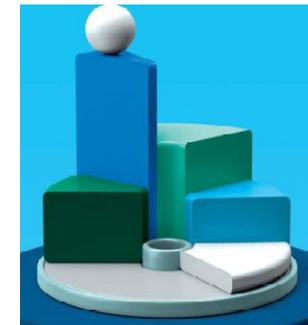




**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun



AMÉLIORER LA QUALITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ ET MAÎTRISER LES DÉPENSES

Rapport Charges et Produits de la CNAM pour 2026

L'ASSURANCE MALADIE : L'EXCEPTION SOLIDAIRE FRANÇAISE À PRÉSERVER



3^e pays à investir le plus dans la santé (11,9% du PIB contre 10,4% en moyenne UE 27)



Une large couverture par l'assurance maladie obligatoire (80%)



Le reste à charge par patient le plus faible au monde (7,5%).

Espérance de vie moyenne



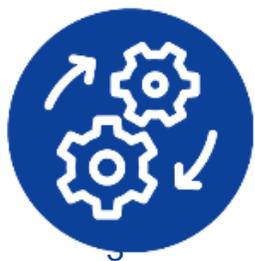
À la naissance	80 ans	85,6 ans	
Sans incapacité à 65 ans	75,5 ans	77 ans	
Union Européenne	78,9 ans	84,2 ans	

Notre objectif est de faire toute la **transparence** possible sur la réalité de la situation actuelle et à venir, et d'aider les décideurs, les parties prenantes et les citoyens à **identifier les voies et moyens de garantir la soutenabilité de l'Assurance Maladie tout en préservant sa promesse** : un égal accès de tous les assurés à un système de santé d'excellence.

Ce rapport est optimiste : il existe bien des leviers nous permettant d'améliorer structurellement la performance médico-économique de notre système de santé et de protection contre le risque maladie. Nous pouvons augmenter l'espérance de vie en bonne santé de nos concitoyens, réduire les inégalités sociales de santé tout en maintenant une dépense de santé compatible avec la réalité économique de notre pays

La Cnam a souhaité se mobiliser dans le cadre de son rapport Charges et Produits pour déterminer les voies et moyens d'un retour à l'équilibre durable de l'Assurance Maladie

UN RAPPORT INÉDIT, UNE MÉTHODE NOUVELLE



Ambition pluriannuelle

- Comme les années précédentes, ce rapport C&P permet de documenter les économies que l'Assurance Maladie pourra faire en **2026** et propose en ce sens des mesures au Gouvernement et au Parlement pour le prochain PLFSS
- Toutefois, il s'agit bien d'un rapport inédit, qui établit une stratégie de soutenabilité à **horizon 2030**, afin d'apporter des solutions aussi structurelles que possible



Renforcement du rôle du Conseil de la CNAM (composé des organisations listées ci-dessous) pour l'élaboration de ce Charges et produits :

- Réunions mensuelles sur les grands chantiers constitutifs du rapport
- Construction des propositions sur les orientations des membres du conseil

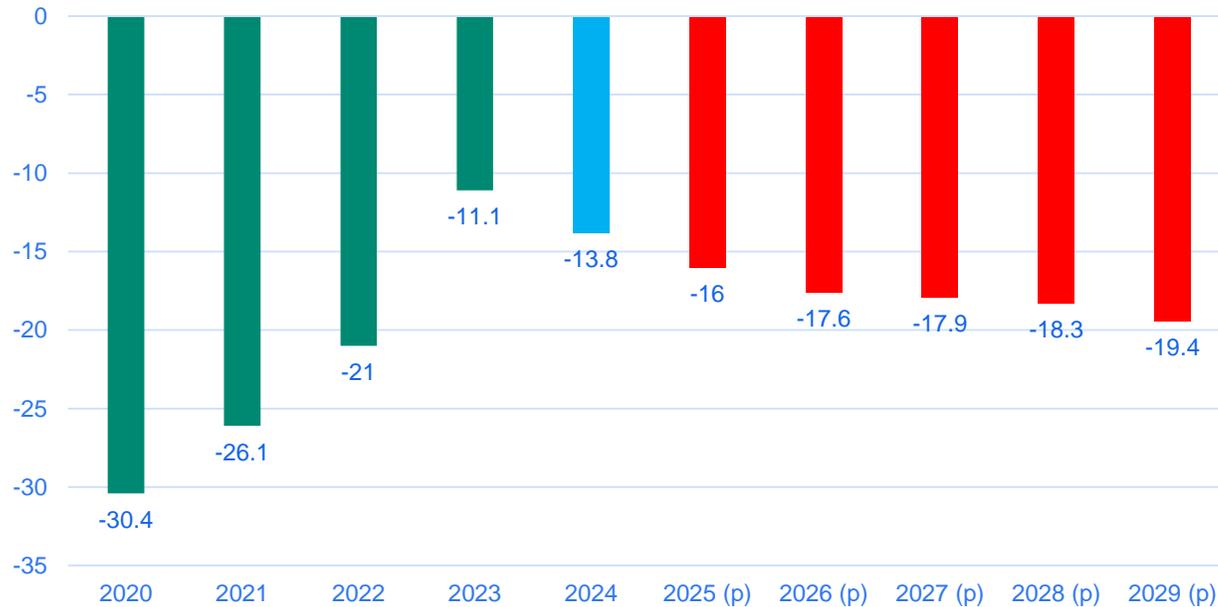


Un rapport complet

- Des analyses inédites des équipes statistiques de la CNAM (rentes économiques, arrêts de travail, médicaments, etc.)
- 60 propositions et des « options » non consensuelles (en gris dans le texte, il s'agit de propositions soumises au débat public et qui n'ont pas fait l'objet d'un accord lors de leur présentation aux membres du Conseil)
- Contributions des membres du Conseil publiées dans le rapport

UNE SITUATION FINANCIÈRE PRÉOCCUPANTE DE L'ASSURANCE MALADIE ET DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ

Déficit de l'Assurance Maladie : une dégradation rapide après 3 années de réduction du déficit



Le déficit de l'Assurance Maladie s'est dégradé et devrait continuer à s'accroître*

Déficit des établissements publics

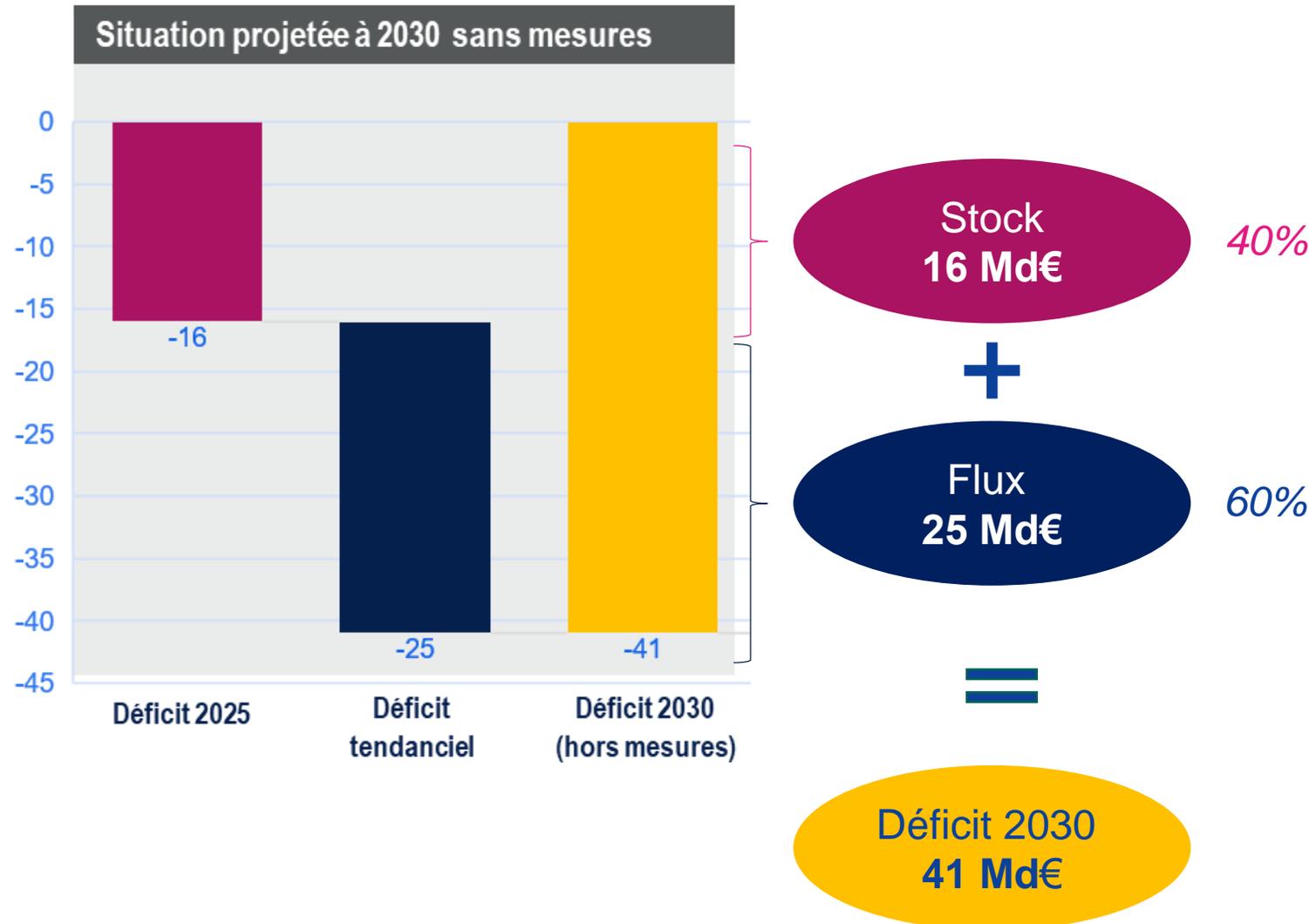
Au déficit de l'Assurance Maladie s'ajoute la dégradation importante du déficit des établissements de santé.

En 2022, le déficit global (budget principal et budget annexe) des hôpitaux publics atteignait 1,3 Md€ ; 2,4 Md€ en 2023 et **3,5 Md€** en 2024 (résultats provisoires).

