



GOUVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*

2025

Projet de loi de financement de la sécurité sociale

ANNEXE 5 ONDAM
et dépenses de santé

ANNEXE 5
ONDAM ET
DEPENSES DE SANTE

PLFSS 2025

SOMMAIRE

PLFSS 2025 - Annexe 5

Synthèse.....	5
PARTIE I: l'ONDAM en 2023, 2024 et 2025.....	13
<i>1.1 L'ONDAM, un objectif interbranches composé de six sous-objectifs.....</i>	14
1.1.1 Les six sous-objectifs de l'ONDAM	14
1.1.2 L'articulation entre l'ONDAM et les dépenses des branches maladie, AT-MP et autonomie	16
<i>1.2 Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2023 (+ 0,3%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+ 4,9% hors dépenses de crise).....</i>	17
1.2.1 ONDAM 2023 : un dépassement de 3,9 Md€ par rapport à la LFSS 2023.....	17
1.2.2 Des surcoûts bruts liés à la crise sanitaire à hauteur de 1,1 Md€.....	18
1.2.3 Des dépenses relatives à la mise en œuvre du Ségur de la Santé à hauteur de 13,2 Md€ en 2023, dont 0,6 Md€ supplémentaires par rapport à 2022	18
1.2.4 Un surcroît de dépenses liées au choc d'inflation pour 7,4 Md€ en cumul 2022-2023.....	19
1.2.5 Hors impact de la crise, les dépenses de l'ONDAM 2023 présenteraient un dépassement de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024.....	19
<i>1.3 Un ONDAM 2024 en dépassement de 1,2 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFSS pour 2024</i>	20
1.3.1 Des surcoûts bruts en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 0,5 Md€, en dépassement de 0,3 Md€ par rapport à la construction	21
1.3.2 Des dépenses au titre du Ségur de la santé en recul de 0,2 Md€, conformément à la construction	22
1.3.3 Un surcroît de dépenses liées à l'inflation exceptionnelle pour +1,2 Md€ par rapport à 2023, conforme à la construction.....	22
1.3.4 Des mesures nouvelles nettes des économies inférieures de 0,2 Md€ en ville à celles inscrites en construction.....	22
1.3.5 Hors impact de la crise et actualisation de l'effet des mesures, les dépenses de l'ONDAM présenteraient un dépassement de 1,1 Md€ par rapport à l'objectif	23
<i>1.4 Périmètre et construction de l'ONDAM 2025.....</i>	25
<i>1.5 Une hausse de l'ONDAM de 2,8% en 2025.....</i>	26
<i>1.6 Une progression des dépenses de soins de ville prévue à 2,0% en 2025.....</i>	29
1.6.1 Evolution spontanée en 2025.....	30
1.6.2 Les revalorisations conventionnelles et mesures nouvelles.....	31
1.6.3 Les mesures de régulation.....	31
<i>1.7 Le financement des établissements de santé prévu en hausse de 3,1% en 2025.....</i>	32

I.7.1 L'évolution courante des ressources des établissements de santé	33
I.7.2 Le financement des priorités en matière de santé et d'accès aux soins	33
I.7.3 Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent	33
I.7.4 Mener des actions prioritaires en santé publique	34
I.7.5 Conforter les mesures en faveur des soins critiques	34
I.8 Autres sous-objectifs	34
I.8.1 Etablissements médico-sociaux	34
I.8.2 Fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement.....	34
I.8.3 Autres prises en charge	35
I.9 Produits de santé	35
PARTIE II: ONDAM et besoins de santé publique	37
II.1 Evolution des dépenses de prévention institutionnelle sur la période récente	38
II.2 Les nouveaux chantiers de la prévention	40
II.3 Des fonds qui permettent le financement d'actions de prévention institutionnelle	43
II.3.1 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS)	43
II.3.2 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire agricole (FNPEISA).....	45
II.3.3 Le fonds de lutte contre les addictions (FLCA).....	46
II.3.4 Le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS)	47
II.4 Le fonds d'intervention régional : levier pour le financement de la politique locale de santé ...	49
II.4.1 Objectifs et missions du fonds.....	49
II.4.2 Les dispositifs de prévention financés par le FIR en 2023	50
PARTIE III: ONDAM et pathologies	53
III.1 Les principales pathologies prises en charge en 2022 et leur coût	54
III.2 Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie	59
III.2.1 Les cancers.....	61
III.2.2 Les maladies et traitements cardio-neurovasculaires	63
III.2.3 Les maladies et traitements psychiatriques	65
PARTIE IV: L'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge	69
IV.1 La dépense courante de santé au sens international (DCSi)	70
IV.2 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).....	72
IV.3 Deux concepts différents : La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et l'ONDAM	76
PARTIE V: Rappel des avis du Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de santé en 2023.....	77

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 263,9 Md€ en 2025. Ces dépenses se déclinent en six sous-objectifs (cf. graphique 1) :

- les dépenses de soins de ville (111,6 Md€ attendus en 2025) : 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 (108,8 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 (17,7 Md€) et le second concernant les établissements et services d'accueil des personnes en situation de handicap (15,7 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 Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM) (6,5 Md€) ;
- les autres dépenses (3,5 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 2025, par sous-objectif

ONDAM 2025 en PLFSS pour 2025 : 263,9 Md€



Malgré une circulation du virus devenue endémique et une forte baisse des dépenses induites, l'ONDAM 2023 a progressé du fait notamment des effets de la hausse de l'inflation, de l'impact des revalorisation salariales et de la dynamique de l'activité de soins de ville

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 avait rectifié l'ONDAM pour 2023 à 247,6 Md€, soit une révision à la hausse de 3,6 Md€ par rapport à l'objectif voté initialement en LFSS 2023 (244,1 Md€). Selon les dernières informations fournies par les régimes d'assurance maladie (AM), les dépenses dans le champ de l'ONDAM se sont finalement élevées à 247,9 Md€, en dépassement de 0,3 Md€ par rapport à l'objectif 2023 rectifié en LFSS pour 2024, et de 3,9 Md€ par rapport à l'objectif initial en LFSS pour 2023. L'ONDAM a ainsi progressé de 0,3% en 2023, soit 4,9% hors dépenses de crise.

Par rapport à l'objectif initial en LFSS 2023, le dépassement est de **3,9 Md€** et s'explique par :

- **+2,1 Md€** au titre de l'inflation exceptionnelle, incluant la hausse de 1,5 % du point d'indice et les autres mesures salariales ciblées annoncées en juin 2023 (mesures dites « Guérini », pour 1,6 Md€), les répercussions de l'inflation sur les dépenses d'indemnités journalières (0,5 Md€) ;
- une révision à la baisse de **-0,1 Md€** au titre du Ségur de la santé ;
- les dépenses en lien avec la crise sanitaire, qui ont atteint 1,1 Md€ en 2023, soit un dépassement de **+0,1 Md€** par rapport à l'objectif initial ;
- un dépassement de **+1,8 Md€** en dehors de ces événements exceptionnels, s'expliquant principalement par le dépassement, d'une part, de l'objectif soins de ville (SDV, +0,7 Md€) suite à une forte accélération des dépenses en fin d'année 2023 et, d'autre part, au titre des ES pour +0,6 Md€ au titre de l'enveloppe attractivité actée en LFRSS 2023 et de +0,5 Md€ en raison d'une aide exceptionnelle de soutien à l'activité accordée par le Gouvernement en fin d'exercice 2023. Enfin, d'autres facteurs de dépassement (révision à la hausse du FIR notamment) sont compensés par la sous-exécution des autres sous-objectifs.

L'ONDAM 2024 serait en progression de 3,3% en raison du dynamisme de l'activité de soins tant en ville qu'en établissements

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM en 2024 ont été fixées à 254,9 Md€ dans la LFSS pour 2024, soit une progression à champ constant, en incluant les dépenses liées à la crise sanitaire, de +2,9% par rapport à 2023. Hors surcoûts identifiés en 2022 et 2023 relatifs à la crise sanitaire, les dépenses étaient prévues en augmentation de +3,2 %.

Les hypothèses retenues en construction reposaient sur un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire. Le contexte inflationniste persistant, bien qu'en ralentissement – +2,5% d'inflation en moyenne annuelle au sens de l'IPCHT au stade de la LFSS 2024, après +4,8% en 2023 – se matérialisait par la montée en charge et l'effet année pleine des mesures salariales annoncées en juin 2023, et par l'impact financier du renchérissement des achats des établissements de santé et médico-sociaux. Ces dépenses nouvelles, purement liées à l'inflation, s'ajoutaient aux dépenses supplémentaires au titre de la vie conventionnelle en ville (règlement arbitral de 2023 notamment), 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 et les mesures visant à renforcer l'attractivité des métiers en établissement. En regard, l'année 2024 marquait le retour à un niveau important de mesures d'économies, pour 3,5 Md€, visant à améliorer l'efficacité et la pertinence des dépenses de l'assurance maladie, à maîtriser la dynamique des produits de santé, et à une meilleure responsabilisation des assurés via la mesure de doublement des PF et franchises.

Par ailleurs, la construction de l'ONDAM 2024 reposait sur une circulation devenue endémique de la Covid-19. A ce titre, une provision avait été retenue au titre des dépenses en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 0,2 Md€, à comparer aux dépenses de crise s'élevant alors à 1,1 Md€ en 2023.

Au regard des dernières données disponibles, les dépenses de l'ONDAM 2024 s'élèveraient à 256,1 Md€, en progression de +3,3% à périmètre constant, et dépasseraient de 1,2 Md€ l'objectif fixé en LFSS pour 2024. Hors dépenses liées à la crise sanitaire, la progression de l'ONDAM en 2024 serait de +3,6%, en dépassement de 0,9 Md€ par rapport à la LFSS 2024.

Ce dépassement s'explique par :

- **+0,3 Md€** au titre des dépenses en lien avec la crise sanitaire ;
- **-0,2 Md€** lié à une actualisation des mesures de régulation (mesures nouvelles et économies) inscrites en construction, au vu notamment des entrées en vigueur réalisées ;
- **+1,1 Md€** lié principalement à des dépassements constatés sur les soins de ville et sur les établissements de santé.

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

La construction de l'ONDAM 2025 repose sur l'hypothèse d'une circulation endémique de la Covid-19 et d'un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire. Au total, le PLFSS pour 2025 propose de fixer les dépenses couvertes par l'ONDAM pour l'année 2025 à 263,9 Md€.

La progression de l'ONDAM pour 2025 se décompose de la manière suivante :

- Une évolution spontanée de 2,8 % avant mesures nouvelles et économies. 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 ;
- +1,3 Md€ d'enveloppe de compensation de 5 points de hausse du taux de cotisation vieillesse de la CNRACL (hausse de 1 pt de 2024 qui avait été temporairement compensée via une baisse du taux de cotisation assurance maladie en 2024, et 4 points de hausse en 2025) ;
- Des mesures nouvelles pour 4,2 Md€ :
 - +1,7 Md€ sur les soins de ville, notamment liés à la revalorisation de la consultation à 30€, la poursuite de revalorisation pour les professions paramédicales et le financement des mesures contre la précarité menstruelle ;
 - +0,4 Md€ au titre du refinancement des mises en réserve mobilisées en 2024. En effet, La construction 2025 ne préempte pas la mobilisation des crédits mis en réserve et les dépenses augmentent spontanément à ce titre par rapport à la situation de 2024 avec mobilisation des mises en réserve. Ce facteur de ressaut des dépenses alimente le tendancier de dépense et conduit à un besoin d'économies accru pour tenir la cible globale de l'Ondam ;
 - +0,7 Md€ en établissements sanitaires au titre de l'amélioration de l'attractivité des métiers en établissement et d'amélioration du maintien à domicile, la prise en charge de la santé de

- l'enfant et de la santé mentale ainsi que l'impact de la réforme des autorisations en soins critiques ;
- +1,0 Md€ en établissements médico-sociaux dont 0,6 Md€ au titre du renforcement du taux d'encadrement et des moyens supplémentaires pour l'actualisation des coupes PATHOS dans le secteur personnes âgées et 0,3 Md€ pour la création de places en établissements pour personnes handicapées et 0,2 Md€ au titre du surcoût de la fusion des sections (cf Annexe 7 partie I.3) ;
- +0,4 Md€ au titre du financement du FIR, dont 0,2 Md€ la forfaitisation et la revalorisation des astreintes des personnels médicaux et de la majoration des gardes des personnels médicaux des établissements privés à but lucratif. La baisse de la contribution de l'assurance maladie au FMIS est compensée par la mise en place de mesures nouvelles d'investissement hors Ségur en ESMS (cf *infra*) ;
- Des moindres crédits Ségur et assimilés pour -0,4 Md€ notamment avec l'arrivée à échéance de crédits relatifs à l'investissement qui génèrent un contrecoup de -0,3 Md€ au titre de l'investissement en ESMS ;
- Des mesures d'économies importantes de 4,9 Md€. Ce volume d'économies important est rendu nécessaire face à nécessaire financement de la hausse de taux CNRACL pour les employeurs FPH ainsi qu'au ressaut spontané lié à la non-reconduction des MER et COP mobilisés en 2024, et dans une moindre mesure de l'abaissement de l'objectif par rapport à la LPPF (2,8% contre 3,0%). Ces économies peuvent se distinguer :
 - 0,7 Md€ de mesures d'efficience en établissement ciblant notamment une optimisation du processus d'achat et le développement du virage ambulatoire ;
 - 0,6 Md€ de régulation sur la ville, portant sur les offreurs de soins (protocole de biologie médicale, mesures de régulation des transports sanitaires, protocole radiologie, etc.) ou sur la recherche d'efficience de certains remboursements (recentrage des tests covid sur les PCR notamment) ;
 - 0,3 Md€ de transferts aux assurés par effet de montée en charge en année pleine de la mesure de doublement des participations forfaitaires et franchises instaurée en 2024 ;
 - 1,7 Md€ de transferts aux entreprises (abaissement du plafond des IJ) et organismes complémentaires (relèvement du ticket modérateur qui concerne à ce stade les consultations des médecins et sage-femmes) ;
 - 1,6 Md€ de régulation sur les produits de santé, dont 1,2 Md€ de baisses de prix et 0,4 M€ de maîtrise des volumes initiée en 2024 par l'application du plan bon usage des médicaments.

Une année 2025 marquée par une croissance contenue des dépenses des soins de ville et des produits de santé

Les dépenses des soins de ville évolueraient au rythme de 2,0% en 2025 comprenant :

- Des mesures de revalorisation conventionnelle engagées en faveur des professionnels de santé sont ainsi financées dans cette enveloppe (+1,6 Md€), en particulier la mise en œuvre de la hausse de la consultation à 30€ et la poursuite de la montée en charge de l'avenant 11 à la convention nationale des transporteurs sanitaires. Il comprend par ailleurs le financement des revalorisations prévues par différents avenants signés à l'été 2023 pour permettre aux professionnels paramédicaux de compenser, notamment, l'effet de l'inflation sur leurs revenus. En outre, le sous-objectif relatif aux soins de ville intègre l'impact financier de mesures permettant de lutter contre la précarité menstruelle.
- Des économies importantes sont également prévues à hauteur de 3,6 Md€. Ces économies sont à la fois le résultat de mesures de régulation ambitieuses (0,6 Md€), de régulation des volumes et de baisses de prix sur les produits de santé (1,1 Md€), des mesures de transfert de remboursements aux entreprises et organismes complémentaires via l'abaissement du plafond des indemnités journalières (0,6 Md€), la hausse du ticket modérateur sur les consultations (1,0 Md€ en ville) et, enfin de l'effet de montée en charge en année pleine de la mesure de responsabilisation des assurés via le doublement des franchises et de transferts (0,3 Md€).

Le sous-objectif **Établissements de santé** de l'ONDAM s'établit pour 2025 à 108,8 Md€, en augmentation de +3,1%, soit un rythme supérieur à celui de l'ONDAM dans sa globalité. Cette progression reste nettement plus dynamique que le taux d'évolution moyen observé au cours de la décennie 2010-2019 (de +2,0% par an en moyenne).

- Les financements nouveaux consacrés aux établissements de santé en 2025 (2,0 Md€) permettent de compenser la hausse 5 points de hausses du taux de cotisation vieillesse de la CNRACL (2024 et 2025) pour 1,2 Md€, de revaloriser et renforcer l'attractivité au sein des hôpitaux publics via la revalorisation

des astreintes des personnels médicaux, le financement des études médicales, la rénovation du régime indemnitaire de la FPH) pour 0,6Md€, de compenser la suppression du coefficient de reprise des allègements sociaux et fiscaux et de revaloriser les indemnités de nuits, des dimanches et des jours fériés pour les établissements privés (0,2Md€).

- La construction du sous-objectif relatif aux établissements de santé intègre un quantum global d'économies de 1,3 Md€. Ces économies reposent notamment sur la poursuite de l'amélioration de la pertinence et de l'efficacité des prises en charge pour 0,6 Md€ (développement des prises en charge ambulatoires, de l'HAD, optimisation des achats dans le cadre du programme Phare, la régulation de l'intérim médical, etc.), ainsi que sur les baisses de prix concernant la liste en sus pour 0,5 Md€ et 0,1 Md€ émergeant sur les établissements au titre de la hausse du ticket modérateur sur les actes et consultations externes.

Les dépenses des sous-objectifs médico-sociaux évolueraient de manière plus dynamique que celles des soins de ville. Au total, l'**objectif global de dépenses (OGD)** qui regroupe les sous-objectifs personnes âgées et personnes handicapées de l'ONDAM est fixé à 33,4 Md€, en augmentation de **4,7%**.

Le **sous-objectif relatif au FIR et au soutien national à l'investissement** évolue de -0,5%. Cette décroissance s'expliquerait par une augmentation de l'enveloppe au FIR de +0,4 Md€, compensée par l'arrivée à échéance de certains crédits d'investissement au titre du Ségur de la santé.

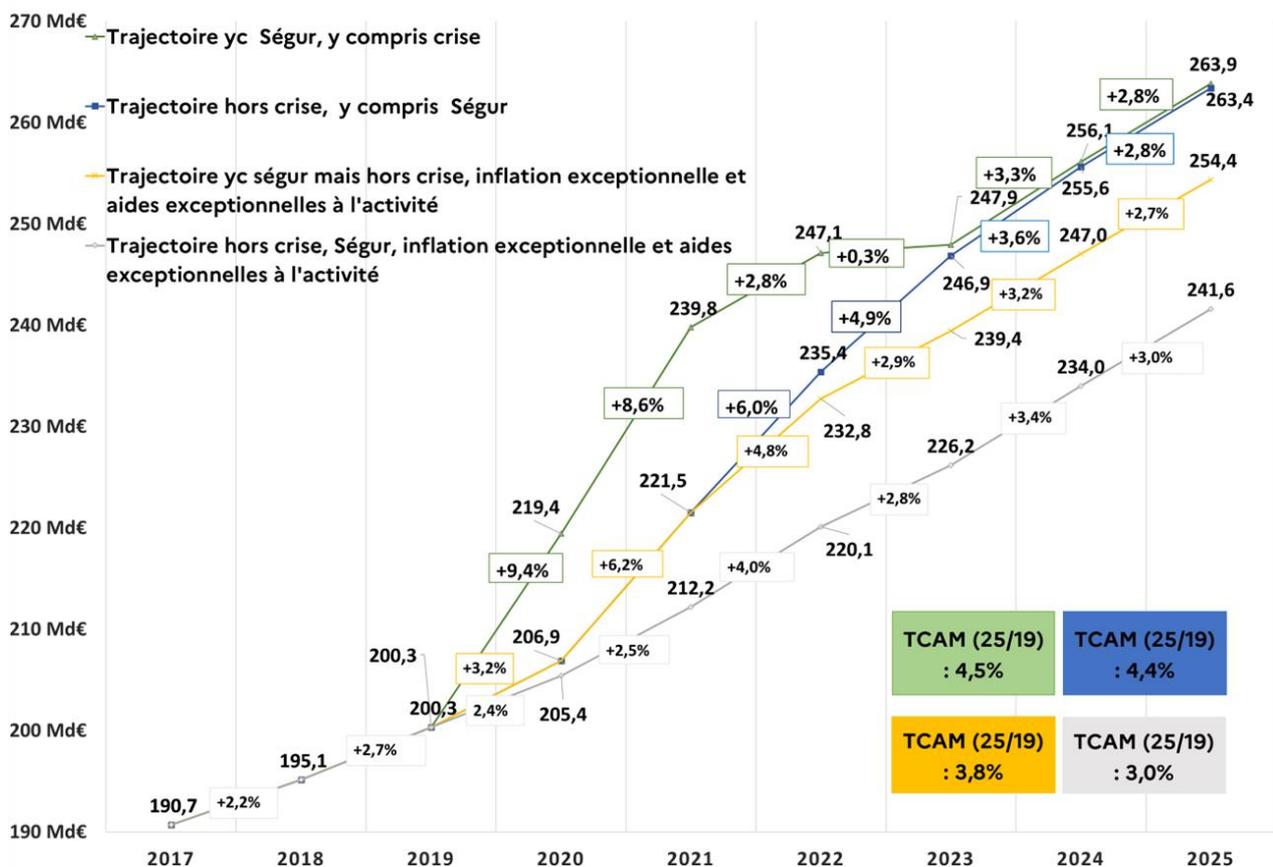
Le **6ème sous-objectif (« Autres prises en charge »)** évoluerait de +10,2% afin de prendre en compte le financement des mesures nouvelles entrant visant à l'amélioration de l'offre dans le cadre de l'ONDAM spécifique, une revalorisation de l'enveloppe dédiée aux opérateurs en progression de +4,5% et le refinancement des mises en réserves mobilisées en 2024.

Par ailleurs, la construction de l'ONDAM proposée en PLFSS 2025 repose sur une hausse des dépenses de produits de santé nettes des remises pharmaceutiques et de la clause de sauvegarde (au sens large, c'est-à-dire y compris rémunération des pharmaciens et grossistes répartiteurs) se partageant entre le sous-objectif soins de ville et le sous-objectif établissements sanitaires, de +2,3 %.

Tableau 1 • Hausse de l'ONDAM par sous-objectifs en PLFSS 2025

Soins de ville	2,0%
Etablissements de santé	3,1%
Etablissements de médico-sociaux	4,7%
Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	-0,5%
Autres prises en charge	10,2%
Ondam 2025	2,8%

Graphique 2 • Principe de construction de l'ONDAM 2025



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

L'ONDAM s'établirait désormais à un peu moins de 9 % du PIB en 2025, une part stable depuis 2023

Les dépenses retracées dans l'ONDAM représentaient 7 % du PIB lors de la création de l'objectif en 1997 et de l'ordre de 8,2% avant la survenue de la crise sanitaire (chiffre 2019, quasi stable sur l'ensemble de la décennie 2010-2019) ; elles pourraient atteindre 8,8% du PIB en 2025¹, 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 a suivi a conduit à un renchérissement du poids de l'Ondam dans la richesse nationale ;
- 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 est 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. La part des dépenses de santé semble se stabiliser

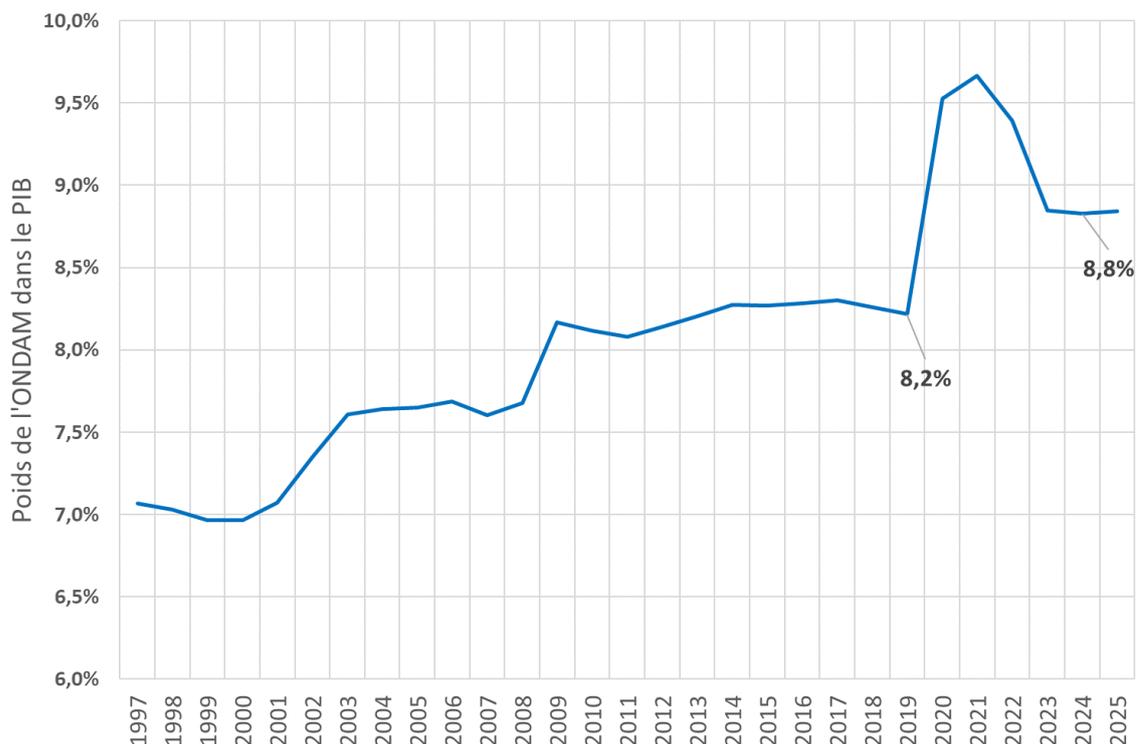
¹ Après deux années atypiques en 2020 et 2021 où la part de l'ONDAM dans le PIB a été particulièrement élevée du fait de la conjonction des dépenses de santé engagées pour répondre à la crise sanitaire et de la contraction du PIB.

à partir de 2023 autour de 8,8% du PIB. Une partie de cette hausse a trait à une extension du périmètre de l'Ondam pour 0,1 pt de PIB depuis 2019.

L'ONDAM a ainsi connu une hausse structurelle importante et soudaine par rapport à la situation pré-crise, il continue de progresser depuis. L'objectif augmenterait de 2,8 % en 2025, pour une croissance du PIB quasi identique, stabilisant ainsi son poids dans le PIB. Cette augmentation de la part de l'ONDAM dans le PIB depuis 2019 s'explique notamment par la volonté d'investir dans le système de santé avec notamment la fin de la montée en charge de l'application des accords issus du Ségur de la santé, organisés autour de quatre piliers : i) transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent ; ii) définir une nouvelle politique d'investissement et de financement au service des soins ; iii) simplifier radicalement les organisations et le quotidien des équipes ; iv) fédérer les acteurs de la santé dans les territoires au service des usagers. Cela se traduit par une forte augmentation des ressources allouées au système de santé, et une hausse de dépenses de l'ONDAM de 1,5 Md€ dès 2020, 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, 2023 et 2024 s'explique également par la prise en compte du contexte inflationniste et de son impact sur les charges supportées par les offreurs de soins (cf. partie 1).

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

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.

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

**PARTIE I:
L'ONDAM EN 2023,
2024 ET 2025**

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 2024 aux grands secteurs de l'offre de soins suivants :

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

Le sous-objectif établissements de santé contient plusieurs compartiments. Une partie correspond aux financements des établissements à l'activité sous forme « d'enveloppes ouvertes » dont la régulation prix-volume est assurée par le niveau national. L'autre partie correspond à des enveloppes fermées sous forme de dotations allouées aux établissements sur la base de modèles de répartition nationaux. Ces compartiments sont répartis au sein d'objectifs de dépenses propres à chaque champ hospitalier : objectif de dépenses en médecine chirurgie obstétrique (ODMCO), objectif de dépenses pour les soins médicaux de réadaptation (ODSSMR), objectif de dépenses pour les activités de psychiatrie (ODPSY), missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) et dotation annuelle de financement (DAF).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

I.2 Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2023 (+ 0,3%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+ 4,9% hors dépenses de crise)

I.2.1 ONDAM 2023 : un dépassement de 3,9 Md€ par rapport à la LFSS 2023

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 avait rectifié l'ONDAM pour 2023 à 247,6 Md€, soit une révision à la hausse de 3,6 Md€ par rapport à l'objectif voté initialement en LFSS 2023 (244,1 Md€) en raison d'un contexte inflationniste persistant. Selon les dernières informations fournies par les régimes d'assurance maladie (RAM), les dépenses dans le champ de l'ONDAM s'élèvent désormais à 247,9 Md€ en dépassement de 0,3 Md€ par rapport à l'objectif 2023 rectifié en LFSS pour 2024, et de 3,9 Md€ par rapport à l'objectif initial en LFSS pour 2023 (cf. Tableau 1).

Par rapport à la LFSS pour 2023, ce dépassement s'explique pour plus de la moitié par des dépenses liées à des événements dits « exceptionnels » (inflation exceptionnelle, dépenses liées à la crise sanitaire et Ségur de la santé) : 2,1 Md€ au titre de l'inflation exceptionnelle, incluant la bonification du point d'indice et les autres mesures salariales ciblées de juin 2023 (mesures dites « Guérini », pour 1,6 Md€) et les répercussions de l'inflation sur les dépenses d'indemnités journalières (0,5 Md€). Les dépenses en lien avec la crise sanitaire dépassent l'objectif de 0,1 Md€, compensée par une révision du Ségur de la santé de - 0,1 Md€.

A cela s'ajoute 1,8 Md€ de dépenses hors événements exceptionnels s'expliquant principalement par le dépassement, d'une part, de l'objectif soins de ville (SDV, + 0,7 Md€) à la suite d'une forte accélération des dépenses en fin d'année 2023 et, d'autre part, au titre des établissements de santé pour + 0,6 Md€ au titre de l'enveloppe attractivité actée en LFRSS 2023 portant des mesures d'attractivité à l'hôpital, et de + 0,5 Md€ en raison d'une aide exceptionnelle de soutien à l'activité accordée par le Gouvernement en fin d'exercice 2023.

La rectification de l'ONDAM 2023 en LFRSS 2023 puis lors de la LFSS 2024 a permis de réhausser l'objectif de 3,6 Md€. Ainsi, l'ONDAM 2023 présente un dépassement de 0,3 Md€ par rapport à l'objectif rectifié, dont 0,1 Md€ s'explique par des dépenses en lien avec la crise sanitaire (cf. Tableau 2). Hors dépenses liées à la crise sanitaire, le dépassement est évalué à 0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024.

Tableau 1 – Réalisations dans le champ de l'ONDAM en 2023

Une hausse mesurée de l'ONDAM en 2023 (+ 0,3%) en raison de dépenses en lien avec la crise sanitaire qui ralentissent (+ 4,9% hors dépenses de crise)

Constat 2023 (en Md€)	Base 2023	ONDAM 2023 LFSS 2023	ONDAM 2023 LFSS 2024	Constat 2023	Taux d'évolution	Ecart à l'objectif LFSS 2023	Ecart à l'objectif LFSS 2024
ONDAM TOTAL	247,1	244,1	247,6	247,9	0,3%	3,9	0,3
Soins de ville	107,5	103,9	105,0	105,2	-2,1%	1,4	0,2
Établissements de santé	98,4	100,7	102,5	103,0	4,6%	2,3	0,5
Établissements et services médico-sociaux	28,3	30,0	30,2	29,9	5,7%	0,0	-0,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	14,5	15,3	15,5	15,4	6,0%	0,0	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	13,8	14,6	14,7	14,6	5,5%	-0,1	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,3	6,1	6,5	6,4	2,0%	0,3	0,0
Autres prises en charge	6,6	3,4	3,4	3,4	-49,2%	-0,1	-0,1

Source : DSS/6B

Tableau 2 • Décomposition du dépassement de l'ONDAM 2023 par rapport à l'objectif rectifié

Constat 2023 (en Md€) actualisé septembre 2024	ONDAM 2023 en LFSS 2024	Constat 2023, septembre 2024	Ecart à l'objectif en LFSS 2024	dont écart lié hors crise sanitaire	dont écart lié à la crise sanitaire
ONDAM TOTAL	247,6	247,9	0,3	0,2	0,1
Soins de ville	105,0	105,2	0,2	0,0	0,2
Établissements de santé	102,5	103,0	0,5	0,5	0,0
Établissements et services médico-sociaux	30,2	29,9	-0,3	-0,3	0,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,5	15,4	-0,125	-0,1	0,0
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,7	14,6	-0,130	-0,1	0,0
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,5	6,4	0,0	0,0	0,0
Autres prises en charge	3,4	3,4	-0,1	-0,1	0,0

Source : DSS/6B

1.2.2 Des surcoûts bruts liés à la crise sanitaire à hauteur de 1,1 Md€

Les dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire atteignent désormais 1,1 Md€ en 2023, en dépassement de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024.

Ces dépenses sont bien inférieures aux années précédentes (18,3 Md€ en 2021 et 11,7 Md€ en 2022). Elles se décomposent de la manière suivante :

- 0,5 Md€ au titre de la réalisation de tests de diagnostic en ville et à l'hôpital ;
- 0,1 Md€ de dépenses au titre des indemnités journalières (IJ) maladie ;
- 0,4 Md€ au titre des dotations de l'assurance maladie à l'agence nationale de santé publique (« Santé publique France »). Cette dotation concerne pour les deux tiers la campagne vaccinale contre la Covid-19 (achats des vaccins principalement) et pour le reste la gestion courante de l'épidémie (achat de traitements, abondement de fonds de concours rattachés à des programmes budgétaires de l'État) ;
- 0,1 Md€ au titre de la rémunération des professionnels et établissements de santé (ES) effectuant la campagne vaccinale.

1.2.3 Des dépenses relatives à la mise en œuvre du Ségur de la Santé à hauteur de 13,2 Md€ en 2023, dont 0,6 Md€ supplémentaires par rapport à 2022

Au total, le Ségur de la santé a occasionné 13,2 Md€ de dépenses pour l'assurance maladie en 2023, dont 10,9 Md€ concernent les revalorisations salariales en établissements sanitaires et médico-sociaux. Appréciées globalement, les dépenses du Ségur de la santé en 2023 sont supérieures de 0,6 Md€ à l'année 2022 (pour plus de détails cf. fiche CCSS 2.2. mai 2024).

1.2.4 Un surcroît de dépenses liées au choc d'inflation pour 7,4 Md€ en cumul 2022-2023

En 2022, les effets sur l'ONDAM de l'inflation exceptionnelle, appréciée de manière conventionnelle comme l'inflation au-delà de sa tendance à 1,0% qui avait été observée lors de la décennie 2010-2019, sont estimés à 2,6 Md€, dont 0,3 Md€ pour l'estimation de la dépense supplémentaire sur les indemnités journalières (IJ) en raison du contexte inflationniste, 1,5 Md€ pour la revalorisation du point d'indice, le solde ayant trait à l'effet de l'inflation sur la couverture des charges non salariales des établissements.

En 2023, dans un contexte toujours marqué par un niveau d'inflation élevé (+ 4,8%, après +5,3% en 2022), les dépenses exceptionnelles liées à l'inflation ont représenté une dépense supplémentaire de 4,8 Md€ par rapport à 2022 pour faire face aux charges qui pèsent sur les établissements sanitaires et médico-sociaux comme sur le pouvoir d'achat des agents publics. En cumul, sur 2022 et 2023, 7,4 Md€ de dépenses dites exceptionnelles sont liées à l'inflation, puisque les effets d'une inflation dépassant sa référence de longue période sont pérennes. L'effet supplémentaire sur 2023 se décompose entre :

- Une enveloppe de 0,8 Md€ décidée dès la LFSS 2023, 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.) ; par ailleurs, le gouvernement a délégué, en fin de gestion, pour les établissements de santé une aide exceptionnelle de 0,5 Md€ pour soutenir les établissements dont l'activité a progressé en 2023, mais dont la situation financière reste fragile, du fait notamment de l'inflation ;
- L'extension en année pleine de la hausse de 3,5% du point d'indice intervenue au 1^{er} juillet 2022, qui a par ailleurs contribué pour 1,4 Md€ à la hausse de l'ONDAM 2023 ;
- Puis, en juin 2023, le Gouvernement a annoncé de nouvelles mesures de revalorisation du traitement des fonctionnaires : une hausse de 1,5% du point d'indice, l'attribution de 5 points d'indice à tous les fonctionnaires, des mesures de hausse du nombre de points pour les bas salaires, ainsi qu'une prime permettant d'augmenter le pouvoir d'achat. Ces mesures sont pour partie entrées en vigueur au 1^{er} juillet 2023. Le coût total financé sous ONDAM pour l'année 2023 s'élève à 1,6 Md€ ;
- 0,5 Md€ au titre du prix des IJ. En raison du contexte inflationniste, les salaires (notamment sous l'effet des augmentations du Smic) ont fortement progressé en 2022 et 2023. Ces hausses interviennent dans le calcul du salaire de référence pris en compte pour le calcul des IJ par l'assurance maladie. Alors que le prix moyen des IJ s'inscrivait sur une progression de + 1% par an avant 2022, celui-ci a été de l'ordre de + 3,5% en 2022 et + 4,5% en 2023.

1.2.5 Hors impact de la crise, les dépenses de l'ONDAM 2023 présenteraient un dépassement de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024

1.2.5.1 Des dépenses de soins de ville (SDV) conformes à la LFSS pour 2024

Les dépenses de soins de ville hors crise atteignent 104,7 Md€, en progression de 3,7 % par rapport à 2022 (à périmètre constant). Elles sont conformes au sous-objectif rectifié lors de la LFSS pour 2024.

Les remboursements d'honoraires médicaux et dentaires ont été supérieurs de 0,2 Md€ à l'objectif rectifié, du fait notamment d'une dynamique plus forte qu'anticipé sur les honoraires des spécialistes (+0,2 Md€) et des dentistes (+0,1 Md€). Les rémunérations forfaitaires étant en retrait de 0,1 Md€.

Les remboursements d'honoraires paramédicaux sont conformes à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024, la dynamique des infirmiers (-0,1 Md€) compensant celle des masso-kinésithérapeutes (+0,1 Md€).

A contrario, malgré le contexte inflationniste persistant, les dépenses d'indemnités journalières ont présenté une dynamique moins soutenue que ce qui avait été anticipé lors de la LFSS 2024 (-0,1 Md€). Les dépenses hors prestations ont été inférieures de 0,1 Md€ à l'objectif rectifié.

Les autres postes des soins de ville sont globalement en ligne avec les objectifs rectifiés en LFSS pour 2024.

1.2.5.2 Des dépenses des établissements de santé supérieures de 0,5 Md€ en 2023 à l'objectif rectifié

Les dépenses hors crise sanitaire s'élèvent à 102,9 Md€, en dépassement de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024. Ces dépenses progressent de + 5,7% (hors crise) par rapport à 2022. Le dépassement de 0,5 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024 s'explique essentiellement par les 0,5 Md€ d'aides

exceptionnelles de soutien à l'activité et à l'inflation. En fin de campagne 2023, le Gouvernement a procédé à une ultime délégation budgétaire qui a mis en œuvre la restitution de la sous-exécution de la part tarif estimée à 0,5 Md€, qui n'occasionne pas de dépassement car déjà provisionnée dans le niveau d'ONDAM initial et rectifié ; par ailleurs, cette dernière délégation budgétaire a également acté le versement d'une enveloppe de 0,5 Md€ d'aides exceptionnelles de soutien à tous les établissements de santé (cf. supra), occasionnant le dépassement constaté.

I.2.5.3 Des dépenses relatives à l'ONDAM médico-social inférieures de 0,3 Md€ à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024

Les dépenses entrant dans le champ de l'ONDAM médico-social s'élèvent à 29,9 Md€, ce qui représente une sous-exécution de - 0,3 Md€ par rapport à l'objectif 2023 rectifié en LFSS pour 2024. Cette sous-exécution est de - 125 M€ pour les personnes âgées et de - 130 M€ pour les personnes handicapées. Cet écart s'explique principalement par le maintien d'un gel de 0,1 Md€ sur les mises en réserve et la non-délégation de 0,1 Md€ de disponibilités nationales afin d'atténuer le dépassement de l'objectif global.

I.2.5.4 Des dépenses moindres pour le 5^{ème} et le 6^{ème} sous-objectif

En 2023, les dépenses au sein du 5^{ème} sous-objectif (qui intègre le fonds d'intervention régional ainsi que le soutien national à l'investissement) s'élèvent à 6,4 Md€, en conformité avec l'objectif rectifié en LFSS pour 2024.

Les dépenses au sein des autres prises en charge (qui regroupent les soins des Français à l'étranger, les dépenses médico-sociales hors du champ de la branche autonomie¹ et les dotations aux opérateurs financés par l'assurance maladie) s'élèvent à 3,0 Md€ hors covid, en sous-exécution de - 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024. Cette moindre dépense s'explique en partie par le gel des mises en réserve sur le champ médico-social hors branche autonomie.

I.3 Un ONDAM 2024 en dépassement de 1,2 Md€ par rapport à l'objectif voté en LFSS pour 2024

Les dépenses dans le champ de l'ONDAM en 2024 ont été fixées à 254,9 Md€ dans la LFSS pour 2024 (cf. *Tableau 3 et graphique 1*), soit une progression à champ constant de + 2,9% par rapport à 2023 y compris crise et + 3,2% hors crise.

La construction de l'ONDAM 2024 reposait sur un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire, se matérialisant par une progression spontanée de + 2,8% avant mesures nouvelles (dont celles en lien avec l'inflation exceptionnelle, et avant économies). Bien qu'en ralentissement - + 2,5% d'inflation en moyenne annuelle au sens de l'IPCHT au stade de la LFSS 2024, après + 4,8% en 2023 - le contexte inflationniste s'est matérialisé par la montée en charge et l'effet année pleine des mesures salariales annoncées en juin 2023. Ces dépenses nouvelles, liées à l'inflation, ajoutées aux 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 et les mesures visant à renforcer l'attractivité des métiers en établissement, ont globalement contribué à hauteur de + 1,9 point d'augmentation de l'ONDAM en 2024. La croissance tendancielle intégrant l'ensemble des engagements pris par le Gouvernement était ainsi de +4,6%, avant économies.

En regard, l'année 2024 a marqué le retour d'un niveau important de mesures d'économies visant principalement à améliorer l'efficacité et la pertinence des dépenses de l'assurance maladie, pour -1,4 point de contribution, soit un niveau de 3,5 Md€, abaissant la progression de l'ONDAM, hors crise, à 3,2%.

Par ailleurs, la construction de l'ONDAM 2024 a tenu compte d'une circulation devenue endémique de la Covid-19. A ce titre, une provision de 0,2 Md€ a été retenue au titre des dépenses en lien avec la crise sanitaire. Comparé aux prévisions de dépenses de crise s'élevant alors à 0,9 Md€ en 2023, la poursuite du repli de ces dépenses a contribué pour - 0,3 point à la progression de l'ONDAM 2024 y compris crise, soit 2,9%.

