

*Présentation du rapport annuel « Charges et Produits pour 2026 »*

**Mobilisation inédite pour garantir l'avenir de notre système de santé solidaire :  
60 propositions de l'Assurance Maladie pour 2026 et à horizon 2030**

**Dans un contexte financier très dégradé lié à une dynamique des dépenses structurellement forte, l'Assurance Maladie présente ce jour son rapport Charges et Produits pour 2026. Analysant de manière approfondie l'évolution du système et des dépenses de santé et formulant 60 propositions<sup>1</sup>, celui-ci sera soumis au Conseil de la Cnam le 3 juillet prochain.**

Face au vieillissement de la population et à l'augmentation des pathologies chroniques, la croissance des dépenses d'assurance maladie va se poursuivre dans les prochaines années. Sans inflexion majeure, le déficit de l'Assurance Maladie, estimé à 16 mds € pour 2025, pourrait se creuser encore davantage à horizon 2030 pour atteindre 41 md €.

**Dans ce contexte, le rapport élaboré cette année se veut plus prospectif avec une trajectoire à 5 et 10 ans. Il présente des réformes médico-économiques structurelles visant à anticiper les défis à venir et définir un horizon économique viable tout en garantissant la qualité et l'égal accès aux soins pour tous.**

Pour la 1<sup>ère</sup> fois depuis 2004, les membres du Conseil de la Cnam ont été pleinement, et dès le début des travaux, associés à l'élaboration de ce rapport annuel stratégique, qui contribue chaque année à éclairer les politiques de santé publique et à élaborer le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Dans un esprit de dialogue et de co-construction, l'ensemble des parties prenantes associées à ce rapport ont exploré tous les leviers pour engager des transformations en profondeur et assurer la pérennité du système. Certaines propositions, ne faisant pas l'objet d'un consensus, sont présentées comme des options sur lesquelles les organisations membres du conseil pourront se positionner, et qui sont ainsi soumises au débat public.

**Pour Thomas Fatôme, directeur général de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie : « Nous sommes à un point de bascule. Préserver notre système de santé solidaire, c'est désormais faire des choix clairs et structurants, dans un dialogue lucide et exigeant avec l'ensemble des acteurs. Ce rapport 2026 marque une étape nouvelle : il propose une vision à moyen terme, des leviers concrets et une trajectoire ambitieuse. L'avenir de notre modèle repose sur notre capacité collective à nous engager autour de trois piliers : prévention, coordination des soins et juste soin au juste coût. Nous avons besoin d'une mobilisation générale autour de ces objectifs.**

---

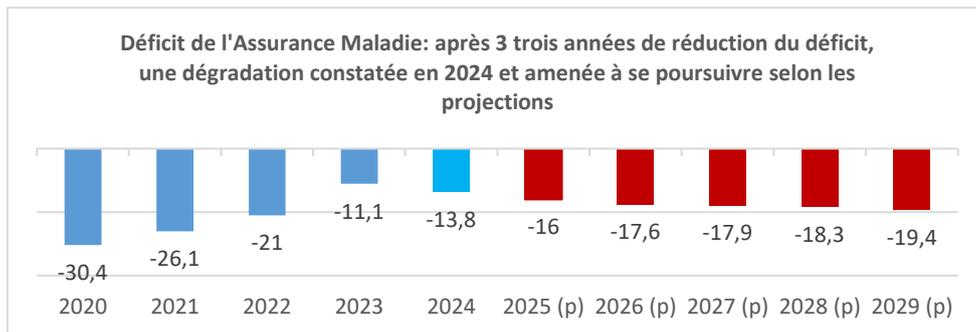
<sup>1</sup> Seules les principales propositions sont citées dans ce communiqué de presse de synthèse, l'ensemble du rapport et des propositions sont accessibles en ligne

<https://www.assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2025-rapport-propositions-pour-2026-charges-produits>

## Une dégradation du déficit de l'Assurance Maladie, une dynamique de dépenses soutenue par celle des pathologies chroniques

Après plusieurs années de redressement des comptes suite à la crise sanitaire de 2020, la situation financière de l'Assurance Maladie s'est dégradée en 2024, **avec un déficit qui s'est établi à 13,8 milliards d'euros**.

Ce déficit s'explique notamment par les dépenses allouées dans le cadre du Ségur de la Santé qui représentent environ 13 milliards d'euros de charges annuelles pérennes. Mais au-delà du poids des dépenses liées au Ségur de la santé, les perspectives financières sont très dégradées pour l'Assurance Maladie dans les prochaines années.