Charges financières

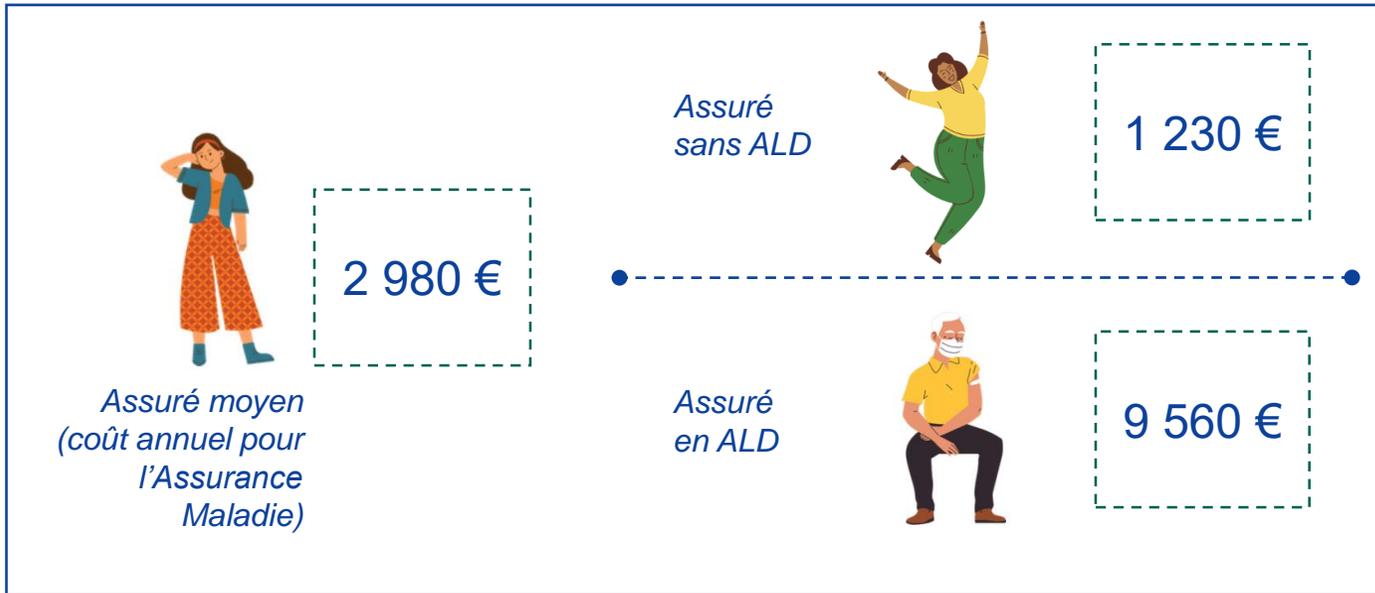
Une forte augmentation des charges financières, s'élevant à 296 M€ en 2023 et **513 M€ en 2024** après 18 M€ en 2022

LA SITUATION FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE PEUT SE SCINDER EN DEUX PROBLÉMATIQUES : SOLDER LE STOCK ET EMPÊCHER L'AGGRAVATION DU DÉFICIT



- **Stock** : déficit actuel de 16 Md€ en 2025
- **Flux** : déficit supplémentaire de 25 Md€ qui va se constituer dans les cinq prochaines années à politique inchangée, et qui représenterait en 2030 60% du déficit total de la branche maladie
- C'est cette perspective de dégradation extrêmement rapide qui est la principale source d'inquiétude (-5 Md€/an). Elle est essentiellement liée à la pression démographique et épidémiologique.
- Pour empêcher ces + 25 Md€ de se constituer, il nous faut un déficit net nul pendant 5 ans

VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION ET HAUSSE DES PATHOLOGIES CHRONIQUES : MOTEURS DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES DE SANTÉ

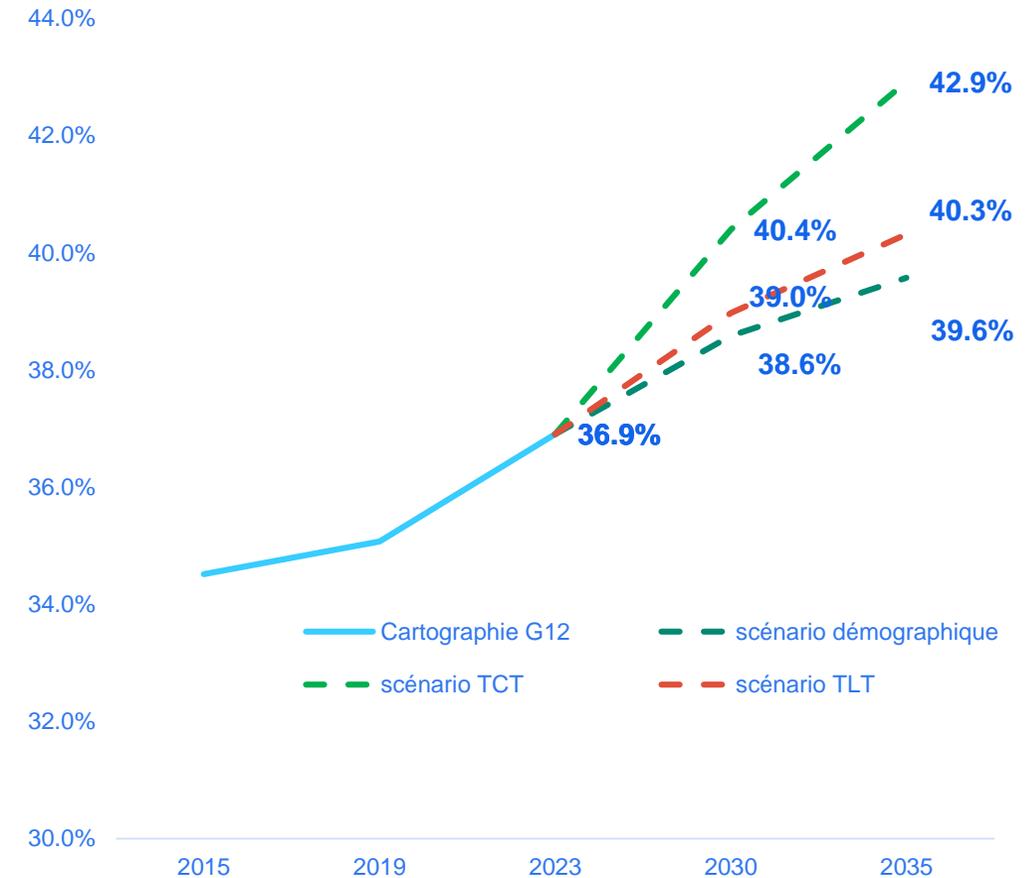


La dynamique des dépenses de santé est largement portée par l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques → 71 % de dynamique entre 2015 et 2023 s'expliquerait par la hausse des dépenses en lien avec les pathologies chroniques

La hausse des pathologies chroniques est principalement liée au vieillissement de la population

- Le vieillissement de la population va se poursuivre à l'horizon 2030 : la part des 70 ans et plus représenteraient 18 % de la population contre 16 % aujourd'hui (+ 2 points en cinq ans) (Source : INSEE)
- L'âge est un facteur déterminant pour expliquer le niveau des dépenses de santé. Ainsi, les dépenses de santé prises en charge par l'Assurance Maladie s'élèvent à 4 300€ en moyenne entre 60 et 69 ans puis 5 600€ entre 70 et 79 ans, soit +30 %, et progresse encore de 37 % entre 80 et 89 ans pour atteindre 7 700€

Prévalence des maladies chroniques à l'horizon 2035



OBJECTIF : A L'HORIZON 2030, BÂTIR UN SYSTÈME DE SANTÉ PRÉVENTIF, CONCILIANT EFFICACITÉ DES PARCOURS ET SOUTENABILITÉ DES PRISES EN CHARGE

Prévention : le défi de la décennie



Renforcer la **prévention dans toutes ses dimensions** : augmenter la couverture vaccinale face aux virus les plus fréquents, faire reculer l'exposition aux facteurs de risque négatifs (tabac, alcool, alimentation déséquilibrée, etc.), améliorer notre performance en matière de prévention secondaire (dépistage et diagnostic précoce), en particulier des cancers et des « maladies cardio-vasculaires et associées » (MCVA)

Parcours de soins et qualité de la prise en charge



Organiser le **parcours des patients** souffrant de maladies chroniques sur l'ensemble des territoires pour éviter l'aggravation de leur maladie et leur désinsertion professionnelle. Faire de **l'hôpital** un lieu de soins spécialisés en créant les conditions de prise en charge des urgences et patients fragiles en ville

Payer le juste soin au juste prix



Payer au juste prix les innovations et garantir une pertinence de la dépense des **produits de santé**

Garantir une **rentabilité dans le secteur de la santé** compatible cohérente entre l'ensemble des acteurs

Assurer la qualité et pertinence des soins en actionnant tous les leviers disponibles (numériques, financiers...) sur l'ensemble des prescriptions, en ville comme à l'hôpital

Transparence du prix de la santé pour une mobilisation et **responsabilisation générale**

Remettre l'Assurance Maladie à l'équilibre



Construire une **trajectoires financières** visant, en flux, à ne pas aggraver le déficit grâce à des dynamiques de dépenses et de recettes symétriques, ce qui nécessite d'activer trois leviers - la maîtrise de la dépense (PIB), l'accélération des recettes (PIB), une stabilisation de la couverture (AMO/AMC) – et de « solder » les 16 Md€ de déficit en stock

LE NUMERIQUE EN SANTE AU SERVICE DE TOUS CES DÉFIS

Outils numériques développés par l'Assurance Maladie et l'écosystème du système de santé



L'Assurance Maladie construit et porte, au coté du Ministère de la Santé, une bascule numérique historique (Ségur du numérique), permettant progressivement à l'ensemble des données de santé d'être structurées, partagées entre professionnels de santé, mobilisables par l'IA et surtout conservées par le patient dans son carnet de santé numérique - service public sécurisé, gratuit, souverain et pérenne -

Mon Espace Santé

01

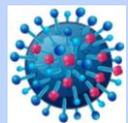
LA PRÉVENTION : GRANDE CAUSE DÉCENNALE

PRÉVENTION : LE DEFI DE LA DECENNIE

Conséquences d'une prévention insuffisante

- Grippe : Environ 10 000 morts, 29k hospitalisation et 3M de consultations à l'hiver 2024-2025 (Source : SPF)
- **HPV** : 80% de la population exposée et 2 900 cancers du col de l'utérus et 1 700 autres cancers en lien avec le HPV
- **Cancer** : **40 %** de cancers liés à des facteurs modifiables (Source : INCA)
- **Pathologies cardiovasculaires** : **80 %** évitables
- **Surpoids** : **46 %** de Français en surpoids dont **17 %** de Français en situation d'obésité
- **HTA** : **17 millions** de personnes touchées
- **MCVA** : **28 %** des diabétiques diagnostiqués au stade 3, **23 %** des IC diagnostiqués avec exacerbation aiguë, **30 %** des dialyses démarrées en urgence
- **Cancer** : **12 600 décès par an pour le cancer du sein, 17 000 pour le cancer colorectal, 760 décès pour le cancer du col de l'utérus** (Source : SPF)

Exposition virale



Facteurs de risques



Risque chronique



Pathologie chronique



Causes à corriger

Vaccination

- **54 %** de couverture antigrippale chez les 65 ans et plus et **< 30 %** de soignants vaccinés (grippe)
- Vaccination HPV de **55 %** chez les filles et de **26 %** chez les garçons de 15 ans

