

CHAPITRE II

ONDAM MEDICALISE

Analyse de l'évolution au regard des besoins de santé, des soins financés, au titre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM)

Le présent rapport vise à analyser l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés, au titre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie. Il est transmis au Parlement, conformément à l'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003¹.

Il répond à la volonté du gouvernement de mieux relier les dépenses de santé avec les besoins réels de la population, ce qui avait conduit, le 25 septembre 2002, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, M. Jean-François MATTEI à confier à M Alain COULOMB une mission relative à la « médicalisation de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie (ONDAM) ».

Le rapport de M Alain COULOMB a été remis à M. Jean-François MATTEI le 29 avril 2003. Ce document suggère un certain nombre de pistes permettant de rendre plus objective la méthode d'élaboration de l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) voté par le Parlement dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Il établit notamment qu'une part de l'évolution de dépenses de santé est fonction de déterminants structurels (vieillesse de la population, croissance économique, progrès technique...). Il montre également que la notion de besoin de santé est partiellement subjective, et ne peut dispenser d'un choix politique qui incombe à la représentation nationale.

Le présent rapport sur l'évolution de l'ONDAM tente de rompre avec une lecture traditionnelle des dépenses de santé en fonction des structures d'offre de soins pour mettre directement en relation l'effort fait par la collectivité nationale en faveur de la santé et les besoins réels de la population. C'est une démarche nouvelle, appelée à progresser, qui est proposée ici.

¹ Article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 : « Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, au plus tard le 15 octobre, un rapport analysant l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie »

Sommaire

II -1. Définition de l'ONDAM et évolution au cours des dernières années

- 1.1. Champ des dépenses inscrites dans l'ONDAM
- 1.2. L'ONDAM sur la période 1996-2001
- 1.3. L'ONDAM en 2002
- 1.4. Les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées
 - 1.4.1. *Les modes de financement des établissements médico-sociaux*
 - 1.4.2. *Les ressources des établissements médico-sociaux ont augmenté plus vite que l'ONDAM sur la période 1996-2002*
- 1.5. Les réseaux de soins
- 1.6. Contribution à l'évolution de l'ONDAM entre 2000 et 2002
- 1.7 L'ONDAM en 2003 et 2004
 - 1.7.1 *Les prévisions pour 2003*
 - 1.7.2 *Les prévisions pour 2004*

II - 2. L'ONDAM et les principaux facteurs d'évolution des dépenses de santé

- 2.1. Effet du vieillissement de la population
 - 2.1.1. *Les dépenses de santé croissent avec l'âge*
 - 2.1.2. *Le vieillissement de la population*
 - 2.1.3. *Le scénario d'évolution des dépenses de santé avec un profil de consommation constant*
 - 2.1.4. *L'accroissement de la consommation médicale des générations nouvelles relativement au précédentes est très net aux âges élevés.*
- 2.2. La déformation de la structure de consommation des biens et services les moins coûteux vers les biens et services les plus coûteux (effet structure)
- 2.3. L'augmentation de la part des dépenses exonérées du Ticket modérateur
- 2.4. L'augmentation des prix

II - 3. L'ONDAM au service de la politique de santé publique

- 3.1 ONDAM et dépenses de prévention
- 3.2 L'exemple du plan cancer

II - 4. L'ONDAM et les outils d'une dépense de santé efficace

- 4.1. La tarification à l'activité à l'hôpital : mieux affecter les ressources
 - 4.1.1 *Le constat : les disparités régionales de valeur de points ISA (PMSI) ;*
 - 4.1.2 *La mise en place de la tarification à l'activité*
- 4.2. Des dépenses de soin de ville plus efficaces
 - 4.2.1. *Le développement de la maîtrise médicalisée*
 - 4.2.2 *La politique du médicament*

II - 1. Définition de l'ONDAM et évolution au cours des dernières années

1.1. Champ des dépenses inscrites dans l'ONDAM

L'ONDAM permet un suivi des dépenses d'assurance maladie sur les postes suivants :

- les soins de ville, pour lesquels on distingue deux sous-postes principaux :
 - les « dépenses déléguées » sont constituées de l'ensemble des remboursements d'honoraires de professionnels de santé : honoraires privés (de médecins et dentistes), auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses médicales et transporteurs sanitaires ;
 - les « autres dépenses de soins de ville » se composent principalement des dépenses de médicaments, des dispositifs médicaux (dont les consommations intermédiaires des cliniques) et des indemnités journalières (hors maternité et paternité).
- les établissements sanitaires, pour lesquels on distingue trois enveloppes principales, elles-mêmes détaillées :
 - les établissements sanitaires publics comprennent les dépenses d'établissements sous dotation globale, les honoraires du secteur public (correspondant aux consultations externes) et les autres établissements sanitaires publics (qui regroupent le reste : les conventions internationales et les facturations d'exercice antérieur) ;
 - les établissements médico-sociaux qui se répartissent entre les établissements pour enfance inadaptée et adultes handicapés (EI-AH) et les établissements de personnes âgées ;
 - les cliniques privées (hors consommations intermédiaires et hors DOM) incluent les établissements anciennement à prix de journée préfectoral (qui ne sont pas passés sous dotation globale) et se décomposent en deux sous-enveloppes : celle des prestations sous OQN (objectif quantifié national) et celles des prestations hors OQN. Les établissements hors OQN sont essentiellement les associations d'hospitalisation à domicile et les établissements exerçant, sous statut d'association, des activités de dialyse. Sont également exclus de l'OQN les soins de long séjour, les forfaits de séances et de soins pour personnes âgées ainsi que ceux pour le traitement de l'insuffisance respiratoire, les forfaits d'IRMN et de scannographie, les dépenses relatives à la réadaptation fonctionnelle ou professionnelle, les prestations relatives à l'IVG.
- la dotation nationale de développement des réseaux (DNDR) créée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ;
- les soins aux ressortissants français qui sont à l'étranger ;
- les soins pris en charge dans les DOM.

1.2. L'ONDAM sur la période 1996-2001

En moyenne sur la période 1996-2001 (comptabilité d'encaissement-décaissement), les dépenses du champ de l'ONDAM ont augmenté de 3,9% par an, avec des évolutions modérées en 1997 (+ 1,5%) et 1999 (+ 2,6%) compensées par de fortes augmentations en 1998 (+ 4,0%) et depuis 2000 (+ 5,6%).

Les fortes évolutions de l'ONDAM s'expliquent essentiellement par des dépenses de soins de ville très dynamiques, surtout depuis l'année 2000. En effet, les dépenses de soins de ville augmentent de 7,8% en 2000 et 7,2% en 2001 (à champ non constant) et cette dynamique s'accroît lorsqu'on corrige ces évolutions de l'effet négatif des transferts pour passer à des évolutions à champ constant de + 8,0% en 2000 et + 7,5% en 2001.

Au sein des dépenses de ville, les dépenses déléguées enregistrent un rythme soutenu de croissance, mais la forte augmentation du total soins de ville en 2000 et 2001 est principalement le fait des autres dépenses de ville (dépenses de médicaments) qui atteignent des évolutions de 10% et 9% respectivement.

Concernant les établissements sanitaires, les dépenses croissent en moyenne de + 2,5% par an sur la période 1996-2001, avec une accélération au fil des années. Près de 75% des dépenses des établissements sont des dépenses sous dotation globale. Pour la part de dépenses restante, la période 1996-2001 laisse apparaître :

- une croissance moyenne annuelle modérée pour les cliniques (+ 1,8%), avec une année 2000 plus dynamique (+ 3,6%), suivie d'un ralentissement en 2001 (+ 2,6%) ;
- une croissance moyenne annuelle du secteur médico-social de + 3,9%, avec un poids toujours plus important des dépenses de personnes âgées. (On note toutefois qu'en 2001, les dépenses de personnes âgées augmentent assez faiblement – + 2,5% à champ constant – en raison des difficultés liées au retard dans la mise en œuvre de la réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes ou EHPAD).

Les prestations des DOM et des ressortissants français à l'étranger enregistrent par ailleurs une évolution moyenne soutenue sur la période 1996-2001 (respectivement + 6,6% par an et + 11,2%) bien que ces deux postes ne représentent que 2,6% du montant total de l'ONDAM.

Répartition de l'ONDAM : réalisations constatées entre 1996 et 2002

| En millions d'euros, à champ non comparable | Encaissements-Décaissements | | | | | | Droits constatés | |
|---|-----------------------------|---------------|---------------|---------------|----------------|----------------|------------------|----------------|
| | 1996 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | 2001 | 2002 |
| Métropole | 88 007 | 89 323 | 92 743 | 95 244 | 100 475 | 105 981 | 106 255 | 113 789 |
| Soins de ville | 39 117 | 39 838 | 42 073 | 43 636 | 47 037 | 50 420 | 50 510 | 54 462 |
| Objectif délégué | 19 725 | 20 047 | 20 889 | 21 038 | 22 181 | 23 450 | 23 412 | 24 983 |
| Autres dépenses de ville | 19 392 | 19 791 | 21 185 | 22 598 | 24 856 | 26 970 | 27 098 | 29 479 |
| Versements aux établissements | 48 889 | 49 485 | 50 670 | 51 608 | 53 438 | 55 561 | 55 745 | 59 328 |
| Etablissements sanitaires | 36 678 | 37 125 | 37 793 | 38 616 | 39 881 | 41 366 | 41 498 | 43 937 |
| Etablissements sous DG | 35 835 | 36 216 | 36 940 | 37 848 | 39 067 | 40 729 | 40 797 | 43 426 |
| Médico-social | 5 998 | 6 163 | 6 559 | 6 726 | 7 110 | 7 556 | 7 619 | 8 278 |
| Personnes Handicapées | 4 109 | 4 188 | 4 491 | 4 529 | 4 744 | 5 051 | 5 099 | 5 381 |
| Personnes Âgées | 1 889 | 1 975 | 2 068 | 2 197 | 2 366 | 2 505 | 2 520 | 2 897 |
| Cliniques privées | 6 213 | 6 197 | 6 318 | 6 266 | 6 447 | 6 640 | 6 629 | 7 112 |
| Ressortissants français | 131 | 133 | 183 | 168 | 162 | 214 | 209 | 214 |
| DOM | 1 873 | 1 934 | 2 059 | 2 164 | 2 369 | 2 574 | 2 441 | 2 707 |
| Marge de manœuvre | 0 | 0 | 74 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Expérimentations | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 |
| Réseaux | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 5 |
| ONDAM | 95 011 | 91 390 | 95 060 | 97 576 | 103 007 | 108 769 | 108 905 | 116 717 |

On exprime généralement les réalisations en évolution par rapport aux réalisations de l'année précédente, à champ constant (c'est-à-dire après correction des effets de transferts afin d'obtenir la dynamique réelle de chaque secteur du système de soins) ou à champ non constant (les évolutions pourront donc être perturbées par l'effet des transferts) :

