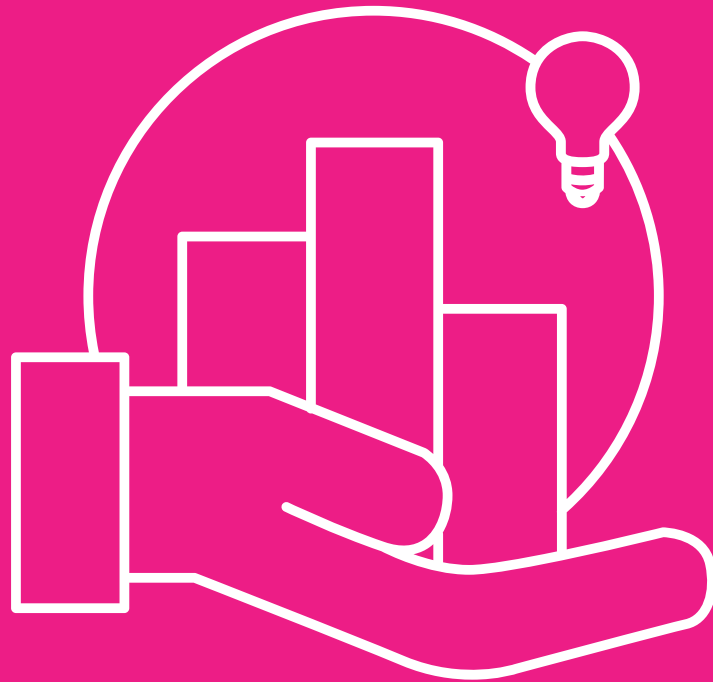




**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



SYNTHÈSE DU RAPPORT DE PROPOSITIONS DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2024

Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2024 (loi du 13 août 2004) pour améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses

JUILLET 2023

INTRODUCTION

Le vote de la loi de financement de la sécurité sociale constitue un moment important dans la vie de notre système de santé. La construction de ce texte doit concilier les enjeux de santé publique, de qualité des soins et d'accès équitable aux soins. Le tout doit également s'inscrire dans un cadre financier soutenable à court, moyen et long terme, en y incluant désormais la contrainte environnementale et les objectifs de développement durable. Il s'agit aussi de concilier le rythme annuel des lois de financement et la nécessaire pluriannualité dans laquelle les transformations de notre système de santé s'inscrivent.

Les analyses et les propositions que porte le rapport sur les charges et les produits de l'Assurance Maladie visent à éclairer le débat public et à contribuer aux évolutions et aux transformations de notre système de santé. C'est notamment l'objectif de la mise à disposition de données offrant d'une part une vision médicalisée de l'Ondam (objectif national des dépenses d'assurance maladie) par pathologie et d'autre part une analyse inédite de l'offre et de l'activité des professions de santé libérales, désormais disponibles en ligne sous un format de datavisualisation.

Essayer de comprendre la dynamique des dépenses d'assurance maladie ne se résume pas à un exercice comptable. Il s'agit, derrière chaque évolution, d'analyser les facteurs démographiques, épidémiologiques, comme organisationnels et économiques, tout en tenant compte de pratiques médicales et soignantes qui évoluent.

Il s'agit également d'identifier les leviers à actionner pour améliorer la qualité du service rendu à la population tout en assurant une consommation de ressources maîtrisée et soutenable sur le long terme. C'est l'objet même des actions de gestion du risque que porte l'Assurance Maladie, dans une approche désormais renouvelée.

Dans un contexte encore marqué par les conséquences de la pandémie de Covid-19 sur la santé de la population et les parcours de soins, la politique de gestion du risque doit avoir pour objectif d'en limiter les effets et, autant que possible, de tendre vers un retour à une situation normale. C'est particulièrement vrai dans le cas de la santé mentale chez les jeunes, population fortement affectée dans ce domaine et chez qui les prescriptions de psychotropes augmentent de manière très importante, appelant une réponse adaptée à ce défi majeur de santé publique.



Ce rapport est le fruit d'un travail conjoint des équipes de la Cnam aux expertises complémentaires : statistique, économie de la santé, organisation des soins et médicale.

Pour autant, les efforts pour revenir à une situation *ex ante* ne disent pas tout d'une politique pertinente de gestion du risque, qui doit aussi promouvoir de nouvelles façons de faire et favoriser l'adoption de l'innovation par les acteurs qui font vivre le système de santé. C'est dans ce sens que l'Assurance Maladie appuie des actions ambitieuses de santé publique autour du dépistage de pathologies comme le diabète, l'insuffisance cardiaque ou les cancers. C'est aussi à cette fin que sont formulées des propositions innovantes sur la télésanté ou sur la prise en charge de l'activité physique adaptée pour certaines pathologies.

L'accès aux soins demeure une problématique de premier ordre et un souci du quotidien pour de nombreux assurés sociaux. Les efforts engagés et soutenus par l'Assurance Maladie, dans le cadre de la vie conventionnelle, visent à promouvoir de nouvelles façons de faire dans les modalités de financement et d'organisation de soins avec l'ensemble des professions conventionnées, tout en poursuivant les efforts de développement de l'exercice coordonné.

La santé est aussi un secteur important de l'activité économique et elle n'est à ce titre pas exempte des évolutions qui sont à l'œuvre dans d'autres secteurs. L'entrée dans la propriété de l'offre de soins privée d'acteurs financiers en est un exemple régulièrement cité, mais dont la réalité, l'ampleur et les conséquences restent largement à décrire et à mesurer précisément. Il est important et utile de scruter de près ces évolutions sectorielles, le plus objectivement possible, pour dépasser les questions de principe et permettre d'asseoir des politiques de régulation adaptées et efficaces.

La situation dans laquelle se trouve notre système de santé appelle à bien des égards à ce que des réponses rapides soient initiées et mises en œuvre. Les défis que rencontre notre système de santé s'inscrivent pour autant dans la durée. Incrire ces réflexions dans une perspective de moyen et long terme et porter l'idée de mener des actions de manière durable est un enjeu capital pour toute politique de gestion du risque. L'ambition du rapport de propositions de l'Assurance Maladie est d'aider notre système de santé et les acteurs qui le font vivre à concilier ces deux échelles de temps de manière efficace et pragmatique, au bénéfice du plus grand nombre.



Ce travail s'appuie sur des études approfondies pour identifier de nouvelles propositions.

VUE D'ENSEMBLE

Le rapport sur les charges et les produits de l'Assurance Maladie permet de partager une vision détaillée du système de soins français. La partie Vue d'ensemble propose notamment des données sur la prise en charge des patients et sur la situation financière de l'Assurance Maladie, ainsi que des indicateurs clés sur la prévention et la transition écologique.

1. Cartographie des pathologies et des dépenses en 2021

Depuis 2012, la cartographie apporte une analyse inédite du système de soins français. Grâce à des algorithmes analysant les données de facturation des soins (ville et hôpital), elle permet une lecture médicalisée des dépenses de santé en France. Celles-ci sont analysées par pathologies (cancers, diabète...) ou épisodes de soins (maternité, hospitalisations ponctuelles, soins courants...).

