

PANORAMAS DE LA

DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2017

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2018



20 ans
d'expertise
au service
des solidarités
et de la santé

Drees
STATISTIQUE PUBLIQUE

Les dépenses de santé en 2017 – édition 2018

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de **Lucie Gonzalez, Romain Roussel,**
Jean-Cyprien Héam, Myriam Mikou et Carine Ferretti

Comptes

Julia Cuvilliez, Raphaël Trémoulu
avec Myriam Mikou, Alexis Montaut

Rédaction

Kim Antunez, Alice Bergonzoni, Bénédicte Boisguérin, Julia Cuvilliez, Athémane Dahmouh,
Carine Ferretti, Juliette Grangier, Jean-Cyprien Héam, Myriam Mikou, Alexis Montaut,
Ursule Ngouana, Romain Roussel, Tom Seimandi, Raphaël Trémoulu, Engin Yilmaz

Directeur de la publication

Jean-Marc Aubert

Présidente de la commission des comptes de la santé

Dominique Polton

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Secrétaires de rédaction

Sabine Boulanger, Fabienne Brifault

Coordination et maquettage

Julia Cuvilliez, Raphaël Trémoulu, Laurent Gaillard

Organisation de la commission

Isabelle Philippon

Remerciements

La DREES tient à remercier les personnels des organismes privés et publics qui fournissent chaque année les données nécessaires à l'élaboration des comptes de la santé, en particulier la Direction de la Sécurité sociale (DSS), la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction générale des finances publiques (DGFiP), les entreprises du médicament (LEEM), la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), la Caisse nationale déléguée pour la Sécurité sociale des travailleurs indépendants (ex-RSI), la Mutualité sociale agricole (MSA), le ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche (MENESR), le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS) et le Fonds CMU.

Avant-propos

Les comptes de la santé retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation finale de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Ce panorama présente et analyse ces comptes et replace les principaux éléments dans une perspective internationale.

Chaque année, ses principaux enseignements sont présentés en septembre lors de la Commission des comptes de la santé à la ministre des Solidarités et de la Santé, à des représentants des professionnels de la santé, à des personnalités et acteurs du secteur de la santé et à un collège de personnalités qualifiées, composé de chercheurs et de spécialistes du domaine. Les travaux de cette commission s'inscrivent dans le cycle préparatoire du projet de loi de financement de la Sécurité sociale discuté par le Parlement à l'automne.

Élaborés par la DREES, les comptes de la santé constituent l'un des satellites des comptes nationaux de l'Insee, dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l'élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système *SHA* de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

Cet ouvrage est composé d'une vue d'ensemble, synthétisant les éléments marquants de 2017, et de trois chapitres de fiches. Le premier chapitre traite de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qu'il examine en détail pour chaque volet de dépense et de son financement. Le deuxième est centré sur l'agrégat comptable le plus englobant du système de soins, la dépense courante de santé (DCS), et sur les acteurs associés. Enfin, le dernier est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et du reste à charge des ménages.

Cet ouvrage comprend également un éclairage sur les dépenses de prévention sanitaire en France qui actualise, et complète, celui publié dans la même collection deux ans auparavant, ainsi qu'un éclairage sur les principaux résultats du Baromètre d'opinion de la DREES sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2017 – édition 2018

Vue d'ensemble	9
-----------------------	----------

La CSBM et son financement	27
-----------------------------------	-----------

La consommation de soins et biens médicaux

1 La consommation de soins et de biens médicaux	32
2 L'évolution de la CSBM depuis 1950	34

Les soins ambulatoires

3 Les soins de médecins généralistes	38
4 Les soins de médecins spécialistes	40
5 Les effectifs de médecins	42
6 Les soins de sages-femmes	44
7 Les soins infirmiers	46
8 Les soins de masseurs-kinésithérapeutes	48
9 Les soins d'autres auxiliaires médicaux	50
10 Les soins dentaires	52
11 Les transports sanitaires	54
12 Les laboratoires d'analyses et les cures thermales	56

Les biens médicaux

13 Les médicaments en ville	60
14 Du marché du médicament à sa consommation au sens comptable	62
15 La structure des ventes de médicaments d'officine	64
16 L'optique médicale	66
17 Les biens médicaux hors optique médicale	68

Les soins hospitaliers

18 Les soins hospitaliers	72
19 L'offre hospitalière	74
20 L'activité hospitalière	76
21 L'activité en hospitalisation à domicile	78
22 La situation économique et financière des hôpitaux publics	80
23 La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif	84

Le financement de la CSBM

24 Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux	90
25 Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale	92
26 De la prestation de Sécurité sociale à la consommation totale	94
27 Le financement par les organismes complémentaires	96
28 Le reste à charge des ménages	98
29 La CSBM, la DCS et l'Ondam	100
30 Le financement du Fonds CMU	102

La dépense courante de santé et son financement 105

31	La dépense courante de santé et son financement	108
32	Les soins de longue durée aux personnes âgées.....	112
33	Les soins de longue durée aux personnes handicapées	114
34	Les indemnités journalières	116
35	La prévention institutionnelle	118
36	Les dépenses de formation et de recherche en santé	120
37	Les coûts de gestion du système de santé	122

Comparaisons internationales 125

Les systèmes de santé, perspectives internationales

38	Systèmes de santé et financement, perspectives internationales	130
39	Comparaisons internationales du reste à charge des ménages	132
40	Les besoins de soins non satisfaits en Europe	134
41	Comparaisons internationales de la démographie des médecins.....	138
42	Comparaisons internationales de la démographie des infirmiers et sages-femmes	140

La dépense courante de santé dans l'OCDE

43	Comparaisons internationales de la dépense courante de santé	144
44	Comparaisons internationales des soins dentaires	146
45	Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques.....	148
46	Comparaisons internationales des dépenses hospitalières	150
47	Comparaison internationale des soins de longue durée (Long-Term Care)	152

Éclairages 155

Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016

156

L'opinion des Français sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie

166

Annexes 175

Les agrégats des comptes de la santé	176
La méthodologie des comptes de la santé	178
Les révisions de l'édition 2018 des comptes de la santé	180
Les indices de prix et de volume des comptes de la santé	184
Les soins et services sociaux de longue durée au sens international	187
Liste des sigles utilisés	189
Glossaire	192

Tableaux détaillés 199

Les dépenses de santé depuis 2001	200
Les dépenses de santé par type de financeur	206

Vue d'ensemble ←

> Les dépenses de santé en 2017

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 199,3 milliards d'euros, soit environ 2 977 euros par habitant. Elle représente 8,7 % du PIB, en léger repli (-0,1 point) par rapport à 2016. Sa croissance s'infléchit nettement à +1,3 % en 2017 (après 2,0 % en 2016), en raison du fort ralentissement des soins hospitaliers.

La CSBM est financée à 77,8 % par la Sécurité sociale. Cette part a progressé de 0,2 point en moyenne par an entre 2008 et 2017, notamment du fait de la hausse du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur liée au vieillissement de la population et au développement des pathologies chroniques.

Parallèlement, la part des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) diminue de 0,2 point en 2017 pour atteindre 13,2 %, après deux années de stabilité.

La part du reste à charge direct des ménages dans la CSBM poursuit son mouvement de baisse régulière depuis 2008 et s'établit à 7,5 % en 2017.

La dépense de prévention non institutionnelle – à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programmes de santé publics – a été estimée sur la base de l'ensemble des dépenses des régimes d'assurance maladie. Elle représente au moins 9,1 milliards d'euros de dépenses au sein de la CSBM en 2016, dont environ 42 % sous forme de médicaments (antihypertenseurs, contraceptifs, etc.). Elle s'ajoute aux 5,8 milliards d'euros de dépenses de prévention institutionnelle, non comptabilisées dans la CSBM.

En France, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) – qui recouvre la CSBM majorée notamment des dépenses de soins de longue durée et des subventions au système de soins – s'établit à 11,5 % du PIB en 2016, soit 1,1 point de plus que la moyenne de l'UE-15. Les dépenses de santé repartent à la hausse dans l'UE-15, mais de manière modérée (+1,8 % de 2013 à 2016). Au sein des pays de l'OCDE, la France est le pays où le reste à charge des ménages est le plus limité en part de la DCSi.

Une dynamique de la consommation de soins et de biens médicaux historiquement basse en 2017, à +1,3 %

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [encadré 1] est évaluée à 199,3 milliards d'euros, soit 2 977 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 8,7 % du PIB (-0,1 point par rapport à 2016) et 12,5 % de la consommation effective des ménages² en 2017. Bien qu'en hausse de 1,3 % par rapport à 2016, elle ralentit fortement et atteint en 2017 sa plus faible croissance depuis dix ans (graphique 1). Ce ralentissement provient d'une forte inflexion des volumes (+1,4 point en 2017 contre +2,9 points en 2016) qui fait plus que compenser les effets prix (-0,1 point en 2017 contre -0,9 point en 2016).

