

COMITÉ PARITAIRE RÉGIME CONVENTIONNEL DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

ACTUALITÉS

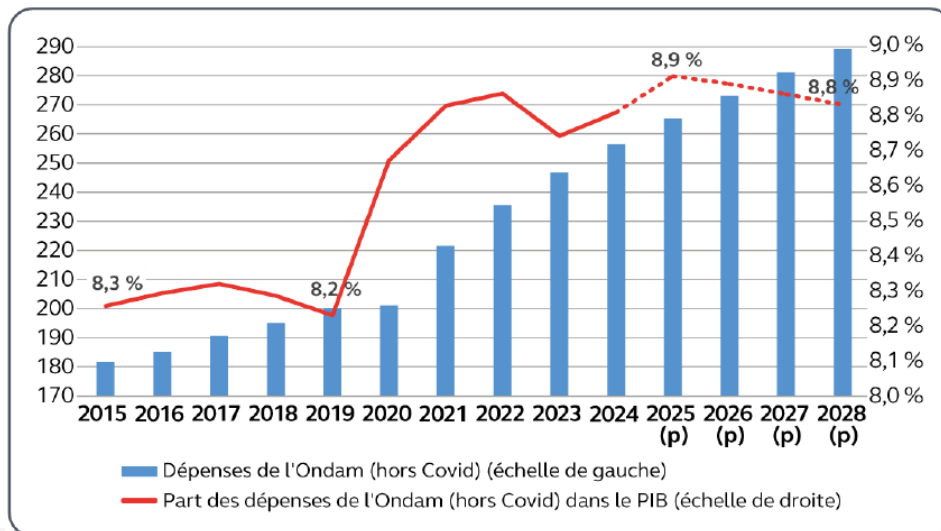
RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES D'AVRIL 2025

23 AVRIL 2025



RAPPORT DE LA COUR DES COMPTES / PRÉAMBULE

- Le rapport, commandé par le premier ministre en mars 2024, est une revue des **dépenses** de l'Assurance maladie et des propositions d'économie en réponse à la perspective dégradée des comptes sociaux
- Les constats :
 - Un ONDAM 2025 de 265,4 Md€ en hausse de 4,8% par an depuis 2019
 - 8,9% du PIB en 2025 contre 8,2% avant la crise sanitaire
 - Un déficit prévisionnel de la branche assurance maladie de 20,1 Md€ en 2028



- ONDAM en Md€ et % du PIB ; Hausse liée à :
 - Revalorisations salariales du Ségur de la santé (10,9 Md€)
 - Compensation de l'inflation et mesures conventionnelles
 - Dynamique des dépenses : IJ, transport, honoraires médicaux et paramédicaux
 - Mesures nouvelles prioritaires

- 3 pistes pour améliorer l'efficacité des dépenses :
 - Lutter contre la fraude et s'assurer davantage de la pertinence des soins
 - Engager des réformes d'efficience dans l'organisation de l'offre de soins et médico-sociale
 - Rééquilibrer le financement du système de santé entre solidarité et responsabilisation
 - Partage des efforts entre AMO et AMC
 - Réévaluations de la participation des patients et des employeurs
- 15 propositions¹, représentant au global 19,4 à 21,4 Md€ à l'horizon 2029, pour gager le financement des mesures nouvelles et respecter la trajectoire de l'Ondam
- Le présent document détaille ces 15 mesures
 - **En vert**, les mesures contribuant à des économies pour les complémentaires santé
 - **En rouge** celles représentant une charge additionnelle pour les organismes complémentaires