68,7
millions de
personnes prises
en charge

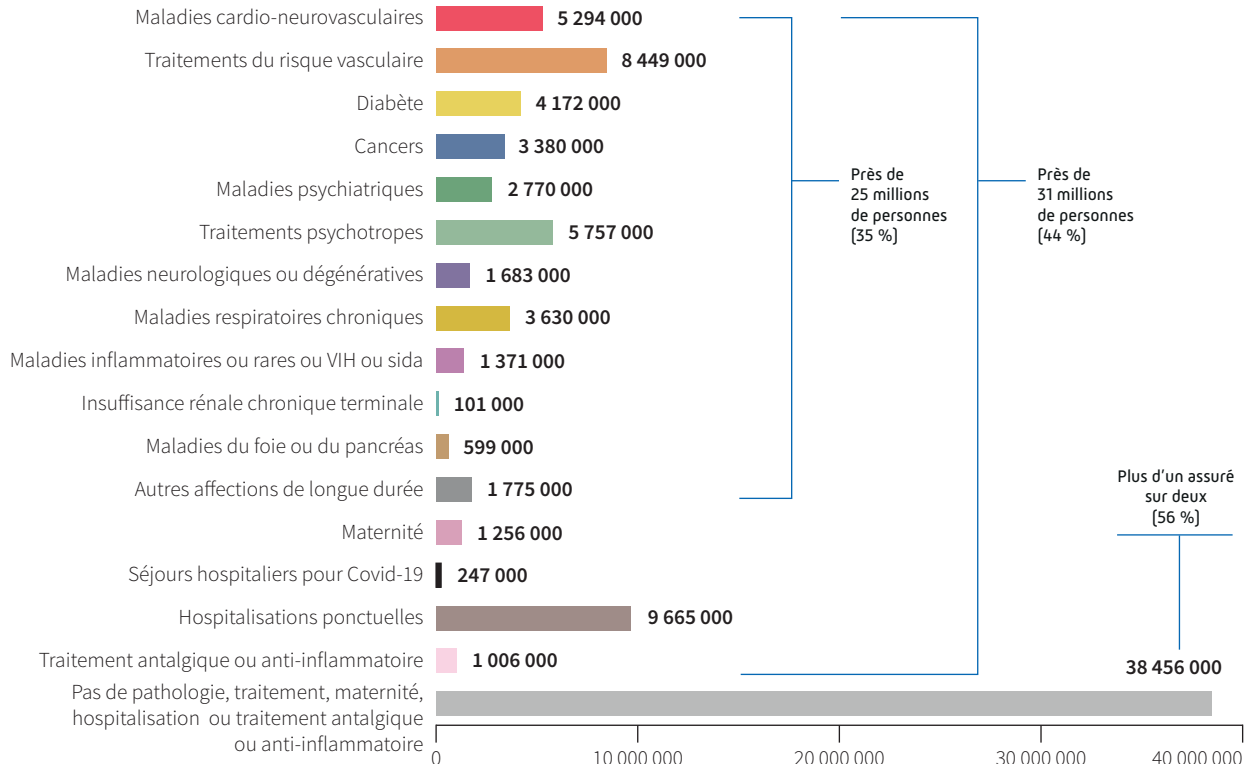
185
milliards d'euros
remboursés

➤ **+ 10,9 %** par rapport
à 2020

35 %
de la population prise en
charge pour pathologie et/ou
traitement chronique

➤ Pour une dépense moyenne
de **4 680 euros**

BÉNÉFICIAIRES PRIS EN CHARGE



Note de lecture : nombre de bénéficiaires pris en charge en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (68,7 millions de personnes au total). Ces effectifs détaillés ne se cumulent pas, une même personne pouvant avoir plusieurs pathologies, événements de santé au cours de l'année.

Champ : tous régimes - France entière — Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE REMBOURSÉES

MALADIES CARDIO-NEUROVASCULAIRES

19,4 Mds €

(+ 8,6 % par rapport à 2020)

DIABÈTE

9,6 Mds €

(+ 7,0 %)

HOSPITALISATIONS POUR PRISE EN CHARGE DU COVID-19

2,3 Mds €

(+ 45,3 %)

CANCERS

22,6 Mds €

(+ 11,5 %)

MALADIES PSYCHIATRIQUES

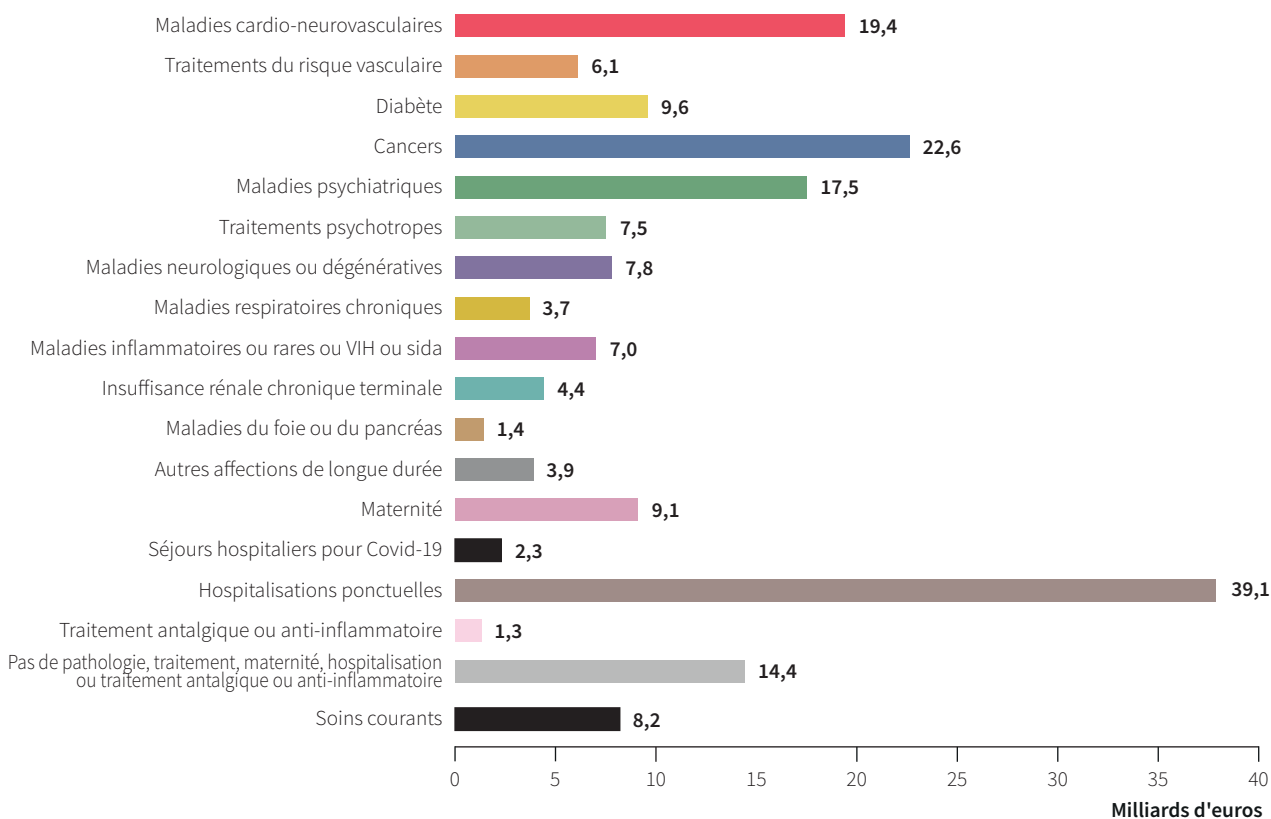
17,5 Mds €

(+ 7,5 %)

HOSPITALISATIONS PONCTUELLES

39,1 Mds €

(+ 14,3 %)



Note de lecture : répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2021 par catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (185 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes). — Champ : tous régimes - France entière — Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)



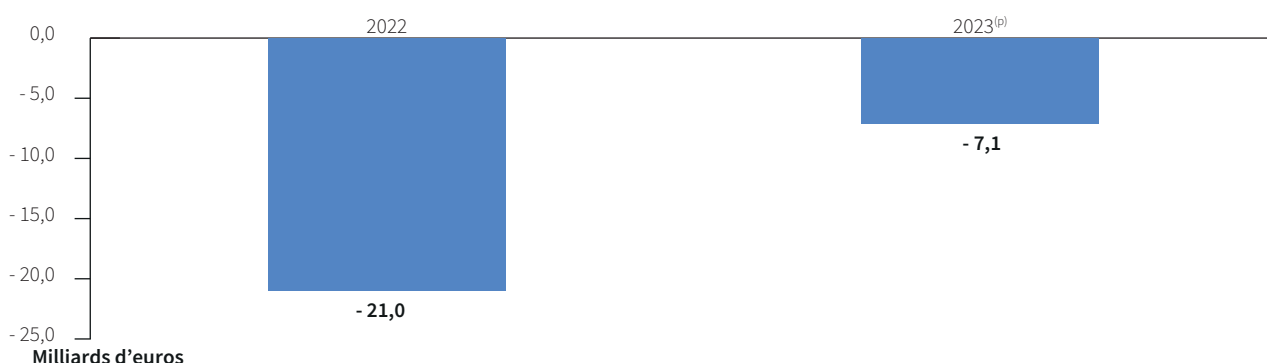
Découvrir ces données en datavisualisation sur le site « Data pathologies » : <https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

2. Situation financière de l'Assurance Maladie

Entre 2022 et 2023, une résorption rapide de 14 milliards d'euros du déficit s'explique par :

- la baisse très importante des dépenses liées à la pandémie de Covid-19 ;
- le transfert à la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) du financement des indemnités maternité postnatales décidé dans la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 (pour environ 2 milliards d'euros) ;
- des recettes dynamiques, tirées notamment par l'inflation et la poursuite de l'embellie sur le marché de l'emploi, qui augmentent plus rapidement que les dépenses.

