gardes de tous les professionnels de santé (permanence des soins ambulatoires, gardes pharmaceutiques, gardes ambulancières) et de leur financement dans le cadre d'enveloppes régionales fermées regroupant l'ensemble des dépenses, y compris de rémunération des actes médicaux, calculées sur des bases objectives* ».

A l'occasion de l'examen du projet de loi relatif à la modernisation du système de santé, **la commission des affaires sociales du Sénat s'est par ailleurs inquiétée des décisions prises par certaines ARS, dans le cadre de leur compétence d'organisation, de supprimer la PDSA entre minuit et huit heures du matin**, les patients ne pouvant alors être pris en charge que dans le cadre de la régulation téléphonique (avec un simple conseil médical par téléphone parfois insuffisant), ou dans le cadre hospitalier (avec des coûts nécessairement plus élevés). Elle a souligné la nécessité de préserver l'activité des médecins libéraux, et notamment celle des associations de permanence des soins, dans l'organisation de la PDSA.

**Si certaines de ces préconisations ont été traduites dans les textes très récemment soumis à l'examen du Parlement, ce dont on ne peut que se féliciter, force est de constater que le saupoudrage de ces éléments entre le projet de loi de modernisation du système de santé et le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2016 ne permet pas de prendre de la hauteur et d'envisager une réforme globale du fonctionnement de la PDSA.**

L'article 15 du projet de loi de modernisation du système de santé prévoit ainsi la mise en place d'un numéro d'appel harmonisé au plan national pour l'accès à la régulation médicale de la permanence des soins, avec pour objectif d'améliorer la lisibilité du dispositif d'accès à la PDSA.

Deux dispositions du présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, d'importance inégale, viennent également modifier le régime de la PDSA.

L'**article 44**, en premier lieu, donne aux ARS volontaires la possibilité de disposer d'une enveloppe de financement globale de la PDSA au titre des missions financées par le FIR : leur sera ainsi dévolue une enveloppe globale intégrant non seulement les forfaits de régulation et d'astreinte, mais également les honoraires des actes et majorations afférentes. Il s'agit de pérenniser une expérimentation conduite par l'ARS des Pays de la Loire depuis 2011, et qui présente semble-t-il un bilan satisfaisant, s'agissant notamment de la mobilisation des médecins libéraux et de leur responsabilisation dans le cadre de la maîtrise des dépenses.

L'**article 44 bis**, qui porte quant à lui sur la prise en charge des frais relatifs à l'établissement du certificat de décès intervenu dans le cadre de la permanence des soins, instaure un forfait versé par l'assurance maladie aux médecins assurant la délivrance des certificats de décès à ces horaires.

Dans ce contexte, il semble aujourd'hui indispensable de **ne plus se contenter de réformes par petites touches sur un sujet aussi central pour l'accès aux soins, mais d'envisager la mise en place d'une évolution globale de la permanence des soins, en y incluant une réflexion sur l'évolution des urgences hospitalières.**

---

## B. LA PLACE DES ASSURANCES COMPLÉMENTAIRES EN MATIÈRE DE SANTÉ

### 1. Existe-t-il une répartition optimale entre régimes financés par les cotisations sociales et assurances privées ?

Dans le domaine des relations entre régimes d'assurance publics et privés, il existe en Europe une grande variété de situations, dont l'un des pôles est le Royaume-Uni. La part des dépenses courantes de santé dans le PIB est de 10,9 % en France contre seulement 8,5 % au Royaume-Uni. Cette différence de 22 % est généralement attribuée pour une part essentielle à la différence des modes de financement. En effet, là où la France (comme les Pays-Bas ou l'Allemagne) prévoit des financements complémentaires pour les soins entre régimes obligatoires et assurances privées, le Royaume-Uni prévoit un financement alternatif. Le patient a le choix d'être pris en charge par le *National Health Service* pour ses soins de ville ou hospitaliers et de bénéficier d'une prise en charge complète mais sans possibilité de choix, ou de se tourner vers l'offre de soins privée. Il ne bénéficiera alors d'aucun remboursement public. Ce fort niveau de contrainte qui exclut quasiment les acteurs privés a été écarté par les créateurs de la sécurité sociale en 1945. Il est néanmoins intéressant de noter que la part des dépenses publiques de santé dans le PIB français est quasiment égale au montant total des dépenses de santé dans le PIB britannique. Ceci signifie que le système français ne se contente pas de dépenser une part supplémentaire de PIB au travers des assurances complémentaires, mais que le niveau de dépense publique y est aussi plus élevé, et ce alors même que les indicateurs de santé entre les deux pays sont très similaires.

La remise en cause de la place des assurances complémentaires au sein du système français est un des points sur lesquels le Pr Didier Tabuteau fonde depuis plusieurs années ses propositions de réforme de l'assurance maladie. Ses propos, recueillis par le journal *La Croix* du 6 octobre 2015 constituent un résumé de sa position : « *L'assurance maladie va devoir affronter certains défis, notamment face au vieillissement de la population et au développement d'une médecine de plus en plus personnalisée et coûteuse. Les financements n'étant pas indéfiniment extensibles, il faudra faire un choix entre ce qui devra continuer à relever de la solidarité via la « Sécu » et ce qui devra relever de choix individuels, via les complémentaires-santé (mutuelles, assureurs privés, institutions de prévoyance...).* »

*Aujourd'hui, les personnes en affection de longue durée (ALD) sont prises en charge à 100 % par l'assurance maladie. Cela devrait être la même chose pour tous les soins primaires ou courants, comme les consultations chez les généralistes ou les soins infirmiers.*

*Les complémentaires ne devraient plus financer ces soins indispensables à la protection de la santé de chaque citoyen. Elles devraient plutôt se concentrer sur des prestations qui ne sont pas complètement indispensables, comme par exemple certaines cures thermales.*

*Il est crucial de freiner le mouvement actuel qui voit les complémentaires prendre de plus en plus de place dans notre système de santé car elles sont plus chères et moins égalitaires que la « Sécu ». Il faudrait aussi que chaque personne puisse, si elle le souhaite, choisir l'assurance maladie comme complémentaire.*

*Dans ce cas, elle verserait à la « Sécu » une cotisation comme pour une mutuelle. A l'arrivée, les soins seraient pris en charge par un seul et unique financeur, ce qui permettrait aussi de faire des économies substantielles : les frais de gestion complémentaires dépassent souvent 15 % des prestations versées aux patients contre 5 % pour la Sécu.*

*Au total, les frais de gestion des complémentaires s'élèvent à 6 milliards d'euros chaque année, soit le déficit de l'assurance maladie. »*

## **2. Des critiques fortes adressées aux délégations de gestion**

Même si certains le regrettent, l'époque ou la Cnam-ts n'était pas réellement le régime général mais « le régime spécial des travailleurs salariés » est révolue. Ce régime couvre 56 millions de personnes en 2015 soit 85 % de la population et sert de plus en plus de référence pour la gestion des autres régimes.

