

**CONCOURS OUVERT LES 17, 18, 19 ET 20 JUIN 2025
POUR L'ADMISSION AU CYCLE DE FORMATION DES
ELEVES-DIRECTEURS D'ETABLISSEMENTS SANITAIRES,
SOCIAUX ET MEDICO-SOCIAUX**

4^{ème} EPREUVE D'AMISSIBILITE

(Durée 4 heures – Coef. 4 si Majeure, Coef. 2 si Mineure)

Vendredi 20 juin 2025

Composition

**LEGISLATION DE SECURITE SOCIALE ET
D'AIDE SOCIALE**

**CONCOURS EXTERNE et EXTERNE SPECIAL
dit « TALENTS »**

4ème épreuve
LEGISLATION DE SECURITE SOCIALE ET AIDE SOCIALE
CONCOURS EXTERNE
et CONCOURS EXTERNE SPECIAL DIT « TALENTS »

SUJET (15 pages) :

L'impact de la réforme du ticket modérateur sur la responsabilisation des acteurs dans la consommation des soins.

Liste des documents :

Document 1 (Pages 3 à 5) :

La réforme du ticket modérateur dispose de sa base réglementaire.

Hospimedia 29/12/2021

Document 2 (Pages 6 à 8) :

Campagne tarifaire et budgétaire-Réforme du ticket modérateur.

Notice technique de l'Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation. 10/05/2022

Document 3 (Pages 9 à 11) :

Le sentier vers des économies sur les affections longue durée est balisé.

Hospimedia 24/09/2024

Document 4 (Pages 12 à 13) :

Le mythe de la responsabilisation des assurés sociaux et le risque du renoncement aux soins.

Dalloz-actualité 18/12/2024

Document 5 (Pages 14 à 15) :

Une hausse de l'ONDAM de 2,8% en 2025.

PLFSS 2025

18b26



À compter du 1^{er} janvier 2022, les activités de médecine-chirurgie-obstétrique et de psychiatrie seront effectivement concernées par la réforme du ticket modérateur. Le corpus réglementaire permettant cette mise en œuvre est en effet publié au *Journal officiel* du 28 décembre. Le SSR est également concerné par ces dispositions, mais avec une entrée vigueur seulement en 2023, le Gouvernement ayant déjà décidé de repousser la réforme du financement de ce champ d'activité. Cette réforme du ticket modérateur, engagée en 2019, vise à rationaliser les pratiques existantes depuis la mise en œuvre de la T2A.

Tout d'abord, un décret définit les modalités de fixation de la grille de la tarification nationale journalière des prestations et du mécanisme de transition pour la mise en œuvre progressive de cette mesure s'étalant de 2022 à 2025. Cette tarification nationale permet de déterminer les montants journaliers servant de base au calcul de la participation due par les assurés en fonctions de la nature des hospitalisations. *"Ces montants dépendent de la catégorie à laquelle appartient l'établissement de santé ou l'hôpital des armées dans lequel les soins sont pratiqués"*, précise le décret. Ces catégories sont définies par le niveau d'activités des établissements l'année précédente, leur spécialisation ainsi que leurs conditions de prise en charge.

Un coefficient fait office de mécanisme de transition. Il est déterminé sur la base des recettes 2019 du ticket modérateur et les recettes théoriques, sur la même année, de la tarification nationale journalière des prestations, à périmètre d'activités identiques. Le décret précise, pour chaque année d'application les différentes modalités d'obtention de ce coefficient appliqué à chaque établissement, en tenant compte d'un taux national de convergence. Ce dernier vise à réduire les écarts entre chaque établissement d'ici le 1^{er} janvier 2026, date de la fin de cette période dérogatoire.

Des catégories d'établissements déjà définies

Un arrêté précise de son côté la tarification nationale des prestations pour les activités MCO et d'HAD. Elle est établie en fonction des soins donnés et du niveau d'activité de l'établissement. Pour le MCO, sur la base des données d'activités médicales relatives aux hospitalisations en 2019, sont définies sept catégories :

- établissements réalisant plus de 75% de séances dans le cadre de leur activité ;
- établissements réalisant plus de 384 M€ de produits de l'activité hospitalière versée par l'Assurance maladie ;
- établissements réalisant entre 158 et 384 M€ de produits ;
- établissements réalisant entre 38 et 158 M€ de produits ;
- établissements réalisant entre 14 et 38 M€ de produits ;
- établissements réalisant entre 7,8 et 14 M€ de produits ;
- établissements réalisant moins de 7,8 M€ de produits.

