

## 3.7 Les soins de ville dans l'ONDAM entre 2010 et 2017

Cette fiche présente une rétrospective des dépenses comptabilisées dans le sous-objectif soins de ville de l'ONDAM (cf. encadré 1 pour sa composition). Ces dépenses se sont systématiquement établies en dessous de l'objectif voté par le parlement entre 2010 et 2014 (sous-exécution). Depuis 2015, les remboursements de soins de ville sont systématiquement supérieurs aux objectifs fixés (sur-exécution). Cette fiche identifie dans une première partie les principaux facteurs expliquant les écarts entre l'objectif voté et les réalisations constatées, en isolant notamment les effets de la croissance en volume prévue et réalisée, les mesures affectant le prix des soins mais également l'effet base qui correspond à la différence entre l'objectif rectifié servant de base aux prévisions de soins de ville et la réalisation réelle des dépenses de l'année précédente (cf. encadré 2). La seconde partie propose une analyse macroéconomique de l'évolution des principaux postes de dépenses.

### Évolution des soins de ville dans l'ONDAM depuis 2010

#### Entre 2010 et 2017, les dépenses de soins de ville ont augmenté de 12,4 Md€

Le sous-objectif soins de ville a crû de 12,4 Md€ sur les huit dernières années (à périmètre courant, cf. tableau 1). Il est ainsi passé de 74,8 Md€ en 2010 à 87,2 Md€ en 2017 et sa part dans le PIB est restée stable durant cette période, à 3,8%.

Les prestations progressent de 12,1 Md€ et les dépenses hors prestations de 0,3 Md€ (cf. encadré 1 pour le détail sur les dépenses de prise en charge de cotisations des professionnels de santé). Les remboursements des honoraires médicaux ont crû en moyenne de 450 M€ par an (3,6 Md€ sur la période), de même que les remboursements des honoraires paramédicaux (440 M€ par an, soit 3,5 Md€ au total). Les indemnités journalières augmentent de 1,3 Md€ sur la période et les transports de malade de 1,1 Md€. Les remboursements relatifs à la biologie ont pour leur part progressé de 115 M€.

La croissance des soins de ville aurait atteint +8,9 Md€ si des mesures de régulation n'avaient pas été mises en œuvre dans le cadre de la gestion globale de l'ONDAM. En effet, la dépense de soins de ville est portée par une

dite « spontanée » et par des effets de la régulation. L'évolution spontanée comprend notamment le vieillissement de la population, l'augmentation du nombre de patients en ALD, le comportement des prescripteurs (cf. encadré 4 sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville), les innovations et leurs coûts croissants. Les effets de la régulation prennent diverses formes, et notamment les revalorisations accordés aux professionnels de santé ou à l'inverse les efforts d'économies demandés aux différents acteurs. Les revalorisations ont ainsi expliqué en moyenne 365 M€ de dépenses supplémentaires par an sur la période, principalement au bénéfice des médecins, des auxiliaires médicaux et des transports, soit au total +2,9 Md€. Les mesures d'économie ont quant à elles permis d'atténuer la dépense de 9,5 Md€. Les produits de santé ont contribué pour 7,9 Md€ à ces économies, compte tenu des baisses de prix et des mesures de la CNAM visant à réguler les volumes de prescriptions, mais ils contribuent dans le même temps à la croissance spontanée des dépenses de 9,9 Md€ (cf. tableau 1). Par ailleurs, sur la période, les soins de ville ont baissé de 530 M€ en raison de changements de champ (cf. encadré 1).

#### Encadré 1 • Périmètre des soins de ville

Le sous-objectif soins de ville comprend des prestations telles que les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments (nets des remises pharmaceutiques), les dispositifs médicaux, les indemnités journalières (IJ) maladie et accidents de travail, les dépenses de biologie et de transports. Il contient également des dépenses dites « hors-prestations » qui correspondent à la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, à une dotation aux fonds d'action conventionnelle.

