



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2024

Projet de loi de financement de la sécurité sociale

ANNEXE 5 ONDAM
et dépenses de santé

**ANNEXE 5
ONDAM
ET DÉPENSES DE
SANTÉ**

PLFSS 2024

SOMMAIRE

PLFSS 2024 - Annexe 5

PARTIE I: L'ONDAM en 2022, 2023 et 2024.....	13
<i>1.1 L'ONDAM, un objectif interbranches composé de six sous-objectifs.....</i>	15
1.1.1 Les six sous-objectifs de l'ONDAM	15
1.1.2 L'articulation entre l'ONDAM et les dépenses des branches maladie, AT-MP et autonomie	17
<i>1.2 Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2022 (+2,8%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+6,0 % hors dépenses de crise – soit un niveau supérieur à l'inflation)....</i>	18
1.2.1 ONDAM 2022 : un dépassement de 10,2 Md€ par rapport à la LFSS 2022	18
1.2.2 Des surcoûts bruts liés à la crise sanitaire à hauteur de 11,7 Md€.....	19
1.2.3 Des dépenses relatives à la mise en œuvre du Ségur de la Santé à hauteur de 12,7 Md€ en 2022, dont 2,8 Md€ supplémentaires par rapport à 2021.....	20
1.2.4 Des mesures tenant compte du contexte d'inflation pour 2,3 Md€.....	20
1.2.5 Des mesures de majoration de la rémunération du travail en établissements suite à la mission flash urgences.....	21
1.2.6 Hors impact de la crise, les dépenses de l'ONDAM présenteraient un dépassement de 0,4 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023	21
<i>1.3 L'ONDAM devrait progresser de +0,2% en 2023, en dépassement de 2,8 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFRSS pour 2023, et de +4,8% hors dépenses de crise.....</i>	22
1.3.1 Des surcoûts bruts en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 0,9 Md€.....	25
1.3.2 Les mesures salariales annoncées le 12 juin représentent 1,6 Md€ de coût sous Ondam.....	26
1.3.3 Hors impact de la crise, et mesures spécifiques au contexte inflationniste, les dépenses de l'ONDAM seraient supérieures de 1,3 Md€ à l'objectif de la LFRSS 2023	26
<i>1.4 Périmètre et construction de l'ONDAM 2024</i>	28
<i>1.5 Une hausse de l'ONDAM de 3,2% en 2024, hors dépenses liées à la crise sanitaire.....</i>	29
<i>1.6 Une progression des dépenses de soins de ville prévue à 3,5% en 2024 (hors dépenses liées à la crise sanitaire)</i>	33
1.6.1 Evolution spontanée en 2024.....	34
1.6.2 Les revalorisations conventionnelles et mesures nouvelles	35
1.6.3 Les mesures de régulation.....	36
<i>1.7 Le financement des établissements de santé prévu en hausse de 3,2% en 2024 (hors dépenses liées à la crise sanitaire)</i>	36
1.7.1 Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent	38
1.7.2 Soutenir le fonctionnement structurel des établissements de santé	38
1.7.3 Soutenir la recherche et l'innovation	38

I.7.4 Mener des actions prioritaires en santé publique	38
I.7.5 Lutter contre les inégalités en santé	38
I.7.6 Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population	39
PARTIE II: ONDAM et besoins de santé publique.....	41
II.1 La prévention institutionnelle en 2022	43
II.2 Les nouveaux chantiers de la prévention	47
II.2.1 La création de bilans de prévention	47
II.2.2 Le dépistage néonatal.....	47
II.2.3 Une simplification du parcours vaccinal des usagers par l'extension des compétences vaccinales des professionnels de santé	48
II.2.4 La mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030	48
II.2.5 Le déploiement de différents dispositifs en matière de prévention en santé mentale	49
II.2.6 Une organisation rénovée des dépistages organisés des cancers pour 2024	49
II.2.7 L'expérimentation en France du modèle ICOPE-OMS de prévention de la perte d'autonomie ..	50
II.3 Des fonds qui permettent le financement d'actions de prévention institutionnelle	50
II.3.1 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)	50
II.3.2 Le fonds de lutte contre les addictions (FLCA)	50
II.4 Le fonds d'intervention régional : levier pour le financement de la politique locale de santé ...	52
II.4.1 Objectifs et missions du fonds.....	52
II.4.2 Les dispositifs de prévention financés par le FIR en 2022	53
PARTIE III: ONDAM et pathologies	55
III.1 Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée	57
III.1.1 Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2020 et à quel coût ?	58
III.1.2 Une augmentation importante des effectifs en 2021	64
III.1.3 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?	65
PARTIE IV: L'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge	87
IV.1 La dépense courante de santé au sens international (DCSi).....	89
IV.2 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	91
IV.3 Deux concepts différents : La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et l'ONDAM.....	96
PARTIE V: Rappel des avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de santé en 2023.....	97

Synthèse

Le présent rapport, annexé chaque année au projet de loi de financement de la sécurité sociale, décrit les évolutions récentes et attendues des dépenses couvertes par l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), et retrace l'inscription de l'ONDAM au sein du pilotage global du système de santé.

Une annexe remaniée par la loi organique relative aux lois de financement de la sécurité sociale (LOLFSS) du 14 mars 2022

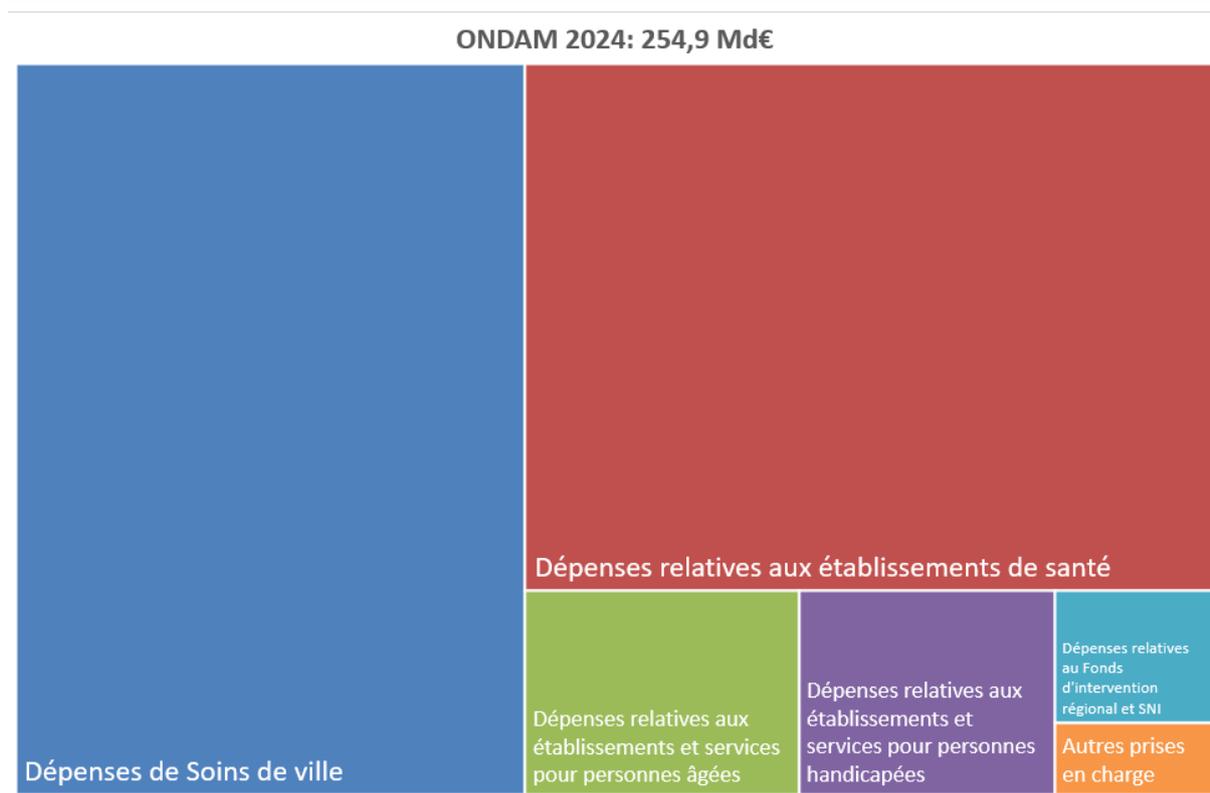
Dans le cadre des modifications organiques, la partie sur la situation financière des établissements de santé et leur capacité d'investissement fait maintenant l'objet d'une annexe à part entière (Annexe 6).

L'ONDAM : des dépenses qui relèvent des branches maladie, accidents du travail et maladies professionnelles et, depuis 2021, de la branche autonomie

Les dépenses couvertes par l'ONDAM devraient atteindre 254,9 Md€ en 2024. Ces dépenses se déclinent en six sous-objectifs (cf. graphique 1) :

- les dépenses de soins de ville (108,4 Md€ attendus en 2024) : part des honoraires des professionnels libéraux pris en charge par l'assurance maladie, y compris de ceux exerçant en clinique privée, remboursements au titre des transports sanitaires, indemnités journalières versées en cas d'arrêt maladie ou d'accidents du travail, remboursements de médicaments et autres produits de santé, etc. ;
- le financement des établissements de santé publics et privés (105,6 Md€) ;
- le financement des établissements et services médico-sociaux, également appelé Objectif global de dépenses (OGD) qui se décline dans l'ONDAM en deux sous-objectifs : le premier concernant les établissements et services d'accueil des personnes âgées en perte d'autonomie (16,3 Md€) et le second concernant les établissements et services d'accueil des personnes handicapées (15,2 Md€) ;
- les crédits du Fonds d'intervention régional sous la responsabilité des Agences régionales de santé et les dispositifs de soutien national à l'investissement, nouvellement transférés dans ce sous-objectif en 2022 pour tenir compte notamment des préconisations du HCAAM (6,1 Md€) ;
- les autres dépenses (3,3 Md€) : financement d'opérateurs intervenant dans le domaine sanitaire comme Santé Publique France ou l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), soins des Français à l'étranger, financement de certains établissements médico-sociaux spécifiques.

Graphique 1 • Montants de l'ONDAM 2024, par sous-objectif



Malgré une décroissance des dépenses en lien avec la crise sanitaire, l'ONDAM est resté dynamique en 2022, avec la poursuite de la montée en charge des dépenses au titre du Ségur de la Santé ainsi que l'impact du contexte inflationniste sur les dépenses de santé

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 avait rectifié l'ONDAM pour 2022 à 247,0 Md€, soit une révision à la hausse de 10,1 Md€ par rapport à l'objectif voté initialement en LFSS 2022 (236,8 Md€). Selon les dernières informations fournies par les régimes d'assurance maladie (AM), les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont finalement élevées à 247,1 Md€, en dépassement de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif 2022 rectifié en LFSS pour 2023, et de 10,2 Md€ par rapport à l'objectif initial en LFSS pour 2022. L'ONDAM a ainsi progressé de 2,8% en 2022, soit 6,0% hors dépenses de crise.

Par rapport à la LFSS 2022, l'écart s'explique en grande partie par des dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire supérieures à ce qui avait été provisionné (11,7 Md€ constatés contre une provision de 4,9 Md€), soit un écart de 6,8 Md€. Cet écart à la provision initiale s'explique par la survenue de la 5^{ème} vague épidémique, avec le variant Omicron, qui a fortement tiré à la hausse les dépenses de dépistage et d'indemnités journalières. Le reste de l'écart à l'objectif s'explique par la hausse de 3,5% du point d'indice intervenue en juillet 2022, par les conclusions de la mission flash sur les urgences, et par les conséquences de l'inflation notamment sur les charges non salariales des établissements.

Hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'écart a atteint 0,4 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2023. La rectification intervenue en LFSS 2023 avait rehaussé la provision de dépenses de crise à 12,1 Md€ aboutissant à une sous-exécution de -0,3 Md€ par rapport à cet objectif rectifié.

Malgré une circulation du virus devenue endémique, l'ONDAM 2023 est en progression du fait notamment des effets de la hausse de l'inflation, de l'impact des revalorisations salariales et de la dynamique de l'activité de soins de ville

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM en 2023 ont été fixées à 244,8 Md€ dans la LFRSS pour 2023, soit une progression à champ constant, en incluant les dépenses liées à la crise sanitaire, de -0,9% par rapport à 2022. Hors surcoûts identifiés en 2022 et 2023 relatifs à la crise sanitaire, les dépenses étaient prévues en augmentation de +3,8 %. Pour rappel, l'objectif en LFRSS avait été rectifié en hausse de 750 M€ par rapport à celui de la LFSS 2023, afin de tenir compte des annonces du 6 janvier sur les mesures d'attractivité à l'hôpital, et également d'un dépassement prévisible en ville au vu des

données d'exécution à fin 2022. Les hypothèses retenues en construction reposaient sur un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire, et un contexte épidémique favorable avec une circulation du virus devenue endémique. Cette construction intégrait l'effet d'un contexte inflationniste persistant. Les revalorisations du point d'indice de juillet 2022 (effet année pleine en 2023) et les conséquences financières portant sur le renchérissement des charges non salariales des ESMS y avaient été intégrées.

Au regard des dernières données disponibles, les dépenses de l'ONDAM 2023 s'élèveraient à 247,6 Md€, en progression de +0,2 % à périmètre constant, et dépasseraient de 2,8 Md€ l'objectif fixé en LFRSS pour 2023. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, la progression de l'ONDAM en 2023 serait de +4,8 %.

Cet écart à la LFRSS s'expliquerait pour plus de sa moitié par la prise en compte des revalorisations salariales dans la fonction publique annoncées le 12 juin 2023, et par leur extension aux établissements sanitaires et médico-sociaux privés par des mesures comparables, pour un montant total de 1,6 Md€. Il s'expliquerait également par la prise en compte des développements conjoncturels intervenus sur les dépenses de soins de ville, dans un contexte d'inflation tirant à la hausse certaines dépenses, notamment d'indemnités journalières, mais aussi dans un contexte de reprise plus rapide que prévu de l'activité de soins.

Les dépenses en lien avec la crise sanitaire atteindraient 0,9 Md€, soit un montant légèrement inférieur à celui intégré en construction (1,0 Md€) et en très nette diminution par rapport au montant constaté en 2022 (11,7 Md€).

Une hausse de l'ONDAM de 3,2 % prévue en PLFSS 2024, hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire

La construction de l'ONDAM 2024 repose sur l'hypothèse d'une circulation devenue endémique de la Covid-19 et d'un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire. Au total, le PLFSS pour 2024 propose de fixer les dépenses couvertes par l'ONDAM pour l'année 2024 à 254,9 Md€.

La progression de l'ONDAM pour 2024 se décompose de la manière suivante :

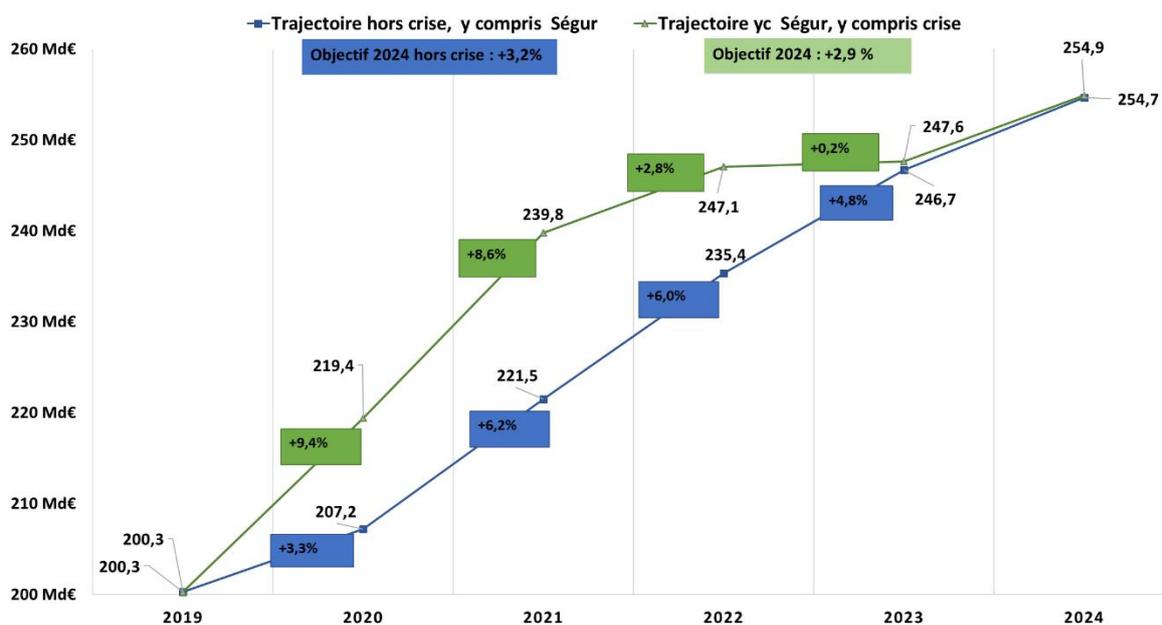
- Une évolution spontanée expliquant +2,8 points de contribution, avant prise en compte de l'impact de l'inflation exceptionnelle¹ et des mesures nouvelles. Cette progression intègre les effets des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude conformément aux préconisations du HCAAM de 2021, pour un rendement escompté de 0,9 Md€ sur les soins de ville.
- Un impact du contexte inflationniste sur les achats des établissements, ainsi que les mesures salariales du 12 juin contribuant pour +0,4 point ;
- Des dépenses supplémentaires au titre des revalorisations conventionnelles, de la trajectoire spécifique des produits de santé décidée dans le cadre du conseil stratégique des industries de santé, des mesures contre la précarité menstruelle, de l'amélioration du remboursement de fauteuils roulants, ainsi que des mesures nouvelles dans les établissements de santé et médico-sociaux contribuant pour +1,4 point ;
- Des dépenses supplémentaires au titre de l'amélioration de l'attractivité des métiers en établissement contribuant pour +0,2 point ;
- En 2024, le niveau de dépense annuel au titre du Ségur de la Santé présentera un contrecoup négatif après avoir atteint son pic en 2023, sous l'effet de la baisse limitée et prévue dans la trajectoire pluriannuelle de certains crédits relatifs à l'investissement adossés à la facilité pour la relance et la résilience (FRR)². Ce contrecoup négatif viendrait réduire la progression de l'ONDAM 2024 de -0,1 point ;
- Les mesures de régulation et d'économies jouant pour -1,4 point.

Au total, l'ONDAM évoluerait de 3,2 % hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Sa progression serait de 2,9 % en tenant compte de ces dépenses, qui passeraient des 0,9 Md€ désormais attendus en 2023 à une provision de 0,2 Md€ en 2024.

¹ Plus précisément, ce taux de croissance spontané « socle » repose conventionnellement sur une inflation de 1%, égale à la moyenne 2010-2019.

² Principal instrument financier du plan de relance européen à la suite de la crise sanitaire.

Graphique 2 • Principe de construction de l'ONDAM 2024



Note de lecture : hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire en 2023 et 2024, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM est de 3,2% en 2024.

Une année 2024 marquée par une croissance dynamique des dépenses des établissements médico-sociaux et de celles de soins de ville

Hors dépenses liées à la crise, **les dépenses des soins de ville évolueraient au rythme de +3,5%** pour tenir compte notamment des mesures de revalorisations conventionnelles engagées en faveur des professionnels de santé. Ainsi, l'ONDAM 2024 intègre en ville le financement de la vie conventionnelle, en particulier la mise en œuvre du règlement arbitral à la convention médicale et la poursuite de la montée en charge de l'avenant 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires. Il comprend par ailleurs le financement des revalorisations prévues par différents avenants signés à l'été 2023 pour permettre aux professionnels paramédicaux de compenser l'effet de l'inflation sur leurs revenus. Le sous-objectif relatif aux soins de ville intègre enfin la fin de la montée en charge des mesures de l'avenant 9 à la convention médicale signée avec l'Assurance maladie en juillet 2021, ainsi que l'impact financier de mesures permettant de lutter contre la précarité menstruelle. Les négociations à venir seront également financées dans ce cadre.

Les dépenses des sous-objectifs médico-sociaux évolueraient de manière plus dynamique que celles des soins de ville (+4,6% pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et +3,4% pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap). Au total, **l'objectif global de dépenses (OGD)** qui regroupe les sous-objectifs personnes âgées et personnes handicapées de l'ONDAM est fixé à 31,5 Md€, en augmentation de 4,0%.

Cette évolution traduit la poursuite de l'engagement du Gouvernement en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. L'augmentation des ressources de l'OGD est à nouveau supérieure à celle de l'ONDAM dans son ensemble (+3,2% une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire). Hors impact lié à l'effet année pleine des mesures salariales du 12 juin 2023 (0,2 Md€), cette construction traduit un engagement financier supplémentaire de +1,0 Md€ en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ces dépenses supplémentaires permettent de poursuivre le virage domiciliaire (création de nouvelles places de SSIAD), de financer la hausse du taux d'encadrement dans les EHPAD, ainsi que des installations de places et la mise à disposition de solutions nouvelles dans les établissements pour personnes handicapées (dont les mesures prises dans le cadre de la convention nationale du handicap d'avril 2023), ainsi que les dépenses nouvelles liées au contexte d'inflation persistant.

Le sous-objectif **Établissements de santé** de l'ONDAM s'établit pour 2024 à 105,6 Md€, en augmentation de +3,2% une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire, soit un rythme similaire à celui de

L'ONDAM dans sa globalité. Cette progression reste nettement plus dynamique que le taux d'évolution moyen observé au cours de la décennie 2010-2019 (de +2,0% par an en moyenne). Les financements nouveaux consacrés à l'hôpital en 2023 se répartissent de la manière suivante :

- +0,4 Md€ pour financer en année pleine les mesures salariales du 12 juin 2023 dans la fonction publique et des mesures comparables pour les établissements privés ;
- +0,4 Md€ afin de financer les mesures d'attractivité à l'hôpital, afin de mieux rémunérer les gardes, le travail de nuit ainsi que les astreintes des dimanches et jours fériés du personnel hospitalier ;
- +2,5 Md€ au titre du financement de l'évolution spontanée des charges des établissements, dans un contexte double de poursuite de la reprise de l'activité, et d'une inflation certes moindre qu'en 2023 mais persistante (2,5% après 4,8%, au sens de l'IPCHT) ;
- +0,9 Md€ de financement des mesures nouvelles au sein des établissements de santé. Cette progression permet notamment de financer les actions prioritaires de santé publique, les mesures de revalorisations salariales catégorielles et d'attractivité et ainsi renforcer l'offre de soins et mieux accompagner les établissements. Elle permet par ailleurs de compenser la hausse de 1 point en 2024 du taux de cotisation CNRACL décidée dans le cadre de la réforme des retraites.

La construction du sous-objectif relatif aux établissements de santé intègre un quantum d'économies de 0,6 Md€ (hors baisses de prix concernant la liste en sus). Ces économies reposent en particulier sur la poursuite de l'amélioration de la pertinence des prises en charge (développement des prises en charge ambulatoires, de l'HAD, etc.), de la poursuite de l'optimisation des achats dans le cadre du programme Phare et la régulation de l'intérim médical.

Par ailleurs, la construction de l'ONDAM proposée en PLFSS 2024 repose sur une hausse sous-jacente des dépenses de produits de santé (nettes des remises pharmaceutiques et de la clause de sauvegarde) de 4,6 % en 2024, en tenant compte des objectifs de baisses de prix et de volume. Cette évolution est supérieure à celle retenue lors du dernier Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), qui prévoyait une hausse moyenne de ces dépenses de 2,4% par an entre 2022 et 2024.

Tableau 1 • Hausse de l'ONDAM par sous-objectifs en PLFSS 2024 (hors dépenses exceptionnelles liées à la crise)

Soins de ville	3,5 %	Médico-social - personnes handicapées	3,4 %
Etablissements de santé	3,2 %	Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	- 4,7 %
Médico-social – personnes âgées	4,6 %	Autres prises en charge	4,6 %

L'ONDAM s'établirait à 8,7 % du PIB en 2024, en nette augmentation par rapport à la situation pré-crise, notamment sous l'effet du Ségur de la santé

Les dépenses retracées dans l'ONDAM représentaient 7 % du PIB lors de la création de l'objectif en 1997 et de l'ordre de 8,2% avant la survenue de la crise sanitaire (chiffre 2019, quasi stable sur l'ensemble de la décennie 2010-2019) ; elles pourraient atteindre 8,7% du PIB en 2024¹, selon les prévisions du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Cette progression a eu lieu par paliers (cf. graphique 2) :

- d'abord en 2002-2003, avec une croissance soutenue des dépenses de santé dans un contexte de ralentissement de la croissance économique ;

- puis en 2008-2009, en raison de la crise financière et économique. Malgré un contexte de croissance contenue des dépenses de santé, la perte pérenne d'activité qui s'en est ensuivie a conduit à un renchérissement du poids de l'Ondam dans la richesse nationale ;

¹ Après deux années atypiques en 2020 et 2021 où la part de l'ONDAM dans le PIB a été particulièrement élevée du fait de la conjonction des dépenses de santé engagées pour répondre à la crise sanitaire et de la contraction du PIB.

- Une stabilité notable sur 2010-2019 autour de 8 ¼ pts de PIB, sur la base d'une croissance de l'Ondam maintenue à 2,3% de moyenne, rythme identique à la croissance du PIB en valeur ;

- enfin, à compter de 2020, en raison de la baisse du PIB sous l'effet de la crise sanitaire, ainsi que des dépenses exceptionnelles et transitoires pour financer la lutte contre l'épidémie, puis des dépenses pérennes, notamment dans le secteur hospitalier, consécutives au Ségur de la santé. Le niveau exceptionnellement élevé atteint en 2020 et 2021 est outre les dépenses covid (18,3 Md€ ces deux années) le reflet d'une baisse marquée du PIB et donc d'un effet dénominateur, particulièrement important en 2020 ; en 2021, cet effet dénominateur se réduit mais l'année est alors marquée par la forte montée en charge du Ségur. Une baisse a été constatée en 2022 et le serait à nouveau en 2023, résultant de la diminution très nette des dépenses Covid, et de la poursuite du rebond de l'activité permettant de combler la perte d'activité consécutive à la crise.

L'ONDAM est plus dynamique que les dépenses de santé (cf. partie 4) : de 2012 à 2022, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) a progressé de 0,2 point de PIB, tandis que l'ONDAM progressait de 1,3 point de PIB. Ce dynamisme de l'ONDAM s'explique en partie par l'élargissement de son champ (pour environ 0,2 point), ainsi que par l'impact des dépenses de dépistage et de vaccination contre la Covid-19 qui sont quasiment intégralement financées sous ONDAM (et qui à l'inverse ne relèvent pas de la CSBM). De même, l'ONDAM intègre en son sein les dépenses médico-sociales, financées par l'objectif global de dépense (OGD), qui évoluent à un rythme plus dynamique que la CSBM. Cette dynamique s'explique également par la hausse de la prise en charge des dépenses de santé par la sécurité sociale. Ainsi, la part de la CSBM financée par la Sécurité Sociale est passée de 76,0% en 2012 à 79,6% en 2022¹.

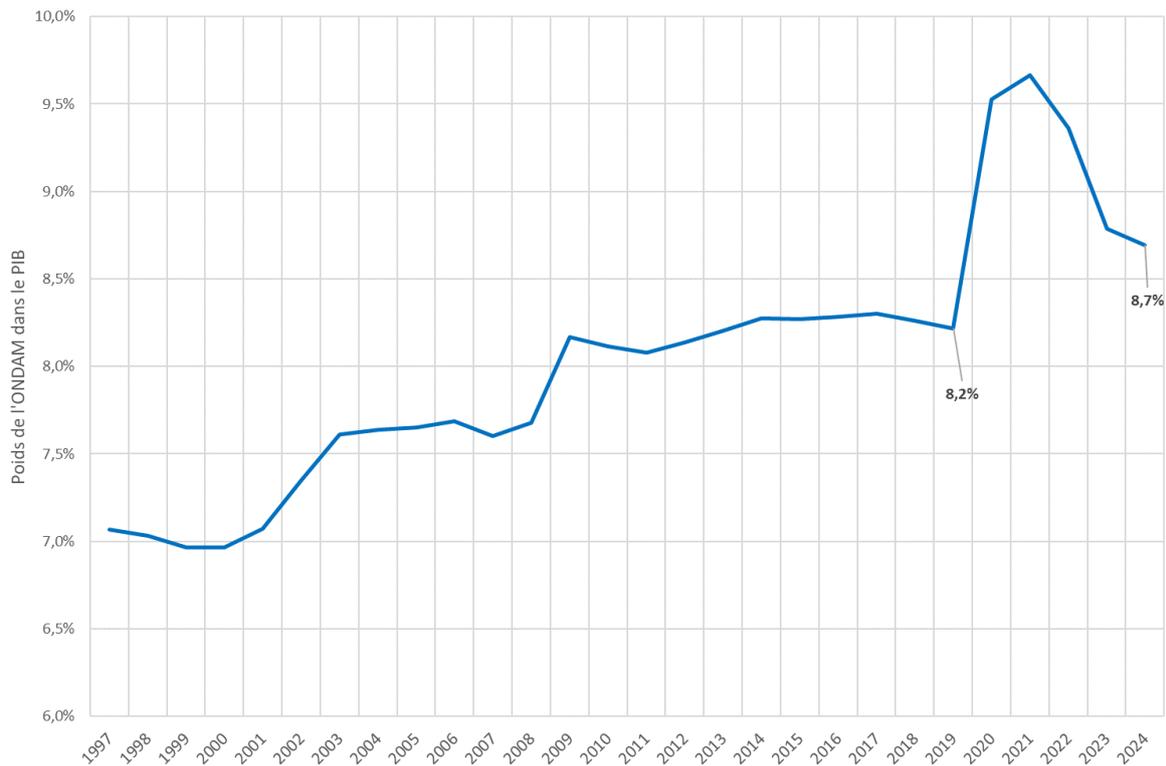
L'ONDAM a ainsi connu une hausse structurelle importante par rapport à la situation pré-crise et connaîtra une nouvelle hausse en 2024. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'objectif progresserait de 3,2 % en 2024, pour une croissance du PIB cependant supérieure, de 4,0% en valeur, stabilisant ainsi son poids dans le PIB, avec même un léger reflux. Cette augmentation de la part de l'ONDAM dans le PIB depuis 2019 s'explique notamment par la volonté d'investir dans le système de santé avec notamment la fin de la montée en charge de l'application des accords issus du Ségur de la santé, organisés autour de quatre piliers : i) transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ; ii) définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ; iii) simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ; iv) fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers. Cela se traduit par une forte augmentation des ressources allouées au système de santé, et une hausse de dépenses de l'ONDAM de 1,5 Md€ dès 2020, 8,4 Md€ supplémentaires en 2021, 2,8 Md€ additionnels en 2022 et encore 0,7 Md€ de dépenses nouvelles en 2023 (à périmètre constant). Le grand plan d'investissement annoncé dans le cadre du Ségur de la santé et intégré au plan France Relance pour 6 Md€ se poursuit par ailleurs jusqu'en 2025. Le dynamisme de l'ONDAM en 2022, 2023 et 2024 s'explique également par la prise en compte du contexte inflationniste et de son impact sur les charges supportées par les offreurs de soins (cf. partie 1). Par ailleurs, le PLFSS pour 2024 intègre la matérialisation des engagements présidentiels afin d'augmenter l'attractivité des métiers en établissements sanitaires.

La France fait partie des pays supérieurs à la moyenne de l'OCDE en termes de ressources consacrées à la santé, avec une part des dépenses courantes de santé au sens international dans le PIB évaluée à 12,3% en 2021, contre 11% en moyenne OCDE, 12,6% en Allemagne et 18,2% aux Etats-Unis. En 2022, cette part s'élève en France à 11,9 % du PIB (cf. partie 4).

Enfin, en France, le reste à charge des ménages par rapport à la DCSi s'élève en 2021 à 8,7 % de la DCSi (8,8 % en 2020), soit le niveau le plus faible au sein des pays de l'OCDE (suivi du Luxembourg).

¹ Ce montant important à partir de 2021 s'explique par l'intégration de la complémentaire santé solidaire au sein du financement sécurité sociale de la CSBM, alors que cela relevait auparavant du financement par l'état, ainsi que par le fait que certaines dépenses consécutives à la crise sanitaire (telles que celles en lien avec le Ségur de la Santé) sont prises en charge à 100% par l'assurance maladie obligatoire. En 2019, la part de la CSBM financée par la Sécurité Sociale s'établissait à 77,4%.

Graphique 3 • Part de l'ONDAM dans le produit intérieur brut depuis 1997



Note : il s'agit de l'évolution de l'ONDAM à champ courant. L'élargissement du champ de l'ONDAM au fil des années explique de l'ordre de 0,2 point de la hausse de l'ONDAM de 1997 à 2023 (effet périmètre).

Une poursuite des réformes du système de santé, des mesures visant à améliorer son efficacité, et de l'investissement dans la prévention

Des réformes structurelles sont nécessaires afin de garantir sur le long terme aux Français des soins accessibles et de qualité.

Sur la base de la cartographie médicalisée des dépenses développée par la CNAM, l'Assurance maladie met en œuvre des actions dites de « maîtrise médicalisée des dépenses », qui visent notamment un meilleur usage des soins et des produits de santé en incitant les offreurs de soins à améliorer leurs pratiques, à la fois en ambulatoire et à l'hôpital. Ces actions cherchent à réduire les consommations de soins médicalement non justifiés, et à promouvoir le respect de bonnes pratiques médicales, notamment celles faisant l'objet de recommandations de la Haute autorité de santé (cf. partie 3). En complément, à l'hôpital, les établissements publics ont pour objectif de réaliser des gains dans le secteur des achats, dans le cadre du programme de performance hospitalière pour des achats responsables (PHARE) lancé en 2011 (cf. partie 1.5, encadré 1).

L'amélioration de l'efficacité du système de santé passe également à moyen terme par le développement des politiques de prévention, qui font l'objet de la deuxième partie de ce rapport et qui jouent un rôle central dans la Stratégie nationale de santé, notamment du fait du vieillissement de la population et de la croissance des maladies chroniques. Du fait de la crise sanitaire, la sécurité sociale finance la grande partie (64%¹) des 12,7 Md€ consacrés en 2022 à la prévention institutionnelle². Cette part de financement est en nette réduction par rapport à 2021, où sous l'effet de dépenses de crises plus importantes, la sécurité sociale finançait 75% de la prévention institutionnelle. En effet, la crise sanitaire a profondément modifié la structure de financement des dépenses de prévention, avec la très forte augmentation des dépenses de vaccination et de dépistage organisé contre la COVID-19, financées intégralement par

¹ Intégrant le financement FIR

² La prévention dite institutionnelle regroupe la vaccination, le dépistage organisé, les soins bucco-dentaires gratuits pour les mineurs, les campagnes d'information et d'éducation à la santé, le sport sur ordonnance, la veille sanitaire et la préparation des crises...

l'assurance maladie. Le reste se répartit entre État et collectivités locales (PMI, santé scolaire et universitaire, etc. soit 15 % de la prévention institutionnelle) et secteur privé (14 %, notamment la médecine du travail).

Enfin, l'amélioration de notre système de santé passe par des mesures destinées à structurer les soins de proximité, à contribuer à la modernisation et à l'adaptation du système de soins, conformément aux ambitions portées par la loi du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, et de plusieurs mesures annoncées lors du Ségur de la santé.

Les mesures de transformation et de soutien au système de santé ont ainsi été renforcées et réorientées pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire, tout en posant les bases des transformations à mener pour renforcer l'efficacité du système et garantir la soutenabilité des dépenses de santé. L'investissement, qui constitue un pilier central du Ségur de la santé, a vocation à jouer un rôle prépondérant pour moderniser et adapter le système de soins.

**PARTIE I:
L'ONDAM EN 2022,
2023 ET 2024**

I.1 L'ONDAM, un objectif interbranches composé de six sous-objectifs

Institué par la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale, l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil de régulation des dépenses de santé, déterminé chaque année par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

I.1.1 Les six sous-objectifs de l'ONDAM

L'ONDAM a été découpé en six sous-objectifs en 2006 (cf. tableau 1), dont la définition a évolué depuis et qui correspond en 2024 aux grands secteurs de l'offre de soins suivants :

Le sous-objectif soins de ville retrace notamment les honoraires des professionnels libéraux, les remboursements de produits de santé et les indemnités journalières. La régulation des tarifs est placée sous la responsabilité de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) pour les professionnels dans le cadre conventionnel et du comité économique des produits de santé (CEPS) pour les produits de santé.

Le sous-objectif établissements de santé contient plusieurs compartiments : une partie correspondant aux financements des établissements à l'activité sous forme « d'enveloppes ouvertes » : objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique (ODMCO), objectif quantifié national (OQN) psy-SSR, ODSSR dont la régulation prix-volume est assurée par le niveau national, et une partie composée « d'enveloppes fermées » : missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC), dotation annuelle de financement (DAF), unités de soins longue durée (USLD), allouées aux établissements sur la base de modèles de répartition nationaux.

Les deux sous-objectifs médico-sociaux correspondent au financement par la branche autonomie des établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées d'une part et pour personnes en situation de handicap d'autre part, dans le cadre de l'objectif global de dépenses (OGD). Depuis la création de la 5^{ème} branche de la sécurité sociale par la loi dette sociale et autonomie du 7 août 2020, l'ensemble des dépenses de l'OGD est pris en charge par la sécurité sociale et donc intégré à l'ONDAM.

Le sous-objectif Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement correspond d'abord aux enveloppes déléguées aux agences régionales de santé (ARS) afin de financer des actions et expérimentations en faveur de la performance, la qualité, la coordination, la permanence des soins, la prévention, la promotion de la santé et la sécurité sanitaire, dans le cadre du Fonds d'intervention régional (FIR). Ses ressources sont constituées par une dotation des régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, une dotation de la CNSA et, le cas échéant, par toute autre dotation ou subvention prévue par des dispositions législatives ou réglementaires. Ce sous-objectif intègre aussi les dépenses liées au soutien à l'investissement pour les établissements sanitaires et médico-sociaux, dans le cadre du Fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) et du plan d'aide à l'investissement (PAI) de la CNSA en faveur des personnes âgées et des personnes en situation de handicap.

Le sous-objectif « autres prises en charge » recouvre l'ONDAM spécifique (dotations aux établissements accueillant des personnes confrontées à des difficultés spécifiques, comme l'addictologie), les soins des Français de l'étranger, et les dotations de l'assurance maladie à ses opérateurs (ANSM, SPF, etc.).

Tableau 1 • Composition des six sous-objectifs de l'ONDAM

Soins de ville
<ul style="list-style-type: none"> • Honoraires médicaux et dentaires y compris rémunérations forfaitaires (Rémunération sur objectifs de santé publique, Forfait Patientèle Médecin Traitant) • Honoraires paramédicaux • Laboratoires de biologie médicale • Transports • Produits de santé (médicaments de ville, rétrocession hospitalière, dispositifs médicaux, déduction faite des remises pharmaceutiques et de la clause de sauvegarde) • Indemnités journalières (maladie et AT-MP) • Prise en charge des cotisations des professionnels de santé • Financement de l'Agence nationale du développement professionnel continu (ANDPC) • Aides à la télétransmission • Taxe de solidarité additionnelle sur les contrats d'assurance complémentaires (recettes atténuatives de l'ONDAM)
Etablissements de santé
<ul style="list-style-type: none"> • Activité médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) des établissements de santé publics et privés • Soins de suite et de réadaptation (SSR), psychiatrie, unités de soins de longue durée (USLD) : dépenses de séjours tarifés à l'activité et dotations • Dotations forfaitaires • Forfaits annuels (urgence, prélèvement et transplantation d'organes...) • Incitation financière à l'amélioration de la qualité (MCO et SSR) • Médicaments et dispositifs médicaux facturés en sus des séjours hospitaliers (« liste en sus »), déduction faite des remises pharmaceutiques
Etablissements médico-sociaux pour personnes âgées
<ul style="list-style-type: none"> • Dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées
Etablissements médico-sociaux pour personnes handicapées
<ul style="list-style-type: none"> • Dépenses relatives aux établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées
Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement
<ul style="list-style-type: none"> • Dotations assurance maladie aux agences régionales de santé au titre du FIR • Dotations assurance maladie au fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS - créé en LFSS 2021 en remplacement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés) • Dépenses d'investissement en faveur des établissements et services médico-sociaux (ESMS) au titre des plans d'aide à l'investissement (PAI) « personnes âgées » et « personnes handicapées » de la CNSA. Ces dépenses sont intégrées dans le champ de l'ONDAM en 2022.
Autres prises en charge
<ul style="list-style-type: none"> • Soins des Français à l'étranger • Opérateurs financés par l'Assurance maladie • Dépenses médico-sociales spécifiques, hors du champ de l'OGD : <ul style="list-style-type: none"> - Centres de cures ambulatoires en alcoologie (CCAA) - Centres spécialisés de soins aux toxicomanes (CSST) - Appartements de coordination thérapeutique (ACT) - Lits halte soins santé et lits d'accueil médicalisés (LHSS/LAM) - Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD)

I.1.2 L'articulation entre l'ONDAM et les dépenses des branches maladie, AT-MP et autonomie

L'ONDAM est un objectif inter-branches, puisqu'il comprend des dépenses de la branche maladie, de la branche accidents du travail - maladies professionnelles (AT-MP) et l'ensemble des dépenses de la branche Autonomie relatives au financement des établissements médico-sociaux (correspondant à l'objectif global de dépenses). La différence entre les dépenses de l'ONDAM et les objectifs de dépenses des branches votés dans la LFSS s'explique par les effets suivants.

Le champ des prestations de l'ONDAM est **plus limité que celui des prestations d'assurance maladie** : il ne couvre pas les prestations en espèces maternité et invalidité, ni les dépenses relatives aux soins en France d'assurés de régimes étrangers que l'assurance maladie prend en charge avant de se faire rembourser par les autres états.

Il est surtout **beaucoup moins large que celui des prestations de la branche AT-MP** : il ne retrace que les prestations en nature et les indemnités journalières compensant une incapacité temporaire, mais pas les rentes versées en cas d'incapacité permanente ou encore les dispositifs destinés aux travailleurs ou aux victimes de l'amiante.

Ces différences de champ expliquent pourquoi le taux de progression de l'ONDAM peut s'écarter du taux de croissance des dépenses globales des branches. Cela est en particulier vrai pour la branche des accidents du travail et maladies professionnelles dans laquelle le poids de l'ONDAM ne représente que le tiers des charges. Pour la maladie, le poids de l'ONDAM reste très important : il représente environ 80 % des charges de la CNAM.

Par ailleurs, l'ONDAM intègre des produits atténuatifs des dépenses, c'est-à-dire des recettes de l'assurance maladie qui viennent en réduction de l'objectif. Il s'agit des remises sur les produits de santé et de la contribution des organismes complémentaires.

L'inclusion des premières s'explique par leur **indissociabilité de la politique de tarification** des produits de santé assurée par le comité économique des produits de santé (CEPS). Celui-ci négocie avec les exploitants non seulement le prix TTC des différents produits de santé mais également et concomitamment des clauses confidentielles qui prévoient le versement de remises fonctions des volumes de produits remboursés. L'inclusion des remises en diminution de l'ONDAM permet de prendre en compte le coût net pour l'assurance maladie du remboursement des produits de santé et non pas le seul coût brut.

La contribution des organismes complémentaires est la traduction d'un accord conventionnel entre les médecins, l'assurance maladie et l'union des organismes complémentaires prévoyant la participation financière de ces derniers au titre de forfaits versés aux médecins. En conséquence, son montant vient en réduction de l'ONDAM puisqu'elle représente une forme de remboursement des organismes complémentaires à l'assurance maladie au titre de ces forfaits.

Une autre différence entre l'ONDAM et les objectifs de dépenses des branches provient de leur référentiel comptable. Les seconds sont établis selon les règles de la comptabilité générale et sont donc définitivement constatés à la clôture des comptes des régimes. L'ONDAM en revanche se rapproche des concepts de la **comptabilité nationale** et peut être révisé postérieurement à la clôture des comptes pour intégrer certaines régularisations qui n'ont pu être intégrées à temps dans les comptes clos (et le seront donc dans les comptes d'un exercice ultérieur). C'est notamment le cas des révisions du rendement des provisions qui sont établies sur des bases estimatives provisoires lors de la clôture des comptes.

La fiche 2.4 du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2023 décrit en détail le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité des comptes de la CNAM.

Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2022 (+2,8%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+6,0 % hors dépenses de crise – soit un niveau supérieur à l'inflation)

– Tableau 2 • Composition de l'ONDAM et des comptes de branches pour l'exercice 2023

A noter : les dépenses dans le champ de l'ONDAM sont identifiées en partie grisée ci-dessous.