Pour l'HAD, la classification est plus simple avec deux groupes, dont l'un pour les établissements exerçant uniquement des activités d'HAD. Pour le MCO comme l'HAD, l'ARS fixe pour chaque établissement la valeur du coefficient de transition ainsi que la valeur des tarifs journaliers de prestation après application de ce coefficient. L'arrêté précise également les évolutions de ce

coefficient de transition pour les années 2022 à 2025. En annexe, la tarification nationale pour les différentes activités est détaillée pour chaque groupe d'établissements.

Enfin, un deuxième arrêté concerne spécifiquement la psychiatrie. Comme pour le MCO et l'HAD, il précise le coefficient de transition et les éléments permettant d'établir la tarification nationale journalière. Les six catégories suivantes sont définies, avec le détail en annexe de la tarification :

- non mixte et en partie sectorisé ;
- non mixte et sectorisé ;
- non mixte et non sectorisé ;
- mixte et en partie sectorisé ;
- mixte et sectorisé ;
- mixte et non sectorisé.

Jérôme Robillard

NOTICE TECHNIQUE
n° ATIH 188-04-2022
du 10 Mai 2022

Campagne tarifaire et budgétaire

Réforme du Ticket Modérateur

Lors de la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les établissements de santé, un dispositif transitoire a été mis en place pour la facturation du ticket modérateur (TM) par les hôpitaux publics et les établissements privés participant au service public hospitalier (ex DG) pour les champs MCO et HAD. Ces établissements pouvaient continuer à calculer le ticket modérateur sur la base des tarifs journaliers de prestations (TJP) et non des tarifs nationaux des prestations hospitalières (GHS pour le MCO, GHT pour l'HAD). L'article 35 de la LFSS de 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations (TNJP), base de la facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers aux patients. Cette réforme qui devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2021 a été reportée d'un an par l'article 51 de la LFSS de 2021 afin de tenir compte de la très forte mobilisation des agences régionales de santé et des établissements de santé dans la gestion de la crise sanitaire. Elle concerne également le champ de la psychiatrie, en cohérence avec l'évolution des modèles de financement des recettes assurance maladie, qui introduit un mode de financement commun aux deux secteurs de financement.

La présente notice vise à informer les établissements de santé de la mise en œuvre opérationnelle de la réforme au 1^{er} Janvier 2022.

Elle est composée de trois annexes

- l'annexe 1 précise les principes qui ont conduit la réforme ;
- l'annexe 2 décrit les modalités relevant des champs MCO, HAD et de la psychiatrie ;
- l'annexe 3 décrit le mécanisme de convergence

Le Directeur général
Housseyni HOLLA

Annexe 1

Principes de la réforme

L'article 35 de la LFSS pour 2020 prévoit la création d'une tarification nationale journalière des prestations, base de la facturation du ticket modérateur des séjours hospitaliers aux patients. Cette réforme qui devait entrer en vigueur au 1^{er} janvier 2021 a été reportée d'un an par l'article 51 de la LFSS de 2021. Elle concerne les établissements du secteur ex DG pour les champs du MCO et de l'HAD, ainsi que l'ensemble des établissements de psychiatrie (publics, privés à but lucratif et à but non lucratif).

S'agissant des établissements exerçant une activité de soins de suite et de réadaptation, la facturation du ticket modérateur reste inchangée en 2022 en raison du report de la réforme du financement des activités de SSR au 1^{er} janvier 2023.

Les grands principes de la réforme sont définis dans le décret d'application du 28 décembre 2021 relatif à la tarification nationale journalière des prestations bénéficiant aux patients hospitalisés.

I. Les grands principes de la réforme.

La réforme consiste à remplacer les tarifs journaliers de prestations (TJP) propres à chaque établissement par une nomenclature simplifiée et unifiée pour tous les établissements, fixée au niveau national via les tarifs nationaux journaliers de prestations (TNJP). Les TNJP servent de base au calcul de la participation des assurés dans le champ hospitalier (ticket modérateur), ainsi qu'au remboursement des soins des patients relevant d'un système de sécurité sociale coordonné avec le régime français (ie conventions internationales), et des soins des patients bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat (AME) et des soins urgents.