La croissance continue des maladies chroniques constitue l'un des principaux défis pour notre système de santé. Si rien n'est fait, elle pèsera lourdement sur le dispositif des Affections de Longue Durée (ALD), dont **le nombre de bénéficiaires pourrait passer de 14,1 millions en 2023 à 18 millions à l'horizon 2035**, un chiffre qui aura plus que doublé en l'espace de trente ans.

Cette dynamique s'accompagne d'une pression financière croissante. Ainsi, **la dépense de santé moyenne d'un patient en ALD atteint 9 560 € par an, contre 1 230 € pour les patients n'étant pas en ALD** (et 2 980 € en moyenne par assuré). En conséquence, en l'absence de toute mesure, le déficit de l'Assurance Maladie pourrait se creuser de 25 milliards supplémentaires d'ici 2030, atteignant alors un niveau critique de - 41 milliards €.

Cette trajectoire, largement portée par le vieillissement de la population et l'évolution des besoins en santé, impose une réponse immédiate. L'Assurance Maladie préconise d'articuler un ensemble d'actions autour de trois priorités fortes :

- **Faire de la prévention un véritable levier de transformation pour ralentir la progression des maladies chroniques ;**
- **Repenser l'organisation des soins en privilégiant les parcours coordonnés**, au plus près des réalités de terrain ;
- **Renforcer la recherche de qualité et de pertinence**, en instaurant une **politique du « juste soin au juste coût »**, au service d'un système plus efficace, plus équitable, et soutenable dans la durée.

### Axe n°1 - Accélérer sur la prévention : un impératif pour la décennie à venir

Une mobilisation massive et urgente en faveur de la prévention, portée par l'ensemble des acteurs, assurances complémentaires, entreprises, Éducation nationale, élus locaux, professionnels de santé, citoyens, doit être déployée autour d'actions concrètes et coordonnées.

Le virage préventif s'impose car les projections montrent que près de la moitié de la population pourrait souffrir d'une pathologie chronique en 2035 (43%).

Dans ce cadre, la stratégie de prévention portée par l'Assurance Maladie se structure autour de plusieurs axes forts :

- Création d'une véritable coalition des financeurs associant notamment l'Assurance Maladie, les organismes de complémentaire santé et les acteurs engagés pour la santé publique
- Instauration d'une demi-journée de prévention (vaccination, dépistages du cancer, dépistage HTA, Mon Bilan Prévention) au profit des salariés.
- Interdiction des dépassements d'honoraires sur les actes en lien avec les dépistages organisés (mammographie, coloscopie)
- **Engager le dépistage généralisé de l'HTA** (notamment en pharmacie), pathologie silencieuse qui constitue un facteur de risque pour toutes les maladies cardio-vasculaires et associées (diabète, maladie rénale chronique, BPCO, etc.), accompagné d'une **campagne « know your numbers »** (Royaume-Uni).
- Mise en place d'une approche personnalisée de la prévention pour chaque assuré par l'intégration dans Mon espace santé d'un tableau de bord prévention individualisé propre à chaque assuré couvrant les actes de vaccination, de dépistage (cancers, MCVA) et de suivi (diabète et MRC) à partir des données de l'Assurance Maladie
- Faire du Nutri-Score la clé de la politique de prévention nutritionnelle
- Révision de la fiscalité des produits nocifs pour la santé
- Intensification des campagnes de vaccination, notamment contre la grippe et le HPV

Des mesures concrètes sont proposées pour favoriser une approche intersectorielle ambitieuse, impliquant l'école, le monde du travail, les complémentaires santé et les citoyens eux-mêmes.

Par ailleurs, différentes options ont été discutées lors de l'élaboration du rapport, comme l'obligation vaccinale sur la grippe pour les résidents en EHPAD à leur entrée dans l'établissement ou encore pour les soignants.

## **Axe n°2 - Parcours de soins et qualité de la prise en charge : des évolutions structurantes nécessaires de notre système de santé**

---

Organiser le parcours de soins des patients atteints de pathologies chroniques s'impose comme une priorité dans un contexte de raréfaction de la ressource médicale. La prise en charge de ces patients repose sur un suivi au long cours, avec pour objectif de prévenir les complications et améliorer la qualité de vie. Ainsi, il est primordial de favoriser une bonne orientation des patients dont les parcours de soins sont trop souvent marqués par des ruptures de prise en charge, génératrices à la fois de risques pour la santé et de coûts plus élevés.