Branche maladie, maternité, invalidité décès	Branche AT-MP	Branche Autonomie
<p>I. Prestations sociales :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en espèce = U maternité ❖ Prestations invalidité décès ❖ Prestations extra-légales (action sanitaire et sociale) ❖ Actions de prévention hors FIR ❖ Autres prestations <p>II. Charges techniques</p> <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>	<p>I. Prestations légales maladie et maternité :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en nature maladie – maternité – incapacité temporaire* ❖ Remises conventionnelles pharmaceutiques ❖ Participation des assurances complémentaires à la rémunération du forfait médecin traitant ❖ Prestations en espèce (hors U maternité), prestations en espèce suite à AT <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement ❖ Prise en charge des cotisations des professionnels libéraux et en centres de santé ❖ Autres transferts (ABM, ATIH, FAC dont ANOFC...) <p>I. Prestations pour incapacité temporaire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en nature ❖ Prestations en espèce suite AT <p>I. Prestations pour incapacité permanente</p> <p>II. Charges techniques :</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ prise en charge des cotisations ACAATA (Allocation de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante) ❖ Dotations aux fonds amiante <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>	<p>I. Prestations maladie</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en nature exécutées en ESMS-PA ❖ Prestations en nature exécutées en ESMS-PH <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ relatives au Fonds d'intervention régional et soutien à l'investissement <p>I. Prestations autonomie</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Prestations en espèces (AEEH, congé proche aidant) ❖ Action de prévention, formation ❖ Plan d'aide à l'investissement <p>II. Charges techniques</p> <ul style="list-style-type: none"> ❖ Concours aux dépenses des départements (APA, PCH)+ financement MDPH ❖ Dotation FIR, GEM, MAIA ❖ Autres transferts (ANAP, ATIH) <p>III. Diverses charges</p> <p>IV. Dotations aux provisions sur les dépenses hors ONDAM</p> <p>V. Charges financières</p>

*Hors part des prestations médico sociales financée par la CNSA, hors conventions internationales

1.2 Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2022 (+2,8%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+6,0 % hors dépenses de crise – soit un niveau supérieur à l'inflation)

1.2.1 ONDAM 2022 : un dépassement de 10,2 Md€ par rapport à la LFSS 2022

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2023 avait rectifié l'ONDAM pour 2022 à 247,0 Md€, soit une révision à la hausse de 10,1 Md€ par rapport à l'objectif voté initialement en LFSS 2022 (236,8 Md€). Selon les dernières informations fournies par les régimes d'assurance maladie (AM), les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont finalement élevées à 247,1 Md€, en dépassement de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif 2022 rectifié en LFSS pour 2023, et de 10,2 Md€ par rapport à l'objectif initial en LFSS pour 2022 (cf. Tableau 1).

Par rapport à la LFSS 2022, ce dépassement s'explique en grande partie par des dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire supérieures à ce qui avait été provisionné (11,7 Md€ constatés contre une provision de 4,9 Md€ en LFSS), soit un dépassement de 6,8 Md€, le reste ayant trait à la hausse de 3,5% du point d'indice des fonctionnaires intervenue en juillet 2022, aux conclusions de la mission flash sur les urgences, et aux autres conséquences du contexte inflationniste, non anticipable lors de la détermination de l'ONDAM de la loi de financement initiale à l'automne 2021, notamment sur les charges non salariales des établissements.

Hors dépenses liées à la crise sanitaire, le dépassement a atteint 0,4 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2023. La rectification intervenue en LFSS 2023 avait rehaussé la provision de dépenses de crise à 12,1 Md€ aboutissant à une sous-exécution de -0,3 Md€ par rapport à cet objectif rectifié (cf. Tableau 3).

Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2022 (+2,8%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+6,0 % hors dépenses de crise – soit un niveau supérieur à l'inflation)

Tableau 3 – Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2022

en Md€	Base 2022	ONDAM 2022 en LFSS 2022	ONDAM 2022 en LFSS 2023	Constat 2022	Taux d'évolution	Écarts à l'objectif LFSS 2022	Écarts à l'objectifs LFSS 2023
ONDAM TOTAL	240,3	236,8	247,0	247,1	2,8%	10,2	0,1
Soins de ville	105,0	102,5	107,2	107,4	2,3%	4,9	0,2
Établissements de santé	95,4	95,2	98,2	98,4	3,2%	3,2	0,2
Établissements et services médico-sociaux	27,0	27,6	28,4	28,2	4,4%	0,6	-0,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,4	14,3	14,6	14,5	0,5%	0,2	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,6	13,3	13,8	13,7	8,9%	0,4	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,1	6,0	6,3	6,4	5,0%	0,4	0,1
Autres prises en charges	6,8	5,5	6,8	6,7	-2,8%	1,1	-0,2

Source : DSS/SDEPF/6B

Tableau 4 • Décomposition du dépassement de l'ONDAM 2022 par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2023

Constat 2022 (en Md€)	ONDAM 2022 en LFSS 2023	Constat 2022	Écart à l'objectif en LFSS 2023	dont écart lié à la crise sanitaire	dont écart hors crise sanitaire
ONDAM TOTAL	247,0	247,1	0,1	-0,3	0,4
Soins de ville	107,2	107,4	0,2	-0,2	0,4
Établissements de santé	98,2	98,4	0,2	-0,1	0,3
Établissements et services médico-sociaux	28,4	28,2	-0,2	0,0	-0,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,6	14,5	-0,1	0,0	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,8	13,7	-0,1	0,0	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,3	6,4	0,1	0,0	0,1
Autres prises en charges	6,8	6,7	-0,2	0,0	-0,2

Source : DSS/SDEPF/6B

1.2.2 Des surcoûts bruts liés à la crise sanitaire à hauteur de 11,7 Md€

Les mesures exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire ont atteint 11,7 Md€ en 2022, soit un dépassement de 6,8 Md€ par rapport au montant provisionné en LFSS pour 2022, et une sous-exécution de -0,3 Md€ par rapport au montant indiqué dans la rectification intervenue en LFSS pour 2023. Ces coûts peuvent être comparés à ceux intervenus en 2020 et 2021, à hauteur de 18,3 Md€ ces deux années.

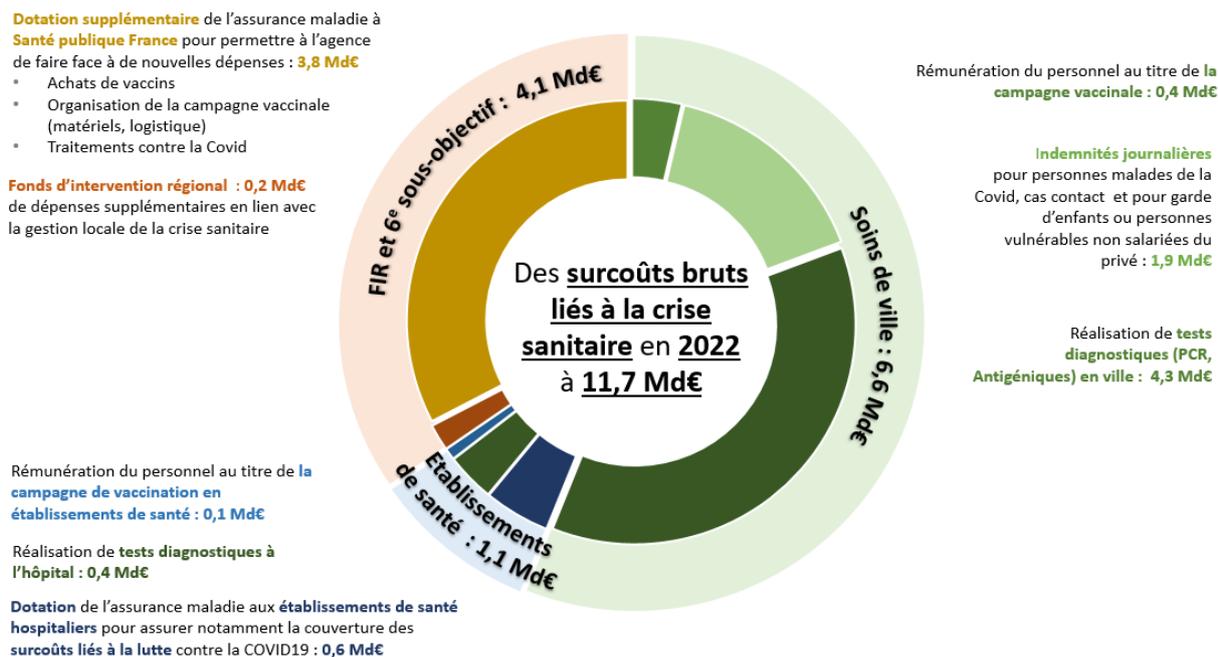
Ces dépenses se décomposent de la manière suivante (cf. graphique n°1) :

- 4,7 Md€ au titre de la réalisation **de tests de diagnostic** (4,3 Md€ en ville et 0,4 Md€ à l'hôpital). Ces dépenses ont été fortement tirées par la vague épidémique liée au variant Omicron survenue en début d'année ;
- 1,9 Md€ de dépenses au titre des **indemnités journalières (IJ) maladie**. Ces dépenses élevées s'expliquent également par la vague Omicron qui a engendré un nombre important d'arrêts maladie ;
- 3,8 Md€ **au titre des dotations de l'assurance maladie à l'agence nationale de santé publique** (Santé publique France). Cette dotation concerne pour les deux tiers la campagne vaccinale contre la COVID-19 (achats des vaccins principalement) et pour le reste la gestion courante de l'épidémie (via l'achat de traitements, ainsi que l'abondement de fonds de concours rattachés à des programmes budgétaires de l'État) ;

Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2022 (+2,8%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+6,0 % hors dépenses de crise – soit un niveau supérieur à l'inflation)

- 0,5 Md€ au titre de la **rémunération des professionnels et établissements de santé effectuant la campagne vaccinale**. En 2022, 30 millions d'injections ont été réalisées (après 124 millions d'injections en 2021) ;
- 0,6 Md€ au titre de la **compensation aux établissements sanitaires des surcoûts induits par la crise sanitaire** ;
- Une dotation de 0,2 Md€ pour les surcoûts covid est intégrée au **FIR**, visant notamment la couverture des dépenses relatives la campagne de vaccination covid et la stratégie « tester-alerter-protéger »

Graphique 1 – Synthèse des surcoûts 2022 liés à la crise sanitaire par sous-objectif



1.2.3 Des dépenses relatives à la mise en œuvre du Ségur de la Santé à hauteur de 12,7 Md€ en 2022, dont 2,8 Md€ supplémentaires par rapport à 2021

Au total, le Ségur de la santé 2022 a atteint 12,7 Md€ de dépenses en 2022 dans le champ de l'ONDAM (au périmètre 2022, c'est-à-dire après intégration des plans d'aide à l'investissement et à l'utilisation du numérique dans le secteur médico-social, soit 0,6 Md€ de mesure de périmètre, cf. annexe 7 au PLFSS 2022), dont 10,3 Md€ concernent les enveloppes au titre des revalorisations salariales dans les établissements sanitaires et médico-sociaux. Globalement, le montant des dépenses nouvelles du Ségur de la santé en 2022 est révisé à la hausse de +0,1 Md€ par rapport à la LFSS pour 2022. Cette révision résulte de deux mouvements se compensant quasiment. Dans le sens d'une révision à la hausse (+0,35 Md€), l'extension des revalorisations du Ségur aux professionnels de la filière socio-éducative conformément aux mesures annoncées le 18 février par le Premier ministre (conférence des métiers) ; dans le sens d'une révision à la baisse (-0,4 Md€), les reports sur 2023 de certains crédits au titre du développement du numérique en santé, de la télésurveillance (passage dans le droit commun de l'expérimentation ETAPES) et du financement des services d'accès aux soins. Les dépenses au titre du Ségur de la Santé restent conformes à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023.

1.2.4 Des mesures tenant compte du contexte d'inflation pour 2,3 Md€

Le 28 juin 2022, le Gouvernement a annoncé une revalorisation exceptionnelle de 3,5% à partir du 1er juillet 2022 du point d'indice de la fonction publique. Le coût total financé au sein de l'ONDAM sur une demi année est de 1,5 Md€. Ce coût englobe l'ensemble des établissements publics et privés des secteurs

Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2022 (+2,8%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+6,0 % hors dépenses de crise – soit un niveau supérieur à l'inflation)

sanitaires et médico-sociaux, sous la forme de mesures comparables de préservation du pouvoir d'achat des salariés pour le secteur privé. Pour le secteur sanitaire, le financement est assuré, en 2022, à 100% par les régimes d'assurance maladie obligatoire (AMO). Pour le secteur médico-social (0,3 Md€) il s'agit de la part financée par la branche autonomie. Les autres financeurs (départements, État) prennent à leur charge le coût de la revalorisation à due proportion de leur financement de la masse salariale des établissements.

Le Gouvernement a également décidé d'une nouvelle enveloppe budgétaire à hauteur de 0,8 Md€ pour l'ensemble des établissements publics et privés des secteurs sanitaire et médico-social afin de leur permettre de couvrir l'augmentation de leurs charges non salariales liées à la hausse de l'inflation (énergie, restauration, produits médicaux, etc.).

Enfin, le contexte d'inflation a également soutenu la croissance d'autres dépenses, et notamment des indemnités journalières, pour 0,3 Md€ de surcoût par rapport à la LFSS 2022, dont les prévisions de dépenses avaient été réalisées avant matérialisation du choc inflationniste.

1.2.5 Des mesures de majoration de la rémunération du travail en établissements suite à la mission flash urgences

A la suite de la mission flash menée durant l'été 2022 sur les urgences et les soins non programmés, des mesures exceptionnelles de revalorisation du travail de nuit et du temps de travail additionnel (TTA) ont été intégrées dans les objectifs rectifiés en LFSS 2023. L'impact de ces mesures **sur l'ONDAM 2022 s'élève à 0,7 Md€.**

1.2.6 Hors impact de la crise, les dépenses de l'ONDAM présenteraient un dépassement de 0,4 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023

1.2.6.1 Des dépenses de soins de ville supérieures de 0,4 Md€ à la LFSS pour 2023

Les dépenses de soins de ville hors crise ont représenté 100,8 Md€, en progression de 4,7% par rapport à 2021. Elles sont supérieures de 0,4 Md€ au sous-objectif rectifié par la LFSS pour 2023.

Les remboursements **d'honoraires médicaux et dentaires** ont été supérieurs de 0,1 Md€ à l'objectif rectifié, du fait notamment d'une dynamique plus forte qu'anticipé sur les honoraires des spécialistes et des dentistes. Les dépenses **d'indemnités journalières** présentent un dépassement de 0,2 Md€, du fait notamment de l'impact du contexte inflationniste sur les salaires et donc sur le coût moyen d'une journée d'indemnité journalière.

Les dépenses de **produits de santé** (nettes des remises et de la clause de sauvegarde) sont conformes à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023. Le déclenchement de la clause de sauvegarde a permis en 2022 de réduire les dépenses de 0,9 Md€ sur les soins de ville (et de 1,1 Md€ sur l'ensemble des sous-objectifs).

Les dépenses **hors prestations** ont été supérieures de 0,1 Md€ à l'objectif rectifié. Cela s'explique par un dépassement des prises en charges des cotisations des professionnels de santé (+170 M€), en lien avec la reprise de l'activité en 2021 post-crise sanitaire (effet différé du fait des modalités de calcul des cotisations des indépendants), en partie compensé par de moindres dépenses sur le fonds des actions conventionnelles et les aides à la télétransmission, ainsi que par un rendement plus fort qu'anticipé de la taxe sur les organismes complémentaires (-55 M€ au total sur les trois postes précédemment cités).

Les autres postes des soins de ville sont globalement en ligne avec les objectifs rectifiés en LFSS pour 2023.

1.2.6.2 Des dépenses des établissements de santé supérieures de 0,2 Md€ en 2022 à l'objectif rectifié, en raison de dépenses nettes de la liste en sus plus importantes qu'anticipées

Au regard de la persistance de la crise sanitaire en début d'année (avec le pic épidémique lié au variant Omicron) et de la faible dynamique de l'activité des établissements de santé (ES), la garantie de

L'ONDAM devrait progresser de +0,2% en 2023, en dépassement de 2,8 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFRSS pour 2023, et de +4,8% hors dépenses de crise

financement (GF) a été prolongée jusqu'à la fin de l'année 2022. Ce dispositif assure à chaque établissement de santé un financement par l'assurance maladie. Le montant de ce financement est égal au minimum à la GF de 2021, augmenté de la hausse des tarifs hospitaliers arrêtée pour l'année 2022. Les dépenses dans le champ de l'ONDAM ES s'élèvent à 98,4 Md€ en 2022 y compris celles liées à la crise sanitaire, en dépassement de +0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023 (et de +0,3 Md€ hors covid). Ces dépenses progressent de 3,2% par rapport à 2021 et de 6,6% hors dépenses en lien avec la crise sanitaire.

Suite à l'application des dispositions du protocole de pluriannualité du financement des ES, la part tarif est à l'équilibre du fait de la restitution en quatrième circulaire budgétaire (dite « C4 ») des moindres dépenses attendues. Les dépenses nettes au titre des produits de santé (PdS), financées par la liste en sus, sont supérieures de 0,2 Md€ à ce qui avait été anticipé en LFSS 2023. Les prestations brutes sont supérieures de 0,1 Md€ aux objectifs et les remises et la clause de sauvegarde présenteraient un rendement inférieur de 0,1 Md€ aux objectifs.

I.2.6.3 Des dépenses relatives à l'ONDAM médico-social inférieures de 0,2 Md€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023

Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM médico-social s'élèvent à 28,2 Md€, ce qui représente une sous-exécution de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif 2022 rectifié en LFSS pour 2023.

Sur le champ des établissements et services pour personnes âgées, la sous-exécution par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023 s'établit à -91 M€. Celle-ci s'explique principalement par le maintien d'un gel sur les mises en réserves (pour 74 M€).

Sur le champ des établissements et services pour personnes handicapées, la sous-exécution par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023 s'établit à -110 M€. Celle-ci s'explique en partie seulement par le maintien d'un gel sur les mises en réserve (pour 40 M€). La sous-consommation restante (soit 70 M€) s'explique majoritairement par de moindres versements qu'anticipé au titre des prix de journées¹.

I.2.6.4 Un léger dépassement du 5^{ème} sous-objectif et une sous-consommation importante des autres prises en charge

En 2022, les dépenses au sein du 5^{ème} sous-objectif (qui intègre le fonds d'intervention régional ainsi que le soutien national à l'investissement) s'élèvent à 6,4 Md€, en dépassement de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023.

Les dépenses au sein des autres prises en charge (qui regroupent les soins des français à l'étranger, les dépenses médico-sociales hors du champ de la CNSA² et les dotations aux opérateurs financés par l'assurance maladie) s'élèvent à 6,7 Md€, en sous-exécution de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023.

I.3 L'ONDAM devrait progresser de +0,2% en 2023, en dépassement de 2,8 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFRSS pour 2023, et de +4,8% hors dépenses de crise

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM en 2023 ont été fixées à 244,8 Md€ dans la LFRSS pour 2023, soit une progression à champ constant de -0,9% par rapport à 2022. Hors surcoûts identifiés en 2022 et 2023 relatifs à la crise sanitaire, les dépenses étaient prévues en augmentation de +3,8 %. Pour rappel, l'objectif en LFRSS avait été rectifié en hausse de 750 M€ par rapport à celui de la LFSS 2023, afin de tenir compte des annonces du 6 janvier sur les mesures d'attractivité à l'hôpital, et également d'un dépassement déjà prévisible en ville au vu de l'exécution 2022.

¹ Le mécanisme des prix de journée fixe une tarification en fonction du nombre de journées réalisées, dès lors ce type de tarification est sujette à davantage d'aléa et de variabilité que le reste des dépenses dans le champ de l'ONDAM médico-social.

² Ces dépenses regroupent le financement de l'assurance maladie au titre des appartements de coordination thérapeutiques, des centres de cures en alcoologie et pour toxicomanie.

L'ONDAM devrait progresser de +0,2% en 2023, en dépassement de 2,8 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFRSS pour 2023, et de +4,8% hors dépenses de crise

Les hypothèses retenues en construction reposaient sur un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire et un contexte épidémique favorable avec une circulation du virus devenue endémique. Cette construction intégrait l'effet d'un contexte inflationniste persistant. Les revalorisations du point d'indice de juillet 2022 (effet année pleine en 2023) et les conséquences financières portant sur le renchérissement des charges non salariales des établissements de santé et des ESMS y avaient été intégrées.

Au regard des dernières données disponibles, les dépenses de l'ONDAM 2023 s'élèveraient à 247,6 Md€ y compris covid, en progression de +0,2% à périmètre constant, et dépasseraient de 2,8 Md€ l'objectif fixé en LFRSS pour 2023. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, la progression de l'ONDAM en 2023 serait de +4,8% (246,7 Md€ en niveau). Ce taux de progression est égal à celui de l'inflation prévue sur l'année (4,8% au sens de l'IPCHT).

Ainsi, l'évolution moyenne des dépenses de l'Ondam, hors dépenses liées à la crise sanitaire, a été de +5,1% par an en moyenne sur les quatre années écoulées depuis la survenue de la crise. A titre de comparaison, l'inflation sur la période a été de 3,0% par an en moyenne. On peut cependant distinguer deux périodes, avant et après le choc inflationniste : ainsi, en moyenne sur 2020-2021, l'Ondam a progressé de 2,5% hors crise et hors Ségur, soit de +4,7% y compris dépenses du Ségur (à comparer avec une inflation de 0,9% par an en moyenne) ; avec le retour d'une inflation de 5% par an environ en 2022 et 2023, l'Ondam hors crise a progressé de +4,9% en moyenne, hors Ségur (+5,4% y compris Ségur) ; ainsi, la progression de l'Ondam demeurait dans l'épure de la décennie 2010-2019 d'avant crise (+2,3% de moyenne) jusqu'à la fin de l'année 2021, une fois contrôlés les effets de la crise – non pérennes – et du Ségur – pérennes – tandis qu'à compter de 2022, son taux de progression a nettement été rehaussé afin de pouvoir financer les charges nouvelles liées à l'inflation (rémunérations, charges non salariales des établissements, effets prix en ville sur les indemnités journalières).

L'écart de l'Ondam 2023 avec le niveau prévu par la LFRSS 2023 s'expliquerait pour plus de moitié par la prise en compte des revalorisations salariales dans la fonction publique annoncées le 12 juin 2023, et par leur extension aux établissements sanitaires et médico-sociaux privés par des mesures comparables, pour un montant total de 1,6 Md€. Il s'expliquerait également par la prise en compte de développements conjoncturels intervenus sur les dépenses de soins de ville, dans un contexte d'inflation tirant à la hausse certaines dépenses, notamment d'indemnités journalières, mais aussi dans un contexte de reprise plus forte que prévu de l'activité des soins et produits de santé.

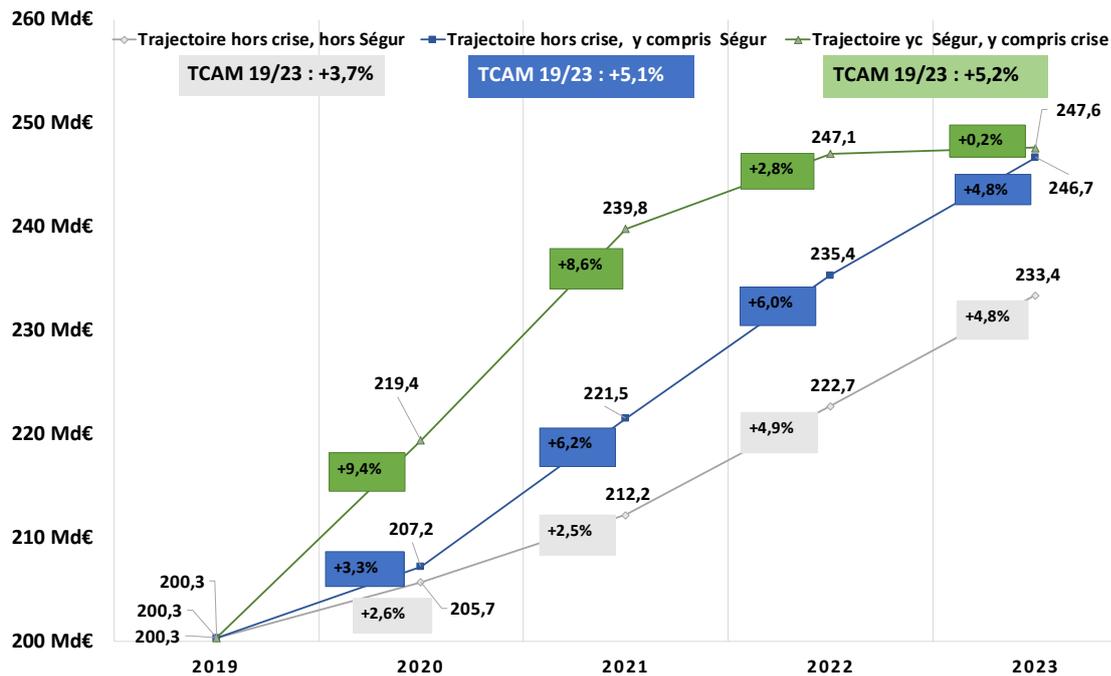
Tableau 5 • ONDAM 2023 et rectification par sous objectif

Montants en Md€	Objectifs 2023 en LFRSS 2023	Objectifs rectifiés	Ecart à la LFRSS 2023	dont dépenses en lien avec la crise sanitaire	dont mesures « Guérini »	dont Autres	Taux d'évolution hors crise 2023
ONDAM TOTAL	244,8	247,6	2,8	-0,1	1,6	1,3	4,8%
Soins de ville	104,0	105,0	1,0	-0,1	0,0	1,1	3,7%
Établissements de santé	101,2	102,5	1,3	0,0	1,3	0,0	5,2%
Établissements et services médico-sociaux	30,0	30,2	0,2	0,0	0,3	-0,1	6,6%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,4	15,5	0,1	0,0	0,2	0,0	6,7%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,7	14,7	0,1	0,0	0,1	-0,1	6,5%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,2	6,5	0,3	0,0	0,0	0,3	6,5%
Autres prises en charges	3,4	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	10,2%

Source : DSS/SDEPF/6B

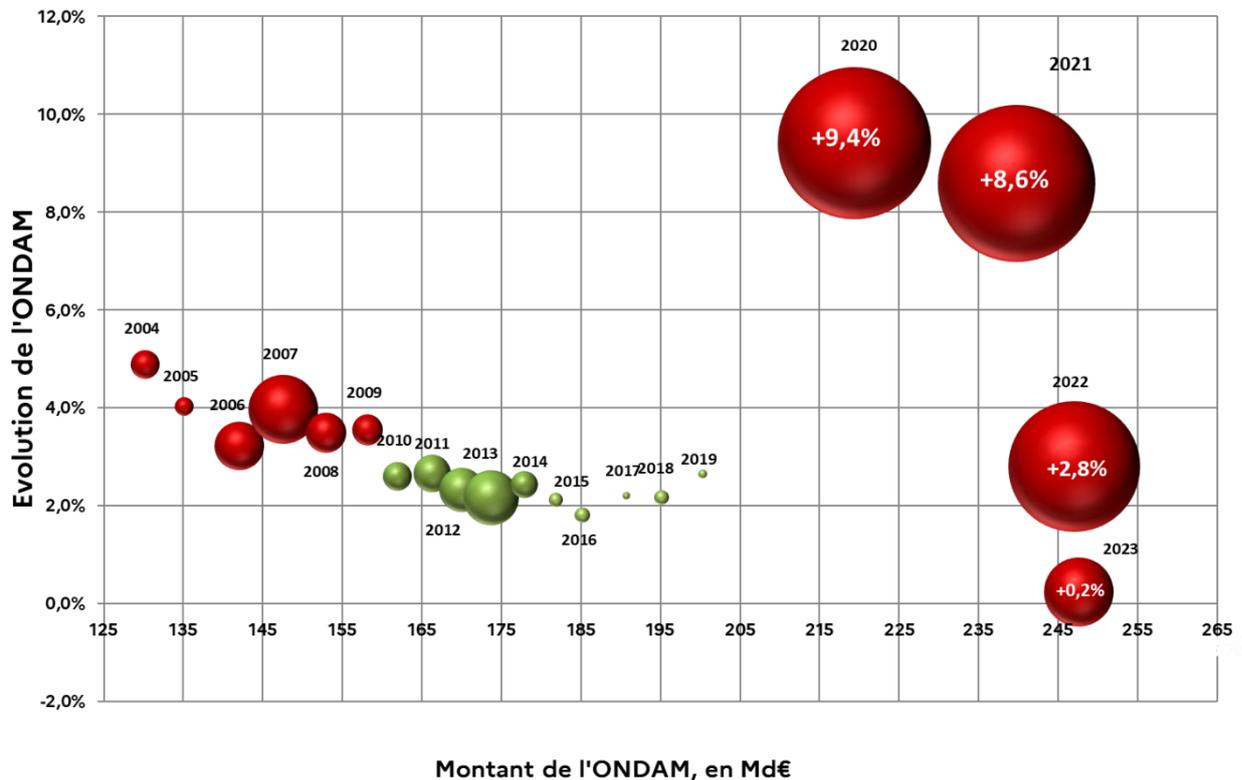
L'ONDAM devrait progresser de +0,2% en 2023, en dépassement de 2,8 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFRSS pour 2023, et de +4,8% hors dépenses de crise

Graphique 2 – Taux d'évolution de l'ONDAM en 2020, 2021, 2022 et 2023



Note 1 : Les montants sont présentés à champ courant mais les évolutions sont présentées à champ constant.

Graphique 3 – Evolution dans le champ de l'ONDAM depuis 2004



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euro et en ordonnées le taux d'évolution associé (depuis 2020, y compris dépenses covid) ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert), par rapport à l'ONDAM voté en LFRSS de l'année. Ainsi, en 2023, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteignent 247,6 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 0,2%.

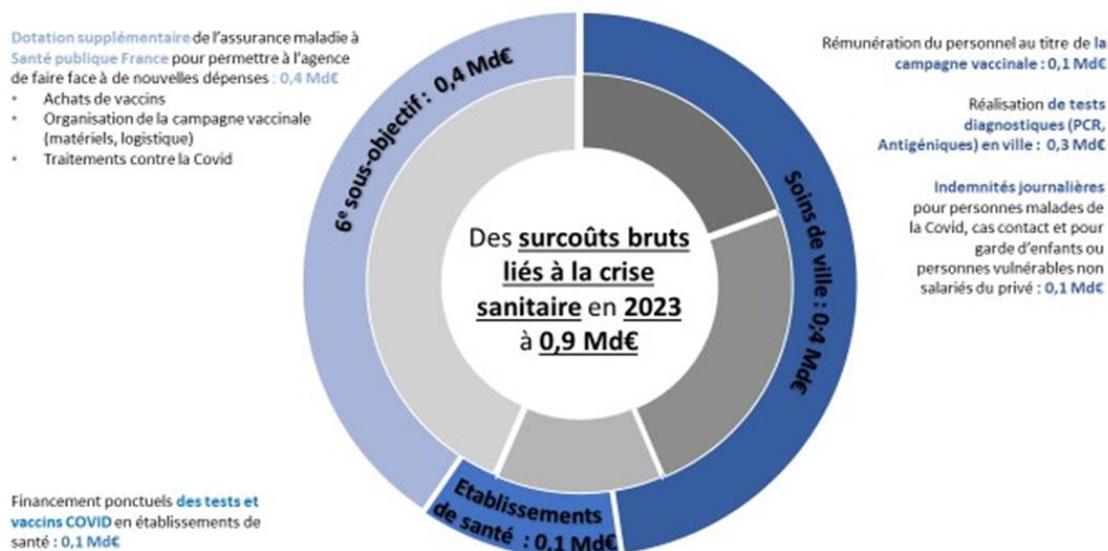
1.3.1 Des surcoûts bruts en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 0,9 Md€

Les mesures exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire atteindraient 0,9 Md€ en 2023, soit une sous-exécution de 0,1 Md€ par rapport au montant provisionné en LFRSS pour 2023. Une provision de 1,0 Md€ avait été intégrée dans l'ONDAM 2023 afin de couvrir les dépenses liées à la Covid-19 : notamment pour la prise en charge par l'assurance maladie de la campagne de vaccination et des achats de vaccins (0,6 Md€) ainsi que des tests PCR et antigéniques remboursés (0,4 Md€). Ces données confirment le passage du virus dans une phase endémique, avec des surcoûts largement moindres que les années antérieures (pour rappel, 18,3 Md€ en 2020 et 2021 et 11,7 Md€ en 2022).

Les 0,9 Md€ de dépenses en lien avec la crise sanitaire se décomposent comme suit :

- 0,4 Md€ au titre des dotations de l'assurance maladie à l'agence nationale de santé publique (Santé publique France). Cette dotation permet notamment de financer des achats de vaccins ;
- 0,3 Md€ au titre des dépenses de **dépistage de la covid-19**. La volumétrie de tests de dépistage est en forte baisse en 2023, passant de 700 000 tests par semaine début janvier, à moins de 200 000 tests par semaine à partir de mai. Pour rappel, la volumétrie moyenne de tests de dépistage était de 2,6 millions de tests par semaine en 2022. À cette réduction marquée du nombre de tests se rajoutent deux mesures venant réduire l'impact financier du dépistage : des baisses tarifaires portant sur les tests RT-PCR à partir de février 2023, et l'introduction d'un ticket modérateur sur les tests à partir de mars 2023. Par ailleurs, dans le cadre de la sortie progressive de la situation de crise sanitaire, les collectes de résultats des tests antigéniques et RT-PCR via SI-DEP est suspendu à partir du 30 juin 2023, ce qui ne permet plus de disposer de données sur les volumes de tests réalisés. Un suivi financier de ces dépenses reste réalisé par la CNAM ;
- 0,1 Md€ de dépenses au titre des **indemnités journalières (IJ) maladie**. Ce faible montant s'explique notamment par la fin des arrêts maladie dérogatoires à partir du mois de février ;
- 0,1 Md€ de dépenses au titre de la rémunération des professionnels de santé réalisant la vaccination en ville ou à l'hôpital. Ce faible montant s'explique par un recours bien moindre à la vaccination (4 millions d'injections à mi-année contre plus de 30 millions en 2022 et près de 125 millions en 2021).

Graphique 4 • Synthèse des surcoûts covid en 2023 par sous-objectif



L'ONDAM devrait progresser de +0,2% en 2023, en dépassement de 2,8 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFRSS pour 2023, et de +4,8% hors dépenses de crise

Tableau 6 • Rappel des dépenses en lien avec la crise sanitaire depuis 2020

Dépenses Covid (en Md€)	2020	2021	2022	2023	Total
Soins de ville	6,2	8,7	6,6	0,4	21,9
dt Campagne vaccinale	0,0	1,3	0,4	0,1	1,8
dt Indemnités journalières	2,4	0,9	1,8	0,1	5,2
dt Tests Covid en soins de ville	2,2	6,3	4,3	0,3	13,1
dt Coût des masques en officine de ville	0,1	0,1	0,0	0	0,2
dt Annulation de mesures d'économies	0,1	0,0	0,0	0	0,1
dt Garantie de professionnels de santé	1,3	0,1	0,0	0	1,3
Établissements de santé	5,0	4,1	1,1	0,1	10,3
dt Dotation de l'AM pour les surcoûts en ES	2,8	2,9	0,6	0	6,3
dt Primes Covid et revalorisation des heures supplémentaires	1,8	0,0	0,0	0	1,8
dt Tests Covid en ES	0,4	0,7	0,4	0,1	1,6
dt Campagne vaccinale	0,0	0,4	0,1	0	0,5
Établissements médico-sociaux	2,0	0,7	0,0	0,0	2,7
dt Dotation de l'AM pour les surcoûts en ES-MS	0,8	0,5	0,0	0	1,3
dt Compensation partielle moindres recettes CNSA	0,2	0,2	0,0	0	0,4
dt Compensation perte de recettes hébergement	0,3	0,0	0,0	0	0,3
dt Primes Covid	0,8	0,0	0,0	0	0,8
FIR	0,3	0,4	0,2	0,0	0,9
Autres prises en charge	4,8	4,3	3,8	0,4	13,4
dt Dotation à Santé publique France	4,8	4,3	3,8	0,4	13,4
Total	18,3	18,3	11,7	0,9	49,2

1.3.2 Les mesures salariales annoncées le 12 juin représentent 1,6 Md€ de coût sous Ondam

Le 12 juin 2023, le Gouvernement a annoncé des mesures de revalorisation du traitement des fonctionnaires : une hausse de 1,5% du point d'indice, l'attribution de 5 points d'indice à tous les fonctionnaires, des mesures de hausse de points pour les bas salaires, ainsi qu'une prime permettant d'augmenter le pouvoir d'achat. Ces mesures entrent pour partie en vigueur au 1er juillet pour les premières d'entre elles et le coût total financé sous ONDAM pour l'année 2023 s'élève à 1,6 Md€ pour les établissements concernés des secteurs sanitaires et médico-sociaux. Le financement 2023 est assuré, pour le secteur sanitaire, à 100% par les régimes d'assurance maladie obligatoire et pour le secteur médico-social, à hauteur de 0,3 Md€ par la branche autonomie. Les autres financeurs (départements, État) prennent à leur charge le coût de la revalorisation à due proportion de leur financement de la masse salariale des établissements. Cette revalorisation complémentaire du pouvoir d'achat des fonctionnaires vient s'ajouter à l'effet année pleine de la hausse du point d'indice au 1er juillet 2022, déjà intégré dans la construction de l'ONDAM 2023 en LFRSS 2023.

1.3.3 Hors impact de la crise, et mesures spécifiques au contexte inflationniste, les dépenses de l'ONDAM seraient supérieures de 1,3 Md€ à l'objectif de la LFRSS 2023

1.3.3.1 Des dépenses de soins de ville supérieures de 1,1 Md€ à la LFRSS 2023

Les dépenses de soins de ville, hors crise, atteindraient 104,6 Md€, en progression de 3,7% par rapport à 2022. Elles sont supérieures de 1,1 Md€ au sous-objectif voté lors de la LFRSS pour 2023. Cette prévision étant la résultante des différents développements conjoncturels observés à la fin de l'été, elle reste empreinte d'une forte incertitude d'ici à la fin de l'année. Ce dépassement provient d'une dynamique plus forte qu'anticipée en construction (+0,9 Md€) et d'un désavantage de base, découlant du dépassement des soins de ville en 2022 par rapport à la prévision de la LFRSS 2023, qui se reporte en 2023, soit 0,2 Md€ d'effet base défavorable (une fois pris en compte la première révision à la hausse de 150 M€ inscrite en LFRSS).

Les dépenses au titre des honoraires médicaux et dentaires seraient supérieures de 0,3 Md€ à celles anticipées en LFRSS pour 2023. Ce dépassement est principalement porté par la dynamique des

spécialistes (+0,3 Md€) ainsi que par les dépenses de soins dentaires (+0,1 Md€). S'agissant des spécialistes, ce dépassement s'explique notamment par le report à 2024 de la mise en œuvre des mesures d'économies sur les produits de contrastes (pour 150 M€). Sur les soins dentaires, ce dépassement est la résultante d'une reprise plus rapide de l'activité, après plusieurs années marquées par la crise sanitaire.

Les remboursements de transports sanitaires et de biologie médicale présenteraient dans les deux cas des écarts de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif en LFRSS 2023. Sur les transports sanitaires, ce dépassement s'explique essentiellement par des hausses tarifaires (revalorisations des tarifs préfectoraux des taxis et impact des avenants 10 et 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires) plus fortes qu'anticipées en construction, dans le contexte global de forte inflation. Sur la biologie médicale (hors dépense de crise), cela s'explique par le retour plus rapide qu'anticipé à la tendance d'avant crise. S'agissant enfin des masseurs-kinés, un écart de +0,1 Md€ serait attendu sur l'année 2023, du fait d'une reprise d'activité plus rapide qu'anticipé.

Les dépenses au titre des indemnités journalières présenteraient un dépassement de 0,3 Md€ par rapport à l'objectif en LFRSS 2023. Ce dépassement est quasiment intégralement dû au contexte inflationniste persistant qui a tiré à la hausse le coût moyen des arrêts de travail de façon plus importante qu'anticipée en construction. *In fine*, l'effet prix des IJ s'établirait à +4,5% en 2023. L'augmentation des volumes d'IJ est, elle, conforme à la construction LFRSS pour 2023 (+2,2%).

Les dépenses de produits de santé en ville (médicaments et liste des produits et prestations – LPP) seraient, après application de l'impact des remises et de la clause de sauvegarde, supérieures de 0,2 Md€ à l'objectif en LFRSS 2023, écart essentiellement lié à la révision du montant M entre la loi de financement initiale et la partie rectificative du PLFSS pour 2024. Sur les médicaments, le dépassement provient principalement de la poursuite de la montée en charge de médicaments innovants, vendus dans le circuit officinal.

À l'inverse, les dépenses des autres prestations de ville présenteraient une sous-consommation de 0,1 Md€, du fait de l'entrée en vigueur plus tardive qu'anticipée de la télésurveillance dans le cadre du droit commun. Les prises en charge de cotisations des professionnels de santé présenteraient aussi une sous-consommation de 0,1 Md€.

I.3.3.2 Des dépenses des établissements de santé conformes à l'objectif

Au regard de la sortie progressive de la situation de crise sanitaire, et afin d'accompagner la sortie de la garantie de financement, un nouveau dispositif dérogatoire de financement des établissements de santé, la sécurisation modulée à l'activité (SMA), est mis en œuvre en 2023. Ce dispositif assure à chaque établissement de santé un montant annuel de sécurisation dû par l'assurance maladie égal à 70% du montant de la garantie de recettes 2022 pour les activités d'hospitalisation, augmenté de la hausse des tarifs hospitaliers arrêtée pour l'année 2023, auquel s'ajoute 30% du montant de la valeur de son activité. Les dépenses nettes au titre des produits de santé financés par la liste en sus seraient conformes à l'objectif.

I.3.3.3 Des dépenses relatives à l'ONDAM médico-social inférieures de 0,1 Md€ à la LFRSS pour 2023

Concernant le secteur médico-social, les dotations aux services et aux établissements prévues dans le cadre de la construction de la campagne 2023 conduisent à une anticipation d'exécution inférieure de 0,1 Md€ à l'objectif initial. Cette moindre exécution s'explique par la mobilisation de crédits, afin d'abonder un fonds d'urgence de soutien aux établissements médico-sociaux en difficultés qui sera délégué via le fond d'intervention régional (FIR) des ARS. Elle n'est donc pas le fait de moindres dépenses dans le champ de la CNSA, mais d'un transfert entre sous-objectifs de l'ONDAM, le montant total des dépenses restant inchangé.

I.3.3.4 Des dépenses relatives au FIR des ARS supérieures de 0,3 Md€ à la LFRSS pour 2023

En 2023, le niveau du FIR devrait s'élever à 4,9 Md€, supérieur de 0,3 Md€ à l'objectif initial. Ceci s'explique par le déploiement du fonds d'urgence pour les établissements médico-sociaux mentionné précédemment, ainsi que par un rehaussement de l'enveloppe du FIR afin de financer des aides à destination des transporteurs sanitaires privés visant à anticiper la mise en œuvre des revalorisations tarifaires négociées dans le cadre de la négociation de l'avenant conventionnel n°11.

I.4 Périmètre et construction de l'ONDAM 2024

Les évolutions de l'ONDAM 2024 décrites en section I.5 sont calculées à périmètre constant. Le calcul du taux d'évolution de l'ONDAM à périmètre constant suit les principes énoncés dans l'annexe 5 du projet de loi de programmation des finances publiques (PLPPF) 2023-2027. Les changements de périmètre pour l'année 2024 sont décrits ci-après.

La base des dépenses pour l'ONDAM 2023 s'obtient en intégrant aux réalisations estimées pour l'année en cours, soit 247,6 Md€, les effets de champ affectant le périmètre de l'ONDAM en 2024 ou celui de ses sous-objectifs (cf. tableau 6).

La grande majorité des transferts et changements de périmètre concernent des mouvements entre sous-objectifs de l'ONDAM. Au global, le niveau de l'ONDAM est affecté de 25 M€ par les mouvements de transfert et de périmètre.

Tableau 6 • Synthèse des évolutions de périmètre

	Soins de ville	Etablissements de santé	Etablissements pour personnes âgées	Etablissements pour personnes handicapées	Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	Autres prises en charges	Total
Tarif global	-50		50				0
Transports avenant 11	90				-90		0
Projet Glucocen		-4				4	0
Total transfert entre s/o	40	-4	50	0	-90	4	0
Centres régionaux de coordination et dépistage des cancers					25		25
Total	40	-4	50	0	-65	4	25

Un transfert de 50 M€ du sous-objectif soins de ville vers le sous-objectif établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées est effectué au titre de la réouverture maîtrisée du tarif global en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui permet à quelques établissements, sélectionnés sur la base de critères précis, de percevoir une dotation intégrant les charges de personnels infirmiers et aides-soignants, le temps de médecin coordonnateur ainsi qu'une partie du matériel médical jusqu'alors financées sur le sous-objectif soins de ville.

La mise en œuvre de l'avenant n°11 à la convention des transporteurs sanitaires privés s'accompagne, dès 2023 et jusqu'en 2024, d'aides financières financées par le FIR. En 2023, ces aides ont notamment eu vocation à accompagner les acteurs du secteur dans l'attente de l'entrée en vigueur, à compter de novembre 2023, des revalorisations prévues par l'avenant et ont été partiellement solvabilisées par un mouvement de périmètre du sous-objectif soins de ville vers le FIR. En 2024, les revalorisations introduites par l'avenant produisant leurs effets en année pleine, le montant des aides est revu à la baisse et un mouvement de périmètre est opéré « en sens inverse », depuis le FIR vers le sous-objectif « soins de ville » afin de financer la part du coût des revalorisations désormais supportée par le sous-objectif soins de ville.