La délégation de gestion de l'assurance maladie aux mutuelles a été fortement contestée ces dernières années. Les travaux du groupe de travail sénatorial dédié à la sécurité sociale des étudiants en 2012 et conduit par Catherine Procaccia et Ronan Kerdraon a permis de documenter les nombreux dysfonctionnement du régime étudiant, depuis confirmés par les études menées par l'UFC-Que choisir et la Cour des comptes. Ces travaux ont abouti à l'adoption par le Sénat d'une proposition de loi le 18 novembre 2014 afin de prévoir le maintien de l'affiliation des étudiants au régime de sécurité sociale des assurés sociaux dont ils étaient les ayants droits.

Ainsi que le relevait Catherine Procaccia, rapporteur de ce texte, la qualité du service rendu par les mutuelles étudiantes n'est pas à la hauteur des enjeux.

Les mutuelles étudiantes mettent fréquemment en avant le fait que le niveau des remises de gestion est très inférieur au coût moyen de gestion par assuré dans le régime général, qui est proche de 73 euros. Elles en concluent qu'elles doivent assurer les mêmes missions que le régime général mais avec moins de moyens et par conséquent en étant davantage productives. C'est oublier le fait que le coût moyen de gestion pour le régime général comprend un ensemble d'autres prestations (indemnités journalières notamment) qui ne sont pas à la charge des mutuelles étudiantes. Une fois

ces différentes charges retranchées, le coût moyen de gestion dans le régime général est bien inférieur au niveau des remises de gestion allouées aux mutuelles étudiantes. Le directeur général de la Cnam, Nicolas Revel, a d'ailleurs déclaré lors d'une audition à l'Assemblée nationale que la reprise par la Cnam de la gestion des étudiants de la LMDE constituerait une économie de 10 à 14 millions d'euros.

Il convient d'insister sur le fait que les mutuelles étudiantes ne sont en aucun cas seules responsables des défaillances qui caractérisent le fonctionnement du régime. Celui-ci est atypique par nature et les mutuelles sont contraintes d'appliquer une réglementation tatillonne, parfois inadaptée. Or, quel que soit le professionnalisme dont elles savent faire preuve, elles n'ont aujourd'hui, ni la taille critique, ni les moyens informatiques suffisants pour remplir leurs missions en assurant un degré de qualité équivalent à celui du régime général.

En outre, la complexité du système remet aujourd'hui en cause les fondements mêmes de la loi de 1948 : la mission d'accompagnement des jeunes vers l'autonomie et l'apprentissage de la citoyenneté sociale, qui avait été confiée aux mutuelles étudiantes, n'est aujourd'hui plus exercée de façon satisfaisante.

S'agissant de la délégation aux mutuelles de fonctionnaires, la Cour des comptes, dans son rapport sur la loi de finance pour 2013, dressait un constat particulièrement sévère et formulait des préconisations qui rejoignent celles faites par le Sénat pour le seul régime étudiant. *« La qualité de service des mutuelles demeure inégale et globalement à un niveau insuffisant, ce qui conduit la Cour à devoir chaque année, malgré certains progrès en matière de contrôle interne, reconduire une réserve de ce fait dans les opinions qu'elle exprime, dans le cadre de sa mission de certification des comptes du régime général, sur ceux de la CnamTS et de la branche maladie.*

*Leur rémunération, si elle a baissé, reste à un niveau élevé en fort décalage avec les coûts de gestion observés dans les caisses primaires d'assurance maladie, qui ont connu des gains de productivité qui se sont accélérés au cours des dernières années du fait des progrès rapides de la dématérialisation et de l'automatisation des procédures.*

*Dans un contexte où la diminution prévisible des effectifs des fonctionnaires et leur tendance à de moins en moins souscrire une couverture complémentaire auprès de la mutuelle qui assure la gestion de leurs prestations de base vont peser sur l'équilibre financier de ces dernières, ce modèle apparaît à bout de souffle du fait de l'ampleur de l'effort de productivité à soutenir dans la durée pour rejoindre puis rester en phase avec l'évolution constante à la baisse des coûts de la branche maladie.*

*Faute des évolutions dont elle avait alors souligné l'impérieuse nécessité, ce mode de gestion déléguée doit être reconsidéré comme la Cour l'avait recommandé en 2006 au bénéfice d'une reprise en gestion directe par le réseau de l'assurance maladie obligatoire de la population concernée.*



*A tout le moins, il convient d'ouvrir la liberté de choix aux fonctionnaires d'Etat, comme c'est le cas pour les fonctionnaires territoriaux et les ressortissants de la fonction publique hospitalière, entre se rattacher à la caisse primaire d'assurance maladie de leur domicile et demeurer gérés par la mutuelle dont dépend leur administration. Il faudrait aussi laisser la possibilité à celles des mutuelles de fonctionnaires d'Etat qui le souhaiteraient de se désengager de cette gestion déléguée, comme c'est le cas pour celles des territoriaux et des hospitaliers. »*

### **3. Une centralisation qui ne dit pas son nom ?**

L'adossement du régime agricole puis, par la loi de financement pour 2015, du régime social des indépendants au régime général, crée de fait une prépondérance de la Cnam en matière de gestion de l'assurance maladie. On comprend que dans ce contexte, la tentation du Gouvernement soit grande d'utiliser la caisse comme levier pour conduire les réformes qu'il entend opérer dans le système de santé. La Cnam se voit ainsi confier le dossier médical partagé et le tiers-payant généralisé par le projet de loi relatif à la santé. Cette dernière mesure était déjà rendue possible dans le cadre du dispositif prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015 pour étendre le tiers-payant aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

#### **Un adossement progressif, la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines**

Le régime minier assure aujourd'hui les risques maladie-maternité, vieillesse-invalidité, accidents du travail-maladies professionnelles des mineurs. Il a développé une politique d'action sanitaire et médico-sociale envers ses affiliés.

Depuis 2005, l'assurance vieillesse et invalidité pour les anciens mineurs et leurs ayant droits est gérée par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), qui assure également le recouvrement des cotisations. La retraite est calculée selon le nombre d'années de travail à la mine sans tenir compte du niveau hiérarchique du salarié.

Les autres risques sont gérés par la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM). S'agissant de la maladie, le régime se caractérise pour ses affiliés par la gratuité des soins et notamment de la consultation chez le médecin minier, lui-même salarié du régime.

L'offre de santé du régime minier a été fédérée en 2009 sous la marque « FILIERIS, la santé en action ». A compter de cette date, l'offre de soins du régime minier est ouverte à tous, exception faite des pharmacies, quel que soit le régime de sécurité sociale d'origine. Sans dépassement d'honoraires, les structures de santé Filieris pratiquent le tiers-payant.

La réforme du 30 août 2011 a fusionné l'ensemble des caisses régionales minières (Carmi, elles-mêmes issues de regroupements successifs des sociétés de secours minières et des unions régionales) et la CANSSM en une seule entité juridique et prévoit le transfert de l'action sanitaire et sociale à l'Agence nationale pour la garantie des droits des mineurs (ANGDM), qui a été réalisé au 1<sup>er</sup> janvier 2012.