Au début des années 2000, la CSBM progressait à un rythme soutenu, de l'ordre de 5,0 % par an. Depuis 2008, sa progression annuelle est tendanciellement orientée à la baisse, passant d'un taux de 3,2 % en 2008 à 1,3 % en 2017. Ce mouvement tendanciel est ponctué d'à-coups. En 2014, la CSBM augmente de 2,7 % (contre 1,9 % en 2013 et 1,4 % en 2015) du fait de l'introduction de nouveaux traitements innovants et onéreux contre le virus de l'hépatite C. En 2015, le ralentissement de la CSBM résulte à la fois de la baisse des prix des biens et services de santé (-0,8 %), et de la modération des volumes (+2,3 %, contre plus de 3,1 % un an plus tôt). Depuis 2010, les prix jouent à la baisse sur l'évolution de cet agrégat, plus particulièrement pour les médicaments et, dans une moindre mesure, à l'hôpital. Toutefois, alors que les prix avaient fortement réduit la dynamique globale en 2015 et en 2016, ce n'est plus le cas en

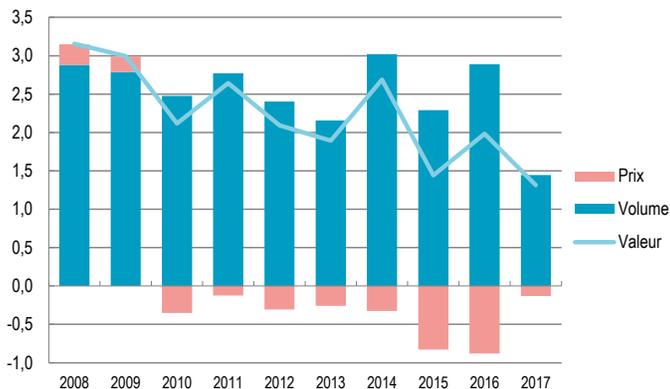
2. La consommation effective des ménages inclut tous les biens et services acquis par les résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part (y compris les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle, donnent lieu à des transferts sociaux en nature en provenance des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages [SBLSM]).

2017 : la baisse de prix sur les médicaments remboursables, moindre qu'en 2016, est en partie compensée par une hausse du prix des médecins consécutive aux revalorisations de leurs honoraires.

En 2017, toutes les composantes de la CSBM progressent à rythme moindre qu'en 2016, à l'exception des médicaments, quasiment stables pour la deuxième année consécutive (*graphique 2*). Le ralentissement est particulièrement marqué pour les soins hospitaliers, jusqu'alors principal facteur de croissance de la CSBM de 2010 à 2016, leur contribution moyenne étant de 1,0 point par an en moyenne, suivis des soins de ville (environ 0,8 point par an). En 2017, les soins de ville deviennent le premier facteur de croissance de la CSBM devant les soins hospitaliers, avec des contributions respectives de 0,4 point et de 0,7 point de croissance. Les autres biens médicaux ralentissent aussi notablement, leur croissance fléchissant de 3,6 % en 2016 à 2,3 % en 2017, de même que les transports sanitaires (de 4,4 % en 2016 à 3,5 % en 2017).

Graphique 1 Partage de l'évolution de la CSBM en valeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré 1 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

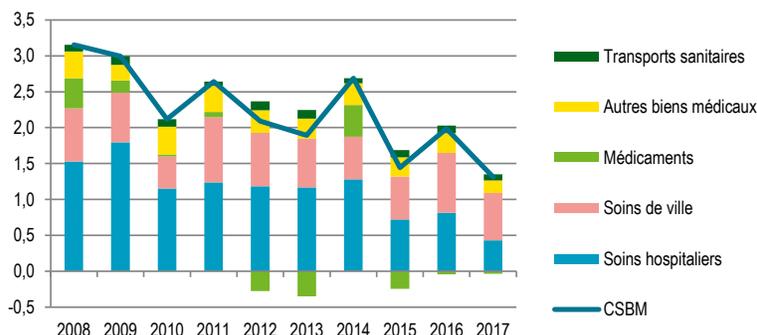
La consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD) ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense relatives notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés dans la dépense courante de santé (DCS) [*encadré 2*].

Plus précisément, la CSBM comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissements privés, pour 46,6 % du total ;
- la consommation de soins de ville : les soins réalisés en cabinets libéraux et en dispensaires, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires et les soins réalisés en cures thermales, pour 26,8 % du total ;
- la consommation de transports sanitaires, 2,5 % du total ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 16,3 % de la dépense ;
- et la consommation d'autres biens médicaux (y compris optique médicale), pour 7,8 % de la dépense.

Graphique 2 Évolution de la CSBM selon ses principales composantes, en valeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins hospitaliers ralentissent fortement, avec une croissance de 0,9 % en 2017, après 1,7 % en 2016

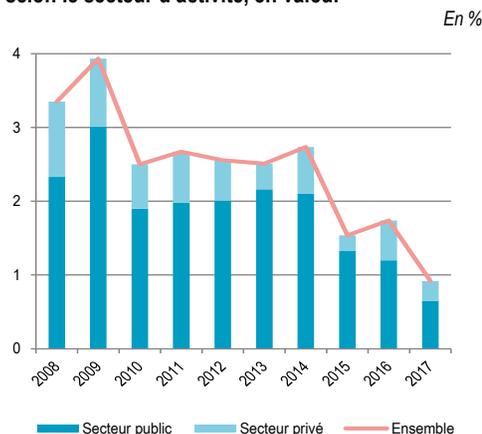
En 2017, la consommation de soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) s'élève à 92,8 milliards d'euros (voir fiche 18). La croissance totale de ces dépenses, qui représentent 46,6 % de la CSBM, ralentit fortement à 0,9 % en valeur en 2017, après 1,7 % en 2016 (graphique 3). Ce ralentissement s'explique par une forte baisse de la croissance des volumes (de 2,3 % à 0,9 %), les prix étant stables en 2017 tous secteurs confondus.

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 71,5 milliards d'euros en 2017, soit 77 % du poste des soins hospitaliers. Cette consommation ralentit : +0,8 % en 2017, après +1,6 % en 2016, compte tenu notamment du resserrement de l'Ondam (objectif national de dépenses d'Assurance maladie) hospitalier. Cette très faible dynamique observée depuis 2015 contraste avec celle de 2010-2014 (+2,7 % en moyenne par an) et plus encore avec celle de la période antérieure (+3,9 % en 2008-2009). Ce ralentissement est entièrement imputable aux volumes, l'indice de prix du secteur public évoluant de 0,4 % en 2017 contre -0,3 % en 2016.

La consommation de soins dans le **secteur privé** (21,4 milliards d'euros, soit 23 % de la consommation de soins hospitaliers) ralentit également, à +1,2 % en 2017, après 2,4 % en 2016. Les prix dans le secteur privé continuent de baisser de 1,4 %, comme en 2016. Ce recul est à rapprocher de la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au CICE³, ainsi que de la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (+2,2 %, après +4,2 % en 2015). La réforme des contrats responsables a en effet limité la prise en charge de ces dépassements par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance).

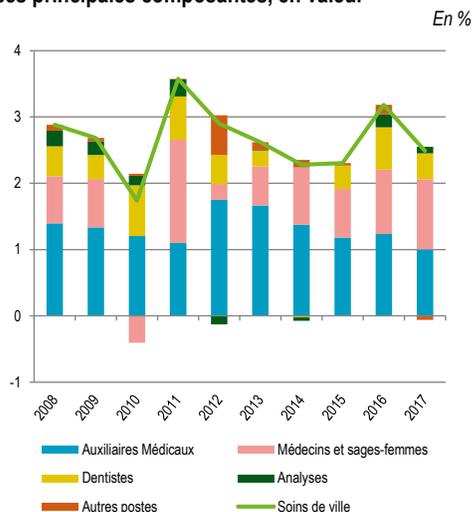
3. Le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) est un avantage fiscal pour les entreprises, équivalent à une réduction de cotisations sociales, déduit de l'impôt sur les sociétés dû au titre de l'année en cours. Dans le champ des établissements de santé, il bénéficie aux cliniques, mais cet avantage concurrentiel a été neutralisé par les pouvoirs publics depuis 2015 par des baisses de tarifs des séjours de ce secteur (voir fiche 23).

Graphique 3 Évolution des soins hospitaliers selon le secteur d'activité, en valeur



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Évolution des soins de ville selon ses principales composantes, en valeur



Note > « Autres postes » comprend les cures thermales, les autres soins et contrats.

Source > DREES, comptes de la santé.