Changement des facteurs de risques et habitudes de vie

- **Tabac** : **25 %** de fumeurs quotidiens
- **Alcool** : **10,7** litres d'alcool/an/personne contre 7,7 litres en Italie
- **Sucre** : **75 %** des 4-7 ans dépassent le seuil recommandé de 60 g de sucre/jour (ANSES)

Dépistage et diagnostic précoce

- **HTA** : **49%** des personnes HTA s'ignorent et **25%** d'HTA traitées
- **MCVA** : seuls 25% des patients MCVA bénéficient d'un dépistage MRC
- **Cancer** : **57 %** de participation au DO cancer du sein, **34 %** au DOCCR, **56 %** au DO cancer utérus

Sélection de propositions et options

- **Installer une gouvernance de la prévention en santé** permettant la coordination nationale et locale des financeurs (AMO-AMC) et acteurs mobilisés en faveur de la prévention, sur la base des priorités de santé publique définies par l'Etat jusqu'aux spécificités territoriales et populationnelles. Organiser une stratégie d'allers-retours individuel et collectif jusqu'au « dernier kilomètre » pour combattre les inégalités sociales de santé.
- **Engager le dépistage généralisé de l'HTA** (notamment en pharmacie), pathologie silencieuse qui constitue un facteur de risque pour toutes les maladies cardiovasculaires et associées (diabète, maladie rénale chronique, BPCO, etc.), accompagné d'une **campagne « know your numbers »** (Royaume-Uni).
- **Activer la prévention personnalisée dans Mon Espace Santé** en mobilisant les données de l'Assurance Maladie, lesquelles permettent de suivre la consommation de soins de l'assuré (tableau de bord individualisé : notification en cas de retard de dépistage, rappels de vaccination, etc.), sous réserve de son accord.
- Faire de **l'entreprise** un lieu clé de prévention : intégrer dans les contrats responsables une demi-journée consacrée à la prévention des salariés (vaccination, dépistages organisés du cancer, dépistage de l'HTA et du diabète, habitudes de vie via Mon Bilan Prévention, etc.). Investir massivement sur la **promotion de la santé à l'école**, poursuivre la montée en charge du dépistage systématique des troubles du langage et des troubles visuels en maternelle en lien avec les PMI, celle du programme *Génération sans carie* (« M'T Dents tous les ans ») en lien avec l'Education Nationale.
- **Interdire les dépassements d'honoraire** pour les actes en lien avec les dépistages organisés (mammographie, échographie et coloscopie)
- Faire du **NutriScore la clé de la politique de prévention nutritionnelle** : rendre son affichage **obligatoire** sur les produits emballés et dans les **publicités**. Il s'agit ici d'éclairer le consommateur et d'inciter les industriels de l'agro-alimentaire à réviser leurs formules.
- A taux de prélèvement constant, **renforcer et élargir progressivement les taxes comportementales** dont l'efficacité est prouvée scientifiquement (à mesure que leur rendement baisse de par leur efficacité), afin de rendre les produits les plus nocifs pour la santé moins attractifs pour les consommateurs (teneur en sucre comme au Chili, produits ultra-transformés, additifs, boissons sucrées, tabac, alcool). A rendement constant, redéfinir **les taux de TVA** sur plusieurs catégories de produits pour inciter à une consommation alimentaire plus équilibrée.
- **Option non consensuelle : Rendre la vaccination grippe obligatoire en EHPAD** et saisir la HAS sur l'opportunité d'abaisser la **vaccination HPV** à 9 ans (calendrier vaccinal de l'enfant) afin d'éradiquer le cancer du col de l'utérus comme bientôt en Australie et au Danemark

02

PARCOURS DE SOINS ET QUALITÉ DE LA PRISE EN CHARGE : DES ÉVOLUTIONS STRUCTURANTES NÉCESSAIRES DE NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ

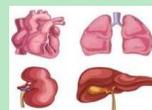
L'ORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS

Conséquences d'une prise en charge inadaptée

- **Diabétiques : 1 patient sur 5** n'a pas bénéficié du suivi de l'équilibre du diabète (dosage HbA1c) dans l'année et 40% n'ont pas un dépistage annuel de la MRC
- **MRC : 24%** des patients en dialyse n'ont pas de suivi par un néphrologue l'année avant l'entrée en dialyse
- **Insuffisance cardiaque** : 40% des patients IC n'ont pas d'évaluation cardiologique dans l'année

- **41%** des admissions aux urgences évitable
- **265 000 séjours** représentant une prise en charge de 900 M€ sont évitables
- **EHPAD** : 32% des résidents connaissent un passage aux urgences durant leur séjour, et dans 50% des cas sont hospitalisés ensuite

Aggravation & Comorbidités



Soins aigus



Enjeux

Suivi et surveillance

- **Densité médicale**
- **Soins primaires** : 4 % de patients en ALD sans médecin traitant
- **Soins spécialisés** : 4,5 Md€ de dépassements d'honoraires et 74 % de nouveaux installés en S2 en 2024

Prise en charge hospitalière

- **Chirurgie ambulatoire** : stagnation à 64% (après une hausse de +20 points entre 2010 et 2020)
- **Seuils de chirurgie** : 11% des établissements pratiquant la chirurgie mammaire sous les seuils réglementaires
- **Sorties d'hospitalisation** : 8% des journées de médecine et 27% des lits en SMR occupés par des personnes pouvant potentiellement sortir (« bed blocker »)

L'ORGANISATION DES PARCOURS DE SOINS

Sélection de propositions

- Lancer un **Observatoire des professionnels de santé** pour anticiper les besoins à 10 – 20 – 30 ans (+46 % de personnes âgées dépendantes à horizon 2050...) pour adapter en conséquence les **besoins de formation par territoire** et pour chaque profession de santé, en tenant compte des innovations organisationnelles, de la généralisation de l'IA, des changements des modes de travail et de coopération, de l'émergence de nouveaux métiers, etc.
- Accompagner la montée en puissance d'un nouveau métier : **infirmier de coordination**, en charge au sein des structures d'exercice coordonnées de suivre le parcours des patients chroniques, d'assurer leur suivi et leur surveillance/télésurveillance médicale, d'organiser le lien avec les structures hospitalières et médico-sociales (dont entrées/sorties), de proposer de l'éducation thérapeutique. **Confier la prévention tertiaire des patients chroniques à des structures capables d'assurer ces missions à grande échelle** : établissements hospitaliers ou équipes de soins spécialisés (ESS) pour les patients non-stabilisés ou après un épisode aigu (généralisation et extension à toutes les MCVA de l'expérimentation article 51 CECIS) / structures d'exercice coordonnée en soins primaires pour les patients stabilisés.
- Améliorer l'accès aux soins spécialisés en travaillant à des **évolutions des modes de régulation des dépassements d'honoraires** dans le cadre de la mission parlementaire lancée par le Premier Ministre. **Réguler plus fortement l'activité non-conventionnée.**
- Favoriser autant que possible le domicile et les structures intermédiaires (habitats inclusifs), en s'appuyant sur les différents acteurs du domicile (IDEL, SSIAD, SAAD, HAD) et médicaliser les EHPAD pour éviter les allers-retours hôpital-EHPAD
- **Garantir à tous l'accès à une chirurgie d'excellence** : lancer une **2^{ème} vague de chirurgie ambulatoire** pour atteindre le potentiel évalué en France à 80%. Faire respecter les **seuils réglementaires de chirurgie** au sein d'une organisation des soins graduée (intervention technique en centre expert / hospitalisation en structure de proximité) et accompagner les nouvelles pratiques (chirurgie hors-bloc, radiologie interventionnelle, etc.).

LA DÉTÉRIORATION DE LA SANTÉ MENTALE POSE UN DÉFI MAJEUR AU SYSTÈME DE SANTÉ

1 Français sur 5

concerné par un trouble psychique

28 Md€

Dépenses d'Assurance Maladie afférentes à des troubles psychiques

Prévention

Prise en charge
non-médicamenteuse

Prise en charge
médicamenteuse

Arrêt de
l'activité professionnelle

Hospitalisation

190 k

secouristes formés en
France

6 000

Psychologues partenaires
→ 600 000 patients
accompagnés depuis 2022

+60 %

jeunes sous antidépresseurs en
2023 vs 2019
(Charges et Produits 2024)

1/3

des journées d'arrêts de travail
pour des motifs psy
→ 1^{er} poste d'AT de longue durée

564 k

Passages aux urgences pour
motifs psychiatriques en
2024

Sélection de propositions

- **Former 1 million de secouristes en santé mentale** (référents en entreprise, enseignants, travailleurs sociaux, associations sportives et culturelles, agents des services publics accueillant du public...) pour repérer plus tôt les signes de détresse psychique et orienter vers une prise en charge adaptée.
- **Poursuivre la structuration de la filière psychiatrique.** Soutenir au maximum les médecins généralistes en première ligne (téléexpertise avec des psychiatres, équipes de soins spécialisées en santé mentale dans chaque territoire, suites article 51 SESAME, accélération de MonSoutienPsy et ouverture d'une offre solvabilisée en ville de psychologues pouvant suivre des patients plus sévères, équipes mobiles, etc.). Organiser une permanence de soins psychiatriques (SAS & SAMU psy).

ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE : LE SYSTÈME DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

- La France fait figure d'exception par rapport à d'autres pays européens avec un dispositif « ALD » couvrant **20 % de sa population** contre **12% en Belgique et 4,8% en Allemagne** (pays fonctionnant avec un système de « bouclier sanitaire »). 
- En sus du modèle comparativement protecteur qui est le nôtre (prise en charge du TM à 100 %), ce périmètre atypique de patients concernés entraîne un fort décalage en matière de dépenses entre les personnes en ALD et les personnes qui ne sont pas en ALD. Ainsi, les patients en ALD représentent aujourd'hui déjà **deux-tiers de la dépense d'assurance maladie**.
- **C'est plus d'un quart de la population française** (~26 %) qui pourrait bénéficier de ce dispositif **en 2035**, soit 18 millions de personnes, contre 12 % en 2004 (8 millions de personnes). Les dépenses des personnes en ALD représenteraient alors **trois quarts des remboursements de l'Assurance Maladie**.
- Cette situation entraîne un **risque majeur de concentration de la dépense maladie sur le « gros risque » au détriment du « petit risque »**, le ticket modérateur apparaissant dès lors comme la variable d'ajustement pour équilibrer la répartition des dépenses d'AMO/AMC. Cela dessinerait la fin du principe d'universalité de la Sécurité sociale et du consentement aux cotisations sociales des assurés sociaux. .
- De surcroît, **le « statut ALD » ne permet pas aujourd'hui de faire face au principal défi qui est le nôtre : empêcher l'apparition de pathologies chroniques, éviter la chronicisation de la maladie et l'apparition de comorbidités**. Ce statut – administratif – est en effet le seul dont l'Assurance Maladie dispose pour engager des actions d'accompagnements (sophia 2.0, « Plan zéro patient ALD sans médecin traitant », campagnes d'aller-vers, majorations pour les professionnels de santé, etc.). Or cette intervention est trop tardive puisque, si le statut ALD est conditionné à des critères médicaux, il l'est également à des critères de surcoûts financiers. Dès lors, c'est bien l'ensemble du système de santé qui intervient trop tard dans la prise en charge de ces patients. A titre d'exemple, il ne nous est pas aujourd'hui possible d'identifier les patients en HTA alors mêmes qu'ils devraient être les premiers à bénéficier d'un parcours de soins adapté et attentionné.