Situation financière en 2022 et prévision pour 2023



(p) : prévisionnel — Sources : Cnam, Commission des comptes de la Sécurité sociale de mai 2023, loi de financement de la sécurité sociale pour 2023

La réduction du déficit de l'Assurance Maladie se poursuivrait dans les années à venir pour s'établir à 3 milliards d'euros en 2026 selon les projections réalisées dans le cadre de la LFSS pour 2023, projections qui seront remises à jour pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2024.

3. Offre de soins en 2021

Grâce à l'exploitation de ses données de remboursement de soins, l'Assurance Maladie propose une analyse de l'offre de soins libérale et met ces données à la disposition de tous sur le nouveau site en *open data* : Data professionnels de santé libéraux.

Une augmentation des effectifs des professionnels de santé libéraux avec des évolutions contrastées selon les professions

En 2021 en France...	Évolution depuis 2000
Plus de 365 000 professionnels de santé libéraux⁽¹⁾	+ 40 %
112 742 médecins	- 3,4 %
99 099 infirmières	+ 98 %
73 457 masseurs-kinésithérapeutes	+ 88 %
37 458 chirurgiens-dentistes	- 0,2 %
7 223 sages-femmes	+ 321 %

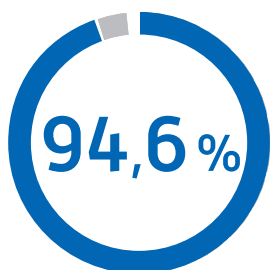
(1) Hors pharmaciens et hors professionnels de santé non conventionnés — Champ : professionnels de santé conventionnés, France entière — Source : Cnam (SNDS)



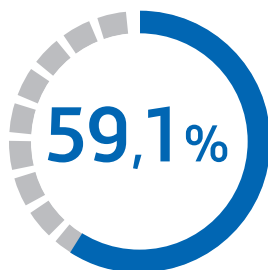
Découvrir ces données en datavisualisation sur le site « Data professionnels de santé libéraux » : <https://data.ameli.fr/pages/data-professionnels-sante-liberaux/>

4. Indicateurs de prévention

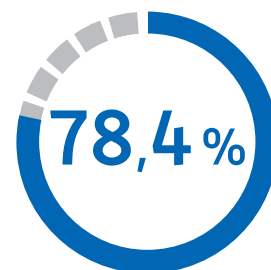
MALADIES CHRONIQUES



Part des patients en affection de longue durée (ALD) ayant un médecin traitant ⁽¹⁾

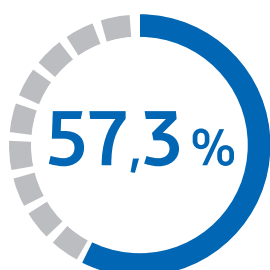


Part des patients atteints d'insuffisance cardiaque ayant eu au moins quatre consultations avec un médecin généraliste par an ⁽²⁾

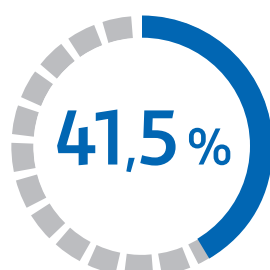


Part des patients diabétiques ayant effectué au moins deux mesures de l'équilibre de leur diabète (hémoglobine glyquée) ⁽³⁾

PRÉVENTION DES CANCERS

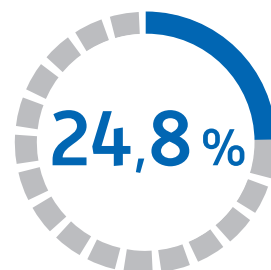


Participation au dépistage du cancer du sein ⁽⁴⁾



Couverture vaccinale HPV contre les infections par papillomavirus humains [2 doses, filles âgées de 16 ans] ⁽⁵⁾

ADDICTIONS



Part des fumeurs quotidiens de plus de 15 ans ⁽⁶⁾

Sources : (1) Cnam (SNDS) – 2022 ; (2) SNDS, données Outil de diagnostic territorial national ; (3) Source Rosp médecin traitant, ne concerne que les patients ayant un médecin traitant et traités par antidiabétiques ; (4) Données DCIR/Rniam ; (5) Santé publique France (à partir des données du SNDS et du DCIR de la Cnam) – 2022 ; (6) Santé publique France

5. Transition écologique

Selon des données produites par le *think tank* The Shift Project, le système de santé français contribue à hauteur de 8 % aux émissions de gaz à effet de serre en France. Il fait également face à des enjeux environnementaux propres, liés à la production de déchets et à la pollution pharmaceutique. Les produits de santé représentent la moitié des émissions de gaz à effet de serre de l'ensemble du système de santé.

Au regard de l'objectif de décarbonation de l'ensemble des secteurs dont celui de la santé, l'Assurance Maladie entend favoriser la contribution des professionnels des soins de ville, notamment à travers le cadre conventionnel, conformément à la feuille de route ministérielle inscrite dans la planification écologique du système de santé (PESS). La convention des pharmaciens de 2022 comporte déjà plusieurs mesures à visée écologique. Le programme rénové de la gestion du risque est aussi appelé à évoluer pour intégrer de façon plus fine des critères de prio-

risation tenant à l'impact environnemental des produits ou prestations de santé.

En tant qu'acteur et financeur des soins de ville, l'Assurance Maladie est donc résolue à impulser et coordonner, dans son champ, une stratégie de prise en compte du défi écologique.

Le secteur de la santé contribue à hauteur de 8 % aux émissions de gaz à effet de serre.*

**Source : The Shift Project*

La convention d'objectifs et de gestion entre l'État et l'Assurance Maladie pour 2023-2027 permettra également de structurer les différentes actions sur ce sujet qui intègre également la réduction de l'empreinte carbone du réseau de l'Assurance Maladie.

FILS ROUGES THÉMATIQUES



Approche populationnelle

L'approche populationnelle s'intéresse à une population et à ses besoins spécifiques en matière de santé. Cette année, dans ce cadre, le rapport porte sur deux populations distinctes : les jeunes et les personnes âgées.

Ces deux catégories exigent une attention toute particulière des acteurs du système de santé, tant en termes d'accès aux soins, de prévention que de pertinence des soins.

Déployer largement la vaccination contre les infections à HPV chez les enfants et les jeunes et promouvoir la prévention bucco-dentaire

Les infections à papillomavirus humains (HPV) sont très fréquentes et hautement transmissibles, essentiellement lors des contacts sexuels. Chaque année en France, 6 400 nouveaux cas de cancers sont causés par les papillomavirus humains. Cent pour cent des cancers du col de l'utérus sont dus aux infections liées aux HPV.

Face au constat d'une faible couverture vaccinale (41,5 %), **la France s'engage à la rentrée scolaire 2023-2024 dans un large programme de vaccination auprès des enfants des classes de 5^e**. L'Assurance Maladie contribuera au déploiement opérationnel de cette campagne de vaccination pilotée par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec l'Éducation nationale.

En matière de santé bucco-dentaire, la France connaît des résultats historiquement en retrait par rapport à d'autres pays européens (56 % d'enfants sans carie à 12 ans en France contre 81 % en Allemagne, et un taux de recours annuel moyen au chirurgien-dentiste de 43 % contre plus de 70 % en Suède et aux Pays-Bas). Les négociations de la prochaine convention avec les chirurgiens-dentistes représentent une opportunité majeure pour **investir massivement dans la prévention bucco-dentaire des jeunes générations (3 à 24 ans) et faire émerger des « générations sans carie »**.

Vers un parcours en santé de la personne âgée

L'approche populationnelle prend tout son sens chez les personnes âgées, population dans laquelle les situations de polypathologie sont fréquentes. Plus largement, les personnes âgées constituent une population particulièrement exposée à des risques de fragilité, de dépendance et de maladies, et leurs recours aux soins augmentent avec l'âge. Sous l'effet de l'arrivée progressive aux tranches d'âge élevées des générations nées après-guerre et de l'allongement de la durée de vie, la population âgée croît de façon significative, ce qui représente un défi majeur pour le système de santé.

Les jeunes et les personnes âgées exigent une attention toute particulière des acteurs du système de santé.