Malgré un léger ralentissement, les soins de ville sont en 2017 le premier contributeur à la croissance de la CSBM

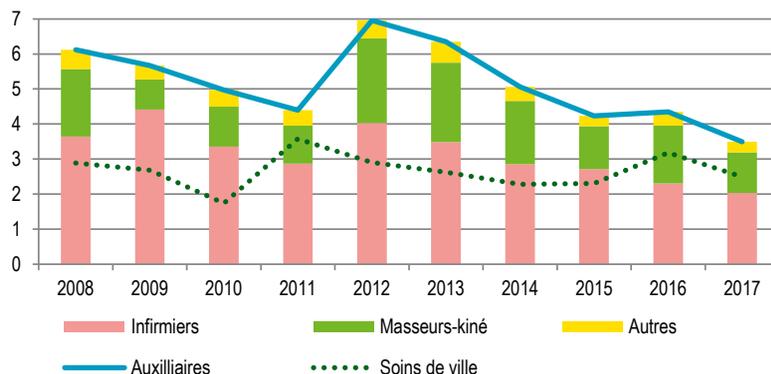
Les soins de ville, qui recouvrent les soins en cabinets libéraux et en dispensaires, les analyses de biologie ainsi que les cures thermales⁴, s'élèvent à 53,4 milliards d'euros en 2017. En hausse de 2,5 % (graphique 4), leur croissance reste en 2017 très proche de la moyenne des dernières années (2,7 % par an entre 2009 et 2016). S'ils représentent seulement 26,8 % du total de la CSBM, ils deviennent le premier contributeur à sa croissance en 2017, portés principalement par le dynamisme des soins des auxiliaires médicaux, des médecins et des sages-femmes.

Les **soins d'auxiliaires médicaux** (15,5 milliards d'euros) sont composés de soins d'infirmiers⁵ (qui s'élèvent à 8,2 milliards d'euros), de soins de masseurs-kinésithérapeutes (6,0 milliards d'euros) et des soins des autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes et pédicures, pour 1,3 milliard d'euros). Ces soins sont toujours très dynamiques en 2017 (3,5 %, après 4,3 % en 2016) [voir fiches 7 à 9]. Comme les années précédentes, ils progressent plus vite que les soins de ville dans leur ensemble (graphique 5). Ce dynamisme s'explique principalement par les soins des infirmiers (2,0 points de croissance de l'agrégat en 2017) et des masseurs-kinésithérapeutes (1,2 point de croissance de l'agrégat). En 2017, comme depuis 2014, cette forte croissance en valeur est portée exclusivement par la hausse des volumes. Aucun effet prix n'est enregistré pour ce poste depuis les dernières revalorisations de leurs actes datant de la mi-2012⁶.

4. Ils n'incluent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transport sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie. Ces dépenses sont comptabilisées à part dans la CSBM.
 5. Au sein de la CSBM, les soins infirmiers ne comprennent pas les services de soins infirmiers à domicile ([Ssiad], 1,6 milliard d'euros en 2017) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée (dans la DCS) compte tenu de leur nature spécifique.
 6. L'indice de prix ne suit que les changements de valeur des lettres-clés : les changements de coefficients se traduisent uniquement par des modifications des volumes.

Graphique 5 Évolution de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux, en valeur

En %



Note > La catégorie « Autres » recouvre les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues.

Source > DREES, comptes de la santé.

La consommation de **soins de médecins généralistes en ville**⁷ s'élève à 8,9 milliards d'euros et progresse de 1,4 % en 2017 (après 1,2 % en 2016) [voir fiche 3]. Ce dynamisme est largement imputable à des prix en hausse de 2,5 %, alors qu'en volume ces soins se replient de 1,0 %. La hausse des prix s'explique par la nouvelle convention signée en août 2016 qui prévoit plusieurs hausses de tarifs, notamment celle de la consultation à 25 euros, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2017. Le repli du volume doit être mis en regard du dynamisme de 2016, année atypique (+0,9 %), du fait de la survenue de deux épisodes de grippe (en début et fin d'année), contre un seul d'intensité modérée en 2017. La rémunération de praticien est également soutenue par l'introduction et la revalorisation de contrats tels que la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ; cette part forfaitaire pourrait atteindre 13 % de la rémunération des généralistes en 2017, soit le double de son niveau de 2008.

La consommation de **soins de médecins spécialistes en ville** (11,9 milliards d'euros) connaît une croissance élevée de 3,4 % en 2017, après 3,3 % en 2016 et 2,6 % en 2015 (voir fiche 4). En 2017, cette croissance est principalement portée par les prix, qui progressent de 2,5 % (contre environ 0,3 % en moyenne par an entre 2012 et 2016) du fait des hausses de tarifs engagées depuis 2017 dans le cadre de la convention signée en août 2016 (notamment certaines majorations de consultations des spécialistes). En outre, le dynamisme des volumes de soins des médecins spécialistes reste porté depuis plusieurs années par l'augmentation du nombre d'actes techniques, de scanners et d'IRM, qui représentent une part croissante de leur activité.

La consommation de **soins de sages-femmes en ville** (0,3 milliard d'euros en 2017) reste très dynamique en 2017 malgré un léger ralentissement (+9,5 %, après +9,7 % en 2016) [voir fiche 6].

La consommation de **soins dentaires** s'élève à 11,3 milliards d'euros en 2017 (soit +1,8 %) [voir fiche 10]. Elle est nettement moins dynamique qu'en 2016 (+3,0 %), en raison principalement du ralentissement des volumes de soins (+1,3 % après +2,2 % en 2016). L'analyse de la dynamique réelle de la dépense de soins dentaires est perturbée par la difficulté de mesurer finement les soins non remboursables, depuis que les actes « hors nomenclature » ne figurent plus depuis 2004 dans les remontées d'information à l'Assurance maladie.

Après une année 2016 dynamique (+2,3 %), la consommation **d'analyses et de prélèvements en laboratoires** ralentit en 2017 (+1,2 %), à 4,5 milliards d'euros (voir fiche 12), en raison des baisses de cotations d'actes décidées dans le cadre du protocole d'accord entre l'Assurance maladie et les syndicats de professionnels biologistes signé en novembre 2016 qui ont pris effet à partir d'avril 2017. En 2016, la forte croissance de ce poste était entièrement portée par les volumes, en hausse de 3,2 %, dans un contexte de repli de 0,9 % des prix, lié aux précédentes mesures de régulation de la dépense. En 2017, la croissance de ce poste reste positive en raison notamment d'une forte hausse des analyses de la glande thyroïdienne survenue durant l'été suite au changement de formulation du médicament Levothyrox.

Enfin, **les autres soins et contrats**, qui regroupent les rémunérations forfaitaires versées par l'Assurance maladie à certains professionnels de santé (permanence des soins pour les médecins, rémunérations sur contrat – spécifiques à

7. Cette dépense comprend les honoraires des médecins en cabinets libéraux et en dispensaires (tarifs opposables, dépassements et forfaits médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus de cet agrégat les contrats et la rémunération sur objectifs de santé publique (retracés dans le poste « autres soins et contrats »), ainsi que les prises en charge de cotisations par l'assurance maladie dont bénéficient ces professionnels (retracées dans les subventions au système de soins).

chaque profession –, ROSP des médecins) et les honoraires des autres professionnels de santé⁸, s'élèvent à 0,7 milliard d'euros en 2017.

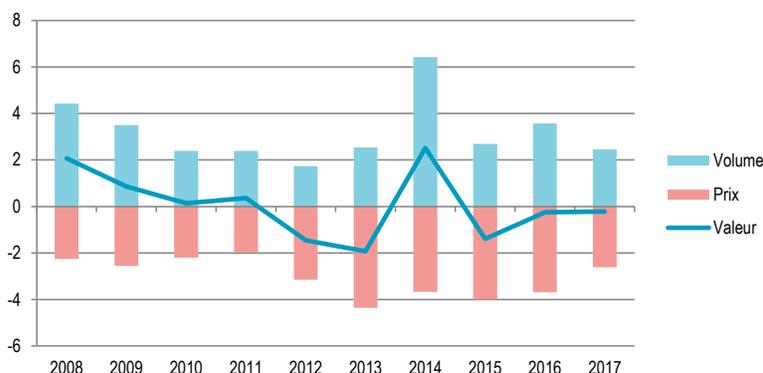
Depuis trois ans, la consommation de médicaments en ville tend à diminuer du fait des baisses des prix des spécialités remboursées

En 2017, la consommation de médicaments en ville⁹ s'élève à 32,6 milliards d'euros (voir fiche 13). Elle baisse pour la troisième année consécutive (-0,2 %), après la hausse de 2014 (2,5 %) [graphique 6]. Cette quasi-stabilité en valeur correspond à des volumes dynamiques (2,5 %) et à des prix en baisse (-2,6 %). La baisse des prix est très largement imputable à celle des tarifs administrés des spécialités remboursables, le prix des spécialités non remboursables continuant de progresser¹⁰. En effet, le prix des médicaments remboursables recule sensiblement depuis 2008 et ce recul s'amplifie depuis 2012 (-4,2 % en moyenne annuelle depuis 2012) du fait de la contribution croissante de ce secteur à la régulation de l'Ondam. Ce mouvement est accentué par l'« effet générique » : les prix baissent compte tenu du nombre croissant de spécialités génériquées et de leur plus grande diffusion, favorisée par des politiques de substitution actives. Toutefois, le taux de pénétration des génériques se stabilise en 2017, pour atteindre 76 % des unités vendues sur le champ du répertoire générique, et 36 % des boîtes de médicaments remboursables.