Suite au changement de majorité le Gouvernement a confié à l'automne 2012 une mission de concertation à M. Jean Bessière, à la suite de laquelle le Premier ministre a annoncé l'abrogation de l'article 80 du décret du 30 août 2011 qui prévoyait le transfert au régime général, le 31 décembre 2013 au plus tard, de la gestion des activités assurantielles et d'offre de soins du régime minier. Cette abrogation est effective depuis le décret du 28 mars 2013.

La GOG prévoit le transfert de la gestion des assurances sociales maladies et AT-MP à la Cnam à compter de 2015, ce qui revient en pratique à ce qui était prévu par la réforme de 2011.

Le rôle de régulateur du système de santé revendiqué par la mutualité, par certains assureurs privés mais aussi par les médecins généralistes a été confié de fait à la Cnam qui, outre sa compétence en matière de gestion du risque, consacrée par le projet de loi relatif à la santé après avoir été contesté par la loi HPST, devient officiellement le relai du Gouvernement dans les négociations conventionnelles. Le mécanisme du tiers-payant généralisé place la Cnam en position centrale entre les complémentaires et le professionnel de santé et accentue la pression pour que la sécurité sociale et les praticiens de santé deviennent des co-contractants. La sécurité sociale n'est plus le simple organisme de solvabilisation de la demande de soin qu'elle était en 1945.

Cette mutation accélérée au cours des deux dernières années exerce une pression particulièrement forte sur les régimes d'assurance obligatoire et sur les administrations centrales dont les compétences et les ressources sont particulièrement sollicitées pour mettre en place rapidement des réformes d'ampleur. Ceci d'autant plus que les conventions d'objectifs et de gestion des caisses prévoient une réduction du nombre de postes.

Alors même qu'il a, à juste titre, critiqué l'impréparation de réformes comme celles de l'interlocuteur social unique, il convient que le Gouvernement s'assure que les compétences et les moyens de la Cnam sont à la hauteur des objectifs qu'il lui assigne.

## II. LE CONTENU DU PROJET DE LOI

- Le PLFSS comporte **près de trente articles relatifs à l'assurance maladie**, dont douze ont été insérés par l'Assemblée nationale.

**Les sujets concernés sont nombreux**, et certains d'entre eux ont déjà été abordés, le cas échéant sous un angle différent, dans le cadre du projet de loi relatif à la santé. On peut notamment penser au renforcement de l'accès à la contraception (article 41), à l'évolution de la filière visuelle (article 42), à la prévention de l'obésité chez les jeunes enfants (article 43), ou encore à l'organisation de la permanence des soins (articles 44 et 44 *bis*). Votre rapporteur considère à ce titre que l'article 44, qui permet la pérennisation de l'expérimentation conduite par l'ARS des Pays de la Loire en matière de financement de la PDSA, est intéressant et montre que des solutions existent sur cette question particulièrement importante pour nos concitoyens.

D'autres sont entièrement nouveaux et ont été inspirés par les événements tragiques de notre actualité récente : il s'agit des articles 40 et 61, qui portent respectivement sur la prise en charge des frais médicaux pour les victimes d'actes de terrorisme et sur l'établissement d'un cadre légal pour les échanges d'informations entre les organismes de sécurité sociale et les services de renseignement (notamment dans le cadre de la lutte contre la fraude sociale).

Parmi les articles insérés par l'Assemblée nationale figurent en particulier des mesures relatives à la régulation de l'installation des professionnels de santé non-médecins (article 45 *bis*) et à la régulation des dépenses liées à la prise en charge des dispositifs médicaux (article 45 *ter*)

- La mesure principale portée par le présent PLFSS concernant l'assurance maladie réside incontestablement dans la mise en place de la **protection universelle d'assurance maladie (PUMA)**, prévue par l'article 39.

Derrière cet acronyme se cache une réforme administrative d'ampleur pour les caisses, puisqu'il s'agit de les obliger à garder parmi leurs affiliés les personnes qui relèvent aujourd'hui de la couverture maladie universelle de base.

Concrètement, le droit à la prise en charge des frais de santé au travers des prestations en nature de l'assurance maladie sera garanti à toute personne majeure résidant durablement et légalement en France, et ce sans condition supplémentaire. Le droit aux prestations en espèces, c'est-à-dire aux indemnités journalières, restera en revanche régi par les règles propres à chaque régime. Afin de mettre en place cette mesure, la notion d'ayant droit majeur disparaît et se trouve remplacée par une affiliation directe au régime. Les mineurs restent ayants droit de l'un ou l'autre de leurs parents.

Sur le principe, votre rapporteur approuve cette mesure qui devrait simplifier la vie des assurés sociaux. Il est cependant permis de s'interroger sur les modalités de sa mise en œuvre. L'ampleur de la tâche à accomplir par les différents régimes et les administrations, s'agissant notamment de l'adaptation des systèmes d'information, apparaît en effet considérable. Lors de son audition par la commission des affaires sociales, le directeur général de la Cnam a ainsi indiqué que le régime général comporte parmi ses affiliés quatre millions d'ayants droit majeurs, qu'il va falloir basculer vers l'affiliation directe.

Il faut donc espérer que la PUMA ne créera pas une nouvelle catastrophe industrielle qui, au lieu de simplifier la vie des assurés, aboutirait à des dysfonctionnements durables au sein de régimes déjà particulièrement sollicités, comme le régime social des indépendants. Le précédent constitué par l'instauration de l'interlocuteur social unique est, de ce point de vue, un exemple de triste mémoire.

Par ailleurs, le fait pour l'Acoss de retracer les sommes dues à chaque régime risque de se trouver complexifiée.

• Une **autre réforme d'ampleur est celle de la nouvelle tarification des soins de suite et réadaptation (SSR) à l'article 49**. A l'heure actuelle, différents modes de rémunération existent pour les établissements de SSR selon qu'ils sont publics, privés non lucratifs ou privés commerciaux. La réforme, dont le principe fait consensus, tend à mettre en place une nouvelle forme de tarification constituée de deux parts : une dotation forfaitaire et une part de rémunération fondée sur l'activité. Incontestablement, cette réforme de la tarification, si elle réussit, pourrait servir de modèle pour faire évoluer la rémunération des établissements encore financés par dotation, mais également la T2A.

Les bases sur lesquelles les nouveaux tarifs doivent être établis sont malheureusement incertaines et fortement contestées par les établissements privés lucratifs. De fait, les tarifs proposés se fondent sur des études nationales de coût dont l'article 51 du PLFSS nous propose de renforcer la fiabilité. Pour des établissements dont la pérennité dépend de cette réforme, on comprend l'inquiétude que suscite cet article alors que, encore une fois, le principe d'une réforme de la tarification des SSR est accepté par tous. La commission des affaires sociales a donc adopté des amendements destinés à lever ces incertitudes.