De nombreux changements de champ ont été opérés depuis 2010 qui ont au total diminué l'agrégat de l'ONDAM soins de ville de 530 M€. Parmi les principaux mouvements, il y a la sortie de l'ONDAM des soins des étrangers en France (-230 M€) et des indemnités journalières des fonctionnaires, et des agents de la RATP et de la SNCF, dans la mesure où elles correspondent en réalité à du maintien de salaire (-550 M€). Enfin, parmi les transferts significatifs vers d'autres sous-objectifs de l'ONDAM, la permanence des soins (-145 M€) a été transféré en 2014 au fonds d'intervention régional, et les remboursements directs des soins des Français à l'étranger (-80 M€) vers les « autres prises en charge ». A l'inverse, ont été intégrés dans les soins de ville les indemnités journalières versées aux exploitants agricoles en 2014 (+40 M€). On note également l'affiliation au régime général des travailleurs frontaliers suisses en 2014 et 2015 pour environ 100 M€ et l'intégration du financement de la formation médicale continue (OGDPC) dans le fonds des actions conventionnelles pour environ 150 M€. Le transfert dans l'ONDAM hospitalier de remises pharmaceutiques (recettes atténuatives de l'ONDAM) générées par les molécules financées sur les enveloppes hospitalières a augmenté le sous-objectif soins de ville de 315 M€. Enfin, d'autres mouvements sur la période 2010-2017, principalement de transferts vers d'autres sous-objectifs de l'ONDAM, ont abaissé le champ du sous-objectif soins de ville de 130 M€.

L'ensemble de ces mouvements de périmètre est listé chaque année dans l'annexe 7 des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Leur traitement dans l'ONDAM est depuis 2018 régi par une charte de budgétisation, annexée à la loi de programmation des finances publiques 2018-2022.

## Entre 2010 et 2013, des dépenses largement inférieures aux objectifs votés

Entre 2010 et 2013, les remboursements de soins de ville ont connu des sous-exécutions de plus en plus importantes par rapport aux objectifs votés initialement : de 400 M€ en 2010 à 1,3 Md€ en 2013 (cf. tableau 2). Sur cette période, deux éléments expliquent la sous-exécution : le ralentissement des volumes de soins par rapport aux dynamiques passées et un effet base favorable se reportant (voire s'amplifiant) d'un exercice à l'autre (cf. tableau 2 et graphique 3). Concernant les volumes, les évolutions des arrêts maladie et des remboursements de médicaments en 2012 et 2013 ont le plus contribué au ralentissement global des dépenses. Ainsi, en 2012, les dépenses étaient inférieures aux prévisions de près de 970 M€, dont environ 75% étaient imputables aux indemnités journalières (IJ). En 2013, le ralentissement des IJ et des médicaments s'est poursuivi et explique environ 0,6 Md€ de la sous-exécution, qui atteint 1,3 Md€. Concernant l'effet base, celui-ci est favorable (cf. définition en encadré 2) et augmente au

cours de la période, passant de 330 M€ en 2010 à 615 M€ en 2013 et même 670 M€ en 2012.

## 2014 : l'année du retournement conjoncturel

L'année 2014 marque un tournant avec un regain de dynamisme de l'ensemble des postes de soins de ville et la résorption de l'effet base. En particulier, les deux principaux moteurs du ralentissement passé (arrêts maladie et médicaments) retrouvent des dynamiques fortes. L'arrivée des traitements innovants contre l'hépatite C a porté la croissance des remboursements de médicaments à 5,4% contre 0,3% en moyenne entre 2010 et 2013. De même, la croissance des indemnités journalières passe de 1,3% par an de 2010 à 2013 à 4,5% en 2014.

Par ailleurs, la LFSS 2015, dans sa partie rectificative, a revu à la baisse l'objectif 2014 en intégrant l'intégralité de la sous-exécution 2013 alors mesurée, réduisant l'effet de base favorable accumulé depuis plusieurs années en matière de soins de ville, et aboutissant à un effet de base favorable de seulement 65 M€ pour les soins de ville en 2015.

Tableau 1 • Décomposition du sous-objectif soins de ville par poste de soins en 2010 et 2017

