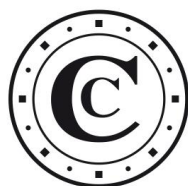


Cour des comptes



NOTE DE SYNTHÈSE

L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM)

Maîtriser sa progression
en veillant à la qualité des soins

CONTRIBUTION À LA REVUE
DES DÉPENSES PUBLIQUES

Avril 2025

Sommaire

Avertissement	5
Synthèse	7
Introduction	11
I - Une forte progression de l’Ondam, un enjeu de soutenabilité financière de la sécurité sociale	15
A - Un niveau élevé de dépenses de santé financé très largement par la sécurité sociale.....	15
B - Une progression des dépenses à maîtriser.....	17
C - Un nécessaire changement d’échelle dans les mesures à prendre	21
II - Resserrer les prises en charge sur les seules prestations à bon droit et pertinentes	23
A - Renforcer la lutte contre les fraudes	23
B - S’assurer de la pertinence des soins et des prises en charge	29
C - Amplifier les efforts d’optimisation de la gestion.....	37
III - Engager des réformes d’efficience dans l’organisation de l’offre de soins	43
A - Développer la prévention en santé.....	43
B - Renforcer la qualité, la sécurité et l’efficience de l’offre des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux	49
IV - Rééquilibrer le financement du système de santé entre solidarité et responsabilisation.....	59
A - Privilégier une démarche pluriannuelle pour définir les prises en charge des dépenses de santé	60
B - Atténuer les prises en charge relevant de l’Ondam.....	64
Conclusion générale	69
Liste des abréviations	71
Annexes	73

Avertissement

Conformément à la mission constitutionnelle d'information des citoyens confiée à la Cour, la présente note de synthèse analyse les dépenses de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) voté chaque année par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle s'appuie sur les rapports déjà publiés par la Cour des comptes en les situant dans la perspective financière pluriannuelle de la sécurité sociale et en les regroupant par type de propositions (lutte contre les fraudes, pertinence et qualité des soins, prévention en santé, réorganisation des soins, coopération entre financeurs des dépenses de santé).

Dans cette approche, la Cour a publié deux précédentes notes intitulées *Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie* (Les enjeux structurels pour la France, décembre 2021) et *Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense* (Contribution à la revue des dépenses publiques, juillet 2023).

La présente note de synthèse résulte d'une commande initiale du Premier ministre à la Cour, en mars 2024, pour une remise en juin 2024. Il s'agissait d'une revue des dépenses et de propositions d'économie en réponse à la perspective dégradée des comptes sociaux. La dissolution de l'Assemblée nationale n'avait pas permis à la Cour de remettre cette commande.

La Cour a actualisé ce premier travail qui a été soumis à la contradiction des administrations et des caisses de sécurité sociale concernées. Elle est en mesure de proposer des propositions afin que le Gouvernement et le Parlement s'en saisissent à l'occasion de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026.

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

Synthèse

Après la crise sanitaire, la forte progression des dépenses de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam)¹, hors dépenses liées au covid, appelle une maîtrise plus exigeante du rythme des dépenses. Tout en assurant la qualité et la sécurité des soins, il s'agit d'assurer la pérennité financière de notre système de soins en conservant les principes de prise en charge des soins pour tous. La présente note ne revient pas sur les moyens exceptionnels consentis pour répondre au mieux à la crise sanitaire.

Une nécessaire recherche d'efficacité des dépenses de l'Ondam

L'Ondam -hors dépenses covid- est fixé à 265,4 Md€ pour 2025, soit une progression de 4,8 % par an depuis 2019. Ce faisant, sa part dans le produit intérieur brut s'est accrue, s'élevant à 8,9 %, en 2025, contre 8,2 %, avant la crise sanitaire. Une telle progression s'accompagne d'une dégradation du solde des trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles - AT-MP -, autonomie). Leur déficit cumulé annuel doublerait presque de 2024 (11,8 Md€) à 2028 (20,1 Md€). Cela conduirait à la reconstitution d'une dette sociale en trois ans de plus de 70 Md€ (hors charges d'intérêt). En outre, les établissements de santé et les établissements et services médico-sociaux connaissent eux-aussi une dégradation de leur situation financière.

La forte progression de l'Ondam ces dernières années recouvre, notamment, des mesures exceptionnelles de revalorisation salariale des personnels hospitaliers et médico-sociaux (Ségur de la santé) et de compensation de l'inflation. Elle tient aussi à des mesures plus habituelles de revalorisation conventionnelle des professionnels de santé libéraux et de mesures nouvelles prioritaires notamment en faveur des établissements et services médico-sociaux. Elle comprend enfin à une dynamique des soins de ville, en particulier des indemnités journalières en cas d'arrêt de travail, des transports sanitaires et des honoraires médicaux et paramédicaux.

Dans l'avenir, le système de santé devra répondre à l'augmentation tendancielle des dépenses liées au vieillissement de la population, au développement des maladies chroniques et au coût croissant des médicaments innovants.

¹ Objectif annuel institué par la loi organique du 22 juillet 1996 et voté par le Parlement.

Définir un programme pluriannuel de maîtrise des dépenses

La réponse aux besoins de financement du système de santé passe par l'amélioration de l'efficacité des dépenses de l'Ondam. Tout en conservant les principes d'organisation et de prise en charge, un changement d'échelle est nécessaire dans la maîtrise de la progression des dépenses. Cela implique d'identifier des propositions d'économies suffisantes pour gager le financement des mesures nouvelles utiles au système de santé, pour contenir le poids des dépenses de l'Ondam au regard du produit intérieur brut ainsi que, autant que possible, pour contribuer au retour à l'équilibre financier des branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam.

La préparation qui s'engage du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 devrait être l'occasion de documenter des mesures d'économies et de définir un programme pluriannuel de maîtrise des dépenses de l'Ondam selon une ampleur et un calendrier à décider par les pouvoirs publics. Dans cette perspective, la Cour identifie trois pistes d'amélioration de l'efficacité des dépenses en les illustrant par la synthèse des mesures identifiées dans ses récents rapports. À titre indicatif, le total des propositions d'économies s'élève de 19,4 Md€ à 21,4 Md€ à l'horizon de 2029, soit l'équivalent de ce qui est nécessaire pour gager le financement des mesures nouvelles et respecter la trajectoire de l'Ondam.

Resserrer les prises en charge sur les seules prestations à bon droit et pertinentes

En première intention, la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie et les remboursements indus de dépenses de santé est à renforcer. Bien qu'en progression, les résultats obtenus (622 M€ en 2024) demeurent nettement en-deçà des estimations de fraudes (jusqu'à 4,5 Md€). Les moyens supplémentaires accordés aux caisses d'assurance maladie, en personnels, en prérogatives juridiques et en moyens informatiques sont autant de leviers pour mieux prévenir les fraudes et effectuer les remboursements des indus. Les contrôles sont à systématiser et les paiements sont à suspendre en cas de doute.

Une part des dépenses de santé pourrait ensuite être réduite en s'assurant davantage de leur pertinence. Des prescriptions de santé sont encore en décalage par rapport aux recommandations de la Haute Autorité de santé. L'hétérogénéité des montants de dépenses standardisées de santé par patient entre les départements incite à identifier les écarts en vue d'éviter les dépenses non pertinentes. En outre, les dépenses les plus dynamiques comme celles liées aux affections de longue durée ou aux transports sanitaires doivent faire l'objet de contrôles plus systématiques par rapport aux règles existantes.

Enfin, les mesures régulières d'optimisation des dépenses de santé sont à poursuivre et à amplifier, notamment pour améliorer les achats des établissements de santé et médico-sociaux par davantage d'achats groupés ou maîtriser les prix et les volumes des produits de santé.

Engager des réformes d'efficience dans l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale

Encore trop peu développée dans le système de santé toujours organisé autour des soins curatifs, la prévention en santé devrait devenir une priorité. L'objectif est autant d'améliorer la qualité de vie des patients que de dégager des économies immédiates et sur le moyen terme. Des actions déterminées sont à conduire dans plusieurs directions pour lutter contre l'addiction des jeunes à l'alcool et réduire l'obésité, prévenir ou retarder les maladies chroniques en limitant les hospitalisations évitables comme celles liées aux maladies respiratoires et mieux anticiper la perte d'autonomie des personnes âgées et réduire les chutes et les décès induits.

Un objectif de qualité et de sécurité des soins des établissements de santé devrait permettre de mieux identifier le niveau réel de l'activité et les difficultés de recrutement des personnels nécessaires au fonctionnement des services hospitaliers. La poursuite de la progression de l'activité en ambulatoire, la réduction des événements indésirables graves et la restructuration des établissements de santé de petite taille confrontés à la pénurie des personnels de santé par des regroupements ou des fermetures de services sont des leviers d'efficience à envisager dans le cadre d'une organisation régionale des parcours de soins en s'appuyant sur les groupements hospitaliers de territoire.

Face aux enjeux du vieillissement de la population à l'horizon 2040, il est indispensable de rechercher des gains d'efficience par une meilleure articulation entre les dépenses de santé et médico-sociales et l'amélioration des prises en charge des personnes âgées ou en situation de handicap. L'accessibilité locale de l'offre médico-sociale doit contribuer à réduire les hospitalisations ou à favoriser une prise en charge en ville des personnes âgées. Des réponses mieux adaptées et moins coûteuses sont aussi à rechercher pour les personnes en situation de handicap vieillissantes hospitalisées en psychiatrie, sans justification médicale, mais faute de places en établissements médico-sociaux.

Rééquilibrer le financement du système de santé entre solidarité et responsabilisation

La progression des dépenses de l'Ondam a été plus rapide encore que celles des prises en charge des organismes complémentaires de santé et des restes à charge des patients. Le partage des efforts entre les différents acteurs et financeurs des dépenses de santé est à rééquilibrer régulièrement dans une démarche partenariale et pluriannuelle, notamment entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de santé. Ce doit être aussi l'occasion de renforcer les coopérations sur la lutte contre les fraudes, la pertinence des prescriptions et la prévention en santé.

Dans une approche de responsabilisation des professionnels de santé, des patients et des employeurs, des mesures complémentaires de rééquilibrage des prises en charge par les patients sont aussi à envisager. Cela implique notamment un étalement des mesures nouvelles de l'Ondam ainsi que des réévaluations de la participation des patients, dans des proportions limitées, et des employeurs.

Introduction

Le montant des dépenses de santé et médico-sociales prises en charge par la sécurité sociale est fixé dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) institué par la loi organique du 22 juillet 1996 et voté chaque année par le Parlement. L'Ondam regroupe une partie importante des dépenses de la branche « maladie », autrement appelée l'assurance maladie, de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » (AT-MP) et de la branche « autonomie ». Il s'agit d'un instrument de pilotage pluriannuel d'une majorité -mais pas de la totalité- des dépenses de ces trois branches de la sécurité sociale pour en assurer leur soutenabilité financière.

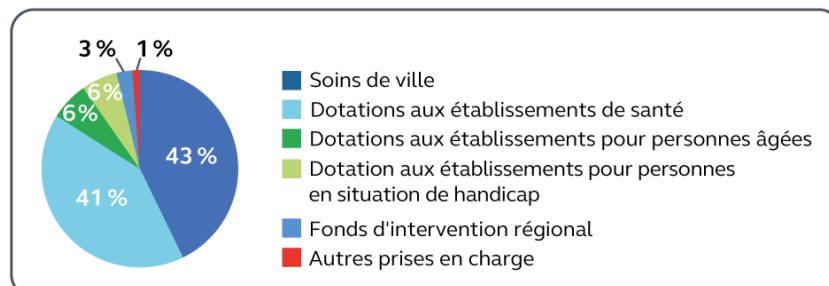
L'Ondam, un pilotage de trois branches de la sécurité sociale (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, autonomie)

Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale fixe le montant de l'objectif national de dépenses d'assurance-maladie (Ondam) pour l'année à venir et un taux d'évolution pour les trois années suivantes.

L'Ondam comprend environ 80 % des dépenses de la branche « maladie » (honoraires médicaux et salaires des personnels hospitaliers, prise en charge de soins et des produits de santé, dotations aux établissements de santé, indemnités journalières maladie); 80 % des dépenses de la branche « autonomie » (dotations aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et pour personnes en situation de handicap) et 36 % des dépenses de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles ». L'Ondam n'inclut pas les autres dépenses de ces branches : indemnités journalières maternité et paternité, pensions d'invalidité, rentes d'accidents du travail-maladies professionnelles et concours aux départements au titre du forfait autonomie et d'actions de prévention.

L'Ondam est un objectif à ne pas dépasser, sans constituer un plafond au sens strict. La supervision de son exécution est confiée à un comité d'alerte² qui rend des avis publics et transmis au Parlement (au 15 avril, 1^{er} juin et 15 octobre). En cas de risque de dépassement de l'Ondam en cours d'année, il adresse une notification au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie pour que des mesures de redressement puissent être adoptées. Le seuil d'alerte du dépassement a été fixé, par décret, à 0,5 % du montant arrêté pour l'Ondam.

² Le comité est composé du secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Insee et d'une personnalité qualifiée.

Graphique n° 1 : dépenses de l'Ondam hors covid, 256 Md€, en 2024

Lecture : l'Ondam comprend six sous-objectifs correspondant aux secteurs de l'offre de soins. Les dépenses de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) sont incluses dans les enveloppes des soins de ville et de dotations aux établissements de santé publics et privés.

Source : comptes de l'exercice 2024, mise en forme Cour des comptes

L'Ondam voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 atteint 265,4 Md€ (hors covid). Depuis la crise sanitaire, les dépenses de l'Ondam -hors covid- progressent fortement, soit + 4,8 % par an de 2019 à 2025, contre un rythme de seulement + 2,4 % par an, de 2015 à 2019. Ce faisant, sa part dans le produit intérieur brut passerait de 8,2 % en 2019 à 8,9 % en 2025. En outre, 13 Md€ non comptabilisés dans l'Ondam ont aussi été empruntés par la Caisse d'amortissement de la dette sociale pour financer le désendettement et la relance de l'investissement des établissements de santé de 2021 à 2029 (Ségur de la santé).

Malgré ces importants moyens supplémentaires, le système de santé reste en crise. Les contraintes de recrutement des personnels soignants pèsent sur l'accès aux soins des patients et les conditions de travail des professionnels de santé ; la qualité et la sécurité des soins ne sont pas optimales, selon la Haute Autorité de santé ; la situation financière des établissements de santé et médico-sociaux se détériore.

Dans l'avenir, le système de santé devra intégrer les facteurs structurels de progression des dépenses que sont notamment le vieillissement de la population, la prévalence des maladies chroniques et l'innovation technologique. Il doit aussi tenir compte de perspectives financières des trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, autonomie) qui se dégradent. Selon la trajectoire financière de l'Ondam inscrite en loi de financement pour la sécurité sociale pour 2025, le déficit annuel cumulé des trois branches passerait de 11,8 Md€, en 2024, à 20,1 Md€, en 2028.

Une telle situation fragilise le système de santé et appelle à définir un ensemble de mesures d'économie sans remettre en cause ses principes d'organisation et de prise en charge des patients. L'enjeu est de rechercher une

meilleure utilisation des financements de la sécurité sociale et de parvenir à maîtriser la progression des dépenses de l'Ondam tout en veillant à préserver la qualité et la sécurité des soins.

Dans cette perspective, la Cour présente une synthèse des propositions d'économie identifiées dans ses récents rapports et des mesures chiffrées par l'administration. Ces propositions ne sont de ce fait que partielles ; d'autres peuvent être envisagées. Elles visent à contribuer à la maîtrise des dépenses de l'Ondam préconisée par la Cour pour s'assurer du respect de la trajectoire pluriannuelle inscrite en loi de financement de la sécurité sociale³, pour stabiliser leur part au regard du produit intérieur brut et pour contribuer, autant que possible, au retour à l'équilibre financier des branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam.

Ayant vocation à contribuer à la revue des dépenses relevant de l'Ondam, cette note couvre l'ensemble des principaux postes de dépenses de cet objectif et ses différents sous-objectifs (notamment les soins de ville, les dépenses relatives aux établissements de santé, aux établissements et services pour personnes âgées ou aux établissements et services pour personnes en situation de handicap). Elle porte sur des propositions d'économie et sur la répartition des efforts entre acteurs du système de santé afin de contribuer à la maîtrise des dépenses de l'Ondam. En revanche, cette note ne traite pas des recettes, comme les taxes comportementales, ou touchant aux cotisations sociales, notamment les allègements généraux.

Les propositions d'économie identifiées par la Cour diffèrent, pour leur mise en œuvre, à la fois en termes de calendrier d'ici à 2029 et de complexité. Leur chiffrage donne à voir un ordre de grandeur.

Une meilleure maîtrise de la progression des dépenses de l'Ondam est indispensable pour tenir de la trajectoire de l'Ondam en documentant les mesures nécessaires d'économie (I). Les propositions identifiées par la Cour dans ses récents rapports peuvent être regroupées selon trois axes. Les dépenses de l'Ondam sont à contrôler plus strictement en luttant contre la fraude et en s'assurant de la pertinence des soins (II). Des réformes sont nécessaires pour développer la prévention en santé et privilégier la qualité et la sécurité dans les établissements de santé (III). Un meilleur partage des efforts est à rechercher entre les acteurs du système de santé afin d'équilibrer les approches de solidarité et de responsabilisation (IV).

³ Cour des comptes, *Après la crise sanitaire, un Ondam à conforter comme outil de pilotage des dépenses de santé*, rapport d'application des lois de financement de la sécurité sociale (Ralfss) 2023, *Un nouveau dépassement de l'Ondam en 2023, une impérative reprise en main de son pilotage dès 2024*, Ralfss 2024.

I - Une forte progression de l'Ondam, un enjeu de soutenabilité financière de la sécurité sociale

En raison de leur forte progression, les dépenses de l'Ondam représentent une part croissante au regard du produit intérieur brut et s'accompagnent d'un creusement des déficits des trois branches de la sécurité sociale qui les financent. En outre, la tenue de la trajectoire de l'Ondam d'ici à 2028 inscrite en loi de financement de la sécurité sociale reste soumise à des économies à documenter. Une telle situation appelle à mieux maîtriser les dépenses de l'Ondam en recherchant une meilleure efficacité.

A - Un niveau élevé de dépenses de santé financé très largement par la sécurité sociale

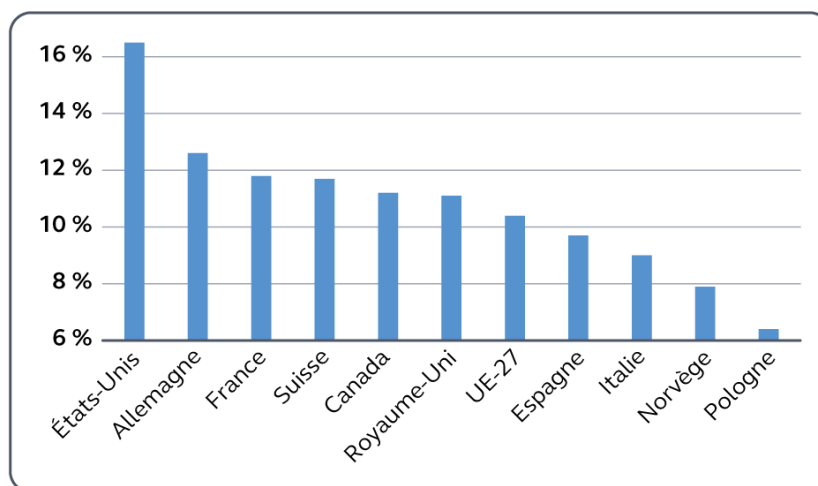
En France, le financement du système de santé reste protecteur. La France se situe parmi les pays consacrant la part la plus importante de leur produit intérieur brut aux dépenses de santé avec un reste à charge pour les patients parmi les plus limités.

1 - Un haut niveau de dépenses de santé en comparaison internationale

Parmi les pays de l'organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France est de ceux qui consacrent le plus de ressources aux dépenses de santé, tous financeurs confondus (État, assurance maladie obligatoire, organismes complémentaires de santé, ménages)⁴, soit 11,8 % du produit intérieur brut en 2023, contre 10,4 % en moyenne pour les pays de l'Union européenne. Elle se situe après l'Allemagne (12,6 %) dont la population est plus âgée (21 % de personnes âgées de 65 ans et plus en Allemagne, contre 19 % en France).