• Enfin, **deux mesures importantes concernent non pas la sécurité sociale mais les organismes complémentaires** – elles ne respectent d'ailleurs l'obligation constitutionnelle de se traduire par un impact financier sur la sécurité sociale que par le biais des mécanismes d'exonération, d'ailleurs modestes, qui leur sont attachés. Il faut sans doute voir dans le rattachement de ces mesures au PLFSS une question de calendrier, puisque le régime des complémentaires d'entreprise obligatoires sera généralisé au 1<sup>er</sup> janvier prochain.

**L'article 21** est celui qui pose le plus de difficultés de principe. Il s'agit en effet de prévoir un mécanisme d'appel d'offres, devenu après le passage à l'Assemblée nationale une labellisation des contrats de complémentaire santé, pour les personnes âgées de plus de 65 ans. Il s'agit là encore de tirer les conséquences de l'ANI qui, en prévoyant l'obligation de contrats collectifs pour les salariés, les fait basculer à l'âge de la retraite sur des contrats individuels.

Le droit des assurances interdit d'exclure des contrats les adhérents vieillissants. Ceux qui les souscrivent alors qu'ils sont encore en activité ne subissent donc pas, normalement, de discrimination une fois qu'ils ne le sont plus. Le marché du contrat individuel d'assurance complémentaire sera cependant désormais privé d'adhérents salariés actifs et concernera essentiellement les retraités. Or, pour une adhésion à l'âge de 65 ans, il est vraisemblable que les primes d'assurance demandées seront plus élevées – ce qui n'est d'ailleurs pas illégitime dans la mesure où le risque en matière de santé est plus élevé à partir de 65 ans.

Concrètement, le dispositif de l'article 21 prévoit la création d'un nouveau panier de soins pour les plus de 65 ans avec, pour l'adhésion aux contrats correspondant à ce panier de soins, le bénéfice pour l'assuré de cotisations plus faibles et pour l'assureur d'un crédit d'impôt de 2 % sur la taxe sur les contrats d'assurance.

Le Gouvernement insiste sur le fait que ce dispositif n'interdira pas aux personnes de plus de 65 ans d'adhérer au contrat de leur choix. On peut cependant penser que, pour les personnes qui sortent des contrats collectifs à l'âge de la retraite, l'effet prix sera particulièrement attractif avant même la prise en compte du taux réel de couverture. Les mutuelles, et parmi elles les mutuelles de fonctionnaires sont particulièrement opposées à l'idée d'une labellisation dont elles estiment qu'elle favoriserait les assurances.

Surtout :

- il existe de multiples dispositifs permettant aux personnes de plus de 65 ans ayant des revenus modestes d'accéder à une complémentaire santé, au premier rang desquels la CMU-C et l'ACS dont le montant a été augmenté l'année dernière pour les personnes de plus de 60 ans ;

- la cohérence et l'efficacité de ces dispositifs ne sera établie que lorsque le rapport finalement demandé à l'Inspection générale des affaires sociales à l'occasion du PLFSS, alors qu'il avait été promis dans la loi de sécurisation de l'emploi, sera remis et rendu public ;

- les mécanismes de mutualisation des risques sont les seuls véritablement susceptibles de faire baisser les primes pour les plus de 65 ans et que certains existent déjà, notamment pour les mutuelles de la fonction publique ;

- cet article pose des questions relatives à l'emploi dans le secteur des complémentaires.

La commission des affaires sociales a dès lors estimé prématuré de définir un nouveau panier de soins et de labelliser des contrats et a en conséquence proposé de supprimer cet article.

**L'article 22** offre un droit d'option aux salariés en contrat court entre la complémentaire d'entreprise et un chèque permettant l'adhésion à un contrat individuel responsable. A quelques semaines de l'entrée en vigueur des dispositifs collectifs négociés par les entreprises, cette mesure paraît malvenue. En effet, s'il est souhaitable de garantir la couverture complémentaire des salariés en situation atypique, pour ne pas dire précaire, il ne saurait être question de remettre en cause l'équilibre des accords déjà négociés par les entreprises qui couvrent déjà ces salariés et ce au moment même où ils doivent entrer en application. La commission des affaires sociales a dès lors proposé de supprimer également cet article.

Ainsi que votre rapporteur l'a indiqué à propos des équilibres généraux, force est de constater que le Gouvernement, comme ses prédécesseurs, n'utilise pas tous les moyens nécessaires au retour à l'équilibre des comptes, maintenant de fait ce dernier à un horizon lointain. Après avoir recouru massivement à l'impôt du fait des marges de manœuvre laissées en la matière par la précédente majorité, il n'est possible aujourd'hui d'agir sur les déséquilibres que par une baisse des dépenses. La commission vous propose donc de rétablir une mesure adoptée l'année dernière par le Sénat dans le cadre de la discussion du PLFSS pour 2015 : la mise en place de trois jours de carence pour les personnels de la fonction publique hospitalière.

## TRAVAUX DE LA COMMISSION

---

### **Audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés**

*Réunie le mercredi 14 octobre 2015, sous la présidence de M. Alain Milon, président, la commission procède à l'audition de M. Nicolas Revel, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam), sur le projet de loi financement de la sécurité sociale pour 2016.*

*M. Alain Milon, président.* – Dans le cadre de nos auditions préparatoires au PLFSS, j'ai le plaisir d'accueillir ce matin M. Nicolas Revel, directeur général de la caisse nationale d'assurance maladie (Cnam). Il est accompagné de Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins.

Monsieur le directeur général, je souhaiterais que, dans un exposé liminaire, vous évoquiez brièvement la situation financière de la branche maladie, qui représente aujourd'hui le principal poste des déficits sociaux, les mesures envisagées pour contenir ce déficit et, plus spécifiquement, les mesures nouvelles incluses dans le PLFSS pour 2016.

Nous sommes par ailleurs en période de renouvellement de instances professionnelles des médecins. Nous souhaiterions également connaître votre sentiment sur les enjeux à venir en matière de négociations conventionnelles, une fois ces échéances passées.

Le rapporteur général et nos collègues vous poseront ensuite leurs questions.

*M. Nicolas Revel, directeur général de la Cnam.* – Comme vous m'y invitez, j'aborderai successivement le contenu du PLFSS 2016 et l'actualité conventionnelle.

Le PLFSS 2016, tout d'abord, s'inscrit dans la trajectoire budgétaire et financière prévue et comporte une réforme importante, la protection universelle maladie (PUMA).