	2010		2017		Évolution 2010-2017		dont volume	dont économies	dont revalorisations
	Montant	%	Montant	%	%	Δ en niveau			
<b>Soins de ville</b>	<b>74 755</b>	<b>100,0%</b>	<b>87 170</b>	<b>100,0%</b>	<b>16,6%</b>	<b>12 415</b>	<b>18 955</b>	<b>-9 465</b>	<b>2 925</b>
Hors presta, hors remises	2 275	3,0%	2 545	2,9%	11,9%	270	270	0	0
<b>Prestations</b>	<b>72 480</b>	<b>97,0%</b>	<b>84 625</b>	<b>97,1%</b>	<b>16,8%</b>	<b>12 145</b>	<b>18 685</b>	<b>-9 465</b>	<b>2 925</b>
Honoraires médicaux	19 100	25,6%	22 710	26,1%	18,9%	3 610	2 540	-685	1 755
Honoraires paramédicaux	8 820	387,7%	12 340	14,2%	39,9%	3 520	3 120	0	400
Biologie	3 395	4,7%	3 510	4,0%	3,4%	115	660	-550	5
Transports	3 520	18,4%	4 610	5,3%	31,0%	1 090	800	-55	345
Médicaments	22 155	251,2%	22 505	25,8%	1,6%	350	7 455	-7 310	205
Dispositifs médicaux	4 860	143,2%	6 835	7,8%	40,6%	1 975	2 485	-550	40
Indemnités journalières	10 010	284,4%	11 280	12,9%	12,7%	1 270	1 515	-315	70
Autres	620	2,8%	835	1,0%	34,7%	215	110	0	105

Tableau 2 : Décomposition des écarts au sous-objectif soins de ville depuis 2010

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Effet base	-330	-450	-670	-615	-640	-65	195	405
Effet volume	-155	-205	-750	-575	990	40	355	425
Effet prix	80	35	450	-110	-555	245	180	-210
<b>Total</b>	<b>-405</b>	<b>-620</b>	<b>-970</b>	<b>-1300</b>	<b>-205</b>	<b>220</b>	<b>730</b>	<b>620</b>
<b>Objectif voté (Md€)</b>	<b>75,2</b>	<b>77,3</b>	<b>78,9</b>	<b>80,5</b>	<b>81,1</b>	<b>83,0</b>	<b>84,3</b>	<b>86,6</b>
<b>Objectif exécuté (Md€)</b>	<b>74,8</b>	<b>76,6</b>	<b>77,9</b>	<b>79,3</b>	<b>80,9</b>	<b>83,2</b>	<b>85,0</b>	<b>87,2</b>
<b>Taux d'évolution</b>	<b>2,7%</b>	<b>2,5%</b>	<b>1,7%</b>	<b>1,7%</b>	<b>2,9%</b>	<b>2,4%</b>	<b>2,3%</b>	<b>2,2%</b>

### Encadré 2 • Définition des effets expliquant les écarts à l'objectif

D'un point de vue méthodologique, on peut décomposer les écarts aux objectifs selon trois effets :

**Effet base :** les lois de financement de la sécurité sociale proposent à la fois un objectif de dépense pour l'année N et une rectification de l'objectif pour l'année précédente. Une sous-exécution (sur-exécution) de l'ONDAM N-1 qui n'est pas entièrement anticipée lors de la LFSS se reporte mécaniquement sur l'ONDAM N et génère un avantage (désavantage) de base. La base de construction sera en effet supérieure (inférieure) à la base effective ce qui, à objectif donné, autorise plus (moins) de dépenses.

**Effet volume :** l'effet volume correspond à l'évolution corrigée des évolutions tarifaires (revalorisations ou baisses de prix/tarifs). Les économies de maîtrise médicalisée, réalisées dans le cadre des actions de gestion du risque auprès des professionnels de santé par la CNAM sont intégrées dans l'effet volume. En effet, elles participent à l'infléchissement de la tendance des dépenses de soins de ville.

**Effet prix :** cet effet inclut l'ensemble des impacts des revalorisations des tarifs liées aux décisions conventionnelles signées entre l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé. Cet effet joue à la hausse sur la dynamique brute observée des remboursements. Symétriquement, cet effet comprend l'ensemble des baisses de tarifs ou prix portant sur les professionnels de santé ainsi que les produits de santé.