Le projet Glucocen, dans le cadre du plan « France Médecine Génomique » implique un transfert de 4 M€ du sous-objectif établissements de santé, vers l'INSERM au sein du 6^{ème} sous-objectif.

Le FIR intègre à partir de 2024 des financements dédiés aux centres régionaux de coordination et des dépistages des cancers. Ces financements étaient auparavant réalisés par le fonds national de prévention d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS). Ce mouvement de périmètre vient augmenter le périmètre de l'ONDAM de 25 M€.

Tableau 7 • Construction de la base 2024 à champ constant

Montants en Md€	2023 en LFRSS 2023	2023 en PLFSS 2024	Changements de périmètres/transfert	2023 à champ 2024
Soins de ville	104,0	105,0	0,040	105,1
Etablissements de santé	101,3	102,5	-0,004	102,5
Etablissements et services médico-sociaux	30,0	30,2	0,050	30,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,3	15,5	0,050	15,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,6	14,7	0,000	14,7
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,1	6,5	-0,065	6,4
Autres prises en charges	3,4	3,4	0,004	3,4
Total	244,8	247,6	0,025	247,7

I.5 Une hausse de l'ONDAM de 3,2% en 2024, hors dépenses liées à la crise sanitaire

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2024 propose de fixer l'ONDAM pour l'année 2024 à 254,9 Md€, soit une progression de 2,9% par rapport à l'ONDAM 2023 rectifié en PLFSS 2024 (cf. tableau 8). Hors surcoûts identifiés en 2023 et 2024 relatifs à la crise sanitaire (ces surcoûts, bien que faibles en 2023 devraient poursuivre leur décline en 2024, diminuant ainsi mécaniquement la progression des dépenses), les dépenses augmenteraient de 3,2% (cf. graphique 9).

La construction de l'ONDAM 2024 repose sur l'hypothèse d'une circulation devenue endémique de la Covid-19 et d'un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire.

Cette construction intègre pour 2024 un contexte inflationniste persistant, bien qu'en ralentissement – +2,5% d'inflation en moyenne annuelle au sens de l'IPCHT, après +4,8% en 2023. Ce contexte inflationniste se matérialise avec la montée en charge et l'effet année pleine des mesures salariales du 12 juin 2023, par des mesures de revalorisations transversales en ville, ainsi que par un impact financier portant sur le renchérissement des achats dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Ainsi, la progression de l'ONDAM en 2024 se décompose de la manière suivante :

- Une évolution spontanée, avant prise en compte de l'impact de l'inflation¹ et des mesures nouvelles, jouant pour +2,8 points de contribution. Cette progression intègre les effets des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude conformément aux préconisations du HCAAM de 2021, pour un rendement escompté de 0,9 Md€ sur les soins de ville ;
- Un impact du contexte inflationniste sur les achats des établissements de santé et des ESMS et les mesures salariales du 12 juin contribuant pour +0,4 point ;
- Des dépenses supplémentaires au titre de la vie conventionnelle en ville, de la trajectoire spécifique des produits de santé décidées dans le cadre du conseil stratégique des industries de santé, des mesures contre la précarité menstruelle, ainsi que des mesures nouvelles dans les établissements de santé et médico-sociaux contribuant pour +1,4 point ;
- De dépenses supplémentaires au titre des mesures devant permettre d'augmenter l'attractivité des métiers en établissement jouant pour +0,2 point ;
- En 2024, les dépenses au titre du Ségur de la Santé présentent un contrecoup négatif, du fait du début de l'arrivée à échéance de certains crédits relatifs à l'investissement. Ce contrecoup négatif viendrait réduire la progression de l'ONDAM 2024 de -0,1 point ;
- Les mesures de régulation et d'économies jouant pour -1,4 point.

La progression tendancielle de l'ONDAM tous sous-objectifs confondus s'établirait ainsi à 4,6% hors crise mais dont effets conjugués de l'inflation et des mesures d'attractivité. Ce chiffre intègre le rendement

¹ Plus précisément, ce taux de croissance spontané « socle » repose conventionnellement sur une inflation de 1%, égale à la moyenne 2010-2019.

des actions de maîtrise médicalisée. Il s'agit ainsi de la progression que suivrait l'Ondam en 2024 en l'absence de toute mesure de régulation et d'économie hors maîtrise médicalisée.

A titre de comparaison avec les références d'avant crise – 2,3 % en moyenne sur 2010-2019 - l'Ondam hors crise, mais également apuré des effets exceptionnels du contexte d'inflation, serait ainsi en progression de +2,5% en 2024, soit un rythme un peu plus dynamique que celui observé lors de la décennie passée. Cette dynamique (hors inflation exceptionnelle donc) un peu supérieure peut notamment s'expliquer par l'impact des mesures d'attractivité en établissement (jouant pour 0,2 point).

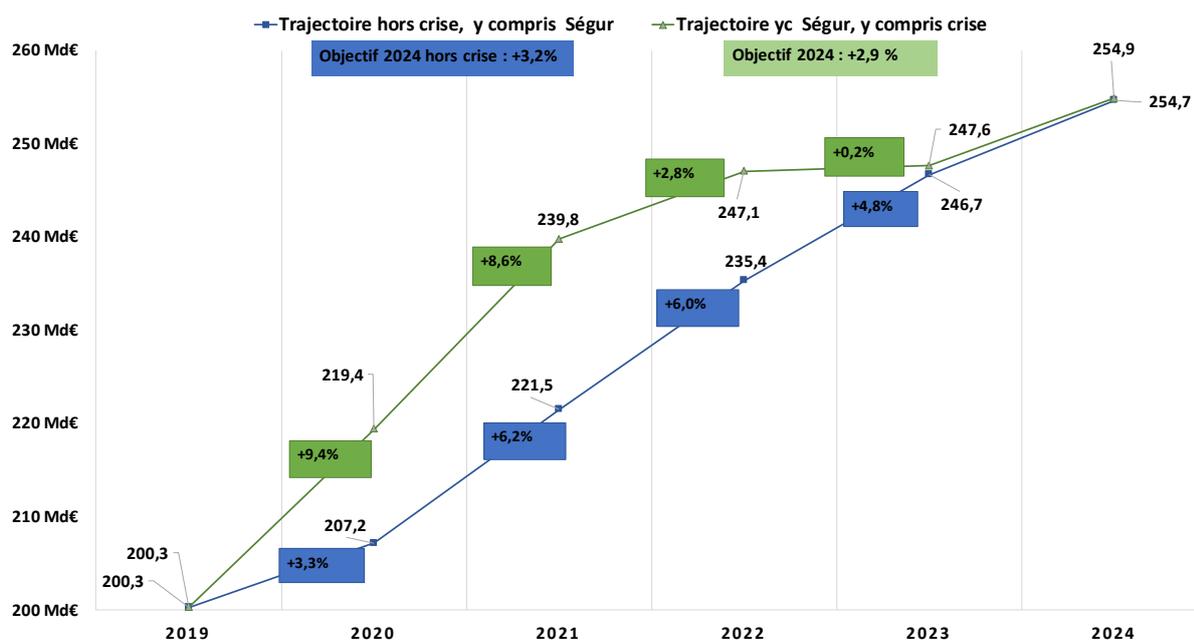
Cette progression de +3,2% hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire s'apprécie sur une base 2023 expurgée des dépenses attendues au titre de la crise sanitaire. Il est prévu pour 2024 une provision au titre des dépenses en lien avec la crise sanitaire de 0,2 Md€, cohérente avec l'hypothèse de circulation endémique du virus.

Cette provision intègre :

- 0,1 Md€ de dotation à Santé Publique France, afin de permettre d'honorer les contrats de livraison de vaccins déjà signés ;
- 0,1 Md€ sur les soins de ville, permettant de financer d'éventuels surcoûts persistants au titre du dépistage, d'indemnités journalières ainsi que de la rémunération d'effecteurs de la vaccination.

L'ONDAM 2024 serait en progression de 2,9% en tenant compte de ces dépenses. Cette diminution de 0,3 point par rapport à la progression hors crise s'explique par un effet de contrecoup, les prévisions des dépenses de crise s'élevant à 0,9 Md€ en 2023.

Graphique 9 • Principe de construction de l'ONDAM 2024



Note de lecture : hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM 2023 est de 4,8%.

Tableau 8 • Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2024

en Md€	Base 2024	Taux d'évolution	Objectif 2024	Taux d'évolution (hors crise)
ONDAM TOTAL	247,7	2,9%	254,9	3,2%
Soins de ville	105,1	3,2%	108,4	3,5%
Etablissements de santé	102,5	3,1%	105,6	3,2%
Etablissements et services médico-sociaux	30,2	4,0%	31,5	4,0%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,5	4,6%	16,3	4,6%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,7	3,4%	15,2	3,4%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,4	-4,7%	6,1	-4,7%
Autres prises en charges	3,4	-4,9%	3,3	4,6%

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

Afin de garantir la soutenabilité de notre modèle social, suite à une forte dégradation du déficit de la sécurité sociale pendant la crise sanitaire, l'année 2024 marque le retour avec un niveau important de mesures 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 3,5 Md€ d'économies.

Le développement des modes de prise en charge innovants et plus efficaces, en accroissant les alternatives aux hospitalisations et en faisant la promotion de la médecine et chirurgie ambulatoires, permettra de rationaliser la structuration de l'offre de soins. 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'intérim 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 efforts sont en cohérence avec les engagements pris dans le cadre du CSIS, pour soutenir l'innovation tout en la rémunérant à un prix juste et soutenable et pour modifier la structure de consommation des produits de santé, notamment en développant la prescription et l'usage des génériques, des hybrides et des biosimilaires en établissement et en ville. Ces mesures concernent majoritairement des baisses de prix portant sur les médicaments et les dispositifs médicaux, pour un total de 1,0 Md€. Par ailleurs, le lancement d'un plan ambitieux sur le bon usage du médicament, avec un engagement dans le sens d'une régulation encore plus importante des volumes de médicaments, devrait permettre de limiter la progression des dépenses de 0,3 Md€ supplémentaires au-delà des efforts de maîtrise médicalisée.

Des mesures d'efficacité et de régulation tarifaire porteront sur certains secteurs des soins de ville tels que la biologie médicale, conformément au protocole signé entre la CNAM et les représentants des biologistes, la modification du financement des produits de contraste ou 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 0,3 Md€.

Des mesures de transfert de dépenses et de responsabilisation des assurés seront également menées, avec un rendement attendu de 1,3 Md€ qui comprennent notamment l'effet année pleine de la modification du ticket modérateur sur les soins dentaires déjà annoncée.

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) et présenté en partie 3 ainsi que via l'adaptation des modes de tarification en prenant davantage en compte la qualité des soins (720 M€). Les actions de contrôle et les mesures de lutte contre la fraude qui visent également à assurer la pertinence

dans l'utilisation des ressources du système de santé seront poursuivies avec 180 M€ attendus à ce titre en 2024. 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

	Maitrise médicalisée et lutte contre la fraude
Professionnels de santé	140
Transports	100
Biologie	90
Produits de santé	240
Indemnités journalières	330
Total	900

Hors provision liée à la crise, des hausses de dépenses soutenues sur les établissements médico-sociaux et les soins de ville, et en ligne avec la progression globale de l'ONDAM sur les établissements de santé

Hors dépenses liées à la crise (cf. tableau 8), **les dépenses des soins de ville évolueraient au rythme de +3,5%** pour tenir compte notamment des mesures de revalorisations conventionnelles engagées en faveur des professionnels de santé. Ainsi, l'ONDAM 2024 intègre en ville le financement de la vie conventionnelle, en particulier la mise en œuvre règlement arbitral à la convention médicale et la poursuite de la montée en charge de l'avenant 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires. Il comprend par ailleurs le financement des revalorisations prévues par différents avenants signés à l'été 2023 pour permettre aux professionnels paramédicaux de compenser l'effet de l'inflation sur leurs revenus. Le sous-objectif relatif aux soins de ville intègre enfin la fin de la montée en charge des mesures de l'avenant 9 à la convention médicale signée avec l'Assurance maladie en juillet 2021, ainsi que l'impact financier de mesures permettant de lutter contre la précarité menstruelle. Les négociations à venir seront également financées dans ce cadre.

Les dépenses des sous-objectifs médico-sociaux évolueraient de manière plus dynamique que celles des soins de ville (+4,6% pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et +3,4% pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap). Au total, **l'objectif global de dépenses (OGD)** qui regroupe les sous-objectifs personnes âgées et personnes handicapées de l'ONDAM est fixé à 31,5 Md€, en augmentation de 4,0% une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire.

Cela traduit la poursuite de l'engagement du Gouvernement en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. L'augmentation des ressources de l'OGD est à nouveau supérieure à celle de l'ONDAM dans son ensemble (+3,2% une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire). Hors impact lié à l'effet année pleine des mesures salariales du 12 juin 2023 (0,2 Md€), cette construction traduit un engagement financier supplémentaire de +1,0 Md€ en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ces dépenses supplémentaires permettent de poursuivre le virage domiciliaire (création de nouvelles places de SSIAD), de financer la hausse du taux d'encadrement dans les EHPAD, ainsi que des installations de places et la mise à disposition de solutions nouvelles dans les établissements pour personnes handicapées (dont les mesures prises dans le cadre de la convention nationale du handicap d'avril 2023), ainsi que les dépenses nouvelles liées au contexte d'inflation persistant.

Le sous-objectif **Établissements de santé** de l'ONDAM s'établit pour 2024 à 105,6 Md€, en augmentation de +3,2% une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire, soit un rythme similaire à celui de l'ONDAM dans sa globalité. Cette progression reste nettement plus dynamique que le taux d'évolution moyen observé au cours de la décennie 2010-2019 (de +2,0% par an en moyenne). Les financements nouveaux consacrés à l'hôpital en 2024 se répartissent de la manière suivante :

- +0,4 Md€ pour financer en année pleine les mesures salariales du 12 juin 2023 dans la fonction publique et une transposition partielle de ces mesures dans les établissements privés ;
- +0,4 Md€ afin de financer les mesures d'attractivité à l'hôpital, afin de mieux rémunérer les gardes, le travail de nuit ainsi que les astreintes des dimanches et jours fériés du personnel hospitalier ;
- +2,5 Md€ au titre du financement de l'évolution spontanée des charges des établissements, dans un contexte persistant d'inflation ;

- +0,9 Md€ de financement des mesures nouvelles au sein des établissements de santé. Cette progression permet notamment de financer les actions prioritaires de santé publique, les mesures de revalorisations salariales catégorielle et d'attractivité et ainsi renforcer l'offre de soins et mieux accompagner les établissements. Elle permet par ailleurs de compenser la hausse de 0,1 point en 2024 du taux de cotisation CNRACL décidée dans le cadre de la réforme des retraites.

La construction du sous-objectif relatif aux établissements de santé intègre un quantum d'économies de 0,6 Md€ (hors baisse de prix concernant la liste en sus). Ces économies reposent en particulier sur la poursuite de l'amélioration de la pertinence des prises en charge (développement des prises en charge ambulatoires, de l'HAD etc.), la poursuite de l'optimisation des achats dans le cadre du programme Phare, la régulation de l'intérim médical, etc.).

Par ailleurs, la construction de l'ONDAM proposée en PLFSS 2024 repose sur une hausse sous-jacente des dépenses de produits de santé (nettes des remises pharmaceutiques et de la clause de sauvegarde) de 4,6 % en 2024, en tenant compte des baisses de prix et de volume. Cette évolution est supérieure à celle retenue lors du dernier Conseil stratégique des industries de santé (CSIS), qui prévoyait une hausse moyenne de ces dépenses de 2,4% par an entre 2022 et 2024.

Le sous-objectif relatif au FIR et au soutien national à l'investissement évolue de -4,7%. Cette décroissance s'explique par :

- Un contrecoup des dépenses au titre du Ségur de la Santé pour -0,2 Md€, du fait du début de l'arrivée à échéance de certains crédits d'investissement immobiliers des établissements médico-sociaux ainsi que du numérique en santé ;
- Le caractère non pérenne du fonds d'urgence pour les établissements médico-sociaux en difficulté, déployé en 2023 via le FIR dans le cadre d'un transfert depuis l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social, viendrait réduire la progression du sous-objectif pour -0,1 Md€ ;
- Le besoin de financement des projets d'investissements validés dans le cadre du Copermo étant moindre en 2024 compte tenu de l'échéancier des projets, cela réduit de -0,2 Md€ la progression du sous-objectif ;
- Un niveau de mesures nouvelles de 140 M€ financé au sein du FIR, et 65 M€ de mesures nouvelles d'investissement hors Ségur financées via le soutien national à l'investissement (SNI).

Enfin, le 6^{ème} sous-objectif (« Autres prises en charge ») évolue de +4,6% hors dépenses en lien avec la crise sanitaire afin de prendre en compte le financement des mesures nouvelles entrant dans le cadre de l'ONDAM spécifique, l'augmentation du recours aux soins des Français à l'étranger ainsi que le financement de nouvelles missions confiées aux opérateurs et fonds financés par les dépenses d'assurance maladie.

1.6 Une progression des dépenses de soins de ville prévue à 3,5% en 2024 (hors dépenses liées à la crise sanitaire)

Hors impact de la crise sanitaire, les **dépenses de soins de ville augmenteraient de 3,5%**¹ en 2024. Ce taux est obtenu en estimant d'abord une tendance d'évolution spontanée des dépenses (cf. infra partie 1.6.1), 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 et de lutte contre la fraude, conformément aux recommandations du HCAAM.

Les mesures nouvelles en dépense sont ensuite ajoutées (cf. infra partie 1.6.2) : les revalorisations des professions de santé anticipées pour l'année 2024, de même que celles issues du Ségur de la santé. Enfin, des mesures de maîtrise tarifaire, de régulation et de transfert de charges vers les organismes complémentaires et de responsabilisation des assurés viennent diminuer l'évolution des dépenses (2,5 Md€, cf. infra partie 1.6.4).

¹ Pour faire face au risque sanitaire en 2024, une provision à hauteur de 0,2 Md€ (dont 0,1 Md€ pour le champ des soins de ville) a été intégrée à la construction de l'ONDAM 2024 en PLFSS pour 2024.

Graphique 10 • Construction du sous-objectif Soins de ville



1.6.1 Evolution spontanée en 2024

La première étape de la détermination de l'évolution tendancielle des dépenses du sous-objectif soins de ville passe par la prévision de l'évolution spontanée. Cette prévision se base sur une analyse économétrique ainsi que sur une extrapolation statistique des différents postes de dépenses en ville. Cette croissance est évaluée hors impact de la crise sanitaire et du Ségur de la Santé. **L'évolution ainsi définie serait de +4,3% pour 2024** sur l'ensemble des régimes, en s'appuyant sur une méthodologie actualisée, à la suite du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) sur la régulation du système de santé (pour rappel, cette méthodologie intègre dans l'évolution spontanée les mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude). Cette évolution apparaît comme étant nettement supérieure à celle retenue en construction lors de la LFRSS pour 2023 (+3,3%).

L'accélération de l'évolution spontanée de la dépense à structure calendaire équivalente s'explique principalement par les éléments suivants :

- Une accélération des dépenses de produits de santé, nette de l'impact prévu des recettes atténuatives, jouant pour +0,3 point. Cela s'explique notamment par la poursuite de la montée en charge de traitements onéreux vendus dans le circuit officinal, ainsi que par le rehaussement du montant M venant stabiliser le rendement de la clause de sauvegarde.
- Une dynamique plus forte sur les indemnités journalières, principalement du fait d'un « effet prix » persistant (du fait du contexte inflationniste, les salaires permettant le calcul des montants à verser pour les IJ augmentent) jouant pour +0,1 point.
- Une accélération des autres soins de ville, portée par l'entrée dans le droit commun des dispositifs de télésurveillance jouant pour +0,1 point
- À l'inverse, les honoraires médicaux et dentaires ayant achevé leur rattrapage de la tendance pré-crise, leur évolution est moins dynamique que celle intégrée en construction 2024, avec un impact de -0,1 point.

L'année 2024 étant bissextile, la structure des jours ouvrés contribue pour 0,7 point à l'accélération de l'évolution spontanée entre 2023 et 2024.

Les dépenses correspondant aux honoraires médicaux et dentaires seraient en progression de 2,3% (soit 0,6 Md€ de dépenses supplémentaires). Les dépenses correspondant aux honoraires **de généralistes** évolueraient de 0,8%, les dépenses relatives aux honoraires de **spécialistes** seraient en hausse de +2,8%, cette dynamique moindre que l'année dernière s'expliquant par la fin du rattrapage d'activité et par un retour à une tendance similaire à celle observée avant la crise sanitaire. Les dépenses relatives aux **sages-femmes libérales** progresseraient de +5,4%, tandis que les rémunérations des **dentistes** progresseraient de 1,9%. Les **rémunérations forfaitaires** (rémunérations sur objectifs de santé publique, communautés professionnelles territoriales de santé, forfait structure et forfait patientèle) augmenteraient de 3,0%.

Les dépenses relatives aux honoraires paramédicaux augmenteraient de 3,4%. Les honoraires des **infirmiers** augmenteraient de 3,4% alors que ceux des **masseurs-kinésithérapeutes** évolueraient de +3,0% par rapport à 2023. Les honoraires des **orthophonistes et des orthoptistes** évolueraient respectivement de +4,3% et 8,6% par rapport à 2023.

Les **dépenses de biologie médicale** évolueraient de 2,7% en 2024, ces dépenses (hors activité de dépistage) ayant retrouvé leur tendance de progression spontanée¹ d'avant crise sanitaire. Les **dépenses de transports sanitaires** progresseraient de 2,0% en 2023, soit une progression peu dynamique du fait de nombreuses mesures de maîtrise médicalisée et lutte contre la fraude portant sur ce poste de dépenses.

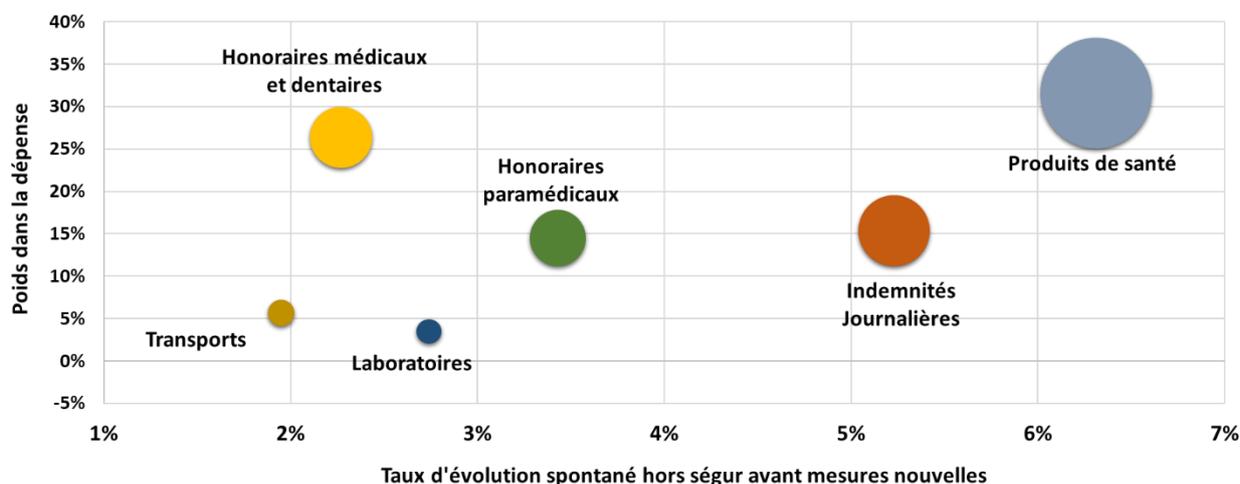
¹ Et donc avant mesures de régulation et baisses de prix décidés dans le cadre du protocole.

Les **indemnités journalières** progresseraient de 5,2% en 2024. Le contexte inflationniste persistant conduisant à une hausse des salaires (et notamment du SMIC) et augmentant ainsi le coût moyen des indemnités journalières. Cet effet contribue pour près de la moitié de l'évolution globale des indemnités journalières.

La croissance spontanée des **dépenses nettes de produits de santé** serait de 6,3%. Cette forte dynamique s'explique pour partie par les traitements contre la mucoviscidose ainsi que la dynamique attendue des médicaments en primo-inscription. Les dépenses de dispositifs médicaux poursuivraient leur dynamique historique. Cette dynamique s'explique également par la fixation du montant M de la clause de sauvegarde sur les médicaments pour 2024 à un niveau supérieur à celui initialement prévu dans le cadre de la trajectoire du CSIS 2021.

Enfin, les **autres dépenses de prestations** qui comprennent les cures thermales, les dépenses de podologues et les forfaits télésurveillance évolueraient de 52,1% en 2024. Cette progression très dynamique s'expliquerait par la montée en charge attendue en 2024 des forfaits de télésurveillance.

Graphique 11 • Evolutions spontanées (hors crise) avant mesures, part dans la dépense et contribution à la croissance des principaux postes de prestations de Soins de ville



Note de lecture : la taille des bulles représente la contribution à la croissance. Ainsi, les dépenses de produits de santé nets de remises et de la clause de sauvegarde et avant mesures nouvelles évolueraient de 6,3% par rapport à 2022, représentent 32% des dépenses de Soins de ville et contribuent pour 45% à la croissance des dépenses de soins de ville.

1.6.2 Les revalorisations conventionnelles et mesures nouvelles

A la tendance d'évolution spontanée s'ajoute un montant de près de 1,6 Md€ au titre des revalorisations conventionnelles et mesures nouvelles en ville. Ce montant, largement supérieur à celui intégré à la construction de l'ONDAM 2023 se décompose entre notamment :

- Le financement de la fin de la montée en charge de mesures conventionnelles déjà signées, tel que le règlement arbitral à la convention médicale, l'avenant 8 à la convention nationale des infirmiers, l'avenant 11 à la convention des transporteurs sanitaires, etc.
- Le financement d'une revalorisation transversale des professions paramédicales matérialisée par la signature d'avenants pendant l'été 2023, afin de compenser la perte de revenu induite par le contexte inflationniste ;
- Le financement de négociations conventionnelles à venir comme le renouvellement de la convention avec les pharmaciens d'officine ;
- Le financement de mesures de lutte contre la précarité menstruelle et de facilitation d'accès aux protections périodiques réutilisables.

1.6.3 Les mesures de régulation

La construction du sous-objectif soins de ville intègre enfin des mesures d'économies et de régulation pour un montant total de 2,5 Md€, soit un montant supérieur au quantum intégré à la construction de l'ONDAM pour 2023 (1,4 Md€). Ces mesures s'ajoutent à celles correspondant aux actions de maîtrise médicalisée déjà intégrées à la progression spontanée. Les mesures de régulation portant sur le sous-objectif soins de ville sont de plusieurs types :

- Des mesures tarifaires sur les offreurs de soins en ville (signature d'un nouveau protocole avec les syndicats de biologistes, modification du financement des produits de contrastes et mesures de régulation des transports sanitaires) qui généreraient 0,3 Md€ d'économies ;
- Des mesures de régulation sur les produits de santé pour 1,0 Md€. Ces mesures se décomposent entre des baisses de prix des médicaments et dispositifs médicaux pour 0,7 Md€, et des actions de maîtrise des volumes des médicaments remboursés pour 0,2 Md€, au-delà des actions de maîtrise médicalisée déjà intégrées dans l'évolution spontanée des dépenses.
- Des mesures de transfert de dépenses aux autres financeurs des dépenses de santé, et des mesures de responsabilisation des assurés, pour 1,2 Md€ au total, avec notamment l'effet année pleine de la mise en œuvre de la modification du ticket modérateur pour les soins dentaires.

1.7 Le financement des établissements de santé prévu en hausse de 3,2% en 2024 (hors dépenses liées à la crise sanitaire)

Dans un contexte toujours marqué par un niveau d'inflation exceptionnel, le Gouvernement a confirmé sa volonté d'accompagner les établissements de santé pour faire face à ce défi qui pèse de façon majeure sur les charges des établissements de santé comme sur le pouvoir d'achat des agents publics.

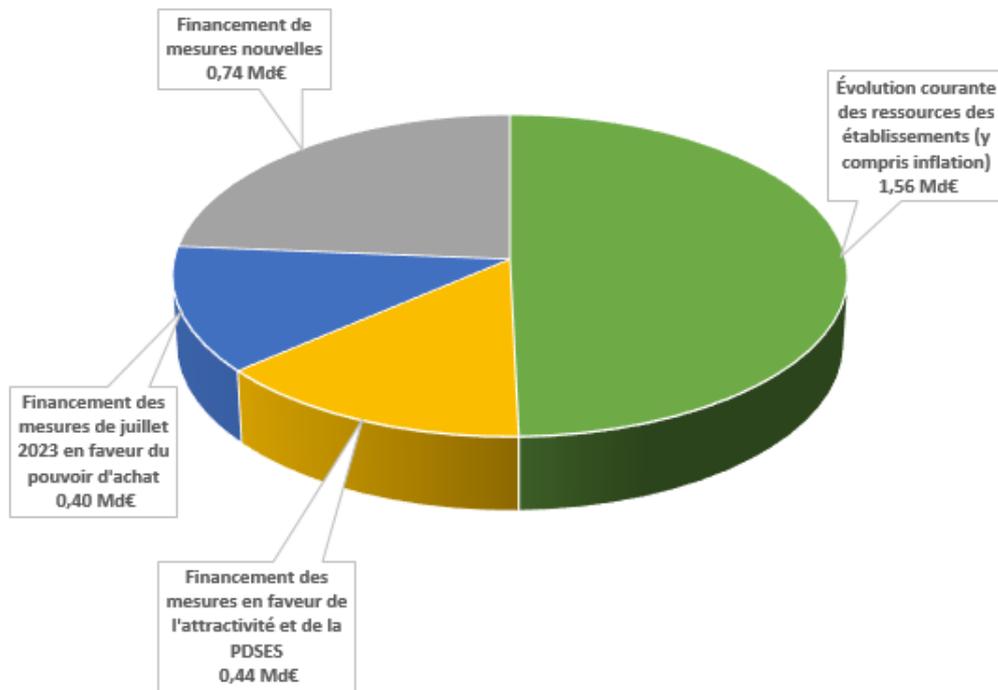
Il a ainsi été annoncé en juin 2023 un ensemble de mesures indiciaires (revalorisation du point d'indice de +1,5%, rehaussement de cinq points pour l'ensemble des agents et rehaussement de points supplémentaires pour les bas salaires) **et de mesures indemnitaires** (prime pour le pouvoir d'achat, reconduction en 2023 de la garantie individuelle de pouvoir d'achat (GIPA), revalorisation de 10% des indemnités forfaitaires des jours CET et revalorisation des frais de missions)). A cela s'ajoute la **prolongation jusqu'au 31 décembre 2023 des mesures de revalorisation de la permanence des soins**. Ce soutien des établissements et des professionnels qui y exercent se traduit par un rehaussement de l'ONDAM établissements de santé (ONDAM ES) 2023 de près de 1,9 Md€ (hors produits de santé) par rapport à l'ONDAM voté en LFSS pour 2023 (et de 1,3 Md€ par rapport à l'ONDAM voté en LFRSS).

La poursuite de ces soutiens aux établissements de santé sera au cœur des nouvelles ressources mobilisées en 2024 au sein de l'ONDAM ES. Elles **permettront de faire face par ailleurs à l'évolution tendancielle des charges** et notamment celle liée à l'inflation pesant sur les établissements de santé mais également d'assurer le financement en année pleine des mesures de revalorisation des professionnels de santé mentionnées ci-dessus.

L'ONDAM ES 2024 **permettra également de financer un nombre significatif de mesures nouvelles** destinées en particulier à améliorer l'exercice des métiers hospitaliers, mais aussi de développer et adapter l'offre de soins aux besoins de santé des Français par le soutien à l'innovation et à la recherche en santé, et aux politiques de santé publique et de prévention.

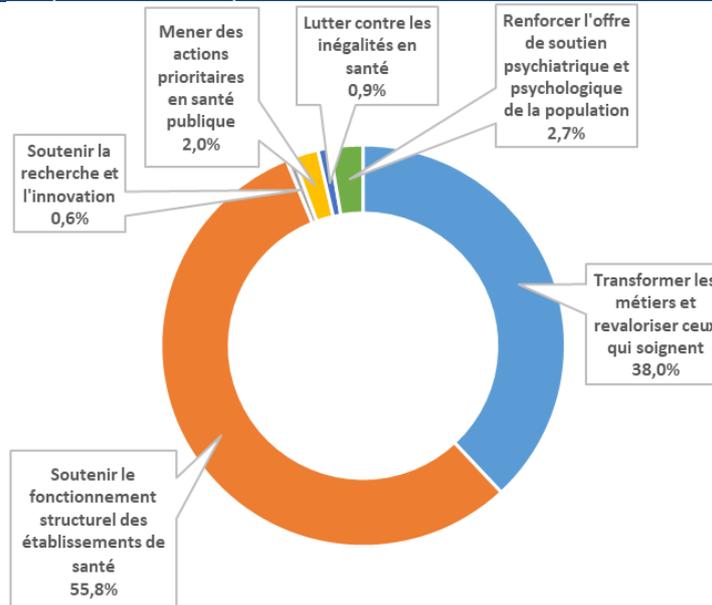
Au total, **l'ONDAM consacré au financement des établissements de santé progressera ainsi de près de +3,3 Md€ en 2024, soit +3,2% (hors dépenses de crise)**. Ce taux de progression est supérieur de près de moitié au taux moyen de progression de la décennie précédente, indépendamment de l'impact de la crise sanitaire liée au COVID-19.

Graphique 12 • 3,3 Md€ de financements nouveaux en 2024 au sein du sous-objectif Établissements de santé



Depuis 2022, afin de faire de l'ONDAM un outil plus susceptible d'atteindre dans la durée les objectifs assignés par la population et ses représentants, dans leurs composantes politique, sociale et sanitaire, au système de santé, la présentation de l'ONDAM établissements de santé a évolué afin de mettre en évidence par grandes thématiques la répartition des ressources supplémentaires des établissements de santé et leur contribution à l'atteinte des objectifs fixés à la politique de santé.

Graphique 13 • Répartition des financements nouveaux au sein du sous-objectif Établissements de santé par thématique de santé



1.7.1 Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Les mesures de revalorisation des rémunérations dans la fonction publique, annoncées le 12 juin par le ministre de la Transformation et de la Fonction publique s'appliquent dès juillet 2023 et connaîtront leur plein effet en 2024.

Elles concernent notamment les agents de la fonction publique hospitalière, qui bénéficient de la hausse de 1,5% du point d'indice et, à compter de janvier 2024, du relèvement de 5 points d'indice. Une attention particulière est portée aux agents aux rémunérations les plus faibles par des mesures de revalorisation ciblées. Elles font l'objet d'une extension aux établissements privés par des mesures comparables.

L'ONDAM 2024 inclut également les mesures prises afin d'améliorer plus spécifiquement l'attractivité des carrières hospitalières et de mieux valoriser certains critères spécifiques de pénibilité. A cet effet, la Première ministre a présenté en août 2023 des mesures de revalorisation des indemnités de travail de nuit, des gardes et des astreintes.

Au total, le soutien aux professionnels hospitaliers mobilise 38% des nouvelles ressources de l'ONDAM 2024.

1.7.2 Soutenir le fonctionnement structurel des établissements de santé

La majorité des financements nouveaux (55,8%) est consacrée à soutenir le fonctionnement structurel des établissements de santé.

Ces financements visent principalement à couvrir les dépenses liées à l'évolution spontanée des charges des établissements de santé, qui s'expliquent par les charges liées à la croissance de l'activité des établissements et des charges liées à l'inflation. Le PLFSS 2024 consacre ainsi 17 Md€ à cette fin.

C'est également dans cet axe que sont incluses les mesures de soutien à la création d'une filière souveraine pour sécuriser les approvisionnements stratégiques en équipements de protection sanitaires.

1.7.3 Soutenir la recherche et l'innovation

Plusieurs actions de soutien public à la recherche et à l'innovation sont mises en œuvre en 2024. 0,6% de l'ONDAM établissements de santé y sont consacrées.

La montée en charge de l'appel à projet « accompagnement et soutien à la constitution d'entrepôts de données de santé hospitaliers », dans le cadre du plan d'investissement d'avenir France 2030 se poursuit. Il permet de structurer et d'accompagner l'innovation dans la santé numérique en vue de réaliser des avancées médicales et scientifiques.

Ces ressources permettront aussi la montée en charge du Plan France Médecine Génomique, en particulier celle des plateformes déjà installées.

1.7.4 Mener des actions prioritaires en santé publique

La mise en œuvre de plusieurs actions prioritaires en Santé publique sera poursuivie en 2024. 2% de l'ONDAM établissements de santé y est consacré, afin de développer prioritairement les axes relatifs à la prévention, la surveillance et la recherche, la promotion de la santé et l'adaptation de notre système de santé.

Ces crédits permettront notamment la poursuite des mesures prioritaires dans le cadre du plan des 1000 premiers jours de l'enfant, période clé dans son développement. Ils soutiendront également les annonces du quatrième plan national maladies rares (2024-2028) et accompagneront les engagements issus de la feuille de route 2021-2024 relative à l'accompagnement de la fin de vie.

L'ONDAM 2024 permettra par ailleurs de continuer à concrétiser les engagements dans le renforcement des dispositifs de soutien dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, faisant suite au plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes présenté le 8 mars 2023. Cela passe notamment par la mise en place d'unités dédiées de prise en charge des femmes victimes de violence, apportant une réponse globale, sanitaire et psycho-sociale.

1.7.5 Lutter contre les inégalités en santé

La lutte contre les inégalités en santé reste un enjeu majeur dans les axes d'évolution du système de santé. 0,9% des financements nouveaux au sein de l'ONDAM établissements de santé auront vocation à financer des mesures ayant pour objectif de réduire ces inégalités non seulement en terme d'isolement territorial mais aussi d'accès aux soins de l'ensemble de la population.

En particulier, dans le cadre de la Conférence Nationale du Handicap qui s'est tenue au printemps 2023, l'accent est mis sur l'amélioration de la prise en charge des personnes en situation de handicap.

Des mesures spécifiques sont également prévues pour permettre le renforcement de l'accès aux soins pour les personnes sourdes et malentendantes en appui du numéro national de prévention du suicide.

1.7.6 Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population

La crise sanitaire du COVID-19 a eu un impact significatif sur la santé mentale de la population. Ces dernières années, des efforts importants ont été mis en œuvre pour soutenir l'offre de soins et les prises en charge en psychiatrie et en santé mentale. Ces mesures se poursuivent et **s'accélèrent en 2024 et représentent 2.7% des financements nouveaux.**

Par ailleurs, un financement dédié sera mobilisé dans le cadre du déploiement de la nouvelle stratégie nationale autisme et troubles du neuro-développement 2023-2027. Les efforts menés dans le cadre des engagements annoncés suite aux assises de la santé mentale, tels que le renforcement des équipes mobiles ou le développement des prises en charge des besoins urgents et non-programmés (volet psychiatrique du service d'accès aux soins).

**PARTIE II:
ONDAM ET BESOINS
DE SANTE PUBLIQUE**

II.1 La prévention institutionnelle en 2022

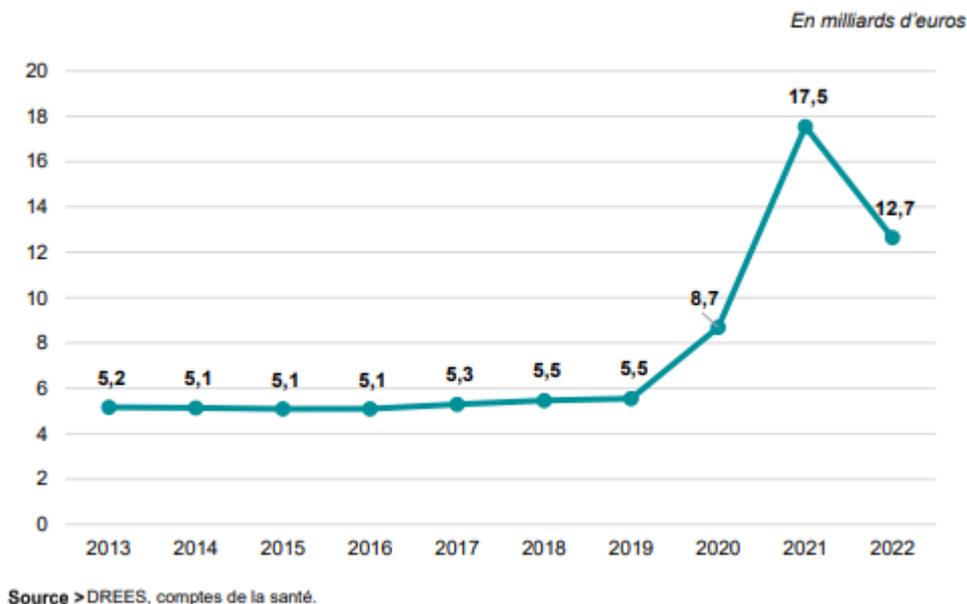
Les dépenses de prévention ont bondi en 2020 (+56,7 %), de 5,5 à 8,7 milliards d'euros à la suite du déclenchement de l'épidémie de Covid-19 en France (tableau 1). En 2021, le renforcement de la campagne de dépistage et le démarrage de la campagne de vaccination ont encore doublé ces dépenses, à 17,6 milliards d'euros. En 2022, le reflux de l'épidémie de Covid-19 induit une forte baisse des dépenses de prévention (- 27,9 %), à 12,7 milliards d'euros (graphique 1).

Tableau n°1 : Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	2022	Evolution 2021-2022 (en %)
HC.61 - Programmes d'information, d'éducation et de conseil	633	705	681	721	735	778	5,8
Information, promotion, éducation à la santé	255	274	264	295	279	291	4,4
Lutte contre les addictions	82	100	102	104	110	133	20,6
Médecine scolaire	284	304	289	297	319	322	0,9
Nutrition-santé	11	26	26	25	26	31	18,8
HC.62 - Programmes de vaccination	622	708	708	716	4 670	2 346	-49,8
Achat de vaccins Covid-19					2 279	822	-63,9
Vaccination Covid-19					1 651	639	-61,3
Vaccins hors Covid-19	622	708	708	716	740	885	19,6
HC.63 - Programmes de détection précoce des maladies	332	401	380	2 558	7 442	5 061	-32,0
Dépistage autres pathologies	54	44	45	43	47	51	8,6
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	145	216	207	205	233	235	0,7
Dépistage des tumeurs	134	141	128	135	140	139	-0,9
Autotests				61	318	252	-20,7
Tests PCR Covid-19 ¹				1 879	4 057	2 132	-47,4
Tests TAG Covid-19				235	2 646	2 251	-14,9
HC.64 - Programmes de surveillance de l'état de santé	3 272	3 344	3 469	3 572	3 671	3 754	2,3
Bilans bucco-dentaires	56	69	85	70	91	85	-6,2
Examens de santé	180	170	196	229	211	196	-7,2
Médecine scolaire	270	295	279	288	310	311	0,6
Médecine du travail	1 599	1 726	1 749	1 735	1 794	1 840	2,5
PMI - Planning familial	795	738	747	790	765	794	3,7
Prévention des risques professionnels	279	236	287	321	345	331	-4,2
Programme de suivi de populations spécifiques	93	110	126	139	154	197	28,0
HC.65 - Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	276	251	257	253	264	297	12,2
HC.66 - Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	34	50	50	868	765	422	-44,8
Ensemble de la prévention	5 168	5 458	5 544	8 688	17 546	12 657	-27,9

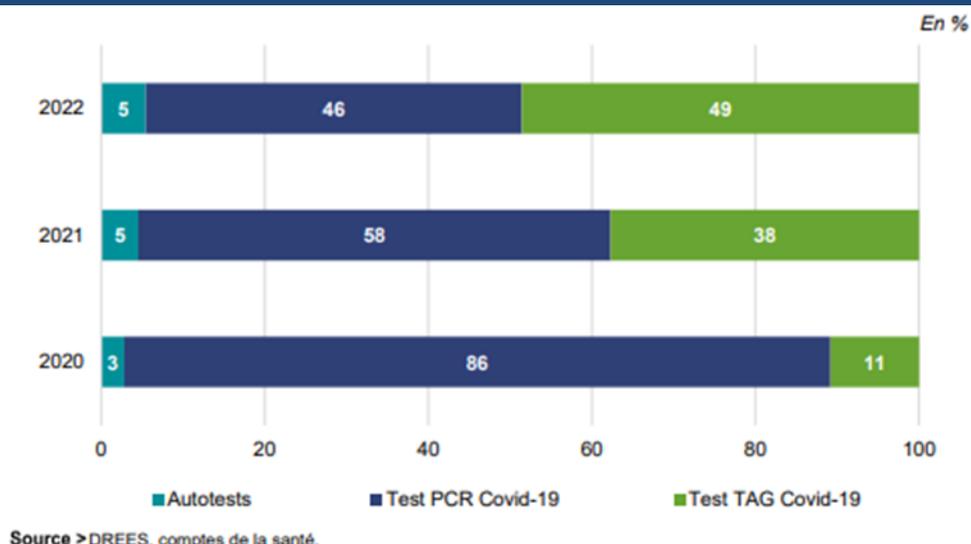
Graphique n°1 : Montant des dépenses annuelles de prévention



Les dépenses de prévention dédiées à la lutte contre l'épidémie sont constituées des dépenses de dépistage du virus, de vaccination et d'autres dépenses d'intervention en cas d'urgence. De 3,0 milliards d'euros en 2020, elles bondissent à 11,7 milliards en 2021 avant de se réduire à 6,5 milliards d'euros sous l'effet du reflux de l'épidémie. Elles demeurent supérieures à leur niveau de 2020, du fait notamment de la vaccination contre le Covid-19.