Évolutions annuelles (en valeur) des réalisations de l'année N par rapport aux réalisations de l'année (N-1), à champ comparable

| En pourcentage, à champ constant | Encaissements-Décaissements | | | | | | Droits constatés | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------------------|---|-------------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Évolution globale 1996-2001 | Évolution moyenne annuelle entre 1996 et 2001 | 2002 |
| Métropole | 1,5% | 3,8% | 2,7% | 5,5% | 5,5% | 20,4% | 3,8% | 6,4% |
| Soins de ville | 1,8% | 5,8% | 3,3% | 8,0% | 7,5% | 29,0% | 5,3% | 7,8% |
| Objectif délégué | 1,6% | 4,2% | 0,7% | 5,9% | 5,7% | 19,6% | 3,7% | 6,9% |
| Autres dépenses de ville | 2,1% | 7,3% | 5,8% | 10,0% | 9,0% | 38,4% | 6,8% | 8,7% |
| Versements aux établissements | 1,2% | 2,3% | 2,2% | 3,4% | 3,7% | 13,6% | 2,5% | 5,1% |
| Etablissements sanitaires | 1,3% | 1,8% | 2,4% | 3,0% | 3,7% | 12,7% | 2,4% | 4,7% |
| Etablissements sous DG | 1,1% | 1,8% | 2,6% | 2,8% | 4,2% | 13,2% | 2,5% | 4,5% |
| Médico-social | 2,4% | 4,9% | 2,3% | 5,2% | 4,9% | 22,4% | 3,9% | 5,5% |
| Personnes Handicapées | 1,4% | 5,0% | 0,5% | 4,2% | 6,2% | 18,2% | 3,5% | 3,7% |
| Personnes Âgées | 4,5% | 4,7% | 6,3% | 7,1% | 2,5% | 31,6% | 5,0% | 9,1% |
| Cliniques privées | -0,4% | 2,3% | 1,1% | 3,6% | 2,6% | 10,0% | 1,8% | 7,4% |
| Ressortissants français | 1,8% | 37,5% | -6,3% | -3,2% | 31,8% | 63,7% | 11,9% | 2,5% |
| DOM | 3,2% | 6,5% | 5,1% | 9,5% | 8,6% | 37,4% | 6,6% | 10,2% |
| Marge de manœuvre | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Expérimentations | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Réseaux | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ONDAM | 1,5% | 4,0% | 2,6% | 5,6% | 5,6% | 20,0% | 3,8% | 6,5% |

Évolutions annuelles (en valeur) des réalisations de l'année N par rapport aux réalisations de l'année (N-1), à champ non constant

| En pourcentage, à champ non constant | Encaissements-Décaissements | | | | | | Droits constatés | |
|--------------------------------------|-----------------------------|-------|-------|-------|-------|-----------------------------|---|-------|
| | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 | Evolution globale 1996-2001 | Evolution moyenne annuelle entre 1996 et 2001 | 2002 |
| Métropole | 1,5% | 3,0% | 2,7% | 5,5% | 5,5% | 20,4% | 3,8% | 7,1% |
| Soins de ville | 1,8% | 5,6% | 3,7% | 7,8% | 7,2% | 26,9% | 5,2% | 7,0% |
| Objectif délégué | 1,6% | 4,2% | 0,7% | 5,4% | 5,7% | 18,9% | 3,5% | 6,7% |
| Autres dépenses de ville | 2,1% | 7,0% | 6,7% | 10,0% | 8,5% | 39,1% | 6,9% | 8,8% |
| Versements aux établissements | 1,2% | 2,4% | 1,9% | 3,5% | 4,0% | 13,6% | 2,6% | 6,4% |
| Etablissements sanitaires | 1,2% | 1,8% | 2,2% | 3,3% | 3,7% | 12,8% | 2,4% | 5,9% |
| Etablissements sous DG | 1,1% | 2,0% | 2,5% | 3,2% | 4,3% | 13,7% | 2,6% | 6,4% |
| Médico-social | 2,8% | 6,4% | 2,5% | 5,7% | 6,3% | 26,0% | 4,7% | 8,7% |
| Personnes Handicapées | 1,9% | 7,2% | 0,8% | 4,8% | 6,5% | 22,8% | 4,2% | 5,5% |
| Personnes Âgées | 4,6% | 4,7% | 6,3% | 7,7% | 5,8% | 32,6% | 5,8% | 15,0% |
| Cliniques privées | -0,3% | 2,0% | -0,8% | 2,9% | 3,0% | 6,9% | 1,3% | 7,3% |
| Ressortissants français | 1,8% | 37,5% | -6,3% | -3,2% | 31,8% | 63,7% | 11,9% | 2,5% |
| DOM | 3,2% | 6,5% | 5,1% | 9,5% | 8,6% | 37,4% | 6,6% | 10,9% |
| Marge de manœuvre | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Expérimentations | - | - | - | - | - | - | - | - |
| Réseaux | - | - | - | - | - | - | - | - |
| ONDAM | 1,5% | 4,0% | 2,6% | 5,6% | 5,6% | 20,8% | 3,9% | 7,2% |

1.3. L'ONDAM en 2002

Les réalisations 2002 de l'ONDAM total augmentent de + 7,2% par rapport aux réalisations 2001 en droits constatés. Cette évolution à champ non constant correspond à une augmentation réelle des dépenses de + 6,5% en 2002, compte tenu des diverses mesures nouvelles prises en 2002 pour un montant total de 725M€ répartis de la façon suivante :

- 548M€ destinés au financement de la RTT dans les établissements ;
- 50M€ destinés au financement de l'examen bucco-dentaire pour les enfants de moins de 13 ans ;
- 20M€ de crédits supplémentaires en faveur des enfants et adultes autistes ;
- 80M€ destinés au financement des accidents du travail des exploitants agricoles ;
- 27M€ finançant la rétrocession de certains médicaments à l'hôpital.

L'évolution 2002 est très dynamique sur l'ensemble des sous-enveloppes de l'ONDAM :

Les dépenses de soins de ville augmentent de + 7,8% en 2002, non seulement en raison d'une importante accélération des dépenses déléguées (+ 6,9%) par rapport aux années antérieures, mais également en raison d'une croissance importante des autres dépenses de ville (+ 8,7%) même si l'évolution observée en 2002 pour ce sous-poste est moindre que celle observée en 2000 et 2001 (respectivement + 10,0% et + 9,0%).

Concernant l'évolution 2002 des dépenses d'établissements, le taux de + 5,1% à champ constant est le fait de :

- l'accélération des dépenses sous dotation globale (+ 4,5%) : 300M€ supplémentaires ont été délégués aux établissements en fin d'année 2002 pour couvrir un surcroît

de dépenses et près de 356M€ de plus ont été provisionnés au titre du Compte Epargne Temps (CET), pour le financement de la RTT dans les établissements sous dotation globale

- la croissance très dynamique des dépenses cliniques (+ 7,4%) : après la faible croissance de 2001, les cliniques enregistrent une forte accélération des volumes d'activité en 2002. Cette croissance des volumes (+ 3,4%) est par ailleurs accompagnée d'une importante revalorisation des tarifs (+ 3,9%) au 1^{er} mai 2002.
- l'importante augmentation des dépenses médico-sociales (+ 5,5%) :

Concernant le secteur handicap, bien que l'évolution de + 3,7% apparaisse « relativement modérée » en regard des évolutions des autres sous-enveloppes de l'ONDAM, l'objectif d'évolution de 3,4% est dépassé en 2002, car on constate à la fois une accélération des dépenses des établissements financés par prix de journée (adultes handicapés) et une accélération de la montée en charge des SESSAD (Services d'éducation spécialisée et soins à domicile pour les enfants de 6 à 16 ans) financés en 2002 par dotation.

Pour le secteur des personnes âgées, la fin de l'année 2002 enregistre une accélération de la montée en charge de la réforme de la tarification des EHPAD, conduisant à une évolution de + 9,1% à champ constant.

1.4. Les établissements pour personnes âgées et pour personnes handicapées

1.4.1. Les modes de financement des établissements médico-sociaux

L'enveloppe de crédits relative au secteur médico-social arrêtée au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, se subdivise en deux sous-enveloppes :

- l'une est relative aux établissements et services de l'enfance inadaptée (EI), aux établissements pour adultes handicapés (AH) et aux structures d'addictologie ;
- l'autre aux établissements (section de cure médicale et soins courants) et aux services de soins à domicile pour personnes âgées (PA).

L'assurance maladie finance les établissements et services pour personnes handicapées selon quatre modes de tarification :

- le prix de journée, applicable aux établissements de l'enfance inadaptée (IME, IMPRO, IR), aux maisons d'accueil spécialisées et aux centres de rééducation professionnelle ;
- le forfait de séance dans les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP) ;
- le forfait de soins dans les foyers d'accueil médicalisé pour adultes lourdement handicapés (FAM) ;
- la dotation annuelle globale pour les centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP), les services d'éducation spéciale et de soins à domicile pour enfants handicapés (SESSAD), les appartements de coordination thérapeutique (ACT), les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) et les centres spécialisés des soins aux toxicomanes (CSST).

La tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est en cours de réforme.

Tous les établissements qui accueillent des personnes âgées dépendantes doivent signer une convention avec les autorités de tarification. Ces autorités sont le président du Conseil Général du département et le Préfet de département au titre de l'assurance maladie. Cette convention définit les conditions de prise en charge des personnes et les conditions de fonctionnement de l'établissement, en référence à un cahier des charges qui détaille les objectifs de qualité d'accueil à atteindre.

La signature de cette convention induit une nouvelle tarification destinée à mieux prendre en compte le vieillissement de la population hébergée - pour cela on intègre dans le coût de la prise en charge des personnes leur degré de dépendance et on accroît la médicalisation des établissements. En effet, une majorité d'établissements et de places d'accueil de personnes âgées ne sont pas médicalisés.

Actuellement, les dépenses des établissements sont couvertes soit uniquement par un tarif « hébergement » pour les établissements non médicalisés : dans ce cas, les soins relèvent de prestations extérieures à l'établissement ; soit par deux tarifs, l'un d'hébergement, l'autre de soins, quel que soit l'état de dépendance des résidents.

La réforme de la tarification répartit les dépenses des établissements en trois sections qui correspondent à des tarifs distincts :

- un tarif « hébergement » (dépenses « hôtelières »). Il donne lieu à un tarif unique applicable à tous ;
- trois tarifs « dépendance » avec un surcoût qui résulte d'une intervention logistique plus importante et d'une aide à la vie quotidienne. Ils sont modulés selon l'état de dépendance des résidents ;
- et trois tarifs soins (« nursing » et soins), modulés pour tenir compte de l'état de dépendance des résidents.

Les tarifs hébergement et dépendance sont à la charge des résidents mais ceux-ci peuvent bénéficier de l'aide sociale du département et de l'aide personnalisée à l'autonomie (APA).

Le tarif soins, à la charge des régimes d'assurance maladie, doit prendre en compte les coûts réels de soins dans les établissements.