### Depuis 2015, des sur-exécutions successives

La consommation de soins continue d'être dynamique après 2014, ce qui se traduit par des dépassements du sous-objectif soins de ville de 220 M€ en 2015, 730 M€ en 2016 et 620 M€ en 2017. En 2015, la dynamique reste forte (+2,5% par rapport à 2014), mais moins qu'anticipé : la croissance des volumes de soins est ainsi inférieure de 200 M€ à la prévision. En revanche, les économies prévues ont eu un rendement moins important qu'anticipé (de 240 M€), notamment les économies de luttés contre la iatrogénie médicamenteuse (pour 100 M€). L'année 2016 est également une année très dynamique avec l'arrivée au remboursement de nouvelles molécules comme Triumeq® pour le traitement du VIH, une forte croissance des actes médicaux et des arrêts

maladie, et plus globalement un nombre de jours ouvrés supérieur à 2015. A cela s'ajoutent des pertes de rendement sur certaines économies présentées en LFSS (absence de baisse de tarif sur la biologie) ainsi qu'une base de construction sous-estimée de 195 M€ (effet base défavorable lié à la sous-estimation du dépassement 2015 retenu lors de la construction de l'ONDAM 2016).

Enfin, en 2017, la dynamique des honoraires médicaux, des médicaments et des arrêts maladie est à nouveau sous-estimée (420 M€), de même que la base de construction (405 M€). Les dépassements de 2017 sont néanmoins atténués de 210 M€ en raison de la non mise en œuvre du règlement arbitral dentaire et de l'absence de revalorisations des taxis.

## Analyse des dynamiques par postes

### Les honoraires médicaux : une croissance partagée entre volume d'activité et négociations conventionnelles

Les remboursements d'honoraires médicaux représentent 26% du sous-objectif soins de ville. Ce poste comprend les remboursements des médecins généralistes et spécialistes ainsi que des dentistes et des sages-femmes. La moitié de la croissance de ce poste est due aux revalorisations décidées lors des négociations conventionnelles depuis 2010 (1,8 Md€, cf. graphique 2).

Les médecins généralistes ont bénéficié sur la période de 810 M€ de revalorisations, en application de plusieurs accords : la convention médicale de 2011, son avenant 8 de 2012 (qui octroie des revalorisations et crée le contrat d'accès aux soins pour les médecins de secteur I et II) et la convention de 2016. S'ajoutent les nouveaux modes de rémunérations tels que la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP, 316 M€ en 2012 et 2013), le forfait médecin traitant ou encore les majorations pour consultations de personnes âgées (375 M€, à partir de 2014). En revanche, les volumes de soins de médecine générale décroissent de 0,6% par an, en lien avec la baisse du nombre de médecins de 1,4% sur la période.

Les médecins spécialistes ont connu sur la période une dynamique des volumes de soins importante (+2,6% en moyenne entre 2010 et 2017). Ceux-ci ont accéléré à partir de 2014 (+3,5% en moyenne entre 2014 et 2017, contre +1,8% entre 2010 et 2013), portés par la dynamique des actes techniques ainsi que des actes d'imagerie. Ce sont principalement les actes des ophtalmologues, notamment la tomographie de l'œil (+15,4% en 2017), les actes des oncologues-radiothérapeutes ainsi que ceux des chirurgiens qui portent la croissance. Par ailleurs, l'ensemble des médecins spécialistes ont bénéficié de 480 M€ de revalorisations et de nouvelles rémunérations entre 2010 et 2017 ; et à l'inverse les radiologues ont contribué en moyenne de 85 M€ par an (680 M€ au total) aux économies *via* des baisses de tarifs.

Pour les dentistes, les revalorisations (+70 M€) ont été plus faibles sur la période que celles des médecins, mais un regain de dynamisme des remboursements a été constaté en 2015 après la mise en œuvre d'une nouvelle nomenclature des actes dentaires. L'évolution moyenne annuelle atteint ainsi 1,7% depuis 2015, contre 0,5% entre 2010 et 2014.

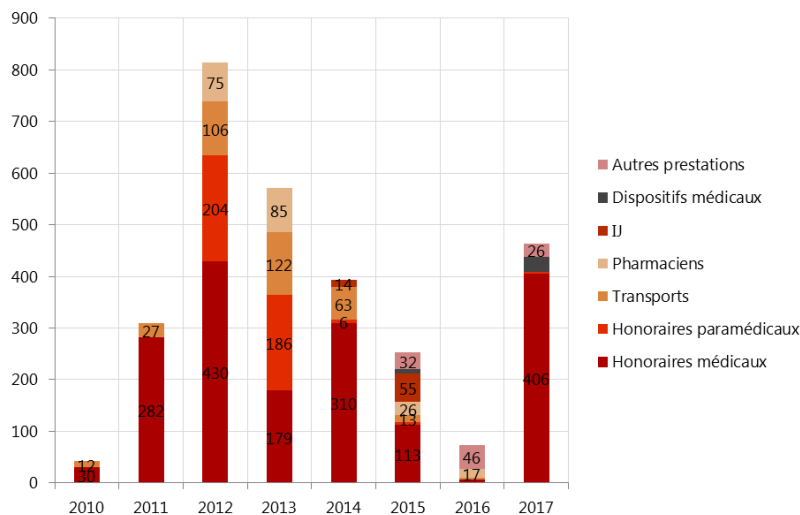
### Dépenses de transports et d'auxiliaires médicaux : forte dynamique spontanée