Au regard des dernières données disponibles, les dépenses de l'ONDAM 2024 s'élèveraient à 256,1 Md€, en progression de + 3,3% y compris crise (+ 3,6% hors crise) par rapport au constat 2023 à périmètre 2024, et dépasseraient de 1,2 Md€ l'objectif fixé en LFSS pour 2024 (dont 0,9 Md€ hors crise).

Ce dépassement s'explique pour 0,3 Md€ en faveur des dépenses en lien avec la crise sanitaire, pour - 0,2 Md€ lié à une actualisation des mesures de régulation (mesures nouvelles et économies) inscrites en construction

¹ Ces dépenses regroupent le financement de l'assurance maladie au titre des appartements de coordination thérapeutique et des centres de cures en alcoologie et pour toxicomanie.

(cf. *infra*) et pour 1,1 Md€ en raison principalement de dépassements constatés sur les soins de ville. Ces montants de dépassement prennent en compte la mobilisation des mises en réserve de début d'année.

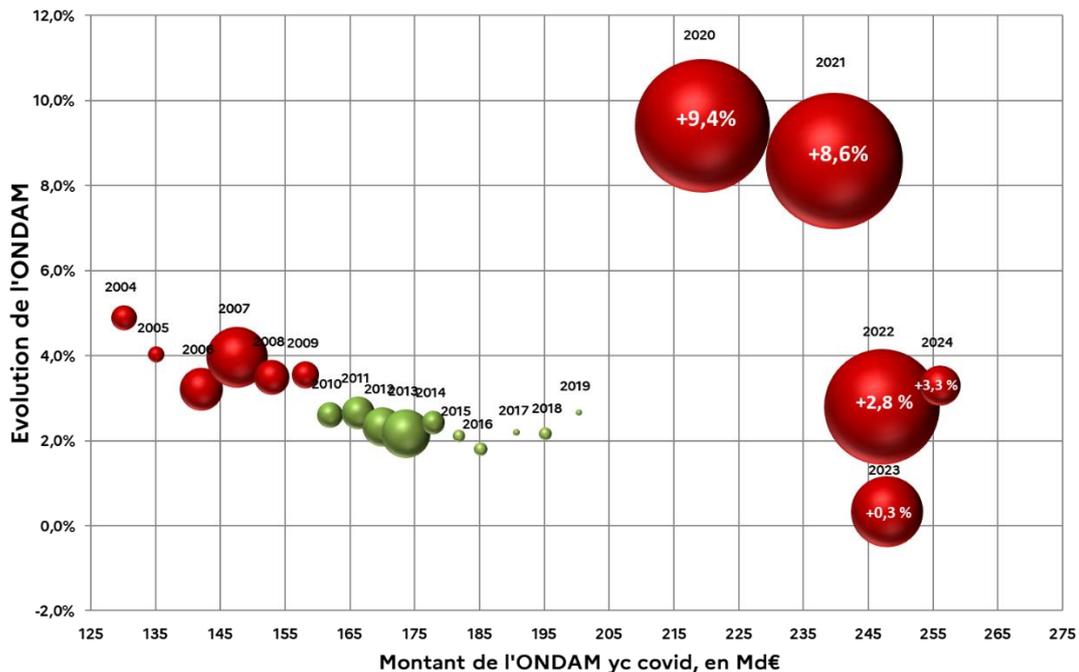
Les écarts, affichés dans le tableau 3 ne se réfèrent pas strictement à l'objectif initial de la LFSS 2024 mais l'objectif initial y compris la prise en compte de l'opération de fongibilité qui a réalloué la prise en charge des mesures de revalorisation des personnels de santé au titre de la permanence des soins en établissements sanitaires PDES (attractivité, nuit, etc.) des établissements sanitaires vers le FIR. Cette opération de fongibilité du 2^{ème} sous-objectif vers le 5^{ème} sous-objectif porte sur 0,4 Md€.

Tableau 3 • Synthèse du dépassement de l'ONDAM 2024

Montants en Md€	Objectifs 2024 en LFSS 2024	Objectif 2024 en PLFSS 2025	Ecart à la LFSS 2024 Hors Covid	dont écart lié à la mise à jour des mesures de régulation	dont Autres	Ecart en lien avec la crise sanitaire	Taux d'évolution yc crise	Taux d'évolution hors crise
ONDAM TOTAL	254,9	256,1	0,9	-0,2	1,1	0,3	3,3%	3,6%
Soins de ville	108,4	109,5	0,8	-0,2	1,0	0,3	4,0%	4,2%
Établissements de santé	105,3	105,5	0,2	0,0	0,2	0,0	2,5%	2,6%
Établissements et services médico-sociaux	31,5	31,3	-0,2	0,0	-0,2	0,0	4,0%	4,0%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,3	16,1	-0,1	0,0	-0,1	0,0	4,0%	4,0%
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2	15,2	0,0	0,0	0,0	0,0	4,1%	4,1%
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional	6,5	6,7	0,2	0,0	0,2	0,0	5,9%	5,9%
et soutien national à l'investissement								
Autres prises en charge	3,3	3,2	-0,1	0,0	-0,1	0,0	-6,2%	3,2%

Source : DSS/6B

Graphique 1 – Evolution dans le champ de l'ONDAM depuis 2004



Note de lecture : en abscisses figure le niveau de dépenses constaté en milliards d'euros 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), par rapport à la LFSS initiale. Ainsi, en 2024, les dépenses totales dans le champ de l'ONDAM atteindraient 256,1 Md€, soit une évolution à périmètre constant de 3,3%.

Source : DSS/6B

1.3.1 Des surcoûts bruts en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 0,5 Md€, en dépassement de 0,3 Md€ par rapport à la construction

Après 1,1 Md€ en 2023, les dépenses exceptionnelles en lien avec la crise sanitaire atteindraient 0,5 Md€ en 2024, soit un dépassement de 0,3 Md€ par rapport au montant provisionné en LFSS pour 2024, notamment en raison de la montée en charge du recours au médicament antiviral Paxlovid®, non prévue initialement en construction 2024, et d'une provision supérieure au titre de la campagne vaccinale qui va débiter à l'automne.

Les 0,5 Md€ de surcoûts en lien avec la crise sanitaire se décomposent comme suit :

- 0,1 Md€ au titre des dotations de l'assurance maladie à l'agence nationale de santé publique. Cette dotation permet notamment de financer des achats de vaccins ;
- 0,25 Md€ au titre des dépenses de dépistage de la covid-19 de la rémunération des professionnels de santé réalisant la vaccination en ville ou à l'hôpital ;
- 0,05 Md€ de dépenses au titre des IJ maladie. Ce montant faible s'explique notamment par la fin des arrêts maladie dérogatoires à partir du mois de février ;
- 0,1 Md€ de dépenses au titre des remboursements du Paxlovid®, médicament prescrit pour les personnes à risque dans les premiers jours de l'infection.

1.3.2 Des dépenses au titre du Ségur de la santé en recul de 0,2 Md€, conformément à la construction

Les dépenses au titre du Ségur de la santé s'élèveraient en niveau à 13,0 Md€ en 2024, en recul de 0,2 Md€ par rapport à 2023. Ce recul est conforme à la trajectoire initiale du Ségur de la santé. Il résulte de deux mouvements se compensant : à la hausse, une correction augmente les crédits « Ségur » au titre du plan d'aide à l'investissement (PAI) des ESMS, et à la baisse une révision des crédits numériques pour 2024. Ces crédits ont été comptabilisés dans les comptes de la CNSA ou dans le fonds pour la modernisation et l'investissement en santé (FMIS) en vue de leur délégation effective aux établissements.

1.3.3 Un surcroît de dépenses liées à l'inflation exceptionnelle pour +1,2 Md€ par rapport à 2023, conforme à la construction

En 2023, les dépenses exceptionnelles liées à la forte inflation à l'œuvre depuis 2022 sont estimées à 7,4 Md€ sur le niveau de l'ONDAM (cf. supra). En 2024, ces dépenses dites exceptionnelles augmenteraient de + 1,2 Md€ par rapport à 2023 :

- Le prix des IJ 2024 a été prévu en augmentation de + 3,4% en construction LFSS 2024 (conséquence mécanique des augmentations des salaires et du SMIC en 2023 et 2024). Cette hypothèse n'est pas remise en cause à ce stade. Comparée à l'inflation « socle » de 1%, il en résulte + 0,4 Md€ de dépenses supplémentaires par rapport à 2023 au titre de la seule augmentation du prix des IJ ;
- Par rapport à 2023, le Gouvernement a mis en place ou poursuivi un ensemble de mesures, comprenant la revalorisation salariale transversale dans la fonction publique annoncée en juin 2023 dans les secteurs sanitaires et médico-sociaux (+ 0,6 Md€) pour financer en année pleine cette mesure en complément des crédits délégués en 2023), des revalorisations au titre de la vie conventionnelle (+ 0,3 Md€ attribuables directement à l'inflation) ;
- Les enveloppes accordées aux 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.) seraient équivalentes à celles de 2023, une fois tenu compte de l'aide exceptionnelle de soutien à l'activité des établissements sanitaires accordée en fin de gestion 2023.

1.3.4 Des mesures nouvelles nettes des économies inférieures de 0,2 Md€ en ville à celles inscrites en construction

Côté mesures en dépense, les signatures plus tardives que prévu de la convention médicale, signée en juin 2024, et des avenants signés avec les auxiliaires médicaux ont abaissé le coût 2024 de ceux-ci par rapport aux provisions qui avaient été inscrites en LFSS 2024 (- 0,25 Md€ par rapport à la provision globale de 1,1 Md€ retenue en LFSS). Côté économies, le décalage de l'entrée en vigueur du doublement des participations forfaitaires et franchises¹ entraîne à l'inverse une hausse de l'objectif (+ 0,2 Md€), sans modification du rendement escompté à terme. Dans un sens opposé, ont été mises en œuvre des baisses de cotations ciblées sur certains actes de biologie afin de respecter le protocole 2024 (- 0,1 Md€).

¹ Le doublement des participations forfaitaires et des franchises était prévu initialement respectivement au 1er février et au 1er janvier 2024, et est entré en vigueur finalement au 1er mai et au 15 mars 2024.

I.3.5 Hors impact de la crise et actualisation de l'effet des mesures, les dépenses de l'ONDAM présenteraient un dépassement de 1,1 Md€ par rapport à l'objectif

I.3.5.1 Des dépenses de soins de ville¹ supérieures de 1,0 Md€ à la LFSS 2024 hors crise et actualisation de l'effet des mesures

Le dépassement des soins de ville s'explique par un ensemble de facteurs.

Un faible désavantage de base (+ 50 M€) viendrait augmenter le niveau des dépenses en 2024 : un désavantage de base portant sur les prestations constatées à la clôture 2023, en écart à la prévision rectifiée en LFSS 2024, pour + 0,1 Md€ est compensé par un avantage de base de - 0,1 Md€ sur le champ hors prestations. Cependant, le faible désavantage de base sur les prestations masque des disparités importantes par sous-postes : forts désavantages de base notamment pour les spécialistes (+ 0,2 Md€), les dentistes (+ 0,1Md€) et les masseurs-kinésithérapeutes (+ 0,1 Md€), compensés en partie par un avantage de base pour les infirmiers (- 0,1 Md€), les IJ (- 0,1 Md€) et les rémunérations forfaitaires (- 0,1 Md€).

L'essentiel résulterait d'un effet volume (+ 930 M€) : d'après les dernières prévisions, les dépenses de soins de ville sont plus dynamiques que prévu pour certains postes (cf. fiche CCSS octobre 2024 - 2.3 sur la consommation des soins de ville). Sur la partie « hors prestations », le dépassement serait de 0,1 Md€, concentré sur la prise en charge des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux au vu des revenus déclarés au titre de 2023. Le dépassement de 0,8 Md€ sur la partie prestations s'explique en grande partie par certains sous-postes :

- *Les dépenses au titre des IJ* présenteraient un dépassement en volume de + 0,5 Md€ par rapport à l'objectif en LFSS 2024, qui s'explique, notamment, par une soudaine accélération des IJ longues (de plus de trois mois). En effet, la crise sanitaire avait entraîné un choc haussier important par rapport à la tendance d'avant crise, et cet écart se résorbait progressivement depuis lors, conduisant ainsi à trois années de relative stabilité sur un plateau, certes élevé ; la tendance de ces IJ longues semble depuis 2024 repartir à la hausse. Les IJ ATMP sont aussi en forte progression. Cette progression plus importante que prévu intervient également dans un contexte d'efforts accrus assignés ex ante en termes d'objectifs de maîtrise médicalisée (350 M€ en construction 2024) ;
- *Les spécialistes* présenteraient également un dépassement de + 0,2 Md€ en volume, attribuable à un effet d'acquis de croissance dû à la forte accélération des remboursements tout au long de l'année 2023. Cet effet vient donc s'ajouter à l'effet base constaté à la clôture. Toutefois, depuis le début de l'année 2024, les remboursements de spécialistes sont en ralentissement, ce qui vient limiter le dépassement ;
- *Les dépenses de produits de santé* présenteraient un dépassement de + 0,2 Md€, en raison du dynamisme retrouvé des dispositifs médicaux en 2024 après trois années de dynamique plus modérée qui avait été consolidée dans la construction de l'ONDAM ;
- *Les autres soins de ville* présentent une sous-exécution prévisionnelle, de -0,1 Md€, en raison notamment de la montée en charge plus lente que prévu des aides à la télésurveillance.

Globalement, les dépenses de soins de ville progresseraient de + 4,0% en 2024 par rapport à une base 2023 actualisée. Hors crise, cette progression serait portée à + 4,2%. Ce dernier indicateur peut être rapproché de l'évolution hors crise de + 3,5% qui avait été établie en construction LFSS.

I.3.5.2 Des dépenses des établissements de santé en dépassement de 0,2 Md€

Le dépassement de 0,2 Md€ affiché ne se réfère pas strictement à l'objectif initial de la LFSS 2024 mais l'objectif initial y compris la prise en compte de l'opération de fongibilité qui a réalloué la prise en charge des mesures de revalorisations des personnels de santé au titre de la permanence des soins en établissements sanitaires PDSSES (attractivité, nuit, etc.) des établissements sanitaires vers le FIR. Cette opération de fongibilité du 2^{ème} sous-objectif vers le 5^{ème} sous-objectif porte sur 0,4 Md€ (cf. supra).

Les dépenses en établissements, hors crise, seraient supérieures de 0,2 Md€ à celles sous-jacentes à l'objectif voté lors de la LFSS pour 2024. Ce dépassement se décompose en :

- + 0,3 Md€ de la part tarif en médecine, chirurgie, obstétrique (MCO) ;
- - 0,3 Md€ de la liste en sus brute² ;

¹ Les hypothèses de rendement des remises conventionnelles et de la clause de sauvegarde retenues dans cette présentation correspondent aux hypothèses en LFSS pour 2024.

² Il s'agit d'un écart à l'objectif brut des remises et de la clause de sauvegarde, la prévision de recettes atténuatives étant toujours celle de la LFSS 2024 à ce stade de l'année.

- + 0,1 Md€ prise en charge des dépenses au titre du nirvésimab (Beyfortus®), financé par une dotation spécifique en dehors des tarifs ;
- + 0,1 Md€ sur l'activité non régulée.
- + 0,0 Md€ sur les dotations forfaitaires ;

La part tarif MCO : pendant la crise sanitaire, l'activité en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) des établissements privés et publics a été particulièrement affectée, principalement en raison de la déprogrammation massive d'opérations chirurgicales non urgentes. En 2020, les établissements ont enregistré une diminution de 2 millions de séjours par rapport à 2019 (- 12,1%). Depuis lors, l'activité MCO, en volume économique, a tout d'abord continué à baisser en 2021 (en moyenne annuelle par rapport à 2019) et 2022 puis a amorcé une reprise en 2023, avant d'accélérer en 2024 (pour plus de détails, cf. fiche éclairage de la CCSS d'octobre 2024 « Analyse de l'activité hospitalière après la crise sanitaire »). La construction de la LFSS 2024 avait anticipé cette accélération de l'activité en 2024 (+ 2,2% de progression du volume économique, corrigé des jours ouvrés) mais les premiers signaux à mi année attestent d'une activité reprenant de manière encore plus dynamique (+ 3,9% dans les établissements publics et + 2,1% dans les établissements privés, volume économique en glissement annuel et après correction des jours ouvrés). Ces évolutions aboutissent à une perspective de dépassement de + 0,3 Md€ après prise en compte de la mobilisation des mises en réserve de début d'année et opération de fongibilité sur la PDES.

La liste en sus serait en sous-exécution de - 0,3 Md€ par rapport à la construction LFSS 2024, à prévisions de remises et de clause de sauvegarde inchangées depuis la LFSS 2024.

Beyfortus® : la compensation du surcoût lié au Beyfortus® (vaccin contre la bronchiolite) viendrait augmenter de + 0,1 Md€ le sous-objectif.

Les dépenses non régulées dépasseraient de 70 M€ l'objectif, en raison principalement d'un désavantage de base important.

Les dotations forfaitaires seraient légèrement dépassées, de + 40 M€, en raison de besoins nouveaux à financer, tels que l'accord avec les établissements privés concernant la suppression du coefficient de reprise des allègements généraux mais qui seraient partiellement couverts par un redéploiement de crédits et par des crédits désormais libres d'emploi (essentiellement l'enveloppe alloué à la compensation de l'augmentation d'un point de cotisation CNRACL, finalement compensée aux établissements par une baisse de cotisation maladie).

Globalement, les dépenses liées aux établissements de santé progressaient de + 2,5% (et + 2,6% hors crise, contre +3,2% en LFSS 2024, la base de référence 2023 ayant par ailleurs été réhaussée à la clôture).

I.3.5.3 Les dépenses relatives à l'ONDAM médico-social sont conformes à l'objectif avant prise en compte des crédits mis en réserve au début de l'année

En ce qui concerne le secteur médico-social, les dotations aux services et aux établissements prévues dans le cadre de la construction de la campagne 2024 sont conformes à l'objectif. Les crédits mis en réserve au début de l'année et non mobilisés, à hauteur 0,1 Md€ sur le champ « personnes âgées » et 0,04 Md€ sur le champ « personnes handicapées » participent de l'effort de rectification de l'ONDAM au titre de l'année 2024.

I.3.5.4 Des dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement en dépassement de 0,2 Md€

Le dépassement de 0,2 Md€ affiché ne se réfère pas strictement à l'objectif initial de la LFSS 2024 mais l'objectif initial y compris la prise en compte de l'opération de fongibilité qui a réalloué la prise en charge des mesures de revalorisations des personnels de santé au titre de la permanence des soins en établissements sanitaires PDES (attractivité, nuit, etc.) des établissements sanitaires vers le FIR. Cette opération de fongibilité du 2ème sous-objectif vers le 5ème sous-objectif porte sur 0,4 Md€ (cf. *supra*).

En 2024, les dépenses relatives au FIR et au soutien national à l'investissement s'élèveraient à 6,7 Md€, ce qui marque un dépassement de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif initial. Ce dépassement s'explique par :

- Un dépassement d'environ 0,1 Md€ au titre du FIR, dont une partie serait couverte par la mobilisation de crédits mis en réserve au début de l'année à hauteur 0,03 Md€ ;
- Un dépassement de 0,2 Md€ au titre du plan d'aide à l'investissement (PAI), en raison notamment du décalage de la date d'extinction du PAI Ségur immobilier.

I.3.5.5 Les dépenses relatives au 6ème sous-objectif sont conformes à l'objectif avant mobilisation des crédits mis en réserve au début de l'année

En ce qui concerne le 6ème sous-objectif, les dépenses sont supposées conformes à l'objectif : 3,1 Md€ hors dépenses liées à la crise sanitaire - en l'absence de nouvelles informations qui identifieraient un risque de

dépassement ou de sous-exécution. Des annulations de crédits mis en réserve au début de l'année à hauteur 0,1 Md€ sont néanmoins intégrées à la rectification de l'ONDAM pour 2024.

I.4 Périmètre et construction de l'ONDAM 2025

Les évolutions de l'ONDAM 2025 décrites en section I.5 sont calculées à périmètre constant. Le calcul du taux d'évolution de l'ONDAM à périmètre constant suit les principes énoncés dans l'annexe 5 du projet de loi de programmation des finances publiques (PLFPF) 2023-2027. Les changements de périmètre pour l'année 2025 sont décrits ci-après.

La base des dépenses pour l'ONDAM 2024 s'obtient en intégrant aux réalisations estimées pour l'année en cours, soit 256,1 Md€, les effets de champ affectant le périmètre de l'ONDAM en 2025 ou celui de ses sous-objectifs (cf. tableau 6).

Les changements de périmètre 2025 se concentrent principalement par la mise en œuvre de l'expérimentation de la réforme de la tarification des Ehpad et des USLD. La « fusion des section » rehausse ainsi le champ pour 575 M€, ce rehaussement étant quasiment neutre sur le solde de la sécurité sociale, un mouvement symétrique affectant les recettes. Un autre changement de périmètre, de moindre impact, concerne le 5^{ème} sous-objectif.

Au global, le niveau de l'ONDAM est affecté de 538 M€ par les mouvements de transfert et de périmètre.

Tableau 6 • Synthèse des évolutions de périmètre

	Soins de ville	Etablissements de santé	Etablissements pour personnes âgées	Etablissements pour personnes handicapées	Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	Autres prises en charges	Total
Fusion des sections		32	543				575
Autre changement de périmètre					-40		-40
Total mesures impactant le périmètre de l'ONDAM	0	32	543	0	-40	0	535
Restitution crédits CNH PA vers PH			-61	61			0
Réforme du financement MCO (Caques)		20			-20		0
Tarif global OGD	-50		50				0
Transports sanitaires - Avenant 11	45				-45		0
Autres transferts FIR	3	3			-6		0
Total transferts entre sous-objectifs	-2	23	-11	61	-71	0	0
Total	-2	55	532	61	-112	0	535

I.4.1.1 Mesures impactant le périmètre de l'ONDAM :

Afin de prendre en compte la proposition d'expérimentation de la fusion des sections issue de la LFSS pour 2024, il est proposé d'élargir le périmètre de l'ONDAM de 575 M€ dont 543 M€ au titre des Ehpad (sous-objectif établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées) et 32 M€ au titre des USLD (sous-objectifs Etablissements de santé). La fusion des sections est une expérimentation de réforme de la tarification des Ehpad et des USLD, initiée en LFSS 2024. Elle a pour objectif de simplifier le financement et la gouvernance des Ehpad et des USLD en transférant les dépenses d'accompagnement à la perte d'autonomie, auparavant à la gestion des départements, à la Sécurité sociale. Les Ehpad des départements expérimentateurs verront par ailleurs une convergence vers le haut des niveaux de tarification via l'établissement d'un point GIR au niveau national.

Un autre changement de périmètre, de moindre impact, concerne le 5^{ème} sous-objectif.

I.4.1.2 Mesures de périmètre entre sous-objectifs de l'ONDAM

Un mouvement de périmètre de 61 M€ vers le sous-objectif établissements et services médico-sociaux pour personnes en situation de handicap (PH) et issu du sous-objectif établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées (PA) est effectué. Ce mouvement corrige les effets de l'accord salarial du 4 juin dans le secteur associatif, dont le niveau a été revu à la baisse en 2024 pour le secteur PA et majoré d'autant pour le secteur PH.

La mise en œuvre de l'avenant n°11 à la convention des transporteurs sanitaires privés s'accompagne, dès 2023 et jusqu'en 2024, d'aides financières financées par le FIR. En 2023, ces aides ont notamment eu vocation à accompagner les acteurs du secteur avant l'entrée en vigueur, à compter de novembre 2023, des revalorisations prévues par l'avenant et ont été partiellement solvabilisées par un mouvement de périmètre du sous-objectif soins de ville vers le FIR. En 2024, les revalorisations introduites par l'avenant produisant leurs effets en année pleine, le montant des aides est revu à la baisse et un mouvement de périmètre est opéré « en sens inverse », depuis le FIR vers le sous-objectif « soins de ville » afin de financer la part du coût des revalorisations désormais supportée par le sous-objectif soins de ville. Ce mouvement en sens inverse se poursuit en 2025, à hauteur de 45 M€, pour compléter le transfert opéré en 2024.

Un transfert de 50 M€ du sous-objectif soins de ville vers le sous-objectif établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées est effectué au titre du redéploiement du tarif global en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), qui permet à quelques établissements, sélectionnés sur la base de critères, 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.

Un transfert du FIR vers le sous-objectif établissements de santé de 20 M€ vise à accompagner la réforme du financement sur le champ Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). Des transferts de moindre ampleur du FIR vers les autres sous-objectifs sont également retenus.

Tableau 7 • Base 2024 de construction 2025 à champ constant

Montants en Md€	ONDAM 2024 en PLFSS 2025 (champ 2024)	Changements de périmètre/Transferts	ONDAM 2024 à champ 2025
ONDAM TOTAL	256,1	0,5	256,6
Soins de ville	109,5	0,0	109,5
Etablissements de santé	105,5	0,1	105,5
Etablissements et services médico-sociaux	31,3	0,2	31,5
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	16,1	0,5	16,7
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	15,2	0,1	15,2
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,7	-0,1	6,6
Autres prises en charge	3,2	0,0	3,2

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

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2025 fixe l'ONDAM pour l'année 2025 à 263,9 Md€, soit une progression de 2,8% par rapport à l'ONDAM 2024 rectifié en PLFSS 2025 (cf. tableau 8). Ce taux est identique que ce soit y compris ou hors crise sanitaire, car le montant prévu au titre du covid en 2025 est équivalent à celui retenu en rectification de l'ONDAM 2024 en PLFSS 2025 (0,5 Md€). Les agrégats figurant dans la suite de l'annexe seront ceux y compris crise sanitaire, sauf mention contraire.

Ces dépenses attribuables à la crise sanitaire seraient stables par rapport à 2024, et comprendraient en 2025 :

- 0,14 Md€ de dotation à Santé Publique France, afin de permettre d'honorer les contrats de livraison de vaccins déjà signés ;
- 0,4 Md€ sur les soins de ville, permettant de financer d'éventuels surcoûts persistants au titre du dépistage ainsi que de la rémunération d'effecteurs de la vaccination.

La construction de l'ONDAM 2025 s'inscrit également dans un contexte de normalisation après les événements exceptionnels qui ont fortement contribué à l'évolution de l'ONDAM, outre la crise sanitaire, le Ségur, et l'inflation exceptionnelle). Les projections de 2025 reposent sur l'hypothèse d'un retour à une dynamique d'activité des différents acteurs de l'offre de soins comparable aux années antérieures à la crise sanitaire en tendance, ainsi qu'à la fin d'une inflation forte.

Ainsi, la progression spontanée de l'ONDAM en 2025 est de 2,8 % tous sous-objectifs confondus, c'est-à-dire hors mesures nouvelles et économies. Cette évolution est notamment portée par l'évolution spontanée du sous-objectif soins de ville (3,7%), le sous-objectif des établissements sanitaires évoluant spontanément de manière moins dynamique (2,4%).

Globalement, les dépenses supplémentaires 2025 en mesures nouvelles sont évaluées à +5,1 Md€ portant la progression tendancielle de l'ONDAM tous sous-objectifs confondus s'établirait à 4,7%. Ce chiffre intègre le rendement des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude. Il s'agit ainsi de la progression que suivrait l'ONDAM en 2025 en l'absence de toute mesure d'économie hormis celles liées à la maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude.

Ces dépenses supplémentaires à hauteur de 5,1 Md€ en mesures nouvelles se détaillent de la façon suivante :

- +1,3 Md€ d'enveloppe de compensation de 5 points de hausses du taux de cotisation vieillesse de la CNRACL (afin de compenser aux employeurs de la fonction publique hospitalière les hausses de 2024 pour un point et de 2025 pour 4 points de plus) ;
- Des mesures nouvelles pour 4,2 Md€ (après 4,6 Md€ en 2024) :

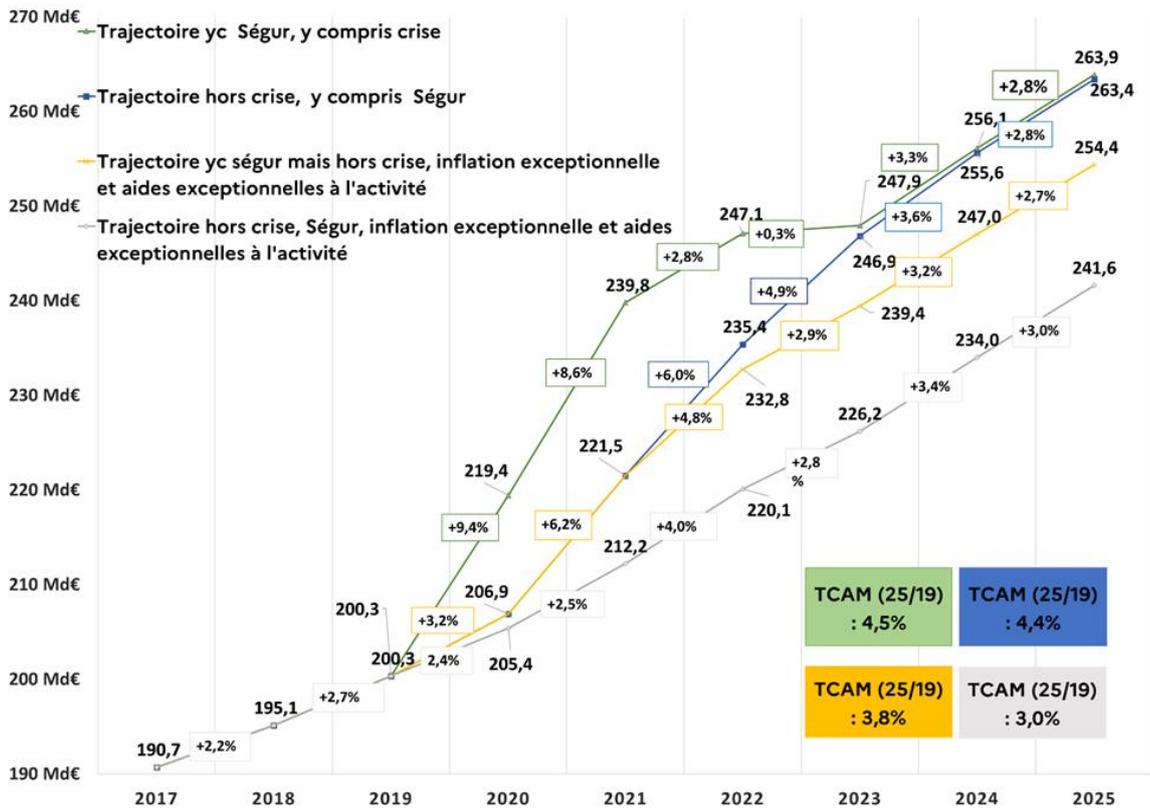
- +1,7 Md€ sur les soins de ville, notamment liées à la revalorisation de la consultation à 30 € et plus globalement les conséquences de la signature de la nouvelle convention médicale en juin 2024, la poursuite de revalorisation pour les professions paramédicales et le financement des mesures contre la précarité menstruelle ;
- +0,4 Md€ au titre du refinancement des mises en réserve mobilisées en 2024. En effet, la construction 2025 ne pérennise pas la mobilisation des mises en réserve sur 2024, conduisant toutes choses égales par ailleurs à un facteur de ressaut de l'Ondam. Ainsi, afin de garantir un niveau d'ONDAM 2025 qui pérennise les mesures de régulation mobilisées fin 2024, des économies supplémentaires seront nécessaires et ont été inscrites dans la construction 2025 (cf. infra) ;
- +0,7 Md€ en établissements sanitaires au titre de l'amélioration de l'attractivité des métiers en établissement et d'amélioration du maintien à domicile, la prise en charge de la santé de l'enfant et de la santé mentale ainsi que l'impact de la réforme des autorisations en soins critiques ;
- +1,0 Md€ en établissements médico-sociaux dont 0,6 Md€ au titre du renforcement du taux d'encadrement et des moyens supplémentaires pour la prise en charge des besoins croissants liés au recentrage des Ehpad sur les populations les plus dépendantes (actualisation des coupes PATHOS dans le secteur personnes âgées, permettant d'augmenter le taux d'encadrement par lit) et 0,3 Md€ pour la création de places en établissements pour personnes handicapées et 0,2 Md€ au titre du surcoût de la fusion des sections au-delà des seuls effets de périmètre (cf Annexe 7 partie I.3) ;
- +0,4 Md€ au titre du financement du FIR, dont 0,2 Md€ pour la forfaitisation et la revalorisation des astreintes des personnels médicaux et de la majoration des gardes des personnels médicaux des établissements privés à but lucratif. La baisse de la contribution de l'assurance maladie au FMIS est compensée par la mise en place de mesures nouvelles d'investissement hors Ségur en ESMS (cf infra) ;
- Des moindres crédits Ségur et assimilés pour -0,4 Md€ notamment avec l'arrivée à échéance de crédits relatifs à l'investissement qui génèrent un contrecoup de -0,3 Md€ au titre de l'investissement en ESMS.

Afin de compenser l'évolution tendancielle et de ramener la progression de l'Ondam à 2,8%, le niveau d'économies attendu est de 4,9 Md€, après 3,5 Md€ en 2024. Ces économies peuvent se distinguer par une série de mesures de régulation, d'efficacité (détaillées dans l'encadré 1) et de transfert de remboursements.

Les économies se détaillent de la façon suivante :

- 0,7 Md€ de mesures d'efficacité ciblant notamment une optimisation du processus d'achat en établissements de santé et médico-sociaux et le développement du virage ambulatoire ;
- 0,6 Md€ de régulation sur la ville, portant sur les offreurs de soins (protocole de biologie médicale, mesures de régulation des transports sanitaires, protocole radiologie, etc.) ou sur la recherche d'efficacité de certains remboursements (recentrage des tests covid sur les PCR notamment) ;
- 0,3 Md€ de transferts aux assurés via un l'effet en année pleine de la mesure de doublement des participations forfaitaires et franchises instaurée en 2024 ;
- 1,7 Md€ de transferts aux entreprises ou prévoyance (abaissement du plafond des IJ) et organismes complémentaires (relèvement du ticket modérateur qui concerne à ce stade les consultations des médecins et sage-femmes) ;
- 1,6 Md€ de régulation sur les produits de santé, dont 1,2 Md€ de baisse de prix et 0,4 M€ de maîtrise des volumes initiée en 2024 par l'application du plan bon usage des médicaments.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Graphique 10 • Construction du sous-objectif Soins de ville



*Y compris provision covid pour 0,35 Md€, montant proche des coûts 2024.

1.6.1 Evolution spontanée en 2025

La première étape de la détermination de l'évolution tendancielle des dépenses du sous-objectif soins de ville passe par la prévision de l'évolution spontanée. Cette prévision se base sur une analyse économétrique ainsi que sur une extrapolation statistique des différents postes de dépenses en ville. L'évolution ainsi définie serait de + 3,7% pour 2025 sur l'ensemble des régimes.

La progression du spontané serait moins dynamique de -0,5 point en 2025 par rapport à 2024, du fait :

- - 0,7 pt de l'effet favorable des jours ouvrés par rapport à la construction 2024, différence entre une contribution positive en 2024, année bissextile (+0,3 pt) et négative en 2025 (-0,4 pt) ;
- + 0,4 pt de contribution de la progression des volumes par rapport à la construction 2024 ;
- - 0,2 pt de moindre progression du prix des IJ (2,3%) par rapport à la construction 2024 (3,4%).

L'accélération de la dynamique des volumes (+ 0,4 pt) s'explique principalement par :

- la construction des IJ 2025 (en volume corrigé des jours ouvrables – CJO – et en tenant compte de la maîtrise médicalisée - MM) supérieure de +0,4 point à celle de 2024 ;
- la dynamique des spécialistes et des dispositifs médicaux en 2025, les taux d'évolution (en volume CJO yc MM) de ces postes de dépense étant assez dynamiques sur les années antérieures, une évolution plus rapide (respectivement de +1,5 point et +0,8 point) que ceux retenus en construction 2024 a été projetée.
- en sens opposé, l'effet estimé de la maîtrise médicalisée de 2025 sur les transports un peu plus élevé que sur l'année 2024 et la légère décélération envisagée sur les dépenses brutes de médicaments en 2025 (cf. I.9 produits de santé).

Les dépenses des honoraires médicaux et dentaires seraient ainsi en progression de + 2,3%. Les dépenses correspondant aux honoraires de généralistes évolueraient de - 0,8% dans un contexte encore marqué par la démographie médicale, et les dépenses relatives aux honoraires de spécialistes seraient en hausse de 3,6%. Les dépenses relatives aux sage-femmes libérales progresseraient de + 6,5%, tandis que les rémunérations des dentistes progresseraient de + 2,1%. Les rémunérations forfaitaires (rémunérations sur objectifs de santé publique, communautés professionnelles territoriales de santé, forfait structure et forfait patientèle) augmenteraient de 3,9%. A noter que les revalorisations de la consultation à 30€, ainsi que toutes les revalorisations issues des conventions signées avec l'assurance maladie, n'interviennent pas dans ces calculs, exprimés en volume, et sont présentées au titre des mesures nouvelles.

Les dépenses relatives aux honoraires paramédicaux augmenteraient de 3,2%. Les honoraires des infirmiers augmenteraient de 2,6% alors que ceux des masseurs-kinésithérapeutes évolueraient de + 3,5% par rapport à 2024. Les honoraires des orthophonistes et des orthoptistes évolueraient respectivement de + 3,6% et + 6,6% par rapport à 2024.

Les dépenses de biologie médicale évolueraient de + 3,2% en 2025, ces dépenses ayant retrouvé leur tendance de progression spontanée¹ d'avant crise sanitaire. Les dépenses de transports sanitaires progresseraient de + 3,3% en 2025, soit une progression maîtrisée du fait d'actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude portant sur ce poste de dépenses.

Les indemnités journalières progresseraient de + 5,0% en valeur, hors maîtrise médicalisée, et de + 3,8% y compris maîtrise médicalisée en 2025. Le contexte inflationniste continuerait de ralentir mais reste important. L'effet prix, évalué à 2,3 points de contribution, contribue pour plus de 40% de l'évolution globale des indemnités journalières, traduisant notamment l'effet de la hausse du SMIC.

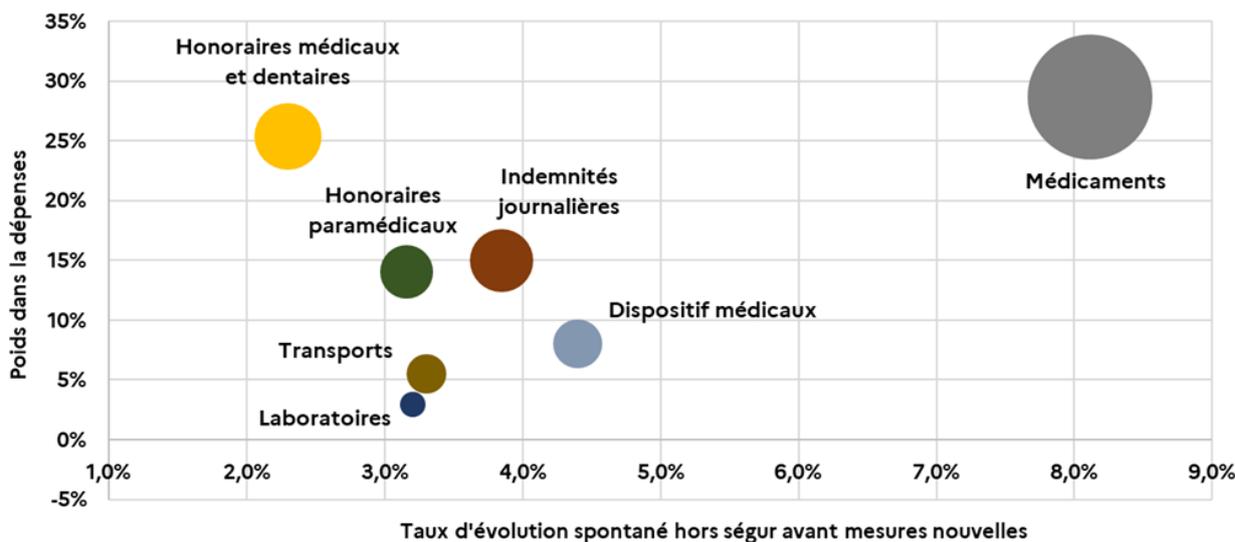
La croissance spontanée des dépenses de produits de santé serait de + 5,3% en termes nets des recettes atténuatives (remises conventionnelles et clauses de sauvegarde). Les dépenses de médicaments brutes augmenteraient de 8,1 % y compris actions de maîtrise médicalisée. Les dépenses de dispositifs médicaux retrouveraient leur dynamique historique (+ 4,4% y compris actions de maîtrise médicalisée). Les recettes atténuatives évolueraient de + 16,8%, abaissant les évolutions à respectivement +5,6% pour les médicaments

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

et + 4,4% pour les dispositifs médicaux. Cette hausse s'explique par une augmentation du niveau attendu de remises conventionnelles de 20% et par un rendement global attendu au titre de la clause de sauvegarde, portant sur la ville à 1,2 Md€ en 2025 (sur 1,6 Md€ de rendement total prévisionnel) soit un rendement stable par rapport à 2023 et 2024 malgré la croissance de l'assiette.

Enfin, les autres dépenses de prestations qui comprennent les cures thermales, les dépenses de podologues et les forfaits télésurveillance évolueraient de 15,3% en 2025.

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



Note de lecture : la taille des bulles représente la contribution à la croissance. Ainsi, les dépenses des médicaments nets de remises et de la clause de sauvegarde et avant mesures nouvelles évolueraient de 8,1% par rapport à 2024, représentent 30,1% des dépenses de Soins de ville et contribuent pour 63,1% à la croissance des dépenses de soins de ville.

1.6.2 Les revalorisations conventionnelles et mesures nouvelles

A la tendance d'évolution spontanée s'ajoute un montant de près de 1,6 Md€ au titre des revalorisations conventionnelles et 100 M€ d'autres mesures nouvelles en ville. Ce montant se décompose notamment entre :

- Le financement de la nouvelle convention médicale, conclue le 4 juin 2024. Elle prévoit notamment la revalorisation à 30 € de la consultation des médecins généralistes. Son impact brut sur l'ONDAM 2025 s'élèvera à 1,0 Md€ (dont 0,6 Md€ au titre de la seule hausse de la consultation) et s'ajoute à celui du règlement arbitral conclu en 2023 (0,7 Md€) ;
- La poursuite de la montée en charge de plusieurs avenants conventionnels, déjà conclus, notamment avec les masseurs-kinésithérapeutes, les chirurgiens-dentistes, les transports pour 0,4 Md€ ;
- Le financement pour 0,1 Md€ de l'avenant à la convention pharmaceutique conclu le 10 juin 2024 ;
- Le financement de négociations conventionnelles à venir ;
- Le financement de mesures de lutte contre la précarité menstruelle et de facilitation d'accès aux protections périodiques réutilisables pour 0,1 Md€.