### **L'impératif d'une coordination optimale entre ville, hôpital et médico-social**

- La transformation du système de santé passe par une meilleure coordination entre les soins réalisés en ville, dans les hôpitaux et le secteur médico-social. L'objectif est de fluidifier les parcours, d'éviter les ruptures de prise en charge, de désengorger les services hospitaliers et de mieux accompagner les patients les plus fragiles. Il s'agit notamment d'accompagner la montée en puissance d'un nouveau métier : infirmière de coordination, en charge au sein des structures d'exercice coordonné, 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, de proposer de l'éducation thérapeutique.

L'Assurance Maladie formule ainsi des propositions pour mieux structurer les soins non programmés en ville, en lien avec les médecins traitants et les hôpitaux, via un cahier des charges organisationnel

et financier adapté aux besoins locaux. L'amélioration de 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 est également proposé dans le rapport.

### **Repenser la prise en charge financière des maladies chroniques**

A l'échelle européenne, la France se distingue avec un dispositif ALD de prise en charge à 100% qui couvre aujourd'hui près de 20 % de la population, un chiffre nettement plus élevé que nos voisins européens. De nombreux pays comme l'Allemagne ou la Belgique s'appuient en effet sur des modèles distincts, qui reposent notamment sur des critères financiers au-delà d'un seuil de dépense et concernent une fraction limitée de la population (4,8% en Allemagne, 12% en Belgique).

L'enjeu majeur posé par la forte dynamique du nombre de malades chroniques suppose de repenser en profondeur l'organisation des parcours de soins et leur prise en charge financière.

- Parmi les leviers identifiés par le rapport, **la sécurisation du parcours de prévention des personnes souffrant de pathologies chroniques** (via l'éducation thérapeutique, la télésurveillance, l'APA) apparaît clé.
- L'Assurance Maladie propose **l'instauration d'une gestion plus dynamique des entrées et sorties du dispositif ALD**, en lien avec l'évaluation régulière de la consommation de soins de personnes en ALD : il s'agit par exemple de réévaluer le dispositif pour les personnes en situation de guérison ou de rémission de certaines pathologies, au bénéfice d'un dispositif de suivi et surveillance renforcée. En cas de rechute ou d'aggravation, le dispositif serait naturellement à nouveau déclenché.
- Une proposition complémentaire consiste à **réviser la prise en charge à 100% des prestations ou des produits de santé dont l'efficacité ne justifie pas de remboursement intégral**.
- Enfin, **le rapport envisage la création d'un nouveau statut pour les patients en « risque chronique » au moment du diagnostic par le médecin traitant** (par exemple pour une hypertension artérielle, une obésité, un risque cardiovasculaire, une hypercholestérolémie, ou un diabète de type 2 sans comorbidité). Ce statut permettrait la mise en place d'un parcours de prévention adapté pour éviter/retarder l'aggravation de la pathologie ou le développement de comorbidités, avec une prise en charge de droit commun entre l'assurance maladie obligatoire et complémentaire. Cela implique de recentrer le statut ALD et la prise en charge à 100 % lorsque le patient passe une étape dans sa maladie qui deviendra inévitablement longue et coûteuse, avec un fort recours au système de santé.

### **Des besoins croissants de soins en santé mentale**

La santé mentale, par la dynamique actuelle des personnes concernées, l'impact sur la qualité de vie et les dépenses associées, constitue un axe d'attention majeur, sur lequel le gouvernement est mobilisé via la Grande Cause nationale 2025. Afin de prévenir au mieux les problèmes liés aux troubles psychiques, le rapport formule un ensemble de propositions dont la formation d'un million de « secouristes en santé mentale » d'ici 2030, tous secteurs confondus (entreprises, établissements scolaires, services publics, associations sportives, etc.). L'objectif étant de repérer de façon précoce les signes de détresse psychique, et d'orienter les personnes concernées vers une prise en charge adaptée.

### Axe n°3 - Le principe du « juste soin au juste prix »

---

Pour rétablir une dynamique de dépenses soutenable pour la collectivité, des actions fortes doivent être prises dès à présent, avec une exigence : financer le juste soin au juste prix. Parmi les leviers à activer figurent notamment :

- Mieux corrélérer le prix des biens et services de santé à leur réelle valeur médicale et économique réelle,
- Garantir une rentabilité compatible et cohérente entre les acteurs du secteur de la santé,
- Renforcer la pertinence des soins et des prescriptions,
- Intensifier la lutte contre les fraudes.