Auparavant très dynamique (5,0 % par an de 2001 à 2009), la progression des volumes de ventes est revenue à 2,2 % en moyenne par an entre 2010 et 2013 sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, d'actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), de déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, etc. En 2014, la baisse des prix est exceptionnellement compensée par une forte hausse des volumes (+6,4 %), découlant du dynamisme des produits rétrocedés en raison de l'arrivée de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. Depuis 2015, la consommation de médicaments en ville recule en valeur, malgré des volumes dynamiques portés par des innovations, notamment dans le traitement du VIH.

Graphique 6 Partage de l'évolution de la consommation de médicaments, en valeur

En %



Champ > Consommation de médicaments en ambulatoire.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les autres biens médicaux ralentissent sous l'effet du repli de l'optique médicale

La consommation d'« autres biens médicaux » en ville¹¹ atteint 15,5 milliards d'euros en 2017 ; elle progresse de 2,3 % en 2017, contre 3,6 % en 2016. Elle comprend en particulier l'optique médicale pour 6,1 milliards d'euros, soit environ 40 % de cet agrégat. La consommation d'optique médicale se replie de 0,7 % en 2017 (voir fiche 16). Cette contraction s'explique par des volumes en baisse de 0,6 %, les prix restant quasi stables. La dépense d'optique médicale était très dynamique entre 2008 et 2012 (+4,6 % par an en moyenne), principalement grâce à des volumes en forte croissance (+4,1 % par an en moyenne). Elle a nettement ralenti en 2013, les effets de prix et de volume se conjuguant. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce moindre dynamisme. Confrontés à des dépenses d'optique croissantes, certains organismes complémentaires ont limité leurs garanties ces dernières années. La réforme des contrats « responsables », entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, accentue ce phénomène : parmi les nouveaux critères à respecter pour bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la réglementation, les contrats ne peuvent désormais rembourser les dépenses d'optique qu'au maximum tous les deux ans. En outre, le développement récent des réseaux de soins et la libéralisation

8. « Option démographique » pour les orthophonistes, contrats divers pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.

9. Ce poste inclut la « rétrocession hospitalière », relative aux médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés.

10. Après une phase de progression atone entre 2014 et 2016 (+0,6 % en moyenne annuelle), leurs prix progressent de 2,5 % en 2017.

11. Cette catégorie se partage en une multitude de dispositifs divers inscrits à la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie (LPP) et l'optique médicale.

Vue d'ensemble > Les dépenses de santé en 2017

de la vente d'optique médicale par internet pourraient aussi contribuer à expliquer la plus grande modération des prix du secteur.

Le poste « autres biens médicaux », outre l'optique médicale, est aussi composé pour 3,0 milliards d'euros de prothèses, orthèses, et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et pour 6,3 milliards d'euros de matériels, aliments et pansements (voir fiche 17). Comme l'optique médicale, la croissance de la consommation des autres biens médicaux ralentit en 2017 : +4,3 % contre +6,1 % en 2016. Cette croissance est très largement portée par des volumes dynamiques, les prix étant stables en 2017.

Par ailleurs, la croissance des dépenses de **transports sanitaires**¹², qui s'élevaient à 5,0 milliards d'euros en 2017, ralentit elle aussi : elle est ramenée à 3,5 % en 2017 contre 4,4 % en 2016 (voir fiche 11). Cette inflexion est principalement le fait des volumes, dans un contexte d'évolution atone des prix en 2016 comme en 2017, en l'absence de mesures tarifaires. La structure de ce poste continue à se déformer progressivement : la part des dépenses de taxis dans la dépense remboursée (35,9 % en 2017) ne cesse de progresser au détriment de la part des dépenses de véhicules sanitaires légers (19,7 % en 2017), la part des transports en ambulance restant stable.

Le reste à charge des ménages en proportion de la CSBM diminue de nouveau et s'établit à 7,5 % en 2017

La Sécurité sociale demeure l'acteur majeur du financement de la CSBM, dont elle prend en charge 77,8 % de la dépense en 2017 (contre 77,5 % en 2016), soit 155,1 milliards d'euros (tableau 1) [voir fiche 25]. La part de la Sécurité sociale dans son financement est en hausse continue, de 0,3 point en moyenne par an, depuis un point bas en 2011 à 76,2 %. En 2017, elle atteint son plus haut point depuis plus de quinze ans.

Tableau 1 Structure du financement de la CSBM

	En %									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble de la CSBM										
Sécurité sociale	76,2	76,3	76,3	76,2	76,3	76,6	77,1	77,3	77,5	77,8
État, CMU-C org. de base	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5
Organismes complémentaires	13,2	13,3	13,4	13,7	13,7	13,7	13,4	13,4	13,4	13,2
Ménages	9,4	9,2	9,0	8,9	8,7	8,3	8,1	7,9	7,6	7,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Les prises en charge de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents¹⁵ ainsi que de l'aide médicale de l'État¹⁶ et des organismes de base au titre des soins des titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) représentent au total 1,5 % de la CSBM en 2017, soit un niveau comparable à celui de 2016.

La part des OC – mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances – dans la CSBM diminue de 0,2 point en 2017 pour atteindre 13,2 % (soit 26,3 milliards) [voir fiche 27]. Les prestations versées par les OC sont stables en 2017, alors que la CSBM progresse (1,3 %). Cette évolution est à rapprocher des effets de la réforme des « contrats responsables » de 2015, qui réduit ou plafonne la prise en charge des soins de médecins et d'optique par les OC. En outre, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, en 2016, renforce certaines évolutions tendanciennes, en particulier le fait que les sociétés d'assurances gagnent des parts de marché au détriment des mutuelles.

En conséquence, le reste à charge (RAC) des ménages en proportion de la CSBM continue de diminuer : il est passé de 9,4 % en 2008 à 7,5 % en 2017 (tableau 1)¹⁷. Il s'élève ainsi à 14,9 milliards d'euros, soit 223 euros par habitant (voir fiche 28). En 2008, le RAC des ménages dans la CSBM avait augmenté de 0,3 point en raison de l'instauration de franchises médicales et du déremboursement intégral des veinotoniques. Depuis 2008, il diminue du fait de facteurs structurels tels que la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée¹⁸. Dans le budget d'un ménage, l'effort consenti pour acquitter les dépenses de santé peut s'apprécier

¹². Les dépenses de transport sanitaires recouvrent différents types de modes de transports : services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres moyens de transport (transports en commun notamment).

¹⁵. Destinés aux étrangers en situation irrégulière résidant en France, ces soins sont limités aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.

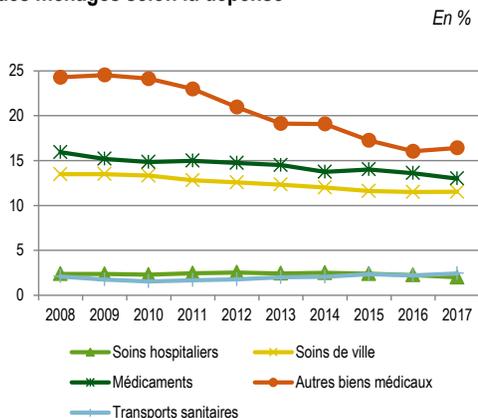
¹⁶. Destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois.

¹⁷. Plusieurs révisions méthodologiques ont été apportées dans l'édition 2018 des comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité du champ et la précision. L'ensemble des révisions opérées modifie les montants pris en charge par chacun des financeurs de la CSBM, et notamment l'estimation du reste à charge des ménages (voir annexe 3). Ces modifications techniques accentuent le profil de l'évolution du reste à charge sur les dix dernières années sans pour autant en modifier les tendances. À titre d'illustration, pour 2016, le reste à charge des ménages (7,6 % du total de la CSBM) est révisé à la baisse de 1,5 milliard d'euros par rapport à l'édition 2017 (8,3 % de la CSBM).

¹⁸. Grangier, J. (2018, septembre). Le vieillissement entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. DREES, *Études et Résultats*, 1077.

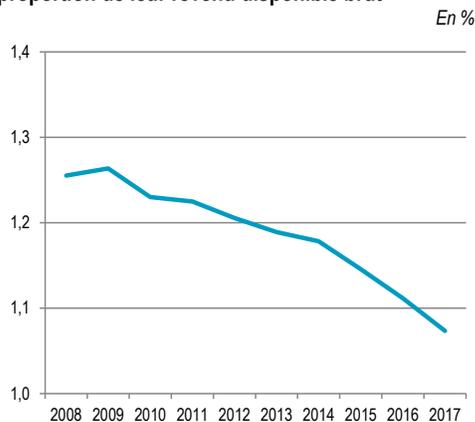
en rapprochant le RAC au revenu disponible brut : en 2017, le RAC représente 1,1 % du revenu disponible, en baisse tendancielle depuis 2008 (graphique 8).

Graphique 7 Niveau de reste à charge des ménages selon la dépense



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 8 Reste à charge des ménages en proportion de leur revenu disponible brut



Source > DREES, comptes de la santé.

Les niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale varient fortement d'un poste de dépense à l'autre

Bien que globalement élevés, les niveaux de prise en charge de la dépense de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale recouvrent des disparités importantes d'un poste de dépense à l'autre (voir fiche 25).