Pilier du dispositif de lutte contre l'épidémie de Covid-19, la politique de dépistage systématique des personnes ayant été en contact avec des personnes malades a été mise en place dès la mise au point de tests afin de briser les chaînes de contamination. Les dépenses liées au dépistage du Covid-19 ont atteint 7,0 milliards d'euros en 2021 (après 2,2 milliards d'euros en 2020), avant de se replier à 4,6 milliards d'euros en 2022. La composition des dépenses de tests a évolué au fil de l'épidémie. En 2020, les tests reposant sur la technologie d'amplification du matériel génétique du virus dits RT-PCR, ou plus simplement PCR, représentaient 86 % des dépenses, prélèvements compris (graphique 2). En effet, les tests antigéniques n'ont été développés que plus tardivement. La part des tests PCR recule à 58 % en 2021 puis à 46 % en 2022 avec le développement massif de la campagne de dépistage par tests antigéniques. La part des autotests progresse elle aussi, passant de 3 % en 2020 à 5 % en 2022.

Graphique n°2 : Structure des dépenses de dépistage du virus du Covid-19 entre 2020 et 2022



Second pilier de la lutte contre l'épidémie, la vaccination contre le Covid-19 a démarré à la toute fin du mois de décembre 2020. D'abord limitée aux personnes âgées ou fragiles, la vaccination a ensuite été étendue à l'ensemble de la population. En début d'année 2021, de nombreux centres de vaccination ont été ouverts afin

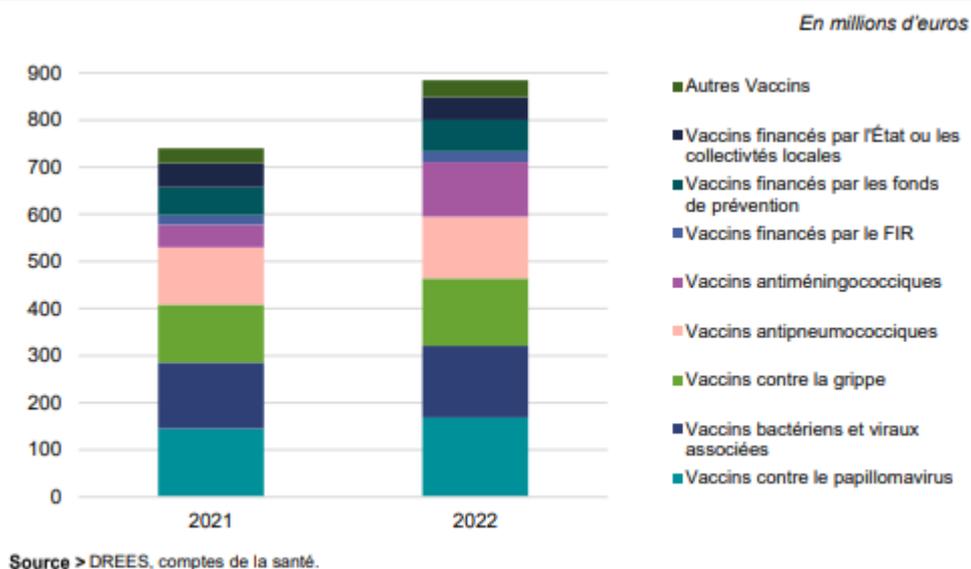
de vacciner le plus rapidement possible l'ensemble de la population. Cette campagne de vaccination a été fortement encouragée par les pouvoirs publics. Le pass sanitaire, qui limite l'accès à certains lieux publics aux seules personnes vaccinées ou justifiant d'un test PCR négatif récent, est mis en œuvre le 9 juin 2021 ; son champ d'application aux lieux de loisir est ensuite considérablement étendu à partir du 24 juillet 2021. Disposant de moyens logistiques importants, la campagne de vaccination a été rapide et de grande ampleur : fin 2021, 91 % des Français âgés de 12 ans ou plus ont reçu au moins une dose de vaccin et 129 millions de doses de vaccins ont été injectées. À partir de mars 2022, les centres de vaccination ont pour la plupart fermé et l'injection de vaccin s'est alors majoritairement déroulée dans des cabinets de ville ou en officine, assortis d'un paiement à l'acte. En deux ans, la vaccination aura coûté 5,4 milliards d'euros dont 3,1 milliards pour l'achat de vaccins ; 0,9 milliard pour le fonctionnement des centres de vaccination, 1,0 milliard pour les injections à l'acte et 0,4 milliard au titre de la prise en charge des dépenses de vaccination par le fonds d'intervention régional (FIR). Plus des deux tiers de ces dépenses auront été effectuées au cours de l'année 2021.

Le développement des applications informatiques nécessaires à la lutte contre l'épidémie (SI-DEP, TousAntiCovid, prise de rendez-vous, etc.) et la mise en place de la politique « Tester, Alerter, Protéger » a entraîné des dépenses exceptionnelles. Sur trois ans, ces dépenses d'urgence ont représenté 2,1 milliards d'euros entre 2020 et 2022. Elles sont en net reflux en 2022, avec seulement 0,4 milliard d'euro, contre 0,8 milliard en 2021 et 0,9 en 2020.

En dehors de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, les dépenses de prévention s'élèvent à 6,1 milliards d'euros en 2022. Elles augmentent de 5,3 % en 2022, après +3,3 % en 2021, un rythme de croissance supérieure à celui d'avant la crise sanitaire (+1,2 % en moyenne par an entre 2013 et 2019). Principales contributrices à cette augmentation, les dépenses de vaccins (hors Covid-19) augmentent de 19,6 % en 2022 pour s'établir à 885 millions d'euros.

L'ensemble des catégories de vaccins augmente en 2022 (graphique 3). Premiers contributeurs à la hausse des vaccins hors Covid-19, les vaccins antiméningococciques sont en forte augmentation en 2022, à la suite de la nouvelle recommandation de vaccination des nourrissons, dès l'âge de 2 mois et avant l'âge de 2 ans contre les infections à méningocoques du groupe B. La fin d'année 2022 est aussi marquée par une forte épidémie de grippe qui concerne la France entière. Les vaccins antigrippaux enregistrent une hausse de 17 % en 2022.

Graphique n°3 : Dépenses de vaccins (hors COVID) par type en 2021 et 2022

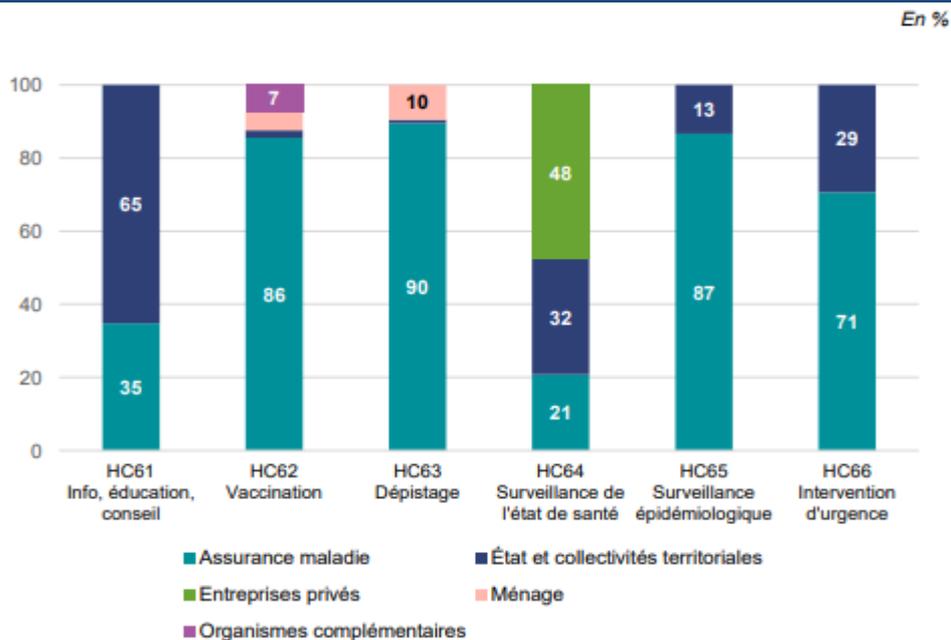


La crise sanitaire modifie en profondeur la répartition par financeur des dépenses de prévention. Auparavant répartie en trois parties sensiblement égales entre l'Assurance maladie, l'État et les collectivités locales et les entreprises privées, la part prise en charge par l'Assurance maladie s'accroît fortement du fait de l'épidémie. Cette part atteint un point culminant en 2021 ; l'Assurance maladie finance alors trois quarts des dépenses de prévention (graphique 4). En particulier, les dépenses relatives à la vaccination et au dépistage sont quasi intégralement prises en charge par l'Assurance maladie, respectivement à hauteur de 86 % et 90 % (graphique 5). Cette part reflue légèrement en 2022 avec la diminution des dépenses de crise, mais l'Assurance maladie demeure le principal financeur des dépenses de prévention (64 % en 2022).

Graphique n°4 : Répartition des dépenses de prévention par financeur



Graphique n°5 : Répartition par financeur et par secteur des dépenses de prévention en 2022



Source > DREES, comptes de la santé.

La prise en charge par les entreprises privées au titre de la surveillance de l'état de santé s'élève à 1,8 milliard d'euros en 2022 ; elle correspond aux dépenses de médecine du travail. L'État et les collectivités territoriales sont davantage mobilisés dans le financement des dépenses de prévention d'information, d'éducation à la santé et de conseil, en particulier au titre de la médecine scolaire. Les organismes complémentaires financent, quant à eux, les tickets modérateurs des achats de vaccins en pharmacie. Enfin, le financement par les ménages représente, en 2022, 5 % (en hausse de 2,0 points) de la dépense de prévention, soit 0,6 milliard d'euros. Il est composé essentiellement des autotests achetés sans prescription et des tests de dépistage pour l'obtention d'un « passe sanitaire » par les personnes non vaccinées. L'Assurance maladie ne prend pas en charge ces deux types de dépistage, l'intégralité de la dépense est donc supportée par les ménages.

II.2 Les nouveaux chantiers de la prévention

La Stratégie Nationale de Santé (SNS) pour la période 2017-2022) ainsi que la future SNS pour la période 2023-2033 constituent le cadre de la politique de santé en France et fait de l'investissement dans la prévention son premier axe. Celle-ci se concrétise par la création du Plan national de santé publique (PNSP) intitulé « Priorité prévention ». Présenté par le Premier ministre le 26 mars 2018, ce plan est l'outil indispensable pour rendre opérationnel le premier axe de la SNS. Ces documents font de la prévention la pierre angulaire de la transformation de notre système de santé et marquent le renforcement de la promotion de la santé, de l'éducation en santé chez les plus jeunes et l'intervention du service sanitaire.

S'agissant plus spécifiquement du PNSP, celui-ci a fait l'objet d'une évaluation par le Haut Conseil de Santé Publique (HCSP) qui a émis plusieurs recommandations. Le HCSP propose de confier à une institution la responsabilité du recensement des financements relatifs à la prévention et la conduite de travaux de modélisation de l'impact des politiques publiques de prévention. Il propose également de prévoir, dès la rédaction des plans et / ou programmes de santé publique, la structuration d'un cadre médico-évaluatif et les ressources nécessaires à sa conduite. Cette évaluation met en avant la difficulté d'identifier le contour précis des actes de prévention réalisés et de leur attribuer un coût, dans la mesure où ceux-ci ne sont pas systématiquement facturés ou cotés en tant que tels. Le HCSP propose de s'appuyer sur les travaux de révision de la nomenclature CCAM pour faciliter le repérage des actes de prévention.

Ainsi, érigée comme priorité du quinquennat par le gouvernement, la prévention est entrée dans la vie quotidienne de chacun notamment via les lois de financement de la sécurité sociale des années précédentes. Cette stratégie se construit autour de grands enjeux de santé publics à fort impact, comme la vaccination, la santé mentale, le dépistage des cancers ou encore dans le champ de la santé sexuelle.

II.2.1 La création de bilans de prévention

Afin d'accompagner les assurés dans leur démarche de prévention, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 a créé des bilans de prévention à des âges clés de la vie. Ils doivent permettre à chacun de devenir acteur de sa santé et ainsi promouvoir des comportements favorables à la santé.

Ces bilans de prévention seront l'occasion de disposer d'un temps spécifique avec un professionnel de santé pour faire le point sur ses habitudes de vie, pour identifier ses facteurs de risque et par exemple proposer des dépistages ciblés et individualisés. Ils doivent ainsi permettre de repérer et de prévenir des comportements nocifs et l'apparition de maladies telles que certains cancers, le diabète ou encore les maladies cardiovasculaires.

Ces bilans pourront être réalisés par différents professionnels de santé (médecins, infirmiers, sages-femmes, pharmaciens) pour tenir compte des préférences ou des habitudes de chacun. Ils seront pris en charge à 100 %.

Afin de définir le contenu et le déroulé précis de ces bilans, des concertations avec les différentes parties prenantes du système de santé ont été organisées depuis l'adoption de la précédente LFSS. Un panel de professionnels et de citoyens appartenant à différentes tranches d'âge a été consulté à plusieurs reprises. C'est parce qu'ils feront demain intervenir plusieurs professions de santé qu'il est proposé de recourir à la loi afin de préciser les modalités de rémunération et les conditions de réalisation de ces bilans.

Une première phase test de déploiement de ces bilans débutera dès l'automne pour la classe d'âge des 45-50 ans dans les départements des Hauts-de-France avant qu'ils ne soient généralisés sur tout le territoire à partir de janvier 2024.

II.2.2 Le dépistage néonatal

Le programme national de santé du dépistage néonatal, mis en place en 1972, est la 1ère mesure de santé publique dont bénéficient en France tous les nouveau-nés à leur naissance, sous réserve du consentement de leurs parents.

L'augmentation du nombre de maladies dépistées en France dans le cadre de ce dépistage néonatal (DNN) est inscrite dans la stratégie nationale de santé 2018-2022, ainsi que dans le troisième plan national maladies rares. Conformément aux recommandations de la HAS, et avec l'objectif de rattraper le retard de la France par rapport aux pays européens de développement comparable, depuis 2020, la France est engagée dans une dynamique de consolidation de son programme national de dépistage néonatal. Ainsi, le champ du dépistage néonatal organisé au plan national a été étendu à 7 nouvelles pathologies en 2023.

Actuellement 13 maladies sont dépistées par des examens de biologie médicale. Pour la drépanocytose, le dépistage est ciblé en métropole (soit 45,8 % des enfants en 2021) et systématique dans les DOM. Un dépistage néonatal de la surdité est également réalisé chez tous les nouveau-nés.

En 2021, le DNN par des examens de biologie médicale a permis de dépister 1 165 enfants malades (soit 1 pour 641 enfants dépistés).

Après une 1ère extension au déficit en MCAD en 2020, le nombre de maladies dépistées a doublé avec le DNN de 7 erreurs innées du métabolisme (EIM) au 1er janvier 2023 suite à la recommandation de la HAS du 22 janvier 2020.

La HAS a fait évoluer en 2022 ses recommandations pour deux pathologies :

La drépanocytose dont elle recommande la généralisation, ce DNN étant à ce jour ciblé en métropole. Cette nouvelle mesure, annoncée par le ministre chargé de la santé à l'occasion du cinquantenaire du DNN, bénéficiera aux 400 000 nouveau-nés non encore concernés par ce dépistage. Moins de 50 nouveaux diagnostics supplémentaires sont attendus chaque année.

Le déficit immunitaire combiné sévère (DICS) qu'elle propose d'intégrer dans le programme pour tous les nouveau-nés.

La HAS mène actuellement des travaux relatifs à l'amyotrophie spinale (SMA), susceptibles d'aboutir début 2024 à une recommandation de dépistage dans le programme. En parallèle, une expérimentation sur la faisabilité du dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale en France est conduite dans 2 régions. Des résultats intermédiaires sont attendus pour fin 2023.

II.2.3 Une simplification du parcours vaccinal des usagers par l'extension des compétences vaccinales des professionnels de santé

Dans l'objectif d'augmenter les couvertures vaccinales de la population par la multiplication des effecteurs qui permet de simplifier le parcours vaccinal pour les usagers, les compétences vaccinales des professionnels de santé autres que les médecins ont été étendues.

Sur la base des recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), les compétences vaccinales en termes d'administration et de prescription de vaccins ont été étendues pour les sages-femmes, les pharmaciens et infirmiers, y compris lorsque les pharmaciens et infirmiers exercent en pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un établissement ou en laboratoire de biologie médicale (LBM).

L'article 33 de la LFSS pour 2023 est venu :

ouvrir la compétence de prescription de vaccins et leur remboursement aux pharmaciens et infirmiers, y compris pour ceux exerçant en PUI et en LBM ;

élargir la cible des personnes pouvant être vaccinées par les sages-femmes à l'ensemble de la population ;

ouvrir la compétence d'administration de vaccins aux étudiants en médecine et pharmacie.

Ainsi, ces 3 catégories de professionnels de santé peuvent désormais prescrire et administrer **l'ensemble des vaccinations** du calendrier des vaccinations, pour toute la population s'agissant des sages-femmes, et à partir de l'âge de 11 ans pour les pharmaciens et les infirmiers, à **l'exception toutefois de la prescription de vaccins vivants atténués chez les personnes immunodéprimées**.

Cinq textes réglementaires publiés le 9 août 2023 précisent les conditions d'application et fixent la liste des vaccins et les publics cibles.

II.2.4 La mise en œuvre de la Stratégie nationale de santé sexuelle 2017-2030

Enrichie d'une deuxième feuille de route 2021-2024, plusieurs mesures de la stratégie nationale de santé sexuelle ont été adoptées par la Représentation nationale en PLFSS 2022 et 2023. Elles visent à diversifier les modalités de recours au dépistage de l'infection par le VIH et des autres infections sexuellement transmissibles (IST) d'une part et à faciliter l'accès à la contraception et aux moyens de protection contre les IST d'autre part. Plus précisément il s'agit de:

Favoriser l'accès au dépistage sérologique du VIH en laboratoire de biologie médicale sans prescription (article 77 de la LFSS pour 2022), effectif depuis le 1er janvier 2023 et son extension à d'autres IST (article 30 de la LFSS pour 2023), mesure dont les textes d'application sont en cours d'élaboration ;

Prendre en charge à 100% les préservatifs en pharmacie sans prescription pour tous les jeunes hommes et femmes jusqu'à 25 ans inclus (y compris les mineurs) suite à l'annonce du Président de la République le 8 décembre 2022, effective depuis le 1er janvier 2023 et qui fait l'objet d'une mesure de confirmation dans le cadre du PLFSS pour 2024 ;

Prendre en charge, depuis le 1er janvier 2022, à 100% la contraception chez les jeunes femmes jusqu'à 26 ans que ce soit sur leur délivrance sur présentation d'une prescription médicale, sur leur pose, changement ou retrait, ;

Prendre en charge, depuis le 1er janvier 2023, à 100% la contraception d'urgence pour toutes et tous sans ordonnance (article 32 de la LFSS pour 2023)

L'année 2024 sera consacrée à la mise en œuvre de la généralisation de l'expérimentation des Centres de santé sexuelle d'approche communautaire. Ces derniers sont issus de l'action 15 de la première déclinaison de la stratégie nationale santé sexuelle 2018-2020. Ils ont été expérimentés au travers du cadre général du dispositif d'innovation en santé prévu à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, issu de l'article 51 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018.

II.2.5 Le déploiement de différents dispositifs en matière de prévention en santé mentale

L'année 2021 a permis de continuer l'amplification du déploiement du secourisme en santé mentale (SSM) auprès des étudiants. Ainsi, 36 établissements d'éducation supérieure, dont 30 universités, sont impliqués dans le déploiement avec, en activité cumulée depuis 2019 (extraction au 22/06/2023), 4 934 secouristes formés avec 384 formations organisées dans le milieu étudiant. Ce nombre représente 8% de la totalité de secouristes en santé mentale formés sur le territoire national. Le déploiement du SSM, piloté au niveau national par la DGS et le MESRI, et au niveau régional par les 8 ARS et régions académiques concernées, a été renforcé par la mesure 12 des Assises de la « Santé mentale et de la psychiatrie » qui le prolonge jusqu'en 2025 (cible 150 000 secouristes formés) en l'élargissant à tous les milieux.

Dans le cadre de la stratégie nationale de prévention du suicide, inscrite dans l'action 6 de la feuille de route pour la santé mentale et la psychiatrie de 2018, a été financé le déploiement du système d'information du dispositif Vigilans de maintien du contact avec les personnes ayant fait une tentative de suicide.

Pour 2024, la stratégie nationale vise un déploiement des dispositifs sentinelles dans les différents secteurs et un plan d'actions relatif à la contagion suicidaire à destination des territoires combinant différentes interventions (identification et sécurisation des lieux à risque suicidaire, développement dans les institutions de plans de postvention etc.).

Le déploiement du dispositif MonSoutienPsy permet, depuis l'année dernière, d'améliorer l'accès aux soins en santé mentale dans un souci de lutte contre les inégalités en santé tout en permettant aux psychologues de ville de s'inscrire dans le parcours de soins des patients en souffrance psychique d'intensité légère à modérée. Ainsi, depuis le lancement du dispositif en avril 2022, plus de 175 000 personnes ont pu bénéficier d'une prise en charge psychologique intégralement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire pour des troubles psychologiques légers à modérés. Dans les caractéristiques de ces populations bénéficiaires, on retiendra qu'elles correspondent environ à 10 % d'étudiants, 19 % de moins de 18 ans, et au total environ 70 % de femmes. Ce sont des populations qui, avant le dispositif, n'avaient que rarement accès à des séances de psychologie.

II.2.6 Une organisation rénovée des dépistages organisés des cancers pour 2024

Lors du premier comité de suivi de la stratégie décennale de lutte contre le cancer le 5 décembre 2022, la Première ministre a annoncé une nouvelle feuille de route des dépistages organisés des cancers « Priorité dépistages », reposant sur une organisation rénovée avec :

Le transfert du pilotage des invitations et relances à participer à un dépistage organisé à l'Assurance maladie dès début 2024 ;

Le recentrage des missions confiées aux Centres régionaux de coordination des dépistages des cancers (CRCDC) sur leurs missions de suivi des résultats pour l'ensemble des programmes de dépistages organisés, d'information et de formation des professionnels de santé ;

La mobilisation systématique d'opérations « d'aller-vers » par les caisses d'assurance maladie, notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés des systèmes de santé.

La mise en œuvre de cette organisation rénovée a donné lieu dès 2023 à de nombreux travaux préparatoires, ainsi que des échanges avec les acteurs du dépistage en France. Cette organisation rénovée doit contribuer à augmenter la participation de la population aux trois dépistages organisés des cancers en France.

II.2.7 L'expérimentation en France du modèle ICOPE-OMS de prévention de la perte d'autonomie

Lancée en 2022 pour une durée de 3 ans, cette expérimentation reposant sur une approche multidimensionnelle des grandes capacités fonctionnelles (audition, vision, nutrition, cognition, locomotion, santé mentale en lien avec l'isolement), vise 54 538 seniors de 60 ans et plus, dans 9 régions.2024.

II.3 Des fonds qui permettent le financement d'actions de prévention institutionnelle

II.3.1 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)

Créé par la loi du 5 janvier 1988, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) est géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM).

Le FNPEIS vise à mettre en œuvre, gérer et assurer le financement d'actions de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires propres à améliorer l'état de santé général de la population. Sont distinguées deux grandes catégories : les actions d'envergure nationale et les actions pilotes ou expérimentales menées à l'échelon départemental en vue d'une généralisation.

Les principales actions financées portent sur la vaccination (grippe, ROR), la prévention bucco-dentaire, le bon usage du médicament, la contraception d'urgence, la lutte contre les infections VIH/Hépatites. Concernant les actions locales, le dépistage des cancers est la principale action financée.

En 2022, 67 millions d'euros ont été consacrés à la vaccination, dont :

- 58,4 millions d'euros pour la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière
- 6,6 millions d'euros pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR).

En outre, 88,9 millions d'euros ont été dépensés en 2022 pour la prévention bucco-dentaire et 2,9 millions d'euros ont été consacrés à la communication sur le bon usage des médicaments

Le FNPEIS finance également les centres d'examen de santé, structures tournées exclusivement vers des missions de prévention, ainsi que le centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé, à hauteur de 146,7 millions d'euros en 2022. Il cofinance également avec les agences régionales de santé (ARS) les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers.

En 2022, le montant total des dépenses du FNPEIS s'établit à 412 millions d'euros, soit une augmentation de près de 4% des dépenses par rapport à 2021 et à périmètre constant.

Pour 2023, la prévision de dépenses du fonds est estimée à 478 millions d'euros pour le régime général (les actions de prévention de l'ex-RSI et des régimes étudiants incluses), dont :

- 75,8 millions d'euros destinés aux campagnes de vaccination (67,3 millions d'euros pour la vaccination contre la grippe saisonnière et 7,5 millions d'euros pour la vaccination ROR) ;
- 95,6 millions d'euros destinés à la prévention bucco-dentaire (examens bucco-dentaires et actions d'éducation en milieu scolaire ciblées) ;
- 47,3 millions d'euros pour des actions de prévention et d'accompagnement ;
- 79 millions d'euros d'actions de dépistage des cancers ;
- 146 millions d'euros de financement des centres d'examen de santé.

II.3.2 Le fonds de lutte contre les addictions (FLCA)

L'article 57 de la LFSS 2019 a créé le « fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives » en remplacement du « fonds de lutte contre le tabac », créé en décembre 2016. Puis l'article 84 de la LFSS 2022 a élargi son périmètre d'intervention aux addictions dites sans substances, devenant ainsi le « fonds de lutte contre les addictions ».

Cette évolution du périmètre du FLCA permet d'approfondir l'approche globale de prévention de l'ensemble des conduites addictives, avec ou sans substance (par exemple, les jeux d'argent et de hasard), en tenant compte notamment de l'importance des poly-consommations.

Les conduites addictives constituent un problème majeur de santé publique et pour répondre à cette situation, le FLCA permet de faire converger l'ensemble des financements en matière de lutte contre les conduites addictives en un seul et même fonds pour définir un cadre de financement stratégique.

Il a pour objet de financer des actions de prévention portant sur l'ensemble des produits psychoactifs, qu'ils soient licites (comme le tabac, l'alcool), ou illicites, comme le cannabis et la cocaïne ; depuis 2022, les écrans, les jeux d'argent et de hasard et les jeux vidéo sont pris en compte de façon à répondre aux signaux préoccupants observés ces dernières années dans ces domaines, principalement chez les adolescents et les jeunes adultes.

Il contribue au financement d'actions de lutte contre les addictions au niveau local, national et international en cohérence avec les orientations de la stratégie interministérielle de mobilisation contre les addictions 2023-2027 et du Programme national de lutte contre le tabac, dont un nouveau projet s'établissant pour 2023-2027 est en cours de rédaction, en s'appuyant sur les axes suivants :

- Axe 1 : Protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance,
- Axe 2 : Aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques liés aux addictions avec ou sans substance,
- Axe 3 : Amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé,
- Axe 4 : Soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

Depuis 2018, près de 690 M€ ont été délégués par le FLCA (2018 : 100 M€, 2019 : 120 M€, 2020 : 115 M€, 2021 : 111 M€, 2022 : 114 M€ et pour 2023 : 129,5 M€).

Le FLCA a permis de soutenir des actions à l'échelle nationale en soutenant des priorités nationales, en particulier les **programmes « lieux de santé sans tabac »** et les **programmes de développement des compétences psychosociales**, en finançant le renforcement des **opérations de communication auprès du grand public (marketing social)** pilotés par Santé Publique France sur les substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illicites) et un dispositif spécifique dédié à la thématique des jeux d'argent et de hasard, en déployant **des actions innovantes** portées notamment par la **société civile** (via des appels à projet ou appels à manifestation d'intérêt) dans l'objectif de contribuer à lutter contre les consommations excessives et les conduites addictives qui leur sont liées et en apportant son soutien financier à la **recherche** portées par l'INCa et l'IRePS, ainsi qu'aux **études, aux enquêtes et observatoire** conduites par l'OFDT.

Le FLCA a également permis de soutenir des projets à l'échelle régionale pilotés par les Agences régionales de santé **et à l'échelle locale** conduits par les caisses d'Assurance Maladie et de la Mutualité sociale agricole.

Le fonds a aussi financé des actions internationales, notamment la participation de la France à la Convention Cadre de Lutte Anti-Tabac de l'OMS et la construction d'une « plateforme francophone de connaissances » visant à favoriser le transfert de connaissances et de compétences entre acteurs internationaux de la lutte contre le tabac.

Par ailleurs, le FLCA vise à soutenir des **projets touchant plus particulièrement les personnes socialement défavorisées** et tenant compte des besoins non couverts. Ainsi, des actions ont notamment été financées en 2021 et 2023 sur la thématique « Addictions et établissements et services des secteurs de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion et du logement accompagné », porté par la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (Dihal).

Les jeunes constituent également un public prioritaire en matière de prévention des conduites addictives et d'accompagnement à l'arrêt de leur consommation. Ainsi, le déploiement du programme « Tabado » d'aide au sevrage tabagique auprès des apprentis, des lycéens professionnels et dans les maisons rurales familiales est soutenu par le FLCA.

De plus, cette population ayant été particulièrement mise à mal par la crise sanitaire, des actions ont été menées à son égard en 2021 et en 2022, via notamment un appel à projets local « Mobilisation des jeunes, pour les jeunes » afin de soutenir des actions de proximité relatives à leurs consommations de substances psychoactives et la dégradation de leur santé mentale.

En outre, un dispositif de réduction des risques et de dommages en contexte festif à destination des jeunes est à nouveau reconduit en 2023 afin de renforcer les comportements protecteurs entre jeunes en contexte festif. Il s'inscrit dans la continuité de la stratégie portée par les campagnes « Amis aussi La Nuit » pilotées par Santé Publique France et diffusées en 2019, 2020 et 2021. Il est ainsi prévu la conception et la diffusion d'un nouveau dispositif à destination des 17-25 ans consommateurs d'alcool et/ou de cannabis.

Pour 2023, le FLCA va poursuivre le financement des actions précitées et va également permettre de mobiliser de nouveaux acteurs, issus du secteur de la protection de l'enfance.

Ainsi, a été effectué, en co-portage avec la Direction Générale de la Cohésion Sociale (DGCS), un appel à manifestation d'intérêt « Addictions et structures et services de protection de l'enfance » qui s'inscrit dans un objectif général de réduction des inégalités sociales de santé et d'investissement social dans l'enfance.

Cet appel à manifestation d'intérêt a pour objectif de soutenir financièrement les opérateurs du secteur de la protection de l'enfance qui s'engagent à développer une stratégie de prévention, de repérage, de réduction des risques et des dommages ainsi que de soins liés à l'usage de substances licites ou illicites ou sans substance. Les populations visées par ces actions sont les enfants et les jeunes majeurs relevant de la protection de l'enfance et pris en charge dans un établissement ou un service de l'aide sociale à l'enfance, les familles et l'entourage des enfants ainsi que les professionnels de ces structures.

II.4 Le fonds d'intervention régional : levier pour le financement de la politique locale de santé

II.4.1 Objectifs et missions du fonds

Le fonds d'intervention régional (FIR), créé par l'article 65 de la LFSS pour 2012, regroupe des moyens destinés à des politiques proches ou complémentaires dans le domaine de la performance, de la continuité et de la qualité des soins, ainsi que de la prévention. Il offre ainsi aux agences régionales de santé (ARS) les moyens d'une gestion efficiente, en tenant compte des spécificités locales.

Les missions du FIR sont structurées en cinq axes stratégiques, dont le premier porte sur la promotion de la santé et à la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie.

Les actions financées au titre du 1^{er} axe stratégique concernent :

- Des actions de pilotage régional et de soutien dans le domaine de la prévention et de l'observation en santé, de l'évaluation des programmes de santé et de la diffusion des bonnes pratiques ;
- Des actions en matière d'éducation à la santé et de prévention des maladies, des comportements à risque ainsi que des risques environnementaux, en particulier d'éducation thérapeutique des patients ;
- Des actions destinées à assurer le dépistage et le diagnostic de maladies transmissibles ;
- Des actions mises en œuvre dans le cadre de la gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- Des actions tendant à la prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie (notamment les consultations mémoire) à l'exclusion de celles dont le financement incombe aux conseils départementaux.

Tableau n°2 : Comparaison des crédits dépensés au titre de la mission 1 sur la période 2021-2022

Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	Crédits comptabilisés 2021	Crédits comptabilisés 2022
ARS Auvergne - Rhône Alpes	110,1 M€	106,7 M€
ARS Bourgogne - Franche Comté	50,2 M€	42,6 M€
ARS Bretagne	43,9 M€	41,4 M€
ARS Centre - Val de Loire	36,9 M€	37,4 M€
ARS Corse	7,9 M€	6,4 M€
ARS Grand Est	73,8 M€	73,8 M€
ARS Guadeloupe	14,8M€	17,7 M€

ARS Guyane	22,7 M€	23,8 M€
ARS Hauts – de – France	83,3 M€	69,8 M€
ARS Île – de – France	259,9 M€	206 M€
ARS Réunion	25 M€	23,5 M€
ARS Martinique	13,9 M€	10,5 M€
ARS Mayotte	13,4 M€	22 M€
ARS Normandie	31,5 M€	38,6 M€
ARS Nouvelle – Aquitaine	69,6 M€	84,9 M€
ARS Occitanie	71,2 M€	91,3 M€
ARS Pays de la Loire	45 M€	58,5 M€
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur	59,5 M€	69,7 M€
TOTAL NATIONAL	1 123,1 M€	1 024,7 M€

Source : états financiers des ARS

II.4.2 Les dispositifs de prévention financés par le FIR en 2022

Parmi les actions financées, le FIR a permis la montée en charge et le renforcement de dispositifs déjà existants et identifiés comme des priorités.

Ainsi, l'année 2022 a permis de renforcer le soutien apporté à la mission santé des centres de protection maternelle et infantile. 29,6€ ont permis aux ARS de financer des actions relatives à la santé périnatale et des jeunes enfants réalisées par la protection maternelle et infantile (PMI).

Pour faire suite aux annonces du Grenelle des violences conjugales, des centres de ressources ont été créés dans chaque région pour accompagner les personnes en situation de handicap dans leur vie intime et sexuelle, et leur parentalité. Le FIR a été abondé d'1,3 M€ afin de favoriser le développement de ces centres.

Le FIR a également permis la mise en place des centres régionaux en antibiothérapie (CRAtb). Ces structures régionales remplissent des missions d'expertise dans les trois secteurs de l'offre de soins (établissements de santé, établissements médico-sociaux et en ville), afin d'établir une stratégie de bon usage des antibiotiques. En 2022, 4 M€ délégués aux ARS ont servi à la mise en œuvre d'équipes multidisciplinaires en antibiothérapie, création inscrite dans la stratégie nationale 2022-2025 de prévention des infections et de l'antibiorésistance.

**PARTIE III:
ONDAM ET
PATHOLOGIES**

III.1 Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée

La cartographie des pathologies et des dépenses permet de répondre à des questions importantes, dans une perspective d'amélioration du système de santé français et de son efficacité : quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Combien de patients sont ainsi pris en charge ? Quelles ressources financières sont mobilisées pour assurer ces soins ? La disponibilité d'un recul de plusieurs années permet d'analyser les dynamiques d'évolution : comment les dépenses progressent-elles ? Ces évolutions sont-elles liées au nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements et les processus de soins ? Quel est l'effet des innovations médicamenteuses ? Peut-on voir l'effet des actions de régulation mises en œuvre les années précédentes ? Dans un contexte où la contrainte sur les dépenses d'assurance maladie s'est accrue au fil du temps, où les questions de recours aux soins et d'accès aux innovations sont de plus en plus prégnantes, l'analyse du poids sanitaire et économique des pathologies et des facteurs de risque et la compréhension des dynamiques médicales qui sous-tendent ces évolutions sont indispensables pour l'ensemble des acteurs chargés d'élaborer ou de mettre en œuvre une politique publique de santé. Prioriser les actions d'organisation et de régulation et cibler les domaines prioritaires permet d'aboutir, in fine, à un accès aux soins efficient et équitable sur l'ensemble du territoire et à la pérennisation du système d'assurance maladie.

Depuis sa création, la cartographie des pathologies et des dépenses a bénéficié d'importantes évolutions. Bâtie sur de premières démarches portant sur un nombre plus limité de pathologies, avec un suivi d'un ou deux ans, la cartographie des pathologies et des dépenses s'est rapidement enrichie avec de nombreux algorithmes, explorant les données sur une plus longue période, pour devenir un outil incontournable au service du pilotage du système de soins et des études sur les données de santé. Depuis 2019, elle porte sur l'ensemble des régimes d'assurance maladie, permettant de disposer d'une population étudiée de 66 millions de personnes en 2019 et jusqu'à 68,7 millions de personnes en 2021. La période d'analyse s'étend actuellement de 2015 à 2021, l'exploitation des années antérieures n'étant pas possible en raison de l'absence d'informations sur les affections de longue durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes. Depuis 2022, les données de la cartographie sont accessibles au grand public à travers un site open data interactif dédié, mis à jour chaque année.

Les principaux constats des dernières années sont demeurés relativement semblables jusqu'en 2019, avec un poids important des maladies cardiovasculaires, des cancers et de la santé mentale, une augmentation lente et régulière des dépenses pour certaines pathologies, du fait du vieillissement de la population (maladies cardiovasculaires, diabète, etc.), ou une augmentation ponctuelle et brutale, liée à l'arrivée de nouveaux traitements coûteux, pour d'autres.

Depuis 2020, on observe les effets de la pandémie de Covid-19, des mesures de contrôle prises pour l'endiguer et leurs répercussions sur le fonctionnement du système de santé. Malgré la poursuite de l'augmentation des dépenses remboursées, leur croissance est considérablement plus faible entre 2019 et 2020 (3,8 milliards d'euros par an en moyenne jusqu'en 2019 contre seulement 1,2 milliard d'euros entre 2019 et 2020), puis a augmenté très fortement en 2021 (+ 18,2 milliards d'euros). Cette hausse s'explique notamment par le rattrapage de soins non réalisés en 2020 et par l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés au Covid-19 (dépistage et vaccination). Les dépenses spécifiquement liées à la prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 ont également représenté un poids important, comme détaillé plus loin.

L'interprétation des résultats de la cartographie nécessite certaines précautions. Premièrement, les différentes versions de la cartographie ne sont pas comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information et, lorsque c'est le cas, aux algorithmes. Depuis le précédent rapport, aucun algorithme de repérage des pathologies n'a été modifié par rapport à la version précédente. Toutefois, des modifications effectuées sur certains algorithmes dans les versions précédentes sont encore visibles dans les résultats de la présente version. C'est le cas notamment pour le repérage des troubles addictifs, pour lesquels a été pris en compte le remboursement des traitements nicotiques de substitution.

Deuxièmement, le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ne sont pas strictement superposables et les dépenses ne correspondent pas à l'ensemble des ressources mobilisées pour faire face à la crise sanitaire et à ses conséquences (Encadré 2).

Troisièmement, en raison du mode de calcul des dépenses par pathologie de l'outil cartographie, les évolutions de celles-ci doivent être interprétées avec prudence. En effet, la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies de la cartographie n'inclut pas de manière exhaustive les spécificités liées à la pandémie de Covid-19. Les coûts supplémentaires imputables à la pandémie, en particulier les tests antigéniques réalisés en pharmacie, la vaccination réalisée en dehors des centres de vaccination et les actes réalisés en laboratoire, tels que les PCR, accroissent ainsi de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle varie en fonction des pathologies. Il est en effet probable que les recours aux autotests et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients. Par ailleurs, la part de

l'augmentation des dépenses de soins de ville imputable à la prise en charge du Covid-19 a été estimée à 9 %, ce qui représente 3,9 % de la dépense totale. Aussi, il conviendra de garder à l'esprit cette estimation lors de l'interprétation des montants remboursés par pathologie.

Dans une première partie sont présentés les effectifs et les dépenses mobilisées pour la prise en charge des différentes pathologies en 2021. Ensuite, leurs évolutions entre 2020 et 2021 sont décrites relativement à celles constatées les années précédentes, afin d'appréhender au mieux l'incidence de la pandémie sur les dépenses d'assurance maladie en 2020 et 2021.

III.1.1 Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2020 et à quel coût ?

En 2021, 185,2 milliards d'euros ont été remboursés (Figure 4) par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 68,7 millions de personnes. Les pathologies et traitements chroniques représentent près de 62 % de cette dépense (environ 104 milliards d'euros) (Tableau 2 et Figure 5) et concernent 35 % de la population (soit près de 25 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (Figure 6). À l'opposé, 56 % de la population, soit plus d'un assuré sur deux, a reçu des soins qualifiés de « courants ou non repérés par les algorithmes de la cartographie ».

Encadré 1 : Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie médicalisée des dépenses

Les dépenses retenues pour l'affectation aux différentes pathologies, traitements ou événements de santé sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) (quel que soit le régime d'affiliation) qui sont individualisables, c'est-à-dire rattachables à un individu. Il n'y a pas de correspondance exacte entre le champ Ondam et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses. Les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, ne sont pas comptabilisées pour la cartographie des pathologies :

- les dépenses forfaitaires des professions médicales (telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), les forfaits patientèle ou les indemnités liées à la permanence des soins ambulatoires) ;
- la prise en charge des cotisations sociales des professions médicales et auxiliaires ainsi que le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements ;
- les garanties de financement versées en 2020 et 2021 aux établissements hospitaliers ;
- les dotations aux établissements sociaux et médicosociaux ;
- les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, devenu Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé – FMIS – en 2021) ;
- les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé (Santé publique France – SPF, Haute Autorité de santé – HAS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM...) ;
- les dotations aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).
- les dépenses liées à la vaccination Covid-19 réalisée dans les centres de vaccination ne sont pas prises en compte dans les dépenses de cartographie. En revanche, les vaccinations réalisées par les professionnels de santé libéraux sont bien prises en compte et imputées au poste des professions libérales concernées (médecin généraliste, infirmier et poste « médicament » pour les pharmaciens). Par ailleurs, les dépenses associées à la réalisation des tests antigéniques (TAG) en pharmacie sont affectées au poste « médicament » dans la cartographie ainsi que dans le suivi de l'Ondam.

À l'inverse, les indemnités journalières maternité et les prestations d'invalidité, qui ne font pas partie du champ Ondam, sont comptabilisées dans le champ de la cartographie des pathologies et des dépenses.

Ces différences de champ sont à l'origine des écarts constatés, notamment pour les années 2020 et 2021, entre les évolutions des dépenses totales relevant du champ Ondam et les évolutions des dépenses affectées à la prise en charge des pathologies, traitements ou événements de santé présentées dans cette partie. En particulier, certaines ressources spécifiquement mobilisées pour répondre aux enjeux de la crise sanitaire, telles que les dispositifs de compensation financière de la perte d'activité pour les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux, les hausses de dotations à Santé publique France, aux établissements sanitaires et médicosociaux (achats de masques, de vaccins, de matériels de protection, de respirateurs, etc.), ne sont pas prises en compte dans le calcul des dépenses affectées aux pathologies, traitements ou événements de santé. Ainsi, si les dépenses totales dans le champ de l'Ondam ont augmenté de près de 9,1 % entre 2020 et 2021, les dépenses prises en compte dans le champ de la cartographie ont progressé de 10,9 % sur la même période. Une présentation détaillée des dépenses considérées pour la cartographie des pathologies et des dépenses est disponible en ligne :

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

Quatre catégories de pathologies représentent plus de la moitié de l'ensemble des dépenses remboursées (Figure n°5) :

- la part la plus importante concerne les épisodes hospitaliers qualifiés de « ponctuels », au sens où l'hospitalisation n'est pas en lien avec l'une des pathologies de la cartographie : 39,1 milliards d'euros, soit 21,1 % des dépenses totales ;
- la santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et hypnotiques), représente 25 milliards d'euros, soit près de 13,5 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des cancers atteint 22,6 milliards d'euros, soit 12,2 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires atteint 19,4 milliards d'euros, soit 10,5 % des dépenses totales.