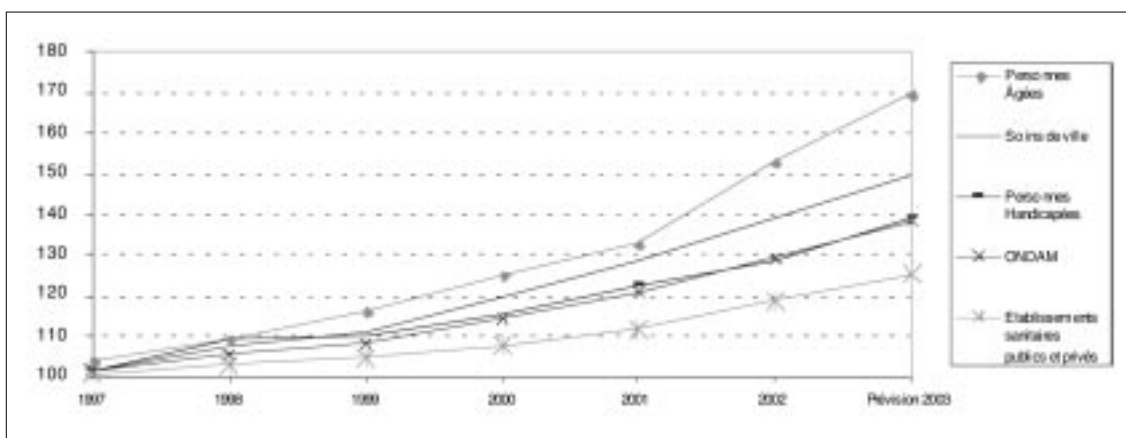
1.4.2. Les ressources des établissements médico-sociaux ont augmenté plus vite que l'ONDAM sur la période 1996-2002

Le montant des dépenses d'assurance maladie affectées aux établissements médico-sociaux s'élève à près de 8,3 milliards d'euros en 2002, soit 7 % de l'ONDAM total. 5,4 milliards sont affectés aux établissements pour personnes handicapées (4,6 % de l'ONDAM) et 2,9 milliards pour les établissements pour personnes âgées (2,5 %).

Au cours de la période 1996-2002, les dépenses d'assurance maladie affectées aux établissements médico-sociaux ont augmenté de 36 %, soit un taux de croissance supérieur à celui de l'ONDAM (29,5 %). Cette relative forte croissance est essentiellement

due à celle de l'enveloppe des personnes âgées qui a crû de 53 % sur la période avec notamment une accélération de la croissance en 2002 et 2003 liée à la réforme de la tarification. Les dépenses affectées aux établissements pour personnes handicapées ont connu un rythme de croissance comparable à celui de l'ONDAM sur l'ensemble de la période.

Evolution des principales composantes de l'ONDAM (base 100 en 1996)



1.5. Les réseaux de soins

Le financement des réseaux de soins sont inclus dans l'ONDAM depuis 2002. Les réseaux de soins ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment celles spécifiques à certaines population pathologies ou activités sanitaires.

Le développement des réseaux s'inscrit dans les plans de santé publique déjà lancés ou sur le point de l'être, pour le cancer, les soins palliatifs, les urgences, le handicap, la périnatalité, les personnes âgées, le diabète notamment.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 introduit de nouveaux articles qui créent au sein de l'ONDAM une enveloppe financière mixte spécifiquement dédiée au réseaux. Le montant de cette Dotation Nationale de Développement des Réseaux (DNDR) est fixé et réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel en dotations régionales de développement des réseaux.

La DNDR s'est élevée à 26 millions d'euros en 2002 et à 46 millions d'euros en 2003.

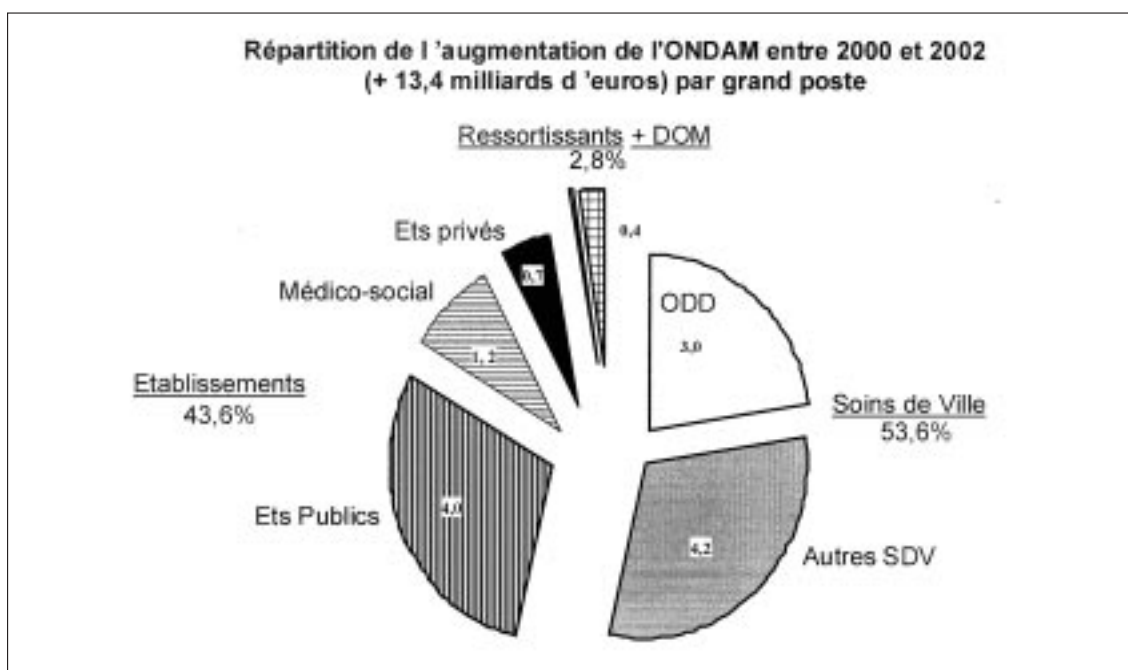
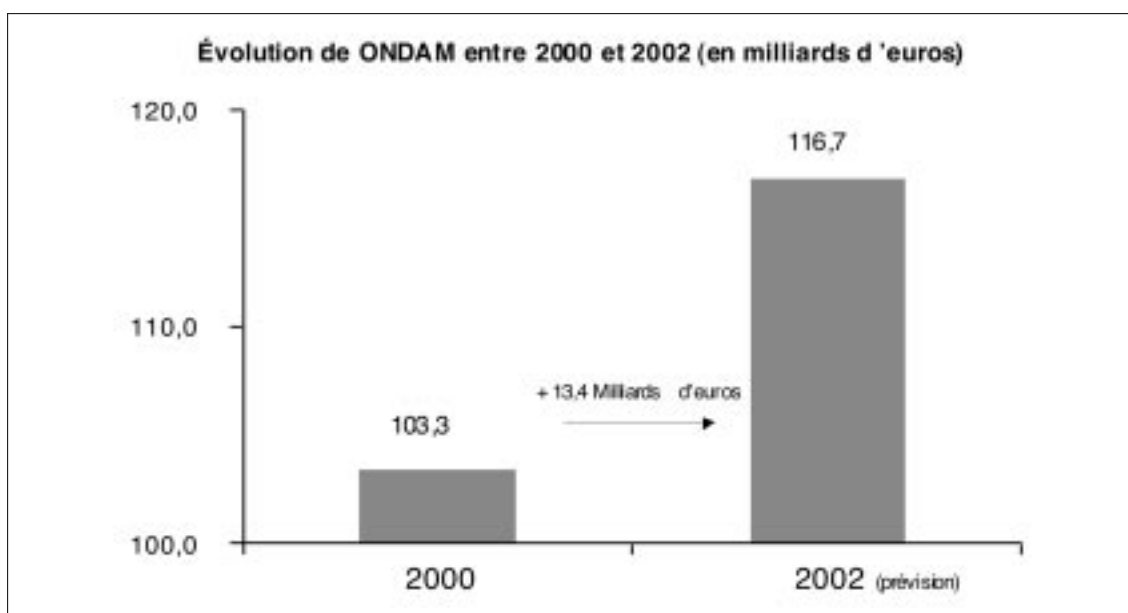
Cette enveloppe de financements peut néanmoins intervenir en complément d'autres sources de financements tels que des subventions de l'État, des collectivités territoriales ou encore des financements conjoncturels sur le Fonds d'Aide à la Qualité des Soins de Ville géré par l'Assurance maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux.

Les dépenses qui peuvent être imputées sur la dotation régionale de développement des réseaux sont les dépenses liées aux frais de fonctionnement du réseau (notamment la rémunération des membres de la cellule de coordination, y compris du salaire du coordinateur), aux actions collectives de préventions (hors financement par le FNPEIS

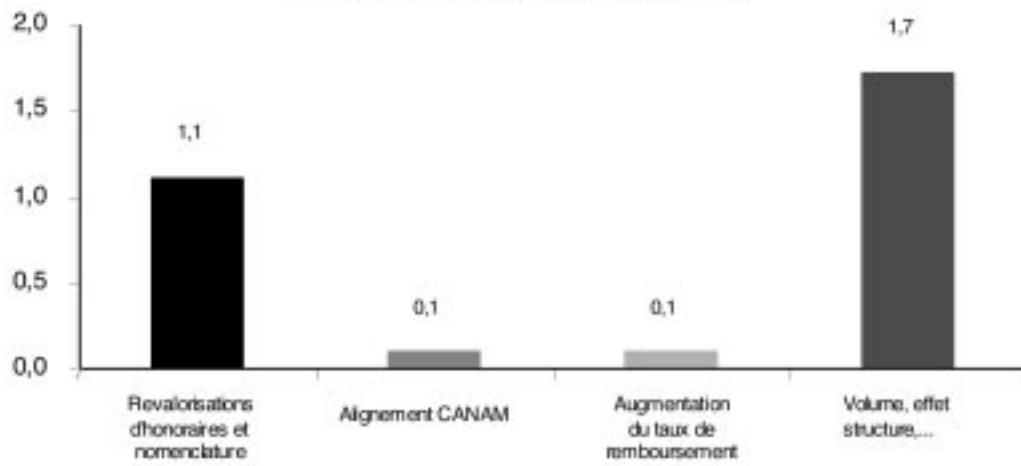
ou FNASS), aux formations pluridisciplinaires au travail en réseau, la rémunération des professionnels de santé hors champs conventionnels (ex : psychologues), les dérogations aux prestations légales au bénéfice des assurés ou des professionnels de santé.