L'Assurance Maladie souhaite développer ou renforcer des actions de nature à **favoriser le vieillissement en bonne santé des seniors et à faciliter le maintien à domicile**. Cette ambition vient compléter les actions des autres branches de la Sécurité sociale et vise à s'articuler avec le plan national antichute et la future loi dite « bien vieillir ».

Pour cela, l'Assurance Maladie a déjà développé plusieurs dispositifs destinés spécifiquement aux personnes âgées comme l'instauration de la visite médicale longue et complexe, le bilan partagé de médication ou le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado) après une hospitalisation pour les personnes âgées. **Le repérage des fragilités**, via la généralisation du programme Icope développé par l'Organisation mondiale de la santé, et la mise en œuvre d'un rendez-vous de prévention à 70-75 ans constituent des opportunités pour prévenir, limiter et retarder la perte d'autonomie.

Afin de renforcer la connaissance des risques liés à la polymédication, l'Assurance Maladie ambitionne par ailleurs de **déployer auprès des médecins un outil spécifique de réduction de la iatrogénie médicamenteuse pour leurs patients polymédiqués**, leur permettant de réviser leurs ordonnances et de « dé-prescrire » lorsque des marges de manœuvre existent. Une sensibilisation des patients sur ce thème est aussi prévue.

Ainsi, l'Assurance Maladie souhaite renforcer son action en mettant l'accent, dans un premier temps, sur deux enjeux prioritaires : **la prévention des situations à risque de fragilité et une stratégie de maîtrise médicalisée auprès des patients polymédiqués et des professionnels qui les accompagnent**.



Approche par pathologie

L'approche par pathologie constitue un axe structurant de la démarche de l'Assurance Maladie en matière de gestion du risque, soutenue par des outils puissants d'analyse comme la cartographie médicalisée. Elle permet de prioriser les actions d'amélioration et de les conduire dans une logique pluriannuelle.

Diabète

L'évolution du diabète est caractérisée par une prévalence et une incidence importantes et par un enjeu de sous-diagnostic qui limite l'efficacité des actions de prévention.

Les travaux engagés l'an dernier ont permis de stratifier les catégories de personnes diabétiques selon quatre niveaux croissants de sévérité et ainsi de constater qu'**une part importante de ces patients ne sont diagnostiqués que lors de la survenue d'une complication**. Ce défaut de diagnostic précoce ne permet pas d'instaurer les traitements essentiels à la prévention des complications.

En conséquence, **l'Assurance Maladie souhaite étudier l'opportunité d'instaurer dans la classe d'âge 45-50 ans une campagne organisée de dépistage précoce du diabète de type 2 en France**. Cette démarche s'inscrit en cohérence avec le déploiement des rendez-vous prévention prévus par la LFSS pour 2023.

Parallèlement, **l'Assurance Maladie densifiera sa mobilisation auprès des patients diabétiques pour éviter l'aggravation de leur santé, en développant une prise en charge précoce** via les dispositifs Sophia (service d'accompagnement des malades chroniques) et PROMs (*Patient-Reported Outcome Measures*).

Insuffisance cardiaque

L'enjeu pour l'Assurance Maladie est d'**amplifier la dynamique de reconnaissance précoce de l'insuffisance cardiaque aiguë ou décompensée** et de favoriser, autant que possible, **le maintien de la stabilité clinique** au long cours afin d'éviter le recours à l'hospitalisation.

L'Assurance Maladie s'attache donc à **engager une nouvelle étape dans le déploiement du « parcours insuffisance cardiaque »**, de sensibilisation des patients, aidants et acteurs de soins à deux niveaux : d'une part, en poursuivant son action relative à la détection des symptômes de la maladie autour des quatre signes EPOF (essoufflement, prise de poids, œdèmes des membres inférieurs et fatigue) et, d'autre part, en engageant des actions visant à améliorer les habitudes de vie des patients diagnostiqués *via* le dispositif de prévention EPON (exercice physique régulier, surveillance régulière du poids corporel, observance optimale au traitement et nutrition). Elle vise aussi à **renforcer l'accompagnement des équipes de soins et des patients**.

Cancer

Entre 50 et 74 ans, les dépistages organisés du cancer du sein et du cancer colorectal ont tous deux prouvé leur efficacité pour réduire la morbi-mortalité de ces cancers. Le cancer du col de l'utérus est moins fréquent, mais quasi exclusivement attribuable aux papillomavirus humains (HPV) et donc évitable par la vaccination contre les infections à HPV et/ou par un dépistage précoce.

C'est pourquoi, conformément à la décision gouvernementale prise dans le cadre du premier comité de suivi de la stratégie décennale de lutte contre les cancers, **l'Assurance Maladie poursuit la mobilisation collective** au travers de **la reprise du pilotage des invitations aux trois dépistages organisés de cancers (sein, colorectal, et col de l'utérus) début 2024, de l'engagement de son réseau en faveur d'opérations d'« aller vers » auprès des publics précaires ou éloignés du système de santé** en appui des acteurs territoriaux compétents et d'une **meilleure implication des professionnels de santé** comme relais des dépistages organisés (par exemple : pérennisation de la mise à disposition des listes de patients éligibles et non dépistés à leur médecin traitant).

L'activité physique adaptée

Le manque d'activité physique et la sédentarité représentent un enjeu de santé publique majeur.

L'Assurance Maladie, en tant qu'assureur public du risque maladie, a vocation à contribuer à la promotion de l'activité physique. Par ailleurs, l'Assurance Maladie propose d'ouvrir le remboursement, en lien avec les organismes complémentaires, de cycles de prestations d'activité physique adaptée (APA), visant à inciter une pratique au long cours, auprès de personnes atteintes de cancer ou de diabète sur prescription d'un médecin, lorsque leur état de santé le justifie. Il s'agit d'une première étape qui vise à évaluer la pertinence de cette prise en charge en vie réelle et à accompagner le développement de cette offre de soins.

Santé mentale

Dans le prolongement des actions engagées, l'Assurance Maladie continuera à accentuer l'effort accru de **repérage des troubles psychiques chez les jeunes en doublant et en diversifiant les effectifs formés au secours en santé mentale (SSM) et en déployant un module de SSM en milieu professionnel**.

Par ailleurs, elle continuera à **augmenter l'offre de MonSoutienPsy pour faire face à la sollicitation croissante du dispositif**, et plus généralement répondre à la demande continue de patients adressés par leurs médecins, en augmentant le nombre de psychologues conventionnés pour renforcer l'offre de prise en charge psychologique précoce particulièrement nécessaire pour les publics jeunes.



Organisation des soins

Les défis que rencontre le système de santé, comme la tension sur la démographie de certaines professions de santé et les inégalités de répartition territoriale, couplées avec le virage ambulatoire, le vieillissement de la population et l'objectif de permettre à tous ceux qui le souhaitent d'être maintenus à domicile, **obligent à interroger nos dispositifs de prise en charge et à favoriser l'innovation dans les organisations.**

Il est nécessaire de sensibiliser les assurés au bon usage du système de santé et à l'importance de recourir au soin approprié au bon moment. Il importe aussi de mieux **comprendre les déterminants des passages aux urgences**, dont on observe qu'ils sont plus sensibles au fait, pour le patient, d'être suivi par un médecin traitant qu'à la densité des professionnels de santé sur le bassin de vie correspondant.

Les organisations permettant d'éviter de solliciter des services hospitaliers coûteux et devant se centrer sur les urgences vitales, lorsque la médecine de ville peut prendre en charge les soins inopinés non programmés, sont à favoriser, dès lors qu'elles ne dérèglent pas l'organisation des soins de ville, au détriment des équipes de soins traitantes.

C'est le sens du soutien au médecin traitant avec le développement massif des assistants médicaux et de la poursuite du déploiement des maisons de santé pluridisciplinaires pour apporter une réponse pertinente aux patients.

C'est ensuite le sens de l'objectif de **généralisation des services d'accès aux soins (SAS)** sur le territoire, dispositif permettant, après une régulation assurée en coordination entre les centres 15 et la médecine de ville, d'orienter tous les patients nécessitant une consultation dans les 48 heures vers la solution répondant à leur besoin.