⁴ Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), *Les dépenses de santé en 2023, 2024*. La comparaison est effectuée à partir des données exprimées en dépense courante de santé au sens international (DCSi) qui correspond à la consommation individuelle ou collective de biens et services de santé des ménages, de la puissance publique, des institutions à but non lucratif et des entreprises. En 2023, le montant de la DCSi en France s'élève à 325 Md€.

Graphique n° 2 : comparaison internationale de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en part de produit intérieur brut en 2022 (dernière année connue)



Source : Drees, *Les dépenses de santé en 2023, 2024, mise en forme Cour des comptes*

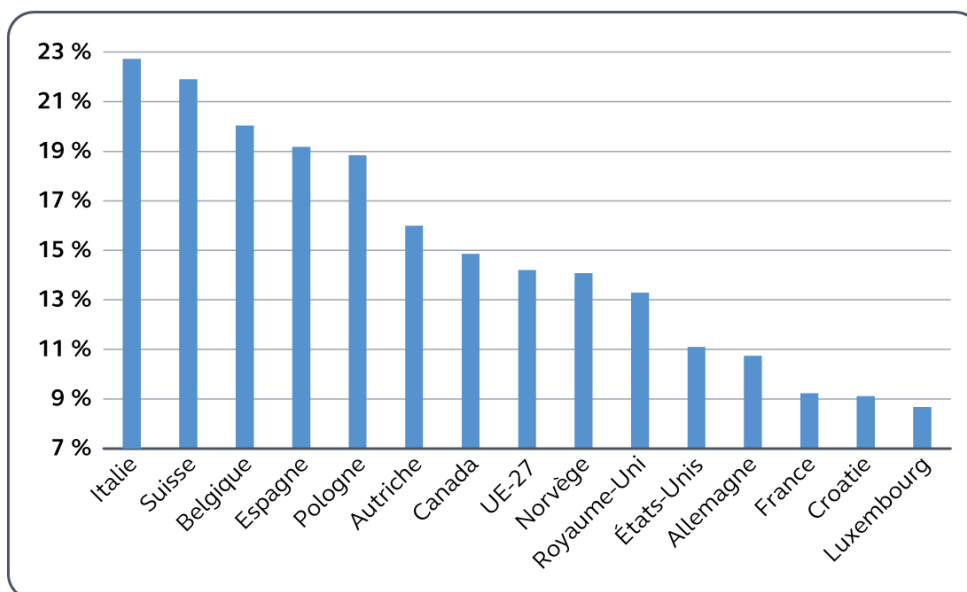
2 - Un faible reste à charge pour les patients

En France, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) est prise en charge principalement par l'assurance maladie obligatoire et les collectivités publiques (78,4 %) ainsi que par les organismes complémentaires de santé (12,4 %). De ce fait, le reste à charge des patients est limité, en moyenne, à 9,2 % en 2022⁵.

Ce faisant, le reste à charge des ménages en France est parmi les plus faibles des pays de l'OCDE, après le Luxembourg et la Croatie et devant l'Allemagne (10,7 %), les États-Unis (11,1 %) et le Royaume uni (13,3 %) et la moyenne des pays de l'Union européenne (14,2 %). Selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère chargé de la santé, la dépense restant à charge par habitant, en 2022, est en France de 426 €, contre 516 € en moyenne dans l'Union européenne, après correction des écarts de prix entre pays. En outre, les patients en France sont exonérés de frais de traitement liés à une affection de longue durée.

⁵ Drees, *Les dépenses de santé en 2023*, édition 2024. Ce ratio est calculé par rapport à la DCSi. Les organismes complémentaires de santé regroupent des institutions de prévoyance, des mutuelles et des entreprises d'assurance.

Graphique n° 3 : comparaison internationale de la part de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) restant à la charge des patients en 2022 (dernière année connue)

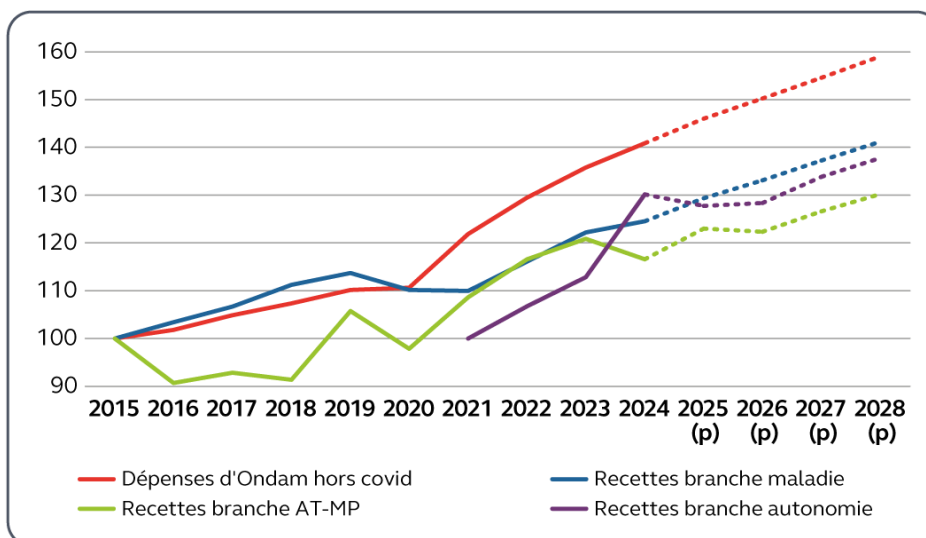


Source : Drees, Les dépenses de santé en 2023, 2024, mise en forme Cour des comptes

B - Une progression des dépenses à maîtriser

En 2025, l'Ondam est fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) à 265,4 Md€ (hors covid). De 2019 à 2025, la progression de l'Ondam -hors covid- serait de 4,8 % par an, contre seulement 2,4 % par an, de 2015 à 2019. Cette progression sans précédent de l'Ondam -hors covid- depuis la crise sanitaire est plus forte que celles des recettes des branches de la sécurité sociale qui le financent, comme le montre le graphique ci-après.

Graphique n° 4 : évolutions des dépenses d'Ondam hors covid et des recettes des branches de la sécurité sociale qui le financent



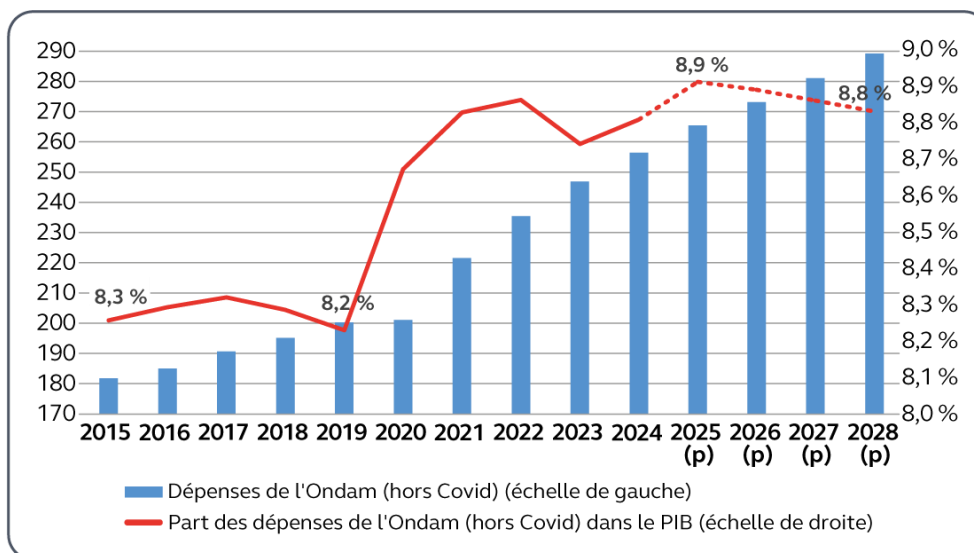
Note : base 100 en 2015 et en 2021 pour la branche autonomie, année de sa création.

Source : lois de financement de la sécurité sociale, comptes de l'exercice 2024, mise en forme Cour des comptes

1 - Un poids croissant par rapport au PIB

Selon la LFSS pour 2025, les dépenses de l'Ondam atteindraient un niveau inégalé de 8,9 % du produit intérieur brut (PIB), alors qu'elles représentaient de l'ordre de 8,2 % du PIB avant la crise sanitaire. D'ici à 2028, elles resteraient à ce niveau élevé, aux alentours de 8,8 % du PIB, selon les prévisions de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025.

**Graphique n° 5 : évolution des dépenses de l'Ondam (hors covid)
en montant (en Md€) et par rapport au PIB**



Sources : lois de financement de la sécurité sociale, comptes de l'exercice 2024, Insee, mise en forme Cour des comptes

Une telle progression de l'Ondam -hors covid- ces dernières années recouvre des facteurs de différentes natures. En premier lieu, elle tient à des mesures exceptionnelles de revalorisation salariale des personnels hospitaliers et médico-sociaux décidées dans le cadre du « Ségur de la santé » (10,9 Md€)⁶ et de compensation de l'inflation. En second lieu, elle relève de mesures plus habituelles de revalorisation conventionnelle des professionnels de santé libéraux et de mesures nouvelles prioritaires notamment en faveur des établissements et services médico-sociaux. Enfin, elle résulte d'une forte dynamique des dépenses de soins de ville, en particulier des indemnités journalières pour maladie, des transports sanitaires et des honoraires médicaux et paramédicaux.

Dans l'avenir, des facteurs structurels pèseront sur l'évolution des dépenses de santé. Le ministère chargé de la santé estime le surcroît de dépenses liées au vieillissement de la population en soins de ville et hospitaliers à environ 1,35 % par an de 2023 à 2030 (soit environ + 2,8 Md€ chaque année). Il s'agit d'un minimum auquel s'ajoutent les prises en charge en établissements et services médico-sociaux. Les

⁶ Le ministère chargé de la santé a conduit une consultation nationale des acteurs de la santé en 2020 dite « Ségur de la santé ».

dépenses de santé sont aussi tirées vers le haut par la hausse des prix des médicaments innovants. Par exemple, les dépenses nettes de médicaments anti-cancéreux passeraient de 2,4 Md€ en 2022 à 7 Md€ en 2028, soit + 20 % par an, à tendance inchangée⁷.

Une telle progression tendancielle des dépenses de l'Ondam implique de renforcer l'efficacité des dépenses pour maîtriser son niveau au regard du PIB et continuer d'être en mesure d'en assurer son financement.

2 - Une accumulation de déficits

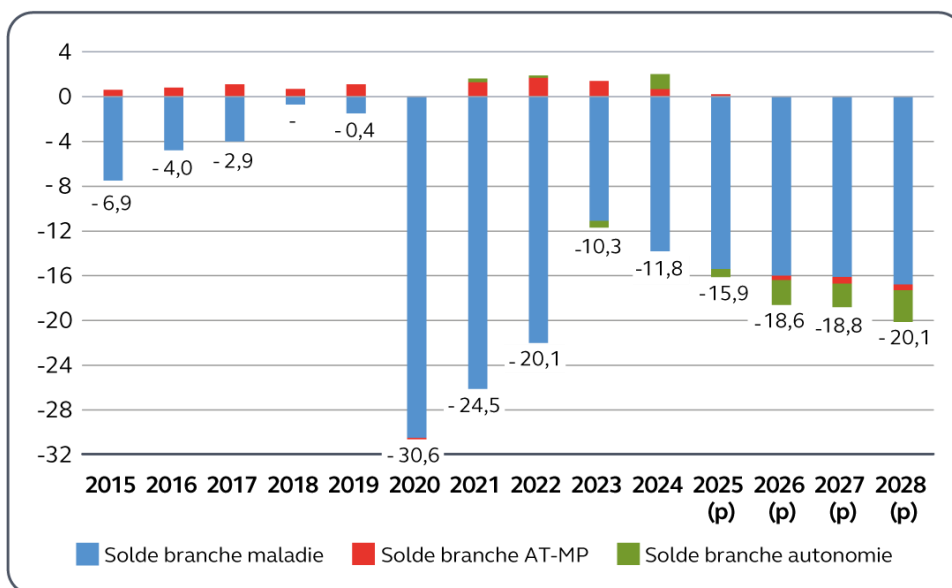
De 2015 à 2020, la progression des dépenses de l'Ondam est restée inférieure à celle des recettes des branches de la sécurité sociale qui le financent, ce qui a correspondu à une période de résorption du déficit de la branche maladie (- 0,4 Md€ en 2019). Par contraste, à compter de 2020, la progression des dépenses de l'Ondam -hors covid- est devenue nettement plus dynamique que celle des recettes⁸. La trajectoire des dépenses de l'Ondam inscrite en LFSS pour 2025 conduirait ainsi à presque doubler le déficit annuel cumulé des trois branches qui financent l'Ondam de 2024 (11,8 Md€) à 2028 (20,1 Md€)⁹. Hors période de crise, une telle dégradation des soldes est inédite.

⁷ Montant après remise. Cour des comptes, *Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants*, 2024.

⁸ À compter de 2024, la branche autonomie bénéficie pourtant de l'affectation d'une fraction supplémentaire de la cotisation sociale généralisée, soit 2,6 Md€ par an.

⁹ Le résultat pour 2024 correspond aux comptes de l'exercice qui se trouve amélioré par des recettes supérieures à celles prévues en LFSS pour 2025. Le solde de 2028 est celui inscrit dans les prévisions de la LFSS pour 2025.

Graphique n° 6 : évolution des soldes des trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam (en Md€)



Note : de 2020 à 2022, le déficit de la branche maladie tient pour l'essentiel aux dépenses covid.
Sources : loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) de 2015 à 2023, comptes de l'exercice 2024, LFSS pour 2025 de 2025 à 2028, mise en forme Cour des comptes

En conséquence, cette trajectoire conduirait à la constitution d'une dette sociale de 73,4 Md€ au titre des années de 2025 à 2028 à laquelle s'ajoutera la charge des taux d'intérêt.

En outre, les hôpitaux publics continuent de supporter un endettement qui reste élevé à 30,1 Md€ fin 2023, soit un niveau équivalent à 2019, malgré le financement destiné à leur désendettement apporté par la caisse d'amortissement de la dette sociale (6,4 Md€ prévus de 2021 à 2029).

C - Un nécessaire changement d'échelle dans les mesures à prendre

La trajectoire de l'Ondam inscrite en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoit une progression de l'ordre de 2,9 % par an d'ici à 2028. L'Ondam -hors covid- passerait ainsi de 265,4 Md€ (2025) à 289,2 Md€ (estimation 2028). Comme toujours en construction de l'Ondam, une telle trajectoire suppose, en outre, que les mesures nouvelles supérieures à cette progression annuelle soient gagées par des mesures

d'économies. Les mesures d'économies habituellement intégrées à la construction de l'Ondam portent, notamment, sur la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie, la maîtrise médicalisée des dépenses de santé dont la régulation économique et financière des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) ainsi que l'optimisation de la gestion des établissements de santé. La construction de l'Ondam pour 2025 repose ainsi sur 5 Md€ de mesures nouvelles gagées, en partie, par 4,3 Md€ de mesures d'économies.

D'ici à 2028, les mesures d'économies nécessaires au respect de la trajectoire de l'Ondam ne sont pas précisément documentées, ce qui tend à fragiliser la tenue de cette trajectoire. Le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 comprendra une projection d'évolution de l'Ondam d'ici à 2029. À tendance inchangée, le montant des économies nécessaires pour gager les mesures nouvelles d'ici 2029 peut être estimé à environ 20 Md€, soit 4 Md€ par an en moyenne. Des économies importantes sont donc à identifier pour s'assurer du respect de l'Ondam.

La préparation qui débute du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 devrait être l'occasion d'engager un programme pluriannuel de maîtrise des dépenses de l'Ondam selon une ampleur et un calendrier à définir par les pouvoirs publics. Dans cette perspective, la Cour a synthétisé ses propositions issues des rapports qu'elle a publiés ces dernières années (cf. annexe 2).

Tout en conservant les principes d'organisation et de prise en charge du système de santé et en veillant à la qualité et à la sécurité des soins, les propositions d'économie identifiées par la Cour visent : à documenter les économies nécessaires à la tenue de la trajectoire pluriannuelle de l'Ondam d'ici à 2029 ; à contenir la part des dépenses de l'Ondam au regard du produit intérieur brut et, autant que possible, à contribuer au retour à l'équilibre financier des branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam. Les propositions d'économie identifiées par la Cour ne sont que partielles, d'autres peuvent être envisagées.

Le chiffrage des propositions d'économies identifiées par la Cour est destiné à donner un ordre de grandeur. Ces propositions peuvent être mises en œuvre à plus ou moins brève échéance d'ici 2029. Par rapport au potentiel d'économie estimé, des abattements forfaitaires sont appliqués en raison de possibles recoupements ou de difficultés de mise en œuvre. À cet égard, ces propositions d'économie sont de différentes natures : certaines se situent dans la continuité de mesures déjà mises en œuvre comme la maîtrise des dépenses de produits de santé ou l'optimisation de la gestion des établissements de santé ; d'autres visent à les amplifier, comme le renforcement de la lutte contre les fraudes ; d'autres, enfin, impliquent des

mesures d'organisation, comme le renforcement de la prévention en santé ou la réorganisation de l'offre de soins dans le cadre régional de la structuration du parcours de soins. Leur mise en œuvre est d'autant plus complexe et requiert une visibilité sur plusieurs années pour les acteurs du système de santé.

II - Resserrer les prises en charge sur les seules prestations à bon droit et pertinentes

Les dépenses de l'assurance maladie sont susceptibles d'être atténuées en réduisant systématiquement les fraudes. Elles peuvent être également optimisées en se référant davantage aux protocoles de prise en charge des patients définis notamment par la Haute Autorité de santé (HAS). Cela implique de renforcer les moyens affectés à ces tâches par la caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) et les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

A - Renforcer la lutte contre les fraudes

Après la période de perturbation durant la crise sanitaire, les résultats des actions de lutte contre les fraudes sont en progrès significatifs depuis 2022. Toutefois, les objectifs et les résultats restent encore nettement inférieurs au montant estimé des fraudes, ce qui appelle un changement d'échelle des actions engagées, en accordant la priorité aux contrôles¹⁰. Ces efforts indispensables ne doivent toutefois pas laisser penser que les fraudes à l'assurance maladie pourront être totalement endiguées en raison de leur caractère dissimulé et complexe à détecter et réprimer.

1 - Des fraudes encore mal détectées

La Cnam doit achever une évaluation du montant des fraudes aux prestations de l'assurance maladie, à partir des données de 2018 et 2019. À partir des premières évaluations disponibles de fin 2022, la Cour avait estimé le montant des fraudes à l'assurance maladie entre 3,8 Md€ et 4,5 Md€.

¹⁰ Cour des comptes, *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore*, Cour des comptes, Ralfss 2023.

Les résultats de la Cnam dans la lutte contre les fraudes sont en nette progression, passant de 466 M€ en 2023 à 628 M€ en 2024¹¹, soit + 35 %. En 2024, les résultats recouvrent, d'une part, 58 % de préjudices « détectés » ou réellement subis pouvant donner lieu à des notifications d'indus, d'autre part, 42 % de préjudices « évités » tels qu'estimés par les CPAM. Dans les deux cas, les dépenses de l'Ondam sont réputées être atténuées d'autant. Les fraudes relèvent moins des assurés eux-mêmes (18 % des montants) que des professionnels de santé (68 % des montants). La part sensible des établissements de santé (14 %) dans le montant des fraudes tient à la suspension des contrôles depuis la crise sanitaire.