1.6. Contribution à l'évolution de l'ONDAM entre 2000 et 2002

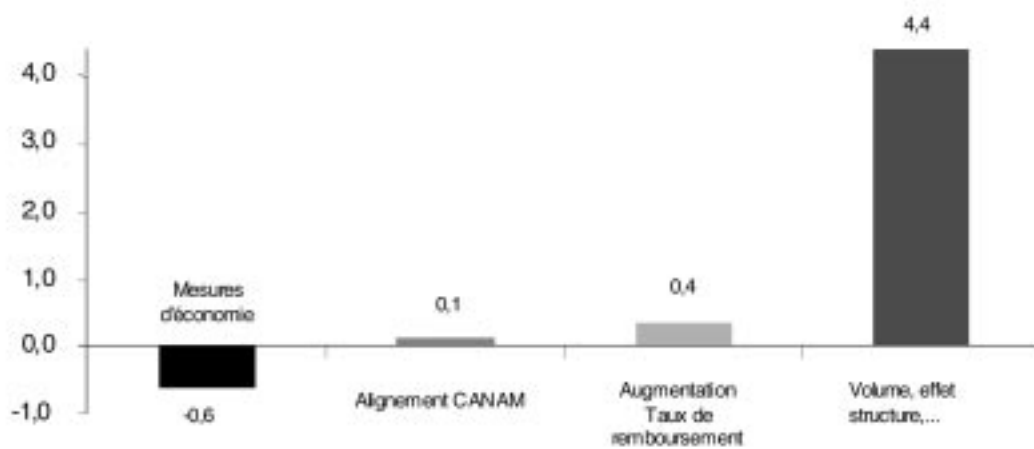
Est présentée dans cette partie une analyse de l'évolution de l'ONDAM entre 2000 et 2002. Sont ainsi décomposés les ordres grandeur des différentes contributions des postes de dépenses à la croissance totale ainsi que les effets des mesures d'économies, des mesures tarifaires et des éventuels transferts.



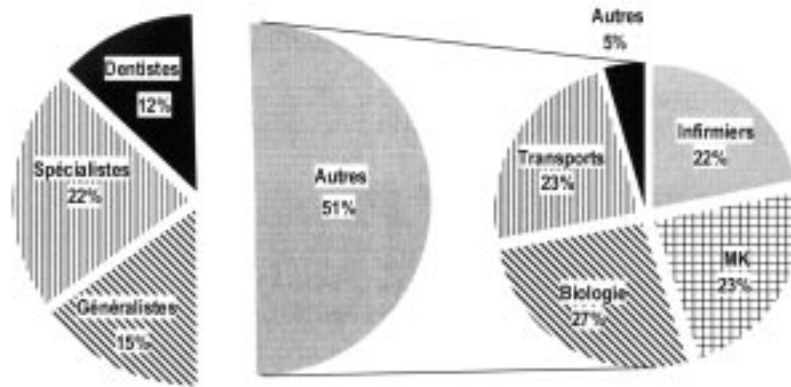
**Les facteurs d'évolution des honoraires des professions de santé
entre 2000 et 2002 (en milliards d'euros)**



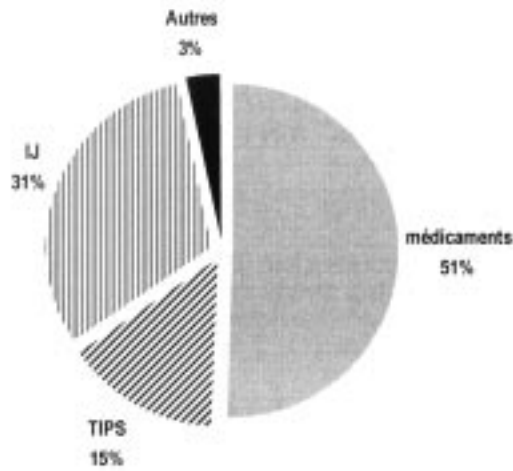
**Les facteurs d'évolution « des autres soins de ville »
entre 2000 et 2002 (en milliards d'euros)**



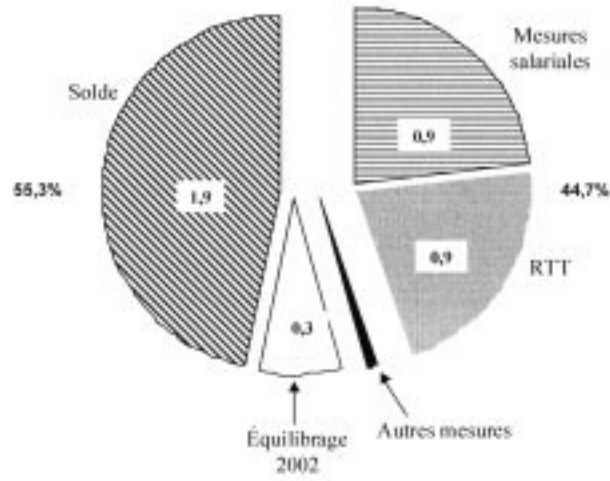
**Décomposition de la croissance entre 2000 et 2002
de l'ODD par profession de santé**



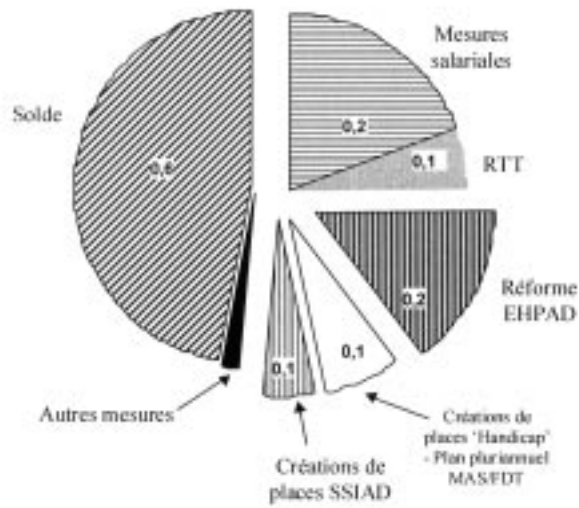
**Décomposition de la croissance entre 2000 et 2002
des autres soins de ville par grand poste de dépense**

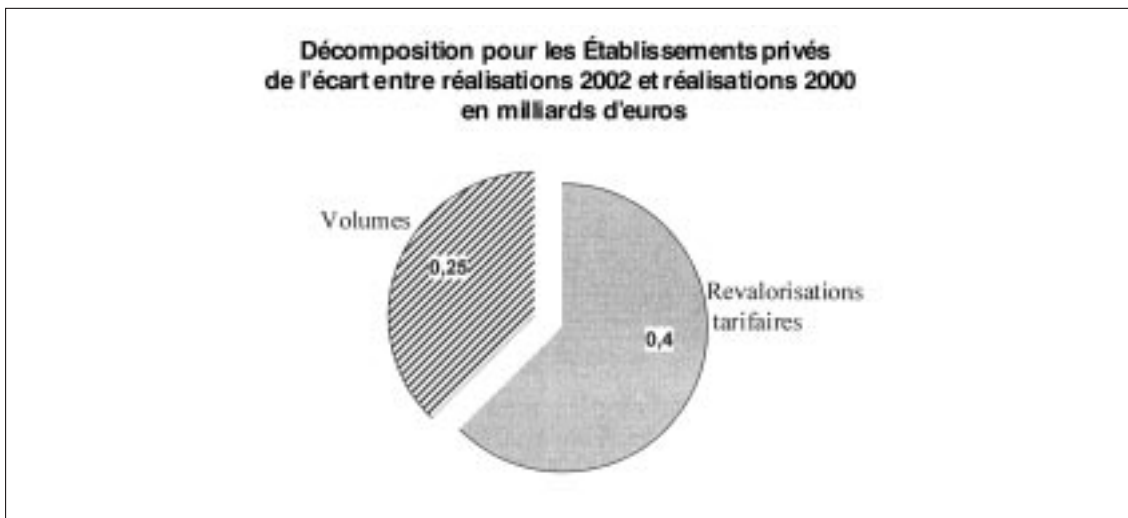


**Décomposition pour les Établissements Sanitaires Publics
de l'écart entre réalisations 2002 et réalisations 2000
en milliards d'euros**



**Décomposition pour les Établissements Médico-Sociaux
de l'écart entre réalisations 2002 et réalisations 2000
en milliards d'euros**





1.7 L'ONDAM en 2003 et 2004

1.7.1 Les prévisions pour 2003

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2003 a été fixé par la loi de financement de la Sécurité sociale à 123,5 milliards d'euros en augmentation de 5,3 % par rapport à la base 2002.

A partir des données en date de soins de fin avril 2003 du régime général, la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2003 estime que les prévisions de dépenses du champ de l'ONDAM atteindraient 124,84 milliards d'euros en 2003, soit une croissance de l'ordre de 6,5 %.

Prévisions de l'ONDAM 2003

En milliards d'euros

| | Objectif 2003 | | Prévisions tous régimes | | | |
|--------------------------------------|---------------|----------------------|-------------------------|-------------------------|-------------|------------------|
| | Montant | Evolution | | Prévisions tous régimes | Dépassement | Taux d'évolution |
| | | Obj. / Base 2002 (a) | Obj. / Réal. 2002 (b) | | | |
| ONDAM Métropole | 120,46 | 5,3% | 5,4% | 121,76 | 1,30 | 6,5% |
| Soins de ville | 57,76 | 5,6% | 6,1% | 58,75 | 0,99 | 7,9% |
| Dépenses déléguées | | | | 26,98 | | 8,0% |
| Autres soins de ville | | | | 31,77 | | 7,8% |
| Etablissements | 62,66 | 4,9% | 4,6% | 62,97 | 0,31 | 5,2% |
| Etablissements sanitaires publics | 46,07 | 4,6% | 4,4% | 46,15 | 0,08 | 4,6% |
| Etablissements sous DG | 45,75 | 4,6% | 4,9% | 45,75 | 0,00 | 4,9% |
| Cliniques privées | 7,54 | 4,8% | 3,5% | 7,73 | 0,19 | 6,1% |
| Etablissements médico-sociaux | 9,04 | 6,7% | 7,0% | 9,09 | 0,05 | 7,6% |
| Personnes handicapées | 5,85 | 5,8% | 6,1% | 5,85 | 0,00 | 6,1% |
| Personnes âgées | 3,19 | 8,2% | 8,7% | 3,23 | 0,05 | 10,3% |
| Réseaux | 0,05 | | | 0,05 | 0,00 | ns |
| Prestations des DOM | 2,85 | 6,5% | 4,8% | 2,87 | 0,02 | 5,5% |
| Ressortissants français à l'étranger | 0,21 | 0,0% | -2,5% | 0,21 | 0,00 | -2,5% |
| ONDAM France entière | 123,52 | 5,3% | 5,3% | 124,84 | 1,32 | 6,5% |

Source: Rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale – septembre 2003

Lecture : La colonne (a) indique les objectifs de taux d'évolution des différents postes de dépenses par rapport à la base 2002 telle qu'elle était estimée lors de la commission des comptes de la sécurité sociale. Les objectifs de chaque sous-enveloppe étant donné en valeur et non en taux d'évolution, la réévaluation de la réalisation 2002 (suite à la prise de connaissance des dépenses effectives de la fin de l'année 2002) modifie les taux de croissance que doivent respecter chaque sous-enveloppe pour atteindre l'objectif en 2003 : ces taux de croissance modifiée sont indiqués dans la colonne (b).