Cette couverture du besoin, qu'elle concerne des soins non programmés ou des besoins de soins courants, suppose, dans un contexte démographique tendu pour certaines professions de santé et plus particulièrement pour les médecins, de **développer les coopérations entre professionnels de santé et la solidarité des différents offreurs de soins au bénéfice des patients. Il importe donc de limiter la création de centres de soins non programmés, dès lors que ces centres ne sont pas articulés avec les autres acteurs du territoire.**

C'est aussi en ce sens qu'il convient de faire évoluer certaines rémunérations forfaitaires ou le financement de structures, telles les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP), vers plus de mutualisation entre les professionnels, notamment *via* l'acceptation d'une responsabilité sur une patientèle commune et des objectifs cibles partagés, leurs rémunérations en découlant ensuite de manière solidaire.

Les défis que rencontre le système de santé obligent à interroger nos dispositifs de prise en charge et à favoriser l'innovation dans les organisations.

Enfin, la couverture des besoins des patients doit être un objectif partagé partout en France. Cela suppose de **pouvoir réduire les inégalités de répartition des professionnels sur le territoire, qui existent pour l'ensemble des professions de santé.** S'il est illusoire de prétendre assurer une égalité parfaite de répartition des professionnels de santé, il est indispensable, dans le cadre d'un système de santé au financement mutualisé, de tendre vers l'objectif d'un égal accès aux soins de la population sur l'ensemble du territoire.

Les déterminants de ces inégalités de répartition ainsi que les moyens de les réduire font l'objet d'une littérature abondante et ancienne. Cette littérature souligne le **caractère multifactoriel de la décision d'installation et du maintien d'un professionnel à un endroit donné**, à la croisée des projets de vie personnels, des parcours de formation, des conditions d'exercice et du niveau de revenu. Elle démontre également qu'il n'existe, pour réduire les inégalités de répartition, aucune solution « miracle », mais plutôt des stratégies conjuguant un ensemble de mesures complémentaires durablement mises en œuvre et adaptées aux caractéristiques de chaque territoire.

Au-delà des incitations financières à l'installation dans les zones sous-dotées, largement déployées pour la plupart des professions, **il convient de s'interroger sur l'opportunité de renforcer et d'étendre les dispositifs de gestion conventionnelle des installations. Les négociations conventionnelles en cours avec les chirurgiens-dentistes comme celles avec les masseurs-kinésithérapeutes, pourraient notamment permettre d'avancer sur ces sujets.**

Il apparaît par ailleurs **indispensable que ces dispositifs soient également appliqués aux centres de santé** et aux professionnels salariés embauchés par des structures ou des professionnels libéraux afin d'éviter le contournement des règles d'installation *via* l'accroissement de l'activité salariée d'une profession dans des zones non prioritaires.



Analyses sectorielles

La financiarisation du système de santé : un phénomène complexe aux conséquences incertaines qui mérite d'être mieux observé et régulé

La financiarisation, c'est-à-dire le processus par lequel des acteurs privés non directement professionnels de santé investissent dans le secteur de l'offre de soins, progresse dans l'ensemble du système de santé.

Se manifestant jusqu'ici dans des secteurs techniques marqués par des innovations rapides et ayant des besoins d'investissements importants (cliniques privées, biologie, imagerie), **la financiarisation peut potentiellement s'étendre aux soins primaires** comme le montrent certains exemples à l'étranger (établissements de proximité MVZ – *Medizinische Versorgungszentren* – en Allemagne).

Difficile à mesurer, complexe à réguler et aux conséquences incertaines, la financiarisation est un phénomène que notre système de santé est peu préparé à maîtriser, en dépit d'une prise de conscience récente. **Sa progression appelle un renforcement du suivi et du contrôle de ce phénomène par la puissance publique afin de protéger l'indépendance professionnelle et la qualité des soins.**

Les pharmacies d'officine : un exercice en pleine transformation

La nouvelle convention signée en mars 2022 a entériné le **rôle majeur du pharmacien d'officine en tant qu'acteur de santé publique** en renforçant ses missions en matière de prévention, d'accompagnement des patients et de premier recours ainsi que son implication pour améliorer le bon usage des produits de santé. Les premières missions ont été mises en œuvre et rencontrent une forte adhésion.

Cette transformation du rôle du pharmacien s'est accompagnée d'une **transformation et d'une croissance de sa rémunération** : + 3,2 % par an en moyenne entre 2019 et 2022. Par ailleurs, à la rémunération classique du pharmacien s'est ajoutée une rémunération exceptionnelle en lien avec le Covid-19 en 2021 et 2022, qui a représenté plus de 3 milliards d'euros sur ces deux années. Ces hausses ont bénéficié à l'ensemble du réseau officinal, quels que soient les lieux d'implantation et les tailles des pharmacies d'officine.

Dans ce cadre, l'Assurance Maladie entend **renforcer le rôle du pharmacien comme acteur de santé de proximité et expert du médicament**, responsable de la pertinence des délivrances, en poursuivant en conséquence l'évolution du modèle économique des officines vers la rémunération de la « juste délivrance ».

Observatoire des délais d'accès aux médicaments

Pour la seconde année consécutive, le rapport présente **une étude sur les délais d'accès au médicament, ciblant cette année les médicaments innovants**, à savoir ceux qui apportent

un progrès thérapeutique : 30 produits contre 12 l'année dernière, en comparaison à trois autres pays européens (Allemagne, Royaume-Uni et Espagne).

Le partage de données produites directement par les institutions nationales chargées du médicament est central pour décrire de façon transparente les véritables délais d'accès aux produits, tout en tenant compte des spécificités nationales (accès direct, précoce, procédures d'évaluation et de fixation des prix). **Pour maintenir des délais d'accès réduits aux médicaments, il importe de poursuivre cette surveillance structurée dans un cadre européen.**

En France, l'accès précoce a permis de mettre à disposition les produits 37 jours en moyenne avant l'autorisation de mise sur le marché (AMM). La France se distingue ainsi par une prise en charge publique des dispositifs d'accès précoce, laquelle permet de réduire considérablement les délais d'accès et d'afficher des délais courts, juste derrière l'Allemagne. Dans ce cadre, **la révision de l'accord-cadre entre le Comité économique des produits de santé (CEPS) et les entreprises du médicament constitue une opportunité forte de conforter durablement l'accès rapide aux médicaments innovants, tout en contribuant à lutter contre les ruptures de médicaments matures.**

La dynamique réelle des remboursements de médicaments entre 2017 et 2022

Après une prise en compte des remises, et sur l'ensemble de la période étudiée (2017-2022), **les dépenses remboursables de médicaments nettes ont crû en moyenne de 1,1 % par an, soit une hausse sur la période de 1,8 milliard d'euros.**

Cette croissance est principalement portée par l'innovation, soit les produits avec une amélioration du service médical rendu de majeure à modérée (ASMR I à III), représentant une hausse de 2,3 milliards d'euros de dépenses. Elle est aussi portée par les dépenses relatives aux produits avec une amélioration du service médical rendu mineure (ASMR IV), qui ont augmenté de 1,6 milliard d'euros, notamment en ville, avec un coût de traitement par patient qui a augmenté de 21 % entre 2017 et 2022. Sur la même période, les dépenses pour les produits avec une ASMR V, soit sans amélioration du service médical rendu, ont connu une progression plus modérée, à hauteur de 0,7 milliard d'euros. Parallèlement, les dépenses relatives aux produits matures avec une autorisation de mise sur le marché avant 2004 ainsi qu'aux biosimilaires et génériques ont connu une baisse de 2,7 milliards d'euros.

La politique de fixation des prix pourrait évoluer pour tenir compte de façon plus marquée de l'absence d'amélioration du service médical rendu, permettant de dégager des marges pour les médicaments innovants ou les médicaments matures présentant un risque de rupture.



Santé numérique

L'innovation numérique en santé est permise par l'application des nouvelles technologies de l'information et de la communication, de l'intelligence artificielle, du cloud et de l'analyse des données du système de santé. Celle-ci se développe au moyen d'outils nombreux et divers (350 000 recensés en 2021) tels que les dispositifs médicaux numériques, les plateformes, les thérapies digitales, les outils d'aide au diagnostic, les objets connectés et les applications mobiles. Cependant, **le manque d'évaluation et la faible appropriation des solutions par les professionnels de santé et les patients limitent l'intégration de ces nouveaux usages dans la pratique courante.**

Les potentialités de la santé numérique pour améliorer l'efficacité et la qualité des soins dans le double contexte d'une démographie médicale et de financements contraints sont pourtant réelles : gain de temps médical, coordination facilitée entre les acteurs du soin, personnalisation de la prévention et du soin, etc. **Elles invitent donc l'Assurance Maladie et ses partenaires à se mobiliser pleinement en faveur de la promotion des usages numériques en santé**, d'autant que les défis et freins à leur développement sont nombreux : protection et valorisation des données de santé, cybersécurité, interopérabilité, éloignement du numérique de certains patients, complexité réglementaire, difficulté d'accès à des financements pérennes...

