

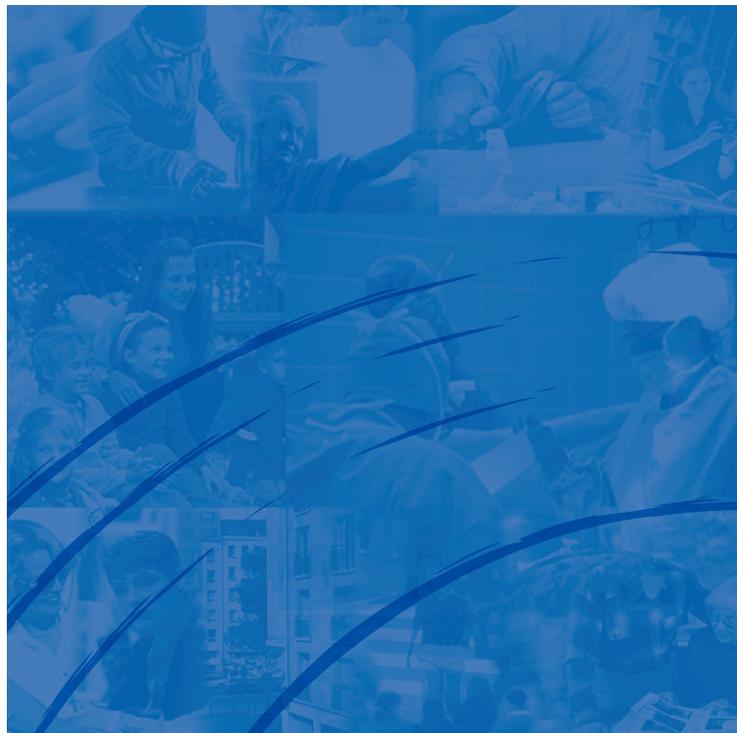


GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2023

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement
de la Sécurité sociale – PLFSS

ANNEXE 5

ONDAM et dépenses de santé

**ANNEXE 5
ONDAM
ET DÉPENSES DE
SANTÉ**

PLFSS 2023

SOMMAIRE

PLFSS 2023 - Annexe 5

PARTIE I: L'ONDAM en 2021, 2022 et 2023	13
<i>I.1 L'ONDAM, un objectif interbranches composé de six sous-objectifs</i>	15
I.1.1 Les six sous-objectifs de l'ONDAM	15
I.1.2 L'articulation entre l'ONDAM et les dépenses des branches maladie, AT-MP et autonomie	17
<i>I.2 Une hausse marquée de l'ONDAM en 2021 (+8,7 %) en raison de la poursuite de la crise sanitaire et de la poursuite de la montée en charge du Ségur</i>	18
I.2.1 ONDAM 2021 : un dépassement de 14,7 Md€ par rapport à la LFSS 2021	18
I.2.2 Des surcoûts bruts liés à la crise sanitaire à hauteur de 18,3 Md€.....	19
I.2.3 Des dépenses relatives à la mise en œuvre du Ségur de la Santé à hauteur de 9,3 Md€ en 2021, dont 7,8 Md€ supplémentaires par rapport à 2020.....	20
I.2.4 Hors crise et hors Ségur, des dépenses inférieures à l'objectif rectifié en LFSS 2022	20
<i>I.3 L'ONDAM devrait progresser de +2,2% en 2022, en dépassement de 9,1 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFSS pour 2022</i>	22
I.3.1 Des surcoûts bruts en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 11,5 Md€.....	23
I.3.2 Une révision à la hausse de 0,1 Md€ du Ségur de la santé et de ses suites.....	25
I.3.3 Des mesures tenant compte du contexte d'inflation pour 2,3 Md€.....	25
I.3.4 Hors impact de la crise, révision du Ségur et mesures spécifiques au contexte inflationniste, les dépenses de l'ONDAM seraient quasi conformes à la construction.....	25
<i>I.4 Périmètre et construction de l'ONDAM 2023</i>	27
I.4.1 Transferts entre sous-objectifs et changements de périmètre.....	27
<i>I.5 Une hausse de l'ONDAM de 3,7% en 2023, hors dépenses liées à la crise sanitaire</i>	28
<i>I.6 Une progression des dépenses de soins de ville prévue à 2,9% en 2023 (hors dépenses liées à la crise sanitaire)</i>	31
I.6.1 Evolution spontanée en 2023.....	31
I.6.2 Les revalorisations conventionnelles et mesures nouvelles	33
I.6.3 Le Ségur de la santé en 2023.....	33
I.6.4 Les mesures de régulation.....	33
<i>I.7 Le financement des établissements de santé prévu en hausse de 4,1% en 2023 (hors dépenses liées à la crise sanitaire)</i>	38
I.7.1 Aider les établissements à faire face aux surcroît de charges dès 2022	39
I.7.2 Poursuivre la transformation des métiers et la revalorisation de ceux qui soignent	40
I.7.3 Soutenir le fonctionnement structurel des établissements de santé	40
I.7.4 Transformer pour améliorer l'offre de soins.....	40

I.7.5 Soutenir la recherche et l'innovation	40
I.7.6 Mener des actions prioritaires en santé publique	41
I.7.7 Lutter contre les inégalités en santé	41
I.7.8 Renforcer l'offre de soutien psychiatrique et psychologique de la population	42
PARTIE II: ONDAM et besoins de santé publique.....	43
II.1 La prévention institutionnelle en 2021.....	45
II.2 La stratégie nationale de santé et le Plan national de santé publique	48
II.2.1 Une stratégie interministérielle dont la mise en œuvre est en cours d'évaluation.....	48
II.2.2 Le Plan national de santé publique, investir dans la promotion de la santé et la prévention	49
II.3 Lutter contre l'antibiorésistance	50
II.3.1 Une consommation d'antibiotiques en baisse, mais qui reste très élevée.....	50
II.3.2 Publication de la Stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des infections et de l'Antibiorésistance en santé humaine	50
II.3.3 Poursuite des actions de prévention relative aux antibiotiques.....	50
II.3.4 Promouvoir les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD)	51
II.4 Des fonds qui permettent le financement d'actions de prévention institutionnelle	51
II.4.1 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS).....	51
II.4.2 Le fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives (FLCA)	52
II.5 Le fonds d'intervention régional : levier pour le financement de la politique locale de santé ...	53
II.5.1 Objectifs et missions du fonds.....	53
II.5.2 Les dispositifs de prévention financés par le FIR en 2021.....	54
II.6 Le fonds d'innovation du système de santé : une démarche de transformation de l'offre en santé y compris sur la prévention.....	54
II.6.1 Objectifs et missions du fonds.....	54
II.6.2 Les expérimentations en matière de prévention	55
PARTIE III: ONDAM et pathologies	57
III.1 Les déterminants de la croissance des dépenses : une analyse médicalisée	59
III.1.1 Quelles sont les principales pathologies prises en charge en 2020 et à quel coût ?	60
III.1.2 Quels facteurs d'évolution des dépenses par pathologie ?	68
PARTIE IV: L'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge	85
IV.1 La dépense courante de santé au sens international (DCSi).....	87
IV.2 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)	89
IV.3 Deux concepts différents : La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et l'ONDAM.....	92
PARTIE V: Rappel des avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de santé en 2022.....	93

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

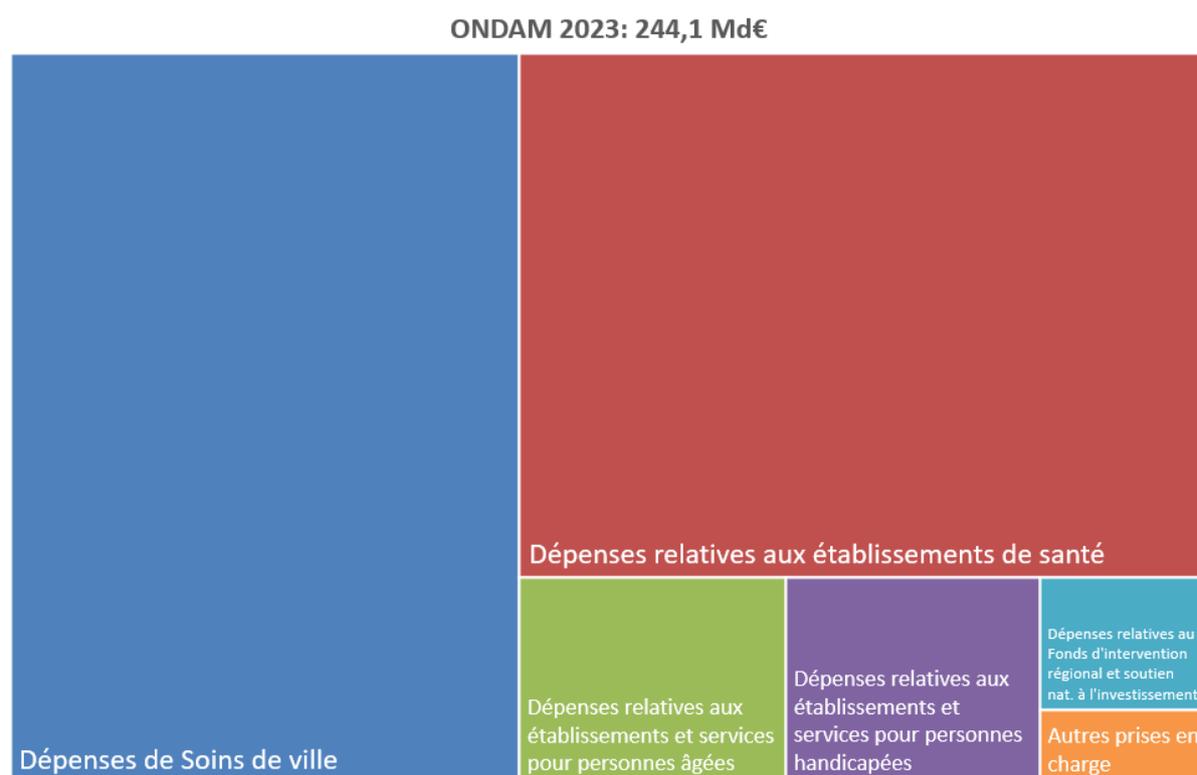
Dans le cadre des modifications organiques, la partie sur la situation financière des établissements de santé et leur capacité d'investissement fait maintenant l'objet d'une annexe à part entière (Annexe 6).

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 244,1 Md€ en 2023. Ces dépenses se déclinent en six sous-objectifs (cf. graphique 1) :

- les dépenses de soins de ville (103,9 Md€ attendus en 2023) : 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 (100,7 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 (15,3 Md€) et le second concernant les établissements et services d'accueil des personnes handicapées (14,6 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 (3,4 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 2023, par sous-objectif



Fortement soutenu par le « Ségur de la Santé », l'ONDAM 2021 est aussi marqué par les révisions successives à la hausse des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire

En 2021, les dépenses sous ONDAM ont été revues successivement à la hausse du fait de la poursuite de la pandémie, alors que la LFSS 2021 reposait sur un recul marqué de cette dernière. La LFSS 2021 avait fixé le niveau de l'Ondam à 225,4 Md€, en progression de 2,3 % par rapport à 2020. La fixation de ce taux tenait compte d'une trajectoire sous-jacente, hors dépenses liées à la crise et au Ségur de la santé, fixée à 2,4 %, de dépenses liées au Ségur en augmentation de 7,3 Md€ par rapport à 2020 et d'une provision de 4,3 Md€ afin de couvrir les dépenses liées à la Covid-19. Si le coût du Ségur a été conforme à la prévision, la provision pour couvrir les dépenses liées à la crise sanitaire s'est rapidement révélée insuffisante avec la survenue des troisièmes et quatrièmes vagues épidémiques qui ont donné lieu à des hausses successives des dépenses de santé. En LFSS 2022, l'objectif 2021 a été rectifié à 238,8 Md€ en progression de +8,2%. L'estimation des dépenses exceptionnelles au titre de la crise sanitaire a été revue alors à 15,9 Md€ (+11,6 Md€ par rapport à la LFSS 2021). De plus, la dynamique des dépenses de produits de santé (hors vaccins) et des indemnités journalières, plus forte qu'anticipée, a abouti à l'enregistrement d'un dépassement supplémentaire de 1,9 Md€. Selon les dernières informations fournies par les régimes d'assurance maladie, les dépenses dans le champ de l'ONDAM 2021 s'élèveraient finalement à 240,1 Md€ (+8,7%), en dépassement de 1,3 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2022. Ce dépassement s'explique par des dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire (18,3Md€, atteignant le niveau des dépenses de crise de 2020) encore supérieures à celles qui avait été anticipées en LFSS 2022 (+2,3Md€ par rapport à la LFSS 2022). En revanche, notamment en raison du déclenchement de la clause de sauvegarde en 2021, les dépenses hors crise ont été inférieures de -0,8Md€ à celle prévues au moment de la LFSS 2022.

Toujours empreint des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire plus fortes qu'initialement prévu, l'ONDAM 2022 est marqué par les effets de la hausse de l'inflation

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM en 2022 ont été fixées à 236,8 Md€ dans la LFSS pour 2022, soit une progression à champ constant de -1,0% par rapport à 2021. Hors surcoûts identifiés en 2021 et 2022 relatifs à la crise sanitaire, les dépenses étaient prévues en augmentation de

+3,8 %. La construction de l'ONDAM en LFSS pour 2022 tenait compte d'une hausse sous-jacente de 2,7% hors poursuite de la montée en charge des dépenses liées au Ségur de la santé et hors effets de la crise sanitaire. Les hypothèses retenues en construction reposaient sur un retour à la normale de l'activité de soins en 2022 et un contexte épidémique plus favorable avec une circulation du virus maîtrisée, et une provision de 4,9 Md€ avait été retenue afin de couvrir les dépenses liées à la crise sanitaire. La montée en charge des mesures du Ségur de la santé représentait un coût supplémentaire de 2,7 Md€ par rapport à 2021. A l'instar de la construction de l'ONDAM 2021, cette provision de crise s'est rapidement révélée insuffisante compte tenu de la survenue de la cinquième vague épidémique, avec le variant Omicron, et l'impact que celle-ci a engendré sur les dépenses de dépistage ainsi que d'indemnités journalières en lien avec la Covid-19. Les dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire sont désormais estimées à 11,5 Md€, soit un écart de +6,6 Md€ par rapport à la LFSS 2022. D'autre part, en raison de la forte accélération de l'inflation (+5,4% en moyenne annuelle en 2022, après +1,6% en 2021, plus forte augmentation depuis 40 ans), le Gouvernement a annoncé une revalorisation exceptionnelle de 3,5% à partir du 1^{er} juillet 2022 du point d'indice des fonctionnaires. Le coût total financé sous ONDAM sur une demi année est de 1,5 Md€, incluant aussi des mesures salariales pour protéger le pouvoir d'achat des salariés des établissements privés. 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.).

Sous ces hypothèses actualisées, les dépenses de l'ONDAM 2022 s'élèveraient à 245,9 Md€ dans l'objectif rectifié en PLFSS 2023, en progression de +2,2% à périmètre constant, soit 9,1 Md€ de plus qu'en LFSS 2022. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, la progression de l'ONDAM en 2022 serait de +5,4%, et de +4,4% hors crise, hors Ségur, rythme soutenu par les enveloppes supplémentaires rendues nécessaires par le contexte d'inflation en nette hausse.

La LFSS pour 2021 (article 98) avait suspendu, en raison du contexte sanitaire, l'obligation de proposer des mesures de redressement qui auraient dû s'imposer en temps normal en cas de dépassement excessif, fixé supérieur à un seuil de 0,5% de l'ONDAM. La LFSS 2022 (article 115) a partiellement reconduit ce mécanisme en ne rendant obligatoire la proposition de mesures de redressement qu'en cas de dépassement pour des motifs non liés aux dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Un dépassement principalement imputé aux dépenses de crise a été déclenché par le Comité d'Alerte le 30 mai 2022 dans le cadre de son avis n°2022-2, n'entraînant pas pour ce motif d'obligation de prévoir des mesures de redressement.

Une hausse de l'ONDAM de 3,7 % prévue en PLFSS 2023, hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire

La construction de l'ONDAM 2023 repose sur l'hypothèse d'une circulation maîtrisée de la Covid-19 et d'un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années pré-crise. Au total, la LFSS pour 2023 fixe les dépenses couvertes par l'ONDAM à 244,1 Md€ en 2023.

Ce montant repose sur la construction suivante :

- Une progression, avant prise en compte de l'impact de l'inflation exceptionnellement élevée et des mesures nouvelles, jouant pour +2,4 points de contribution¹. 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 et la revalorisation du point d'indice pour son effet en année pleine comprenant aussi des mesures salariales pour les salariés des établissements privés, jouant pour +0,9 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 ainsi que des mesures nouvelles dans les établissements de santé et médico-sociaux jouant pour +0,9 point ;
- La poursuite de la montée en charge des dépenses consécutives aux accords du Ségur de la Santé jouant pour +0,3 point ;
- Les mesures de régulation et d'économies jouant pour -0,7 point.

¹ Ce chiffre de 2,4% est la contribution de l'évolution spontanée rapportée à une base y compris mesures du Ségur. L'évolution spontanée calculée sur une base hors dépenses du Ségur est de 2,5%.

Au total, l'ONDAM évoluerait de 3,7 % hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Il serait en baisse de 0,8 % en tenant compte de ces dépenses, qui passeraient des 11,5 Md€ désormais attendus en 2022 à une provision de 1,0 Md€ en 2023. Ces prévisions restent cependant naturellement marquées par un degré d'incertitude élevé en raison des risques liés à l'évolution de la crise sanitaire.

Graphique 2 • Principe de construction de l'ONDAM 2023



Note de lecture : hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire en 2022 et 2023, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM est de 3,7% en 2023.

Une année 2023 marquée par la poursuite du soutien aux établissements de santé et médico-sociaux

Les dépenses des soins de ville évolueraient à +2,9 % hors crise, progression permettant de tenir compte notamment des mesures de revalorisations conventionnelles engagées et à venir en faveur des professionnels de santé. Ainsi, l'ONDAM 2023 intègre le financement de mesures prises dans le cadre du plan « ma santé mentale » et la poursuite de la montée en charge de la convention des infirmiers libéraux et des pharmaciens. Le sous objectif relatif aux soins de ville intègre par ailleurs la poursuite de la montée en charge des mesures de l'avenant 9 à la convention médicale signée avec l'Assurance maladie en juillet 2021. Il permettra également le financement des nouvelles conventions à venir des médecins et masseurs-kinésithérapeutes.

Les dépenses des sous-objectifs établissements de santé et médico-sociaux évolueraient de manière plus dynamique (+4,1% pour les établissements de santé, +5,1% pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et +5,2% pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées). Cette évolution dynamique s'explique principalement par l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice actée en juillet 2022 et des mesures salariales également financées pour protéger le pouvoir d'achat des salariés des établissements privés. Cette progression dynamique des dépenses s'explique également par la fin de la montée en charge des mesures issues des accords du Ségur de la Santé. Ces hausses permettent par ailleurs, de manière exceptionnelle, de construire un ONDAM hospitalier n'intégrant aucun impératif d'économies en dehors des produits de santé de la liste en sus. Sans renoncer à ce que des mesures d'efficacité soient mises en œuvre dans les établissements, ceux-ci bénéficieront directement du fruit des actions d'efficacité qu'ils continueront à mener, notamment au titre de programmes nationaux tels que PHARE. Cet effort contribuera à la consolidation de leur situation financière et de leur capacité à investir.

Par ailleurs, la construction de l'ONDAM proposée en PLFSS 2023 repose sur une hausse sous-jacente des dépenses de produits de santé de 3,0 % en 2023. 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 +1,7% (et +6,1% hors Ségur) de manière à renforcer la territorialisation des dépenses de santé et valoriser les efforts en matière d'aide à l'investissement national. Au sein de ce sous-objectif, le FIR évolue de +3,1%, ce qui représente en volume de mesures nouvelles financées d'environ 130 M€.

Enfin, le 6^{ème} sous-objectif (« Autres prises en charge ») évolue de 3,9% 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.

Tableau 1 • Hausse de l'ONDAM par sous-objectifs en PLFSS 2023 (hors dépenses exceptionnelles liées à la crise)

Soins de ville	2,9 %	Médico-social - personnes handicapées	5,2 %
Etablissements de santé	4,1 %	Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	1,7 %
Médico-social – personnes âgées	5,1 %	Autres prises en charge	3,9 %

L'ONDAM s'établirait à un peu moins de 9 % du PIB en 2023, en nette augmentation par rapport à la situation pré-crise, 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) ; elles pourraient atteindre 8,8% du PIB en 2023¹, 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 suivie a conduit à un renchérissement du poids de l'Ondam dans la richesse nationale ;

- 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. Par rapport au niveau exceptionnellement élevé atteint en 2020 et 2021, une baisse serait constatée en 2022 et 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 2011 à 2021, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) a progressé de 0,5 point de PIB, tandis que l'ONDAM progressait de 1,6 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 Covid19 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 76,3% en 2011 à 79,8% en 2021².

L'ONDAM a ainsi connu une hausse structurelle très importante par rapport à la situation pré-crise et connaîtra une nouvelle hausse importante en 2023. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'objectif progresserait de 3,7 % en 2023. Cette forte augmentation s'explique 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

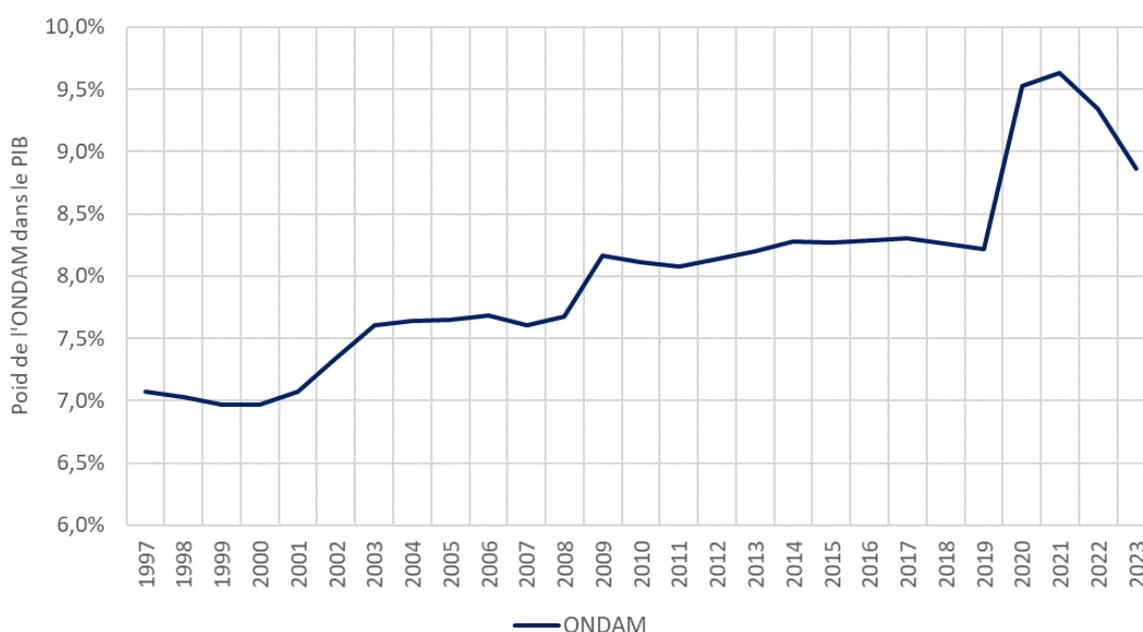
¹ Après deux années atypiques en 2020 et 2021 où la part de l'ONDAM dans le PIB a été particulièrement élevée du fait de la conjonction des dépenses de santé engagées pour répondre à la crise sanitaire et de la contraction du PIB.

² Ce montant important en 2021 s'explique par le fait que les dépenses en lien avec la crise sanitaire 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 77,9%.

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, 7,8 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 et 2023 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).

Avant même cette hausse structurelle des dépenses de santé, la France se situait dans le peloton de tête des pays de l'Union européenne en termes de ressources consacrées à la santé, avec une part des dépenses courantes de santé au sens international dans le PIB évaluée à 11,2 % en 2018, juste derrière l'Allemagne (11,5 %) et la Suisse (11,3%). En 2021, cette part s'établit à 12,3 % du PIB. En moyenne en 2020, les États membres de l'UE-27 consacrent 8,3 % de leur PIB aux dépenses de santé (cf. partie 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 du temps explique de l'ordre de 0,2 point de la hausse de l'ONDAM de 1997 à 2023.

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, qui vont au-delà de la seule régulation financière annuelle.

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 3). En 2023 dans la construction de l'ONDAM « établissements de santé »,

les ministres ont annoncé qu'il n'était pas demandé aux établissements de santé de réaliser des économies à la différence de ce qui a été fait dans le passé. Malgré cette absence d'économies, les établissements de santé doivent toujours être vigilants quant à la performance de leurs achats, notamment dans un contexte d'inflation.

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 très grande partie (75 %¹) des 16,9 Md€ consacrés en 2021 à la prévention institutionnelle². 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 l'assurance maladie. Le reste se répartit entre État et collectivités locales (PMI, santé scolaire et universitaire, etc. soit 12 % de la prévention institutionnelle) et secteur privé (10 %, 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.

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...

**PARTIE I:
L'ONDAM EN 2021,
2022 ET 2023**

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

Instauré 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 2023 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 5ème 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, ...).

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 aux agences régionales de santé au titre du FIR • Dotations 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
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)

1.1.2 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 s'agissant du 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 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 2020 décrit en détail le passage des dépenses du champ de l'ONDAM aux prestations maladie-maternité des comptes de la CNAM.

Une hausse marquée de l'ONDAM en 2021 (+8,7 %) en raison de la poursuite de la crise sanitaire et de la poursuite de la montée en charge du Ségur

– Tableau 2 • Composition de l'ONDAM et des comptes de branches pour l'exercice 2022

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 = IJ 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 IJ 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 ANOPC...) <p>III. 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

I.2 Une hausse marquée de l'ONDAM en 2021 (+8,7 %) en raison de la poursuite de la crise sanitaire et de la poursuite de la montée en charge du Ségur

I.2.1 ONDAM 2021 : un dépassement de 14,7 Md€ par rapport à la LFSS 2021

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 avait rectifié l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 2021 à 238,8 Md€, soit une révision à la hausse de 13,3 Md€ par rapport à l'objectif voté initialement en LFSS 2021. Selon les dernières informations fournies par les régimes d'assurance maladie, les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont finalement élevées à 240,1 Md€, en dépassement de 1,3 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2022 et de 14,7 Md€ par rapport à l'objectif initial en LFSS pour 2021. Ce dépassement s'explique essentiellement par des dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire largement supérieures à ce qui avait été provisionné en construction (18,3 Md€ constatés contre une provision de 4,3 Md€, soit +13,9 Md€).

Tableau 3 – Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2021

Constat 2021 (en Md€)	Constat 2020	Base 2021	ONDAM 2021 en LFSS 2021	ONDAM 2021 en LFSS 2022	Constat 2021	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif en LFSS 2021	Ecart à l'objectif en LFSS 2022
ONDAM TOTAL	219,4	220,8	225,4	238,8	240,1	8,7%	14,7	1,3
Soins de ville	94,6	94,6	98,9	105,0	105,2	11,2%	6,3	0,2
Établissements de santé	89,9	89,9	92,9	95,5	96,8	7,7%	3,9	1,3
Établissements et services médico-sociaux	24,0	25,4	26,1	26,7	26,8	5,3%	0,7	0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	12,0	13,1	13,6	14,2	14,4	9,7%	0,8	0,2
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,0	12,3	12,4	12,5	12,4	0,5%	-0,1	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	3,9	3,9	3,8	4,3	4,3	10,5%	0,5	0,0
Autres prises en charges	7,0	7,0	3,8	7,3	7,0	-0,2%	3,2	-0,3

Source : DSS/SDEPF/6B

Tableau 4 • Décomposition du dépassement de l'ONDAM 2021 par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2022

Constat 2021 (en Md€)	ONDAM 2021 en LFSS 2022	Constat 2021	Ecart à l'objectif en LFSS 2022	dont écart lié à la crise sanitaire	dont écart hors crise sanitaire
ONDAM TOTAL	238,8	240,1	1,3	2,3	-1,0
Soins de ville	105,0	105,2	0,2	1,1	-0,8
Établissements de santé	95,5	96,8	1,3	1,1	0,2
Établissements et services médico-sociaux	26,7	26,8	0,1	0,2	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,2	14,4	0,2	0,2	0,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,5	12,4	-0,1	0,0	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	4,3	4,3	0,0	0,0	0,0
Autres prises en charges	7,3	7,0	-0,3	0,0	-0,3

Source : DSS/SDEPF/6B

1.2.2 Des surcoûts bruts liés à la crise sanitaire à hauteur de 18,3 Md€

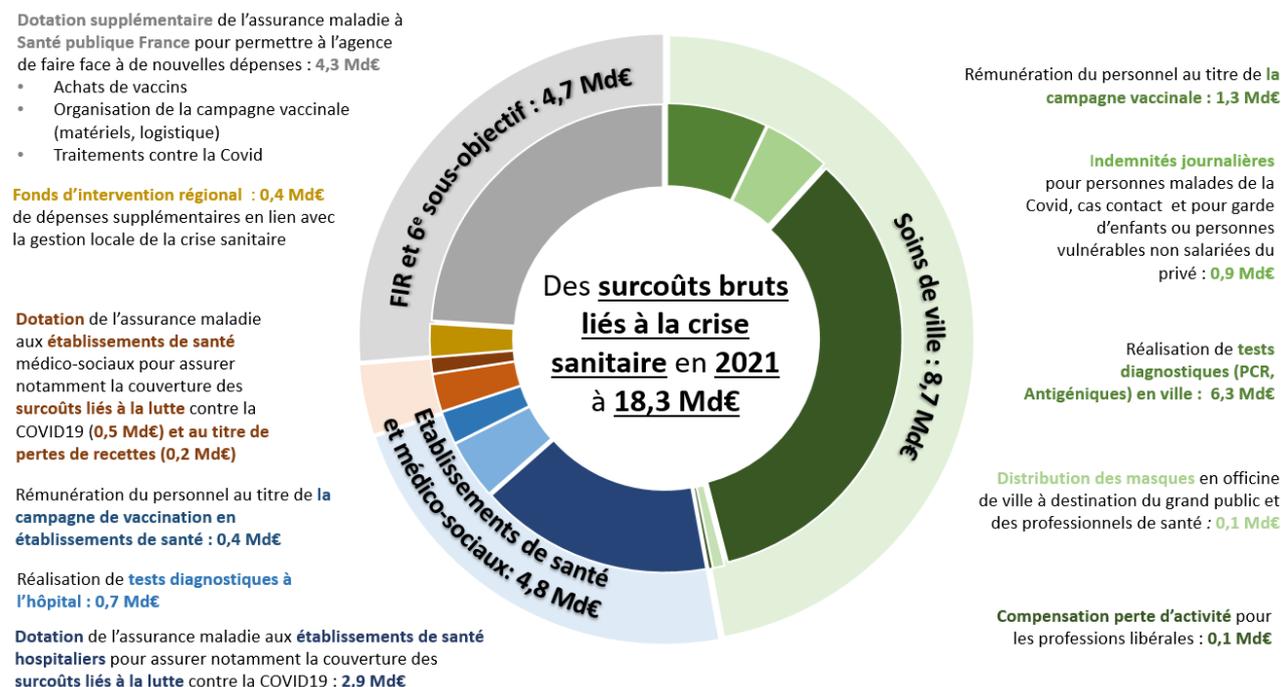
Une provision de 4,3 Md€ avait été intégrée en LFSS 2021 dans l'ONDAM 2021 afin de couvrir les dépenses liées à la Covid-19 : 2,0 Md€ au titre des dépenses de tests de dépistage, 1,5 Md€ pour l'acquisition de vaccins et la campagne de vaccination, et 0,7 Md€ pour couvrir les achats et la dispensation des masques pour cas positifs, cas contacts ou personnes vulnérables. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2022 prévoyait des dépenses en lien avec la crise sanitaire significativement rehaussées, à hauteur de 15,9 Md€, soit 11,6 Md€ de plus que la provision intégrée dans l'ONDAM en LFSS pour 2021. Les dépenses de crise ont depuis été à nouveau dépassées, de 2,3 Md€, notamment en lien avec la vague Omicron qui a débuté fin 2021. Ce nouveau dépassement est le principal facteur de révision de l'Ondam *in fine* constaté en 2021.

Les dernières données disponibles conduisent à un coût de 18,3 Md€ de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire en 2021

Ces dépenses sont regroupées dans le graphique 1 et font suite à un montant équivalent (18,3 Md€) de surcoûts bruts en 2020. Elles se décomposent comme suit :

- **4,3 Md€ au titre des dotations de l'assurance maladie à l'agence nationale de santé publique** (Santé publique France), dont 3,0 Md€ pour l'achat de vaccins et au titre de l'organisation de la campagne de vaccination (matériels, logistique) et 1,3 Md€ de dépenses supplémentaires en lien avec la Covid (traitements Covid, tests, autres dépenses, etc.).
- **1,7 Md€ au titre de la campagne de vaccination** (rémunérations des personnels en établissements de santé, en centre de vaccination ou en cabinet). Au total, sur l'ensemble du territoire français, près de 125 millions de doses ont été injectées, principalement en cabinet, à domicile ou en centre de vaccination.
- **7,1 Md€ au titre des dépenses de dépistage de la covid-19**. Environ 160 millions de tests ont été réalisés en ville et à l'hôpital, dont 85 millions de tests PCR (73 millions en ville, 12 millions à l'hôpital) et 75 millions de tests antigéniques. Plusieurs baisses de prix sont intervenues en 2021, faisant évoluer le prix moyen d'un test PCR de 70€ à 49€ fin 2021.
- **3,6 Md€ de financements supplémentaires pour les établissements sanitaires et médico-sociaux**, dont 2,9 Md€ à destination des établissements de santé pour assurer notamment la couverture des charges d'achat de matériel, de réorganisation des établissements et des pertes de recettes. Les établissements médico-sociaux ont quant à eux reçu une dotation supplémentaire de 0,7 Md€ afin de couvrir les surcoûts en lien avec la crise sanitaire (recrutements, achats d'équipements de protection individuelle, compensation de pertes de recettes).
- **0,9 Md€ de dépenses supplémentaires d'indemnités journalières (IJ) maladie** en lien avec la Covid, comprenant les arrêts dérogatoires (personnes infectées, cas contacts, professions libérales) prescrits notamment via le télé-service « déclare.ameli.fr », et les arrêts maladies non dérogatoires prescrits par un médecin en lien avec la Covid.
- **0,4 Md€ de dotation complémentaire sur le FIR** comprenant des dépenses au titre de la vaccination, du dispositif « tester, alerter, protéger », ainsi que d'autres dépenses de crise (contact tracing, primes étudiants, etc.)
- **0,1 Md€ de dépenses au titre de la délivrance des masques.**

Graphique 1 – Synthèse des surcoûts 2021 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 9,3 Md€ en 2021, dont 7,8 Md€ supplémentaires par rapport à 2020

Les dépenses relatives à la mise en œuvre du Ségur de la Santé en 2021 n'ont pas été modifiées depuis l'objectif rectifié 2021 en LFSS pour 2022. Au total, le Ségur de la santé a atteint 9,3 Md€ de dépenses en 2021 (au périmètre 2021, c'est-à-dire avant intégration des plans d'aide à l'investissement et le numérique du secteur médico-social qui étaient hors ONDAM au périmètre 2021), dont 7,9 Md€ concernent les revalorisations salariales en établissements sanitaires et médico-sociaux (cf. encadré dédié).

1.2.4 Hors crise et hors Ségur, des dépenses inférieures à l'objectif rectifié en LFSS 2022

1.2.4.1 Des dépenses de soins de ville hors crise et hors Ségur inférieures de 0,8 Md€ à la LFSS 2022

Les dépenses de soins de ville hors crise, hors Ségur, ont représenté 96,3 Md€, en progression de 2,2% par rapport à 2020. Elles sont inférieures de 0,8 Md€ au sous-objectif rectifié par la LFSS pour 2022.

Les dépenses nettes de **produits de santé** de ville (médicaments et liste des produits et prestations - LPP) ont été inférieures de 0,4 Md€ à la prévision de la LFSS pour 2022. Les prestations hors remises conventionnelles et hors clause de sauvegarde des produits de santé ont été supérieures de 0,1 Md€. Les remises conventionnelles de ville se sont avérées inférieures de 0,1 Md€ à celles qui avaient été anticipées en LFSS 2022. En revanche, la clause de sauvegarde s'est déclenchée en 2021 à hauteur de 0,5 Md€ sur les soins de ville.

Les remboursements **d'honoraires médicaux et dentaires** ont été inférieurs de 0,3 Md€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2022 et les honoraires **paramédicaux** inférieurs de 0,1 Md€. Les dépenses de **biologie**, hors crise, ainsi que les dépenses des **transporteurs sanitaires** sont ressorties légèrement inférieures à l'objectif rectifié (-0,1 Md€ au global). A l'inverse, les dépenses hors crise **d'indemnités journalières** ont été plus élevées, de 40 M€, par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2022.

Les dépenses **hors prestations** (notamment les prises en charge par l'assurance maladie des cotisations des professionnels de santé et la taxe sur les organismes complémentaires) ont été inférieures de 0,1 Md€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2022.

I.2.4.2 Des dépenses des établissements de santé hors crise et hors Ségur supérieures de 0,2 Md€ en 2021 à l'objectif encadré par le protocole

Les dépenses relatives au financement des **établissements de santé publics** au titre des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) ont été inférieures de -165 M€ à l'objectif rectifié, malgré le dispositif de garantie de financement, mais cette moindre valorisation de l'activité a été compensée aux établissements grâce aux crédits complémentaires délégués en fin de gestion (cf. paragraphe suivant). Les dépenses liées au financement de l'activité des **établissements de santé privés** de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et intégrant l'impact du mécanisme de garantie de financement ont été supérieures de +0,3 Md€ à l'objectif rectifié. Les dépenses au titre de l'activité des établissements privés de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie dépassent l'objectif rectifié de +0,1 Md€. Les dépenses de **médicaments et de dispositifs médicaux facturés en sus des séjours** ont été en dépassement de 310 M€. Plus précisément, les dépenses brutes au titre de la liste en sus ont enregistré un dépassement de 415 M€ tandis que les recettes atténuatives (remises pharmaceutiques et clause de sauvegarde), ont présenté un rendement supérieur de 105 M€. Avant versement des crédits complémentaires (cf. paragraphe suivant), les **autres dépenses hospitalières** (dotations DAF et MIGAC, dotations modulées à l'activité des établissements publics et soins hospitaliers non régulés, etc.) sont ressorties inférieures de 145 M€ à l'objectif.