ENJEUX DE LA PRISE EN CHARGE : LE SYSTÈME DES AFFECTIONS DE LONGUE DURÉE

Sélection de propositions et options

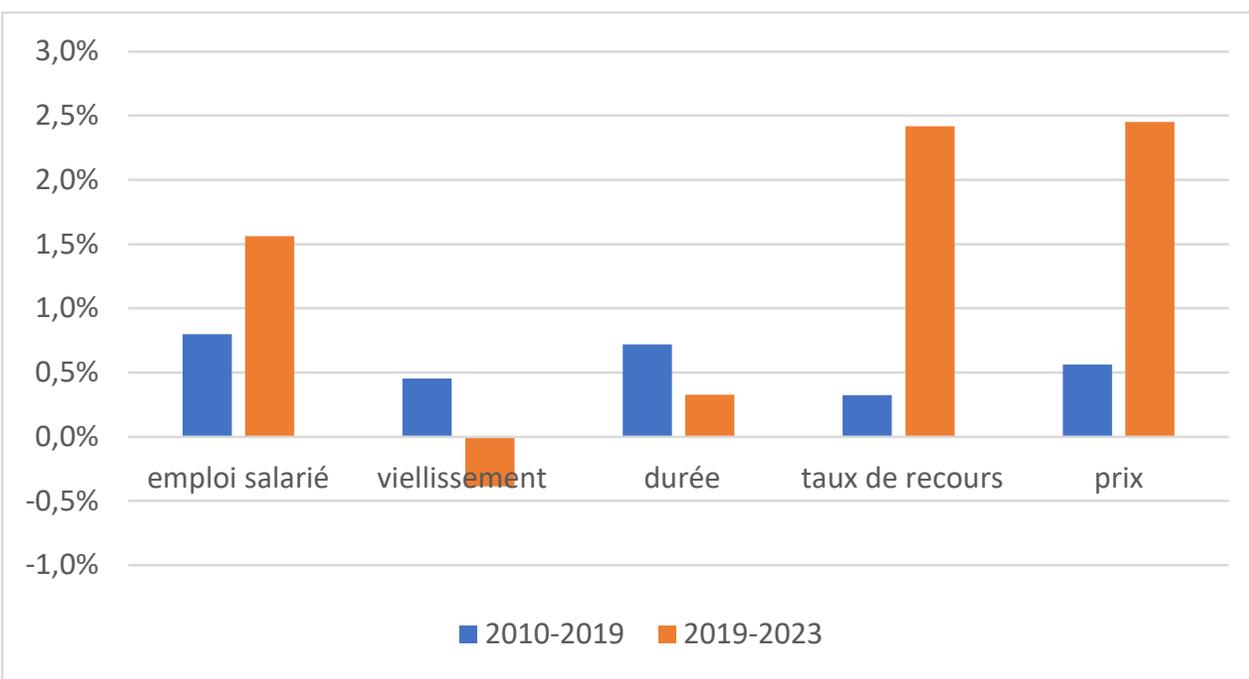
- **Investir au maximum dans la prévention primaire, secondaire et tertiaire (voir ci-avant)**, pour empêcher / retarder / diagnostiquer le plus précocement possible la survenue de pathologies chroniques, et lorsqu'elle survient, pour stabiliser leur état clinique en contrant l'aggravation de la maladie et la survenue de comorbidités.
- **Mettre en place une gestion plus dynamique des entrées et des sorties du dispositif des ALD** : Améliorer l'accompagnement des patients à leur entrée dans le dispositif ALD via un *parcours de prévention et d'information renforcées* destiné à retarder voire éviter l'aggravation de la pathologie (Sophia 2.0, Mon Espace Santé). Evaluer régulièrement la consommation de soins des personnes bénéficiant du dispositif afin de réévaluer l'exonération pour les personnes en situation de guérison ou de rémission de certaines pathologies (cancers en phase de rémission, certaines affections cardio-vasculaires après une période active de soins lorsque la personne se retrouve sans incapacité) pour la remplacer par un dispositif de suivi et surveillance renforcée. En cas de rechute ou d'aggravation de la pathologie, le dispositif ALD serait à nouveau déclenché.
- **Ne plus permettre la prise en charge à 100 %** des prestations ou des produits de santé dont l'efficacité ne justifie pas ce remboursement intégral (par exemple les cures thermales) et travailler avec la HAS à une **liste de soins spécifiques et opposables à terme** à chaque ALD.
- **Option non consensuelle : Créer un nouveau statut de « risque chronique » en amont de l'ALD**. Permettre, comme pour l'ALD, la déclaration de ce statut au moment du diagnostic par le médecin traitant d'une HTA, d'une obésité, d'un risque cardiovasculaire, d'une hypercholestérolémie, d'un diabète de type 2 sans comorbidité. Ce statut permet la mise en place d'un parcours de prévention adapté pour éviter ou retarder l'aggravation de la pathologie (par ex : bilan diététique, bilan activité physique, éducation thérapeutique, accompagnement Mon soutien psy) évitant la chronicisation et le développement de comorbidités. Recentrer le statut ALD et la prise en charge à 100 % par l'AMO lorsque le patient passe une étape dans sa maladie qui deviendra inévitablement longue et coûteuse, avec un fort recours au système de santé. [Dans ce schéma, les associations de patients et les sociétés savantes pourraient déterminer, pathologie par pathologie, la gradation de la prise en charge médicale et financière en lien avec la HAS].

UNE DYNAMIQUE DES IJ MALADIE BEAUCOUP PLUS ÉLEVÉ QU'HISTORIQUEMENT

Taux de croissance annuel moyen de la dépense d'IJ maladie



Facteurs explicatifs de l'évolution du montant indemnisé des IJ maladie



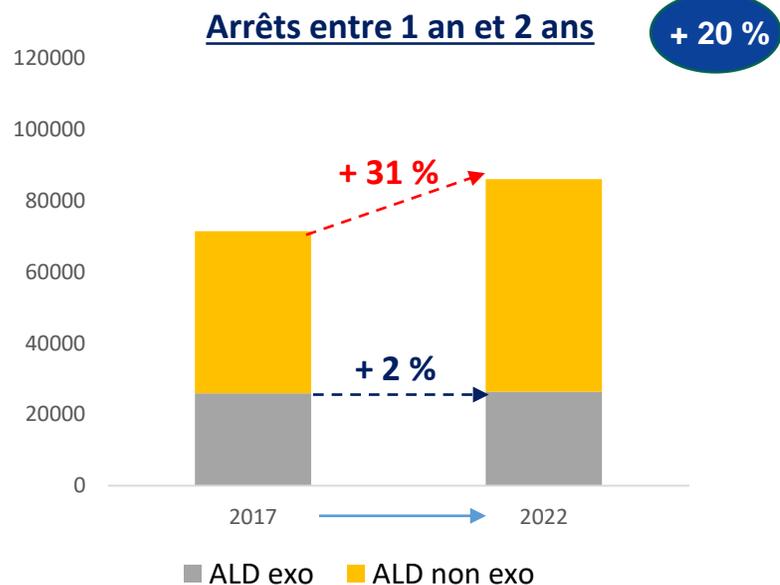
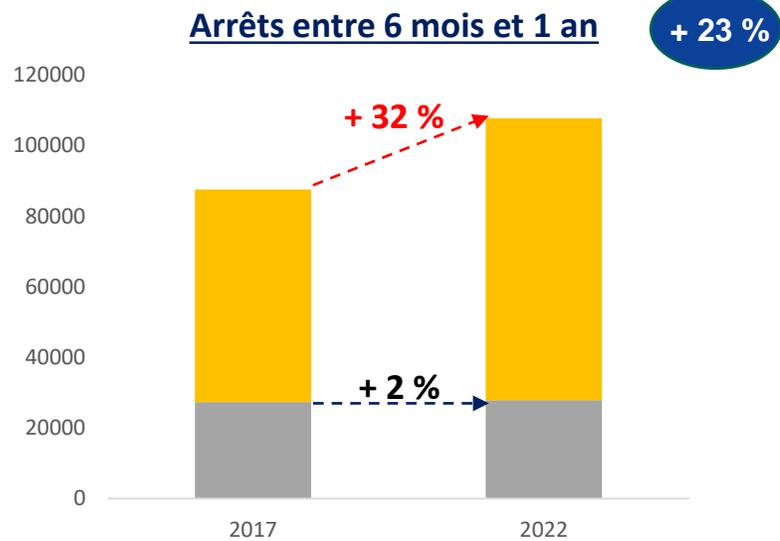
Lecture : entre 2019 et 2023, la hausse du taux de recours à âge donné contribue pour 2,4 points sur les 6,3 points d'augmentation de la dépense, soit 38 %. L'augmentation du nombre d'IJ à âge donné contribue pour 0,3 point sur 6,3, soit 5 %. *Champ* : Régime général hors travailleurs indépendants, France. *Source* : SNDS

Emballlement de la dépense d'IJ entre 2019 et 2023

→ **Explosion de la croissance** : + 6,3 %/an (assiette de ~16 Md€), soit + 1,1 Md€ en 2024

→ Plus de 40 % de l'augmentation est liée au taux de recours et à l'augmentation de la durée moyenne par arrêt

À LA DIFFÉRENCE DES REMBOURSEMENTS DE SOINS, UNE HAUSSE LIÉE PRINCIPALEMENT AUX ASSURÉS QUI NE SONT PAS EN AFFECTION DE LONGUE DURÉE



- Ce sont paradoxalement **les personnes n'étant pas en ALD** qui contribuent à la **croissance des arrêts longs**, de surcroît à un niveau très soutenu.
- La plupart de ces patients semblent être **peu suivis médicalement**. A titre d'exemple, pour les patients arrêtés en longue durée sans ALD pour un TMS (via le statut « ALD non exonérante»), seuls 41% consomment des antalgiques et 72% ont vu un MK.
- Parmi les motifs les plus courants d'arrêts longs, on retrouve les syndromes dépressifs et anxiodépressifs mineurs (TADM), la lombalgie commune et la sciatique pour lesquelles les durées de prescription dépassent largement les recommandations scientifiques qui invitent à un **suivi médical régulier** et donc à des primo-prescriptions courtes (respectivement 15 jours, 5 jours et 35 jours).
→ Exemple pour la sciatique : durée recommandée de 35 jours maximum / 600 PS ont prescrit des arrêts de plus de 124 jours
- Ces arrêts de très longue durée sans suivi médical se traduisent mécaniquement par une forte **désinsertion professionnelle**.
- Des contrôles médicaux ponctuels sur les arrêts de plus de 18 mois ont montré que **54% des arrêts concernés par ces contrôles n'étaient plus justifiés** avec la possibilité d'une reprise du travail pour le salarié ou d'un passage en invalidité