1.6.3 Les mesures de régulation

La construction du sous-objectif soins de ville intègre enfin des mesures d'économies et de régulation pour un montant total de 3,6 Md€, soit un montant supérieur au quantum intégré à la construction de l'ONDAM pour 2024 (2,5 Md€). Ces mesures s'ajoutent à celles correspondant aux actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude, déjà intégrées à la progression spontanée. Les mesures de régulation portant sur le sous-objectif soins de ville sont de plusieurs types :

- Des mesures tarifaires sur les offreurs de soins en ville (protocole avec les syndicats de biologistes, modification du financement des produits de contrastes et mesures de régulation des transports sanitaires) qui généreraient 0,3 Md€ d'économies ;
- Des mesures de régulation sur les produits de santé pour 1,2 Md€. Ces mesures se décomposent entre des baisses de prix des médicaments et dispositifs médicaux pour 0,7 Md€, et des actions de maîtrise

des volumes des médicaments remboursés pour 0,4 Md€, au-delà des actions de maîtrise médicalisée déjà intégrées dans l'évolution spontanée des dépenses ;

- Des mesures de régulations en ville pour 0,3 Md€ et notamment sur les dépenses de crise mettant fin à des mesures dérogatoires liées à la crise Covid pour 0,1 Md€ ;
- Des mesures de transfert de dépenses aux autres financeurs des dépenses de santé (organismes complémentaires, employeurs et assurés), pour 1,9 Md€ au total. Ce montant se décompose notamment avec l'effet année pleine de la mise en œuvre du doublement des franchises (0,3 Md€), la hausse du ticket modérateur qui concerne à ce stade les consultations des médecins et sage-femmes (1,0 Md€) et la baisse du plafond des indemnités journalières passant de 1,8 à 1,4 SMIC (0,6 Md€).

I.7 Le financement des établissements de santé prévu en hausse de 3,1% en 2025

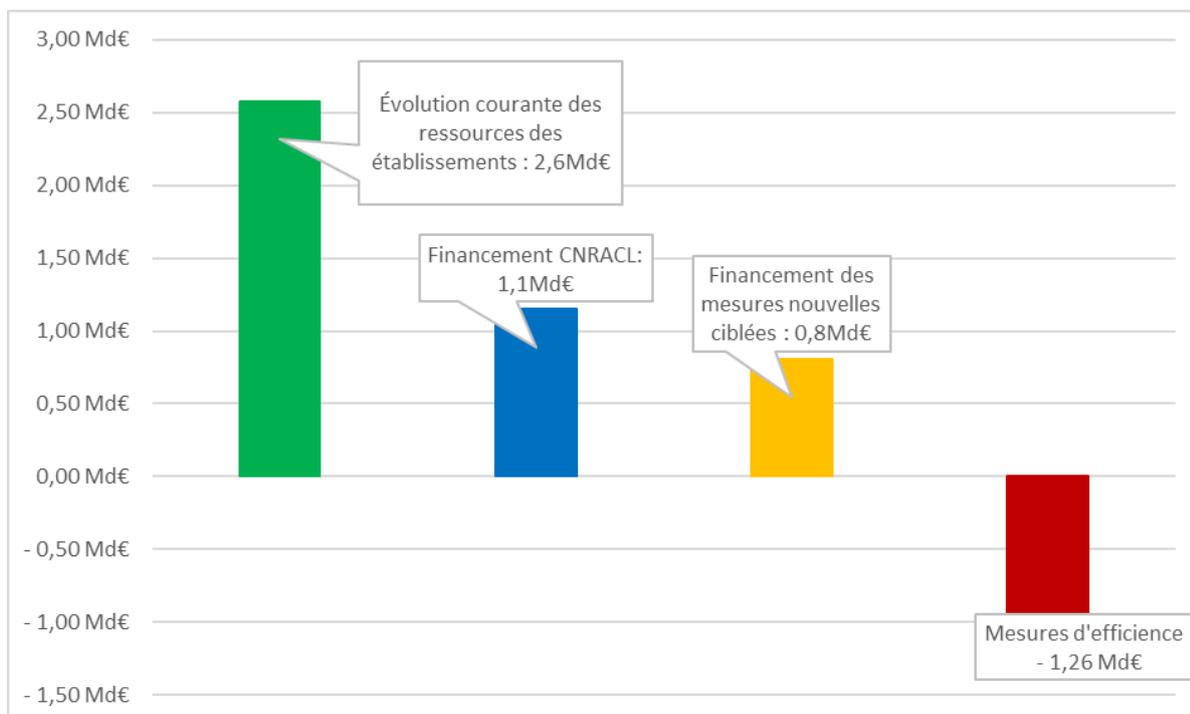
L'ONDAM consacré au financement des établissements de santé progressera de près de 3,3 Md€ en 2025, soit + 3,1%.

Cette évolution intègre la compensation de l'augmentation du taux de cotisation employeurs pour la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), qui représente 1,1 Md€.

Ces ressources supplémentaires pour les hôpitaux permettront de couvrir l'évolution spontanée des charges des établissements de santé, pour près de 2,6 Md€, et de financer les priorités du gouvernement en matière de santé et d'accès aux soins via des mesures nouvelles ciblées qui représentent au total plus de 0,7 Md€, auquel s'ajoute le nécessaire refinancement du gel des mises en réserves sur les dotations en 2024, qui porte par effet de contrecoup ce total à 0,8 Md€.

Enfin, l'ONDAM hospitalier pour 2025 porte des mesures d'efficacité des établissements de santé pour 0,6 Md€, qui contribuent à la trajectoire globale de redressement des finances publiques et du solde de la sécurité sociale, et des mesures d'économies transversales qui affectent également l'ONDAM hospitalier (baisse de prix des produits de santé et incidence de la hausse de TM sur les actes et consultations externes notamment). Ces mesures s'élèvent au total à 1,3 Md€, dont 0,6 Md€ pèsent directement sur les établissements de santé.

Graphique 12 • 3,3 Md€ de financements nouveaux en 2025 au sein du sous-objectif Établissements de santé



1.7.1 L'évolution courante des ressources des établissements de santé

L'ONDAM hospitalier 2025 consacre près de 2,6 Md€ de financements nouveaux pour couvrir les dépenses liées à l'évolution spontanée des charges des établissements de santé : le coût du glissement vieillesse technicité (GVT), le financement de l'inflation mais aussi les charges liées à la croissance de l'activité hospitalière. Cette évolution couvre également la progression des dépenses de médicaments et dispositifs médicaux inscrits sur la liste en sus.

1.7.2 Le financement des priorités en matière de santé et d'accès aux soins

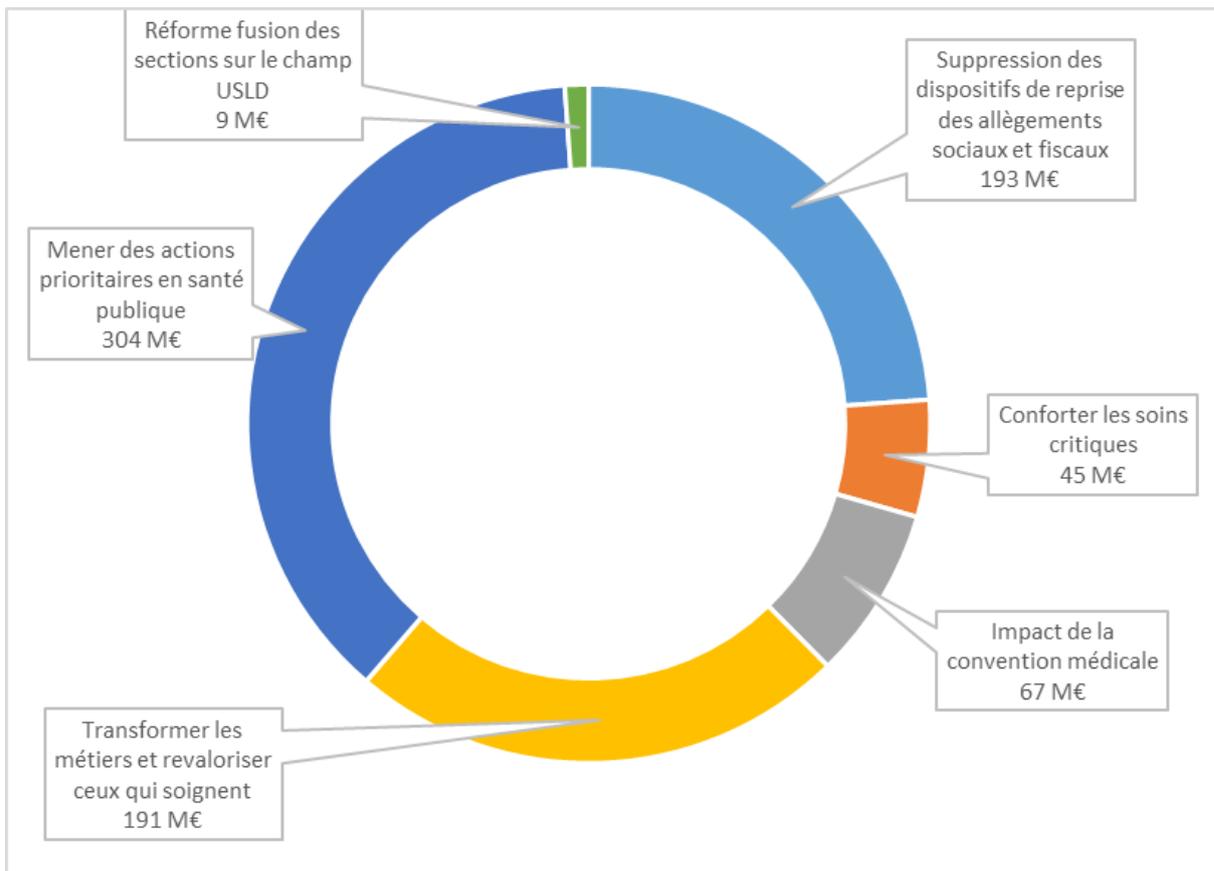
Plus de 800 M€ sont dédiés au sein de l'ONDAM hospitalier 2025 au financement de mesures nouvelles ciblées. La répartition de ces mesures nouvelles est détaillée ci-dessous par grande thématique (graphique 13).

1.7.3 Transformer les métiers et revaloriser ceux qui soignent

Plus de 191 M€ de ressources nouvelles sont consacrés au soutien des professionnels hospitaliers au sein de l'ONDAM hospitalier 2025. Ainsi, la poursuite des mesures prises en 2024 visant à améliorer plus spécifiquement l'attractivité des carrières hospitalières et de mieux valoriser certains critères spécifiques de pénibilité se poursuivent en 2025

L'ONDAM 2025 porte également la dernière annuité de montée en charge du financement de la mesure de fusion des quatre premiers échelons du statut de praticien hospitalier rattachée au Ségur de la santé.

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



1.7.4 Mener des actions prioritaires en santé publique

L'ONDAM 2025 permet de financer les priorités du gouvernement en matière de santé publique et d'accès aux soins. A ce titre, **plus de 300 M€ de moyens nouveaux sont réservés à ces actions au sein de l'ONDAM hospitalier 2025.**

Ils viendront notamment soutenir les **mesures en faveur de la santé mentale**, déclarée grand cause nationale 2025, à travers le renforcement des équipes mobiles précarité-psychiatrie, le développement de filières psychiatriques au sein des services d'accès aux soins (SAS) et le financement de nouveaux projets innovants via le fonds d'innovation organisationnelle en psychiatrie (FIOP).

Ils matérialisent également **la première étape de mise en œuvre de la stratégie décennale en faveur des soins palliatifs** en finançant la création d'une unité de soins palliatifs pédiatriques par région, l'accès à une unité de soins palliatifs sur tout le territoire d'ici la fin de l'année 2025 et la mise en place d'équipes rapides d'intervention en hospitalisation à domicile.

Ces financements nouveaux permettent également la mise en œuvre des mesures issues des assises de la **santé de l'enfant** et en particulier le renforcement de la pédopsychiatrie et des soins pédiatriques en soins médicaux de réadaptation (SMR).

Par ailleurs, l'ONDAM hospitalier 2025 continue d'accompagner le renforcement des dispositifs de soutien dédiés à la prise en charge des femmes victimes de violences, faisant suite au plan interministériel pour l'égalité entre les femmes et les hommes présenté le 8 mars 2023. Cela passe notamment par la mise en place d'unités dédiées de prise en charge des femmes victimes de violence, apportant une réponse globale, sanitaire et psycho-sociale.

Afin de garantir et **améliorer l'effectivité de l'accès aux soins**, pour tous les territoires, des financements nouveaux sont budgétés dans l'ONDAM hospitalier 2025 pour accompagner l'augmentation d'activité des SAMU et des services d'accès aux soins (SAS).

1.7.5 Conforter les mesures en faveur des soins critiques

L'ONDAM hospitalier 2025 porte les **mesures en faveur des soins critiques, par un accompagnement spécifique à hauteur de 45 M€ supplémentaires.** En effet, la crise du Covid a montré combien l'activité des soins critiques, qui couvre la « réanimation » et les soins intensifs, occupe une place centrale dans l'offre de soins. Une réforme de cette activité a été menée en 2022. Elle doit garantir une meilleure répartition de cette activité sur le territoire ainsi qu'une hausse des exigences en matière de qualité et de sécurité des soins.

1.8 Autres sous-objectifs

1.8.1 Etablissements médico-sociaux

L'**objectif global de dépenses (OGD)** qui regroupe les sous-objectifs personnes âgées (OGD PA) et personnes handicapées (OGD PH) de l'ONDAM est fixé à 33,4 Md€, pour une progression de 4,7%.

Cette évolution traduit la poursuite de l'engagement du Gouvernement en faveur de la prise en charge des personnes âgées et des personnes en situation de handicap. La forte augmentation de l'OGD est, par ailleurs, portée par la prise en compte de la hausse de 5 points de CNRACL 2025 (0,15 Md€) et le surcoût lié à la fusion des sections des EHPAD (0,15 Md). Les mesures salariales sont évaluées à 50 M€ pour prendre en compte notamment les mesures sur les nuits, jours fériés et dimanches. Hors impact lié aux mesures salariales, cette construction traduit un engagement financier supplémentaire de 0,45 Md€ pour le secteur personnes âgées et 0,25 Md€ pour le secteur personnes handicapées. Enfin, 0,1 Md€ de dépenses supplémentaires permettent de poursuivre le virage domiciliaire (dont la création de nouvelles places notamment de SSIAD). Pour plus de détail, voir l'annexe 7, partie 4.

1.8.2 Fonds d'intervention régional et au soutien national à l'investissement

Le sous-objectif relatif au FIR et au soutien national à l'investissement évolue de **-0,5%**. Cette décroissance s'explique par :

- le fonds d'intervention régional (FIR) augmenterait en 2025 pour 0,2 Md€ (après 0,3 Md€ en 2024) au titre de la forfaitisation et de la revalorisation des astreintes des personnels médicaux et de la majoration des gardes des personnels médicaux des établissements privés à but lucratif, dont le financement est opéré via le FIR, et pour 0,2 Md€ au titre d'une progression annuelle de 3,4 %, permettant notamment de financer des mesures nouvelles ;
- Un contrecoup des dépenses au titre du Ségur de la Santé pour -0,3 Md€, du fait du début de l'arrivée à échéance de certains crédits d'investissement immobiliers des établissements médico-sociaux ainsi que du numérique en santé ;

- 200 M€ de mesures nouvelles d'investissement via le PAI limité en partie par une baisse du FMIS de 258 M€.

1.8.3 Autres prises en charge

Enfin, le 6^{ème} sous-objectif (« Autres prises en charge ») évolue de +10,2% afin de prendre en compte le financement des mesures nouvelles entrant dans le cadre de l'ONDAM spécifique, notamment celles liées au refinancement des mises en réserves :

- les Soins des français à l'étranger augmenteraient de 4,5% correspondant à la progression historique observée entre 2019 et 2023 ;
- Les opérateurs financés par l'assurance maladie progresseraient de +9,6% (hors crise), correspondant à une revalorisation de l'enveloppe dédiée aux opérateurs en progression de +4,5%, ainsi qu'au refinancement des réserves mobilisées en 2024 pour 0,05 Md€ ;
- Les dépenses médico-sociales spécifiques, hors du champ de l'OGD progresseraient de +12,5% permettant ainsi de financer des mesures visant à l'amélioration de l'offre pour 0,06 Md€ (notamment des créations de places) et au refinancement des réserves mobilisées en 2024 pour 0,05 Md€. A noter que l'année 2025 verra la fiabilisation des dépenses par types de structures via des avancées comptables opérées par la CNAM.

1.9 Produits de santé

Les dépenses d'assurance maladie relatives aux produits de santé considérées ici correspondent aux remboursements au titre des médicaments et dispositifs médicaux délivrés au public en officine de ville ou dans les pharmacies des établissements de santé (« rétrocession hospitalière »), ou aux produits de santé délivrés aux personnes hospitalisées financés au sein du mécanisme de « liste en sus », ainsi que les produits sous accès précoce (AP, anciennement ATU). Les autres médicaments délivrés aux personnes hospitalisées (dits « intra-GHS »), financés de manière globale via la tarification à l'activité des établissements, ne sont pas isolés dans le financement des établissements par la sécurité sociale et ne sont, de ce fait, pas intégrés aux dépenses de produits de santé suivies ici. Par ailleurs, il s'agit de dépenses de santé nettes, qui intègrent les « remises pharmaceutiques » négociées entre les laboratoires et le Comité économique des produits de santé (CEPS) sur certains produits, et le rendement de la clause de sauvegarde.

Les dépenses de produits de santé ont connu une progression relativement contenue jusqu'en 2019 et ont accéléré depuis lors : alors qu'elles s'établissaient à 31,0 Md€ en 2010, les dépenses des produits de santé ont augmenté de +1,5% en moyenne annuelle jusqu'en 2019 pour atteindre 35,4 Md€ (+4,4 Md€ sur la période), en termes nets (+0,6% par an sur les médicaments et +4,4 % sur les dispositifs médicaux). Entre 2019 et 2023, hors covid et bien que les remises aient connu une très forte augmentation et que le mécanisme de clause de sauvegarde pour les médicaments se soit déclenché en 2021, 2022 et 2023, la croissance annuelle moyenne des dépenses nettes des produits de santé a accéléré de plus d'un point pour atteindre +2,8% par an en moyenne, ce qui représente +4,1 Md€ en quatre ans (+2,1% médicaments et +3,7% dispositifs médicaux).

En 2024, les produits de santé augmenteraient de 3,2% y compris effet modérateur de la mesure de doublement des franchises instaurée le 15 mai 2024, et le déremboursement des produits de contraste début 2024¹ et dans un contexte de rehaussement du montant M 2024 à 26,4 Md€ (soit +6,0% par rapport à 2023) qui a permis de stabiliser le rendement de la clause de sauvegarde au niveau atteint en 2023 (1,6 Md€).

L'augmentation des **dépenses de produits de santé en 2025 serait de +2,3%**.

Cette hausse résulterait tout d'abord d'une augmentation spontanée² des dépenses de produits de santé, estimée à +6,4 % après +7,2% en 2024.

Malgré des signes de décélération du secteur du médicament, celui-ci est très dynamique depuis 2019 (+9,5% bruts des recettes atténuatives encore en 2025). En ville, jusqu'alors, les médicaments anti-cancéreux étaient les plus gros contributeurs à la croissance, désormais, ce sont des médicaments innovants notamment contre les maladies cardiaques (Vyndaqel®, Forxiga®), traitements de l'hémophilie (Hemlibra®), de la mucoviscidose (Kaftrio®) ou les traitements contre l'asthme et les dermatites (Dupixent®) qui tirent le plus la croissance. En établissements de santé, le dynamisme des remboursements s'explique par des médicaments utilisés en immunothérapie (Keytruda®, Opdivo®, Darzalex®), qui permettent, aujourd'hui, de combattre plus de quatorze cancers différents. Les remboursements des dispositifs médicaux bruts des recettes atténuatives reprendraient une dynamique de +4,4% en 2025

¹ Sous l'hypothèse de rendement des remises 2024 telles que prévues dans la LFSS 2024.

² Augmentation spontanée : augmentation des dépenses remboursées (yc rémunérations des pharmaciens), nettes des actions de maîtrise médicalisée, des remises et de la clause de sauvegarde avant mesures nouvelles de coûts et d'économies.

A l'inverse, l'évolution spontanée des dépenses prend en compte les remises pharmaceutiques et la clause de sauvegarde. Les remises pharmaceutiques seraient encore en hausse de +18,2% en 2025 du fait des dynamiques rapides des produits les plus innovants sur lesquels portent une grande partie des remises. Le rendement de la clause de sauvegarde serait de 1,6 Md€ en 2025 sous l'hypothèse d'un montant M 2025 fixé à 23,3 Md€ en dépenses remboursées (correspondant à 27,9 Md€ en chiffre d'affaires), soit un rendement stable par rapport à 2023 et 2024 malgré la croissance de l'assiette.

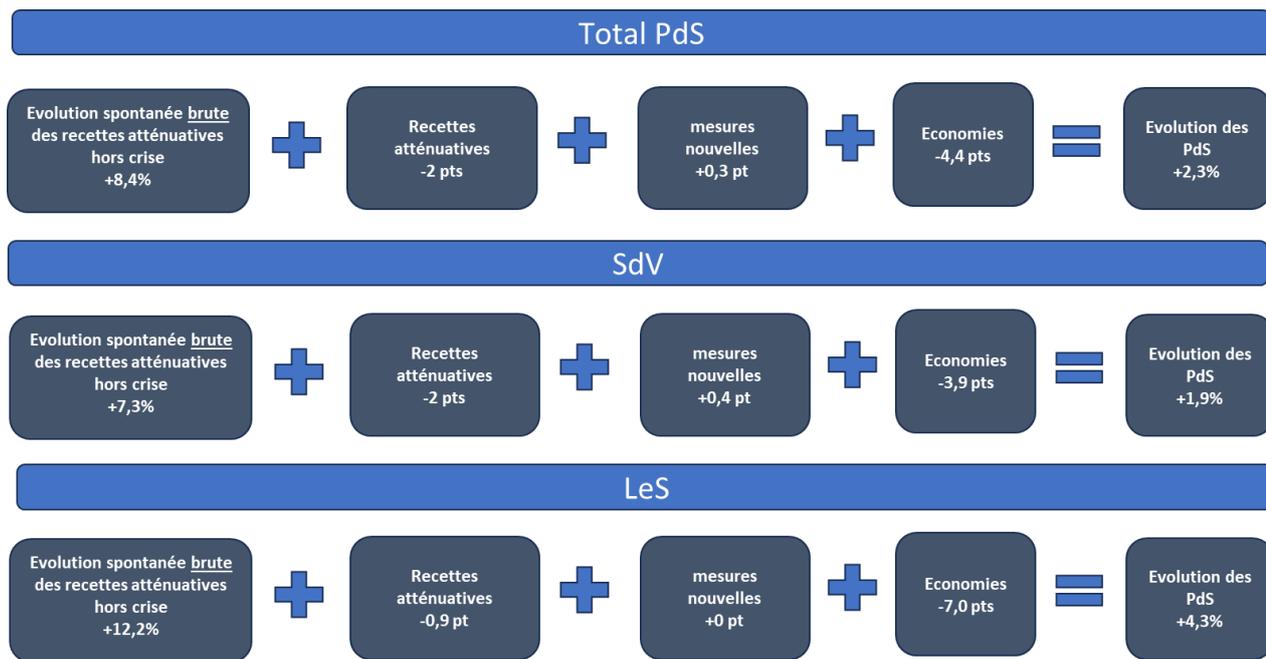
Enfin, cette progression tient compte des actions de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude mises en place par l'assurance maladie qui visent notamment un meilleur usage des produits de santé en incitant les offreurs de soins à améliorer leurs pratiques (0,2 Md€ d'économies nouvelles en 2025).

A cette augmentation spontanée, sont ajoutées les **mesures ayant un impact à la hausse sur les remboursements qui permettent d'établir la progression tendancielle des produits de santé à +6,7%**.

Enfin, cette progression tendancielle des dépenses des produits de santé est freinée par les **mesures tarifaires et de régulation qui permettent d'aboutir à une évolution des remboursements des produits de santé hors Covid de +2,3% (dont +1,9% pour la ville et +4,3% pour les établissements), soit +0,9 Md€ par rapport à 2024.**

Dans la continuité des années précédentes, il est ainsi prévu des actions d'efficience en 2025 sur les produits de santé. Aux baisses de prix nettes de 1,2 Md€ (1,0 Md€ sur médicaments et 0,2 Md€ sur les dispositifs médicaux), s'ajoutent la poursuite du plan bon usage du médicament (0,35 Md€ de montée en charge), l'effet report du doublement de la franchise (70 M€), les impacts attendus du développement des TROD angines, AMM miroirs et remises DM obligatoires pour les produits générateurs de déchets (50 M€) et, enfin, des mesures plus sectorielles comme le recentrage des remboursements Covid sur les PCR et déremboursements des TAG ou les effets attendus de la régulation numérique sur les DM (135 M€)

Graphique 14 • Construction de la prévision des dépenses relatives aux produits de santé



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

II.1 Evolution des dépenses de prévention institutionnelle sur la période récente

Les données colligées relatives à l'ensemble des dépenses de prévention en 2023 produites par la DREES ne seront pas disponibles dans un calendrier compatible avec la publication de cette annexe qui reprend donc les données de l'année précédente.

La prévention est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme **l'ensemble des mesures « visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps »**. Ces actions sont classiquement subdivisées en trois catégories :

La prévention primaire vise à diminuer l'incidence d'une maladie ou d'un problème de santé, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas au sein d'une population a priori saine, par la diminution des causes et des facteurs de risque ;

La prévention secondaire a pour but de déceler, à un stade précoce, des maladies qui n'ont pas pu être évitées par la prévention primaire, et d'en bloquer l'évolution ;

La prévention tertiaire a pour objet de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou récidives et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.

Les données les plus récentes mettent en évidence une **forte hausse des dépenses de prévention en lien avec l'épidémie de Covid-19** entre 2020 et 2022, l'année 2021 constituant un pic à 17,5 milliards d'euros, soit plus de trois fois le montant estimé pour 2019.

Estimation des dépenses de prévention entre 2013 et 2022

En millions d'euros

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

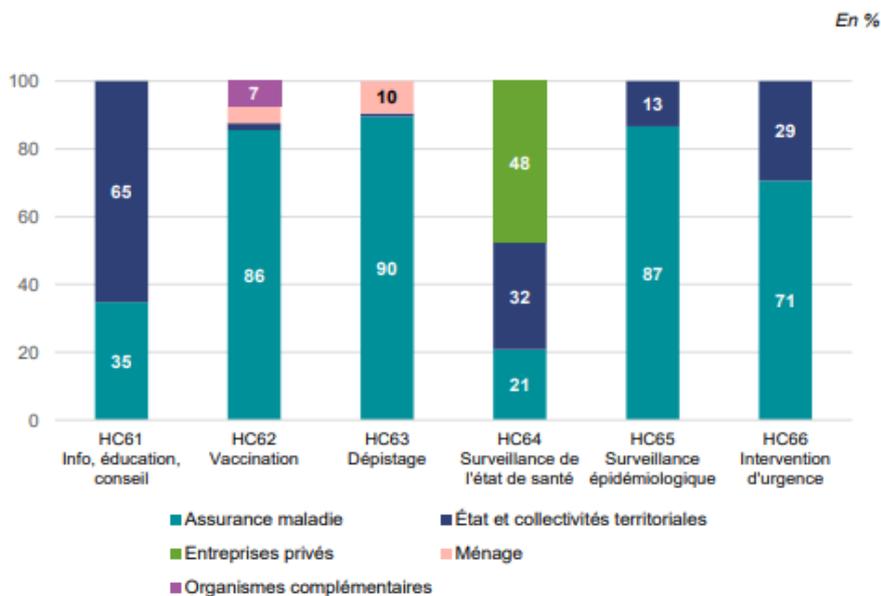
En dehors de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, les dépenses de prévention s'élèvent à 6,1 milliards d'euros en 2022. Elles augmentent de 3,3% en 2021 et de 5,3% en 2022, ce qui représente un **rythme de croissance supérieur à celui d'avant la crise sanitaire** (+1,2% en moyenne par an entre 2013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

La crise sanitaire a modifié en profondeur la répartition par financeur des dépenses de prévention. Jusqu'alors répartie en trois parts équivalentes entre l'Assurance maladie, l'État / les collectivités territoriales et les entreprises privées, la part prise en charge par l'Assurance maladie s'est fortement accrue en lien avec l'épidémie. En particulier, les dépenses relatives à la vaccination, au dépistage et à la surveillance épidémiologique sont quasi intégralement prises en charge par l'Assurance maladie. Cette part reflue légèrement en 2022 avec la diminution des dépenses de crise, mais **l'Assurance maladie demeure le principal financeur des dépenses de prévention** (64 % en 2022).

Répartition des dépenses de prévention par financeur



Répartition par financeur et par secteur des dépenses de prévention en 2022



Source > DREES, comptes de la santé.

II.2 Les nouveaux chantiers de la prévention

Le développement de la prévention se construit autour d'enjeux de santé publique à fort impact, en **continuité avec les priorités historiques** – lutte contre les maladies chroniques, prévention en santé mentale et en santé sexuelle, prévention des pratiques addictives – et en **mettant l'accent sur des chantiers émergents ou à l'importance croissante** – santé environnementale, actions de prévention adaptées aux besoins spécifiques des populations vulnérables ou encore développement des actions dites d'« aller-vers ».

Plusieurs mesures ont été portées au sein de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 :

Article 37 – Déploiement de la campagne de vaccination contre les infections à papillomavirus humains (HPV) dans les collèges et suppression du ticket modérateur de certains vaccins

Le président de la République a annoncé le 28 février 2023 la mise en place d'une campagne nationale de vaccination gratuite contre les HPV pour tous les élèves de cinquième. La couverture vaccinale contre le HPV reste, en effet, insuffisante en France alors que l'OMS préconise une couverture vaccinale à 90 %. La vaccination des filles comme des garçons est ainsi un objectif de santé publique prioritaire. L'organisation de cette vaccination en milieu scolaire a vocation à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé et est pilotée par les agences régionales de santé (ARS) en lien avec les rectorats et les centres de vaccination.

La LFSS pour 2024 a instauré :

la prise en charge intégrale de la vaccination par l'Assurance maladie dans le cadre de cette campagne de vaccination dans les collèges et dans les établissements accueillant des enfants en situation de handicap ;

la possibilité pour l'Assurance maladie de rémunérer directement les professionnels de santé mobilisés via des vacations dont les tarifs sont fixés par arrêté et non par la voie conventionnelle, afin de faciliter l'organisation de la campagne.

Une campagne nationale de vaccination contre les HPV a ainsi été initiée au collège, lors de la précédente année scolaire (2023-2024), par les ministères chargés de la Santé et de l'Éducation. Elle a permis de vacciner plus de 100 000 élèves en classe de 5^{ème}. En parallèle, plus de 300 000 adolescents du même âge ont été vaccinés par un autre professionnel de santé en libéral. Grâce à cela, la proportion d'enfants vaccinés contre les HPV a connu une progression notable. Les couvertures vaccinales sur l'ensemble de la cible vaccinale ont progressé : chez les filles, elle atteint 54,6% (+6,8 points) pour la 1^{ère} dose et 44,7% pour la 2^{nde} dose (+ 3,2 points), et chez les garçons, elle est de 25,9% (+13,1 points) pour la 1^{ère} dose et de 15,8% (+7,3 points) pour la 2^{nde} dose. Cette campagne de vaccination contre les HPV est reconduite durant l'année scolaire 2024-2025 afin d'augmenter le nombre d'adolescents vaccinés.

Article 38 – Extension de l'obligation vaccinale contre les infections invasives à méningocoques (IIM)

Les données épidémiologiques récentes montrent une reprise de la circulation des méningocoques en France et simultanément, une évolution des souches. En 2023, 560 cas d'infections invasives à méningocoques (IIM) ont été déclarés, soit une augmentation de 72% par rapport à 2022. Comparé à l'année 2022, les IIM W (x2.5) et Y (x 1.7) ont très fortement augmenté et ont atteint des niveaux jamais observés précédemment. Par ailleurs, un risque plus élevé d'IIM Y chez les 15-24 ans est constaté.

Jusqu'à présent, seule la vaccination contre les infections à méningocoque C était obligatoire chez le nourrisson. La LFSS pour 2024 prévoit l'extension de la liste des vaccinations obligatoires chez le nourrisson aux infections à méningocoques de sérogroupes A, B, W et Y, en complément du séro groupe C, après avis de la Haute Autorité de santé (HAS).

A la suite, de l'actualisation au printemps 2024 par la HAS de la stratégie vaccinale contre les infections invasives à méningocoques (IIM) (sur la base des données épidémiologiques et la mise à disposition de nouveaux vaccins depuis 2018) et dans le contexte précité, cette extension de l'obligation vaccinale aux sérogroupes de méningocoques A, B, W et Y entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2025.

Article 39 – Gratuité des préservatifs pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans sans prescription

Les jeunes de moins de 26 ans constituent le public le plus concerné par les grossesses non désirées et les infections sexuellement transmissibles (IST), notamment en ce qui concerne les chlamydioses qui touchent à 65 % les moins de 26 ans. Cette population est également plus précaire économiquement et peut rencontrer des difficultés financières d'accès à la contraception, et à la prévention des IST.

Le président de la République a annoncé dès décembre 2022 un accès gratuit aux préservatifs en pharmacie pour les jeunes de moins de 26 ans. L'amélioration de la santé sexuelle et reproductive des jeunes passe en effet par le renforcement de l'accès à la contraception et à la prévention tant pour prévenir les IST que les grossesses non-désirées.

Le préservatif est le seul moyen de contraception efficace contre les IST. La LFSS pour 2024 a ainsi prévu que l'Assurance maladie obligatoire prenne intégralement en charge les préservatifs inscrits sur la liste des produits et prestations (LPP), sans avance de frais, pour tous les assurés âgés de moins de 26 ans. De janvier à fin juillet 2023, le nombre de préservatifs délivrés en officine et pris en charge par l'Assurance maladie a ainsi été multiplié par 2,4 par rapport à la même période en 2022 (15,7 millions de préservatifs). Cette hausse est portée par les moins de 26 ans : durant les 15 premières semaines de l'année 2023, les jeunes de moins de 26 ans ont bénéficié de 7,8 millions de préservatifs remboursés contre 1,6 millions sur la même période en 2022.

Cette mesure s'inscrit dans la continuité de la prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire et en tiers-payant des frais liés à la contraception pour les femmes de moins de 26 ans introduite par la LFSS pour 2022.

Article 41 – Mise en œuvre des rendez-vous de prévention aux âges clés de la vie

Depuis juin 2024, le dispositif « Mon Bilan Prévention » est généralisé sur l'ensemble du territoire et ouvert aux assurés sociaux à plusieurs âges clés de la vie : entre 18 et 25 ans, entre 45 et 50 ans, entre 60 et 65 ans et entre 70 et 75 ans. Ces rendez-vous, adaptés à chaque patient, ont vocation à aider les assurés à adopter des comportements protecteurs pour leur santé, afin de lutter contre l'apparition de facteurs de risque ou de pathologies.

Si le contenu de ces bilans est avant tout motivationnel et pourra être personnalisé selon les besoins du patients, certaines grandes thématiques pourront être abordées plus spécifiquement à chaque tranche d'âge :

chez les 18-25 ans, l'objectif est de renforcer la prévention primaire, en luttant contre les addictions (tabac, drogue, alcool, etc.), en favorisant une alimentation saine, une activité physique régulière et suffisante, et en soulignant l'importance du bien-être mental et du sommeil ;

chez les 45-50 ans, il s'agit de prévenir l'apparition de maladies chroniques telles que le cancer, le diabète ou les maladies cardiovasculaires et de promotion de l'activité physique et d'une alimentation équilibrée. S'ajoutent également les préoccupations du sommeil et de gestion du stress ;

chez les 60-65 ans, l'enjeu est de prévenir et dépister l'apparition de fragilité et de perte d'autonomie, par une approche globale et promouvant l'activité physique et une alimentation équilibrée. Sont concernées prioritairement les personnes les plus à risque en fonction de leurs caractéristiques géographiques, socio-économiques et de leur consommation de soins, pour retarder leur entrée dans la dépendance ;

chez les 70-75 ans, les thématiques sont identiques à celles de la tranche d'âge précédente, et s'étendent au sujet de l'isolement et de son impact sur le bien-être mental et social.

La mesure a permis la création d'un cadre juridique pour la mise en œuvre des rendez-vous de prévention, sur le modèle des examens obligatoires de l'enfant, sans pour autant les rendre obligatoires. Les consultations de prévention sont prises en charge à 100 % sans avance de frais par l'Assurance maladie ce qui augmentera le taux de recours à ces rendez-vous et favorisera l'inscription de la prévention dans un parcours de santé.

Article 42 – Expérimentation d'un parcours d'activité physique adaptée (APA)

La LFSS pour 2024 introduit la possibilité d'expérimenter, sur deux ans, des séances d'activité physique adaptée pour les patients traités pour un cancer et bénéficiant à ce titre du dispositif d'affectation de longue durée. L'objectif poursuivi est d'évaluer l'efficacité et la faisabilité d'un parcours de soins intégrant de l'APA pour améliorer la qualité de vie et la récupération des patients atteints de cancer. Les ARS sont chargées de la mise en œuvre de ces parcours, en s'appuyant sur leur fonds d'intervention régional (FIR).

Article 47 – Inscription de la prévention comme un objectif des expérimentations « Article 51 »

La LFSS pour 2024 précise une finalité complémentaire sur l'amélioration de la prévention pour les expérimentations innovantes en santé introduites par la LFSS pour 2018, aussi appelée dispositif « Article 51 » (cf. paragraphe plus bas sur le fonds d'innovation pour le système de santé).

Article 52 – Elargissement des compétences des pharmaciens en matière de prescription d'antibiotiques après un test rapide d'orientation diagnostique (TROD) pour l'angine et la cystite

Les évolutions démographiques des professionnels de santé et les disparités dans leur répartition territoriale peuvent se traduire par des difficultés d'accès à une consultation médicale, alors même que, pour certaines pathologies (infection urinaire simple, angine), des tests permettant d'orienter et accompagner les cas cliniques les moins complexes sont développés depuis plusieurs années.

Afin de renforcer des parcours d'accès simplifiés pour les patients en cas d'angine ou de cystite aiguë simple, les pharmaciens d'officine peuvent désormais, pour les cas ne présentant pas de facteur d'alerte spécifiquement identifié dans les critères de la Haute Autorité de Santé, réaliser l'entretien d'orientation, prescrire et dispenser les traitements, y compris lorsqu'il s'agit d'antibiotiques, sur la base des résultats des tests.

D'autres annonces et politiques menées font évoluer le cadre de la prévention en France :

Extension du champ des pathologies dépistées à l'occasion du dépistage néonatal

Le programme national de santé du dépistage néonatal, mis en place en 1972, est la première mesure de santé publique dont bénéficient tous les nouveau-nés à leur naissance en France, sous réserve du consentement de leurs parents. La France est engagée dans une dynamique de consolidation de son programme national de dépistage néonatal. Ainsi, le champ du dépistage néonatal organisé a été étendu à 7 nouvelles pathologies en 2023.

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

Selon la feuille de route pédiatrie et santé de l'enfant pour 2024-2030, et suite à l'évolution des recommandations de la HAS en la matière, le programme de dépistage néonatal sera étendu prochainement. Dans un premier temps, le dépistage de la drépanocytose sera généralisé à l'automne 2024. En 2025, le programme de dépistage néonatal inclura aussi le déficit immunitaire combiné sévère (DICS) et le déficit acyl-coenzyme A déshydrogénase des acides gras à chaîne très longue (VLCAD). Il est également prévu, d'ici l'été 2025, la mise en œuvre dans le cadre de ce programme du dépistage néonatal de l'amyotrophie spinale proximale (SMA).

Organisation renouvelée des dépistages organisés des cancers

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

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

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

la mobilisation systématique d'opérations « d'aller-vers » par les caisses d'Assurance maladie, notamment vers les publics précaires, fragiles et éloignés du système de santé.

La mise en œuvre de cette organisation rénovée a donné lieu dès 2023 à de nombreux travaux préparatoires, ainsi qu'à des échanges avec les acteurs du dépistage en France. Cette organisation rénovée doit contribuer à augmenter la participation de la population aux trois dépistages organisés des cancers en France (cancer du sein, cancer colorectal et cancer du col de l'utérus).

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

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

Créé par la loi du 5 janvier 1988, le FNPEIS est géré par la **Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM)**. Il vise à mettre en œuvre, gérer et assurer le financement d'actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaire propres à améliorer l'état de santé général de la population.

Il permet de financer :

la mise en œuvre opérationnelle par l'Assurance maladie des plans de santé publique copilotés avec l'Etat (campagnes de vaccination, prévention bucco-dentaire, etc.) ;

les dépenses relatives aux programmes directement conçus et initiés par la CNAM.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 liant l'Etat et l'Assurance maladie fixe les actions financées par le fonds et a doté le FNPEIS d'un **budget prévisionnel de 478,7 M€ pour l'année 2023**. Les principales actions financées en 2023 sont les suivantes :

Programmes de vaccination : 68,2 M€ ont été dépensés à ce titre en 2023

campagne de vaccination antigrippale : 61,2 M€

campagne de vaccination ROR : 7,0 M€

Dans le cadre des campagnes annuelles de vaccination **contre la grippe** et **contre la rougeole-oreillons-rubéole (ROR)**, le FNPEIS finançait jusque fin 2023 le ticket modérateur afin de permettre une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Le FNPEIS finance aussi des actions de communication visant à encourager les assurés concernés à se faire vacciner, en leur précisant la prise en charge intégrale par l'Assurance maladie.

Parmi les autres actions du FNPEIS, en 2023, 82,1 M€ ont été consacrés au financement :

du dépistage et lutte contre les IST, le VIH et les hépatites virales : 2,5 M€

du dépistage et lutte contre les maladies infectieuses, hors IST : 3,1 M€

du dépistage des cancers : 73,5 M€

du dépistage et repérage des autres maladies et troubles : 3 M€

Afin de lutter efficacement contre l'antibiorésistance, le FNPEIS finance des **tests rapides d'orientation diagnostique (TROD) de l'angine** à destination des professionnels de santé de ville (médecins généralistes, pédiatres et oto-rhino-laryngologistes).