Les transports ainsi que les remboursements des honoraires paramédicaux connaissent une dynamique importante (4,5% de croissance moyenne pour les transports sanitaires et 5,4 % pour les honoraires paramédicaux).

Les infirmiers et les kinésithérapeutes ont bénéficié de 400 M€ de revalorisations en 2012 et 2013 suite à des négociations conventionnelles avec des majorations d'actes et des indemnités kilométriques. Pour les transports, la mise en place d'une majoration kilométrique a favorisé les trajets courts en 2012 et 2013 (230 M€). De plus, les taxis voient également leurs tarifs augmenter sur décisions préfectorales au 1<sup>er</sup> janvier de chaque année.

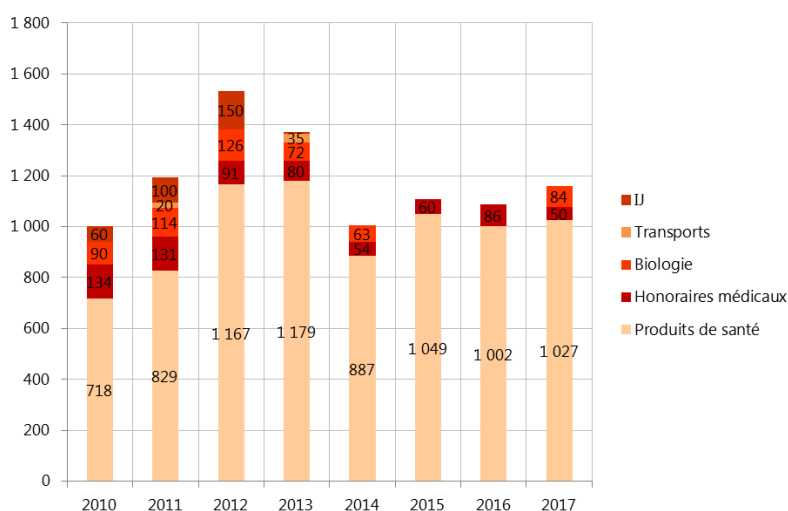
Sur ces deux postes, les volumes participent fortement à la croissance. Les volumes de soins infirmiers augmentent en moyenne de 5,7% par an, ceux de kinésithérapie de 4,1%. La dynamique des soins infirmiers est principalement portée par une hausse de leurs effectifs de 30,4% entre 2010 et 2016, et par le développement des actes médico-infirmiers (cf. fiche 3.2, CCSS septembre 2017). Le volume des dépenses de transport a crû en moyenne de 3,0% sur la période, porté par la dynamique des taxis (cf. fiche 3.2, CCSS juin 2016). Il est à noter que ces postes s'adressent souvent à une patientèle âgée ou qui bénéficie d'une exonération au titre d'une affection de longue durée (ALD) ce qui se reflète sur les taux de remboursements moyens proches de 90% sur les deux postes. Ainsi, entre 2010 et 2015, les patients souffrants d'une ALD ont contribué pour 92% à la hausse des volumes de transport.

Graphique 1 • Chroniques des revalorisations par poste



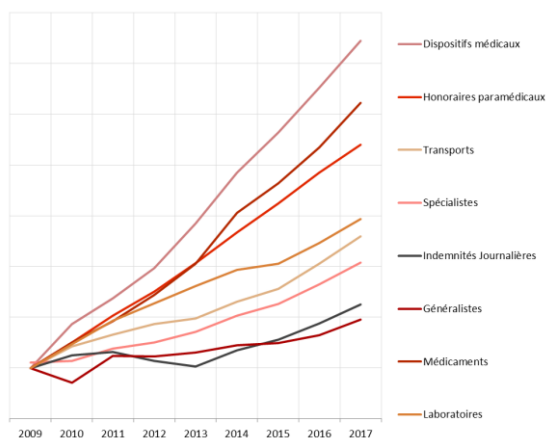
Source : DSS/SDEPF/6B/Constats de l'ONDAM