Des actions de promotion des usages en santé numérique ont déjà été engagées par les pouvoirs publics : accélération de l'accès au marché grâce aux expérimentations de l'article 51 et à la prise en charge anticipée numérique (PECAN), investissements structurants grâce à la stratégie d'accélération « Santé numérique » (718 millions d'euros) et le plan « Dispositifs médicaux innovants » (400 millions d'euros), ou encore remboursement de droit commun des activités de téléconsultation et de télé-surveillance médicale.

Cependant, **le développement des usages requiert désormais d'aller plus loin en renforçant l'évaluation, en simplifiant l'accès aux financements pérennes et en assurant l'adéquation entre les innovations développées et les besoins réels du système de santé.** Au regard du nombre de solutions disponibles, cet effort de structuration impose **au préalable un travail de priorisation des innovations en e-santé** qui devront être évaluées en fonction des priorités de santé publique. **Pour les plus pertinentes d'entre elles, les applications santé disponibles sur smartphone doivent pouvoir bénéficier d'un « label d'État ».**

La **cartographie** réalisée par le GIE Sesam-Vitale et l'Assurance Maladie met en exergue l'hétérogénéité du marché de la santé numérique française et **permet d'identifier des secteurs de rupture au regard de leurs potentiels effets sur le système de santé.** On peut citer, en particulier, le champ des **thérapies digitales qui permettent d'hybrider des parcours de soins numériques et en vie réelle.** En effet, contrairement à la plupart

des innovations numériques en santé, **les dispositifs médicaux à visée thérapeutique ont pour particularité d'impliquer des innovations à la fois organisationnelles et médicales.**

Un autre secteur particulièrement dynamique et prometteur est celui des **outils d'aide au diagnostic et au dépistage reposant sur l'intelligence artificielle.** Ces outils constituent une vraie révolution de prévention en permettant de détecter les pathologies (radiologie et anatomopathologie) plus précocement et avec une plus grande précision. Cependant, aucun modèle de prise en charge n'existe aujourd'hui, obligeant de nombreuses entreprises à se tourner vers des marchés étrangers.

Parmi la multitude d'outils numériques en santé, la téléconsultation fait partie de ceux dont la pratique s'est le plus largement répandue. Après le pic de la crise sanitaire, le volume de téléconsultations s'est stabilisé à 4 % des consultations réalisées sur le territoire, apportant une offre subsidiaire utile aux médecins traitants et dans certaines situations (déserts médicaux, téléconsultation sollicitée par le service d'accès aux soins – SAS, etc.). Lorsqu'elles ne sont pas réalisées par un médecin connaissant le patient, celles-ci génèrent toutefois des pratiques (téléconsultations de très courte durée, facturation de frais supplémentaires sans rapport avec le soin, installation de télécabines dans des locaux commerciaux, etc.) qui méritent d'être mieux encadrées pour garantir aux patients une pratique médicale éthique et pertinente.

La promotion des usages de la santé numérique nécessite une évaluation renforcée des outils, un soutien financier et réglementaire, ainsi qu'une adéquation entre les innovations développées et les besoins réels du système de santé.

Plus de 300 000 outils numériques de santé sont disponibles sur le marché français, mais le manque d'évaluation et la faible appropriation des solutions par les professionnels de santé et les patients limitent l'intégration de ces nouveaux usages dans la pratique courante.



Prestations en espèces (indemnités journalières)

En matière d'arrêts de travail, 2023 est l'année d'un retour à la normale réglementaire après plus de deux ans de crise sanitaire et de prestations dérogatoires en lien avec le Covid-19. Avec 16,3 milliards d'euros d'indemnités journalières (IJ) versées en 2022, en hausse de 8,2 % par rapport à 2021, le rythme de progression post-crise des dépenses est toutefois en très nette accélération par rapport à la tendance antérieure (+ 2,3 % en moyenne par an entre 2010 et 2019).

L'évolution sur la période 2010-2019 s'explique d'abord par l'effet démographique (hausse de la population active et vieillissement des bénéficiaires d'indemnités journalières maladie) qui contribue à hauteur de 36 % à la croissance des dépenses avec **l'allongement de la durée moyenne d'arrêt de travail**, puis pour 18 % par **l'augmentation du montant de l'indemnité journalière moyenne remboursée** liée à l'augmentation des salaires sur la période. L'augmentation du taux de recours explique, quant à lui, 14 % de la croissance des dépenses.

Par ailleurs, ces tendances de fond se sont accompagnées d'une modification profonde des modalités d'arrêt de travail avec le **développement du travail à temps partiel thérapeutique** afin de lutter contre la désinsertion professionnelle – dispositif ayant été encouragé par de nombreuses mesures législatives depuis 2012 – et qui concerne dorénavant 200 000 bénéficiaires (100 000 en 2010) et représente 690 millions d'euros d'indemnisation (contre 306 millions en 2010).

Après la crise sanitaire, l'Assurance Maladie accroît son engagement, et ce déjà depuis plusieurs mois, autour de différents plans d'action **pour maîtriser l'évolution de la dépense générée par les arrêts de travail non justifiés**. Après avoir élaboré en 2022 les principes d'un **plan d'action global entre information, accompagnement et contrôle de l'ensemble des acteurs** d'un bout à l'autre du processus de prescription, de facturation et d'indemnisation des arrêts de travail, l'année 2023 marquera le démarrage de sa **mise en œuvre pluriannuelle**.

Ce plan prévoit plus de 250 millions d'euros d'impact financier pour l'année 2024 et s'adresse aux publics concernés : assurés sociaux, prescripteurs, employeurs, partenaires tels que les services de santé au travail.

Il comporte notamment **des actions graduées à destination des prescripteurs** allant de l'accompagnement du plus grand nombre aux contrôles de ceux aux pratiques les plus atypiques :

- approfondissement des actions de contrôle et d'accompagnement auprès des prescripteurs atypiques, campagne d'échanges confraternels menés par les médecins-conseils concernant des situations concrètes et des cas de patients atypiques, etc. ;

- contrôles des pratiques atypiques de prescriptions d'arrêts de travail en téléconsultation pour des patients non connus des professionnels (prise de contact avec les prescripteurs et les assurés concernés) ;
- déploiement de campagnes ciblées sur des thématiques nouvelles et importantes (campagne des délégués de l'Assurance Maladie vers les prescripteurs les plus concernés par des arrêts de travail prescrits pour motifs liés à la santé mentale).

Par ailleurs, une promotion accrue des outils de maintien ou de retour à l'emploi incluant une optimisation du contrôle des arrêts de travail des **assurés sociaux** sera mise en œuvre :

- poursuite de la promotion des outils de maintien ou de retour à l'emploi (offre existante et nouveaux outils de prévention de la désinsertion professionnelle ayant pour objectif de détecter et d'agir le plus précocement possible sur les situations de risque) ;
- rénovation de la stratégie de contrôle des arrêts de travail du service médical de l'Assurance Maladie (évaluer, prévenir, détecter, contrôler et sanctionner les abus et fraudes ; optimiser les ciblage des situations atypiques au regard des référentiels et mettre en œuvre des actions spécifiques concernant les arrêts courts et les arrêts longs atypiques...).

Enfin, la poursuite du développement de l'accompagnement des **employeurs** par l'Assurance Maladie sera mise en œuvre :

- renforcement de l'offre de service en matière de prévention des risques professionnels (programmes relatifs aux troubles musculo-squelettiques d'origine professionnelle, risques psychosociaux, financements d'actions de prévention des risques chimiques, amiante...);
- déploiement d'actions d'accompagnement des entreprises concernées par un absentéisme atypique (visite annuelle proposée aux directeurs généraux et directeurs des ressources humaines d'entreprises de plus de 150 salariés, pour une sensibilisation et la mise en place d'un plan d'action en lien avec la médecine du travail et l'offre de prévention des risques professionnels des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail – Carsat) ;
- étude de nouvelles approches comme l'opportunité d'un accompagnement dans la mise en œuvre de méthodes managériales innovantes visant à limiter l'absentéisme en entreprise.