Jusqu'à fin 2023, le FNPEIS participait au financement des **centres régionaux de coordination des dépistages organisés des cancers (CRCDC)** qui sont responsables de la mise en œuvre opérationnelle des dépistages organisés et assuraient les invitations des assurés ainsi que la mise en œuvre d'actions d'aller-vers.

Le FNPEIS finance également des **TROD du VHC et du VIH** à destination de publics spécifiques, notamment éloignés du soin et/ou en situation de précarité. Les associations communautaires y ont fortement recours notamment dans le cadre du déploiement d'actions hors les murs.

Afin d'aider les médecins, l'Assurance maladie propose aux médecins généralistes volontaires de **commander un appareil d'automesure tensionnelle (AMT)** sur Ameli-pro, qui peut être prêté au patient en vue d'enregistrer lui-même sa pression artérielle. Ce dispositif permet :

d'optimiser le diagnostic de l'hypertension artérielle (HTA) ;

de détecter l'hypertension masquée ;

de mieux prédire le risque cardiovasculaire.

En cohérence avec la feuille de route du gouvernement 2024-2030 sur la santé de l'enfant, les **dépistages en milieu scolaire** constituent un programme de l'Assurance maladie financé par le FNPEIS et coconstruit avec les syndicats d'orthoptistes, d'orthophonistes et de masseurs-kinésithérapeutes libéraux. Le dépistage des **troubles de la vision et du langage** est déjà largement déployé, avec une perspective de généralisation à la rentrée scolaire de 2026 et un objectif de 100 % d'enfants dépistés en maternelle d'ici 2027. Le dépistage des **troubles du rachis** s'adresse aux enfants de CM1 et est encore en cours d'expérimentation.

Consultations de prévention : 233,5 M€ exécutés en 2023

examens de prévention en santé en centres d'examen de santé : 141,9 M€

bilans bucco-dentaires : 91,6 M€

L'Assurance maladie finance le **dispositif M'T Dents**, qui consiste à favoriser un suivi régulier et une amélioration de l'hygiène bucco-dentaire, ainsi que des habitudes alimentaires des jeunes, par la **réalisation d'examens de prévention bucco-dentaire prévus tous les 3 ans**. Le dispositif permet la prise en charge d'un rendez-vous chez le dentiste et des soins associés aux jeunes de 3 à 24 ans. Il fait par ailleurs l'objet de nombreuses actions de communication, notamment via l'envoi de courriers, mails et SMS. En 2023, 1,6 million d'assurés de 3 à 24 ans ont pu en bénéficier.

Le FNPEIS permet d'appuyer ces actions de prévention bucco-dentaire *via* **l'organisation d'actions de sensibilisation et de dépistage en milieu scolaire** à destination des élèves scolarisés en CP en zone et réseau d'éducation prioritaire. Sur l'année scolaire 2022/2023, ces actions ont concerné 50 219 élèves.

Le FNPEIS prend aussi en charge **l'examen de prévention en santé**, réalisé en centre d'examen de santé, pour les personnes de plus de 16 ans. Destiné en priorité aux personnes éloignées du système de soins et en situation de précarité, cet examen s'adapte aux besoins de l'assuré en matière de suivi médical et constitue un moment privilégié pour faire le point sur sa santé.

Enfin, prévus par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2023, « **Mon Bilan Prévention** » est un dispositif ambitieux en matière de prévention, permettant à la fois d'agir sur ses habitudes et son mode de vie. Ces bilans, prévus à 4 âges clés de la vie (18-25 ans, 45-50 ans, 60-65 ans et 70-75 ans) visent également à améliorer l'accessibilité et l'effectivité des actions de dépistage, et donc à lutter contre l'apparition de maladies (cf. *supra*). Afin de permettre le déploiement effectif du dispositif et d'inciter assurés et professionnels à s'inscrire dans le virage préventif, le FNPEIS prévoit de participer au financement d'une large campagne de communication autour de « Mon Bilan Prévention » qui devrait être mise en œuvre à la rentrée 2024.

Par ailleurs, en 2023, le FNPEIS a financé de nombreuses actions de prévention et d'accompagnement pour un montant de 18,9 M€.

Ainsi, le FNPEIS finance le **service d'accompagnement des malades chroniques SOPHIA**, à destination des **patients diabétiques et asthmatiques**. Il vise à accompagner les personnes afin de les aider à mieux connaître leur maladie et à adapter leurs habitudes de vie pour améliorer leur qualité de vie et réduire les risques de complications. Ce service compte déjà plus d'un million d'adhérents.

Le **dispositif PRADO** est également un service d'accompagnement personnalisé piloté par l'Assurance maladie et financé sur le FNPEIS. Il a pour objectif de **faciliter le retour à domicile du patient après une hospitalisation** et de fluidifier le parcours ville-hôpital, via l'intervention d'un conseiller de l'Assurance maladie auprès du patient hospitalisé. Plusieurs profils de patients peuvent en bénéficier : maternité, chirurgie, insuffisance cardiaque, AVC, BPCO, personnes âgées de 75 ans et plus.

Dans le contexte de crise sanitaire, des **formations de secourisme en santé mentale** ont été mises en œuvre à partir de 2021, afin de former des citoyens secouristes volontaires à mieux repérer les troubles en santé mentale, à adopter un comportement adapté et à orienter la personne vers une prise en charge par un professionnel si nécessaire. Fin 2023, près de 91 000 personnes ont été formées.

Généralisé en 2022 après une phase expérimentale, « **Mission Retrouve Ton Cap** » (MRTC) vise à **prévenir l'obésité chez les enfants de 3 à 12 ans**. Sur prescription médicale, MRTC permet aux enfants à risque d'obésité, en surpoids ou en obésité non complexe, de bénéficier d'un bilan diététique et psychologique, de séances de suivi nutritionnel et/ou psychologique, ainsi que d'un bilan d'activité physique, pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie sur le FNPEIS. Depuis sa généralisation, 3 230 enfants ont initié une prise en charge au sein d'une structure MRTC.

Enfin, le FNPEIS permet également de financer diverses **campagnes de communication autour de grands sujets de prévention**, comme l'insuffisance cardiaque et cardio-vasculaire, la santé sexuelle, la santé environnementale ou la consommation de médicaments.

II.3.2 Le fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire agricole (FNPEISA)

En parallèle des actions menées par l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole (MSA) met en œuvre, gère et assure le financement d'actions de prévention, d'éducation et d'informations sanitaires propres à améliorer l'état de santé général de la population, via le FNPEISA, **doté chaque année de plus de 30 M€**.

Le **programme national de prévention de la MSA** s'articule notamment autour des priorités suivantes :

- renforcer le rôle du médecin traitant et des équipes de soins de santé primaire dans les programmes de vaccination, de dépistage, d'éducation et de promotion de la santé ;
- développer des actions ciblées et adaptées aux besoins des assurés notamment vers les jeunes, les non-consommateurs de soins et de prévention et les publics les plus précaires ;
- intégrer dans son offre des stratégies de prévention innovantes et multicanales ;
- prendre en compte les futurs contrats territoriaux de santé pilotés par les ARS.

Programmes de vaccination : 4,9 M€ en 2023

La MSA déploie les campagnes de **vaccination antigrippale et ROR**. Elle assure pour cela l'envoi des courriers d'invitation à tous ses adhérents ciblés et incluant depuis 2022 les professionnels des filières aviaires et porcines au vu des risques renforcés d'influenza aviaire et porcine. En complément, la MSA mène auprès des femmes primo-vaccinantes de 65 ans une campagne d'aller-vers annuel visant à renforcer la participation à la vaccination.

Programmes de dépistage et détection précoce des maladies : 4,2 M€ en 2023

La MSA pilote la gestion des invitations de ses assurés aux **dépistages organisés du cancers colo-rectal, du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus**. En complément, des campagnes d'aller-vers pour encourager à la réalisation de ces dépistages sont réalisées auprès des publics les plus éloignés du système de soin.

Consultations de prévention : 11,8 M€ en 2023

La MSA déploie le **programme Instants santé** visant les sous-consommateurs de soins et assure la mise en œuvre du dispositif « **Mon Bilan Prévention** ».

La MSA dispose également d'un **plan de prévention bucco-dentaire**. Le programme M'T Dents est complété d'un plan institutionnel composé de :

- un rattrapage à n+1 des non-consommateurs de l'invitation M'T Dents ;
- une invitation à une consultation de prévention bucco-dentaire pour les personnes de 60 ans.

La MSA mène un **parcours de prévention santé/social nommé Déclic pour les personnes en situation de précarité**, afin de répondre à l'objectif national de réduction des inégalités sociales de santé. Ce parcours basé sur l'approche motivationnelle vise à autonomiser l'assuré en lui redonnant le pouvoir d'agir et en influant sur ses déterminants environnementaux en cas de problématique sociale. Ce programme est opéré par le réseau des travailleurs sociaux MSA.

Autres actions de prévention : 4,6 M€ en 2023

La MSA déploie des actions de prévention dans de nombreux champs : alimentation, activité physique, réduction des conduites addictives, prévention de la perte d'autonomie. A titre d'exemple :

- les **P'tits Ateliers Nutritifs** visent à encourager les parents de jeunes enfants (de 0 à 2 ans) à réaliser les bons choix pour l'alimentation de leurs enfants. Ces conférences en ligne sont animées par des diététiciens libéraux ;
- l'action **Nutri Declic** permet la réalisation de consultations de diététiciens libéraux ;
- les **entretiens motivationnels à l'arrêt du tabac et la réduction de consommation d'alcool** menés dans le cadre des Instants santé sont réalisés par des IDE libéraux ;
- l'action **Déclic Stop Tabac**, réalisée par des opérateurs associatifs, se base sur l'intervention en milieu scolaire pour lutter contre les comportements addictifs chez les adolescents ;
- les **actions collectives seniors de prévention de la perte d'autonomie** traitent différentes thématiques (nutrition, mémoire, équilibre, mal être, conduites addictives). Elles permettent aux personnes âgées d'adopter des comportements favorables à la santé devant un changement de leurs capacités et de leur cadre de vie ;
- le **programme national d'éducation thérapeutique**, pour les personnes atteintes de pathologies cardiovasculaires et/ou de diabète et/ou de BPCO, est déployé en partenariat avec des structures d'exercice coordonné sur les territoires ;
- le dispositif **Coup de Pouce prévention** soutient également des projets situés sur les territoires d'intervention prioritaire ou sur la thématique des addictions.

II.3.3 Le fonds de lutte contre les addictions (FLCA)

L'article 57 de la LFSS 2019 a créé le FLCA en remplacement du « fonds de lutte contre le tabac », créé en décembre 2016. Il est géré par la CNAM et finance des **actions de prévention portant sur l'ensemble des produits psychoactifs** (tabac, alcool et autres substances psychoactives notamment le cannabis et la cocaïne) **et a été élargi aux autres addictions** (dites sans substances comme les jeux d'argent, jeux vidéo, ou les écrans) par la LFSS pour 2022.

Le FLCA permet ainsi de faire converger l'ensemble des financements en matière de lutte contre les conduites addictives au sein du même fonds, pour définir un cadre de financement stratégique et tenir compte de l'importance des poly-consommations. Il contribue au financement d'actions au niveau local, national et international, en cohérence avec les orientations définies par la **stratégie interministérielle de mobilisation**

contre les addictions 2023-2027 et le programme national de lutte contre le tabac 2023-2027. Il s'appuie notamment sur les quatre axes prioritaires suivants :

- protéger les jeunes et prévenir l'entrée dans le tabagisme et autres addictions avec ou sans substance ;
- aider les fumeurs à s'arrêter et réduire les risques liés aux addictions avec ou sans substance ;
- amplifier certaines actions auprès des publics prioritaires dans une volonté de réduire les inégalités sociales de santé ;
- soutenir la recherche appliquée et l'évaluation des actions de prévention et de prise en charge.

La convention d'objectifs et de gestion (COG) 2023-2027 le dote d'un budget de **130 M€ par an**. Pour l'année 2023, le bilan financier est le suivant :

- projets exclusivement tabac : prévisionnel à 43,5 M€, réalisé à 21,7 M€ ;
- projets exclusivement alcool : prévisionnel à 7,5 M€, réalisé à 7,4 M€ ;
- projets poly-consommations : prévisionnel à 72,9 M€, réalisé à 45,7 M€ ;
- projets exclusivement addictions sans substances : prévisionnel à 2,1 M€, réalisé à 2,1 M€.

Les projets peuvent être portés et mis en œuvre par des opérateurs nationaux (Santé Publique France, OFDT, INCa, etc.), ainsi que par des acteurs de la société civile, sous certaines conditions et après une procédure d'appel à projets.

En 2023, le FLCA a notamment permis de financer les actions suivantes :

- mise en œuvre d'actions de marketing social, pilotées par Santé Publique France, visant plusieurs types d'addictions ;
- déploiement des « lieux de santé sans tabac » ;
- dans le cadre d'un appel à manifestation d'intérêt, financement de 6 projets visant la prévention des conduites addictives dans les établissements et services de la protection de l'enfance, pour un montant global de 5,8 M€ ;
- mise en œuvre d'actions dédiées à la prévention contre l'alcool menées par des associations comme Addictions France ou la CAMERUP ;
- développement et structuration de la recherche sur les addictions, notamment via le soutien d'appels à projets de recherche de l'INCa et l'IReSP ;
- en lien avec la Délégation interministérielle à l'hébergement et à l'accès au logement (DIHAL), déploiement d'actions sur la thématique « addictions et établissements et services des secteurs de l'accueil, de l'hébergement, de l'insertion et du logement accompagné » ;
- reconduction du dispositif de réduction des risques et de dommages en contexte festif à destination des jeunes, afin de renforcer les comportements protecteurs entre jeunes.

Enfin, afin d'appuyer les actions locales, **le FLCA contribue chaque année au financement du FIR**, à hauteur pour 2023 de 34 M€ (cf. focus dédié).

II.3.4 Le fonds pour l'innovation du système de santé (FISS)

Créé par l'article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018, le FISS a vocation à favoriser l'émergence de modèles organisationnels innovants faisant appel à des modes de financement inédits, permettant de décloisonner le système de santé français et d'inciter à la coopération entre les acteurs. Une modification législative a introduit à l'occasion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 une finalité complémentaire sur **l'amélioration de la prévention**.

Fin 2023, 146 expérimentations étaient autorisées, pour des dépenses FISS sur l'année à hauteur de 123,1 M€.

Le dispositif, aussi appelé « Article 51 », contribue ainsi au **financement d'expérimentations** devant concourir à améliorer :

- la pertinence et la qualité de la prise en charge sanitaire, sociale ou médico-sociale ;

- les parcours des usagers, via notamment une meilleure coordination des acteurs ;
- l'efficacité du système de santé ;
- l'accès aux prises en charge (de prévention, sanitaire et médico-sociale).

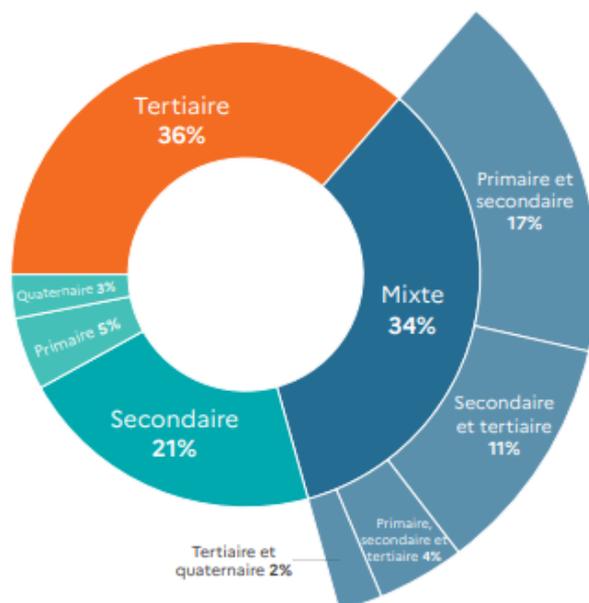
Le rapport au Parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé précise que **68 % des expérimentations lancées intègrent ainsi une approche de prévention**, majoritairement en matière de prévention secondaire (dépistage, traitement précoce ou réadaptation) ou tertiaire (prévention des complications associées aux maladies chroniques, soutien aux aidants).

A titre d'exemple, les expérimentations suivantes comportent une importante dimension préventive :

- CSSAC – Centres de santé sexuelle d'approche communautaire (2021-2023) : accompagnement communautaire pour faciliter les dépistages et traitement des infections sexuellement transmissibles des personnes les plus exposées ;
- Equip'Addict – Microstructures addiction (2021-2023) : prise en charge de proximité par une équipe de soins primaires pluriprofessionnelle de patients présentant une situation médico-psycho-sociale complexe avec une ou plusieurs conduites addictives ;
- EMNO – Espace médical nutrition obésité (2019-2024) : prise en charge et qualité de vie des personnes atteintes d'obésité par la mise en œuvre d'un parcours médicoéducatif pluridisciplinaire et personnalisé nutrition/santé ;
- RéPAP – Référent parcours périnatalité (2022-2023) : proposer aux femmes enceintes, notamment les plus vulnérables, un accompagnement personnalisé et gradué par un référent de parcours périnatalité.

Les trois premières expérimentations sont entrées en phase post-expérimentale avec un avis favorable de transposition dans le droit commun et bénéficient d'une période transitoire.

Part de chaque type de prévention dans les expérimentations intégrant une démarche de prévention



Source : rapport au parlement 2023 sur les expérimentations innovantes en santé

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

II.4.1 Objectifs et missions du fonds

Les ARS peuvent financer des actions de promotion de la santé et de prévention via le FIR, qui constitue une **enveloppe financière souple et adaptable à la main des ARS** dans la mise en œuvre de leurs politiques régionales.

Créé en application de l'article 56 de la LFSS pour 2012, le FIR a pour objectifs de :

- donner une souplesse de gestion aux ARS dans l'allocation de leurs crédits, la mise en œuvre de leur stratégie régionale de santé et l'adaptation aux besoins de leur territoire ;
- soutenir l'émergence de projets innovants et expérimentaux ;
- passer à une logique de résultats, via la démarche d'évaluation qu'il induit.

Le FIR est structuré en cinq missions stratégiques, la première correspondant au financement de la promotion de la santé et de la prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie. Les actions financées au titre de cette mission 1 correspondent à des actions :

- de pilotage régional et de soutien en matière de santé publique ;
- de promotion de la santé, d'éducation à la santé et de prévention des maladies et comportements à risque ainsi que des risques environnementaux ;
- de dépistage et de diagnostic des maladies transmissibles ;
- de prévention et de gestion des situations sanitaires exceptionnelles ;
- de prévention des traumatismes, des handicaps et de la perte d'autonomie.

Les notifications FIR distinguent par ailleurs, au sein du montant global délégué aux ARS, **une enveloppe « Prévention » qui bénéficie d'une fongibilité asymétrique**, en ce qu'elle peut être abondée mais pas diminuée.

Le suivi des crédits dédiés à la prévention peut donc s'analyser via deux prismes :

- le montant de l'enveloppe « Prévention », qui constitue une base socle et minimale à flécher sur des actions - de prévention pour les ARS ;
- le montant des crédits consommés par les ARS au titre de la mission 1 « Promotion de la santé et prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie ».

S'agissant de l'enveloppe « Prévention » :

Elle s'élève à 571,8 M€, **en hausse de 16 %** par rapport à l'enveloppe 2022, d'un montant de 493,5 M€. Elle est largement consommée car les ARS dédient 902,0 M€ pour l'ensemble de la mission 1, soit un taux de consommation de l'enveloppe prévention de 158 %.

S'agissant des crédits consommés au titre de la mission 1 :

Les crédits consommés au titre de la mission 1 sont **en baisse sur la période 2021-2023**.

La mission 1 du FIR ayant été fortement mobilisée à l'occasion de la crise sanitaire de la COVID-19, cette baisse s'inscrit dans un contexte d'évolution favorable de l'épidémie. Ainsi, les crédits consommés au titre de la lutte contre la COVID-19 et de la prévention et gestion des situations sanitaires exceptionnelles évoluent comme suit :

- 2021 : 392,2 M€
- 2022 : 182,0 M€
- 2023 : 24,0 M€

Les dispositifs et actions financés au titre de la mission 1 et ne relevant pas de cette gestion de crise, sont donc en hausse sur la période, comme suit :

- 2021 : 690,6 M€
- 2022 : 788,9 M€
- 2023 : 878,0 M€

Crédits consommés au titre de la Mission 1 du FIR sur la période 2021-2023

Mission 1 : Promotion de la santé, prévention des maladies, des traumatismes, du handicap et de la perte d'autonomie / Par ARS	2021	2022	2023
Auvergne-Rhône-Alpes	105 754 039 €	103 780 837 €	93 778 443 €
Bourgogne Franche Comté	45 115 801 €	39 841 139 €	32 272 007 €
Bretagne	43 870 300 €	41 331 868 €	39 398 023 €
Centre Val de Loire	26 357 783 €	27 496 546 €	26 150 265 €
Corse	7 342 513 €	5 850 474 €	6 505 047 €
Grand Est	84 235 805 €	70 264 280 €	74 488 885 €
Guadeloupe	9 268 908 €	15 200 949 €	11 529 343 €
Guyane	22 593 428 €	23 095 850 €	27 223 103 €
Hauts-de-France	83 294 702 €	70 338 267 €	68 969 484 €
Ile-de-France	246 843 313 €	205 819 981 €	164 413 553 €
La Réunion	21 511 715 €	19 783 482 €	19 078 544 €
Martinique	8 982 277 €	9 087 365 €	10 490 425 €
Mayotte	13 982 187 €	15 117 989 €	17 675 856 €
Normandie	46 428 711 €	36 552 007 €	37 764 592 €
Nouvelle-Aquitaine	93 947 099 €	83 275 759 €	85 669 700 €
Occitanie	82 894 038 €	89 411 387 €	76 282 444 €
Pays de la Loire	61 929 160 €	45 122 745 €	48 618 238 €
Provence-Alpes-Côte d'Azur	78 381 854 €	69 482 111 €	61 699 119 €
TOTAL NATIONAL	1 082 733 632 €	970 853 037 €	902 007 071 €

Source : états financiers des ARS

II.4.2 Les dispositifs de prévention financés par le FIR en 2023

Le FIR est doté d'une enveloppe budgétaire annuelle fixée par le ministère en charge des Solidarités et de la Santé, qui la délègue aux ARS. Dans le cadre de la délégation annuelle des crédits FIR, **le ministère définit des mesures nouvelles, afin de proposer un pré-fléchage d'une partie des crédits annuels complémentaires**. La déclinaison effective du FIR relevant de l'arbitrage des ARS, ces dernières définissent ensuite chaque année les priorités régionales qu'elles souhaitent financer, en application des orientations nationales et en cohérence avec leur projet régional de santé.

En 2023, les mesures nouvelles définies dans le champ de la prévention représentent **environ 35 M€** :

- renforcement de la prévention en outre-mer : 1,2 M€. Le renforcement de la prévention en outre-mer vise à tenir compte des spécificités de chacun des territoires ultramarins (retard dans la mise en place des politiques publiques et facteurs de risques particuliers) ;

- renforcement du dépistage néonatal : 1 M€. Conformément aux recommandations de la HAS de janvier 2021, le dépistage néonatal organisé a été étendu à 7 nouvelles pathologies en 2023. La mesure vise à financer le surcoût associé pour les centres régionaux de dépistage ;
- généralisation de la vaccination anti-HPV dans les collèges : 21 M€. Une expérimentation visant à renforcer la vaccination contre les infections liées aux papillomavirus humains a été mise en place en France en 2019. L'expérimentation a d'abord été mise en œuvre dans deux régions, avant d'être étendue en 2023. La mesure vise à financer la généralisation de la campagne ;
- déploiement des dispositifs HANDIGYNECO sur le territoire : 2,7 M€. La mesure vise à mettre en place un dispositif permettant d'assurer un suivi gynécologique des femmes en situation de handicap accueillies en établissement d'accueil médicalisé, ainsi qu'un accompagnement à la vie affective et sexuelle et une prévention des violences faites aux femmes ;
- amplification de la lutte antivectorielle en Guyane : 6 M€. Le décret du 29 mars 2019 prévoit que les ARS financent désormais la surveillance entomologique, la surveillance des points d'entrée du territoire, la prévention et l'intervention autour des cas ainsi que la surveillance du moustique sur leurs territoires. L'ensemble des ARS métropolitaines a bénéficié de crédits en 2019 et 2020, tandis que l'ARS Guyane s'est vu déléguer des crédits dédiés de 2021 à 2023 pour financer les actions engagées ;
- poursuite du déploiement des équipes multidisciplinaires en antibiothérapie (EMA) : 2 M€. Dans l'objectif de mieux maîtriser l'antibiorésistance, des EMA ont été montées à partir de 2022 afin d'intervenir sur le terrain pour promouvoir le bon usage des antibiotiques et prévenir les infections communautaires. La mesure vise à accompagner leur montée en charge ;
- expérimentation de la rédaction des certificats de décès par les IDE : 0,6 M€. Déployée dans six régions, l'expérimentation porte sur la rédaction de certificats de décès par des IDE volontaires, afin de pallier le manque de ressources médicales dans certains territoires.

**PARTIE III:
ONDAM ET
PATHOLOGIES**

Dans un contexte de contraintes financières croissantes, l'identification des pathologies les plus fréquemment traitées et les plus coûteuses est essentielle. Elle permet de mieux comprendre les mécanismes déterminant le niveau des dépenses de santé et leurs évolutions et de prioriser les actions visant à améliorer la résilience de notre système de santé, telles que les actions de prévention ou de réorganisation des soins.

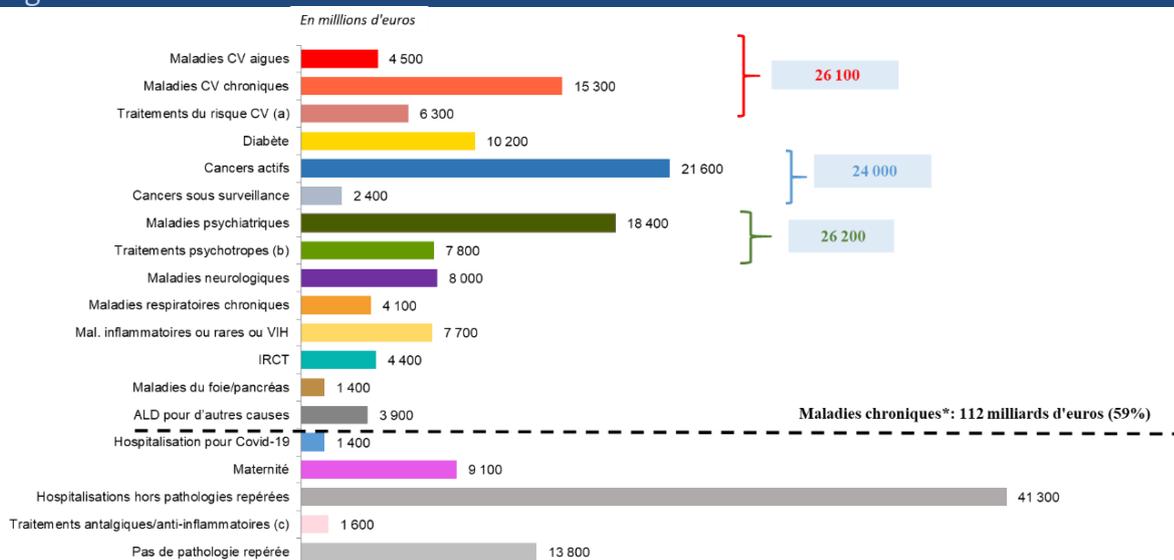
Grâce aux nombreuses informations individuelles renseignées dans le Système National des Données de Santé (SNDS), la Cartographie des pathologies et des dépenses décrit le poids économique de 58 pathologies regroupés en 19 catégories, traitements chroniques et épisodes de soins (tels que la maternité) et son évolution au cours du temps (Les principales pathologies prises en charge en 2022 et leur coût

En 2022, 190,3 milliards d'euros ont été remboursés par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 68,7 millions de personnes (Figure 1). Les pathologies et traitements chroniques (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) représentent 59 % de cette dépense (environ 112 milliards d'euros) et concernent 35 % de la population (soit près de 24 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (Figure 2). À l'opposé, 55 % de la population ont reçu des soins sans avoir de pathologie repérée par les algorithmes de la cartographie. Les 10 % restant concernent la maternité, les hospitalisations pour Covid-19, les hospitalisations hors pathologies repérées et les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

Quatre catégories de pathologies représentent plus de la moitié des dépenses remboursées :

- la part la plus importante concerne les hospitalisations hors pathologies repérées : 41,3 milliards d'euros, soit 22 % des dépenses totales ;
- la santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et les hypnotiques), représente 26,2 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont les 2/3 concernent les maladies psychiatriques ;
- la prise en charge des MCV atteint 26,1 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont 15,3 milliards d'euros sont affectés aux MCV chroniques, c'est-à-dire sans événement aigu dans l'année ;
- la prise en charge des cancers atteint 24,0 milliards d'euros, soit 13 % des dépenses totales, dont 21,6 milliards d'euros pour la prise en charge des cancers en phase active de traitement.

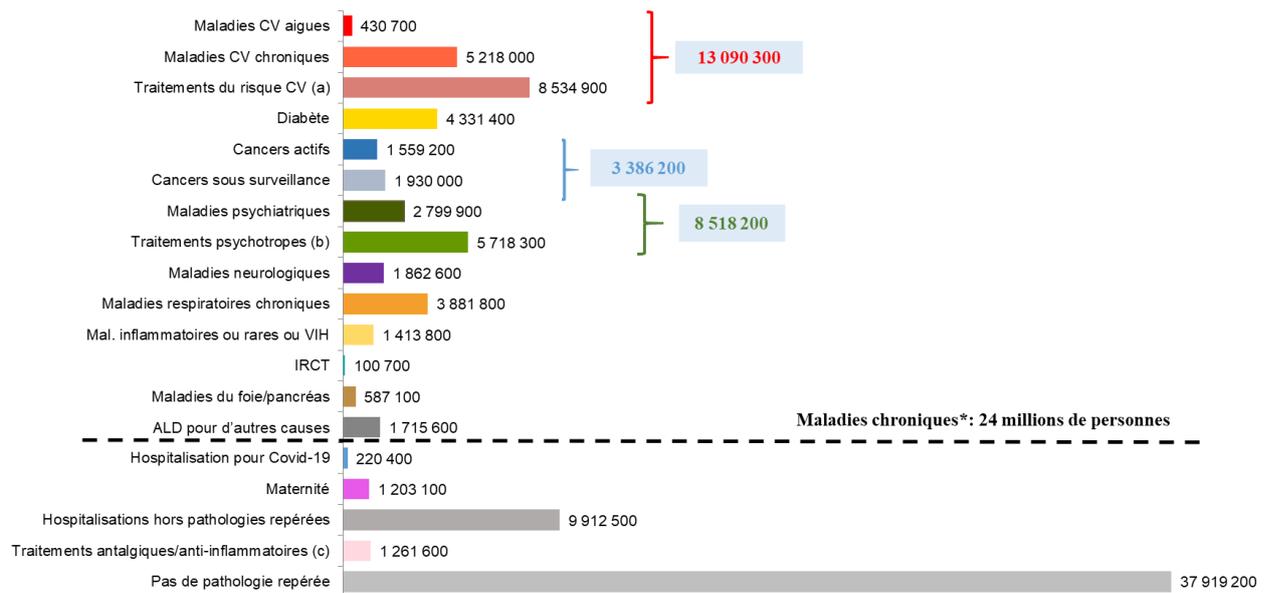
Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes



(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT (b) Hors maladies psychiatriques (c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations *les embolies pulmonaires sont enlevées

Champ : tous régimes - France entière Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

Figure 2 : Nombre de bénéficiaires pris en charge pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (68,7 millions de personnes au total), en 2022



(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT (b) Hors maladies psychiatriques (c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations *les embolies pulmonaires sont enlevées

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

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

Maladies cardio-neurovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire (MCV). Ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie périphérique, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phases aiguë et chronique (pour une pathologie donnée, seules les personnes n'ayant pas eu d'épisode aigu dans l'année sont considérées comme en phase chronique). Les traitements chroniques du risque CV sont définis par au moins 3 délivrances d'antihypertenseur ou d'hypolipémiant, en excluant les personnes avec une maladie CV, un diabète et une insuffisance rénale chronique terminale (traitement dit « hors pathologies »). Il s'agit donc probablement de patients traités pour la majorité en prévention primaire d'événements CV.

Diabète. Quel que soit le type de diabète, 1 ou 2.

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

Maladies psychiatriques et traitements psychotropes. 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). Les traitements psychotropes chroniques (au moins 3 délivrances) comprennent les traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques. Ce sous-groupe exclut les personnes ayant un diagnostic psychiatrique repérable via une hospitalisation ou une affection de longue durée récente (traitement dit « hors pathologies »).

Attention : les traitements nicotiques de substitution sont pris en compte pour le repérage des troubles addictifs s'ils sont délivrés au moins trois fois dans l'année, afin de cibler les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. La facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 peut expliquer au moins partiellement une hausse de prévalence des troubles addictifs sur cette période.

Maladies neurologiques. Ce groupe comprend les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, les lésions médullaires, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques. Ce groupe comprend notamment, sans toutefois les distinguer, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe mais dans le groupe ci-dessous.

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

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

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

Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes. Personnes avec une ALD autre que les pathologies mentionnées ci-dessus. Les ALD hors liste (n°31) et pour multimorbidité (n°32) sont prises en compte.

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

Hospitalisations hors pathologies repérées. Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins un séjour dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en hospitalisation à domicile pour des motifs qui ne correspondent pas aux autres 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.

Hospitalisation pour Covid-19. Ce groupe comprend les personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète pour Covid-19 au cours de l'année, dans un établissement de MCO ou de SMR. 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.

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

Pas de pathologie repérée. Ce groupe comprend les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc a priori n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...).

Les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/content/methode-detaillee-du-reperage-des-pathologies-episodes-de-soins-ou-traitements>

Les deux composantes de la dépense totale : la dépense moyenne individuelle et l'effectif de personnes

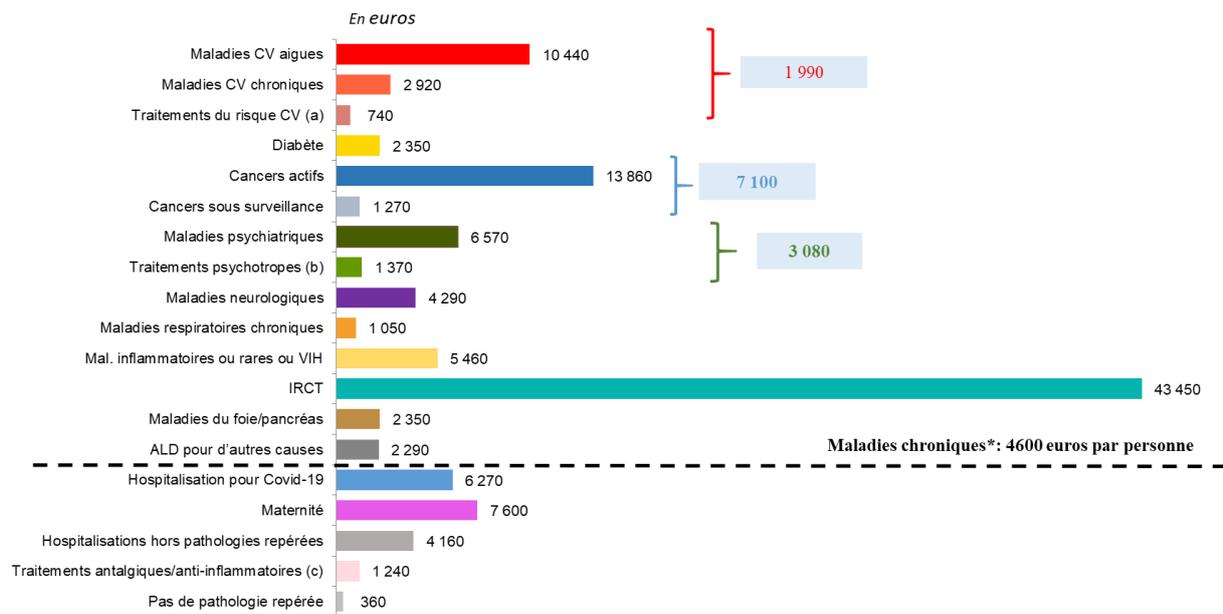
La dépense remboursée totale, le nombre de personnes traitées et la dépense moyenne individuelle par patient sont étroitement liés, la première étant dépendante des deux suivants. La dépense moyenne individuelle la plus faible concerne les personnes sans pathologies repérées par les algorithmes avec seulement 360 euros par patient, quand la plus forte concerne l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) avec 43 350 euros par patient (Figure 3). L'effectif le plus élevé concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes, avec 37,9 millions de personnes, quand l'effectif le plus faible concernent l'IRCT avec seulement 100 700 patients concernés (Figure 2 et Figure 4).

Deux principaux groupes de pathologies se distinguent. Les MCV aiguës, les cancers actifs et les maladies psychiatriques présentent une dépense moyenne individuelle parmi les plus élevées et un nombre de patients faible, alors que les MCV chroniques et les traitements psychotropes ont une dépense moyenne individuelle faible et un nombre de patients relativement élevé (Figure 4).

Les hospitalisations hors pathologies repérées se démarquent avec un effectif très élevé (9,9 millions de patients) et une dépense individuelle moyenne élevée (4 160 euros), conférant de ce fait un poids économique important à cette catégorie.

Un autre groupe de pathologies se distingue avec à la fois une dépense moyenne individuelle et un nombre de patients concernés faibles. Il comprend les maladies du foie et du pancréas, les ALD pour d'autres pathologies que celles repérées par la cartographie et les cancers sous surveillance.

Figure 3 : Répartition de la dépense moyenne individuelle remboursée en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 4 600 euros en moyenne par bénéficiaire



(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT (b) Hors maladies psychiatriques (c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations *les embolies pulmonaires sont enlevées

Champ : tous régimes - France entière Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

Les grands postes de dépenses (hospitalisations, soins de ville, prestations en espèces)

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (

Figure 5). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les MCV aiguës (82 %), l'IRCT (68 %), les maladies psychiatriques (66 %) et les cancers actifs (62 %) et expliquent les niveaux élevés de la dépense moyenne individuelle pour ces pathologies. Ces dépenses sont aussi logiquement importantes pour les hospitalisations pour Covid-19 (87 % de la dépense individuelle moyenne).

Les soins de ville concernent la majorité des dépenses affectées au diabète (85 % de la dépense moyenne par individu), au traitement du risque vasculaire en prévention primaire (78 %), aux « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (75 %), aux cancers sous surveillance (70 %), aux personnes sans pathologie repérée (66 %), aux maladies respiratoires chroniques (63 %) et aux maladies neurologiques (63 %).

Enfin, les prestations en espèces ont un poids important dans les dépenses en lien avec la maternité (43 %) ou pour les traitements chroniques par psychotropes (44 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (40 %).

Figure 4 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2022 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins

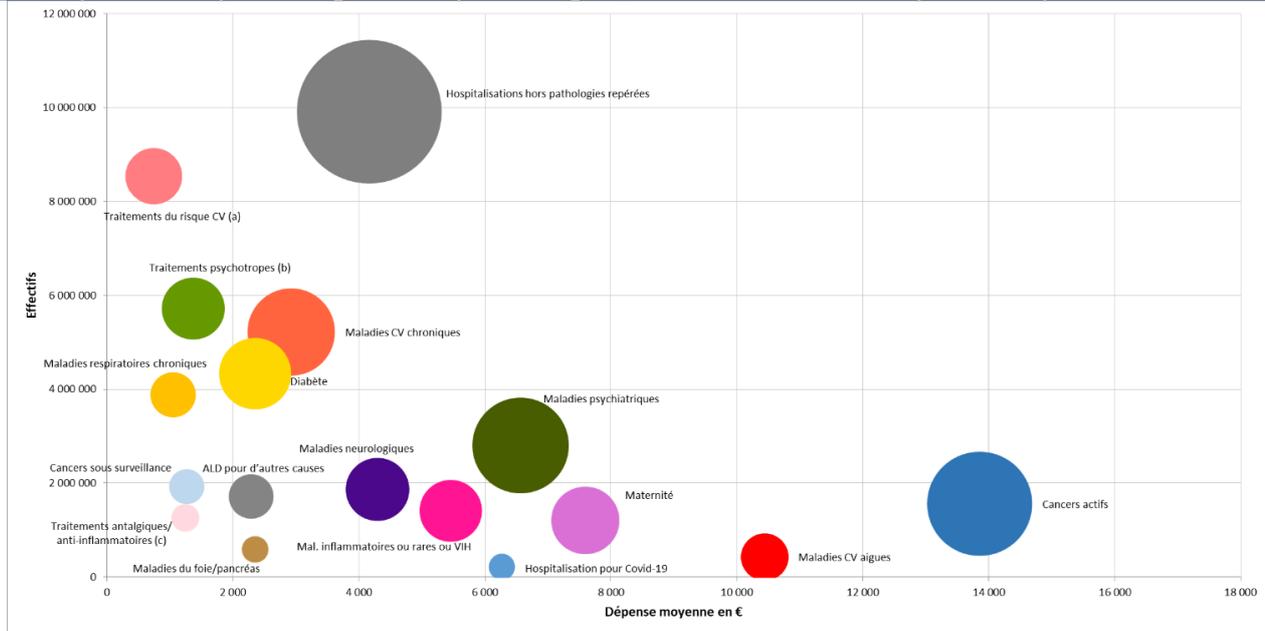
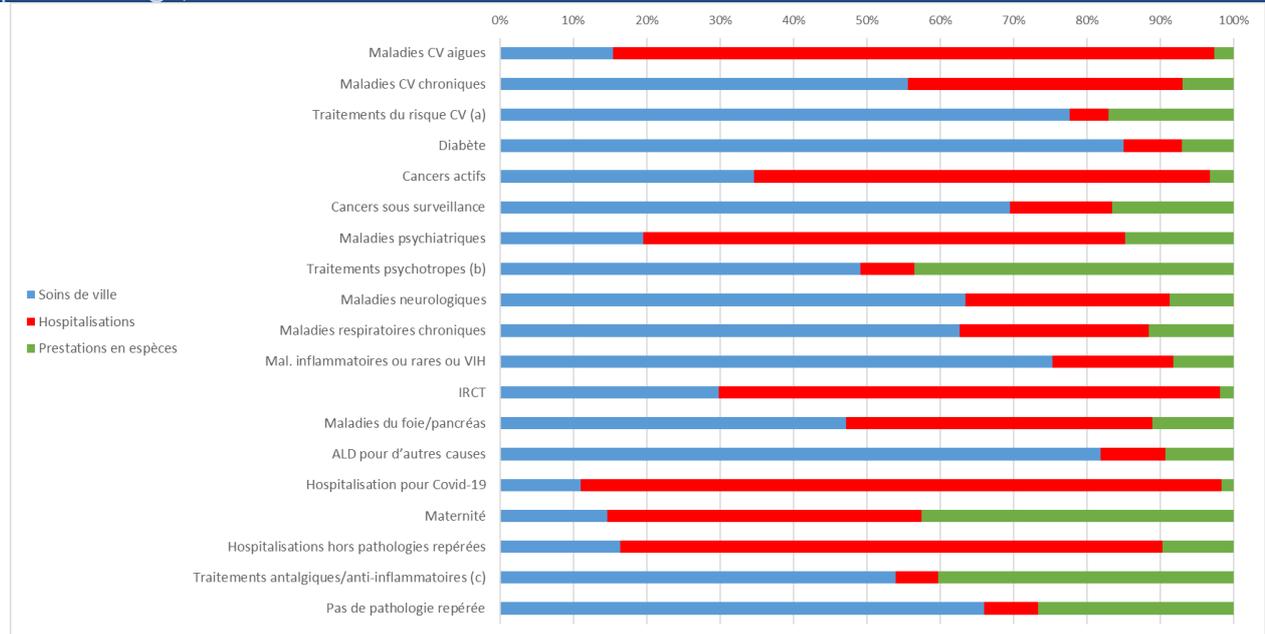


Figure 5 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, en 2022 (en pourcentage)



III.1 Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie

Quelle que soit la période, l'interprétation des évolutions d'effectifs et de dépenses doit tenir compte de plusieurs mécanismes parmi lesquels :

- les modifications de la prise en charge, de l'organisation des soins ou des tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes individuelles par patient ;
- l'augmentation du nombre de personnes assurées et le vieillissement de la population, conduisant à une augmentation de la fréquence des maladies chroniques chez les personnes âgées et de la polypathologie
- les conséquences de chocs exogènes tels que la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur la consommation, le recours aux soins et la santé de la population française.