Le dynamisme de la dépense se retrouve principalement au niveau des soins de ville. Elle s'explique notamment par l'effet des mesures tarifaires et de nomenclature mises en œuvres en 2002. Les effets reports sur 2003 des mesures 2002 sont estimées à 350 M€. Ces mesures se traduisent aussi par une modification des pratiques médicales (sur les visites, la prescription de médicaments) qui sont synonymes à moyen terme d'une évolution moins rapide des dépenses.

S'agissant des mesures entrées en vigueur en 2003, elles pourraient représenter une économie de 20 millions d'euros avec les différentes mesures prises dans le domaine du médicament.

La mise en place de la RTT dans les établissements de santé continue enfin de représenter une part importante de l'évolution de l'ONDAM hospitalier.

1.7.2 Les prévisions pour 2004

La commissions des comptes de la sécurité sociale de septembre 2003 a élaboré une prévision tendancielle de l'évolution de l'ONDAM pour 2004 à 5,5%.

Cette prévision est réalisée à partir de la poursuite des tendances de consommation en volume et intègre l'effet report des mesures décidées les années précédentes.

Elle se fonde donc d'abord sur les déterminants structurels d'évolution des dépenses

de l'ONDAM, tels que décrits dans le rapport de M Alain Coulomb et explicités plus loin dans le présent rapport : d'après ce rapport, ces déterminants objectifs représentent 3 à 3,5 points en volume de l'évolution des dépenses de santé, principalement l'âge et le vieillissement (1 point) et le progrès technique (1,5 point) à quoi il faut ajouter pour ne citer que les facteurs les plus importants la croissance économique, les comportements socio-culturels ou l'environnement.

Au delà de ces 3 à 3,5% joue principalement l'effet report des mesures décidées les années précédentes. A cet égard, cet effet report devrait être relativement faible, ce qui explique le différentiel de croissance de l'ONDAM tendanciel 2004 (5,5%) par rapport aux prévisions de dépenses réalisées en 2003 (6,5%).

Comme cela a été évoqué pour l'analyse des dépenses en 2003, la dynamique de la dépense observée cette année était principalement due à d'importants effets reports de mesures prises en 2002. Ce n'est pas le cas en 2004.

De plus, la poursuite des mesures prises dans le domaine du médicament devrait également contribuer à un rythme de dépense plus faible grâce à :

- la baisse du taux de remboursement des médicaments à service médical rendu faible ;
- le déremboursement échelonné des médicaments à service médical rendu insuffisant ;
- la poursuite de la mise en place des tarifs forfaitaires de responsabilité (TFR)

A partir de cette évolution tendancielle de l'ONDAM en 2004, le Gouvernement a présenté dans le PLFSS 2004 un objectif de dépenses qui s'élève à 4 %. C'est la traduction des mesures d'économies qu'il a décidées et qui sont pour ce qui relèvent de l'ONDAM les suivantes :

- la mise en œuvre de la maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville qui permettra une moindre croissance des dépenses de 660 millions d'euros pour le régime général (800 millions d'euros pour l'ensemble des régimes) ;
- l'augmentation du forfait journalier qui passe à 13€, hormis une baisse de ce forfait à 9 € pour les séjours psychiatrique. L'économie est estimée à 150 M€ pour le régime général (180 M€ pour l'ensemble des régimes) ;
- les économies liés à un effort de rationalisation sur les médicaments et les produits de santé (100 M€ pour le régime général) ;
- l'évolution de la marge des grossistes répartiteurs (83 M€ pour le régime général) ;
- une plus stricte application des règles relatives aux exonérations totales de certains actes (500 M€ pour le régime général ; 600 M€ tous régimes) ;
- la baisse du remboursement de l'homéopathie (70 M€ tous régimes) ;

Dans le champ de l'ONDAM, ces mesures devraient représenter en 2004 une économie de 1870 millions d'euros.

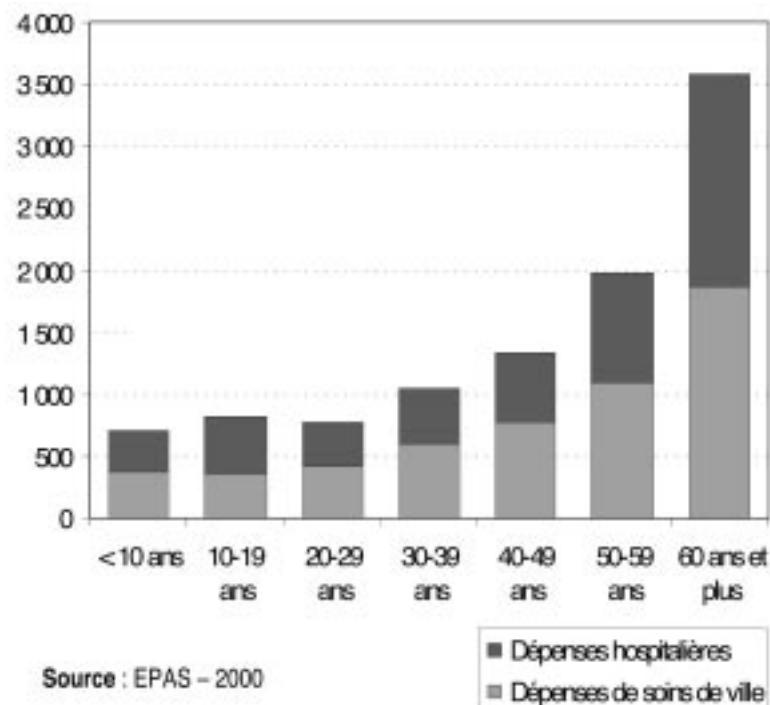
II - 2. L'ONDAM et les principaux facteurs d'évolution des dépenses de santé

2.1. Effet du vieillissement de la population

2.1.1. 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 30 à 39 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.

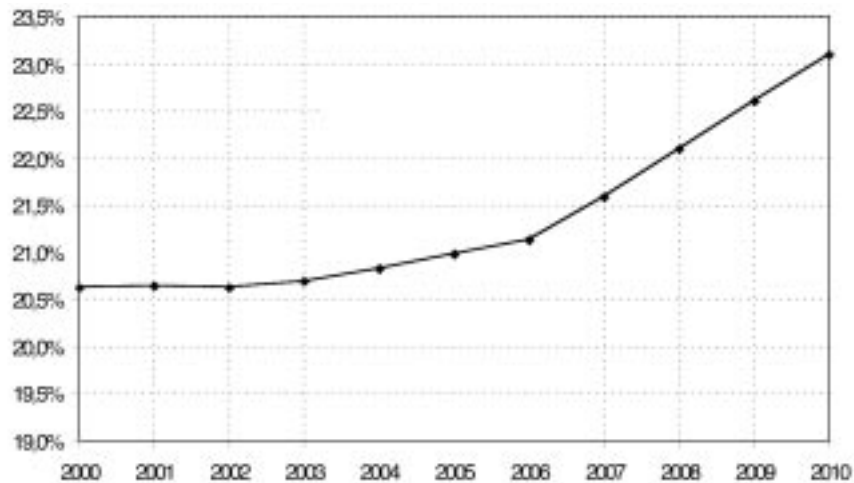
Répartition des dépenses de santé par tranche d'âge



2.1.2. 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

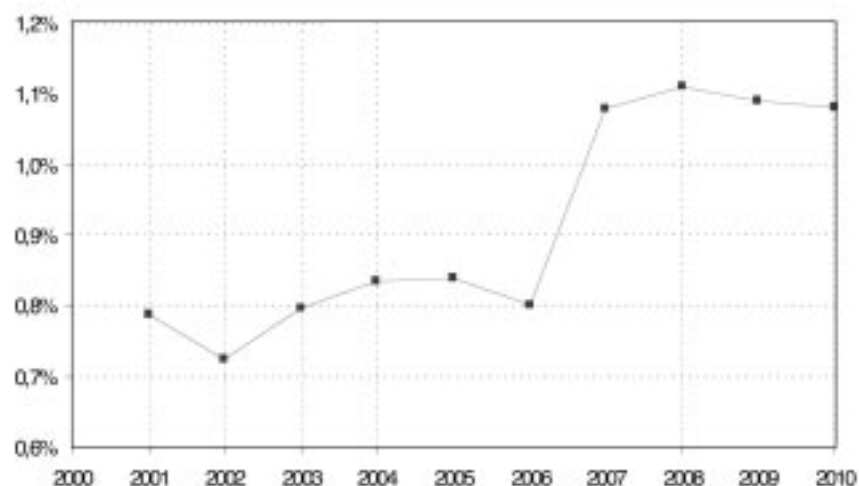


Source : Projection INSEE

2.1.3. 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

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

Toutefois, 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 récente étude de la CNAMTS² 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 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 1991³. 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 actif⁴, 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 forte 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.

² Point de conjoncture n°15 – juillet 2003.

³ Drees : « Données sur la situation sanitaire et sociale de la France en 2002 », La Documentation Française, 2003.

⁴ Tony ATKINSON, Michel GLAUDE, Lucile OLIER « Inégalités économiques », rapport du Conseil d'analyse économique, n° 33, La Documentation Française, 2001.

2.2. La déformation de la structure de consommation des biens et services les moins coûteux vers les biens et services les plus coûteux (effet structure)

La déformation de la structure de consommation des biens et services les moins coûteux vers les bien 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. En 2002, cet effet structure expliquerait 5,4 % de la croissance du chiffre d'affaire remboursable de l'industrie pharmaceutique sur une croissance totale de 4 % environ ; l'effet de la croissance du nombre de boîtes vendues serait de 0,3 % et que les prix diminuerait de 1,6 %.

Décomposition de la croissance du chiffre d'affaire hors taxe en 2002 des médicaments remboursables

| Effet prix | Effet boîte | Effet structure | Evolution totale |
|------------|-------------|-----------------|------------------|
| -1,61 % | 0,29% | 5,42 % | 4,03 % |

Source : DSS/SD6

Ainsi, la part des médicaments dont le coût est relativement élevé progressent en volume dans le total des médicaments remboursables vendus sur le marché. Les médicaments dont le coût en officine est de plus de 10 euros est ainsi passé de 17 % à 21 % du total des médicaments. En chiffre d'affaire, cette progression apparaît encore plus significative : les médicaments de plus de 10 euros sont passés de 51 % du CA total en 1998 à 62 % en 2002.