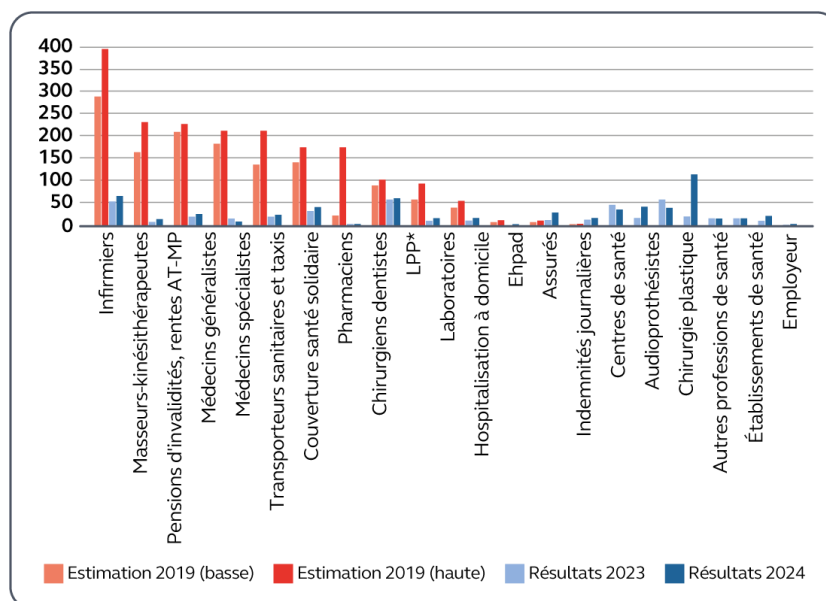
Des marges supplémentaires dans la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie peuvent être dégagées.

Des écarts particulièrement importants existent selon les secteurs de santé, entre les estimations de montants fraudés et les résultats de la lutte contre les fraudes en 2023 et 2024, comme le montre le graphique ci-après. Concernant les établissements de santé en particulier, la reprise des contrôles sur les recettes d'activité depuis la fin de l'année 2024 doit donner lieu à un premier bilan mi-2025¹².

¹¹ Cnam, *Les résultats de la lutte contre les fraudes en 2024*, 20 mars 2025.

¹² Repoussée à plusieurs reprises, la reprise des contrôles sur les établissements de santé a été engagée par circulaire de la direction générale de l'offre de soins du 28 octobre 2024 sur le périmètre des activités de médecine, chirurgie et obstétrique au titre de l'activité 2023. Avant 2019, les contrôles sur les recettes de médecine, chirurgie et obstétrique relevaient 50 à 100 M€ d'indus et de fraudes par an.

Graphique n° 7 : comparaison des résultats de la lutte contre les fraudes en 2023 et en 2024 par rapport aux estimations de la Cnam sur les données 2019 (en M€)



*Liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie.
Source : Cnam, mise en forme Cour des comptes

Il existe aussi de fortes disparités d'approche entre les CPAM dans l'utilisation des outils de contrôle des dépenses¹³. En conséquence, 24 CPAM n'atteignent pas l'objectif assigné en 2023. Pour y remédier, la Cnam a engagé une évolution de son système d'information par la mise en place progressive d'une interface unique regroupant les outils de lutte contre les fraudes (détection, traitement des signalements, suivi) dans l'ensemble du réseau des CPAM, à compter de mars 2024.

Enfin, les actions de lutte contre les fraudes de la branche autonomie restent limitées et sont à renforcer. La nouvelle mission de contrôle interne et de conformité constituée par la branche autonomie est l'occasion de mieux cerner les enjeux et de proposer des objectifs. Des procédures de contrôle pourraient être renforcées.

¹³ Seules 61 % d'entre elles utilisent l'outil OCEANIC d'analyse d'activité des soins infirmiers en libéral, 49 % exploitent l'outil CACTUS de contrôle des transporteurs sanitaires et 31 % recourent à l'outil KARLE d'investigation des dépenses de masseurs-kinésithérapeutes.

2 - Des moyens d'action renforcés à mieux appliquer

Pour atteindre des objectifs plus ambitieux, il est nécessaire de renforcer les actions de lutte contre les fraudes. D'ores et déjà, 1 500 agents des CPAM sont mobilisés et 400 recrutements ont été engagés en 2024. En outre, les CPAM disposent de prérogatives juridiques renforcées et de nouveaux moyens informatiques. Ces moyens supplémentaires doivent permettre de gagner en efficacité pour protéger l'intérêt financier de l'assurance maladie et donc aussi des assurés.

a) Exploiter les contrôles informatiques automatiques

La dématérialisation des échanges entre assurés sociaux, professionnels de santé, assurance maladie obligatoire ou organismes complémentaires de santé doit permettre de renforcer les contrôles automatisés sur les factures et les demandes de remboursements adressées à l'assurance maladie. L'objectif est de repérer les cas atypiques et de bloquer les versements à tort, plutôt que d'effectuer des contrôles après paiement, qui conduisent à des régularisations complexes et longues.

La Cnam procède en ce sens à des rapprochements de fichiers, y compris avec d'autres administrations, met en place de nouveaux outils d'analyse des données de masse (*data mining*) et recrute des cyber-enquêteurs. Engagé en 2021, le projet METEORe, doit permettre le déploiement de contrôles spécifiques pour prévenir les doubles paiements¹⁴. Ces mesures devront être évaluées pour en apprécier l'efficacité.

b) Mobiliser les nouvelles compétences juridiques

De nouvelles prérogatives ont été accordées aux CPAM. La méthode de l'extrapolation à partir d'un échantillon leur évite d'avoir à reconstituer toutes les prestations fraudées pour en exiger le remboursement (LFSS 2020). Les CPAM peuvent suspendre le règlement des factures en cas de doute sur le versement à bon droit, le temps d'effectuer un contrôle auprès du professionnel de santé ou de l'assuré. Elles peuvent disposer de prérogatives d'officier de police judiciaire pour déduire des paiements versés aux professionnels de santé tout ou partie des revenus qu'ils auraient obtenus frauduleusement (LFSS 2021, 2023 et 2024).

La mise en œuvre systématique de ces nouveaux outils est un enjeu clé pour durcir et homogénéiser les contrôles. L'objectif est d'organiser une gradation des réponses depuis les pénalités administratives et financières jusqu'à la saisine de la justice. Une campagne de communication auprès des

¹⁴ Utilisé dans 60 CPAM en octobre 2024, il doit être généralisé en 2025. Il ne porte actuellement que sur les facturations des pharmaciens.

professionnels de santé, établissements de santé et assurés sociaux sur les actions mises en œuvre et sur les sanctions prises participerait à la prévention des comportements frauduleux.

c) Renforcer la coopération des CPAM avec les autres administrations

La coordination contre les fraudes à l'échelon national, sous l'égide de la mission interministérielle de coordination anti-fraude, trouve son pendant, en région, avec les comités opérationnels départementaux antifraudes qui réunissent les services de l'État et les organismes locaux de protection sociale.

En région, les CPAM doivent tirer parti de leurs nouveaux pouvoirs de police judiciaire en coordonnant leurs investigations avec les services de police, de gendarmerie et les services judiciaires dans le cadre d'une programmation des contrôles en proportion des enjeux financiers. En outre, elles peuvent, par leurs signalements, apporter des éléments précieux aux autres administrations chargées de lutter contre les fraudes et la criminalité. La mise en place de six pôles interrégionaux d'enquêteurs judiciaires dans le réseau des CPAM doit contribuer à mieux lutter contre les fraudes à enjeux et les fraudes cyber.

d) Optimiser la coordination avec les complémentaires de santé

Le code de la sécurité sociale a organisé un cadre de coordination et d'échanges d'information entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de santé en cas d'investigations relatives à la lutte contre les fraudes¹⁵. Des échanges plus systématiques seraient à développer comme par exemple sur les arrêts de travail pouvant être considérés comme abusifs. Au vu du nombre important d'organismes complémentaires, il s'agirait de simplifier la procédure d'information existante en prévoyant la possibilité de recourir à des intermédiaires conjointement désignés.

Ce cadre juridique mériterait d'être adapté pour permettre aux organismes complémentaires de pouvoir informer de manière réciproque les CPAM d'informations relatives aux fraudes¹⁶. En outre, le cadre juridique du traitement informatisé des données médicales par les organismes complémentaires de santé est aussi à compléter pour assurer une base légale aux traitements des données de santé nécessaires à la lutte contre les fraudes.

¹⁵ L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale prévoit que « l'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré » en cas de contrôles de fraudes.

¹⁶ L'article 49 de la LFSS pour 2025 comportant des dispositions répondant à cet objectif a été déclaré contraire à la Constitution, n'ayant pas sa place en LFSS (décision du Conseil constitutionnel du 28 février 2025).

3 - Un objectif de lutte contre les fraudes à relever et un recouvrement des indus à améliorer

La convention d'objectifs et de gestion entre l'État et la Cnam pour la période 2023-2027 a relevé l'objectif de détection des montants fraudés de 180 M€ en 2023 à 500 M€ en 2024 et 650 M€ en 2027. Au regard des marges de progrès identifiées, et des montants estimés des fraudes, une approche plus ambitieuse est nécessaire. Un prolongement de la progression annuelle moyenne des résultats enregistrés de 2019 (286 M€) à 2024 (628 M€), soit + 17 % par an conduirait à porter l'objectif de lutte contre les fraudes à près de 1 Md€ en 2027 et à 1,5 Md€ en 2029. Ce montant représente près du tiers (30 %) de l'estimation haute des fraudes à l'assurance maladie (4,5 Md€).

Les indus résultant de fautes et fraudes doivent faire l'objet de mises en recouvrement. Au titre de la lutte contre les fraudes, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 intègre un rendement de 0,2 Md€. Cet objectif doit pouvoir être renforcé. En 2023, 70 % des 14 896 dossiers de fraude traités par les CPAM ont donné lieu à une suite contentieuse et 26 % à une suite pénale. Toutefois, seules 207 plaintes avec constitution de partie civile ont été déposées. Une meilleure coordination est à engager avec les autres branches de la sécurité sociale et l'administration fiscale pour augmenter le taux de recouvrement sur indus, notamment frauduleux, dans les procédures précontentieuses et contentieuses.

L'information du Parlement mériterait d'être complétée pour mieux rendre compte des actions et des résultats de la lutte contre les fraudes ainsi que du recouvrement des indus¹⁷.

Proposition n° 1 : mieux lutter contre les fraudes dans les trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam : 1,5 Md€

- Rehausser encore l'objectif de détection de la fraude au tiers au moins du préjudice estimé.
- Constater et mettre en recouvrement les indus frauduleux sur toutes les périodes non prescrites.
- Bloquer le règlement des facturations irrégulières des professionnels et des établissements de santé.
- Dépasser le nombre de contrôles *a posteriori* atteint en 2019.
- Renforcer les actions de lutte contre les fraudes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

¹⁷ Annexe 1 - « Maladie » du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale.

B - S'assurer de la pertinence des soins et des prises en charge

En France, les pratiques médicales et les dépenses qui s'y attachent varient entre les départements et les régions. De plus, certains types de dépenses comme les transports sanitaires sont en forte progression. Ces constats appellent à envisager les efforts de réduction de ces dépenses atypiques sous le prisme de la pertinence des prises en charge, en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS).

1 - Réduire les pratiques médicales évitables et les écarts de dépenses standardisées par patient entre départements

Certaines pratiques médicales et prises en charge par l'assurance maladie sont en partie évitables¹⁸ et, pour les plus dynamiques d'entre elles, devraient être mieux maîtrisées. Afin d'établir des comparaisons de dépenses par patient et par département, les dépenses de soins de ville et à l'hôpital sont standardisées pour neutraliser les différences liées aux structures d'âge et de sexe de la population. Après ce retraitement, des écarts significatifs de dépenses d'assurance maladie par patient sont observés.

a) Réduire les dépenses potentiellement évitables

La direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère de la santé a estimé que 265 000 hospitalisations, soit 2,5 % des séjours de médecine en 2017, auraient pu être potentiellement évitées¹⁹. Ces hospitalisations potentiellement évitables concernent surtout des pathologies chroniques et près de la moitié concernait une insuffisance cardiaque. Les hospitalisations potentiellement évitables apparaissent répétitives²⁰. Les agriculteurs exploitants et les ouvriers sont les catégories socioprofessionnelles les plus exposées.

¹⁸ Par exemple, constitue une dépense évitable le recours à un séjour hospitalier alors qu'une prise en charge anticipée et conforme aux bonnes pratiques en ville aurait évité une hospitalisation (notamment pour les patients affectés d'une maladie chronique).

¹⁹ Drees, *Les hospitalisations potentiellement évitables touchent davantage les ouvriers et les agriculteurs*, Études et résultats, avril 2023, n° 1262.

²⁰ En 2017, 26 % des patients concernés avaient déjà subi une intervention évitable dans les cinq années précédentes et 14 % ont connu plusieurs cas cette même année.

Les récents travaux de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) confirment la persistance d'écarts de pratiques médicales entre établissements de santé et départements²¹.

Des pratiques médicales hétérogènes entre départements

L'Irdes montre une hétérogénéité des pratiques médicales à partir d'un échantillon de onze types d'interventions hospitalières de 2014 à 2019. La chirurgie de la cataracte enregistre le plus fort taux national et la plus grande dispersion des taux de recours par département. Les trois autres interventions présentant les disparités les plus élevées sont la chirurgie de la tumeur bénigne de la prostate, la chirurgie du canal carpien et les poses de stents coronaires sans infarctus. En 2019, le nombre d'hospitalisations pour pose de stents coronaires varie ainsi de 1 à 4 entre la Vendée et le Maine-et-Loire, d'une part, la Meurthe-et-Moselle et la Meuse, d'autre part.

En soins de ville, l'hétérogénéité d'implantation des professionnels de santé par rapport aux besoins de la population affecte les pratiques professionnelles. Les dépenses de santé par habitant et le nombre de consultations augmentent avec la densité des médecins. La corrélation entre la densité des médecins libéraux et les dépenses de médicaments par habitant peut conduire à s'interroger sur la pertinence des actes²². Pour les soins de ville, le programme de gestion du risque de la Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam) vise à assurer la qualité et la soutenabilité financière des soins.

Exemples de prescriptions ou remboursements non pertinents identifiés par la Cnam²³

Chez les patients âgés de 16 à 65 ans, seuls 9 % des dosages de vitamine D correspondent, *in fine*, à une indication recommandée par la HAS, soit une dépense non justifiée de 38 M€.

En 2019, 16 millions de personnes ont consommé des inhibiteurs de pompe à protons (IPP), médicaments prescrits dans la prise en charge du reflux gastro-œsophagien et des ulcères gastro-duodénaux, alors que plus de 50 % des usages ne seraient pas justifiés²⁴ pour un coût de 0,3 Md€.

²¹ Irdes, *Atlas des variations de pratiques médicales*, 2024. Les taux pour 100 000 habitants de chaque pratique étudiée sont standardisés pour corriger l'effet de la structure d'âge et de sexe dans un département par rapport à la répartition nationale.

²² Cour des comptes, *La médecine libérale de spécialité*, Ralfss 2017.

²³ Cnam, *Focus sur la qualité et la pertinence des soins*, documents pour la négociation de la convention médicale, réunions thématiques des 11 janvier et 12 mars 2024.

²⁴ *Bon usage des inhibiteurs de la pompe à protons*, HAS, 2022. Exemples d'IPP : lansoprazole, ésoméprazole, lansoprazole, oméprazole.

Les durées d'arrêt de travail prescrites par les médecins sont supérieures à celles prévues par les référentiels : parmi les motifs les plus fréquents correspondant à 2,9 millions d'arrêts, plus de 40 % des journées prescrites (9 millions) excèdent les durées les plus longues préconisées, notamment pour troubles anxiodépressifs, lombalgie, gastro-entérite virale, grippe saisonnière et angine, selon les données de la Cnam.

L'identification des atypies de prescription et des mesures possibles de régulation sont à améliorer par la mise en œuvre de la dématérialisation des prescriptions médicales.

La dématérialisation des prescriptions médicales²⁵

Un milliard de prescriptions médicales sont effectuées chaque année²⁶, dont seulement 30 % par voie dématérialisée en 2023. La dématérialisation contribue pourtant à la qualité et la sécurité des soins et à la lutte contre les fraudes. Elle permet à l'assurance maladie de disposer des données globales des prescriptions et par prescripteur pour identifier les pratiques atypiques en vue d'écarter les anomalies de prise en charge. Repoussée à plusieurs reprises, l'obligation de dématérialisation des prescriptions est entrée en vigueur au 31 décembre 2024²⁷. Il importe de veiller à son effectivité pour l'ensemble des actes, biens et produits de santé prescrits, effectués ou dispensés par les acteurs du système de santé en ville et à l'hôpital.

La nouvelle convention du 4 juin 2024 entre la Cnam et les médecins pour la période 2025-2029 comporte 15 programmes d'actions pour limiter les prescriptions au service de la pertinence et de la qualité des soins, dans le cadre de la lutte contre l'antibiorésistance et de la réduction de la polymédication. Les programmes qui auront dépassé leur cible d'économie en 2027 donneront lieu à un partage des économies supplémentaires entre l'assurance maladie et les médecins²⁸. En revanche, aucune sanction n'est prévue si les objectifs n'étaient pas atteints. En outre, il s'agit d'objectifs collectifs qui ne sont pas opposables individuellement à un professionnel et qui ne peuvent conduire à réduire les rémunérations individuelles.

²⁵ Cour des comptes, *La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficience du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir*, 2021.

²⁶ Médicaments, dispositifs médicaux, examens biologiques, transport de patients, actes d'auxiliaires médicaux et arrêts de travail pour maladie.

²⁷ Ordonnance du 18 novembre 2020 de mise en œuvre de la prescription électronique.

²⁸ La convention prévoit des revalorisations de la consultation de médecine générale à 30 € (contre 26,50 €) et de certaines spécialités, la mise en place d'une consultation longue des médecins traitants (60 € pour les patients de plus de 80 ans). Le nouveau forfait médecin traitant, pouvant dépasser 100 €, tient compte de la complexité du patient selon l'âge, l'état de santé, la situation sociale, le parcours de prévention.

Cette nouvelle orientation stratégique vise à maîtriser autant les honoraires que les prescriptions médicales en vue du respect de la progression de l'Ondam telle que prévue en loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, le mécanisme de suivi de la nouvelle convention médicale, limité à une seule clause de rendez-vous en septembre 2025, est insuffisant au regard des enjeux financiers. Il est indispensable pour la Cnam de renforcer ce suivi, notamment par la mise en place d'un rendez-vous annuel fondé sur des statistiques robustes de l'évolution des honoraires et des prescriptions et des économies liées aux 15 programmes d'actions encadrant les prescriptions. Ce suivi doit conduire, le cas échéant, à un dialogue renforcé entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins, allant d'un rappel aux référentiels médicaux à la mise sous entente préalable en cas de prescriptions atypiques. La Cnam a prévu, à partir d'avril 2025, de diffuser les résultats du suivi qu'elle a mis en place pour permettre aux professionnels d'apprécier leur situation et en conséquence de faire évoluer leurs pratiques.

*b) Des prises en charge hétérogènes par patient,
selon les départements*

La Cour a estimé jusqu'à 3,2 Md€ les marges d'optimisation pouvant résulter d'une meilleure répartition des professionnels de santé libéraux sur le territoire. De même, ramener à la moyenne nationale le taux standardisé – c'est-à-dire neutralisant les différences de structure démographique (âge et sexe) entre départements – de recours à la chirurgie dans les cinq départements où il est le plus élevé dégagerait 0,3 Md€ de marges d'économies²⁹.