Les 25 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements chroniques psychiatriques sont liés à 47 % aux troubles névrotiques et de l'humeur (6,7 milliards d'euros) et aux troubles psychotiques (5,2 milliards d'euros). Ces dépenses sont principalement liées aux séjours hospitaliers, notamment en établissements psychiatriques. Parmi les 22,6 milliards d'euros affectés aux cancers, 89 % concernent les cancers en phase active de traitement et 11 % les cancers sous surveillance. On notera le poids important des cancers du sein (3,9 milliards d'euros), du poumon (3 milliards d'euros), du côlon (1,8 milliard d'euros) et de la prostate (2,2 milliards d'euros), qui représentent 48 % des dépenses attribuées aux cancers. Enfin, trois pathologies représentent plus des deux tiers des dépenses des maladies cardio-neurovasculaires (19,4 milliards d'euros) : la maladie coronaire (4,7 milliards d'euros), les accidents vasculaires cérébraux (4,1 milliards d'euros) et l'insuffisance cardiaque (IC) (3,1 milliards d'euros). La prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 (y compris en soins critiques) a généré une dépense de 2,3 milliards d'euros pour l'Assurance Maladie durant l'année 2021, soit 1,2 % de l'ensemble des dépenses remboursées.

Par ailleurs, les maladies cardio-neurovasculaires représentent 5,3 millions de personnes, le diabète, 4,2 millions de personnes, les maladies respiratoires chroniques, 3,6 millions de personnes, les cancers, 3,4 millions de personnes et les maladies psychiatriques, 2,8 millions de personnes (Figure 6). Si l'on ajoute aux maladies psychiatriques les 5,7 millions de personnes recevant un traitement chronique par psychotropes, ce sont plus de 8,5 millions de personnes qui ont été prises en charge pour une pathologie ou un traitement chronique en lien avec la santé mentale.

Les dépenses totales par pathologie dépendent du nombre de personnes traitées et de la dépense individuelle moyenne par patient (Tableau 2). Deux principaux groupes de pathologies se distinguent (Figure 7) :

- Celles qui concernent un nombre important de personnes, mais avec un coût moyen par patient relativement faible, comme le traitement chronique du risque vasculaire en prévention primaire (8,4 millions de personnes, 718 euros par an par personne en moyenne) ou le traitement chronique par psychotropes (1 308 euros par an par personne en moyenne).
- Celles qui concernent peu ou relativement peu de personnes, mais pour lesquelles la dépense annuelle individuelle moyenne par patient est élevée. C'est le cas notamment des cancers actifs (13 406 euros), des maladies cardio-neurovasculaires aiguës (10 204 euros), des maladies psychiatriques (6 303 euros) et de la maternité (7 244 euros). C'est aussi le cas des prises en charge hospitalières pour Covid-19 (9 331 euros).

Cette distinction n'est toutefois pas applicable pour l'ensemble des pathologies ou situations de santé : les hospitalisations ponctuelles se démarquent avec un effectif très élevé (9 665 000 patients) et une dépense individuelle moyenne élevée (4 046 euros). Malgré des effectifs relativement faibles (101 000 bénéficiaires), le poids économique de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) est important, du fait d'une dépense annuelle individuelle moyenne par patient extrêmement élevée¹ (43 086 euros). Pour comparaison, la dépense individuelle moyenne est de 2 696 euros pour l'ensemble des assurés inclus dans la cartographie et de 374 euros pour les assurés n'ayant consommé que des soins qualifiés de « courants ou non repérés par les algorithmes de la cartographie ».

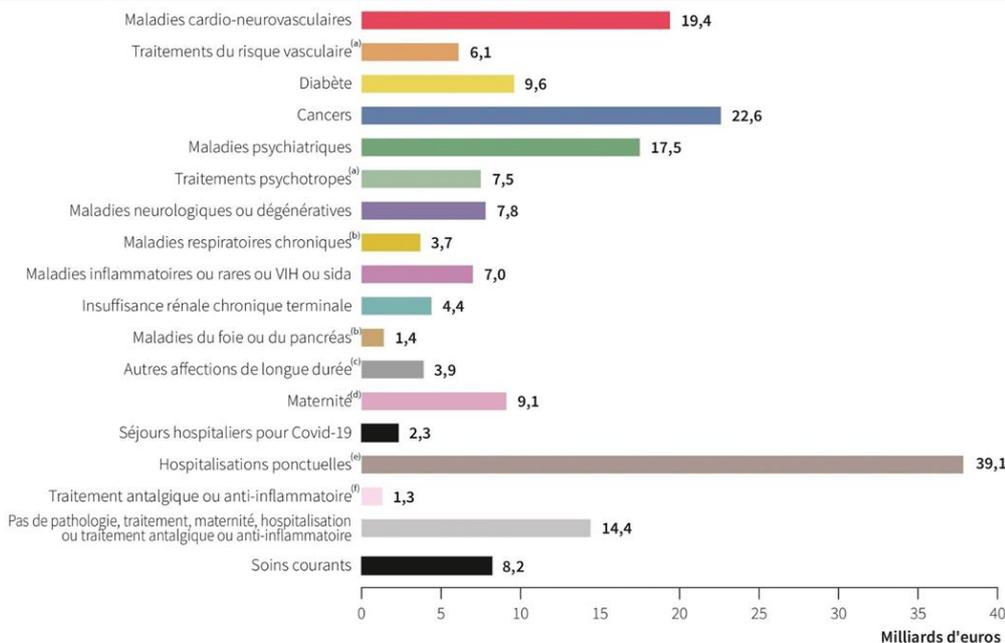
De plus, la structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 8). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour la prise en charge des patients atteints du Covid-19 (89 % de la dépense individuelle moyenne), ce qui est logique au vu de la définition retenue pour repérer ces patients (cas hospitalisés). Elles sont aussi importantes pour les maladies cardio-neurovasculaires aiguës (81,6 %), l'IRCT (68,5 %), les maladies psychiatriques (64,8 %) et les cancers actifs (60,7 %) et expliquent les niveaux élevés de dépenses pour ces pathologies.

Les soins de ville concernent la majorité des dépenses affectées au diabète (85 % de la dépense moyenne par individu), des personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (78 %), des « maladies inflammatoires ou rares ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou syndrome d'immunodéficience acquise (sida) » (73 %), des cancers sous surveillance (70 %), des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (64 %), des maladies neurologiques ou dégénératives et des personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins repérés par ces algorithmes (maladies infectieuses,

¹ Pour cette raison, cette pathologie n'a pas été représentée dans la **Erreur ! Source du renvoi introuvable.**

traumatismes légers, symptômes divers...) (68 %). Enfin, les prestations en espèces¹ ont un poids important dans les dépenses mobilisées dans le cadre de la maternité (42 %) ou pour les patients ayant bénéficié de traitements chroniques par psychotropes (41,5 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (41 %).

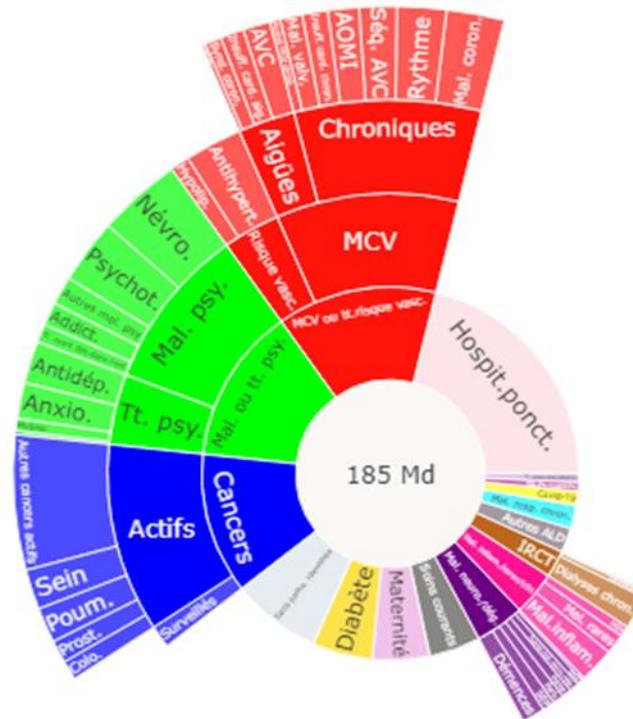
Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2021 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 185 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes



- (a) Hors pathologies
 - (b) Hors mucoviscidose
 - (c) Dont 31 et 32
 - (d) Avec ou sans pathologies
 - (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
 - (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
- Champ : tous régimes – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juin 2023)

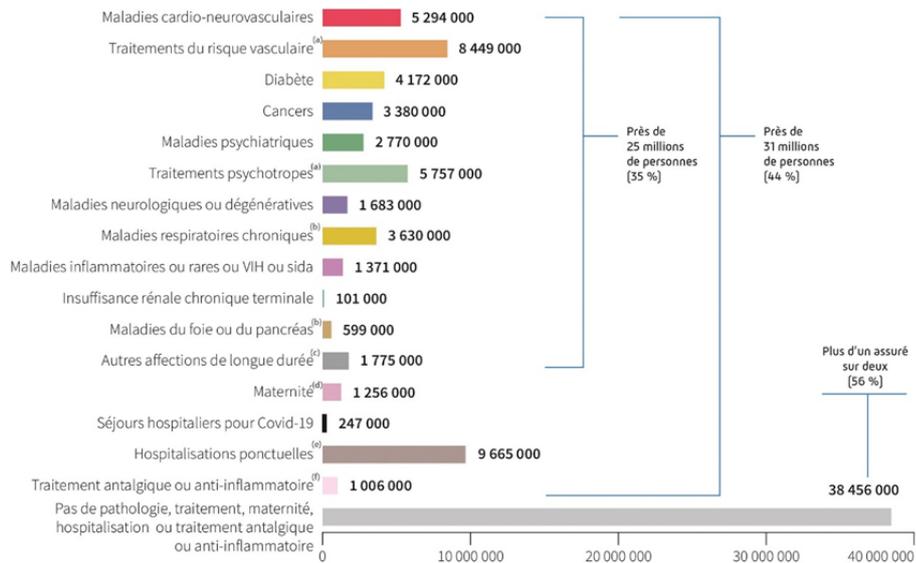
¹ La composition détaillée des postes de dépenses est disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>. Les prestations en espèces comprennent les indemnités journalières versées en cas de maladie, d'accident du travail ou maladie professionnelle, l'assurance maternité et les pensions d'invalidité.

Figure 2 Répartition des dépenses entre les pathologies, les traitements chroniques et les épisodes de soins en 2021 (185 milliards d'euros)



Champ : tous régimes – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juin 2023)

Figure 3 : Nombre de bénéficiaires pris en charge pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (68,7 millions de personnes au total), en 2021



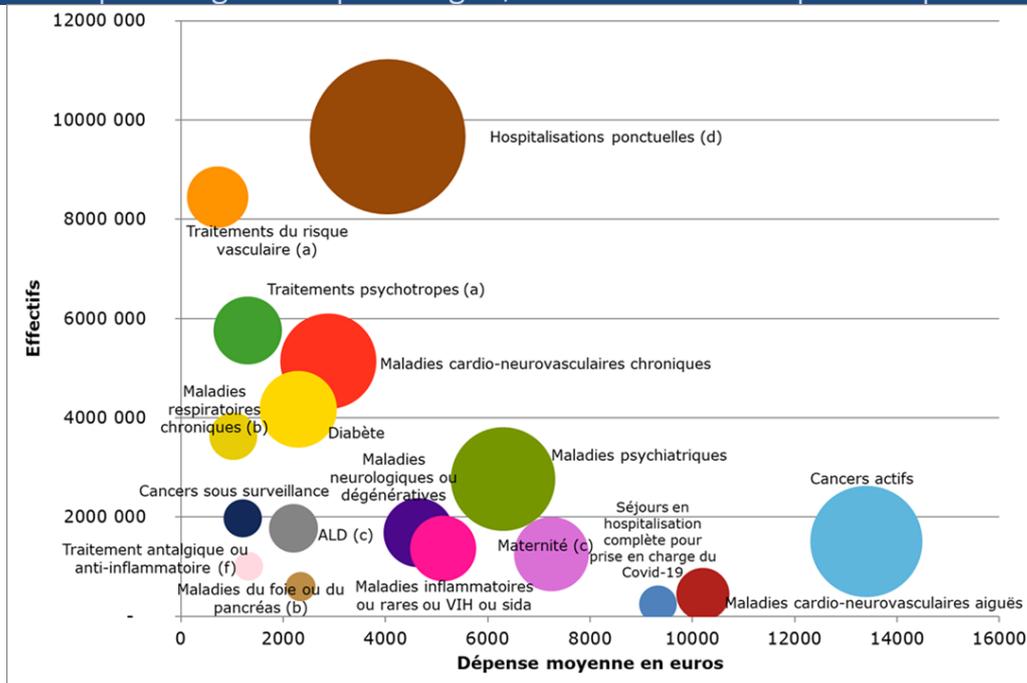
a) Hors pathologies
 (b) Hors mucoviscidose
 (c) Dont 31 et 32
 (d) Avec ou sans pathologies
 (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
 (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
 Champ : tous régimes – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juin 2023)

Tableau 1 : Effectifs et dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, en 2021

Catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins	Effectif	Dépense moyenne	dont soins de ville	dont hospitalisations	dont prestations en espèces
Maladies cardiovasculaires	5 294 000	3 660 €	1 689 €	1 751 €	216 €
dont maladies cardiovasculaires aiguës	443 000	10 200 €	1 618 €	8 323 €	262 €
dont maladies cardiovasculaires chroniques	5 146 000	2 880 €	1 599 €	1 086 €	200 €
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	8 449 000	720 €	562 €	37 €	119 €
Diabète	4 172 000	2 300 €	1 952 €	187 €	157 €
Cancers	3 380 000	6 680 €	2 650 €	3 717 €	315 €
dont cancers actifs	1 506 000	13 410 €	4 828 €	8 135 €	443 €
dont cancers sous surveillance	1 977 000	1 210 €	853 €	160 €	200 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	8 527 000	2 930 €	877 €	1 388 €	666 €
dont maladies psychiatriques	2 770 000	6 300 €	1 298 €	4 082 €	924 €
dont traitements psychotropes (hors pathologies)	5 757 000	1 310 €	674 €	92 €	541 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 683 000	4 650 €	2 929 €	1 358 €	363 €
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 630 000	1 030 €	654 €	256 €	117 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 371 000	5 130 €	3 751 €	947 €	431 €
Insuffisance rénale chronique terminale	101 000	43 090 €	12 815 €	29 503 €	769 €
dont dialyse chronique	57 000	62 950 €	17 031 €	45 465 €	455 €
dont transplantation rénale	3 000	71 150 €	15 984 €	53 255 €	1 915 €
dont suivi de transplantation rénale	41 000	13 450 €	6 732 €	5 596 €	1 118 €
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	599 000	2 340 €	1 137 €	955 €	249 €
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 775 000	2 210 €	1 757 €	234 €	214 €
Séjours en hospitalisation complète pour prise en charge de la Covid-19	247 000	9 330 €	730 €	8 303 €	298 €
Maternité (avec ou sans pathologies)	1 256 000	7 240 €	1 120 €	3 078 €	3 046 €
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	9 665 000	4 050 €	670 €	2 990 €	386 €
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	1 006 000	1 330 €	703 €	76 €	549 €
Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	38 456 000	370 €	255 €	27 €	93 €

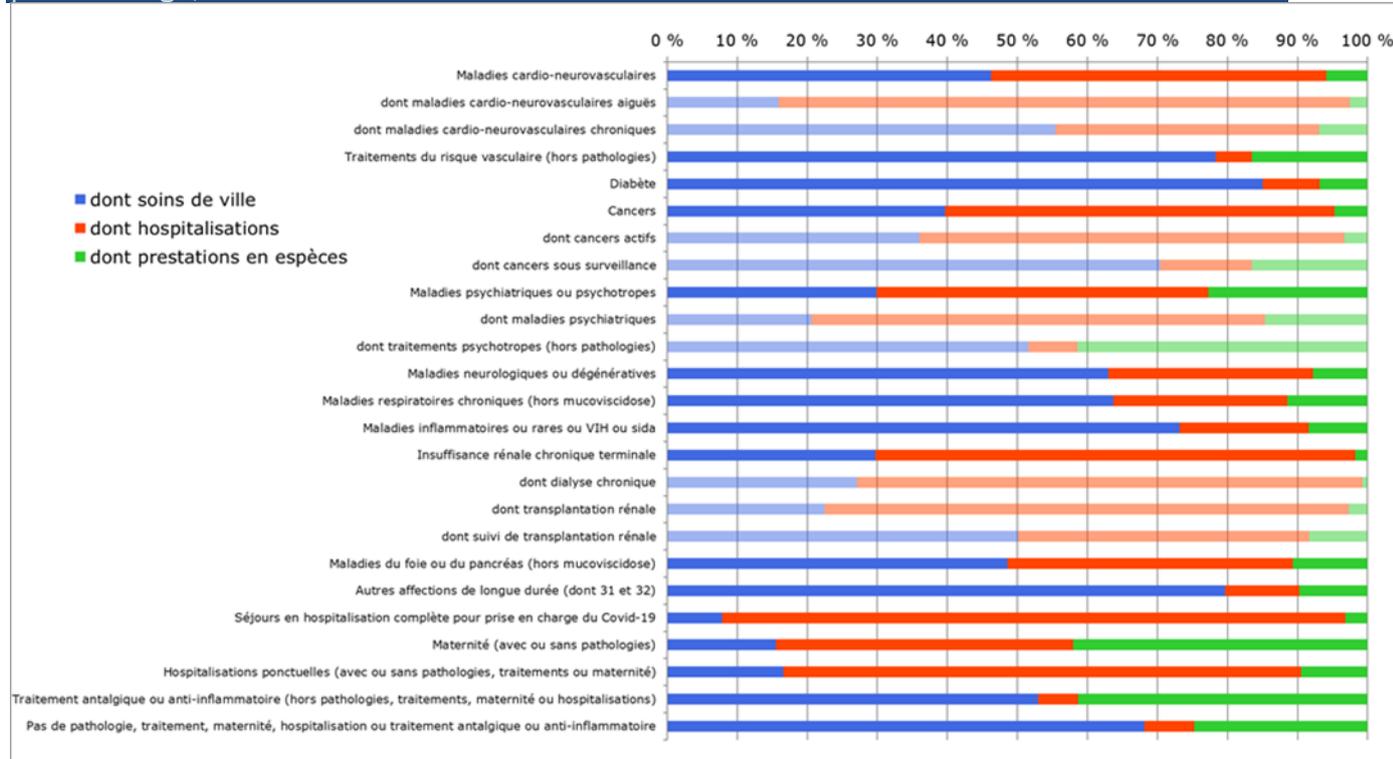
Champ : dépenses remboursées – tous régimes – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juin 2023)

Figure 4 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2021 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins



(a) Hors pathologies
 (b) Hors mucoviscidose
 (c) Dont 31 et 32
 (d) Avec ou sans pathologies
 (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité
 (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations
 Champ : tous régimes – France entière
 Source : Cnam (cartographie – version de juin 2023)

Figure 5 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, en 2021 (en pourcentage)



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juin 2023)

Encadré 2 : Description synthétique des catégories de pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins de la cartographie des pathologies et des dépenses

Maladies cardio-vasculaires. Ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux (AVC), l'insuffisance cardiaque (IC), l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (Aomi), les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire (EP) et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phase aiguë et chronique (pour une pathologie donnée, seules les personnes n'ayant pas eu d'épisode aigu dans l'année sont considérées comme en phase chronique).

Traitements du risque vasculaire. Il s'agit de personnes prenant des traitements antihypertenseurs et/ou hypolipémiants (en dehors de celles qui ont certaines maladies cardio-vasculaires, un diabète ou une insuffisance rénale chronique terminale – IRCT).

Diabète (quel que soit son type).

Cancers. Les plus fréquents (cancers du sein, de la prostate, du côlon et du poumon) sont distingués, les autres cancers étant regroupés. On distingue les cancers en phase active de traitement (dits « actifs ») et les cancers en phase de surveillance (dits « sous surveillance »). Pour un cancer donné, une personne ne peut être comptabilisée dans les deux phases la même année.

Maladies psychiatriques. Ce groupe comprend les troubles psychotiques (dont la schizophrénie), les troubles névrotiques et de l'humeur (dont les troubles bipolaires et la dépression), la déficience mentale, les troubles addictifs, les troubles psychiatriques débutant dans l'enfance, et l'ensemble des autres troubles psychiatriques (de la personnalité ou du comportement). Attention : comme mentionné plus haut, le remboursement des traitements nicotiques de substitution est désormais pris en compte pour le repérage des troubles addictifs, avec une condition sur le nombre de remboursements de ces traitements (délivrés au moins trois fois dans l'année), afin de cibler les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. La facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 peut expliquer au moins partiellement une hausse de prévalence des troubles addictifs sur cette période.

Traitements psychotropes. Il s'agit de personnes prenant régulièrement des traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, des neuroleptiques, des anxiolytiques et/ou hypnotiques (mais qui n'ont pas de diagnostic psychiatrique repérable dans le système national des données de santé (SNDS) – via une hospitalisation ou une affection de longue durée (ALD) récente – et qui ne sont donc pas incluses dans la catégorie des maladies psychiatriques).

Maladies neurologiques et dégénératives. Elles comprennent les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques (SEP), la paraplégie ou tétraplégie, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques. Ce groupe comprend notamment, sans toutefois les distinguer, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO). La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe.

Maladies inflammatoires, maladies rares et virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les maladies inflammatoires et les maladies rares comprennent les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin, la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, les autres maladies inflammatoires chroniques, les maladies métaboliques héréditaires et l'amylose, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves. L'infection par le VIH fait l'objet d'un groupe séparé au sein de cette grande catégorie.

Insuffisance rénale chronique terminale (IRCT). Elle comprend la dialyse chronique, la transplantation rénale et le suivi de transplantation rénale.

Maladies du foie ou du pancréas. Ensemble des atteintes du foie et du pancréas, à l'exception de la mucoviscidose et du diabète, qui sont repérés par ailleurs.

Autres affections de longue durée (ALD) (regroupées). Personnes avec une ALD autre que celles relatives aux pathologies mentionnées ci-dessus.

Maternité. Femmes de 15 à 49 ans, prises en charge pour le risque maternité à partir du 1er jour du 6e mois de grossesse jusqu'au 12e jour après l'accouchement.

Séjours hospitaliers ponctuels (pour des motifs qui ne correspondent pas aux 56 groupes de pathologies repérées). Ils peuvent découler de causes infectieuses (pneumonie par exemple), traumatiques, chirurgicales programmées (prothèse de hanche) ou non (appendicectomie), exploratoires (coloscopie), ou des symptômes ou pathologies mal définis.

Séjours hospitaliers pour Covid-19. Personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète au cours de l'année, dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ou de soins de suite et de réadaptation (SSR). Les analyses des dépenses spécifiquement affectées à la prise en charge du Covid-19 concernent ces personnes. Il est à noter que ces dépenses spécifiques ne reflètent pas l'ensemble des ressources mobilisées pour faire face à la crise sanitaire et ses conséquences. Au sein de cette population, nous avons également identifié les personnes avec une prise en charge en soins critiques (réanimation, soins intensifs ou soins continus) au cours d'un séjour, sans possibilité d'étudier les dépenses spécifiquement affectées à ce groupe. Les critères de repérage de ces personnes ont été définis en conformité avec les consignes de codage et les travaux publiés par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (Atih).

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes. Personnes ayant eu au moins six délivrances dans l'année. Ces traitements peuvent être indiqués pour des pathologies rhumatologiques chroniques (lombalgie, arthrose, etc.), mais aussi pour toute pathologie chronique douloureuse. Cependant, seules les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus sont considérées dans ce groupe.

Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire. Personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc a priori n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...).

Les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne :

<https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

III.1.2 Une augmentation importante des effectifs en 2021

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins entre 2015 (64,4 millions) et 2021 (68,7 millions) a augmenté de 4,3 millions de personnes en six ans, soit + 1,08 % par an en moyenne sur la période. Toutefois, les évolutions annuelles diffèrent fortement sur la période. Jusqu'en 2019, l'évolution des

effectifs était relativement constante (+ 0,78 % en 2016, + 0,31 % en 2017, + 0,61 % en 2018, + 0,76 % en 2019), pour se stabiliser en 2020 légèrement au-dessus du niveau de 2019 (+ 0,15 %, avoisinant ainsi 66,1 millions).

En 2021, les effectifs de patients pris en charge par l'Assurance Maladie ont augmenté fortement, avec 2,6 millions de personnes supplémentaires. Une faible part de cette augmentation est liée à l'évolution tendancielle de la population de la cartographie (+ 380 000 personnes) et à un rattrapage de la croissance plus lente de l'effectif de la population en 2020 (+ 160 000) qui avait diminué en raison de l'épidémie de Covid-19. L'augmentation de cet effectif en 2021 est essentiellement due à des personnes dont la consommation de soins n'est liée qu'à la pandémie de Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations), qui représentent au moins 1,6 million de personnes. Il s'agit majoritairement de personnes qui ont consommé des soins en 2020, mais qui n'auraient pas consommé en 2021 s'il n'y avait pas eu la pandémie. Cette population à la consommation de soins uniquement liée à la pandémie de Covid-19, dont 98,1 % se retrouvent dans la catégorie des « non repérés par les algorithmes », est bien plus jeune que l'ensemble de la population du champ de la cartographie (33 ans en moyenne contre 42 ans) et est davantage représentée par des hommes (71 % contre 51 %). La dépense totale de ces 1,6 million de personnes est de 113 millions d'euros, soit 70 euros par individu.

III.1.3 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?

Quelle est l'évolution de la dépense totale sur l'ensemble de la période ? Quelles sont les dynamiques médicales et économiques derrière ces évolutions ? Des ruptures de tendance en cours de période sont-elles observables, en particulier depuis 2020, la première année de la pandémie ? Celle-ci s'est-elle répercutée sur le nombre de patients pris en charge pour les autres pathologies ou sur les dépenses annuelles moyennes mobilisées pour chaque personne ? La cartographie permet une étude de l'évolution de ces indicateurs sur une période dont la durée augmente chaque année, la présente version portant sur la période 2015-2021. Cette profondeur historique permet d'analyser les évolutions en distinguant les tendances générales à moyen terme des évolutions annuelles de court terme. Une telle distinction est particulièrement pertinente pour analyser les évolutions depuis 2020, étant donné le contexte de la pandémie de Covid-19 et ses conséquences sur le système de soins. Le précédent rapport avait contribué à montrer l'effet important de la crise sanitaire sur la consommation et le recours aux soins moindres, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. En 2021, les conséquences de cette baisse du recours sur le repérage de certains épisodes de soins, traitements chroniques ou pathologies et sur les dépenses de soins associées peuvent être explorées. L'interprétation des évolutions d'effectifs et de dépenses doit tenir compte de plusieurs mécanismes :

- des modifications de la prise en charge ou de l'organisation des soins et des évolutions de tarifs entraînant des évolutions des dépenses individuelles moyennes par patient ;
- l'allongement de l'espérance de vie avant 2020, qui a pour conséquences la croissance du nombre d'assurés et un vieillissement de la population française, qui s'accompagnent d'une augmentation de la prévalence des pathologies chroniques du sujet âgé et de la polyopathie ;
- des conséquences de la crise sanitaire sur la consommation, le recours aux soins et la santé de la population française.

III.1.3.1 Une augmentation de la dépense totale en six ans de 34,6 milliards d'euros dont plus de la moitié (18,2 milliards d'euros) entre 2020 et 2021

Depuis 2015, la dépense totale de la consommation de soins remboursés pour l'ensemble des régimes a augmenté de 34,6 milliards d'euros (soit + 22,9 % en six ans, + 3,5 % par an en moyenne). L'analyse des évolutions annuelles montre toutefois des disparités importantes selon les années. Ainsi, la croissance de la dépense totale a nettement ralenti avec la survenue de la pandémie en 2020 (+ 0,7 % en 2020, alors qu'elle était supérieure à 2,0 % entre 2015 et 2019), puis s'est fortement amplifiée en 2021 (+ 10,9 %).

Entre 2020 et 2021, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 10,5 milliards d'euros (+ 14,9 %), celles liées à l'hospitalisation de 8,3 milliards d'euros (+ 11,7 %) et les prestations en espèces (indemnités journalières maladie et AT/MP (accident du travail/maladie professionnelle) remboursées, indemnités journalières maternité et autres prestations remboursées et prestations d'invalidité remboursées) ont baissé de 0,6 milliard d'euros (- 2,5 %). La dépense totale (soins de ville + dépenses d'hospitalisation + indemnités journalières et invalidité) augmente ainsi de 18,2 milliards d'euros en 2021 dont 7,15 milliards d'euros sont directement attribuables à la prise en charge du Covid-19 (6,3 milliards d'euros en soins de ville – tests PCR, tests antigéniques, vaccinations en ville hors centre de vaccination – et 0,85 milliard d'euros d'indemnités journalières).

Le poste « biologie remboursée » augmente de 1,5 milliard d'euros en 2021 (+ 31,8 %), dont + 3,3 milliards liés au Covid-19 (+ 14,1 %) et - 1,8 milliard d'euros liés aux autres soins de biologie.

Pour le poste « médicaments remboursés », la dépense augmente de 3,4 milliards d'euros dont 2,1 milliards pour le Covid-19 (comprenant également les tests antigéniques réalisés en pharmacie) et 1,3 milliard pour les

consommations en dehors du Covid-19 (Figure 9). Les dépenses liées aux indemnités journalières maladie et AT/MP ont baissé de 5,1 % en 2021 malgré 847 millions d'euros liés aux indemnités journalières Covid-19 (indemnités dérogatoires et autres indemnités liées au Covid-19).

Les prises en charge des coûts en soins de ville et en prestations liés au Covid-19 ont donc eu des répercussions sur le montant de la dépense totale remboursée.

Tableau 1 : Montant total des dépenses remboursées, par poste, entre 2015 et 2021 (en millions d'euros)

	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
Biologie remboursée	6 201	4 704	3 104	3 019	3 047	3 006	2 937
Médicaments remboursés	27 790	24 348	23 604	23 279	23 123	22 758	22 548
Total soins de ville remboursés	81 507	70 930	70 252	68 817	67 429	65 534	63 702
Total hospitalisations (tous secteurs) remboursées	79 167	70 870	73 575	71 947	70 712	69 310	67 863
Total prestations en espèces remboursées	24 545	25 181	21 987	21 233	20 562	19 799	19 092
Total des dépenses remboursées	185 219	166 981	165 813	161 998	158 703	154 643	150 657

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 9 : Taux de croissance annuels des dépenses totales remboursées, par poste de dépenses, entre 2015 et 2021



Champ : tous régimes - France entière

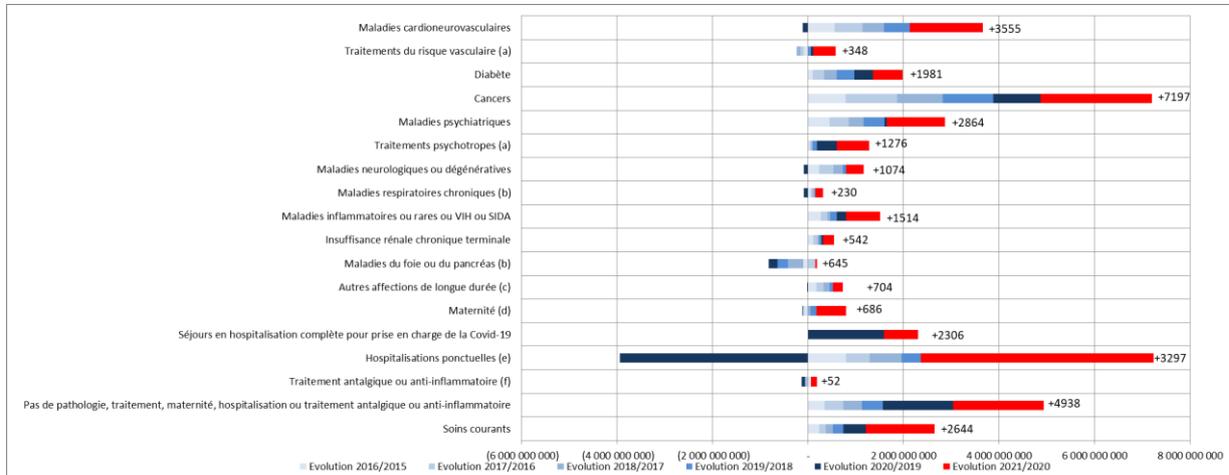
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

En raison des évolutions constatées sur les postes de dépenses et du mode de calcul des dépenses par pathologie de l'outil cartographie, les évolutions de celles-ci doivent être interprétées avec prudence. En effet, la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies de la cartographie n'inclut pas de manière exhaustive les spécificités liées à la pandémie de Covid. Les coûts supplémentaires imputables à la pandémie accroissent ainsi de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle peut varier légèrement en fonction des pathologies. Il est en effet probable que les recours aux tests d'autodiagnostic et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients.

Pour la majeure partie des pathologies, les dépenses augmentent chaque année sur l'ensemble de la période. L'augmentation la plus importante entre 2015 et 2021 est observée sur la prise en charge des cancers (+ 7,2 milliards d'euros). Ensuite se retrouve celle des patients sans pathologie repérée par la cartographie (+ 4,9 milliards d'euros). Les dépenses liées à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires et des maladies psychiatriques ont également augmenté, à des niveaux toutefois moindres (respectivement + 3,5 milliards d'euros et + 2,9 milliards d'euros). Quant aux hospitalisations ponctuelles, elles ont augmenté de

3,3 milliards d'euros avec des amplitudes importantes depuis la survenue de la pandémie. C'est aussi le cas pour la plupart des pathologies, dont les évolutions détaillées sont présentées dans les parties suivantes.

Figure 10 :
Évolution des dépenses remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, entre 2015 et 2021 (en millions d'euros)

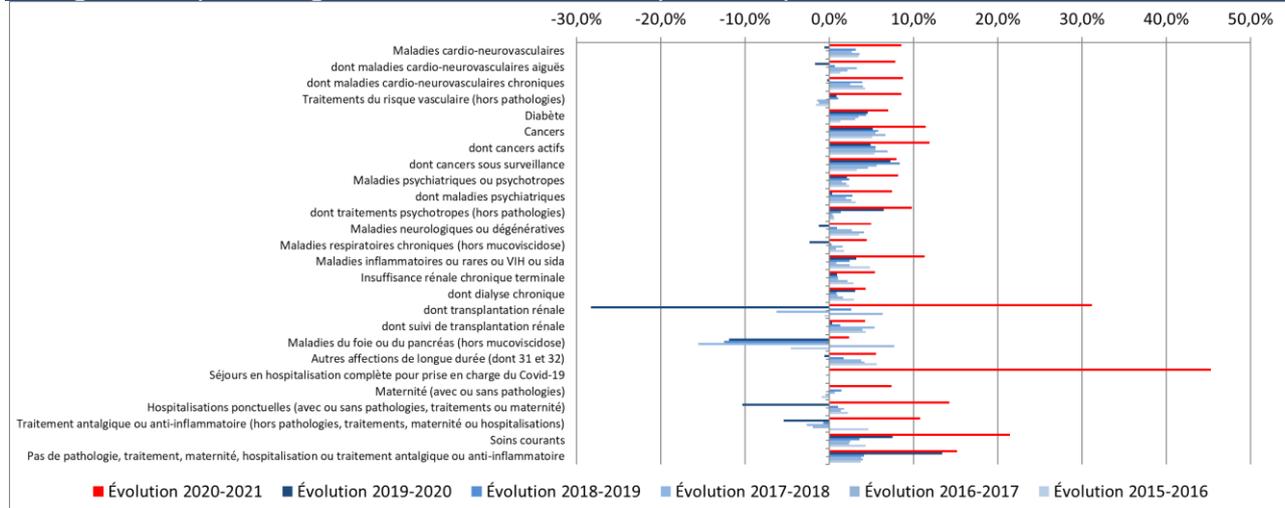


(a) Hors pathologies – (b) Hors mucoviscidose – (c) Dont 31 et 32 – (d) Avec ou sans pathologies – (e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité – (f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 11 : Taux de croissance annuels des dépenses totales remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, entre 2015 et 2021



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 13 : Taux de croissance annuels des effectifs pris en charge pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, entre 2015 et 2021

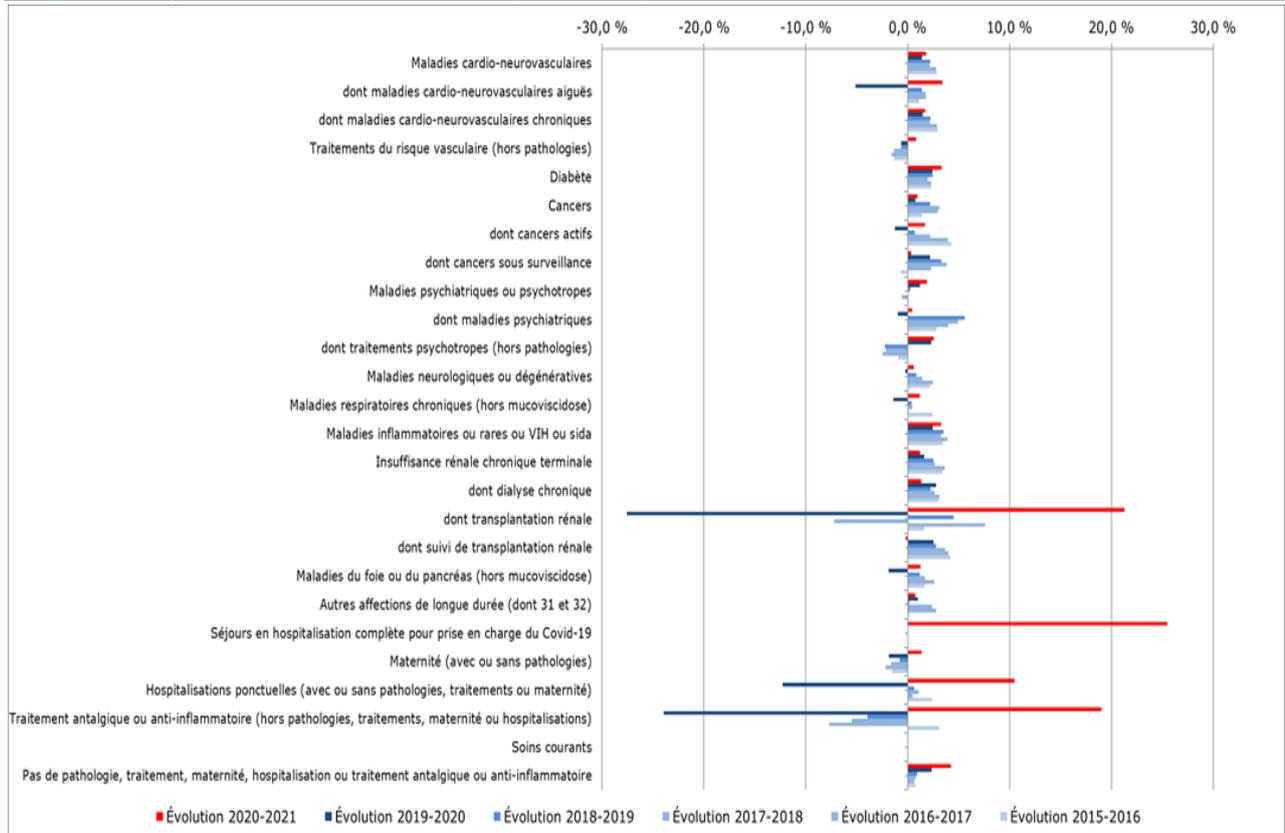


Figure 14 : Taux de croissance annuels de la dépense individuelle moyenne remboursée pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, entre 2015 et 2021

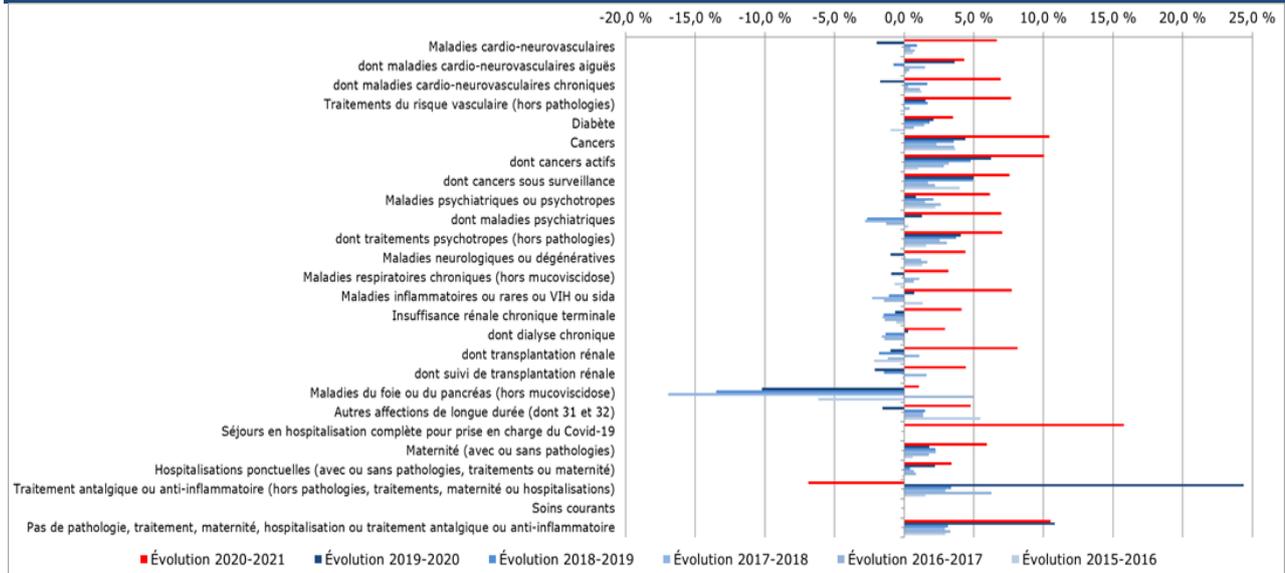
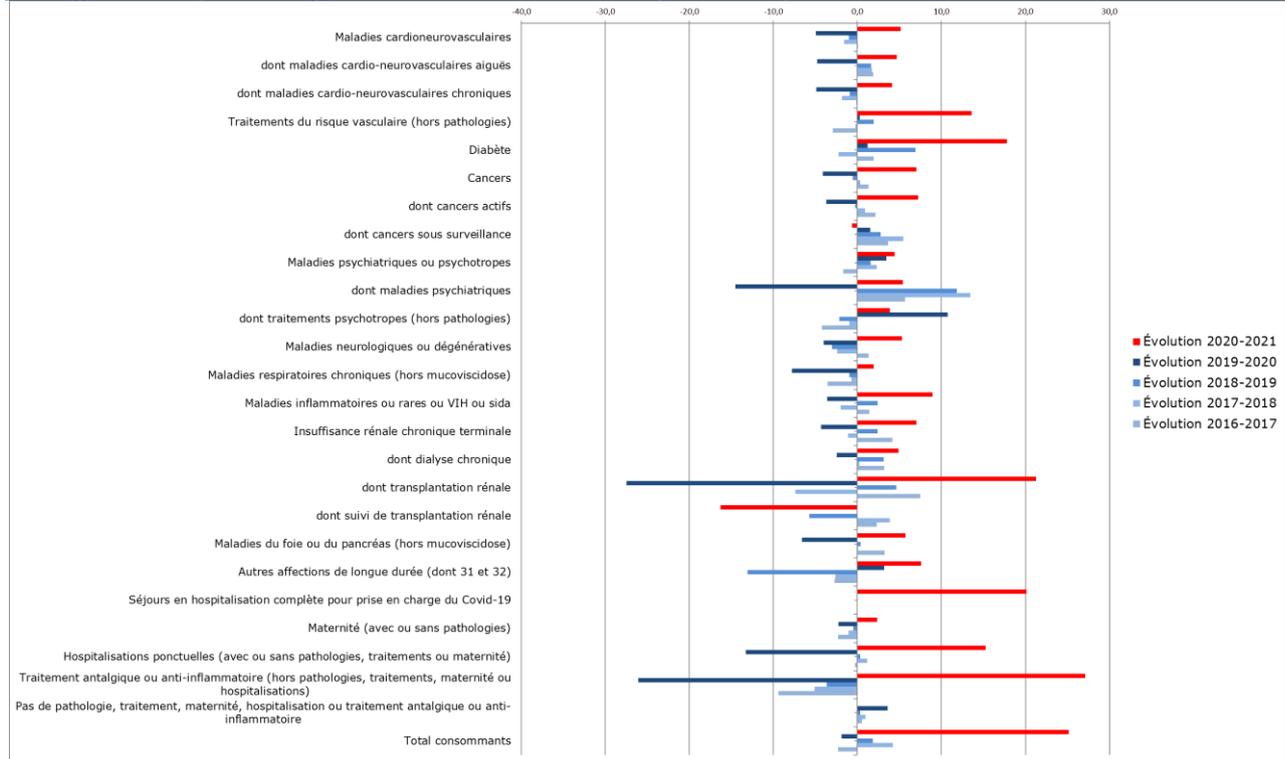


Figure 15 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, entre 2016 et 2021



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

III.1.3.2 Des dynamiques contrastées selon les pathologies qui reflètent les effets de la crise sanitaire intervenue en 2020 puis en 2021

Séjours en hospitalisation complète pour la prise en charge du Covid-19 : une augmentation parmi les plus importantes des effectifs et de la dépense

L'évolution entre 2020 et 2021 des effectifs (+ 25,5 %) et des dépenses (+ 45,3 %) des séjours en hospitalisation complète pour Covid-19 figure parmi les plus importantes, relativement aux autres pathologies. Bien que la pandémie ait débuté en 2020, les effectifs et les dépenses ont ainsi été plus importants lors de la seconde année de la pandémie, probablement en raison de l'arrivée de la pandémie en cours d'année 2020 et de sa circonscription à certaines zones géographiques lors de la première vague. La dépense individuelle moyenne a également augmenté (+ 15,8 %) entre 2020 et 2021. La prise en charge du Covid-19 en court séjour a évolué au cours du temps et des vagues épidémiques (évolution en termes de taux d'hospitalisation, de durée, de passage en soins critiques, mais également en termes de patientèle avec une évolution de l'âge des patients selon les variants, le calendrier vaccinal...), le poids économique des hospitalisations pour prise en charge du Covid-19 a, par conséquent, également évolué. Entre 2020 et 2021, cette augmentation du poids économique des séjours (effet volume + effet structure après neutralisation de l'évolution tarifaire) est de l'ordre de + 35,9 % dans le secteur ex-DG (dotation globale) et de + 41,9 % dans le secteur ex-OQN (objectif quantifié national) (source Atih). En outre, le tarif de ces séjours a augmenté en 2021.