Évolution de la part des médicaments entre 1998 et 2002 en fonction du prix par boîte

| PP TTC () | 1998 | | | | 2002 | | | | Taux évolution 2001-2002 | |
|---------------|----------------------------|-------------|---------------|-------------|----------------------------|-------------|---------------|-------------|-------------------------------|--------------|
| | Unités (x10 ⁶) | | CATT (M) | | Unités (x10 ⁶) | | CATT (M) | | Unités (x10 ⁶) | CATT (M) |
| <2 | 368 | 14% | 669 | 4% | 299 | 11% | 536 | 2% | 0,23% | 0,02% |
| 2-5 | 1 148 | 45% | 3 576 | 21% | 1 323 | 48% | 4 123 | 19% | 0,16% | 0,07% |
| 5-10 | 614 | 24% | 4 144 | 24% | 553 | 20% | 3 774 | 17% | -0,86% | -0,70% |
| 10-50 | 424 | 17% | 7 748 | 46% | 540 | 20% | 10 957 | 50% | 0,72% | 3,81% |
| 50-150 | 7 | 0% | 493 | 3% | 25 | 1% | 1 810 | 8% | -0,09% | -0,06% |
| >150 | 1 | 0% | 348 | 2% | 2 | 0% | 833 | 4% | 0,01% | 0,42% |
| TOTAL | 2 562 | 100% | 16 978 | 100% | 2 742 | 100% | 22 033 | 100% | 0,15% | 3,55% |

Cet effet structure est bien évidemment lié au progrès technologique et au vieillissement ; les nouveaux biens et services se substituant aux plus anciens au profit le plus souvent des personnes âgées. Par ailleurs, le progrès technologique peut induire une demande nouvelle ; ce fut le cas notamment avec l'apparition des tri-thérapies dans le traitement du SIDA. En 2003, un nouveau médicament a été inscrit en ville pour le traitement de la leucémie dont le coût d'une boîte est de 2 700 euros soit 1 000 euros de plus que le médicament le plus cher avant lui. Parmi les dispositifs médicaux implantables, *le stent à élution de sirolimus* destiné au traitement des lésions coronaires et qui permet d'éviter de façon importante les taux de revascularisation a été inscrit en ville en 2003 pour un coût supérieur de 50 % aux stents classiques..

Extensions et nouveaux biens et services médicaux remboursables

L'inscription ou l'extension de nouveaux biens et services médicaux remboursables, même s'il ne s'agit pas de progrès technologique, constitue également un facteur important de croissance des dépenses d'assurance maladie. En 2002, on compte pas moins de 24 nouveaux biens et services ou extension de prise en charge.

Extensions et nouveaux biens et services médicaux inscrits en 2002

| | |
|---|---|
| Professionnels de santé | |
| Biologistes | Création du forfait bactériologique |
| Biologistes | Création du forfait clinique B5 |
| Dentiste | Extension du bilan bucco-dentaire au 13- 14 ans (mise en œuvre en 2003) |
| Généraliste | Création de la majoration de déplacement |
| Généralistes | Majoration de dimanche applicable de samedi après-midi |
| Généralistes | Extension du champ de la MMD |
| Infirmiers | Création de la DSI (mise en œuvre en 2003) |
| Orthophonistes | Nouveaux actes |
| Orthoptistes | Nouveaux actes |
| Pédiatres | Création du forfait pédiatrique pour la consultation et la visite |
| Pédiatres | Création de la majoration de nuit |
| Pédiatres | Extension de la majoration de l'urgence |
| Radiologues | Création d'une mammographie ZM41 |
| Radiologues | Inscription de nouveaux actes de radiothérapie |
| Spécialistes de la naissance | Rémunération des gardes et astreintes |
| Spécialistes de la naissance | Création de la lettre KFC + revalo des accouchements + assistance pédiatrique |
| Dispositifs médicaux | |
| Prise en charge de la stéréophonie pour les adultes nécessitant le port d'un 2ème appareil électronique correcteur de surdité | |
| Inscription du stimulateur cardiaque Elect D de la société Sorin Biomedica | |
| Inscription des protecteurs de hanches HIPS de la société Médiris et KPH de la société HRA Pharma | |
| Inscription et baisses des tarifs des solutions visco-élastiques | |
| Inscription de l'implant sphinctérien anal Acticon de la société AMS France | |
| Inscription du neurostimulateur Itrel 3 de la société Medtronic | |
| Inscription du neurostimulateur Interstim de la société Medtronic | |
| Médicaments | |
| LES GLITAZONES (nouvelle classe d'antidiabétiques): | |
| Le KETEC (Nouvelle classe d'antibiotiques) | |

2.3. L'augmentation de la part des dépenses exonérées du Ticket modérateur

L'augmentation du taux de prise en charge moyen des dépenses d'assurance maladie s'explique d'une part, par l'augmentation du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur et par la croissance plus fortes des dépenses d'assurance maladie de ceux-ci.

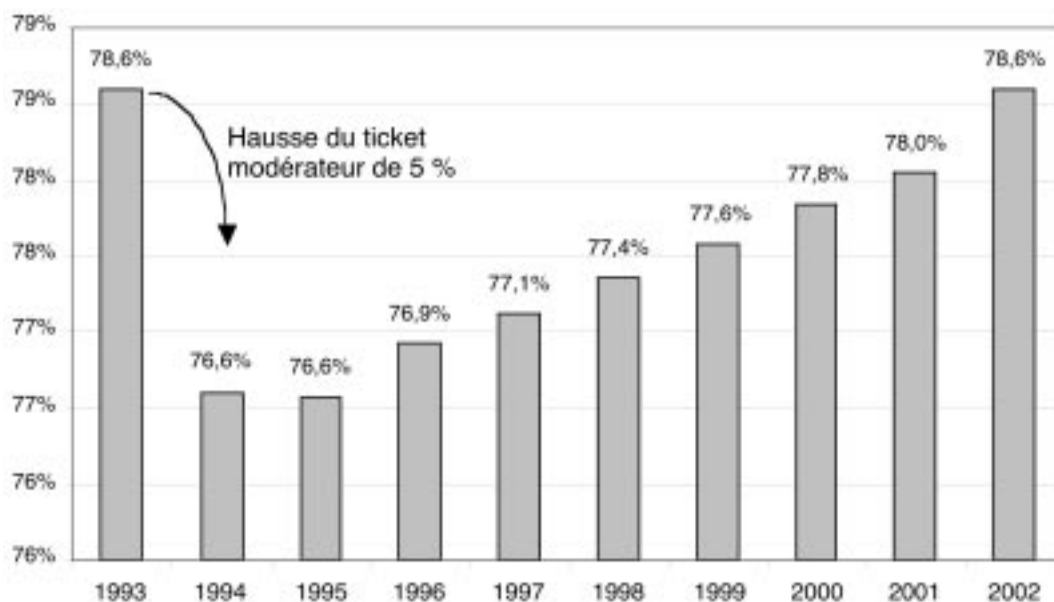
La croissance du nombre de personnes souffrant d'une affection de longue durée (et donc exonérées du paiement du ticket modérateur) illustre bien ce phénomène. Le nombre d'admission en ALD a, en effet, fortement augmenté au cours des dernières années. Au cours de la période 1990-1999, le nombre d'admissions en ALD a augmenté de 3,2 % en moyenne par an ; depuis 1999, la croissance est de près de 10 %.

Liste des affections de longue durée et nombre de nouvelles admissions en 2001

| | 2001 | Structure des admissions 2001 | Évolution annuelle moyenne 1990-1999 | Évolution annuelle moyenne 1999-2001 |
|---|----------------|-------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| Tumeur maligne | 216 073 | 24,9% | 4,0% | 6,2% |
| Diabète | 119 699 | 13,8% | 6,2% | 11,7% |
| Psychose, trouble de la personnalité, amésation mentale | 117 925 | 13,6% | 1,1% | 6,0% |
| Hypertension artérielle sévère | 91 393 | 10,5% | 4,6% | 23,6% |
| Artériopathie chronique et évolutive | 90 812 | 10,5% | 2,6% | 16,6% |
| Cardiopathie congén., infus. cardiaque, valvulopathie | 51 136 | 5,9% | 3,0% | 13,4% |
| Infarctus du myocarde | 14 140 | 1,6% | 0,3% | -4,7% |
| Accident vasculaire cérébral invalidant | 29 532 | 3,4% | 0,5% | 8,7% |
| Infus. respiratoire chronique grave | 30 469 | 3,5% | 1,7% | 6,1% |
| Maladies chroniques actives du foie et cirrhoses | 19 999 | 2,3% | 6,5% | 4,7% |
| Forme grave d'une affection neuro musculaire | 15 607 | 1,8% | 9,3% | 31,6% |
| Polyarthrite rhumatoïde | 10 842 | 1,2% | 2,1% | 7,3% |
| Maladie de Parkinson | 9 937 | 1,1% | 3,6% | 11,6% |
| RCH, maladie de Crohn | 7 921 | 0,9% | 5,0% | 3,5% |
| Néphropathie chron. grave et synd. néphrotique | 6 734 | 0,8% | 2,7% | 12,8% |
| Déficit immunitaire acquis | 5 644 | 0,6% | -1,9% | -6,5% |
| PAN, LEAD, sclérodémie généralisée | 5 435 | 0,6% | 8,8% | 11,8% |
| Tuberculose active | 5 289 | 0,6% | -4,4% | -8,7% |
| Sclérose en plaques invalidante | 4 234 | 0,5% | 4,8% | 3,2% |
| Spondylarthrite ankylosante grave | 4 085 | 0,5% | 4,8% | 12,4% |
| Scoliose structurale évolutive | 2 361 | 0,3% | -2,1% | 1,8% |
| Maladies métaboliques héréditaires | 2 133 | 0,2% | -6,6% | 4,7% |
| Paraplégie | 2 130 | 0,2% | -6,2% | 2,0% |
| Aplasie médullaire | 996 | 0,1% | -1,5% | 1,6% |
| Hémophilie | 799 | 0,1% | 6,1% | 13,5% |
| Hémoglobinoopathie homozygote | 631 | 0,1% | 0,9% | 0,0% |
| Mucoviscidose | 249 | 0,0% | -0,5% | 5,2% |
| Déficit immunitaire primitif | 228 | 0,0% | -5,3% | 7,0% |
| Suites de transplantation d'organe | 201 | 0,0% | -2,1% | 23,4% |
| Lépre | 27 | 0,0% | -11,8% | -9,5% |
| Bilharziose compliquée | 12 | 0,0% | -15,9% | -7,4% |
| TOTAL | 868 665 | 100,0% | 3,2% | 9,8% |

(source CNAMTS – ENSM)

Augmentation du taux de remboursement des dépenses de soins de ville présentées au remboursement du régime général sur la période 1993-2002



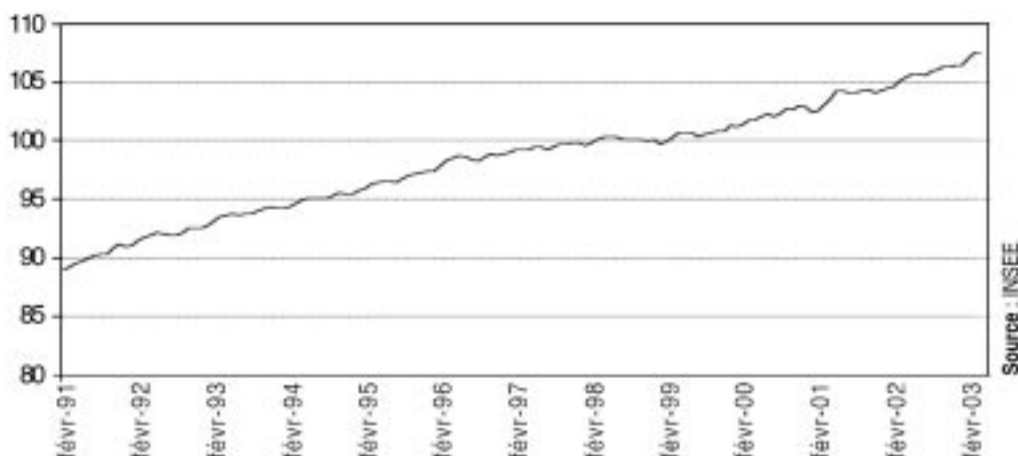
Source : CNAM – données en date de remboursement

2.4. L'augmentation des prix

L'augmentation des tarifs remboursables des biens et service médicaux constitue une prérogative des autorités en charge de la gestion de l'assurance maladie et pourraient à ce titre être exclu d'une analyse « médicalisé » de l'ONDAM. Néanmoins, une approche à moyen long terme des facteurs de croissance des dépenses de santé ne peut occulter l'inflation générale des prix à la consommation et son incidence sur le pouvoir d'achat des acteurs du système de santé.