Au début du mois de mars 2022, il a été décidé, dans le cadre de la fin de gestion de l'ONDAM 2021, de déléguer des **crédits complémentaires aux établissements de santé**, afin de compenser, d'une part, les établissements de santé au titre des dépenses supplémentaires en lien avec la crise sanitaire (cf. partie sur les surcoûts bruts), et d'assurer d'autre part une délégation de ressources aux établissements publics de santé conforme à l'objectif initial malgré une valorisation de l'activité moindre que prévue y compris en intégrant l'impact de la garantie de financement (160 M€). De ce fait, nettes de ce versement complémentaire, les dépenses des établissements publics au titre des activités de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) peuvent être considérées seulement 5 M€ inférieures à l'objectif rectifié (cf. *supra*).

I.2.4.3 Hors mesures exceptionnelles en lien avec la crise, des dépenses au titre de l'ONDAM médico-social moindres que prévues

Les dépenses de l'ONDAM médico-social ont atteint 26,8 Md€ en 2021, en dépassement de +0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2022. Ces dépenses représentent une hausse de +5,3% par rapport à 2020. Hors mesures exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire (0,7 Md€, dont 0,2 Md€ de délégation en fin de campagne 2021 visant à couvrir les pertes de recettes d'hébergement pour les établissements publics et privés à but non lucratif), les dépenses de l'ONDAM médico-social font état de moindres dépenses à hauteur de -0,1 Md€, par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2022.

Les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées se sont élevées à 14,4 Md€ en dépassement de +0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié (soit une hausse de +9,7% par rapport à 2020), en raison de la délégation en fin de campagne 2021 visant à compenser aux établissements les pertes de recettes d'hébergement induites par la crise sanitaire. Les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées se sont élevées à 12,4 Md€, inférieures de -0,1 Md€ à l'objectif rectifié (soit une hausse de +0,5% par rapport à 2020). Cette différence s'explique principalement par le non-dégel des mises en réserves et, d'autre part, par une activité réalisée inférieure aux prévisions initiales.

I.2.4.4 Un respect de l'objectif de dépenses relatives au fonds d'intervention régional et de moindres remboursements des « autres prises en charge »

La contribution de l'assurance maladie aux **dépenses relatives au FIR** s'est portée à 4,3 Md€ en 2021 dont 0,4 Md€ au titre de la crise sanitaire (cf. *supra*).

Au total, en 2021, 4,6 Md€ ont été délégués aux ARS au titre du FIR. A titre d'illustration, en présentation par mission du FIR, les principaux montants sont les suivants :

- 1,2Md€ ont été consacrés à l'efficacité des structures sanitaires et médico-sociales et à l'amélioration des conditions de travail de leurs personnels (mission 4) ;
- 1,2 Md€ ont été dédiés à l'organisation et la promotion de parcours de santé coordonnés et amélioration de la qualité et de la sécurité de l'offre sanitaire et médico-sociale (mission 2) ;
- 1,1 Md€ ont financé des actions de promotion de la santé et prévention des maladies (dont le Covid-19), des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie (mission 1).

Les dépenses au titre du 6^{ème} sous-objectif de l'ONDAM, relatives aux « **autres prises en charge** », se sont élevées à 7,0 Md€, dont 4,3 Md€ au titre de la crise sanitaire, en sous-exécution de 0,3 Md€ par rapport à l'ONDAM rectifié en LFSS 2022. Les soins des français à l'étranger ont conduit à une sous-consommation de 0,1 Md€, résultant de la baisse des déplacements internationaux. Les dotations aux opérateurs financés par l'assurance maladie ont été inférieures de 0,1 Md€ à l'objectif rectifié. Cette sous-exécution s'explique par une montée en charge moins rapide qu'anticipée de certaines expérimentations financées par le fonds pour l'innovation du

système de santé (Fiss) ainsi que par le non dégel des mises en réserve. Enfin, les dépenses au titre de l'ONDAM médico-social spécifique (qui finance notamment les centres de soins pour toxicomanes, les centres de cures ambulatoires en alcoologie, ainsi que les appartements de coordination thérapeutique) ont été sous-consommées de 0,1 Md€, notamment en raison du non dégel des mises en réserve.

I.3 L'ONDAM devrait progresser de +2,2% en 2022, en dépassement de 9,1 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFSS pour 2022

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM en 2022 ont été fixées à 236,8 Md€ dans la LFSS pour 2022, soit une progression à champ constant de -1,0% par rapport à 2021. Hors surcoûts identifiés en 2021 et 2022 relatifs à la crise sanitaire, les dépenses étaient prévues en augmentation de +3,8 %. Enfin, la construction de l'ONDAM en LFSS pour 2022 tenait compte d'une hausse sous-jacente de 2,7% hors prise en compte des dépenses liées au Ségur de la santé et hors effets de la crise sanitaire. Les hypothèses retenues en construction reposaient sur un retour à la normale de l'activité en 2022 et un contexte épidémique favorable avec une circulation du virus maîtrisée. La montée en charge des mesures du Ségur de la santé représentait un coût supplémentaire de 2,7 Md€ par rapport à 2021, et une provision de 4,9 Md€ avait été retenue afin de couvrir les dépenses liées à la crise sanitaire. Cette provision de crise s'est rapidement révélée insuffisante compte tenu de la survenue de la cinquième vague épidémique, avec le variant Omicron, et l'impact que celle-ci a engendré sur les dépenses de dépistage (cf. graphique 5) ainsi que d'indemnités journalières en lien avec la Covid-19. Les dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire sont désormais estimées à 11,5 Md€, soit un écart de +6,6 Md€.

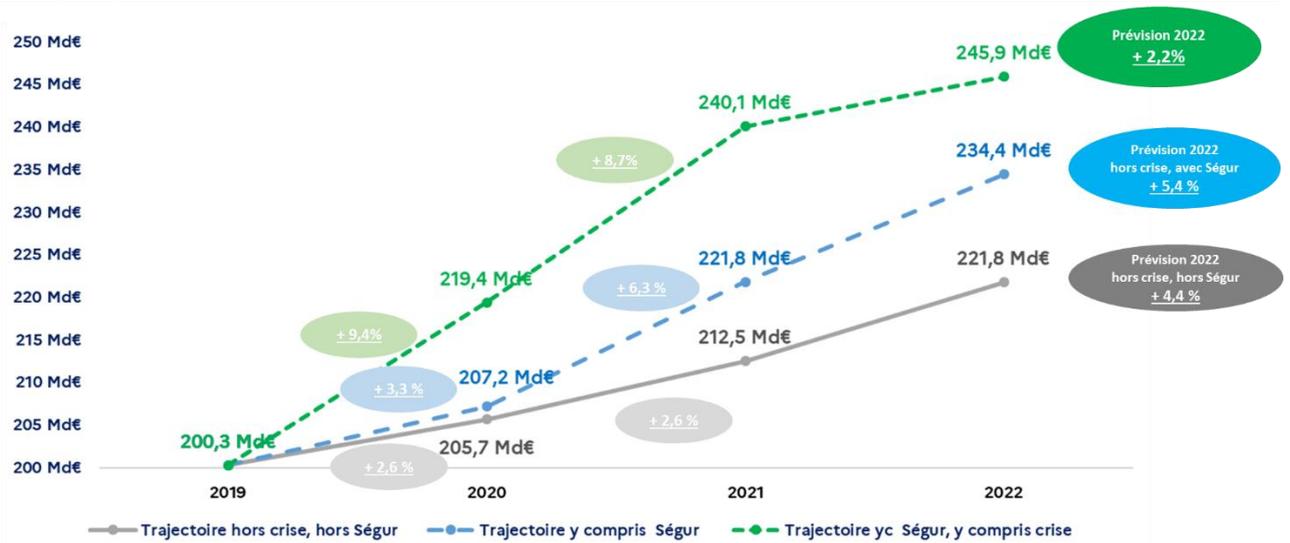
Au regard des dernières données disponibles, les dépenses de l'ONDAM 2022 s'élèveraient à 245,9 Md€, en progression de +2,2% à périmètre constant, et 9,1 Md€ de plus qu'en LFSS 2022. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, la progression de l'ONDAM en 2022 serait de +5,4%, rehaussée par rapport à l'objectif initial par les nouvelles dépenses induites par la hausse de l'inflation.

Tableau 5 • ONDAM 2022 et rectification par sous objectif

Montants en Md€	Base 2022	Taux d'évolution	Objectifs initiaux 2022 en LFSS 2022	Objectifs rectifiés 2022 en LFSS 2023	écart aux objectifs initiaux	dont rectifications liées à la crise sanitaire	Taux d'évolution hors crise sanitaire 2022
ONDAM TOTAL	239,3	-1,0%	236,8	245,9	9,1	6,6	5,4%
Soins de ville	105,0	-2,3%	102,5	107,3	4,8	4,9	4,2%
Établissements de santé	94,3	1,0%	95,2	97,1	1,9	0,2	5,6%
Établissements et services médico-sociaux	26,9	2,6%	27,6	28,4	0,8	0,0	7,9%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,2	0,8%	14,3	14,6	0,3	0,0	6,0%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,7	4,5%	13,3	13,8	0,5	0,0	10,0%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,1	-2,1%	6,0	6,3	0,3	0,2	7,5%
Autres prises en charges	7,1	-22,4%	5,5	6,8	1,3	1,2	19,7%

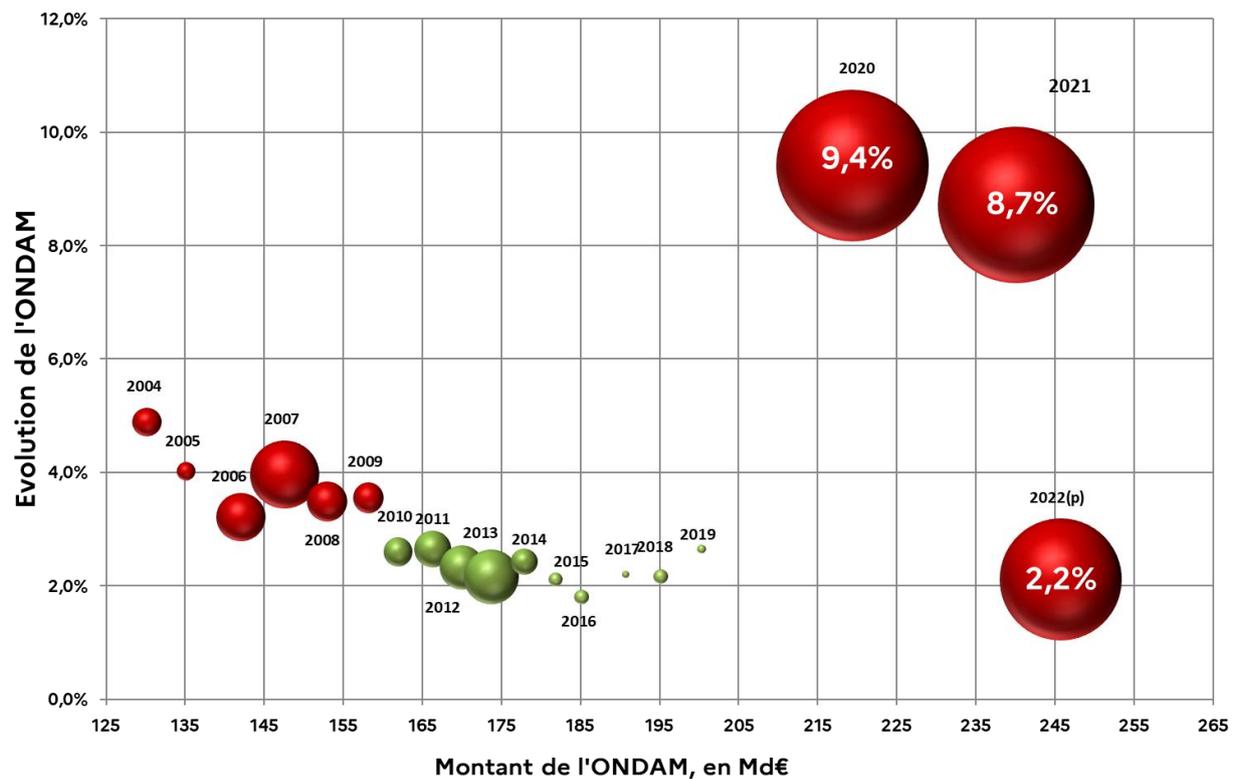
Source : DSS/SDEPF/6B

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



Note 1 : Les montants sont présentés à champ courant mais les évolutions dans les bulles 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 ; la taille de la bulle représente l'ampleur du dépassement (en rouge) ou de la sous-exécution (en vert). Ainsi, en 2022, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteignent 245,9 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 2,2%.

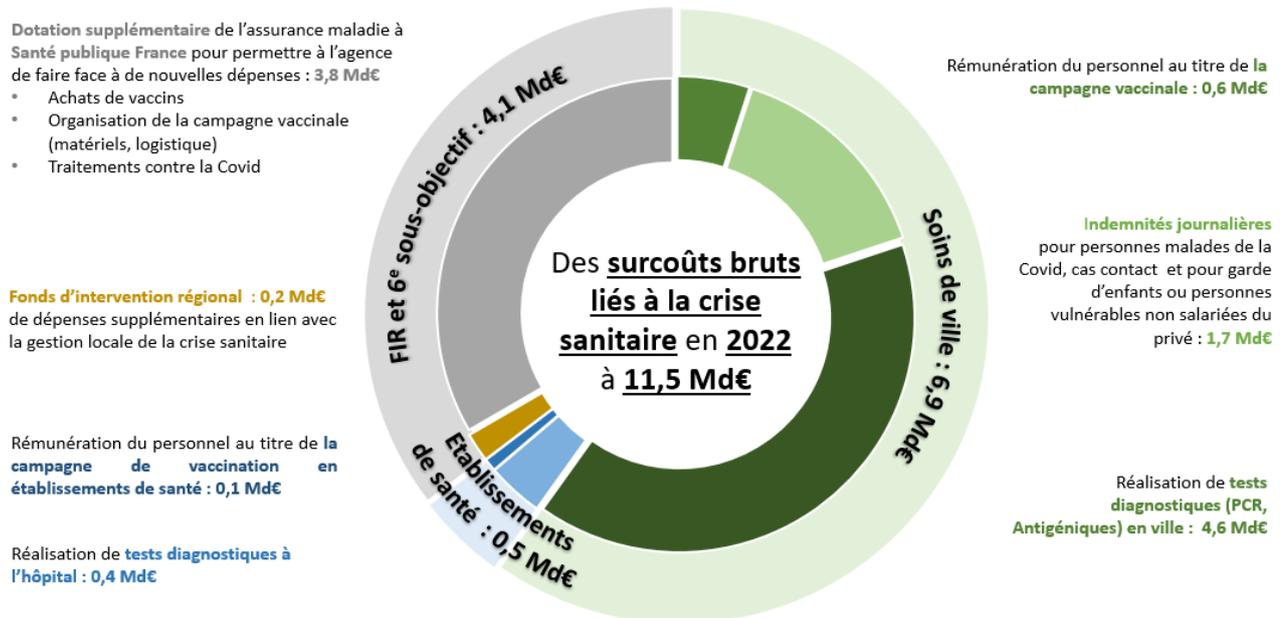
1.3.1 Des surcoûts bruts en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 11,5 Md€

Les mesures exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire atteindraient 11,5 Md€, soit un dépassement de 6,6 Md€ par rapport au montant provisionné en LFSS pour 2022. Une provision de 4,9 Md€ avait été intégrée dans l'ONDAM 2022 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 (3,3 Md€) ainsi que des tests PCR et antigéniques remboursés selon le nouveau cadre applicable à compter du 15 octobre 2021 (1,6 Md€).

Les dernières données disponibles conduisent à prévoir un dépassement de la provision COVID retenue en LFSS 2022 (4,9 Md€) à hauteur de 6,6 Md€ :

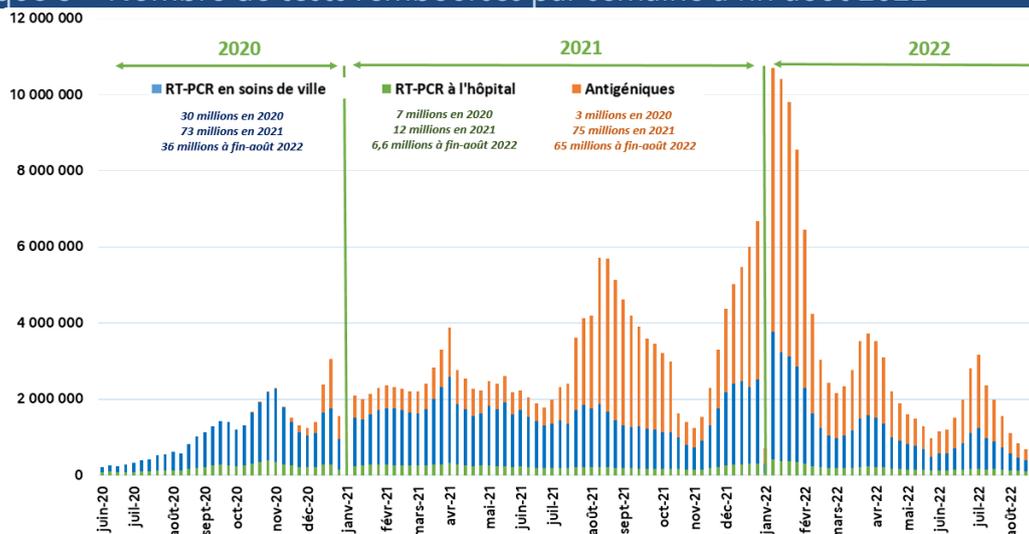
- 1,2 Md€ au titre des dotations de l'assurance maladie à l'agence nationale de santé publique (Santé publique France). Cette dotation complémentaire concerne pour un tiers la campagne vaccinale contre la COVID-19 et pour le reste la gestion courante de l'épidémie (via l'achat de traitements, ainsi que l'abondement de fonds de concours) ;
- 3,4 Md€ de surcoûts au titre des dépenses de **dépistage de la covid-19**, en sus de la provision de 1,6 Md€ inscrite dans la LFSS pour 2022. En moyenne, sur les huit premiers mois de l'année 2022, 3,1 millions de tests (se répartissant entre 1,2 million de tests PCR et 1,9 million de tests antigéniques) - ont été remboursés par l'assurance maladie chaque semaine avec un pic à plus de 10 millions la première quinzaine de janvier, et un point bas à 0,7 million fin-août 2022. Au total, sur cette période, environ 42 millions de tests PCR et 65 millions de tests antigéniques ont été réalisés en ville et à l'hôpital (cf. graphique 5) pour un coût d'environ 4,0 Md€ à date.
- 1,7 Md€ de dépenses supplémentaires **d'indemnités journalières (IJ) maladie**. Les dépenses d'IJ maladie en lien avec la Covid déjà engagées à fin juin¹ en dates de soins sont évaluées à 1,3 Md€ ;
- Une dotation de 230 M€ 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 » (montant arrêté sur la base des estimations de dépenses au titre du 1er semestre 2022).

Graphique 4 • Synthèse des surcoûts covid en 2022 par sous-objectif



¹ Pour les indemnités journalières, les délais de liquidation importants conduisent à favoriser l'usage des analyses en date de soins.

Graphique 5 • Nombre de tests remboursés par semaine à fin-août 2022



Source : SIDEP, calcul DSS/6B

1.3.2 Une révision à la hausse de 0,1 Md€ du Ségur de la santé et de ses suites

Au total, le Ségur de la santé 2022 a atteint 12,7 Md€ de dépenses en 2022 (au périmètre 2022, c'est-à-dire après intégration des plans d'aide à l'investissement et le numérique du secteur médico-social (soit 0,6 Md€ de mesure de périmètre, cf. annexe 7 au PLSS 2022), dont 10,3 Md€ concernent les revalorisations salariales dans les établissements sanitaires et médico-sociaux.

Globalement, les dépenses nouvelles du Ségur de la santé en 2022 sont révisées 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 (+0,35Md€), l'extension des revalorisations du Ségur aux professionnels de la filière socio-éducative conformément aux mesures annoncées le 18 février ; dans le sens d'une révision à la baisse (-0,4Md€), 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 (cf. encart dédié).

1.3.3 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 1^{er} juillet 2022 du point d'indice des fonctionnaires. Le coût total financé sous ONDAM sur une demi année est de 1,5 Md€. Ce coût englobe l'ensemble des établissements publics et privés des secteurs sanitaires et médico-sociaux, sous la forme de mesures équivalentes 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, Etat) 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.).

1.3.4 Hors impact de la crise, révision du Ségur et mesures spécifiques au contexte inflationniste, les dépenses de l'ONDAM seraient quasi conformes à la construction

1.3.4.1 Des dépenses de soins de ville supérieures de 0,3 Md€ à la LFSS 2022

Les dépenses de soins de ville hors crise, hors Ségur, atteindraient 100,1 Md€, en progression de 3,9% par rapport à 2021. Elles sont supérieures de 0,3 Md€ au sous-objectif voté lors de la LFSS pour 2022, cette prévision étant la résultante des différents développements conjoncturels observés à la fin de l'été et reste empreinte d'une forte incertitude d'ici la fin de l'année. Ce dépassement provient d'une dynamique plus forte

qu'anticipée en construction (+0,5 Md€), malgré un avantage de base, découlant de la sous-exécution des soins de ville en 2021 qui se reporte mécaniquement sur 2022, soit 0,2 Md€ d'effet base favorable.

Les dépenses de produits de santé de ville (médicaments et liste des produits et prestations - LPP) seraient supérieures de 0,4 Md€ à celles anticipées en LFSS pour 2022. Les prestations brutes seraient supérieures à celles anticipées en LFSS pour 2022, avec notamment un dépassement des médicaments d'officine tiré par la poursuite de la montée en charge de médicaments innovants, par exemple contre la mucoviscidose. Les recettes atténuatives, remises et clause de sauvegarde telles qu'anticipées, seraient en conséquence supérieures à celles escomptées en LFSS pour 2022¹, permettant ainsi de compenser les deux tiers de ce dynamisme.

Les remboursements d'honoraires médicaux et dentaires seraient inférieurs de 0,1 Md€ à l'objectif voté en LFSS pour 2022. Les honoraires paramédicaux seraient inférieurs de 0,4 Md€ à l'objectif voté en LFSS pour 2022. Les dépenses de biologie, hors crise, ressortiraient inférieures de 0,1 Md€.

A l'inverse, les dépenses des transporteurs sanitaires seraient supérieures de 0,1 Md€ à l'objectif voté en LFSS pour 2022. Les dépenses hors crise d'indemnités journalières seraient plus élevées, de 0,3 Md€, par rapport à l'objectif voté en LFSS pour 2022. Les autres dépenses de prestations (notamment les cures thermales prises en charge par l'assurance maladie) seraient quasiment conformes à l'objectif voté en LFSS pour 2022.

I.3.4.2 Des dépenses des établissements de santé inférieures de 0,2 Md€ à l'objectif en raison de dépenses nettes de la liste en sus moindres que prévues

Au regard des effets prolongés de la crise sanitaire, la garantie de financement est prolongée jusqu'à la fin de l'année 2022. Ce dispositif assure à chaque établissement de santé un financement de l'assurance maladie égal au minimum à la garantie de recettes 2021, augmenté de la hausse des tarifs hospitaliers arrêtée pour l'année 2022. Du fait de l'application des dispositions du protocole de pluriannualité du financement des établissements de santé, les moindres dépenses attendues sur la part tarif (soit -0,1 Md€) seraient restituées aux établissements. Les dépenses nettes au titre des produits de santé financés par la liste en sus seraient inférieures de 0,4 Md€ à ce qui avait été anticipé en LFSS 2022. Les prestations brutes seraient inférieures de 0,2 Md€ aux objectifs et les remises et clause de sauvegarde présenteraient un rendement supérieur de 0,1 Md€ aux objectifs.

D'autre part, les mesures d'urgence prises pendant l'été 2022 consécutives à la mission flash sur les urgences et soins non programmés entraînent 0,2 Md€ de dépenses supplémentaires.

I.3.4.3 Des dépenses relatives à l'ONDAM médico-social supérieures de 50 M€ à la LFSS pour 2022

Concernant le secteur médico-social, les dotations aux services et aux établissements prévues dans le cadre de la construction de la campagne 2022 conduisent à un dépassement de 50 M€. Ce dépassement provient essentiellement de la délégation en fin de campagne 2021 de 31 M€ pour la couverture de la prime grand-âge au titre de l'exercice 2021, mesures pérennes et non prises en compte en LFSS pour 2022. De plus, il a été décidé de rehausser l'ONDAM médico-social d'environ 20 M€ entre la LFSS pour 2022 et la campagne 2022 au titre de l'élargissement du périmètre des bénéficiaires des revalorisations salariales (résidences autonomie et accueil de jour) et au titre des plateformes de coordination et d'orientation pour suspicion du trouble du neuro-développement (TND).

I.3.4.4 Des dépenses relatives au FIR des ARS supérieures de 281 M€ à la LFSS pour 2022

En 2022, le niveau du FIR devrait s'élever à 4,8 Md€, ce qui constitue un dépassement de 281 M€ par rapport à l'objectif initial. Cette augmentation s'explique principalement par les crédits dédiés à la gestion de la crise sanitaire et par la prise en compte des effets des revalorisations issues du Ségur.

Le FIR a par ailleurs été mobilisé pour la mise en œuvre des actions stratégiques s'inscrivant dans le cadre du Ségur de la santé, notamment au regard de ses mesures ayant trait à la concrétisation du service d'accès aux soins (SAS), à certaines mesures issues des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie ou encore financer des aides à destination des transporteurs sanitaires privés.

¹ Soit 0,9 Md€ de recettes atténuatives de l'Ondam en plus que la LFSS pour 2022 dans la nouvelle prévision, à comparer à un dépassement estimé des prestations brutes de 1,3 Md€.

I.4 Périmètre et construction de l'ONDAM 2023

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 propose de fixer l'ONDAM pour l'année 2023 à 244,1 Md€, soit une contraction de -0,8 % par rapport 2022 en raison de la baisse prévisionnelle des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire. Hors surcoûts identifiés en 2022 et 2023 relatifs à la crise sanitaire, les dépenses augmentent de +3,7 %. Ces évolutions 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 (PLPFP) 2023-2027. Les changements de périmètre pour l'année 2023 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 245,9 Md€ et les effets de champ affectant le périmètre de l'ONDAM en 2023 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 -2 M€ par les transferts et changements 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	-52		52				0
Conventionnement ESMS PH belges				71		-71	0
Transports TUPH	50				-50		0
Mesures FIR		4			-4		0
Opérateur INSERM		10				-10	0
Télé médecine	33				-33		0
Transferts vers l'Etat					-2		-2
Total hors Ségur	-2	14	52	71	-55	-81	-2
Total	31	14	52	71	-88	-81	-2

I.4.1 Transferts entre sous-objectifs et changements de périmètre

Un transfert de 52 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, 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.

Le conventionnement des établissements médico-sociaux pour adultes en Belgique prévu dans la LFSS pour 2020 a pour effet mécanique d'entraîner un transfert de périmètre (71 M€) depuis le 6^{ème} sous-objectif de l'ONDAM, au titre des soins des Français à l'étranger, vers le 4^{ème} sous-objectif de l'ONDAM au titre du financement des établissements médico-sociaux accueillant des personnes handicapées.

La mise en œuvre du volet relatif aux transports urgents pré-hospitaliers de l'avenant n°10 à la convention des transporteurs sanitaires privés a été plus tardive qu'initialement prévue ; une mesure de périmètre en 2022 visait donc à transférer vers le FIR une partie des crédits prévus à ce titre dans l'ONDAM SDV. Ce mouvement de périmètre permet de solvabiliser une partie des aides accordées au secteur des transports sanitaires pour accompagner le secteur dans l'attente de l'entrée en vigueur de ce volet. En 2023, un mouvement de périmètre inverse est réalisé afin de permettre le financement de cette mesure au sein de l'enveloppe de ville.

Dans le cadre de l'expérimentation ETAPES (Expérimentations de Télé médecine pour l'Amélioration des Parcours en Santé), les expérimentateurs sont payés par les CPAM qui sont ensuite remboursées sur facture par le FIR des ARS. Les montants délégués aux ARS en 2021 et 2022 pour faire face à ces « dépenses de guichet » avaient été sous-estimés pour certaines ARS. La mesure de périmètre depuis l'ONDAM soins de ville, rendue possible compte-tenu du décalage à 2022 de la généralisation de l'expérimentation 2022, vise à résoudre le sous-budget ETAPES du FIR des ARS.

La lutte anti-vectorielle est actuellement financée pour partie par le budget de fonctionnement des ARS et pour partie par le FIR. La mesure de périmètre vise à regrouper l'intégralité des crédits dédiés par les ARS ultramarines à la lutte anti-vectorielle au sein de leur budget principal.

Tableau 7 • Construction de la base 2023 à champ constant

Montants en Md€	Objectif 2022	Prévision 2022	Changements de périmètre/Transferts	Base 2022 à champ 2023
Soins de ville	102,4	107,3	0,03	107,3
Etablissements de santé	95,2	97,1	0,01	97,1
Etablissements et services médico-sociaux	27,6	28,4	0,12	28,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,3	14,6	0,05	14,6
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,3	13,8	0,07	13,9
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,1	6,3	-0,09	6,2
Autres prises en charges	5,5	6,8	-0,08	6,7
ONDAM TOTAL	236,8	245,9	0,00	245,9

I.5 Une hausse de l'ONDAM de 3,7% en 2023, hors dépenses liées à la crise sanitaire

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2023 propose de fixer l'ONDAM pour l'année 2023 à 244,1 Md€, soit une contraction de -0,8% par rapport 2022 (cf. tableau 8). Hors surcoûts identifiés en 2022 et 2023 relatifs à la crise sanitaire (une forte réduction de ces surcoûts est attendue entre 2022 et 2023), les dépenses augmenteraient de +3,7% (cf. graphique 9).

La construction de l'ONDAM 2023 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 2023 un contexte inflationniste persistant – 4,3% d'inflation en moyenne annuelle au sens de l'IPCCHT, après 5,4% en 2022 - avec l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice de juillet 2022 ainsi qu'un impact financier portant sur le renchérissement des achats dans les établissements de santé et médico-sociaux.

Ainsi, la progression de l'ONDAM en 2023 se décompose de la manière suivante :

- Une évolution spontanée, avant prise en compte de l'impact de l'inflation et des mesures nouvelles, jouant pour +2,4 points de contribution¹. 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 et la revalorisation du point d'indice jouant pour +0,9 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 ainsi que des mesures nouvelles dans les établissements de santé et médico-sociaux jouant pour +0,9 point ;
- La poursuite de la montée en charge des dépenses consécutives aux accords du Ségur de la Santé jouant pour +0,3 point² ;
- Les mesures de régulation et d'économies jouant pour -0,7 point.

La progression tendancielle de l'Ondam tous sous-objectifs confondus s'établirait ainsi à 4,4% hors crise mais dont effets conjugués de l'inflation et de la fin de la montée en charge du Ségur de la santé. Ce chiffre intègre le rendement des actions de maîtrise médicalisée. Il s'agit ainsi de la progression que suivrait l'Ondam en 2023 en l'absence de toute mesure de régulation et d'économie.

A titre de comparaison avec les références d'avant crise – 2,3 % en moyenne sur 2010-2019 - l'Ondam hors crise et hors Ségur, mais également apuré des effets exceptionnels du contexte d'inflation, serait ainsi en progression de +2,6% en 2023. Le rythme de 3,7 % ainsi projeté hors dépenses de crise est le résultat du contexte d'inflation en premier lieu, et de la fin de la montée en charge des engagements du Ségur d'autre part.

Cette progression de +3,7% hors dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire s'apprécie sur une base 2022 expurgée des dépenses attendues au titre de la crise sanitaire. Il est prévu pour 2023 une provision au

¹ Ce chiffre de 2,4% est la contribution de l'évolution spontanée rapportée à une base y compris mesures du Ségur. L'évolution spontanée calculée sur une base hors dépenses du Ségur est de 2,5%.

² Le 0,3% est la contribution des mesures nouvelles au titre des accords du Ségur de la Santé.

titre des dépenses en lien avec la crise sanitaire de 1,0 Md€, cohérente avec l'hypothèse d'entrée dans une phase endémique de la circulation du virus. Cette provision intègre :

- 0,6 Md€ au titre de la vaccination (campagne et achats par Santé publique France) et des autres besoins de financement de Santé publique France au titre de la crise sanitaire ;
- 0,4 Md€ au titre des tests de dépistage.

L'ONDAM 2023 serait en diminution de -0,8% en tenant compte de ces dépenses qui devraient atteindre 11,5 Md€ en 2022, par un effet de contrecoup de ce dernier montant encore élevé. Les prévisions au titre des surcoûts induits par la crise sanitaire restent entourées d'un fort niveau d'incertitude et pourraient être revues en cours d'année 2023 en fonction de l'évolution du contexte épidémique comme cela a été le cas en 2021 et 2022.

Graphique 9 • Principe de construction de l'ONDAM 2023



Note de lecture : hors dépenses liées à la crise sanitaire, l'augmentation sous-jacente de l'ONDAM 2023 est de 3,7%.

Tableau 8 • Montants et taux d'évolution de l'ONDAM 2023

Montants en Md€	Base 2023	Taux d'évolution	Sous objectif	Taux d'évolution (hors crise)
ONDAM TOTAL	245,9	-0,8%	244,1	3,7%
Soins de ville	107,3	-3,2%	103,9	2,9%
Établissements de santé	97,1	3,7%	100,7	4,1%
Établissements et services médico-sociaux	28,5	5,1%	30,0	5,1%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,6	5,1%	15,3	5,1%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,9	5,2%	14,6	5,2%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,2	-2,0%	6,1	1,7%
Autres prises en charge	6,7	-49,2%	3,4	3,9%

Encadré 3 – Des dispositifs conduisant à augmenter l'efficacité des dépenses

Les objectifs de transformation et de soutien au système de santé ont été renforcés et réorientés pour tenir compte de l'impact de la crise sanitaire, tout en posant les bases des transformations à initier 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, jouera un rôle prépondérant pour moderniser et adapter le système de soins.

Plusieurs des leviers disponibles seront mobilisés en 2023 afin de garantir la soutenabilité des dépenses de santé.

Tout d'abord, la **pertinence des prescriptions** sera renforcée grâce aux actions de maîtrise médicalisée qui sont refondues en lien avec le programme de rénovation de gestion du risque porté par l'assurance maladie 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€).

De plus, 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 ambulatoire, 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. Si la construction de l'ONDAM hospitalier n'intègre aucun impératif d'économie, le gain lié à ce programme sera intégralement rétrocédé aux hôpitaux.

Par ailleurs, comme chaque année, des **efforts sur les prix des médicaments et dispositifs médicaux** seront poursuivis, 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 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 efforts porteront au total sur un montant de 1,1 Md€, et permettront de respecter la trajectoire du CSIS, permettant même un taux de progression de 3%, supérieur au chiffre de 2,4%.

Des mesures d'efficacité porteront sur les secteurs où les gains de productivité ont été très élevés, en particulier en biologie et en imagerie, pour 400 M€. Enfin, le Gouvernement souhaite engager une nouvelle collaboration avec les organismes complémentaires, avec la volonté de travailler conjointement sur des sujets structurels en lien avec la rénovation du système de santé. Une réduction des dépenses d'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 M€ a été intégrée à ce titre en 2023.

Enfin, les actions de contrôle et de **lutte contre la fraude** qui visent également à assurer la pertinence dans l'utilisation des ressources du système de santé seront poursuivies et amplifiées en 2023 (180 M€).

Hors provision liée à la crise, des hausses de dépenses prévues en 2023 plus importantes sur les établissements de santé et médico-sociaux

Hors dépenses liées à la crise (cf. tableau 9), **les dépenses des soins de ville évolueront au rythme de +2,9%** pour tenir compte notamment des mesures de revalorisations conventionnelles engagées en faveur des professionnels de santé. Ainsi, l'ONDAM 2023 intègre notamment en ville le financement de mesures prises dans le cadre du plan « ma santé mentale », la poursuite de la montée en charge de la convention des infirmiers libéraux et des pharmaciens. Il permettra également le financement des nouvelles conventions à venir des médecins et masseurs-kinésithérapeutes. Le sous objectif relatif aux soins de ville intègre enfin la poursuite de la montée en charge des mesures de l'avenant 9 à la convention médicale signée avec l'Assurance maladie en juillet 2021.

Les dépenses des sous-objectifs établissements de santé et médico-sociaux évolueront de manière nettement plus dynamique que celles des soins de ville (+4,1% pour les établissements de santé, +5,1% pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées et +5,2% pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées). Ce différentiel s'explique principalement par l'impact persistant du contexte inflationniste sur les achats de ces établissements, ainsi que par l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice actée en juillet 2022.

Le sous-objectif **Etablissements de santé** de l'ONDAM s'établit pour 2023 à 100,7 Md€, en augmentation de +4,1% une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire, soit un rythme deux fois plus rapide que le taux d'évolution moyen observé au cours de la décennie 2010-2019. Les financements nouveaux consacrés à l'hôpital en 2023 se répartissent de la manière suivante :

- +0,4 Md€ pour la fin de la montée en charge des mesures du Ségur et des assises de la santé mentale, notamment s'agissant de l'intéressement collectif (+0,3 Md€) dont l'enveloppe totale atteindra en 2023 la cible de 1 Md€ ;
- +1,1 Md€ pour financer en année pleine la hausse du point dans la fonction publique et des revalorisations dans les établissements privés non lucratifs notamment ;

- +2,5 Md€ au titre de l'évolution tendancielle, dans le contexte d'inflation encore élevée, et des autres mesures nouvelles à financer.

Cette augmentation permet, de manière exceptionnelle, de construire un ONDAM hospitalier n'intégrant aucun impératif d'économies en dehors des produits de santé de la liste en sus (cf. partie I.7 dédiée *infra*).

Pour 2023, l'**objectif global de dépenses (OGD)** qui regroupe les sous-objectifs personnes âgées et personnes handicapées de l'ONDAM est fixé à 30 Md€, en augmentation de 5,1% 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 (+3,7% une fois neutralisées les dépenses liées à la crise sanitaire). Hors impact lié à l'effet année pleine de la revalorisation du point d'indice (0,3 Md€), cette construction traduit un engagement financier supplémentaire de +1,2 Md€ en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. Ces dépenses supplémentaires permettent d'engager le virage domiciliaire, 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 âgées et pour personnes handicapées, ainsi que les dépenses nouvelles liées au contexte d'inflation persistant.