#### **Indemnités journalières : une forte hausse des dépenses, des enjeux de lisibilité, d'équité et de soutenabilité**

Les dépenses d'indemnités journalières ont fortement progressé, avec une hausse de 27,9 % entre 2019 et 2023. Si cette progression s'explique à 60% par des facteurs démographiques (augmentation et vieillissement de la population salariée) et économiques (hausse du salaire moyen ou du SMIC), la part restante est liée à une augmentation de la durée des arrêts et de leur fréquence.

Le système de prise en charge des arrêts maladie est confronté à plusieurs défis :

- **Une grande complexité**, tant dans ses règles d'ouverture de droits que dans ses modalités de calcul et qui varient selon les salariés (ancienneté, CSP, entreprises, ...) ;
- **Des dispositifs insuffisamment efficaces sur l'absentéisme de courte durée**, qui impacte fortement les entreprises ;
- **Un suivi insuffisant des assurés en arrêt de longue durée** ;
- **Des durées de prescription souvent inadaptées** : primo-prescriptions de près de 500 000 arrêts de travail d'une durée > 33 jours en 2024, non-respect des recommandations de la HAS, ...

Pour enrayer cette dynamique, renforcer l'efficacité du système, notamment en matière de prévention et de retour à l'emploi, devient un enjeu majeur.

L'Assurance Maladie propose notamment de mettre en œuvre un principe d'équité dans l'ouverture des droits, un accompagnement des assurés arrêtés tout au long de leur parcours, de limiter la durée de travail pouvant être prescrit (1 mois en primo-prescription en cas d'hospitalisation et 15 jours en ville) afin de garantir un vrai suivi médical de la personne arrêtée.

Le rapport propose également différents scénarios d'évolution de la couverture des arrêts de travail permettant à la fois de lutter contre l'absentéisme de courte durée et prévenir la désinsertion professionnelle liée aux arrêts longs.

#### **Une hausse des prix des médicaments qui menace la soutenabilité à court et moyen terme**

Sur les médicaments, les dépenses de l'Assurance Maladie connaissent une rupture dans l'évolution montants remboursés de médicaments depuis 2020, avec **une accélération forte entre 2020 et 2024 (un taux de croissance annuel moyen de +4,2 % entre 2020 et 2024 contre +0,6 % entre 2010 et 2019) et qui interroge sur la soutenabilité de cette dynamique à court et moyen terme.**

Le coût moyen des innovations progresse sans cesse, y compris pour des médicaments apportant un progrès thérapeutique mineur (ASMR IV) : +55 % en 7 ans. De la même manière, le coût moyen des

produits sans amélioration de leur service médical rendu (ASMR V) progresse depuis 2021 ainsi que leur dépense totale, alors qu'il diminuait dans le passé.

Le rapport préconise ainsi de :

- Réinstaurer une hiérarchie des prix cohérente avec des progrès thérapeutiques reconnus ;
- Déployer pleinement le potentiel d'économies des médicaments génériques et biosimilaires, dont les prix sont moindres à efficacité thérapeutique équivalente ;
- Mettre en place un mécanisme permettant de faire financer, par les acteurs du médicament, les essais thérapeutiques ;

### **Des niveaux de rentabilité de certains secteurs de l'offre de soins qui interrogent**

L'Assurance Maladie a conduit des analyses inédites permettant d'établir une estimation du niveau de rentabilité de plusieurs secteurs de l'offre de soins. Des niveaux élevés de rentabilité qui dépassent largement ceux d'autres secteurs économiques ont été observés. Ainsi, en 2022, les secteurs de soins étudiés - anatomopathologie, audioprothésistes, biologie, dialyse, médecine nucléaire, radiologie, radiothérapie -, présentaient une rentabilité opérationnelle moyenne supérieure à 15 %, pour un total de 13 Mds € de dépenses d'Assurance Maladie. La baisse des tarifs des secteurs qui présentent un haut niveau de rentabilité est un des leviers à activer pour répartir plus équitablement les dépenses.