La réforme n'engendre pas de modification concernant les règles d'exonération ou de limitation du ticket modérateur ;

- en fonction des actes réalisés : lorsqu'un acte coûteux a été réalisé au cours du séjour, une participation forfaitaire de 24€ (PF24) se substitue au TM ;
- en fonction du statut du patient : les assurés en ALD, les invalides et les pensionnaires militaires d'invalidité sont exonérés de la participation aux frais des soins (qu'il s'agisse du TM ou de la PF24) mais ne le sont pas de la participation aux frais d'hébergement (FJH) ;
- en fonction du « risque » : les patients relevant du risque maternité ou ATMP sont exonérés du TM comme du FJH

Un fondement de la réforme est de permettre une égalité de traitement des patients sur tout le territoire national. Ainsi dans le cadre de la réforme, les tarifs journaliers de prestation antérieurement notifiés aux établissements de santé ne sont plus applicables et il n'existe plus de faculté laissée aux ARS et aux établissements de déterminer des tarifs propres à chaque région ou établissement qui différencieraient de la grille TNJP ou des critères d'affectation de grille de TNJP arrêtés au niveau national.

Dans un souci de maintien des organisations de facturation actuelles, la grille est assise sur une logique à dominante administrative i.e. avant tout basée sur l'unité fonctionnelle dans laquelle le patient est pris en charge. Toutefois par cohérence avec les niveaux de facturations antérieures et des charges constatées, la réforme est basée sur le concept de neutralité via le principe de conservation des masses au sein de chaque champ d'activité (MCO, HAD, et psychiatrie) et secteur tarifaire (ex DG et ex OQN) afin de ne pas opérer de transfert entre le niveau des recettes assurance maladie et le niveau des recettes à la charge du patient ou des organismes complémentaires.

Enfin le décret d'application prévoit un mécanisme de transition via l'application d'un coefficient annuel avec une période transitoire qui couvre la période de 2022 à 2025. Ce mécanisme est détaillé dans l'annexe 3.

II. Les principes de construction de l'échelle nationale des TJP

La grille et les valeurs nationales de l'échelle ont été construites à partir des données de facturation et des données d'activité transmises par les établissements en 2019 dans le PMSI sur le champ MCO et dans le RIM-P sur le champ de la psychiatrie. Concernant le champ HAD, une enquête spécifique a été menée auprès des agences régionales de santé (ARS) en raison de l'absence de données suffisamment fiables dans le PMSI. L'année 2019 a été retenue car étant la dernière année non impactée par la crise sanitaire et disponible sur un exercice complet. Les valeurs ont ensuite fait l'objet d'un taux d'actualisation pour prendre en compte l'évolution des TJP entre 2019 et 2021.

Au sein de chaque champ (MCO, HAD et psychiatrie) et de chaque secteur (ex DG et ex OQN) la masse relative au ticket modérateur a été sanctuarisée. Autrement dit la masse TM issue des TNJP reproduit à structure d'activité identique la masse TM historique. La masse prise en compte est celle correspondant aux séjours facturables à l'assurance maladie et redevables du ticket modérateur. Elle inclut le forfait journalier lorsque le montant de ce dernier est supérieur au montant issu des TNJP pour les séjours redevables du ticket modérateur (règle d'imputation entre le TJP et le FJH).

La grille a été élaborée à partir des facteurs explicatifs des niveaux des TJP historiques. Ces facteurs sont de deux natures différentes :

- en fonction du niveau de charge constaté au sein de l'établissement ; soit des caractéristiques liées à l'établissement qui justifient d'affecter les établissements dans différents groupes ;
- en fonction des soins donnés ; soit des caractéristiques liées à la prise en charge en suivant une logique administrative et non une logique médicale.

Les valeurs des TNJP ont été construites en deux temps. Dans un premier temps, les valeurs sont issues des TJP théoriques déduit à partir de la base de remboursement de chaque séjour qu'il soit ou non redevable du TM, ceci afin de prendre en compte dans le calibrage du TNJP le poids des séjours non redevables du TM. Dans un second temps, la valeur a été ajustée afin de préserver la masse historique, le périmètre de facturation (séjours redevables du TM) étant plus petit que le périmètre de construction (séjours redevables ou non du TM).