Par ailleurs, la construction de l'ONDAM proposée en PLFSS 2023 repose sur une hausse sous-jacente des dépenses de produits de santé (nettes des remises pharmaceutiques et de la clause de sauvegarde) de 3,0 % en 2023. 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 +1,7% (et +6,1% hors Ségur) de manière à renforcer la territorialisation des dépenses de santé et valoriser les efforts en matière d'aide à l'investissement national. Au sein de ce sous-objectif, le FIR évolue de +3,1%, ce qui représente en volume de mesures nouvelles financées d'environ 130 M€.

Enfin, le 6^{ème} sous-objectif (« Autres prises en charge ») évolue de 3,9% 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.

I.6 Une progression des dépenses de soins de ville prévue à 2,9% en 2023 (hors dépenses liées à la crise sanitaire)

Hors impact de la crise sanitaire, les **dépenses de soins de ville augmenteraient de 2,9%**¹ en 2023. Ce taux est obtenu en estimant d'abord une tendance d'évolution spontanée des dépenses (cf. *infra* partie I.6.1), qui prolonge à l'aide de méthodes statistiques l'évolution observée par le passé, par catégories fines de dépenses (hors dépenses de crise). L'estimation de la croissance spontanée des dépenses tient compte de la poursuite par la CNAM de ses actions de pertinence et d'efficacité, et notamment de ses programmes de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude, conformément aux recommandations du HCAAM.

Les mesures nouvelles en dépense sont ensuite ajoutées (cf. *infra* partie I.6.2) : les revalorisations des professions de santé anticipées pour l'année 2023, 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 viennent diminuer l'évolution des dépenses (1,4 Md€, cf. *infra* partie I.6.4).

Graphique 10 • Construction du sous-objectif Soins de ville



I.6.1 Evolution spontanée en 2023

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

¹ Pour faire face au risque sanitaire en 2023, une provision à hauteur de 1,0 Md€ (dont 0,5 Md€ pour le champ des soins de ville) a été intégrée à la construction de l'ONDAM 2023 en PLFSS pour 2023.

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 +3,3% pour 2023** 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 inférieure à celle retenue en construction lors de la LFSS pour 2022 (+3,5%). Il ne s'agit nullement d'un ralentissement pour autant, puisqu'en LFSS 2022, la progression spontanée comptabilisait un ressaut lié à la fin de la taxe exceptionnelle sur les organismes complémentaires¹, venant la rehausser pour 0,5 point. Retraitée de cet effet purement technique, l'évolution spontanée prévue pour 2023 serait ainsi supérieure de 0,3 point à celle retenue en LFSS pour 2022.

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 +0,2 point. Cela s'explique notamment par la poursuite de la montée en charge de traitements onéreux vendus dans le circuit officinal.
- Une dynamique plus forte sur les indemnités journalières, principalement du fait d'un « effet prix » (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 honoraires (essentiellement des spécialistes) jouant pour +0,1 point.

La structure des jours ouvrés contribue pour -0,2 point au ralentissement de l'évolution spontanée entre 2022 et 2023.

Les dépenses correspondant aux honoraires médicaux et dentaires seraient en progression de 2,2% (soit 0,6 Md€ de dépenses supplémentaires). Les dépenses correspondant aux honoraires **de généralistes** évolueraient de -0,6%, ce recul s'expliquant par un effet volume lié à une démographie médicale atone ainsi que par la fin de la prise en charge à 100% des téléconsultations en octobre 2022 (réduisant ainsi le taux de remboursement moyen). Les dépenses relatives aux honoraires de **spécialistes** seraient en hausse de +3,8%, cette forte dynamique s'expliquant par une hypothèse de retour à une tendance similaire à celle observée avant la crise sanitaire. Les dépenses relatives aux des **sages-femmes libérales** progresseraient de +5,9%, tandis que les rémunérations des **dentistes** progresseraient de 0,9%. Les **rémunérations forfaitaires** (rémunérations sur objectifs de santé public, communautés professionnelles territoriales de santé, forfait structure et forfait patientèle) augmenteraient de 1,5%.

Les dépenses relatives aux honoraires paramédicaux augmenteraient de 3,1%. Les honoraires des **infirmiers** augmenteraient de 3,7% alors que ceux des **masseurs-kinésithérapeutes** évolueraient de +1,8% par rapport à 2022. Les honoraires des **orthophonistes et des orthoptistes** évolueraient respectivement de +2,6% et 3,9% par rapport à 2022.

Les **dépenses de biologie médicale** évolueraient de 2,5% en 2023, ces dépenses (hors activité de dépistage) ne retrouveraient pas leur tendance de progression spontanée² d'avant crise sanitaire. Les **dépenses de transports sanitaires** progresseraient de 3,0% en 2023.

Les **indemnités journalières** progresseraient de 4,9% en 2023. Le contexte inflationniste conduit à une hausse des salaires (et notamment du SMIC) et augmente ainsi le « coût » des indemnités journalières. Cet effet contribue pour 1,3 point à l'évolution globale des indemnités journalières.

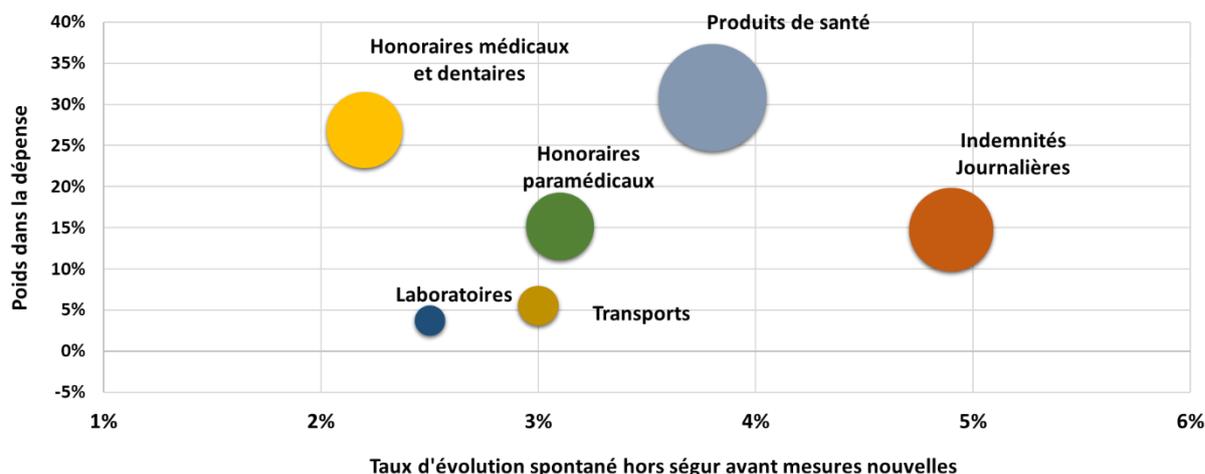
La croissance spontanée des **dépenses nettes de produits de santé** serait de 3,9%. Cette forte dynamique s'explique notamment par les traitements contre la mucoviscidose ainsi que la dynamique attendue des médicaments en primo-inscription. Les dépenses de dispositifs médicaux poursuivraient leur dynamique historique.

Enfin, les **autres dépenses de prestations** qui comprennent notamment les cures thermales et dépenses de podologues évolueraient de 7,4% en 2022.

¹ Soit 0,5 Md€ de moindres recettes atténuatives sur l'Ondam 2022 par rapport au niveau d'Ondam 2021.

² Et donc avant mesures de régulation et baisses de prix décidés dans le cadre du protocole.

Graphique 11 • Evolutions spontanées (hors crise, hors Ségur) 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, le tendanciel spontané des produits de santé hors crise, hors Ségur et avant mesures nouvelles évolue de 3,9% par rapport à 2022, représentent 31% des dépenses de Soins de ville et contribuent pour 36% 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 le financement de la fin de la montée en charge de mesures conventionnelles déjà signées, telles l'avenant 8 à la convention nationale des infirmiers, la poursuite de la montée en charge de la convention des pharmaciens, la convention dentaire de 2018 ou l'avenant 19 à la convention nationale des orthophonistes. Par ailleurs, les mesures inscrites dans l'avenant 9 à la convention médicale (dont les soins non programmés) poursuivent leur montée en charge en 2023 (cf. encadré Ségur). Enfin le financement des nouvelles conventions à venir des médecins et masseurs-kinésithérapeutes est également pris en compte.

1.6.3 Le Ségur de la santé en 2023

La transformation du système de santé se poursuit avec la mise en œuvre des actions inscrites dans Ma santé 2022 et dans le Ségur de la santé, afin d'améliorer l'accès aux soins des patients et la coordination des professionnels. En 2023, les dépenses de soins de ville intègrent 0,7 Md€ entrant dans le cadre du Ségur de la santé. Cela représente +0,3Md€ de plus qu'en 2022. Ces nouveaux crédits sont principalement des reports des années précédentes, en raison d'une montée en charge des dispositifs s'avérant plus lente que prévue initialement. C'est la raison pour laquelle ils sont à nouveau intégrés à la construction 2023 (signature de l'Avenant 9 reculée notamment - cf. encart dédié).

Ainsi, l'ONDAM 2023 inclut, pour 0,5 Md€, le financement des mesures prévues dans l'avenant 9 à la convention médicale signée avec l'assurance maladie en juillet 2021. Cet avenant définit notamment les modalités de rémunération des médecins libéraux au titre de leur participation au service d'accès aux soins (SAS) prévu dans le pilier 4 du Ségur de la santé. Il assouplit par ailleurs les conditions de recours à la téléconsultation, en tirant les enseignements de la crise.

A cela s'ajoute 0,2 Md€ visant notamment la modernisation des outils numériques en santé et le rattrapage du retard dans l'interopérabilité d'un système informatique entre acteurs de santé pour permettre la transférabilité du dossier médical d'un patient et l'amélioration de son suivi tout au long du parcours de soins.

1.6.4 Les mesures de régulation

La construction du sous-objectif Soins de ville intègre enfin des mesures de régulation (mesures de pertinence et de maîtrise tarifaire) portant sur certaines professions où la croissance économique a été très forte en particulier en biologie et en imagerie. Ces mesures s'ajoutent à celles correspondant aux actions de maîtrise médicalisée intégrées à la progression spontanée. Ces mesures représenteraient 0,4 Md€ de moindres dépenses pour l'assurance maladie en 2023.

La progression du sous-objectif inclut également des mesures de régulation concernant les produits de santé. Ces mesures représenteraient 0,8 Md€ de moindres dépenses pour l'assurance maladie, dont 0,15 Md€ au titre de la clause de sauvegarde.

Enfin, le Gouvernement souhaite engager une nouvelle collaboration avec les organismes complémentaires, avec la volonté de travailler conjointement sur des sujets structurels en lien avec la rénovation du système de santé. Alors que la part des dépenses financées par l'assurance maladie obligatoire augmente régulièrement (passant de 76,3% de la CSBM en 2011 à 77,9% en 2019¹), l'effort entre les deux financeurs sera repartagé, en concertation avec les organismes complémentaires. Une réduction des dépenses d'assurance maladie obligatoire à hauteur de 150 M€ a été intégrée à ce titre en 2023.

Encadré 3 • Ségur de la santé depuis 2020

Globalement, le PLFSS 2023 traduit la fin de la montée en charge des engagements du Ségur de la santé.

Dès 2021, près de 10 Md€ ont été intégrés à l'ONDAM au titre du financement des différentes composantes du Ségur, dont 7,9 Md€ pour les seules revalorisations des personnels (montants à périmètre 2023). Ce total a été porté à 12,7 Md€ en 2022, dont 10,3 Md€ pour les différentes revalorisations salariales.

En 2023, 0,7 Md€ supplémentaire seront consacrés à la fin de la montée en charge des mesures du Ségur de la santé, dont plus de 0,6 Md€ pour compléter les revalorisations des personnels.

En complément des 6 Md€ de soutien à l'investissement en santé intégrés au titre du Ségur dans l'ONDAM pour la période 2021-2025, 13 Md€ d'euros ont été décidés pour le renforcement de l'investissement hospitalier. Apportés par la CADES, ils sont versés progressivement aux établissements hospitaliers assurant le service public hospitalier jusqu'en 2030.

En milliards d'euros		Total annuel 2020	Total annuel 2021	Total annuel 2022	Total annuel 2023	Dont enveloppe supplémentaire 2023 par rapport à 2022
Pilier 1	Revalorisation socle	1,3	6,6	6,6	6,6	0,0
	Attractivité	0,0	0,2	0,8	0,8	0,0
	Personnels médicaux	0,1	0,5	0,6	0,6	0,0
	Intéressement-qualité & temps de travail	0,0	0,3	0,7	1,0	0,3
	Attractivité internes et étudiants en santé	0,0	0,2	0,2	0,2	0,0
	Revalorisations du secteur médico-social (BAD, extension CTI...)	0,0	0,1	0,6	0,6	0,0
	Nouvelles mesures de revalorisation des rémunérations des métiers de la santé et du médico-social	0,0	0,0	0,6	0,7	0,1
	conférence des métiers	0,0	0,0	0,4	0,5	0,1
total Pilier 1	1,4	7,9	10,3	10,9	0,6	
Pilier 2	Transformation, rénovation, équipement et rattrapage numérique en ESMS (5 ans)	0,0	0,6	0,6	0,4	-0,1
	Projets hospitaliers prioritaires (5 ans)	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0
	Rattrapage numérique en santé (3 ans)	0,0	0,4	0,4	0,5	0,1
	Autres	0,1	0,3	0,3	0,3	0,0
total Pilier 2	0,1	1,7	1,7	1,7	0,0	
Pilier 4	Mesures pilier 4 (télésanté, exercice coordonné, service d'accès aux soins, inégalités en santé, appui sanitaire aux personnes âgées, accès aux soins des personnes en situation de handicap, offre de soins psychiatrique et psychologique etc)	0,0	0,3	0,6	0,8	0,1
Total ONDAM au périmètre 2023		1,5	9,9	12,7	13,4	0,7

Note : à périmètre ONDAM 2023, c'est-à-dire après intégration à l'ONDAM du soutien national à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux 550 M€ en 2022 mais tracés dès 2021 dans le tableau ci-dessus.

L'annexe 7 au PLFSS 2023, détaille spécifiquement pour le secteur médico-social les mesures prise dans le cadre du « Ségur de la Santé ».

¹ Du fait de la prise en charge par l'assurance maladie de nombreuses dépenses en lien avec la crise sanitaire en 2020, cette année n'est pas pertinente pour évaluer la déformation du taux de prise en charge par l'assurance maladie. De ce fait, la part de la CSBM financée par la Sécurité Sociale s'élève à 79,8% en 2020, soit deux points de plus qu'en 2019.

Pilier 1 - Revalorisation des métiers de la santé et du médico-social

Presque 0,7 Md€ supplémentaires seront consacrés en 2023 au pilier 1 du Ségur et aux mesures qui le prolongent et décidées depuis, afin de promouvoir la transformation des métiers et la revalorisation de ceux qui soignent. Ces mesures s'ajoutent à l'ensemble des revalorisations dont ont déjà bénéficié les professionnels des établissements de santé et médico-sociaux en 2020, 2021 et 2022 (revalorisation socle de 183 € nets par mois, refonte des grilles, intéressement collectif, etc).

Au total, ce sont près de 11 Md€ de revalorisations salariales des métiers de la santé et du médico-social qui seront financées au sein de l'ONDAM en 2023.

Deux mesures au cœur du pilier 1 du Ségur poursuivent en 2023 leur montée en charge pour un total près de +0,5 Md€ supplémentaire :

- D'une part, le 18 février 2022, le Gouvernement conjointement avec l'Assemblée des départements de France (ADF) a étendu les revalorisations du Ségur de la santé aux professionnels de la filière socio-éducative, en particulier des ESMS accueillant des personnes handicapées pour ce qui relève du champ de l'ONDAM. Cette annonce, qui a pris effet le 1^{er} avril 2022, conduit à rehausser l'ONDAM médico-social 2022 de 0,35Md€ et l'ONDAM spécifique 2022 (6^{ème} sous objectif, autres prises en charges) de 11 M€. En 2023, l'effet année pleine de la mesure augmente les dépenses de l'ONDAM médico-social 2023 de +0,1Md€ supplémentaires.
- D'autre part, l'année 2023 marque la fin de la montée en charge des mesures visant à l'augmentation de l'intéressement collectif (+0,34 Md€, 0,3Md€ sur les établissements sanitaires et 0,1Md€ sur les établissements médico-sociaux) dont l'enveloppe totale atteindra en 2023 la cible de 1 Md€.
- Enfin, un rehaussement du Ségur initial de +0,1Md€ est opéré en 2023 pour prendre en compte la montée en charge du Ségur pour des catégories spécifiques de la fonction publique (attachés d'administration hospitalière, ingénieurs, bonifications d'ancienneté des agents de catégories C, prime de service)

M€	Total annuel 2020			Total annuel 2021			Total annuel 2022			Total annuel 2023			Enveloppe supplémentaire 2023		
	Sanitaire	MS PA	MS PH	Sanitaire	MS PA	MS PH									
Ensemble des revalorisations	1,1	0,4		5,8	2,0	0,1	7,2	2,3	0,8	7,6	2,3	0,9	0,4	0,1	0,1
Ségur de la santé	1,1	0,4		5,8	1,9	0,0	6,7	2,1	0,0	7,0	2,1	0,0	0,332	0,067	0,014
Revalorisations salariales	1,0	0,3		4,7	1,9		4,7	1,9		4,7	1,9		0,0	0,0	
Attractivité - revalorisation des grilles				0,2	0,0	0,0	0,7	0,1	0,0	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0
Intéressement collectif				0,3	0,0	0,0	0,6	0,1	0,0	0,8	0,1	0,0	0,277	0,0	0,0
Attractivité des internes et étudiants en santé	0,0			0,2			0,2			0,2					
Personnels médicaux	0,1	0,0		0,5	0,0		0,5	0,0		0,5	0,0				
Extension du Ségur de la santé					0,0	0,1		0,2	0,7		0,2	0,8		0,0	0,1
Branche de l'aide à domicile - avenant 43 (impact OGD - SSIAD)					0,0			0,1			0,1				
Accords Laforcade					0,0	0,1		0,1	0,4		0,1	0,4			0,0
Conférence des métiers								0,0	0,3		0,0	0,4		0,0	0,1
Prolongation du Ségur*				0,0			0,6	0,0	0,0	0,7	0,0	0,0	0,1		
dont Revalorisation des catégories C et aides-soignants							0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0		
dont médecin contractuel							0,1			0,1					
dont autres*				0,0			0,2			0,3			0,1		

* : revalorisation Sage-femme, PUPH, primes managériales et d'encadrement, régimes indemnitaires, revalorisations IBODE et soins critiques services de réanimation, primes ingénieurs, attachés, ...

Pilier 2 - Investissements en santé dans le cadre du Ségur et autres accompagnements

Le PLFSS 2023 traduit la poursuite du déploiement du plan de relance de l'investissement en santé prévu dans les conclusions du Ségur de la santé. 6 Md€ sont intégrés à ce titre au plan France Relance (2,5 Md€ pour les établissements de santé ; 2,1 Md€ pour les établissements médico-sociaux et 1,4 Md€ pour le numérique).

En 2023, ce sont 1,7Md€ qui seront consacrés au soutien national à l'investissement en santé au titre du Ségur au sein de l'ONDAM :

- 0,5Md€ pour le financement des investissements notamment du quotidien dans les établissements de santé. Cette mesure, déjà mise en œuvre en 2021 et 2022, a d'ores et déjà permis d'apporter une aide à plus de 2300

établissements de santé, publics comme privés, pour financer des projets aussi divers que la réfection d'une chaufferie ou l'aménagement d'une salle de repos ;

- 0,1 Md€ pour le développement de l'usage du numérique à l'hôpital ;
- 0,3 Md€ pour les autres financements accompagnant la réforme dans le cadre du pilier 2 (agilité, capacité d'hospitalisation, recherche, développement des hôtels hospitaliers, accompagnement de la transition écologique) ;
- 0,3 Md€ pour le financement des investissements sur le champ médico-social, auxquels s'ajoutent 0,15 Md€ au titre du numérique médico-social ;
- 0,4 Md€ pour le financement du numérique en santé (hors médico-social et hospitalier), notamment pour le secteur des soins de ville sous forme d'incitation financière à l'usage des outils numériques tels que la messagerie de santé sécurisée ou permettant d'alimenter le dossier médical partagé

Cela porte ainsi à plus de 2 Md€ le soutien national à l'investissement financé dans l'ONDAM 2023, 1,7 Md€ dans le cadre du Ségur et près de 400 M€ pour des investissements lancés avant le Ségur.

		Total annuel 2020	Total annuel 2021	Total annuel 2022	Total annuel 2023	enveloppe supplémentaire 2023
Etablissements de santé	Investissement du quotidien (Ségur)	0,0	0,5	0,5	0,5	0,0
	Numérique sanitaire	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
	Autres accompagnements de la réforme**	0,1	0,3	0,3	0,3	0,0
	Total	0,1	0,8	0,9	0,9	0,0
Etablissements médico-sociaux	Plan d'aide à l'investissement (PAI) – Personnes âgées*	0,0	0,5	0,4	0,3	-0,2
	Numérique médico-social*	0,0	0,1	0,1	0,2	0,0
	Total	0,0	0,6	0,6	0,4	-0,1
Soins de Ville et autres opérateurs	Numérique SdV - incitation à l'usage	0,0	0,0	0,0	0,2	0,2
	Numérique - autres opérateurs	0,0	0,3	0,3	0,2	-0,1
	Total	0,0	0,3	0,3	0,4	0,1
Total ONDAM - investissement dans le cadre du Ségur		0,1	1,7	1,7	1,7	0,0

* : à périmètre ONDAM 2023, c'est-à-dire après intégration à l'ONDAM du soutien national à l'investissement dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux 550 M€) en 2022 mais tracés dès 2021 dans le tableau ci-dessus

** : accompagnement réforme, agilité capacité d'hospitalisation, recherche, hôtels hospitaliers, transition écologique

Par ailleurs, en application de l'article 50 de la loi de financement pour la sécurité sociale pour 2021, 13 Md€ seront mobilisés de 2021 à 2030, **en dehors du périmètre de l'ONDAM**, pour engager sur la durée la restauration des capacités financières des établissements assurant le service public hospitalier et ainsi leur capacité à investir en limitant le recours à l'emprunt. Dans ce cadre, le volet relatif à la restauration des capacités financières (6,5Md€) a fait l'objet d'une contractualisation en 2021 entre établissements éligibles et ARS et s'est traduit par le versement en janvier 2022 d'une double annuité pour un montant total de 1,4Md€ ; les annuités suivantes seront versées en novembre de chaque année pour un montant annuel total de 0,65Md€. Le volet relatif à l'accompagnement des projets d'investissements immobilier (6,5Md€ également) sera l'objet de contractualisation au fur et à mesure de la sélection des projets financés ; en date de septembre 2022, 41 établissements sont identifiés dans ce cadre pour un montant total de 470M€.

Pilier 4 – Améliorer la coordination des acteurs

La transformation du système de santé se poursuit avec la mise en œuvre des actions inscrites dans Ma santé 2022 et dans le Ségur de la santé, afin d'améliorer l'accès aux soins des patients et la coordination des professionnels. Ainsi, l'ONDAM 2023 intègre le financement des mesures prévues dans l'avenant 9 à la convention médicale signée avec l'assurance maladie en juillet 2021. Cet avenant définit notamment les modalités de rémunération des médecins libéraux prévues dans le pilier 4 du Ségur de la santé.

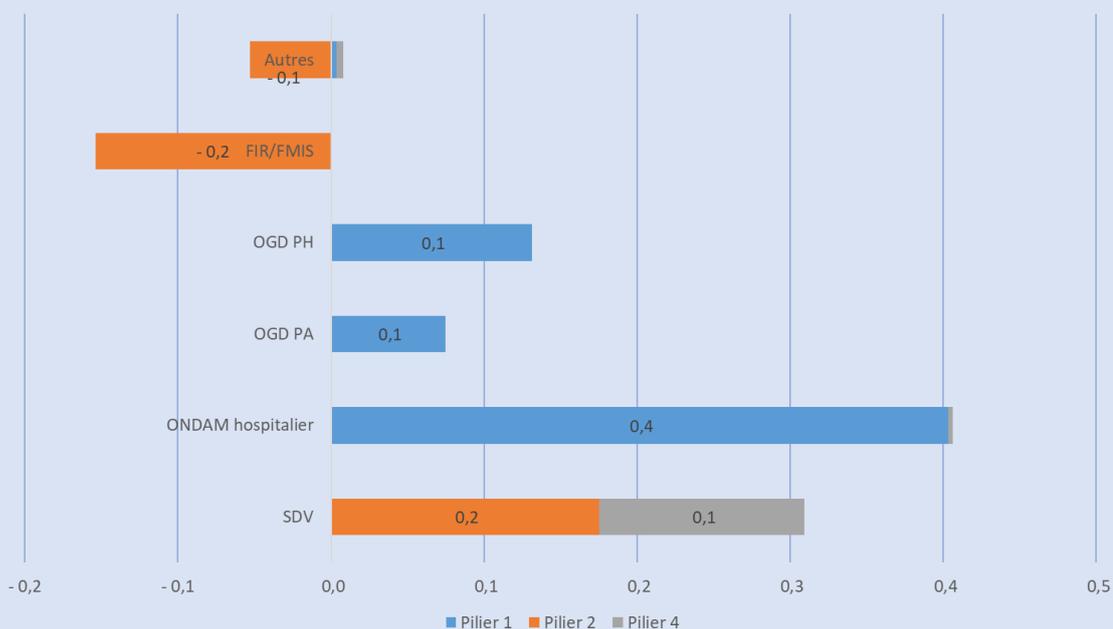
En 2023, ce seront 0,1 Md€ qui seront consacrés à cet effet en plus des 0,5 Md€ qui ont été déjà engagés en 2020, 2021 et 2022 :

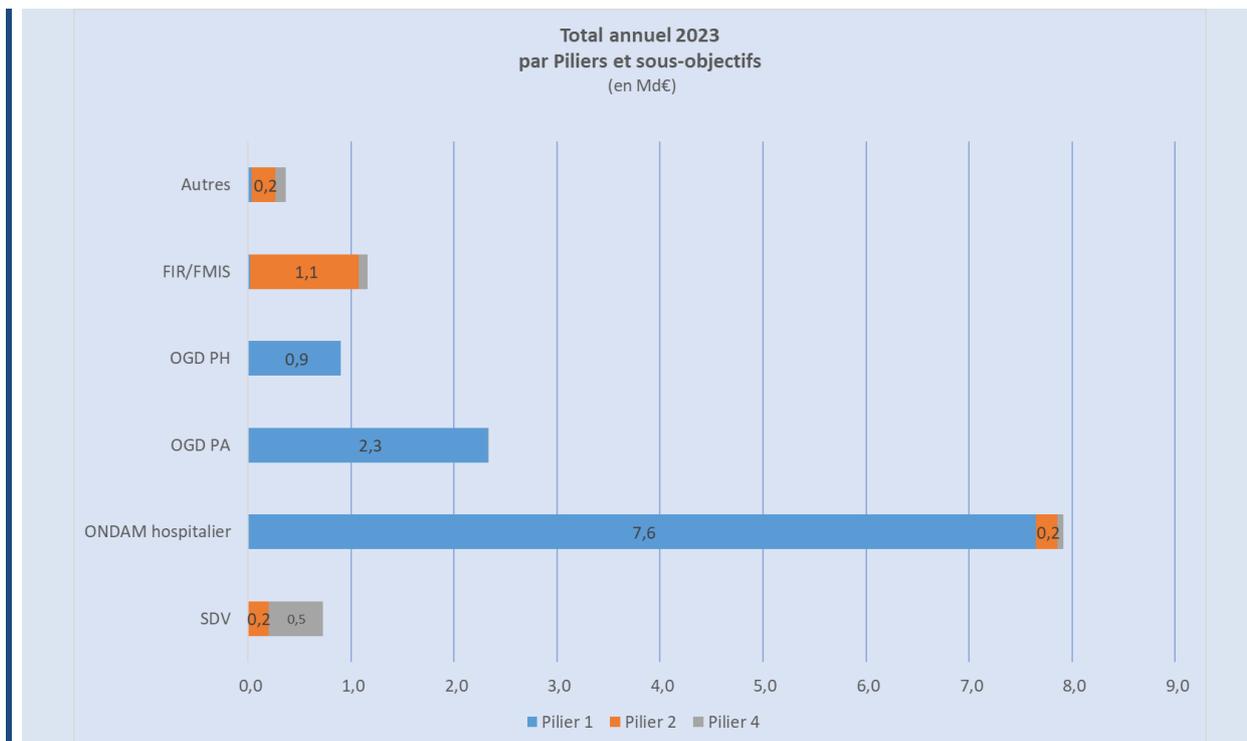
- L'amélioration de l'accès aux soins non programmés en soins de ville représentera 0,4 Md€ en 2023. Initialement prévu pour débiter en 2021 et pour atteindre 0,5Md€ à l'horizon 2023, les crédits 2021 ont été reportés sur 2022. Puis une partie de l'enveloppe 2022 s'est reportée sur 2023. L'enveloppe initiale ne serait consommée qu'à hauteur de 0,4Md€ en 2023.
- Poursuite du renforcement du développement de la télémédecine pour 0,1 Md€ en 2023.

Par ailleurs, les financements dédiés à la réduction des inégalités en santé ont atteint 140 M€ en 2023, 50M€ pour les financements dédiés spécifiquement aux actions de soutien psychologique.

		Total annuel 2020	Total annuel 2021	Total annuel 2022	Total annuel 2023	enveloppe supplémentaire
SdV	Télesanté (télésurveillance et téléconsultations)	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
	Exercice coordonné et service d'accès aux soins	0,0	0,0	0,3	0,4	0,1
	total	0,0	0,1	0,4	0,5	0,1
FIR/FMIS	PDSA + PDSES	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	inégalités en santé	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
	Soutien psychologique à la population	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	total	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
Autres opérateurs - inégalités en santé		0,0	0,1	0,1	0,1	0,0
ES - Soutien psychologique à la population		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Offres de prise en charge PA/PH		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Total Coördination des soins		0,0	0,3	0,6	0,8	0,1

Enveloppes supplémentaires 2023
par piliers et sous-objetsifs
(en Md€)





I.7 Le financement des établissements de santé prévu en hausse de 4,1% en 2023 (hors dépenses liées à la crise sanitaire)

L'ONDAM établissements de santé concrétise pour la 3^{ème} année consécutive l'engagement pris par le Président de la République en faveur d'un « **plan massif d'investissement et de revalorisation de l'ensemble des carrières [pour] notre hôpital** »¹.

Dans un **contexte d'inflation exceptionnelle** depuis le début de l'année 2022, le Gouvernement a souhaité donner plus de ressources aux établissements de santé sans attendre 2023 pour faire face à ce défi inédit. Il a en parallèle dégelé le point d'indice de la fonction publique en juillet 2022, au bénéfice en particulier de plus de 900 000 professionnels au sein des établissements publics de santé. En conséquence de ce soutien des établissements et des professionnels, le **financement de l'ONDAM ES est ainsi rehaussé de près de 2,1 Md€ (hors produits de santé) dès 2022**, incluant le soutien estival décidé par le Gouvernement aux filières d'urgences et de soins non programmés.

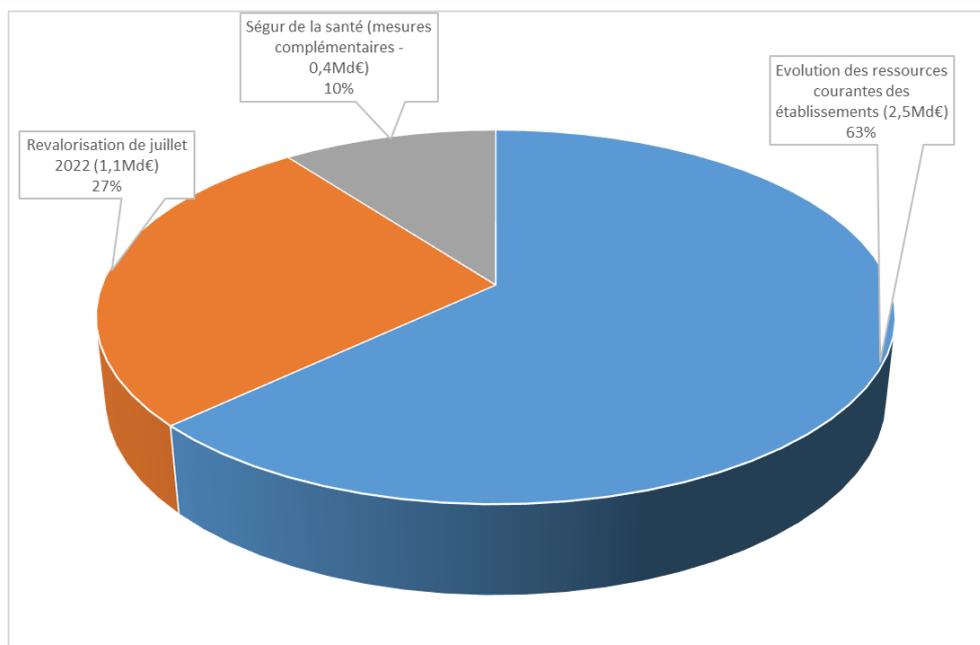
En 2023, la poursuite du soutien des établissements de santé face à la **hausse prévisionnelle du coût de leurs achats** ainsi que pour financer en année pleine la **revalorisation salariale des professionnels à l'été 2022** sera au cœur des nouvelles ressources mobilisées sur l'ONDAM ES.

L'ONDAM ES 2023 permettra par ailleurs de mettre en œuvre nombre de mesures destinées à **transformer les métiers hospitaliers** mais également **développer et adapter la réponse au besoin de santé de tous les Français**, notamment par le soutien à l'innovation et à la recherche en santé mais également la poursuite des nombreuses feuilles de route ambitieuse touchant à la santé publique et à la prévention.

Au total ; l'**ONDAM consacré au financement des établissements de santé**, hors crise, progressera ainsi de près de à **+4,0 Md€ en 2023, soit +4,1%**. Ce taux de progression correspond ainsi à un rythme deux fois plus rapide qu'au cours de la décennie 2010-2019.

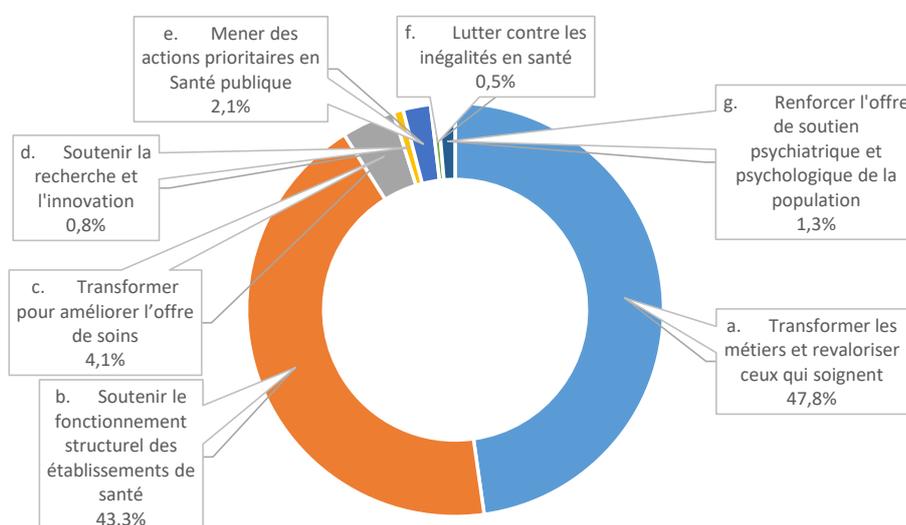
¹ Allocution du Président Emmanuel Macron à Mulhouse, aux côtés des femmes et des hommes mobilisés en première ligne pour protéger les Français du COVID-19 – 25 mars 2020

Graphique 12 • 4,0 Md€ de financements nouveaux en 2023 au sein du sous-objectif Établissements de santé



Depuis 2022, dans un objectif 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 »¹, la présentation de l'ONDAM établissements de santé a évolué afin de présenter 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 (hors mesures liées à la crise sanitaire)



1.7.1 Aider les établissements à faire face aux surcroît de charges dès 2022

Sans attendre l'année prochaine, le niveau de ressources des établissements de santé est revu à la hausse de près de 2,2 points en 2022, soit 2,1 Md€ supplémentaires pour les aider à faire face aux défis que pose notamment le niveau exceptionnel de l'inflation observé depuis plusieurs mois.

Défi en termes d'achats pour les établissements tout d'abord avec une répercussion lissée dans le temps mais bien concrète de la hausse générale des prix et en particulier de la hausse du coût de l'énergie. Pour cela,

¹ Avis du HCAAM sur la régulation du système de santé – 22 avril 2021

L'ONDAM 2022 revu va rehausser le financement des effets de l'inflation de 0,7 Md€ alors que l'inflation en moyenne annuelle s'élèverait selon les dernières prévisions à +5,4 % au sens de l'inflation hors tabac.

Défi en termes de **pouvoir d'achat pour les professionnels** opérant dans les établissements ensuite. La hausse de leurs rémunérations avec le **dégel du point d'indice de la fonction publique** opérée dès le mois de juillet dans les établissements publics de santé est ainsi **généralisée à l'ensemble du secteur sanitaire non lucratif et financé en sus de l'ONDAM 2022 initial pour un montant total de 1,1 Md€ supplémentaire.**

Enfin, cette révision du niveau de l'ONDAM est également l'occasion de financer à hauteur de **0,2 Md€** les mesures estivales décidées par le Gouvernement à l'issue de la **mission flash sur les urgences et les soins non programmés.**

1.7.2 Poursuivre la transformation des métiers et la revalorisation de ceux qui soignent

Depuis 2020, ce sont déjà près de 7,5 Md€ qui sont venus financer l'ensemble des mesures mises en œuvre dans les établissements de santé suite au Ségur de la Santé. En 2023, **0,4 Md€ de ressources nouvelles viendront renforcer encore ce soutien d'une ampleur inédite** en complément de la hausse générale du point d'indice des personnels en établissement public de santé.

Plus précisément, il s'agit de poursuivre la montée en charge des mesures d'intéressement collectif et de qualité de vie au travail, avec un complément de 0,3 Md€ en supplément des 0,6 Md€ déjà mobilisés à cette fin depuis 2020, mais également de continuer la revalorisation des rémunérations, métier par métier, des professionnels concourant aux soins à hauteur de 0,1 Md€ en complément des 0,7 Md€ déjà octroyés.