Des mouvements d'ampleur en 2021 sur les effectifs de patients pris en charge pour une hospitalisation ponctuelle, recevant un traitement antalgique ou anti-inflammatoire chronique ou ayant eu une transplantation rénale, qui ne permettent pour autant pas de rattraper les niveaux d'avant-pandémie

En 2020, les effets de la crise sanitaire étaient particulièrement visibles sur le recours aux hospitalisations ponctuelles et aux traitements antalgiques ou anti-inflammatoires chroniques, avec une baisse marquée de leurs effectifs (- 12,3 % pour les premiers et - 24 % pour les seconds). À l'inverse, l'augmentation en 2021 de ces effectifs atteint des niveaux tout aussi importants, avec des hausses de respectivement + 10,5 % et + 19 %. Le constat est identique pour les transplantations rénales qui avaient chuté de 27,6 % en 2020 puis augmenté de 21,3 % en 2021. Pour autant, fin 2021, sur ces pathologies, les niveaux atteints en termes d'effectifs de patients restent inférieurs à leur niveau d'avant-pandémie (voir également, à ce sujet, la partie 4.2.5 « En 2022, et pour la première fois depuis 2020, l'activité chirurgicale dépasse le niveau d'activité 2019, même si elle reste en deçà de l'activité attendue sur une base tendancielle »).

En cohérence avec l'augmentation des effectifs, les dépenses associées à ces catégories ont fortement augmenté en 2021 avec + 14,3 % de dépenses totales pour les hospitalisations ponctuelles, + 10,8 % pour les traitements par antalgiques et anti-inflammatoires et + 31,2 % pour les transplantés rénaux, ce qui est bien plus que les augmentations annuelles observées avant la pandémie. La dépense individuelle moyenne augmente aussi plus fortement que les années précédentes : + 3,4 % pour les hospitalisations ponctuelles et + 8,2 % pour les transplantés rénaux, mise à part pour les traitements antalgiques et anti-inflammatoires dont la dépense individuelle moyenne diminue (- 6,9 %).

Moins de cancers incidents et de transplantations rénales en 2020, moins de patients sous surveillance pour ces mêmes pathologies l'année suivante

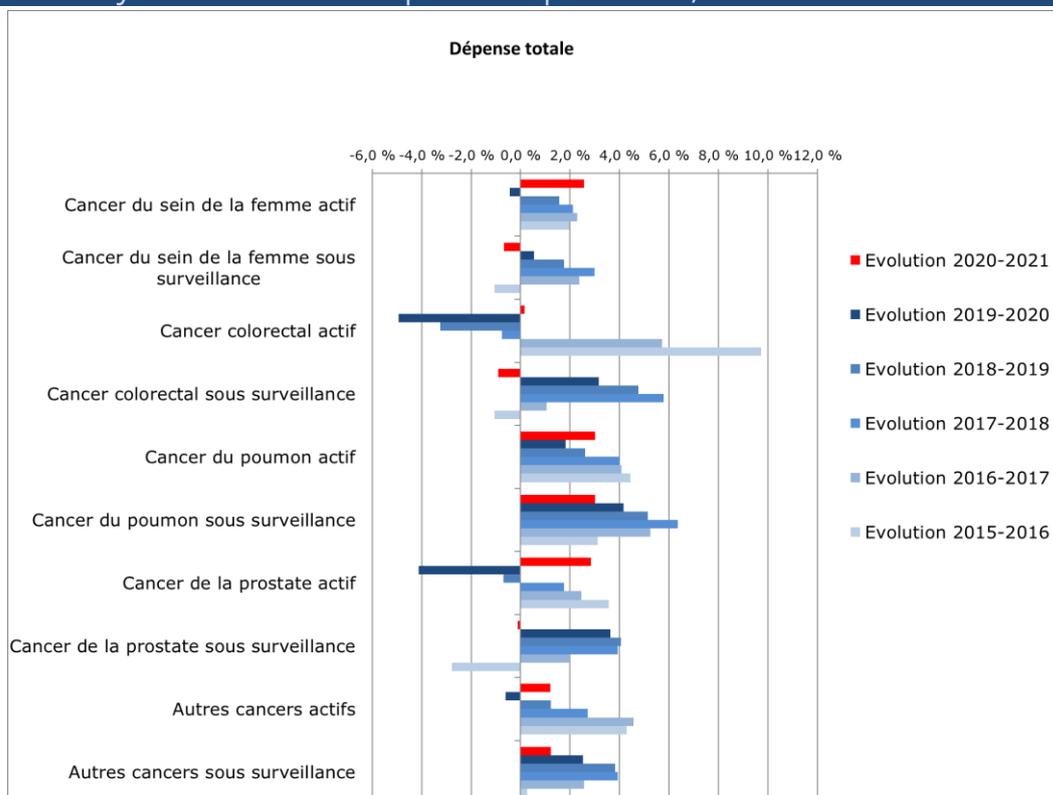
L'une des observations sur l'année 2020 avait été la baisse du nombre de cas incidents de certaines pathologies telles que les cancers, les transplantations rénales ou encore les maladies cardiovasculaires aiguës. Cet effet est logiquement suivi, l'année suivante, par la baisse des effectifs de patients surveillés pour ces mêmes pathologies.

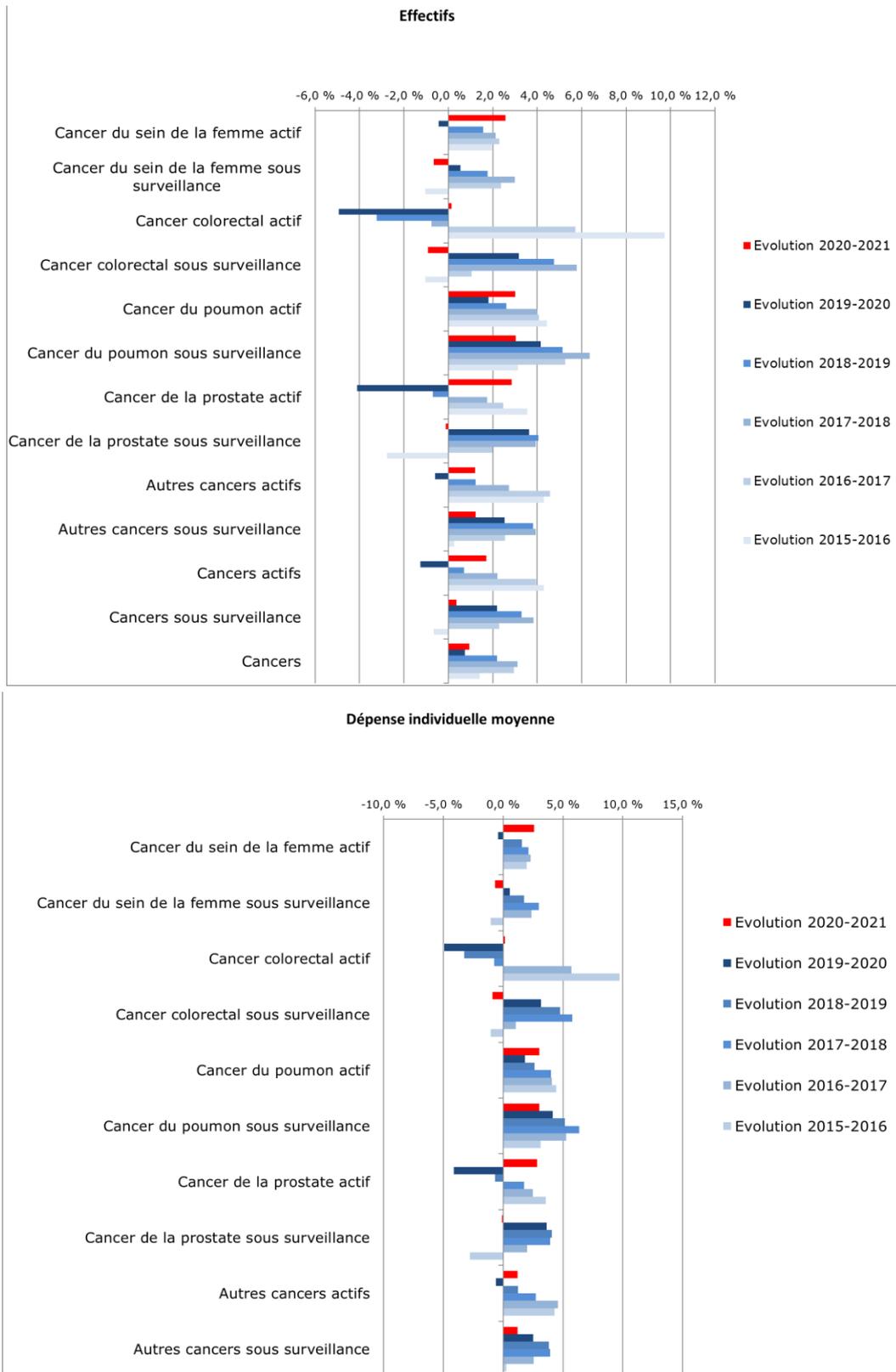
De la même manière, à la suite de la baisse importante du nombre total de cancers actifs constatée en 2020, on observe en 2021 une croissance plus faible que les années précédentes (+ 1,7 %) des effectifs de cancers sous surveillance.

Les dépenses remboursées au titre du cancer continuent de croître en 2021

Entre 2020 et 2021, la dépense totale pour les cancers actifs a augmenté de l'ordre de 11,9 % et celle des cancers sous surveillance a augmenté de 7,9 %, alors même que les effectifs ont stagné. C'est en effet la dépense individuelle moyenne affectée aux cancers qui a augmenté, de 10 % pour les cancers actifs (contre une augmentation maximale avant pandémie de moins de 5 % par an), atteignant 13 406 euros par patient. La dépense individuelle moyenne liée aux cancers sous surveillance a augmenté de 7,6 % en 2021, atteignant également le niveau le plus important sur les sept années étudiées (2015-2021) (1 213 euros par patient), mais cette croissance était déjà engagée avant la pandémie.

Figure 16 : Taux de croissance annuels des effectifs, de la dépense totale et de la dépense individuelle moyenne remboursées pour chaque cancer, entre 2015 et 2021





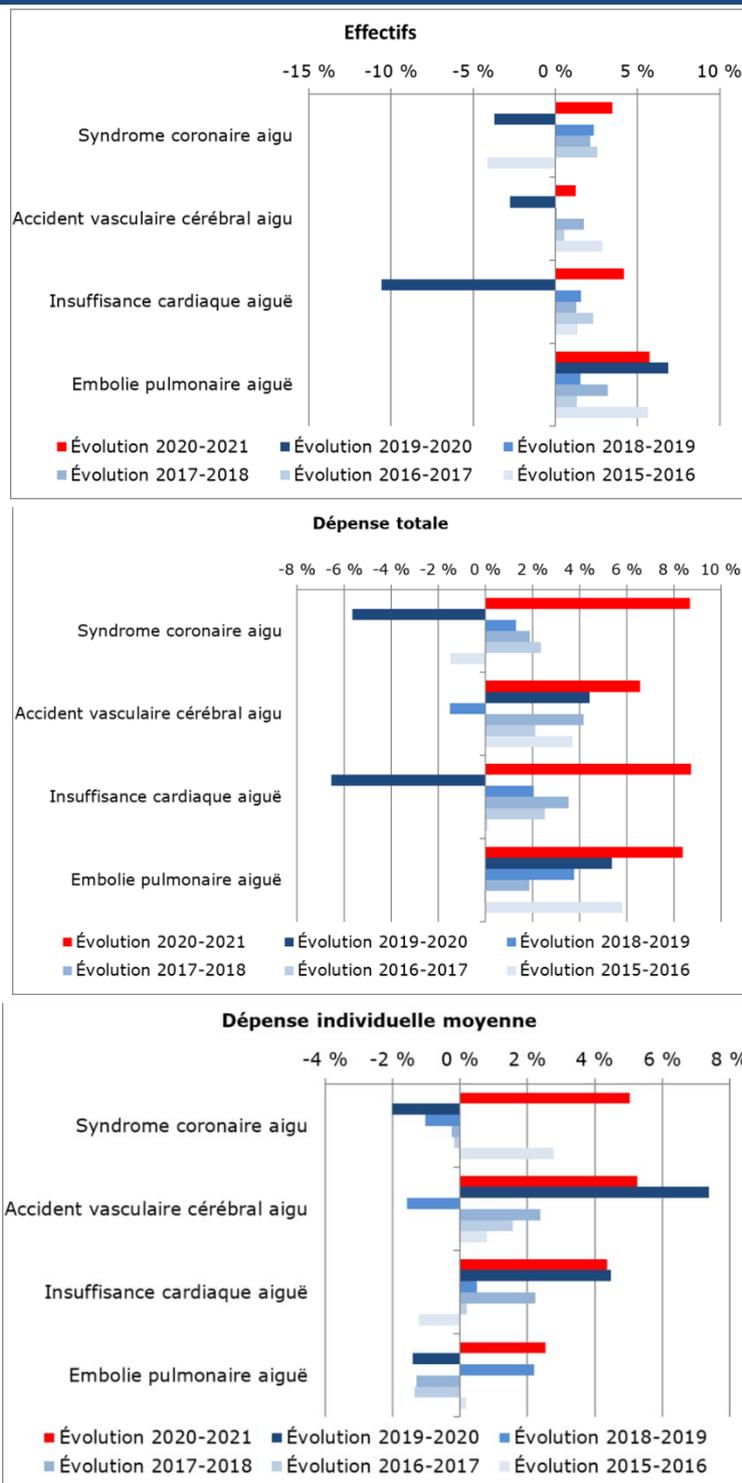
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Les maladies cardio-vasculaires aiguës : une baisse des effectifs en 2020 suivie d’une augmentation en 2021, et des dépenses plus fortes en 2021 que les années précédentes

En 2020, le nombre de patients ayant une maladie cardio-vasculaire aiguë a baissé (- 5,1 %), puis a augmenté en 2021 (+ 7,9 %) à un rythme plus soutenu que celui observé avant la pandémie (moins de + 3 %). Cette augmentation se répercute sur les montants totaux remboursés au titre de ces maladies avec des niveaux parmi les plus élevés. La dépense individuelle moyenne, quant à elle, augmente plus fortement en 2020 (+ 3,6 %) et 2021 (+ 4,3 %) que lors des années précédant la pandémie.

En 2020, les effectifs de la plupart des maladies cardio-vasculaires aiguës (syndrome coronaire aigu, accident vasculaire cérébral aigu et insuffisance cardiaque aiguë) ont chuté (Figure 17). L'hypothèse que la mortalité, que ce soit par Covid-19 ou par une autre cause, ait été plus importante en 2020 parmi les personnes atteintes de pathologies cardio-vasculaires encore non repérées ne peut être exclue. À l'inverse, l'effectif de personnes prises en charge pour une embolie pulmonaire a augmenté. Cette hausse peut s'expliquer par plusieurs facteurs, notamment par le lien entre l'embolie pulmonaire et le Covid-19, et la sédentarité accrue pendant la pandémie du fait des confinements successifs. En 2021, les effectifs ont augmenté pour toutes les maladies cardio-vasculaires aiguës.

Figure 17 : Taux de croissance annuels des effectifs, de la dépense totale et de la dépense individuelle moyenne remboursées pour chaque maladie cardio-vasculaire aiguë, entre 2015 et 2021



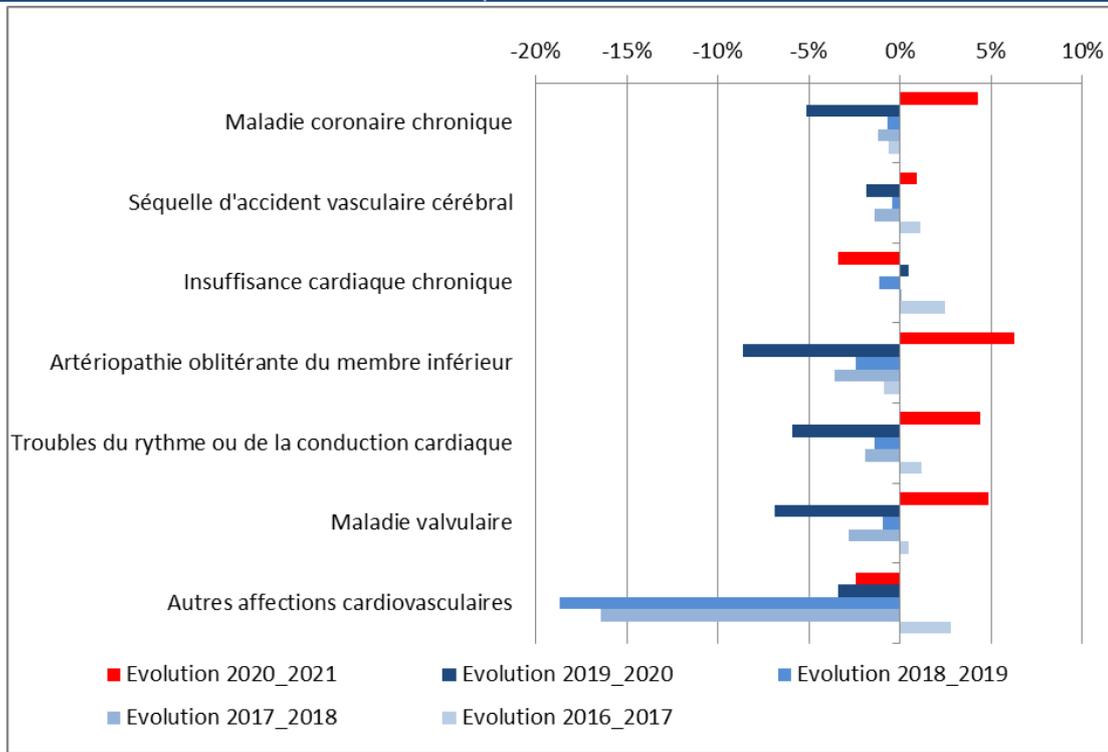
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Les maladies cardio-neurovasculaires chroniques : une augmentation du nombre de nouveaux patients et de la dépense individuelle moyenne en 2021

Les effectifs associés aux maladies cardio-neurovasculaires chroniques n’ont pas baissé de manière marquée en 2020, leur évolution ayant seulement ralenti. En 2021, ils augmentent de manière similaire à 2020 (+ 1,7 % contre + 1,5 %), alors que l’augmentation observée les années précédentes était supérieure à 2,2 %. Cependant, les montants remboursés totaux et individuels moyens qui y sont associés ont augmenté (respectivement + 8,8 % et + 6,9 % alors que leur évolution annuelle avant la pandémie ne dépassait pas respectivement + 4 % et + 2 %). De plus, le nombre de nouveaux patients suivis pour ces pathologies a augmenté de 4,1 % en 2021, alors qu’il diminuait les années précédentes. Ces résultats pourraient être expliqués par la reprise des examens diagnostiques (tests d’effort notamment) permettant de détecter les pathologies cardiovasculaires en l’absence d’épisode aigu. Sous cette hypothèse, l’augmentation de la dépense individuelle moyenne pourrait s’expliquer par des besoins plus coûteux au début de la prise en charge. En outre, l’augmentation de la dépense moyenne individuelle affectée à l’insuffisance cardiaque chronique peut potentiellement s’expliquer par la recommandation récente (2021) d’une quadrithérapie par la European Society of Cardiology , et par deux élargissements d’indication également en 2021 : l’Entresto® (indication élargie aux insuffisances cardiaques moins graves) et la dapagliflozine (initialement indiquée dans le diabète).

Ces évolutions concernent toutes les maladies cardio-neurovasculaires chroniques sauf l’insuffisance cardiaque chronique et les « Autres affections cardiovasculaires » définies uniquement sur la présence d’une ALD (Figure 18).

Figure 18 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients pour chaque maladie cardio-neurovasculaire chronique, entre 2016 et 2021



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Des dépenses plus importantes pour les maladies respiratoires chroniques

En 2021, les effectifs, la dépense totale et la dépense individuelle moyenne associés aux maladies respiratoires chroniques ont augmenté (respectivement + 1,2 %, + 4,4 % et + 3,2 %) de manière plus importante que les années précédentes. Les évolutions annuelles des années précédentes étaient en effet plus faibles avec une nette chute en 2020, en raison des mesures déployées pour la pandémie qui avaient fait baisser les effectifs de patients pris en charge. Le nombre de nouveaux cas de patients pris en charge pour cette pathologie augmente de 2 % en 2021, alors qu’il avait tendance à diminuer entre 2015 et 2020. Pour autant, il reste inférieur à ce qu’il était avant la pandémie.

Santé mentale : un retour des prises en charge des troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance et une consommation de psychotropes qui continue de croître

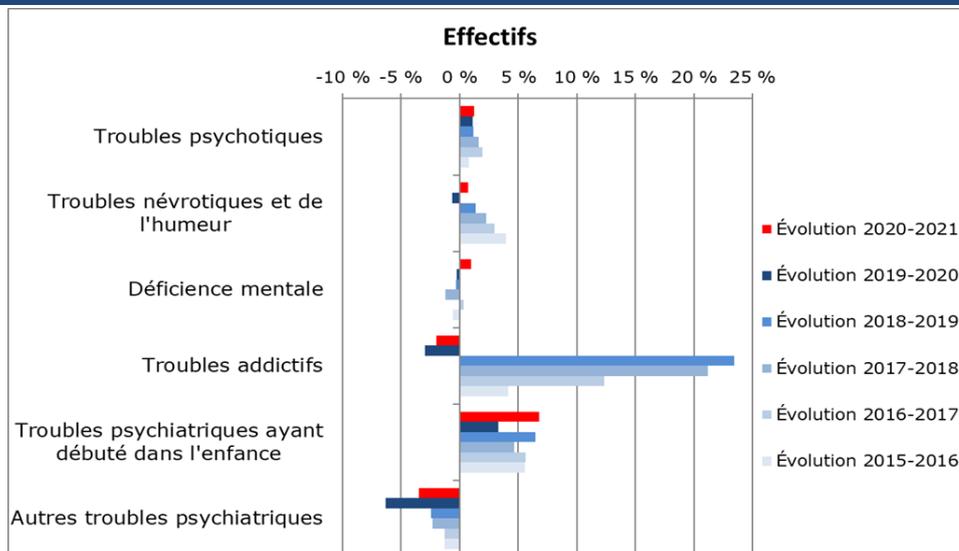
Dans l'ensemble, l'effectif de patients pris en charge pour des maladies psychiatriques est resté stable en 2020 (- 1 %) et 2021 (+ 0,5 %). Néanmoins, les dépenses liées à la prise en charge des maladies psychiatriques ont augmenté en 2021 (+ 7,5 %), alors qu'elles avaient chuté en 2020 et qu'elles augmentaient au maximum de 3,1 % par an avant la pandémie.

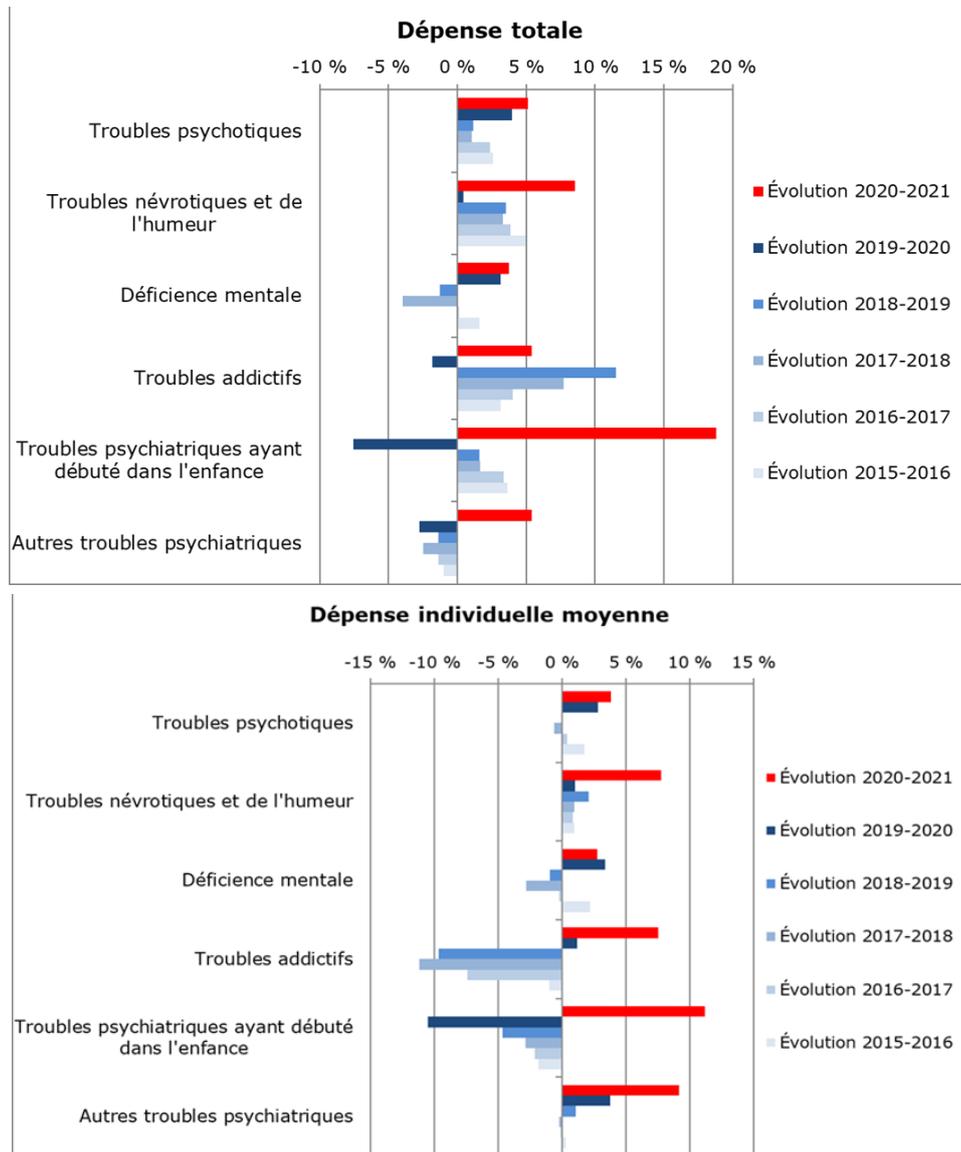
En 2020, la chute constatée provenait de la baisse des dépenses affectées aux troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance (diminution de 100 millions d'euros environ, soit - 7,5 % par rapport à 2019), vraisemblablement en raison de la « fermeture quasi systématique des structures "hors les murs", avec en priorité les activités groupales ([hôpital de jour et centre d'accueil thérapeutique à temps partiel]), dans une moindre mesure les [centres médicopsychologiques] » durant le premier confinement. En 2020, les dépenses baissaient également pour les « autres troubles psychiatriques » et pour les troubles addictifs (- 45 millions d'euros, soit environ - 2,8 %, pour les premiers et - 32 millions d'euros, soit - 1,8 %, pour les seconds) (Figure 19).

En 2021, la hausse des dépenses affectées aux maladies psychiatriques provient également en premier lieu de celles des troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance (+ 234 millions d'euros, soit + 18,8 %). L'augmentation des dépenses affectées aux troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance est liée à la forte augmentation de la dépense individuelle moyenne (+ 11,2 % entre 2020 et 2021, correspondant à environ + 678 euros par personne), traduisant probablement le retour des prises en charge et des suivis après les périodes de confinement. Les effectifs de nouveaux patients pris en charge pour ces troubles ont également augmenté de 22,8 %, bien plus que les années précédentes et que pour les autres pathologies psychiatriques (Figure 20).

En second lieu, la hausse des dépenses affectées aux maladies psychiatriques provient des troubles névrotiques et de l'humeur (+ 526 millions d'euros, soit + 8,5 %) (Figure 19). Bien que l'effectif global évolue très peu, l'analyse par âge montre que le taux d'évolution de l'incidence est élevé chez les 0-14 ans (+ 24,0 %) et les 15-34 ans (+ 14,7 %), malgré un faible nombre de cas. Ces résultats sont cohérents avec ceux portant sur les traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur présentés ci-dessous.

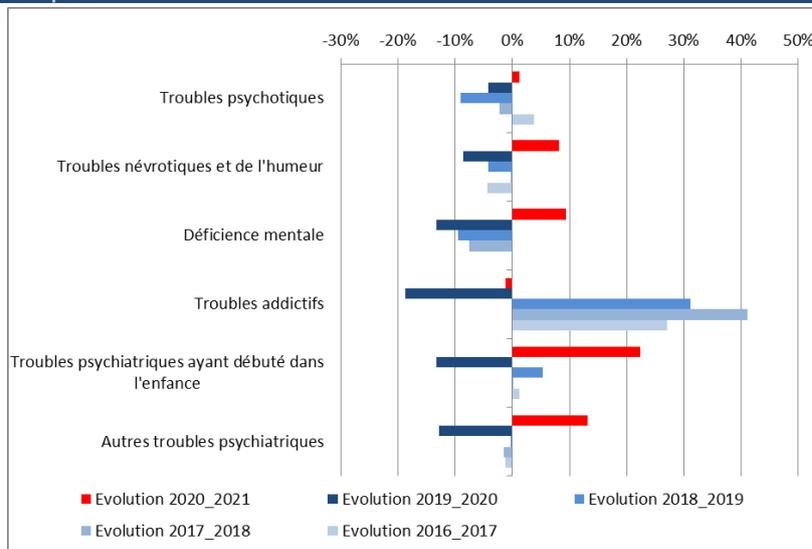
Figure 19 : Taux de croissance annuels des effectifs, de la dépense totale et de la dépense individuelle moyenne remboursées pour chaque maladie psychiatrique, entre 2015 et 2021





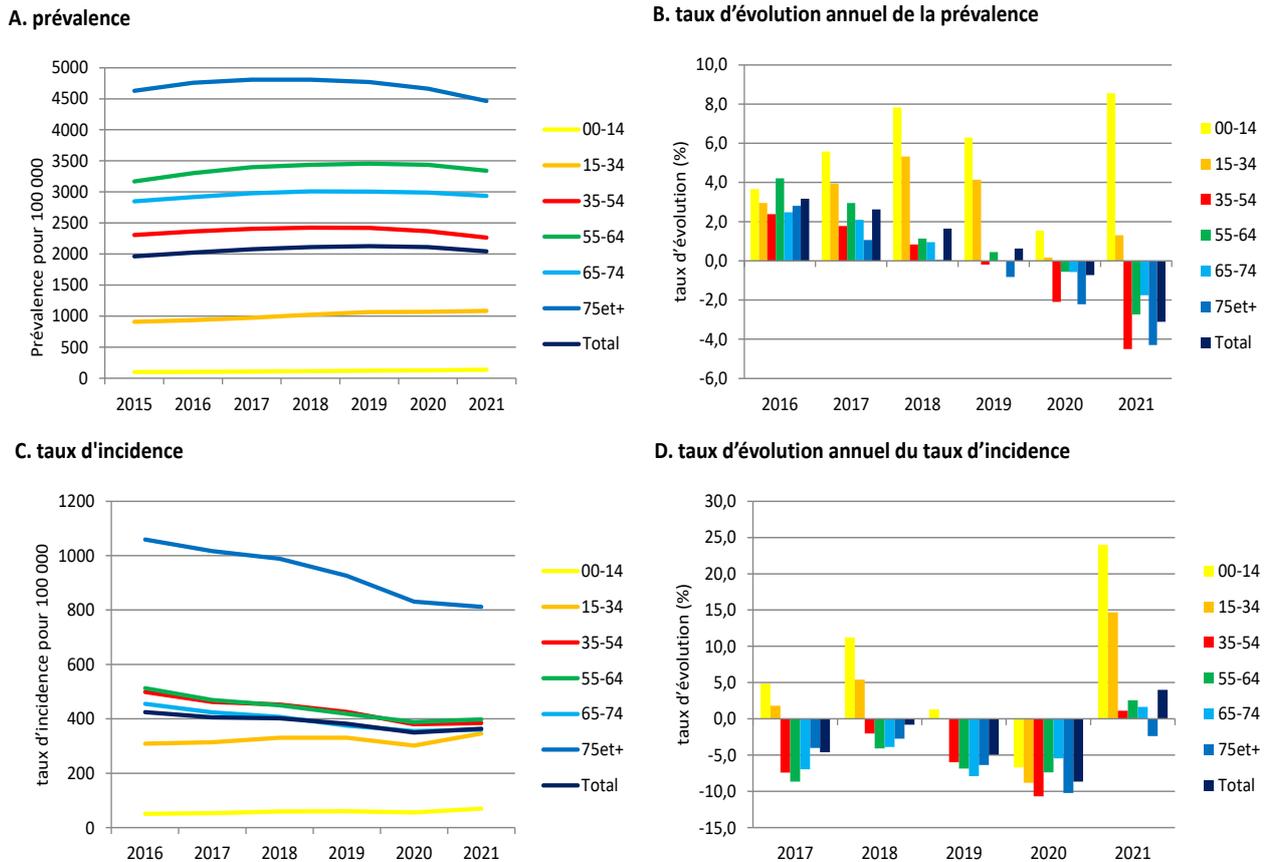
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 20 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients pour chaque maladie psychiatrique, entre 2016 et 2021



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 21 : Évolution de la prévalence et de l'incidence annuelles des troubles névrotiques et de l'humeur par classe d'âge, entre 2015 et 2021



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Enfin, la dépense totale affectée aux traitements psychotropes (sans diagnostic repéré de maladie psychiatrique) a augmenté en 2020 (+ 6,5 % contre moins de 1,4 % les années précédentes). En 2021, elle continue d'augmenter (+ 9,8 %). La dépense individuelle moyenne suit la même trajectoire à partir de 2021 avec une augmentation de 7,1 % contre une augmentation de 4,1 % en 2020 et moins de 3,7 % les années précédentes. De manière sous-jacente, le nombre de patients traités par psychotropes a augmenté dès 2020 avec + 2,3 % en 2020 et + 2,6 % en 2021, alors qu'il baissait les années antérieures à la pandémie. Quant au nombre de nouveaux patients traités par psychotropes, alors qu'il diminuait les années précédant la pandémie, il augmente en 2020 (+ 10,8 %) et dans une moindre mesure en 2021 (+ 3,9 %). Les traitements antidépresseurs ou régulateurs de l'humeur sont ceux dont le nombre total de patients évolue le plus (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**), d e même que le nombre de nouveaux patients traités (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**), comme le montrait déjà un rapport du groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare¹. De nouveau, l'incidence des traitements psychotropes augmente le plus en 2021 pour les plus jeunes, de manière retardée par rapport aux personnes plus âgées pour lesquelles l'incidence a augmenté dès 2020 (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les effectifs sont cependant faibles dans ces classes d'âge (n=356 chez les 0-14 ans en 2021 par exemple), ce qui peut expliquer des fluctuations plus importantes des taux d'évolution. Ces résultats corroborent ceux des enquêtes EpiCov² et CoviPrev³.

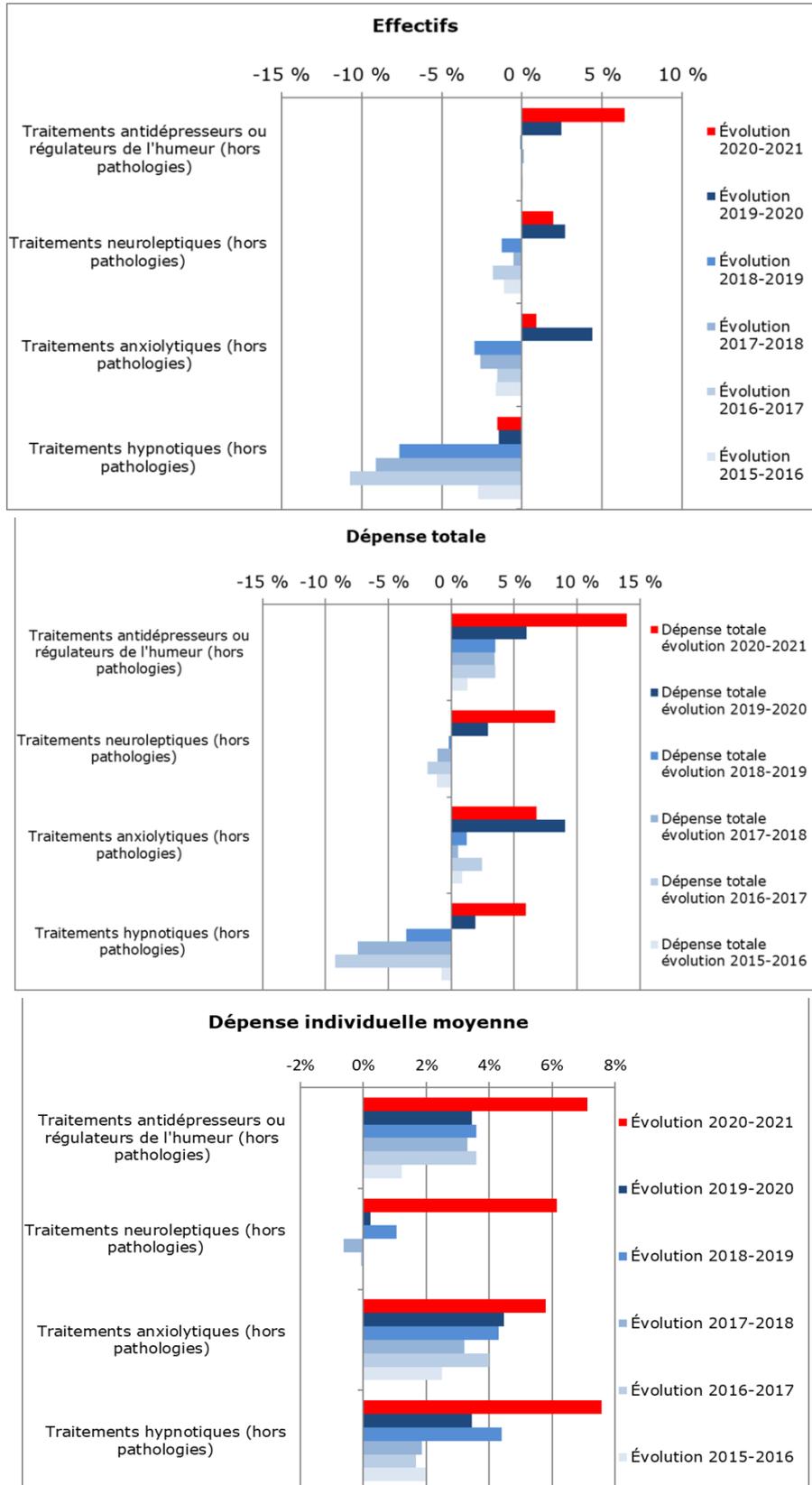
¹ Alain Weill, Jérôme Drouin, David Desplas, François Cuenot, Rosemary Dray-Spira, Mahmoud Zureik. Usage des médicaments de ville en France durant l'épidémie de la Covid-19 – point de situation jusqu'au 25 avril 2021. 27 mai 2021.

² Hazo J.-B., Costemalle V. Confinement du printemps 2020 : une hausse des syndromes dépressifs, surtout chez les 15-24 ans. Résultats issus de la 1re vague de l'enquête EpiCov et comparaison avec les enquêtes de santé européennes (EHIS) de 2014 et 2019, Études et Résultats no 1185, mars 2021.

et, Hazo J.-B., Costemalle V., Rouquette A., Bajos N. Une dégradation de la santé mentale chez les jeunes en 2020. Résultats issus de la 2e vague de l'enquête EpiCov. Études et Résultats no 1210, octobre 2021.

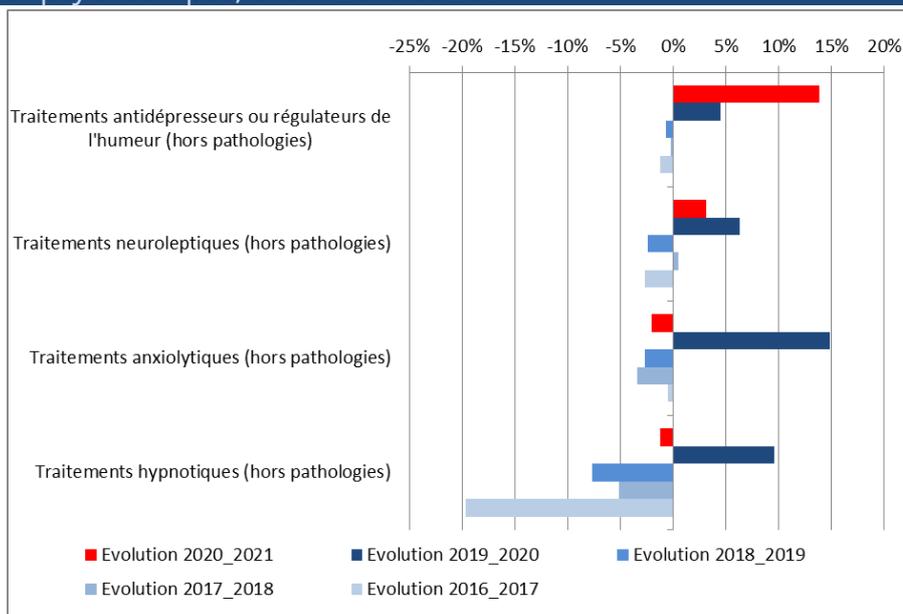
³ <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#block-249162>

Figure 22 : Taux de croissance annuels des effectifs de patients, de la dépense totale et de la dépense individuelle moyenne remboursées, pour chaque traitement par psychotropes, entre 2016 et 2021



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

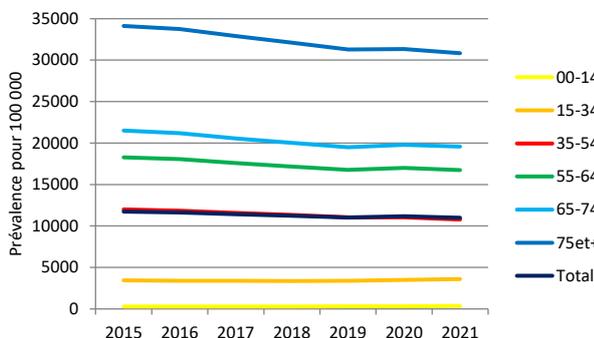
Figure 23 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients pour chaque traitement par psychotropes, entre 2016 et 2021



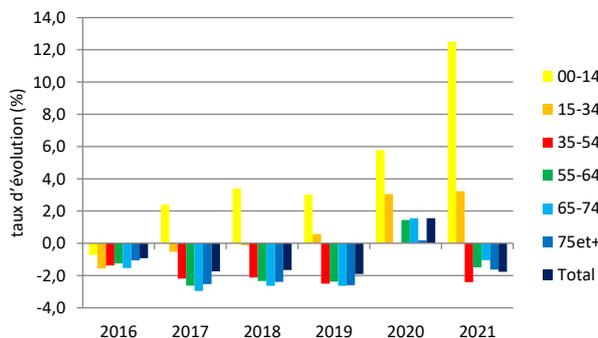
Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 24 : Évolution de la prévalence et de l'incidence annuelles des traitements psychotropes (avec ou sans pathologies), par classe d'âge, entre 2015 et 2021

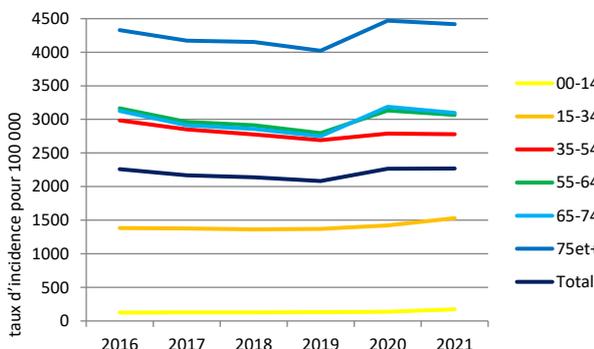
A. prévalence



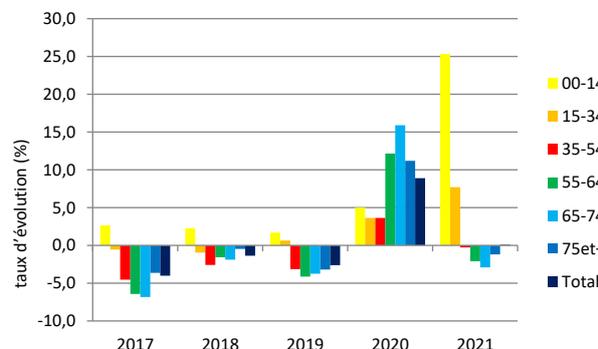
B. taux d'évolution annuel de la prévalence



C. taux d'incidence



D. taux d'évolution annuel du taux d'incidence



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Des dépenses en nette hausse pour les traitements vasculaires et pour la maternité, probablement liée à la prise en charge des soins de ville liés au Covid-19

Les dépenses totales remboursées augmentent à partir de 2021 pour les traitements vasculaires (+ 8,5 % contre au maximum + 1 % les années antérieures) et pour la maternité (+ 7,4 % contre au maximum + 1,4 %). Le constat est identique pour les dépenses individuelles moyennes. Les effectifs évoluent très peu.