La Drees a aussi mis en évidence des écarts entre départements dans les dépenses de santé par patient prises en charge par l'assurance maladie obligatoire au titre des soins de ville et des soins en établissements de santé³⁰. Les dépenses standardisées³¹ de santé prises par patient varient ainsi entre départements dans une proportion de 1 (1 804 € en Haute-Savoie) à 1,7 (3 055 € en Haute-Corse), pour une moyenne nationale de

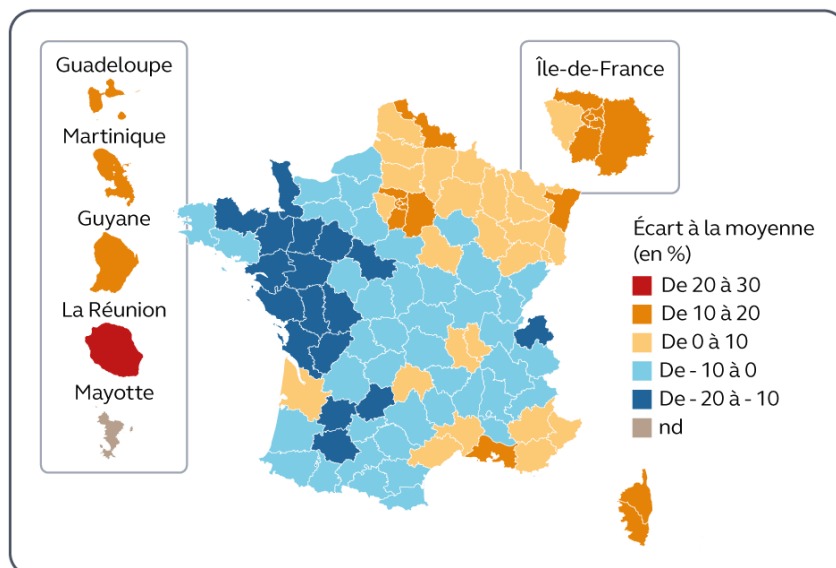
²⁹ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, 2017.

³⁰ Drees, *Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ?* Études et résultats, mai 2023 n° 1265.

³¹ « Pour tenir compte des disparités départementales de démographie, la dépense moyenne par département est standardisée selon l'âge et le sexe, en étant rapportée à la dépense « attendue », définie comme la dépense qu'aurait chaque département avec sa structure de patients par âge et sexe mais avec la dépense moyenne par âge et sexe des patients de France entière », Drees, *Op.cit.*

2 258 € en 2018³² (voir carte *infra*). Le total des dépenses d'assurance maladie standardisées des départements au-dessus de la moyenne nationale représente une marge d'efficacité potentielle de 5,5 Md€³³. Ces différences départementales laissent des marges d'efficacité en matière de pratiques médicales et de prises en charge atypiques qui peuvent être évaluées à 2,8 Md€ en prenant aussi en compte les caractéristiques de santé (pathologies) et sociales des territoires, notamment pour les départements d'outre-mer.

**Carte n° 1 : écarts de dépenses de santé
remboursées par l'assurance maladie obligatoire
et standardisées par patient, par département, en 2018 (carte Drees)**



Lecture : dans le Cantal, la dépense moyenne de l'assurance maladie par patient est supérieure de 21 % à la moyenne nationale. Une fois prise en compte la structure démographique du département, cette dépense est supérieure de 3 % à la moyenne nationale standardisée.

Source : Drees, carte extraite de Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? Études et résultats, n° 1265, 2023

³² Il s'agit de la moyenne nationale des prises en charge par patient par l'assurance maladie. La moyenne des dépenses de santé par patients est de 2 750 € en 2018.

³³ Chiffrage effectué par la Cour à partir des données de la Drees correspondant au périmètre des dépenses de l'assurance maladie obligatoire en 2018, comprenant les soins de ville et les dotations aux établissements de santé. Une partie de cette marge d'efficacité est déjà prise en compte au titre de la maîtrise médicalisée.

L'étude approfondie de la Cnam sur les dépenses de prise en charge du diabète en 2022 confirme l'hétérogénéité entre régions³⁴. Les écarts par rapport aux dépenses moyennes en France hexagonale varient de - 12 % (Pays de la Loire) et - 10 % (Centre-Val de Loire) à + 18 % (Provence-Alpes-Côte d'Azur) et + 36 % (Corse). Pour la quasi-totalité des régions, ces écarts tiennent principalement aux dépenses liées aux soins infirmiers. Le programme de gestion du risque de l'assurance maladie comporte un volet d'amélioration de l'efficacité et de la pertinence des soins qui prévoit déjà des économies en progression de 0,7 Md€ en 2024³⁵ à 1 Md€ en 2025³⁶.

Au regard des constats précédents, il est nécessaire de changer d'échelle dans la mobilisation pour s'assurer de la pertinence des soins et réduire les dépenses atypiques de l'assurance maladie, sans dommage pour la qualité des soins. Comme la Cnam a commencé à le faire pour le diabète, cela passe par une analyse détaillée des causes de l'hétérogénéité des dépenses entre territoires (démographie de la population, prévalence des pathologies, inégalités sociales de santé, démographie des professionnels de santé, inégalités territoriales d'accès aux soins, écarts aux recommandations scientifiques). Cela implique des efforts combinés de la Cnam, des agences régionales de santé, dans leur responsabilité régionale d'organisation des soins, et des caisses primaires d'assurance maladie³⁷, en tant que payeurs, pour promouvoir voire rendre opposables des pratiques médicales conformes aux recommandations de la HAS. Ces efforts devraient permettre de ramener vers la moyenne nationale les dépenses standardisées de santé des départements où elles sont le plus élevées.

Cette analyse par département mériterait d'être élargie aux dépenses du secteur médico-social. Il s'agirait de mettre en regard les dépenses de la branche autonomie avec celles d'assurance maladie pour les mêmes publics en définissant une stratégie de prise en charge économiquement pertinente.

³⁴ Cnam, *Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2025*, 2024.

³⁵ Dont notamment 200 M€ sur les indemnités journalières, 150 M€ par une meilleure maîtrise des volumes d'actes de biologie (tests de vitesse de la sédimentation, dosage de la vitamine D), 120 M€ par une meilleure prise en charge des troubles respiratoires du sommeil.

³⁶ Dont 465 M€ par un meilleur usage des médicaments passant notamment par l'atteinte d'un taux de pénétration des médicaments biosimilaires de 80 % en 2025. Cnam, *Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2025*, 2024.

³⁷ L'article L.162-1-15 du code de la sécurité sociale permet aux directeurs de CPAM de contrôler statistiquement les prescriptions globales en volume et par patient.

Proposition n° 2 : amplifier la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et réduire les écarts de dépenses de santé atypiques constatés entre départements : 2,8 Md€

- Automatiser la mesure des écarts aux référentiels de prescription et aux recommandations de bonnes pratiques.
- Analyser systématiquement les pratiques et les dépenses standardisées de santé entre départements et mobiliser les agences régionales de santé et les caisses primaires d'assurance maladie autour de l'objectif de réduction des écarts territoriaux en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé.
- Justifier les économies attendues en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé en loi de financement de la sécurité sociale en précisant les déterminants de la dépense (prix et volume) retenus et retracer les résultats obtenus.

2 - Focaliser les efforts sur les dépenses en plus forte progression

Tout d'abord, un meilleur suivi des 13,8 millions de patients en 2022 en affection de longue durée (ALD) résultant notamment de tumeurs malignes, d'accidents vasculaires cérébraux invalidants, de diabètes de type 1 et 2 ou d'affections psychiatriques de longue durée, constitue un enjeu clef. En 2022, le montant remboursé total des dépenses de santé des patients en ALD est de 124,7 Md€, soit plus des deux tiers (66,1 %) dans le total des dépenses remboursées par l'assurance maladie. Les patients en ALD requièrent un traitement thérapeutique prolongé et coûteux et, pour ces raisons, bénéficient d'une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, dont l'exonération du ticket modérateur qui représente un surcoût spécifique du dispositif ALD de 16 Md€ en 2022³⁸.

Plusieurs pistes de maîtrise des dépenses liées aux ALD sont à envisager, sans remise en cause des droits.

En premier lieu, les médecins traitants utilisent un ordonnancier dit « bizona » pour distinguer les prescriptions liées à l'affection de longue durée prises en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire (par exemple un cancer ou le diabète) et celles concernant d'autres maladies prises en charge dans les conditions habituelles. Le non-respect de cette distinction entraîne une prise en charge indue par l'assurance maladie

³⁸ Cnam, *Les bénéficiaires du dispositif des affections de longue durée en 2022 et évolutions depuis 2005*, Points de repère n°54 - 2024. Le ticket modérateur moyen des soins des patients en ALD était de 4,3 %, contre 17 % pour l'ensemble des assurés.

obligatoire. La nouvelle convention entre la Cnam et les médecins du 4 juin 2024 rappelle cette règle mais devrait en outre s'accompagner d'un dispositif de suivi des prescriptions atypiques.

En second lieu, la liste des types d'ALD est en retard d'actualisation. En lien avec la HAS, il est nécessaire de la mettre à jour pour mieux gérer les entrées de nouvelles pathologies (endométriose) et les sorties ou revoir les niveaux de sévérité pris en charge.

Enfin, en troisième lieu, à fin 2023, 524 500 assurés étaient reconnus en ALD sans limitation de durée ou pour une durée supérieure à dix ans, en dérogation de la réglementation applicable. Après l'interruption liée à la crise sanitaire, l'examen de ces situations est à reprendre.

Autre poste de dépenses parmi les plus dynamiques, les coûts du transport sanitaire (6 Md€ en 2023, + 6,5 % par an depuis 2019) pourraient aussi être mieux maîtrisés. Dans le cadre des lois de financement de la sécurité sociale pour 2024 et 2025, de premières mesures d'économie ont déjà été prévues pour renforcer la pertinence des prescriptions, développer les transports partagés et améliorer le cadre conventionnel avec les transporteurs³⁹. La Cnam s'attache à décliner ces mesures selon une feuille de route qui fixe des objectifs de transport partagé, d'adéquation entre mode de transport et état de santé du patient, d'incitation à l'usage de véhicule personnel ou de transport en commun et de renforcement de la lutte contre les abus et les fraudes⁴⁰.

Les transports sanitaires : un nécessaire renforcement des contrôles⁴¹

La prise en charge d'un transport sanitaire par l'assurance maladie est soumise en principe à une prescription médicale préalable pour s'assurer de sa nécessité et pour limiter l'usage de l'ambulance, mode de transport le plus onéreux, aux seuls cas justifiés. Ce principe est toutefois fréquemment contourné par l'établissement d'ordonnances de régularisation.

En cas d'hospitalisation, la règle du plafonnement du remboursement des transports sanitaires jusqu'au lieu de traitement le plus proche n'est pas appliquée par l'assurance maladie qui la considère comme lourde et peu compatible avec la liberté de choix du praticien par le patient et avec l'application du tiers payant à la plupart des dépenses de transport.

³⁹ Le décret du 19 mai 2023 avait aussi diminué de 15 points le taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire du transport sanitaire.

⁴⁰ Cnam, *Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2025, 2024*.

⁴¹ Cour des comptes, *Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire*, 2019.

L'offre de transport de patients est insuffisamment encadrée, en nombre et en catégorie de véhicules ou de tarifs appliqués aux trajets. Le système de quotas de véhicules sanitaires fixés par les agences régionales de santé par département en fonction d'indices de besoins populationnels et géographiques produit des effets négatifs, le prix de cession de certains agréments pouvant atteindre parfois 300 000 € alors qu'ils sont octroyés gratuitement par la puissance publique.

Ces efforts doivent se poursuivre notamment en finalisant le transfert au budget des établissements de santé des dépenses de transport qu'ils prescrivent, en renforçant les contrôles et en expérimentant une meilleure efficacité des achats publics en matière de transport sanitaire.

Proposition n° 3 : réduire la progression des dépenses de transport sanitaire : 0,3 Md€

- Finaliser le transfert au budget des établissements de santé de la totalité des dépenses de transport qui y sont prescrites.
- Renforcer les contrôles (prescriptions et dépenses atypiques, application des règles du transport sanitaire).
- Expérimenter une démarche de meilleure efficacité des achats publics en ce domaine.

C - Amplifier les efforts d'optimisation de la gestion

L'assurance maladie doit pouvoir couvrir les dépenses de santé au juste prix. Cela passe par des actions de négociation des tarifs des produits de santé et des fournitures et prestations des établissements de santé et médico-sociaux.

1 - Renforcer les actions d'optimisation de la gestion des établissements sanitaires et médico-sociaux

Relancé en loi de financement de la sécurité sociale pour 2024, le programme de performance hospitalière pour des achats responsables (Phare) vise à optimiser la gestion des établissements publics de santé, en lien avec l'agence nationale de la performance sanitaire et médico-sociale (Anap). Ce programme constitue un levier important d'efficacité des dépenses des

établissements de santé⁴² et inclut les établissements privés à but non lucratif et les établissements médico-sociaux. Il permet une économie estimée à 350 M€ par an. Il est prévu de le réactiver en lien avec l'Anap, notamment pour renforcer les achats groupés au niveau des groupements hospitaliers de territoire.

Concernant le secteur médico-social, un plan d'action est en préparation pour accroître l'efficacité du secteur dans son ensemble par l'optimisation de la gestion des achats des établissements et services médico-sociaux (ESMS) et une meilleure maîtrise de leur dépense en médicaments. La loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien vieillir et de l'autonomie prévoit que les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) publics autonomes qui sont les plus nombreux à être déficitaires devront se regrouper au sein de groupements territoriaux, sociaux et médico-sociaux (GTSMS) avant fin 2027. Il s'agit de leur permettre d'atteindre une taille critique, de mutualiser des coûts et des fonctions afin de constituer des groupes publics d'Ehpad sur tout le territoire. L'accompagnement de l'Anap pour améliorer la gestion budgétaire des ESMS est aussi à poursuivre. Enfin, face aux taux élevés d'accidents du travail et de maladies professionnelles dans le secteur médico-social, les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les agences régionales de santé, les départements et chaque gestionnaire d'ESMS pourraient faire de la prévention du risque professionnel une priorité⁴³.

Les établissements publics de santé négocient leurs emprunts de long terme (30 Md€ d'encours en 2023) à des conditions moins favorables que l'État⁴⁴. Leur taux d'intérêt apparent⁴⁵ était supérieur de plus de 1,1 point à celui de l'État en 2020. Une mission IGF-Igas a recommandé que l'Anap leur apporte son expertise en la matière⁴⁶.

⁴² Le programme Phare et d'autres mesures portant sur la régulation de l'intérim médical ainsi que sur la réallocation de certaines aides à l'investissement devaient permettre d'améliorer l'efficacité de la dépense au sein des établissements de santé de 0,6 Md€ dans le PLFSS 2025 (annexe Ondam). La DGOS et l'Anap travaillent aussi à l'élaboration d'une feuille de route sur la logistique et les achats pour amplifier, en direction des établissements sanitaires, l'accompagnement national aux achats responsables.

⁴³ Cour des comptes, *La maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap*, 2022.

⁴⁴ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux après la crise sanitaire*, 2023.

⁴⁵ Le taux apparent d'endettement se calcule en divisant le montant des frais financiers par celui des dettes financières.

⁴⁶ IGF-Igas, *Amélioration des outils de suivi et de prévision de la situation financière des établissements de santé*, 2022.

Les dépenses d'intérim des hôpitaux publics (infirmiers, aides-soignants, médecins) ont doublé depuis 2020 (0,6 Md€ en 2023). Indispensable à la continuité des soins, l'activité intérimaire doit néanmoins s'accompagner d'études rigoureuses relatives à son effet sur la qualité et la sécurité des soins⁴⁷. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 a désormais étendu le plafonnement des rémunérations des personnels médicaux aux personnels paramédicaux et aux sages-femmes intérimaires dans les établissements publics de santé et les ESMS⁴⁸.

Dans le secteur médico-social, une mutualisation de la gestion des personnels temporaires est aussi à rechercher : des initiatives existent de mise en réseau d'équipes de personnels de remplacement permettant d'apporter un meilleur service de gestion des absences, les personnels étant formés et réguliers dans les structures, pour un coût moindre que l'intérim.

Proposition n° 4 : optimiser la gestion des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux publics et privés à but non lucratif : 0,6 Md€

- Maintenir le rendement des mesures du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (Phare) des hôpitaux publics (0,35 Md€) et étendre ce programme aux établissements de santé privés à but non lucratif et aux établissements et services médico-sociaux (0,1 Md€).
- Optimiser la gestion de l'encours de dette des établissements sanitaires et médico-sociaux publics (0,1 Md€).
- Renforcer l'encadrement des rémunérations des personnels intérimaires médicaux et paramédicaux.

2 - Poursuivre la baisse des prix des produits de santé, accentuer les actions en faveur du bon usage

La régulation économique et financière des dépenses de produits de santé (médicaments, dispositifs médicaux et prestations associées) comprend divers mécanismes de régulation du volume et des prix⁴⁹.

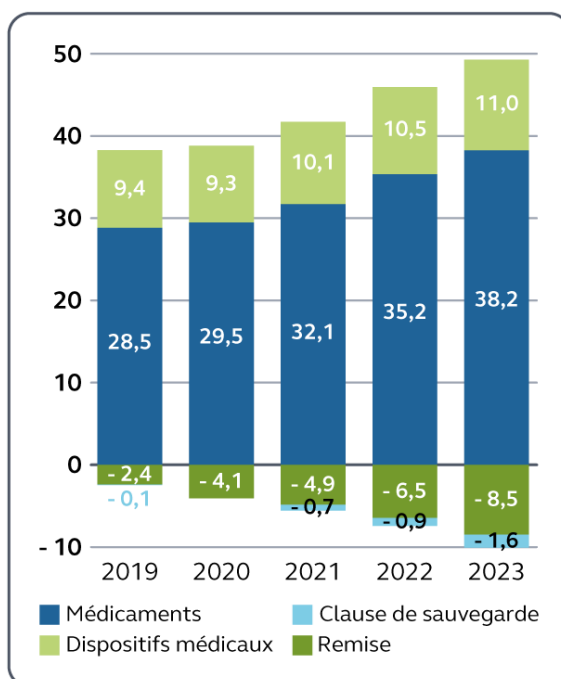
⁴⁷ Cour des comptes, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées*, 2024.

⁴⁸ L'article 70 de la LFSS pour 2025 étend aux personnels paramédicaux intérimaires le cadrage tarifaire de l'intérim médical en vigueur depuis le 1^{er} avril 2023. Chiffre de l'économie de 11 M€ en annexe au PLFSS pour 2025.

⁴⁹ La régulation économique consiste à renégocier à la baisse les prix et tarifs des produits de santé. La régulation financière vise à limiter la dépense de l'assurance maladie par des remises conventionnelles et une clause de sauvegarde lorsque les remboursements de l'assurance maladie aux entreprises pharmaceutiques dépasse un seuil. Le seuil de la clause de sauvegarde, voté chaque année en LFSS, déclenche des contributions des entreprises pharmaceutiques ou des industries de santé.

La régulation des prix des produits de santé repose sur les négociations menées par le comité économique des produits de santé (CEPS), au nom de l'État, avec les entreprises pharmaceutiques ou industries de santé. L'accord-cadre entre le CEPS et les entreprises du médicament est un mécanisme qui vient freiner la croissance de la dépense. Les recettes perçues des entreprises pharmaceutiques par l'assurance maladie au titre des remises conventionnelles et de la clause de sauvegarde atténuent les dépenses brutes de produits de santé de l'Ondam.

Graphique n° 8 : évolution des dépenses de produits de santé (en Md€)



Source : direction de la sécurité sociale, mise en forme Cour des comptes

L'action du CEPS est à renforcer⁵⁰ en tant qu'elle a contribué à maîtriser la dynamique des dépenses de produits de santé dont la part au sein de l'Ondam a été stabilisée de 19 % en 2011 à 16 % en 2021. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 a relevé les seuils de

⁵⁰ Cour des comptes, *Le comité économique des produits de santé : un organisme à conforter pour une régulation plus efficace*, 2024.

déclenchement des clauses de sauvegarde pour les deux secteurs du médicament et des dispositifs médicaux. En contrepartie de ce relèvement des seuils, les pouvoirs publics tablent sur une approche coopérative des entreprises de santé dans les négociations avec le CEPS sur les prix des médicaments et la localisation de leur production. Sur le fondement d'un rapport de 2023⁵¹, la négociation du futur accord-cadre entre le CEPS et les entreprises du médicament doit être l'occasion d'introduire de nouveaux mécanismes, comme une trajectoire pluriannuelle de baisse de prix pour des produits de santé innovants⁵².