Graphique 2 • Chronique des baisses de prix ou et des tarifs par poste (hors maîtrise médicalisée)



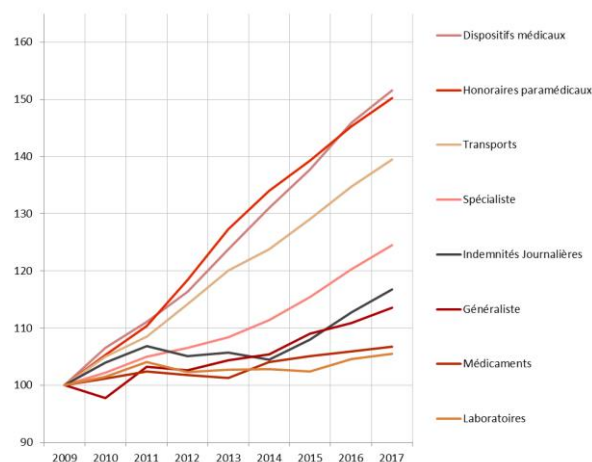
Source : DSS/SDEPF/6B/Constats de l'ONDAM

Graphique 3 • Evolution en volume des principaux postes de soins de ville (base 100 en 2009).



Source : DSS/SDEPF/6B/Données CNAMTS

Graphique 4 • Evolution en valeur des principaux postes de soins de ville (base 100 en 2009).



## Les produits de santé : une croissance portée par l'innovation et le vieillissement de la population

Les remboursements de dispositifs médicaux et de médicaments sont des dépenses dynamiques (respectivement +42,2% et +2,1% entre 2010 et 2017), portées par les innovations et le vieillissement de la population. Le taux de remboursement moyen des dispositifs médicaux s'élève à 84%. Par ailleurs, l'augmentation de la population en ALD et les coûts croissants des derniers traitements médicamenteux jouent pour environ 0,6 point dans la croissance annuelle de ce poste. Entre 2010 et 2017, la croissance moyenne en volume des dispositifs médicaux était de 6,8%, de 4,0% pour les médicaments vendus en officine de ville et de 12,6% pour les médicaments en rétrocession (consommés en ville mais dispensés dans les pharmacies hospitalières).

Deux périodes se distinguent en termes de remboursement de médicaments. Avant 2015, la baisse des remboursements en officine (en moyenne de -0,2%) s'explique notamment par d'importantes tombées de brevets et par la mise en œuvre d'un plan de soutien aux médicaments génériques, qui a permis de diminuer les dépenses de 1,0 point par an entre 2010 et 2015.

Depuis 2016, l'évolution des remboursements en officine redevient positive (0,1% de croissance en 2016, 1,1% en 2017, cf. fiche 3.6). Parallèlement, depuis 2014 et l'arrivée des traitements innovants comme Imbruvica® (traitement des leucémies lymphoïdes chroniques), les remboursements de molécules en rétrocession représentent 1,9 point de la croissance des dépenses, contre 0,2 point auparavant.

Les dispositifs médicaux connaissent depuis 2010 une croissance forte (5,6% en moyenne) portée par de nombreuses entrées sur les listes de remboursement. Sur la période, la principale contribution à la croissance vient des dispositifs contre l'apnée du sommeil avec une croissance annuelle moyenne de près de 11%. On trouve également des contributions importantes des pansements, des dispositifs de maintien à domicile notamment dans le traitement du diabète ou encore des lits médicaux. On note également qu'à l'exception des appareils de contrôle du diabète, l'ensemble de ces postes qui ont fait la croissance depuis 2010 connaissent des évolutions moins marquées en 2017 (cf. fiche 2.3). En effet, les appareils de contrôle du diabète ont bénéficié d'innovation avec notamment le dispositif Freestyle Libre® permettant de contrôler sa glycémie sans piqûre.