INDEMNITÉS JOURNALIÈRES : PROPOSITIONS

Sélection de propositions et options

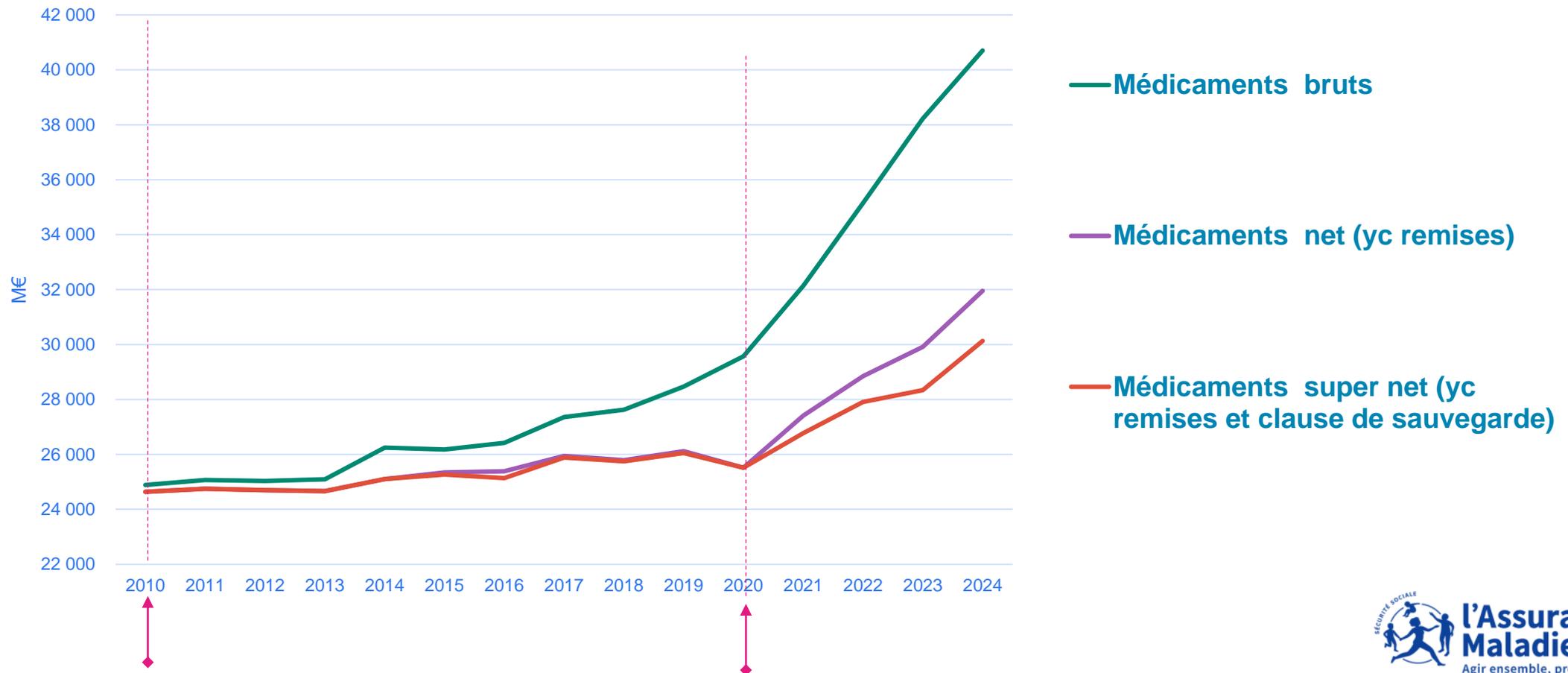
- **Améliorer et simplifier la prise en charge des assurés** : mettre en œuvre une **équité des conditions d'ouverture de droits** quelle que soit l'activité de l'assuré (salarié ou indépendant) et son ancienneté dans l'entreprise pour que les contrats précaires ne soient pas exclus de la prévoyance. Rendre **la subrogation des arrêts maternité et des arrêts maladie obligatoire** pour les employeurs.
- **Lutter contre l'absentéisme de courte durée** en encadrant davantage la **prescription** : rendre les motifs d'arrêt obligatoires et limiter la durée de l'arrêt pouvant être prescrit (en primo-prescription : 1 mois en sortie d'hôpital et 15 jours en ville, puis par tranche de deux mois maximum) afin de garantir un vrai suivi médical de la personne arrêtée et la pertinence de l'arrêt de travail.
- **Option non consensuelle : Lutter contre l'absentéisme de courte durée** en incitant les **employeurs**, via un système financier de **bonus/malus**, à améliorer les conditions de vie au travail (cf campagnes Assurance Maladie sur l'absentéisme atypique) et à faire davantage de prévention pour réduire les arrêts courts évitables (vaccination en entreprise contre la grippe)
- **Option non consensuelle : Mieux protéger les personnes en arrêt long et éviter leur désinsertion professionnelle** en supprimant le régime dit d' « ALD non-exonérante » au profit des deux régimes de droit commun (ALD ou non-ALD) avec, en parallèle, un renforcement des actions de prévention de la désinsertion professionnelle
- **Option non consensuelle : Améliorer la protection du risque lourd** en instaurer un « contrat de prévoyance responsable » basculant une partie des financements complémentaires de l'entreprise sur les arrêts de long terme, source de paupérisation. Le contrat responsable pourrait prévoir une indemnisation obligatoire pendant toute la durée de l'arrêt, en sus des 50 % de l'Assurance Maladie (par exemple de 10%), en contrepartie d'une indemnisation plafonnée à 90 % du revenu net du salarié pour les arrêts courts (par exemple de moins d'un mois). En tant que contrat responsable, il bénéficierait dès lors d'une fiscalité incitative.

03

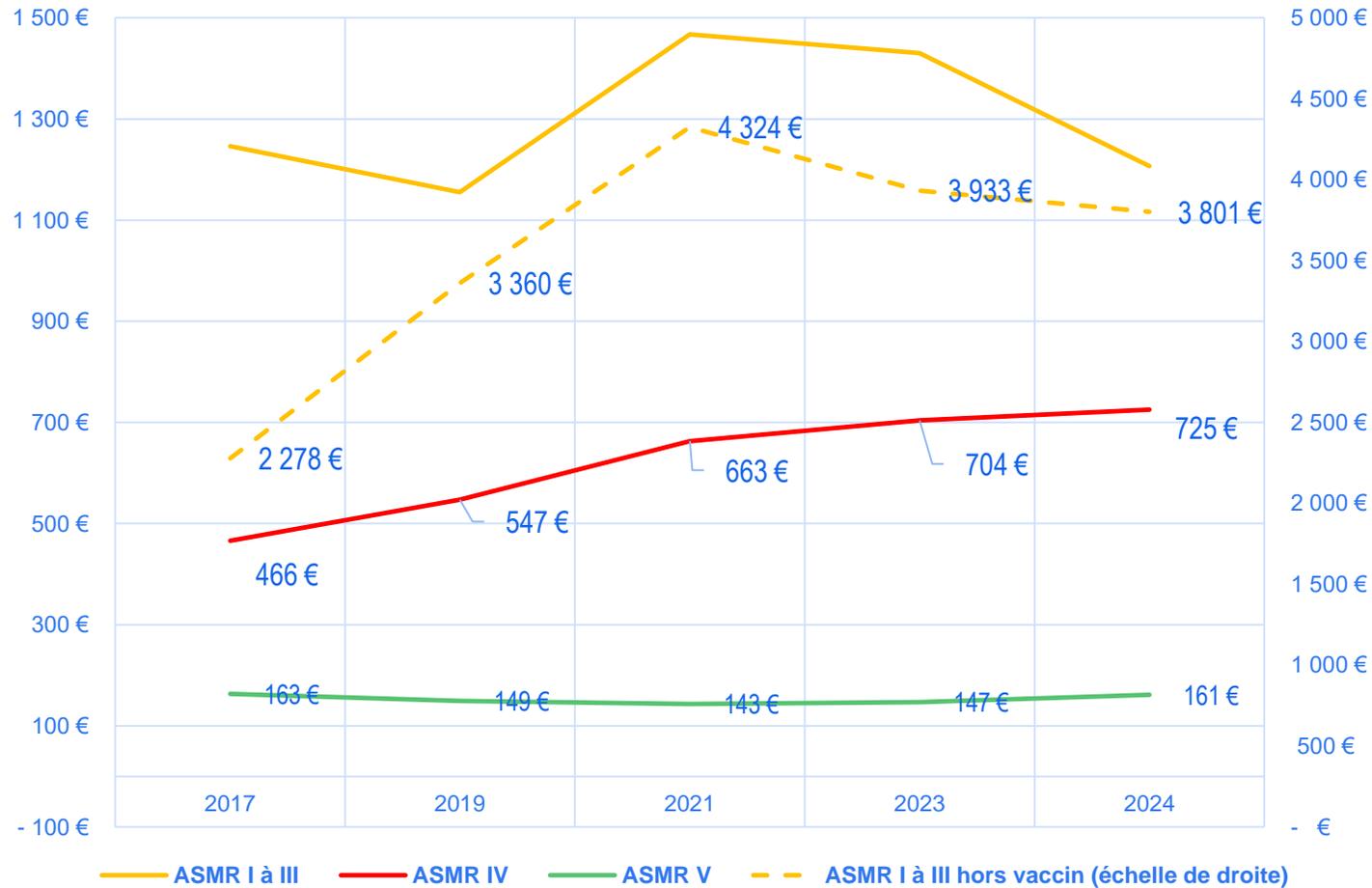
**ENGAGER DES ACTIONS FORTES
POUR PAYER LE JUSTE SOIN AU
JUSTE PRIX**

LE MÉDICAMENT : UNE CROISSANCE QUI N'EST PAS COMPATIBLE AVEC UNE SOUTENABILITÉ DU SYSTÈME DE SANTÉ

Une rupture dans l'évolution des dépenses de médicaments depuis 2020 : un taux de croissance annuel moyen de 4,2 % entre 2020 et 2024 contre 0,6 % entre 2010 et 2019



COMPARAISON DE LA DÉPENSE REMBOURSABLE, NETTE DE REMISES, PAR PATIENT, SELON LE NIVEAU D'AMÉLIORATION DU SERVICE MÉDICAL RENDU (ASMR) ENTRE 2017 ET 2024