### **Lutte contre les fraudes : une mobilisation fructueuse qui doit se poursuivre**

En 2024, la lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie a franchi un nouveau cap, avec près de 628 millions d'euros de préjudices financiers détectés et stoppés, soit une hausse de 34 % par rapport à 2023. Une progression qui témoigne de l'efficacité des dispositifs de contrôle et de détection déployés ces dernières années, et qui doit se poursuivre. Le rapport de l'Assurance Maladie identifie de nouvelles pistes notamment de conditionner le tiers-payant à l'utilisation systématique de la carte Vitale ou encore de sécuriser encore davantage le système actuel de facturation et de prescription.

### **Un engagement durable pour assurer la pérennité du système de santé**

**La France est le 3<sup>ème</sup> pays à investir le plus dans la santé et l'Assurance Maladie assure de son côté le plus haut niveau de couverture publique au monde pour cette dépense (80%), avec une hausse de 4 points sur la dernière décennie. Aujourd'hui, un retour à l'équilibre exige que les dépenses évoluent au même rythme que le PIB. Il est également nécessaire que cette indexation sur le PIB s'applique aux recettes, qui progressent aujourd'hui moins vite que celui-ci, générant de facto un déséquilibre.**

A l'œuvre durant la décennie 2010-2019, ce pilotage rigoureux a permis des réformes structurelles et des avancées médico-économiques fortes (développement de la chirurgie ambulatoire, pénétration des médicaments génériques, programmes d'efficacité des achats hospitaliers et régulation du marché du médicament). Une trajectoire financière ambitieuse et solide sur ce même principe doit ainsi être engagée dès 2026, avec des mesures fortes.

**L'Assurance Maladie prévoit un effort inédit pour 2026, avec le déploiement de 3,9 mds € d'économies, soit plus du double de l'effort visé pour 2025 (1,56 Md€).** Ces économies s'appuieront sur les leviers identifiés dans le rapport : amélioration de la pertinence des soins, lutte contre les fraudes, régulation des prix, renforcement de la prévention et réforme des indemnités journalières.

**A horizon 2030, le rapport propose une trajectoire claire et ambitieuse pour réaliser plus de 22,5 mds € d'économies (avec 2,5 mds € de recettes supplémentaires liées à l'indexation sur le PIB).** Cette trajectoire repose à la fois sur la stabilisation de la prise en charge de l'Assurance Maladie autour de

80 % des dépenses de santé et sur une refondation de l'articulation entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et complémentaire (AMC). Au-delà de mesures conjoncturelles, cette refondation s'inscrit dans une vision de long-terme pour permettre un financement stable, lisible et garantissant un égal accès aux soins et prévoit :

- La définition d'une nouvelle place pour les organismes complémentaires, notamment en matière de prévention et de lutte contre les fraudes ;
- Une réflexion approfondie sur 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 et notamment la hausse du plafond de la complémentaire santé solidaire pour que tous les assurés dont les revenus sont en dessous du seuil de pauvreté y soient éligibles.

L'ensemble de ces efforts doit s'appuyer sur la mobilisation de tous les acteurs et s'inscrire dans une perspective à long terme, seule capable d'assurer la soutenabilité du système tout en préservant un accès universel, équitable et de qualité aux soins.

#### **A propos de la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam)**

Etablissement public national à caractère administratif, sous la double tutelle du ministère des Solidarités et de la Santé (chargé de la Sécurité sociale) et du ministère de l'Action et des Comptes publics, la Caisse nationale de l'Assurance Maladie (Cnam) gère, au niveau national, les branches Maladie et Accidents du travail / Maladies professionnelles du régime général de Sécurité sociale. Avec plus de 2 200 salariés, elle constitue la tête de pont opérationnelle du régime d'assurance maladie obligatoire en France. Elle pilote, coordonne, conseille et appuie l'action des organismes locaux qui composent son réseau (CPAM, DRSM, Ugecam, Carsat, CGSS...). Elle mène les négociations avec les professionnels de santé au sein de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam). Elle concourt ainsi, par les actions de gestion du risque ou les services en santé qu'elle met en œuvre, à l'efficacité du système de soins et au respect de l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam). Elle participe également à la déclinaison des politiques publiques en matière de prévention et informe chaque année ses assurés pour les aider à devenir acteurs de leur santé.

#### **Contact presse :**

Agence Hopscotch : [cnam-presse@hopscotch.fr](mailto:cnam-presse@hopscotch.fr) – 06 70 35 19 83

Service de presse Cnam : [presse.cnam@assurance-maladie.fr](mailto:presse.cnam@assurance-maladie.fr)