Economie

Le sentier vers des économies sur les affections longue durée est balisé

Publié le 24/09/24 -
11h42



La revue des dépenses sur les affections longue durée propose des pistes d'économies rapides mais aussi une réforme structurelle de ce système peu réformé depuis sa création. Plusieurs pistes d'économies sont étudiées, avec plusieurs scénarios. Une refonte globale du système, avec répartition des patients en deux niveaux, est préconisée.

Le nouveau Gouvernement, nommé le 21 septembre, pourra prendre des décisions politiques sur le devenir du système des affections longue durée (ALD) sur la base de la revue des dépenses menée par les inspections générales des finances et des affaires sociales. Grâce à l'exonération des tickets modérateurs (mais pas des franchises médicales et participations forfaitaires) en lien avec une maladie chronique, ce dispositif protège les assurés sociaux contre des restes à charge. Selon les estimations de la mission, il concerne 13,7 millions de personnes et représente un coût spécifique de 12 milliards d'euros (Md€) en 2021. Une dépense appelée à augmenter mécaniquement en raison du vieillissement de la population de 2 à 3 Md€ d'ici 2030 — sans compter les coûts liés à ces pathologies comme les frais d'hospitalisation.

"Le dispositif ALD a été très peu modifié depuis 1986 alors que sa cohérence s'est affaiblie dans le temps, en s'adaptant peu aux évolutions thérapeutiques et en reposant davantage sur l'appréciation des médecins", souligne la mission des inspections. Leur rapport contient en ce sens des mesures de rendement, mobilisables dès le prochain budget de la Sécurité sociale 2025, avec des mesures complémentaires possibles pour un effet en 2027, ainsi que des propositions sur des leviers plus structurels. "Ces propositions sont jugées nécessaires par la mission pour piloter plus efficacement le dispositif afin d'en garantir la soutenabilité financière et l'acceptabilité sociale", pose la mission.

Vers une participation uniquement forfaitaire à l'hôpital

Pour l'ensemble de ces mesures, une fourchette d'économies réalisées est proposée en fonction du niveau de décision mis en œuvre (consulter les infographies ci-dessous). Les rendements les plus rapides se caractérisent par un transfert de charges de l'assurance maladie obligatoire vers les

complémentaires ou l'usager. *"Les pistes d'économies à court terme sont limitées, sauf à dénaturer le dispositif ALD"*, résume la mission, qui livre un détail de ses calculs dans les annexes de son rapport. Elle propose un assujettissement à l'impôt sur le revenu des indemnités journalières en cas d'ALD ainsi que la création d'une franchise spécifique au transport sanitaire. Une suppression de l'exonération du ticket modérateur ciblée est aussi proposée pour les cures thermales ou les médicaments à service médical rendu faible.

La création d'un ticket modérateur *ad hoc* pour les dépenses en lien avec l'ALD est aussi envisagée mais elle prendra plusieurs années pour être mise en œuvre par l'Assurance maladie et dépendrait du scénario retenu. Des mesures de moyen terme sont aussi proposées en complément, avec un ajustement des critères de sévérité pour quatre ALD, dont le diabète ou la maladie rénale chronique. Il permettrait, à défaut d'une réforme structurelle du système, une économie de 360 millions d'euros (M€) avec la sortie de 1,9 million d'assurés du dispositif. La mission préconise aussi une réforme des mécanismes de participation des assurés aux soins hospitaliers. Elle *"permettrait de simplifier le calcul de la part patient pour les séjours hospitaliers, de protéger contre des restes à charge très élevés à l'hôpital et donc de limiter en partie le nombre de créances non recouvrées (qui s'élevaient à 500 M€ en 2019)"*. Des travaux complémentaires seraient nécessaires pour évaluer l'impact financier sur les établissements de santé mais la mission recommande de *"systématiser le caractère forfaitaire"* de la participation des assurés aux soins hospitaliers.