¹Synthèse des propositions publiées par la Cour ces dernières années

PROPOSITIONS DE LA COUR

| PROPOSITION | COMMENTAIRE | ECONOMIE |
|---|--|-----------------------|
| <p>1 : mieux lutter contre les fraudes dans les trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam</p> <ul style="list-style-type: none"> - Réhausser encore la de détection de la fraude au tiers au moins du préjudice estimé (passer à 1Md€ en 2027 au lieu de 650 M€ et 1,5 Md€ en 2029) - 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 la lutte contre les fraudes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). | <ul style="list-style-type: none"> - à partir d'une évaluation (à finaliser) de la CNAM sur les données de 2018 et 2019, la COUR avait estimé le montant des fraudes entre 3,8 et 4,5 Md€ - exploitation des contrôles informatiques automatiques - nouvelles compétences juridiques - coopération avec les autres administrations - coordination avec les organismes complémentaires | <p>1,5 Md€</p> |
| <p>2 : amplifier la maîtrise médicalisée des dépenses de santé et réduire les écarts de dépenses de santé atypiques constatés entre départements</p> <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 LFSS | <ul style="list-style-type: none"> - Selon la DREES, 2,5% des séjours en médecine auraient pu être potentiellement évités - Les dépenses standardisées par patient vont de 1 804 € à 3 055 € en 2018 selon les départements - ex de non pertinence : 9% des prescriptions de vitamine D correspondent à une recommandation de la HAS | <p>2,8 Md€</p> |
| <p>3 : réduire la progression des dépenses de transport sanitaire</p> <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. | | <p>0,3 Md€</p> |

PROPOSITIONS DE LA COUR

| PROPOSITION | COMMENTAIRE | ECONOMIE |
|--|--|----------------------|
| 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€ |
| 5 : poursuivre la baisse des prix des produits de santé et accentuer les actions en faveur de leur bon usage - Baisse des prix des médicaments - Relance du recours aux médicaments génériques, augmentation du recours aux médicaments biosimilaires et réduction de la consommation d'antibiotiques - Réviser les nomenclatures des dispositifs médicaux remboursés par l'AMO et baisse tarifaire | - poursuite de l'économie de 2025 de 1,2 Md€ jusqu'en 2029 - génériques : en 2021, 29% en volume de la part du marché pharmaceutique en France contre 54% en moyenne OCDE | 5,3 Md€ |
| 6 : améliorer la détection et la prise en charge des maladies chroniques | | 0,4 Md€ |
| 7 : améliorer la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées et viser une réduction des chutes et des décès induits | | 0,8 à 1,2 Md€ |
| 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€ |
| 9 : viser l'amélioration de la qualité des soins pour réduire les évènements indésirables graves en établissements de santé | économie d'ici 2029 en retenant un objectif jusqu'à environ un tiers du coût des évènements indésirables graves | 0,5 à 1 Md€ |
| 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 | 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€ |
| 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'AMO et les OC sur les soins courants, les soins paramédicaux et la prévention en santé. - 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. | - Les dépenses des organismes complémentaires ont progresser de 3,6% par an entre 2019 et 2023 contre 5,4% (hors COVID) pour l'Ondam - planification pluriannuelle afin de permettre un financement en priorité par des gains d'efficience sur les frais de gestion plutôt que par une hausse des cotisations | 1 à 1,5 Md€ |

PROPOSITIONS DE LA COUR

| PROPOSITION | COMMENTAIRE | ECONOMIE |
|---|--|---------------------------------|
| 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€) | cotisation employeur additionnelle ? | 0,8 Md€ |
| 13 : en concertation avec les partenaires sociaux, alléger la charge pour l'assurance maladie obligatoire des indemnités journalières maladie des salariés | - hausse de 57% entre 2017 et 2022 - combinaison de leviers ; allongement du délai de carence, 1 jour de carence d'ordre public, absence d'indemnisation par l'AMO des arrêts de courte durée, réduction de la durée maximale | 0,5 Md€ |
| 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. | - Ségur de la santé 1,9 Md€ - point d'indice de la fonction publique 5 Md€ - nouvelles conventions avec les professionnels de santé 2,4 Md € | Jusqu'à 3 Md€ d'ici 2029 |
| 15 : mieux responsabiliser les assurés - Encadrer la délivrance des antalgiques de palier 1, hors enfant et ALD - Réexaminer la liste des médicaments remboursés à 15 % - Augmenter le TM des soins de cure thermique ; supprimer la participation de l'AMO aux frais de transport et d'hébergement hors ALD. | - il serait possible de repenser le champ des soins remboursés par l'AMO en fonction du niveau de revenu des assurés, comme en Allemagne | 0,3 à 0,5 Md€ |