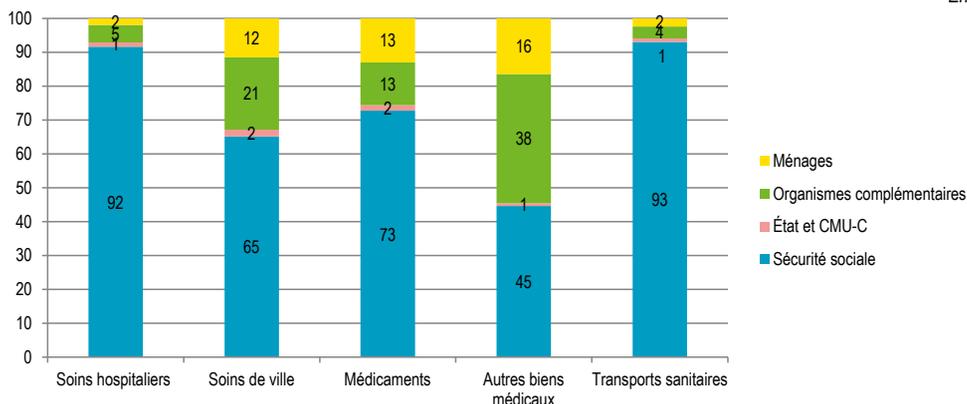
Ainsi, les **soins hospitaliers** se caractérisent par une part très largement majoritaire de la Sécurité sociale dans leur financement : 91,6 % en 2017 (graphique 9). À l'inverse, les OC prennent en charge une part réduite de ces dépenses (5,1 %). Le reste à charge des ménages s'établit à 2,0 % sur ce poste de dépenses en 2017 (graphique 7). Ces parts sont stables depuis 2008.

Près des deux tiers des **soins de ville** sont pris en charge par la Sécurité sociale (65,1 % en 2017). Cette part augmente depuis 2012, en raison de la croissance des exonérations liées à des ALD et à l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : l'Assurance maladie assure l'intégralité du financement de ce supplément de rémunération des médecins. Cette croissance s'est infléchie depuis 2016. Les organismes complémentaires financent 21,3 % des soins de ville en 2017. Cette prise en charge a reculé ces dernières années. Le reste à charge en soins de ville diminue depuis 2008, en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages : il s'établit à 11,5 % de la dépense en 2017.

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** s'élève à 72,7 % en 2017. Cette part augmente depuis 2008 du fait de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes totales augmente au fil du temps. En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a fait notablement augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014. Les OC prennent en charge 13,0 % de la dépense de médicaments en 2017. Cette prise en charge baisse également depuis plusieurs années en raison des franchises médicales (2008), de vagues successives de déremboursements et du fait que la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie s'accroît dans le total de la consommation. De même, le reste à charge des ménages pour les médicaments diminue tendanciellement depuis 2008 : il atteint 13,0 % en 2017, contre 15,9 % neuf ans plus tôt. Il a toutefois légèrement augmenté en 2015, compte tenu de mesures de déremboursement de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables.

Graphique 9 Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2017

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

S'agissant des **autres biens médicaux**, la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible, avec 44,6 % de la dépense en 2017, en hausse de 0,7 point sur un an. Ces dernières années, la croissance de cette part découle d'un effet de structure : l'optique dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est extrêmement faible (4,4 % en 2017) croît moins vite que les autres types de biens médicaux, pris en charge en moyenne à un taux bien supérieur (72,1 % en 2017). Cet effet de structure l'emporte sur la baisse des niveaux de remboursement par la Sécurité sociale et conduit à une amélioration de la prise en charge des autres biens médicaux dans leur ensemble par l'Assurance maladie. Cependant, les autres biens médicaux sont le poste pour lequel les OC interviennent proportionnellement le plus, puisqu'ils financent 38,2 % de cette dépense en 2017. Cette part progresse en moyenne de 0,6 point par an depuis 2008 et ces organismes couvrent désormais en moyenne 73,1 % de la dépense d'optique. Toutefois, les prestations versées par les OC à ce titre ralentissent tendanciellement depuis 2008, compte tenu des changements réglementaires et des évolutions du marché évoquées précédemment. En conséquence de cette meilleure prise en charge des autres biens médicaux (y compris optique) tant par la Sécurité sociale que par les organismes complémentaires, le taux de reste à charge des ménages diminue nettement sur ce poste, de 24,3 % en 2008 à 16,4 % en 2017.

Enfin, c'est pour les **transports sanitaires** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 93,1 % en 2017. La proportion importante du nombre de patients en affection de longue durée (ALD) ayant recours à ces services explique cette prépondérance de la Sécurité sociale. Le reste à charge des ménages sur ce poste est donc très faible (2,4 % en 2017), de même que la part des organismes complémentaires (3,5 %).

Encadré 2 14,9 milliards d'euros consacrés à la prévention en 2016

Les comptes de la santé retracent chaque année la prévention dite « institutionnelle », hors CSBM, dans la dépense courante de santé (DCS). La prévention institutionnelle est celle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux. Estimée à 5,8 milliards d'euros en 2016, elle ne représente toutefois qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive.

Au sein de la CSBM, certains actes ou traitements ont une visée préventive : suivi de l'hypertension artérielle et du diabète, suivi médical des enfants, surveillance gynécologique, vaccins, etc. Une estimation basse de ces dépenses préventives sanitaires « non institutionnelles » s'élève à 9,1 milliards d'euros en 2016 (voir l'éclairage « Comptes partiels de la prévention 2012-2016 » dans cet ouvrage). Sur ces dépenses, l'Assurance maladie en prendrait en charge 6,6 milliards d'euros en 2016, soit un taux de remboursement moyen de 73 %.

Parmi les dépenses de prévention de la CSBM qui ont pu être estimées, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la première place (42 %), suivie des consultations, visites et actes à visée préventive réalisés par les médecins (27 %). Sur ces 9,1 milliards d'euros, 2,9 milliards concernent des actions destinées à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, 2,2 milliards sont consacrés aux actions de dépistage et 4,1 milliards sont dépensés pour la prise en charge de facteur de risques ou de formes précoces de maladies.

À périmètre constant, les dépenses totales de prévention (14,9 milliards d'euros en 2016), qu'elles soient institutionnelles ou non, auraient diminué en moyenne de 1,0 % par an entre 2012 et 2016. Cette baisse se concentre sur les seules dépenses de prévention non institutionnelle (1,9 % par an en moyenne). Elle s'explique principalement par des baisses de prix en matière de biologie et de médicament, les volumes restant globalement stables.

En 2016, la croissance de la dépense courante de santé est supérieure au PIB en valeur

La dépense courante de santé (DCS) s'établit à 271,1 milliards d'euros en 2017, soit 11,8 % du PIB (*encadré 3*) [voir fiche 31]. Depuis 2009, cette part oscille entre 11,7 % et 12,0 %. L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. De fait, la CSBM constitue le premier contributeur à la croissance de la DCS (1,1 point) devant les soins de longue durée (0,7 point). Toutefois, en 2017, la DCS accélère tandis que la CSBM ralentit, si bien que la DCS progresse désormais plus vite que la CSBM (2,2 %, contre 1,4 %). En effet, le ralentissement de la composante hospitalière de la CSBM contraste avec l'accélération de plusieurs postes de la DCS. En particulier, les soins de longue durée progressent de 9,7 % (contre 1,1 % en 2016), du fait d'un effet de périmètre concernant les soins aux personnes handicapées en établissement (voir fiche 33) et les indemnités journalières augmentent de 3,0 % en raison du dynamisme des arrêts maladie.

Encadré 3 La dépense courante de santé

La dépense courante de santé (DCS) au sens français est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle exclut les dépenses d'investissement en capital (formation brute de capital fixe [FBCF]) des établissements de santé et des professionnels libéraux. Outre la CSBM (*encadré 1*), la DCS comprend (*tableau 2*) :

- les soins de longue durée* (8,2 %) : les **soins aux personnes âgées** (voir fiche 32) regroupent les soins délivrés au sein des unités de soins de longue durée, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (Ehpa[d]) et ceux délivrés par les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Les **soins de longue durée aux personnes handicapées** (voir fiche 33) correspondent aux soins délivrés dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) en cas d'arrêt de travail, 5,3 % (voir fiche 34) ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,3 %) : dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) et soins aux personnes en difficulté sociale ;
- les dépenses de prévention institutionnelle (2,2 %) [voir fiche 35], composée de la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (vaccins etc.), la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement (dépistages etc.), la prévention collective à visée comportementale (lutte contre les addictions, éducation à la santé, etc.) et environnementale (lutte contre la pollution, sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention des risques professionnels, etc.). Par opposition à celle mesurée au sein de la CSBM [*encadré 2*], cette prévention est dite « institutionnelle » car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,6 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de la santé (voir fiche 36), ainsi que les subventions au système de soins, nettes des remises conventionnelles ;
- les coûts de gestion du système (5,8 %) [voir fiche 37].