Une forte mobilisation dès 2023, avec 250 M€ d'impact financier attendu en 2024.



Pertinence, efficacité et lutte contre les fraudes

Au-delà de ses actions ciblées sur des pathologies ou des populations, **l'Assurance Maladie continuera à promouvoir en 2024 le juste soin, pertinent, efficace et conforme aux recommandations scientifiques dans le cadre de son programme d'actions de maîtrise médicalisée ainsi que ses actions de contrôle et de lutte contre les fraudes, pour environ 1,3 milliard d'euros au total.**

Efficiency et pertinence des soins

L'Assurance Maladie renforcera ses actions d'accompagnement des professionnels **sur la facturation de leurs actes**, pour un impact financier estimé à près de 50 millions d'euros.

Elle accentuera également ses actions en faveur du **bon usage des médicaments**, en lien avec l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Sont d'ores et déjà identifiées des actions d'accompagnement visant à limiter la polymédication des personnes âgées, les prescriptions des opioïdes, dont le tramadol, ou encore la prescription d'inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) chez les enfants.

Elle poursuivra également sa participation à la politique de lutte contre l'antibiorésistance auprès des professionnels de santé de ville, des établissements de santé et des établissements médico-sociaux. **Elle renforcera ses actions pour atteindre 80 % de taux de pénétration des médicaments biosimilaires** en mettant en place un dispositif de « tiers payant contre biosimilaire ». L'impact attendu de ces actions pour 2024 est estimé à environ 200 millions d'euros.

En matière de **dispositifs médicaux**, l'Assurance Maladie continuera en 2024 ses actions d'accompagnement et de contrôle, en particulier sur le respect des recommandations en matière de délivrance de bandelettes glycémiques, de pansements postchirurgicaux, de prise en charge des troubles respiratoires du sommeil et de compléments nutritionnels oraux (CNO). Au total, près de 120 millions d'euros sont attendus de ces actions.

Par ailleurs, le futur protocole d'accord-cadre triennal avec la **profession des biologistes** s'accompagnera d'actions visant à réduire les prescriptions de différents dosages de biologie non conformes aux recommandations tels que le dosage de vitamine D et les tests anti-VHC, dont les volumes annuels réalisés apparaissent très élevés au regard de l'endémicité nationale. Ces mesures participeront au ralentissement de la dynamique des dépenses de biologie à hauteur de 155 millions d'euros.

Les dépenses de **transport sanitaire** sont en augmentation régulière avec, depuis 2011, une dynamique moyenne annuelle de plus de 4,1 %. En 2022, les dépenses de transport remboursées s'élevaient ainsi à plus de 5 milliards d'euros. Afin de contenir cette évolution tout en répondant aux besoins sanitaires de la population, différents dispositifs sont portés par l'Assurance Maladie : **incitation forte au transport partagé**, accompagnement renforcé des établissements de santé prescripteurs,

920 millions d'euros : efficacité et pertinence des soins

accélération de la dématérialisation de l'ensemble de la chaîne allant de la prescription à la facturation. Ces dispositifs devraient permettre d'infléchir la dynamique de dépenses d'environ 80 millions d'euros en 2024.

Enfin, le plan d'action relatif à la maîtrise des dépenses d'arrêts de travail se mettra progressivement en œuvre pour un impact estimé à plus de 200 millions d'euros en 2024.

Contrôle et lutte contre les fraudes et les abus

La politique de contrôle et de lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie, forte d'une stratégie rénovée pour la période 2023-2027, sera intensifiée en 2024, dans le prolongement des actions engagées à la suite de la crise sanitaire.

Dans ce cadre, afin de renforcer le contrôle du respect des règles de facturation par les professionnels, elle entend poursuivre l'accompagnement des professionnels de santé nouvellement installés avec une optimisation des contrôles pédagogiques *a posteriori* de leur facturation.

En matière de lutte contre les fraudes, l'activité atypique des **centres de santé**, notamment sur leur activité dentaire et ophtalmologique, fera toujours l'objet d'une attention particulière.

Les actions de lutte contre les pratiques abusives, voire frauduleuses, en matière de **chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique et de chirurgie bariatrique** seront renforcées.

Enfin, une attention spécifique sera portée en 2024 sur le champ de la **prise en charge des audioprothèses**, dans la suite des actions déjà en place, afin de lancer de nouveaux contrôles et proposer, sur la base d'un diagnostic précis, des mécanismes de maîtrise de la dépense.

345 millions d'euros : lutte contre les fraudes

IMPACTS PLURIANNUELS DES ACTIONS SUR L'ONDAM

Le programme de gestion du risque porté par l'Assurance Maladie sur l'année 2024, qui devrait générer un impact financier global estimé à environ 1,3 milliard d'euros, repose sur **quatre approches principales** :

- une approche structurelle avec **des actions centrées sur la prise en charge de pathologies chroniques** (maladies cardiovasculaires, diabète, santé mentale...) dont l'impact sur 2024 est estimé à 205 millions d'euros ;
- **une approche populationnelle** (jeunes, personnes âgées...) dont l'impact sur 2024 est estimé à 25 millions d'euros ;
- **l'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins**, pour des impacts attendus de près de 700 millions d'euros (55 % du programme de gestion du risque de 2024) ;
- les **contrôles et la lutte contre les fraudes et les abus** concourent au programme de gestion du risque sur 2024 pour 345 millions d'euros.

Récapitulatif de l'impact annuel sur 2024 (en millions d'euros)

Thèmes	Impact sur 2024 (en M€)
>> PATHOLOGIE	205
Maladies cardiovasculaires	40
Diabète	60
Antibiorésistance	45
Santé mentale	25
Autres pathologies	35
>> POPULATION	25
Enfance-jeunes	5
Personnes âgées	20
>> PERTINENCE ET EFFICACITÉ DES SOINS	690
Actes	45
Médicaments	85
Dispositifs médicaux inscrits à la LPP	120
Biologie	155
Transport	85
Indemnités journalières	200
>> CONTRÔLES ET LUTTE CONTRE LES FRAUDES	345
Actes	165
Médicaments	30
Dispositifs médicaux inscrits à la LPP	50
Transport	50
Indemnités journalières	50
TOTAL GÉNÉRAL	1 265

Remarque : les impacts d'efficacité et pertinence des soins de la page précédente de 920 millions d'euros sont ventilés dans les trois rubriques ci-dessus : « pathologie », « population », « pertinence et efficacité des soins ». — Source : Cnam

Au-delà des impacts sur l'année 2024, les actions de l'Assurance Maladie portent sur le temps long. L'optimisation et le renforcement des parcours de soins et de prévention sur les maladies cardiométaboliques, les programmes de vaccination, en particulier contre les infections à HPV, et les programmes de dépistage organisé des cancers devraient générer des impacts à plus long terme, estimés à plus de 300 millions d'euros supplémentaires.

LISTE DES PROPOSITIONS



Approche par pathologie

1

Organiser le dépistage précoce du diabète de type 2 en France :

- instaurer une campagne organisée de dépistage du diabète de type 2, ciblant les 45-50 ans à risque ;
- intégrer cette offre dans le rendez-vous de prévention prévu à cet âge.

2

Améliorer les taux de dépistage des cancers colorectal, du sein et du col de l'utérus en déployant des parcours d'invitations personnalisés par l'Assurance Maladie, combinés à des actions d'« aller vers » individuelles et collectives.

3

Ouvrir le remboursement de l'activité physique adaptée (APA) :

- cibler les patients atteints de diabète et les patients atteints d'un cancer pour lesquels l'APA est indiquée par la Haute Autorité de santé (HAS) ;

- proposer le remboursement, en lien avec les organismes complémentaires, d'un cycle de prise en charge sur 3 mois et renouvelable 1 fois ;

- promouvoir par ailleurs les bienfaits de l'activité physique régulière et du sport auprès de l'ensemble de la population.

4

Augmenter l'offre de MonSoutienPsy pour faire face à la sollicitation croissante du dispositif :

- augmenter le nombre de psychologues conventionnés ;
- étudier les évolutions possibles du dispositif pour renforcer son attractivité, dont celle de lever le critère de 3 ans d'exercice pour être conventionné.

5

Accentuer l'effort de repérage des troubles psychiques chez les jeunes en doublant et diversifiant les effectifs formés au secours en santé mentale (SSM) et en développant un module de SSM en milieu de travail.