Un bouclier sanitaire envisageable à l'avenir

Concernant la réforme structurelle du dispositif ALD, l'idée d'un bouclier sanitaire plafonnant les restes à charge pour l'ensemble des assurés est effleurée, mais pas creusée en profondeur par la mission. Plus lisible, il permettrait des gains pour l'Assurance maladie et une charge supplémentaire directe ou indirecte sur les assurés, néanmoins la mission n'est pas en capacité de se prononcer sur l'opportunité de le créer. *"Une telle réforme structurelle, qui concerne l'ensemble des assurés pourrait également être étudiée à l'aune d'autres objectifs que purement financiers. Les conditions de faisabilité du bouclier sanitaire mériteraient aussi d'être réexaminées au vu des capacités actuelles de systèmes d'information"*.

L'autre piste de réforme structurelle détaillée est celle d'une introduction de deux niveaux de reconnaissance en ALD selon la sévérité et l'intensité des soins. Le premier niveau concernerait les

patients avec des critères de sévérité moindre (y compris ceux en rémission) et sans traitement particulièrement coûteux. Le second niveau est destiné aux formes les plus graves et les traitements intensifs ou coûteux — sur la base de critères d'éligibilité rehaussés. Pour compléter cette réforme, la mission préconise de renforcer la prévention secondaire et tertiaire autour des assurés et de définir des paniers de droit adaptés au suivi de chacune des maladies chroniques. Le panier de soins reste inchangé pour les patients en ALD de second niveau tandis qu'une liste des actes et prestations pour le niveau 1 sera à définir. L'exonération du ticket modérateur serait par ailleurs supprimée pour les patients situés au premier niveau. Outre une estimation des économies d'une telle réforme, la mission insiste surtout sur le nécessaire pilotage renforcé du dispositif ALD pour assurer la conduite et le suivi d'une telle réforme.

Liens et documents associés

- La revue des dépenses

Jérôme Robillard

Le mythe de la responsabilisation des assurés sociaux et le risque du renoncement aux soins

SOCIAL | Protection sociale

Le droit de la sécurité sociale renferme de nombreux dispositifs qui ont pour objet ou pour effet de refréner, voire sanctionner, la consommation de soins et de biens médicaux. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) 2025 accuse un peu plus l'existant. Si l'intention est entendable plus encore dans un contexte d'aggravation du déficit des comptes sociaux, le doute ne laisse pas d'interroger l'observateur. C'est que l'usager du système de santé n'est pas l'ordonnateur de la dépense... À quoi bon rechercher sa responsabilité ?

Par Julien Bourdoiseau et Pierre Vladimir Ennezat

le 18 Décembre 2024



Il est courant de défendre que le déficit des comptes sociaux est causé, entre autres raisons, par des assurés sociaux qui se comporteraient comme des consommateurs de biens et de produits de santé insatiables, passagers insouciant du bateau assurance maladie qui à la manière du tristement célèbre *Titanic* finiront par faire naufrage. Et pour préserver le navire, tandis qu'on sauvegarderait par la même occasion le système de protection sociale dans son ensemble, il a été convenu de les responsabiliser.

La responsabilisation a plein de visages : ticket modérateur, participation forfaitaire, délai de carence, taxe « lapin »... Les lois de financement de la sécurité sociale, qui se suivent et se ressemblent assez à cet égard, renferment nombre de dispositifs de cet acabit. Le ministère de la Santé

et de l'accès aux soins n'est pas en reste, qui est désireux de baisser le taux de remboursement des consultations médicales par les organismes de sécurité sociale.

À l'analyse, ces techniques ne servent pas à refréner la consommation de soins et de biens médicaux mais bien plus sûrement à externaliser une fraction des dépenses de santé en les faisant supporter par l'assurance maladie complémentaire au lieu et place de l'assurance maladie obligatoire (dont le déficit compte significativement dans la dette publique) en faisant croire au patient-cotisant-consommateur qu'il ne s'agirait que d'un banal jeu d'écritures comptables sans aucune conséquence sur son pouvoir d'achat. Quant à laisser penser que les complémentaires santé ne sauraient répercuter les effets des politiques de réduction des coûts, c'est faire peu de cas de l'impérieuse nécessité pour les organismes d'assurance de procéder ni de l'intelligence fine de nos concitoyens pour autant qu'ils soient couverts... ce qui n'est pas vrai pour une frange croissante de la population qui n'est pas éligible à la complémentaire santé solidaire.