- **Le coût moyen des innovations** progresse sans cesse
- **Le coût moyen des produits** apportant un progrès thérapeutique mineur (ASMR IV) a explosé : **+55 % en 7 ans**
- **Le coût moyen des produits sans amélioration (ASMR V) progresse depuis 2021** ainsi que leur dépense totale, alors qu'il diminuait dans le passé

UNE PROBLÉMATIQUE FORTE : L'ONCOLOGIE

27 Md€

de dépenses en lien
avec les cancers en 2023

6,3 Md€

de dépenses associées
aux médicaments anticancéreux à l'hôpital
(liste en sus)

45 %

des produits remboursés entre
2016 et 2023 n'apportaient pas
de preuves d'efficacité

57 %

de hausse des dépenses
de traitement par année
de vie gagnée

Une escalade
thérapeutique parfois
au détriment de la
qualité de prise en
charge et de vie des
patients

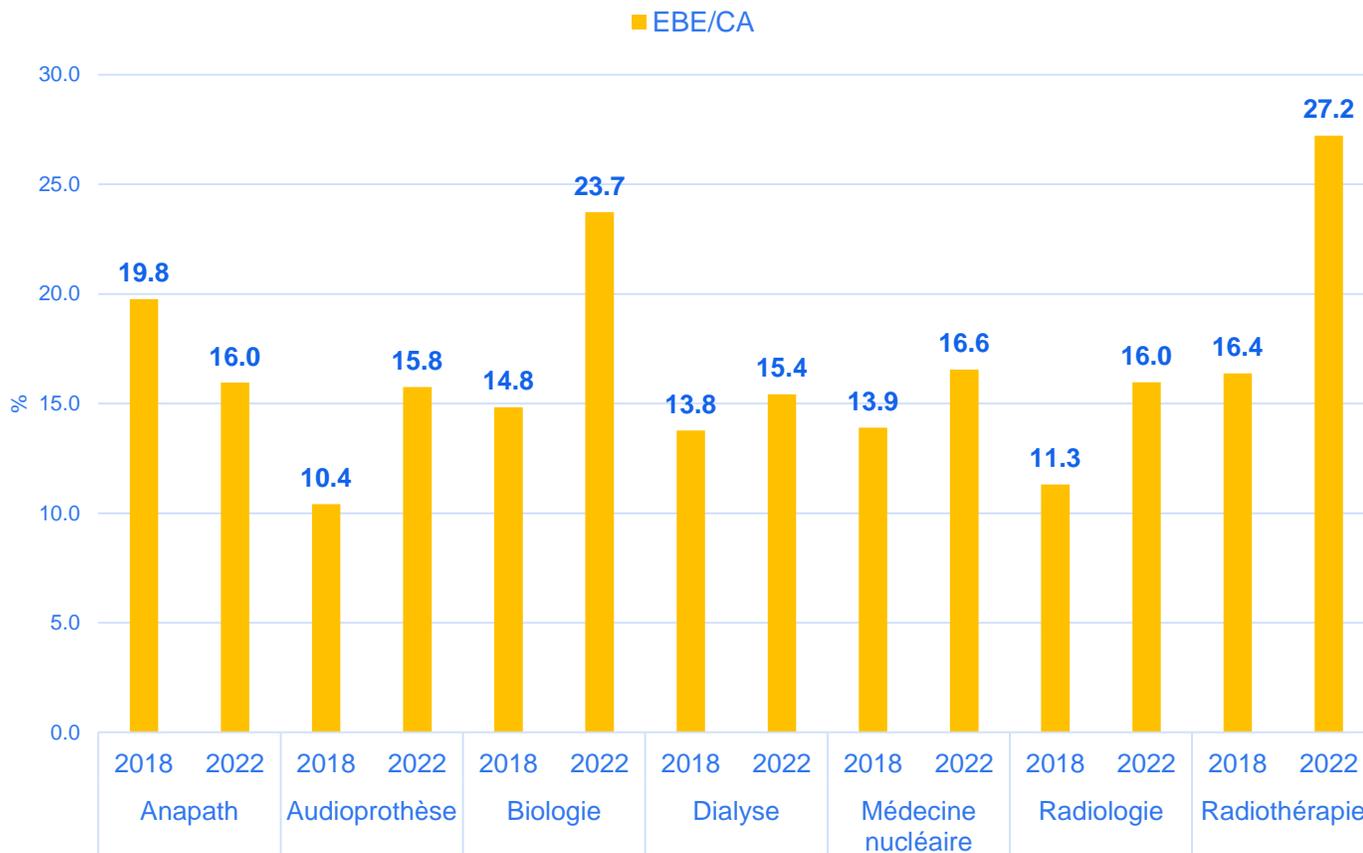
MEDICAMENTS : PROPOSITIONS

Sélection de propositions

- **Baisser les prix des médicaments en ASMR IV et V**, et aligner les prix nets sur les prix faciaux
- **Enrayer le phénomène « payer plus cher qu'avant des médicaments qui démontrent moins bien leur intérêt » en oncologie** : Revoir la politique de tarifs excessifs sur les médicaments anti-cancéreux, réinterroger le remboursement de certains médicaments anticancéreux ne présentant aucun résultat probant dans le cadre de leurs essais cliniques et exiger des données probantes dans le cadre des nouvelles inscriptions
- Appliquer aux **médicaments biosimilaires** l'ensemble des dispositifs ayant permis une pénétration forte des médicaments génériques : tiers payant contre biosimilaires, alignement des remboursements bioréférents, biosimilaires au bout de deux ans de commercialisation du biosimilaires. Empêcher les stratégies de contournement des laboratoires par la constitution de groupe de médicaments interchangeableables (« jumbo groups »).
- **Faire de la désescalade thérapeutique une priorité**, en lançant un large programme de financement des études de désescalade thérapeutique auquel l'industrie pharmaceutique participerait financièrement.

DES SITUATIONS DE RENTES ÉCONOMIQUES SE SONT CONSTITUÉES DANS CERTAINS SECTEURS DE L'OFFRE DE SOINS

Evolution de la moyenne des ratios de rentabilité selon le secteur d'activité, 2018 - 2022



Notes : Les données présentées sont des moyennes, associées à leur intervalle de confiance à 95 %.

Sources : SNIIRAM, FARE.

En 2022, les secteurs de soins étudiés (anatomopathologie, audioprothésistes, biologie, dialyse, médecine nucléaire, radiologie, radiothérapie, pour un total de **13 Mds €** de dépenses d'Assurance Maladie) présentaient une **rentabilité opérationnelle moyenne supérieure à 15 %**

Ces analyses inédites permettent d'établir une **transparence sur le niveau de rentabilité de plusieurs secteurs de l'offre de soins : elles doivent être pérennisées et étendues** pour que le régulateur public puisse mener des actions de régulation économique pertinentes

Dans un contexte de déficit important et structurel de la branche maladie, **de tels niveaux de rentabilité nécessitent de renforcer les actions de régulation économique**, dans une double logique de plus grande équité entre les différents niveaux de revenus des offreurs de soins, et de maîtrise de la dépense publique, **l'Assurance Maladie n'ayant pas vocation à financer des rentes économiques**

RENTES : PROPOSITIONS

Sélection de propositions

- **Baisser les tarifs des secteurs présentant des très hauts niveaux de rentabilité** et où des rentes se sont constituer sur de l'argent public. Prévenir la constitution de rentes en faisant évoluer de manière plus réactive la tarification des actes et forfaits versés aux professionnels de santé (maintenance de la CCAM, études régulières de coûts, etc.)
- **Etablir la transparence totale sur la composition de l'offre de soins** : rendre obligatoire à chaque offreur de soins la déclaration de son éventuel appartenance à un groupe, groupement ou réseau. Instituer et rattacher à l'Assurance Maladie un Observatoire des niveaux de rentabilité et d'endettement de l'ensemble des secteurs qui composent l'offre de soins. Clarifier les règles de gouvernance des Sociétés d'Exercice Libéral (SEL) ayant ouvert leur capital à des acteurs financiers pour garantir l'indépendance des professionnels de santé (sur le modèle de la conciliation organisée par le Conseil d'Etat dans la santé animale). Renforcer la transparence sur les autorisations des Equipements Médicaux Lourds.

L'AMÉLIORATION DE LA QUALITÉ ET DE LA PERTINENCE CONSTITUE UN ENJEU MAJEUR POUR ASSURER UNE JUSTE SOLLICITATION DU SYSTÈME DE SANTÉ ET GARANTIR SA SOUTENABILITÉ

+ 4,7 % / an

de croissance en volume des dépenses de soins de ville
entre 2019 et 2024

+ 3,7% / an

de dépense moyenne de transport
sanitaire entre 2019-2024

+9,3% / an

en volume économique de
médicaments remboursés en officine
sur 2019-2024

+8 % / an

de dépenses de remboursement liées
aux prescriptions hospitalières exécutées
en ville (PHEV) entre 2019 et 2024

3,5 x plus

d'actes de soin infirmier par IDEL et
par patient dans les zones sur-dotées
par rapport aux zones sous dotées

Le volume de consommation de soins connaît une forte croissance sur les 5 dernières années et l'analyse de chacun des postes de dépenses met en lumière des gisements en matière de pertinence liés à un phénomène de mésusage voire de gaspillage sur différents champs de prescription.

L'Assurance Maladie conduit déjà une action volontariste via :