À cet égard, dans un contexte d'innovations, l'enjeu est de renforcer l'évaluation médico-économique des médicaments innovants afin d'étayer les négociations entre le CEPS et les industries pharmaceutiques. Tout en tenant compte des difficultés opérationnelles de recueil des données, il est nécessaire d'instituer un registre national de suivi de l'administration des médicaments anti-cancéreux, financé par une contribution des laboratoires concernés, de prévoir systématiquement des études pour mesurer leurs résultats et de pouvoir renégocier en conséquence le prix des médicaments anti-cancéreux innovants selon leur efficacité⁵³.

En outre, la maîtrise des dépenses de médicament implique un renforcement de la maîtrise des volumes consommés et de la promotion des médicaments les moins onéreux à efficacité thérapeutique égale, dans le prolongement des actions de la Cnam. Ceci implique une relance ferme du recours aux médicaments génériques (en 2021, leur part dans le marché pharmaceutique en France reste de 29 % en volume contre 54 % en moyenne des pays de l'OCDE⁵⁴) ainsi qu'aux médicaments biosimilaires⁵⁵

⁵¹ Pour un « New Deal » garantissant un accès égal et durable des patients à tous les produits de santé (sante.gouv.fr), mission de régulation des produits de santé confiée par la Première ministre, août 2023.

⁵² L'actuel accord a été prolongé à deux reprises, jusqu'en mars 2025 puis mars 2026.

⁵³ Cour des comptes, *Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants*, 2024. Un tel registre requiert une méthode et un protocole. Pour suivre l'efficacité des produits, des données robustes et comparatives permettant l'évaluation sont nécessaires. Au regard du nombre de centres hospitaliers prenant en charge des cancers en France, la mise en place d'un tel registre couvrant tous les patients et tous les cancers nécessiterait des investissements importants et pérennes. L'échantillonnage et le ciblage de quelques cancers devraient être envisagés au moins dans un premier temps ainsi qu'une réflexion organisée sur la gouvernance, pour une collecte exploitable et indépendante de ce registre.

⁵⁴ Annexe Maladie au projet de loi d'approbation des comptes 2023 de la sécurité sociale. Cette donnée est un ordre de grandeur, compte tenu des écarts de périmètre concernant les médicaments génériques selon les pays.

⁵⁵ Un « biosimilaire » est un médicament cliniquement équivalent à un médicament biologique de référence dont le brevet est tombé dans le domaine public.

(taux de pénétration de 25 % contre un objectif de 80 % en 2021) et une réduction de la consommation d'antibiotiques (en 2020, la consommation par habitant est le double de l'Allemagne).

Les dépenses de dispositifs médicaux et prestations associées, plus dynamiques ces dernières années (+ 3,5 % par an de 2019 à 2023), appellent aussi une régulation accrue, même si les mécanismes à actionner sont différents⁵⁶. Cela passe d'abord par l'établissement d'un plan de révision des nomenclatures des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie, à combiner avec des objectifs de baisse tarifaire pour favoriser le bon usage et la maîtrise des volumes.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 fixe un objectif annuel de baisse des prix des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) de 1,2 Md€. Le maintien de cet objectif annuel d'ici 2029 permettrait d'atteindre une économie de 4,8 Md€.

Proposition n° 5 : poursuivre la baisse des prix des produits de santé et accentuer les actions en faveur de leur bon usage : 5,3 Md€

- Viser une progression davantage maîtrisée en définissant des mécanismes nouveaux comme une trajectoire pluriannuelle de baisse de prix pour des produits de santé ; renforcer l'évaluation médico-économique afin d'étayer les négociations entre le comité économique des produits de santé (CEPS) et les industries pharmaceutiques, mettre en place un registre national de suivi de l'administration des médicaments anti-cancéreux, évaluer leurs résultats et renégocier les prix des médicaments innovants selon leur efficacité (poursuite du montant annuel d'économies de 2025, 1,2 Md€, soit 4,8 Md€ d'ici 2029).
- Réguler davantage la dépense de médicaments par une relance du recours aux médicaments génériques, par une augmentation du recours aux médicaments biosimilaires et par une réduction de la consommation d'antibiotiques (économie de 0,3 Md€).
- Réviser les nomenclatures des dispositifs médicaux remboursés par l'assurance maladie, à combiner avec des objectifs de baisse tarifaire pour favoriser le bon usage et la maîtrise des volumes (économie de 0,2 Md€).

⁵⁶ Cour des comptes, *La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer*, 2020.

III - Engager des réformes d'efficience dans l'organisation de l'offre de soins

La mise en œuvre de réformes d'efficience repose sur le développement de la prévention en santé et une meilleure prise en compte des objectifs de qualité et de sécurité des soins dans l'organisation de l'offre régionale des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux.

A - Développer la prévention en santé

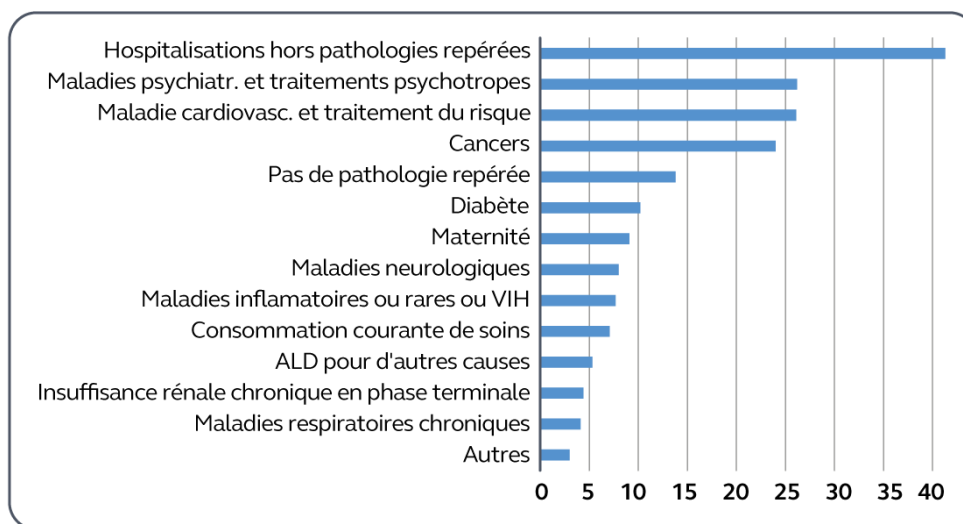
La prévention en santé vise à améliorer la qualité de vie des patients, qu'il s'agisse de la réduction future du nombre de nouveaux cas, du dépistage de patients ou de la moindre aggravation de leur situation. Elle peut être un levier d'efficience des dépenses de santé en atténuant des dépenses curatives, plus élevées. Les pouvoirs publics se sont récemment attachés à relancer la prévention en santé qui devrait s'inscrire dans une démarche de recherche d'efficience du système de santé⁵⁷.

L'enjeu est de prendre davantage en compte le vieillissement de la population, le développement des maladies chroniques, la prévalence des maladies d'origine comportementale ainsi que de mobiliser et coordonner les nombreux acteurs et financements en fonction des besoins des patients et des dépenses par pathologie.

Les chiffrages des économies présentées *infra* ont été établis sur le fondement de quelques exemples traités dans les rapports de la Cour. La prévention en santé peut donc potentiellement recouvrir beaucoup plus de marge d'économies.

⁵⁷ Une communication a été présentée en Conseil des ministres du 12 juin 2024 sur le déploiement de la prévention en santé.

Graphique n° 9 : dépenses remboursées par l'assurance maladie par pathologie, soit 190,3 Md€ en 2023



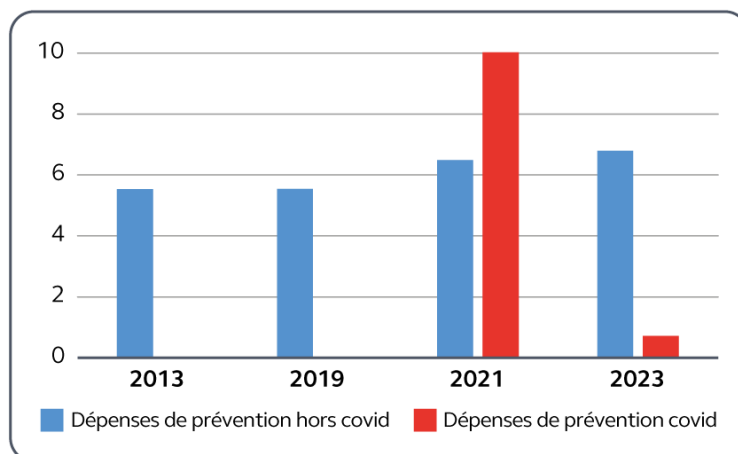
Source : Cnam (data pathologies), mise en forme Cour des comptes

1 - Renforcer et structurer la prévention en santé

Les dépenses de prévention institutionnelle en santé restent limitées en 2023 à 7,5 Md€, après un pic à 16,5 Md€ en 2021 lié au covid. Elles relèvent de multiples financeurs puisqu'elles émanent à 45 % de l'assurance maladie, à 28 % de l'État et des collectivités territoriales et à 24 % des entreprises privées⁵⁸. Par rapport à 2013, elles n'ont que faiblement progressé, de seulement 2,1 % par an, soit une baisse en termes réels compte tenu de l'inflation.

⁵⁸ Drees, *Les dépenses de santé en 2023*, 2024.

Graphique n° 10 : évolution des dépenses de prévention institutionnelle en santé (en Md€)



Source : Drees, Les dépenses de santé en 2023, 2024, mise en forme Cour des comptes

L'enjeu de la prévention en santé est de mobiliser les professionnels de santé et les assurés autour d'approches ciblées ainsi que de coordonner les actions des nombreux acteurs institutionnels, dont la Cnam, les organismes complémentaires de santé, la Haute Autorité de santé (HAS), Santé publique France et les agences régionales de santé. En outre, les actions de la Cnam ciblées par pathologie qui visent notamment une entrée précoce des patients dans un parcours de soins adapté sont à amplifier⁵⁹.

2 - Développer la prévention au quotidien, en particulier chez les jeunes

La France est dans les premiers rangs des pays de l'OCDE pour la consommation d'alcool pur (10,5 litres consommés par habitant de 15 ans et plus en 2021) et de tabac (25,5 % des adultes fumaient quotidiennement en 2020, taux en diminution toutefois de trois points depuis 2014)⁶⁰. Dans la réponse à l'addiction des jeunes aux drogues et à l'alcool, la première étape du dépistage est insuffisamment organisée, ce qui nécessite de mieux sensibiliser les médecins de premiers recours à l'importance du repérage précoce et à un déclenchement rapide d'une prise en charge adaptée. Au-delà, la stratégie

⁵⁹ Cnam, *Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2024*, 2023.

⁶⁰ Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale (Placss) 2023, annexe Maladie.

interministérielle de mobilisation contre les conduites addictives nécessite de se doter d'objectifs chiffrés de réduction de la consommation de drogue et d'alcool chez les jeunes afin notamment de renforcer la coordination entre les soins de ville, l'hôpital et le secteur médico-social⁶¹.

La prévention de l'obésité se justifie au regard de ses conséquences sur de nombreuses pathologies dont notamment le diabète de type 2 (80 % des cas sont associés à une obésité), l'hypertension artérielle, les atteintes cardiovasculaires. La Cour a constaté, en 2019, l'état de la situation en France⁶² : notamment, un habitant sur deux y est en surpoids, un sur six obèse⁶³, et, en quarante ans, les enfants ont perdu 25 % de leurs capacités cardiorespiratoires du fait du manque d'exercice et de la sédentarité⁶⁴. Une action volontariste est à engager passant par une plus grande régulation de l'offre alimentaire et par la généralisation de parcours de soins pluridisciplinaires, adaptés aux enfants et aux adultes, incluant des consultations de diététicien et de psychologue ainsi que des bilans d'activité physique.

3 - Renforcer la politique de prévention des maladies chroniques

La Cour a constaté des résultats médiocres dans la prévention des trois principales pathologies en expansion : les cancers, les maladies neuro-cardio-vasculaires et le diabète, affectant 12,8 millions de patients et représentant un total de dépenses de 54,5 Md€ en 2022. Ce constat est aggravé par les inégalités sociales et territoriales qui caractérisent les patients affectés par ces trois pathologies. La Cour a pointé l'enjeu de refonder la politique de prévention⁶⁵, notamment en revoyant le contenu des plans de prévention et leur déclinaison territoriale, en luttant contre les facteurs de risque (tabac, alcool, obésité), en systématisant les approches de prévention dans les pratiques professionnelles et en utilisant les données de santé pour faire évoluer la pratique des politiques de prévention et favoriser leur évaluation.

Des approches ciblées doivent venir en complément.

⁶¹ Cour des comptes, *Les addictions des jeunes aux drogues illicites et à l'alcool : un enjeu de prévention et de prise en charge*, 2025.

⁶² Cour des comptes, *La prévention et la prise en charge de l'obésité, 2019, La prévention de l'obésité chez les jeunes : l'exemple de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française*, 2025.

⁶³ Étude de Santé sur l'environnement, la biosurveillance, l'activité physique et la nutrition (Esteban), Santé Publique France, Université Paris 13, juin 2017.

⁶⁴ Fédération française de cardiologie, 2018.

⁶⁵ Cour des comptes, *La politique de prévention en santé, Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies*, 2021.

La détection des maladies respiratoires reste insuffisante du fait notamment de la faiblesse de l'offre de soins de proximité. Le pronostic de survie du cancer du poumon demeure ainsi faible (20 % à cinq ans) en raison d'un diagnostic souvent tardif, malgré des avancées thérapeutiques majeures (15 à 25 % de tumeurs repérées sont opérables). Les maladies respiratoires chroniques (asthme et bronchopneumopathie chronique obstructive) sont aussi insuffisamment diagnostiquées, alors même qu'une prise en charge adaptée réduirait leur fréquence et la sévérité de leurs complications. Ces maladies représentaient un cinquième des hospitalisations évitables pour un coût de 184,6 M€ en 2022. Une feuille de route « maladies respiratoires chroniques » assortie d'objectifs quantitatifs pourrait être mise en œuvre, en cohérence avec le plan national santé environnement et la stratégie nationale de santé⁶⁶.

Les conditions de prise en charge au titre de l'insuffisance rénale chronique sont susceptibles d'être améliorées. Le nombre des patients augmente rapidement (ils seraient 4,7 millions en 2027) en raison du vieillissement de la population mais aussi de l'insuffisance de la prévention et du dépistage. La dialyse reste le mode de suppléance de l'insuffisance terminale pour 55 % des patients alors que la greffe rénale présente pour eux un meilleur bénéfice et est moins onéreuse pour l'assurance maladie. Outre une communication grand public sur les risques, le dépistage et les traitements de cette maladie, une prévention ciblée consisterait à anticiper l'évolution au stade de l'insuffisance rénale chronique terminale⁶⁷ qui nécessite dialyse ou greffe. Le nombre de nouveaux patients admis en traitement à ce stade pourrait être réduit d'un tiers.

Enfin, les structures privées de dialyse à caractère lucratif ont des marges bénéficiaires élevées. Les tarifs de remboursement des séances de dialyse en centres et des unités de dialyse médicalisée qui leur sont adossées pourraient être réduits par l'assurance maladie afin de favoriser la prise en charge des patients par les structures les plus efficaces. L'auto-dialyse et la dialyse à domicile pourraient être davantage promues.

Plus encore que pour les autres mesures, le rendement des mesures de prévention des maladies chroniques d'ici 2029 dépend de la mobilisation des acteurs et de la participation effective des patients, ce qui conduit à retenir des montants modérés à ce titre.

⁶⁶ Cour des comptes, *La santé respiratoire : un enjeu de « santé environnement » insuffisamment pris en considération (2017-2022)*, 2024.

⁶⁷ Cour des comptes, *L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients*, 2020.

Proposition n° 6 : améliorer la détection et la prise en charge des maladies chroniques : 0,4 Md€

- Définir une feuille de route « maladies respiratoires chroniques » assortie d'objectifs quantitatifs afin de limiter le nombre d'hospitalisations évitables de patients à risque en raison de maladies respiratoires (économie de 0,1 Md€).
- Limiter la progression de la file active de patients admis en traitement pour insuffisance rénale chronique terminale (économie de 0,2 Md€).
- Réduire les tarifs de remboursement des séances de dialyse en centres et en unités de dialyse médicalisée (économie de 0,1 Md€).

4 - Anticiper la perte d'autonomie des personnes âgées

La loi du 8 avril 2024 précitée encourage les actions de prévention pour vivre plus longtemps en meilleure santé, notamment par la généralisation des bilans de prévention aux âges-clés et, pour les plus âgés, la possibilité d'un bilan repérant précocement les facteurs de fragilité. Elle crée aussi une conférence nationale de l'autonomie pour fixer des orientations en matière de prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées.

Selon Eurostat, l'espérance de vie à 65 ans est en France de 21,5 ans en 2021, au premier rang des pays de l'Union européenne. En revanche, les années de vie en bonne santé ne représentent que la moitié de cette durée, onze autres pays d'Europe faisant mieux. La situation française est paradoxale : les Français vivent plus longtemps que les autres Européens mais en moins bonne santé que la plupart d'entre eux. Le gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser un montant de dépenses de santé de 1,5 Md€ à l'assurance maladie⁶⁸. Les chutes de personnes âgées ont un coût de prise en charge estimé à 0,9 Md€ dans l'année qui suit l'accident et causent plus de 10 000 décès par an.

L'organisation de la prévention de la perte d'autonomie reste pourtant dispersée et inégalitaire. Une telle situation nécessite de renforcer le rôle de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour construire une offre graduée de prévention de la perte d'autonomie en lien avec les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) et les départements. En outre, la relance du Plan antichute des personnes âgées de 2022 par la Direction générale de la cohésion sociale (DGCS) doit permettre de capitaliser sur les initiatives régionales et de mesurer l'état d'avancement par rapport à l'objectif de diminution de 20 % fixé à l'origine.

⁶⁸ Cour des comptes, *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées*, 2021.

Le vieillissement de la population présente aussi un enjeu de recherche d'alternatives à l'hospitalisation pour les personnes âgées⁶⁹. Après un passage aux urgences, 50 % des patients âgés de 75 ans et plus sont hospitalisés, contre 14 % des patients de moins de 75 ans. D'ici 2040, le vieillissement de la population génère ainsi un besoin de 45 000 lits supplémentaires en médecine et en chirurgie, à mode de prise en charge inchangé. Une progression du taux de chirurgie ambulatoire de 62 % en 2021 à 80 % ne permettrait de répondre qu'au tiers de ce besoin. Dès à présent, les parcours de soins coordonnés sont donc à adapter pour réduire les passages en service d'urgence des personnes très âgées. Chaque projet régional de santé devrait comprendre un plan d'action chiffré, visant à limiter le plus possible les hospitalisations évitables des personnes âgées de 75 ans et plus.

Proposition n° 7 : améliorer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et viser une réduction des chutes et des décès induits : de 0,8 à 1,2 Md€

- Définir un objectif de réduction de l'incidence des chutes et des décès induits des personnes âgées en donnant aux agences régionales de santé les outils nécessaires de recueil statistique (économie de 0,3 à 0,45 Md€, représentant entre un tiers et la moitié de la dépense évitable).
- Encourager les professionnels de santé à adapter/infléchir leurs pratiques (détection des signes de fragilité, prescription d'activité physique adaptée, réexamen de la pertinence des médicaments) ; limiter les hospitalisations évitables des personnes âgées en adaptant les parcours de soins par une coordination territoriale des secteurs hospitalier, médico-social et de ville et par un plan d'action chiffré dans chaque projet régional de santé (économie de 0,5 à 0,75 Md€, représentant entre un tiers et la moitié de la dépense évitable).

B - Renforcer la qualité, la sécurité et l'efficacité de l'offre des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux

Bien que des évolutions aient été engagées dans l'organisation et la gestion des établissements de soins et que les moyens aient été renforcés, l'offre des établissements de santé et des établissements et services médico-

⁶⁹ Cour des comptes, *La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes*, 2024.

sociaux présente encore des marges d'efficience. L'évolution en cours vers l'ambulatoire est à poursuivre, le nombre d'événements indésirables graves reste trop important et l'organisation en parcours de soins est insuffisante alors que la concentration est essentielle en chirurgie pour assurer la qualité et la sécurité des soins.

