



Le 14 avril 2025

## COMMUNIQUÉ DE PRESSE

### Note de synthèse

# L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE (ONDAM) : MAÎTRISER SA PROGRESSION EN VEILLANT À LA QUALITÉ DES SOINS

**L'Ondam est un instrument de pilotage pluriannuel des dépenses de trois branches de la sécurité sociale (maladie, autonomie, accidents du travail et maladies professionnelles) qui assurent le financement du système de santé. Son montant est voté chaque année dans la loi de financement de la sécurité sociale et atteint 265,4 Md€ en 2025 (hors dépenses liées au covid). Depuis 2019, le système de santé bénéficie d'importants moyens supplémentaires : l'Ondam (hors covid) progresse de 4,8 % par an de 2019 à 2025, contre 2,4 % par an de 2015 à 2019 ; sa part au regard du PIB est passée de 8,2 % (2019) à 8,9 % (2025). Cependant, le système de santé reste sous la contrainte d'une pénurie des personnels soignants, de difficultés d'accès aux soins et d'enjeux de qualité et de sécurité des soins. Dans l'avenir, des facteurs structurels pèseront sur l'évolution des dépenses de santé, notamment du fait du vieillissement de la population, chiffrable à + 3 Md€ par an d'ici 2030 en soins de ville et hospitaliers, et du développement des maladies chroniques.**

### **Une efficacité des dépenses à améliorer pour faire face aux besoins nouveaux**

Une telle perspective implique d'améliorer l'efficacité des dépenses de l'Ondam. D'ici à 2028, la progression de l'Ondam est prévue à 2,9 % par an dans la loi de financement de la sécurité sociale. Le respect de cette trajectoire implique que des mesures d'économie soient prises, qui, à ce stade, ne sont pas documentées. Cette trajectoire ne suffit pas puisqu'elle conduit à presque doubler le déficit cumulé des trois branches de la sécurité sociale qui financent l'Ondam de 11,8 Md€ (2024) à 20,1 Md€ (2028), représentant une dette sociale de 73,4 Md€ au titre des exercices de 2025 à 2028. La préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2026 devrait être l'occasion d'engager un programme pluriannuel de maîtrise de la progression des dépenses de l'Ondam selon une ampleur et un calendrier à définir par les pouvoirs publics.

La Cour présente la synthèse des mesures issues de ses récents rapports. Elles visent à documenter les propositions d'économies nécessaires pour gager les mesures nouvelles et tenir la trajectoire de l'Ondam ; à contenir la part de l'Ondam au regard du produit intérieur brut ainsi que, autant que possible, à contribuer au retour à l'équilibre financier des branches de la sécurité sociale. En conservant les principes d'organisation et de prise en charge des patients, la Cour identifie trois pistes : dépenser à bon escient ; dépenser efficacement ; dépenser équitablement.

### **Des progrès dans la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie à accentuer**

Les résultats de la lutte contre les fraudes à l'assurance maladie sont en net progrès (628 M€ en 2024, + 35 %), mais restent nettement en-deçà des estimations des fraudes (4,5 Md€). Des marges de progrès existent. Les résultats sont hétérogènes selon les secteurs de santé. Après leur interruption durant la crise sanitaire, les contrôles sur les recettes d'activité des établissements de santé ont récemment repris depuis octobre 2024. Il existe aussi une disparité de l'utilisation des outils de contrôle des dépenses de l'assurance maladie entre territoires. La lutte contre les fraudes de la branche autonomie reste limitée.

## **Une pertinence des soins et des prises en charge à mieux assurer**

Certaines pratiques médicales et prises en charge par l'assurance maladie apparaissent atypiques ou évitables au regard des référentiels de la Haute Autorité de santé. Les hospitalisations potentiellement évitables ont pu être estimées à 2,5 % des séjours de médecine en 2017 concernant notamment l'insuffisance cardiaque. Selon les départements, les pratiques médicales sont hétérogènes comme le montre l'exemple de la chirurgie de la cataracte, de même que les montants moyens par patient de prise en charge par l'assurance, même en tenant compte des particularités démographiques. L'analyse systématique des pratiques et des dépenses de santé doit permettre d'identifier les atypies et de les éviter.

## **Des efforts d'optimisation de la gestion à ne pas relâcher en particulier sur les produits de santé**

L'assurance maladie doit pouvoir couvrir les dépenses de santé au juste prix. La poursuite de la régulation économique et financière des dépenses de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) est indispensable dans un contexte de forte progression des prix des médicaments innovants. Les dépenses d'anti-cancéreux passeraient ainsi de 2,4 Md€, en 2022, à 7 Md€, en 2028. L'évaluation médico-économique des médicaments innovants est à renforcer, de même que leur prix est à renégocier selon leur efficacité.

## **Une politique de prévention en santé à développer selon des stratégies ciblées**

La prévention en santé peut contribuer à mieux anticiper le développement des maladies chroniques. Des actions ciblées et volontaristes sont à renforcer pour atténuer les affections de longue durée représentant plus des deux tiers des dépenses remboursées par l'assurance maladie (125 Md€). La réponse à l'addiction des jeunes aux drogues et à l'alcool appelle une amélioration du dépistage et un déclenchement rapide d'une prise en charge adaptée. Dans le contexte du vieillissement de la population, la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées est à améliorer sachant que le gain d'un an d'espérance de vie sans incapacité ferait économiser à l'assurance maladie un montant estimé à 1,5 Md€.

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

Les déclarations d'événements indésirables graves associés aux soins synthétisés par la Haute Autorité de santé sont en hausse, soit 4 574 déclarations en 2024 (+ 13 % par rapport à 2023). Ils génèrent des surcoûts comme les désordres physiologiques ou les septicémies. Les réponses à cet enjeu d'amélioration de la qualité des soins sont à envisager dans le cadre des autorisations de soins et des projets régionaux de santé.

L'activité des services de médecine et de chirurgie de nombreux petits hôpitaux publics est faible. Ils manquent de personnels soignants et doivent recourir à des emplois temporaires coûteux. Une activité significative est pourtant essentielle en chirurgie pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Dans cette perspective, une réorganisation territoriale des parcours de soins passe par des solutions fondées sur des regroupements au sein des groupements hospitaliers de territoire.

## **Rééquilibrer le financement du système de santé entre solidarité et responsabilisation**

Depuis 2015, la structure du financement des dépenses de santé a évolué sous l'effet d'une progression de l'Ondam plus rapide que les prises en charge des organismes complémentaires de santé ou des patients. En 2023, le transfert de charge vers l'Ondam est de 5,5 Md€. La poursuite du partage de l'effort de financement entre l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires de santé est nécessaire dans une approche concertée et pluriannuelle. Dans une logique de responsabilisation, les professionnels de santé et les assurés sont à associer à ces efforts.

[Lire la note de synthèse](#)

### **CONTACT PRESSE :**

Mendrika Lozat-Rabenjamina ■ Responsable relations presse ■ T 01 42 98 97 43 ■ [mendrika.lozat-rabenjamina@ccomptes.fr](mailto:mendrika.lozat-rabenjamina@ccomptes.fr)