* Le périmètre des soins de longue durée retenu ici au niveau français est purement sanitaire, au contraire de la définition retenue au niveau international (voir fiche 47) où certaines dépenses connexes, notamment sociales ou d'hébergement, peuvent également être intégrées.

Tableau 2 Dépense courante de santé (au sens français)

Montants en milliards d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Structure 2017 (%)
1- CSBM	164,9	169,9	173,5	178,0	181,8	185,2	190,2	192,9	196,5	199,3	73,5
2- Soins de longue durée	15,2	16,6	17,2	17,8	18,5	19,2	19,7	20,1	20,3	22,3	8,2
Ssiad	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	0,6
Soins aux pers. âgées en étab.	6,2	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	3,4
Soins aux pers. handicapées en étab.	7,7	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,3	9,5	9,6	11,3	4,2
3- Indemnités journalières	11,6	12,1	12,6	12,8	12,8	12,8	13,4	13,6	14,0	14,5	5,3
4- Autres dépenses en faveur des malades	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,3
5- Prévention institutionnelle	5,7	6,4	5,7	5,7	5,7	5,8	5,8	5,8	5,8	6,0	2,2
6- Dépenses en faveur du système de soins	11,9	11,9	12,1	12,3	12,6	12,9	12,9	12,7	12,6	12,5	4,6
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,4	2,3	1,9	1,5	0,6
Recherche médicale et pharmaceutique	8,2	8,0	8,0	8,1	8,1	8,2	8,3	8,3	8,4	8,7	3,2
Formation médicale	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,3	2,3	0,9
7- Coûts de gestion de la santé	13,1	13,6	13,9	14,4	14,6	15,1	15,3	15,2	15,3	15,8	5,8
Dépense courante de santé (1+...+7)	222,8	230,9	235,4	241,7	246,5	251,7	257,8	260,9	265,2	271,1	100,0

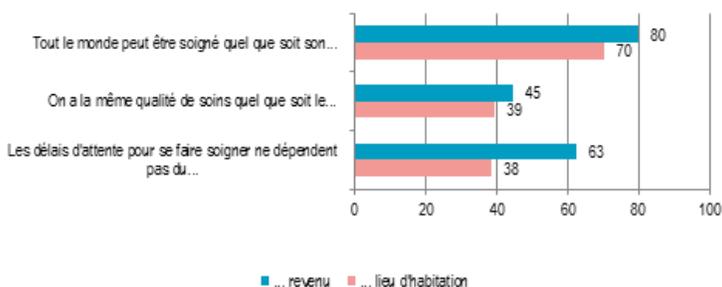
Source > DREES, comptes de la santé.

Pour les Français, l'accès aux soins est la principale inégalité à corriger

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES¹⁹, les Français sont très sensibles aux inégalités d'accès aux soins : c'est l'inégalité la plus souvent citée comme étant la moins acceptable et cette sensibilité s'est accrue depuis deux à trois ans. Même si huit Français sur dix pensent que le système actuel permet à tout le monde d'être soigné quel que soit son revenu, certaines inégalités d'accès aux soins sont pointées (graphique 10). Plus de la moitié des Français pensent ainsi que la qualité des soins dépend du niveau de revenu et six sur dix estiment que les délais d'attente dépendent du lieu d'habitation. Les Français sont également critiques concernant l'accessibilité géographique des soins. Plus d'un tiers pensent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de chez eux. Ce constat se vérifie particulièrement dans les territoires ruraux.

Graphique 10 Les inégalités d'accès aux soins selon le lieu d'habitation sont davantage soulignées que celles selon le revenu

En %



Note > Réponses à la question « Êtes-vous d'accord ou pas avec les opinions suivantes ? En France... ». Les modalités de réponse proposées sont : « Plutôt d'accord » et « Plutôt pas d'accord ». Pour chaque question, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 1 % des répondants en 2017, proportions restées stables dans le temps.

Lecture > En 2017, 80 % des personnes interrogées sont d'accord avec le fait que tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2017.

19. Pour plus de détails, voir l'éclairage « L'opinion des Français sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie » dans cet ouvrage.

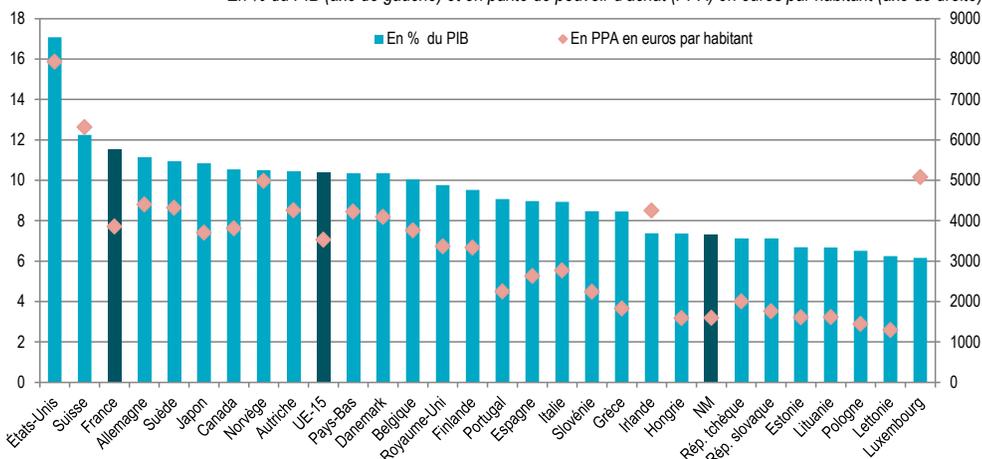
En France, la dépense de santé en part de PIB est parmi les plus élevées de l'Union européenne

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi [voir glossaire et encadré 4]) représentant 17 % de son PIB en 2016 (graphique 11) et en particulier des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Près de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse et la France dépassent environ 12 % de leur PIB pour la santé, devant l'Allemagne et la Suède (11 %), qui se situent à un niveau supérieur de 1 point à la moyenne de l'UE-15 (10 %) [voir fiche 43]. Il existe une division géographique marquée en Europe au regard des dépenses de santé : à l'exception du Luxembourg et de l'Irlande, tous les pays de l'UE-15 consacrent plus de 8 % de leurs ressources à la santé, alors que les pays membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 (NM [voir glossaire]) y consacrent en moyenne 7 % de leurs ressources. Au sein de l'UE-15, les dépenses de santé sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (8 % à 9 % du PIB).

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense courante de santé par habitant, exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA). Pour cet indicateur, la France se situe juste au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. Les écarts relatifs de pouvoir d'achat entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis et chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Luxembourg, Norvège, mais aussi dans une moindre mesure dans d'autres pays tels que l'Allemagne, la Suède ou les Pays-Bas notamment). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

Graphique 11 Dépense courante de santé au sens international en 2016

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



Note > À partir de l'édition 2018, les dépenses d'hébergement des personnes dépendantes en établissements de soins de longue durée sont incluses dans la DCSI française (voir annexe 5).

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Encadré 4 Le système international des comptes de la santé

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) a été développé. Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat.

L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la **dépense courante de santé au sens international (DCSi)**, qui correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Cet agrégat comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux, ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle retenue en France pour les comptes de la santé), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles versées par l'industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux, et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion du système de soins. Pour l'imbrication avec les concepts de CSBM et de DCS au sens français, voir l'annexe 1.

Les données de la DCSI sont révisées régulièrement par les pays membres de l'OCDE, ce qui peut expliquer des écarts avec les chiffres publiés lors de la précédente édition de cet ouvrage. En particulier, le périmètre français a été révisé pour l'édition 2018 afin d'inclure en sus les frais d'hébergement en établissements de soins de longue durée (voir annexe 5).

Les pays de l'OCDE comparés dans cet ouvrage comprennent les 15 pays ayant adhéré à l'Union européenne avant 2004 (UE-15), les autres pays de l'Union européenne pour lesquels les données de l'OCDE sont disponibles, désignés par NM (Estonie, Lettonie, Lituanie, République tchèque, République slovaque, Slovénie, Hongrie, Pologne), la Suisse, la Norvège, le Canada, les États-Unis et le Japon.

Les dépenses de santé repartent à la hausse en Europe, mais de manière modérée depuis 2013

Les dépenses de santé ralentissent à compter de 2010, en part de PIB comme à prix constants, dans un contexte de modération de la hausse des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé. Les pays du sud de l'Europe et l'Irlande connaissent même une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2013.

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, leur rythme étant toutefois plus modéré que lors de la période précédant la crise. Dans l'UE-15, elles augmentent de 2 % par an en moyenne entre 2013 et 2016, contre 1 % entre 2009 et 2013. Ce rebond des dépenses de santé en moyenne au niveau de l'UE-15 est dû à la fois à une croissance plus dynamique des dépenses dans certains pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède) et à un retour à une croissance réelle positive dans les pays du sud de l'Europe, notamment en Espagne et en Italie. De même, parmi les NM, la croissance réelle des dépenses de santé est deux points plus rapide entre 2013 et 2016 qu'entre 2009 et 2013, mais reste nettement inférieure à celle des années 2003 à 2007 (-2 points). En revanche, aux États-Unis, la croissance moyenne des dépenses de santé de 2013 à 2016 retrouve sa tendance d'avant la crise, proche de 4 % annuels.