1 - Poursuivre l'évolution de l'activité vers l'ambulatoire

En ambulatoire, le patient ne reste pas hospitalisé la nuit dans un lit, contrairement à l'hospitalisation complète, ce qui permet des gains d'efficience tout en veillant à la qualité des soins. De 2015 à 2021, le virage ambulatoire s'est traduit par des économies chiffrées à 800 M€, qui ont été répercutées sous la forme d'une baisse des tarifs des établissements de santé⁷⁰. Cette évolution de l'activité hospitalière vers l'ambulatoire est appelée à se poursuivre.

Selon la Cnam, l'activité de chirurgie ambulatoire représente 63 % des séjours en 2022. Le potentiel d'activité ambulatoire est estimé à 80 %, cible recommandée par le Haut Comité de la santé publique⁷¹. L'Anap a rédigé des orientations, en collaboration avec la société française d'anesthésie et réanimation et l'association française de chirurgie ambulatoire, pour aider les établissements de santé à structurer et amplifier leur activité ambulatoire⁷² et apporte un appui terrain dont une cinquantaine d'établissements de santé bénéficient actuellement.

Dans le secteur médico-social, les enjeux liés à l'amélioration, à la pertinence et à l'efficience des parcours de soins impliquent de renforcer le volet domiciliaire et la coordination des acteurs intervenant au domicile de la personne en perte d'autonomie. La réforme des services d'aide à domicile a été engagée en ce sens⁷³. En outre, l'Anap travaille au renforcement du volet domiciliaire, à la coordination des acteurs intervenant au domicile par l'accompagnement actuellement d'une centaine d'établissements d'hospitalisation à domicile (soit un tiers du total de ces services) et au développement de leur activité, dans le cadre d'un appui collectif. Par ailleurs, à la demande de la DGCS, l'Anap accompagne

⁷⁰ Cour des comptes, *La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes*, 2024.

⁷¹ Cnam, *Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2024*, 2023.

⁷² Anap, guide pratique, *80 % de chirurgie ambulatoire, c'est possible*, 2024.

⁷³ Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) financés par crédits de l'Ondam et services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) financés par les départements avec des concours hors-Ondam de la branche autonomie.

la transformation des services infirmiers à domicile et des services d'aide à domicile en services autonomie à domicile dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme du secteur.

Proposition n° 8 : poursuivre le virage ambulatoire dans les établissements de santé : 0,8 Md€

- Augmenter les taux d'activité ambulatoire de 60 % à 80 % pour la chirurgie et de 33 % à 45 % pour la médecine.

2 - Améliorer la qualité des soins pour réduire les évènements indésirables graves⁷⁴

Plusieurs indicateurs sur la qualité de l'offre de soins sont préoccupants. En soins de ville, la Cnam estime que la surconsommation de médicaments « serait à l'origine d'au moins une dizaine de milliers de décès prématurés par an en France »⁷⁵.

Les déclarations d'évènements indésirables graves associés aux soins (EIGS) synthétisées par la HAS sont en forte hausse. Elles atteignent 4 574 déclarations en 2024, contre 4 083 en 2023 et 1 187 en 2019⁷⁶. En 2024, les EIGS relèvent, notamment, à 38 % d'erreurs liées aux soins ou à l'organisation des soins (hors obstétrique), à 19 % d'actions du patient contre lui-même, à 11 % d'erreurs médicamenteuses et à 11 % d'erreurs liés à une procédure interventionnelle (opératoire ou anesthésique). En 2024, la moitié des EIGS est considérée par les déclarants comme « évitables » (996 déclarations) ou « probablement évitables » (1 283 déclarations)⁷⁷.

En 2017, l'OCDE estimait que 10 % des dépenses hospitalières relèvent d'erreurs médicales évitables ou d'infections nosocomiales⁷⁸. En 2011, une étude de la Drees et de l'Irdes montrait qu'un suivi plus strict des

⁷⁴ Un évènement indésirable associé aux soins est considéré comme grave si les conséquences pour le patient sont le décès, la mise en jeu du pronostic vital ou la survenue probable d'un déficit fonctionnel permanent.

⁷⁵ Cnam, *Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'assurance maladie au titre de 2024, 2023*.

⁷⁶ Selon la HAS, la sous-déclaration des EIGS par les professionnels de santé reste probablement importante, bien que cela soit obligatoire. Une part de la progression des EIGS pourrait tenir à une meilleure compréhension de la déclaration.

⁷⁷ Données de la HAS à partir de la base nationale de déclarations des EIGS gérée par la HAS, actualisées au 26 décembre 2024. [Visualisation des données sur les EIGS reçues à la HAS](#).

⁷⁸ OCDE, *Lutter contre le gaspillage dans les systèmes de santé*, 2017.

procédures dans le traitement de neuf complications liées aux soins en établissement de santé permettrait d'éviter des désordres physiologiques et métaboliques, des septicémies, des escarres et des embolies pulmonaires post opératoires et d'escompter ainsi des gains de 730 M€⁷⁹.

À partir de ces travaux, la Cour a estimé en 2017 qu'un objectif de réduction à long terme d'un tiers de ces événements indésirables graves dans le secteur hospitalier permettrait une économie de l'ordre de 2,7 Md€⁸⁰. Cela implique de faire de la réduction des coûts liés à la non-qualité des soins une cible prioritaire, notamment dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des autorisations de soins et des projets régionaux de santé des agences régionales de santé.

Proposition n° 9 : viser l'amélioration de la qualité des soins pour réduire les événements indésirables graves en établissements de santé : de 0,5 à 1 Md€

- Faire de la réduction des coûts liés à la non-qualité des soins une priorité dans le cadre de la réforme des autorisations de soins et des projets régionaux de santé (économie d'ici 2029 en retenant un objectif de réduction jusqu'à environ un tiers du coût des événements indésirables graves).

3 - Restructurer les services hospitaliers qui ne présentent pas de garanties suffisantes de qualité et de sécurité des soins

En 2022, le secteur hospitalier français comprenait 2 976 établissements de santé, dont 1 338 hôpitaux publics, 980 cliniques privées et 658 établissements privés à but non lucratif⁸¹. Le processus de certification des établissements de santé conduit par la HAS révèle de bons résultats sur le plan national, sous réserve toutefois de la persistance de situations problématiques⁸².

⁷⁹ Drees et Irdes, *Surcoût des événements indésirables associés aux soins à l'hôpital*, Études et résultats n° 784, 2011.

⁸⁰ Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie*, 2017. Chiffrage effectué à partir de l'étude de la Drees et de l'Irdes.

⁸¹ Drees, *Les établissements de santé en 2022, 2024*. Il s'agit du nombre d'entités géographiques disposant de capacités d'accueil d'hospitalisation (lits ou places).

⁸² Bilans d'étape au 14 février 2024 et au 18 décembre 2024 sur les 50 % puis près de 70 % d'établissements de santé publics et privés ayant reçu leurs résultats de certification dans le cadre du référentiel de 2021.

Une hétérogénéité de la qualité des soins en établissements de santé

À fin 2024, sur près de 70 % d'établissements de santé publics et privés visités par la HAS, la qualité des soins est confirmée pour 87 % d'entre eux. Mais 13 % des établissements de santé ne répondent pas aux exigences de qualité des soins définies par la HAS. Parmi eux, 4 % (70 établissements) ne sont pas certifiés et feront l'objet d'une nouvelle visite d'ici à 24 mois. Dans l'attente, un signalement à l'ARS doit permettre de rechercher des solutions d'accompagnement.

La HAS souligne que les établissements de plus petite taille et à faible niveau d'activité ont davantage de difficultés pour maîtriser les enjeux de qualité des soins.

Dans le cadre d'une organisation régionale en parcours de soins, l'enjeu est d'assurer le bon équilibre entre maillage territorial des établissements de santé, qualité et sécurité de soins ainsi que l'efficience des dépenses de santé. La prévalence croissante des maladies chroniques conduira le système de santé à devoir prendre en charge des patients sur une durée longue et à fréquence accrue qui appelle un niveau élevé d'expertise clinique (cardiologie, pneumologie, diabétologie et endocrinologie), dans un contexte de démographie médicale défavorable. En outre, il s'agit aussi d'anticiper des évolutions démographiques différenciées par département. Or, l'offre de soins hospitaliers est restée figée, avec une majorité d'établissements de petite taille : 56 % des établissements publics et privés ont une capacité inférieure à 100 lits en 2022 (57 % en 2013).

La périnatalité : un enjeu de qualité et de sécurité des soins

La France a des résultats médiocres en matière de périnatalité par rapport aux autres pays européens et en recul malgré des moyens croissants⁸³. Une révision de l'organisation de l'offre de soins périnatale est nécessaire afin d'améliorer la sécurité des prises en charge et de s'assurer d'une meilleure efficience des moyens alloués : une vingtaine de maternités dérogent au seuil réglementaire fixé en 1998 de 300 accouchements annuels ; les maternités assurant moins de 1 000 accouchements annuels peinent à attirer et à conserver des personnels qualifiés. Ceci plaide pour une analyse au cas par cas des conditions d'exercice de leurs missions.

Les services des urgences connaissent aussi une situation dégradée qui appelle des évolutions.

⁸³ Cour des comptes, *La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier*, 2024. La France se situe notamment au 22^{ème} rang sur 34 pays pour la mortalité néonatale, indicateur qui s'est dégradé depuis 2012.

La saturation des urgences à l'hôpital, des pistes d'adaptation⁸⁴

Les services d'urgences à l'hôpital sont doublement contraints par la diminution tendancielle de l'accessibilité à des médecins sur une grande partie du territoire national et par l'accroissement de la demande de soins liée au vieillissement de la population. Les urgences font face à une pénurie de médecins, à des locaux parfois mal adaptés et à d'insuffisantes capacités d'accueil à leur sortie (notamment par manque de lits d'hospitalisation dans les services spécialisés). Le coût des services d'urgence est évalué en 2023 à 5,6 Md€, dont 5,3 Md€ relevant de l'Ondam ce qui en représente 2,1 %.

Les améliorations passent par une meilleure coordination entre les médecins intervenant dans la permanence des soins ambulatoires et le service d'accès aux soins d'urgence pour concentrer le service sur les périodes qui correspondent le mieux aux besoins de la population. L'enjeu est aussi de systématiser les filières d'hospitalisation directe pour éviter le passage par les urgences des personnes âgées et d'en contrôler l'effectivité. La publication d'un bilan national des événements indésirables graves associés aux soins intervenus dans les structures des urgences déclarés par les établissements de santé doit contribuer à mieux identifier leurs causes et constitue un élément d'appréciation de cette qualité du service rendu. Les correctifs apportés doivent également être régulièrement publiés.

L'activité des services de médecine et de chirurgie de nombreux petits hôpitaux publics est faible. Ces hôpitaux, en manque de personnels soignants, doivent en outre recourir à des emplois temporaires nombreux et coûteux⁸⁵. Une activité significative est pourtant essentielle en chirurgie pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Au regard du lien de causalité établi entre faible activité opératoire et risque accru pour les patients, la réorganisation des soins pourrait mieux prendre en compte l'analyse territoriale des conditions de réponse aux besoins des populations. Le régime des autorisations par spécialité délivrées aux établissements par les agences régionales de santé pourrait évoluer en fonction des niveaux d'activité des établissements et de leur capacité à maintenir des équipes stables de soignants, praticiens hospitaliers et personnel infirmier⁸⁶.

⁸⁴ Cour des comptes, *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital, des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients*, 2024.

⁸⁵ Cour des comptes, *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées*, 2024.

⁸⁶ Cour des comptes, *Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge*, 2017.

La réorganisation territoriale des capacités d'accueil des établissements de santé est à envisager dans une perspective de réorganisation régionale de parcours de soins. Il s'agit d'améliorer la qualité et la sécurité de l'offre de soins aux patients et de rechercher une rationalisation des modes de gestion par une mise en commun de fonctions ou par des transferts d'activités entre établissements. Cela passe par des solutions fondées sur des regroupements au sein des 136 groupements hospitaliers de territoire (GHT)⁸⁷ et, le cas échéant, par la fermeture de services de chirurgie de petits établissements. Dans certains cas, la réorganisation de l'offre de soins peut avoir des effets sur d'autres établissements de santé. L'amélioration de l'offre territoriale des établissements de santé passe aussi par une coopération accrue entre le secteur public et le secteur privé autour du principe de service public hospitalier⁸⁸.

Un enjeu de renforcement des groupements hospitaliers de territoire

La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation du système de santé a rendu obligatoire la participation des établissements publics de santé à un GHT dans l'objectif d'accroître l'efficacité de l'offre de soins publique, par la mise en œuvre d'une stratégie de prise en charge commune et graduée des patients, de leur assurer une égalité d'accès à des soins sécurisés et de qualité ainsi que d'optimiser l'organisation par une mutualisation accrue des fonctions et par des transferts d'activité entre établissements. Pour autant, les GHT n'ont permis de renforcer l'intégration des établissements de santé que de manière encore trop limitée. Les collaborations entre établissements d'un même GHT comportent notamment trop peu de rapprochements organiques (fusions d'équipes ou d'établissement, pôles inter-établissements, regroupements d'activités) et peu de projets de restructuration de l'offre de soins.

Sur l'initiative des ARS et des communautés hospitalières, de nouvelles étapes sont à franchir pour instituer une direction commune entre établissements d'un même GHT, voire fusionner les établissements membres d'un GHT afin de constituer une personne morale unique. Cela doit permettre d'optimiser la gestion des moyens comme de déployer des applications informatiques uniformes au sein de chaque GHT, de mettre fin à la concurrence intra-GHT et de favoriser une collaboration cohérente entre la médecine de ville, l'hôpital et le secteur médico-social.

⁸⁷ Cour des comptes, *Les groupements hospitaliers de territoire*, 2020.

⁸⁸ Cour des comptes, *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité*, 2023.

La réorganisation territoriale des capacités d'accueil des établissements de santé devrait être facilitée par la plus grande transparence apportée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 dans le pilotage des aides aux investissements hospitaliers par le regroupement des enveloppes de soutien national à l'investissement dans un cinquième sous-objectif « Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement ». Cet effort doit se poursuivre en particulier pour financer les investissements nécessaires à la réorganisation territoriale des établissements de santé.

Un enjeu d'attribution des aides à l'investissement hospitalier

La dispersion des aides à la relance de l'investissement hospitalier issues du « Ségur de la santé » (financées par un emprunt de la Cades) entre de trop nombreux établissements endettés et projets d'investissement ne permet pas d'assurer des taux d'aide suffisants aux nouveaux projets d'investissement. Une plus grande sélectivité des aides est nécessaire afin de concentrer les financements sur les projets prioritaires et d'éviter un nouveau recours massif des hôpitaux publics à l'endettement⁸⁹.

Les anciennes aides à l'investissement des plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012 sont arrivées à échéance en 2023 et 2024 et peuvent être réattribuées à de nouveaux projets en privilégiant ceux qui contribuent à la réorganisation territoriale des capacités d'accueil des établissements de santé. Les aides nouvelles destinées à la relance de l'investissement hospitalier de 2021 à 2029 (Ségur de la santé) sont à hiérarchiser pour, en priorité, appuyer les projets de réorganisation régionale de l'offre de soins tout en garantissant des taux d'aide suffisants et éviter un nouveau cycle d'endettement.

L'évolution territoriale des capacités d'accueil des établissements de santé devrait s'appuyer sur la transparence de leurs moyens et de leurs résultats. Des indicateurs devraient être publiés par les agences régionales de santé afin de décrire leurs conditions réelles de fonctionnement et d'éclairer la décision sur les orientations à suivre : part des personnels intérimaires et contractuels, volume d'activité par rapport aux seuils recommandés de sécurité, nombre d'événements indésirables graves, certifications obtenues et en attente, etc.

Une meilleure organisation territoriale des parcours de soins permettrait de dégager des économies. À titre d'exemple, la Cour a estimé le gain d'une diminution des passages aux urgences évitables (jusqu'à

⁸⁹ Cour des comptes, *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire*, 2023.

0,4 Md€) et celui qui résulterait d'une meilleure articulation des soins de ville et des soins hospitaliers en réduisant les durées moyennes de séjour, grâce aux programmes de retour à domicile de l'assurance maladie en chirurgie (jusqu'à 2 Md€)⁹⁰.

Proposition n° 10 : dans la perspective régionale d'organisation des parcours de soins, restructurer les services hospitaliers qui ne présentent pas de garanties suffisantes de qualité et de sécurité des soins : de 0,8 à 1,2 Md€

- Définir un régime d'autorisations d'activité par établissement et par spécialité en fixant des seuils d'activité par site géographique d'établissement, assortis de contrôles rigoureux.
- Sur le fondement des constats de certification de la Haute Autorité de santé et des analyses des agences régionales de santé, identifier les services ou les établissements de santé qui ne présentent pas de garanties suffisantes de qualité et de sécurité des soins ; engager en conséquence un regroupement ou une fermeture dans le cadre d'une réorganisation de l'offre régionale de soins.
- Attribuer la personnalité morale aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour organiser une offre de soins efficace sur un territoire.

(économie estimée en retenant un objectif de réduction d'un tiers à la moitié d'ici 2029 des économies potentielles chiffrées).

4 - Adapter l'offre des établissements et services médico-sociaux

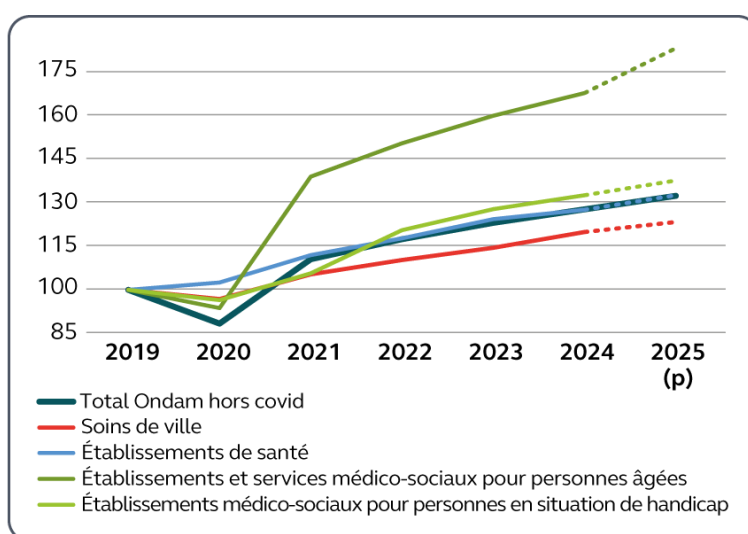
Les moyens alloués à la branche autonomie progressent le plus fortement au sein de l'Ondam (+ 8,4 % par an de 2019 à 2024), malgré des annulations de crédits décidées pour atténuer des dépassements de l'Ondam par ailleurs. D'ici 2030, cette priorité donnée à l'accompagnement de l'autonomie a vocation à être maintenue dans le double objectif de créations de 50 000 postes en Ehpad et de 50 000 solutions d'accueil pour des personnes en situation de handicap, soit 1,5 Md€⁹¹. Il est nécessaire que ce

⁹⁰ Sous l'hypothèse de 500 000 patients chirurgicaux inclus (alors qu'il y en avait 7 300 en 2014 avant généralisation) et en appliquant les économies moyennes obtenues par rapport à une prise en charge en soins de suite et de réadaptation (SSR) pour les patients en orthopédie (prothèse de hanche et de genou). Il s'agit ainsi d'une estimation haute. Cour des comptes, *L'avenir de l'assurance maladie, Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs*, 2017. Voir aussi Cour des comptes, *Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge*, 2017.

⁹¹ En contrepartie, une fraction de recettes de CSG (0,15 point, soit 2,6 Md€ par an) a été affectée à la branche autonomie en 2024.

double objectif donne lieu à un suivi en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale. De manière générale, l'enjeu est de favoriser des parcours plus efficaces pour les personnes fragilisées par une perte d'autonomie, qu'elle soit liée à l'âge ou au handicap.