*L'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) est fixé à 1,75 % conformément au programme de stabilité arrêté ce printemps et aux travaux triennaux menés par les ministères sociaux et la Cnam pour freiner la progression des dépenses d'assurance maladie. Je rappelle que l'Ondam 2015 était fixé à 2,05 % et que le tendancier des dépenses est évalué à 3,6 %.*

*Si l'on regarde les sous-objectifs prévus pour 2016, les établissements de santé ont un taux de progression de 1,75 %, le médico-social de 1,9 % et la médecine de ville de 1,7 %.*

*Jusqu'à présent, l'objectif de ville a toujours été supérieur de 0,2 point à celui des établissements de santé. En fait, le PLFSS comporte une mesure d'économie de 270 millions d'euros, liée à l'abaissement du taux des cotisations des professionnels de santé affiliés au régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés dont l'assurance maladie assume en quasi-totalité la prise en charge (9,7 sur 9,8 %). Ce taux est réduit en deux ans à 6,5 % dont 6,4 % pris en charge par l'assurance maladie. Cette économie ne retire rien à la couverture des professionnels concernés. Elle vient cependant minorer l'Ondam de ville qui, corrigé de cette mesure, atteint un taux d'évolution de 2 % pour 2016. Il y aura donc bien une évolution plus rapide des dépenses de ville, liée, notamment, au virage ambulatoire.*

*Au total, l'Ondam représente un effort de maîtrise de 3,4 milliards d'euros. Pour y parvenir le PLFSS détaille quatre blocs de mesures qui correspondent au plan triennal Ondam 2015-2017 :*

*- une action sur le cœur de la dépense hospitalière portant sur la masse salariale, les achats, les établissements en difficulté et la liste en sus. Une économie de 690 millions d'euros en est attendue ;*

*- la poursuite des actions en faveur du virage ambulatoire et de la pertinence des soins hospitaliers pour 465 millions ;*

*- la limitation des dépenses liées aux produits de santé avec une action sur les prix et sur la rémunération des pharmaciens au titre de la substitution des génériques ;*

*- l'amélioration de la pertinence et du bon usage des soins grâce à laquelle 1,2 milliard d'économie sont attendues. Des actions sont prévues spécifiquement pour certaines professions : la biologie au travers d'accords prix/volume et la radiologie pour laquelle un accord a été conclu. D'autres le sont sur les prescriptions médicales afin de contrôler le nombre des arrêts maladie et l'iatrogénie médicamenteuse. Des actions sont également envisagées dans le cadre du contrat d'accès aux soins.*

*S'agissant de l'année 2015 nous ne disposons pour le moment que d'une vision sur les huit premiers mois de l'année car l'Ondam est construit non sur les remboursements mais sur les soins délivrés. Le comité d'alerte a toutefois validé le fait que l'objectif de 2,05 % sera tenu.*



On constate en effet une décélération des dépenses. 2014 a été marqué par l'impact des nouveaux traitements contre l'hépatite C en matière de rétrocession hospitalière. Leur coût s'est élevé à 700 millions en 2014. Leur impact, encore sensible au premier semestre 2015, est désormais stabilisé avec un nombre de patients d'environ 14 000 par an. Il n'y a, par ailleurs, pas encore sur le marché de traitements innovants d'un coût comparable à celui de l'hépatite C.

La mise en place de la protection maladie universelle découle du constat que toute personne a droit aux prestations en nature mais que les règles actuelles de contrôle mobilisent beaucoup d'effectifs des caisses et peuvent conduire à mettre les assurés en situation de « droits à justifier », ce qui peut conduire à l'impossibilité de remettre à jour leur carte Vitale.

Il s'agit donc d'une mesure de simplification pour les assurés et pour les professionnels de santé qui leurs délivrent des soins mais aussi d'une possibilité, pour les caisses, d'utiliser autrement les ressources affectées au contrôle.

La réforme implique la mise en place d'une affiliation directe de toutes les personnes majeures en situation de résidence stable et régulière sur le territoire. Elle implique la disparition de la notion d'ayant droit majeur. Celle-ci ne peut cependant se faire que progressivement. Dès 2016, le flux sera géré mais le stock d'ayants droit majeurs étant de 4 millions de personnes, il ne pourra être traité que progressivement.

La réforme devrait permettre la fluidification des opérations de mutation à l'intérieur d'un régime, notamment pour cause de déménagement et entre régimes. Le temps nécessaire à la mutation passera de 20-30 jours à 10 jours. L'assuré, lui, pourra changer instantanément les informations qui le concernent mais le traitement nécessaire en « back office » prend un temps nécessairement plus long.

J'en viens maintenant aux perspectives conventionnelles. La première est la renégociation de la rémunération sur objectif de santé publique des pharmaciens qui a été mise en place par une convention de 2012. Le seuil de déclenchement de cette rémunération, dite communément tiers-payant contre générique, a été fixé en 2011 et il a vieilli puisqu'il est établi à 71 % de taux de substitution alors que nous en sommes aujourd'hui à 83,3 %. Je rappelle que les ROSP constituent 142 millions d'euros par an. Notre objectif est de diversifier les éléments de cette rémunération tout en maintenant son périmètre et nous espérons pouvoir conclure un nouvel accord d'ici la fin de l'année.

2016 sera une année importante puisque la convention médicale arrive à échéance en septembre. Notre objectif est donc d'ouvrir les négociations le plus rapidement possible en février et d'aboutir à l'été.

Le contenu de cette négociation portera notamment sur la démographie médicale mais aussi sur la revalorisation des actes. Il y a des enjeux qualité des pratiques, d'organisation des professionnels et de soutien à des territoires en pénurie d'offre. Il va sans dire que nous appliquerons scrupuleusement les dispositions de la loi de santé une fois qu'elle sera définitivement adoptée.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – Je m'interroge sur les modalités pratiques de mise en œuvre de la protection maladie universelle. Tout d'abord, comment la transition entre le statut d'ayant droit majeur et l'affiliation directe sera-t-elle effectuée ? En second lieu, il me semble que la mise en place du critère de résidence sera de nature à limiter les remboursements accordés à certaines personnes ; avez-vous procédé à une évaluation du nombre de personnes concernées et des sommes correspondantes ? L'affiliation à un régime obligatoire n'étant plus appelée à évoluer en fonction de la situation de la personne, il appartiendra aux régimes obligatoires de trouver les ressources qui leur sont dues au titre de leurs affiliés ; sont-ils suffisamment équipés pour y parvenir ? Avez-vous pu évaluer le coût de gestion de cette obligation ? Enfin, les mineurs pourront-ils être ayant droit de tout assuré, même si celui-ci dépend lui-même des cotisations d'un autre ?

**M. Nicolas Revel.** – S'agissant du passage du statut d'ayant droit majeur à celui d'assuré (qui devrait concerner 3,8 millions de personnes), deux problèmes se posent : d'une part, nous ne disposons pas aujourd'hui d'un outil informatique qui nous permette de procéder au changement de manière automatisée ; d'autre part, la question du compte bancaire sur lequel verser les prestations peut constituer un obstacle. Cette question sera traitée par les caisses en priorisant les publics, avec trois priorités définies pour l'année 2016 : les ayants droit ayant rompu les liens avec la personne à laquelle ils sont rattachés (ce qui concernerait 300 000 personnes) ; les ayants droit qui ont une domiciliation bancaire personnelle ; enfin, les personnes qui nous en feront directement la demande, les démarches pouvant être effectuée grâce à un service en ligne.