L'année 2002 a été notamment marquée par une inflation (2,1 %) des prix à la consommation hors tabac relativement forte par rapport aux années précédente (1,3 % en 2001, 1,6 % en 2000).

Indice des prix à la consommation (hors tabac) base 100 moyenne 1998



II - 3. L'ONDAM au service de la politique de santé publique

3.1 ONDAM et dépenses de prévention

Une grande partie des actions qui s'inscrivent dans la politique de santé publique ne repose pas sur des financements inclus dans l'ONDAM. Tout ce qui touche à ce qu'on peut globalement appeler la prévention primaire relève prioritairement de crédits de l'Etat ou, pour l'assurance maladie, du FNPEIS qui n'est pas comptabilisé dans l'ONDAM. Dans le même temps, tout l'enjeu de cette politique est bien de contribuer à orienter le financement de l'offre de soins vers des actions qui contribuent à des logiques de santé publique et de prévention.

Selon les comptes nationaux de la santé, les dépenses de prévention s'élevaient en 2001 à quelque 3,5 milliards d'euros, soit 2,4 % du total de la dépense courante de santé.

D'après une étude sur les dépenses de prévention en médecine générale⁵, le nombre de consultations de prévention « équivalent temps plein »⁶ s'élèverait à près de 47 millions en France métropolitaine en 1999, soit 17 % des consultations de généralistes pour un montant total d'honoraires de 5,4 milliards de francs (820 millions d'euros) .

De plus, les dépenses de prescription pharmaceutique associée à un diagnostic de prévention auraient représenté, toujours en 1999, 5 % du montant total des dépenses induites par des prescriptions de ce type ; celles de prescriptions d'actes d'imagerie associée à de la prévention, 11 % du montant total des prescriptions d'imagerie ; celles de prescription d'actes de biologie, 17 % des actes de biologie.

Au total, les dépenses de prévention induites par les médecins généralistes s'élèveraient en 1999 à plus de 17 milliards de francs (2,6 milliards d'euros). Toutefois, parmi ces dépenses, 66 % seraient liées aux complications cardio-vasculaires (hypertension, diabète, hyperlipidémie et obésité) pour lesquels les traitements constituent autant, sinon plus, une prévention des symptômes de la maladie qu'une prévention de la pathologie elle-même.

3.2 L'exemple du plan cancer

Contrairement à un certain nombre de plan de santé publique qui n'étaient pas effectivement adossés à une logique d'orientation du système de soins, le plan cancer comporte six chapitres opérationnels et prioritaires à l'horizon 2007 – prévenir, dépister, soigner, accompagner, enseigner, comprendre et découvrir – avec comme objectif une diminution de la mortalité par cancer de 20% en 5 ans.

Il vise donc à prévenir la survenue des cancers tout en favorisant une évolution de l'offre de soins en phase avec les besoins de malades.

La mise en place de réseaux de soins en matière de cancérologie est un premier aspect de cette évolution de l'offre de soins. Le plan a, en effet, pour ambition de faire béné-

⁵ Étude DSS sur les dépenses de prévention en médecine générale (réalisée par THALES/CEMKA) - 1999

⁶ C'est-à-dire corrigés des actes non préventifs.

ficier chaque région française d'un réseau régional du cancer coordonnant l'ensemble des acteurs de soins, en ville et à l'hôpital, d'ici 2007. Tous les établissements assurant des missions de recours coordonneront, d'ici fin 2004, leurs offres et leur expertise dans un "pôle régional de cancérologie".

L'augmentation sensible de la dotation nationale de développement des réseaux (6 millions d'euros en 2002, 46 en 2003, près de 120 en 2004) participe notamment de cet effort de constitution de ces réseaux régionaux du cancer.

De la même façon, une partie des moyens supplémentaires donnés au système hospitalier via l'ONDAM 2003 et 2004 permet de tenir les engagements du plan d'accroître le parc d'appareils de diagnostic et de suivi des cancers (IRM, scanner, TEP) et de rénover le parc d'appareils de radiothérapie. Enfin, un accès plus facile aux médicaments et aux dispositifs onéreux et innovants dans la lutte contre le cancer va accompagner la mise en place progressive de la tarification à l'activité à l'hôpital.

La mise en œuvre du plan cancer passe donc très clairement par des actions qui impactent l'organisation des soins. Il se traduit par une orientation différente, sur le terrain, des dépenses de santé qui va dans le sens de cette priorité de santé publique.

L'élaboration des autres plans nationaux de santé publique prévu par le projet de loi relative à la politique de santé publique, notamment celui dédié aux maladies chroniques, s'inscrit dans cette même logique.

II - 4. L'ONDAM et les outils d'une dépense de santé efficace

4.1. La tarification à l'activité à l'hôpital : mieux affecter les ressources

4.1.1 Le constat : les disparités régionales de valeur de points ISA (PMSI) ;

La valeur du point ISA (indicateur synthétique d'activité) établi à partir des statistiques du PMSI⁷ constitue un indicateur de productivité des établissements de santé publics et privés⁸. De façon schématique, il traduit le ratio entre les masses financières (budget pour le secteur public, recette pour le secteur privé) et la production de soins.

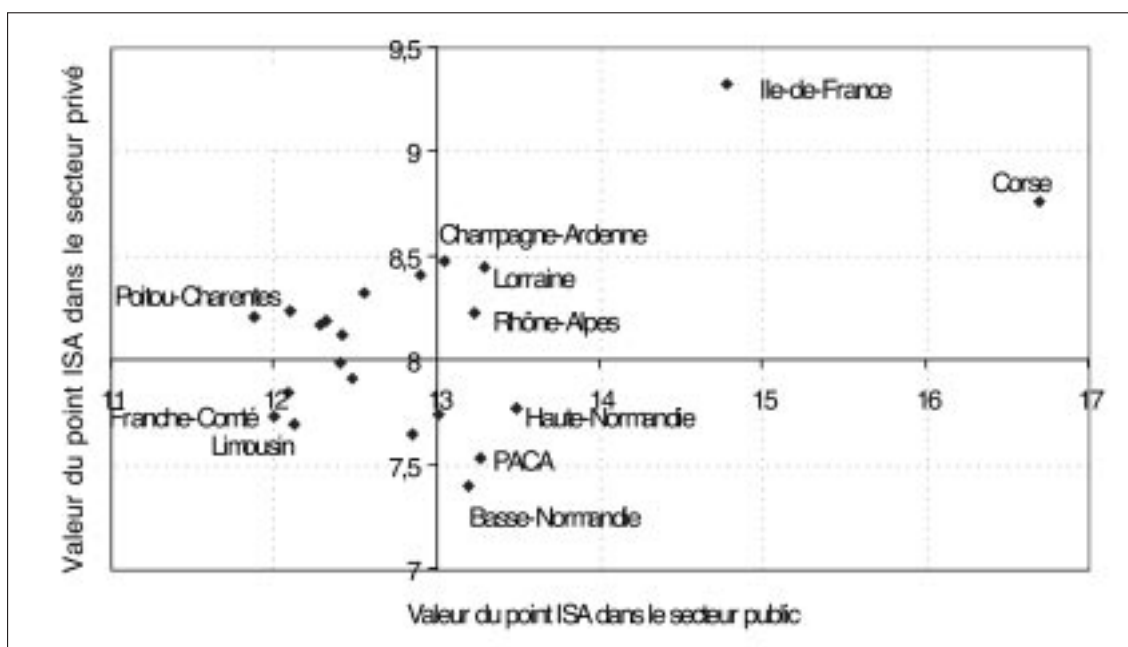
La valeur du point ISA est très variable d'une région à l'autre mais des disparités semblent moins accentuées dans le secteur privé que dans le secteur public. En effet, pour les établissements sous dotation globale, la valeur du point ISA varie de 11,9 dans la région Poitou-Charentes à 16,7 en Corse soit un rapport de 1,4. Pour les établissements privés, la valeur du point ISA varie de 7,4 en Basse-Normandie à 9,3 en Île-de-France soit un rapport de 1,2.

⁷ Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

⁸ Cependant, les données financières prises en compte pour le calcul de la valeur du point ISA n'étant pas identiques pour les secteurs publics et privés, cet indicateur ne permet pas de comparer la productivité des deux secteurs.

La Corse et l'Île-de-France se distinguent par des valeurs de point ISA très élevées aussi bien dans le secteur public que dans le secteur privé. Si l'on considère les autres régions, les écarts sont beaucoup moins importants : entre 12 et 14 pour la valeur du point ISA dans le secteur public et entre 7,5 et 8,5 pour le secteur privé.

Disparités des valeurs de point ISA pour les établissements publics et privés par région



Au niveau national, entre 1999 et 2001, la valeur du point ISA a augmenté de 3,6% dans le secteur public pendant qu'elle augmentait de 6 % dans le secteur privé. Cette augmentation est liée en partie à l'augmentation des masses financières en jeu : 7 % pour le secteur sous DGF (budgets) et 8,7 % pour le secteur OQN dont la « production » et les tarifs ont augmenté conjointement. Néanmoins, ces augmentations financières ne sont pas totalement corrélées à une augmentation de la production, à due concurrence, puisque la production de points ISA n'a augmentée que de 3,3 % pour le secteur public pour 7,4 % pour le secteur privé.

4.1.2 La mise en place de la tarification à l'activité

La réforme du mode de financement des structures hospitalières, par une tarification à l'activité, vise à permettre une meilleure affectation des ressources à l'hôpital.

La dotation globale a, en effet, montré ses limites et il devient nécessaire de mettre en œuvre un mécanisme de financement plus incitatif des établissements de santé qui prenne davantage en compte l'activité médicale et le service rendu. De plus, la dichotomie des règles de financement entre les secteurs publics et privés freine les coopérations indispensables entre les établissements. Cette volonté se traduit, après les simulations et les expérimentations conduites en 2003, par la mise en œuvre progressive d'une tarification à l'activité.