Il n'est pas de bonne méthode de continuer sur cette pente de la responsabilisation tous azimuts. Et il y a une bonne raison à cela : les usagers du système de santé ne sont pas les ordonnateurs de la dépense. La responsabilisation est donc douteuse.

Il y a pire. La mesure est indifférente pour les plus riches, qui ne souffrent pas ou bien peu les conséquences du reste à charge, mais handicapante pour les plus pauvres qui vont devoir reporter le recours aux soins (pourtant rendus plus nécessaires encore en raison de leur état de santé plus fragilisé que pour les classes aisées de la population), aggraver possiblement leurs pathologies et ordonner des dépenses de santé plus onéreuses le moment venu.

Tandis donc qu'il existe un droit fondamental à la sécurité sociale et à la santé, que l'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de la solidarité nationale, que près d'un quart de la rémunération brute d'un travailleur est affecté au financement de la branche maladie, la discrimination des plus pauvres de nos concitoyens et bientôt des classes moyennes ferait office de soupape de sécurité du système ?

Si responsabilisation il doit y avoir, c'est plus sûrement du côté des professionnels de santé qu'il faut se tourner dont les modalités d'exercice d'un certain nombre renchérissement les coûts pour la collectivité et les organismes d'assurance. C'est aussi encore du côté des femmes et des hommes en responsabilité politique qui sont manifestement mal informés de tous les tenants et aboutissants des réformes paramétriques qu'ils commandent.

La pratique du *stop and go* observée ces quinze dernières années par les ministères sociaux en termes de ressources humaines a interdit de penser la baisse de la démographie des professionnels de santé. Un rapport sénatorial publié en novembre 2022 renseigne que la France a perdu 5 000 médecins généralistes entre 2010 et 2021, quand parallèlement elle gagnait 2,5 millions d'habitants. Au résultat, l'accès à la santé en 2024 est devenu désormais une source de très

grande préoccupation. Un rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie est en ce sens. On accordera certes que le renfort des médecins venus de l'étranger est appréciable mais c'est alors et inévitablement priver de leurs professionnels de santé les populations délaissées.

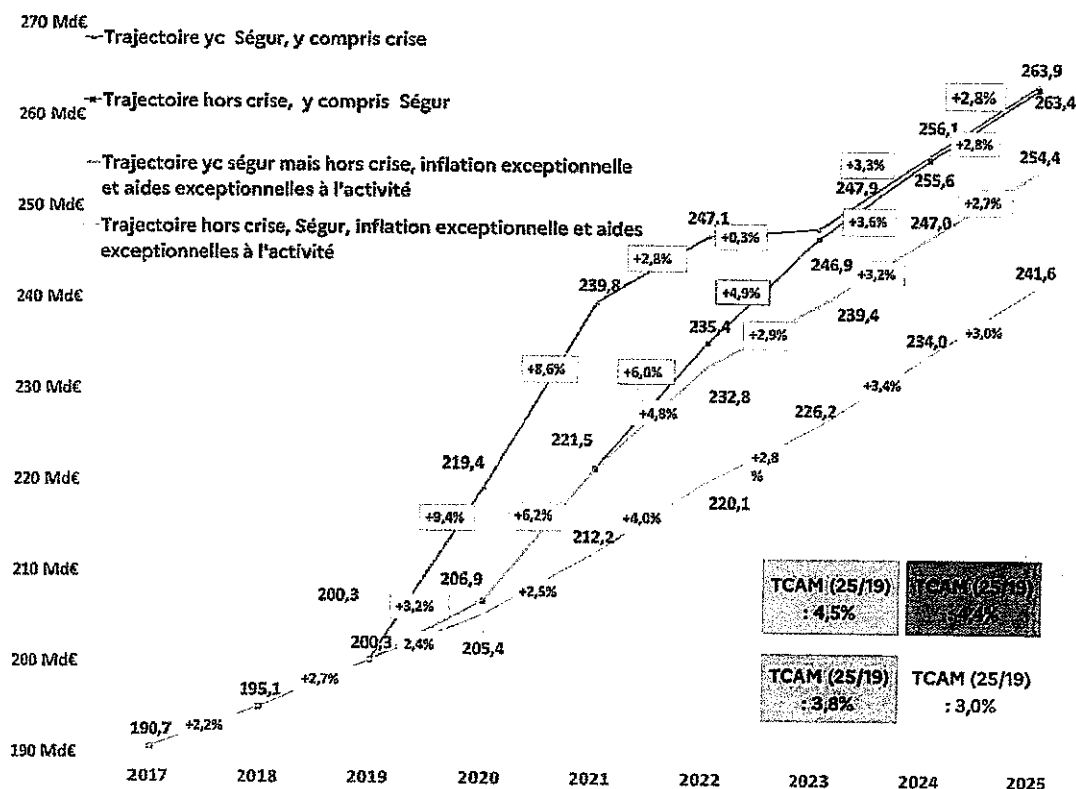
Les déserts médicaux sont un concept que l'expression ne renseigne pas bien. Aussi contre-intuitif que ce soit, il est un fait (et il n'est pas isolé) : Paris, ses arrondissements et sa grande banlieue sont concernés. Dire qu'il y a une désertification de l'offre, c'est indiquer qu'il n'y a plus assez de médecins (1^{er} problème) mais davantage qui exercent en secteur 2 à honoraires libres (2nd problème). Non seulement, le nombre de professionnels de santé qui proposent leurs services en secteur 2 croît tous les mois mais certains médecins se déconventionnent purement et simplement. Au final, l'offre est raréfiée en raison des prix pratiqués – ce qui est bien su – mais également en raison de la diminution du temps de travail de certains professionnels de santé qui en ont désormais les moyens – ce qui est moins vu. Au résultat, de plus en plus de d'usagers sont contraints de traverser (à leurs frais) plusieurs départements pour obtenir une consultation.