Par ailleurs, ce sont près de **0,2 Md€** qui sont mobilisés au profit de **l'attractivité des métiers hospitaliers** (notamment pour les praticiens hospitaliers) en supplément des engagements pris dans le cadre du Ségur de la santé.

L'ONDAM ES 2023 est dimensionné pour prendre en compte également **l'effet en année pleine de la hausse en juillet 2022 du point d'indice dans la fonction publique** et des revalorisations équivalentes opérées dans les établissements privés non lucratif notamment, avec un total de **1,1 Md€** de ressources nouvelles ainsi que **l'incidence sur la masse salariale des avancements et remplacements de professionnels** (glissement vieillissement technicité – GVT). Au total, le soutien aux professionnels hospitaliers mobilise 47,8% des nouvelles ressources ONDAM 2023.

1.7.3 Soutenir le fonctionnement structurel des établissements de santé

Comme chaque année, une part importante des financements (43,3%) est consacrée à soutenir le fonctionnement structurel des établissements de santé. Ces financements visent notamment à couvrir **les dépenses inéluctables liées notamment à la croissance spontanée des charges des établissements de santé du fait de la hausse de l'activité ainsi qu'au niveau d'inflation.** Le PLFSS 2023 consacre ainsi 2,3 Md€ à cette fin.

Cette année, le Gouvernement a souhaité que ne pèse aucune mesure d'économie sur le financement des établissements afin qu'ils puissent se consacrer à leur cœur de métier en cette sortie de période troublée par la situation sanitaire : soigner les patients. Cette pause dans la trajectoire pluriannuelle de régulation renforcée des dépenses des établissements poursuit ainsi deux objectifs complémentaires : **mobiliser l'ensemble des forces pour la reprise de l'activité hospitalière**, notamment pour absorber les besoins de santé le cas échéant nés des reports de soins, mais également **conforter les conditions de travail – et donc l'attractivité – pour les professionnels qui œuvrent au sein de ces établissements.**

1.7.4 Transformer pour améliorer l'offre de soins

4,1% des financements seront consacrés à des mesures de transformations de l'offre de soins parmi lesquelles une mesure de soutien au **déploiement de nouvelles facultés d'odontologie** au sein des territoires qui en sont aujourd'hui dépourvus afin de mieux répondre demain au besoin de santé dans ce domaine, mais également le renforcement en psychologues des centres experts sur les maladies neurodégénératives.

Ces crédits permettront également la **généralisation de la mise en place de référents handicap dans les établissements de santé** afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes handicapées, en complément des dispositifs dédiés et le **renforcement des unités cognitivo-comportementales** au sein des établissements de soins de suite et de réadaptation.

Enfin, ces nouvelles ressources permettront de **consolider les crédits dédiés à l'accompagnement des investissements immobiliers hospitaliers** pour construire les hôpitaux de demain, plus efficaces et plus à même de répondre aux nouveaux besoins de santé.

1.7.5 Soutenir la recherche et l'innovation

Plusieurs actions de soutien de la recherche et de l'innovation devront s'opérer en 2023. A ce titre, 0,8% de l'ONDAM établissements de santé sont réservés.

Tout d'abord, doit être soulignée la mise en place d'un appel à projets dédié à **la création de valeur économique à partir des connaissances hospitalières en matière de recherche et d'innovation en santé (ValHoRIS)**, conformément au plan Innovation en Santé 2030 lancé par le président de la République le 29 juin 2021, mais également le financement d'un appel à projet concernant des **projets de recherche exploitant les données des entrepôts de données de santé (EDS) hospitaliers** pour soutenir le déploiement de ce type d'infrastructures informatiques.

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

Enfin, dans le domaine de la santé mentale, ces crédits viendront soutenir la **structuration territoriale de la recherche en psychiatrie**, conformément à la feuille de route Santé mentale, mais également appuyer les nouveaux projets soutenus par le **Fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie** mis en place dans le cadre de Ma santé 2022.

1.7.6 Mener des actions prioritaires en santé publique

Plusieurs actions prioritaires en Santé publique poursuivront leur mise en œuvre en 2023. A ce titre, 2,1% de l'ONDAM établissements de santé est réservé et viendra prioritairement développer les axes de prévention.

Tout d'abord, en amont du soin, la mission sur les urgences hospitalières et les soins non programmés a mis en lumière l'importance décisive de la régulation des soins non programmés, en particulier des soins urgents. L'ONDAM 2023 consacra ainsi des ressources importantes afin de **soutenir l'augmentation durable attendue de l'activité des SAMU, avec en particulier un renforcement des équipes d'auxiliaires de régulation médicale (ARM) ainsi que des médecins régulateurs**. Par ailleurs, toujours dans le cadre du suivi des préconisations de la mission, un financement du **renfort de la flotte nationale d'HéliSMUR** sera assuré.

Ces crédits permettront également de **renforcer le financement des actes de thérapie cellulaire réalisés par les unités de thérapie cellulaire (UTC)**, principalement la préparation des greffons de cellules souches hématopoïétiques (GCSH) et, de manière plus marginale, certains actes en lien avec les médicaments à base de CAR-T cells.

L'ONDAM 2023 permettra par ailleurs de continuer à concrétiser les engagements issus de la **feuille de route 2019-2022 sur la prise en charge des personnes en situation d'obésité**, ainsi que du **plan national de développement des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie** pour la période 2021-2024. Des crédits seront également mobilisés pour la **mise en place d'équipes spécialisées de réanimation néonatale prenant en charge les nouveau-nés relevant de parcours très spécifiques** (extrême prématurité et prises en charge chirurgicales hautement spécialisées).

Le **renforcement des cellules départementales d'urgences médico-psychologiques (CUMP)** fera également l'objet d'un accompagnement spécifique en 2023 pour permettre d'assurer la prise en charge des urgences médico-psychologiques dans chaque département et tout particulièrement dans les 58 ne disposant pas de ressources humaines dédiées.

Dans le cadre du **Grenelle des violences conjugales**, de nouvelles ressources seront consacrées aux **dispositifs dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences** en 2023. Les unités dédiées de prise en charge des violences faites aux femmes ont vocation à apporter une prise en charge globale aux femmes couvrant la délivrance des soins mais également leur accompagnement psycho-social.

1.7.7 Lutter contre les inégalités en santé

La lutte contre les inégalités en santé continue d'être un enjeu majeur dans les axes d'évolution du système de santé. 0,5% des financements au sein de l'ONDAM établissements de santé auront vocation à financer des mesures ayant pour objectif de réduire ces inégalités observées sur le territoire.

Des ressources nouvelles seront mobilisées afin de **renforcer les moyens des évacuations sanitaires (EVASAN)**, notamment depuis la Guyane, ainsi que pour **renforcer l'attractivité des études médicales en Outre-mer**, avec la création d'une indemnité spéciale pour les étudiants hospitaliers affectés en stage au sein de certaines collectivités d'outre-mer, et le financement de la prise en charge de leur frais de transport en avion.

Enfin, **l'offre de soins sera renforcée en Guyane, à Mayotte ainsi qu'à Saint-Pierre et Miquelon** grâce à un soutien financier accru aux établissements de santé de ces territoires.

L'ONDAM 2023 permettra en outre de **soutenir le développement des staffs médico-psycho-sociaux en maternité, à l'appui d'un parcours coordonné et gradué au retour à domicile en post partum**, dans le cadre du Plan 1000 jours afin de renforcer l'égalité de toutes les parturientes lors de cette étape clé de la maternité.

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

La crise sanitaire Covid-19 a eu des conséquences notables sur la santé mentale de la population. Des efforts importants sont faits pour soutenir les prises en charge en psychiatrie et en santé mentale depuis plusieurs années et il apparaît indispensable de poursuivre ce soutien en 2023. A ce titre, 1,3% des financements de l'ONDAM établissements de santé seront fléchés notamment **en soutien de l'offre de soins de psychiatrie au profit de l'enfant et de l'adolescent**, par le biais d'appels à projets régionaux.

Un financement dédié sera également mobilisé dans le cadre de la mise en œuvre de la **stratégie nationale autisme** au sein des troubles du neuro-développement 2018-2022, avec la poursuite du **déploiement des plateformes de coordination et d'orientation précoce de l'autisme (PCO) et des troubles du neuro-développement** pour son volet enfants (renforcement des plateformes destinées aux enfants de moins de 6 ans et leur extension aux enfants de 7 à 12 ans), mais aussi avec le soutien aux **dispositifs de réponse aux besoins des personnes autistes présentant des comportements-problèmes sévères** pour son volet adultes.

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

II.1 La prévention institutionnelle en 2021

Les dépenses de prévention ont été multipliées par trois entre 2019 et 2021 du fait de la crise sanitaire. Elles représentaient 5,5 Md€ en 2019, 8,6 Md€ en 2020 et 16,9 Md€ en 2021.

Ces dépenses relèvent principalement de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, avec d'une part une politique de dépistage systématique pour les personnes ayant été en contact avec des personnes malades, et d'autre part la mise en place de la vaccination contre le Covid-19 fin 2020.

Les dépenses de dépistage du Covid-19 s'élèvent à 6,6 Md€ en 2021, après 2,1 Md€ en 2020. En 2021, 168 millions de tests PCR ou antigéniques ont été effectués. Les dépenses de vaccination s'élèvent à 3,8 Md€ en 2021 ; les achats de vaccins constituent 58 % des dépenses, les injections 36 % et les dépenses d'organisation des centres de vaccination prises en charge par le Fonds d'intervention régional (FIR) 6 %.

Tableau 1 - Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

En millions d'euros

	2013	2018	2019	2020	2021	Évolution 2020- 2021 (en %)
HC.61 - Programmes d'information, d'éducation et de conseil	610	690	661	703	719	2,2
Information, promotion, éducation à la santé	232	259	244	277	263	-5,2
Lutte contre les addictions	82	100	102	104	111	6,3
Médecine scolaire	284	304	289	297	319	7,4
Nutrition-santé	11	26	26	25	26	5,8
HC.62 - Programmes de vaccination	629	712	712	720	4 532	529,0
Achat de vaccins Covid-19	0	0	0	0	2 211	so
Vaccination Covid-19	0	0	0	0	1 576	so
Autres vaccins	629	712	712	720	745	3,3
HC.63 - Programmes de détection précoce des maladies	332	401	380	2 498	7 007	180,5
Dépistage autres pathologies	54	44	45	43	47	10,5
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	145	216	207	206	234	13,6
Dépistage des tumeurs	134	141	128	135	140	3,9
Prélèvements des tests PCR et TAG Covid-19	0	0	0	259	721	so
Test PCR Covid-19	0	0	0	1 649	3 431	so
Tests TAG Covid-19	0	0	0	207	2 434	so
HC.64 - Programmes de surveillance de l'état de santé	3 281	3 339	3 463	3 549	3 632	2,3
Bilans bucco-dentaires	56	69	85	70	91	30,5
Examens de santé	180	170	196	229	211	-8,1
Médecine scolaire	270	295	279	288	310	7,6
Médecine du travail	1 599	1 715	1 735	1 705	1 749	2,6
PMI - Planning familial	804	743	755	798	771	-3,3
Prévention des risques professionnels	279	236	287	321	345	7,7
Programme de suivi de populations spécifiques	93	110	126	139	154	11,1
HC.65 - Programmes de surveillance épidémiologique et de contrôle des risques et des maladies	276	251	257	253	263	4,3
HC.66 - Préparation aux programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence	34	50	50	868	765	-11,9
Ensemble de la prévention	5 162	5 443	5 523	8 591	16 917	96,9

so : sans objet

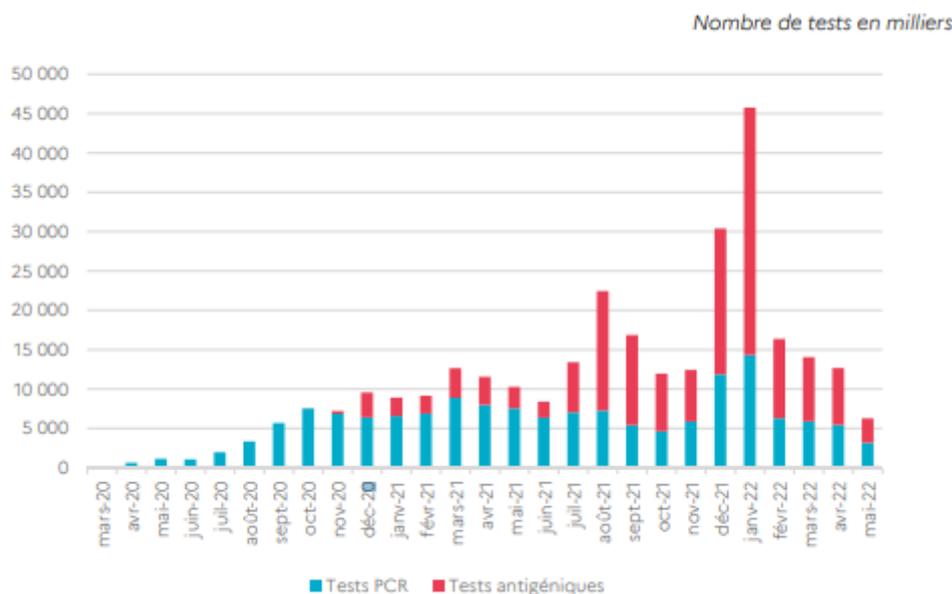
Source > DREES, comptes de la santé.

Le coût des tests PCR représente environ la moitié des dépenses liées au dépistage du Covid-19, les tests antigéniques le tiers et le restant correspond aux actes de prélèvement. Jusqu'en septembre 2020, seuls les tests PCR étaient disponibles. Le nombre mensuel de tests PCR progresse rapidement jusqu'à 7,5 millions de tests au mois d'octobre

2020 (graphique 1). Ce nombre fluctue ensuite entre 5 et 8 millions par mois jusqu'en décembre 2020, au gré des vagues et des reflux épidémiques. La croissance du nombre de tests est ensuite portée par les tests antigéniques, dont la consommation croît fortement en 2021. Cette même année, le nombre total de tests augmente jusqu'à un premier point haut au mois d'août 2021, correspondant au pic épidémique de la quatrième vague, avec 22 millions de tests réalisés, puis un second en décembre 2021 avec 30 millions de tests réalisés au cours du mois (le record étant atteint en janvier 2022). Au total, 38 millions de tests ont été effectués en France en 2020 et 168 millions en 2021.

Ainsi, les dépenses liées au dépistage du Covid-19 s'élèvent à 6,6 Md€ en 2021, représentant 168 millions de tests.

Graphique 1 – Nombre mensuel de tests PCR et antigéniques en 2020 et 2021



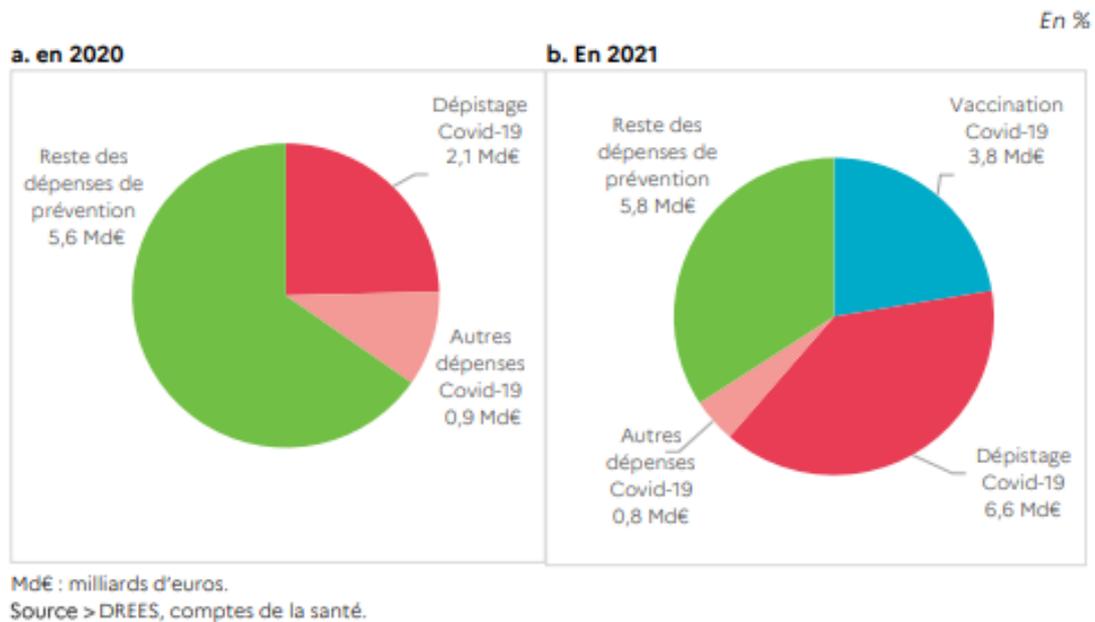
Source > Système d'information SI-DEP.

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. Le 24 juillet 2021, le pass sanitaire est entré en application et a limité l'accès aux lieux publics aux seules personnes vaccinées ou justifiant d'un test PCR négatif depuis moins de 24 heures, ce qui a stimulé encore le nombre d'injections. Au total, 148 millions d'injections de vaccins contre le Covid-19 ont été effectuées en 2021. En 2021, les dépenses liées à la vaccination s'élèvent à 3,8 milliards d'euros dont 2,2 milliards correspondent aux achats de vaccins et 1,6 milliard aux injections. 58 % des dépenses d'injections correspondent à des vacations en centre de vaccination ; 29 % aux honoraires pour des injections rémunérées à l'acte et 14 % aux dépenses de vaccinations prises en charge par le Fonds d'intervention régional (FIR). La contribution du FIR a servi à financer les surcoûts auxquels ont été exposés les centres de vaccination, notamment au regard des fonctions d'accueil, d'organisation, de coordination et de logistique.

Les autres dépenses de prévention liées à la crise sanitaire, classées dans les programmes d'intervention en cas de catastrophe et d'urgence, s'élèvent à 0,9 milliard d'euros en 2020 et 0,8 milliard d'euros en 2021. Elles sont principalement composées de crédits fléchés Covid-19 du FIR, autres que ceux ayant financé l'organisation des centres de vaccination et des dépenses de l'État pour mettre en place la plate-forme téléphonique et les outils de suivi des cas contacts (application TousAntiCovid, etc.).

Hors dépenses liées à la lutte contre l'épidémie, le reste des dépenses de prévention s'élève à 5,6 milliards d'euros en 2020 et 5,8 milliards en 2021 (graphique 2). Elles croissent de 3% en 2021, après +2,5 % en 2020. Ce rythme de croissance est légèrement plus élevé que celui d'avant la crise (+1,1 % en moyenne par an entre 2013 et 2019).

Graphique 2 - Structure des dépenses de prévention institutionnelle



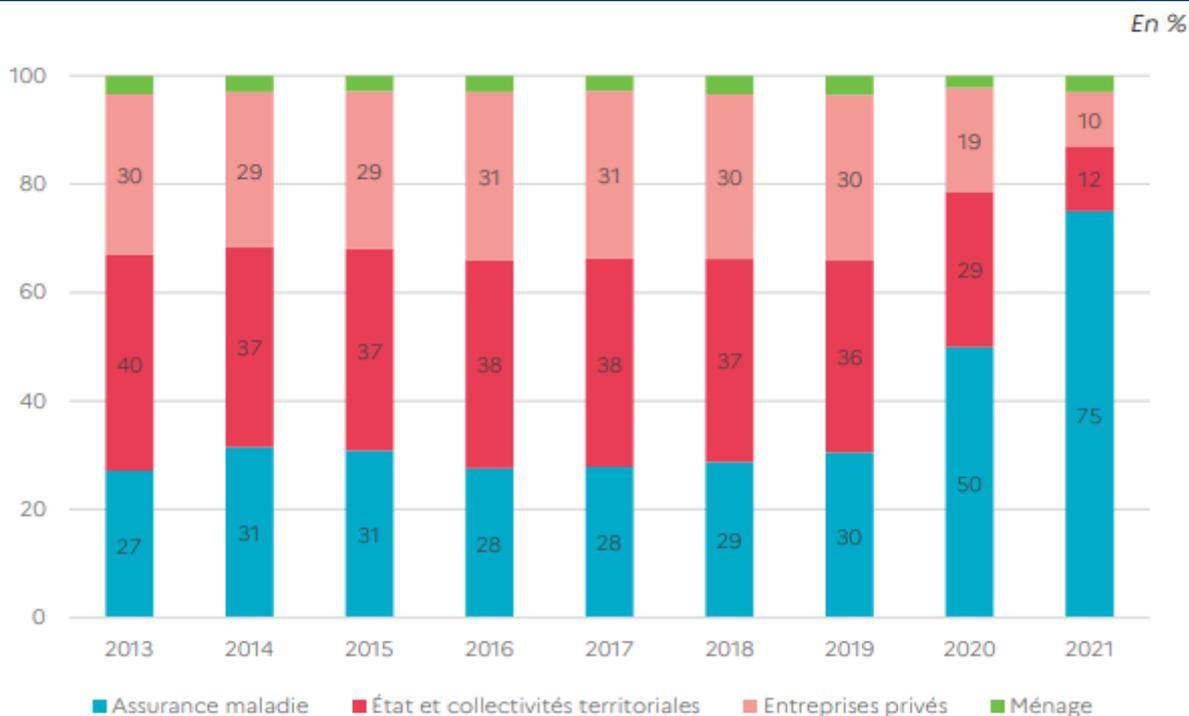
La participation de l'Assurance maladie au financement des dépenses de prévention s'est considérablement accrue avec l'épidémie¹. En 2021, elle finançait 75 % des dépenses de prévention contre 30 % en 2019 (graphique 3). Les dépenses relatives à la vaccination et au dépistage ont été quasi intégralement prises en charge par l'Assurance maladie (graphique 4).

La prise en charge par les entreprises privées au titre de la médecine du travail s'élève à 1,7 milliard d'euros.

Le financement par les ménages représente 3,0 % de la dépense de prévention, soit 0,5 milliard d'euros. Il s'agit des dépenses de dépistage du Covid-19 non prises en charge par l'Assurance maladie pour les patients non vaccinés à partir du 15 octobre 2021 pour 0,3 milliard d'euros, et de 0,2 milliard de dépenses d'achat de vaccins hors Covid-19 (grippe, vaccination infantile).

¹ Ces dépenses de prévention n'incluent pas les dépenses d'achat de masques par Santé publique France. Ces dernières ont été reclassées par la DREES en dépenses en biens médicaux, en conformité avec les conventions internationales

Graphique 3 - Répartition par financeur des dépenses de prévention entre 2013 et 2021



Source > DREES, comptes de la santé.

II.2 La stratégie nationale de santé et le Plan national de santé publique

Le rôle central de la prévention dans la Stratégie nationale de santé (SNS) découle du profil épidémiologique de notre pays et de ses évolutions prévisibles, notamment le vieillissement de la population et la croissance des maladies chroniques. Si les indicateurs démographiques de santé montrent que l'espérance de vie en France est l'une des meilleures au monde, des progrès sont encore possible comme en témoignent l'espérance de vie sans incapacité, la mortalité prématurée et les inégalités de mortalité et de morbidité entre hommes et femmes, entre territoires et groupes sociaux persistent.

Le Gouvernement a donc pour objectif de mettre en place **une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie**. La Stratégie nationale de santé (SNS) constitue le cadre de la politique de santé du Gouvernement pour la période 2018-2022.

Par ailleurs, ce rôle central de la prévention a été illustré dans le cadre de la pandémie de Covid-19 où, en l'absence de traitement curatif efficace, ce sont des mesures de prévention primaire et secondaire qui ont permis de faire face à cette urgence sanitaire : hygiène des mains et des milieux de vie, masques, distanciation sociale, dépistage, mesures d'isolement volontaire, vaccination, etc.

II.2.1 Une stratégie interministérielle dont la mise en œuvre est en cours d'évaluation

II.2.1.1 Les quatre défis majeurs auxquels la stratégie nationale de santé doit répondre

La SNS a vocation à répondre aux grands défis que rencontre notre système de santé, en particulier les quatre problèmes majeurs identifiés par le rapport du Haut Conseil de santé publique (HCSP) de 2017, à savoir **les risques sanitaires liés à l'exposition aux polluants et aux toxiques, les risques infectieux, l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques et l'adaptation du système de santé aux nouveaux enjeux démographiques, épidémiologiques et sociétaux**.

La priorité que la SNS donne à la promotion de la santé et à la prévention implique des déclinaisons notamment à l'école, dans l'entreprise, dans les administrations, au sein des forces armées, dans les établissements de santé ou médico-sociaux, dans les structures d'accompagnement social ainsi que dans les lieux de prise en charge judiciaire et les lieux de privation de liberté. Il s'agit non seulement de promouvoir des comportements individuels (alimentation

saine et équilibrée, activité physique régulière, prévention des pratiques addictives, vaccination et autres gestes de prévention des infections, promotion de l'éducation à la sexualité), mais aussi de maîtriser les risques associés aux environnements et à leurs évolutions (promotion des conditions de vie et de travail favorables à la santé, réduction de l'exposition aux pollutions et aux habitats indignes, développement d'une politique de repérage, de dépistage et de prise en charge précoces des pathologies chroniques).

II.2.1.2 Sa mise en œuvre et ses modalités d'évaluation

La SNS est mise en œuvre, d'une part, à travers **les plans et programmes nationaux**, dont la cohérence est notamment assurée par le Plan national de santé publique (PNSP) et, d'autre part, par **les projets régionaux de santé** (PRS) et d'autres outils régionaux. Les plans et programmes nationaux (Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022, Plan santé au travail 2016-2020, Plan national Santé-Environnement 4, etc.) donnent lieu à un suivi annuel ainsi qu'à des évaluations pluriannuelles, permettant d'apprécier leurs impacts sanitaire, social et économique au regard des ressources mobilisées, et d'en tirer les enseignements nécessaires à l'adaptation des politiques publiques.

II.2.2 Le Plan national de santé publique, investir dans la promotion de la santé et la prévention

Cette priorité d'investir dans la promotion de la santé et la prévention se concrétise au niveau national par la création du premier Plan national de santé publique (PNSP), dit plan « Priorité prévention 2018-2022 », qui promeut les comportements et les environnements de vie favorables à la santé pour prendre en considération l'individu et son parcours. Ce plan est actualisé chaque année lors de la réunion du Comité interministériel pour la santé (CIS).

Le PNSP s'organise autour d'une approche chronologique (grossesse et 1 000 premiers jours de vie, enfants et jeunes, adultes de 25 à 65 ans, bien vieillir), de manière à intervenir le plus précocement possible et à cibler certains groupes populationnels en fonction de leurs conditions de vie et de leur état de santé.

II.2.2.1 L'évaluation du Plan national de santé publique

Après deux premiers rapports d'évaluation publiés (ex-ante, in itinere), le Haut Conseil de la santé publique (HCSP) a entamé l'élaboration d'un troisième rapport d'évaluation sur les résultats obtenus (ex-post) par le PNSP, en incluant, autant que faire se peut, une dimension préventivo-économique.

Dans son 3^{ème} et dernier volet évaluatif du plan « Priorité Prévention », le HCSP propose plusieurs recommandations, dont celle 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 programmes de santé publique, la structuration d'un cadre médico-évaluatif et les ressources nécessaires à sa conduite.

Enfin, 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.

II.2.2.2 Une stratégie de prévention fondée sur une approche populationnelle

Dans la continuité du PNSP, la stratégie de prévention peut s'envisager dans une approche chronologique, associée à une approche populationnelle.

Cette stratégie se construit autour de grands enjeux de santé publique à fort impact, tels que le tabac, l'alcool, la nutrition et la santé mentale.

L'approche populationnelle consiste à décliner ces priorités de santé publique par tranches d'âge et populationnelle, au travers de quatre temps :

- **Le programme des 1000 premiers jours** lancé en 2020 ;
- **La santé des enfants et des jeunes** avec une feuille de route « Grandir en bonne santé » prévue pour 2023 ;
- **La prévention pour les 30-65 ans, « Vivre en bonne santé »**, avec un temps fort pour les 40-55 ans ;
- **La stratégie « Vieillir en bonne santé »** lancée en 2020 et qui concerne les plus de 65 ans.

Des actions concrètes à destination du grand public pourraient être envisagées telles que la création d'une semaine de la santé, la contractualisation avec les villes labellisées « Prévention en Ville », l'expérimentation d'un modèle de « maison mobile de la prévention », etc. Par ailleurs, la prévention au travers de tranches d'âge ciblées permet de relever certains défis spécifiques, comme par exemple, pour les enfants et les jeunes le renforcement de la promotion de la santé à l'école, la promotion de la santé sur les réseaux sociaux, la sensibilisation à l'impact du tabagisme, ou encore la promotion de la santé sexuelle.

La dynamique de prévention en santé s'accompagne également de la clarification de sa gouvernance, au niveau national, laquelle est assurée par le Comité interministériel pour la santé (CIS), et local, en concertation notamment avec les instances de démocratie en santé.

Enfin, la clarification et la simplification du pilotage des offreurs de prévention représentent un prérequis à l'utilisation efficiente des financements dédiés à la prévention. Conformément aux préconisations du HCSP, des travaux de remise à plat des financements de la prévention pourraient être envisagés afin de simplifier leur pilotage et de rendre plus efficaces les actions de prévention et de promotion de la santé.

II.3 Lutter contre l'antibiorésistance

II.3.1 Une consommation d'antibiotiques en baisse, mais qui reste très élevée

En France, l'exposition aux antibiotiques a diminué depuis la mise en place, au début des années 2000, du premier « Plan national pour préserver l'efficacité des antibiotiques ». La consommation des antibiotiques calculée à partir des données de vente des pharmacies d'officines entre 2010 et 2020 est passée de 25 à 18,7 doses définies journalières (DDJ) pour 1 000 habitants et par jour. A cette tendance à la baisse s'est ajoutée la pandémie de Covid-19, qui a contribué à une forte réduction des consommations en raison des profonds changements provoqués (réduction du recours aux soins, augmentation du respect des mesures barrières, restriction des déplacements ...). La baisse additionnelle est estimée à 17 % en DDJ par rapport aux niveaux attendus pour 2020 en projetant les tendances déjà à la baisse des dix années précédentes.

Des actions de sensibilisation et de réduction demeurent toutefois nécessaires. La France reste en effet parmi les plus gros consommateurs d'antibiotiques par habitant en Europe. Le nombre de prescriptions d'antibiotiques est par ailleurs resté stable par rapport à 2019 (0,1 prescription pour 100 patients) et en diminution de seulement 8,5 points par rapport à 2016, preuve que les efforts sont à poursuivre.

92 % des antibiotiques sont dispensés en médecine de ville et 8 % en établissements de santé. Parmi ceux dispensés en ville, 15 % relèvent d'une prescription hospitalière (témoignage du virage vers la médecine ambulatoire).

II.3.2 Publication de la Stratégie nationale 2022-2025 de Prévention des infections et de l'Antibiorésistance en santé humaine

Cette stratégie nationale en santé humaine, publiée en février 2022, remplace le Programme national d'actions de prévention des infections associées aux soins (PROPIAS) en élargissant son périmètre.

Elle repose sur les deux piliers complémentaires que sont la prévention et le contrôle des infections et le bon usage des antibiotiques.

Elle constitue par ailleurs la déclinaison opérationnelle en santé humaine de la feuille de route interministérielle pour la maîtrise de l'antibiorésistance, publiée en 2016 à la suite du premier Comité interministériel pour la santé (CIS).

II.3.3 Poursuite des actions de prévention relative aux antibiotiques

Une campagne de marketing social sur les antibiotiques et leur bon usage a été lancée sur la période 2021-2023 (après une phase préparatoire démarrée dès 2019). Cette campagne, financée à hauteur de 5 M€, est pilotée par Santé publique France et dispose de deux volets : un volet grand public (en se concentrant sur des messages simples sur les antibiotiques et leur bon usage, compte tenu du constat de faible niveau de connaissance du sujet en population générale) et un volet professionnels (en visant particulièrement les plus gros prescripteurs : médecins généralistes et chirurgiens-dentistes, qui correspondent respectivement à 72% et 13% des prescriptions en médecine de ville). Le volet grand public permettra notamment la promotion d'Antibio'Malin comme site de référence sur les antibiotiques et les infections courantes.

Une saisine a été adressée au HCSP afin de produire des recommandations de mesures de prévention des infections communautaires courantes en population générale, hors contexte pandémique, avec une mise en œuvre probable courant 2023.

II.3.4 Promouvoir les Tests Rapides d'Orientation Diagnostique (TROD)

Les « Tests Rapides d'Orientation Diagnostique » (TROD) pour les angines permettent de déterminer l'origine virale ou bactérienne d'une angine en quelques minutes, grâce à un prélèvement de gorge. En effet, plus de 80% des angines sont d'origine virale et ne nécessitent donc pas d'antibiotiques.

L'Assurance Maladie met les TROD angine gratuitement à disposition des médecins, notamment généralistes et pédiatres, depuis plusieurs années.

Depuis le 1^{er} juillet 2021, après une phase de suspension liée au Covid, ces TROD angine peuvent de nouveau être réalisés par le pharmacien en officine en l'absence de consultation médicale préalable chez les adultes et les enfants de plus de 10 ans. En cas de résultat positif, le pharmacien oriente le patient vers son médecin traitant. Le pharmacien est rémunéré pour ce test, et la prise en charge de l'Assurance Maladie pour le patient est fixée à 70%.

Par ailleurs, le 13 décembre 2021, un arrêté introduit un nouveau parcours patient dans la prise en charge de l'angine avec la possibilité du recours à une ordonnance de dispensation conditionnelle de certains antibiotiques. Le médecin a ainsi la possibilité de soumettre la délivrance d'antibiotiques à un résultat de TROD positif réalisé en pharmacie d'officine, sous 7 jours calendaires.

Une campagne de promotion de ces dispositions nouvelles, importantes pour le bon usage des antibiotiques, sera pilotée par l'Assurance Maladie en lien avec Santé publique France fin 2022, avec l'appui des parties prenantes, pour les valoriser auprès des professionnels de santé et des patients (seulement 1000 à 2000 TROD réalisés par mois sur l'hiver 2021/22). Outre l'impact sur la réduction de l'antibiorésistance, l'Assurance Maladie estime dans son dernier rapport d'évolution des charges et produits pour 2023 qu'une mobilisation suffisante des TROD permettrait entre 60 et 130 millions d'euros d'économie par an par rapport à la dépense actuelle liée à la prise en charge globale de l'angine.

II.4 Des fonds qui permettent le financement d'actions de prévention institutionnelle

II.4.1 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 et à 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 2021, 59,7 millions d'euros ont été consacrés à la vaccination, dont 43,7 millions d'euros pour la campagne de vaccination contre la grippe saisonnière et 6,3 millions d'euros pour la vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR).

En outre, 93,5 millions d'euros ont été dépensés en 2021 pour la prévention bucco-dentaire et 5,3 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 135,6 millions d'euros en 2021. Il cofinance également avec les agences régionales de santé (ARS) les centres régionaux de coordination des dépistages des cancers.

En 2021, le montant total des dépenses du FNPEIS s'établit à 397 millions d'euros, soit une augmentation de 13 % des dépenses par rapport à 2020 et à périmètre constant.

Pour 2022, la prévision de dépenses du fonds est estimée à 414 millions d'euros pour le régime général (les actions de prévention de l'ex-RSI et des régimes étudiants incluses), dont :

- 63 millions d'euros destinés aux campagnes de vaccination (56 millions d'euros pour la vaccination contre la grippe saisonnière et 6,5 millions d'euros pour la vaccination ROR) ;

- 92 millions d'euros destinés à la prévention bucco-dentaire (examens bucco-dentaires et actions d'éducation en milieu scolaire ciblées) ;
- 23 millions d'euros pour des actions de prévention et d'accompagnement ;
- 79,5 millions d'euros d'actions de dépistage des cancers ;
- 140 millions d'euros de financement des centres d'examen de santé.

II.4.2 Le fonds de lutte contre les addictions liées aux substances psychoactives (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 et 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 afin de répondre aux signaux préoccupants observés ces dernières années, 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 du Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022 et du plan de mobilisation contre les addictions 2018-2022 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, 560 M€ ont été délégués par le FLCA (2018 : 100 M€, 2019 : 120 M€, 2020 : 115 M€, 2021 : 111 M€ et pour 2022 : 114 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)** sur les substances psychoactives (tabac, alcool et drogues illicites), en déployant **des actions innovantes** portées notamment par la **société civile** (via des appels à projet ou des 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, aux études et aux évaluations.**

Le FLCA a également permis de soutenir des projets à l'échelle régionale et locale soutenus en particulier par les Agences régionales de santé, ainsi que **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 soutient des **projets concernant plus particulièrement les personnes socialement défavorisées** et tenant compte des besoins non couverts. Ainsi, des actions ont notamment été financées en 2021 sur la thématique « Addictions et établissements et services des secteurs de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion et du logement accompagné », et portée 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 touchée par la crise sanitaire, des actions nouvelles ont été menées à son égard à travers notamment un appel à projets local « Mobilisation des jeunes, pour les jeunes » en 2021. Cet appel à projet a été reconduit en 2022 pour soutenir des actions de proximité sur leurs consommations de substances psychoactives et la dégradation de leur santé mentale.

Pour 2022, le FLCA va permettre de mobiliser de nouveaux acteurs et de couvrir plus largement la politique publique dans ce champ. Ainsi, il est prévu notamment :

- Des actions de prévention des conduites addictives en milieu professionnel portées par l'Agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT) ;
- Des actions de marketing social dédiées à la thématique des jeux d'argent et de hasard portées par Santé publique France ;
- Un appel à projets (AAP) « Mobilisation de la société civile » qui vise à soutenir des projets répondant à l'un des 5 grands objectifs suivants :
 1. Lutter contre les violences (intrafamiliales, sexuelles ou conséquentes à un psychotraumatisme) en lien avec la consommation de substances psychoactives ;
 2. Accompagner au changement d'habitudes de vie pour les personnes atteintes de maladies chroniques non transmissibles et ayant une problématique de consommation de substance(s) psychoactive(s) ;
 3. Mener des actions de prévention des addictions liées aux jeux d'argent et de hasard chez les jeunes (dont paris sportifs) ;
 4. Conduire des actions en faveur de l'information sur les risques liés à l'usage de cocaïne, de l'amélioration des conditions de repérage des consommations à risque, d'orientation et de prise en charge des usagers ;
 5. Produire des formations en ligne pour la prévention et/ou la prise en charge des addictions à destination des professionnels de santé.