En 2022, une stabilisation de l'effectif total autour de 68,7 millions

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a augmenté de 4,5 millions entre 2015 (64,1 millions) et 2022 (68,7 millions), soit + 1,1 % par an en moyenne. Les effectifs de patients atteints de maladies chroniques sont de 24,4 millions en 2022 (+410 000 relativement à 2021 et +1 560 000 relativement à 2015).

Les évolutions annuelles de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins diffèrent fortement selon la période considérée. Jusqu'en 2019, l'évolution des effectifs était relativement constante, elle oscillait entre +0,34 % et +0,76 %. Entre 2019 et 2020, la première période de confinement ayant fortement limité les possibilités de consultation, elle était beaucoup moins importante avec seulement + 0,19 %, et on dénombrait alors 65,9 millions de personnes en 2020. En 2021, le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a fortement augmenté (+ 3,9 %, correspondant à 2,6 millions de personnes supplémentaires). Cette forte évolution s'explique probablement par l'augmentation tendancielle de l'effectif de la population et par une augmentation du nombre de personnes ayant eu recours à des soins, soit du fait de la reprise d'un suivi médical, soit d'un rattrapage de soins non réalisés en 2020, soit de soins liés à la Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations) chez des personnes qui n'auraient pas eu recours aux soins en l'absence de pandémie. En 2022, la croissance des effectifs a fortement ralenti avec une évolution faible de + 0,29 %, conduisant ainsi l'effectif à un niveau proche de celui de 2021. Cette évolution traduit très probablement la moindre intensité de l'épidémie de Covid-19 en 2022 comparativement aux années 2020 et 2021 (nombreux cas d'Omicron en début d'année 2022, mais avec moins d'hospitalisations). Le nombre de personnes estimées n'avoir consommé que des soins de ville en lien avec la Covid-19 en 2021 était de 1,99 millions, il n'était ainsi plus que de 1,32 millions en 2022.

Une augmentation de la dépense totale en sept ans de 40,3 milliards d'euros, marquée par un ralentissement en 2022

Entre 2015 et 2022, les remboursements totaux de soins dans le champ de la cartographie pour l'ensemble des régimes a augmenté de 40,3 milliards d'euros (soit + 26,8 % en sept ans, + 4,0 % par an en moyenne). De fortes disparités sont observées dans les évolutions annuelles de ces remboursements. Elles étaient supérieures à + 2,0 % avant la pandémie et atteignaient jusqu'à 11,5 % en 2021 (correspondant à + 18,9 milliards d'euros), pour ralentir en 2022 (+ 3,6 %, soit + 6,6 milliards d'euros).

La **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** présente l'évolution, entre 2015 et 2022, de la dépense totale remboursée pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, avec les évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. De manière cohérente avec ce qui précède, le premier constat est la tendance à la hausse de la dépense remboursée totale (26,8 %), sur la totalité de la période, pour la quasi-totalité des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins. Les pathologies qui contribuent le plus à l'accroissement de la dépense entre 2015 et 2022 sont les cancers actifs (5,3 % sur 26,8 %), les hospitalisations hors pathologies repérées (3,6 %), les maladies psychiatriques (2,6 %) et les maladies CV chroniques (2,3 %). Enfin, les personnes sans pathologies repérées par les algorithmes contribuent à hauteur de 2,9 %.

Un second constat global est visible : pour la majeure partie des pathologies, le niveau de la dépense totale stagne, voire diminue en 2020, pour rebondir fortement à la hausse dès 2021, probablement en raison du rattrapage de soins non réalisés en 2020 et de l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés au Covid-19 (dépistage et vaccination). En 2022, ces tendances se poursuivent, à des rythmes moindres.

Seules les dépenses affectées aux maladies du foie et du pancréas diminuent sur la période, du fait des nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C, avec une baisse des effectifs (le traitement est curatif) et des prix (baisse de tarifs sur la période) pour les patients nouvellement traités.

Les traitements antalgiques et anti-inflammatoires se distinguent avec une dépense totale qui augmente depuis la pandémie, alors qu'elle diminuait entre 2016 et 2020 du fait d'une baisse des effectifs. Avant 2020, les nombreuses actions mises en place pour lutter contre le mésusage de la codéine chez les jeunes a effectivement contribué à la baisse du nombre de personnes traitées (recommandations, communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017). Depuis 2020, on assiste à une augmentation des effectifs, notamment en lien avec la persistance des vagues épidémiques de Covid-19. Quant à la dépense moyenne individuelle, elle a augmenté fortement, de plus de + 20 %, en 2020 et diminue ensuite ces deux dernières années autour de -5 %.

Les plus fortes évolutions à la hausse répertoriées en 2022, relativement à 2021, concernent les hospitalisations hors pathologies repérées (+1 949 M€), les cancers actifs (+1 373M€), les maladies psychiatriques (+1 072M€), les « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (+732 M€), le diabète (+667M€), les maladies CV chroniques (+551M€).

Pour le diabète, la hausse de la dépense totale (+667M€, +7,0 %) s'explique par une évolution proportionnellement plus importante des effectifs (+4,4 %) que de la dépense moyenne individuelle (+2,5 %). Inversement, pour les maladies psychiatriques et les « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH », l'évolution de la dépense moyenne individuelle est plus importante en proportion (+4,6 % pour les premières et +6,8 % pour les secondes) que celle des effectifs (environ +1,3 % pour les premières et +3,4 % pour les secondes). En niveau, pour les maladies rares, elle atteint jusqu'à 2 700€, dont 2 500€ sont affectés aux médicaments. Enfin, pour les hospitalisations hors pathologies repérées, les cancers actifs et les maladies CV chroniques, les deux composantes évoluent de manière quasi équivalente entre 2021 et 2022 (s'agissant des hospitalisations hors pathologies repérées, +2,6 % pour les effectifs et +2,3 % pour la dépense individuelle, s'agissant des cancers actifs, +3,8 % pour les effectifs et +2,9 % pour la dépense individuelle, s'agissant des maladies CV chroniques, +1,4 % pour les effectifs et +2,3 % pour la dépense individuelle).

Une baisse considérable de la dépense remboursée totale en 2022 pour les soins en lien avec la Covid-19

Quelques pathologies, à l'inverse des précédentes, voient le niveau de leur dépense totale remboursée diminuer sur la dernière année. Les baisses les plus importantes concernent en particulier les hospitalisations pour prise en charge de la Covid-19 (- 900M€) et les personnes ayant bénéficié de remboursements pour d'autres raisons que celles répertoriées par les algorithmes de la cartographie, les nommées « Pas de pathologie repérée », (- 353M€). Les évolutions des dépenses de ces deux catégories sont directement liées à l'évolution de la pandémie. En 2022, le nombre de personnes hospitalisées pour Covid-19 a diminué de près de 10 %, quand il avait augmenté de près de 25 % l'année précédente. La dépense moyenne individuelle de ces prises en charge a, quant à elle, également diminué, probablement parce que les cas pris en charge étaient moins graves. Le constat est identique pour les assurés n'ayant « pas de pathologie repérée ». Le rapport précédent expliquait que la forte hausse de la dépense totale remboursée en 2021 était imputable aux prises en charge des soins de ville liés à la Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations). En 2022, la pandémie ayant ralenti, le recours aux soins de ville qui y sont associés a lui aussi ralenti.

Une hausse de la dépense remboursée pour la prise en charge de maladies respiratoires chroniques qui se poursuit

La dépense remboursée pour les personnes repérées par l'algorithme « maladies respiratoires chroniques » a augmenté de manière plus importante en 2021 (+6%) et en 2022 (+10%) par rapport à la période pré-pandémie (croissance annuelle moyenne de 1% sur la période 2015-2019). Cette augmentation des dépenses est attribuée en 2021 à une dépense moyenne par individu plus élevée, et en 2022 principalement à une augmentation du nombre de personnes identifiées. Il s'agit majoritairement de personnes nouvellement identifiées par cet algorithme en 2022 et repérées par la consommation répétée de bronchodilatateurs plutôt que par les séjours hospitaliers ou les ALD. Il sera important de suivre à moyen terme la prévalence et l'incidence des maladies respiratoires chroniques, notamment chez les enfants et les personnes âgées, en tenant compte des conséquences de la pandémie de Covid-19, directes ou liées aux modifications des vagues épidémiques des autres virus respiratoires.

III.1.1 Les cancers

En 2022, la dépense pour les cancers actifs est élevée en raison d'une dépense moyenne par patient élevée

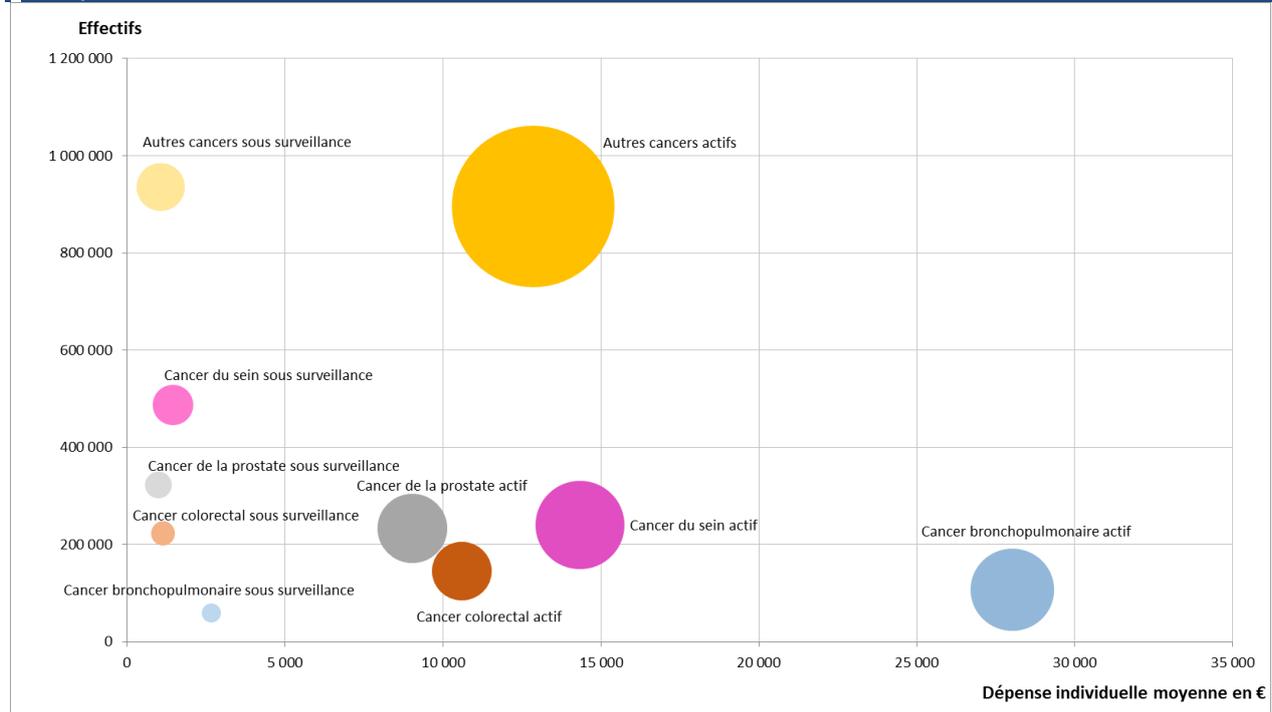
En 2022, les dépenses totales sont plus élevées pour les cancers en phase active (21,6 milliards d'euros) que pour les cancers sous surveillance (2,4 milliards d'euros). Les cancers du sein actifs ont la dépense totale la plus importante avec 3,5 milliards d'euros. Suivent les cancers broncho-pulmonaires actifs avec 3,0 milliards d'euros, les cancers de la prostate actifs avec 2,1 milliards d'euros et les cancers colorectaux actifs avec 1,5 milliards d'euros. La dépense totale de la catégorie « autres cancers actifs » est de 11,5 milliards d'euros.

La dépense totale pour les cancers actifs s'explique largement par une dépense moyenne individuelle élevée (Figure 6) : 28 000 euros en moyenne pour les 107 000 patients pris en charge pour le cancer broncho-pulmonaire actif ; 14 340 euros en moyenne pour les 240 000 patientes prises en charge pour le cancer du sein actif ; 10 600 euros en moyenne pour les 145 000 patients pris en charge pour le cancer colorectal actif ; 9 000 euros en moyenne pour les 232 900 patients pris en charge pour le cancer de la prostate actif ; 12 900 euros en moyenne pour les 900 000 patients pris en charge pour un autre cancer actif.

A l'inverse, s'agissant des cancers sous surveillance, la dépense totale s'explique plutôt par des effectifs élevés, la dépense moyenne individuelle étant, comme attendu, bien moindre que pour les cancers actifs correspondants. Le cancer broncho-pulmonaire sous surveillance correspondant à une dépense moyenne individuelle de 2 670 euros pour 60 000 patients ; 1 460 euros en moyenne pour 487 000 patientes surveillées pour un cancer du sein ; 1 130 euros en moyenne pour 223 000 patients surveillés pour un cancer colorectal ;

1 000 euros en moyenne pour 323 000 patients surveillés pour un cancer de la prostate. Les autres types de cancers sous surveillance ont une dépense moyenne de 1 070 euros et concernent 935 800 patients.

Figure 6: Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2022 pour chaque cancers



Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

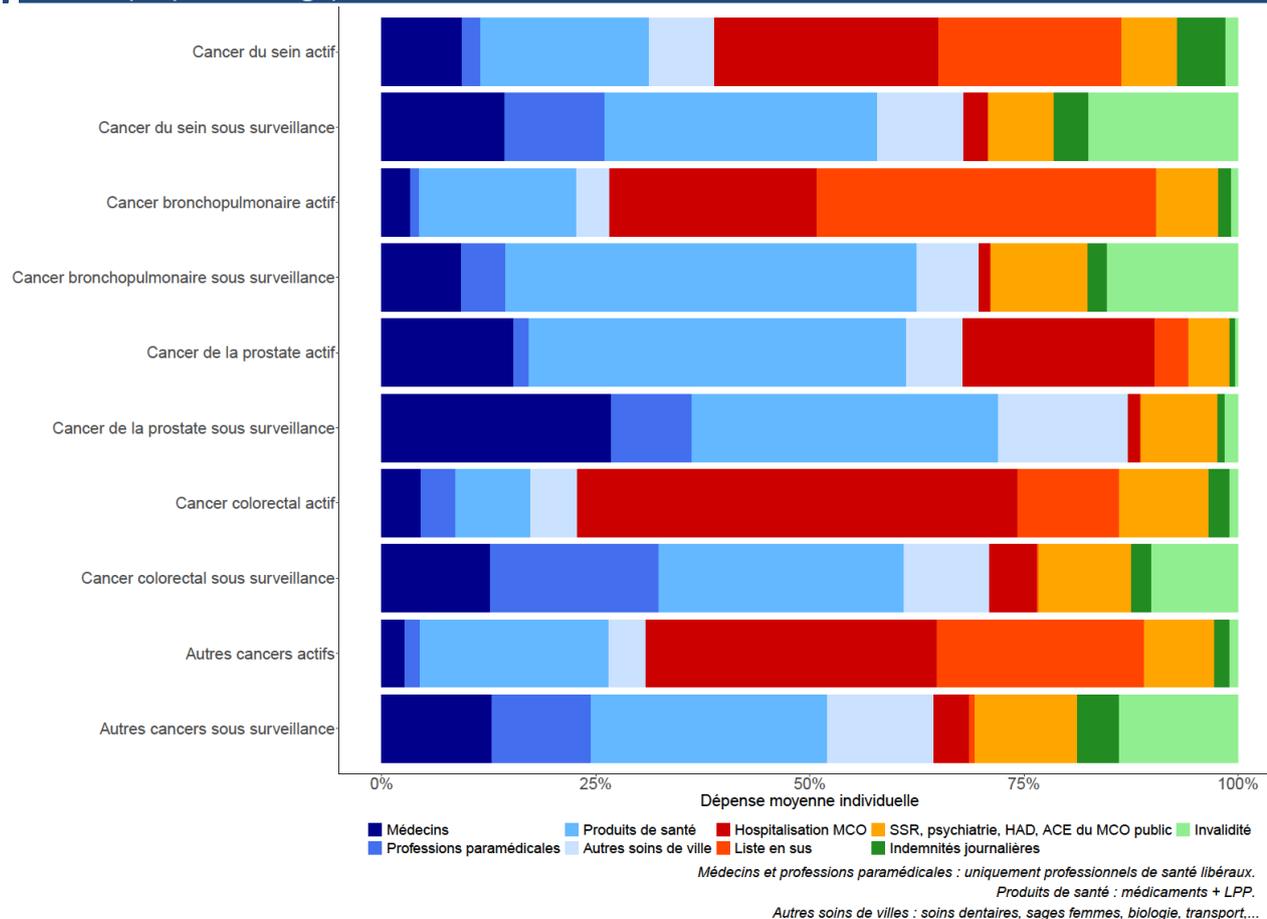
Champ : tous régimes - France entière Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

En 2022, la majorité des dépenses liées aux cancers actifs était consacrée à leur prise en charge hospitalière

La structure des dépenses est très différente selon que le cancer est actif ou sous surveillance (

Figure 7). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour la prise en charge des cancers actifs. La part de la liste en sus est particulièrement importante pour le cancer du sein actif, le cancer bronchopulmonaire actif et les autres cancers actifs. Les dépenses pour la prise en charge des cancers sous surveillance sont plutôt consacrées aux soins de ville, en particulier aux produits de santé (principalement des médicaments). En revanche, la structure des dépenses diffère peu selon la localisation du cancer. On observe aussi pour les cancers sous surveillance, mis à part le cancer de la prostate, une part non négligeable des prestations d'invalidité, traduisant probablement les difficultés de retour sur le marché de l'emploi des patients plus fréquentes à la suite d'un cancer.

Figure 7 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de cancer en 2022 (en pourcentage)



Entre 2021 et 2022, l'augmentation de la dépense pour les cancers actifs s'explique par une augmentation du nombre de patients davantage que par celle des dépenses moyennes individuelles

Depuis 2015, la dépense totale remboursée a augmenté pour les cancers actifs (+7,9 Md€, soit +58,5 %, pour atteindre 21,6 Md€ en 2022) comme pour les cancers sous surveillance (+750 millions d'euros, soit +44,4 % pour atteindre 2 445 millions d'euros en 2022). Une inflexion est toutefois visible dans cette tendance la première année de la pandémie (2020) pour les cancers actifs, traduisant, comme évoqué dans les rapports précédents, une prise en charge moindre cette année-là. La tendance à la hausse de la dépense totale s'observe aussi en 2022, sauf pour le cancer de la prostate sous surveillance dont la dépense baisse de 24 millions d'euros, soit -7 %, par rapport à 2021.

Pour tous les cancers actifs hormis le cancer colorectal, l'augmentation de la dépense entre 2021 et 2022 s'explique par une augmentation à la fois des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. A titre d'exemple, la dépense pour le cancer de la prostate actif a augmenté en 2022 de 271 millions d'euros, en raison d'une augmentation des effectifs de +7,8 % et de la dépense moyenne individuelle de +6,5 %. L'augmentation des effectifs est liée à une augmentation du nombre de cas pris en charge depuis 2021 correspondant probablement à un effet de rattrapage en lien avec la baisse du nombre des cas incidents observée en 2020 en raison des confinements. Le constat est identique sur l'évolution du nombre de cas incidents et de décès des autres cancers actifs.

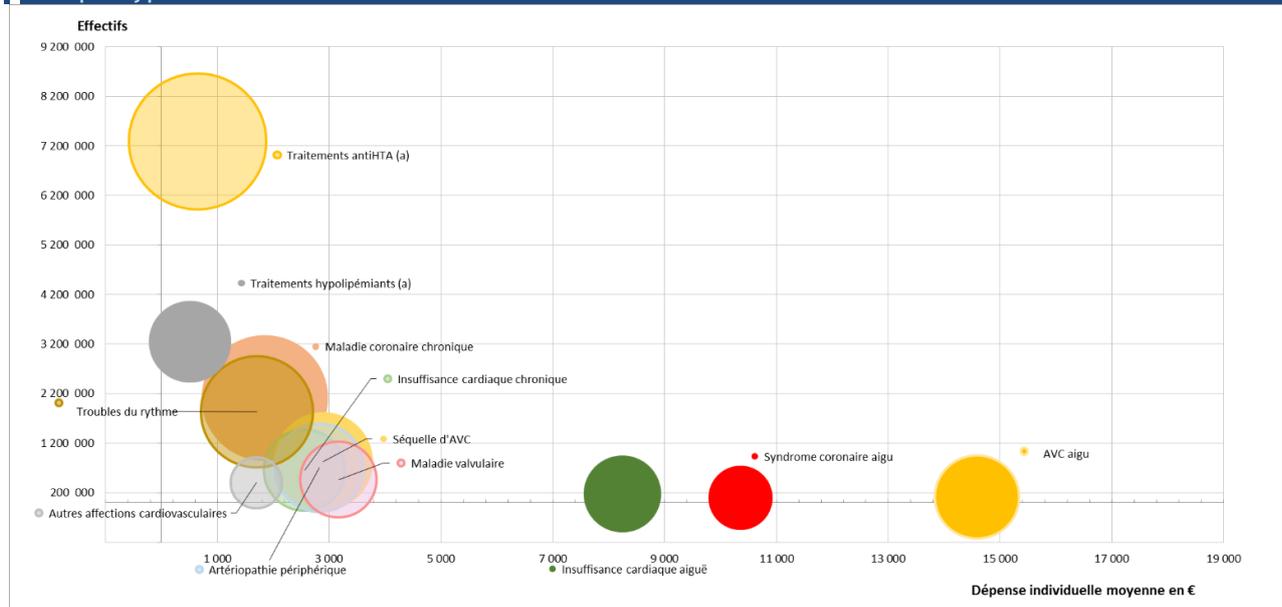
S'agissant de la dépense moyenne individuelle, l'évolution la plus importante entre 2021 et 2022 parmi les cancers actifs concerne le cancer broncho-pulmonaire avec +660 euros (soit +2,4%) et est fortement imputable aux produits de la liste en sus, des traitements médicamenteux dispensés en hospitalisation MCO, avec une augmentation de +327 euros, et aux médicaments dispensés en ville, avec +421 euros.

III.1.2 Les maladies et traitements cardio-neurovasculaires

En 2022, des dépenses remboursées totales importantes pour les traitements anti-hypertenseurs et les maladies CV chroniques du fait d'un nombre de patients élevé

Les traitements anti-hypertenseurs et les maladies CV chroniques ont les dépenses remboursées les plus importantes (entre 4,7 milliards d'euros pour les premiers et, par exemple, 3,9 milliards pour les maladies coronaires chroniques) en raison principalement d'effectifs pris en charge importants (respectivement 7,9 millions et 2,1 millions d'assurés), les dépenses moyennes individuelles étant parmi les plus faibles (entre 500 et 3 000 euros en moyenne par patient) (Figure). Ces dernières sont principalement consacrées aux soins de ville, en particulier les soins paramédicaux et les produits de santé (Figure 8). Enfin, la part de la liste en sus est plus importante pour les maladies valvulaires, vraisemblablement en raison de l'intégration progressive, depuis 2012 au sein de la liste en sus, des endoprothèses valvulaires.

Figure 9 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2022 pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire



(a) hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT.

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

En 2022, une dépense moins importante pour les MCV aiguës malgré le poids important des prises en charge hospitalières

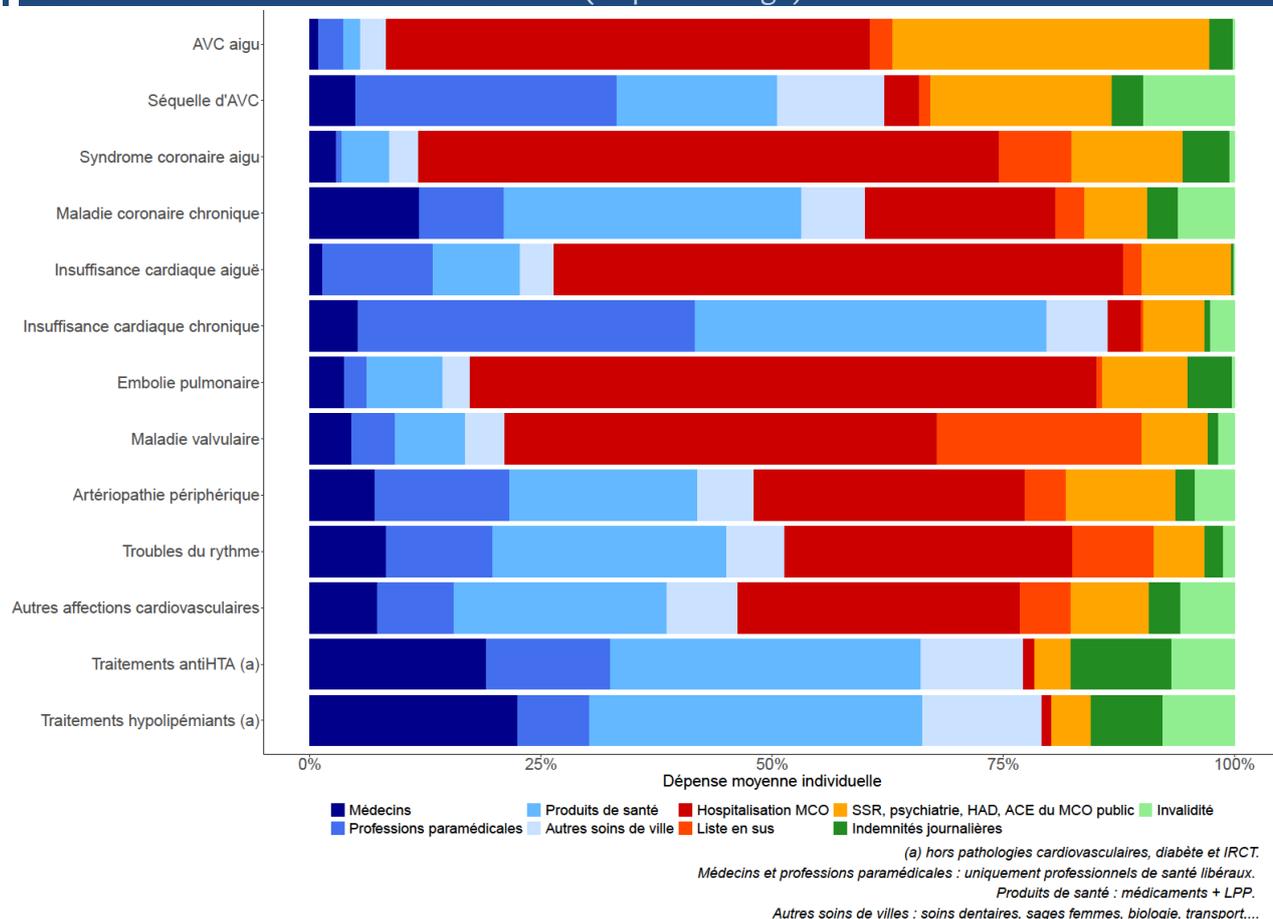
A l'inverse, les trois principales MCV aiguës que sont l'insuffisance cardiaque aiguë, le syndrome coronaire aigu et l'AVC aigu ont une dépense totale remboursée relativement faible (en moyenne entre 1 et 2 milliards d'euros) en raison d'effectifs pris en charge parmi les plus faibles de l'ensemble des maladies et traitements CV (entre 100 000 et 200 000). La dépense moyenne individuelle est toutefois importante (plus de 8 000 euros par an par patient) et davantage consacrée à la prise en charge hospitalière en MCO, mais aussi, dans une moindre mesure, dans d'autres types de structures hospitalières (en particulier en SMR, surtout pour les AVC) (Figure 8).

Entre 2021 et 2022, les dépenses pour les MCV chroniques et les traitements antihypertenseurs augmentent du fait de l'augmentation de la dépense par patient

Les évolutions observées depuis le début de la période sont semblables à celles des pathologies précédemment analysées. Depuis 2015, la dépense totale remboursée a ainsi augmenté sur l'ensemble des pathologies cardio-neurovasculaires, avec une inflexion l'année de la pandémie et un retour à l'évolution tendancielle des années précédentes, les années suivant la pandémie. Sur la dernière année, les évolutions les plus importantes concernent la maladie coronaire chronique, avec +195 millions d'euros, et les traitements

antihypertenseurs, avec +140 millions d'euros. Dans les deux cas, l'évolution s'explique par une évolution plus importante de la dépense moyenne individuelle en 2022 relativement à celle des effectifs, évolution de la dépense moyenne individuelle qui avait déjà été très dynamique en 2021.

Figure 8 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire en 2022 (en pourcentage)



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

La dépense totale remboursée en 2022 au titre du syndrome coronaire aigu et de l'insuffisance cardiaque aiguë diminue en raison d'une diminution des effectifs ...

Seules deux pathologies cardio-neurovasculaires, le syndrome coronaire aigu et l'insuffisance cardiaque aiguë voient leur dépense totale remboursée diminuer entre 2021 et 2022. Pour chacune d'elles, la baisse est imputable à la baisse particulièrement importante de leurs effectifs en 2022 de respectivement -3,6 % et -3,4 % après une forte hausse en 2021, quand la dépense moyenne individuelle augmente de +1,6 %. Cette baisse des effectifs en 2022 est observable sur les cas incidents (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

...Et alors même que leurs dépenses individuelles augmentent fortement

La dépense moyenne individuelle augmente fortement en 2022 pour les MCV aiguës relativement aux chroniques, avec jusqu'à + 408 euros pour les AVC aigus, +159 euros pour le syndrome coronaire aigu, contre au maximum +111 euros pour l'insuffisance cardiaque chronique (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les postes qui contribuent le plus à ces augmentations sont principalement les hospitalisations en séjour MCO et les hospitalisations en SMR.

Les cas à part de l'embolie pulmonaire et des traitements hypolipémiants

A l'inverse des autres MCV aiguës, la dépense totale de l'embolie pulmonaire stagne en 2022, alors qu'elle a augmenté durant la pandémie, possiblement en lien avec la sédentarité que les confinements ont impliquée

et la Covid-19 elle-même. Les effectifs ont en effet chuté en 2022 (alors qu'ils augmentaient les années précédentes), avec un nombre de cas incidents en baisse constante depuis 2020.

L'évolution de la dépense associée aux traitements hypolipémiants est très particulière, avec une baisse régulière sur la période 2015-2020 (taux de croissance annuel moyen d'environ -4%) puis une hausse importante pour les années 2021 et 2022 (environ +15% et +10% respectivement). Cette hausse traduit les évolutions de la prise en charge du risque vasculaire à la suite de l'actualisation, en 2019, des recommandations internationales du traitement des dyslipidémies. Les nouvelles définitions des catégories de risque, des valeurs cibles à atteindre et des stratégies médicamenteuses correspondantes, ont entraîné une augmentation aussi bien du nombre de patients traités, visible par la nette augmentation des personnes nouvellement prises en charge en 2021 et 2022, que de l'intensité des traitements prescrits.

III.1.3 Les maladies et traitements psychiatriques

En 2022, les troubles psychotiques et les troubles névrotiques et de l'humeur présentent une dépense parmi les plus élevées, principalement du fait des séjours hospitaliers

Au sein de la catégorie maladies et traitements psychiatriques, les maladies psychiatriques ont les dépenses remboursées totales les plus importantes, en particulier pour les troubles psychotiques (5,4 milliards d'euros) et les troubles névrotiques et de l'humeur (7,2 milliards d'euros). Elles concernent 2,8 millions de personnes et correspondent à une dépense moyenne individuelle élevée (6580 euros et jusqu'à 11 100 euros pour les troubles psychotiques). Plus de 50 % de la dépense moyenne individuelle des maladies psychiatriques est affectée à la prise en charge hospitalière hors MCO, en établissement psychiatrique (Figure 9).

En 2022, une dépense moins importante pour les traitements psychotropes malgré des effectifs pris en charges élevés

A l'inverse des maladies psychiatriques, les dépenses moyennes individuelles liées aux traitements psychotropes chroniques chez les personnes sans diagnostic psychiatrique codé dans le SNDS sont plus faibles (entre 870 euros pour les traitements hypnotiques et 1 100 euros pour les antidépresseurs) (Figure). Le niveau élevé de la dépense totale remboursée au titre des traitements anxiolytique et antidépresseur (respectivement 2,8 milliards d'euros et 3,6 milliards d'euros) s'explique par un nombre de patients élevé (un peu plus de 3 millions). Pour les patients traités par traitements psychotropes, la dépense est principalement composée de remboursements des produits de santé (entre 22 % et 25 %), des soins paramédicaux (entre 10 % et 20 %) et, excepté pour les traitements neuroleptiques, des indemnités journalières (de 20 % à 36 %). La dépense associée aux traitements neuroleptiques, quant à elle, est davantage consacrée au financement d'une pension d'invalidité (21 %) qu'à celui d'indemnités journalières (6 %), ce qui la distingue des autres pathologies et traitements psychiatriques.

Figure 11 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2022 pour chaque maladies et traitements psychiatriques

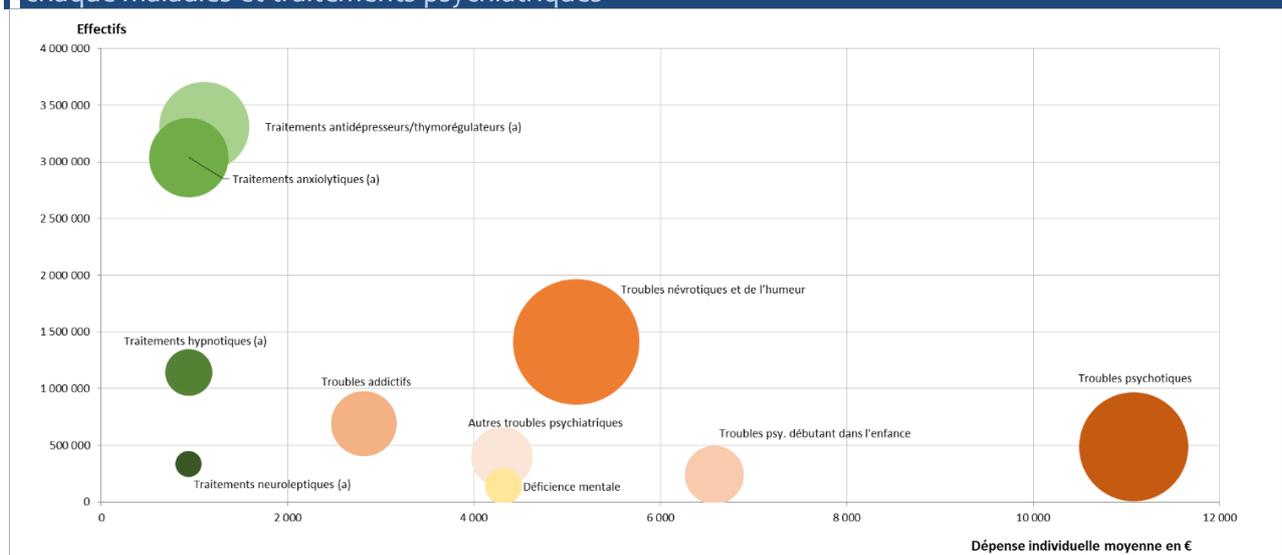
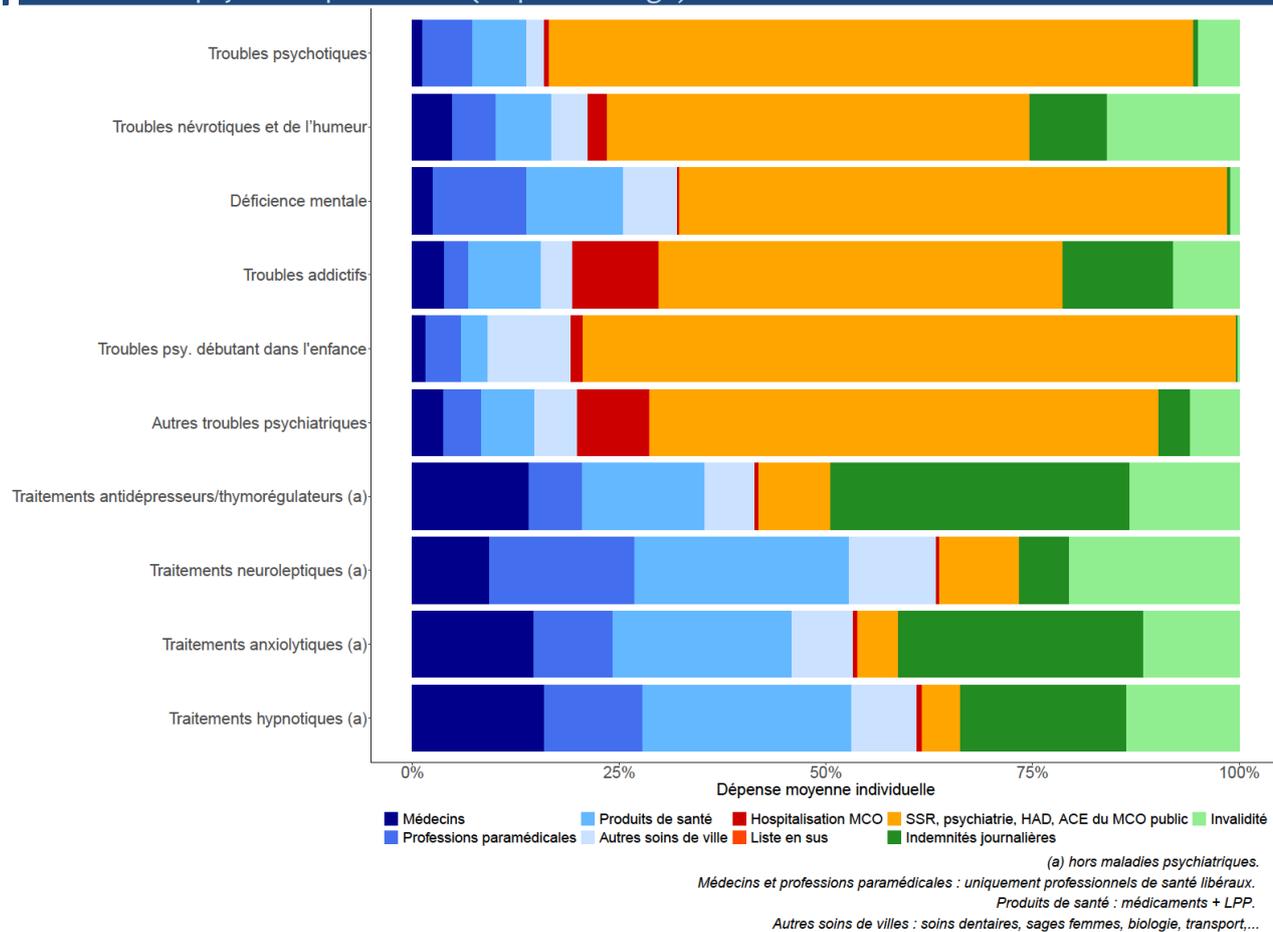


Figure 9 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement psychiatrique en 2022 (en pourcentage)



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

Entre 2021 et 2022, la dépense pour les maladies psychiatriques augmente en lien avec l'augmentation de la dépense hospitalière moyenne par patient

Depuis 2015, on observe une augmentation de la dépense totale remboursée pour la quasi-totalité des pathologies et traitements psychiatriques, accompagnée d'une inflexion l'année de la pandémie. La dernière année, la dépense totale de toutes les maladies psychiatriques augmente, jusqu'à +538 millions d'euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur et +265 millions d'euros pour les troubles psychotiques. Dans les deux cas, l'évolution de la dépense moyenne individuelle est supérieure à celle des effectifs. Leurs dépenses moyennes individuelles ont des niveaux bien supérieurs à ceux des traitements psychotropes et évoluent aussi plus fortement sur la dernière année, avec +511 euros pour les troubles psychotiques et +345 euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur, principalement en raison d'évolutions importantes des dépenses moyennes individuelles associées aux hospitalisations en psychiatrie (+500 euros en moyenne pour les troubles psychotiques et +281 euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur).

Entre 2021 et 2022, la dépense associée aux patients traités par antidépresseurs et thymorégulateurs augmente en lien avec les augmentations conjointes de leurs effectifs et de la dépense moyenne

Entre 2021 et 2022, parmi les traitements psychotropes, seuls les traitements antidépresseurs et thymorégulateurs (traitement des troubles bipolaires) connaissent, en 2022, une augmentation marquée de leur dépense totale avec +284 millions d'euros. Cette évolution est liée à l'évolution à la hausse de l'effectif de patients concernés depuis la pandémie, alors qu'elle était quasi nulle avant la pandémie, conjuguée à la poursuite de l'évolution de leur dépense moyenne individuelle. Dans l'ensemble, les traitements psychotropes ont connu une évolution du nombre de cas incidents plus importante depuis la pandémie qu'avant. La dépense moyenne individuelle associée aux indemnités journalières pour maladie ou ATMP contribue fortement à l'évolution de la dépense moyenne individuelle des traitements psychotropes, hors neuroleptiques. Ainsi,

quand la dépense moyenne individuelle associée aux traitements antidépresseurs et thymorégulateurs a augmenté de +47 euros entre 2021 et 2022, +35 euros proviennent du financement d'indemnités journalières maladie ou ATMP. Pour trois des traitements psychotropes (antidépresseurs et thymorégulateurs, anxiolytiques et hypnotiques), la dépense moyenne individuelle liée au financement des indemnités journalières est en constante augmentation depuis 2015.