Le diabète, les « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida » et les maladies du foie et du pancréas : une évolution constante de la dépense individuelle moyenne au fil des années

En 2021, les dépenses individuelles moyennes affectées au diabète, aux « maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou sida » et aux maladies du foie et du pancréas poursuivent l'évolution observée avant la pandémie : une augmentation progressive ou un ralentissement de la diminution. S'agissant du diabète, les dépenses individuelles moyennes augmentent de plus en plus : + 0,7 % en 2017, + 1,4 % en 2018, + 1,8 % en 2019, + 2,1 % en 2020 et + 3,5 % en 2021.

Les effectifs associés à ces pathologies augmentent un peu plus en 2021 que les années précédentes. Bien que la part des cas incidents dans les cas prévalents soit relativement faible, au moins pour les diabétiques (8 %) et les patients soignés pour maladie inflammatoire (11,9 %), l'augmentation des effectifs est vraisemblablement liée à une augmentation du nombre de cas incidents, nettement plus marquée que les années précédentes (+ 17,8 % contre moins de 6,9 % au maximum par exemple pour les diabétiques). Dans ces conditions, la dépense totale associée à ces pathologies évolue progressivement sur la période, mais avec une accélération en 2021 (+ 7 % contre moins de 4,6 % les années précédentes par exemple pour le diabète).

Augmentation des effectifs et de la dépense liée aux patients sans pathologie : conséquence de la prise en charge du Covid-19 en soins de ville

Logiquement, au vu du remboursement des soins de ville liés au Covid-19, les effectifs de personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins ciblés par les algorithmes de la cartographie augmentent fortement entre 2020 et 2021 : + 1,6 million, pour arriver à un total de 38,4 millions de personnes, soit une augmentation de 4,2 %, alors qu'avant la pandémie l'évolution annuelle n'atteignait pas 1 %. L'évolution de la dépense totale de ces patients augmente de manière cohérente en 2021 de + 1,9 milliard d'euros, soit une augmentation de 15,2 %. Pour les effectifs comme pour la dépense, l'évolution en 2021 prolonge ainsi la tendance amorcée en 2020, l'évolution de la dépense moyenne individuelle restant stable en 2021 (+ 10,5 %) relativement à 2020 (+ 10,8 %).

III.1.3.3 Maladies rares (maladies métaboliques héréditaires ou amylose, mucoviscidose et hémophilie ou troubles de l'hémostase graves)

Dans la cartographie, les maladies rares comprennent les maladies métaboliques héréditaires (MMH) ou l'amylose, la mucoviscidose et l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves. En 2021, les dépenses affectées à ces pathologies s'élèvent à 864,4 millions d'euros pour les MMH ou l'amylose, 529,3 millions d'euros pour la mucoviscidose et 738,7 millions d'euros pour l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves (Tableau 4). Les dépenses sont principalement liées aux médicaments délivrés en ville (58 %, 88 % et 85 %, respectivement), devant les hospitalisations. La dépense moyenne individuelle est la plus élevée pour la mucoviscidose (57 430 €, contre 12 279 € pour l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves et 7 005 € pour les MMH ou l'amylose) (Figure 25).

Entre 2015 et 2021, les dépenses affectées à ces pathologies ont augmenté (Figure 26). Cette évolution s'explique principalement par une augmentation de la dépense moyenne individuelle pour les MMH ou l'amylose (+ 9,5 %) et pour la mucoviscidose (+ 18,6 %). En ce qui concerne l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves, la dépense moyenne individuelle semble avoir peu évolué dans l'ensemble de la période entre 2015 et 2021, mais elle a augmenté de 14,7 % entre 2020 et 2021 (Figure 27). Pour les trois groupes de pathologies, c'est principalement le poste de médicaments délivrés en ville qui explique l'évolution de la dépense moyenne individuelle (Figure 28, Figure 29 et Figure 30).

Des élargissements d'indications et la commercialisation de nouveaux médicaments, concomitants aux évolutions les plus importantes, peuvent expliquer l'augmentation des dépenses de médicaments délivrés en ville. Pour les MMH ou l'amylose, cette dépense a augmenté surtout à partir de 2019 (2 162 € en 2018 et 4 088 € en 2021) (Figure 28). Le tafamidis, initialement indiqué à des fins symptomatiques pour ralentir le déficit neurologique périphérique de l'amylose à transthyrétine, est également indiqué (sous un autre dosage) depuis 2021 dans la cardiopathie amyloïde (recommandation temporaire d'utilisation depuis 2019, puis autorisation de mise sur le marché en 2021). Le patisiran, également indiqué dans l'amylose à transthyrétine avec une polyneuropathie chez les patients capables de marcher, a été commercialisé en décembre 2018. Enfin, l'inotersen, bien que probablement moins prescrit (moins efficace et plus d'effets indésirables), a été commercialisé en février 2019.

Pour la mucoviscidose, la dépense moyenne individuelle liée aux médicaments délivrés en ville a augmenté de manière importante en 2016 (11159 € en 2015 et 20756 € en 2016) et en 2021 (31148 € en 2020 et 50338 € en 2021) (Figure 29). En 2015, l'association lumacaftor/ivacaftor est arrivée sur le marché, et les indications de l'ivacaftor ont été élargies. En 2021, la trithérapie ivacaftor/tezacaftor/élexacaftor et la bithérapie tezacaftor/ivacaftor ont été commercialisées.

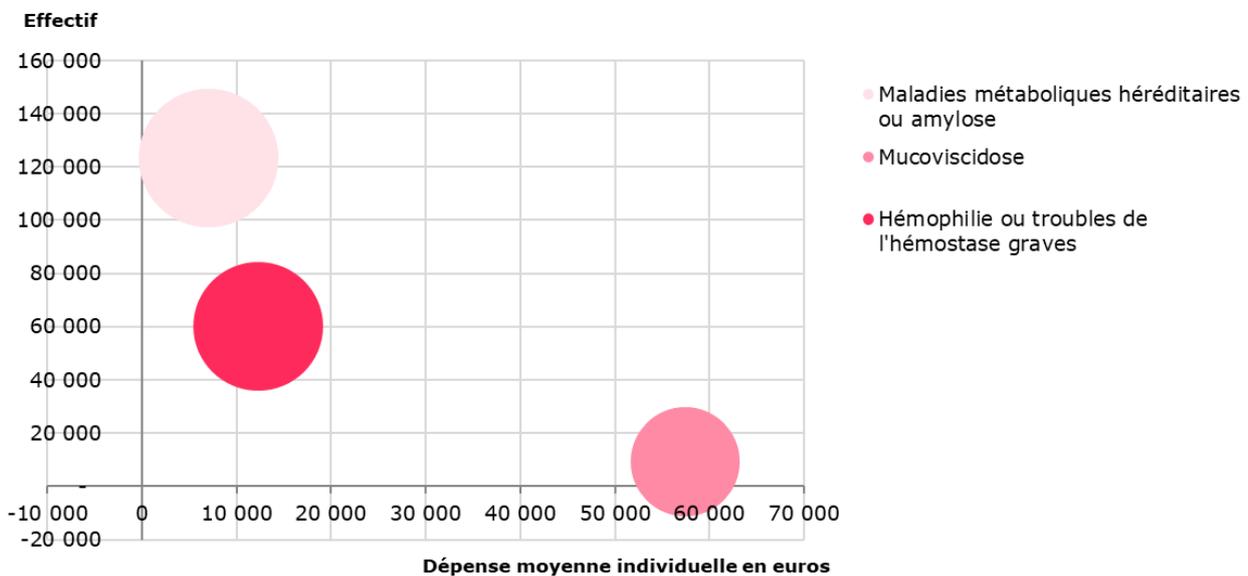
Finalement, pour l'hémophilie ou les troubles de l'hémostase graves, la dépense moyenne individuelle liée aux médicaments délivrés en ville est passée de 8941 € en 2020 à 10479 € en 2021, alors qu'elle avait tendance à diminuer depuis 2015 (Figure 30). Mi-2021, l'émicizumab, prescrit chez certains patients atteints d'hémophilie A est devenu accessible en officine, en plus de la rétrocession hospitalière. Bien que sa délivrance reste soumise à une prescription hospitalière, il est possible que cette ouverture de la dispensation aux officines de ville ait entraîné un plus grand nombre de délivrances.

Tableau 4 : Dépenses totales remboursées pour chaque maladie rare, par catégorie de poste, en 2021

	MMH ou amylose (N = 123 389)		Mucoviscidose (N = 9 216)		Hémophilie ou troubles de l'hémostase graves (N = 60 159)	
	Dépense (M€)	Part du total	Dépense (M€)	Part du total	Dépense (M€)	Part du total
Total	864,4	100 %	529,3	100 %	738,7	100 %
dont soins de ville	576,2	67 %	500,0	94 %	661,5	90 %
<i>soins de médecins</i>	14,0	1,6 %	0,79	0,15 %	7,5	1,0 %
<i>médicaments</i>	504,4	58 %	463,9	88 %	630,4	85 %
dont hospitalisations	270,7	31 %	27,0	5,1 %	63,4	8,6 %
dont prestations en espèces	17,5	2,0 %	2,3	0,43 %	13,9	1,9 %

Champ : tous régimes - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

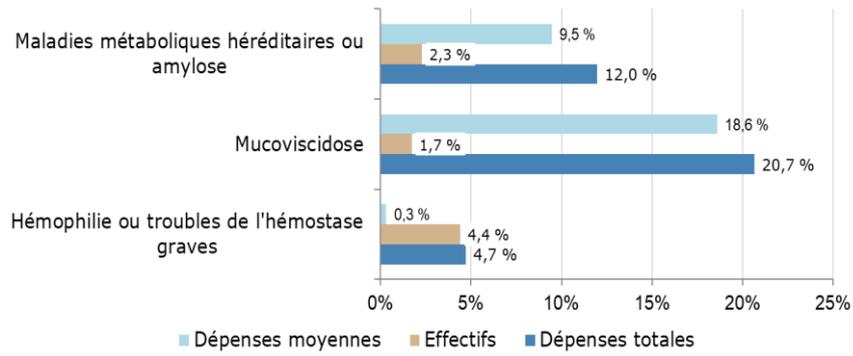
Figure 25 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et totales remboursées pour chaque maladie rare, en 2021



Note de lecture : la taille de la bulle est proportionnelle au montant des dépenses remboursées affecté à chaque pathologie représentée sur le graphique.

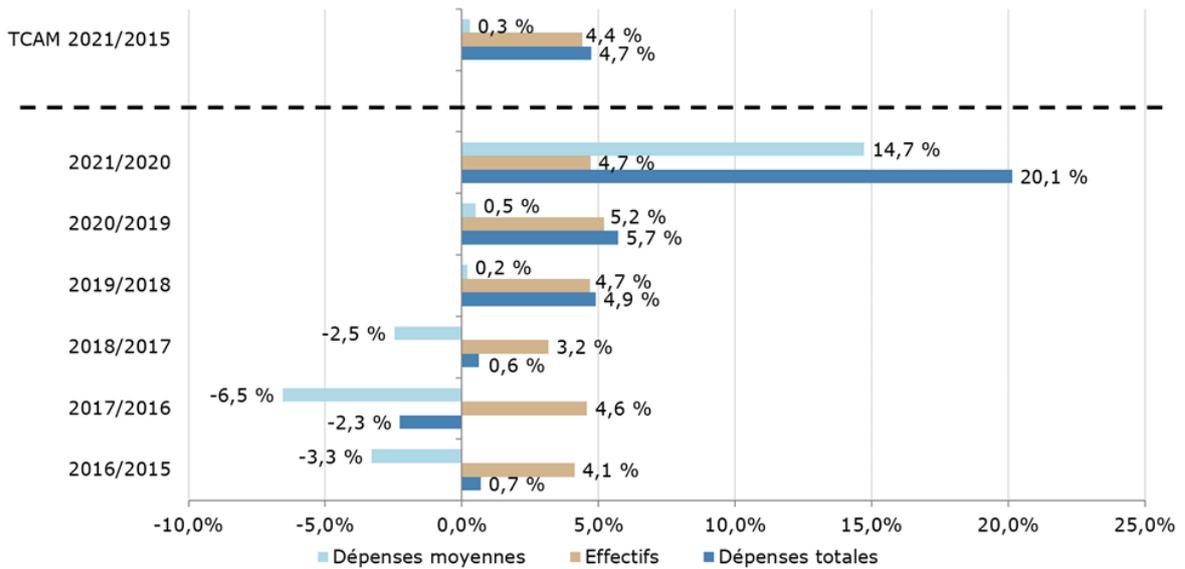
Champ : tous régimes, dépenses remboursées - France entière
Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2023)

Figure 26 : Taux de croissance annuels des effectifs, des dépenses individuelles moyennes et totales remboursées pour chaque maladie rare, entre 2015 et 2021



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

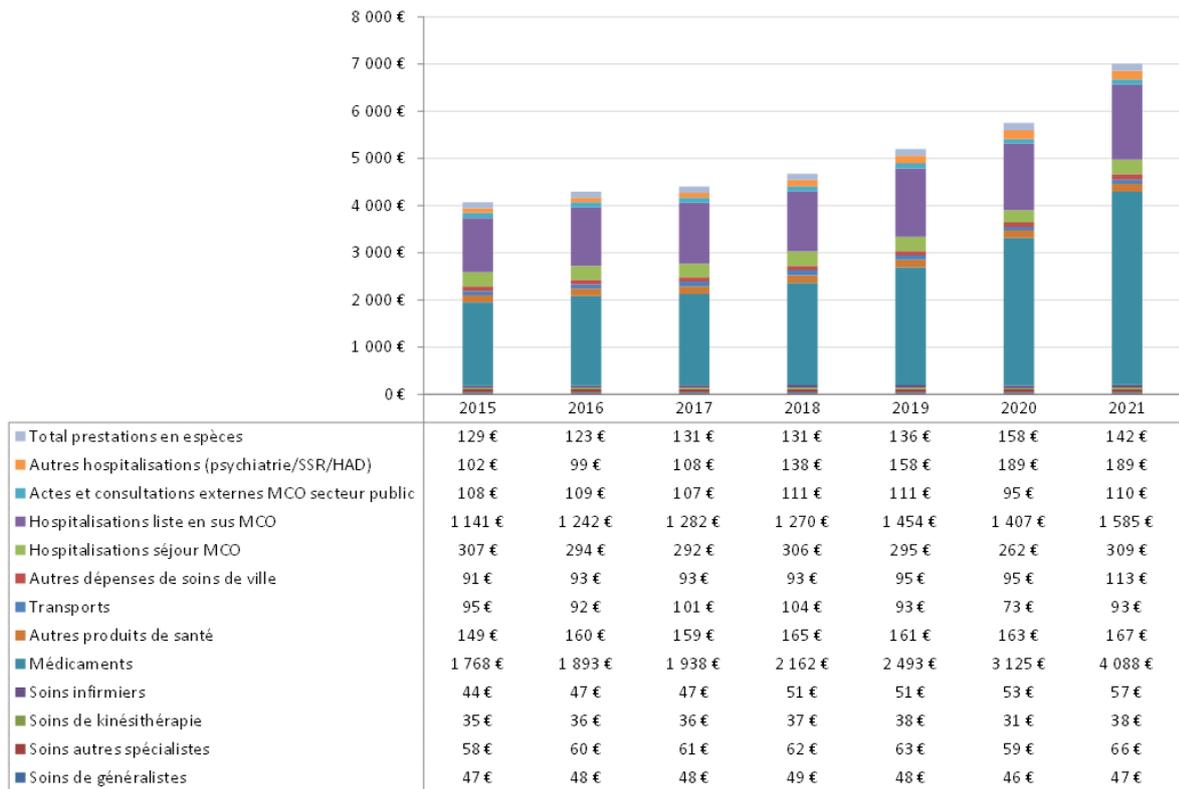
Figure 27 : Taux de croissance annuels des effectifs, des dépenses individuelles moyennes et totales remboursées pour l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves, entre 2015 et 2021



TCAM : taux de croissance annuel moyen

Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 28 : Évolution des dépenses individuelles moyennes pour les maladies métaboliques héréditaires ou amylose, par poste, entre 2015 et 2021



SSR : soins de suite et de réadaptation – HAD : hospitalisation à domicile – MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 29 : Évolution des dépenses individuelles moyennes pour la mucoviscidose, par poste, entre 2015 et 2021



SSR : soins de suite et de réadaptation – HAD : hospitalisation à domicile – MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

Figure 30 : Évolution des dépenses individuelles moyennes pour l'hémophilie et les troubles de l'hémostase graves, par poste, entre 2015 et 2021



SSR : soins de suite et de réadaptation – HAD : hospitalisation à domicile – MCO : médecine, chirurgie, obstétrique

Champ : tous régimes - France entière

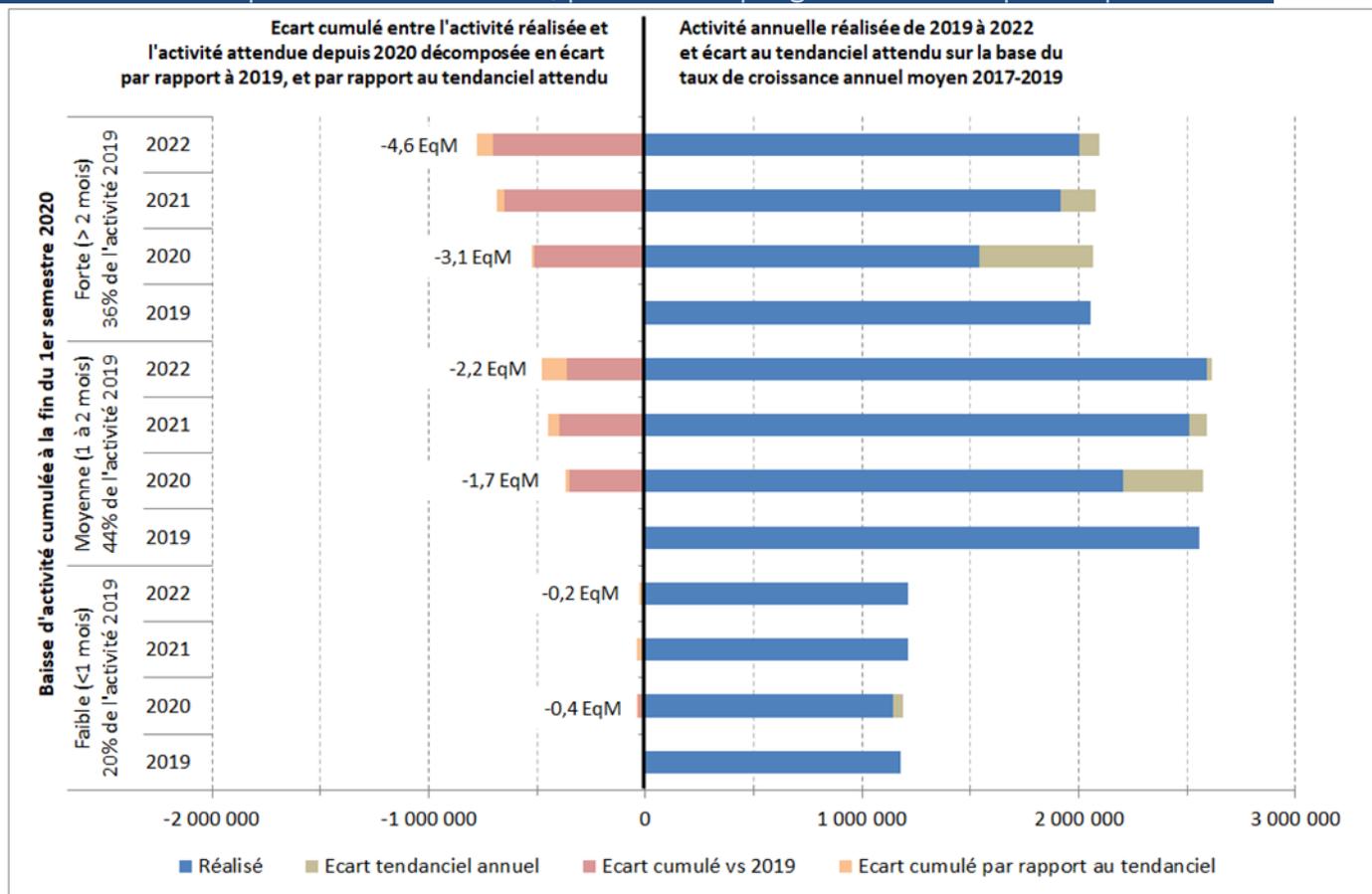
Source : Cnam (cartographie - version de juin 2023)

III.1.3.4 En 2022, et pour la première fois depuis 2020, l'activité chirurgicale dépasse le niveau d'activité 2019, même si elle reste en deçà de l'activité attendue sur une base tendancielle

L'activité réalisée sur la période 2020-2022 est inférieure de 1,3 million de séjours (cumul 2020-2022) par rapport à l'activité attendue sur une base tendancielle observée entre 2017 et 2019, ce qui équivaut à 2,6 équivalents-mois (EqM) d'activité 2019.

Cette évolution globale masque une situation contrastée, l'écart entre l'activité réalisée et l'activité attendue se concentrant sur les segments d'activité ayant accusé les plus fortes baisses lors du premier confinement (Figure 31), qui concernaient des activités non urgentes. Ces activités, qui représentaient 36 % de l'activité 2019, contribuent à 61 % de l'écart cumulé à fin 2022.

Figure 31 : Évolution de l'activité chirurgicale 2019-2022 selon le profil d'évolution d'activité lors du premier confinement, phase de déprogrammation la plus importante



Méthode : Évolution de l'activité par racine de GHM (groupe homogène de malades) entre 2017 et 2022, avec retraitement des racines modifiées en 2022 (agrégation des racines concernées).

Note de lecture : pour les segments d'activité ayant subi une forte baisse d'activité lors du premier confinement (> 2 mois de baisse d'activité cumulée), le nombre de séjours réalisés en 2022 restait inférieur au nombre de ceux réalisés en 2019. À la fin 2022, on enregistrait un écart entre le nombre de séjours réalisés sur la période 2020-2022 équivalent à 4,6 équivalents-mois (EqM) d'activité 2019 (4,1 EqM si on néglige l'évolution tendancielle attendue). Parmi les activités chirurgicales à faible baisse à fin 2020, on retrouve la traumatologie et des interventions urgentes en chirurgie digestive (p. ex., appendicectomies, occlusions), cardiaque (p. ex., poses de stimulateur/défibrillateur cardiaque) ou neurochirurgie (p. ex., craniotomies). Les activités chirurgicales à baisse moyenne sont diverses (p. ex., chirurgie valvulaire, cures de hernie inguinale ou crurale, prothèses d'épaule, et prothèses de hanche hors traumatisme). Les activités chirurgicales à forte baisse concernent essentiellement l'ophtalmologie, l'otorhinolaryngologie (ORL) et la stomatologie, ainsi que certaines interventions d'orthopédie (p. ex., chirurgie du genou), de chirurgie digestive (p. ex., chirurgie bariatrique) ou de gynécologie/urologie (p. ex., chirurgie de l'incontinence urinaire).

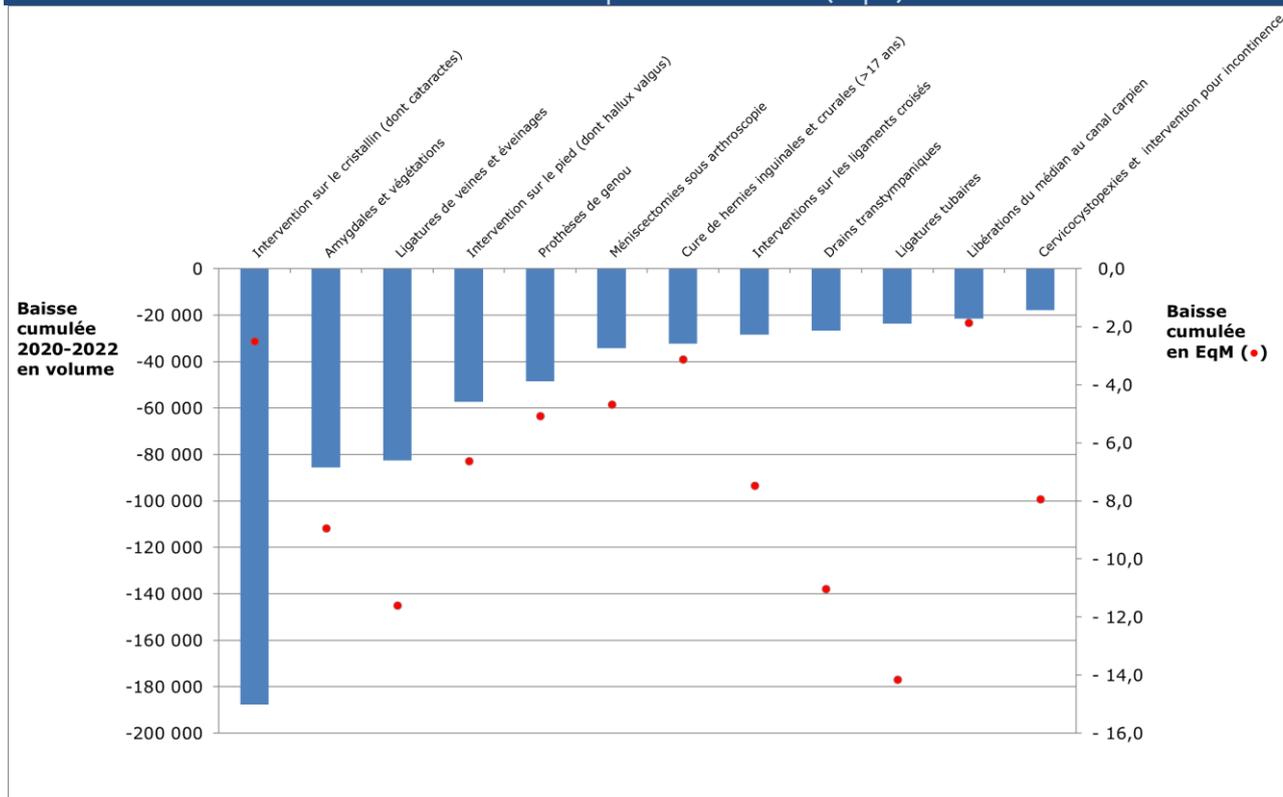
Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

Un écart résiduel qui se concentre sur quelques activités

Certaines activités concentrent une part importante de l'écart d'activité par rapport au volume attendu en tendancier (les activités de la Figure 32 représentent, à elles seules, la moitié de l'écart total observé sur la période 2020-2022). Si la chirurgie de la cataracte représente un écart important en volume, celui-ci est en réalité relativement faible au regard de l'activité réalisée annuellement (- 2,5 EqM), et il s'est réduit de 9 % entre 2021 et 2022. Pour d'autres activités qui cumulent près d'une année d'écart cumulé, l'indication a pu disparaître pour certains patients (p. ex., amygdalectomies chez l'enfant).

Figure 32 : Principales baisses d'activité cumulées sur la période 2020-2022 par rapport au tendanciel attendu en volume ou en équivalents-mois (EqM) d'activité 2019



Note de lecture : sur la période 2020-2022, le nombre cumulé d'interventions sur le cristallin (dont cataractes) était inférieur au nombre attendu d'après la tendance 2017-2019 de 187 787 interventions (déficit d'intervention), ce qui représente 2,5 équivalents-mois d'écart.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (SNDS)

Une activité de chirurgie carcinologique en hausse par rapport à 2019

Bien qu'il s'agisse d'une activité prioritaire, l'exérèse des cancers avait diminué en 2020, comparativement à l'activité 2019 (Tableau 5). En 2022, elle a dépassé le niveau de 2019, hormis pour les exérèses colorectales, et les chirurgies ORL, de cancer du foie ou de l'estomac. La prise en compte des tendances pré-Covid (à la baisse pour les cancers ORL et de l'estomac, non évaluables pour le cancer colorectal du fait du changement de test de dépistage en 2016) montre une activité cumulée proche de l'attendu dans l'ensemble.

Tableau 5 : Bilan de l'activité d'exérèse des cancers à fin 2022

	2019	2020	2022	Écart cumulé 2020-2022		
				Écart à 2019		Écart tendanciel*
				Effectif	Effectif	Equivalent-mois (EqM)
Sein	77 699	74 194	79 818	2 525	- 3 109	- 0,04 EqM
Urologique	41 414	39 930	42 532	471	- 2 625	- 0,06 EqM
Côlon - Rectum	36 704	34 079	33 830	- 6 425	NC*	NC**
ORL	23 448	21 402	21 680	- 4 933	- 13	-
Thoracique	16 716	15 902	17 575	63	- 3 303	- 0,20 EqM
Ovaire	7 774	7 608	7 827	59	- 670	- 0,09 EqM
Foie	6 993	6 508	6 282	- 1 336	- 1 579	- 0,23 EqM
Pancréas	3 974	3 810	4 285	349	- 32	-
Estomac	3 212	2 916	2 838	- 945	- 555	- 0,17 EqM

* Tendance 2015-2019

** NC : tendance non modélisable (pic d'incidence en 2016 à la suite du changement de test de dépistage). Voir Le Bihan-Benjamin C, Rocchi M, Putton M, Méric JB, Bousquet PJ. « Estimation of oncologic surgery case volume before and after the COVID-19 pandemic in France. » JAMA Network Open. 2023;6(1):e2253204

Champ : tous régimes - France entière

Sources : Cnam (SNDS), analyse INCa (Institut national du cancer) retraitée par la Cnam

**PARTIE IV:
L'EVOLUTION DES
DEPENSES DE SANTE
ET DE LEUR PRISE EN
CHARGE**

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) porte sur les remboursements de la Sécurité sociale et ne retrace donc pas l'ensemble des dépenses de santé, comme le font les comptes nationaux de la santé¹. En effet, ceux-ci englobent non seulement les dépenses de santé prises en charge par les régimes d'assurance maladie, mais également celles financées par les administrations publiques centrales ou locales, par des organismes privés dispensateurs de couvertures complémentaires maladie – mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance – et, enfin, celles qui restent à la charge des ménages.

Les dépenses de santé peuvent être appréhendées au moyen de deux agrégats des comptes nationaux de la santé : la dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

IV.1 La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

a) Définition

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est l'agrégat des comptes de la santé utilisé pour les comparaisons internationales. Son périmètre est défini par Eurostat au sein du System of Health Accounts (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est un agrégat plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM – voir ci-dessous), car elle comprend également les dépenses de gouvernance, de prévention et la consommation de soins de longue durée. Elle est qualifiée de « courante » car elle exclut les dépenses d'investissement, qui relèvent de la formation brute de capital fixe du système de santé. Elle exclut aussi les dépenses de formation des professionnels de santé qui sont considérées comme relevant du champ de l'éducation.

b) Ralentissement de la DCSi du fait de la forte baisse des dépenses de prévention

En 2022, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'établit à 313,6 Md€, soit 11,9 % du PIB. Après deux années de forte hausse liée à la crise sanitaire, la dépense courante de santé au sens international ralentit (+2,0 % en 2022 après +9,9 % en 2021 et 3,4 % en 2020).

Ce ralentissement s'explique par la forte baisse des dépenses de prévention lié au reflux progressif de l'épidémie au cours de l'année. En effet, les dépenses de vaccination pour lutter contre le Covid-19 diminuent fortement (-61,3 % en 2022) tandis que les dépenses de tests, encore très élevées début 2022, diminuent au second semestre 2022 : -47,4 % pour les tests PCR entre 2021 et 2022, -20,7 % pour les autotests et -14,9 % pour les tests TAG.

Les soins de longue durée (SLD) sont constitués des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), des soins de personnes âgées ou en situation de handicap en établissements et des soins de longues durées dans les hôpitaux (USLD). Les soins de longue durée (SLD) représentent 49,5 milliards d'euros en 2022, soit une hausse de 3,8 % en 2022, après + 4,8 % en 2021 et + 6,6 % en 2020. La croissance des dépenses de SLD était tirée par les dépenses à destination des personnes âgées et à la dépendance en 2021. En 2022, ce sont les soins de longue durée en faveur des adultes handicapés et au titre de l'enfance inadaptée qui contribuent le plus à la hausse des dépenses.

Enfin, les dépenses de gouvernance du système de soins qui comprennent les frais de gestion et d'administration des acteurs du système de santé s'élèvent à 15,7 milliards d'euros en 2022. Les frais de gestion des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) représentent la moitié des dépenses de gouvernance, eux des différents régimes de Sécurité sociale 43 % et l'État et les autres administrations 7 %. Les dépenses de gouvernance du système de soins augmentent de 1,7 % en 2022 (après +1,5 % en 2021).

1. Les comptes nationaux de la santé, élaborés par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), constituent un compte satellite des comptes nationaux de l'Insee. Les dépenses de santé calculées dans les comptes de la santé s'articulent avec le montant de la consommation des ménages en soins de santé des comptes nationaux.

Pour une présentation plus complète des comptes nationaux de la santé, se référer à : « Les dépenses de santé en 2022 », Collection Panorama de la DREES, Drees, septembre 2023.

Tableau 2 : Évolution de la dépense de santé au sens international

	Montants en milliards d'euros						Évolution 2021/2022 (en %)	TCAM 2013-2019 (en %)
	2018	2019	2020	2021	2022			
CSBM	202,8	207,1	210,4	226,9	235,8		3,9	1,9
HC.1+ HC.2 - Soins courants	137,7	140,9	144,1	155,9	162,2		4,0	2,1
HC.4 - Services auxiliaires	12,2	12,3	11,8	13,3	13,7		3,4	2,3
HC.5 - Bien médicaux	52,9	54,0	54,5	57,7	59,9		3,7	1,3
Hors CSBM	62,2	63,4	69,4	80,6	77,8		-3,5	2,1
HC.3 - Les soins de longue durée	41,4	42,7	45,5	47,7	49,5		3,8	2,7
HC.6 - Prévention institutionnelle	5,5	5,5	8,7	17,5	12,7		-27,9	1,2
HC.7 - Gouvernance	15,3	15,2	15,2	15,4	15,7		1,7	0,8
Dépense courante de santé au sens international (DCSi)	264,9	270,6	279,8	307,6	313,6		2,0	1,9
DCSi (en % du PIB)	11,2	11,1	12,1	12,3	11,9			

Lecture : En 2021, la DCSi s'élève à 307,8 milliards d'euros.

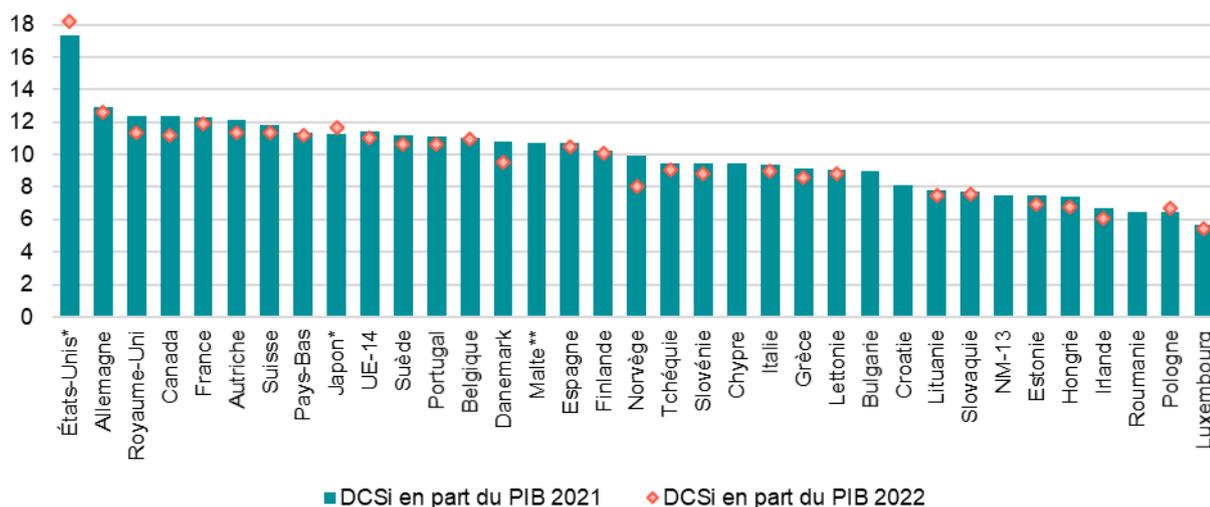
Source : DREES, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

c) 2022, l'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

La DCSi atteint 18,2 % du PIB aux États-Unis en 2022. Au sein des pays de l'OCDE, l'Allemagne se classe en 2^e position, avec une dépense de 12,6 %. La dépense est un peu plus basse en France, à 11,9 %. Le niveau de dépense ne présage pas de la qualité des soins.

Graphique 1 : DCSi en % du PIB en 2021 et 2022

En % du PIB



* PIB pour l'année 2021 et non 2022 ; ** Données 2020.

Lecture : Aux États-Unis, la DCSi représente 17,4 % du PIB en 2021, et 18,2 % du PIB en 2022.

Note : Les pays de l'UE-27 correspondent aux 27 pays membres de l'Union européenne (UE) en juillet 2022 (le Royaume-Uni n'en fait donc plus partie). Les pays de l'UE-14 correspondent aux pays qui ont intégré l'UE avant 2004. Les NM-13 correspondent aux 13 nouveaux membres de l'UE à partir de 2004.

Sources : DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

En 2021, année pour laquelle les données sont disponibles pour toute l'Union européenne, les 27 États membres de l'UE consacrent 11,0 % de leurs PIB aux dépenses de santé en moyenne. Les dépenses sont plus sensiblement élevées, en moyenne, dans les « anciens États membres » (ayant adhéré avant 2004) que dans les « nouveaux États Membres » : les pays de l'UE-14 consacrent en moyenne en 2021 11,4 % de leur PIB à la santé, tandis que les pays membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004, y consacrent une part plus faible (7,5 %).

Enfin, en France le reste à charge des ménages par rapport à la DCSi s'élève en 2021 à 8,7 % de la DCSi (8,8 % en 2020), soit le niveau le plus faible au sein des pays de l'OCDE (suivi du Luxembourg). Le reste à charge des

ménages de la DCSi comprend le reste à charge sur les soins et biens médicaux (7,2 % de la CSBM, cf. ci-dessous) mais aussi le RAC sur les autres composantes de la dépense, notamment sur les soins de longue durée pour lesquels la participation des ménages est plus élevée que sur la CSBM en France.

IV.2 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

a) Définition

La CSBM représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Elle comprend :

- la consommation de soins hospitaliers du secteur public ou privé, y compris les honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé, pour 49 % du total ;
- la consommation de soins de ville : les soins en cabinets libéraux et en centre de santé, la consommation des laboratoires de biologie médicale et les soins réalisés en cures thermales pour 26 % du total ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 14 % de la dépense ;
- la consommation d'autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels, masques et pansements), pour 8 % du total ;
- et la consommation de transports sanitaires, pour 3 % du total.

Depuis l'édition 2022, afin d'harmoniser les définitions utilisées entre les différents agrégats, le champ de la CSBM a été modifié. La CSBM inclut dorénavant :

- les différentes subventions versées aux professionnels de santé : les prises en charge de cotisations des professionnels de santé par l'Assurance maladie, les aides à la télétransmission ainsi que le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) mise en place en 2020 au début de la crise sanitaire lié au Covid-19 ;
- les masques chirurgicaux et FFP2.

À l'inverse, certaines dépenses ont été exclus du champ de la CSBM :

- les dépenses de soins de longue durée : SSIAD, prise en charge de la dépendance par les masseurs-kinésithérapeutes ou les infirmiers ;
- les dépenses identifiées comme relevant de la prévention : tests PCR ou antigéniques et vaccins

Tableau 2 : Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

	Montants en milliards d'euros						Évolution 20/21 (en %)	Évolution 21/22 (en %)
	2012	2018	2019	2020	2021	2022		
Soins hospitaliers	84,7	95,2	97,2	103,3	110,2	114,9	6,7	4,3
Hôpitaux du secteur public	64,8	73,0	74,5	79,8	84,9	88,7	6,4	4,5
Hôpitaux du secteur privé	19,9	22,1	22,7	23,5	25,2	26,2	7,6	3,6
Soins ambulatoires	97,1	107,6	109,9	107,2	116,8	120,9	9,0	3,6
- Soins de ville	47,4	54,9	56,6	54,8	60,3	62,2	10,0	3,1
Soins de médecins et de sages-femmes	20,5	23,2	23,7	23,0	24,6	25,6	6,7	4,1
Soins d'auxiliaires médicaux	11,6	15,2	15,9	15,7	17,3	17,8	10,0	3,0
Soins de dentistes	10,7	11,7	12,0	11,4	13,5	13,8	17,8	2,6
Laboratoires de biologie médicale	4,3	4,4	4,5	4,5	4,7	4,6	5,3	-1,6
Cures thermales	0,3	0,4	0,4	0,1	0,2	0,3	69,6	34,7
- Médicaments	32,1	30,9	30,7	29,8	31,1	32,8	4,3	5,3
- Biens médicaux	13,5	16,8	17,6	17,8	19,8	20,0	11,3	1,0
- Transports sanitaires	4,1	5,1	5,1	4,7	5,6	6,0	17,7	7,7
Consommation de soins et de biens médicaux	181,8	202,8	207,1	210,4	226,9	235,8	7,8	3,9
Part de la CSBM dans le PIB (en %)	8,7	8,6	8,5	9,1	9,1	8,9		
Évolution (en %)	2,1	1,2	2,2	1,6	7,8	3,9		
Prix (en %)	-0,4	-0,5	0,5	6,3	-0,3	2,1		
Volume (en %)	2,5	1,8	1,6	-4,4	8,1	1,8		

Note : Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de médicaments en ambulatoires, de biens médicaux et de transports sanitaires habituellement inclus dans le concept de soins de ville des régimes d'assurance maladie.

Lecture : En 2022, la CSBM s'élève à 235,8 milliards d'euros.

Source : DREES, comptes de la santé.

b) En 2022, la croissance de la CSBM est aussi bien portée par une hausse des prix que par une hausse des volumes

En 2022, la CSBM augmente de 3,9 % en valeur, après +7,8 % en 2021, pour s'établir à 235,8 milliards d'euros. Cette hausse est portée à la fois par les volumes (+1,8 %) qui augmentent à un rythme proche de celui antérieur à la crise sanitaire, et par les prix (+2,1 %). Néanmoins, cette augmentation du prix de la CSBM demeure inférieure à l'inflation enregistrée dans l'ensemble de l'économie en 2022.

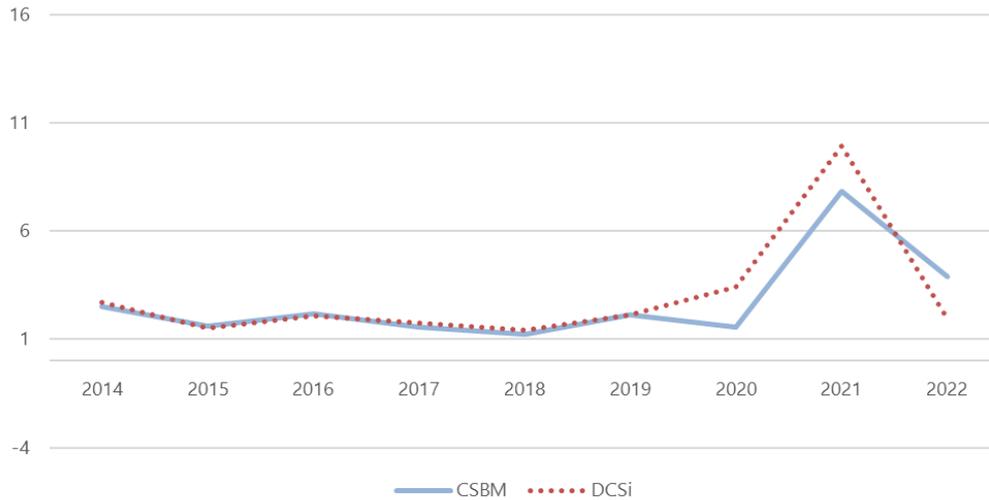
Le poids de la CSBM dans le produit intérieur brut (PIB) diminue de 0,1 point en 2022, passant de 9,1 % à 8,9 % du PIB. Cela s'explique notamment par la forte accélération du PIB en 2022 (+5,5 % en valeur). La part des dépenses de santé dans le PIB reste légèrement plus élevée qu'avant la crise.