II.5 Le fonds d'intervention régional : levier pour le financement de la politique locale de santé

II.5.1 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 : Comparaison des crédits dépensés au titre de la mission 1 sur la période 2020-2021

Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie	Crédits comptabilisés 2020	Crédits comptabilisés 2021
ARS Auvergne - Rhône Alpes	79 M€	110,1 M€

ARS Bourgogne - Franche Comté	29,4 M€	50,2 M€
ARS Bretagne	29,4 M€	43,9 M€
ARS Centre - Val de Loire	25,2 M€	36,9 M€
ARS Corse	8,4 M€	7,9 M€
ARS Grand Est	79,5 M€	73,8 M€
ARS Guadeloupe	9,9 M€	14,8 M€
ARS Guyane	19,8 M€	22,7 M€
ARS Hauts – de – France	63 M€	83,3 M€
ARS Île – de – France	176,3 M€	259,9 M€
ARS Réunion	22,7 M€	25 M€
ARS Martinique	9,9 M€	13,9 M€
ARS Mayotte	13,4 M€	14 M€
ARS Normandie	31,5 M€	46,6 M€
ARS Nouvelle – Aquitaine	69,6 M€	92,8 M€
ARS Occitanie	71,2 M€	90,8 M€
ARS Pays de la Loire	45 M€	58,2 M€
ARS Provence-Alpes-Côte d'Azur	59,5 M€	78 M€
TOTAL NATIONAL	843,07 M€	1 123,1 M€

Source : états financiers des ARS (dépenses COVID incluses)

II.5.2 Les dispositifs de prévention financés par le FIR en 2021

Parmi les principales actions financées sur le FIR figure **la réforme du pilotage des centres de lutte anti tuberculose (CLATs). Celle-ci est financée à hauteur de 56,7 M€ par le FIR.** Initiée en 2021, cette réforme prévoit un transfert d'une partie de la dotation globale de fonctionnement (DGF) versée aux conseils départementaux vers le sous-objectif de l'Ondam relatif au FIR, de façon à confier aux ARS l'ensemble des leviers organisationnels et financiers dans la lutte contre la tuberculose.

L'année 2021 a permis de **renforcer le soutien apporté en 2020 à la mission santé des centres de protection maternelle et infantile. 18,9 M€ ont été délégués aux ARS afin de financer des actions relatives à la santé périnatale et des jeunes enfants réalisées par la protection maternelle et infantile (PMI).**

Dans le contexte d'une crise sanitaire renforçant les inégalités en santé et en application de la mesure 27 du « Ségur de la santé », le FIR a été mobilisé pour financer des actions ciblées visant à traiter ces inégalités de santé dans les territoires. **Les 20 M€ euros qui ont abondé le FIR en 2021 ont financé des interventions ou des prestations sur la base d'appels à projets concernant des actions expérimentales de prévention primaire ou secondaire.**

II.6 Le fonds d'innovation du système de santé : une démarche de transformation de l'offre en santé y compris sur la prévention

II.6.1 Objectifs et missions du fonds

Créé par l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, le fonds d'innovation du système de santé (FISS) est un dispositif permettant d'expérimenter des initiatives innovantes en santé.

Ces initiatives doivent contribuer à l'amélioration du parcours des patients, à la pertinence et à la qualité de la prise en charge ou encore à l'accès aux soins. A cette fin, le FISS ouvre la possibilité pour les acteurs de santé (professionnels de santé, associations de patients, établissement...) de déroger à un certain nombre de dispositions prévues par le code de la sécurité sociale et de faire appel à des modes de financement et d'organisation inédits.

Le champ territorial des expérimentations peut être local, régional, interrégional ou encore national. L'expérimentation peut être applicable en ville, comme en établissement hospitalier ou médico-social.

Ce fonds permet notamment d'expérimenter des nouveaux parcours de prévention ou encore d'améliorer l'accès à des prises en charge.

En 2022, le fonds d'innovation du système de santé est doté d'un budget de 102 millions d'euros. Depuis sa création en 2018, 126 projets ont été autorisés¹.

II.6.2 Les expérimentations en matière de prévention

Trois expérimentations sur 5 comportent un volet prévention². Cela concerne tous les aspects de la prévention : la prévention primaire (18% des projets), la prévention secondaire avec un repérage des formes précoces de la maladie (35%) et la prévention tertiaire afin d'éviter les complications et récidives (30%).

Issue d'une recommandation du rapport de la commission des 1000 premiers jours publié en septembre 2020, **une expérimentation intitulée « RéPAP » (pour référent parcours périnatalité) a été autorisée à l'été 2021.** Pilotée par la Direction générale de la santé, cette expérimentation vise à construire un parcours coordonné personnalisé de périnatalité, de la grossesse aux trois mois de l'enfant, grâce à l'accompagnement par un référent parcours périnatalité. L'expérimentation s'adresse à toutes les femmes et plus particulièrement aux femmes en situation de vulnérabilité. **Le financement de cette expérimentation s'élève à 1,5 million d'euros.**

L'expérimentation ICOPE, autorisée en janvier 2022, s'inscrit dans la stratégie nationale pour prévenir la perte d'autonomie « Vieillir en bonne santé » 2020-2022. Pilotée par la DGS et la DGCS, l'expérimentation repose sur un programme national de dépistage sur la base du modèle ICOPE de l'OMS, fondé sur six capacités intrinsèques, déterminantes du maintien de l'autonomie (locomotion, état nutritionnel, santé mentale, cognition, audition et vision). **Le projet concerne 9 régions et prévoit d'inclure 55 000 patients sur une période de 3 ans, pour un budget de 8 millions d'euros.**

¹ Etat au mois de septembre 2022.

² Etat au mois de septembre 2021.

**PARTIE III:
ONDAM ET
PATHOLOGIES**

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

Depuis sa création, la cartographie des pathologies et des dépenses a subi d'importantes évolutions. Bâtie sur des premières démarches portant sur un nombre plus limité de pathologies, avec un suivi d'un ou deux ans, la cartographie médicalisée 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, ce qui a conduit la population analysée à 66,3 millions de personnes en 2019 et 2020 (soit 99 % de la population française¹). La période d'analyse s'étend actuellement de 2015 à 2020, 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. À partir de cette année, les données de la cartographie sont mises à disposition du grand public de manière interactive, à travers un site Open Data dédié².

La cartographie médicalisée 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, médicales et autres, à l'œuvre : 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'impact des innovations médicamenteuses ? Peut-on voir l'impact 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.

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. En 2020, les principaux constats traduisent les effets de la pandémie de Covid-19 et des périodes de confinement qu'elle a engendrées. Ainsi, malgré la poursuite de l'augmentation des dépenses remboursées, la croissance est considérablement plus faible entre 2019 et 2020 : alors que la dépense augmentait de 2,6 milliards par an en moyenne jusqu'en 2019, elle a augmenté de seulement 1,2 milliard entre 2019 et 2020. La baisse globale et importante du recours aux soins, aussi bien en ville qu'en établissement de santé, se traduit par des évolutions particulières des catégories moins spécifiques telles que les séjours hospitaliers ponctuels, les traitements antalgiques et anti-inflammatoires et la catégorie de personnes sans aucune pathologie repérable par les algorithmes de la cartographie. Une évolution notable est aussi la baisse des effectifs de maladies cardio-neurovasculaires aiguës et des dépenses liées à leur prise en charge. Enfin, une analyse spécifique des personnes avec un séjour hospitalier pour Covid-19 a été effectuée et est présentée plus loin dans le rapport. Les dépenses spécifiquement liées à la prise en charge de ces patients hospitalisés pour Covid-19 ont représenté environ 1,6 milliard d'euros pour l'Assurance Maladie durant l'année, soit un peu moins de 1 % de l'ensemble des dépenses remboursées dans le périmètre de la présente cartographie.

Il faut rappeler ici que le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie médicalisée ne sont pas strictement superposables et que ces dépenses ne correspondent pas à l'ensemble des ressources mobilisées pour faire face à la crise sanitaire et à ses conséquences (Encadré 1). Par ailleurs, les différentes versions de la cartographie ne sont pas pleinement comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information et, lorsque c'est le cas, des améliorations apportées aux algorithmes. Pour le présent rapport, certains algorithmes de repérage des pathologies ont été modifiés relativement aux versions précédentes. C'est le cas pour le repérage des troubles addictifs, pour lesquels a été pris en compte le remboursement des traitements nicotiques de substitution. Cette évolution vise à repérer spécifiquement les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique et pas le tabagisme actif ni l'ensemble des tentatives d'arrêt, mais induit néanmoins une augmentation des effectifs de cette catégorie, par rapport aux résultats présentés dans le rapport précédent. Cette augmentation est constatée surtout pour les années 2018 et 2019 et reflète la facilitation du recours à

¹ Selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), au 1er janvier 2020, la France compte 67,064 millions d'habitants, dont 64,898 millions résidents de la métropole et 2,166 millions des cinq départements d'outre-mer.

² La plateforme Data pathologies est accessible en ligne : <https://data.ameli.fr/pages/data-pathologies/>

ces traitements, à la suite de leur inscription sur la liste des médicaments remboursables permettant la prise en charge directe et intégrale par l'Assurance Maladie, et à l'extension du droit de prescription¹. L'augmentation des effectifs avec des troubles addictifs ne devra donc pas être interprétée comme une augmentation de prévalence de ces troubles, mais plutôt comme un reflet de la diffusion de ces traitements, qui ont par ailleurs contribué à la baisse de la prévalence du tabagisme dans la population française sur la période. Cette augmentation se reporte, dans une moindre mesure, sur les effectifs de la catégorie des maladies psychiatriques (qui comprend les troubles addictifs). L'effet sur les dépenses remboursées pour l'ensemble de la catégorie des maladies psychiatriques est néanmoins minime et les principaux constats sur la période ne sont pas remis en cause par cette évolution méthodologique. De plus, il faut souligner les constats importants sur les autres pathologies de la catégorie et sur la consommation de traitements psychotropes, qui sont présentés plus bas et qui traduisent l'effet de la crise sanitaire sur les prises en charge en santé mentale.

D'autres algorithmes ont quant à eux été ajoutés. Deux nouveaux, spécifiques à la prise en charge hospitalière des patients atteints de forme sévère de Covid-19, ont été définis (Encadré 2). Le premier concerne les cas confirmés de Covid-19, avec une prise en charge en hospitalisation complète. Pour ces personnes, les dépenses de soins spécifiquement affectées à la prise en charge de la Covid-19 ont été calculées². Au sein de cette population, les personnes avec une prise en charge en soins critiques (réanimation, soins intensifs ou soins continus) au cours d'un séjour ont également été identifiées, sans possibilité toutefois d'étudier les dépenses spécifiquement affectées à ce groupe. Les critères de repérage utilisés pour ces deux algorithmes 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) et sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne³.

Enfin, deux autres évolutions relatives aux algorithmes de repérage des pathologies sont à noter. Un nouvel algorithme repère l'obésité, mais ne concerne que les personnes avec une prise en charge hospitalière, une ALD spécifique ou un acte de chirurgie bariatrique récent et n'est donc pas représentatif de l'importance de ce facteur de risque au sein de la population française. Un algorithme spécifique au repérage des personnes prises en charge pour une trisomie 21, au sein de la catégorie des « autres affections de longue durée (dont 31 et 32) », a aussi été ajouté, à la suite des travaux du groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare montrant que la trisomie 21 constituait un des facteurs importants des formes graves de Covid. Ces deux algorithmes permettent de faciliter les travaux épidémiologiques sur ces populations, mais les dépenses spécifiquement affectées à ces pathologies n'ont pas été estimées.

Dans une première partie sont donc présentés les effectifs et les dépenses mobilisés pour la prise en charge des différentes pathologies en 2020. Ensuite, sont décrites leurs évolutions entre 2019 et 2020 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.

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

En 2020, 168 milliards d'euros ont été remboursés (Figure 1) par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 66,3 millions de personnes. Les pathologies et traitements chroniques représentent près de 62 % de cette dépense (environ 104 milliards d'euros) (Tableau 1 et Figure 2), et concernent 36 % de la population (soit près de 24 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (Figure 3). À l'opposé, 56 % de la population, soit plus d'un assuré sur deux, a reçu uniquement des soins qualifiés de « courants ».

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 médicalisée des dépenses. Les dépenses suivantes, relevant du champ Ondam, ne sont pas comptabilisées pour la cartographie des pathologies :

¹ Le recours aux traitements nicotiques de substitution a été étudié dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2020-rapport-propositions-pour-2021-charges-produits>

² 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.

³ La méthode détaillée de l'ensemble des étapes d'élaboration de la cartographie médicalisée des dépenses est accessible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>

- _ 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 ;
- _ le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements ;
- _ les garanties de financement versées en 2020 aux établissements hospitaliers ;
- _ les dotations aux établissements sociaux et médico-sociaux ;
- _ les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds pour la 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 des aides à la contractualisation (Migac).

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 médicalisée des dépenses.

Ces différences de champ sont à l'origine des écarts constatés entre les évolutions des dépenses totales relevant du champ Ondam pour l'année 2020 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 hausses de dotations à SPF, aux établissements sanitaires et médico-sociaux (achats de masques, de vaccins, de matériels de protection, de respirateurs, etc.) ou les dispositifs de compensation financière de la perte d'activité pour les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux 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 10 % entre 2019 et 2020, les dépenses prises en compte dans le champ de la cartographie n'ont progressé que de 0,7 % sur la même période.

En 2020, sur le champ commun à la cartographie médicalisée des dépenses et à l'Ondam, les montants sont très proches (158,5 milliards d'euros pour la cartographie médicalisée des dépenses et 160 milliards d'euros pour l'Ondam).

Une présentation détaillée des dépenses considérées pour la cartographie médicalisée est disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/par-theme/pathologies/cartographie-assurance-maladie/methode-cartographie-pathologies-depenses-assurance-maladie>.

Comme les années précédentes, certaines pathologies ou situations de santé représentent une proportion particulièrement importante des dépenses d'assurance maladie (Figure 2).

Quatre catégories représentent plus de la moitié de l'ensemble des dépenses remboursées :

- 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 : 33,4 milliards d'euros, soit 20 % 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 23,3 milliards d'euros, soit près de 14 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des cancers atteint 21,2 milliards d'euros, soit 12,6 % des dépenses totales ;
- la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires atteint 17,8 milliards d'euros, soit 10,6 % des dépenses totales.

La prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 (y compris ceux avec prise en charge en soins critiques) aura généré une dépense de 1,56 milliard d'euros pour l'Assurance Maladie durant l'année, soit un peu moins de 1 % de l'ensemble des dépenses remboursées.

Une analyse plus fine des 23,3 milliards d'euros affectés aux maladies ou traitements chroniques psychiatriques montre le poids important des dépenses affectées aux troubles névrotiques et de l'humeur (6,2 milliards d'euros) et aux troubles psychotiques (4,9 milliards d'euros), qui représentent 48 % des dépenses affectées à la santé mentale. Ce poids important résulte principalement des dépenses des séjours hospitaliers, en établissements psychiatriques notamment.

Parmi les 21,2 milliards d'euros affectés aux cancers, 90 % concernent les cancers en phase active de traitement et 10 % les cancers sous-surveillance. On notera le poids important des cancers du sein (3,6 milliards d'euros), du poumon (2,7 milliards d'euros), du côlon (1,9 milliard d'euros) et de la prostate (1,9 milliard d'euros), qui représentent 47 % des dépenses mobilisées.

Au sein des maladies cardio-neurovasculaires (17,8 milliards d'euros), trois pathologies représentent plus des deux tiers des dépenses : la maladie coronaire (4,3 milliards d'euros), les accidents vasculaires cérébraux (AVC) (3,9 milliards d'euros) et l'insuffisance cardiaque (IC) (3,0 milliards d'euros).

En 2020, 8,4 millions de personnes ont reçu un traitement chronique du risque vasculaire et près de 8,2 millions ont eu une hospitalisation dite « ponctuelle », pour des motifs autres que ceux correspondant aux pathologies chroniques identifiées via les algorithmes médicaux (Figure 3). Par ailleurs, les maladies cardio-neurovasculaires représentent 5,2 millions de personnes, le diabète, 4 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. Si l'on ajoute aux maladies psychiatriques les 5,6 millions de personnes recevant un traitement chronique par psychotropes, ce sont plus de 8,4 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 moyenne par patient (Tableau 1).

Deux principaux groupes de pathologies se distinguent (Figure 4) :

- 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 (669 euros par an par personne en moyenne) ou le traitement chronique par psychotropes (1 225 euros par an par personne en moyenne) ;
- celles qui concernent peu ou relativement peu de personnes, mais pour lesquelles la dépense annuelle moyenne mobilisée par patient est élevée. C'est le cas notamment des cancers actifs (12 676 euros), des maladies cardio-neurovasculaires aiguës (9 986 euros), des maladies psychiatriques (5 926 euros) et de la maternité (6 819 euros). C'est aussi le cas des prises en charge hospitalières pour Covid-19 (7 874 euros).

Cette distinction n'est toutefois pas applicable pour l'ensemble des pathologies ou situations de santé : les hospitalisations ponctuelles se démarquent toujours avec un effectif très élevé (8 195 070 patients) et une dépense moyenne élevée (4 071 euros). Malgré des effectifs relativement faibles (101 000 bénéficiaires), le poids économique de l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) n'est pas négligeable du fait d'une dépense annuelle moyenne par patient extrêmement élevée¹ (41 753 euros).

Pour comparaison, la dépense moyenne pour l'ensemble des assurés inclus dans la cartographie médicalisée des dépenses est d'environ 2 540 euros et celle des assurés n'ayant consommé que des soins courants (ou des soins correspondant à des pathologies non repérées par les algorithmes de la cartographie) est d'environ 340 euros.

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (Figure 5). Les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 (90,7 % de la dépense moyenne par individu), ce qui est logique au vu de la définition retenue pour repérer ces patients. Elles sont aussi importantes pour les maladies cardiovasculaires aiguës (82 %), l'IRCT (67 %), les maladies psychiatriques (64 %) et les cancers actifs (57 %), ce qui explique les niveaux de dépenses élevés pour ces groupes de pathologies. La part des dépenses hospitalières a cependant diminué d'au moins 1 point de pourcentage entre 2019 et 2020 pour chacune des pathologies autres que la Covid-19, reflétant l'effet de la crise sanitaire sur le recours aux soins et notamment sur les prises en charge hospitalières.

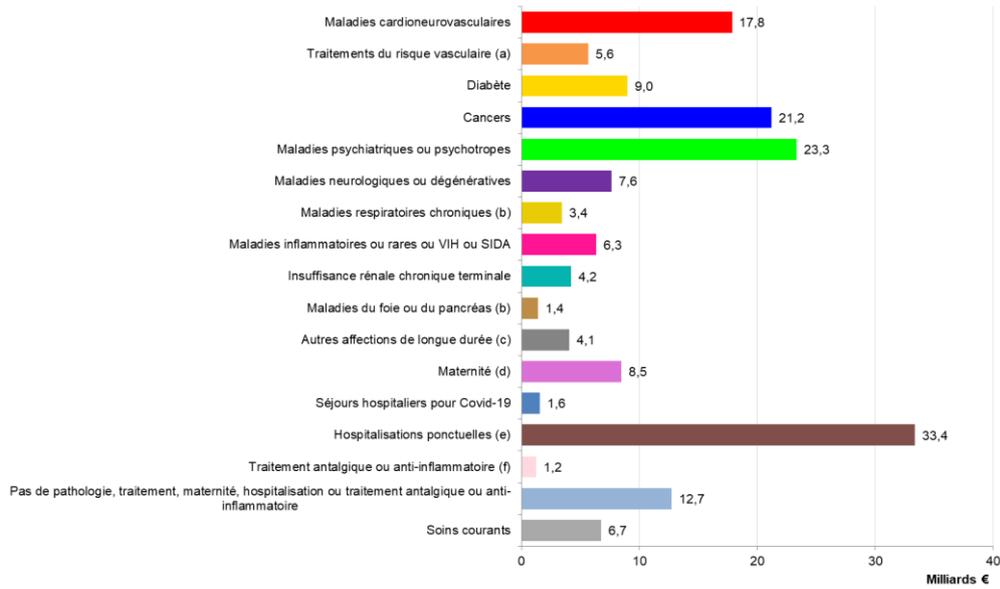
À l'inverse, les soins de ville concernent la majorité des dépenses mobilisées pour la prise en charge du diabète (84 % de la dépense moyenne par individu), des personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire (75,5 %), des maladies inflammatoires ou rares ou virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ou syndrome d'immunodéficience acquise (sida) (71 %), des cancers sous surveillance (68 %), des maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose) (62,5 %), des maladies neurologiques ou dégénératives (61,5 %) et des personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins repérés par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...) (59 %).

Enfin, les prestations en espèces² ont un poids important dans les dépenses mobilisées dans le cadre de la maternité (44 %) ou pour les patients ayant bénéficié de traitements chroniques par psychotropes (43,5 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (48 %).

¹ Pour cette raison, cette pathologie n'a pas été représentée dans la Figure 4.

² 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 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2020 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 168 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

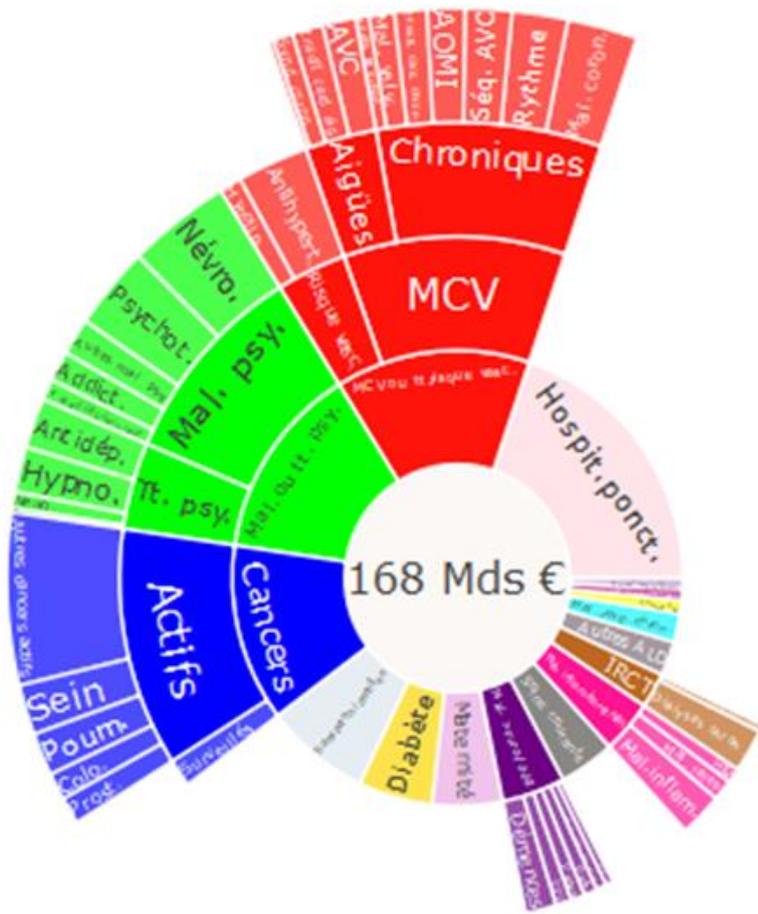
(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

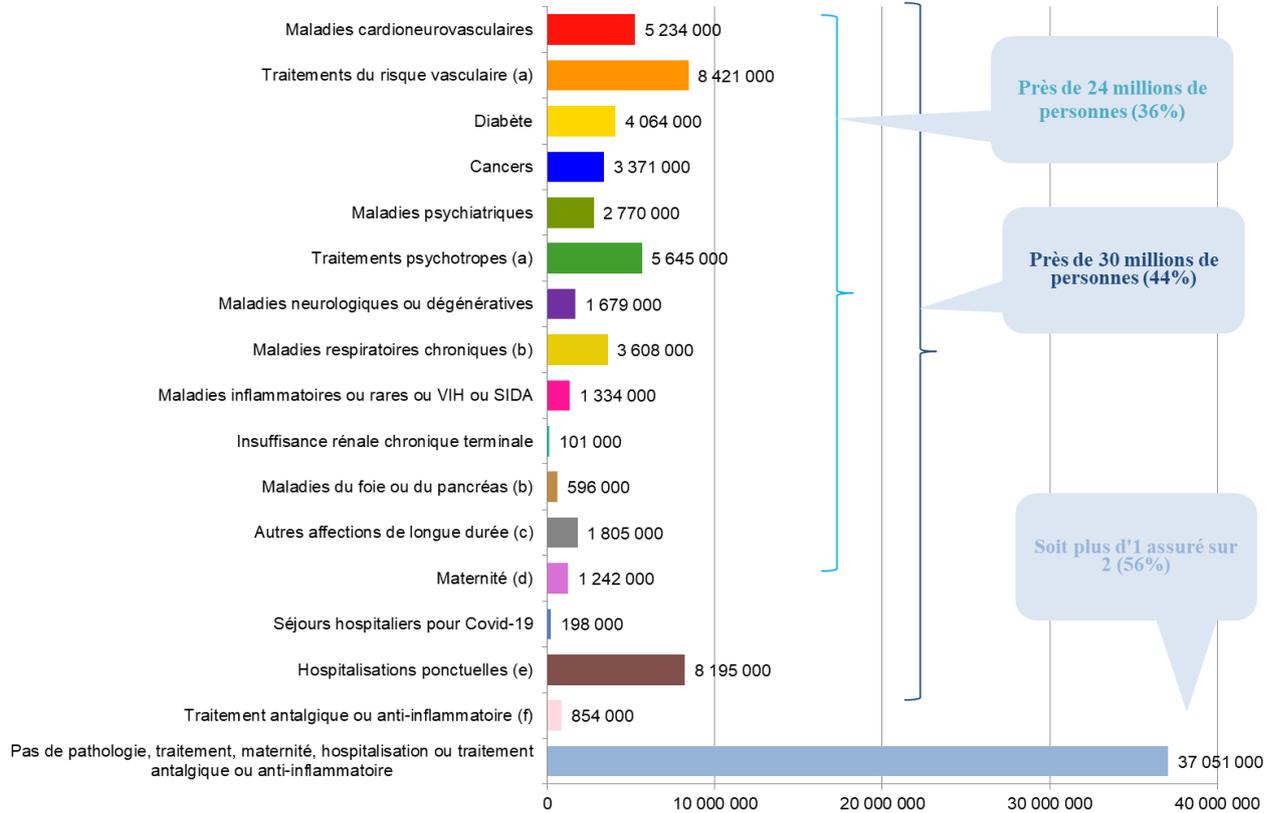
Figure 2
Répartition des dépenses entre les pathologies, les traitements chroniques et les épisodes de soins en 2020



Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

Figure 3

Nombre de bénéficiaires pris en charge en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins (66,3 millions de personnes au total)



- 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 juillet 2022)

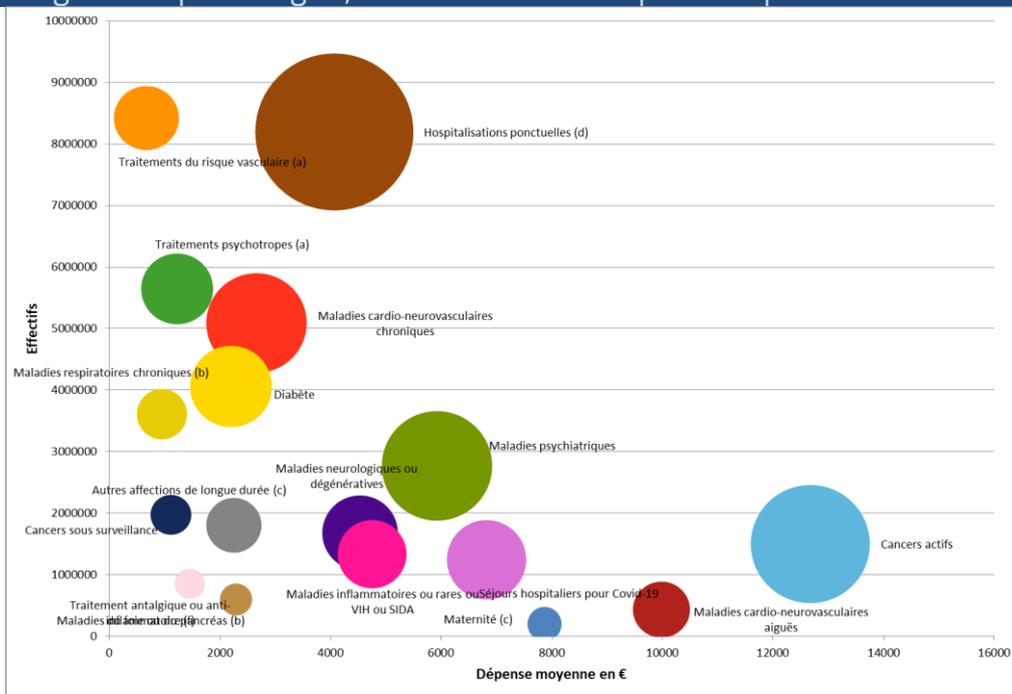
Tableau 1 : Effectifs et dépenses moyennes par patient en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins

Catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins	Effectif	Dépense moyenne	dont soins de ville	dont hospitalisations	dont prestations en espèces
Maladies cardiovasculaires	5 234 337	3 410 €	1 563 €	1 612 €	235 €
dont maladies cardiovasculaires aiguës	431 027	9 986 €	1 521 €	8 214 €	251 €
dont maladies cardiovasculaires chroniques	5 090 707	2 661 €	1 478 €	962 €	220 €
Traitements du risque vasculaire (hors pathologies)	8 421 356	669 €	505 €	36 €	128 €
Diabète	4 063 651	2 206 €	1 853 €	170 €	183 €
Cancers	3 371 089	6 289 €	2 608 €	3 316 €	366 €
dont cancers actifs	1 499 146	12 676 €	4 862 €	7 277 €	536 €
dont cancers sous surveillance	1 975 598	1 112 €	760 €	135 €	217 €
Maladies psychiatriques ou psychotropes	8 414 807	2 772 €	793 €	1 311 €	668 €
dont maladies psychiatriques	2 769 593	5 926 €	1 175 €	3 809 €	942 €
dont traitements psychotropes (hors pathologies)	5 645 214	1 225 €	606 €	86 €	533 €
Maladies neurologiques ou dégénératives	1 679 478	4 536 €	2 788 €	1 371 €	376 €
Maladies respiratoires chroniques (hors mucoviscidose)	3 607 790	953 €	596 €	207 €	150 €
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH ou SIDA	1 333 816	4 751 €	3 376 €	882 €	492 €
Insuffisance rénale chronique terminale	100 716	41 753 €	12 761 €	28 126 €	866 €
dont dialyse chronique	56 686	60 885 €	17 107 €	43 262 €	516 €
dont transplantation rénale	2 548	69 144 €	16 057 €	50 747 €	2 340 €
dont suivi de transplantation rénale	41 482	13 927 €	6 621 €	6 052 €	1 255 €
Maladies du foie ou du pancréas (hors mucoviscidose)	596 199	2 289 €	1 133 €	885 €	271 €
Autres affections de longue durée (dont 31 et 32)	1 804 965	2 251 €	1 659 €	370 €	222 €
Maternité (avec ou sans pathologies)	1 242 396	6 819 €	993 €	2 839 €	2 987 €
Séjours hospitaliers pour Covid-19	198 148	7 874 €	513 €	7 143 €	218 €
Hospitalisations ponctuelles (avec ou sans pathologies, traitements ou maternité)	8 195 070	4 071 €	576 €	3 104 €	391 €
Traitement antalgique ou anti-inflammatoire (hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations)	854 196	1 456 €	674 €	82 €	699 €
Pas de pathologie, traitement, maternité, hospitalisation ou traitement antalgique ou anti-inflammatoire	37 051 089	343 €	202 €	27 €	114 €

Champ : dépenses remboursées – tous régimes – France entière

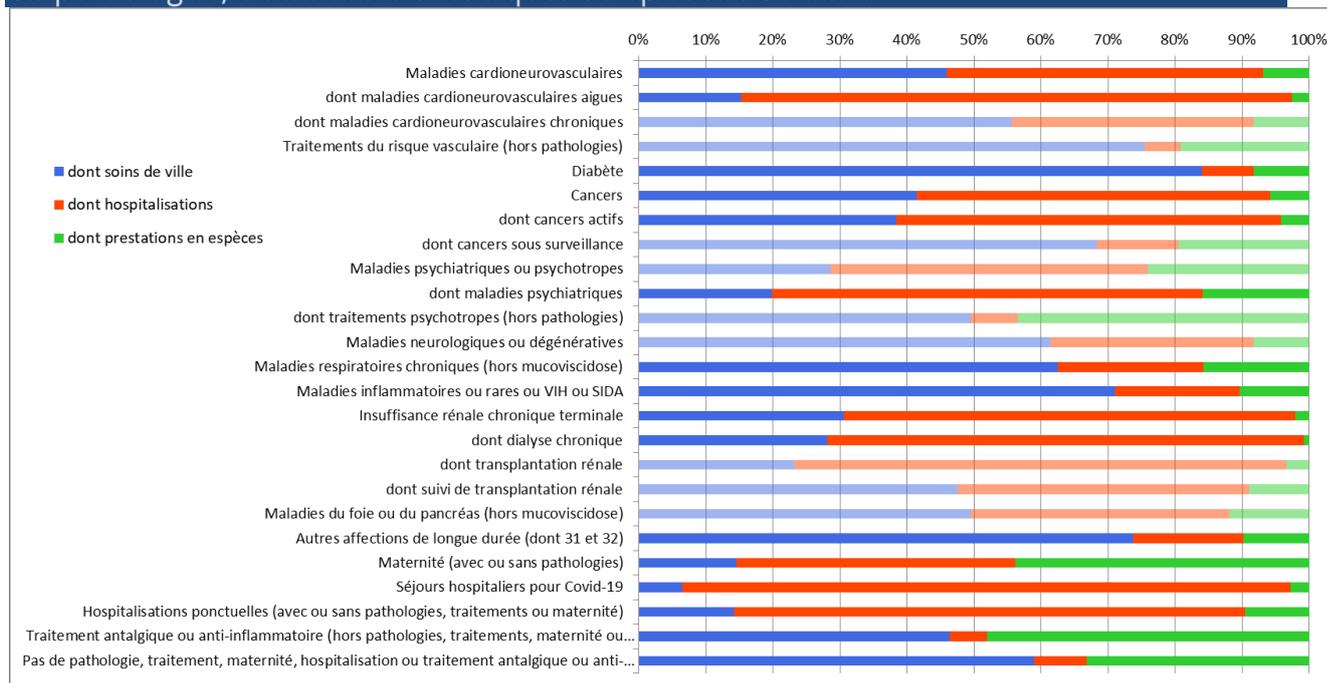
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

Figure 4 : Effectifs, dépenses moyennes par patient et dépenses totales en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes 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 juillet 2022)

Figure 5 : Structure des dépenses moyennes par patient en 2020 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

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

Maladies cardio-neurovasculaires. 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.

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-neurovasculaires, 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 »).

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 a été 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 spécifiquement les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. Cette évolution induit une augmentation des effectifs par rapport aux résultats présentés dans le rapport précédent, qui reflète la facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 et ne doit pas être interprétée comme une hausse de prévalence des troubles addictifs.

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 paralysie, la myopathie et la myasthénie, l’épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques. Asthme, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), insuffisance respiratoire chronique... La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe.

Maladies inflammatoires, maladies rares et virus de l'immunodéficience humaine (VIH). Les maladies inflammatoires chroniques de l'intestin (Mici), la polyarthrite rhumatoïde et la spondylarthrite ankylosante, les autres maladies inflammatoires chroniques pour les maladies rares, les maladies métaboliques héréditaires, la mucoviscidose, l'hémophilie et les troubles de l'hémostase grave. L'infection par le VIH ou syndrome d'immunodéficience acquise (sida) 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 autres 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 1^{er} jour du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.

Traitements chroniques par antalgiques, anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) et corticoïdes. Il s'agit de traitements délivrés au moins six fois dans l'année, qui peuvent être à visée rhumatologique chronique (lombalgie, arthrose, etc.), mais aussi liés à la prise en charge de toute pathologie chronique douloureuse, y compris celles repérées ci-dessus.

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.

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...).

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 de la 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).

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 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 entre 2019 et 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 qui augmente chaque année, la présente version portant sur la période 2015-2020. 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 données de l'année 2020, étant donné le contexte de la pandémie de Covid-19 et ses conséquences sur le système de soins.

Le précédent rapport¹ avait contribué à montrer l'effet important de la crise sanitaire sur la consommation et le recours aux soins, aussi bien en ville qu'à l'hôpital. Cette année, les conséquences de cette baisse du recours sur le repérage de certains épisodes de soins, traitements fréquents 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 prix ou de tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes ; de la croissance et du vieillissement de la population française chaque année, qui, s'ils reflètent l'allongement de l'espérance de vie, contribuent aussi à la survenue de multiples pathologies chez les plus âgés ; et enfin des conséquences de la crise sanitaire sur la consommation, le recours aux soins et la santé de la population française.

¹ Disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2021-rapport-propositions-pour-2022-charges-produits>

III.1.2.1 Une augmentation de la dépense totale en cinq ans de 15,7 milliards d'euros, soit 2,6 milliards par an en moyenne, et de seulement 1,2 milliard entre 2019 et 2020

Depuis 2015, la dépense totale de la consommation de soins remboursés (Figure 6) pour l'ensemble des régimes a augmenté de 15,7 milliards d'euros (soit + 10,3 % en cinq ans, + 2 % par an en moyenne). Une partie de cette hausse des dépenses est liée à l'augmentation du nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins entre 2015 (64,7 millions) et 2020 (66,3 millions), soit une augmentation de 1,5 million de personnes en cinq ans (+ 0,48 % par an en moyenne sur la période).

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 2020 est observée sur la prise en charge des cancers (+ 4,9 milliards d'euros). Les dépenses liées à la prise en charge des maladies cardio-neurovasculaires et des maladies psychiatriques ont augmenté, mais à des niveaux toutefois moindres (respectivement + 1,9 milliard d'euros et + 1,6 milliard d'euros) malgré des évolutions à la baisse en 2020 pour certaines pathologies, détaillées dans les parties suivantes. En dehors des hospitalisations ponctuelles qui constituent un cas notable analysé ci-dessous, seules trois catégories voient leurs dépenses baisser sur la période : les maladies du foie et du pancréas, les traitements antalgiques et anti-inflammatoires et les traitements du risque vasculaire (Figure 6).