Graphique n° 11 : évolution des dépenses des établissements et services médico-sociaux par rapport à l'Ondam (base 100 en 2019)



Source : lois de financement de la sécurité sociale, comptes de l'exercice 2024, mise en forme Cour des comptes

Dans le cadre de l'effort de rattrapage des capacités d'accueil des établissements et services pour personnes en situation de handicap, l'enjeu est d'allouer les crédits supplémentaires aux territoires les moins bien dotés. Il s'agit en particulier de réduire la dépense consacrée par la France à l'hébergement en Belgique (Wallonie) des près de 8 200 ressortissants français en situation de handicap pour un coût de 0,5 Md€ par an⁹².

Il importe aussi de développer une approche globale entre établissements de santé, d'une part, et établissements médico-sociaux, d'autre part. Par exemple, au moins 3 000 personnes en situation de handicap vieillissantes sont hospitalisées en psychiatrie sans justification

⁹² Cour des comptes, *L'accueil des Français en situation de handicap en Wallonie, un éclairage inédit sur une prise en charge transfrontalière originale*, 2024.

médicale, faute de places. Leur accueil en établissement médico-social améliorerait leurs conditions de prise en charge et, au vu des écarts de coûts moyens, serait économique pour l'assurance maladie⁹³.

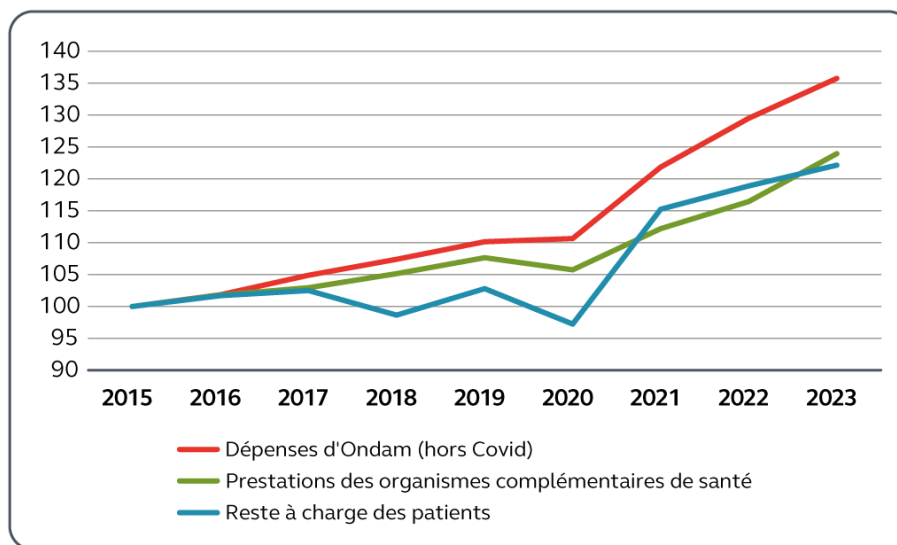
Pour renforcer les réponses efficaces aux enjeux du vieillissement de la population d'ici 2040, la direction générale de la cohésion sociale (DGCS) vise à la construction d'une offre de prise en charge territoriale la plus intégrée possible entre les structures sanitaires, médico-sociales et sociales dont la segmentation apparaît de moins en moins pertinente pour des parcours de longue durée. En complément à l'accueil en Ehpad, la réforme des services autonomie à domicile contribue à une offre mixte pour les usagers.

IV - Rééquilibrer le financement du système de santé entre solidarité et responsabilisation

Ces dernières années, la structure du financement des dépenses de santé a évolué, caractérisée par une hausse des prises en charge plus dynamique au titre de l'Ondam que celle des prises en charge assumées par les organismes complémentaires de santé ou les patients, comme le montre le graphique ci-après. En 2023, cela représente un transfert de prise en charge vers l'Ondam de 5,5 Md€.

⁹³ Cour des comptes, *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes*, 2023. La prise en charge en hôpital psychiatrique (463 M€) a un coût annuel de 131 000 € par personne, contre 56 000 € en foyer d'accueil médicalisé.

Graphique n° 12 : évolutions respectives des prises en charge des dépenses de santé au titre de l'Ondam, par les organismes complémentaires de santé et par les patients (base 100 en 2015)



Source : lois de financement de la sécurité sociale et Drees, *Les dépenses de santé et La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (éditions depuis 2015)*, mise en forme Cour des comptes

L'ampleur des efforts financiers à produire pour revenir à l'équilibre financier des trois branches maladie, autonomie et accidents du travail et maladies professionnelles suppose un partage des efforts entre les acteurs du système de santé pour maîtriser la progression des dépenses.

A - Privilégier une démarche pluriannuelle pour définir les prises en charge des dépenses de santé

La répartition de la prise en charge des dépenses de santé entre l'assurance maladie obligatoire, les organismes complémentaires de santé et les employeurs est susceptible d'être renouvelée dans une démarche partenariale.

1 - Incrire la coopération avec les organismes complémentaires de santé dans une perspective pluriannuelle

La capacité d'accès des assurés sociaux à une complémentaire santé, qui varie selon leur situation, constitue un enjeu social et financier. Les salariés bénéficient de contrats collectifs négociés par leurs entreprises, tandis que les assurés isolés comme les retraités recourent à des contrats

individuels à des conditions tarifaires moins favorables. Les contrats collectifs sont déficitaires, tandis que les contrats individuels sont excédentaires. Ces modalités de mutualisation des risques entre contrats individuels et contrats collectifs mériteraient d'être revues. À cet égard, l'accès des assurés sociaux non-salariés à un contrat complémentaire de santé se heurte au coût d'un contrat individuel par rapport à ceux des contrats collectifs négociés par les entreprises pour leurs salariés. Cela plaide pour réexaminer le périmètre de prise en charge fixé aux organismes complémentaires de santé dans le cadre des obligations du « contrat responsable et solidaire »⁹⁴.

Les prises en charge de dépenses de santé des organismes complémentaires de santé ont progressé de 3,6 % par an de 2019 à 2023 (pour atteindre 34,9 Md€ en 2023⁹⁵), soit moins rapidement que celles de l'Ondam hors covid (5,4 % par an). Par ailleurs, la contribution des complémentaires de santé s'est développée à travers la taxe de solidarité additionnelle due sur les contrats d'assurance (6 Md€), la prise en charge des rémunérations forfaitaires des médecins (0,3 Md€) et les hausses de ticket modérateur⁹⁶. Même si leur situation financière demeure solide en raison notamment d'obligations prudentielles⁹⁷, la soutenabilité financière des organismes complémentaires de santé demeure un sujet d'attention.

Des coopérations sont à envisager entre la Cnam et les complémentaires de santé sur la lutte contre les fraudes, la pertinence des prescriptions, la prévention en santé ainsi que la répartition des prises en charge des dépenses de santé. Cela passe par des partenariats, à l'exemple du programme « génération sans carie » de prévention bucco-dentaire 2023-2028, doté de 600 M€. Les complémentaires de santé pourraient jouer un rôle accru sur les soins courants, les soins paramédicaux ou la prévention. Ces coopérations devraient être planifiées de façon pluriannuelle afin de permettre un financement en priorité par des gains d'efficacité sur les frais de gestion plutôt que par une hausse des cotisations.

⁹⁴ Les contrats responsables et solidaires des organismes complémentaires de santé bénéficient de conditions fiscales et sociales favorables sous réserve d'obligations, notamment de couverture minimale.

⁹⁵ Drees, *Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé en 2023*, décembre 2024.

⁹⁶ Hausse du ticket modérateur dentaire en LFSS 2023 (0,5 M€) et révision de la tarification nationale journalière des prestations (0,1 Md€) en 2024.

⁹⁷ Toutes activités confondues, y compris activités d'assurance et de placements financiers, les organismes du secteur de l'assurance santé ont dégagé des excédents en 2023 sur l'ensemble de leur activité (+ 3,4 % des cotisations collectées). L'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) constate toutefois un accroissement des déséquilibres techniques en 2023.

Proposition n° 11 : dans une démarche partenariale et pluriannuelle avec les organismes complémentaires de santé, rééquilibrer les prises en charge des dépenses de santé : de 1 à 1,5 Md€

- Développer une approche pluriannuelle des relations entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de santé sur les soins courants, les soins paramédicaux et la prévention en santé.
- Développer les coopérations sur la lutte contre les fraudes, la prévention en santé ou les prescriptions inutiles.
- Réexaminer le périmètre des obligations du contrat responsable et solidaire des organismes complémentaires de santé.

2 - Équilibrer les financements issus des employeurs et des salariés pour couvrir les risques des salariés

Les indemnités journalières liées aux accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) sont prises en charge par une branche dont le financement repose sur les cotisations des seuls employeurs. Une incertitude sur l'imputation du coût des indemnités journalières entre la branche maladie et la branche AT-MP conduit à faire supporter par la première des coûts qui relèvent de la seconde. Sans impact sur le solde global de la sécurité sociale, une meilleure prise en compte du coût de cette prise en charge permettrait de mobiliser davantage les employeurs dans la prévention des accidents du travail dont ils assurent le financement. La méconnaissance d'une exposition des salariés aux AT-MP peut conduire à ne pas déclarer une pathologie comme maladie professionnelle. L'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale prévoit en conséquence qu'un prélèvement est opéré chaque année sur la branche AT-MP au profit de la branche maladie pour tenir compte des dépenses indûment supportées par cette dernière.

La commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des maladies professionnelles a estimé en juin 2024 que le montant de cette sous-déclaration était compris entre 2 Md€ et 3,6 Md€⁹⁸. Fixé chaque année en LFSS, le versement effectif de la branche AT-MP à la branche maladie est d'un montant de 1,2 Md€ en 2023 et 2024, puis de 1,6 Md€ en 2025⁹⁹ ; il devrait en conséquence être revu à la hausse sur le fondement de la dernière estimation¹⁰⁰. Cette proposition vise à responsabiliser les employeurs dans la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, dès lors qu'ils en assurent le financement, leurs cotisations devant équilibrer les charges de la branche.

⁹⁸ La précédente estimation, datant de 2021, était comprise entre 1,2 Md€ et 2,1 Md€.

⁹⁹ La LFSS pour 2025 prévoit de porter le transfert à 2 Md€ d'ici à 2027.

¹⁰⁰ Soit de + 0,8 Md€, correspondant à l'écart entre le montant annoncé pour 2027 (2 Md€) et le milieu de la fourchette (2,8 Md€).

Proposition n° 12 : fixer le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au niveau médian de l'estimation de la commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des maladies professionnelles (2,8 Md€), pour un gain de 0,8 Md€

Concernant les prestations en espèces d'indemnités journalières maladie des salariés, l'assurance maladie prend en charge la moitié du salaire brut plafonné à partir du quatrième jour d'arrêt, le solde étant pris en charge partiellement ou totalement par les employeurs selon les conventions collectives. Depuis 2012, l'effet financier de cette prise en charge pour la sécurité sociale est en forte augmentation (12 Md€ en 2022, + 56 % depuis 2017).

La réduction de la charge pour la sécurité sociale passe par un renforcement des actions de la Cnam de lutte contre les fraudes aux arrêts de travail et de régulation auprès des assurés, des prescripteurs (campagne de mise sous objectif¹⁰¹ ou mise sous accord préalable¹⁰² des prescripteurs atypiques, campagne menée par les praticiens-conseils vers les psychiatres aux prescriptions atypiques) et des employeurs¹⁰³. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 prévoit déjà une baisse du plafond de revenus pris en compte pour calculer les indemnités journalières dues au titre de l'assurance maladie de 1,8 à 1,4 Smic, soit une économie en année pleine estimée de 0,6 à 0,8 Md€ par les administrations¹⁰⁴.

¹⁰¹ La mise sous objectif (MSO) est une procédure prévue par le code de la sécurité sociale : la CPAM demande au médecin de remplir un objectif de baisse de la prescription des indemnités journalières.

¹⁰² L'accord préalable est l'accord donné, avant l'exécution de l'acte ou traitement, par l'Assurance maladie pour sa prise en charge.

¹⁰³ En 2023, le service médical de l'Assurance Maladie a effectué 1,2 million de contrôles sur des arrêts de travail ; 336 entreprises de plus de 150 salariés ont été visitées en 2022-2023 dans le cadre des actions « Absentéisme en entreprise » ; 17,1 M€ de préjudice financier ont été détectés dans le cadre des actions de lutte contre la fraude. En 2024, sur 964 médecins ciblés initialement, l'assurance maladie a procédé à 416 mises sous objectif et 201 mises sous accord préalable. En 2024, la lutte contre les fraudes enregistre une progression concernant les arrêts de travail à hauteur de 42 M€, soit plus du double qu'en 2023. Cnam, *Rapport au ministère chargé de la sécurité sociale et au Parlement, 2024, Op.cit.*

¹⁰⁴ La mesure est applicable à compter du 1^{er} avril 2025 (décret n° 2025-160 du 20 février 2025 relatif au plafond du revenu d'activité servant de base au calcul des indemnités journalières dues au titre de l'assurance maladie).

La Cour a estimé que la limitation de la prise en charge par la branche maladie de la sécurité sociale et le transfert vers les employeurs et les salariés pourrait permettre d'économiser jusqu'à 950 M€. En actionnant en complément certains autres leviers, une économie supplémentaire de 0,5 Md€ pourrait être faite¹⁰⁵.

Proposition n° 13 : en concertation avec les partenaires sociaux, alléger la charge pour l'assurance maladie obligatoire des indemnités journalières maladie des salariés : 0,5 Md€

B - Atténuer les prises en charge relevant de l'Ondam

Le périmètre des prises en charge de l'Ondam est à limiter en tenant compte du niveau moyen de revenus des professionnels de santé et des capacités contributives des assurés.

1 - Réduire les montants alloués aux mesures nouvelles en projet de loi de financement de la sécurité sociale

Ces dernières années, un montant d'environ 3 Md€ était prévu pour les mesures nouvelles en loi de financement de la sécurité sociale. Ces mesures nouvelles viennent s'ajouter à l'évolution tendancielle de l'Ondam qui couvre les dépenses incompressibles¹⁰⁶. Les mesures nouvelles ont vocation à être gagées en tout ou partie par des économies. En 2025, la loi de financement de la sécurité sociale prévoit un *quantum* de mesures nouvelles de 5 Md€¹⁰⁷ et, en corolaire, des mesures d'économie de 4,3 Md€.

¹⁰⁵ Ces leviers, qui pourraient être combinés dans des proportions à définir, sont l'allongement du délai de carence, la réduction de la durée maximale d'indemnisation, l'instauration d'un jour de carence d'ordre public ou l'absence d'indemnisation par l'assurance maladie des arrêts de courte durée. Cour des comptes, *L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier*, 2024.

¹⁰⁶ Inflation, effet du glissement vieillesse-technicité des personnels hospitaliers et médico-sociaux.

¹⁰⁷ Dont notamment 1,7 Md€ de revalorisations conventionnelles des soins de ville, 1,3 Md€ de prise en charge de hausse des cotisations sociales vieillesse des personnels hospitaliers et médico-sociaux, 1 Md€ pour le renforcement du taux d'encadrement et des moyens supplémentaires en Ehpad et la création de places en établissements pour personnes en situation de handicap, 0,7 Md€ pour l'amélioration de l'attractivité des métiers en établissements de santé et l'amélioration du maintien à domicile, la prise en charge de la santé de l'enfant et de la santé mentale ainsi que l'impact de la réforme des autorisations en soins critiques.

Les mesures nouvelles concernent autant des revalorisations salariales, que des mesures visant à améliorer l'offre hospitalière, l'offre d'accompagnement médico-social ou la qualité des prises en charge. Ces dernières années, elles ont visé notamment à renforcer l'attractivité des fonctions des personnels de santé et médico-sociaux dans le cadre du « Ségur de la santé » (10,9 Md€), à revaloriser le point d'indice de la fonction publique (5 Md€ en 2022-2023) et à prendre en compte les nouvelles conventions avec les professionnels de santé libéraux (2,4 Md€ en 2023-2024).

Les effets financiers de la convention signée par la Cnam avec les représentants des médecins le 4 juin 2024 (1,6 Md€, plus du double de la précédente convention) et de l'avenant à la convention avec les pharmaciens signé le 10 juin 2024 préemptent de ce fait les mesures nouvelles pour 2025. Ces mesures conventionnelles viennent améliorer le niveau de revenus des médecins libéraux en échange d'engagements sur la maîtrise de l'évolution des dépenses.

En prenant en compte le coût important de ces accords signés en 2024, il paraît envisageable de resserrer l'ampleur des mesures nouvelles dans les prochaines années autour de priorités à définir lors du vote des lois de financement de la sécurité sociale. En se fondant sur la moyenne basse du montant des mesures nouvelles des dernières années (3 Md€), sur l'effet de la hausse des cotisations vieillesse des agents publics hospitaliers en 2026-28 et sur un objectif de réduction d'un quart des mesures nouvelles, un total de 3 à 4 Md€ de moindres dépenses supplémentaires d'ici 2029 pourrait être dégagé. Afin de tenir compte du fait que certaines mesures nouvelles ne pourraient être que décalées, le rendement d'un moratoire sur les mesures nouvelles non obligatoires est estimé en 2029 jusqu'à 3 Md€ par rapport au tendanciel. Au minimum, l'application des mesures nouvelles conventionnelles pourrait être conditionnée à la réalisation effective des économies envisagées pour les gager.

Proposition n° 14 : réduire l'ampleur habituelle des mesures nouvelles en PLFSS : jusqu'à 3 Md€ d'ici 2029

- Limiter l'ampleur des revalorisations concernant les mesures conventionnelles en soins de ville et les mesures salariales en établissements de santé et médico-sociaux.

2 - Repenser le champ du remboursement par l'assurance maladie

L'assurance maladie obligatoire prend de plus en plus en charge les dépenses de santé, tandis que le reste à charge des patients en France est réduit. Des mesures ciblées pourraient être prises pour faire davantage contribuer le patient sur des actes ou produits de santé dont les effets ont une efficacité limitée, comme les médicaments à service médical faible.

Par exemple, la France est l'un des derniers pays de l'OCDE à prendre en charge des soins de cure thermale¹⁰⁸ (250 M€ en 2023) sans que leur service médical n'ait été démontré. Les taux de remboursement par l'assurance maladie des frais médicaux d'une cure thermale, compris entre 65 % et 70 %, sont identiques ou supérieurs à ceux des médicaments à service médical rendu majeur ou important¹⁰⁹. Dans le contexte actuel des finances sociales, il serait nécessaire de remettre en cause cette prise en charge. À défaut, le cadre de prise en charge des cures thermales pourrait être revu en permettant à la Haute Autorité de santé (HAS) de rendre un avis sur l'inscription ou la radiation des soins et prestations thermaux sur la liste des actes et prestations ouvrant droit à remboursement. Les prises en charge devraient pouvoir être modulées en différenciant les durées des cures selon les indications médicales.

Au-delà des mesures de déremboursement ponctuelles appliquées, il serait possible de repenser le champ des soins remboursés par l'assurance maladie obligatoire en fonction du niveau de revenus des assurés, comme cela est appliqué en Allemagne.

Le « bouclier sanitaire », un remboursement sous condition¹¹⁰

En Allemagne, le « bouclier sanitaire » est un dispositif de plafonnement des restes à charge proportionnel au revenu après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Chacun contribue ainsi à ses frais de santé, à proportion de ses revenus, dans la limite d'un plafond au-delà duquel les frais sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie. Les personnes dont les revenus sont les plus bas peuvent être prises en charge au premier euro, de même que les soins pour les affections longue durée. Cet outil est de nature à limiter les importantes disparités de reste à charge entre les assurés. Il permettrait aussi un pilotage plus fin des dépenses de santé, la hausse du plafond se traduisant par une diminution des dépenses publiques.

¹⁰⁸ Cour des comptes, *Thermalisme et collectivités territoriales, un système fragile : le cas occitan*, 2019.

¹⁰⁹ Si pour les produits de santé, le service médical rendu est évalué par la HAS, ce qui permet de définir le niveau de remboursement par l'assurance maladie, ce n'est pas le cas pour les cures thermales.

¹¹⁰ Cour des comptes, *Les complémentaires de santé, un système très protecteur mais peu efficient*, 2021.

Dans le champ de la perte d'autonomie, il importe de renforcer la connaissance du reste à charge réel, les pratiques de tarification des départements et de facturation des services ne permettant pas d'en avoir une réelle lisibilité et pouvant potentiellement conduire à des situations de renoncement ou de report sur les aidants.