La forte dynamique des produits de santé est partiellement compensée par un effort d'économies important. Ainsi, les baisses de tarifs s'élèvent à 980 M€ par an sur la période, soit 7 860 M€ d'économies sur les produits de santé depuis 2010 (cf. graphique 1). En plus de ces baisses de prix, la forte dynamique des médicaments a été modérée par la mise en œuvre de

mécanismes de régulation spécifiques, les clauses de sauvegarde c'est-à-dire le taux L (scindé ensuite en Lv et Lh) et l'enveloppe W. Ces clauses se déclenchent lorsque la croissance du chiffre d'affaires des médicaments atteint un niveau incompatible avec les objectifs de remboursement prévus dans le cadre de l'ONDAM. Par exemple le taux L en 2015 et 2016 se déclenchait lorsque le chiffre d'affaires hors médicaments génériques et orphelins avait une croissance supérieure à -1%. Ces dispositifs ont permis de diminuer la dépense remboursée d'environ 0,6 Md€ depuis leur mise en place. Parallèlement, les remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques, qui minorent les remboursements, ont représenté 6 040 M€ depuis 2010. Ces remises peuvent être des remises « produits » négociées par le Comité Économique des Produits de Santé (CEPS), ou des remises « ATU » qui correspondent à la différence entre le prix d'une molécule sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) et le prix négocié par le CEPS. Ces deux catégories de remises connaissent une hausse de rendement importante de 245 M€ en 2010 à 980 M€ en 2017 (dans le champ de l'ONDAM soins de ville). Cette hausse du rendement est principalement due aux molécules innovantes arrivées depuis 2014 et pour lesquels les prix nets (y compris remises) sont significativement inférieurs aux prix publics.

## Les indemnités journalières

Les versements d'indemnités journalières sont très dynamiques (+4,2% par an depuis 2014), portée par les arrêts maladie de plus de 3 mois (4,8%). Ce dynamisme contraste avec l'évolution observée entre 2011 et 2013 (1,9% en 2011, -1,1% en 2012 et 0,1% en 2013).

La forte dynamique des indemnités journalières ces dernières années, et en particulier celle des arrêts de plus de 3 mois, est liée en partie au décalage de l'âge légal de départ à la retraite de 60 à 62 ans. La probabilité d'être en arrêt et la durée moyenne d'un arrêt croissent en effet avec l'âge : la durée moyenne d'un arrêt indemnisé s'établit à 76 jours en 2016 pour les 60 ans et plus, contre 52 jours pour les 55-59 ans et 35 jours pour l'ensemble de la population<sup>68</sup>. En conséquence, la part des personnes âgées d'au moins 60 ans dans le montant total indemnisé a crû de 3 points entre 2009 et 2016.

## La biologie médicale, des remboursements encadrés par le protocole

Les remboursements pour la biologie médicale ont crû en moyenne de 0,8% sur la période. Les actes de biologie s'inscrivent depuis 2014 dans le cadre du protocole signé entre l'assurance maladie et les syndicats des professionnels, reconduit pour la période 2017-2019 et qui limite l'accroissement des remboursements de +0,25% par an. Ainsi, ce sont près de 550 M€ d'économies sous forme de baisse de tarifs qui ont été réalisées, permettant d'infléchir la croissance, qui aurait été de 3,2% en moyenne autrement.

<sup>68</sup> Données CNAMTS, présentées en commission de suivi et d'analyse des dépenses de santé.