L'analyse des évolutions annuelles montre que la survenue de la pandémie a diminué le rythme de croissance de la dépense totale. Depuis 2015, la dépense totale évoluait à un rythme annuel souvent supérieur à + 2,0 % (+ 2,6 % en 2015, + 2,4 % en 2017, + 1,8 % en 2018, + 2,4 % en 2019), elle a augmenté de seulement + 0,7 % en 2020, correspondant à 1,2 milliard d'euros. L'évolution moindre de la dépense totale s'explique par une stabilisation des effectifs ayant consommé des soins médicaux. Entre 2015 et 2019, cet effectif augmentait régulièrement (+ 0,82 % en 2016, + 0,29 % en 2017, + 0,57 % en 2018, + 0,75 % en 2019), alors qu'en 2020, les effectifs de patients pris en charge par l'Assurance Maladie sont restés stables par rapport à 2019 (- 0,01 %, avoisinant 66,3 millions).

III.1.2.2 Des dynamiques contrastées selon les pathologies qui reflètent les effets de la crise sanitaire au cours de l'année 2020

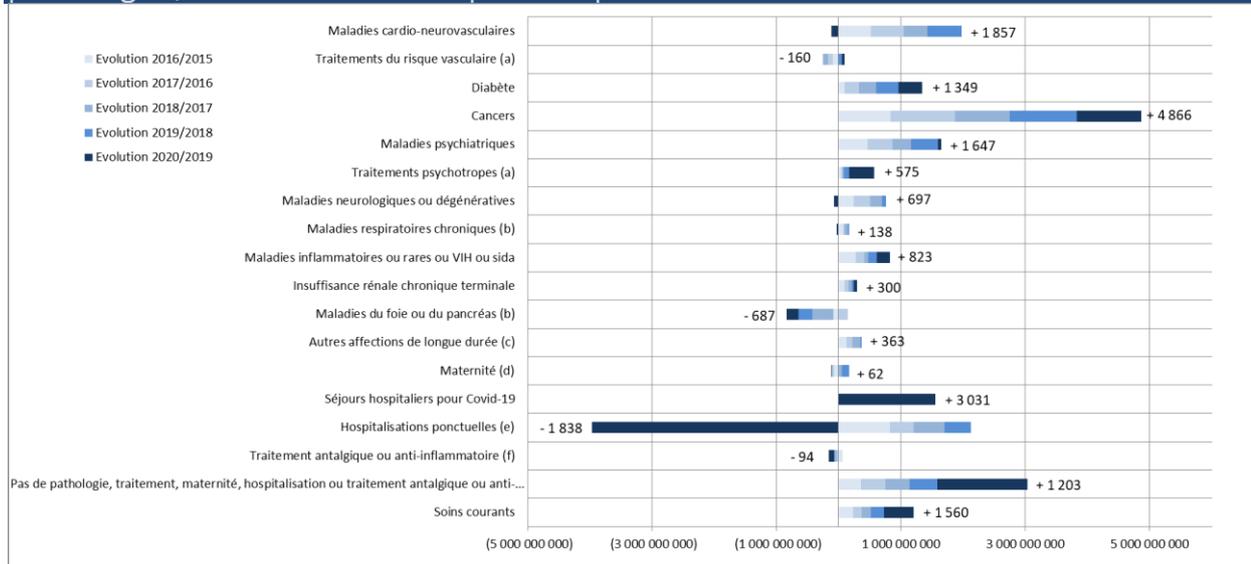
L'analyse annuelle des dépenses permet de mettre en évidence pour l'année 2020 des évolutions variables selon les grandes catégories de pathologies, avec des inversions ou ruptures de tendance (Figure 7) qui sont détaillées plus bas. Deux facteurs peuvent influencer sur l'évolution des dépenses affectées à une pathologie : l'évolution du nombre de personnes prises en charge (Figure 8 et Figure 9) et l'évolution de la dépense annuelle moyenne mobilisée pour chaque personne (Figure 10).

La baisse du recours aux soins, liée à la pandémie de Covid-19 et aux périodes de confinement qui ont touché l'ensemble du territoire national en 2020, a concerné aussi bien les soins en milieu hospitalier que les soins de ville et s'est répercutée à la fois sur les effectifs et sur la dépense moyenne. Pour évaluer l'effet de ce moindre recours sur les effectifs, des analyses spécifiques ont porté sur l'évolution des patients incidents, c'est-à-dire des personnes nouvellement atteintes, sans prise en charge préalable pour une des pathologies repérables par nos algorithmes (Figure 11).

Les évolutions de la dépense moyenne remboursée par individu peuvent être expliquées par différents effets : certains soins ont pu être reportés, modifiant ainsi la consommation pendant les périodes de confinement, et il est aussi possible que, pour certaines pathologies, les prises en charge aient concerné les patients les plus sévères, avec un effet de concentration des dépenses sur ces cas plus graves.

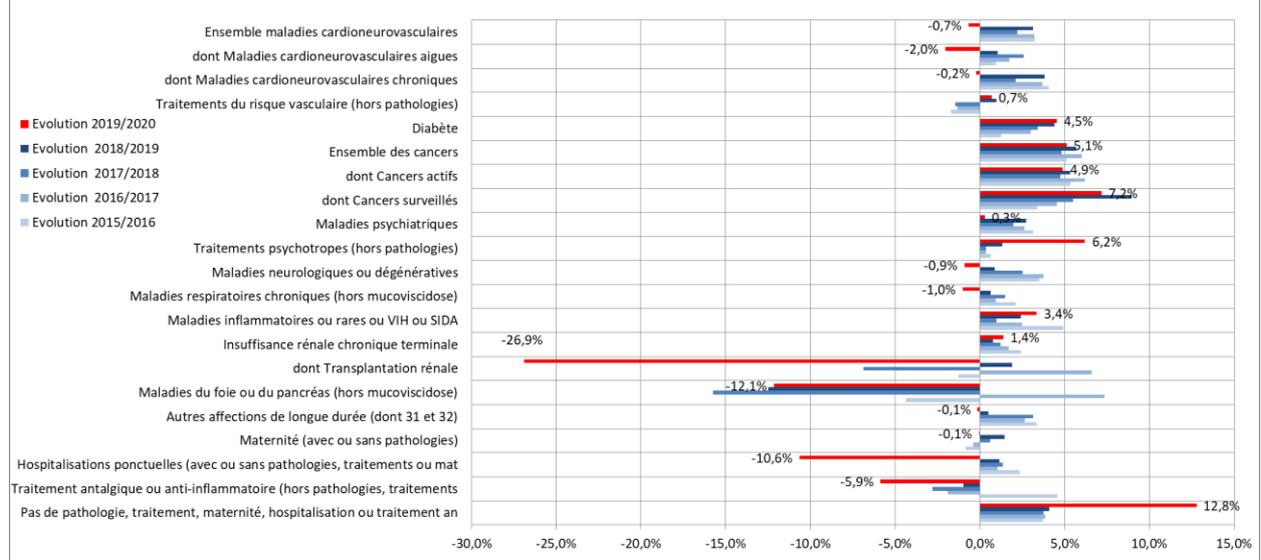
Il convient par ailleurs de préciser que les analyses présentées ici ne permettent pas d'isoler les évolutions observées pour l'année 2020 dues au seul effet de la crise sanitaire.

Figure 6 : Évolution des dépenses entre 2015 et 2020, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes 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 juillet 2022)

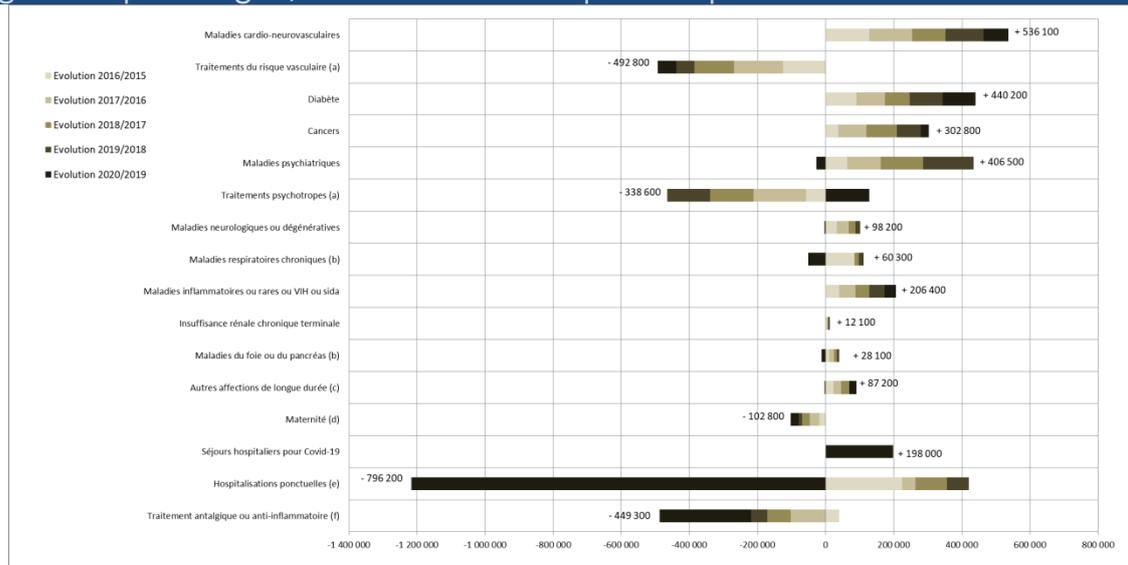
Figure 7 : Taux de croissance annuels des dépenses totales entre 2015 et 2020, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

Figure 8 : Évolution des effectifs pris en charge entre 2015 et 2020, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins



(a) Hors pathologies

(b) Hors mucoviscidose

(c) Dont 31 et 32

(d) Avec ou sans pathologies

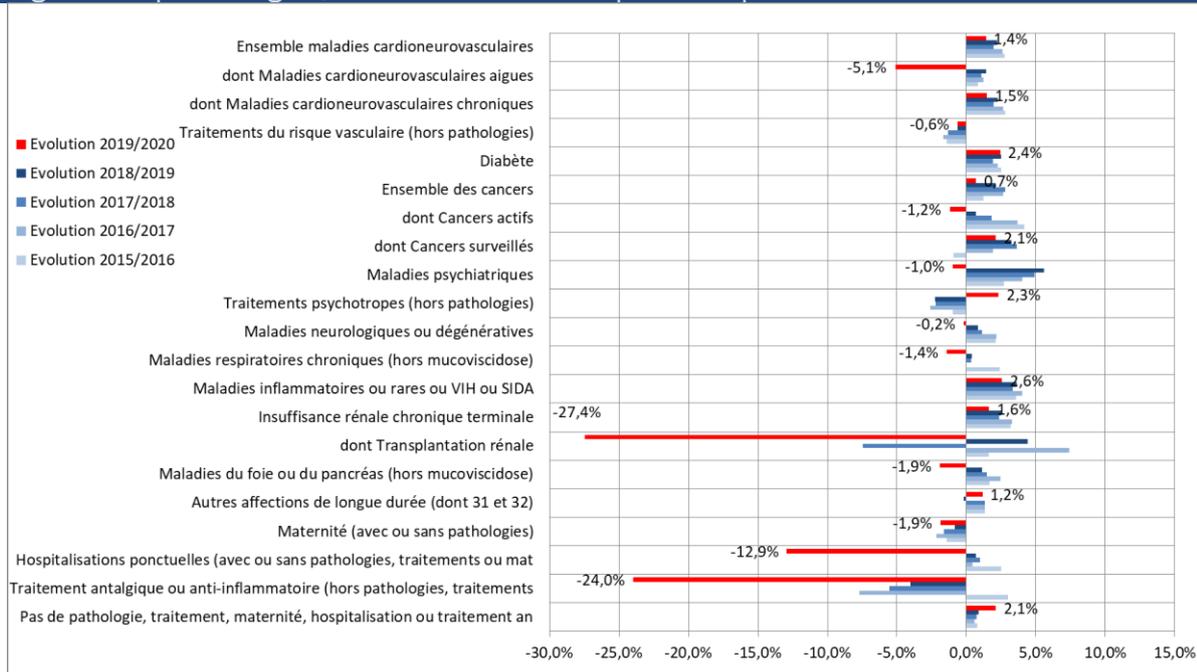
(e) Avec ou sans pathologies, traitements ou maternité

(f) Hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations

Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

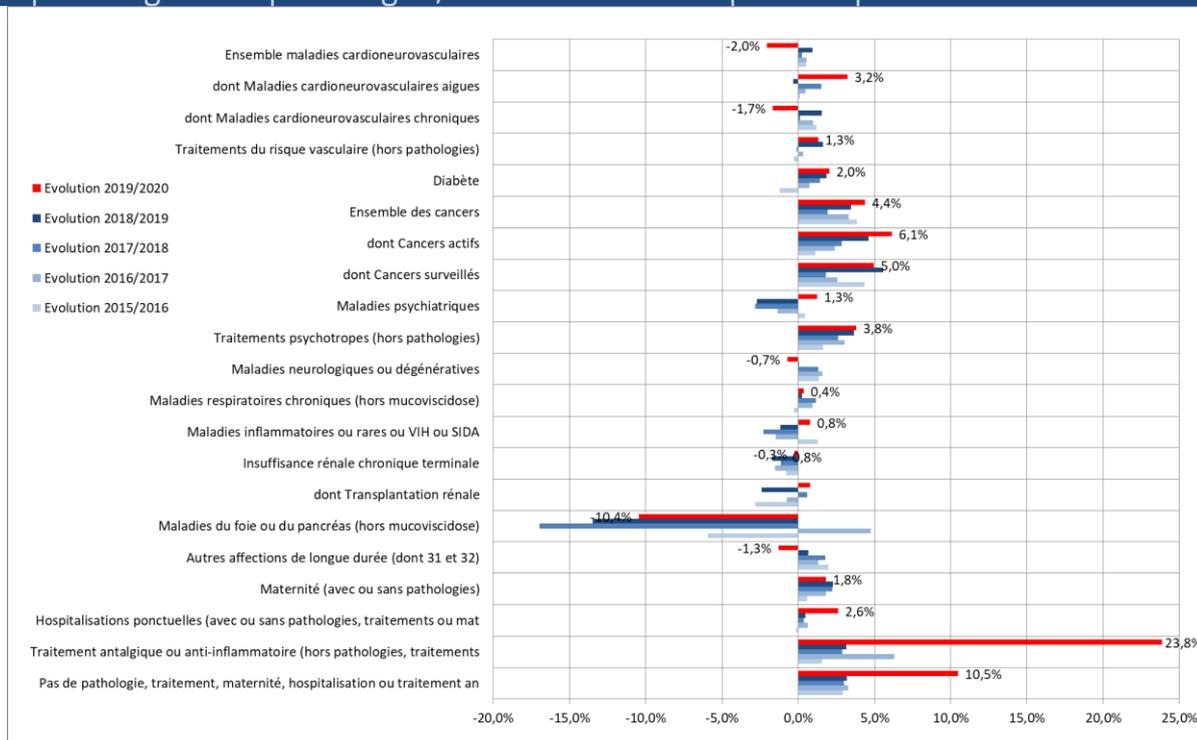
Figure 9
Taux de croissance annuels des effectifs pris en charge entre 2015 et 2020, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

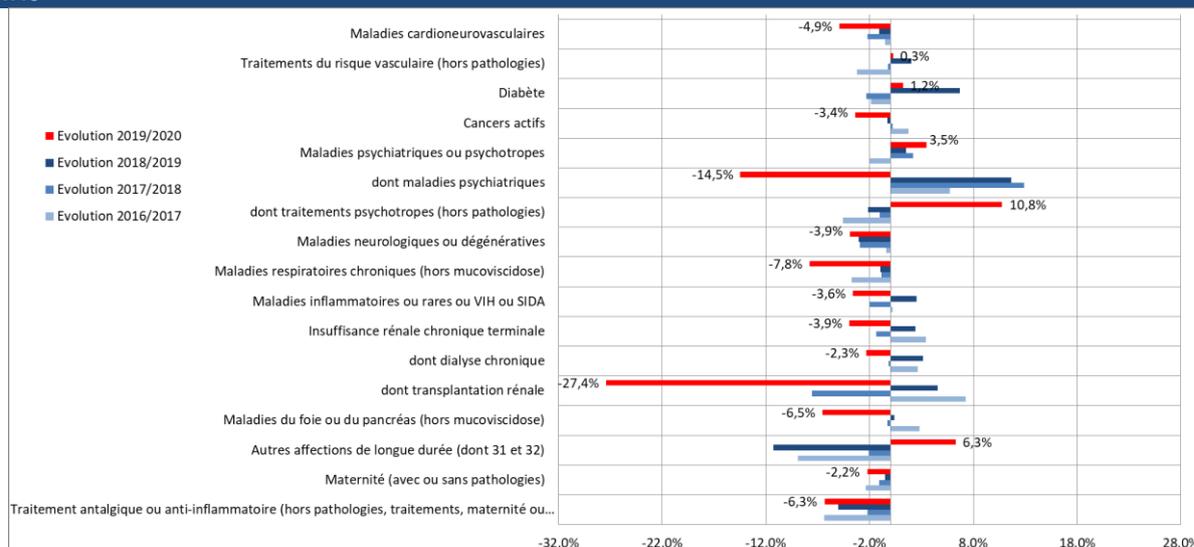
Figure 10 : Taux de croissance annuels de la dépense moyenne entre 2015 et 2020, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

Figure 11 : Taux de croissance annuels des effectifs de nouveaux patients entre 2016 et 2020, pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

III.1.2.3 La baisse du recours aux soins hospitaliers et de ville : « hospitalisations ponctuelles » et « traitements antalgiques et anti-inflammatoires »

Les évolutions constatées sur la période pour la catégorie des hospitalisations ponctuelles reflètent exclusivement les effets de la crise sanitaire, avec la forte baisse des prises en charge hospitalières lors des deux premiers confinements liés à la pandémie. Le niveau de dépenses qui y est associé, en hausse régulière depuis 2015, a baissé de 4 milliards d'euros entre 2019 et 2020 (- 10,6 %), avec pour résultat une baisse de 1,8 milliard sur la totalité de la période¹. Cette évolution s'explique par la baisse considérable du nombre de patients pris en charge entre 2019 et 2020, de l'ordre de 1,2 million (- 12,9 %, contre une augmentation continue, comprise entre 0,4 % et 2,5 % depuis 2015).

Une analyse des principaux motifs associés aux hospitalisations ponctuelles, présentée dans un rapport précédent², avait montré qu'il s'agit majoritairement d'endoscopies digestives et d'actes chirurgicaux dans les domaines orthopédiques et ophtalmologiques. La baisse des effectifs constatée en 2020 traduit les retards accumulés lors des confinements dans les domaines du dépistage des cancers colorectaux, de la chirurgie prothétique ou de la cataracte, mais potentiellement aussi une moindre activité de traumatologie, liée à la baisse du nombre d'accidents constatés durant les confinements. On observe également une hausse de la dépense moyenne, nettement plus forte que les années précédentes (2,6 %, alors qu'elle ne dépassait pas les 0,6 % les années précédentes), traduisant probablement le caractère plus sévère, en 2020, des personnes avec des prises en charge hospitalières qualifiées de « ponctuelles » (pour des motifs qui ne correspondent pas aux groupes de pathologies repérés par ailleurs).

Le même constat est visible sur le recours aux soins de ville, avec une baisse des dépenses associées aux traitements antalgiques et anti-inflammatoires à partir de 2020 (- 5,9 %), même s'il s'agit davantage d'une rupture que d'une inversion de tendance, puisqu'entre 2016 et 2019 cette catégorie de traitement connaissait déjà des baisses de consommation régulières (à des niveaux toutefois moindres, ne dépassant pas - 2,8 %). Le nombre de personnes ayant eu recours aux traitements antalgiques et anti-inflammatoires a baissé de - 24 %, alors qu'il diminuait au maximum de - 7,7 % les années précédentes. Cette baisse porte principalement, entre 2019 et 2020, sur les effectifs incidents et est particulièrement visible sur les traitements par anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) (Figure 12). On observe par ailleurs une forte augmentation de la dépense moyenne (+ 23,8 % contre au maximum + 6,3 % les années précédentes), ce qui pourrait traduire une concentration des dépenses sur les personnes aux besoins de soins les plus élevés.

¹ Comme indiqué dans l'Encadré 2, ces dépenses ne comprennent pas les garanties de financement versées aux établissements hospitaliers.

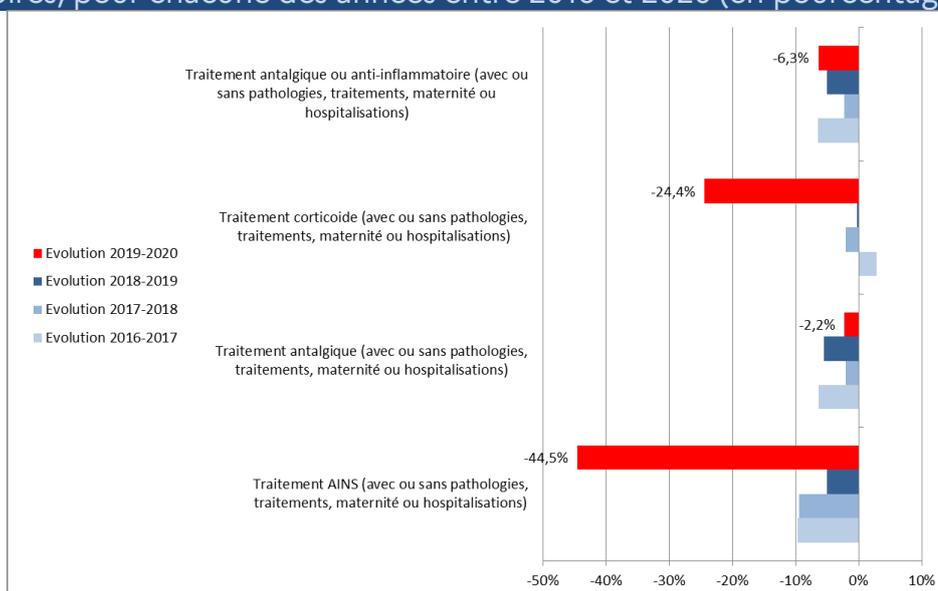
² Les motifs des séjours hospitaliers qualifiés de « ponctuels » ont été explorés dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2018, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2017-rapport-propositions-pour-2018-charges-produits>

Parallèlement, les dépenses pour les personnes sans aucune pathologie (personnes n'ayant que des soins courants) ou avec des pathologies non repérables via les algorithmes de la cartographie (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers, etc.) ont augmenté de 1,4 milliard d'euros entre 2019 et 2020 (+ 12,8 %), plus de trois fois la hausse annuelle constatée depuis 2015, conduisant à une augmentation de 3,0 milliards d'euros sur l'ensemble de la période. On constate en 2020 une hausse de la croissance des effectifs (+ 2,1 %, correspondant à environ 762 000 individus supplémentaires, contre une croissance inférieure à 1,0 % les années précédentes) qui traduit le report vers cette catégorie d'une partie des personnes non prises en charge pour d'autres pathologies et en particulier des 1 200 000 hospitalisations ponctuelles en moins. L'augmentation des dépenses est aussi liée à la hausse de la dépense moyenne (+ 10,5 %, contre environ 3,0 % avant 2020).

Cette catégorie regroupe aussi les personnes atteintes de pathologies pour lesquelles aucun algorithme spécifique n'est disponible et qui ne nécessitent pas forcément de prise en charge hospitalière ou de mise en affection longue durée (ALD).

Il est intéressant de noter l'évolution de la structure des dépenses pour ces personnes, avec une augmentation de la part des prestations en espèces entre 2019 et 2020, passant de 26 % à 33 % (+ 1,3 milliard d'euros), correspondant vraisemblablement à la prise en charge des indemnités journalières dérogatoires pendant la pandémie (Figure 13).

Figure 12 : Évolution des effectifs incidents pour les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

L'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1, mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

Figure 13 : Structure de la dépense totale pour les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins repérables par la cartographie, pour chacune des années entre 2015 et 2020



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

Enfin, s'agissant des traitements chroniques par antalgiques ou anti-inflammatoires, le nombre de personnes ayant recours à ces traitements avait connu une baisse particulièrement importante à partir de 2017, entraînant une diminution des dépenses totales. Cette baisse des effectifs avait été constatée dans un rapport de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) en 2019¹ qui montrait qu'elle concernait essentiellement les antalgiques opioïdes faibles et qu'elle s'expliquait probablement par les nombreuses actions mises en place pour lutter contre le mésusage de la codéine chez les jeunes (recommandations², communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017).

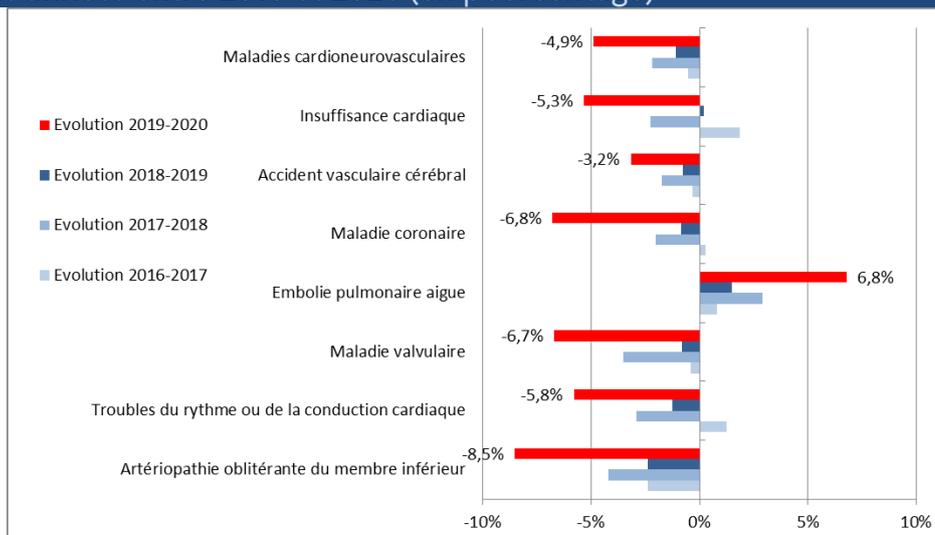
III.1.2.4 Maladies cardio-neurovasculaires aiguës et maladies neurologiques ou dégénératives : diminution en 2020 des effectifs pris en charge et des dépenses associées

Les maladies cardio-neurovasculaires ont vu leur dépense globale diminuer de 0,7 % en 2020. Cela concerne davantage les pathologies aiguës (- 2,0 %), parmi lesquelles l'insuffisance cardiaque (IC) (- 6,6 %), que les pathologies chroniques (- 0,2 %). Les effectifs des maladies cardio-neurovasculaires aiguës ont fortement baissé entre 2019 et 2020 (- 5,1 %) par rapport aux années précédentes où on constatait une augmentation. Cette diminution est particulièrement marquée pour l'insuffisance cardiaque aiguë (- 10,5 % en 2020, contre une légère augmentation observée les années précédentes). Pour les pathologies cardio-neurovasculaires chroniques, les effectifs ont continué d'augmenter (+ 1,5 %) à un rythme toutefois moindre que les années précédentes. La baisse des effectifs des maladies cardio-neurovasculaires aiguës s'explique principalement par le moindre repérage de ces pathologies en 2020, comme le montre l'évolution des effectifs incidents pour chacune des années entre 2016 et 2020 (Figure 14). 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-neurovasculaires non encore repérées ne peut, toutefois, pas être exclue. La seule pathologie pour laquelle les effectifs ont augmenté en 2020 est l'embolie pulmonaire aiguë, qui constitue une des complications avérées de la Covid-19. Parallèlement, la dépense moyenne pour les pathologies cardio-neurovasculaires aiguës a fortement augmenté en 2020 (+ 3,2 %, contre des valeurs inférieures à 1,5 % les années précédentes), traduisant une modification des prises en charge ou une concentration sur les cas les plus graves et probablement les plus coûteux.

¹ En février 2019, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a publié un rapport sur la consommation des antalgiques : « État des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques ».

² La Haute Autorité de santé (HAS) a publié en janvier 2016 des recommandations de bonne pratique sur la « Prise en charge médicamenteuse de la douleur chez l'enfant : alternative à la codéine ». En 2018, l'Académie nationale de médecine publie « Les douleurs chroniques en France. Recommandations de l'Académie nationale de médecine pour une meilleure prise en charge des malades ».

Figure 14 : Évolution des effectifs incidents de maladies cardio-neurovasculaires, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

L'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1, mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

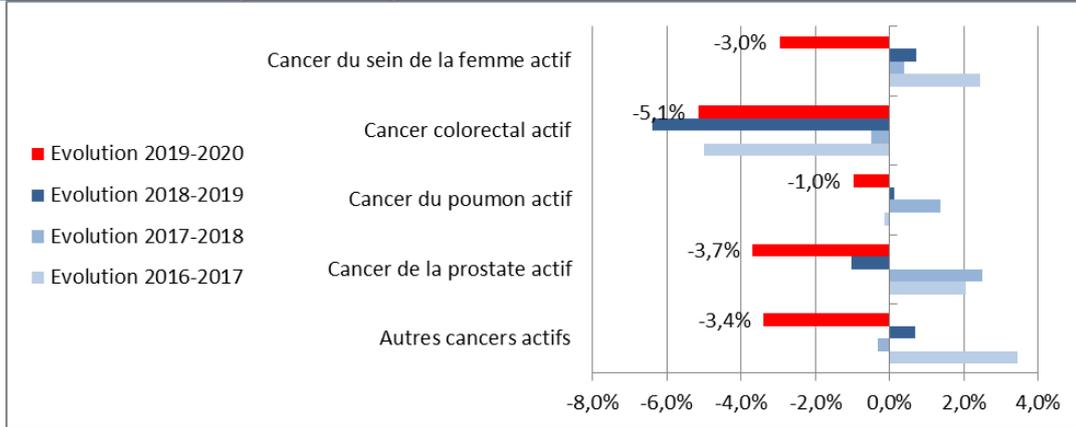
La baisse des dépenses totales observée pour les maladies neurologiques ou dégénératives avoisinait 1 % en 2020. Les effectifs de ces pathologies ont aussi légèrement baissé (- 0,2 %), alors que la tendance était à la hausse les années précédentes (Figure 9). La dépense moyenne, quant à elle, n'évolue pas spécialement pour ces pathologies.

III.1.2.5 Cancers pris en charge : des évolutions spécifiques selon la localisation de la maladie

S'agissant des cancers, l'effet de la pandémie doit être analysé en distinguant les cancers en phase active de traitement (« cancers actifs ») des cancers sous surveillance. Aucune évolution notable n'est constatée pour les cancers sous surveillance. Pour les cancers actifs, les effectifs diminuent en 2020 (- 1,2 %), alors qu'ils augmentaient légèrement les années précédentes. Ce constat se reflète dans les incidences des cancers actifs du sein, de la prostate et des autres cancers, qui ralentissent fortement en 2020, laissant supposer une baisse du repérage de ces cancers (Figure 15). Pour ces localisations, les patients nouvellement pris en charge composent l'essentiel des effectifs (plus de 50 %) (Figure 16). Par ailleurs, la dépense moyenne des cancers actifs augmente de 6,1 %, davantage que les augmentations constatées les années précédentes. Ces constats sont concordants avec les travaux de l'Institut national du cancer (INCa)¹ qui ont montré une baisse de l'ordre de 10 % du nombre de mammographies en 2020 et de 6 % des exérèses de tumeur. Ces constats sont également discutés dans le chapitre 3 du présent rapport, relatif à l'impact sur le système de santé et les parcours de soins de la pandémie.

¹ Le Bihan Benjamin C, Simonnet JA, Rocchi M, Khati I, Ménard E, Houas-Bernat E, Méric JB, Bousquet PJ. Monitoring the impact of COVID-19 in France on cancer care: a differentiated impact. Sci Rep. 2022 Mar 10;12(1):4207. doi: 10.1038/s41598-022-07984-w. PMID: 35273304; PMCID: PMC8908298.

Figure 15 ; Évolution des effectifs incidents de cancers actifs, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)

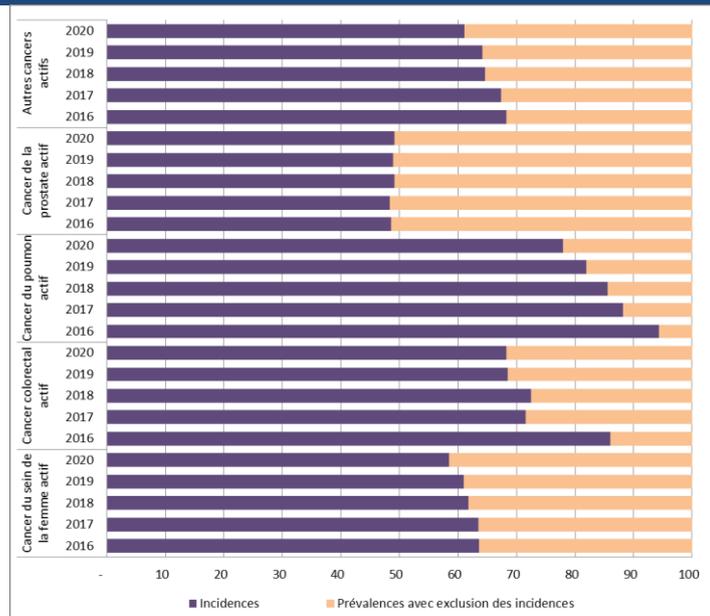


Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

L'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1, mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

Figure 16 : Part des effectifs incidents parmi les personnes prises en charge pour un cancer actif, pour chacune des années entre 2016 et 2020, selon la localisation (en pourcentage)



Champ : tous régimes – France entière

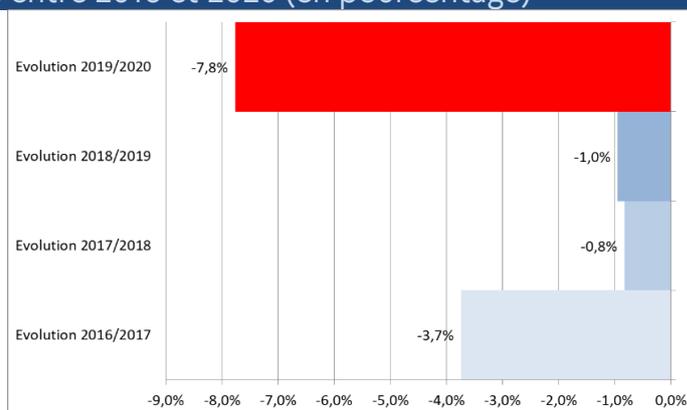
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

L'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1, mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

III.1.2.6 Moins de maladies respiratoires chroniques en 2020 : une conséquence des mesures de lutte contre la Covid-19 ?

La baisse des dépenses associées à la prise en charge des maladies respiratoires chroniques en 2020 est liée à la baisse des effectifs, avec une diminution particulièrement importante des effectifs incidents (- 7,8 % contre au maximum - 3,7 % les années précédentes) (Figure 17). Par ailleurs, la part des dépenses hospitalières affectée aux maladies respiratoires chroniques baisse de près de 6 points en 2020 (de 28 % à 22 %), ce qui peut être envisagé comme une conséquence bénéfique des mesures de lutte contre la Covid-19, avec une diminution des exacerbations aiguës d'asthme et de bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO).

Figure 17 : Évolution des effectifs incidents de maladies respiratoires chroniques, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



Champ : tous régimes – France entière

Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

L'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1, mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

III.1.2.7 Santé mentale : une baisse des prises en charge hospitalières et une consommation accrue de psychotropes en 2020

Les dépenses liées à la prise en charge des maladies psychiatriques ont fortement ralenti en 2020, avec une augmentation de seulement 0,3 % alors qu'elles augmentaient d'au moins 2,0 % chacune des années précédentes. Ce ralentissement est principalement dû à la baisse importante des dépenses affectées aux troubles psychiatriques ayant débuté dans l'enfance (diminution de 100 millions d'euros environ, soit - 8 % par rapport à 2019), et dans une moindre mesure aux baisses constatées pour les autres troubles psychiatriques et pour les troubles addictifs (- 33 millions d'euros, soit environ - 2 %, pour chacun des deux groupes) (Figure 18).

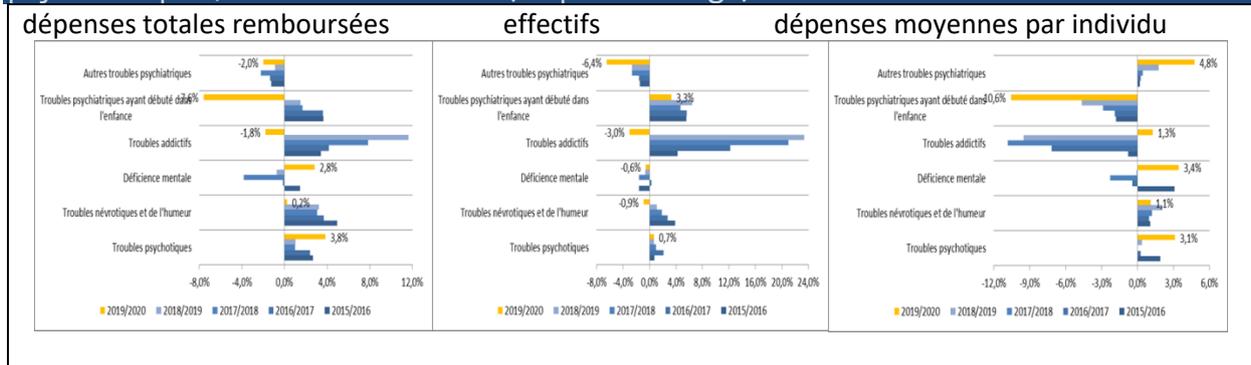
La baisse des dépenses liées à la prise en charge des personnes avec un trouble psychiatrique ayant débuté dans l'enfance est liée à la forte diminution de la dépense moyenne par individu (- 11 % entre 2019 et 2020, correspondant à environ - 711 euros par assuré), traduisant probablement les difficultés à maintenir une prise en charge et un suivi réguliers lors des périodes de confinement.

Pour les autres troubles psychiatriques et les troubles addictifs, cette baisse est expliquée par la diminution des effectifs de personnes prises en charge, baisse d'effectifs constatée aussi pour les personnes avec déficience mentale ou troubles névrotiques et de l'humeur et qui poursuivent des tendances déjà en cours avant 2020 (sauf pour les troubles addictifs, dont l'évolution sur la période reflète la diffusion des traitements substitutifs, comme mentionné plus avant). On observe parallèlement une augmentation importante de la dépense moyenne, reflétant une modification des prises en charge, avec potentiellement une concentration du recours sur des cas plus sévères. Cette augmentation de la dépense moyenne par individu est importante notamment pour les troubles psychotiques (+ 3,1 % entre 2019 et 2020, correspondant à environ 310 euros de hausse).