Proposition n° 15 : mieux responsabiliser les assurés : de 0,3 à 0,5 Md€

- Encadrer la délivrance des antalgiques de palier 1, hors enfant et affection de longue durée.
- Réexaminer la liste des médicaments remboursés à 15 % (service médical faible).
- Augmenter le ticket modérateur sur les remboursements des soins de cure thermale ; supprimer la participation de l'assurance maladie aux frais de transport et d'hébergement hors affection de longue durée.

Conclusion générale

La tenue trajectoire pluriannuelle des dépenses de l'Ondam inscrite en loi de financement de la sécurité sociale est fragilisée dans la mesure où les mesures d'économie nécessaires ne sont pas documentées d'ici à 2028. En outre, les trois branches de la sécurité sociales (maladie, accidents du travail et maladies professionnelles, autonomie) qui financent les dépenses de l'Ondam connaissent des déficits annuels en forte augmentation (20,1 Md€ en 2028). Sans être antinomique avec l'objectif de qualité et de sécurité des soins, une meilleure maîtrise des dépenses de l'Ondam est nécessaire pour ces raisons.

Un ensemble de mesures d'économies est à préparer dès le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 afin d'assurer le respect du montant de l'Ondam à l'horizon 2029. Cela implique de lutter plus efficacement contre les fraudes et de s'assurer, au vu des écarts entre départements, que les soins sont dispensés à bon escient et au meilleur coût. Une deuxième orientation est d'engager des réformes d'efficience du système de soins en développant le recours à la prévention en santé, en adaptant l'offre de soins sur les critères de qualité et sécurité des soins et en organisant une meilleure complémentarité entre les établissements de santé, les établissements et services médico-sociaux et l'hospitalisation à domicile. Enfin, un meilleur partage de l'effort de financement du système de santé entre tous ses acteurs doit être considéré afin d'alléger le poids porté par l'assurance maladie obligatoire. Ces mesures peuvent être mises en œuvre sans revenir sur les grands principes du système français de sécurité sociale.

En procédant à l'examen des dépenses de l'Ondam sur l'ensemble de ses domaines de prise en charge et à partir de ses rapports récents, la Cour a identifié un ensemble de propositions d'économies dont le montant total est compris entre 19,4 Md€ et 21,4 Md€ d'ici à 2029. Ce correspond au minimum nécessaire pour tenir la trajectoire de l'Ondam et commencer à engager un retour vers l'équilibre financier des branches de la sécurité sociale qui le financent. Il appartient aux pouvoirs publics de déterminer comment les mettre en œuvre de façon progressive et ordonnée dans un programme pluriannuel chiffré.

C'est pourquoi la Cour invite les ministères chargés de la santé et des comptes publics, après concertation avec les parties prenantes, à proposer au Parlement à l'occasion du prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale un programme pluriannuel de réorganisation de l'offre de soins financée par l'Ondam, fondé sur les priorités de la lutte contre la fraude, de la dépense à bon escient et au juste coût, de la prévention en santé, de la qualité et de la sécurité des soins en établissements de santé et médico-sociaux et du partage des efforts financiers entre acteurs du système de santé.

Liste des abréviations

Anap.....	Agence Nationale d'Appui à la Performance des établissements de santé et médico-sociaux
CEPS.....	Comité économique des produits de santé
Cnam.....	Caisse nationale de l'assurance maladie
CNSA.....	Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
COG.....	Convention d'objectifs et de gestion
CPAM.....	Caisse primaire d'assurance maladie
DCIS.....	Dépense courante de santé au sens international
DGCS.....	Direction générale de la cohésion sociale
DGOS.....	Direction générale de l'offre de soins
DREES.....	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques du ministère chargé de la santé
DSS.....	Direction de la sécurité sociale
Éhpad.....	Établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EIGS.....	Évènements indésirables graves associés aux soins
GHT.....	Groupements hospitaliers de territoire
HAS.....	Haute autorité de santé
Irdes.....	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
LFSS.....	Loi de financement de la sécurité sociale
Micaf.....	Mission interministérielle de coordination anti-fraude
OCDE.....	Organisation de coopération et de développement économiques
PLACSS.....	Projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale
PLFSS.....	Projet de loi de financement de la sécurité sociale
Ralfss.....	Rapport annuel de la Cour des comptes sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale
Unocam.....	Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire

Annexes

Annexe n° 1 : travaux de la Cour.....	74
Annexe n° 2 : récapitulatif des propositions de la Cour pour maîtriser la progression des dépenses de l’Ondam d’ici à 2029.....	77

Annexe n° 1 : travaux de la Cour

La présente note de synthèse s'appuie sur de précédentes publications de la Cour dont les suivantes (du plus récent au plus ancien) :

- *Les addictions des jeunes aux drogues illicites et à l'alcool : un enjeu de prévention et de prise en charge, 2025 ;*
- *La prévention de l'obésité chez les jeunes : l'exemple de la Nouvelle-Calédonie et de la Polynésie française, 2025 ;*
- *L'accueil et le traitement des urgences à l'hôpital, des services saturés, une transformation indispensable du parcours des patients, 2024 ;*
- *Le comité économique des produits de santé : un organisme à conforter pour une régulation plus efficace, 2024 ;*
- *L'accueil des Français en situation de handicap en Wallonie, un éclairage inédit sur une prise en charge transfrontalière originale, 2024 ;*
- *L'organisation territoriale des soins de premier recours, 2024 ;*
- *La santé respiratoire : un enjeu de « santé environnement » insuffisamment pris en considération (2017-2022), 2024 ;*
- *La politique de périnatalité : des résultats sanitaires médiocres, une mobilisation à amplifier, 2024 ;*
- *La situation financière de la sécurité sociale : une trajectoire de déficits non maîtrisés, un redressement nécessaire, 2024 ;*
- *Un nouveau dépassement de l'Ondam en 2023, une impérative reprise en main de son pilotage dès 2024, 2024 ;*
- *Rapport de certification des comptes du régime général de sécurité sociale de 2023, 2024 ;*
- *La réduction du nombre de lits à l'hôpital, entre stratégie et contraintes, 2024 ;*
- *Intérim médical et permanence des soins dans les hôpitaux publics : des dérives préoccupantes et mal maîtrisées, 2024 ;*
- *Les médicaments anti-cancéreux : mieux réguler en préservant un accès rapide aux traitements innovants, 2024 ;*
- *L'indemnisation des arrêts de travail pour maladie du régime général : une dépense à maîtriser, une réglementation à simplifier, 2024 ;*
- *La tarification à l'activité (T2A), 2023 ;*

- *Les établissements de santé publics et privés, entre concurrence et complémentarité, 2023 ;*
- *La situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire, 2023 ;*
- *L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, 2023 ;*
- *La situation financière de la sécurité sociale : une amélioration temporaire, une dégradation prévisible, 2023 ;*
- *Après la crise sanitaire, un Ondam à conforter comme outil de pilotage des dépenses de santé, 2023 ;*
- *L'information du Parlement sur la situation financière des hôpitaux : des progrès nécessaires, 2023 ;*
- *La lutte contre les fraudes aux prestations sociales : une action plus dynamique à renforcer encore, 2023 ;*
- *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie, 2023 ;*
- *Accélérer la réorganisation des soins de ville pour en garantir la qualité et maîtriser la dépense, 2023 ;*
- *Les conventions entre les professionnels de santé de ville et l'assurance maladie : une contribution à l'efficacité des dépenses à renforcer, 2022 ;*
- *La radiothérapie : une offre dynamique à mieux réguler, 2022 ;*
- *L'imagerie médicale : des évolutions en cours, des réformes indispensables, 2022 ;*
- *Les enjeux de la maîtrise des risques professionnels dans les établissements et services pour personnes âgées et personnes en situation de handicap, 2022 ;*
- *Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie, 2021 ;*
- *La prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées, 2021 ;*
- *La politique de prévention en santé, Les enseignements tirés de l'analyse de trois grandes pathologies, 2021 ;*
- *Les complémentaires de santé, un système très protecteur mais peu efficient, 2021 ;*
- *Les dépenses d'assurance maladie : une régulation à rénover, 2021 ;*

- *La dématérialisation des prescriptions médicales : un facteur d'efficacité du système de santé, des chantiers ambitieux à faire aboutir, 2021 ;*
- *Santé : garantir l'accès à des soins de qualité et résorber le déficit de l'assurance maladie, note structurelle, 2021 ;*
- *Les groupements hospitaliers de territoires, 2020 ;*
- *Le versement à bon droit des prestations sociales : des erreurs trop fréquentes, des progrès indispensables, 2020 ;*
- *La maîtrise médicalisée des dépenses de santé : une régulation inaboutie, 2020 ;*
- *La régulation des dépenses de dispositifs médicaux : des actions de maîtrise à accentuer, 2020 ;*
- *L'insuffisance rénale chronique terminale : une prise en charge à réformer au bénéfice des patients, 2020 ;*
- *Thermalisme et collectivités territoriales, un système fragile : le cas occitan, 2019 ;*
- *Les transports programmés dans les secteurs sanitaire et médico-social : des enjeux à mieux reconnaître, une régulation à reconstruire, 2019 ;*
- *La prévention et la prise en charge de l'obésité, 2019 ;*
- *L'avenir de l'assurance maladie, Assurer l'efficacité des dépenses, responsabiliser les acteurs, 2017 ;*
- *Les activités chirurgicales : restructurer l'offre de soins pour mieux assurer la qualité des prises en charge, 2017 ;*
- *La médecine libérale de spécialité, 2017.*

Les publications de la Cour sont consultables : www.ccomptes.fr.

Annexe n° 2 : récapitulatif des propositions de la Cour pour maîtriser la progression des dépenses de l'Ondam d'ici à 2029

D'ici à 2028, les mesures d'économies nécessaires au respect de la trajectoire de l'Ondam inscrite en loi de financement de la sécurité sociale pour 2025 ne sont pas précisément documentées. Le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 comprendra une projection d'évolution de l'Ondam d'ici à 2029. À tendance inchangée, le montant des économies nécessaires pour gager les mesures nouvelles d'ici 2029 peut être estimé à environ 20 Md€, soit 4 Md€ par an en moyenne. Des économies importantes sont donc à identifier pour assurer le respect de l'Ondam.

Tout en conservant les principes d'organisation et de prise en charge du système de santé et en veillant à la qualité et à la sécurité des soins, les pistes d'économie identifiées par la Cour dans ses récents rapports et synthétisées dans la présente note visent : à documenter les économies nécessaires à la tenue de la trajectoire pluriannuelle de l'Ondam ; à contenir le poids des dépenses de l'Ondam au regard du produit intérieur brut et, autant que possible, à contribuer au retour à l'équilibre financier des branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam. Les pistes d'économie identifiées par la Cour ne sont que des exemples, d'autres peuvent être envisagées.

Le chiffrage des pistes d'économie des dépenses de l'Ondam identifiées par la Cour est destiné à donner un ordre de grandeur. Ces pistes peuvent être mises en œuvre à plus ou moins brève échéance d'ici 2029. Par rapport au potentiel d'économie estimé, des abattements forfaitaires sont appliqués en raison de possibles recoupements ou de difficultés de mise en œuvre. À cet égard, ces pistes d'économie sont de différentes natures : certaines se situent dans la continuité de mesures déjà mises en œuvre comme la maîtrise des dépenses de produits de santé ou l'optimisation de la gestion des établissements de santé, d'autres visent à les amplifier comme le renforcement de la lutte contre les fraudes, d'autres enfin impliquent des mesures d'organisation, comme le renforcement de la prévention en santé ou la réorganisation de l'offre de soins dans le cadre régional de la structuration du parcours de soins. Leur mise en œuvre est plus complexe et requiert une visibilité sur plusieurs années pour les acteurs du système de santé.

Proposition n° 1 : mieux lutter contre les fraudes dans les trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam	
<ul style="list-style-type: none"> - Réhausser encore l'objectif de détection de la fraude au tiers au moins du préjudice estimé. - Constaté et mettre en recouvrement les indus frauduleux sur toutes les périodes non prescrites. - Bloquer le règlement des facturations irrégulières des professionnels et des établissements de santé. - Dépasser le nombre de contrôles <i>a posteriori</i> atteint en 2019. - Renforcer les actions de la lutte contre les fraudes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). 	1,5 Md€
Proposition n° 2 : amplifier la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et réduire les écarts de dépenses de santé atypiques constatés entre départements	
<ul style="list-style-type: none"> - Automatiser la mesure des écarts aux référentiels de prescription et aux recommandations de bonnes pratiques. - Analyser systématiquement les pratiques et les dépenses standardisées de santé entre départements et mobiliser les agences régionales de santé et les caisses primaires d'assurance maladie autour de l'objectif de réduction des écarts territoriaux en s'appuyant sur les recommandations de la Haute Autorité de santé. - Justifier les économies attendues en matière de maîtrise médicalisée des dépenses de santé en loi de financement de la sécurité sociale en précisant les déterminants de la dépense (prix et volume) retenus et retracer les résultats obtenus. 	2,8 Md€
Proposition n° 3 : réduire la progression des dépenses de transport sanitaire	
<ul style="list-style-type: none"> - Finaliser le transfert au budget des établissements de santé de la totalité des dépenses de transport qui y sont prescrites. - Renforcer les contrôles (prescriptions et dépenses atypiques, application des règles du transport sanitaire). - Expérimenter une démarche de meilleure efficacité des achats publics en ce domaine. 	0,3 Md€
Proposition n° 4 : optimiser la gestion des établissements de santé et des établissements et services médico-sociaux publics et privés à but non lucratif	
<ul style="list-style-type: none"> - Maintenir le rendement des mesures du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (Phare) des hôpitaux publics (0,35 Md€) et étendre ce programme aux établissements de santé privés à but non lucratif et aux établissements et services médico-sociaux (0,1 Md€). 	0,6 Md€

<ul style="list-style-type: none"> - Optimiser la gestion de l'encours de dette des établissements sanitaires et médico-sociaux publics (0,1 Md€). - Renforcer l'encadrement des rémunérations des personnels intérimaires médicaux et paramédicaux. 	
Proposition n° 5 : poursuivre la baisse des prix des produits de santé et accentuer les actions en faveur de leur bon usage	
<ul style="list-style-type: none"> - Viser une progression davantage maîtrisée des dépenses de produits de santé en définissant des mécanismes nouveaux comme une trajectoire pluriannuelle de baisse de leur prix ; renforcer l'évaluation médico-économique afin d'étayer les négociations entre le Comité économique des produits de santé comité économique des produits de santé (CEPS) et les industries pharmaceutiques ; mettre en place un registre national de suivi de l'administration des médicaments anti-cancéreux, évaluer leurs résultats et renégocier les prix des médicaments innovants selon leur efficacité (poursuite du montant annuel d'économies de 2025 fixé à 1,2 Md€, soit 4,8 Md€ d'ici 2029). - Réguler davantage la dépense de médicaments par une relance du recours aux médicaments génériques, par une augmentation du recours aux médicaments biosimilaires et par une réduction de la consommation d'antibiotiques (économie de 0,3 Md€). - Réviser les nomenclatures des dispositifs médicaux remboursés par l'assurance maladie à combiner avec des objectifs de baisse tarifaire pour favoriser le bon usage et la maîtrise des volumes (économie de 0,2 Md€). 	5,3 Md€
Proposition n° 6 : améliorer la détection et la prise en charge des maladies chroniques	
<ul style="list-style-type: none"> - Définir une feuille de route « maladies respiratoires chroniques » assortie d'objectifs quantitatifs afin de limiter le nombre d'hospitalisations évitables de patients à risque en raison de maladies respiratoires (économie de 0,1 Md€). - Limiter la progression de la file active de patients admis en traitement pour insuffisance rénale chronique terminale (économie de 0,2 Md€). - Réduire les tarifs des séances de dialyse en centres et en unités de dialyse médicalisée (économie de 0,1 Md€). 	0,4 Md€
Proposition n° 7 : améliorer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et viser une réduction des chutes et des décès induits	
<ul style="list-style-type: none"> - Définir un objectif de réduction de l'incidence des chutes et des décès induits des personnes âgées en donnant aux agences régionales de santé les outils nécessaires de recueil statistique (économie de 0,3 à 0,45 Md€, représentant entre un tiers et la moitié de la dépense évitable). 	0,8 à 1,2 Md€

- Encourager les professionnels de santé à infléchir leurs pratiques (détection des signes de fragilité, prescription d'activité physique adaptée, réexamen de la pertinence des médicaments) ; limiter les hospitalisations évitables des personnes âgées en adaptant les parcours de soins par une coordination territoriale des secteurs hospitalier, médico-social et de ville et par un plan d'action chiffré dans chaque projet régional de santé (économie de 0,5 à 0,75 Md€ représentant entre un tiers et la moitié de la dépense évitable).	
Proposition n° 8 : poursuivre le virage ambulatoire dans les établissements de santé	
- Augmenter les taux d'activité ambulatoire de 60 % à 80 % pour la chirurgie et de 33 % à 45 % pour la médecine.	0,8 Md€
Proposition n° 9 : viser l'amélioration de la qualité des soins pour réduire les événements indésirables graves en établissements de santé	
- Faire de la réduction des coûts induits par l'insuffisance de qualité des soins une priorité dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme des autorisations de soins et des projets régionaux de santé (économie d'ici 2029 en retenant un objectif jusqu'à environ un tiers du coût des événements indésirables graves).	0,5 à 1 Md€
Proposition n° 10 : dans la perspective d'organisation régionale des parcours de soins, restructurer les services hospitaliers qui ne présentent pas de garanties suffisantes en termes de qualité et de sécurité des soins	
- Définir un régime d'autorisation d'activité par établissement et par spécialité en fixant des seuils d'activité par site géographique d'établissement, assortis de contrôles rigoureux. - Sur le fondement des constats de certification de la Haute Autorité de santé et des analyses des agences régionales de santé, identifier les services ou les établissements de santé qui ne présentent pas de garanties suffisantes en termes de qualité et de sécurité des soins ; engager en conséquence un regroupement ou une fermeture dans le cadre d'une réorganisation de l'offre régionale de soins. - Attribuer la personnalité morale aux groupements hospitaliers de territoire (GHT) pour organiser une offre de soins efficace sur un territoire. (économie estimée en retenant un objectif de réduction d'un tiers à la moitié d'ici 2029 des économies potentielles chiffrées).	0,8 à 1,2 Md€
Proposition n° 11 : dans une démarche partenariale et pluriannuelle avec les organismes complémentaires de santé, rééquilibrer les prises en charge des dépenses de santé	
- Développer une approche pluriannuelle des relations entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de santé sur les soins courants, les soins paramédicaux et la prévention en santé.	1 à 1,5 Md€

- Développer leurs coopérations sur la lutte contre les fraudes, la prévention en santé ou les prescriptions inutiles. - Réexaminer le périmètre des obligations du contrat responsable et solidaire des organismes complémentaires de santé.	
Proposition n° 12 : fixer le montant de la contribution de la branche AT-MP à la branche maladie au niveau médian de l'estimation de la commission chargée de l'évaluation de la sous-déclaration des maladies professionnelles (2,8 Md€)	
	0,8 Md€
Proposition n° 13 : en concertation avec les partenaires sociaux, alléger la charge pour l'assurance maladie obligatoire des indemnités journalières maladie des salariés	
	0,5 Md€
Proposition n° 14 : réduire l'ampleur habituelle des mesures nouvelles en PLFSS	
- Limiter l'ampleur des revalorisations concernant les mesures conventionnelles en soins de ville et les mesures salariales en établissements de santé et médico-sociaux.	Jusqu'à 3 Md€ d'ici 2029
Proposition n° 15 : mieux responsabiliser les assurés	
- Encadrer la délivrance des antalgiques de palier 1, hors enfant et affection de longue durée. - Réexaminer la liste des médicaments remboursés à 15 % (service médical faible). - Augmenter le ticket modérateur sur les remboursements des soins de cure thermale ; supprimer la participation de l'assurance maladie aux frais de transport et d'hébergement hors affection de longue durée.	0,3 à 0,5 Md€

Source : Cour des comptes