Si la Tarification à l'Activité a pour objectif la convergence des modalités de financement et des tarifs entre secteur public et privé à une échéance de 10 ans, les différences actuelles de leurs modes de financement imposent une progressivité de la réforme.

Cette progressivité se traduit par :

- Un champ limité aux activités MCO (médecine, Chirurgien Obstétrique) en 2004,
- Un impact sur 10% des budgets hospitaliers (pour les établissements publics et Participant au Service Public Hospitalier) en 2004,
- L'application d'un coefficient correcteur pour les établissements privés afin de tenir compte des différences tarifaires.

Par ailleurs, l'entrée en vigueur de la tarification à l'activité permettra la reconnaissance des missions d'intérêt général (recherche, enseignement, innovations et recours) qui seront financés forfaitairement et contractualisés entre les établissements et les ARH. Il en ira de même pour certaines activités particulières (urgences, prélèvement d'organes par exemple) qui bénéficieront d'un financement mixte (forfait et financement à l'activité).

Enfin, la mise en œuvre de la tarification à l'activité conduira à une harmonisation des règles de financement des médicaments innovants et coûteux entre les deux secteurs d'hospitalisation. Cette harmonisation favorisera, ainsi, l'accès des patients au progrès médical dans le respect des bonnes pratiques de prescription.

4.2. Des dépenses de soin de ville plus efficaces

4.2.1. Le développement de la maîtrise médicalisée

Un certain nombre d'évolutions dans l'organisation des soins, des usages et des pratiques mais aussi des prescriptions pourraient permettre une allocation plus optimale des ressources de l'assurance maladie tout en respectant voire en améliorant la qualité des traitements et la santé des populations.

Les exemples étrangers montrent l'utilité d'outils plus diversifiés d'intervention sur les professionnels de santé. Le rapport de l'IGAS de mai 2002 sur l'encadrement et le contrôle de la médecine ambulatoire (étude d'administration comparée : Allemagne, Angleterre, Etats-Unis, Pays-Bas) souligne l'importance des mécanismes d'accompagnement, de partenariat et de conseil alors que les mécanismes purement quantitatifs ou les sanctions collectives se heurtent à des limites et sont progressivement abandonnés, comme en Allemagne : « *Une triple convergence peut-être observée en matière d'outils de la qualité : diversité, similitude des outils, dynamique forte. Mais l'Allemagne et la France sont en retrait de ce mouvement, au cœur de l'encadrement de la médecine ambulatoire aux Etats-Unis, en Angleterre, aux Pays-Bas. Dans sa pratique individuelle, le médecin de ville américain, anglais, hollandais, est accompagné par des dispositifs consistant en une obligation de moyens (formation continue, recertification hollandaise...). Il doit aussi, de plus en plus, faire évaluer sa pratique professionnelle et voir ses résultats analysés. La « sanction » est, pour schématiser, un plan d'accompagnement personnalisé.* »

L'accord national de bon usage des soins signé le 26 août 2002 est un exemple de cette logique. IL a en effet permis la mise en place d'un nouveau système de tarif pour les visites : depuis le 1^{er} octobre 2002, le tarif de la visite dépend de sa justification

médicale. Une visite médicalement justifiée est facturée 30 € (visite à 20 euros + majoration de déplacement de 10 euros). En l'absence de justification médicale, le tarif est de 20 €. Dans ce cas, le médecin peut facturer un dépassement exceptionnel qui ne sera pas remboursé.

Or, les visites des médecins généralistes libéraux ont connu une diminution relative jusqu'en septembre 2002. Les dépenses remboursées d'assurance maladie à tarifs constants ont, en effet, diminué de 0,9 % en moyenne par mois durant la période janvier 2000-septembre 2002. Dès la mise en application de la majoration de déplacement pour visite médicalement justifiée le 1^{er} octobre 2002, ces dépenses ont chuté de 19 % le dernier trimestre 2003. La mise en place de l'accord a donc permis de réduire nettement réduit le nombre de visites à domicile.

Le ministre de la santé a approuvé depuis mai 2002 40 accords de bon usage de soins. Si celui qui a le plus d'ampleur est celui signé sur la bonne utilisation des visites au domicile du patients, d'autres accords de portée nationale ou régionale ont également été signé par d'autres professions de santé puis approuvés par le ministre.

Le PLFSS 2004 prévoit un ensemble de dispositions qui permettent de dynamiser la maîtrise médicalisée des dépenses de santé :

- la possibilité pour les URCAM de passer des conventions avec des groupements de professionnels de santé aux termes desquelles ceux-ci s'engageraient sur des améliorations de leurs pratiques ;
- l'amélioration de la qualité des accords via l'intervention de l'ANAES et la simplification du dispositif en conférant à la CNAM un pouvoir de mise en œuvre directe des ACBUS régionaux et en lui transférant, pour les ACBUS nationaux, le pouvoir d'approbation actuellement exercé par le ministre ;
- une amélioration du contenu du protocole qui fonde les exonérations des malades en affection de longue durée(ALD) ;
- l'expérimentation du dossier médical partagé.

4.2.2 La politique du médicament

Les dépenses de médicaments progressent à un rythme élevé : depuis 1990, elles ont plus que doublé. Les Français sont parmi les plus grands consommateurs mondiaux de médicaments (3 milliards de boîtes consommées par an, soit un peu moins d'une boîte par personne et par semaine). Par ailleurs, avec 100 millions de prescriptions par an, la France détient le record européen de la consommation d'antibiotiques. En 1999, le taux de résistance des pneumocoques aux pénicillines atteint 42% contre 0,5 % en 1984.

La politique du médicament vise à la fois à permettre aux patients d'avoir accès aux nouveaux traitements dont ils ont besoin tout en recherchant une évolution de la dépense globale compatible avec l'équilibre des comptes sociaux. Elle s'articule principalement autour du soutien à l'innovation et de la recherche d'une efficacité accrue pour les dépenses existantes.

S'agissant de l'innovation, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a prévu la mise en place d'une procédure de dépôt de prix. Ce dispositif a été défini dans un accord cadre signé avec l'industrie pharmaceutique.

La recherche d'efficacité dans les dépenses de médicament passe principalement par trois axes :

- Une politique de gestion active des produits remboursés.

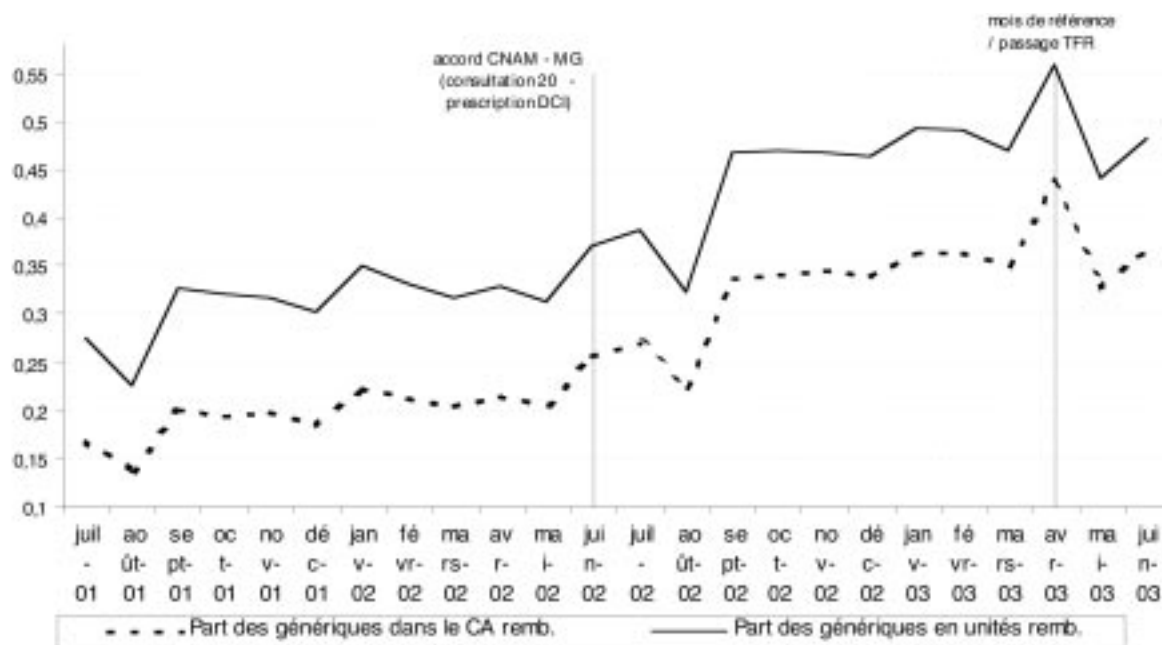
La réévaluation initiée en 1999 a permis de mettre en évidence 800 produits ne justifiant plus une prise en charge par les pouvoirs publics et 800 autres ne présentant pas un service médical rendu (SMR) suffisant pour une prise en charge à 65 %. En octobre 2002, un plan de déremboursement sur 3 ans de l'ensemble des produits à SMR insuffisants a été annoncé. Une première vague est en cours. Les produits à SMR modéré ou faible qui n'étaient pas pris en charge à 35 % viennent d'être ramenés à ce taux.

- La promotion des génériques

D'après une étude de la CNAMTS⁹, en 2002, les médicaments génériques auraient pu, s'ils avaient été totalement utilisés en lieu et place des médicaments de référence, permettre au régime général de réaliser une économie de 270 millions d'euros. L'économie réelle a été en 2002 de 130 millions d'euros.

La progression du générique en 2002 est notamment lié à l'accord signé le 5 juin 2002 entre les syndicats nationaux représentatifs des médecins et les représentants des trois caisses nationales d'assurance maladie (CNAMTS, MSA, CANAM) qui s'est traduit par un avenant à la convention des médecins généralistes. Cet avenant portait notamment sur la prescription en dénomination commune internationale et en générique. Cet accord semble avoir eu un effet immédiat, la part des génériques dans le répertoires des médicaments « généricables » est ainsi passé d'un peu plus de 30 % en unité vendues à près de la moitié du répertoire.

Evolution mensuelle de la part des génériques dans le répertoire



⁹ CNAMTS –DSE ; « Les Médicaments génériques : un bilan de l'année 2002 », point de conjoncture n°12, avril 2003.

Par ailleurs, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 a prévu au termes de l'article 43 que pour les médicaments figurant dans les groupes génériques (ensemble des médicaments disposant d'un équivalent générique), la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité (TFR). Une première vague de 450 spécialités pharmaceutiques sont passés au TFR depuis le 8 septembre 2003.

- Le bon usage du médicament ;

Un accord a été conclu entre la CNAMTS et les médecins généralistes sur le meilleur usage des antibiotiques. Cet accord semble avoir eu un impact significatif sur la prescription des médecins : de juin 2002 à mai 2003, le nombre de boîtes vendues de pénicillines à large spectre ont diminué de 17 % par rapport au douze mois précédents. De même, dans la classe des antibiotiques appartenant aux macrolides, la diminution a été de 14 %.