Sur la mise en place d'un critère de résidence, je souligne que les règles sont stables : les ayants droit d'un bénéficiaire de la CMU, par exemple, doivent d'ores et déjà justifier d'une condition de résidence. Le sujet est désormais celui du contrôle de ces règles, qui devra être ciblé – notamment en lien avec l'administration fiscale.

Sur votre troisième question, il ne me semble pas que l'assurance maladie soit la mieux placée pour y répondre : le problème soulevé ressort plutôt de la compétence de la branche recouvrement.

S'agissant enfin des mineurs, ils pourront tout à fait être rattachés à un assuré qui ne travaille pas.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'article 40 du projet de loi porte sur la prise en charge des soins des victimes d'actes de terrorisme. Le dispositif proposé vous paraît-il opérationnel ?

**M. Nicolas Revel.** – Cet article tire les conséquences des attentats de janvier dernier : il s'agit de permettre une charge aussi unifiée et aussi complète que possible des soins des victimes – nous nous sommes en effet aperçus que plusieurs obstacles résultaient de l'état actuel des textes. Il est dès lors apparu nécessaire de mettre en place un nouveau cadre législatif permettant le règlement de telles situations, auquel nous avons travaillé en lien avec la direction de la sécurité sociale. L'ensemble des dépenses des personnes concernées pourront ainsi être prises en charge, qu'il s'agisse du ticket modérateur, des franchises ou encore des dépenses d'appareillage.

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – L'article 43 porte sur un sujet que nous avons déjà largement évoqué lors de l'examen de la loi santé : l'organisation et l'optimisation de la filière visuelle. Quelles sont les actions déjà mises en œuvre par les caisses en la matière ? Quelle appréciation portez-vous sur le dispositif proposé ?

**Mme Mathilde Lignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins.** – Cet article s'inspire bien sûr des conclusions du rapport récemment remis à la ministre par l'Inspection générale des affaires sociales (Igas). L'assurance maladie a déjà mis en place plusieurs mesures en matière de soins visuels. En premier lieu, nous avons entendu faciliter le dépistage de la rétinopathie diabétique par l'inscription à la nomenclature, en mars 2014, des actes correspondants pour les orthoptistes. Par ailleurs, des protocoles de coopération entre professionnels de la filière visuelle ont été mis en œuvre, sur le fondement de l'article 51 de la loi HPST. Deux protocoles ont en particulier été retenus par le collège des financeurs, qui permettent de faire réaliser des bilans visuels par des orthoptistes, en collaboration avec des ophtalmologues, à tarif opposable. Ces formes de coopération sont actuellement en phase de montée en charge.

L'objectif de l'article 43 est d'aller un cran plus loin grâce à la mise en place d'un troisième type de mesures, des contrats-types destinés à favoriser la coopération entre les professionnels de la filière visuelle. Ces contrats, dont les contours seront définis dans le cadre de la négociation conventionnelle, pourront être collectifs et s'appliquer dans le cadre de modes d'exercice regroupés (maisons de santé ou centres de santé).

**M. Jean-Marie Vanlerenberghe, rapporteur général.** – S'agissant de l'article 44, pourriez-vous nous donner quelques éléments chiffrés sur l'évolution des dépenses associées à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) au cours des dernières années ? La reconduction de la dérogation à la T2A prévue par l'article 48 vous paraît-elle justifiée ? Enfin, à propos de l'article 61, je m'interroge sur le nombre de cas de fraude qui ont pu être détectés grâce à la collaboration avec les services de renseignement.

**M. Nicolas Revel.** – Les coûts totaux des dépenses associées à la PDSA sont relativement stables depuis 2010 : ils oscillent entre 345 et 350 millions. L'activité réalisée dans le cadre de la PDSA est également stable, autour de 200 millions d'euros.

L'article 48, en prolongeant la base de calcul du tarif journalier, ne tire pas toutes les conséquences de la mise en place de la T2A ; cela pose la question de l'égalité de traitement entre établissements de santé mais aussi celles de la lisibilité des tarifs pour les assurés et de l'équité entre ces derniers. C'est pourquoi la mesure devra être accompagnée de la plus grande transparence, ainsi que d'une limitation de l'évolution du tarif pour contenir les restes à charge.

Enfin, les cas de fraude détectés au cours des dernières années dans le cadre tracé par l'article 61 sont très peu nombreux, de l'ordre d'une dizaine sur les trois dernières années. L'enjeu est aujourd'hui d'approfondir la collaboration avec les autres acteurs, et par exemple de mettre en place des échanges plus suivis avec Tracfin.

**Mme Catherine Génisson.** – S’agissant de la pertinence des actes médicaux, l’assurance maladie travaille-t-elle en relation étroite avec la Haute Autorité de santé (HAS), afin d’éviter d’être à la fois juge et partie ? Comment expliquez-vous le faible taux de sollicitation des aides pour les personnes éligibles à la CMU, à la CMU-C et à l’aide au paiement d’une complémentaire santé (ACS) ? Comment appliquerez-vous l’an prochain le dispositif de tiers-payant pour les affections de longue durée ?

**M. Jean-Marie Morisset.** – Le déficit de la branche maladie devrait atteindre l’an prochain 6,2 milliards d’euros, avec un Ondam fixé à 1,75 %. Le Haut Conseil des finances publiques estime incertain cet objectif financier, tandis que la Cour des comptes renvoie à un horizon indéterminé le retour à l’équilibre des comptes sociaux. Qu’en pensez-vous ? S’agissant des masseurs-kinésithérapeutes et des infirmiers, quel jugement portez-vous sur les recommandations de la Cour visant à instaurer un forfait par patient ? Êtes-vous favorable à la création d’une enveloppe par médecin ? Pour la gestion et le paiement des franchises du tiers payant, que comptez-vous faire ?

**M. Jean-Pierre Caffet.** – Le déficit de la branche maladie s’alourdira l’an prochain d’un milliard d’euros alors même que l’Ondam sera respecté. Comment expliquer ce paradoxe ? Peut-être par la faiblesse de l’inflation ? Cette question doit être approfondie avant la renégociation de la convention. Si une forte revalorisation des actes médicaux est décidée, on ne pourra que s’inquiéter sur l’évolution du déficit de l’assurance maladie. Par ailleurs, l’Ondam ayant été respecté depuis cinq ans, disposez-vous d’un document synthétisant les différents postes d’économies réalisées ?

**M. Dominique Watrin.** – Dans mon département, de nombreux hôpitaux sont soumis à un plan de retour à l’équilibre financier. Certes d’ampleur limitée, ces plans, imposés par l’agence régionale de santé, s’accompagnent d’une baisse de l’offre de soins et d’une remise en cause des droits du personnel. Suite aux investissements hospitaliers, parfois disproportionnés et inadaptés, avez-vous mis en œuvre des actions correctrices ? Un Ondam à 2 % est déjà source de difficulté pour les hôpitaux ; à 1,75 % ce sera encore plus dur. Le nombre d’hôpitaux touchés par ces plans d’économie est-il en augmentation ?