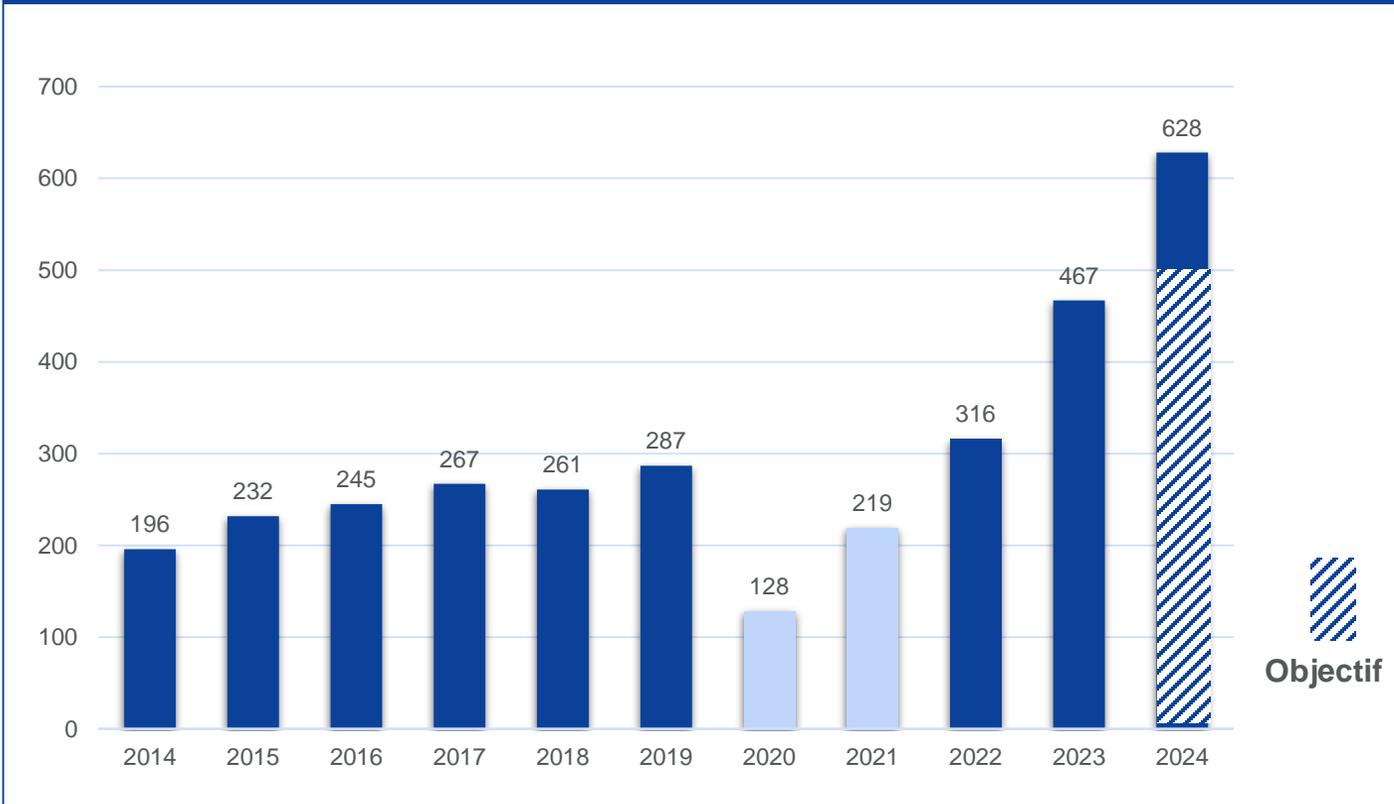
- **Des campagnes régulières d'information et d'accompagnement : +250 000 entretiens annuels** avec des professionnels de santé, grandes campagnes de communication sur le bon usage du système de santé (rdv non honorés, transports partagés, sobriété médicamenteuse ...)
- **Des méthodes de mobilisation qui évoluent** : 15 programmes conventionnels partagés sur la pertinence, limitation de la primo-délivrance des pansements, **dispositifs d'accompagnement spécifiques pour garantir la juste facturation** par les professionnels de santé, (Mission nationale d'Installation et de Pratiques des Professionnels de Santé - MIPPS)
- **Des nouveaux outils de sécurisation des actes et prescriptions** : ordonnance numérique, App CV, sécurisation des arrêts de travail, tiers-payant contre carte Vitale

QUALITE ET PERTINENCE : PROPOSITIONS

- **Sensibiliser les assurés et les professionnels au coût de la santé.** Lancer une campagne nationale (coût d'un accouchement, d'une nuit à l'hôpital, etc.). Restituer à chaque assuré ce que l'Assurance Maladie a réellement investi pour sa consommation de soins annuelle. Développer le « retour d'information aux PS » sur leurs pratiques (activité, facturation, prescription) afin de leur permettre d'adapter au mieux leur exercice par eux-mêmes, en se comparant à leurs pairs (Amelipro).
- **Rendre le recours au numérique obligatoire pour les professionnels de santé.** Conditionner le niveau des tarifs de l'Assurance Maladie pour les professionnels à l'alimentation de Mon Espace Santé. Généraliser l'ordonnance numérique et l'élargir à tous les champs de prescription en données structurées (soins paramédicaux, imagerie, biologie) et exiger l'utilisation des logiciels d'aide à la prescription, d'aide à la décision médicale, et d'aide à la délivrance les plus performants (IA).
- **Poursuivre les travaux de rationalisation de la dépense de transport.** Faire financer par les établissements les dépenses de transports des patients dialysés (leur transférer la totalité du budget 2025 consacrée à ce poste) pour les inciter à organiser les salons de sortie et le transport partagé. Mettre en place une plateforme de commandes de transports gérée par l'Assurance Maladie, prioritairement à l'appui des médecins de ville.
- **Prévenir la redondance, voire la surfacturation, des actes paramédicaux.** Renforcer la régulation dans les zones très sur-dotées (élargissement des zones et instauration d'une règle « 2 départs pour 1 installation »). Clarifier les règles relatives au salariat, au remplacement et à la collaboration, et veiller à leur respect en particulier dans les zones sur-dotées. Définir avec les professionnels des seuils de « suractivité » incompatible avec une bonne qualité des soins.
- **Améliorer la qualité et la pertinence de la prescription à l'hôpital.** Déployer l'ordonnance numérique à l'hôpital. Mettre en place un nouveau mécanisme incitatif à la maîtrise des prescriptions hospitalières qui sont réalisées en ville, financée sur le risque (partage de gain). Aller progressivement jusqu'à **10%** du financement hospitalier réservé à l'enveloppe IFAQ (incitation financière à améliorer la qualité) et en simplifier les indicateurs
- **Renforcer le bon usage des produits de santé.** Poursuivre les travaux de lutte contre le gaspillage en travaillant avec l'ANSM à la remise en circuit de certains dispositifs médicaux reconditionnés et de médicaments non-utilisés et non-périmés. Aligner la tarification et le cahier des charges de la PPC sur les modèles étrangers et construire des mécanismes de régulation sectorielle par catégorie de dispositifs médicaux.
- **Conditionner le conventionnement des professionnels de santé** (entrée/maintien) à sa maîtrise des règles de facturation et de l'état de l'art en matière de qualité et de pertinence

ACCROÎTRE LA CAPACITÉ DE L'ASSURANCE MALADIE À STOPPER RAPIDEMENT LES FRAUDES

Evolution du montant du préjudice détecté et stoppé depuis 2014 (en millions d'euros)



L'année 2024 a été marquée par un résultat record en matière de préjudice financier détecté et stoppé : près de **628 millions d'euros**, soit une hausse de plus d'un tiers par rapport à l'année précédente **(+34%)**

La répartition des préjudices détectés par **professionnel de santé** met en évidence des résultats particulièrement en hausse chez les professions suivantes : **audioprothésistes** (115 millions d'euros), **pharmacies** (62 millions), **infirmiers** (56 millions), **transporteurs** (41 millions) et **centres de santé** (39 millions)

Concernant les assurés, les fraudes représentent un préjudice détecté et stoppé de près de **109 millions d'euros en 2024**. Elles relèvent principalement de la **fraude documentaire** pour obtenir des **droits** (fausses pièces d'identité), des **prestations en espèces** (faux arrêts de travail) ou des **remboursements de frais de santé** (fausses ordonnances)

LUTTE CONTRE LA FRAUDE : PROPOSITIONS

Sélection de propositions

- **Conditionner le tiers payant à l'utilisation systématique de la carte Vitale** (sauf cas exceptionnels)
- **Développer des systèmes d'alertes pour signaler une fraude** : Mettre en place un système de notifications en continu de l'assuré pour chaque remboursement, afin qu'il identifie les facturations frauduleuses. Créer un cadre de recueil de signalement de fraudes, pour les assurés et pour les professionnels de santé, efficace et transparent.
- **Prévenir la récurrence de la fraude**. suspendre le bénéfice de la garantie de paiement en cas de sanction pour fraude du professionnel de santé et durcir les modalités de reconventionnement des professionnels déconventionnés pour cause de fraude. suspendre temporairement le bénéfice du tiers-payant pour les assurés sanctionnés pour fraudes et mieux informer les assurés des sanctions encourues en cas de fraude.
- **Élargir le champ d'action de l'Assurance Maladie en matière de lutte contre la fraude**, d'une part en luttant contre le nomadisme médical et les consommations atypiques de soins (action ciblée sur la « surconsommation » de certains assurés), d'autre part en élargissant les motifs existant (dépôts de plainte, récurrence de fraude) permettant d'allonger le délai de 7 jours impartis à l'Assurance Maladie pour régler les PS en contrepartie de la pratique du tiers-payant (procédures ordinaires, actes fraudogènes). Faciliter les contrôles de la bonne exécution des prescriptions par l'Assurance Maladie, en permettant l'utilisation des données issues de l'ordonnance numérique pour vérifier la bonne délivrance des produits ou des actes réalisés
- **Généraliser l'utilisation de l'IA à l'Assurance Maladie pour la détection et la prévention des fraudes**. Continuer de fournir aux professionnels des outils permettant d'alimenter les bases de données d'ordonnances frauduleuses, etc.

04

UNE TRAJECTOIRE POUR NOTRE SYSTÈME DE SANTÉ POUR ASSURER SA PÉRENNITÉ

ÉLÉMENTS DE RÉFLEXION POUR RÉTABLIR LA SOUTENABILITÉ FINANCIÈRE DE L'ASSURANCE MALADIE

- **Le déficit de l'Assurance Maladie a atteint un niveau inédit** hors situation de crise et devrait encore s'accroître d'après notamment les derniers éléments présentés en Commission des comptes de la sécurité sociale
- **La France est le 3^e pays à investir le plus dans la santé**, que ce soit en part de PIB ou de dépenses par habitant (11,9 % du PIB consacré à la santé en 2022 et 4 620 euros PPA santé par habitant). Cette dépense n'est pas efficace à 100 % (existence de rentes, pratiques non pertinentes, défauts dans l'organisation du système, fraudes à l'assurance maladie)
- **Ces différents éléments convergent vers un pilotage des dépenses d'assurance maladie qui devraient progresser au même rythme que le PIB.** C'est ce qui s'est passé lors de la décennie 2010-2019 avec des réformes structurelles, aux effets médico-économiques positifs : développement de la chirurgie ambulatoire, pénétration des médicaments génériques, programmes d'efficience des achats hospitaliers et régulation du marché du médicament.
- L'Assurance Maladie assure le plus haut niveau de couverture publique du monde (80 % de la dépense de santé). Cette part a été en augmentation depuis une décennie (progression des patients en ALD, impact des traitements coûteux).
- Au-delà des efforts sur la prévention et l'organisation du système, **l'enjeu de soutenabilité pourrait conduire à construire un cadre pluriannuel qui stabilise le taux de couverture par l'AMO, pour que la progression mécanique de ce taux de couverture ne s'ajoute pas à la dynamique de la dépense.**
- Pour stabiliser le déficit, **cette indexation sur le PIB devrait également s'appliquer aux recettes.** Or les recettes de l'Assurance Maladie progressent aujourd'hui moins vite que le PIB.