Annexe 1 : Eléments-clefs de la méthode, dernières évolutions de la Cartographie, et précautions d'interprétation

Eléments-clefs de la méthode

Tous les régimes d'assurance maladie sont inclus (68,7 millions de personnes en 2022).

Seules les personnes ayant au moins une consommation de soins dans l'année sont incluses. Cela peut avoir des conséquences sur l'estimation de la prévalence des pathologies si un patient souffrant d'une pathologie ne consomme pas de soins dans l'année.

La période d'analyse couvre les années 2015 à 2022. L'exploitation des années antérieures n'est pas possible en raison de l'absence d'informations sur les affections de longue durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes.

58 pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, regroupés en 18 catégories, sont repérés. Une dix-neuvième catégorie concerne les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits dans les 18 catégories précédentes.

Les dépenses considérées sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

La totalité de ces dépenses est répartie entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins définis, sans double compte.

Chaque poste de dépense est réparti entre ces pathologies, soit directement pour chaque individu si un diagnostic est renseigné pour ce poste (séjours hospitaliers, indemnité journalière pour maternité), soit par pondération entre les pathologies de chaque combinaison de pathologies possible dans le cas contraire (soins de ville notamment).

La méthodologie de la cartographie évolue constamment. Les principales évolutions de cette version sont :

- Ajout des lésions médullaires (lésions de la moelle épinière), qui remplacent la paraplégie. L'algorithme de repérage a été adapté à partir de celui développé par l'IRDES, que nous remercions. La paraplégie sans cause retrouvée dans les données est désormais classée dans les « autres affections neurologiques ».

- Les troubles psychotiques aigus et transitoires ne sont plus considérés dans les troubles psychotiques (sous-entendu chroniques) mais dans les « autres affections psychiatriques ».

- Ajout des médicaments spécifiques dans les algorithmes de repérage de l'épilepsie et de la maladie coronaire chronique.

- Ajout des groupements homogènes de malades (codés lors d'hospitalisations) spécifiques dans l'algorithme de repérage de l'infection par le VIH.

- Les dépenses de l'hospitalisation à domicile sont désormais affectées aux pathologies en utilisant les diagnostics des séjours (affectation directe) plutôt que par pondération.

- Les indemnités journalières dérogatoires dispensées lors de la pandémie ne sont plus prises en compte dans le poste « indemnités journalières pour maladie et ATMP ».

- Des focus sur les maladies cardio-neurovasculaires, les cancers et les maladies psychiatriques seront désormais systématiquement présentés. Les figures et tableaux ont également été revus.

Précautions dans l'interprétation des résultats

L'interprétation des résultats de la cartographie nécessite certaines précautions. Premièrement, les différentes versions de la cartographie ne sont pas comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information, aux algorithmes de repérage des pathologies et à la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies et en raison des dépenses qui deviennent individualisables et qu'on peut alors associer à la prise en charge d'un patient ou l'inverse.

Deuxièmement, le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ne sont pas strictement superposables (Annexe 1).

Troisièmement, les coûts supplémentaires imputables à la pandémie, en particulier les tests antigéniques réalisés en pharmacie, la vaccination réalisée en dehors des centres de vaccination et les actes réalisés en laboratoire, tels que les PCR, accroissent de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle varie en fonction des pathologies. Il est probable que les recours aux autotests et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients et des professionnels de santé. La part des dépenses de soins de ville imputable à la prise en charge du Covid-19 a été estimée en 2022 à 5,7 % des dépenses de soins de ville et 2,5 % de la dépense totale. Aussi, il conviendra de garder à l'esprit cette estimation lors de l'interprétation des montants remboursés par pathologie.

Annexe 2: Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses

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

- les dépenses forfaitaires des professions médicales (telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), les forfaits patientèle ou les indemnités liées à la permanence des soins ambulatoires) ;
- les remises négociées sur le médicament entre le comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament.
- la prise en charge des cotisations sociales des professions médicales et auxiliaires ainsi que le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements ;
- les garanties de financement versées de 2020 à 2022 aux établissements hospitaliers ;
- les dotations aux établissements sociaux et médicosociaux ;
- les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, devenu Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé – FMIS – en 2021) ;
- les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé (Santé publique France – SPF, Haute Autorité de santé – HAS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM...);
- les dotations aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).
- les dépenses liées à la vaccination Covid-19 réalisée dans les centres de vaccination ne sont pas prises en compte dans les dépenses de cartographie. En revanche, les vaccinations réalisées par les professionnels de santé libéraux sont bien prises en compte et imputées au poste des professions libérales concernées (médecin généraliste, infirmier et poste « médicament » pour les pharmaciens). Par ailleurs, les dépenses associées à la réalisation des tests antigéniques (TAG) en pharmacie sont affectées au poste « médicament » dans la cartographie ainsi que dans le suivi de l'Ondam. L'achat des vaccins n'est intégré dans le champ des dépenses de la cartographie.
À l'inverse, les indemnités journalières maternité et les prestations d'invalidité, qui ne font pas partie du champ Ondam, sont comptabilisées dans le champ de la cartographie des pathologies et des dépenses.

Ces différences de champ sont à l'origine des écarts constatés, notamment pour les années 2020 à 2022, entre les évolutions des dépenses totales relevant du champ Ondam et les évolutions des dépenses affectées à la prise en charge des pathologies, traitements ou événements de santé présentées dans cette partie. En particulier, certaines ressources spécifiquement mobilisées pour répondre aux enjeux de la crise sanitaire, telles que les dispositifs de compensation financière de la perte d'activité pour les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux, les hausses de dotations à Santé publique France, aux établissements sanitaires et médicosociaux (achats de masques, de vaccins, de matériels de protection, de respirateurs, etc.), ne sont pas prises en compte dans le calcul des dépenses affectées aux pathologies, traitements ou événements de santé. Ainsi, si les dépenses totales dans le champ de l'Ondam ont augmenté de près de 3,0 % entre 2021 et 2022, les dépenses prises en compte dans le champ de la cartographie ont progressé de 3,6 % sur la même période.) :
quelles sont les pathologies les plus fréquemment prises en charge par le système de santé ? Quelles ressources financières sont mobilisées pour assurer ces soins ? Comment les dépenses progressent-elles ? Ces évolutions sont-elles liées au nombre de patients soignés ou à des changements dans les traitements et les processus de soins ? Quel est l'effet des innovations médicamenteuses sur le nombre de patients traités et les dépenses ? Quels sont les impacts des actions de régulation mises en œuvre ?

Depuis 2022, les données de la cartographie sont accessibles au grand public à travers un site open data interactif dédié, mis à jour chaque année¹.

Les principaux constats épidémiologiques et économiques des dernières années sont demeurés relativement semblables jusqu'en 2019, avec un poids important des maladies et traitements cardio-neurovasculaires (MCV), 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 cardio-neurovasculaires, diabète, etc.), ou une augmentation ponctuelle et brutale, liée à l'arrivée de nouveaux traitements coûteux (tels que ceux, par exemple, de la mucoviscidose).

Les dépenses ont fortement augmenté en 2021, avec +18,9 milliards d'euros, pour augmenter plus faiblement autour de 6,6 milliards d'euros en 2022. Les hausses de ces deux dernières années, particulièrement celle de 2021, s'expliquent par le rattrapage de soins non réalisés en 2020 et par l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés à la Covid-19 (dépistage et vaccination). En 2022, avec le déclin de la pandémie, les dépenses spécifiquement liées à la prise en charge des patients hospitalisés pour Covid-19 diminuent, comme détaillé plus loin, de même que celles liées aux dépistages et à la vaccination.

Dans une première partie sont décrits les effectifs et les dépenses associés pour la prise en charge des différentes pathologies en 2022 suivis d'une seconde partie sur leurs évolutions entre 2015 et 2022. Enfin, une troisième partie présente en détail les résultats relatifs aux cancers, aux MCV et aux maladies et traitements psychiatriques.

III.2 Les principales pathologies prises en charge en 2022 et leur coût

En 2022, 190,3 milliards d'euros ont été remboursés par l'ensemble des régimes pour la prise en charge de près de 68,7 millions de personnes (Figure 1). Les pathologies et traitements chroniques (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**) représentent 59 % de cette dépense (environ 112 milliards d'euros) et concernent 35 % de la

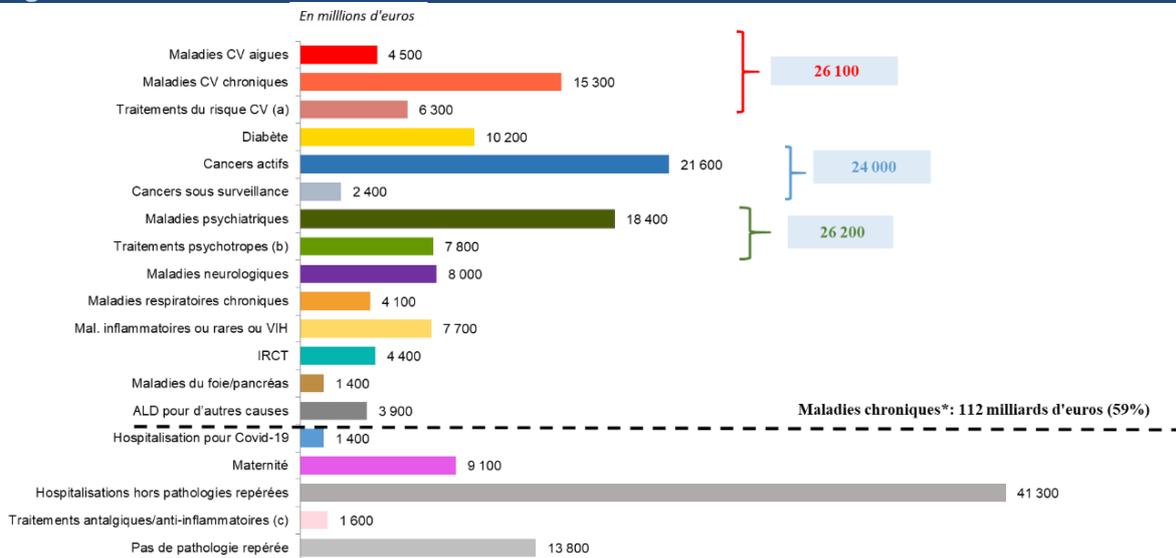
¹ La plateforme Data pathologies est accessible en ligne :

population (soit près de 24 millions de personnes pour l'ensemble des régimes) (Figure 2). À l'opposé, 55 % de la population ont reçu des soins sans avoir de pathologie repérée par les algorithmes de la cartographie. Les 10 % restant concernent la maternité, les hospitalisations pour Covid-19, les hospitalisations hors pathologies repérées et les traitements antalgiques ou anti-inflammatoires.

Quatre catégories de pathologies représentent plus de la moitié des dépenses remboursées :

- la part la plus importante concerne les hospitalisations hors pathologies repérées¹ : 41,3 milliards d'euros, soit 22 % des dépenses totales ;
- la santé mentale, si l'on regroupe les maladies psychiatriques et les traitements chroniques par psychotropes (dont les anxiolytiques et les hypnotiques), représente 26,2 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont les 2/3 concernent les maladies psychiatriques² ;
- la prise en charge des MCV atteint 26,1 milliards d'euros, soit 14 % des dépenses totales, dont 15,3 milliards d'euros sont affectés aux MCV chroniques, c'est-à-dire sans événement aigu dans l'année ;
- la prise en charge des cancers atteint 24,0 milliards d'euros, soit 13 % des dépenses totales, dont 21,6 milliards d'euros pour la prise en charge des cancers en phase active de traitement.

Figure 1 : Répartition des dépenses d'assurance maladie remboursées en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 190,3 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes



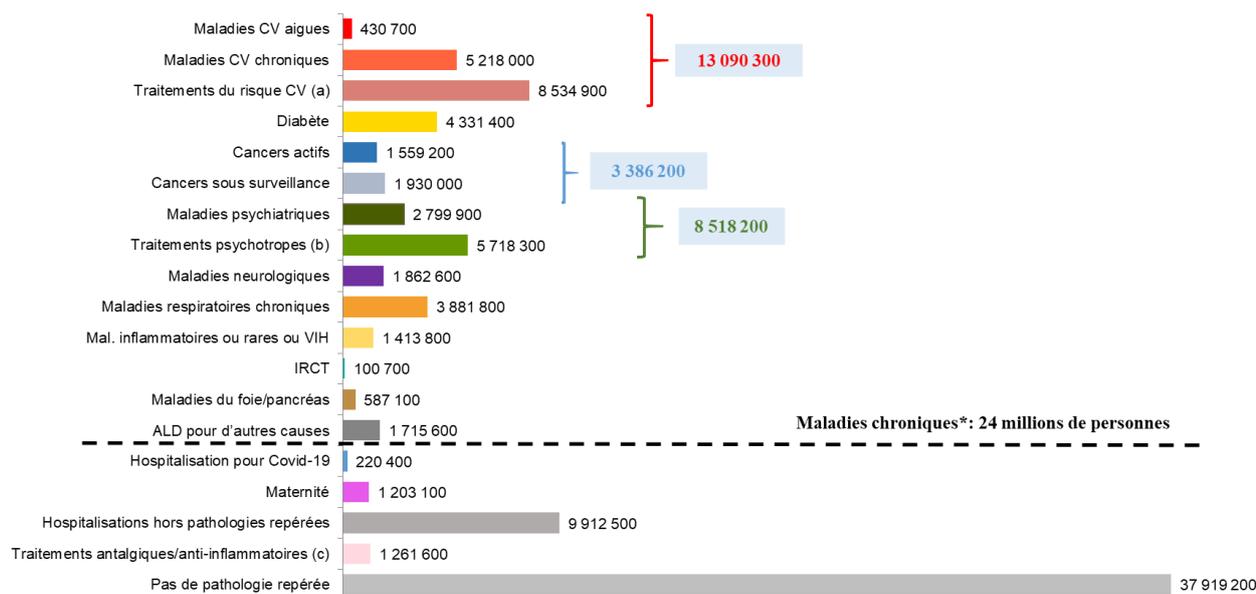
(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT (b) Hors maladies psychiatriques (c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations *les embolies pulmonaires sont enlevées

Champ : tous régimes - France entière Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

1 voir la définition dans l'Encadré 2 Erreur ! Source du renvoi introuvable..

2 c'est-à-dire identifiées par un diagnostic dans les données. Les personnes ayant un traitement chronique par psychotrope ont très probablement une maladie psychiatrique mais non identifiable. Voir Encadré 2.

Figure 2 : Nombre de bénéficiaires pris en charge pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins (68,7 millions de personnes au total), en 2022



(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT (b) Hors maladies psychiatriques (c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations *les embolies pulmonaires sont enlevées

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

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

Maladies cardio-neurovasculaires et traitements du risque cardiovasculaire (MCV). Ce groupe comprend les maladies coronaires (dont l'infarctus du myocarde), les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance cardiaque, l'artériopathie périphérique, les troubles du rythme ou de la conduction, les maladies valvulaires, l'embolie pulmonaire et les autres affections cardiovasculaires. On distingue les pathologies en phases aiguë et chronique (pour une pathologie donnée, seules les personnes n'ayant pas eu d'épisode aigu dans l'année sont considérées comme en phase chronique). Les traitements chroniques du risque CV sont définis par au moins 3 délivrances d'antihypertenseur ou d'hypolipémiant, en excluant les personnes avec une maladie CV, un diabète et une insuffisance rénale chronique terminale (traitement dit « hors pathologies »). Il s'agit donc probablement de patients traités pour la majorité en prévention primaire d'événements CV.

Diabète. Quel que soit le type de diabète, 1 ou 2.

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

Maladies psychiatriques et traitements psychotropes. 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). Les traitements psychotropes chroniques (au moins 3 délivrances) comprennent les traitements antidépresseurs et régulateurs de l'humeur, neuroleptiques, anxiolytiques et hypnotiques. Ce sous-groupe exclut les personnes ayant un diagnostic psychiatrique repérable via une hospitalisation ou une affection de longue durée récente (traitement dit « hors pathologies »).

Attention : les traitements nicotiques de substitution sont pris en compte pour le repérage des troubles addictifs s'ils sont délivrés au moins trois fois dans l'année, afin de cibler les personnes engagées dans une démarche de sevrage tabagique. La facilitation du recours à ces traitements à partir de 2018 peut expliquer au moins partiellement une hausse de prévalence des troubles addictifs sur cette période.

Maladies neurologiques. Ce groupe comprend les démences (notamment la maladie d'Alzheimer), la maladie de Parkinson, la sclérose en plaques, les lésions médullaires, la myopathie et la myasthénie, l'épilepsie et les autres affections neurologiques.

Maladies respiratoires chroniques. Ce groupe comprend notamment, sans toutefois les distinguer, l'asthme et la bronchopneumopathie chronique obstructive. La mucoviscidose n'est pas incluse dans ce groupe mais dans le groupe ci-dessous.

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

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

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

Affections de longue durée (dont 31 et 32) pour d'autres causes. Personnes avec une ALD autre que les pathologies mentionnées ci-dessus. Les ALD hors liste (n°31) et pour multimorbidité (n°32) sont prises en compte.

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

Hospitalisations hors pathologies repérées. Ce groupe comprend les personnes ayant eu au moins un séjour dans un établissement de médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), de soins médicaux et de réadaptation (SMR) ou en hospitalisation à domicile pour des motifs qui ne correspondent pas aux autres 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.

Hospitalisation pour Covid-19. Ce groupe comprend les personnes avec au moins un séjour en hospitalisation complète pour Covid-19 au cours de l'année, dans un établissement de MCO ou de SMR. 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.

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

Pas de pathologie repérée. Ce groupe comprend les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits ci-dessus, donc a priori n'ayant que des soins courants, ou des pathologies non repérées par ces algorithmes (maladies infectieuses, traumatismes légers, symptômes divers...).

Les algorithmes de repérage des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins sont détaillés dans le document méthodologique disponible en ligne : <https://www.assurance-maladie.ameli.fr/content/methode-detaillee-du-reperage-des-pathologies-episodes-de-soins-ou-traitements>

Les deux composantes de la dépense totale : la dépense moyenne individuelle et l'effectif de personnes

La dépense remboursée totale, le nombre de personnes traitées et la dépense moyenne individuelle par patient sont étroitement liés, la première étant dépendante des deux suivants. La dépense moyenne individuelle la plus faible concerne les personnes sans pathologies repérées par les algorithmes avec seulement 360 euros par patient, quand la plus forte concerne l'insuffisance rénale chronique terminale (IRCT) avec 43 350 euros¹ par patient (Figure 3). L'effectif le plus élevé concerne les personnes sans pathologie repérée par les algorithmes, avec 37,9 millions de personnes, quand l'effectif le plus faible concernent l'IRCT avec seulement 100 700 patients concernés (Figure 2 et Figure 4).

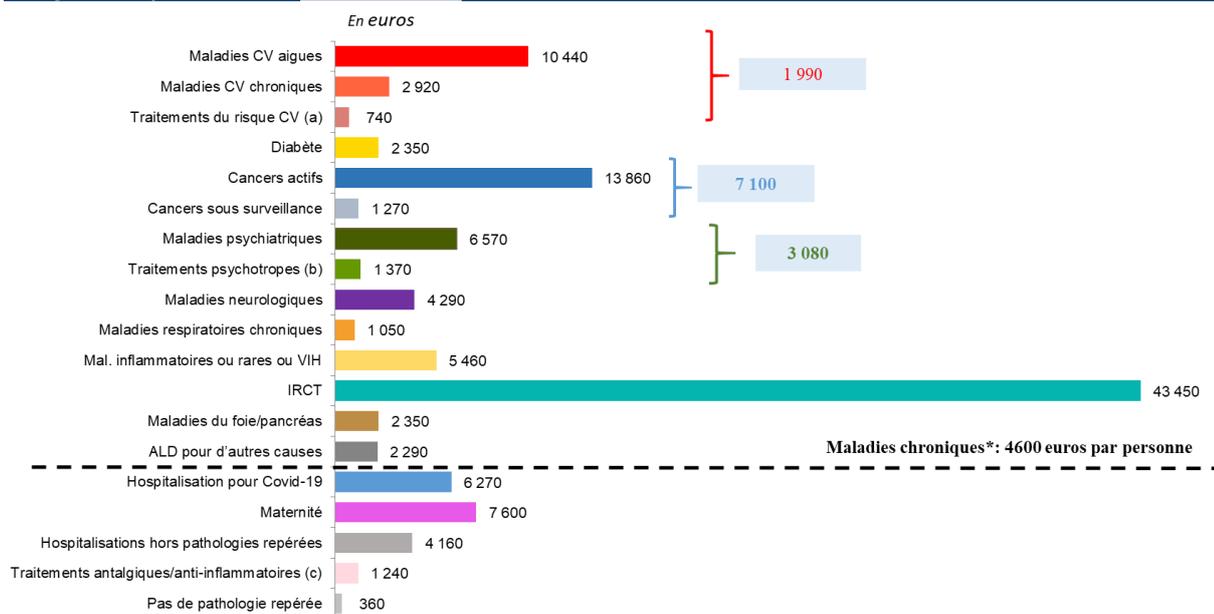
Deux principaux groupes de pathologies se distinguent. Les MCV aigües, les cancers actifs et les maladies psychiatriques présentent une dépense moyenne individuelle parmi les plus élevées et un nombre de patients faible, alors que les MCV chroniques et les traitements psychotropes ont une dépense moyenne individuelle faible et un nombre de patients relativement élevé (Figure 4).

Les hospitalisations hors pathologies repérées se démarquent avec un effectif très élevé (9,9 millions de patients) et une dépense individuelle moyenne élevée (4 160 euros), conférant de ce fait un poids économique important à cette catégorie.

Un autre groupe de pathologies se distingue avec à la fois une dépense moyenne individuelle et un nombre de patients concernés faibles. Il comprend les maladies du foie et du pancréas, les ALD pour d'autres pathologies que celles repérées par la cartographie et les cancers sous surveillance.

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

Figure 3 : Répartition de la dépense moyenne individuelle remboursée en 2022 par catégorie de pathologies, traitements chroniques et épisode de soins : 4 600 euros en moyenne par bénéficiaire



(a) Hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT (b) Hors maladies psychiatriques (c) hors pathologies, traitements, maternité ou hospitalisations *les embolies pulmonaires sont enlevées

Champ : tous régimes - France entière Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

Les grands postes de dépenses (hospitalisations, soins de ville, prestations en espèces)

La structure des dépenses est très différente selon les pathologies considérées (

Figure 5). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour les MCV aiguës (82 %), l'IRCT (68 %), les maladies psychiatriques (66 %) et les cancers actifs (62 %) et expliquent les niveaux élevés de la dépense moyenne individuelle pour ces pathologies. Ces dépenses sont aussi logiquement importantes pour les hospitalisations pour Covid-19 (87 % de la dépense individuelle moyenne¹).

Les soins de ville concernent la majorité des dépenses affectées au diabète (85 % de la dépense moyenne par individu), au traitement du risque vasculaire en prévention primaire (78 %), aux « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (75 %), aux cancers sous surveillance (70 %), aux personnes sans pathologie repérée (66 %), aux maladies respiratoires chroniques (63 %) et aux maladies neurologiques (63 %).

Enfin, les prestations en espèces² ont un poids important dans les dépenses en lien avec la maternité (43 %) ou pour les traitements chroniques par psychotropes (44 %) ou par antalgiques ou anti-inflammatoires (40 %).

1 Les proportions indiquées seraient exactement les mêmes en considérant la dépense totale plutôt que la dépense moyenne individuelle.

2 La composition détaillée des postes de dépenses est disponible en ligne : <https://www.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 4 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2022 pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins

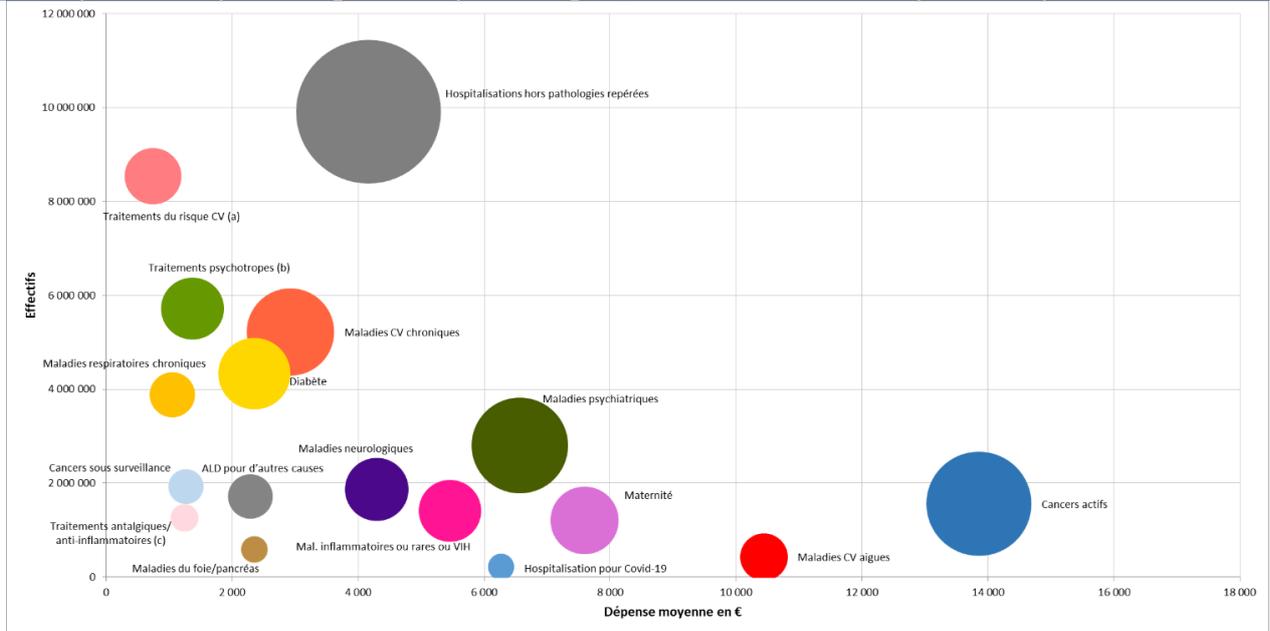
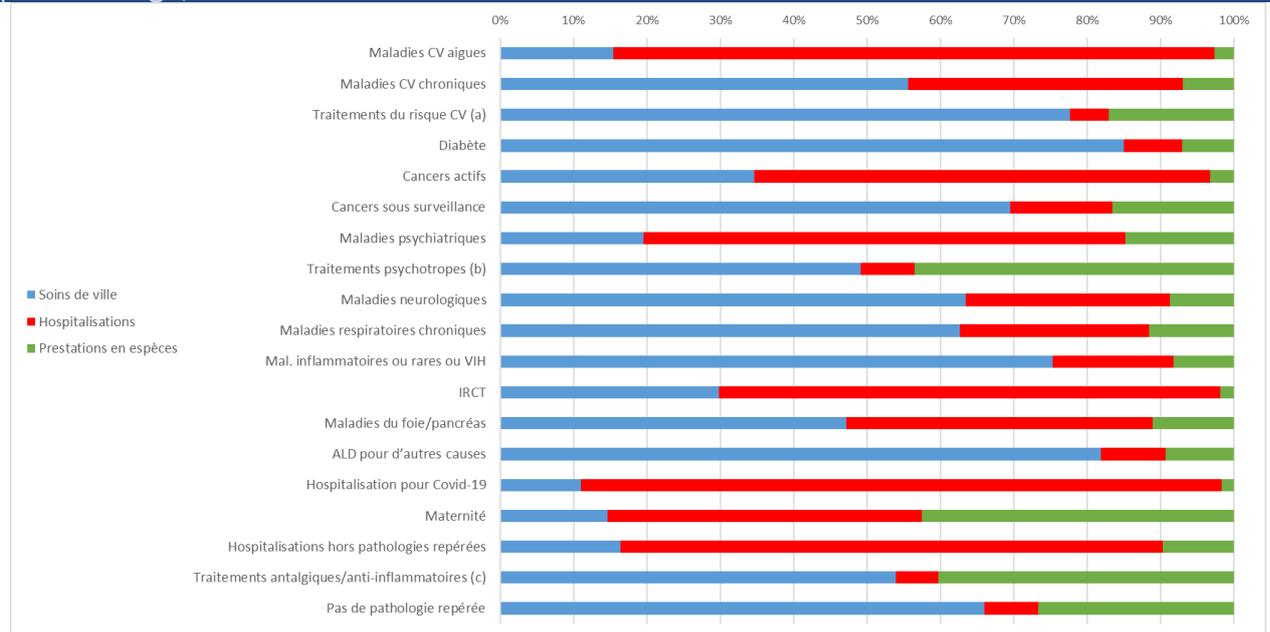


Figure 5 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, en 2022 (en pourcentage)



III.3 Les facteurs d'évolution des dépenses par pathologie

Quelle que soit la période, l'interprétation des évolutions d'effectifs et de dépenses doit tenir compte de plusieurs mécanismes parmi lesquels :

- les modifications de la prise en charge, de l'organisation des soins ou des tarifs entraînant des évolutions des dépenses moyennes individuelles par patient ;
- l'augmentation du nombre de personnes assurées et le vieillissement de la population, conduisant à une augmentation de la fréquence des maladies chroniques chez les personnes âgées et de la polyopathie
- les conséquences de chocs exogènes tels que la crise sanitaire liée à la Covid-19 sur la consommation, le recours aux soins et la santé de la population française.

En 2022, une stabilisation de l'effectif total autour de 68,7 millions

Le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a augmenté de 4,5 millions entre 2015 (64,1 millions) et 2022 (68,7 millions), soit + 1,1 % par an en moyenne. Les effectifs de patients atteints de maladies chroniques sont de 24,4 millions en 2022 (+410 000 relativement à 2021 et +1 560 000 relativement à 2015).

Les évolutions annuelles de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins diffèrent fortement selon la période considérée. Jusqu'en 2019, l'évolution des effectifs était relativement constante, elle oscillait entre +0,34 % et +0,76 %. Entre 2019 et 2020, la première période de confinement ayant fortement limité les possibilités de consultation, elle était beaucoup moins importante avec seulement + 0,19 %, et on dénombrait alors 65,9 millions de personnes en 2020. En 2021, le nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un remboursement de soins a fortement augmenté (+ 3,9 %, correspondant à 2,6 millions de personnes supplémentaires). Cette forte évolution s'explique probablement par l'augmentation tendancielle de l'effectif de la population et par une augmentation du nombre de personnes ayant eu recours à des soins, soit du fait de la reprise d'un suivi médical, soit d'un rattrapage de soins non réalisés en 2020, soit de soins liés à la Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations) chez des personnes qui n'auraient pas eu recours aux soins en l'absence de pandémie. En 2022, la croissance des effectifs a fortement ralenti avec une évolution faible de + 0,29 %, conduisant ainsi l'effectif à un niveau proche de celui de 2021. Cette évolution traduit très probablement la moindre intensité de l'épidémie de Covid-19 en 2022 comparativement aux années 2020 et 2021 (nombreux cas d'Omicron en début d'année 2022, mais avec moins d'hospitalisations). Le nombre de personnes estimées¹ n'avoir consommé que des soins de ville en lien avec la Covid-19 en 2021 était de 1,99 millions, il n'était ainsi plus que de 1,32 millions en 2022.

Une augmentation de la dépense totale en sept ans de 40,3 milliards d'euros, marquée par un ralentissement en 2022

Entre 2015 et 2022, les remboursements totaux de soins dans le champ de la cartographie pour l'ensemble des régimes a augmenté de 40,3 milliards d'euros (soit + 26,8 % en sept ans, + 4,0 % par an en moyenne). De fortes disparités sont observées dans les évolutions annuelles de ces remboursements. Elles étaient supérieures à + 2,0 % avant la pandémie et atteignaient jusqu'à 11,5 % en 2021 (correspondant à + 18,9 milliards d'euros), pour ralentir en 2022 (+ 3,6 %, soit + 6,6 milliards d'euros).

La **Erreur ! Source du renvoi introuvable.** présente l'évolution, entre 2015 et 2022, de la dépense totale remboursée pour chaque catégorie de pathologies, traitements chroniques ou épisode de soins, avec les évolutions annuelles des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. De manière cohérente avec ce qui précède, le premier constat est la tendance à la hausse de la dépense remboursée totale (26,8 %), sur la totalité de la période, pour la quasi-totalité des pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins. Les pathologies qui contribuent le plus à l'accroissement de la dépense entre 2015 et 2022 sont les cancers actifs (5,3 % sur 26,8 %), les hospitalisations hors pathologies repérées (3,6 %), les maladies psychiatriques (2,6 %) et les maladies CV chroniques (2,3 %). Enfin, les personnes sans pathologies repérées par les algorithmes contribuent à hauteur de 2,9 %.

Un second constat global est visible : pour la majeure partie des pathologies, le niveau de la dépense totale stagne, voire diminue en 2020, pour rebondir fortement à la hausse dès 2021, probablement en raison du rattrapage de soins non réalisés en 2020 et de l'intégration des coûts de prise en charge des soins de ville liés au Covid-19 (dépistage et vaccination). En 2022, ces tendances se poursuivent, à des rythmes moindres.

Seules les dépenses affectées aux maladies du foie et du pancréas diminuent sur la période, du fait des nouveaux traitements antiviraux de l'hépatite C, avec une baisse des effectifs (le traitement est curatif) et des prix (baisse de tarifs sur la période) pour les patients nouvellement traités².

Les traitements antalgiques et anti-inflammatoires se distinguent avec une dépense totale qui augmente depuis la pandémie, alors qu'elle diminuait entre 2016 et 2020 du fait d'une baisse des effectifs. Avant 2020, les nombreuses actions mises en place pour lutter contre le mésusage de la codéine chez les jeunes a effectivement contribué à la baisse du nombre de personnes traitées (recommandations³, communication auprès des médecins, pharmaciens et familles, et modification de la réglementation : tous ces médicaments sont délivrés sur prescription uniquement depuis juillet 2017)⁴. Depuis 2020, on assiste à une augmentation des effectifs, notamment en lien avec la persistance des vagues épidémiques de Covid-19. Quant à la dépense

1 Personnes n'ayant consommé que des produits en lien avec la Covid-19 (tests, vaccins, masques).

2 https://www.assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/2022-07_rapport-propositions-pour-2023_assurance-maladie_5.pdf

3 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 ».

4 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 : « Etat des lieux de la consommation des antalgiques opioïdes et leurs usages problématiques ».

moyenne individuelle, elle a augmenté fortement, de plus de + 20 %, en 2020 et diminue ensuite ces deux dernières années autour de -5 %.

Les plus fortes évolutions à la hausse répertoriées en 2022, relativement à 2021, concernent les hospitalisations hors pathologies repérées (+1 949 M€), les cancers actifs (+1 373M€), les maladies psychiatriques (+1 072M€), les « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH » (+732 M€), le diabète (+667M€), les maladies CV chroniques (+551M€).

Pour le diabète, la hausse de la dépense totale (+667M€, +7,0 %) s'explique par une évolution proportionnellement plus importante des effectifs (+4,4 %) que de la dépense moyenne individuelle (+2,5 %). Inversement, pour les maladies psychiatriques et les « maladies inflammatoires ou rares ou infection par le VIH », l'évolution de la dépense moyenne individuelle est plus importante en proportion (+4,6 % pour les premières et +6,8 % pour les secondes) que celle des effectifs (environ +1,3 % pour les premières et +3,4 % pour les secondes). En niveau, pour les maladies rares, elle atteint jusqu'à 2 700€, dont 2 500€ sont affectés aux médicaments. Enfin, pour les hospitalisations hors pathologies repérées, les cancers actifs et les maladies CV chroniques, les deux composantes évoluent de manière quasi équivalente entre 2021 et 2022 (s'agissant des hospitalisations hors pathologies repérées, +2,6 % pour les effectifs et +2,3 % pour la dépense individuelle, s'agissant des cancers actifs, +3,8 % pour les effectifs et +2,9 % pour la dépense individuelle, s'agissant des maladies CV chroniques, +1,4 % pour les effectifs et +2,3 % pour la dépense individuelle).

Une baisse considérable de la dépense remboursée totale en 2022 pour les soins en lien avec la Covid-19

Quelques pathologies, à l'inverse des précédentes, voient le niveau de leur dépense totale remboursée diminuer sur la dernière année. Les baisses les plus importantes concernent en particulier les hospitalisations pour prise en charge de la Covid-19 (- 900M€) et les personnes ayant bénéficié de remboursements pour d'autres raisons que celles répertoriées par les algorithmes de la cartographie, les nommées « Pas de pathologie repérée », (- 353M€). Les évolutions des dépenses de ces deux catégories sont directement liées à l'évolution de la pandémie. En 2022, le nombre de personnes hospitalisées pour Covid-19 a diminué de près de 10 %, quand il avait augmenté de près de 25 % l'année précédente. La dépense moyenne individuelle de ces prises en charge a, quant à elle, également diminué, probablement parce que les cas pris en charge étaient moins graves. Le constat est identique pour les assurés n'ayant « pas de pathologie repérée ». Le rapport précédent expliquait que la forte hausse de la dépense totale remboursée en 2021 était imputable aux prises en charge des soins de ville liés à la Covid-19 (délivrance de masques, de tests et vaccinations). En 2022, la pandémie ayant ralenti, le recours aux soins de ville qui y sont associés a lui aussi ralenti.

Une hausse de la dépense remboursée pour la prise en charge de maladies respiratoires chroniques qui se poursuit

La dépense remboursée pour les personnes repérées par l'algorithme « maladies respiratoires chroniques » a augmenté de manière plus importante en 2021 (+6%) et en 2022 (+10%) par rapport à la période pré-pandémie (croissance annuelle moyenne de 1% sur la période 2015-2019). Cette augmentation des dépenses est attribuée en 2021 à une dépense moyenne par individu plus élevée, et en 2022 principalement à une augmentation du nombre de personnes identifiées. Il s'agit majoritairement de personnes nouvellement identifiées par cet algorithme en 2022 et repérées par la consommation répétée de bronchodilatateurs plutôt que par les séjours hospitaliers ou les ALD. Il sera important de suivre à moyen terme la prévalence et l'incidence des maladies respiratoires chroniques, notamment chez les enfants et les personnes âgées, en tenant compte des conséquences de la pandémie de Covid-19, directes ou liées aux modifications des vagues épidémiques des autres virus respiratoires.

III.3.1 Les cancers

En 2022, la dépense pour les cancers actifs est élevée en raison d'une dépense moyenne par patient élevée

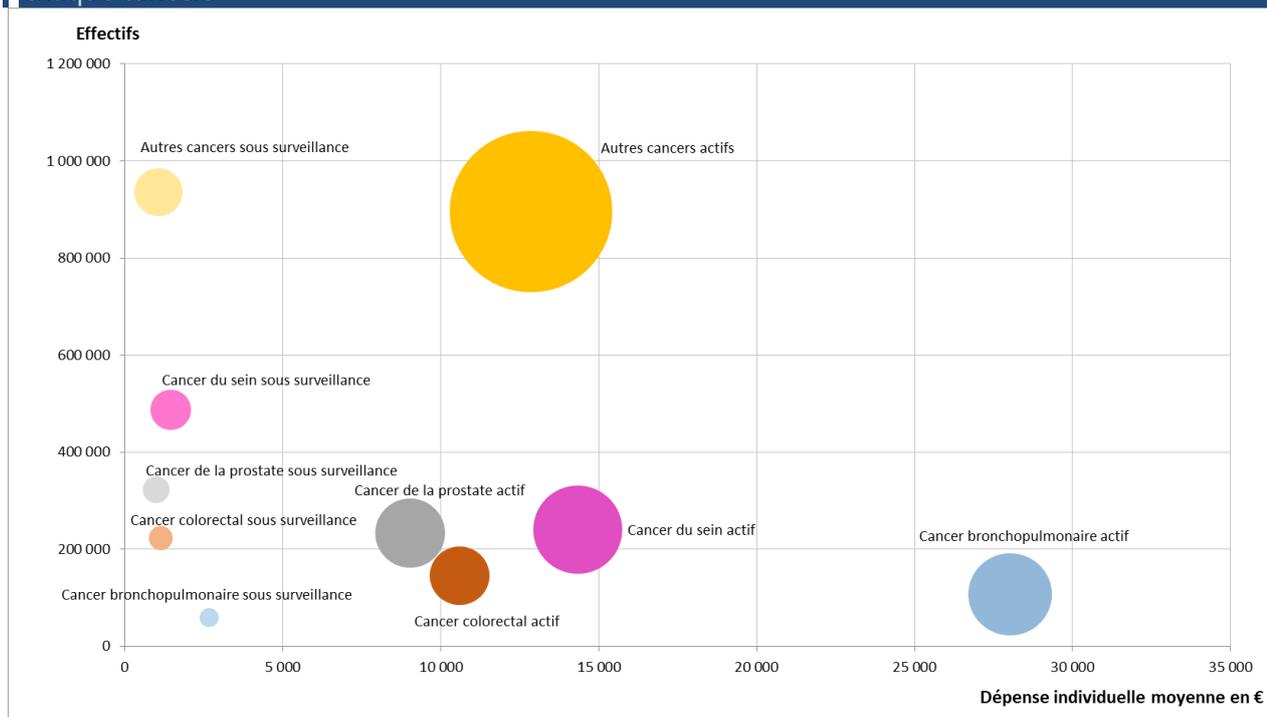
En 2022, les dépenses totales sont plus élevées pour les cancers en phase active (21,6 milliards d'euros) que pour les cancers sous surveillance (2,4 milliards d'euros). Les cancers du sein actifs ont la dépense totale la plus importante avec 3,5 milliards d'euros. Suivent les cancers broncho-pulmonaires actifs avec 3,0 milliards d'euros, les cancers de la prostate actif avec 2,1 milliards d'euros et les cancers colorectaux actifs avec 1,5 milliards d'euros. La dépense totale de la catégorie « autres cancers actifs » est de 11,5 milliards d'euros.

La dépense totale pour les cancers actifs s'explique largement par une dépense moyenne individuelle élevée (Figure 6) : 28 000 euros en moyenne pour les 107 000 patients pris en charge pour le cancer broncho-pulmonaire actif ; 14 340 euros en moyenne pour les 240 000 patientes prises en charge pour le cancer du sein actif ; 10 600 euros en moyenne pour les 145 000 patients pris en charge pour le cancer colorectal actif ; 9 000

euros en moyenne pour les 232 900 patients pris en charge pour le cancer de la prostate actif ; 12 900 euros en moyenne pour les 900 000 patients pris en charge pour un autre cancer actif.