Le financement des systèmes de santé diffère entre les pays de l'OCDE

Dans la totalité des pays de l'OCDE considérés ici, les **régimes publics** et l'**assurance maladie obligatoire** financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé (voir fiche 38).

Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure **un service national de santé** financé par l'impôt. Les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé, et cette part dépasse 80 % au Danemark et en Suède (*graphique 12*). Les résidents sont couverts automatiquement, mais le parcours de soins est très encadré.

Dans les systèmes à dominante assurantielle, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, en France, en Allemagne, en République slovaque ou au Japon, plus de 75 % de l'ensemble des dépenses de santé sont couvertes par **les régimes d'assurance maladie obligatoire**.

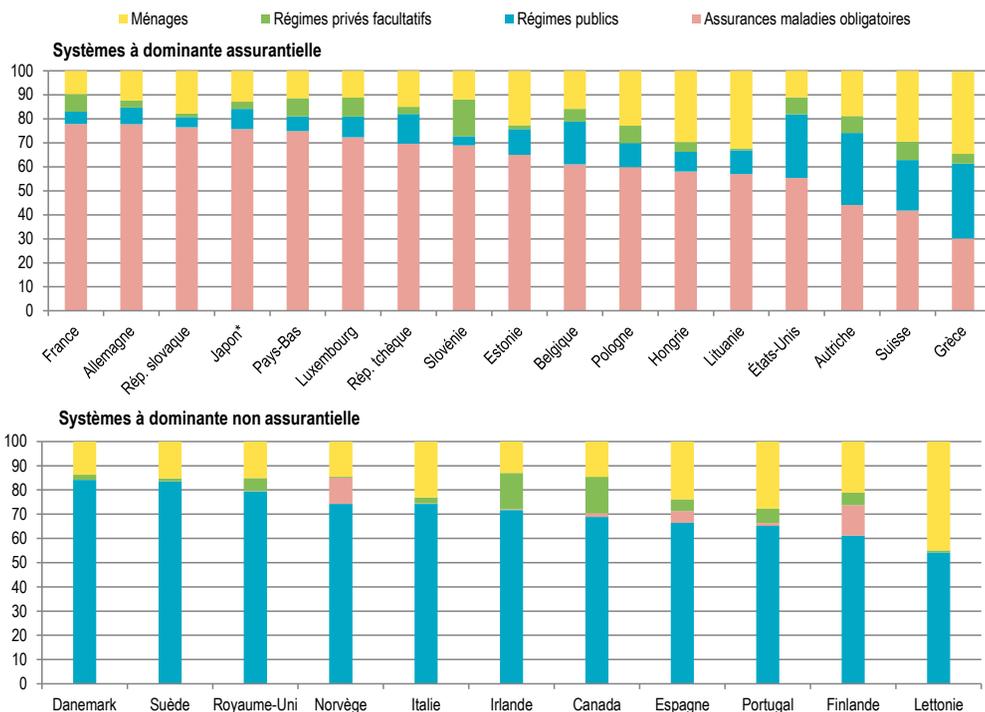
Les assurances maladie sont généralement publiques. Dans ce cas, les prestations maladie sont gérées par des caisses de sécurité sociale et les cotisations sociales sont le plus souvent assises sur les revenus d'activité. Même si les assurances maladie publiques sont en grande partie financées par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes des dispositifs peut également provenir des transferts publics. Ainsi, au Japon, 45 % des recettes de l'assurance maladie obligatoire proviennent des transferts publics, 35 % en Belgique et 37 % au Luxembourg. Par ailleurs dans certains pays, comme en Suisse et aux Pays-Bas, la gestion du système d'assurance maladie obligatoire est confiée aux assureurs privés, mis en concurrence.

Les dépenses d'administration du système de soins²⁰, tous acteurs publics et privés confondus, sont très disparates entre pays de l'OCDE. Les plus importantes sont généralement observées dans les pays à dominante assurantielle, au premier rang desquels les États-Unis (8,3 % de la DCSI) et la France (5,7 %).

20. Frais d'administration des politiques gouvernementales, supervision des fournisseurs de soins, recouvrement des financements et frais de gestion du système de soins etc.

Graphique 12 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2016

En % de la dépense courante de santé internationale



* Données 2015.

Note > Le système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par les individus. Les **régimes publics** désignent des systèmes gouvernementaux (nationaux, régionaux ou locaux) qui couvrent automatiquement une certaine population et dont le financement est non contributif. Les **assurances maladie obligatoires** se caractérisent par le conditionnement de l'affiliation des assurés au paiement de contributions (qui peuvent être payées par un tiers). Elles peuvent être publiques ou privées, et leur financement n'est pas nécessairement intégralement contributif. Les **régimes privés facultatifs** comprennent des assurances non obligatoires, des financements d'entreprises ou d'ONG. Enfin, le financement par les **ménages** correspond aux paiements des soins restant à la charge des ménages après intervention du système de santé ou des assurances maladie obligatoires et complémentaires.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

En France, la part des dépenses courantes de santé à la charge des ménages est la plus faible des pays de l'OCDE

En 2016, 16 % des dépenses courantes de santé au sens international restent en moyenne à la charge des ménages au sein de l'UE-15. Les restes à charge les plus élevés sont atteints dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (22 % en moyenne) et en Suisse (30 %). La France est, parmi les pays comparés ici, celui où le reste à charge des ménages est le plus limité en part de la DCSi (10 %). Dans la plupart des pays scandinaves, en Allemagne et au Japon, où les régimes publics ou obligatoires couvrent une part plus importante des dépenses (environ 85 %) et les assurances privées une part quasi nulle, le reste à charge est un peu supérieur à ce niveau. Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) a conduit à une profonde réforme du système, dont la structure de financement est désormais proche de celle constatée en France. Toutefois, la dépense de soins y est particulièrement élevée du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays. Dès lors, le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA, [voir glossaire]) est nettement supérieur aux États-Unis (880 euros PPA, [graphique 13]) à celui des autres pays comparés ici, à l'exception de la Suisse (1 870 euros PPA). Il est également supérieur en Norvège (720 euros PPA) à celui constaté dans les pays de l'UE (en moyenne 550 euros PPA dans l'UE-15 et 360 euros PPA dans les NM). Au sein de l'UE-15, avec 380 euros PPA de dépenses annuelles à la charge des ménages, c'est en France qu'il est le plus faible.

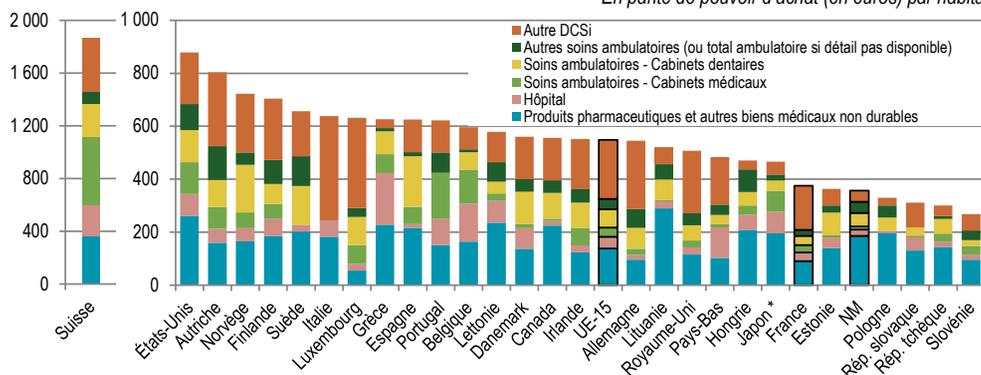
Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires représentent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention de l'État et des assurances publiques et privées. Ces soins représentent près d'un tiers du total (dont 6 % du total en cabinets médicaux et 12 % en cabinets dentaires). Ensuite, un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux (voir fiche 45). L'importance du poste médicament tient au fait que les participations financières exigées des assurés sont généralement

Vue d'ensemble > Les dépenses de santé en 2017

plus élevées sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certaines spécialités et au non-remboursement de l'automédication. Viennent enfin les dépenses hospitalières, qui représentent 8 % du reste à charge. La France se singularise par le fait que les dépenses pharmaceutiques représentent en 2016 le principal poste de dépenses restant à la charge des patients (24 %), devant les soins ambulatoires (23 %).

Graphique 13 Reste à charge des ménages par catégorie de dépenses en 2016

En parité de pouvoir d'achat (en euros) par habitant



* Données 2015 pour la répartition des dépenses privées.