**Mme Annie David.** – Afin de nourrir la réflexion sur la revalorisation des actes médicaux, pourriez-vous nous rappeler l’ensemble des mesures accordées par la sécurité sociale dont bénéficient les médecins et leur coût ?

**M. Nicolas Revel.** – Concernant la pertinence des soins, nous nous fondons systématiquement sur les travaux de la HAS, qui établit des référentiels et identifie les bonnes pratiques.

Le taux de non-recours à l’ACS est effectivement très important. Il faut toutefois être prudent sur les chiffres avancés car cet exercice d’évaluation est difficile. En outre, une grande partie des bénéficiaires potentiels ne sollicitent pas l’ACS parce qu’ils disposent déjà d’une complémentaire santé. Le reste à charge des dépenses de santé pour ces personnes peut être élevé et justifie la création de ce dispositif.

*Je ne suis donc pas sûr que le faible taux de recours aux différents dispositifs évoqués par Mme Catherine Génisson explique l'évolution des dépenses de l'assurance maladie. Le taux de non-recours à la CMU-C est sans doute moins important que pour l'ACS. L'objectif du taux de recours progresse et il est fixé à 80 %.*

*J'en viens aux franchises et au tiers payant. Nous travaillons activement pour être au rendez-vous du 1<sup>er</sup> juillet 2016. Si les dispositions du projet de loi relatif à la santé, supprimées par le Sénat, sont rétablies, nous mettrons en place des procédures pour que les professionnels de santé comme les médecins, puissent facilement vérifier les droits des patients. Nous testons ainsi actuellement, avec des laboratoires de biologie et des médecins volontaires, la robustesse et la fluidité du système ADR, que nous avons créé dans cette optique. Nous souhaitons par ailleurs réduire le nombre de rejets de demandes de facturation au tiers payant, qui oscille entre 1 et 1,5 % et qui occasionne une perte de temps pour les patients comme pour les professionnels.*

*Nous recouvrons environ 95 % de la participation aux franchises sur les flux de prestation en nature ou en espèces mais nous souhaitons créer un dispositif spécifique d'ici juillet prochain, basé dans un premier temps sur un dispositif de paiement en ligne.*

*Le creusement du déficit d'un milliard d'euros n'est pas un dérapage. Il ne s'agit pas d'une moindre dynamique des recettes car l'évolution de la masse salariale est quasi stable entre 2014 et 2015. En 2014, le régime d'assurance maladie a bénéficié de l'affectation, pour ainsi dire exceptionnelle, du produit de la suppression d'une dépense fiscale relative à la prise en charge de la couverture complémentaire en entreprise. Le déficit augmente donc en 2015 à cause de l'absence de nouvelles recettes. Le déficit diminuera lorsque l'on aura des ressources aussi dynamiques que les dépenses, comme en Allemagne.*

*C'est vrai, l'inflation est basse. Je ne connais pas la marge d'augmentation globale des honoraires des médecins, qui peut être acceptée lors de la renégociation de la convention. Si chacune des demandes formulées par les syndicats de médecins est parfaitement acceptable, leur cumul aboutirait à une enveloppe dépassant largement un milliard d'euros, ce qui n'est pas envisageable dans le contexte financier que nous connaissons. Il faudra donc hiérarchiser ces demandes et les lisser dans le temps, tout en sachant que certaines dépenses nouvelles peuvent entraîner des économies pour l'Ondam.*

**M. Jean-Pierre Caffet.** – *La négociation portera-t-elle sur la question de la répartition géographique des médecins ?*

**M. Nicolas Revel.** – *S'il existe des dispositifs pour encourager les médecins à s'installer dans des zones sous-denses, la loi n'en a pas prévu pour leur interdire de choisir des zones sur-denses, les médecins d'ailleurs ne le souhaitant pas. J'ajoute qu'il n'y a pas beaucoup de territoires actuellement dans lesquels les médecins sont trop nombreux et que des territoires excédentaires peuvent rapidement devenir déficitaires lorsque plusieurs médecins partent en retraite à intervalles rapprochés. Le relèvement du numerus clausus commence à se faire sentir.*

*Nous pourrions communiquer à monsieur Jean-Pierre Caffet les informations demandées, qui retracent en tendance les postes d'économies réalisés par rapport à l'Ondam.*

*Nous ne recensons pas le nombre de plans de retour à l'équilibre financier en vigueur dans les hôpitaux, qui relèvent de la compétence des ARS. Je ne doute pas, en revanche, qu'il existe des marges d'amélioration dans l'efficacité des hôpitaux, publics comme privés.*

*L'ensemble des composantes de la rémunération des médecins prises en charge par la sécurité sociale s'élève à environ 20 milliards d'euros, cet ensemble étant à peu près stable en moyenne au sein des dépenses de ville ; 80 % de cette enveloppe recouvre la rémunération des actes, comme la consultation des médecins généralistes et les actes techniques des médecins spécialistes, 10 % la rémunération forfaitaire, le reste concerne la prise en charge des cotisations, uniquement pour les médecins qui sont dans le secteur 1 et le signataire d'un contrat d'accès aux soins. Je proposerai aux syndicats de simplifier l'architecture de ces dispositifs : en dehors des actes, nous pourrions distinguer un élément de rémunération lié aux caractéristiques de la patientèle, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) demeurant un élément essentiel pour améliorer les pratiques.*

**M. Yves Daudigny.** – *Quelle est la capacité des établissements hospitaliers à supporter de nouvelles mesures de réduction de leur masse salariale ? Quel est le coût des mesures catégorielles prises ces dernières années à l'égard notamment des internes et des urgentistes ? Les services d'urgence sont dans une situation difficile, les délais d'attente sont parfois longs, en raison notamment de la propension de nos concitoyens à s'y rendre trop aisément. Les dispositifs médicaux, à l'instar des médicaments, contribuent-ils à la maîtrise des dépenses ?*

**M. Jean-Pierre Godefroy.** – *La branche AT-MP reverse ces dernières années près d'un milliard d'euros par an à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents de travail. Faut-il se résoudre à considérer que cette recette est désormais pérenne et que les efforts pour lutter contre la sous-déclaration des accidents sont demeurés infructueux ?*

**M. Michel Amiel.** – *Pouvez-vous évaluer, à travers le remboursement des indemnités journalières, le coût de l'absentéisme ? Quelles sont les pistes pour diminuer ce coût ? Pour mieux prendre en compte l'évolution démographique médicale, existe-t-il d'autres solutions que le paiement à l'acte ? En dépit de l'assouplissement du numerus clausus, de nombreux médecins s'installent tardivement, autour de 37-38 ans. J'observe que les nouvelles générations souhaitent souvent avoir des horaires normaux de travail : une réflexion est-elle engagée sur ce sujet ? Encouragez-vous la prise en charge de l'insuffisance rénale autrement que par des dialyses dans des structures spécialisées, par exemple par des traitements à domicile ?*