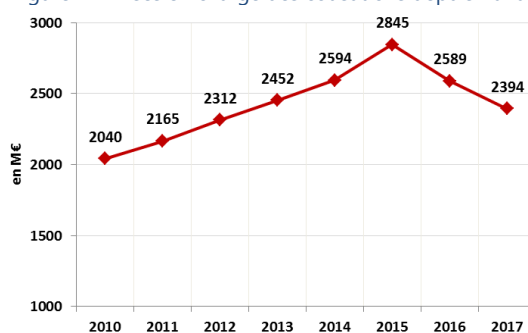


### Encadré 3 : Les prises en charges de cotisations des professionnels de santé

Les différentes conventions entre l'assurance maladie et les professions de santé prévoient une participation de l'assurance maladie au financement des cotisations sociales des professionnels (l'objectif est notamment de favoriser l'activité réalisée à tarifs opposables). Cette participation prend trois formes : un financement direct d'une partie des cotisations maladie, famille et retraite des professionnels libéraux (venant directement minorer les cotisations appelées), des remboursements de cotisations, et enfin le versement de subventions (dites « Teulade ») aux centres de santé pour couvrir une partie des cotisations versées au titre des praticiens qui y sont salariés. Les remboursements de cotisations concernent les médecins adhérents de l'option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), qui a remplacé le contrat d'accès aux soins depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2017, en contrepartie d'un engagement individuel à maîtriser les dépassements d'honoraires et à augmenter la part d'activité à tarif opposable. Le montant de ces prises en charge devrait atteindre globalement 2,4 Md€ en 2017, soit 6,8% des honoraires des professionnels de santé. La prise en charge directe des cotisations représente 95% de cette somme (figure 1). Les subventions « Teulade » (68 M€) représentent 11,5% de la rémunération brute des praticiens et auxiliaires médicaux salariés en centres de santé. Enfin, une somme de 50 M€ a été versée pour 2017 aux médecins signataires de l'OPTAM.

La prise en charge des cotisations des professionnels de santé s'est accrue jusqu'en 2015 où elle atteint 2 845 M€ (soit 3,4% de l'enveloppe soins de ville). La baisse des montants pris en charge depuis 2015 est due à l'abaissement en 2 temps du taux de cotisation maladie des médecins de secteur 1 (9,7% en 2015, 8,15% en 2016 et 6,5 % en 2017) et de la prise en charge afférente (avec une économie d'environ 270 M€ par an pour l'ONDAM). Parallèlement, la prise en charge des cotisations vieillesse complémentaires (forfaitaires et proportionnelles) a augmenté entre 2015 et 2017 pour couvrir une partie de la hausse des taux de cotisations des médecins.

Figure 1 - Prises en charge des cotisations depuis 2010

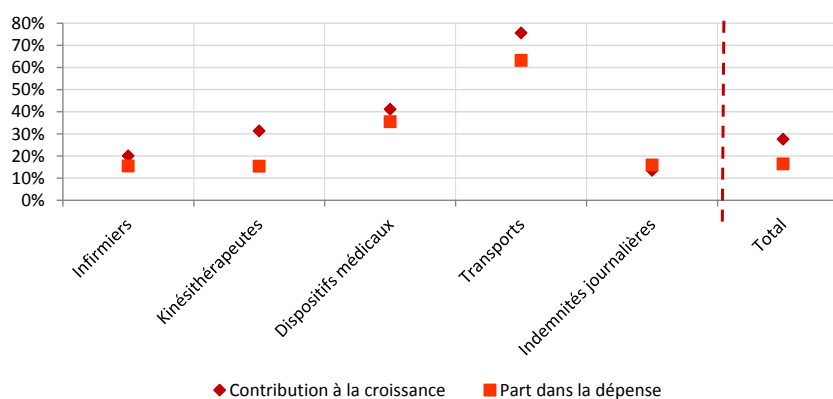


### Encadré 4 • Les prescriptions hospitalières effectuées en villes (PHEV)

Les prescriptions hospitalières exécutées en villes (PHEV) correspondent à des prestations effectuées par un professionnel de santé exerçant en établissement de santé mais dont la comptabilisation est enregistrée dans le sous-objectif soins de ville de l'ONDAM. Depuis 2010, ces prestations sont plus dynamiques que les prestations prescrites en ville (les PHEV ont crû de 34,4% entre 2010 et 2016, contre 24,6% pour les prestations prescrites en ville). Les PHEV contribuent ainsi à hauteur de 31,2% à la croissance des dépenses en prestations de soins de ville, hors médicaments.

Cependant, certains postes présentent une dynamique bien plus importante que d'autres. C'est le cas notamment des transports et des dispositifs médicaux. Ainsi en 2016, les transports prescrits à l'hôpital et exécutés en ville expliquent 72% de la croissance des dépenses de transports et représentent 62% de cette dépense. Les dispositifs médicaux prescrits à l'hôpital et comptabilisés en ville expliquent 42% de la croissance du poste sur la période et représentent 32% de la dépense en 2016. Les prescriptions hospitalières de biologie médicale exécutées en ville représentent 19% de la dépense et contribuent à hauteur de 142% à la croissance, les dépenses de biologie médicale prescrites en ville étant décroissantes sur la période.

### Graphique 9 • Contribution à la croissance de chaque catégorie de soins et part dans la dépense des PHEV en 2016



Source : Extraction DAMIR.