Pratiquer en secteur 2 est tentant. La complémentaire santé étant à présent bien distribuée, les dépassements d'honoraires sont solvabilisés. Ils ne le sont certes que dans la mesure où les contrats d'assurance le prévoient et pour les montants convenus. Seulement voilà, cette digue, qui a été construite par le législateur et qui retient le flot des dépassements tous azimuts, se fragilise dans le contexte. C'est que la pénurie de professionnels, le plein emploi et la difficulté de recrutement des collaborateurs pourraient changer la donne.

La loi n'interdit pas formellement aux organismes d'assurance de commercialiser des produits offrant une bien meilleure couverture des dépassements d'honoraires et un bien meilleur rendement que les contrats collectifs frais de soins de santé à adhésion obligatoire. Et s'il se trouve des employeurs disposés à compenser la majoration du prix de la mutuelle d'entreprise pour fidéliser et attirer à eux les talents, on aura alors fini par renouer avec la solvabilisation renforcée des dépassements d'honoraires et une dispensation facilitée des soins en secteur à honoraires libres.

Comment ne pas s'étonner que la trajectoire, qui affecte incontestablement les plus pauvres de nos concitoyens, et qui aggravera inévitablement les inégalités devant la maladie et l'accès aux soins, ne soit pas vue par celles et ceux en responsabilité ?

Graphique 9 • Evolutions de l'ONDAM entre 2017 et 2025



Note de lecture : y compris dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire et au Ségur, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM est de 3,3% en 2024 et de 2,8% en 2025

Tableau 8 • Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2025

Montants en Md€	Base 2025	Taux d'évolution	Sous objectif
ONDAM TOTAL	256,6	2,8%	263,9
Soins de ville	109,5	2,0%	111,6
Établissements de santé	105,5	3,1%	108,8
Établissements et services médico-sociaux	31,9	4,7%	33,4
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,6	-0,5%	6,6
Autres prises en charge	3,2	10,2%	3,5

Encadré 1 – Des dispositifs conduisant à améliorer l'efficacité des dépenses

Afin de garantir la soutenabilité de notre modèle social, à la suite d'une forte dégradation du déficit de la sécurité sociale pendant la crise sanitaire, l'année 2025 est marquée par le plus haut niveau d'économies à réaliser visant à améliorer l'efficacité et la pertinence des dépenses de l'assurance maladie, et à garantir ainsi leur soutenabilité.

Plusieurs piliers seront ainsi mobilisés pour un total de 4,9 Md€ d'économies.