A l'inverse, s'agissant des cancers sous surveillance, la dépense totale s'explique plutôt par des effectifs élevés, la dépense moyenne individuelle étant, comme attendu, bien moindre que pour les cancers actifs correspondants. Le cancer broncho-pulmonaire sous surveillance correspondant à une dépense moyenne individuelle de 2 670 euros pour 60 000 patients ; 1 460 euros en moyenne pour 487 000 patientes surveillées pour un cancer du sein ; 1 130 euros en moyenne pour 223 000 patients surveillés pour un cancer colorectal ; 1 000 euros en moyenne pour 323 000 patients surveillés pour un cancer de la prostate. Les autres types de cancers sous surveillance ont une dépense moyenne de 1 070 euros et concernent 935 800 patients.

Figure 6: Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2022 pour chaque cancers



Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

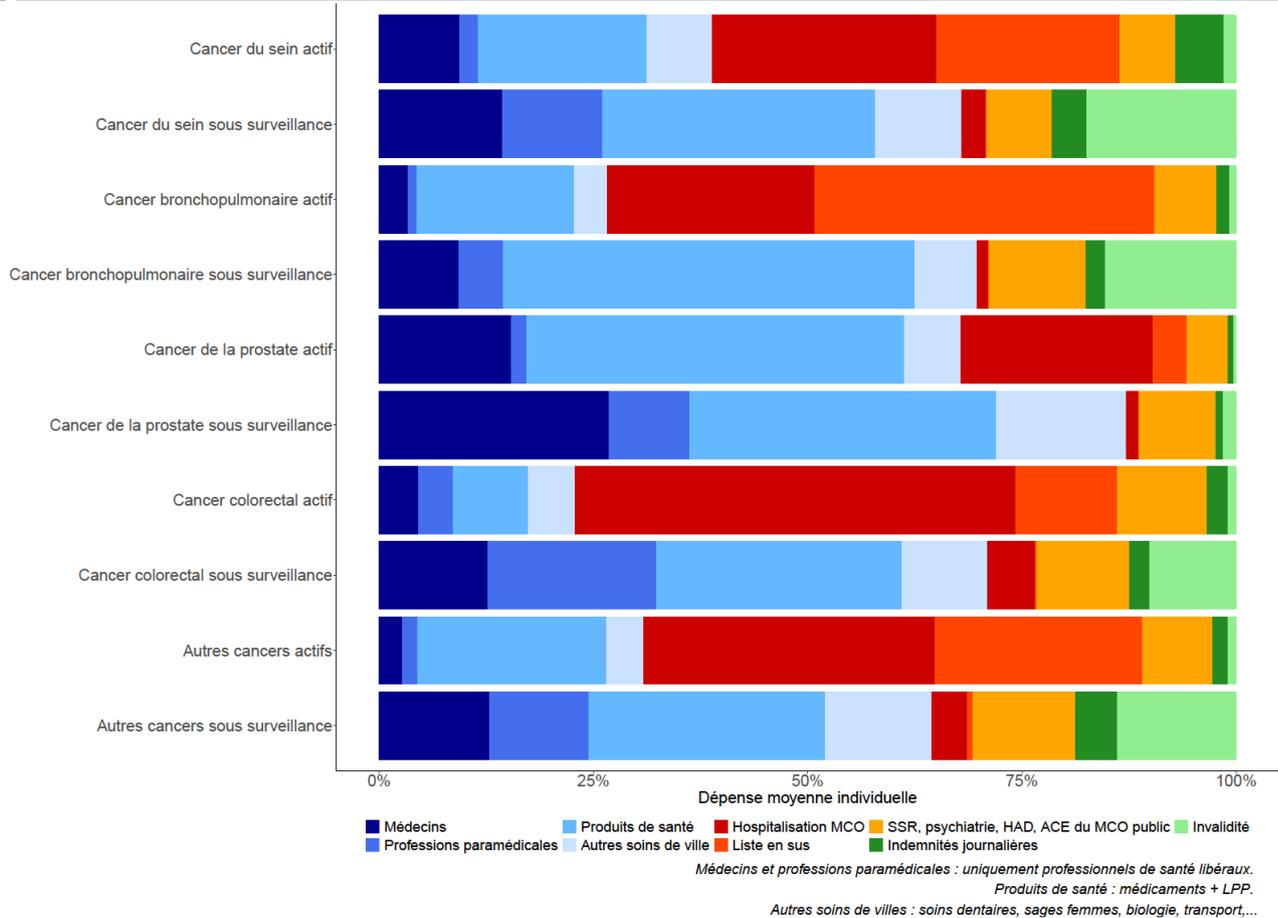
Champ : tous régimes - France entière Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

En 2022, la majorité des dépenses liées aux cancers actifs était consacrée à leur prise en charge hospitalière

La structure des dépenses est très différente selon que le cancer est actif ou sous surveillance (

Figure 7). Ainsi, les dépenses hospitalières sont prépondérantes pour la prise en charge des cancers actifs. La part de la liste en sus est particulièrement importante pour le cancer du sein actif, le cancer bronchopulmonaire actif et les autres cancers actifs. Les dépenses pour la prise en charge des cancers sous surveillance sont plutôt consacrées aux soins de ville, en particulier aux produits de santé (principalement des médicaments). En revanche, la structure des dépenses diffère peu selon la localisation du cancer. On observe aussi pour les cancers sous surveillance, mis à part le cancer de la prostate, une part non négligeable des prestations d'invalidité, traduisant probablement les difficultés de retour sur le marché de l'emploi des patients plus fréquentes à la suite d'un cancer.

Figure 7 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de cancer en 2022 (en pourcentage)



Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

Entre 2021 et 2022, l'augmentation de la dépense pour les cancers actifs s'explique par une augmentation du nombre de patients davantage que par celle des dépenses moyennes individuelles

Depuis 2015, la dépense totale remboursée a augmenté pour les cancers actifs (+7,9 Md€, soit +58,5 %, pour atteindre 21,6 Md€ en 2022) comme pour les cancers sous surveillance (+750 millions d'euros, soit +44,4 % pour atteindre 2 445 millions d'euros en 2022). Une inflexion est toutefois visible dans cette tendance la première année de la pandémie (2020) pour les cancers actifs, traduisant, comme évoqué dans les rapports précédents, une prise en charge moindre cette année-là. La tendance à la hausse de la dépense totale s'observe aussi en 2022, sauf pour le cancer de la prostate sous surveillance dont la dépense baisse de 24 millions d'euros, soit -7 %, par rapport à 2021.

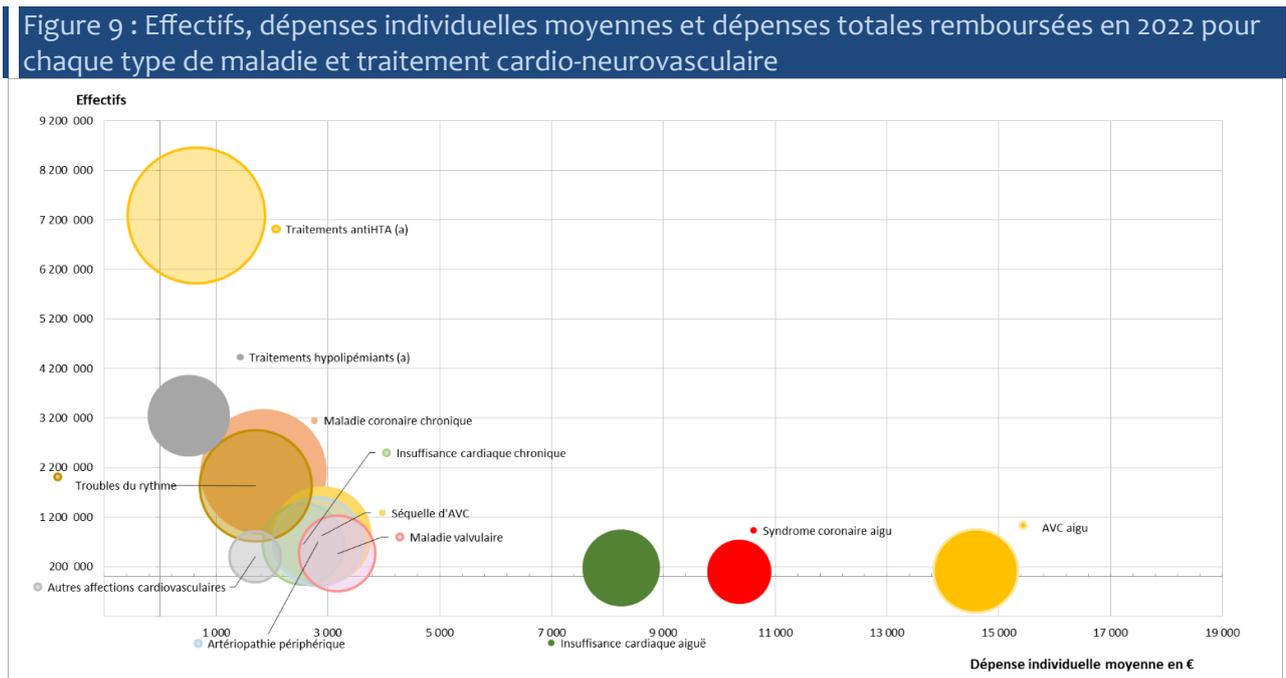
Pour tous les cancers actifs hormis le cancer colorectal, l'augmentation de la dépense entre 2021 et 2022 s'explique par une augmentation à la fois des effectifs et de la dépense moyenne individuelle. A titre d'exemple, la dépense pour le cancer de la prostate actif a augmenté en 2022 de 271 millions d'euros, en raison d'une augmentation des effectifs de +7,8 % et de la dépense moyenne individuelle de +6,5 %. L'augmentation des effectifs est liée à une augmentation du nombre de cas pris en charge depuis 2021 correspondant probablement à un effet de rattrapage en lien avec la baisse du nombre des cas incidents observée en 2020 en raison des confinements. Le constat est identique sur l'évolution du nombre de cas incidents et de décès des autres cancers actifs.

S'agissant de la dépense moyenne individuelle, l'évolution la plus importante entre 2021 et 2022 parmi les cancers actifs concerne le cancer broncho-pulmonaire avec +660 euros (soit +2,4%) et est fortement imputable aux produits de la liste en sus, des traitements médicamenteux dispensés en hospitalisation MCO, avec une augmentation de +327 euros, et aux médicaments dispensés en ville, avec +421 euros.

III.3.2 Les maladies et traitements cardio-neurovasculaires

En 2022, des dépenses remboursées totales importantes pour les traitements anti-hypertenseurs et les maladies CV chroniques du fait d'un nombre de patients élevé

Les traitements anti-hypertenseurs et les maladies CV chroniques ont les dépenses remboursées les plus importantes (entre 4,7 milliards d'euros pour les premiers et, par exemple, 3,9 milliards pour les maladies coronaires chroniques) en raison principalement d'effectifs pris en charge importants (respectivement 7,9 millions et 2,1 millions d'assurés), les dépenses moyennes individuelles étant parmi les plus faibles (entre 500 et 3 000 euros en moyenne par patient) (Figure). Ces dernières sont principalement consacrées aux soins de ville, en particulier les soins paramédicaux et les produits de santé (Figure 8). Enfin, la part de la liste en sus est plus importante pour les maladies valvulaires, vraisemblablement en raison de l'intégration progressive, depuis 2012 au sein de la liste en sus, des endoprothèses valvulaires.



(a) hors pathologies cardiovasculaires, diabète et IRCT.

Note de lecture : la taille des bulles est proportionnelle au montant des dépenses remboursées.

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

En 2022, une dépense moins importante pour les MCV aiguës malgré le poids important des prises en charge hospitalières

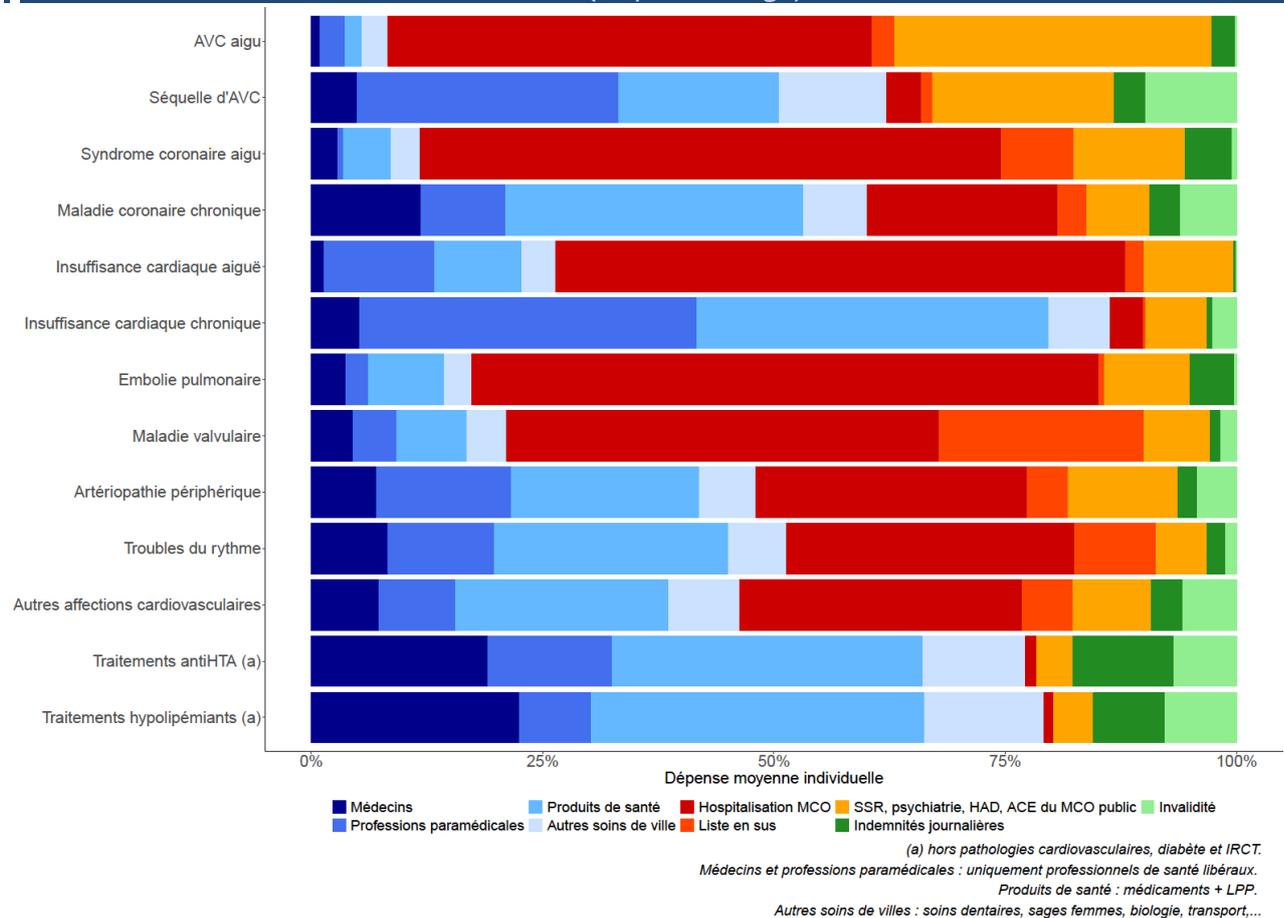
A l'inverse, les trois principales MCV aiguës que sont l'insuffisance cardiaque aiguë, le syndrome coronaire aigu et l'AVC aigu ont une dépense totale remboursée relativement faible (en moyenne entre 1 et 2 milliards d'euros) en raison d'effectifs pris en charge parmi les plus faibles de l'ensemble des maladies et traitements CV (entre 100 000 et 200 000). La dépense moyenne individuelle est toutefois importante (plus de 8 000 euros par an par patient) et davantage consacrée à la prise en charge hospitalière en MCO, mais aussi, dans une moindre mesure, dans d'autres types de structures hospitalières (en particulier en SMR, surtout pour les AVC) (Figure 8).

Entre 2021 et 2022, les dépenses pour les MCV chroniques et les traitements antihypertenseurs augmentent du fait de l'augmentation de la dépense par patient

Les évolutions observées depuis le début de la période sont semblables à celles des pathologies précédemment analysées. Depuis 2015, la dépense totale remboursée a ainsi augmenté sur l'ensemble des pathologies cardio-neurovasculaires, avec une inflexion l'année de la pandémie et un retour à l'évolution tendancielle des années précédentes, les années suivant la pandémie. Sur la dernière année, les évolutions les plus importantes concernent la maladie coronaire chronique, avec +195 millions d'euros, et les traitements

antihypertenseurs, avec +140 millions d'euros. Dans les deux cas, l'évolution s'explique par une évolution plus importante de la dépense moyenne individuelle en 2022 relativement à celle des effectifs, évolution de la dépense moyenne individuelle qui avait déjà été très dynamique en 2021.

Figure 8 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement cardio-neurovasculaire en 2022 (en pourcentage)



Champ : tous régimes - France entière
 Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

La dépense totale remboursée en 2022 au titre du syndrome coronaire aigu et de l'insuffisance cardiaque aiguë diminue en raison d'une diminution des effectifs ...

Seules deux pathologies cardio-neurovasculaires, le syndrome coronaire aigu et l'insuffisance cardiaque aiguë voient leur dépense totale remboursée diminuer entre 2021 et 2022. Pour chacune d'elles, la baisse est imputable à la baisse particulièrement importante de leurs effectifs en 2022 de respectivement -3,6 % et -3,4 % après une forte hausse en 2021, quand la dépense moyenne individuelle augmente de +1,6 %. Cette baisse des effectifs en 2022 est observable sur les cas incidents (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**).

...Et alors même que leurs dépenses individuelles augmentent fortement

La dépense moyenne individuelle augmente fortement en 2022 pour les MCV aiguës relativement aux chroniques, avec jusqu'à + 408 euros pour les AVC aigus, +159 euros pour le syndrome coronaire aigu, contre au maximum +111 euros pour l'insuffisance cardiaque chronique (**Erreur ! Source du renvoi introuvable.**). Les postes qui contribuent le plus à ces augmentations sont principalement les hospitalisations en séjour MCO et les hospitalisations en SMR.

Les cas à part de l'embolie pulmonaire et des traitements hypolipémiants

A l'inverse des autres MCV aiguës, la dépense totale de l'embolie pulmonaire stagne en 2022, alors qu'elle a augmenté durant la pandémie, possiblement en lien avec la sédentarité que les confinements ont impliquée

et la Covid-19 elle-même. Les effectifs ont en effet chuté en 2022 (alors qu'ils augmentaient les années précédentes), avec un nombre de cas incidents en baisse constante depuis 2020.

L'évolution de la dépense associée aux traitements hypolipémiants est très particulière, avec une baisse régulière sur la période 2015-2020 (taux de croissance annuel moyen d'environ -4%) puis une hausse importante pour les années 2021 et 2022 (environ +15% et +10% respectivement). Cette hausse traduit les évolutions de la prise en charge du risque vasculaire à la suite de l'actualisation, en 2019, des recommandations internationales du traitement des dyslipidémies¹. Les nouvelles définitions des catégories de risque, des valeurs cibles à atteindre et des stratégies médicamenteuses correspondantes, ont entraîné une augmentation aussi bien du nombre de patients traités, visible par la nette augmentation des personnes nouvellement prises en charge en 2021 et 2022, que de l'intensité des traitements prescrits.

III.3.3 Les maladies et traitements psychiatriques

En 2022, les troubles psychotiques et les troubles névrotiques et de l'humeur présentent une dépense parmi les plus élevées, principalement du fait des séjours hospitaliers

Au sein de la catégorie maladies et traitements psychiatriques, les maladies psychiatriques ont les dépenses remboursées totales les plus importantes, en particulier pour les troubles psychotiques (5,4 milliards d'euros) et les troubles névrotiques et de l'humeur (7,2 milliards d'euros). Elles concernent 2,8 millions de personnes et correspondent à une dépense moyenne individuelle élevée (6580 euros et jusqu'à 11 100 euros pour les troubles psychotiques). Plus de 50 % de la dépense moyenne individuelle des maladies psychiatriques est affectée à la prise en charge hospitalière hors MCO, en établissement psychiatrique (Figure 9).

En 2022, une dépense moins importante pour les traitements psychotropes malgré des effectifs pris en charges élevés

A l'inverse des maladies psychiatriques, les dépenses moyennes individuelles liées aux traitements psychotropes chroniques chez les personnes sans diagnostic psychiatrique codé dans le SNDS sont plus faibles (entre 870 euros pour les traitements hypnotiques et 1 100 euros pour les antidépresseurs) (Figure). Le niveau élevé de la dépense totale remboursée au titre des traitements anxiolytique et antidépresseur (respectivement 2,8 milliards d'euros et 3,6 milliards d'euros) s'explique par un nombre de patients élevé (un peu plus de 3 millions). Pour les patients traités par traitements psychotropes, la dépense est principalement composée de remboursements des produits de santé (entre 22 % et 25 %), des soins paramédicaux (entre 10 % et 20 %) et, excepté pour les traitements neuroleptiques, des indemnités journalières (de 20 % à 36 %). La dépense associée aux traitements neuroleptiques, quant à elle, est davantage consacrée au financement d'une pension d'invalidité (21 %) qu'à celui d'indemnités journalières (6 %), ce qui la distingue des autres pathologies et traitements psychiatriques.

¹ François Mach et al, ESC Scientific Document Group , 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk: The Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and European Atherosclerosis Society (EAS), European Heart Journal, Volume 41, Issue 1, 1 January 2020, Pages 111-188, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehz455>

Figure 11 : Effectifs, dépenses individuelles moyennes et dépenses totales remboursées en 2022 pour chaque maladies et traitements psychiatriques

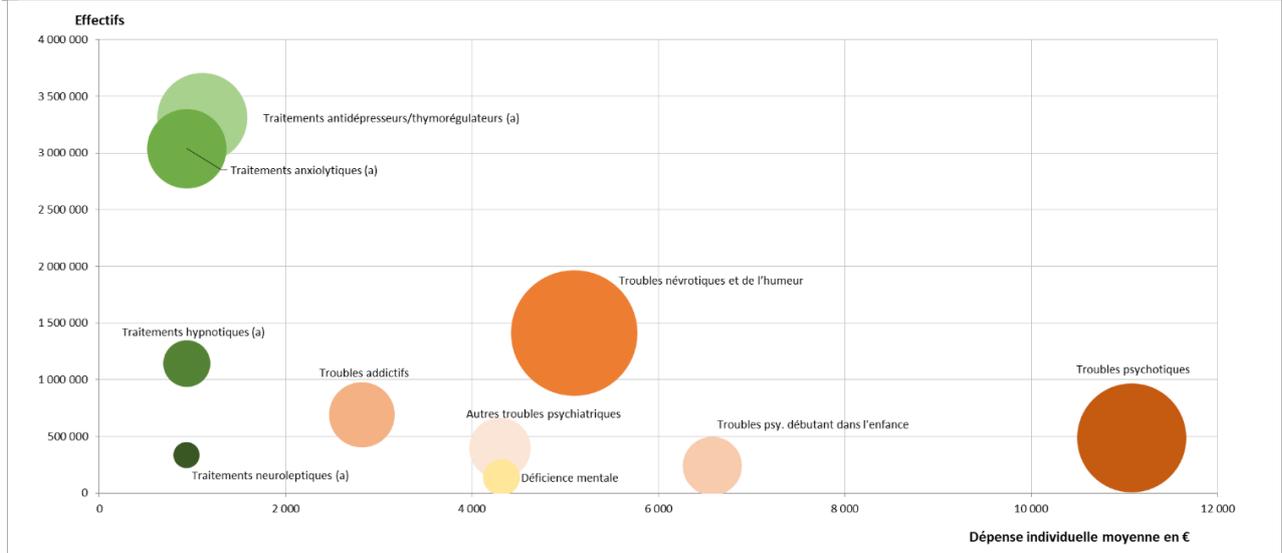
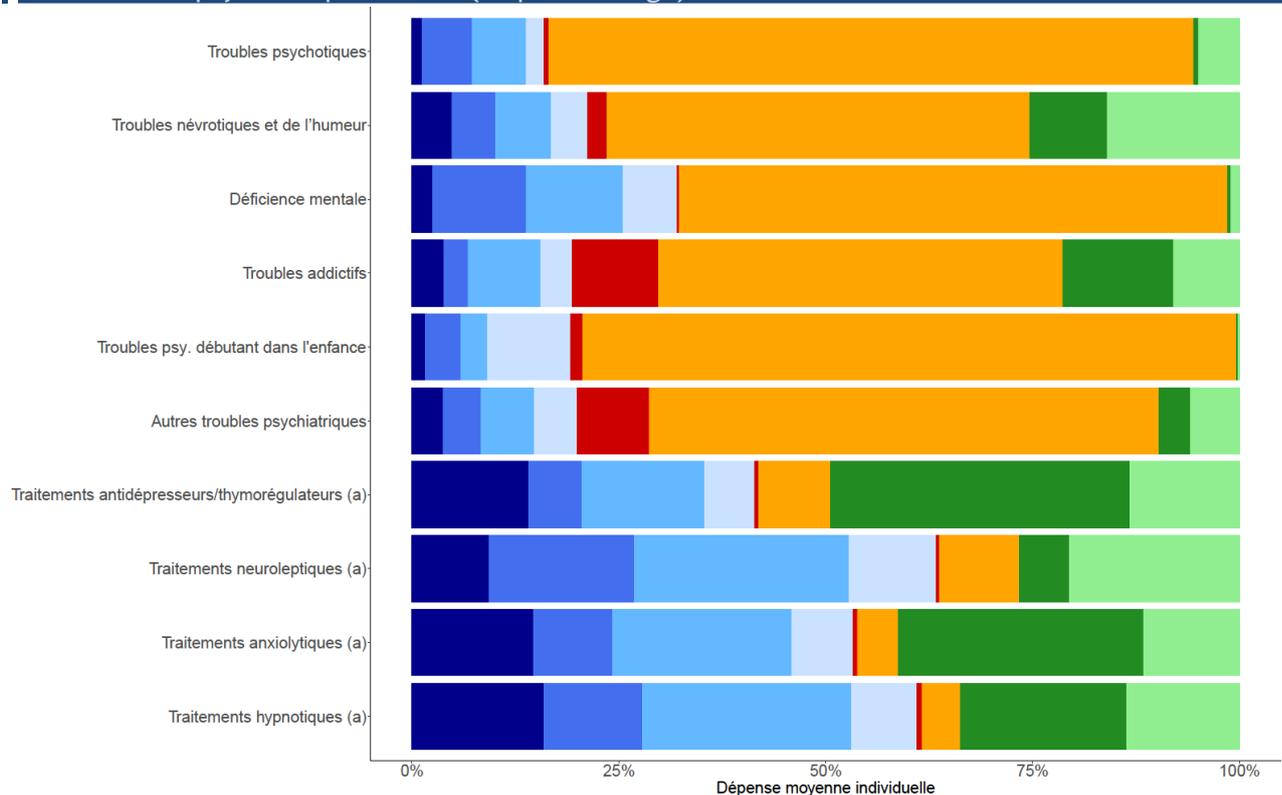


Figure 9 : Structure des dépenses individuelles moyennes remboursées pour chaque type de maladie et traitement psychiatrique en 2022 (en pourcentage)



(a) hors maladies psychiatriques.
 Médecins et professions paramédicales : uniquement professionnels de santé libéraux.
 Produits de santé : médicaments + LPP.
 Autres soins de villes : soins dentaires, sages femmes, biologie, transport,...

Champ : tous régimes - France entière

Source : Cnam (cartographie - version de juillet 2024)

Entre 2021 et 2022, la dépense pour les maladies psychiatriques augmente en lien avec l'augmentation de la dépense hospitalière moyenne par patient

Depuis 2015, on observe une augmentation de la dépense totale remboursée pour la quasi-totalité des pathologies et traitements psychiatriques, accompagnée d'une inflexion l'année de la pandémie. La dernière

année, la dépense totale de toutes les maladies psychiatriques augmente, jusqu'à +538 millions d'euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur et +265 millions d'euros pour les troubles psychotiques. Dans les deux cas, l'évolution de la dépense moyenne individuelle est supérieure à celle des effectifs. Leurs dépenses moyennes individuelles ont des niveaux bien supérieurs à ceux des traitements psychotropes et évoluent aussi plus fortement sur la dernière année, avec +511 euros pour les troubles psychotiques et +345 euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur, principalement en raison d'évolutions importantes des dépenses moyennes individuelles associées aux hospitalisations en psychiatrie (+500 euros en moyenne pour les troubles psychotiques et +281 euros pour les troubles névrotiques et de l'humeur).

Entre 2021 et 2022, la dépense associée aux patients traités par antidépresseurs et thymorégulateurs augmente en lien avec les augmentations conjointes de leurs effectifs et de la dépense moyenne

Entre 2021 et 2022, parmi les traitements psychotropes, seuls les traitements antidépresseurs et thymorégulateurs (traitement des troubles bipolaires) connaissent, en 2022, une augmentation marquée de leur dépense totale avec +284 millions d'euros. Cette évolution est liée à l'évolution à la hausse de l'effectif de patients concernés depuis la pandémie, alors qu'elle était quasi nulle avant la pandémie, conjuguée à la poursuite de l'évolution de leur dépense moyenne individuelle. Dans l'ensemble, les traitements psychotropes ont connu une évolution du nombre de cas incidents plus importante depuis la pandémie qu'avant. La dépense moyenne individuelle associée aux indemnités journalières pour maladie ou ATMP contribue fortement à l'évolution de la dépense moyenne individuelle des traitements psychotropes, hors neuroleptiques. Ainsi, quand la dépense moyenne individuelle associée aux traitements antidépresseurs et thymorégulateurs a augmenté de +47 euros entre 2021 et 2022, +35 euros proviennent du financement d'indemnités journalières maladie ou ATMP. Pour trois des traitements psychotropes (antidépresseurs et thymorégulateurs, anxiolytiques et hypnotiques), la dépense moyenne individuelle liée au financement des indemnités journalières est en constante augmentation depuis 2015.

Annexe 1 : Eléments-clés de la méthode, dernières évolutions de la Cartographie, et précautions d'interprétation

Eléments-clés de la méthode

Tous les régimes d'assurance maladie sont inclus (68,7 millions de personnes en 2022).

Seules les personnes ayant au moins une consommation de soins dans l'année sont incluses. Cela peut avoir des conséquences sur l'estimation de la prévalence des pathologies si un patient souffrant d'une pathologie ne consomme pas de soins dans l'année.

La période d'analyse couvre les années 2015 à 2022. L'exploitation des années antérieures n'est pas possible en raison de l'absence d'informations sur les affections de longue durée (ALD) avant 2014 pour certains régimes.

58 pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins, regroupés en 18 catégories, sont repérés. Une dix-neuvième catégorie concerne les personnes n'ayant aucune des pathologies, traitements chroniques ou épisodes de soins décrits dans les 18 catégories précédentes.

Les dépenses considérées sont les dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire.

La totalité de ces dépenses est répartie entre les pathologies, traitements chroniques et épisodes de soins définis, sans double compte.

Chaque poste de dépense est réparti entre ces pathologies, soit directement pour chaque individu si un diagnostic est renseigné pour ce poste (séjours hospitaliers, indemnité journalière pour maternité), soit par pondération entre les pathologies de chaque combinaison de pathologies possible dans le cas contraire (soins de ville notamment).

La méthodologie de la cartographie évolue constamment. Les principales évolutions de cette version sont :

- Ajout des lésions médullaires (lésions de la moelle épinière), qui remplacent la paraplégie. L'algorithme de repérage a été adapté à partir de celui développé par l'IRDES, que nous remercions. La paraplégie sans cause retrouvée dans les données est désormais classée dans les « autres affections neurologiques ».
- Les troubles psychotiques aigus et transitoires ne sont plus considérés dans les troubles psychotiques (sous-entendu chroniques) mais dans les « autres affections psychiatriques ».
- Ajout des médicaments spécifiques dans les algorithmes de repérage de l'épilepsie et de la maladie coronaire chronique.
- Ajout des groupements homogènes de malades (codés lors d'hospitalisations) spécifiques dans l'algorithme de repérage de l'infection par le VIH.
- Les dépenses de l'hospitalisation à domicile sont désormais affectées aux pathologies en utilisant les diagnostics des séjours (affectation directe) plutôt que par pondération.
- Les indemnités journalières dérogatoires dispensées lors de la pandémie ne sont plus prises en compte dans le poste « indemnités journalières pour maladie et ATMP ».
- Des focus sur les maladies cardio-neurovasculaires, les cancers et les maladies psychiatriques seront désormais systématiquement présentés. Les figures et tableaux ont également été revus.

Précautions dans l'interprétation des résultats

L'interprétation des résultats de la cartographie nécessite certaines précautions. Premièrement, les différentes versions de la cartographie ne sont pas comparables, en raison notamment des améliorations apportées au système d'information, aux algorithmes de repérage des pathologies et à la méthode d'affectation des dépenses aux pathologies et en raison des dépenses qui deviennent individualisables et qu'on peut alors associer à la prise en charge d'un patient ou l'inverse.

Deuxièmement, le champ des dépenses de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses ne sont pas strictement superposables (Annexe 1).

Troisièmement, les coûts supplémentaires imputables à la pandémie, en particulier les tests antigéniques réalisés en pharmacie, la vaccination réalisée en dehors des centres de vaccination et les actes réalisés en laboratoire, tels que les PCR, accroissent de manière importante les dépenses associées à chacune des pathologies. Néanmoins, cette dépense additionnelle varie en fonction des pathologies. Il est probable que les recours aux autotests et à la vaccination étaient plus ou moins fréquents selon les pathologies, du fait des recommandations des autorités sanitaires et des comportements des patients et des professionnels de santé. La part des dépenses de soins de ville imputable à la prise en charge du Covid-19 a été estimée en 2022 à 5,7 % des dépenses de soins de ville et 2,5 % de la dépense totale. Aussi, il conviendra de garder à l'esprit cette estimation lors de l'interprétation des montants remboursés par pathologie.

Annexe 2: Différences entre le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam) et celui de la cartographie des pathologies et des dépenses

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

- les dépenses forfaitaires des professions médicales (telles que les rémunérations sur objectifs de santé publique (Rosp), les forfaits patientèle ou les indemnités liées à la permanence des soins ambulatoires) ;
- les remises négociées sur le médicament entre le comité économique des produits de santé et les entreprises du médicament.
- la prise en charge des cotisations sociales des professions médicales et auxiliaires ainsi que le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité lors des confinements ;
- les garanties de financement versées de 2020 à 2022 aux établissements hospitaliers ;
- les dotations aux établissements sociaux et médicosociaux ;
- les dépenses spécifiques liées au Fonds d'intervention régional (FIR) et au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP, devenu Fonds pour la modernisation de l'investissement en santé – FMIS – en 2021) ;
- les dotations aux opérateurs intervenant dans le champ de la santé (Santé publique France – SPF, Haute Autorité de santé – HAS, Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé – ANSM...)
- les dotations aux établissements de santé au titre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac).
- les dépenses liées à la vaccination Covid-19 réalisée dans les centres de vaccination ne sont pas prises en compte dans les dépenses de cartographie. En revanche, les vaccinations réalisées par les professionnels de santé libéraux sont bien prises en compte et imputées au poste des professions libérales concernées (médecin généraliste, infirmier et poste « médicament » pour les pharmaciens). Par ailleurs, les dépenses associées à la réalisation des tests antigéniques (TAG) en pharmacie sont affectées au poste « médicament » dans la cartographie ainsi que dans le suivi de l'Ondam. L'achat des vaccins n'est intégré dans le champ des dépenses de la cartographie.

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

Ces différences de champ sont à l'origine des écarts constatés, notamment pour les années 2020 à 2022, entre les évolutions des dépenses totales relevant du champ Ondam et les évolutions des dépenses affectées à la prise en charge des pathologies, traitements ou événements de santé présentées dans cette partie. En particulier, certaines ressources spécifiquement mobilisées pour répondre aux enjeux de la crise sanitaire, telles que les dispositifs de compensation financière de la perte d'activité pour les établissements de santé et les professionnels de santé libéraux, les hausses de dotations à Santé publique France, aux établissements sanitaires et médicosociaux (achats de masques, de vaccins, de matériels de protection, de respirateurs, etc.), ne sont pas prises en compte dans le calcul des dépenses affectées aux pathologies, traitements ou événements de santé. Ainsi, si les dépenses totales dans le champ de l'Ondam ont augmenté de près de 3,0 % entre 2021 et 2022, les dépenses prises en compte dans le champ de la cartographie ont progressé de 3,6 % sur la même période.

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

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

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

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

a) Définition

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Enfin, en France le reste à charge des ménages par rapport à la DCSi s'élève en 2021 à 8,7 % de la DCSi (8,8 % en 2020), soit le niveau le plus faible au sein des pays de l'OCDE (suivi du Luxembourg). Le reste à charge des ménages de la DCSi comprend le reste à charge sur les soins et biens médicaux (7,2 % de la CSBM, cf. ci-dessous) mais aussi le RAC sur les autres composantes de la dépense, notamment sur les soins de longue durée pour lesquels la participation des ménages est plus élevée que sur la CSBM en France.

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

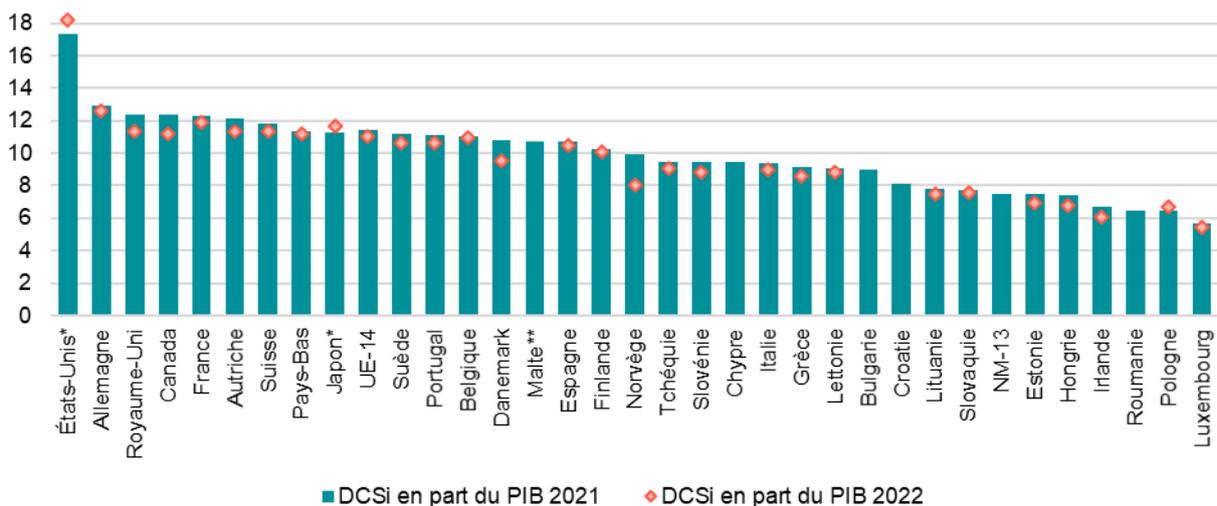
	Montants en milliards d'euros					Évolution 2021/2022 (en %)	TCAM 2013-2019 (en %)
	2018	2019	2020	2021	2022		
CSBM	202,8	207,1	210,4	226,9	235,8	3,9	1,9
HC.1+ HC.2 - Soins courants	137,7	140,9	144,1	155,9	162,2	4,0	2,1
HC.4 - Services auxiliaires	12,2	12,3	11,8	13,3	13,7	3,4	2,3
HC.5 - Bien médicaux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

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

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

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

En % du PIB



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

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

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

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

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

a) Définition

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

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

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

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

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

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

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

Montants en milliards d'euros

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

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

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

Source : DREES, comptes de la santé.

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

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

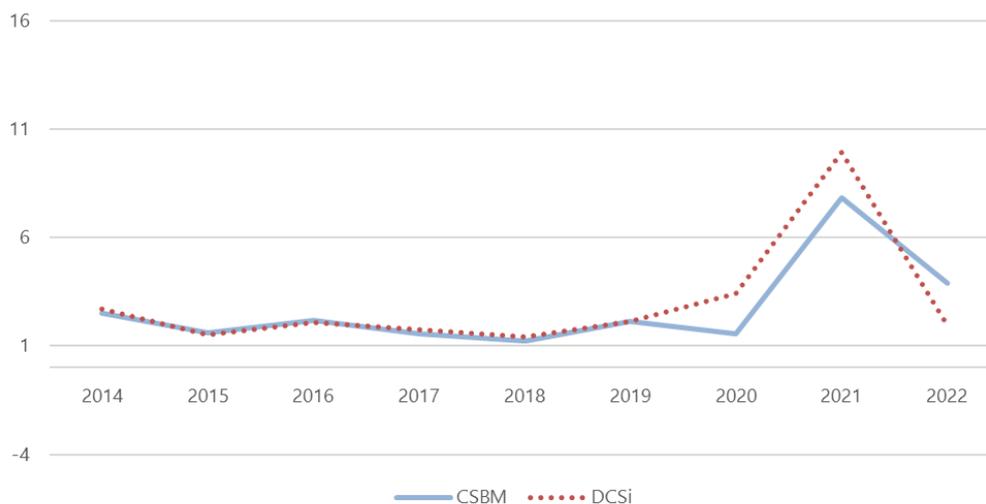
Le poids de la CSBM dans le produit intérieur brut (PIB) diminue de 0,1 point en 2022, passant de 9,1 % à 8,9 % du PIB. Cela s'explique notamment par la forte accélération du PIB en 2022 (+5,5 % en valeur). La part des dépenses de santé dans le PIB reste légèrement plus élevée qu'avant la crise.

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

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

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

Graphique 2 : Évolution de la DCSi en valeur

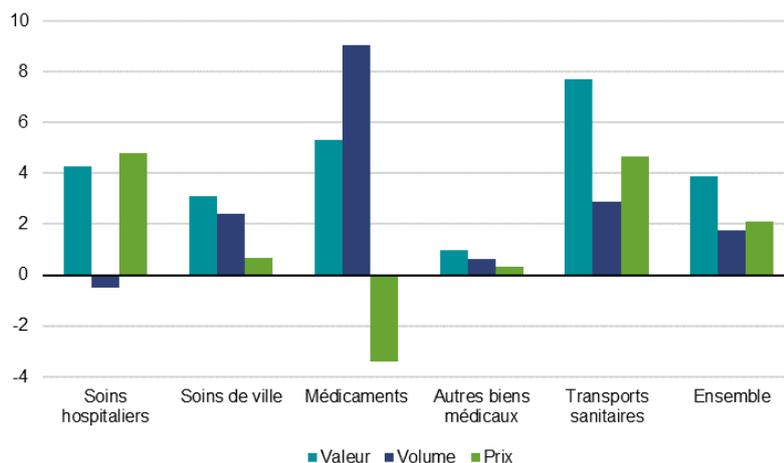


Source : DREES, Comptes de la santé.