À l'inverse, les dépenses pour la catégorie de personnes ayant recours à des traitements psychotropes (sans diagnostic repéré de maladie psychiatrique) (Figure 19) ont augmenté de 6,2 % en 2020, en rupture avec les valeurs observées les années précédentes qui ne dépassaient pas + 1,3 %. L'évolution de la dépense moyenne

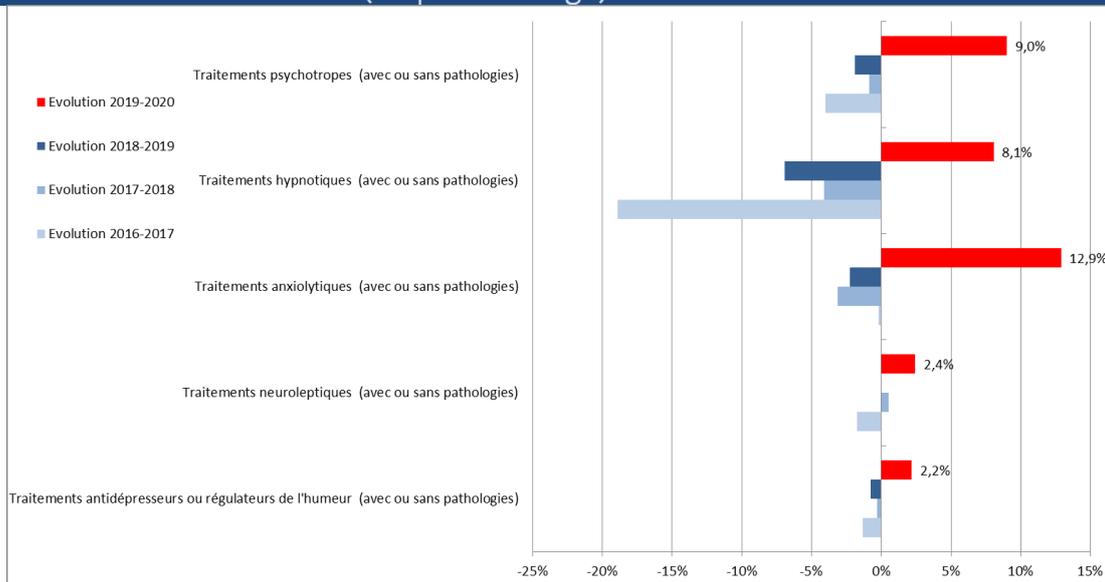
par assuré est stable sur l'ensemble de la période, contrairement aux effectifs qui augmentent de 2,3 % en 2020, alors qu'ils diminuaient de plus de 2 % les années précédentes. L'augmentation des effectifs s'explique en partie par une augmentation des cas incidents en 2020 (Figure 19). Cette augmentation résulte du recours accru aux anxiolytiques et dans une moindre mesure aux hypnotiques pendant et autour des périodes de confinement. Ces résultats sont cohérents avec les effets de la pandémie de Covid-19 sur le recours aux soins mis en avant par d'autres travaux. Le rapport du groupement d'intérêt scientifique (GIS) Epi-Phare sur « [l']usage des médicaments de ville en France », durant l'épidémie de Covid-19, après les huit semaines de confinement et une semaine de post-confinement, avait déjà mis en évidence une hausse plus forte qu'attendue de la consommation d'hypnotiques au sortir du confinement¹. En plus de l'augmentation de la consommation de psychotropes directement en lien avec les effets de la pandémie sur la santé mentale, il est aussi possible qu'une partie de la baisse des effectifs des maladies psychiatriques se fasse au profit des effectifs de cette catégorie, du fait de l'absence de prise en charge hospitalière pour certains patients (Figure 18).

Figure 18 : Taux de croissance annuels des dépenses et des effectifs pour les maladies psychiatriques, entre 2015 et 2020 (en pourcentage)



Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

Figure 19 : Évolution des effectifs incidents de traitements psychotropes, pour chacune des années entre 2016 et 2020 (en pourcentage)



Champ : tous régimes – France entière
Source : Cnam (cartographie – version de juillet 2022)

L'incidence est définie comme le repérage d'une pathologie l'année n, chez un individu déjà présent dans la cartographie l'année n-1, mais chez qui la pathologie n'avait pas été repérée.

¹ Rapport disponible en ligne : <https://www.epi-phare.fr/rapports-detudes-et-publications/covid-19-usage-des-medicaments-de-ville-en-france-rapport4/>

III.1.2.8 L'insuffisance rénale chronique : continuité de la prise en charge des dialyses, mais fort recul des transplantations

Pour l'insuffisance rénale chronique, la dépense totale augmente également en 2020, mais à un rythme plus soutenu que les années précédentes. La dépense totale affectée aux personnes en dialyse chronique augmente davantage en 2020 (+ 3,4 % contre une croissance annuelle entre + 0,6 % et + 1,2 % depuis 2016) en raison du cumul de l'augmentation des effectifs (+ 2,8 % contre + 2,3 % l'année précédente) et de l'augmentation de la dépense moyenne (+ 0,5 %, alors qu'elle diminuait les années précédentes). Les dialyses chroniques représentent la composante majoritaire au sein de cette catégorie (autour de 56 % des effectifs, contre 4 % pour les personnes transplantées au cours de l'année et 40 % pour celles en suivi de transplantation rénale) et masquent ainsi la forte diminution des effectifs de transplantation rénale (- 27,4 % entre 2019 et 2020), alors que ces effectifs avaient tendance à augmenter les années précédentes. Cette baisse des transplantations pendant la pandémie, déjà constatée par l'agence de biomédecine¹, a plus particulièrement concerné les organes pour lesquels il existe un traitement de suppléance, comme le rein ou le pancréas.

III.1.2.9 Diabète, maladies du foie ou du pancréas, traitements du risque vasculaire et maladies inflammatoires ou rares ou VIH : un effet moindre ou nul de la Covid-19

Les dépenses affectées à la prise en charge du groupe comportant les maladies inflammatoires, les maladies rares, le VIH et le sida augmentent de 3,4 % en 2020, dans la moyenne des évolutions annuelles constatées les années précédentes. En revanche, on assiste à un ralentissement des effectifs à partir de 2020 (+ 2,6 % contre + 3,6 % en 2019), ainsi qu'à une augmentation de la dépense moyenne (+ 0,8 %), quand elle diminuait les années précédentes (autour de - 1,5 %).

Les dépenses affectées à la prise en charge des maladies du foie ou du pancréas diminuent presque chaque année depuis 2015, du fait de la baisse importante de la dépense moyenne par patient, en lien avec les baisses successives des prix pour les nouveaux traitements de l'hépatite virale chronique C (les antiviraux à action directe (AAD) de deuxième génération) les années qui ont suivi leur mise sur le marché². Le suivi du recours à ces traitements AAD est présenté ci-dessous (Encadré 3).

La baisse des dépenses est variable selon les années et ne présente pas de lien apparent avec la pandémie. En revanche, les effectifs de patients pris en charge pour une maladie du foie ou du pancréas ont baissé en 2020, après avoir augmenté régulièrement entre 2015 et 2019.

Pour les personnes avec un traitement du risque vasculaire en prévention primaire, on n'observe pas d'évolution notable entre 2019 et 2020. Les dépenses affectées à cette catégorie ont baissé d'environ 1,5 % chaque année entre 2015 et 2018, pour augmenter en 2019 (+ 1,0 %) et en 2020 (+ 0,7 %). La baisse constatée jusqu'en 2018 concernait exclusivement les personnes traitées par hypolipémiants en prévention primaire et était vraisemblablement en lien avec la remise en cause de l'efficacité de ces traitements en prévention primaire. Les dépenses mobilisées pour les personnes traitées par antihypertenseurs en prévention primaire ont été quant à elles relativement stables.

Enfin, les évolutions relatives au diabète ne montrent pas de différences notables avec les évolutions observées les années précédentes.

Encadré 3 : Suivi des antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique entre 2014 et 2022

En 2016, environ 133 000 personnes étaient atteintes d'une hépatite C chronique, dont 26 000 (19 %) ne connaissaient pas leur infection³. La possibilité d'éliminer l'hépatite C est devenue une réalité grâce aux antiviraux à action directe (AAD). Commercialisés depuis fin 2013 en France, ils ont bouleversé la thérapeutique : les taux de guérison de l'infection supérieurs à 95 %, associés à des profils de tolérance très satisfaisants par rapport aux anciens traitements selon les études cliniques, se sont confirmés en vie réelle. Le dépistage du virus de l'hépatite C (VHC) et la mise sous traitement rapide représentent

¹ L'agence de biomédecine a évalué la baisse du nombre total de greffes en France entre 2019 et 2020 à 25 %. Cette baisse d'activité a été moins marquée pour les organes pour lesquels il n'existe pas de traitement de suppléance (- 13 % pour le cœur, - 17 % pour le foie et - 26 % pour le poumon, contre - 29 % pour le rein et - 60 % pour le pancréas).

² Parmi les nombreux travaux à ce sujet, la diffusion de ces traitements a aussi été étudiée dans le rapport de propositions de l'Assurance Maladie pour 2021, disponible en ligne : <https://assurance-maladie.ameli.fr/etudes-et-donnees/2020-rapport-propositions-pour-2021-charges-produits>

³ 2016, France métropolitaine, « Prévalence des hépatites chroniques C et B et antécédents de dépistage en population générale en 2016 : contribution à une nouvelle stratégie de dépistage, Baromètre de Santé publique France-BaroTest ». L. Saboni et coll., BEH sept 2019.

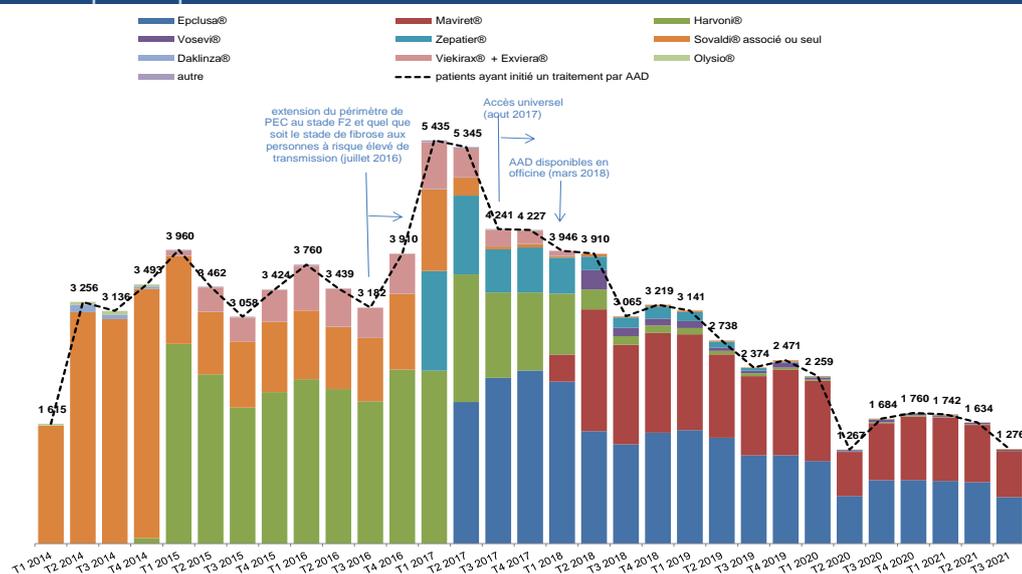
des enjeux majeurs dans un objectif d'éradication de la maladie en France à l'horizon 2030. Ainsi, le programme national de santé publique¹ « Priorité prévention » 2018-2022 a fixé deux objectifs : une diminution de 90 % de l'incidence du VHC chez les usagers de drogues par rapport à 2011, et une réduction de 65 % de la prévalence de l'hépatite C chronique en population adulte par rapport à 2014 grâce à l'accès au traitement, soit un objectif de 120 000 personnes traitées entre 2014 et fin 2022. Les données de remboursement collectées par l'Assurance Maladie permettent de suivre la consommation des différents AAD et leurs conditions d'utilisation. Deux *Points de repère*² et une publication dans le *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*³ de Santé publique France (SPF) ont synthétisé ces données de suivi. Les résultats suivants ont pour objectif d'actualiser ces données jusqu'en septembre 2021. Les dépenses sont calculées sur la base des prix publics des médicaments, qui ne prennent pas en compte les mécanismes de régulation des dépenses ni les remises négociées par le Comité économique des produits de Santé (Ceps).

Entre janvier 2014 et septembre 2021, près de 95 500 patients⁴ ont initié un traitement par AAD pour un montant remboursé par l'Assurance Maladie de plus de 4,5 milliards d'euros. Cela équivaut à 85 900 patients guéris de l'hépatite C chronique avec l'hypothèse d'un taux de guérison de 90 %, légèrement plus faible que celui constaté dans les études observationnelles, pour tenir compte de possibles défauts d'observance.

Malgré ces chiffres qui traduisent un très haut niveau de couverture assuré sur une courte période, l'objectif de 120 000 personnes traitées fin 2022 sera difficilement atteignable ; à la fin du 3^e trimestre 2021, il est atteint à 80 %.

Une forte augmentation du nombre de patients ayant initié un traitement par AAD jusqu'en 2017 suivie d'une baisse. L'ouverture du périmètre de prise en charge des AAD depuis l'année 2014, où seuls les patients les plus graves bénéficiaient d'une prise en charge des AAD jusqu'à l'accès universel des AAD à toutes les personnes vivant avec le VHC en août 2017, a conduit à une augmentation du nombre de patients ayant initié un traitement par AAD : 11 500 en 2014 ; 13 904 en 2015 ; 14 291 en 2016 et 19 248 en 2017 (Figure 23). L'année 2017 est atypique avec un nombre très important de personnes initiant un traitement par AAD. Cette augmentation est particulièrement visible sur le 1^{er} semestre 2017, donc avant l'ouverture du périmètre de prise en charge des AAD (août 2017), au moment de la commercialisation de Zepatier® en janvier et Eplclusa® en avril. Après 2017, le nombre de patients ayant initié un traitement par AAD diminue : 14 140 en 2018, 10 724 en 2019, 6 970 en 2020 et 4 652 sur les 3 premiers trimestres 2021. Le 1^{er} semestre 2018 se distingue tout de même par un nombre de patients assez élevé, certainement dynamisé par la possibilité d'obtenir les AAD en officine de ville et non plus seulement en pharmacie hospitalière. Le 2^e trimestre 2020 est marqué par une baisse importante des patients initiés durant le premier confinement lié à la pandémie de Covid-19 (avril-mai 2020) où l'accès aux professionnels de santé était compliqué. L'observation du nombre de patients initiés par mois montre que les autres confinements de 2020 et 2021 n'ont pas eu le même impact.

Figure 20 : Nombre de patients ayant initié un traitement par AAD par trimestre, selon la stratégie thérapeutique



Source : SNDS

¹ Comité interministériel pour la santé. « Priorité prévention : rester en bonne santé tout au long de sa vie », 2018-2022. Paris : ministère des Solidarités et de la Santé, 2018. 47 p. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/strategie-nationale-de-sante/priorite-prevention-rester-en-bonne-sante-tout-au-long-de-sa-vie-11031/>

² « Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C : retour sur 18 mois de prise en charge par l'Assurance Maladie », no 44 de février 2016 et « Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur 4 ans de prise en charge par l'Assurance Maladie », no 52 de mai 2019, Points de repère, Cnam.

³ « Les antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C chronique : retour sur 4 ans de prise en charge par l'Assurance Maladie (janvier 2014-décembre 2017) », BEH, septembre 2019, SPF.

⁴ Patients ayant initié un traitement par antiviraux à action directe (AAD) (sans délivrance d'AAD dans les six mois précédents).

L'initiation à un traitement par AAD est définie ici comme une primodélivrance sans aucune délivrance préalable dans les six mois précédents. Ainsi, un patient peut avoir initié plusieurs fois (retraitement) un AAD. La part de patients « retraités » est de 1,3 % sur la dernière période étudiée de juillet 2019 à septembre 2021. À titre de comparaison, elle était de 2 % en moyenne en 2014-2017.

Les caractéristiques démographiques et médicales des patients ayant initié un traitement par AAD ont évolué au cours du temps

L'extension du périmètre de prise en charge des AAD à des patients ayant une hépatite C chronique moins sévère évoluant depuis moins d'années a fait baisser l'âge moyen des patients lors de leur initiation : de 57,8 ans en moyenne en 2014-2015, il est passé à 55 ans en 2016-2017 et atteint 53,7 ans en 2020.

Les données de la littérature montrent l'existence d'un facteur protecteur du sexe féminin sur les maladies du foie par une vitesse de progression de la fibrose et un risque de carcinome hépatocellulaire moindres. Effectivement, le nombre de patients initiés à un AAD en 2020 est de 14,2 pour 100 000 hommes et presque moitié moins pour les femmes (7,5 pour 100 000 femmes). Les femmes traitées par AAD représentaient 35 % des patients en 2014-2015. Sous l'effet de l'extension de la prise en charge à des patients moins sévères, la proportion de femmes traitées a augmenté à 43 % en 2016-2018, mais elle tend à diminuer depuis : 39 % en 2019 pour revenir à 36 % en 2020. Par ailleurs, les femmes traitées par AAD sont plus âgées que les hommes : 77 % sont âgées de 50 ans et plus en 2020 (88 % en 2014-2015) contre 61 % pour les hommes (75 % en 2015-2015).

Les patients identifiés comme pris en charge pour une infection par le VIH¹ représentaient 13 % de l'ensemble des patients ayant initié un AAD entre 2014 et 2017 avec un pic à 18-19 % en 2015-2016 explicable par l'accès universel aux AAD de cette population dès 2014. Depuis 2017, cette part reste stable : 7 % de patients VIH parmi l'ensemble des patients initiés à un traitement par AAD.

Plus de patients ayant initié un traitement par AAD en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Occitanie

Depuis 2014, c'est en Provence-Alpes-Côte d'Azur et en Occitanie qu'il y a eu le plus de patients ayant initié un traitement par AAD rapporté à la taille de leur population. Ainsi 230 patients ont initié un traitement par AAD sur 100 000 habitants de Provence-Alpes-Côte d'Azur, 206 en Occitanie et 197 en Île-de-France, la moyenne nationale étant de 146. À l'inverse, il y a eu 74 patients ayant initié un traitement par AAD pour 100 000 habitants des Hauts-de-France et 86 dans les Pays de la Loire. Il est difficile d'interpréter ces différences qui sont très liées aux variations régionales de prévalence de l'hépatite C, mais qui peuvent être aussi relever d'une différence de prise en charge.

Entre 2014 et 2017, le nombre annuel de patients initiés a augmenté dans toutes les régions, à l'exception de la Corse, où il est resté globalement stable. La Nouvelle-Aquitaine et la Bretagne sont les régions où l'évolution a été la plus importante. Entre 2017 et 2020, le nombre annuel de patients ayant initié un traitement par AAD a diminué dans toutes les régions mais cette diminution a été plus modérée en Corse et en Bourgogne-Franche Comté.

Des prescripteurs et une délivrance d'AAD qui a évolué en fonction des conditions de prise en charge

Si jusqu'en mars 2018 les AAD étaient intégralement délivrés en pharmacie hospitalière dans le cadre de la rétrocession, avec leur disponibilité en ville, la majorité des patients initiés se sont très rapidement tournés vers les officines. Au 2^e trimestre 2018, 47 % des patients initiés ont eu une délivrance d'AAD en ville, 59 % au 3^e trimestre et ce pourcentage augmente chaque trimestre pour atteindre les 85 % depuis le 4^e trimestre 2020.

Depuis l'ouverture de la prescription de deux AAD pangénotypiques (Eplusa® et Maviret®) aux médecins généralistes en mai 2019, la proportion de patients initiés à un traitement par AAD prescrit par un généraliste reste faible, de l'ordre de 6 %. La majorité des prescriptions sont hospitalières (71 % des patients initiés) et 20 % sont rédigées par un gastro-entérologue libéral exerçant en cabinet de ville ou en clinique privée.

Plus de 4,5 milliards d'euros d'AAD pour le traitement d'une hépatite C chronique remboursés depuis 2014

Les remboursements d'AAD ont évolué depuis 2014 en fonction du nombre de personnes traitées, de leurs prix faciaux mais aussi des durées de traitement.

Sur les 18 premiers mois de commercialisation, 1,6 milliard d'euros ont été remboursés, soit plus du tiers (35 %) des remboursements jusqu'à septembre 2021, et ce malgré une baisse des prix des AAD par rapport à leurs prix en ATU (autorisation temporaire d'utilisation) début 2015 et une durée de traitement qui tend à se raccourcir², les patients les plus graves ayant été traités en priorité.

Ensuite, les remboursements trimestriels se stabilisent autour de 190 millions d'euros jusqu'en 2017, année où il y a eu le plus de patients traités mais aussi des baisses de prix. À partir de 2018, il y a une baisse constante des remboursements parallèlement à la baisse du nombre de patients traités, conjuguée à une baisse des durées de traitement.

En fin de période d'observation (2020-2021) pour les AAD les plus représentés, 89 % des patients traités par Eplusa® ont une durée de traitement comprise entre 12 et 16 semaines³ et 87 % des patients traités par Maviret® avaient une durée de traitement compris entre 8 et 11 semaines, ce qui est conforme à l'autorisation de mise sur le marché (AMM) et aux avis de la Commission de la transparence (CT) de la Haute Autorité de santé (HAS). La durée de traitement peut être variable selon les individus en fonction de leur génotype, de leur traitement antérieur et de la présence d'une cirrhose. Si Sovaldi® représentait la quasi-totalité des dépenses des AAD au début de l'année 2014, la structure de prescription a été considérablement modifiée à chaque nouvelle commercialisation d'AAD. Havoni® devient majoritaire en termes de

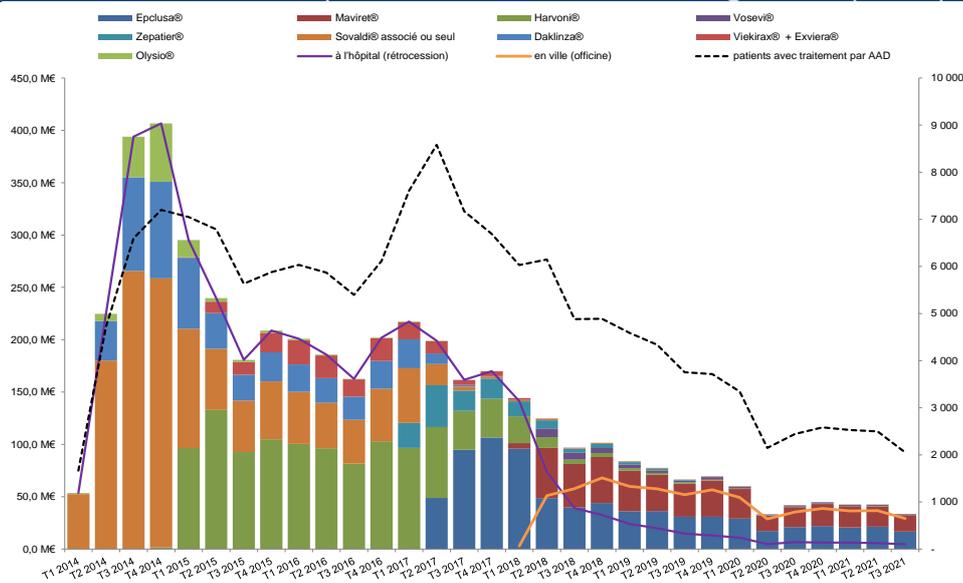
¹ Personnes prises en charge pour une infection par le VIH, repérées par la prise en charge en affection de longue durée (ALD) no 7 et/ou le fait d'avoir eu au moins trois délivrances d'anti-rétroviraux spécifiques du VIH remboursées.

² « Les antiviraux à action directe (AAD) dans le traitement de l'hépatite C : retour sur 18 mois de prise en charge par l'Assurance Maladie », no 44 de février 2016, Points de repère, Cnam.

³ Calculs sur les patients initiés une seule fois entre juillet 2019 et septembre 2020 (au moins un an d'observation) et gardant la même stratégie thérapeutique.

remboursement dès 2015 jusqu'à l'arrivée d'Eplusa® en janvier 2017 et juste après celle de Maviret® en avril. Ces deux derniers médicaments représentent la quasi-totalité des remboursements depuis le 2^e trimestre 2018.

Figure 21 : Montants remboursés par trimestre, selon la stratégie thérapeutique



Source : SNDS

Évolution des conditions de prescription, de délivrance et de prise en charge des AAD par l'Assurance Maladie

L'encadrement de la prescription et de la délivrance des AAD initialement décidé par les autorités de santé visait à maximiser leur apport attendu et à assurer l'égalité de leur mise à disposition sur l'ensemble du territoire national, tout en répondant au besoin de vigilance vis-à-vis d'une nouvelle classe de médicaments dont les effets indésirables et les interactions médicamenteuses à moyen terme n'étaient pas connus (instruction ministérielle du 28/12/2014). Ainsi :

- _ la prescription d'AAD était réservée aux spécialistes en hépato-gastro-entérologie, médecine interne et infectiologie exerçant en établissement de santé ;
- _ l'initiation d'un traitement par un AAD était conditionnée à l'avis donné par une réunion de concertation pluridisciplinaire (RCP) réalisée dans un service expert de lutte contre les hépatites virales ;
- _ les AAD étaient pris en charge pour les patients adultes atteints d'hépatite C, en association avec d'autres médicaments, ayant un stade de fibrose hépatique F2 sévère, F3 ou F4 ; et quel que soit le stade de fibrose hépatique pour les patients co-infectés par le VIH, atteints de cryoglobulinémie mixte (II et III) systémique et symptomatique, ou de lymphome B ; l'inscription des AAD était limitée à la liste à l'usage des collectivités et à la liste de rétrocession ;
- _ leur délivrance, pour les patients non hospitalisés, était limitée aux pharmacies à usage intérieur (PUI) autorisées à rétrocéder.

L'instruction ministérielle du 30 avril 2015 a permis l'ouverture de RCP aux services d'hépatologie qui en faisaient la demande, hors service expert de lutte contre les hépatites virales.

L'instruction ministérielle du 28 juillet 2016 a étendu le périmètre de prise en charge aux personnes ayant une hépatite C chronique au stade de fibrose hépatique F2 et quel que soit le stade de fibrose, aux personnes en attente ou ayant fait l'objet d'une transplantation d'organe, en hémodialyse, présentant des manifestations extrahépatiques du VHC, infectées par le virus de génotype 3 ou co-infectées par un virus à tropisme hépatique ainsi qu'aux personnes à risque élevé de transmission (dont désir de grossesse, usagers de drogues, personnes détenues).

L'instruction ministérielle du 6 août 2017 pose le cadre de l'accès universel aux AAD en élargissant, d'une part, leur prise en charge à tous les stades de fibrose hépatique pour les indications prévues par l'autorisation de mise sur le marché, et en limitant, d'autre part, la tenue d'une RCP pour les seules situations particulières suivantes : patients en échec d'un premier traitement par AAD, insuffisants rénaux, hémodialysés ou transplantés rénaux, ayant une cirrhose grave, un carcinome hépatocellulaire ou un antécédent de carcinome hépatocellulaire, en pré ou post-transplantation hépatique, co-infectés par le VIH, le virus de l'hépatite B (VHB) ou un autre virus à tropisme hépatique.

Enfin, à compter de mars 2018, les AAD commercialisés ont été inscrits sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux et sont disponibles en officine. Ainsi, le seul encadrement qui perdure en 2018 pour les AAD est la prescription d'origine hospitalière et réservée aux spécialistes en gastro-entérologie et hépatologie, en médecine interne ou en infectiologie.

**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), car elle comprend aussi 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) Forte accélération de la DCSi du fait notamment des nouvelles dépenses liées à la crise sanitaire

En 2021, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'établit à 307,8 Md€, soit 12,3 % du PIB. Elle accélère fortement par rapport à 2020 : +9,8 %, après +3,7 %. Cette accélération s'explique par les dépenses destinées à lutter contre l'épidémie de Covid-19 et par le rebond des soins courants (dont les soins de ville). Ces derniers sont comptabilisés au sein de la CSBM (voir infra). Les dépenses de prévention, qui incluent les vaccins, augmentent de 5,5 milliards d'euros en 2019 à 8,6 milliards d'euros en 2020 puis 16,9 milliards en 2021. C'est en effet sur ce poste que sont comptabilisées la plupart des nouvelles dépenses liées à la lutte contre l'épidémie, en particulier les dépenses liées au dépistage (tests PCR et antigéniques pour 6,6 milliards d'euros), à la vaccination (achat et injection de vaccin Covid-19 pour 3,8 milliards d'euros) et à la mise en place des outils de suivi des cas contacts. En 2021, 168 millions de tests PCR ou antigéniques et 148 millions d'injections de vaccins contre le Covid-19 ont été effectués.²

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 longue durée dans les hôpitaux (USLD). Ils augmentent de 6,8 % en moyenne annuelle entre 2019 et 2021, contre 2,7 % entre 2013 et 2019 avant la crise sanitaire. Cette hausse est due aux mesures de soutien aux établissements médico-sociaux et aux revalorisations salariales des personnels en EPHAD et en unité de soins de longue durée (USLD) prises dans le cadre du Ségur de la santé.

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 15,4 milliards d'euros en 2021. Les organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) financent la moitié des dépenses de gouvernance, les différents régimes de Sécurité sociale 44 % et l'État 6 %. Contrairement aux autres postes, l'augmentation des coûts de gestion est restée modérée (+1,7 % en 2021, après -0,1 %), poursuivant la faible tendance à la hausse observée depuis 2015.

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 2021 », Collection Panorama de la DREES, Drees, septembre 2022.

² Les dépenses présentées au titre des surcoûts liés à la crise sanitaire évaluées en DCSi font l'objet d'une méthodologie différente de celle présentée dans la partie 1 de cette annexe. Pour cette raison, de légers écarts peuvent exister.

Tableau I.1 : Évolution de la dépense de santé au sens international

	Montants en milliards d'euros						
	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2019/2020 (en %)	Évolution 2020/2021 (en %)
CSBM							
HC.1+ HC.2 - Soins courants	139,8	142,3	145,9	149,2	162,1	2,2	8,6
HC.4 - Services auxiliaires	12,1	12,2	12,4	11,9	13,6	-3,8	14,0
HC.5 - Bien médicaux	48,1	48,2	48,6	49,1	51,1	0,9	4,0
Hors CSBM							
HC.3 - Les soins de longue durée	40,4	41,4	42,7	46,4	48,8	8,5	5,2
HC.6 - Prévention institutionnelle	5,3	5,4	5,5	8,6	16,9	55,6	96,9
HC.7 - Gouvernance	15,2	15,3	15,2	15,2	15,4	-0,1	1,7
Dépense courante de santé au sens international (DCSi)	260,9	264,9	270,3	280,3	307,8	3,7	9,8
DCSi (en % du PIB)	11,4	11,2	11,1	12,1	12,3		

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

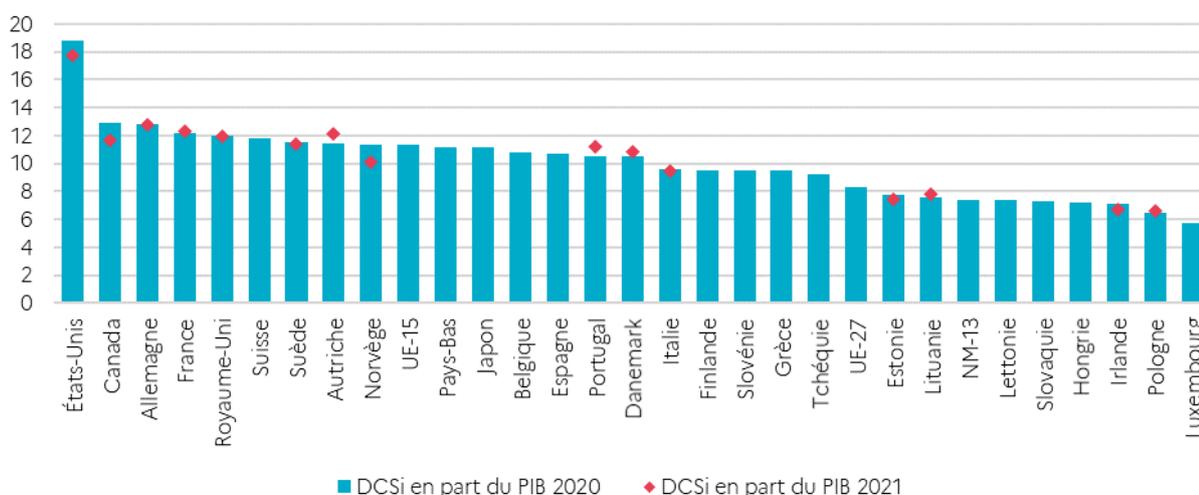
Source : DREES, comptes de la santé ; Insee pour le PIB.

c) En 2021, l'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

Au sein des pays de l'Union européenne, la France se situe près de cinq points derrière les États-Unis (17,8 % en 2021), qui sont de loin en tête des pays de l'OCDE. L'Allemagne et la France dépensent une part proche de leur PIB pour la santé : respectivement 12,8 % et 12,3 % en 2021.

Graphique I.1 : DCSi en % du PIB en 2020 et 2021

En % du PIB



Lecture : Aux États-Unis, la DCSi représente 17,8 % du PIB en 2021 après 18,8 % en 2020.

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-15 correspondent aux pays qui appartenaient à l'UE entre 1995 et 2004 (le Royaume-Uni en fait partie). Les NM-13 correspondent aux 13 nouveaux membres de l'UE à partir de 2004. Les données pour Malte, seul pays de l'UE-27 à n'avoir pas communiqué sa DCSi 2020 à l'OCDE, portent sur l'année 2018.

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

En 2020, année pour laquelle les données sont disponibles pour toute l'Union européenne, les 27 États membres de l'UE consacrent 8,3 % de leurs PIB aux dépenses de santé en moyenne. Mais il existe une division géographique marquée en Europe au regard des dépenses de santé : les pays de l'UE-15 étudiés consacrent en moyenne en 2020 11,3 % 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 (7,4 %).

Enfin, en France le reste à charge des ménages par rapport à la DCSi s'élève en 2021 à 8,9 % de la DCSi (8,8 % en 2020), soit le deuxième niveau le plus faible au sein des pays de l'OCDE (après le Luxembourg). Le reste à charge des ménages de la DCSi comprend le reste à charge sur les soins et biens médicaux (7,0 % 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 48 % du total ;
- la consommation de soins de ville : les soins en cabinets libéraux et en dispensaires, la consommation des laboratoires de biologie médicale et les soins réalisés en cures thermales pour 27 % 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 9 % du total ;
- et la consommation de transports sanitaires, pour 2 % du total.

Afin d'harmoniser les définitions utilisées entre les différents agrégats, 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 et le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) ;
- les masques chirurgicaux et FFP2.

Ces postes de dépenses étaient précédemment inclus au sein de l'agrégat DCSi.

À l'inverse, certaines dépenses ont été retirées de la CSBM et sont désormais comptabilisées au sein de la DCSi:

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

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

	Montants en milliards d'euros							
	2011	2017	2018	2019	2020	2021	Évolution 2019/2020 (en %)	Évolution 2020/2021 (en %)
Soins hospitaliers	82,6	93,9	95,2	97,1	103,0	109,4	6,0	6,2
Hôpitaux du secteur public	63,1	72,1	73,0	74,4	79,7	84,1	7,2	5,4
Hôpitaux du secteur privé	19,5	21,8	22,2	22,7	23,3	25,3	2,4	8,9
Soins ambulatoires	95,4	106,1	107,5	109,8	107,2	117,3	-2,4	9,5
- Soins de ville	46,6	54,2	55,3	57,0	55,2	61,3	-3,3	11,2
Soins de médecins et de sages-femmes	20,4	22,9	23,4	23,9	23,4	24,9	-2,1	6,3
Soins d'auxiliaires médicaux	10,7	14,7	15,2	15,9	15,8	17,3	-1,1	10,1
Soins de dentistes	10,8	11,7	11,9	12,2	11,4	13,9	-7,0	22,5
Laboratoires de biologie médicale	4,3	4,4	4,4	4,5	4,5	4,9	-1,4	9,5
Cures thermales	0,3	0,4	0,4	0,4	0,1	0,2	-65,8	72,3
- Médicaments	32,4	31,4	30,9	30,6	29,8	31,1	-2,7	4,4
- Biens médicaux	12,6	15,6	16,3	17,0	17,4	19,3	2,4	10,5
- Transports sanitaires	3,8	5,0	5,1	5,1	4,7	5,6	-6,3	17,7
Consommation de soins et de biens médicaux	178,0	200,0	202,8	206,9	210,2	226,7	1,6	7,9
Part de la CSBM dans le PIB (en %)	8,6	8,7	8,6	8,5	9,1	9,1		
Évolution (en %)	2,7	1,6	1,4	2,0	1,6	7,9		
Prix (en %)	-0,1	0,0	-0,4	0,0	6,5	-0,6		
Volume (en %)	2,8	1,6	1,8	2,0	-4,6	8,5		

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

Lecture : En 2021, la CSBM s'élève à 226,7 milliards d'euros.

Source : DREES, comptes de la santé.

b) La plus forte croissance de la consommation de soins et de biens médicaux depuis 30 ans.

En 2021, la CSBM augmente de 7,9 % en valeur, après +1,6 % en 2020. Il s'agit de la plus forte hausse des dépenses observée depuis trente ans.

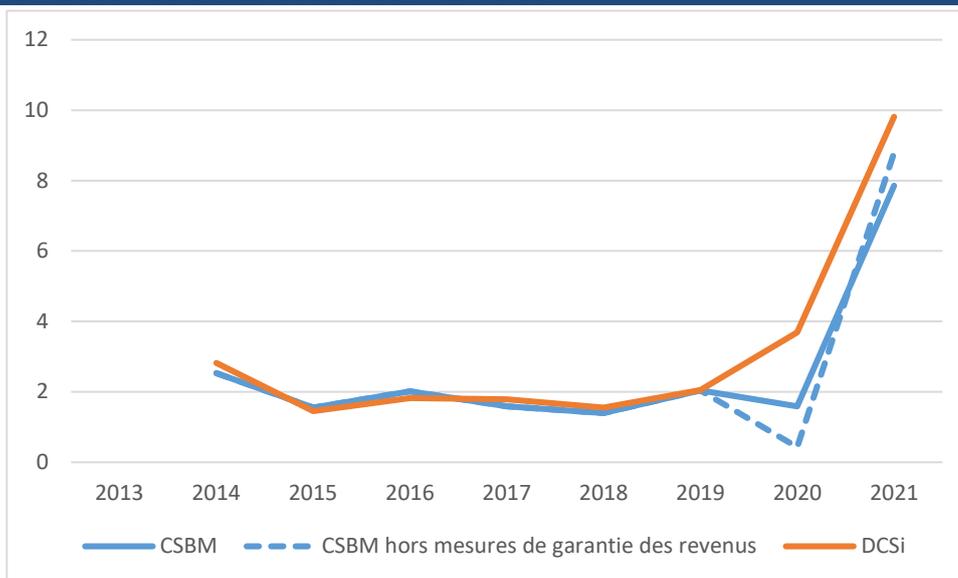
Le déclenchement de la crise sanitaire au premier semestre 2020 entraîne une importante chute des soins délivrés en ville lors du premier confinement entre le 17 mars et le 11 mai 2020. La CSBM progresse néanmoins

de 1,6 % en 2020 du fait, notamment, des revalorisations salariales du personnel hospitalier, fortement mobilisé pour la gestion de l'épidémie, mais aussi en raison des mesures de soutien aux professionnels de santé : dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA) pour le secteur libéral et garantie de financement pour les cliniques privées. Ces subventions ont atténué la baisse de revenus des professionnels de santé entraînée par les mesures de restriction sanitaire. En l'absence de ces mesures, l'augmentation de la CSBM aurait été de 0,4 % en 2020.