**M. Daniel Chasseing.** – *Ce n'est qu'à l'horizon 2030 que le nombre de médecins retrouvera son niveau de 2006 ; les jeunes praticiens veulent des heures de travail fixes et davantage de jours de repos. Par conséquent, un relèvement du numerus clausus est indispensable si l'on veut éviter une pénurie de médecins et la désertification rurale.*

*Les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes voient les besoins de soins augmenter. Souvent gérés par des associations, les établissements situés dans des zones de revitalisation rurale (ZRR) risquent d'être fortement fragilisés par la modification des règles prévues dans le PLFSS pour 2016, d'autant qu'ils ne sont pas éligibles au crédit d'impôt compétitivité emploi.*

**Mme Corinne Imbert.** – *Le PLFSS pour 2016 prévoit le transfert de l'Etat vers la sécurité sociale du financement des établissements et service d'aide par le travail (Esat). Je ne vois pas en quoi cette mesure facilitera le parcours des personnes concernées. Les crédits de l'Etat ne seront reversés à l'assurance maladie qu'en 2017. Quel sera le montant de ces dépenses ? L'assurance maladie devra-t-elle faire une avance de trésorerie sur 2016 ? Avez-vous la garantie que la compensation par l'Etat sera intégrale ?*

**M. Nicolas Revel.** – *La trajectoire de l'évolution de la masse salariale des établissements de santé, fixée à 1,5 % sur les trois prochaines années, peut paraître très faible par rapport à 2014, mais cette année était singulière. Le pilotage de ce poste de dépense relève de la compétence du ministère et de la direction générale de l'offre de soins, mais les premiers éléments communiqués sur l'évolution de la masse salariale en 2015, fixée à 1,7 %, montrent que cet objectif est atteignable. Cela implique le recours à des contrats à durée déterminée et une modification de l'organisation du travail dans les établissements.*

*Les urgences sont soumises à un afflux important de patients, en raison parfois d'un déficit de l'organisation des soins en ville. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) a récemment décidé d'harmoniser, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les différents tickets modérateurs des patients qui vont aux urgences. Aujourd'hui, le ticket est de 20 % dans un établissement privé et de 30 % en cas d'acte dans un établissement public (mais nul si aucun acte n'est administré dans ce dernier type d'établissement). Demain, ce taux sera fixé à 20 % dans tous les cas de figure, ce qui devrait faire diminuer le nombre de passages injustifiés aux urgences, à condition que ce signal soit perçu par nos concitoyens.*

*Le poste des dispositifs médicaux est très dynamique et devrait le rester dans le cadre du virage ambulatoire. Il faudra donc des actions de contrôle sur le volume et les prix de ces dispositifs.*

*La branche AT-MP a effectivement reversé 1 milliard d'euros à la branche maladie, soit 300 millions de moins que ce que prévoyait la borne haute des dernières estimations. Je ne sais pas si ce reversement peut être considéré comme une recette pérenne. Mais compte tenu du phénomène évident de sous-déclaration des accidents de travail, le maintien de ce reversement me semble justifié.*

*Il n'entre pas dans nos missions d'évaluer le coût global de l'absentéisme. Le coût des indemnités journalières des prestations en espèces est estimé à 10 milliards d'euros par an. Après une légère réduction en 2012 et 2013, ce chiffre a augmenté en 2014. Le niveau de 2015 devrait être en deçà de celui observé l'an dernier. L'assurance maladie mène des actions auprès des médecins prescripteurs, en leur permettant de comparer leurs pratiques professionnelles entre eux à partir d'une patientèle présentant les mêmes caractéristiques socio-professionnelles. A partir de fiches repères établies par la HAS, nous avons également des échanges confraternels avec les médecins pour faire évoluer leurs pratiques et éviter de recourir à des procédures plus lourdes. Si les abus de prescriptions ne concernent qu'une centaine de praticiens, nous devons en revanche mener un travail de fonds avec les médecins pour diffuser les bonnes pratiques.*

*S'agissant de la démographie médicale et de l'évolution des modes de rémunération, les médecins considèrent que la part de capitation dans leur rémunération pourrait être supérieure à ce qu'elle est aujourd'hui. La réflexion doit se poursuivre pour la rendre plus visible auprès des professionnels.*

**Mme Mathilde Lignot-Leloup.** – *Il faudrait inciter effectivement à une meilleure prise en charge hors centre de l'insuffisance rénale chronique. L'assurance maladie avait mis en place en 2011 une incitation financière au développement de la dialyse péritonéale. J'observe que le taux de recours à cette technique est de 7 % au niveau national, avec de fortes disparités locales. De nouvelles techniques permettent des dialyses à domicile ; il faudra donc faire évoluer le mode de tarification en centre, en plus des incitations financières.*

*Le PLFSS prévoit un transfert du financement des Esat de l'Etat vers la sécurité sociale au 1<sup>er</sup> janvier 2017, estimé à 1,477 milliard d'euros. Nous serons évidemment attentifs à la compensation par l'Etat.*

**M. Nicolas Revel.** – *Les ZRR ne disparaissent pas en tant que telles selon moi.*

**M. Gérard Dériot.** – *Ce que prévoit le PLFSS est contraire aux engagements pris par le Président de la République à Vesoul en faveur du milieu rural.*

**M. Nicolas Revel.** – *Pour les professionnels de santé installés en zone de tension, cette mesure n'aurait pas d'impact.*



## LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES

---

- **Fédération hospitalière de France (FHF)**
  - Gérard Vincent**, délégué général
  - Cédric Arcos**, directeur de cabinet
  - Yves Gaubert**, responsable du pôle financier
- **Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)**
  - Lamine Gharbi**, président
  - Elisabeth Tomé-Gertheinrichs**, déléguée générale
  - Dr Gabriel Bossy**
- **Ministère des affaires sociales**
  - Direction générale de l'offre de soins (DGOS)**
  - Samuel Pratmarty**, sous-directeur de la régulation de l'offre de soins
  - Sandrine Billet**, adjointe
- **Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (Fehap)**
  - Yves-Jean Dupuis**, directeur général
  - David Causse**, coordonnateur du Pôle santé
- **La Mutualité française**
  - Jean Martin Cohen Solal**, délégué général
  - Isabelle Millet-Caurier**, directrice des affaires publiques
- **Mutualité Fonction Publique**
  - Serge Bricchet**, président de la MFP
  - Didier Quercioli**, président de la Commission Sécurité sociale MFP
  - Christine Boudineau**, directrice technique opérationnelle
  - Laurence Tribillac**, directrice déléguée à la coordination institutionnelle et aux relations extérieures
- **Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA)**
  - Pierre François**, vice-président de la commission des assurances de personnes de l'AFA
  - Véronique Cazals**, conseillère du Président
  - Viviana Mitrache**, attachée parlementaire