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

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

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



Source : DREES, Comptes de la santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

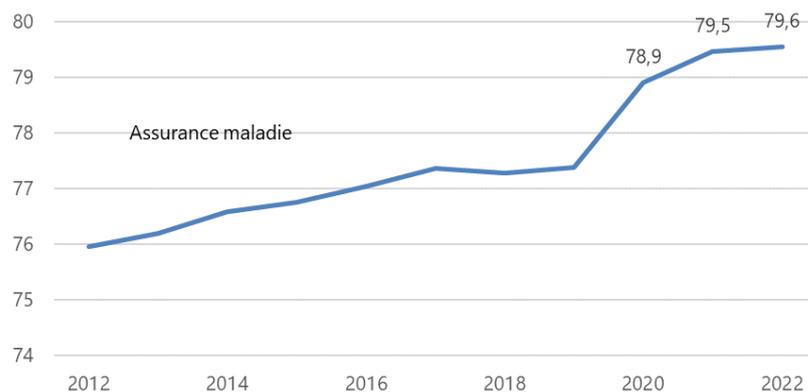
Le reste à charge (RAC) des ménages en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financé par les ménages après intervention des administrations publiques, et des organismes complémentaires (OC). En 2022, les ménages dépensent 17,0 milliards d'euros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

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

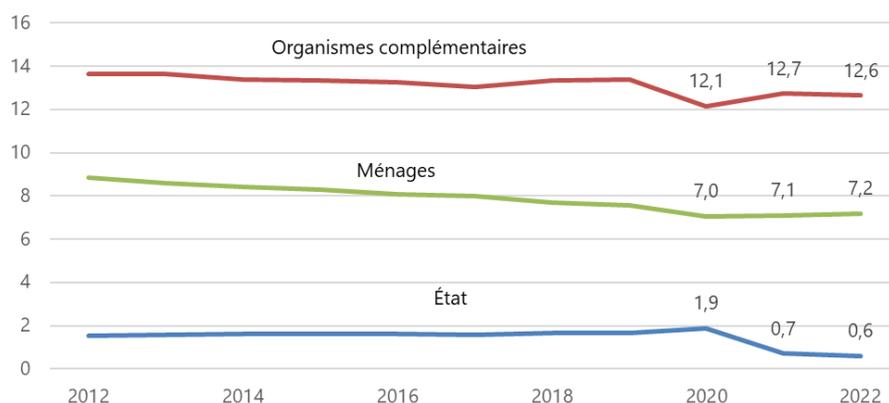
Graphique 4 : Évolution du financement de la CSBM entre 2012 et 2022

En %

a. De l'Assurance Maladie



b. Des autres financeurs



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

Source : DREES, Comptes de la santé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Avis du Comité d'alerte n°2024-1
sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**

Selon l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, « Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ».

En application de ce même article, le comité d'alerte rend 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 ».

Un avis exprimé par rapport à un objectif 2023 rehaussé en cours d'année de près de 3,6 Md€, soit + 1,4 point

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2023 avait fixé à 244,1 Md€ le montant prévisionnel de l'ONDAM pour cette année, dont 243,1 Md€ hors crise Covid. Cet objectif signifiait une hausse de 3,5 % des dépenses en dehors de celles liées à la crise Covid (à partir d'une base de référence de 234,9 Md€ pour 2022) et une baisse de 1,2 % du total des dépenses.

La loi de financement rectificative du 14 avril 2023 a une première fois relevé l'objectif 2023, à 244,8 Md€ (+ 0,75 Md€, soit l'équivalent de 0,3 point de hausse par rapport à la LFSS 2023).

La LFSS 2024 a de nouveau rehaussé l'objectif 2023, à 247,6 Md€ (+ 3,55 Md€ au total, soit 1,4 point de hausse par rapport à la LFSS 2023). Au regard de cet objectif majoré, les dépenses hors crise Covid (246,7 Md€) devaient croître de 4,8 % (à partir d'une base de référence 2022 révisée à 235,3 Md€).

À la différence des années précédentes, le relèvement du montant de l'ONDAM en cours d'année n'est pas imputable aux dépenses liées à la crise Covid. En effet, leur montant prévisionnel a été abaissé de 1,0 Md€ dans la LFSS 2023 à 0,9 Md€ dans la LFSS 2024.

Au contraire, le montant prévisionnel des dépenses hors crise Covid a été relevé de 3,6 Md€ au total. Cette majoration intègre des hausses de 1,6 Md€ au titre des mesures de revalorisation salariale dans les établissements de santé et médico-sociaux publics et de leur extension aux établissements privés ; de 0,6 Md€ sur les établissements de santé afin de financer des mesures d'attractivité à l'hôpital ; de 1,2 Md€ sur les soins de ville du fait notamment de la dynamique des dépenses d'indemnités journalières ; de 0,3 Md€ au titre du fonds d'intervention régional.

C'est par rapport à l'objectif rehaussé en dernier lieu par la LFSS 2024 que le comité d'alerte rend le présent avis, ce qui en limite la portée.

Selon des données à confirmer, un objectif majoré en cours d'année 2023 respecté

Le montant constaté de dépenses de l'ONDAM au titre de l'année 2023 est issu des comptes des régimes obligatoires de base d'assurance maladie arrêtés le 15 mars 2024. Comme ceux des années précédentes, il prend en compte des données certaines et des données reposant sur des hypothèses (provisions pour charges de prestations et produits à recevoir de remises et de la clause de sauvegarde versées par les entreprises pharmaceutiques, qui constituent des recettes atténuatives des dépenses). Le prochain constat des dépenses de l'ONDAM en juin prochain devra permettre d'apprécier si les hypothèses retenues se vérifient.

Au regard des comptes des régimes obligatoires de base d'assurance maladie de l'exercice 2023, le montant des dépenses relevant de l'ONDAM s'est élevé à 247,8 Md€, soit + 0,3 % à champ constant par rapport à 2022. Compte tenu des hypothèses retenues lors de l'arrêté des comptes, il ne dépasse que légèrement (de 0,2 Md€) la prévision de la LFSS 2024 pour 2023.

Les dépenses 2023 comprennent un faible montant lié à la crise Covid (1,1 Md€ en 2023, après 11,7 Md€ en 2022 et 18,3 Md€ pour chacune des deux années 2021 et 2020). Au total, les coûts bruts de la crise Covid pour l'assurance maladie atteignent près de 50 Md€ sur les quatre années 2020 à 2023. La résorption de cette crise justifierait de mettre fin à partir de 2025 à la distinction entre dépenses de crise et dépenses hors crise pour la prévision et le suivi de l'ONDAM.

S'agissant des dépenses hors Covid (246,8 Md€), le léger dépassement de la prévision pour 2023 de la LFSS 2024 (de 0,1 Md€) recouvre des dépassements plus notables au titre des établissements de santé (+ 0,4 Md€) et des soins de ville (+ 0,1 Md€), tandis que les dépenses ont été inférieures à la prévision pour l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social (- 0,3 Md€) et les autres prises en charge (- 0,1 Md€). Ces dernières sous-exécutions traduisent l'incidence de mesures de gel ou de non délégation de crédits (à hauteur de 0,2 Md€ et de 0,1 Md€ respectivement).

Il est à souligner que le montant des dépenses de l'ONDAM a changé de dimension par rapport à l'avant-crise sanitaire. Celui constaté à ce stade pour 2023 (246,8 Md€ hors Covid) dépasse de près de 47 Md€, soit près de 45 Md€ à périmètre constant, celui de 2019 (200,3 Md€).

Pour une part, la forte croissance des dépenses de l'ONDAM (+ 5,3 % en moyenne entre 2019 et 2023) traduit l'incidence des mesures du « Ségur de la santé », dont le coût atteint 13,4 Md€ en 2023, dont 10,9 Md€ de revalorisations salariales pérennes dans les établissements publics et privés de santé et médico-sociaux. En outre, les mesures de revalorisation des salaires dans les établissements de santé et médico-sociaux dans le contexte d'inflation ont ajouté 2,9 Md€ de dépenses pour la hausse du point d'indice de juillet 2022 et 1,6 Md€ pour les mesures indiciaires de juillet 2023 (montant en année 2023, qui continue à monter en charge en 2024). À ces enveloppes salariales, s'ajoutent pour les établissements des enveloppes supplémentaires visant à couvrir la progression des charges non salariales affectées par l'inflation. Par ailleurs, les dépenses de soins de ville connaissent elles aussi une forte dynamique en raison d'effets volume ou prix.

Des dépenses hors Covid en progression dynamique de 4,8 % en 2023

Tout en décélérant par rapport à 2022 (elles avaient crû de 6 % par rapport à 2021), les dépenses relevant de l'ONDAM dans les comptes des régimes d'assurance maladie (246,8 Md€) sont restées dynamiques en 2023, augmentant de 4,8 % à champ constant par rapport à 2022.

Les dépenses de soins de ville (104,7 Md€ hors Covid) ont progressé de 3,9 % ou de 4,3 % pour les seules prestations¹. Les prestations ont ainsi accéléré par rapport à 2022 (+ 4,0 % par rapport à 2021). Les dépenses les plus dynamiques ont été les rémunérations forfaitaires versées aux médecins (+ 11,0 %), les transports sanitaires (+ 8,1 %, sous l'effet notamment de revalorisations tarifaires), les honoraires des masseurs-kinésithérapeutes (+ 7,5 %), ceux des médecins spécialistes (+ 6,1 %) et les indemnités journalières maladie et accidents du travail – maladies professionnelles (+ 6,3 %, qui se décomposent en un effet prix de + 4,4 %, lié aux hausses du SMIC et des autres salaires et un effet volume significatif de + 1,8 %).

Les dépenses relatives aux établissements de santé (102,8 Md€ hors Covid) ont progressé plus fortement (+ 5,6 % hors Covid) que celles de soins de ville, tout en décélérant (+ 6,6 % en 2022 hors Covid). Le dépassement (de 0,4 Md€) de l'objectif révisé par la LFSS 2024 recouvre des écarts de sens opposé : dépassement des dotations et enveloppes (+ 1,0 Md€) principalement versées aux établissements du secteur public (« ex-DG ») afin de compenser la sous-exécution de la part tarifaire du secteur public (- 0,8 Md€) ; surexécution (+ 0,4 Md€) de la part tarifaire du secteur privé (« ex-OQN ») ; sous-exécution des dépenses de la « liste en sus » des tarifs (+ 0,1 Md€), en raison d'un rendement plus important des remises et de la clause de sauvegarde.

Les remises sur les prix publics des médicaments et la clause de sauvegarde ont permis de limiter (à + 0,4 Md€, soit + 1,5 %) la hausse des dépenses de médicaments (ville et établissements de santé) par rapport à celle qui aurait eu lieu sans ces dispositifs d'atténuation des dépenses (+ 3,1 Md€, soit + 8,7 %). En revanche, les remises n'atténuent qu'à la marge les dépenses de dispositifs médicaux. Le montant de ces dépenses (10,8 Md€, nets de remises) est près de trois fois inférieur à celui des médicaments (28,3 Md€, nets de remises et de la clause de sauvegarde), mais sa progression dépasse celle des médicaments (+ 0,5 Md€, soit + 4,8 %).

Comme indiqué, les dépenses du champ médico-social (29,9 Md€ hors Covid, dont 15,4 Md€ pour les personnes âgées et 14,6 Md€ pour les personnes handicapées) ont été sous-exécutées par rapport à la prévision de la LFSS 2024 en raison de mesures de régulation. Tout en décélérant par rapport à 2022 (+ 7,1 %), elles ont été dynamiques (+ 5,7 %, dont + 6,0 % pour les personnes âgées et + 5,5 % pour les personnes handicapées).

Un « point de fuite » de l'ONDAM qui s'élargit : le déficit des hôpitaux publics

Beaucoup d'établissements n'ayant pas encore définitivement arrêté leurs comptes, le montant du déficit des établissements publics de santé pour 2023 n'est pas connu. À ce stade, il ne peut donc qu'être estimé, avec des incertitudes notables. Selon l'estimation du ministère de la santé, il pourrait quasiment doubler par rapport à 2022 (il avait alors atteint 1,0 Md€).

Les résultats financiers des établissements publics de santé se dégradent malgré la hausse des dotations qui leur sont versées. Au titre de l'exercice 2023, six campagnes de délégation de dotations se sont succédées. Les dernières délégations (1,4 Md€, tous statuts d'établissements confondus) sont intervenues bien après que l'année civile 2023 ait pris fin.

Le comité souligne le caractère anormal du rattachement à l'ONDAM du dernier exercice clos de dotations attribuées aux établissements de santé après la fin de l'année civile. Sans en être le seul facteur explicatif, ces attributions décalées dans le temps favorisent un arrêté tardif des comptes des établissements publics de santé. Le déficit total ne sera définitivement connu qu'à l'été, ce qui constitue un délai manifestement excessif.

¹ Notamment hors prises en charge de cotisations des professionnels de santé par l'assurance maladie.

La reconduction, chaque année depuis 2018, d'une restitution aux établissements « ex-DG » de la sous-exécution des recettes tarifaires (0,5 Md€) traduit une surestimation récurrente du niveau de leur activité. Sur les neuf premiers mois de l'année 2023, le volume économique de l'activité des établissements « ex-DG » (séjours et séances, hors dialyse), tout en ayant augmenté, reste inférieur de 2,6 % à celui des neuf premiers mois de l'année 2019, tandis que celui des établissements « ex-OQN » le dépasse de 3,1 %.

En outre, un dispositif de « sécurisation modulée à l'activité » (SMA), qui prolonge selon des modalités différentes en 2023 et 2024 ceux de garantie de financement de 2020 à 2022, a pour objet de compenser le sous-emploi des capacités d'une majorité d'établissements publics (estimé à 1,2 Md€ en 2023) et de certains établissements privés (0,2 Md€).

Comme l'avait relevé le comité d'alerte dans son avis d'octobre 2023, l'évolution des effectifs et des dépenses de personnel des établissements de santé dépassait sensiblement, dès avant la crise Covid, celle de leur activité. Cette divergence d'évolution, dont les données appellent une actualisation, concourt à leur déficit malgré le soutien financier qui leur est accordé.

Des risques pour l'ONDAM 2024 à maîtriser

La LFSS a prévu un ONDAM à 254,7 Md€, soit une progression de 3,2 % hors crise Covid.

Le léger dépassement de l'objectif majoré fixé pour 2023 par la LFSS 2024 constaté dans les comptes des régimes de base d'assurance maladie de l'exercice 2023 n'induit pas de risque pour l'exécution de l'ONDAM 2024.

En revanche, la dynamique spontanée des dépenses de soins de ville et des charges des établissements de santé crée un risque pour le ralentissement attendu des dépenses de l'ONDAM par rapport à 2023, qui dépend notamment de la réalisation de 3,5 Md€ d'économies (hors maîtrise médicalisée) par rapport à une évolution tendancielle des dépenses estimée à 4,6 % (dont 2,8 % avant mesures nouvelles d'augmentation ou consolidant des mesures de 2023). Compte tenu de son calendrier d'entrée en vigueur, l'une de ces économies ne sera que partiellement réalisée (participations forfaitaires et franchises). Le calendrier ou le montant d'autres économies, en ville et en établissement de santé, présente des incertitudes. C'est notamment le cas des économies d'efficience attendues en établissement de santé (0,6 Md€).

Le comité appelle donc à une vigilance renforcée sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie, de soins de ville comme liées aux établissements de santé. À cet égard, le « point de fuite » du déficit des établissements publics de santé, qui s'élargit, est une préoccupation majeure. Il appelle une analyse précise des raisons de la sous-activité récurrente des établissements de santé par rapport aux prévisions, un suivi continu de l'évolution comparée de leur activité et de leurs effectifs, une accélération de la remontée de leurs données comptables et la mise en œuvre de mesures, qui ne sauraient être principalement de soutien financier, visant à résorber leur déficit croissant.

Le comité procédera à un nouvel examen des dépenses couvertes par l'objectif national de dépenses d'assurance maladie dans son prochain avis qui sera publié en juin prochain.

Le comité d'alerte

Jean-Pierre VIOLA
Alain CORDIER
Jean-Luc TAVERNIER



**Comité d'alerte sur l'évolution
des dépenses d'assurance
maladie**

Le 26 juillet 2024

**Avis du Comité d'alerte n°2024-2
sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM)**

Les avis rendus par le comité d'alerte

Selon l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, « Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'objectif national voté par le Parlement ».

En application de ce même article, le comité d'alerte rend un deuxième avis au plus tard le 1^{er} juin, « dans lequel le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours ».

Le respect de l'ONDAM en cours d'année conditionne notamment celui du solde prévisionnel de la branche maladie de la sécurité sociale. En mai dernier, la commission des comptes de la sécurité sociale a estimé que le déficit de la branche maladie pourrait atteindre 11,4 Md€ en 2024 (après 11,1 Md€ en 2023).

Ce deuxième avis est exprimé au vu des éléments d'information communiqués au comité d'alerte par la direction de la sécurité sociale, la direction générale de l'offre de soins, la direction générale du Trésor et la caisse nationale de l'assurance maladie et de leurs réponses aux interrogations exprimées par le comité.

Un deuxième avis différé à juillet

Le calendrier du deuxième avis du comité d'alerte a été fixé par l'article 40 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

L'instauration par l'article 1^{er} de la loi organique n° 2022-354 du 14 mars 2022 relative aux lois de financement de la sécurité sociale d'un projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale au titre du dernier exercice clos, devant être déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale avant le 1^{er} juin de l'année suivant celle de l'exercice auquel il se rapporte, n'a pas conduit à adapter ce calendrier.

La charge de travail administratif liée à l'établissement du projet de loi d'approbation des comptes de la sécurité sociale et des documents annexes qui l'accompagnent¹, ainsi que du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale², ne permet pas aux services du ministère de préparer les éléments d'information nécessaires à l'avis du comité d'alerte dans des délais compatibles avec l'émission par le comité du deuxième avis avant le 1^{er} juin.

En 2023, le comité d'alerte avait rendu son deuxième avis le 7 juin 2023.

Le comité d'alerte avait prévu de rendre son deuxième avis de 2024 suivant un calendrier similaire, soit immédiatement après l'élection du Parlement européen du 9 juin 2024.

À la suite de la dissolution de l'Assemblée nationale, le comité d'alerte a estimé que la publication du deuxième avis avant le deuxième tour des élections législatives ne serait pas conforme à son devoir de réserve. Il a néanmoins approfondi ses analyses au cours de la période précédant la mise en place des nouvelles instances de l'Assemblée nationale.

Bien que différé d'un mois et demi par rapport à l'échéance prévue par l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, ce deuxième avis intervient à un moment utile pour ses destinataires. C'est d'autant plus le cas qu'il est exprimé avec le bénéfice d'un recul de six mois (de janvier à juin compris) sur les dépenses effectives de l'année 2024.

Une évolution des dépenses en 2023 qui n'induit pas de risque notable de dépassement de l'ONDAM en 2024

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2024 a fixé à 254,9 Md€ le montant de l'ONDAM pour l'année 2024, soit une progression de 2,9 % à champ constant de dépenses ou de 3,2 % hors dépenses liées à la crise « Covid ».

L'objectif intègre une provision de faible montant au titre des dépenses « Covid » (0,2 Md€, à comparer à 1,1 Md€ de dépenses « Covid » constatées pour 2023). Selon Santé Publique France (17 juillet), les indicateurs syndromiques restent stables en ville et à l'hôpital, tandis que les indicateurs virologiques sont en légère augmentation en ville et en baisse à l'hôpital. Par ailleurs, la détection du virus dans les eaux usées continue à diminuer. Malgré son caractère endémique, le SARS-CoV-2 appelle toujours un suivi vigilant.

Comme l'a indiqué le comité d'alerte dans son avis n° 1 du 15 avril 2024, le montant provisoire des dépenses de l'ONDAM au titre de l'année 2023 s'est élevé à 247,8 Md€, ce qui traduit un double dépassement : de 3,8 Md€ par rapport à l'objectif initial de la LFSS pour 2023 de 0,2 Md€ par rapport à l'objectif pour 2023 rehaussé par la LFSS pour 2024.

S'agissant des dépenses hors Covid (246,8 Md€), l'exécution 2023 a un effet en base nul ou presque sur le montant des dépenses de 2024. En effet, elle entraîne un dépassement des montants prévisionnels des soins de ville et des établissements de santé (respectivement + 0,1 Md€ et +0,4 Md€) et, à l'inverse, une sous-exécution d'un montant équivalent des sous-objectifs médico-sociaux (personnes âgées et personnes handicapées) et de celui des autres prises en charge.

¹ Le projet de loi a été déposé à l'Assemblée nationale le vendredi 31 mai 2024.

² La commission des comptes de la sécurité sociale s'est réunie le jeudi 30 mai 2024.

En revanche, un risque élevé de dépassement du sous-objectif des soins de ville au vu de la progression de ces dépenses au cours des six premiers mois de l'année 2024

Les soins de ville constituent l'un des six sous-objectifs de l'ONDAM. La LFSS pour 2024 prévoit à ce titre 108,4 Md€ de dépenses, soit une progression de 3,3 Md€ ou 3,5 % hors dépenses de crise « Covid ».

L'annexe 5 du projet de loi de financement pour 2024 précise les déterminants de cette évolution : une progression spontanée des dépenses de 4,5 Md€, soit + 4,3 %, qui intègre les mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude ; des mesures de revalorisation et des mesures nouvelles de 1,6 Md€, soit + 1,5 % ; des mesures d'économie et de régulation de 2,5 Md€, soit - 2,4 %.

L'évolution du sous-objectif des soins de ville se décompose entre celle des dépenses brutes et celle des recettes atténuatives des dépenses. Ces recettes sont versées par les entreprises pharmaceutiques (clause de sauvegarde et remises conventionnelles) et par les entreprises qui fabriquent ou distribuent des dispositifs médicaux (remises conventionnelles).

Sur les six premiers mois de l'année 2024, les dépenses brutes effectives ont augmenté de 5,7 %³ par rapport à la même période de l'année 2023 pour le régime général de sécurité sociale.

Cette augmentation dépasse de 1,5 point la hausse de 4,2 % des dépenses brutes du sous-objectif prise en compte dans l'ONDAM pour 2024 adopté dans le cadre de la LFSS pour 2024.

La comparaison est rendue pertinente par le fait que le régime général de sécurité sociale concentre l'essentiel des dépenses d'assurance maladie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale prises en compte dans le cadre de l'ONDAM et que le montant des dépenses constatées au titre de l'année 2023 est quasiment identique à la base 2024 de calcul de l'objectif 2024, par rapport à laquelle est exprimée l'évolution de l'ONDAM.

L'écart d'évolution de 1,5 point ainsi observé concerne la plupart des postes de soins de ville : actes de biologie médicale, transports de patients, honoraires des médecins spécialistes, honoraires des masseurs-kinésithérapeutes, indemnités journalières, dispositifs médicaux, médicaments. Il traduit la dynamique du volume des actes, des biens et des prestations pris en charge par l'assurance maladie.

Quatre correctifs doivent être apportés à l'extrapolation sur 12 mois de l'écart d'évolution des dépenses sur six mois, afin d'apprécier son incidence potentielle sur les dépenses du sous-objectif des soins de ville pour l'ensemble de l'année 2024 :

- deux correctifs baissiers :

* la prise en compte du doublement des franchises et des participations forfaitaires, respectivement intervenu au 1^{er} avril et au 15 mai (avec une incidence estimée à - 0,6 Md€) ;

* le fait que l'accélération des dépenses de médicaments et de dispositifs médicaux s'accompagne d'une augmentation des recettes atténuatives (clause de sauvegarde sur le chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques, remises conventionnelles) à la charge des entreprises de ces deux secteurs (avec une incidence estimée à - 0,1 Md€ en prenant pour hypothèse une relation de proportionnalité de l'évolution des recettes atténuatives par rapport à celle des dépenses brutes) ;

³ Évolution exprimée en date de remboursement, en données corrigées des jours ouvrés et des variations saisonnières, hors déduction des participations forfaitaires et franchises en 2024, afin de neutraliser l'effet du doublement de ces dernières sur la croissance ainsi mesurée.

- deux correctifs haussiers :

* les mesures visant à rendre plus accessible l'accès au dispositif « MonSoutienPsy » et à augmenter les tarifs des psychologues à compter de juin 2024 (avec une incidence estimée à + 0,05 Md€) ;

* les mesures de revalorisation des tarifs des professionnels de santé (médecins et pharmaciens) qui entreront en vigueur après mai 2024 (avec une incidence estimée à + 0,1 Md€).

Après prise en compte de ces quatre correctifs, le dépassement observé des dépenses brutes à fin juin induirait un supplément d'un peu plus de 1 Md€ de dépenses nettes par rapport au montant pris en compte dans la prévision du sous-objectif pour 2024, sous l'hypothèse d'un rythme d'évolution des dépenses restant constant sur l'ensemble de l'année 2024 à + 5,7 %.

Des mises en réserve qui apparaissent insuffisantes face au risque de dépassement du sous-objectif des soins de ville

Le montant prévisionnel de l'ONDAM 2024 comprend une réserve de 765 M€, soit 0,3 % du montant voté en LFSS 2024, dont 492 M€ au titre spécifiquement des établissements de santé⁴, 134 M€ au titre des sous-objectifs médico-sociaux, 84 M€ au titre du fonds d'intervention régional (FIR) et du soutien national à l'investissement dans les établissements de santé et des opérateurs, et 55 M€ au titre des autres prises en charge.

En outre, le sous-objectif relatif aux établissements de santé abrite une réserve de fait de 250 M€ de dotations de missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). En effet, la prévision de MIGAC intègre une compensation estimée à 250 M€ de la hausse d'un point du taux de cotisation des établissements publics de santé à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL)⁵ au 1^{er} janvier 2024. Or cette hausse a été compensée par une réduction d'un point, pour l'année 2024, du taux de cotisation maladie des employeurs territoriaux et hospitaliers des agents affiliés à la CNRACL⁶.

En première analyse, 740 M€ de financements prévisionnels destinés aux établissements de santé, soit 0,7 % du sous-objectif correspondant, pourraient ainsi être annulés afin de compenser des dépenses supplémentaires du sous-objectif des soins de ville. Ce montant se réduit à 570 M€, soit 0,5 % du sous-objectif, après déduction des financements supplémentaires accordés à la mi-2024 aux établissements privés à caractère lucratif, soit 170 M€ au total⁷, au-delà de ceux déjà pris en compte dans l'ONDAM 2024⁸.

⁴ Dont 409 M€ au titre du coefficient prudentiel de 0,7 % appliqué aux tarifs de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et aux soins médicaux et de réadaptation (SMR) et 83 M€ au titre des dotations des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

⁵ La CNRACL gère le régime de retraite des fonctionnaires territoriaux et hospitaliers.

⁶ Décret n° 2024-49 du 30 janvier 2024.

⁷ Est supprimé à compter du 1^{er} juillet 2024 le coefficient de minoration des tarifs instauré afin de compenser l'avantage fiscal procuré aux cliniques privées par le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi, transformé en 2019 en une réduction pérenne de cotisations sociales pour les employeurs du secteur privé. En outre, une enveloppe est accordée pour financer les revalorisations de garde de nuit et de week-end du personnel à compter du 1^{er} juillet 2024. Ces deux mesures entraînent des dépenses supplémentaires estimées respectivement à 130 M€ et à 40 M€ pour 2024 (soit 260 M€ et 80 M€ en année pleine).

⁸ Soit une revalorisation des tarifs de 0,3 % en moyenne, contre 4,3 % en moyenne pour les établissements publics et privés non lucratifs.

En dehors des mesures précitées en faveur des établissements privés à caractère lucratif, le comité d'alerte n'a pas été rendu destinataire d'éléments d'information qui accréditeraient le risque d'un dépassement du sous-objectif relatif aux établissements de santé, fixé à 105,6 Md€ par la LFSS pour 2024, soit une progression de 3,3 Md€ ou 3,2 % hors dépenses de crise « Covid ». Si la progression prévisionnelle de 2,5 % du volume de l'activité⁹ devait être dépassée, jusqu'à 570 M€ de financements mis en réserve au titre des établissements de santé, comme indiqué *supra*, pourraient être mobilisés afin de compenser le dépassement en question. Le risque de dépassement de la prévision d'activité en volume des établissements de santé apparaît couvert : la mise en réserve de 570 M€ de financements représente près de 1 % d'évolution du volume de l'activité.

En revanche, la réaffectation intégrale ou même prépondérante de 570 M€ de financements mis en réserve au titre des établissements de santé à la couverture d'un dépassement du sous-objectif des soins de ville apparaît moins praticable, sinon moins probable. Si l'activité des établissements publics de santé progressait de moins de 2,5 % en volume, le ministère de la santé pourrait être enclin à compenser la moindre activité par rapport à la prévision, comme il le fait chaque année depuis l'exercice 2017. Même si les hypothèses d'évolution de l'activité et des charges des établissements prises en compte pour arrêter le montant du sous-objectif des établissements de santé dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2024 se voyaient confirmées, le déficit des établissements publics de santé, estimé par la DGOS à près de 2 Md€ pour l'année 2023, ne disparaîtrait pas pour autant en 2024. *A fortiori*, la réalisation intégrale de l'hypothèse de gains d'efficacité des établissements de santé (0,6 Md€ au titre de la rationalisation des achats et de la réduction du recours à l'intérim médical) présente un caractère incertain.

De manière générale, le déficit des établissements publics de santé constitue un point de fuite majeur de l'ONDAM, comme l'a une nouvelle fois rappelé le comité d'alerte dans son avis n° 1 du 15 avril dernier. Dans le cadre du présent avis, le comité souligne que le montant total du déficit des établissements publics de santé pour l'année 2023 n'est toujours pas définitivement connu près de sept mois après la fin de l'année 2023. La DGOS indique qu'au 15 juillet, seuls 69 % des établissements publics de santé avaient un résultat pouvant être considéré comme fiable, en agrégeant les établissements ayant arrêté leurs comptes et ceux ayant validé leur compte financier sur la plateforme « Ancre »¹⁰. Tel n'était notamment pas le cas pour onze centres hospitaliers-universitaires (CHU). L'absence de données définitives sur les résultats d'une partie des établissements publics de santé à ce stade avancé de l'année traduit une situation anormale.

Au regard de la difficulté à réduire les financements destinés aux établissements de santé, seuls 0,35 Md€ de mises en réserve issues principalement d'autres sous-objectifs¹¹ paraissent mobilisables pour compenser le dépassement du sous-objectif des soins de ville qui résulterait de la prolongation sur l'ensemble de l'année 2024, après certains correctifs, de l'évolution des dépenses brutes observée sur les six premiers mois de l'année.

⁹ Ce taux prévisionnel de progression est identique pour les établissements publics et privés.

¹⁰ Cette plateforme est utilisée par le ministère de la santé pour recueillir les données financières des établissements de santé publics et des établissements privés à but non lucratif.

¹¹ Ce montant correspond à la somme des crédits mis en réserve au titre des sous-objectifs médico-sociaux (134 M€), du fonds d'intervention régional (FIR) et du soutien national à l'investissement dans les établissements de santé et des opérateurs (84 M€) et des autres prises en charge (55 M€), à laquelle s'ajoute le solde (80 M€) de la réserve de fait de MIGAC « CNRACL » devenue sans emploi (250 M€) et des mesures infra-annuelles en faveur des établissements privés lucratifs (170 M€).

S'agissant des dépenses de soins de ville, la CNAM a engagé une nouvelle diminution des tarifs des actes de biologie médicale, selon une autre modalité¹² que celle appliquée en début d'année¹³, afin d'assurer le respect de l'enveloppe financière autorisée par le protocole d'accord sur la biologie médicale pour la période 2024-2026 conclu le 27 juillet 2023 par l'union nationale des caisses d'assurance maladie et les représentants des laboratoires privés. Cette mesure de régulation doit se traduire par une économie estimée à 120 M€ sur l'année 2024.

Au regard du supplément de dépenses de soins de ville sur l'ensemble de l'année 2024 qui résulterait de la prolongation de la tendance observée sur le premier semestre (soit 1 Md€), d'une part, et des mises en réserve mobilisables pour le couvrir (0,35 Md€) et de la baisse engagée des tarifs des actes de biologie médicale (0,12 Md€), d'autre part, l'ONDAM prévu par la LFSS pour 2024 pourrait être dépassé de plus de 0,5 Md€, sous l'hypothèse d'une progression en moyenne sur l'année identique à celle des six premiers mois et avant mise en œuvre de mesures supplémentaires de maîtrise des dépenses.

*

* *

Au regard des données disponibles à fin juin 2024, le comité d'alerte identifie donc un risque de dépassement de l'ONDAM adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024. Ce risque est imputable à la dynamique de la plupart des postes de dépenses des soins de ville. Bien qu'inférieur au seuil d'alerte fixé à 0,5 % du montant prévisionnel des dépenses de l'ONDAM¹⁴, soit 1,3 Md€, il porte sur un montant significatif de dépenses, pouvant être estimé à ce stade à plus de 0,5 Md€.

Préalablement à son troisième avis au 15 octobre 2024 au plus tard, le comité d'alerte suivra les dépenses à fin juillet et à fin août afin d'apprécier comment évolue le risque de dépassement de l'ONDAM et exercer, en tant que de besoin, son devoir d'alerte.

Le comité d'alerte

Jean-Pierre VIOLA

Alain CORDIER

Jean-Luc TAVERNIER

¹² Par la voie d'un ajustement à la baisse de la grille des tarifs.

¹³ Au 1^{er} janvier 2024, la valeur du coefficient des tarifs (lettre « B ») a été réduite de 27 à 26 centimes dans l'hexagone.

¹⁴ En application du décret n° 2011-432 du 19 avril 2011 fixant le seuil de déclenchement de l'alerte en cas de risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.

Annexe technique à l'avis 2024-2 du comité d'alerte

I- En 2023, des dépenses supérieures de 3,8 Md€ à l'objectif initial

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM se sont élevées à 247,8 Md€ en 2023 (cf. *Tableau 1*), soit un dépassement de +3,8 Md€ par rapport à l'objectif initial de la LFSS pour 2023. Comme indiqué dans le premier avis du comité d'alerte rendu en 2024¹⁵, ce dépassement se décompose en +0,1 Md€ de mesures exceptionnelles liées à la crise sanitaire et +3,7 Md€ de dépassement non lié à la crise sanitaire. Hors effet de la crise sanitaire, le dépassement est concentré sur les établissements de santé pour +2,2 Md€, principalement en lien avec les mesures prises en raison d'un contexte inflationniste persistant (revalorisations salariales et aide exceptionnelle de soutien à l'activité des établissements de santé). Les dépenses des soins de ville et du 5^{ème} sous-objectif présentent un dépassement respectivement de +1,3 Md€ et de +0,3 Md€. À l'inverse, les dépenses du 6^{ème} sous-objectif présentent une sous-consommation de -0,1 Md€. L'objectif global de dépense (OGD) est globalement à l'équilibre : le faible dépassement du secteur personnes âgées, malgré les effets des revalorisations transversales salariales actées en cours d'année, est compensé par la sous-exécution du secteur personnes handicapées (-0,1 Md€).

L'écart à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024 s'établit à +0,2 Md€. Ce dépassement s'explique principalement par des dépenses en lien avec la crise sanitaire plus élevées que prévu (+0,1 Md€). Les dépenses hors crise sanitaire sont globalement à l'équilibre : les dépassements constatés sur des deux premiers sous-objectifs sont compensés par des sous-exécutions des autres sous-objectifs.

Tableau n°1 : ONDAM 2023

Montants en Md€ (y compris COVID)	Objectif 2023 LFSS 2023	Objectif 2023 LFSS 2024	Constat 2023	Taux d'évolution	Ecart à la LFSS initiale	Ecart à la LFSS rectifiée
Soins de ville	103,9	105,0	105,3	-2,0%	1,4	0,2
Etablissements de santé	100,7	102,5	102,9	4,5%	2,2	0,4
Etablissements et services médico-sociaux	30,0	30,2	29,9	5,7%	0,0	-0,3
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées	15,3	15,5	15,4	6,0%	0,0	-0,1
Dépenses relatives aux établissements et services pour personnes handicapées	14,6	14,7	14,6	5,5%	-0,1	-0,1
Dépenses relatives au Fonds d'intervention régional et soutien national à l'investissement	6,1	6,5	6,4	2,0%	0,3	0,0
Autres prises en charge	3,4	3,4	3,3	-50,2%	-0,1	-0,1
ONDAM TOTAL	244,1	247,6	247,8	0,3%	3,8	0,2

Note : La base de référence est le constat 2022 définitif établi à la clôture 2023 en mars 2024 corrigé des mouvements de périmètre.

¹⁵ [Les avis du comité d'alerte \(securite-sociale.fr\)](https://securite-sociale.fr)

Les dépenses de soins de ville (105,3 Md€) ont diminué de -2,0% par rapport à 2022, du fait du recul des dépenses de crise. L'ONDAM soins de ville dépasse par ailleurs l'objectif rectifié en LFSS pour 2024 de +0,2 Md€. Ce dépassement est intégralement lié à des dépenses de crise supérieures à celles estimées en LFSS 2024.

Hors dépenses de crise, la progression des dépenses est de +3,8%. Les dépenses hors prestations ont atteint un niveau de -3,5 Md€, marquées notamment par un nouvel accroissement des remises et de la clause de sauvegarde qui sont comptées négativement dans l'Ondam, et présentent une sous-exécution de -0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié. Les dépenses de prestations brutes (108,2 Md€) augmentent de +5,5% et présentent un dépassement sur les honoraires médicaux et dentaires (forte évolution conjoncturelle des spécialistes et dentistes en fin d'année 2023) et honoraires paramédicaux.

Les dépenses des établissements de santé (102,9 Md€) ont augmenté de +4,5% par rapport à 2022. L'ONDAM ES présente un écart de +0,4 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS pour 2024. En fin de campagne 2023, le Gouvernement a procédé à une 4^{ème} délégation budgétaire qui met notamment en œuvre 0,5 Md€ d'aides exceptionnelles de soutien à l'activité. Cette aide exceptionnelle, en partie compensée par une légère sous-exécution, notamment des produits de santé, explique globalement le dépassement observé. En ce qui concerne les dépenses liées à la crise sanitaire, elles s'élèvent à 0,1 Md€, soit légèrement inférieures à l'objectif rectifié en LFSS 2024. Hors crise sanitaire, les dépenses de l'ONDAM en faveur des établissements de santé ont progressé de +5,6% par rapport à 2022. Ce fort dynamisme s'explique par les mesures prises dans le cadre du contexte inflationniste (point d'indice et compensation des effets de l'augmentation de l'inflation sur les charges non salariales notamment).

Les dépenses de l'ONDAM médico-social se sont élevées à 29,9 Md€, soit une hausse de 5,7% par rapport à 2022. Les dépenses relatives aux établissements et services pour personnes âgées s'élèvent à 15,4 Md€ (en progression de +6,0%) et celles relatives aux établissements et services pour personnes handicapées s'élèvent à 14,6 Md€ (en progression de +5,5%). Bien que ces dépenses soient en progression, l'ONDAM médico-social présente une sous-exécution de l'ordre de -0,3 Md€ par rapport à l'objectif 2023 rectifié en LFSS pour 2024. Cela s'explique principalement par le maintien d'un gel sur les mises en réserve.

Les dépenses relatives au fonds d'intervention régional (FIR) et au soutien national à l'investissement (SNI) ont atteint 6,4 Md€, soit une progression de +2,0% par rapport à 2022 (+5,8% hors crise sanitaire). Le 5^{ème} sous-objectif présente une sous-consommation de moins de 0,1 Md€ par rapport à l'objectif rectifié en LFSS 2024.

Les autres prises en charge se sont élevées à 3,3 Md€, soit une sous-exécution de -0,1 Md€ en raison du gel des mises en réserve sur le champ médico-social hors CNSA et un taux d'évolution en baisse de -50,2% par rapport à 2022 (+4,1% hors crise sanitaire). Cette forte baisse s'explique par la diminution des crédits accordées à Santé publique France afin de palier à la crise sanitaire, de 3,9 Md€ en 2022 à 0,1 Md€ en 2023.

II- La construction de l'ONDAM en LFSS pour 2024

Les dépenses d'assurance maladie dans le champ de l'ONDAM en 2024 ont été fixées à 254,9 Md€ en LFSS (cf. *Tableau 2*), soit une progression à champ constant de +2,9 % par rapport à 2023.

La construction de l'ONDAM 2024 reposait 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. Sous cette hypothèse, une provision est prévue au titre des dépenses en lien avec la crise sanitaire à hauteur de 0,2 Md€.

Hors coûts relatifs à la crise sanitaire, les dépenses 2024 sous enveloppe ONDAM, prévues en augmentation de +3,2 %, se décomposent de la manière suivante :

- Une évolution spontanée, avant prise en compte de l'impact de l'inflation « exceptionnelle » et des mesures nouvelles, jouant pour +2,8 points de contribution. Cette évolution intègre l'impact prévisionnel des mesures de maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude pour -0,9 Md€ ;
- Un impact du contexte inflationniste sur les achats des ES et ESMS ainsi que la montée en charge des mesures salariales du 12 juin 2023 jouant pour 0,4 point (+0,9 Md€) ;
- De dépenses supplémentaires au titre des mesures devant permettre d'augmenter l'attractivité des métiers en établissement jouant pour +0,2 point (+0,5 Md€) ;
- Des mesures nouvelles au titre de la vie conventionnelle en ville, des mesures contre la précarité menstruelle, ainsi que des mesures nouvelles dans les établissements sanitaires et médico-sociaux contribuant pour 1,4 point : soit 3,5 Md€ de mesures nouvelles (hors inflation et mesures d'attractivité) ;
- En 2024, les dépenses au titre du Ségur de la Santé présentent un contrecoup négatif, du fait du début de l'arrivée à échéance de certains crédits relatifs à l'investissement. Ce contrecoup vient réduire la progression de l'ONDAM de -0,1 point (-0,3 Md€) ;
- Les mesures de régulation et d'économies viennent réduire la progression de l'ONDAM de -1,4 point: soit 3,5 Md€ d'économies (hors maîtrise médicalisée et de lutte contre la fraude).

L'ONDAM 2024 intègre 765 M€ de mises en réserve, soit 0,3% du montant voté en LFSS 2024.

Tableau n°2 : ONDAM en LFSS 2024

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



GOVERNEMENT

*Liberté
Égalité
Fraternité*