Le poids de la CSBM dans le produit intérieur brut (PIB) progresse de 0,6 point en 2020, de 8,5 % à 9,1 % du PIB, mais cette hausse résulte directement de la chute du PIB, liées aux impacts de la crise sanitaire. En 2021, la CSBM s'établit à 226,7 milliards d'euros, soit une dépense moyenne de 3 350 euros par habitant. La part de la CSBM dans le PIB se stabilise à 9,1 %, car dans le même temps l'activité économique a rebondi (+8,2 % en valeur) après la chute enregistrée en 2020.

L'ensemble des secteurs contribue à la croissance de la CSBM en 2021. Les principaux secteurs contributeurs sont les soins hospitaliers et les trois secteurs concernés par la réforme du 100 % santé (les prothèses dentaires, les audioprothèses et l'optique médicale).

Graphique 1.2 : Évolution de la DCSi et de la CSBM en valeur



Source : DREES, Comptes de la santé.

La consommation de soins hospitaliers publics et privés augmente de 6,2 % en 2021 après 6,0 % en 2020 et 2,0 % en 2019. Cette augmentation s'explique par la hausse des rémunérations des personnels. L'activité hospitalière rebondit en 2021 (+3,3 % en volume) après une forte baisse en 2020 (- 7,4 %). Ce rebond, de faible ampleur, ne permet toutefois pas de retrouver en 2021 le niveau d'activité atteint avant la crise épidémique. Les volumes d'activité en 2021 restent ainsi inférieurs de 4,3 % à ceux de 2019. En effet, durant les pics épidémiques de 2020 et 2021, les établissements de santé ont déprogrammé une partie des soins non urgents afin d'accueillir les patients atteints de Covid-19. Par ailleurs, les dépenses de personnels poursuivent leur hausse en 2021, avec la montée en charge en année pleine des augmentations de salaires accordées dans le cadre du Ségur de la santé.

Afin de soutenir financièrement les établissements de santé durant les pics épidémiques où l'activité hors Covid-19 était réduite, l'Assurance maladie a versé aux établissements de santé pour un montant de 2,9 milliards d'euros en 2020 et en 2021. Pour les cliniques privées, ce soutien a pris la forme d'une garantie de financement qui assure un niveau de revenu au moins équivalent à celui atteint en 2019. Ce dispositif, reconduit en 2021, s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2020 et 0,6 milliard en 2021.

Après un repli en 2020 dans le contexte de la crise sanitaire, la consommation des trois postes concernés par la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé est particulièrement dynamique en 2021. La croissance de ces dépenses est soutenue par la montée en charge de ce dispositif mais également par un probable effet de report de consommation entre 2020 et 2021.

- Les soins de dentistes augmentent ainsi de 22,5 %, portés par la consommation de prothèses dentaires et plus particulièrement les prothèses du panier 100 % santé, en hausse de près de 40 % en 2021. En nombre d'équipements consommés, le panier 100 % santé devient majoritaire dès 2020 avec 54 % des équipements vendus.
- Les dépenses d'audioprothèses ont augmenté de 60 % en 2021, contre +4,9 % en moyenne entre 2011 et 2020. Elles s'établissent à 2,0 milliards d'euros. Cette hausse des dépenses d'audiologie en 2021 est

principalement portée par le panier 100 % santé dont la consommation est multipliée par sept, passant de 70 millions d'euros en 2020 à 510 millions d'euros en 2021.

- En revanche, le redémarrage de la consommation d'optique médicale (+15,8 % en 2021) est majoritairement porté par le panier au « tarif libre ». L'offre 100 % santé en optique ne connaît pas un essor comparable à celle des prothèses dentaires et des audioprothèses. Elle ne représente en 2021 que 5 % de la dépense d'optique médicale.

La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes rebondit en 2021 (respectivement +2,9 % et + 8,8 %, après -2,7 % et -1,8 %). Les mesures mises en œuvre pour lutter contre la pandémie de Covid-19 lors de la première vague avaient fortement limité les déplacements chez les praticiens. Le rebond de la consommation en 2021 est nettement plus important pour les soins de médecins spécialistes que pour les soins de médecins généralistes. Ainsi, pour les spécialistes, la consommation atteint un niveau très largement supérieur à celui de 2019, tandis que pour les généralistes, la consommation retrouve son niveau d'avant crise.

La consommation de soins courants infirmiers est dynamique en 2020 mais ralentit en 2021. Elle s'élève à 9,3 milliards d'euros, en augmentation de 3,0 % après +8,1 % en 2020. Hors infirmiers, la consommation des soins des auxiliaires médicaux s'élève à 8,1 milliards d'euros, en net rebond (+19,5 % après -11,1 % en 2020).

La consommation de médicaments en ambulatoire (y compris rétrocessions hospitalières, rémunérations forfaitaires et remises conventionnelles) augmente de 4,4 % en 2021 après six années consécutives de baisse. Cette progression est due à la hausse des volumes de médicaments (+7,7 %), alors que les prix continuent de baisser (-3,0 %). L'augmentation en volume s'explique notamment par de fortes hausses de consommation sur plusieurs classes thérapeutiques (notamment les traitements du cancer, les immunosuppresseurs et les antidiabétiques) et par l'arrivée sur le marché de nouveaux traitements coûteux, en particulier sur la mucoviscidose.

Enfin, les dépenses des biens médicaux (hors optique médicale et audioprothèses) progressent de 11,2 % en 2020, tirée par les dépenses de masques chirurgicaux et FFP2. En 2021, ces dépenses ralentissent (+0,9 %) en raison notamment de la baisse du prix des masques.

c) Une forte progression du financement des dépenses de santé par la Sécurité sociale

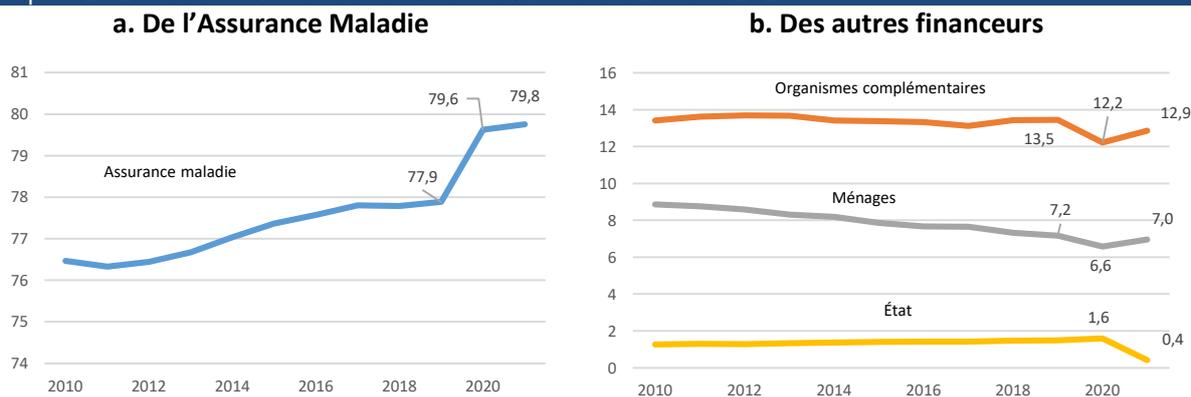
La crise sanitaire a induit une recomposition importante de la structure de consommation et de financement des soins et biens médicaux en 2020. La prise en charge par l'Assurance maladie des dépenses exceptionnelles liées à la crise sanitaire accroît sa participation au financement de la CSBM de 1,7 point entre 2019 et 2020 : elle atteint ainsi près de 80 % de la dépense totale. En 2021, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est quasiment stable : la fin de certaines mesures exceptionnelles et la reprise des consultations et des soins se traduit par un rééquilibrage des dépenses entre la Sécurité sociale et les organismes complémentaires (OC), mais cet effet a été compensé par le transfert des dépenses de la complémentaire santé solidaire (CSS) de l'État vers l'Assurance maladie. Le financement direct par l'État devient ainsi résiduel en 2021 (0,4 % de la CSBM, après 1,6 % en 2020 et les années précédentes).

La part des OC augmente de 0,6 point en 2021, à 12,9 % après 12,2 %, sous l'effet de la reprise d'activité et du développement du 100 % santé.

Au final, le reste à charge (RAC) des ménages augmente de 0,4 point en 2021, de 6,6 % à 7,0 % de la CSBM. La participation directe des ménages aux dépenses de santé s'établit ainsi à 15,8 milliards d'euros en 2021. Le reste à charge moyen par habitant s'élève en 2021 à 233 euros dont notamment 25 € d'optique médicale, 12 € d'audioprothèses, 12 € de prothèses dentaires, 61 € de médicaments et 29 € de soins hospitaliers.

L'augmentation du RAC des ménages en 2021 concerne quasiment toutes les composantes de la consommation, à l'exception des trois secteurs concernées par la réforme du 100 % santé. La part du RAC baisse sensiblement pour les audioprothèses (-16,2 points) ; moins fortement pour les soins dentaires (- 1,6 point) et l'optique médicale (- 0,8 point). À l'inverse, la part du RAC des ménages augmente dans les soins hospitaliers (+0,6 point), dans les médicaments en ambulatoire (+0,9 point), les soins des auxiliaires médicaux (+0,9 point) et de médecins (+0,5 point).

Graphique I.2 : Évolution du financement de la CSBM entre 2010 et 2021



Lecture : En 2021, le financement de la CSBM est pris en charge à 79,8 % par l'Assurance maladie et à 7,0 % 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 2022**

Avis du Comité d'alerte n°2022-1 sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

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'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Les conditions de mise en œuvre de l'ONDAM ont été une nouvelle fois profondément modifiées par l'épidémie de covid qui a conduit à des dépenses supplémentaires très au-delà de l'objectif de dépenses voté en loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021. Elle en avait fixé le niveau à 225,4 Md€ en 2021, en progression de 2,3 % (base de référence de 220,3 Md€). Les dépenses couvertes par l'ONDAM sont désormais estimées à 239,5 Md€ en 2021, soit une augmentation de 14,1 Md€ en cours d'année et une progression de +8,4 % (base de référence révisée à 220,8 Md€).

Les prévisions de dépenses relevant de l'ONDAM ont ainsi été modifiées significativement à plusieurs reprises en cours d'exercice. L'objectif de 225,4 Md€ de LFSS pour 2021 a été porté à :

- 235,1 Md€ (+9,6 Md€) à l'occasion de la commission des comptes de la sécurité sociale du 24 juin 2021, dont 9,1 Md€ de dépenses supplémentaires en lien avec la crise sanitaire. Le Comité note que cette nouvelle estimation en forte hausse n'a pas été retracée dans un projet de loi de financement rectificative de la sécurité sociale, comme ce fut le cas aussi en 2020 ;

- 237,1 Md€ (+2,1 Md€) début octobre dans la partie rectificative 2021 du projet de loi de financement pour 2022, dont 1,5 Md€ de coûts supplémentaires dus à la crise ;

- 238,8 Md€ (+1,7 Md€) dans la partie rectificative 2021 de la loi du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022, dont 1,1 Md€ de nouveaux surcoûts covid ;

- 239,5 Md€ (+0,7 Md€) en mars 2022, dont 2,1 Md€ de dépenses nouvelles liées à l'épidémie compensées en bonne partie par des recettes en matière de produits de santé venant en atténuation des dépenses. En conséquence, l'écart total en fin d'exercice avec l'objectif fixé en LFSS pour 2021 s'élève à +14,1 Md€.

Cet écart à la loi de financement initiale s'explique pour l'essentiel par les dépenses supplémentaires nettes liées à la crise sanitaire (+13,7 Md€ après arrondis). Les surcoûts covid s'élèvent en effet à 18,0 Md€ mais ont été couverts à hauteur de 4,3 Md€ par la provision inscrite à cet effet en LFSS 2021. Cette provision comprenait 2,0 Md€ pour financer les tests de dépistage, 1,5 Md€ pour la campagne de vaccination et 0,8 Md€ d'autres dépenses, en prévision d'achat de masques principalement.

Les deux tiers des 18,0 Md€ de surcoûts covid en 2021 s'expliquent par les tests de dépistage (6,9 Md€ en ville et à l'hôpital) et la campagne de vaccination (5 Md€, en ville et à l'hôpital¹), 20 % par la prise en charge des autres surcoûts et les compensations de pertes d'activité dans les établissements de santé et médico-sociaux (3,6 Md€). Les dotations à Santé publique France (1,3 Md€ hors vaccination) et les indemnités journalières en lien avec la covid (0,8 Md€) constituent les principales autres dépenses de crise sanitaire couvertes par l'ONDAM. Présentés par sous-objectifs, les 18,0 Md€ de surcoûts covid se répartissent entre les soins de ville (8,5 Md€), les établissements de santé et médico-sociaux (4,8 Md€), le FIR et les autres prises en charge (4,7 Md€, dont Santé publique France).

Les ajustements en cours d'année non liés à la gestion de la crise sanitaire s'expliquent majoritairement par le dynamisme des produits de santé et des indemnités journalières. Hors dépenses en lien avec la crise sanitaire, les dépenses de produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux) augmentent de 8,8 % en 2021 (42,2 Md€ contre 38,8 Md€ en 2020). Cette progression a été ramenée à +5,7 % après déduction des remises de prix et activation cette année de la clause de sauvegarde des médicaments². Ces évolutions sont plus marquées sur les produits relevant de la liste en sus³ à l'hôpital que sur les remboursements de soins de ville. Par ailleurs, la montée en charge du 100 % Santé entretient la progression des dépenses de dispositifs médicaux, en particulier sur les audioprothèses et les soins dentaires (+0,3 Md€ environ). S'agissant des indemnités journalières non liées à la covid, le taux de progression reste très élevé (+5,7 %) et comparable à celui de 2020 (+6,1 %), reflétant une dynamique de dépenses déjà soutenue sur les cinq dernières années. Cette accélération semble concerner surtout les arrêts maladie de plus de trois mois.

Au total, les dépenses de soins de ville sont estimées à 104,8 Md€, en progression de 10,8 % par rapport à 2020 malgré une légère sous-exécution (-0,2 Md€) en fin d'année par rapport à l'objectif 2021 revu en LFSS pour 2022. En effet, des remboursements d'honoraires médicaux et paramédicaux un peu inférieurs aux attentes et l'effet des remises de prix et de la clause de sauvegarde sur les médicaments évoquées *supra* ont plus que compensé (-1,0 Md€) les dépenses supplémentaires de crise (+0,8 Md€) sur les derniers mois dues à la forte accélération des tests de dépistage. Les dépenses relatives aux établissements de santé s'établissent à 96,6 Md€, en progression de 7,5 % par rapport à 2020, en sur-exécution de 1,1 Md€ par rapport à l'objectif 2021 révisé en LFSS pour 2022. Ce dépassement s'explique par les ultimes délégations aux établissements de santé au titre de 2021 (arrêté du 10 mars 2022 publié le 22 mars 2022), afin de compenser les coûts liés à la crise sanitaire et une sous-exécution de la part tarif des établissements publics de santé et privés à but non lucratif (établissements dits « ex-DG »). Les dépenses en faveur des établissements et service médico-sociaux s'élèvent à 26,8 Md€, en augmentation de 5,3 % par rapport à 2020 et en dépassement de 0,1 Md€ comparé à l'objectif rectifié. Les dépenses du fonds d'intervention régional (FIR) s'élèvent à 4,3 Md€, en progression de 10,5 % comparé à 2020 et les autres prises en charge à 7,0 Md€, sous-objectif qui a fortement augmenté du fait des dépenses de Santé publique France avec la crise sanitaire.

Il résulte de cette première analyse des résultats de l'ONDAM 2021 que l'évolution de la crise sanitaire a conduit à prendre des mesures exceptionnelles d'un coût en définitive comparable à celui de 2020 (18,3 Md€ de coût brut en 2020), même si leur composition a évolué pour refléter le recours massif aux tests de dépistage et la campagne nationale de vaccination. Ajoutées à la mise en œuvre du Ségur de la santé (+7,8 Md€ en 2021), principalement sous forme de mesures salariales (+6,5 Md€ en 2021, pilier 1) et à la dynamique des dépenses sans lien avec la crise (+2,4 %), l'ONDAM progresse pour la seconde année consécutive à un taux proche de 10 % (+8,4 % après 9,4 % en 2020).

¹ Dont les achats de vaccins de Santé Publique France, les actes d'injection en ville et en établissements et les dépenses supplémentaires du FIR dans le cadre de la gestion locale de la campagne vaccinale.

² Les entreprises pharmaceutiques sont tenues de verser une contribution à l'assurance maladie lorsque leur chiffre d'affaires au titre des médicaments remboursables est supérieur à un seuil déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'ONDAM. Il existe aussi une clause de sauvegarde pour certains dispositifs médicaux.

³ La liste en sus permet la prise en charge par l'assurance maladie de médicaments, pour certaines de leurs indications thérapeutiques, et de dispositifs médicaux en sus des tarifs d'hospitalisation lorsqu'ils présentent un caractère innovant.

L'ONDAM pour 2022 (236,8 Md€, en baisse de 1,0 % par rapport à la base de référence de la LFSS 2022) a été construit en ajoutant à une progression sous-jacente des dépenses hors covid et Ségur de la santé de 2,7 %⁴, les effets des mesures du « Ségur de la santé » (12,6 Md€ au total, dont 2,7 Md€ supplémentaires en 2022) et une provision de 4,9 Md€ de dépenses exceptionnelles pour faire face à la crise sanitaire.

Au regard de ces éléments, le comité rappelle l'incertitude élevée liée au développement de l'épidémie. Il observe aussi que les ajustements importants de fin de gestion depuis deux ans, avec des délégations de dotations aux établissements de santé à la mi-mars de l'année n+1 et la réévaluation des recettes au titre des produits de santé qui viennent en atténuation des dépenses, rendent plus difficile l'appréciation des évolutions des dépenses couvertes par l'ONDAM sur l'ensemble de l'année.

Le comité estime d'ores et déjà que la provision de la LFSS pour 2022 destinée à couvrir les dépenses liées à l'épidémie de covid (4,9 Md€) risque d'être significativement dépassée. Un versement à Santé Publique France de 1,2 Md€ non couvert par cette provision a été récemment décidé, principalement pour honorer des commandes de vaccins et de médicaments anti-covid passées fin 2021. Avec le rebond épidémique de début d'année, les dépenses engagées à la fin du premier trimestre 2022 au titre des tests de dépistage dépassent de 0,5 Md€ la provision annuelle de LFSS prévue à ce titre (1,6 Md€). Sur janvier et février seulement, les dépenses d'indemnités journalières maladie du fait de la covid atteignent 0,6 Md€ sans être couvertes par la provision de LFSS. Pour mémoire, les établissements de santé et médico-sociaux bénéficient d'une garantie de financement sur le premier semestre 2022.

Comme il l'a déjà exprimé, le comité appelle à un suivi attentif des principaux postes de dépenses non directement liées à la crise sanitaire qui progressent plus rapidement que la moyenne. Il constate que la dynamique de ces dépenses n'a pas été infléchie en 2021 par rapport à la situation d'avant-crise et invite à une évaluation des facteurs qui contribuent à cette croissance. Il constate que la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social s'est conclue le 18 février 2022 par un engagement du Gouvernement et des départements de France pour des revalorisations salariales en faveur des professionnels de la filière socio-éducative à partir du mois d'avril 2022, pour un coût supplémentaire de 350 M€ dès 2022 dans le périmètre de l'ONDAM. De même, il a pris note de l'annonce par le Gouvernement le 14 mars dernier d'une revalorisation salariale dans la fonction publique d'ici l'été.

Enfin, le comité rappelle que la loi de financement pour 2022 (article 115) a suspendu cette année 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 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 1^{er} juin prochain.

Le comité d'alerte

Alain CORDIER
Jean-Pierre LABOUREIX
Jean-Luc TAVERNIER

⁴ Hors dépenses liées à la crise sanitaire et au Ségur de la santé, l'évolution des dépenses est estimée à +2,7 % en 2022 (contre +2,3 % en 2021 en construction dans la LFSS 2021). Elle tient compte notamment de l'engagement du Gouvernement annoncé le 29 juin 2021 dans le cadre du conseil stratégique des industries de santé (CCIS) d'assurer une croissance des remboursements de produits de santé au sein de l'ONDAM de 2,4 % par an sur la période 2022-2024.

Avis du Comité d'alerte n° 2022-2 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.

Le premier avis du comité le 15 avril dernier a présenté la mise en œuvre de l'ONDAM en 2021 qui a été bouleversée par l'évolution de l'épidémie de covid. Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 en avait fixé le niveau à 225,4 Md€, les dépenses effectives ont atteint 239,5 Md€, soit une augmentation en cours d'année de 14,1 Md€ et une progression de +8,4% par rapport à 2020 (cf. annexe technique). Les dépenses pour faire face à la crise sanitaire se sont élevées en définitive à 18,0 Md€, en dépassement de 13,7 Md€ de la provision inscrite à ce titre en LFSS (4,3 Md€).

La loi de financement pour 2022 a fixé l'ONDAM à 236,8 Md€ en 2022, en baisse de 1,0% par rapport à la base de référence 2021. Il a été construit avec une progression de 2,7% des dépenses hors crise sanitaire et effets des accords du « Ségur de la santé ». À ces 219,3 Md€ ont été ajoutés les mesures du « Ségur de la santé » (12,6 Md€ dont 2,7 Md€ de mesures nouvelles en 2022) et une provision de 4,9 Md€ de dépenses exceptionnelles pour faire face à la crise sanitaire. Elle comprend 2,6 Md€ destinés à Santé publique France (achats de vaccins, gestion de la crise), 1,6 Md€ de tests de dépistage et 0,7 Md€ pour financer la campagne vaccinale (cf. annexe technique).

Dans son avis du 15 avril 2022, le comité a souligné les risques de dépassement en raison du rebond épidémique au premier trimestre, de la provision de LFSS destinée à couvrir les surcoûts de la crise sanitaire. Les données à fin avril confirment ces tendances : les dépenses de tests de dépistage dépassent de 0,9 Md€ la provision et les indemnités journalières maladie liées à l'épidémie approchent 1,0 Md€ en date de remboursement sans être couvertes par cette provision. À ces dépassements s'ajoute un rehaussement de la dotation à Santé Publique France à hauteur de 1,2 Md€, décidé le 11 mars et non prévu dans la provision de LFSS, pour assurer le paiement de commandes passées et abonder différents fonds de concours sur le budget de l'État. Ainsi, sur les quatre premiers mois de l'année, les dépassements identifiés en lien avec la crise sanitaire s'élèvent à environ 3 Md€.

La Haute Autorité de Santé (HAS) constate dans une publication récente¹ que l'ensemble des indicateurs épidémiologiques continuent de s'améliorer mais que l'incertitude reste forte sur l'émergence potentielle de nouveaux variants. Elle a élaboré trois scénarios associés à une politique vaccinale. Le scénario de base est celui dans lequel le virus poursuit son évolution avec des pics de transmission entraînant la survenue de reprises épidémiques périodiques. Ce scénario considéré comme le plus probable conduit la HAS à recommander de se préparer à une campagne de rappel vaccinale à l'automne pour les populations à risque.

¹ Haute Autorité de Santé, Recommandation, « Stratégie de vaccination contre la Covid-19 ; anticipation des scénarios possibles à l'automne 2022 », 25 mai 2022.

Tout en soulignant le contexte d'incertitude élevée, il apparaît ainsi vraisemblable que les dépenses de tests et d'indemnités journalières liées au covid-19 vont se poursuivre tout au long de l'année à un rythme moins rapide qu'au premier trimestre, avec de possibles accélérations dus à des rebonds épidémiques. Cette dynamique de dépenses conduirait à des dépassements supplémentaires de la provision de la LFSS pour couvrir les surcoûts liés à la crise sanitaire.

À titre d'illustration et à politique de dépistage inchangée², s'agissant en particulier des conditions de remboursement, un niveau de dépenses de tests comparable à ceux observés entre deux vagues épidémiques en 2020 et 2021 pourrait conduire à un dépassement de 1,5 Md€ sur l'année de la provision de la LFSS à ce titre. En prenant l'hypothèse d'une vague modérée inférieure à celle du début d'année, ce dépassement pourrait atteindre 2,8 Md€. S'agissant des indemnités journalières en lien avec la covid, le dépassement serait porté de 1,2 Md€ en cas de circulation endémique à 1,4 Md€ avec une reprise épidémique modérée. Au total, avec ces hypothèses et sur la base de simples calculs de sensibilité, la provision de la LFSS pour faire face aux surcoûts de la crise sanitaire pourrait être dépassée de 3,9 Md€ à 5,4 Md€, sans que ce dernier chiffre puisse être considéré comme un plafond en cas d'émergence d'une nouvelle vague épidémique plus intense.

S'agissant des postes de dépenses non principalement liés à l'épidémie de covid, le comité avait pris acte dans son avis du 15 avril d'une dépense supplémentaire de 0,35 Md€ en 2022 (0,5 Md€ en année pleine) pour financer une revalorisation au 1^{er} avril des salaires des professionnels de la filière socio-éducative³. Il constate sur les premiers mois de l'année la poursuite d'une dynamique élevée observée en 2021 sur les produits de santé, les indemnités journalières et les transports sanitaires. En particulier, les médicaments de ville sont en accélération sur le premier trimestre en termes bruts (+7,5% en glissement annuel, en périmètre officines plus rétrocession) et les médicaments facturés au titre de la liste en sus restent sur un rythme très élevé (de l'ordre de +15%) par rapport à la même période de 2021. Les indemnités journalières hors covid progressent de l'ordre de 6% sur les quatre premiers mois comparés à la même période de 2021, en particulier les indemnités de moins de trois mois. Les dépenses de transports sanitaires augmentent de près de 10% sur le premier trimestre comparées à celles du premier trimestre 2021.

En sens inverse, un effet base favorable sur les soins de ville, portant notamment sur les honoraires médicaux et dentaires, pourrait être constaté (jusqu'à 0,3 Md€ possiblement). Les mécanismes régulateurs sur le médicament vont par ailleurs infléchir en partie la dynamique de dépense si elle se poursuivait à un rythme soutenu (remises pharmaceutiques et mise en jeu de la clause de sauvegarde). Selon des données provisoires, l'activité dans les établissements de santé n'a pas retrouvé en 2021 son niveau d'avant-crise, ce qui pourrait avoir un effet modérateur sur les dépenses mais ils bénéficient sur le premier semestre d'une garantie de financement en raison de la situation sanitaire. Enfin, comme chaque année, des mises en réserve de dotations ont été effectuées (0,7 M€) qui portent pour la plus grande part sur les établissements de santé et médico-sociaux.

Au total, les dynamiques à l'œuvre sur les dépenses non directement liées à la crise pourraient conduire à un dépassement des enveloppes de l'ONDAM qui reste encore à la mesure des marges d'exécution et de la mise en jeu des mesures de régulation existantes. Toutefois, cette analyse ne prend pas en compte les mesures nouvelles comme la revalorisation du point d'indice de la fonction publique⁴ qui pourraient être mises en œuvre après les élections législatives. Compte tenu de la dynamique des dépenses sans lien avec l'épidémie, une mesure de ce type d'une certaine ampleur contribuerait à un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM et justifierait un relèvement de son niveau en loi de financement de la sécurité sociale.

² Ces calculs de sensibilité tiennent compte des baisses de prix des tests mises en œuvre après la publication de la LFSS pour 2022 (-10% au 1^{er} février pour les tests RT-PCR, -34% pour les tests antigéniques en deux étapes, au 15 février et au 1^{er} avril 2022).

³ Engagement du Gouvernement et des départements de France le 18 février 2022 à l'issue de la conférence des métiers de l'accompagnement social et médico-social.

⁴ Pour information, une augmentation de 1% du point d'indice conduit à une dépense supplémentaire de 0,6 Md€ en année pleine sur le périmètre de l'ONDAM.

Au regard de l'ensemble de ces considérations et conformément à son mandat, le comité estime qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2022 avec une ampleur supérieure au seuil de 0,5% (soit 1 184 M€) fixé par le décret du 20 juin 2014. En l'état actuel des données disponibles et des décisions traduites dans les textes, ce risque sérieux de dépassement relève pour l'essentiel des surcoûts induits par l'épidémie de covid-19. Le comité le notifiera au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie, en application de l'article L.114-4-1 du code de la sécurité sociale. Il rappelle qu'en raison du contexte sanitaire, la loi de financement pour 2022 (article 115) a suspendu cette année l'obligation de proposer des mesures de redressement lorsque le risque sérieux de dépassement est imputable à l'évolution des dépenses liées à la crise sanitaire résultant de l'épidémie de covid-19.

Le comité d'alerte

Alain CORDIER
Jean-Pierre LABOUREIX
Jean-Luc TAVERNIER

Annexe technique à l'avis 2022-2 du comité d'alerte

I- En 2021, des dépenses supérieures de 14,1 Md€ à l'objectif initial

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 239,5 Md€ en 2021, soit un dépassement de 14,1 Md€ par rapport à l'objectif initial de la LFSS pour 2021. Sans modification par rapport à l'analyse du premier avis du comité d'alerte⁵, ce dépassement se décompose en +13,7 Md€ de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire et +0,4 Md€ de dépassement non lié à la crise sanitaire. Hors crise, le dépassement est concentré sur les soins de ville pour +0,8 Md€, du fait principalement de la dynamique soutenue des médicaments net de l'effet atténuateur des remises et de la clause de sauvegarde ainsi que des indemnités journalières de droit commun (non liées à la crise sanitaire). À l'inverse, le sixième sous-objectif (hors dépenses liées à la crise) présente une sous-exécution de -0,3 Md€, principalement portée par les sous-consommations de l'ONDAM spécifique (addictologie) et des remboursements des soins des français à l'étranger.

L'écart à l'objectif rectifié en LFSS pour 2022 s'établit à +0,7 Md€, matérialisant des coûts de crise plus élevés qu'anticipé et en regard de moindres dépenses hors crise. Ce dépassement concerne les établissements de santé à hauteur de 1,1 Md€, quasiment uniquement imputable à la crise, en raison principalement de la dotation de la 4ème circulaire budgétaire de mars 2022 (0,9 Md€ au-delà de ce qui était budgété dans l'ONDAM) mais également de la dynamique des produits de santé facturés en sus (+0,3 Md€). À l'inverse, les soins de ville ont présenté une sous-exécution de 0,2 Md€, s'expliquant principalement par un fort rendement de la clause de sauvegarde ainsi que par une faible dynamique en fin d'année des honoraires médicaux et paramédicaux, alors que les coûts des mesures de crise, notamment de tests, ont été plus élevés que prévu. L'ONDAM médico-social a présenté un dépassement de 0,1 Md€ tandis que les autres prises en charge sont en sous-exécution de 0,3 Md€.

Tableau n°1 : ONDAM 2021

<i>Montants en Md€</i>	Objectif 2021 LFSS 2021	Objectif 2021 revu en LFSS 2022	Dépenses constatées en 2021	Taux d'évolution*	Ecart à la LFSS 2022	Ecart à la LFSS initiale
Soins de ville	98,9	105,0	104,8	10,8%	-0,2	5,9
Etablissements de santé	92,9	95,5	96,6	7,5%	1,1	3,7
Etablissements et services médico-sociaux	26,1	26,7	26,8	5,3%	0,1	0,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	13,6	14,2	14,4	9,7%	0,2	0,8
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,4	12,5	12,4	0,5%	-0,1	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	3,8	4,3	4,3	10,5%	0,0	0,5
Autres prises en charge	3,8	7,3	7,0	-0,3%	-0,3	3,2
ONDAM TOTAL	225,4	238,8	239,5	8,4%	0,7	14,1

* base de référence = constat 2020 définitif établi à la clôture 2021 en mars 2022 corrigé des mouvements de périmètre
Globalement supérieure de 0,5Md€ à la base de référence de la LFSS pour 2021

Les dépenses de soins de ville (104,8 Md€) ont progressé de 10,8% par rapport à 2020 (+10,2 Md€). Ce rebond marqué est en partie à relier à des coûts de crise plus élevés en 2021 qu'en 2020 (8,5 Md€ après 6,2 Md€). Il s'explique surtout par un retour progressif à la normale après une année 2020 où les confinements avaient pesé sur l'activité de soins. Hors dépenses de crise, la progression moyenne des dépenses appréciée sur deux années est de +3,0%. Les dépenses de prestations (102,6 Md€) augmentent de 12,0 % (+11,0 Md€), alors que les dépenses hors prestations diminuent de 0,8 Md€ du fait principalement du net repli du dispositif d'indemnisation pour perte d'activité des professionnels de santé (DIPA). En sens contraire, le rendement des remises pharmaceutiques et de la clause de

⁵ Avis du comité d'alerte n°2022-1, [Les avis du comité d'alerte \(securite-sociale.fr\)](https://www.securite-sociale.fr)

sauvegarde, qui progresse de 0,8 Md€ par rapport à 2020, vient en atténuation des dépenses de prestations.

Les dépenses des établissements de santé (96,6 Md€) ont augmenté de 7,5% par rapport à 2020. Les surcoûts induits par la crise sanitaire ont été compensés à hauteur de 4,1 Md€ (après 5,0 Md€ en 2020). Le Gouvernement a ainsi procédé en mars 2022 à une quatrième circulaire budgétaire de 1 530 M€ (dont 650 M€ étaient provisionnés dans l'objectif), permettant de compenser la sous-exécution des établissements publics ainsi que certains coûts liés à la gestion de la crise sanitaire. Les établissements sanitaires ont par ailleurs reçu 6,6 Md€, soit 5,5 Md€ supplémentaires par rapport à 2020, leur permettant notamment de financer les revalorisations salariales décidées dans le cadre du « Ségur de la Santé ». Hors crise et montée en charge du « Ségur de la santé », les dépenses de l'ONDAM en faveur des établissements de santé ont progressé de 2,1% en moyenne annuelle depuis 2019.

Les dépenses de l'ONDAM médico-social se sont élevées à 26,8 Md€, soit une hausse de 5,3% par rapport à 2020 à champ constant⁶ (+1,3 Md€). Les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées s'élèvent à 14,4 Md€ (en progression de +9,7% soit une dépense supplémentaire de 1,3 Md€ principalement portée par les mesures du « Ségur de la santé » à champ constant) et celles relatives aux établissements et services pour personnes handicapées s'élèvent à 12,4 Md€ (en progression de +0,5% soit une dépense supplémentaire de 0,1 Md€ à champ constant). De même que pour les établissements de santé, le gouvernement a procédé en mars 2022 à une délégation complémentaire de fin de campagne de 0,2 Md€ permettant de couvrir des pertes de recettes pour les établissements pour personnes âgées ainsi que la prime « grand-âge ».

Les dépenses du fonds d'intervention régional (FIR) ont atteint 4,3 Md€, soit une progression de 10,5% par rapport à 2020 (+0,4 Md€).

Les autres prises en charge se sont élevées à 7,0 Md€, en diminution de 20 M€ par rapport à 2020.

II- La construction de l'ONDAM en LFSS pour 2022

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM ont été fixées à 236,8 Md€ dans la LFSS pour 2022, soit un recul à champ constant de -1,0% par rapport à 2021 (-2,5 Md€ par rapport à une base de référence de 239,4 Md€⁷).

La construction de l'ONDAM en LFSS pour 2022 reposait sur un taux de progression, hors crise et hors poursuite de la montée en charge du « Ségur de la santé », de +2,7%.

À cette trajectoire hors crise, hors mesures relevant du « Ségur de la santé », sont ainsi venues s'ajouter :

- des dépenses consécutives aux accords du « Ségur de la santé », à hauteur de 2,7 Md€ supplémentaires en 2022 par rapport à 2021, pour un total de 12,6 Md€ (dont l'extension de périmètre de l'ONDAM 2022 au soutien national aux investissements dans les établissements et services médico-sociaux pour 0,6 Md€) ;

- une provision de 4,9 Md€ destinée à couvrir les dépenses exceptionnelles en réponse à la crise sanitaire, notamment pour la prise en charge par l'assurance maladie de la campagne de vaccination pour 3,3Md€ (achats de vaccins pour 2,5Md€, rémunérations des actes d'injection pour 0,7 Md€ et autres

⁶ Pour rappel, dans le cadre de la création de la 5^{ème} branche, la base de construction de l'ONDAM médico-sociale est augmentée de 1,5 Md€, correspondant à la part de l'objectif global des dépenses (OGD) anciennement financé par la CNSA.

⁷ Pour rappel, le 5^{ème} sous-objectif est renommé FIR/soutien national à l'investissement (FIR/SNI) en regroupant l'ensemble des dépenses d'investissement dont ceux des établissements et services sociaux et médico-sociaux précédemment financés par la CNSA pour 0,6 Md€.

dotations de 0,1Md€), des tests PCR et antigéniques remboursés selon le nouveau cadre applicable à compter du 15 octobre 2021 (1,6 Md€).

Tableau n°2 : ONDAM en LFSS 2022

Montants en Md€	ONDAM 2022 hors crise, hors Ségur	Taux d'évolution hors crise, hors Ségur	ONDAM 2022 hors crise, avec Ségur	Taux d'évolution hors crise, avec Ségur	ONDAM total 2022	Taux d'évolution
Soins de ville	99,8	2,7%	100,6	3,4%	102,5	-2,3%
Établissements de santé	87,5	2,7%	95,0	4,1%	95,3	1,1%
Établissements et services médico-sociaux	24,9	2,0%	27,6	4,2%	27,6	2,6%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	12,0	2,5%	14,3	4,0%	14,3	0,8%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	12,9	1,6%	13,3	4,4%	13,3	4,5%
Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	4,6	3,5%	5,9	3,6%	5,9	-3,4%
Autres prises en charge	2,5	5,0%	2,9	3,7%	5,5	-22,8%
ONDAM TOTAL	219,3	2,7%	231,9	3,8%	236,8	-1,0%



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*