La poursuite de la promotion de la médecine et chirurgie ambulatoires, initiée il y a plus de 10 ans, permettra de rationaliser la structuration de l'offre de soins en accroissant les alternatives aux hospitalisations. De même, la poursuite de l'amélioration

de l'efficacité des achats hospitaliers, via le programme PHARE (performance hospitalière pour des achats responsables), en favorisant les mutualisations et la gestion commune d'activités transversales, permettra d'améliorer la performance interne des établissements de santé. D'autres mesures portant sur la régulation de l'intérêt médical, ainsi que sur la réallocation de certaines aides à l'investissement permettront de même d'améliorer **l'efficacité de la dépense au sein des établissements de santé**. Le rendement de ces mesures est attendu à 0,6 Md€.

Par ailleurs, comme chaque année, des **efforts de régulation sur les médicaments et dispositifs médicaux** seront poursuivis. Ces mesures, pour un total de 1,8 Md€, concernent majoritairement des baisses de prix portant sur les médicaments et les dispositifs médicaux, pour un total de 1,2 Md€, d'un effet report sur la maîtrise des volumes de 0,4 Md€ et des autres mesures de régulation sur les produits de santé en ville (effet report en année pleine du doublement des franchises, fin de dispositifs dérogatoires Covid ou régulation des DM générateur de déchets, etc. cf *infra* partie I.9).

Des mesures d'efficacité et de régulation tarifaire porteront sur certains secteurs des **soins de ville hors produit de santé** tels que le respect du protocole biologie médicale, sur la radiologie, des mesures portant sur le secteur des transports sanitaires notamment au travers du développement des transports partagés. Le rendement total de ces mesures est attendu à 0,5 Md€.

Des mesures de **transfert de dépenses** aux entreprises, organismes complémentaires et de responsabilisation des assurés seront également menées, avec un rendement attendu de 2,0 Md€ qui comprennent l'abaissement du plafond des IJ, la hausse du ticket modérateur qui concerne à ce stade les consultations des médecins et sage-femmes et poursuite de la montée en charge du doublement des participations et franchises initié en 2024.

Enfin, La pertinence des prescriptions sera en outre renforcée grâce aux actions de **maîtrise médicalisée** qui sont refondues en lien avec le programme de rénovation de la gestion du risque porté par l'assurance maladie (Rénov'GDR). La répartition de ces mesures par grands postes de dépenses est présentée dans le tableau ci-dessous :

Répartition des mesures de maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude en ville

	Maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude
Professionnels de santé	200
Transports	50
Biologie	25
Produits de santé	185
Indemnités journalières	440
Total	900

I.6 Une progression des dépenses de soins de ville prévue à 2,0% en 2025

Les dépenses de soins de ville augmenteraient de 2,0%¹ en 2025. Ce taux est obtenu en estimant d'abord une tendance d'évolution spontanée des dépenses (cf. partie I.6.1), qui prolonge à l'aide de méthodes statistiques l'évolution observée par le passé, par catégories fines de dépenses (hors dépenses de crise). L'estimation de la croissance spontanée des dépenses tient compte de la poursuite par la CNAM de ses actions de pertinence et d'efficacité, et notamment de ses programmes de maîtrise médicalisée (MM) et de lutte contre la fraude, conformément aux recommandations du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM).

Les mesures nouvelles en dépense sont ensuite ajoutées (cf. partie I.6.2) : les revalorisations des professions de santé anticipées pour l'année 2025, une provision pour les dépenses en lien avec la crise sanitaire, ainsi que la prise en charge par l'assurance maladie des protections menstruelles. Enfin, des mesures de maîtrise tarifaire et de régulation viennent diminuer l'évolution des dépenses de 1,7 Md€. A ce quantum d'économies, s'ajoutent des transferts de charges vers les organismes complémentaires, les employeurs et de responsabilisation des assurés estimés à 1,9 Md€ sur ce champ (cf. partie I.6.4).

¹ Pour faire face au risque sanitaire en 2025, une provision à hauteur de 0,5 Md€ (dont 0,35 Md€ pour le champ des soins de ville) a été intégrée à la construction de l'ONDAM 2025 en PLFSS pour 2025. Cette provision, stable par rapport à 2024, ne modifie pas le taux d'évolution de 2,0% du sous-objectif des soins de ville.