TRAJECTOIRE : ASSURER UNE ÉVOLUTION COMME LA RICHESSE NATIONALE



Leviers mobilisés pour la trajectoire

Levier

Recettes / économies cumulées 2030

1.1

Stabiliser les recettes en part du PIB

Recettes : 2,5 Mds€



1.2

Stabiliser les dépenses en part de PIB

1.2.1

Stabiliser la part de l'AMO à 80% des dépenses

Économies AMO : 3 Md€

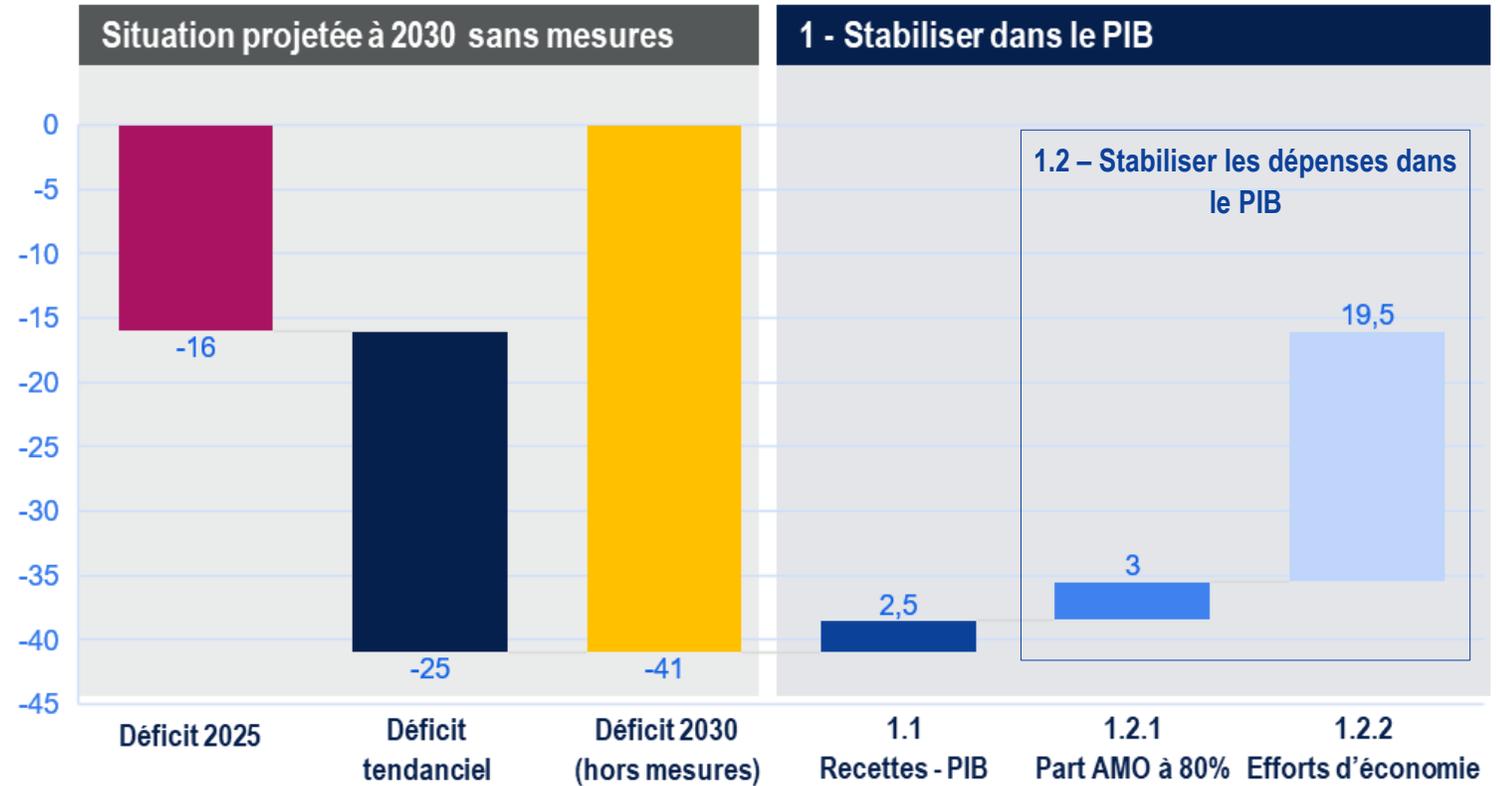
1.2.2

Efforts d'économie pour atteindre 19,5 Md€

Économies en dépenses : 19,5 Md€



Trajectoire projetée



CONSTRUIRE UN PACTE ENTRE LES ASSURANCES MALADIE OBLIGATOIRE ET COMPLÉMENTAIRES POUR PERMETTRE UN NOUVEAU PARTAGE DE PRISE EN CHARGE DE CERTAINS SOINS AVEC LES ORGANISMES COMPLÉMENTAIRES

L'ampleur de l'effort nécessaire pour faire évoluer les dépenses de l'Assurance Maladie comme la richesse nationale nécessite de refonder l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC) pour permettre un financement stable, lisible et assurant un accès à l'assurance santé pour tous.

Cette refondation doit préserver des évolutions ponctuelles de la protection maladie et de réfléchir sereinement à la problématique du remboursement des dépenses de santé. Cette refondation pourrait s'articuler autour de trois axes majeures.

L'affirmation d'une nouvelle place pour les organismes complémentaires notamment en matière de prévention et de lutte contre les fraudes

Une réflexion sur les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des organismes complémentaires dans le cadre de la préservation de l'effort de financement entre l'AMO et l'AMC

La réaffirmation de l'objectif d'une assurance complémentaire pour tous

STABILISATION DE LA PART FINANCÉE PAR LA SOLIDARITÉ DANS LA DÉPENSE TOTALE DE SANTÉ

Sélection de propositions et options

- **Réunir l'ensemble des parties prenantes** afin de déterminer les modalités de la participation financière des patients et de l'intervention des organismes complémentaires pour stabiliser la part financée par l'AMO à 80 %
- **Rehausser le plafond de la complémentaire santé solidaire** pour que tous les assurés dont les revenus sont en dessous du seuil de pauvreté y soient éligibles
- **Option non consensuelle : Revoir le périmètre des contrats responsables**, notamment en allongeant la fréquence de renouvellement des lunettes à niveau de correction inchangé. Interdire la publicité pour les lunettes de vue et les audioprothèses
- **Option non consensuelle : Définir un contrat socle** devant être proposé par l'ensemble des organismes complémentaires couvrant strictement (ni plus, ni moins) les garanties du contrat responsable, afin que chaque assuré puisse avoir le choix d'un contrat « bon-marché »

POUR UNE ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ AU RYTHME DE LA RICHESSE NATIONALE : UNE STRUCTURATION DES EFFORTS À DÉFINIR À HORIZON 2030

Leviers

Impact cible 2030

1.1 Stabiliser les recettes de l'Assurance Maladie au rythme du PIB

Accroître les recettes de l'Assurance Maladie issue de la taxation des produits nocifs pour la santé

Accroître les recettes de l'Assurance Maladie en lien avec la santé environnementale

2,5 Md €

1.2 Stabiliser la part de l'AMO à 80% des dépenses

Modifications du panier de soins remboursables

Sécurisation du périmètre de prise en charge à 100 % des soins

Révision des mécanismes de participation financière

3 Md €

1.3 Stabiliser les dépenses en part du PIB

Prévention : développer la prévention secondaire et tertiaire pour réduire la prévalence des maladies chroniques et leurs complications

500 M€

Organisation des parcours et du lien ville-hôpital : mieux prendre en charge les pathologies chroniques

2 Md €

Produits de santé : assurer une régulation compatible avec la soutenabilité de notre système de santé

6 Md €

Régulation sectorielle : prévenir les phénomènes de rentes et d'optimisation financière

2 Md €

Arrêts de travail : ajuster les dispositifs de prise en charge des indemnités journalières

2 Md €

Efficience et pertinence : déployer à large échelle une politique de sécurisation des prescriptions et de responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système

4 Md €

Lutte contre les fraudes : poursuivre la dynamique de montée en charge de la politique de lutte contre les fraudes

3 Md €

Cible à 2030 pour stabiliser les dépenses dans le PIB en plus de la stabilisation du financement AMO

19,5 Md €

🔍 Focus slide 66

FINANCEMENT : PROPOSITIONS FINANCIÈRES DE L'ASSURANCE MALADIE POUR 2026

Historiquement, l'Assurance Maladie propose 1,3 Md€ d'économies dans le cadre de la construction du projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

Face à l'ampleur du déficit, l'Assurance Maladie propose un programme d'actions inédit pour 2026, s'inscrivant dès à présent dans la logique du « PIB » :

3,9 Md€ en 2026, première étape de la trajectoire 2030

Thématiques	Rendement 2026
Organisation et parcours de soins en ville et à l'hôpital	200
Stabiliser la part AMO à 80%	600
Produits de santé : pertinence de la tarification	1 200
Régulation sectorielle	400
Amélioration de l'efficience et de la pertinence des soins	800
Indemnités journalières	300
Lutte contre les fraudes	400
Total	3 900

LA RÉSORPTION DU DÉFICIT ACTUEL : LES DIFFÉRENTS SCÉNARIOS

La définition d'une trajectoire d'évolution très exigeante des dépenses d'assurance maladie à l'horizon 2030 sur un rythme semblable à celui de la richesse nationale associée une évolution des recettes qui serait sur le même rythme, permettrait de stopper la dégradation de la situation financière, mais pas de résorber le déficit actuel puisque recettes et dépenses évolueraient au même rythme.

Restaurer effectivement l'équilibre de la branche maladie de la sécurité sociale implique donc « d'aller plus loin », et de répondre à deux principales questions, en théorie simple : à quelle date veut-on atteindre l'équilibre ? quelle répartition de l'effort entre recettes et dépenses ?

S'agissant des leviers de redressement et de la répartition recettes-dépenses, différentes visions coexistent.

Pour justifier un **effort supplémentaire en dépenses** qui irait donc au-delà de ce qui est nécessaire pour tenir une évolution semblable à celle de la richesse sociale, pourraient être avancés :

- l'ampleur des financements publics dédié à la santé (10,1 % du PIB), ce qui nous place en deuxième position des pays de l'OCDE ;
- les besoins de financements publics sur d'autres thématiques (transition écologique, éducation-recherche, défense) qui sont élevés ;
- le constat d'inefficiences importantes dans le système et donc d'économies possibles sans dégrader l'accès et la qualité des soins ;
- le niveau très élevé des prélèvements obligatoires dans notre pays (42,8 % du PIB).

S'agissant des arguments qui justifient un **recours au levier des recettes**, on peut citer :

- le caractère déjà très ambitieux d'un Ondam qui évoluerait au même rythme que le PIB comme le montrent les travaux de projections de l'OCDE ;
- la puissance des facteurs structurels d'augmentation des dépenses de santé (vieillesse-maladies chroniques-innovation) et des besoins de prise en charge qui « justifient » que nous dédions plus de ressources à la santé ;
- le non-financement du Ségur de la santé dans le cadre du pilotage des comptes de la Sécurité sociale depuis 2021.