Approche populationnelle

6

Investir massivement sur la prévention bucco-dentaire des jeunes générations pour faire émerger une « génération sans carie » :

- déployer un bilan spécifique de prévention annuel pour les 3-24 ans ;
- rembourser intégralement la totalité des actes de prévention et des actes conservateurs auprès des 3-24 ans, à des tarifs incitatifs pour les dentistes en mobilisant une coalition avec les organismes complémentaires ;
- mobiliser les acteurs pour « aller vers » les publics plus éloignés du soin.

7

Déployer auprès des médecins un outil spécifique de réduction de la iatrogénie médicamenteuse pour leurs patients polymédiqués.



Organisation des soins

8

Poursuivre la réduction des inégalités territoriales d'accès aux soins :

- étendre les zones régulées où s'applique la règle du « 1 départ pour 1 installation », et le nombre de professions libérales concernées ;
- appliquer ce cadre de régulation démographique aux professionnels salariés par des libéraux et à ceux qui exercent au sein de centres de santé pour éviter toute concurrence déloyale.

9

Mener une campagne nationale d'information des assurés sur le bon usage du système de santé pour sensibiliser les assurés sur les bons réflexes à adopter lorsqu'ils ont recours au système de santé, notamment lors d'un rendez-vous médical (par exemple, prévenir en cas d'annulation).

10

Assurer la bonne régulation des urgences et des soins non programmés :

- soutenir les modèles de « SAS intégré » (collaboration avec l'hôpital, réorientation prioritaire vers le médecin traitant puis appui sur les communautés professionnelles territoriales de santé – CPTS pour trouver un rendez-vous en ville) ;
- structurer les urgences dentaires, psychiatriques, pédiatriques et obstétricales ;

- soutenir les modèles impliquant les infirmiers libéraux en lien avec la régulation médicale.

11

Limiter la création de centres de soins non programmés, en dehors des maisons médicales de garde interfacées avec des établissements de santé et de celles faisant notamment de la traumatologie organisées par ou en accord avec les acteurs du territoire (CPTS).

12

Soutenir et amplifier la diffusion des modèles émergents de financement forfaitaire en ville :

- proposer une rémunération complémentaire à la performance pour les maisons de santé pluriprofessionnelles (MSP) volontaires ;
- expérimenter la mutualisation de tout ou partie des rémunérations forfaitaires des médecins libéraux exerçant en groupe ;
- poursuivre l'expérimentation d'une rémunération forfaitaire intégrale (de type PEPS) pour les médecins volontaires et permettre une plus large participation des MSP.

13

Améliorer le suivi et la prise en charge des patients à domicile en formant des binômes médecins-infirmiers.



Analyses sectorielles

14

Maîtriser la financiarisation du système de santé pour protéger l'indépendance professionnelle et la qualité des soins :

- mettre en place un observatoire de la financiarisation du système de santé ;
- créer une mission permanente de contrôle, interministérielle, pour renforcer la capacité de l'État à faire respecter le cadre juridique s'appliquant aux offreurs de soins de droit privé.

15

Permettre aux femmes souffrant d'une infection urinaire d'avoir un accès rapide et sécurisé à des antibiotiques, directement en pharmacie, sans ordonnance :

- autoriser les pharmaciens, dûment formés, à prescrire des antibiotiques en cas de cystite aiguë simple, dans un cadre

protocolisé, après un dépistage positif en officine (bandelette urinaire), et en garantissant l'information du médecin traitant ;

- élargir cette compétence, selon les mêmes conditions et modalités, aux angines bactériennes après un Trod (test rapide d'orientation diagnostique).

16

Renforcer le positionnement du pharmacien comme acteur de santé de proximité et l'expert du médicament :

- créer un accompagnement sur les opioïdes ;
- rémunérer la « juste délivrance » et ajuster le niveau du plafonnement des honoraires pour les médicaments les plus chers ;
- soutenir les pharmacies de proximité pour préserver l'accès aux soins.

17

Assurer un accès rapide et sans rupture aux médicaments en France :

- stabiliser l'excellence française en matière d'accès précoce aux médicaments innovants ;
- renforcer la lutte contre les pénuries de médicaments matures ;
- adapter les prix des produits de santé avec une faible amélioration du service médical rendu.

18

Réduire l'impact environnemental des produits de santé :

- intégrer leur « coût carbone » à leur tarification des produits de santé (système de bonus-malus) ;
- réduire le mésusage des médicaments et dispositifs médicaux ayant un impact carbone important ;
- expérimenter le retour de certains produits non consommés dans le circuit de distribution.



Santé numérique

19

Apposer un « label d'État » aux meilleures applications santé disponibles sur smartphone, en référençant sur Mon Espace Santé les services numériques tiers conformes au cadre transversal numérique en santé (sécurité des données, interopérabilité) et aux exigences scientifiques et déontologiques établies par la loi, les ordres professionnels, les partenaires conventionnels et les autorités scientifiques indépendantes.

- des mesures de régulation de l'activité commerciale des plateformes de téléconsultation ;
- des mesures d'aide à la facturation et aux contrôles (équipement Sesam-Vitale et identification *via* la carte de professionnel de santé) ;
- des mesures de sécurité de la pratique (référentiel HAS) et de sécurité de l'outil numérique (sécurité des données, etc.).

20

Stabiliser le cadre de régulation de la téléconsultation *via* :

- des mesures relatives à la qualité de la pratique (limitation des prescriptions d'arrêt de travail et interdiction de l'implantation de télécabines en dehors d'un lieu d'exercice d'un professionnel de santé) ;

21

Accompagner l'émergence d'innovations numériques dans deux secteurs spécifiques :

- expérimenter un pilote de thérapie digitale dans le champ de la santé mentale ;
- catégoriser les innovations d'aide au diagnostic reposant sur l'intelligence artificielle et définir un modèle de prise en charge adapté.



Prestations en espèces (indemnités journalières)

22

Déployer un plan d'action pluriannuel de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières, gradué entre information, accompagnement et contrôle de chaque acteur (assurés, prescripteurs, employeurs).



Pertinence, efficacité et lutte contre les fraudes

23

Développer massivement le « transport partagé » :

- mettre en œuvre un dispositif incitatif de « transport partagé contre tiers payant » ;
- renforcer l'efficacité globale des transports sanitaires (géolocalisation, déploiement des plateformes et/ou services centralisés de commandes, accès facilité à la stratégie « Tester, alerter, protéger » - TAP - pour les publics fragiles).

24

Atteindre l'objectif de 80 % de taux de pénétration des médicaments biosimilaires :

- mettre en place un dispositif de « tiers payant contre biosimilaire » ;
- poursuivre le déploiement des dispositifs de partage de marge ;
- augmenter la primo-prescription de biosimilaires à l'hôpital ;
- élargir le nombre de molécules substituables (en lien avec l'ANSM).

25

Assurer un meilleur usage des nouveaux médicaments indiqués dans le traitement spécifique de l'obésité et du diabète pour lesquels un mésusage important est constaté.

26

Pour les nourrissons et enfants souffrant de reflux gastro-œsophagiens, lutter contre la surprescription de certains médicaments (inhibiteurs de la pompe à protons) entraînant des effets secondaires infectieux.

27

Mettre en œuvre des actions de contrôle des prescriptions et des délivrances d'audioprothèses, au regard de la très forte augmentation des sociétés d'audioprothèses, pour lutter contre les pratiques frauduleuses et surveiller la délivrance aux populations jeunes ou fragiles.

28

Renforcer les contrôles en matière de chirurgie plastique, reconstructrice, esthétique et bariatrique.

29

Construire un nouvel accord-cadre triennal avec les représentants de la biologie médicale permettant de maîtriser la dépense globale, tout en soutenant l'innovation et en maintenant une qualité de service et un maillage territorial inchangés.

30

Relancer le développement de la chirurgie ambulatoire :

- mobiliser Visuchir, outil de datavisualisation des pratiques chirurgicales de chaque établissement ;
- établir un plan de rattrapage lorsque cette pratique apparaît insuffisamment développée.

Découvrir l'intégralité du Rapport Charges et produits sur
[https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-
rapport-propositions-pour-2024-charges-produits](https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2023-rapport-propositions-pour-2024-charges-produits)
en scannant ce QR code :



Directeur de publication : Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)
50 avenue du Professeur-André-Lemierre, 75986 Paris cedex 20



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun