

2006

SÉCURITÉ SOCIALE



Projet de loi de financement de la Sécurité sociale - PLFSS

ANNEXE 7

ONDAM et dépense nationale de santé



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Ministère de la Santé
et des Solidarités

Ministère délégué
à la Sécurité sociale,
aux Personnes âgées,
aux Personnes handicapées
et à la Famille

ANNEXE 7

ONDAM ET DEPENSE NATIONALE DE SANTE

- 1. Périmètre de l'ONDAM et de ses sous-objectifs**

- 2. Evolution de l'ONDAM**
 - 2.1. Une décélération depuis 2003**
 - 2.2. Les composantes de l'évolution de l'ONDAM**
 - 2.2.1. La croissance des honoraires professionnels de santé : des composantes très différenciées selon les professions
 - 2.2.2. La progression des dépenses relatives aux produits de santé : un effet structure prépondérant
 - 2.2.3. Les versements aux établissements médico-sociaux sont essentiellement affectés par un effet volume associé aux plans de créations de places
 - 2.2.4. L'évolution des salaires est un déterminant essentiel des dépenses relatives aux établissements de santé
 - 2.3. Les besoins de santé : une analyse des effets du vieillissement**
 - 2.3.1. Les dépenses de santé croissent avec l'âge
 - 2.3.2. L'accroissement de la consommation médicale des générations nouvelles relativement aux précédentes est très net aux âges élevés

- 3. L'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge**
 - 3.1. L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux**
 - 3.2. Les modes de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux**

1. Périmètre de l'ONDAM et de ses sous-objectifs

Conformément à la nouvelle loi organique sur les LFSS, l'ONDAM 2006 est décliné en plusieurs sous-objectifs. Ils sont au nombre de 6.

Le premier concerne les dépenses de soins de ville. Elles sont à la fois constituées de l'ensemble des remboursements d'honoraires de professionnels de santé (honoraires privés de médecins et de dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses médicales et transporteurs sanitaires), des dépenses de médicaments et de dispositifs et des indemnités journalières (hors maternité et paternité). Par ailleurs, plusieurs dépenses d'assurance maladie sont réintégrées dans le champ de l'ONDAM en 2006 (cf. tableau ci-après) :

- les dépenses de prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé ainsi que les aides à la télétransmission (2,15 Milliards d'euros) ;
- les dépenses afférentes aux exonérations de ticket modérateur des ALD 31 et 32¹ (330 millions d'euros) ;
- la dotation de l'assurance maladie au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (110 millions d'euros).

En revanche, le rendement de la clause de sauvegarde pharmaceutique sera désormais traité comme une recette et ne viendra plus en diminution de l'ONDAM.

Le deuxième concerne l'objectif de dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique (ODMCO) de l'ensemble des établissements de santé, publics et privés, à l'exception des hôpitaux locaux, et la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

Le troisième concerne les autres dépenses de soins en établissement de santé. Il vise les dépenses d'assurance maladie afférentes aux activités de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie des établissements publics et privés, aux hôpitaux locaux, aux unités de soins de longue durée, ainsi que d'autres dépenses spécifiques. De surcroît, il englobe à partir de 2006 la dotation de l'assurance maladie au FMESPP (fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés – 327 millions d'euros).

Le quatrième concerne les soins en établissements et services pour personnes âgées.

Le cinquième concerne les soins en établissements et services pour personnes handicapées.

Concernant ces deux postes, il convient de noter que la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées a exclu du champ de l'ONDAM les dépenses financées grâce à l'apport de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) au financement des établissements et services médico-sociaux, soit 820 Millions d'euros en 2006. Ainsi, la progression globale des dépenses en faveur de ces établissements sera de plus de 9% en 2006, la progression des dépenses sur le seul champ nouveau de l'ONDAM étant de 6,6%.

¹ La 31^{ème} maladie est une affection grave, non inscrite sur la liste des 30 ALD fixée par décret, comportant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. La 32^{ème} correspond aux polyopathologies nécessitant des soins continus de longue durée.

Le dernier objectif concerne d'autres dépenses de soins : il s'agit des soins pour les ressortissants français à l'étranger, de la dotation nationale en faveur des réseaux et des dépenses médico-sociales non déléguées à la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (qui concernent notamment les dépenses de centres de soins spécialisés pour toxicomanes, des centres de cure en alcoologie et des appartements de coordination thérapeutique). Le champ de ces dernières dépenses est élargi en 2006 aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD – 10 millions d'euros) jusque là financés par l'Etat.

Impact des changements de périmètres sur l'ONDAM 2006

<i>milliards d'euros</i>	objectif 2006
Dépenses de soins de ville (à périmètre 2005)	62,4
Prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé	2,1
Exonération de ticket modérateur sur ALD 31-32	0,3
FAQSV	0,1
Aides à la télétransmission.....	0,1
Clause de sauvegarde.....	0,4
<hr/>	
Dépenses de soins de ville (à périmètre 2006)	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé (à périmètre 2005).....	17,6
FMESPP	0,3
<hr/>	
Autres dépenses relatives aux établissements de santé (à périmètre 2006)	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (à périmètre 2005).....	4,9
Apport de la CNSA	-0,6
<hr/>	
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (à périmètre 2006).....	4,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (à périmètre 2005).....	6,9
Apport de la CNSA	-0,2
<hr/>	
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées (à périmètre 2006)	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prises en charge (à périmètre 2005).....	0,7
Transferts de l'Etat vers l'assurance maladie du financement des CAARUD	0,0
<hr/>	
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge (à périmètre 2006)	0,7
Total ONDAM à périmètre 2005	138,2
Impact des modifications de périmètre	2,5
<hr/>	
Total ONDAM à périmètre 2006.....	140,7

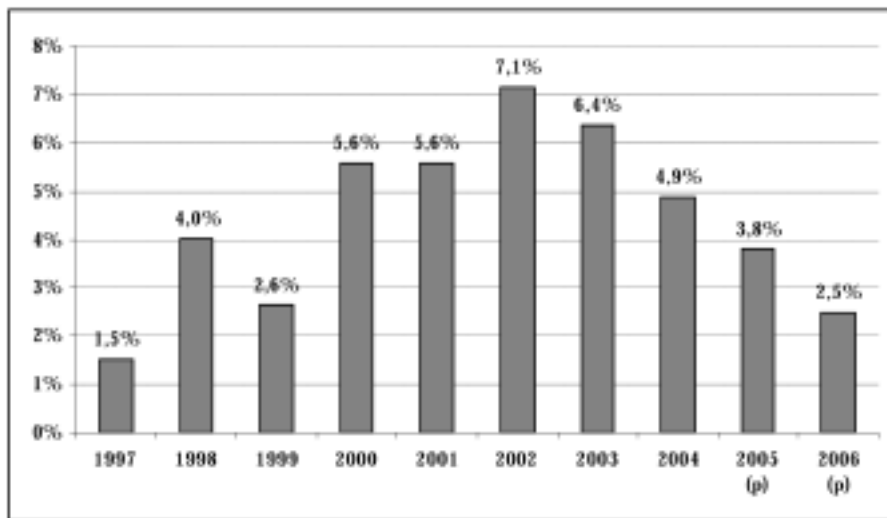
2. Evolution de l'ONDAM

2.1. Une décélération depuis 2003

Les dépenses d'assurance maladie remboursées par le régime général ont augmenté de 4,9 % en 2004 par rapport à la base 2003 corrigée des erreurs de ventilation comptable et de la surestimation des provisions 2003. Pour la seconde année consécutive, le rythme de croissance de ces dépenses a diminué. Cette nette décélération fait suite à une forte progression des dépenses au cours de la seconde moitié des années 90 (+ 5,2 % en moyenne annuelle sur la période 1997-2002).

En 2005 et 2006, ce mouvement de ralentissement de la tendance devrait se confirmer avec une évolution de l'ONDAM plus modérée. En 2005, l'ONDAM devrait être respecté, avec une progression de 3,2 % par rapport à la base initiale. Cette progression doit être corrigée pour tenir compte de la révision à la baisse des réalisations comptables 2004 et s'établit alors à 3,8 % par rapport à ces réalisations comptables. Pour 2006, la progression prévue de l'ONDAM est 2,7 % à champ constant 2005 et 2,5 % sur le nouveau champ de l'ONDAM.

Taux d'évolution des dépenses d'assurance maladie depuis 1997 sur le champ de l'ONDAM



Note : L'ONDAM couvre l'ensemble des régimes d'assurance-maladie.

Après une année 2003 en recul par rapport à 2002, l'année 2004 a été marquée par un net ralentissement des soins de ville qui n'ont progressé que de 4,3 % contre 6,2 % en 2003. Pour la première fois depuis 1998, les soins de ville ont ainsi augmenté moins vite que l'ensemble de l'ONDAM. Cette décélération semble se confirmer en prévision pour 2005, avec un rythme d'évolution estimé à 2,7 % qui serait l'augmentation la plus faible jamais réalisée depuis 1998. Cette modération s'explique d'abord par la poursuite de la baisse des indemnités journalières amorcée à la mi-2003, mais aussi par une nette inflexion des dépenses de médicaments (3,5 à 4 % au lieu de 6 à 8 % les années précédentes) et une évolution modérée des honoraires. La progression des versements aux établissements de santé reste très élevée par rapport à la période 1998-2001 mais décélère peu à peu depuis son point haut de 2002.

Évolution des dépenses remboursées dans le champ de l'ONDAM

	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005 (p)
Soins de ville	5,6%	3,7%	7,8%	7,2%	8,0%	6,2%	4,3%	2,7%
Etablissements de santé	1,8%	1,7%	3,2%	3,6%	6,3%	5,5%	4,6%	4,1%
Médico-social	6,4%	2,5%	5,7%	6,3%	7,9%	9,0%	9,0%	9,3%
ONDAM	4,0%	2,6%	5,6%	5,6%	7,1%	6,4%	4,9%	3,8%

2.2. Les composantes de l'évolution de l'ONDAM

L'évolution des dépenses d'assurance maladie peut se décomposer en trois principaux effets d'ampleur inégale selon les natures de prestations :

- un *effet prix* découlant des évolutions tarifaires des actes des professionnels de santé libéraux, de l'évolution des prix des produits de santé et de l'évolution des salaires pour les prestations en espèces et les traitements du personnel hospitalier,
- un *effet volume* correspondant à l'évolution du nombre d'actes et de produits de santé consommés,
- un *effet structure* correspondant au glissement de consommation d'actes ou de produits de santé « peu chers » vers des actes ou des produits de santé plus chers : cet effet est lié notamment à l'apparition de nouvelles thérapeutiques et au vieillissement de la population.

Le partage entre l'effet de structure et les deux autres effets reste néanmoins difficile à quantifier. En effet, une augmentation des tarifs peut accompagner une qualité accrue (meilleur suivi du patient, remplissage du dossier de santé, etc.), de même qu'une augmentation des volumes peut être engendrée par de nouvelles technologies (nouveaux actes, imagerie, analyse médicale, etc.).

Au delà de cette décomposition traditionnelle pour caractériser l'évolution de la consommation de biens médicaux, les dépenses d'assurance maladie sont affectées par l'évolution du mode de prise en charge de la consommation médicale.

2.2.1. La croissance des honoraires professionnels de santé : des composantes très différenciées selon les professions

L'impact des revalorisations tarifaires peut être estimé en moyenne de 2000 à 2004 à environ 1/4 de l'évolution des dépenses remboursées. Cependant, cet impact doit être différencié selon les professions. Sur cette période, la croissance des honoraires remboursés s'explique exclusivement par les revalorisations tarifaires pour les généralistes et à hauteur de 40% pour les infirmières. En revanche pour d'autres professions, la progression des dépenses s'explique davantage par un effet volume par exemple pour les laboratoires d'analyses médicales et les entreprises de transports de malades.

De surcroît, la croissance des honoraires de certaines professions peut s'expliquer par un fort effet structure. Cela est particulièrement le cas pour les honoraires remboursés des dentistes pour lesquels l'impact de l'inscription de nouveaux actes prothétiques à la nomenclature en 2001 explique plus de la moitié de la progression des dépenses sur la période 2000-2004. Dans une moindre mesure, des mesures de nomenclature ont également concerné les spécialistes comme les professionnels de la naissance et les radiologues.

2.2.2. La progression des dépenses relatives aux produits de santé : un effet structure prépondérant

La progression des dépenses de médicaments est essentiellement due à un effet structure. Cet effet, de plus en plus prépondérant, explique en 2004 plus de la totalité de la croissance du chiffre d'affaires en officine, les effets prix et volume étant tous deux négatifs. L'effet prix négatif s'explique principalement par la montée en charge des médicaments génériques et par des baisses de prix.

Décomposition de l'évolution globale du chiffre d'affaires hors taxes en officine des médicaments remboursables²

Années	Effet prix	Effet boîtes	Effet structure	Croissance totale
2004	-0,4 %	-1,2 %	+ 7,9 %	6,2 %
2003	- 0,4 %	+ 0,6 %	+ 5,5 %	6,1 %
2002	-1,6 %	+ 0,7 %	+ 5,1 %	4,2 %
2001	- 1,3 %	+ 1,2 %	+ 7,3 %	7,2 %
2000	- 0,9 %	+ 2,9 %	+ 6,8 %	8,9 %
1999	- 0,7 %	+ 1,8 %	+ 5,5 %	6,6 %

Source : CEPS

2.2.3. Les versements aux établissements médico-sociaux sont essentiellement affectés par un effet volume associé aux plans de créations de places

La forte progression des dépenses médico-sociales (plus de 9% ces dernières années) s'explique principalement par un effet volume permis par les plans de créations de places. En effet, les réformes récentes prévoient d'importants plans de développement de l'offre de structures assurant une prise en charge sanitaire adaptée d'ici 2007 :

- Face au vieillissement de la population et pour assurer la prise en charge de la perte d'autonomie en établissement ou à domicile, le plan vieillissement et solidarités a prévu sur la période 2004-2007 la poursuite de la médicalisation des 8 000 établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, la création de 10 000

² L'évolution du CA en officine est différente de celle des dépenses de l'assurance maladie car elle ne prend pas en compte les marges de distribution, l'impact des taux de remboursement et les médicaments à l'hôpital.

places nouvelles d'établissements – soit 2500 places par an –, de 17 000 places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) supplémentaires - soit 4 250 places par an –, de 8 500 places supplémentaires d'accueil de jour et de 4 500 places supplémentaires d'hébergement temporaire. L'effet volume est par ailleurs accentué par une accélération du rythme de créations de places : a ainsi été prévu le financement de 3 600 et 5 000 places d'établissement en 2004 et 2005 et de 6000 places de SSIAD en 2005.

- *Plans adultes handicapés* : entre 2005 et 2007, 6000 places de services de soins infirmiers à domicile et de services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (le plan handicap psychique inclus) devraient être créés ainsi que de 7 900 places en maisons d'accueil spécialisé et foyers d'accueil médicalisé (près de 6 000 places ont été créés sur la période 1999-2003).
- *Plans enfance inadaptée* : entre 2001 et 2003, 5.483 places ont été créées, autant devraient l'être entre 2005 et 2007 (création de 3750 places de services d'éducation spéciale et de soins à domicile, 540 places en établissement pour polyhandicapés, 750 places en établissement pour artistes, 360 places d'instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, de 15 centres de ressources, 66 centres médico-psycho-pédagogiques et de 66 centres d'action médico-sociale précoce).

2.2.4. L'évolution des salaires est un déterminant essentiel des dépenses relatives aux établissements de santé

La principale composante de l'évolution des dépenses des établissements de santé est un effet prix à travers les coûts liés à la fois à la mise en place de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux publics et aux importantes revalorisations tarifaires intervenues dans les cliniques.

En effet, environ 70% des dépenses de l'hôpital public sont constituées par les rémunérations des personnels : sur les exercices 2002, 2003 et 2004, l'effet de la RTT et des protocoles ont représenté globalement 40% de la hausse totale des dépenses hospitalières. Cet effet tend néanmoins à diminuer avec la fin de la montée en charge de ces dispositifs.

Au delà de ces « effets prix », la progression des versements aux établissements de santé s'explique également par d'importants effets de structure représentés par des mesures de santé publique :

- plan national pour améliorer la prise en charge des maladies rares,
- programme national de lutte contre les infections nosocomiales,
- plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008,
- programme national de lutte contre le VIH-SIDA et les infections sexuellement transmissibles 2005-2008,
- plan périnatalité 2005-2007,
- plan urgences 2004-2008,
- plan cancer.

Enfin, l'activité des établissements de santé mesurée sur la base du nombre d'admissions et du nombre de journées diminue régulièrement depuis 2000. Toutefois, à partir de 2004, les premiers résultats disponibles affichaient un rebond modéré de l'activité des établissements. Cette évolution modérée de l'activité doit être nuancée par celle, très forte, de l'hospitalisation partielle qui, en 2004, progresse de 4,5% dans les hôpitaux publics et 10,2% dans les cliniques.

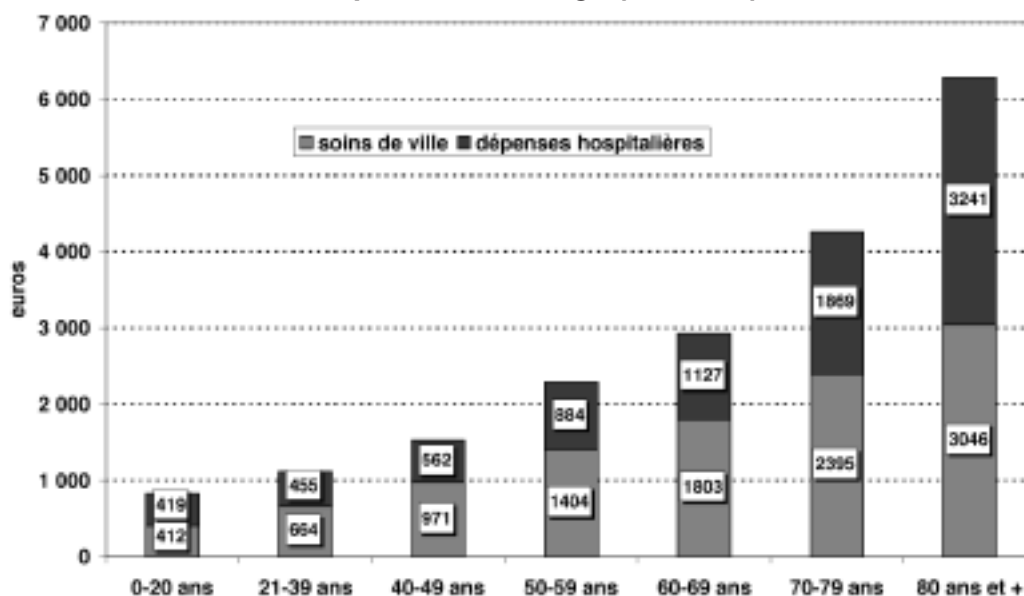
2.3. Les besoins de santé : une analyse des effets du vieillissement

La déformation de la structure de consommation des biens et services les moins coûteux vers les biens et services les plus coûteux permet d'expliquer une partie de la croissance des dépenses d'assurance maladie. Cet effet structure est particulièrement marquant pour les dépenses de médicaments où de nouveaux médicaments (souvent plus efficaces mais plus coûteux) se substituent à des médicaments plus anciens. Cet effet de structure peut à la fois être considéré comme une cause ou une conséquence des besoins de santé : l'amélioration de l'offre vise à répondre à des besoins de santé, mais elle peut en susciter de nouveaux (par nature le besoin de santé est illimitée). Parmi les déterminants de l'évolution des besoins de santé, le vieillissement démographique constitue un facteur déterminant. On se limite ici à rappeler quelques faits stylisés relatifs aux effets du vieillissement.

2.3.1. Les dépenses de santé croissent avec l'âge

Le montant moyen des dépenses de santé des personnes âgées de plus de 60 ans est trois fois plus élevé que celui des personnes âgées de 20 à 49 ans. Le rapport est de l'ordre de 1 à 3 pour les soins de ville et de 1 à près de 4 pour les soins hospitaliers.

Valeur moyenne des dépenses de santé par type de dépenses et par tranche d'âge (en euros)

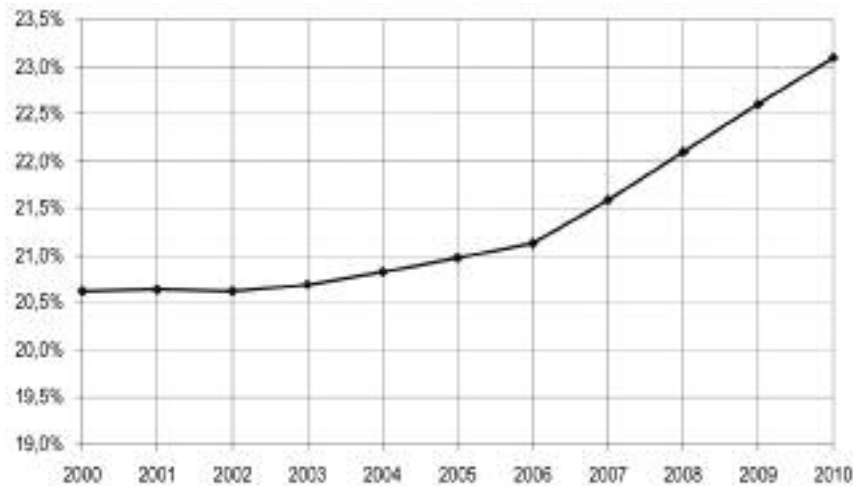


Source : EPAS – 2002.

- Le vieillissement de la population

La part des personnes âgées de plus de 60 ans qui s'élève à un peu plus de 20,5 % de la population totale en 2000 devrait s'accroître sensiblement dans les années à venir et notamment à partir de 2007 date à laquelle les premières générations du baby-boom atteignent l'âge de 60 ans.

Évolution de la part des personnes âgées de plus de 60 ans dans la populations totale



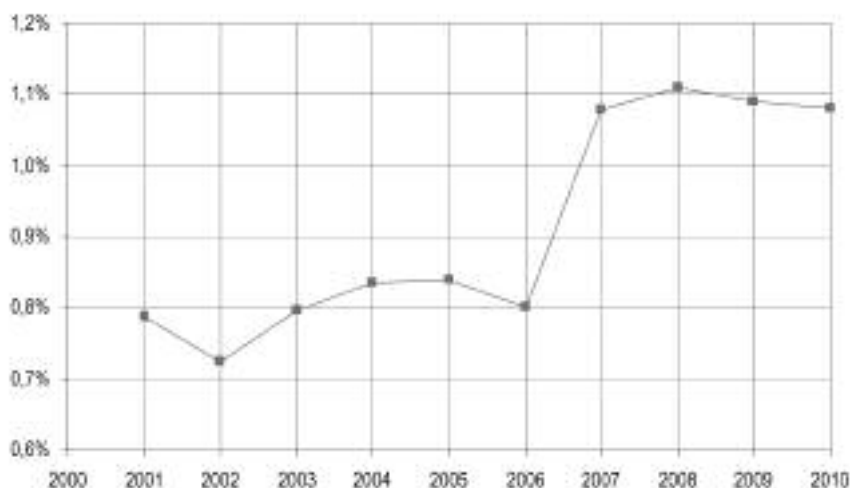
Source : Projection INSEE

- Le scénario d'évolution des dépenses de santé avec un profil de consommation constant

Pour mesurer l'impact du vieillissement de la population sur les dépenses publiques de santé, **un scénario central** consisterait à appliquer la dépense par âge constatée aujourd'hui à la pyramide des âges futures. Ainsi, l'effet de la démographie et du vieillissement expliquerait entre 0,8 % et 1 % de croissance des dépenses de santé par an entre 2000 et 2010.

Effet de la démographie et du vieillissement sur les dépenses de santé

Evolution du taux de croissance annuel des dépenses de santé à profil de dépenses par âge inchangé



Source : CNAM-EPAS ; INSEE

2.3.2 L'accroissement de la consommation médicale des générations nouvelles relativement aux précédentes est très net aux âges élevés

Pour la France, le profil par âge des dépenses n'est pas constant dans le temps, et dépend aussi du rapport à la santé de chaque génération. Une étude de la CNAMTS³ met à cet égard en évidence l'accroissement de la consommation médicale des générations nouvelles relativement aux précédentes. Cet effet est beaucoup plus marqué aux âges élevés qu'aux âges jeunes : les quinquagénaires d'aujourd'hui consomment significativement plus de soins que leurs aînés au même âge, et l'écart est encore plus important pour les plus de soixante ans. En outre, on ne distingue aujourd'hui encore nulle trace évidente de fléchissement dans ces évolutions. En conséquence, la croissance des dépenses de santé aux âges élevés ne peut pas être imputée entièrement et uniquement au vieillissement de la population, mais dépend de nombreux autres facteurs : sanitaires (l'état de santé des générations aujourd'hui âgées), économiques et sociales (les personnes âgées des générations précédente n'avaient pas le même niveau de revenu ni la même couverture sociale), technologiques (le progrès technologique et la substitution des biens et services les plus coûteux à des biens services moins coûteux), réglementaires (l'augmentation de la part des personnes exonérées de ticket modérateur pour ALD).

Prévoir l'effet du vieillissement sur la croissance future des dépenses de santé impose donc de retenir une hypothèse quant aux caractéristiques sanitaires, économiques et sociales des personnes qui seront demain âgées, et à l'environnement technologique et réglementaire futur. Les données disponibles suggèrent que l'état de santé des

³ Point de conjoncture n°15 – juillet 2003.

personnes âgées s'améliore régulièrement : ainsi, l'espérance de vie à 65 ans sans incapacité a progressé de 1,3 ans pour les hommes et de 2,3 ans pour les femmes entre 1980 et 1991⁴. La poursuite de cette évolution à l'avenir pourrait jouer dans le sens de la modération de l'évolution des dépenses de santé. A l'inverse, la progression du niveau de vie des personnes âgées, qui a aujourd'hui rejoint celui des personnes d'âge actif⁵, si elle devait perdurer, pourrait par un effet-revenu accroître la propension à consommer des soins des personnes âgées.

On le voit, sans même évoquer les perspectives futures des techniques de soins, le lien entre âge, génération et dépenses de santé est complexe, et il est difficile de dégager des tendances pour l'avenir. L'observation des années récentes permet cependant de penser que le vieillissement de la population est loin d'expliquer à lui seul la croissance des dépenses de santé dans le champ de l'ONDAM. Il est probable qu'il en ira de même à l'avenir, d'autant que l'analyse précédente suggère que l'effet propre du vieillissement sur les dépenses de santé est indissolublement lié à d'autres changements, d'ordre sanitaire, économique, social ou technologique, dont les conséquences globales sur l'équilibre des comptes de l'assurance maladie sont certainement de grande ampleur.

3. L'évolution des dépenses de santé et de leur prise en charge

L'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale énonce, au septième alinéa de son troisième paragraphe relatif à la présente annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, que « cette annexe indique ... l'évolution de la dépense nationale de santé ainsi que les modes de prise en charge de cette dépense ».

L'évolution des dépenses de santé et de leur financement jusqu'en 2004 peut être appréhendée au moyen de trois agrégats significatifs distincts élaborés par le système des comptes nationaux de la santé (cf. tableau 1) :

⁴ Drees : « Données sur la situation sanitaire et sociale de la France en 2002 », La Documentation Française, 2003.

⁵ Tony ATKINSON, Michel GLAUDE, Lucile OLIER « Inégalités économiques », rapport du Conseil d'analyse économique, n° 33, La Documentation Française, 2001.

Tableau 1

Les agrégats significatifs des comptes nationaux de la santé

(en millions d'euros)

	2000	2001	2002	2003	2004
11. CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM)	115 121	121 730	129 548	137 801	144 822
• Soins aux particuliers	85 777	89 792	95 689	101 730	106 533
- soins hospitaliers	52 669	54 783	58 034	61 323	64 279
publics	40 800	42 587	45 066	47 812	49 862
privés	11 868	12 196	12 969	13 711	14 417
dont honoraires médecins-analyses-prothèses...	4 218	4 229	4 431	4 590	4 720
- soins ambulatoires	31 229	32 061	36 407	37 963	39 817
- transports de malades	1 888	2 067	2 258	2 443	2 637
• Médicaments	23 631	25 502	26 529	28 545	30 279
• Autres biens médicaux	5 713	6 430	6 931	7 426	8 010
12. SOINS AUX PERSONNES AGÉES EN ÉTABLISSEMENTS	2 931	3 098	3 417	3 732	4 118
13. INDEMNITÉS JOURNALIÈRES (maladie, maternité, accidents du travail)	8 162	8 763	9 617	10 311	10 368
14. SUBVENTIONS (prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé)	1 813	1 648	1 719	1 871	1 873
1. DÉPENSES POUR LES MALADES	127 828	135 237	144 300	153 715	161 173
21 - PRÉVENTION INDIVIDUELLE	2 316	2 403	2 511	2 600	2 798
- Prévention primaire	1 947	2 019	2 121	2 242	2 335
- Prévention secondaire	369	383	390	438	463
22 - PRÉVENTION COLLECTIVE	1 779	1 823	2 230	2 367	2 171
2. DÉPENSES DE PRÉVENTION	4 095	4 226	4 744	5 047	4 969
31. RECHERCHE MÉDICALE ET PHARMACEUTIQUE	5 422	5 781	6 275	6 436	6 667
32. FORMATION DES PERSONNELS DE SANTÉ	817	830	894	894	1 014
3. DÉPENSES EN FAVEUR DU SYSTÈME DE SOINS	6 239	6 599	7 170	7 430	7 681
4. COUT DE GESTION DE LA SANTÉ	11 372	11 736	12 108	12 734	13 075
5. DOUBLE COMPTE : RECHERCHE PHARMACEUTIQUE (1)	-2 641	-2 773	-3 108	-3 282	-3 440
6. FORMATION BRUTE DE CAPITAL FIXE DES HÔPITAUX PUBLICS	3 162	3 075	3 499	4 234	5 022
DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ (1+2+3+4+5)	146 893	155 025	165 214	175 644	183 458
DÉPENSE NATIONALE DE SANTÉ (1+12+14+2+4+6)	138 294	145 511	155 035	165 419	173 878

(1) Les montants consacrés à la recherche pharmaceutique, sont comptés deux fois : avec les ventes de médicaments et avec la recherche. Ce double compte est donc neutralisé grâce à cette ligne.

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

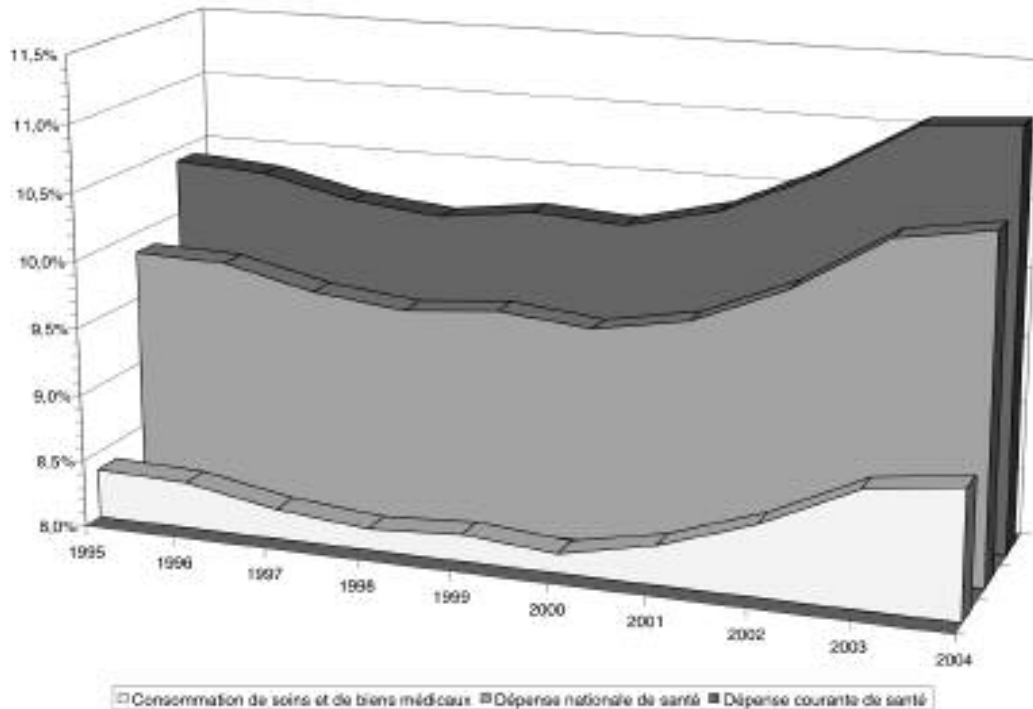
- tout d'abord, **la consommation de soins et de biens médicaux** constitue la valeur totale des biens et services de santé consommés sur le territoire national par les résidents et les non-résidents pour la satisfaction de leurs besoins individuels de soins curatifs. Elle s'est élevée en 2004 à 144,8 milliards d'euros, soit 8,8 % du produit intérieur brut ;
- par ailleurs, **la dépense courante de santé** est un agrégat plus large qui ajoute à la consommation de soins et de biens médicaux, d'une part des dépenses individualisables en faveur des malades qui ne prennent pas la forme de biens et de services de santé – principalement, les indemnités journalières de maladie et de maternité et les soins apportés aux personnes âgées hébergés en établissements –, d'autre part, les dépenses relevant de la prévention des maladies, revêtant un caractère autant individuel – comme les dépistages et les vaccinations – que collectives – comme les campagnes d'information et d'éducation à la santé –, et enfin les dépenses afférentes au fonctionnement et au développement du système de santé : formation des personnels de santé, recherche médicale et pharmaceutique, coûts de gestion de la santé. **La dépense courante de santé** s'est élevée en 2004 à 183,5 milliards d'euros, soit 11,1 % du produit intérieur brut ;
- enfin, **la dépense nationale de santé** est un agrégat proche du précédent, dont la définition a été proposée par l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) afin de permettre des comparaisons internationales des systèmes

de santé. Pour tenir compte des différences des données disponibles entre pays membres de l'OCDE, **la dépense nationale de santé** est définie comme la dépense courante de santé, diminuée des indemnités journalières et des dépenses de formation des personnels de santé, et augmentée de l'investissement brut des producteurs de biens et services de santé⁶. Elle a ainsi atteint 173,9 milliards d'euros en 2004, soit 10,5 % du produit intérieur brut.

Graphique 1

Évolution des agrégats significatifs des comptes nationaux de la santé

(en % du produit intérieur brut)



Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

Le graphique 1 met clairement en évidence des évolutions tout à fait parallèles de ces trois agrégats significatifs. Cela s'explique par le fait que la consommation de soins et de biens médicaux, qui en est le plus grand commun dénominateur, joue un rôle directeur dans ces évolutions, compte tenu de son poids déterminant – respectivement 79 % et 85 % de la dépense courante de santé et de la dépense nationale de santé. C'est pourquoi, bien que l'article LO. 111-4 du code de la sécurité sociale fasse explicitement référence, au septième alinéa de son troisième paragraphe relatif à la présente annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, à la dépense nationale de santé, les commentaires qui suivent porteront essentiellement, sans perte majeure de généralité, sur l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux et sur son financement.

⁶ En pratique, compte tenu des données disponibles, seul l'investissement brut des hôpitaux participant au service public hospitalier est ajouté à la dépenses courante de santé pour calculer la dépense nationale de santé française. En pratique, compte tenu des données disponibles, seul l'investissement brut des hôpitaux participant au service public hospitalier est ajouté à la dépenses courante de santé pour calculer la dépense nationale de santé française.

Il est important de souligner que l'approche qui sous-tend l'analyse de l'évolution des dépenses de santé et de leur évolution est sensiblement différente de celle relative à l'évolution de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam). Il s'agit ici d'étudier l'ensemble des dépenses de santé, c'est-à-dire non pas seulement la fraction qui est prise en charge par les régimes d'assurance maladie comme c'est le cas dans l'optique de l'Ondam, mais également les composantes des dépenses de santé qui font l'objet d'une prise en charge par les administrations publiques centrales et locales ou par des organismes privés dispensateurs de couvertures complémentaires maladie – mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance – ou qui restent en dernière instance à la charge directe des ménages. Il paraît en effet pertinent d'apprécier la mesure dans laquelle la croissance de l'Ondam d'une année sur l'autre pourrait être due à des modifications de la prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie, compensée par des variations de sens contraire de celles de l'État et des collectivités locales et des organismes complémentaires d'assurance maladie, ainsi que du reste à charge des ménages.

Par ailleurs, la consommation de soins et de biens médicaux diffère de l'Ondam non seulement par la masse des financements qu'elle agrège, mais également par la liste des prestations qu'elle regroupe. A cet égard, la consommation de soins et de biens médicaux est un agrégat plus étroit que l'Ondam, car elle n'inclut pas les indemnités journalières de maladie et d'accidents du travail ni les soins aux personnes âgées hébergées en institution. Compte tenu de l'importance des inflexions observées dans les évolutions récentes de ces dépenses interstitielles, un bref commentaire additionnel à l'analyse de l'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux leur sera consacré dans les développements qui suivent.

3.1. L'évolution de la consommation de soins et de biens médicaux

En 2004, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé de +5,1 % en valeur (cf. tableau 2). Cette évolution marque un ralentissement sensible par rapport aux deux années antérieures (+6,4 % en 2002 et en 2003), qui a permis, dans le contexte du redressement de la croissance économique (+4,0 % pour le produit intérieur brut en 2004, après +2,4 % en 2003), la quasi-stabilisation du ratio de la consommation de soins et de biens médicaux dans le produit intérieur brut (8,8 % en 2004, contre 8,7 % en 2003). Cette évolution modérée du poids des dépenses de santé dans le produit intérieur brut en 2004 fait suite à trois années de forte croissance de 2001 à 2003, liées à la faiblesse de la croissance de la richesse nationale tout autant qu'au dynamisme des dépenses de santé, et qui avaient elles-mêmes été précédées d'une période de diminution ouverte par le plan de réforme de la sécurité sociale de 1996 et prolongées jusqu'au début de la présente décennie par la vigueur de la croissance économique (cf. graphique 1).

Tous les postes de la consommation de soins et de biens médicaux suivent ce ralentissement, à l'exception des autres biens médicaux – optique, prothèses, orthèse, véhicules pour personnes handicapés, petits matériels et pansements –, qui ne pèsent au total que 5,4 % de l'ensemble de l'agrégat. Principale composante, à hauteur de 44 %, de la consommation de soins et de biens médicaux, les dépenses hospitalières ralen-

tissent de plus d'un point entre 2003 et 2004 (+4,8 % après +5,7 %), et ce mouvement affecte identiquement l'hospitalisation publique que les cliniques privées. Les soins ambulatoires, qui englobent les honoraires de médecins et de soins médicaux, les soins dentaires, les analyses et examens ainsi que les cures thermales, soit 27 % de la consommation de soins et de biens médicaux, amplifient ce ralentissement (+4,4 % en 2004, contre +7,2 % en 2003). L'inflexion est en revanche moins marquée dans le cas des médicaments – acquis en officines comme prélevés sur les stocks des pharmacies hospitalières –, avec une progression encore forte de +5,7% en 2004 après +5,7% en 2003.

Tableau 2

Évolution en volume, prix et valeur de la consommation de soins et de biens médicaux

(en %)

	Évolution en volume				Évolution en prix				Évolution en valeur			
	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004	2001	2002	2003	2004
1. SOINS HOSPITALIERS (court et moyen séjour, psychiatrie)	1,5	1,5	1,3	1,2	2,5	4,3	4,4	3,6	4,0	6,0	5,7	4,8
• publics	1,7	1,3	0,9	1,0	2,6	4,6	4,6	3,7	4,3	5,9	5,6	4,7
• privés	0,9	2,7	2,5	2,1	1,9	3,2	3,5	3,0	2,8	6,0	6,0	5,1
2. SOINS AMBULATOIRES	6,7	4,4	3,6	3,5	-1,0	2,9	3,5	0,8	5,6	7,4	7,2	4,4
• Médecins	3,0	0,6	1,3	1,9	0,6	6,2	5,4	1,1	3,6	8,8	6,7	3,0
• Auxiliaires Médicaux	6,8	4,9	4,8	5,6	-0,8	4,5	3,1	1,2	6,0	9,6	8,0	6,9
• Dentistes	14,1	10,9	6,1	3,8	-4,4	-4,6	0,9	0,3	9,1	5,7	7,1	4,1
• Analyses	8,7	7,9	7,5	6,7	-1,6	2,1	1,5	0,0	7,0	10,2	9,1	6,7
• Cures Thermales (forfait soins)	4,0	-1,8	-1,5	-2,9	-0,4	3,0	2,5	1,5	3,5	1,1	1,0	-1,4
3. TRANSPORTS DE MALADES	6,1	7,0	6,2	7,3	3,3	2,1	1,9	0,5	9,6	9,2	8,2	7,9
4. MÉDICAMENTS	9,1	6,8	6,9	7,8	-1,1	-1,1	-0,4	-1,2	7,9	5,6	6,4	5,7
5. AUTRES BIENS MÉDICAUX	11,5	6,5	5,5	6,2	1,1	1,1	1,5	1,5	12,8	7,7	7,1	7,9
CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (1+...+5)	5,0	3,8	3,4	3,4	0,7	2,5	2,9	1,6	5,7	6,4	6,4	5,1

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

Lorsque l'on décompose cette croissance de la consommation de soins et de biens médicaux en valeur entre évolutions en volume – c'est-à-dire représentative du nombre de séjours hospitaliers, de consultations de professionnels de santé ou de boîtes de médicaments – et en prix – au moyen d'indices agrégés reflétant de façon synthétique l'ensemble des variations des prix unitaires des divers soins et biens médicaux –, on constate que la totalité du ralentissement des dépenses de santé en valeur en 2004 est imputable à la croissance plus modérée des prix. En effet, la consommation de soins et de biens médicaux a progressé en 2004 de +3,4 %, soit exactement le même rythme qu'en 2003. En revanche, l'indice des prix de la consommation de soins et de biens médicaux n'a progressé que de +1,6 % en 2004, contre +2,9 % en 2003 et +2,5 % en 2002.

Ce partage très marqué des évolutions en volume et en prix s'observe dans chacune des principales composantes de la consommation de soins et de biens médicaux. Ainsi, le volume des soins hospitaliers a à peine ralenti (+1,2 % en 2004, après +1,3 % en 2003), alors que leur indice de prix a nettement fléchi (+3,6 % en 2004, contre +4,4 % en 2003), traduisant l'atténuation de l'impact des embauches et des heures supplémentaires rendues nécessaires par la réduction du temps de travail dans les établissements hospitaliers publics et privés. Dans le domaine des soins ambulatoires,

le ralentissement des prix est considérable (+0,8 % en 2004, contre +3,5 % en 2003, traduisant la fin du cycle des revalorisations tarifaires importantes consenties aux professionnels de santé au cours des années antérieures, notamment aux médecins généralistes en 2002 et aux médecins spécialistes en 2003. De son côté, le volume des soins ambulatoires se maintient sur un rythme de croissance élevé (+3,5 % en 2004, après +3,6 % en 2003). Enfin, en matière de médicaments, la baisse des prix s'amplifie en 2004 (-1,2 %, après -0,4 %), sous l'effet de la percée des médicaments génériques sur le marché pharmaceutique (7 % du marché global en 2004, et 50 % des prescriptions lorsque les génériques peuvent se substituer à des molécules princeps), laquelle entraîne par suite un alignement à la baisse des prix des médicaments princeps. Cependant, le volume des médicaments consommés (incluant l'effet de structure) progressent en 2004 sensiblement au même rythme qu'en 2003 (+7,0 %, contre +6,9 %).

En dehors de la consommation de soins et de biens médicaux, il est utile de mentionner brièvement les évolutions les plus marquantes des autres composantes des dépenses de santé en 2004. A cet égard, on citera la vive progression des soins prodigués à des personnes âgées hébergés en établissements (+10,3 %, après +9,2 % en 2003), liée à la progression du nombre des personnes âgées dépendantes et au développement des dispositifs de prise en charge. A l'inverse, on mentionnera la progression très modeste des indemnités journalières de maladie et de maternité (+0,5 %, après +7,2 % en 2003), qui résulte de la réorientation du dispositif de contrôle des arrêts de travail de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés à partir du deuxième semestre 2003, ainsi que de la création en 2004 d'une possibilité de départ en retraite avant soixante ans pour les travailleurs du secteur privé ayant débuté précocement leur carrière professionnelle et totalisant de très longues durées de cotisation. 125 000 salariés du secteur privé ont bénéficié de cette mesure en 2004 selon les statistiques de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, ce qui a contribué à la diminution du taux d'emploi des hommes âgés de 55 à 64 ans, particulièrement exposés au risque d'arrêt de travail pour maladie. On soulignera enfin la baisse de -1,6 % des dépenses relevant de la prévention individuelle et collective, qui est entièrement imputable à l'arrivée à son terme, au sein du programme de sécurité sanitaire de l'alimentation, de la campagne d'élimination des farines animales.

3.2. Les modes de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux

Les comptes nationaux permettent également de répartir les dépenses de santé entre les différents organismes et institutions qui participent à leur financement - régimes obligatoires d'assurance maladie, État et collectivités locales, organismes dispensateurs de couvertures complémentaires maladie (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) -, le solde constituant la participation financière directe des ménages à ces dépenses. Le tableau 3 suivant présente l'évolution de la structure du financement de consommation de soins et de biens médicaux de 2002 à 2004.

Tableau 3**Structure du financement de la consommation de soins et de biens médicaux**

(en %)

	2002	2003	2004
• Sécurité sociale	76,5	76,7	76,7
• État et collectivités locales	1,4	1,4	1,3
• Mutuelles	7,3	7,2	7,3
• Sociétés d'assurance	2,8	2,9	3,0
• Institutions de prévoyance	2,6	2,6	2,6
• Ménages	9,4	9,3	9,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0

Source : Drees, comptes nationaux de la santé.

En 2004, les régimes d'assurance maladie ont pris en charge 76,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux. De leur côté, l'État et les collectivités locales ont financé 1,3 % de cette consommation, essentiellement au titre de la couverture maladie universelle complémentaire et de l'aide médicale résiduelle des collectivités locales, ce qui porte à 78 % la part du financement public des dépenses de santé. La part des organismes dispensateurs de couvertures complémentaires s'est établie à 12,9 %, les mutuelles tenant une part prépondérante (7,3 %), devant les sociétés d'assurance (3,0 %) et les institutions de prévoyance (2,6 %). Le reste à charge des ménages en matière de dépenses de santé s'est donc élevé à 9,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

La structure du financement varie de façon considérable selon la catégorie de soins et de biens médicaux. Ainsi, la part du financement public est-elle absolument déterminante en matière de soins hospitaliers (93,7 %). Cette part est également largement majoritaire dans les domaines des soins ambulatoires et des médicaments et autres biens médicaux, bien que celle des financeurs privés et des ménages y soit significative : un peu plus de 20 % pour les organismes complémentaires, de l'ordre de 15 % pour les ménages.

La part des dépenses prises en charge par les administrations publiques (État, collectivités locales, régimes de sécurité sociale) est presque constante depuis 2002 au voisinage de 78 %. Cette stabilité résulte de plusieurs tendances contraires qui s'équilibrent : d'un côté, la progression rapide des dépenses remboursées à 100 % par l'assurance maladie, notamment en faveur des assurés atteints d'une affection de longue durée, joue dans le sens de la hausse du taux de prise en charge publique ; de l'autre, la croissance plus rapide des soins et biens médicaux relativement moins bien remboursés – soins ambulatoires, médicaments et autres biens médicaux –, et en 2004 l'entrée en vigueur du remboursement au taux de droit commun des soins et prescriptions faisant suite à des actes affectés d'un coefficient supérieur ou égal à 50, antérieurement remboursés à 100 %, tendent à diminuer cette prise en charge. La part des dépenses de santé prises en charge par les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance tend à progresser régulièrement (12,7 % en 2002 et 2003, 12,9 % en 2004), traduisant la progression constante de la proportion de personnes disposant d'une couverture complémentaire maladie (91 % de la population selon l'enquête « Santé et protection sociale » de l'Irdes de 2002). De ce fait, la part des dépenses restant à la charge directe des ménages a légèrement diminué, passant de 9,4 % en 2002 à 9,1 % en 2004.