En 2022, l'ensemble des composantes de la CSBM contribuent à sa hausse en valeur. Les soins hospitaliers, portés par une forte hausse de prix dans l'hôpital public, contribuent à plus de la moitié de la croissance de la CSBM en valeur (+2,1 points). Portés notamment par les soins de médecins et de sages-femmes, les soins de ville constituent le second contributeur à la croissance de la CSBM (+0,8 point), devant la consommation de médicaments en ambulatoire (+0,7 point). Après avoir contribué significativement en 2021, les biens médicaux ralentissent en 2022 (contribution de +0,1 point en 2022). De leurs côtés, les transports sanitaires augmentent de nouveau fortement en 2022.

Enfin, après une forte augmentation en 2021, les dépenses des trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé (optique médicale hors lentilles, audioprothèses et prothèses dentaires) se stabilisent en 2022.

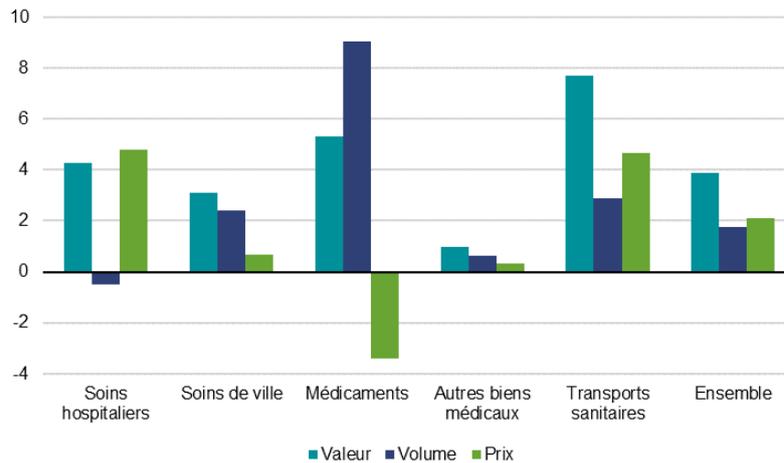
En 2022, le reste à charge des ménages au financement de la CSBM augmente de 0,1 point, pour atteindre 7,2 %. Les secteurs du 100 % santé contribuent de nouveau à la baisse du reste à charge. Cet effet est compensé par une hausse du reste à charge dans les soins hospitaliers après deux années durant lesquelles la Sécurité sociale a contribué au financement des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire.

Graphique 2 : Évolution de la DCSi en valeur



Source : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 3 : Évolution des composantes de la CBSM en valeur, volume et prix



Source : DREES, Comptes de la santé.

En 2022, la consommation de soins hospitaliers (secteur public et privé, hors soins de longue durée) s'élève à 114,9 milliards d'euros. La croissance des soins hospitaliers reste dynamique en valeur pour la troisième année consécutive : +4,3 % en 2022, après deux années de progression de plus de 6 %. Depuis le début de la crise sanitaire, cette dynamique de la consommation des soins hospitaliers en valeur est entièrement portée par la hausse du prix des soins. En 2020 et 2021, cette accélération s'explique par la hausse des rémunérations des personnels et par les surcoûts liés à la lutte contre le Covid-19. Les coûts de fonctionnement de l'hôpital public ont fortement progressé (primes exceptionnelles puis début des mesures de revalorisation pérennes, consommation de masques, etc.).

Après une forte hausse en 2021, les dépenses se stabilisent en 2022 dans chacun des secteurs concernés par la réforme du 100 % santé (optique hors lentilles, audioprothèses et prothèses dentaires). Quatre années après la mise en place de cette réforme, la part dans la consommation totale des produits sans reste à charge ou à tarifs modérés se stabilise en 2022. Néanmoins, la part du panier 100 % santé reste assez hétérogène selon le secteur : elle atteint 43 % des dépenses des prothèses dentaires, contre 24 % pour les audioprothèses et 6 % pour l'optique médicale hors lentilles.

Après une année 2021 marquée par un fort rebond de l'activité des médecins, la consommation de soins de médecins ralentit en 2022 mais poursuit sa progression : elle augmente de 3,8 % pour les généralistes et de 4,1 % pour les spécialistes. Pour les médecins généralistes, la croissance des soins provient essentiellement d'une hausse du volume (+3,3 %) tandis que pour les spécialistes, la progression des dépenses est soutenue par la hausse du volume (+2,3 %) et du prix (+1,8 %).

En 2022, les soins courants infirmiers ralentissent également (+2,4 % après +3,0 % en 2021) et progressent à un rythme de croissance plus faible que celui d'avant crise (en moyenne +5,5 % par an entre 2010 et 2019). Contrairement aux autres praticiens libéraux, l'activité des infirmiers était restée soutenue en 2020 (+8,2 % en valeur, +5,3 % en volume), portée par le développement des soins à domicile dans les premières phases de la crise. La consommation des soins des autres auxiliaires médicaux (hors infirmiers) s'élève à 8,3 milliards d'euros en 2022. L'activité de ces praticiens, fortement touchée par les mesures de restriction sanitaire en 2020, rebondit en 2021 et retrouve globalement sa tendance pré-crise.

En 2022, la consommation de médicaments en ambulatoire s'établit à 32,8 milliards d'euros, soit 13,9 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle augmente pour la deuxième année consécutive (+5,3 % après +4,3 %) après six années de baisse régulière (-1,2 % en moyenne annuelle entre 2014 et 2020). Cette hausse est soutenue par le dynamisme de la consommation en volume¹ (+9,0 %), alors que les prix continuent de baisser (-3,4 %), en raison notamment de l'accroissement des remises conventionnelles.

La consommation de biens médicaux hors optique médicale représente 12,7 milliards d'euros en 2022. Elle progresse de 1,4 % par rapport à l'année dernière, après une forte augmentation en 2021 (+8,6 %) portée par les audioprothèses. En effet, la consommation de prothèses auditives marque le pas en 2022 (-2,5 % après +60,6 %). Exceptés les masques, la consommation des autres produits augmente.

En 2022, la consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 6,0 milliards d'euros. Après une baisse de 6,3 % en 2020 du fait de la crise sanitaire, elle rebondit fortement depuis deux ans (+7,7 % en 2022 après +17,7 % en 2021). Malgré leur faible poids dans la CSBM (2,5 % en 2022), les transports sanitaires contribuent significativement à la croissance de la CSBM en valeur (+0,2 point en 2022). Ce dynamisme provient notamment de la dépense de transport par taxi (+10,0 %) qui continue de croître plus rapidement que celle des ambulances ou des véhicules sanitaires légers (VSL).

c) La sécurité sociale finance toujours la part la plus importante de la consommation de soins et de biens médicaux

En 2022, les administrations publiques financent 189,0 milliards d'euros, soit 80,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Au sein des administrations publiques, la Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM avec 79,6 % de la dépense prise en charge en 2022. L'intégration, en 2021, de la complémentaire santé solidaire (CSS) dans le champ de la Sécurité sociale a entraîné une restructuration du financement des dépenses de santé par les administrations publiques : la part financée par l'État s'est ainsi fortement réduite au profit de la Sécurité sociale. En 2022, l'État finance 1,4 milliard d'euros, soit 0,6 % de la CSBM contre 1,9 % en 2020.

Les organismes complémentaires (OC) regroupent des mutuelles, des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance. Ces acteurs financent la part dite « complémentaire » des dépenses de santé. En 2022, l'évolution des prestations de santé versées par les OC demeure soutenue (+3,2 %). La part des OC dans le financement de la CSBM, qui avait fortement baissé au début de la crise sanitaire (12,1 % en 2020, après 13,4 % en 2019), et s'était redressée en 2021 (à 12,7 %), est quasi-stable en 2022, à 12,6 %.

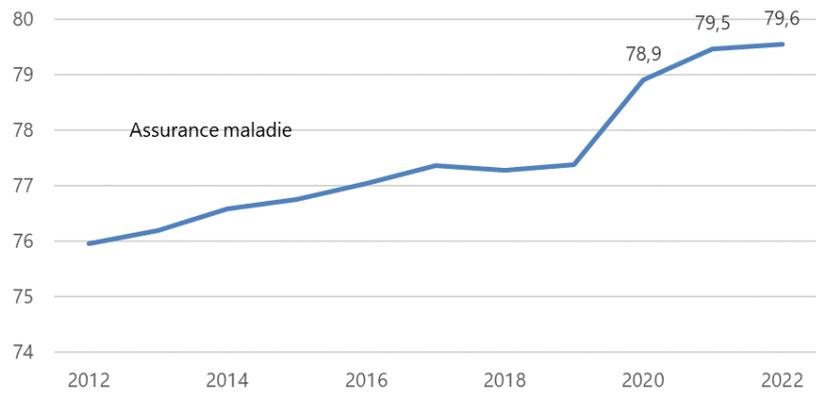
Le reste à charge (RAC) des ménages en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financé par les ménages après intervention des administrations publiques, et des organismes complémentaires (OC). En 2022, les ménages dépensent 17,0 milliards d'euros sur le champ de la CSBM, soit 7,2 % de l'ensemble. Le reste à charge augmente légèrement de 0,1 point en 2022, porté par la hausse du RAC des soins hospitaliers. La réforme du 100 % santé a entraîné une baisse prononcée de la part financée par les ménages pour les audioprothèses (36 % pour les audioprothèses en 2022 contre 63 % en 2018) et pour les prothèses dentaires (15 % contre 34 %). En revanche, le taux de reste à charge a peu évolué pour l'optique médicale hors lentilles (23 % en 2022 comme en 2018).

Rapportés à la population française, le reste à charge représente en moyenne 250 € par habitant en 2022. Cette moyenne peut toutefois cacher de grandes disparités de reste à charge selon l'âge ou l'état de santé.

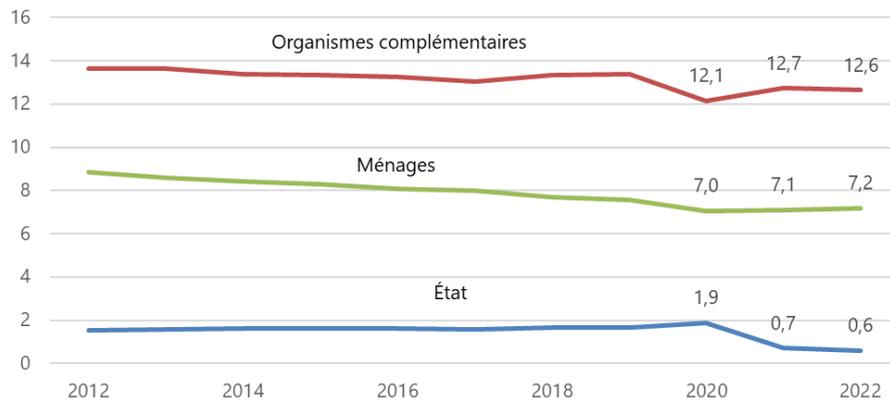
¹ Il est important de noter que l'effet volume intègre l'impact de l'innovation via les nouveaux médicaments entrant sur le marché. Cela permet d'expliquer une partie de son dynamisme.

Graphique 4 : Évolution du financement de la CSBM entre 2012 et 2022

a. De l'Assurance Maladie



b. Des autres financeurs



Lecture : En 2022, le financement de la CSBM est pris en charge à 79,6 % par l'Assurance maladie et à 7,2 % par les ménages.
 Source : DREES, Comptes de la santé.

IV.3 Deux concepts différents : La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et l'ONDAM

La consommation de soins et de biens médicaux diffère de l'ONDAM à plusieurs égards : il s'agit d'un agrégat à la fois plus large en termes de financeurs considérés et plus restreint en termes de champ (voir encadré I.1 ci-après).

Les évolutions présentées dans les agrégats calculés par la DREES diffèrent donc conceptuellement de celles publiées par la Commission des comptes de la Sécurité sociale. L'encadré présente une description détaillée du passage des Comptes nationaux de la santé aux comptes des caisses de Sécurité sociale et à l'ONDAM.

Encadré I.1 Des comptes nationaux de la santé aux comptes de la Sécurité sociale et à l'ONDAM

Les agrégats des comptes de la santé sont des agrégats économiques : ils cherchent à retracer les dépenses effectuées au cours de l'année concernée. Ils sont ainsi corrigés pendant plusieurs années de suite pour intégrer les révisions liées aux sources et les améliorations méthodologiques.

Les constats de l'ONDAM présentés à la Commission des comptes de la Sécurité sociale relèvent de la même logique, ils sont toutefois en général définitivement figés en mars de l'année N+2 une fois intégrées les corrections de provisions. Ils se différencient ainsi des comptes des caisses qui sont quant à eux définitivement clos dès mars de l'année N+1. Ces derniers suivent une logique apparentée à celle des dates effectives des soins du fait de leur présentation en droits constatés.

Les agrégats des comptes de la santé sont d'un point de vue conceptuel proches de l'ONDAM. Ils diffèrent néanmoins en termes de champ. L'ONDAM comptabilise en effet les seules dépenses de l'assurance maladie (ainsi que certaines dépenses de la branche AT-MP), alors que les comptes de la santé fournissent une estimation de la consommation finale de soins de santé, qu'elle soit financée par l'assurance maladie, l'État, les organismes complémentaires et les ménages, ou qu'elle vienne accroître l'endettement (déficit des hôpitaux publics). À l'inverse, certaines dépenses sont prises en compte dans l'ONDAM, mais pas dans la CSBM :

- des indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail et de maladies professionnelles ;
- des soins de longue durée aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, EHPA, EHPAD) ou à domicile (SSIAD) ;
- des soins aux personnes handicapées ou au titre de l'enfance inadaptée hébergées en établissement ;
- des soins de prévention (dont tests PCR et antigéniques et vaccins)
- des dépenses du FIR ;
- des dotations à certains fonds (FIQCS, FMESPP, FAC, etc.) ;
- des prises en charge des ressortissants français à l'étranger.

**PARTIE V: RAPPEL
DES AVIS DU COMITE
D'ALERTE SUR
L'EVOLUTION DES
DEPENSES DE SANTE
EN 2023**

Avis du Comité d'alerte n°2023-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Il revient au comité d'alerte, en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, de rendre un premier avis à la mi-avril dans lequel « il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles » et « en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours ». L'exploitation des données comptables des principaux régimes d'assurance maladie et des données statistiques en date de soins permet une première analyse de la réalisation de l'ONDAM.

Les conditions de mise en œuvre de l'ONDAM ont été une nouvelle fois nettement modifiées en cours d'exercice, à titre principal du fait l'épidémie de covid et des mesures nouvelles décidées à mi-année pour partie en lien avec une forte inflation. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 en avait fixé le niveau à 236,8 Md€, en baisse de 1,0 % par rapport à 2021 (base de référence à périmètre constant 2022 : 239,3 Md€). Ces dépenses sont désormais estimées à 247,2 Md€ en 2022, soit un dépassement de 10,4 Md€ par rapport à l'objectif de LFSS 2022 et une progression annuelle de +2,9 % (base de référence : 240,3 Md€).

Les prévisions de dépenses de LFSS pour 2022 (236,8 Md€) ont ainsi été portées à :

- 244,4 Md€ (+7,6 Md€) à l'occasion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 12 juillet 2022, dont 5,7 Md€ de dépenses supplémentaires en lien avec la crise sanitaire, 1,5 Md€ de mesures nouvelles salariales (avec la revalorisation du point d'indice dans la fonction publique hospitalière au 1^{er} juillet) et 0,4 Md€ d'augmentation des rémunérations dans le cadre du Ségur de la santé dans la filière socio-éducative (avec effet au 1^{er} avril) ;

- 245,9 Md€ (+1,5 Md€) fin septembre dans la partie rectificative 2022 du projet de LFSS pour 2023, avec 0,9 Md€ de dépenses additionnelles de gestion de la crise sanitaire et 0,8 Md€ de surcroît de dépenses de fonctionnement du fait de l'inflation dans les établissements sanitaires et médico-sociaux ;

- 247,0 Md€ (+ 1,1 Md€), dans la partie rectificative 2022 de la LFSS pour 2023 à la suite d'amendements, pour couvrir 0,5 Md€ de surcoûts covid et 0,6 Md€ de mesures nouvelles salariales dans les établissements de santé (majoration des heures supplémentaires, de nuit et de garde) ;

- 247,2 Md€ (+0,2 Md€) en mars 2023, résultant d'ajustements de constatation, dont -0,3 Md€ sur les dépenses de crise sanitaire et +0,5 Md€ sur les dépenses hors crise.

L'écart total de 10,4 Md€ avec l'objectif fixé en LFSS pour 2022 s'explique aux deux tiers par les dépenses supplémentaires liées à la crise sanitaire (+6,8 Md€). Elles s'élèvent en effet à 11,7 Md€ mais ont été couvertes à hauteur de 4,9 Md€ par la provision inscrite en LFSS pour 2022. Les mesures nouvelles salariales et les autres dotations de fonctionnement supplémentaires en lien avec une inflation élevée (2,3 Md€) représentent environ 20 % des dépassements. Des mesures dans le cadre du Ségur de la santé et de la « mission flash urgence » à l'hôpital en explique le solde pour la plus grande part.

Les dépenses liées à la crise sanitaire (11,7 Md€) s'expliquent à près de 90 % par les tests diagnostiques (4,7 Md€), les dotations à Santé publique France (3,8 Md€) et les indemnités journalières (1,8 Md€). Elles financent aussi les établissements de santé (0,7 Md€ hors tests), la campagne vaccinale en soins de ville (0,4 Md€) et les dotations du fonds d'intervention régional (FIR ; 0,2 Md€). Les surcoûts covid par sous-objectifs se répartissent entre les soins de ville (6,6 Md€), les établissements de santé et médico-sociaux (1,1 Md€), le FIR et les autres prises en charge (4,1 Md€).

Le comité constate que les dépenses pour faire face à la crise sanitaire diminuent nettement en 2022 (-6,6 Md€), en particulier dans les établissements de santé (-3 Md€), après 18,3 Md€ en 2020 et autant en 2021. Elles restent néanmoins à un niveau élevé du fait principalement du pic épidémique du début de l'année 2022.

Les dépenses au titre du Ségur de la santé ne sont in fine que marginalement ajustées à la hausse en cours d'année (+0,1 M€), à la suite du report sur 2023 (0,4 Md€) de quelques mesures non-salariales. Le total est porté à 12,7 Md€ dont 2,8 Md€ d'enveloppe supplémentaire par rapport à 2021. Les revalorisations salariales en établissements sanitaires et médico-sociaux (pilier 1) en représentent la plus grande part (10,3 Md€, dont 2,4 Md€ de mesures nouvelles en 2022).

Les dépenses de soins de ville sont estimées au total à 107,6 Md€ (+2,4% par rapport à 2021) et à 101,0 Md€ hors dépenses liées à la crise sanitaire (+4,9 %). Les indemnités journalières (15,0 Md€ hors crise covid) constituent le poste de dépenses le plus dynamique (+7,9 %) : à une progression en volume toujours élevée s'ajoute les effets des hausses du Smic et de la mise en place d'IJ pour les professions libérales en juillet 2021. Les dépenses de transports sanitaires (5,5 Md€) augmentent de 7,0 %, en partie du fait de revalorisations conventionnelles et d'une hausse des tarifs de 4,5 % des taxis sanitaires en raison de la hausse des prix des carburants. Les honoraires médicaux et dentaires (27,2 Md€) progressent aussi nettement (+4,2 %) avec des effets volume supérieurs à la situation d'avant-crise. Les produits de santé (31,8 Md€) augmentent de +3,4 % mais avec une forte dynamique sous-jacente des dépenses de médicaments (cf. infra).

Le comité observe une nouvelle fois les rythmes de progression élevés des remboursements de produits de santé, d'indemnités journalières (hors covid) et de transports sanitaires du fait de la persistance d'effets volume soutenus auxquels s'ajoutent cette année des effets prix.

Les dépenses des établissements de santé s'établiraient au total à 98,4 Md€, en progression de 3,2 % par rapport à 2021, et à 97,3 Md€ hors covid, en augmentation de 6,6 %. La part tarifaire (55,0 Md€) révèle la persistance d'une faible activité dans les établissements publics ou non lucratifs (ex-DG) : elle baisse de 0,3% en volume économique par rapport à 2021 pour la médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) et reste inférieure de 4% à celle de 2019. Les établissements privés lucratifs (ex-OQN) ont connu une activité valorisée en progression de 0,4% (MCO), encore inférieure de 1,3 % à celle d'avant-crise. Les dotations et enveloppes (35,7 Md€) ont contribué à compenser en partie cette sous-activité, avec une 4^{ème} délégation de crédits en avril 2023 au titre de 2022 qui comprenait 270 M€ à ce titre. La garantie de financement accordée aux établissements de santé s'élèverait à environ 2,8 Md€ (MCO), contre 1,9 Md€ en 2021. Enfin, on observe une dynamique particulièrement soutenue des dépenses de produits de santé de la liste en sus (+15,7 %, 9,2 Md€ en brut), progression ramenée à 6,8 % (6,3 Md€ en net) après prise en compte de recettes atténuatives au titre des remises de prix et de la clause de sauvegarde (cf. infra). Mais sur la base de données encore provisoires, les établissements publics de santé et privés non lucratifs connaîtraient une nette dégradation de leur situation financière avec des déficits prévisionnels qui pourraient se situer aux alentours de 1 Md€ en 2022, après 381 M€ en 2021 et 242 M€ en 2020.

Le comité appelle l'attention sur la perspective d'une augmentation en 2022 des déficits des établissements publics de santé et privés non lucratifs, malgré le mécanisme de garantie de financement et l'engagement de ne pas faire d'économies en 2022. Il conviendrait d'accélérer la clôture des comptes de ces établissements et d'analyser les causes qui conduisent à cette détérioration de telle sorte à éviter que ne s'installe une dynamique de déficits qui constituerait un point de fuite à la maîtrise des dépenses relevant de l'ONDAM.

S'agissant des seules dépenses de médicaments retracées à la fois dans l'objectif des soins de ville et celui des établissements de santé (au titre de la liste en sus), les dépenses s'élèvent à 35,2 Md€ en 2022, en progression de 9,6 % (+ 3,1 Md€ en brut). Cette progression est ramenée à +4,1% (+1,1 Md€ en net) après déduction de 7,4 Md€ de recettes atténuatives (remise de prix, clause de sauvegarde).

La dynamique de remboursement des médicaments est en nette accélération en sortie de crise comparée à celle qui prévalait avant la pandémie et pendant la dernière décennie. Les mécanismes de régulation de ce secteur ne parviennent qu'à infléchir partiellement cette tendance.

Les dépenses de l'ONDAM relatives aux établissements médico-sociaux s'élèveraient à 28,2 Md€ en 2022, en dépassement de 0,6 Md€ par rapport à l'objectif de LFSS pour 2022, principalement en raison des mesures salariales prises en cours d'année. Les dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement atteindraient 6,4 Md€, plus élevées de 0,4 Md€ par rapport à l'estimation de la LFSS pour 2022. Les autres prises en charge (6,6 Md€) dépasseraient la prévision de LFSS de 1,1 Md€, du fait de la gestion de la crise sanitaire par Santé publique France.

Le Comité constate que l'année 2022 se caractérise par le cumul de dépenses exceptionnelles encore élevées pour faire face à crise sanitaire, de mesures nouvelles prises en cours d'année en raison d'une inflation élevée et de la persistance de dynamiques soutenues pour certains grands postes de dépenses comme les médicaments, les indemnités journalières et les transports sanitaires. Il conduit à une progression de l'ONDAM alors que la LFSS prévoyait une diminution, avec un écart de l'ordre de 4 points entre la prévision initiale et la réalisation estimée.

La LFSS pour 2023 fixe un objectif de 244,1 Md€, comprenant une provision pour faire face à la crise sanitaire ramenée à 1 Md€. L'ONDAM a été relevé à 244,8 Md€ en loi de financement rectificative de la sécurité sociale (+0,75 Md€) pour couvrir l'extension sur l'ensemble de l'année 2023 de la majoration des horaires de nuit et de garde annoncée le 6 janvier par le Président de la République (0,6 Md€) et une enveloppe supplémentaire sur les soins de ville (0,15 Md€). L'ONDAM diminuerait au total de 0,9 % par rapport à 2022 (base de référence LFSS 2023 : 247,0 Md€). Hors provision pour gestion de la crise sanitaire, il progresserait de 3,8 % (base de référence 234,9 Md€). Hors crise sanitaire et Ségur de la santé (13,4 Md€), soit 230,4 Md€, il augmenterait de 3,7 % (base de référence 222,2 Md€).

Tout en rappelant le contexte de forte incertitude sur la situation épidémiologique, les données disponibles à la fin du premier trimestre restent en ligne avec la provision pour faire face à la crise sanitaire. Le comité a pris note des données de Santé publique France traduisant une moindre circulation du virus depuis le début de l'année, de la recommandation de la Haute Autorité de santé d'une stratégie ciblée de vaccination et des mesures prises au 1^{er} mars sur les tests (remboursement à 70% au lieu de 100%, baisse du prix des tests PCR). Il est rappelé que la loi de financement pour 2023 (article 108) a suspendu comme en 2021 et 2022, l'obligation de proposer des mesures de redressement à la suite d'une notification d'un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM s'il est imputable à l'évolution des dépenses liées à la crise sanitaire résultant de l'épidémie de covid-19.

Le comité appelle à la vigilance sur les dépenses ne relevant pas directement de la crise sanitaire. L'évolution en 2022 de certaines dépenses de soins de ville plus rapide que prévu conduit à un effet base défavorable qui réduit les marges de manœuvre en gestion. Les effets sur certaines dépenses d'une inflation qui reste élevée appellent une attention particulière. Les fortes dynamiques de certaines grandes dépenses régulièrement soulignées par le comité nécessitent un suivi renforcé. Les économies votées dans la loi de financement pour 2023 n'ont pas encore toutes été traduites dans les faits. La dégradation prévisible des comptes des hôpitaux en 2022 requiert une remontée plus rapide des informations pour un meilleur pilotage financier et une analyse plus précise de la dynamique de charges rapprochée de celle de l'activité.

Le comité procédera à un nouvel examen des dépenses couvertes par l'objectif national d'assurance maladie dans son prochain avis qui sera publié au plus tard le 1er juin prochain.

Le comité d'alerte

Jean-Pierre LABOUREIX

Alain CORDIER

Jean-Luc TAVERNIER

Avis du Comité d'alerte n° 2023-2 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Chaque année, sur le fondement de l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale, le comité rend au plus tard le 1^{er} juin un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (Ondam) pour l'exercice en cours. Il analyse les conditions d'exécution de l'année précédente et le risque qui en découle pour le respect de l'objectif de l'année en cours. Ce deuxième avis est rendu public cette année le 7 juin en raison de la mobilisation des administrations fin mai sur la préparation du premier projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale, instaurée par la loi organique du 14 mars 2022, et de celle de la Commission des comptes de la sécurité sociale qui s'est tenue au lendemain de la présentation en Conseil des ministres de ce projet de loi.

Le premier avis du comité le 15 avril dernier a présenté la mise en œuvre de l'Ondam en 2022 dont les conditions ont été une nouvelle fois nettement modifiées en cours d'exercice. La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2022 en avait fixé le niveau à 236,8 Md€, en baisse de 1,0 % par rapport à 2021. Ces dépenses sont désormais estimées à 247,2 Md€ en 2022, en progression de 2,9 % après une majoration de 10,4 Md€ par rapport à l'objectif de LFSS pour 2022. Les dépenses supplémentaires entraînées par l'épidémie de covid (+6,8 Md€) et les mesures nouvelles décidées en juillet dans un contexte d'inflation élevée (+2,3 Md€) représentent près de 90 % de cet écart.

La LFSS pour 2023 fixe un objectif de 244,1 Md€, avec une provision pour faire face à la crise sanitaire ramenée à 1 Md€. L'Ondam a été relevé à 244,8 Md€ (+0,75 Md€) dans la loi de financement rectificative de la sécurité sociale (LFRSS) du 14 avril 2023 portant réforme des retraites. Cette augmentation vise à couvrir la majoration des horaires de nuit et de garde dans les établissements de santé (0,6 Md€) annoncée le 6 janvier et une enveloppe supplémentaire non affectée au titre de l'évolution prévisible des dépenses de soins de ville (0,15 Md€). L'Ondam diminuerait de 1,0 % par rapport à la dernière prévision de dépenses 2022 (247,2 Md€). Hors provision pour gestion de la crise sanitaire, il progresserait de 3,5 % (base de référence 235,5 Md€). Hors crise sanitaire et « Ségur de la santé » (13,4 Md€), soit 230,5 Md€, il augmenterait de 3,4 % (base de référence 222,8 Md€).

Tout en rappelant l'incertitude entourant l'évolution de la situation épidémiologique, le comité réitère son appréciation du 15 avril dernier selon laquelle les données disponibles à ce stade de l'année restent en ligne avec la provision de 1,0 Md€ pour faire face aux dépenses de crise sanitaire. Cette analyse tient compte des baisses de tarifs et de l'introduction d'un ticket modérateur sur les tests biologiques, de la conformité aux prévisions des dotations à Santé Publique France et de l'absence de tensions sur le financement de la campagne vaccinale.

L'examen des écarts de fin d'exercice 2022 avec la prévision de LFSS pour 2023 fait apparaître un effet base défavorable de l'ordre de 0,4 Md€. Ces dépenses supplémentaires, non prises en compte dans l'objectif fixé par la loi de financement, contraignent d'autant l'Ondam 2023. Elles concernent à titre principal les indemnités journalières, les produits de santé (hors remises conventionnelles et mise en jeu de la clause de sauvegarde) et certaines professions de santé (spécialistes, dentistes).

Le précédent avis du comité a souligné la forte dynamique début 2023 de certaines dépenses sans lien avec l'épidémie de covid, en particulier les indemnités journalières, surtout celles de courte durée, les produits de santé et les transports sanitaires. L'observation de deux mois de dépenses supplémentaires en date de soins conforte l'appel à la vigilance exprimé le 15 avril sur la progression de ces dépenses. La prévision initiale du prix moyen des indemnités journalières apparaît d'ores et déjà sous-estimée d'environ 0,3 Md€ au regard de l'évolution du SMIC et du salaire moyen par tête.

Les revalorisations conventionnelles s'inscrivent dans les montants prévus dans l'Ondam 2023. L'impact financier du règlement arbitral concernant la convention médicale s'élève à 0,2 Md€ cette année et à 0,7 Md€ en année pleine. L'avenant à la convention des masseurs-kinésithérapeutes n'est pas entré en vigueur compte tenu de l'opposition des organisations non-signataires.

S'agissant des établissements de santé, le mécanisme de sécurisation modulée à l'activité succède à la garantie de financement de 2021 et 2022. Il garantit 70 % des recettes (champ médecine, chirurgie, obstétrique – MCO - et hospitalisation à domicile) alors que 30 % d'entre elles tiennent compte de l'évolution de l'activité. Comme déjà signalé, la part tarifaire révèle la persistance d'une faible activité dans les établissements publics ou non lucratifs (ex-DG) qui n'a pas retrouvé en 2022 son niveau d'avant-crise. Le comité regrette de ne pouvoir disposer d'une synthèse actualisée sur la situation financière de ces établissements, l'exploitation des comptes financiers ne commençant qu'en juillet, alors qu'il a fait état dans son précédent avis d'une nette dégradation de leur situation financière sur la base de données provisoires (avec des déficits aux alentours de 1 Md€). Pour contribuer à une meilleure compréhension de cette évolution, il serait utile de procéder à une analyse approfondie de l'évolution de leur activité comparée à celle des effectifs et des heures travaillées, notamment depuis la crise sanitaire.

Les mesures d'économies prévues en LFSS pour 2023 ont été traduites dans les faits pour le secteur de la biologie (0,25 Md€) ou sont en cours de mise en œuvre concernant les produits de santé (1,1 Md€). Le transfert de certaines dépenses aux organismes complémentaires de santé est en voie de définition avec pour objectif une entrée en vigueur en octobre (0,15 Md€ en 2023). Sur l'imagerie médicale, la mesure d'intégration des produits de contraste dans les forfaits techniques (0,15 Md€) est reportée en 2024 et ne générera pas d'économies cette année. Par ailleurs, les mises en réserve ont été effectuées à hauteur de 734 M€. Elles portent pour moitié (365 M€) sur la tarification hospitalière (champ MCO) avec un coefficient prudentiel (0,7 %) dont la mise en œuvre éventuelle s'apprécie tard dans l'année, établissement par établissement, au regard de l'activité constatée.

Au total, pour la première fois depuis trois ans, les préoccupations à mi-année pour le respect de l'Ondam ne portent pas d'abord sur les dépenses liées à la crise sanitaire dont l'évolution laisse à penser que la provision de LFSS pourrait suffire, sauf nouvelle vague épidémique toujours possible au second semestre. En revanche, les dynamiques à l'œuvre sur certains grands postes de dépenses non directement liées à la crise pourraient conduire à dépasser les prévisions initiales, comme l'illustre l'effet base négatif en fin d'exercice 2022. Une grande vigilance apparaît dès lors nécessaire pour respecter l'Ondam tel qu'il résulte de la LFRSS pour 2023, en concrétisant les mesures d'économies prévues, en mobilisant toutes les marges d'exécution et, en tant que de besoin, certaines mesures de régulation. Le comité n'a pas cependant observé un infléchissement de tendance tel qu'il le conduirait à signaler un risque sérieux de dépassement au-delà du seuil de 0,5 % (1 224 M€) qui lui est fixé par le décret du 20 juin 2014.

Toutefois, le comité a signalé dès son avis du 14 octobre 2022 que le contexte d'inflation élevée crée un aléa haussier sur l'évolution des dépenses des établissements de santé et médico-sociaux au cours de l'année 2023, dans le domaine salarial au-delà des décisions déjà prises en 2022 et dans la prise en compte des coûts supplémentaires liés aux prix de l'énergie. La construction de l'Ondam 2023 a pris en compte 0,8 M€ au titre du renchérissement des charges non salariales de ces établissements dont il reste à mesurer en gestion le bon calibrage pour éviter d'aggraver les déficits hospitaliers déjà en forte hausse en 2022. Par ailleurs, en l'absence de schéma salarial pour l'ensemble de la fonction publique, elle n'a pas intégré, comme la loi de finances, de mesure nouvelle de revalorisation des traitements au titre de 2023, se limitant à financer l'effet en année pleine des décisions prises en juillet 2022. Si des mesures nouvelles ayant un effet significatif en 2023 étaient décidées à l'issue des consultations en cours sur le pouvoir d'achat, les tensions d'ores et déjà identifiées pour respecter l'Ondam fixé par la LFRSS pour 2023 en rendraient le financement difficile sans réévaluation de l'objectif par une loi de financement rectificative ou la partie rectificative de la LFSS pour 2024.

Le comité d'alerte

Jean-Pierre LABOUREIX
Alain CORDIER
Jean-Luc TAVERNIER

Annexe technique à l'avis 2023-2 du comité d'alerte**I- En 2022, des dépenses supérieures de 10,4 Md€ à l'objectif initial**

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'Ondam se sont élevées à 247,2 Md€ en 2022, soit un dépassement de +10,4 Md€ par rapport à l'objectif initial de la LFSS pour 2022. Sans modification par rapport à l'analyse du premier avis du comité d'alerte¹, ce dépassement se décompose en +6,8 Md€ de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire et +3,5 Md€ de dépassement non lié à la crise sanitaire. Hors effet de la crise sanitaire, le dépassement est concentré sur les établissements de santé pour +2,4 Md€, principalement dans le contexte des mesures consécutives au choc d'inflation, non anticipé en LFSS pour 2022, sur les rémunérations et les charges non salariales. À l'inverse, le sixième sous-objectif présente une sous-exécution de -0,1 Md€.

L'écart à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023 s'établit à +0,2 Md€ (cf. Tableau n°1). Ce dépassement s'explique principalement par des dépenses sans lien avec la crise sanitaire plus élevées que prévu (+0,5 Md€), bien que compensées par des dépenses hors crise sanitaire plus faibles qu'attendu (-0,3 Md€). Par rapport à l'objectif rectifié, les dépenses entrant dans le champ des soins de ville sont supérieures de +0,4 Md€. Les établissements de santé dépassent également de +0,2 Md€ tandis que les établissements médico-sociaux présentent une sous-exécution de -0,2 Md€ en raison principalement du gel des mises en réserve. Les dépenses du 5^{ème} sous-objectif sont légèrement supérieures (+0,1 Md€), tandis que les autres prises en charge sont inférieures (-0,2 Md€) à l'objectif rectifié.

Tableau n°1 : ONDAM 2022

Montants en Md€	Objectif 2022 LFSS 2022	Objectif 2022 LFSS 2023	Constat 2022	Taux d'évolution	Ecart à la LFSS initiale	Ecart à la LFSS rectifiée
Soins de ville	102,5	107,2	107,6	2,4%	5,1	0,4
Etablissements de santé	95,2	98,2	98,4	3,2%	3,2	0,2
Etablissements et services médico-sociaux	27,6	28,4	28,2	4,4%	0,6	-0,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,3	14,6	14,5	0,5%	0,2	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,3	13,8	13,7	8,9%	0,4	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,0	6,3	6,4	5,0%	0,4	0,1
Autres prises en charges	5,5	6,8	6,6	-3,2%	1,1	-0,2
ONDAM TOTAL	236,8	247,0	247,2	2,9%	10,4	0,2

Note : La base de référence est le constat 2021 définitif établi à la clôture 2022 en mars 2023 corrigé des mouvements de périmètres.

Les dépenses de soins de ville (107, 6 Md€) ont progressé de 2,4% par rapport à 2021. L'ONDAM soins de ville dépasse l'objectif rectifié en LFSS pour 2023 de +0,4 Md€. Ce dépassement est à relier aux dépenses hors crise qui sont supérieures de +0,6 Md€ tandis que les dépenses en lien avec la crise sanitaire sont quant à elles inférieures de -0,2 Md€ à la prévision. Une sous-exécution importante est notamment constatée pour les dépenses de dépistage et de vaccination.

¹ [Les avis du comité d'alerte \(securite-sociale.fr\)](https://www.securite-sociale.fr/)

Hors dépenses de crise, la progression moyenne des dépenses est de +2,4%. Les dépenses de prestations (98,2 Md€) augmentent de +0,4% en raison d'un dépassement des indemnités journalières (+7,9%) et d'un léger dépassement des honoraires médicaux et dentaires (+4,2%). Les dépenses hors prestations (0,3 Md€) connaissent une forte progression (+4,9 %) du fait des prises en charge de cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux (+0,2 Md€).

Les dépenses des établissements de santé (98,4 Md€) ont augmenté de 3,2% par rapport à 2021. L'objectif de dépenses des établissements de santé présente un écart de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2023. À l'exception de la part tarif qui présente une sous-exécution (-0,2 Md€), ce dépassement est principalement expliqué par un surcroît de dépenses de produits de santé relevant de la liste en sus (+0,2 Md€), nette des remises et de la mise en jeu de la clause de sauvegarde, et des dotations et autres enveloppes (+0,3Md€). Cet écart s'explique par des délégations complémentaires en fin de campagne, afin de compenser aux établissements la sous-exécution de la part tarif. Les surcoûts induits par la crise sanitaire, s'élèvent à 1,0 Md€, un montant nettement inférieur aux années précédentes. Hors crise sanitaire, les dépenses de l'Ondam en faveur des établissements de santé ont progressé de 6,6% par rapport à 2021. Ce fort dynamisme s'explique par les mesures prises dans un contexte de forte inflation (revalorisation du point d'indice et compensation des effets de l'augmentation des prix sur les charges non salariales notamment). Hors crise sanitaire, dépenses liées au « Ségur de la santé », revalorisation du point d'indice et des charges non salariales induite par l'inflation, la progression des dépenses hospitalières a été de +3,2%. Pour rappel, sur le champ hospitalier, la revalorisation du point d'indice a représenté un coût de +1,1 Md€, et la compensation de l'inflation sur les charges non salariales +0,7 Md€.

Les dépenses de l'ONDAM médico-social se sont élevées à 28,2 Md€, soit une hausse de 4,4% par rapport à 2021. Les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées s'élèvent à 14,5 Md€ (en progression de +0,5%) et celles relatives aux établissements et services pour personnes handicapées s'élèvent à 13,7 Md€ (en progression de +8,9%). Hors crise sanitaire, les dépenses de l'ONDAM en faveur des établissements médico-sociaux ont progressé de 7,1% (5,3% pour l'objectif global de dépenses personnes âgées - OGD PA- et 9,1% pour l'objectif global de dépenses personnes handicapées - OGD PH-, dont le taux est en particulier porté par les suites du « Ségur de la santé »). Bien que ces dépenses soient en progression, l'Ondam médico-social présente une sous-exécution de l'ordre de -0,2 Md€ par rapport à l'objectif 2022 rectifié en LFSS pour 2023, qui s'explique principalement par le maintien d'un gel sur les mises en réserve.

Les dépenses relatives au fond d'intervention régional (FIR) et soutien national à l'investissement (SNI) ont atteint 6,4 Md€, soit une progression de +5,0% par rapport à 2021 (+8,6% hors crise sanitaire). Le 5^{ème} sous-objectif présente un dépassement de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2023.

Les autres prises en charge se sont élevées à 6,6 Md€, soit un taux d'évolution en baisse de +3,2% par rapport à 2021 (+11,0% hors crise sanitaire).

II- La construction de l'ONDAM en LFRSS pour 2023

La construction en LFSS 2023 intégrait :

- une compensation de l'effet en année pleine de la revalorisation du point d'indice pour 1,4 Md€ supplémentaires par rapport à 2022 ;
- une enveloppe permettant de couvrir le renchérissement des charges non salariales en établissements sanitaires et médico-sociaux de 0,8 Md€² ;
- la fin de la montée en charge des mesures du « Ségur de la Santé » pour 0,7 Md€ ;

² Au titre de l'inflation considérée comme exceptionnelle, conventionnellement en écart à une construction qui aurait suivi une inflation de 1%.

- un quantum de mesures nouvelles hors « Ségur de la santé » de 2,1 Md€, dont 0,7 Md€ de provision pour revalorisations conventionnelles en ville, 0,5 Md€ pour l'ONDAM établissements de santé et 0,6 Md€ pour l'objectif global de dépenses médico-sociales ;
- un volume de 1,7 Md€ de mesures d'économies et de régulation ;
- une provision afin de couvrir les surcoûts induits par la crise sanitaire de 1,0 Md€.

Dans le cadre de la LFRSS 2023, un rehaussement de l'ONDAM 2023 de 0,75 Md€ a été intégré, en le portant à 244,8 Md€ en niveau :

- 0,6 Md€ portant sur l'ONDAM établissements de santé afin de financer l'extension de la majoration des horaires de nuit et de garde annoncées le 6 janvier 2023 ;
- 0,15 Md€ portant sur les dépenses de soins de ville, enveloppe supplémentaire non affectée au vu des risques connus lors de la discussion du PLFRSS, notamment sur les indemnités journalières.

La progression de l'ONDAM 2023 en LFRSS 2023 s'établit à -0,9% par rapport à 2022 (-2,1 Md€ par rapport à une base de référence de 247,0 Md€, base avant clôture). Le taux d'évolution est de +3,8% hors dépenses en lien avec la crise sanitaire, et de 3,7% hors crise et hors poursuite de la montée en charge du « Ségur de la santé » (cf. Tableau n°2). Par rapport à une base de référence égale au niveau enregistré à la clôture, la progression de l'ONDAM 2023 voté est de -1,0%, et de +3,5 % hors effet de la crise sanitaire.

Tableau n°2 : ONDAM en LFRSS 2023

<i>Montants en Md€</i>	ONDAM 2023 hors crise, hors Ségur	Taux d'évolution hors crise, hors Ségur	ONDAM 2023 hors crise, avec Ségur	Taux d'évolution hors crise, avec Ségur	ONDAM total 2023	Taux d'évolution
Soins de ville	102,8	2,8%	103,5	3,1%	104,0	-3,0%
Etablissements de santé	93,2	4,2%	101,1	4,3%	101,3	3,1%
Etablissements et services médico-sociaux	26,8	4,9%	30,0	5,1%	30,0	5,1%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	13,0	5,4%	15,3	5,1%	15,3	5,1%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,7	4,5%	14,6	5,2%	14,6	5,2%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	5,0	6,1%	6,1	1,7%	6,1	-2,0%
Autres prises en charges	2,7	6,3%	3,0	3,9%	3,4	-49,2%
ONDAM TOTAL	230,5	3,7%	243,8	3,8%	244,8	-0,9%



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*