Champ > Les pays européens disponibles de l'UE-15 et des NM (voir glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Les densités de médecins et d'infirmiers dépendent de leurs rôles respectifs dans l'offre de soins

En 2016, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants, atteint en moyenne 360 dans les pays de l'UE-15, hors Grèce et Portugal. Avec une densité de 310 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe en dessous de cette moyenne. Les écarts de densités de médecins entre pays doivent cependant être relativisés, car les rôles des médecins varient selon les systèmes de santé. Ainsi, les pays du sud de l'Europe (Espagne et Italie, mais également Portugal et Grèce) présentent des densités de médecins comparables aux pays nordiques, mais la présence des infirmiers y est moins développée (voir fiche 42). Aux États-Unis et au Canada, la densité de médecins est sensiblement plus faible que la moyenne de l'UE-15. Toutefois, les infirmiers y exercent un rôle plus important qu'en France et se substituent en partie aux médecins pour certaines tâches (prescription de médicaments notamment).

Avec 1 020 infirmiers pour 100 000 habitants, la densité d'infirmiers est supérieure en France à la moyenne de l'UE-15 (900) et proche de celle du Canada et des Pays-Bas. Les densités d'infirmiers sont sensiblement plus faibles dans les pays qui ont adhéré à l'UE depuis 2004, ainsi qu'en Italie, en Espagne et en Grèce (600 ou moins). À l'inverse, la Norvège, la Suisse et le Danemark comptent plus de 1 600 infirmiers pour 100 000 habitants.

De plus en plus de médecins spécialistes dans l'UE-15

Le rapport entre les effectifs de médecins spécialistes et généralistes est passé de 2,1 en moyenne en 2006 à 2,4 en 2016 dans les pays de l'UE-15. Cette évolution s'inscrit dans une tendance de long terme, les progrès des technologies médicales conduisant à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. En 2016, dans tous les pays, sauf l'Irlande et le Portugal, les généralistes sont moins nombreux que les spécialistes, le plus souvent dans des proportions marquées. En France, aux Pays-Bas et au Canada toutefois, les généralistes sont presque aussi nombreux que les spécialistes. En effet, au cours des dernières années, la France, le Canada ainsi que le Royaume-Uni ont mis en place des politiques visant à augmenter plus rapidement le nombre de généralistes que de spécialistes afin de renforcer les soins primaires. Aux Pays-Bas, les médecins de ville sont exclusivement des généralistes.

Dans les pays d'Europe de l'Est ayant adhéré à l'UE à partir de 2004 (NM), la part de médecins spécialistes est au contraire en baisse, mais à partir de niveaux très élevés, et qui restent bien supérieurs en 2016 à la moyenne de l'UE-15. Cette évolution traduit l'adaptation depuis les années 1990 des systèmes de santé hérités du modèle de l'Union soviétique, caractérisés par la prédominance de l'hôpital et la quasi-absence de soins primaires. Aux États-Unis, la faible part apparente des médecins généralistes doit être nuancée, car l'activité de certains médecins classés comme spécialistes est en réalité très proche de celle des médecins généralistes européens.

Des pratiques infirmières très variables dans l'OCDE mais partout en évolution

Au Japon, au Danemark, en Finlande, aux États-Unis, au Luxembourg et en Suisse, on dénombre plus de quatre infirmiers par médecin. Le rôle des infirmiers au sein des systèmes de santé, et en particulier leur implication dans les soins de premier recours, varie sensiblement selon les pays. En Finlande et en Suède, les soins primaires sont organisés autour de centres de santé réunissant des équipes pluridisciplinaires où les infirmiers jouent notamment un

rôle d'accueil et d'orientation et assurent des soins préventifs. De même, les infirmiers sont présents avec les médecins au sein des cabinets de groupe au Royaume-Uni. En Italie, en Espagne et en Allemagne, les infirmiers exercent principalement à l'hôpital et n'exercent quasiment aucun rôle dans les soins de ville, à l'exception de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes dans ce dernier pays. En revanche, en ville, les cabinets de médecins allemands incluent en général un « assistant médical », métier qui n'a pas d'équivalent en France, mêlant des tâches d'infirmier et de secrétaire médical. Le ratio du nombre d'infirmiers sur le nombre de médecins y est ainsi particulièrement faible et la densité de médecins relativement élevée (voir fiche 41).

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques, les régulateurs sont amenés à repenser les coordinations et les frontières entre professionnels de santé. Au Royaume-Uni, les infirmiers disposent désormais de compétences dans des domaines tels que la promotion de la santé, le suivi des maladies chroniques et assurent des consultations de premier recours. Ils sont autorisés à prescrire des médicaments d'une liste prédéfinie, soit de façon indépendante (comme en Irlande et aux États-Unis) ou complémentaire des médecins (également aux États-Unis), voire d'administrer des médicaments selon des protocoles prédéfinis. En France, le contour de la profession d'infirmier en « pratique avancée » (IPA) a été précisé en 2018. Ils exerceront au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin, notamment pour le suivi des maladies chroniques.

La CSBM et son financement

> La CSBM et son financement

Le chapitre de l'ouvrage portant sur la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en France fournit tout d'abord un aperçu général de ses évolutions, sur les dernières années (voir fiche 1) et sur longue période (voir fiche 2).

Sont ensuite tour à tour détaillées les composantes de la CSBM, à travers trois jeux de fiches thématiques :

- *soins ambulatoires* : soins et effectifs de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de sages-femmes, d'infirmiers, de masseurs-kinésithérapeutes, d'autres auxiliaires médicaux, soins dentaires, transports sanitaires, laboratoires d'analyses en et cures thermales (voir fiches 3 à 12) ;
- *biens médicaux* : marché et consommation de médicaments, optique, autres biens médicaux (voir fiches 13 à 17) ;
- *soins hospitaliers* (voir fiches 18 à 23) : consommation de soins, situation financière des hôpitaux publics et des cliniques privées à but lucratif, offre et activité hospitalières, avec un zoom sur l'hospitalisation à domicile.

La dernière partie de ce chapitre (voir fiches 24 à 30) explicite le financement de ces dépenses de santé en France. Les fiches présentent, d'une part, les contributions financières des principaux acteurs de la CSBM : Sécurité sociale, organismes complémentaires, Fonds CMU et ménages (à travers leur reste à charge). D'autre part, sont analysés les liens entre les différents concepts de dépense : l'une des fiches distingue les dépenses remboursées, remboursables et non remboursables, et l'autre fait la jonction entre les concepts de CSBM et d'Ondam (objectif national de dépenses d'Assurance maladie).

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 199,3 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 2 977 euros par habitant. Sa dynamique ralentit fortement en valeur (à 1,3 %, après 2,0 % en 2016) comme en volume (à 1,4 %, après 2,9 % en 2016), les prix de la CSBM étant quasiment stables par rapport à 2016 (-0,1 %, après des reculs marqués les années précédentes). En 2017, la CSBM représente 8,7 % du PIB et 12,5 % de la consommation effective des ménages ; elle comprend (*graphique 1*) :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissements privés et les biens médicaux consommés en établissement, pour 46,6 % du total (voir fiche 18) ;
- la consommation de soins de ville (hors honoraires en cliniques privées) : les soins médicaux et paramédicaux en cabinets libéraux, en dispensaires, les dépenses d'analyses de laboratoires et les cures thermales, pour 26,8 % du total (voir fiches 3 à 12) ;
- la consommation de transports sanitaires, pour 2,5 % du total (voir fiche 11) ;
- la consommation de médicaments en ville, pour 16,3 % du total (voir fiche 13) ;
- et la consommation d'autres biens médicaux en ville, pour 7,8 % du total (voir fiches 16 et 17).

La structure de la CSBM s'est progressivement déformée de 2008 à 2017, la part des médicaments reculant de 3,7 points, au profit principalement des soins de ville (+1,2 point), des autres biens médicaux (+1,2 point) et des soins hospitaliers (+0,9 point).

En 2017, la croissance de la CSBM en valeur atteint un point bas à +1,3 %

Depuis 2010, la progression annuelle de la CSBM est inférieure à 3,0 % (*graphique 2*). Ses plus faibles taux de croissance observés en 2013 et 2015 découlent du recul de la consommation des médicaments (-1,9 % et -1,4 % respectivement). Les ressauts de 2011 et 2014 s'expliquent principalement par la revalorisation de la consultation des médecins généralistes en 2011 et par la mise au remboursement de nouveaux traitements coûteux contre l'hépatite C en 2014. Entre 2010 et 2016, les soins hospitaliers étaient le principal facteur de croissance de la CSBM avec une contribution moyenne de 1,0 point par an à la croissance de cet agrégat, suivis des soins de ville (pour environ 0,8 point par an) [voir fiche 2]. En 2017, les soins de ville deviennent le premier facteur de croissance de la CSBM devant les soins hospitaliers, avec des contributions respectives de 0,7 point et de 0,4 point de croissance. Les soins de ville augmentent de 2,5 % en 2017 (après 3,2 % en 2016). En leur sein, la consommation de soins de médecins et de sages-femmes, premier contributeur à la croissance, augmente

de 2,7 % (après 2,4 % en 2016), du fait d'une hausse des volumes des actes réalisés par les médecins spécialistes et des hausses des prix intervenues en mai 2017, dans le cadre de la nouvelle convention médicale des médecins libéraux (voir fiches 3, 4 et 6). Les auxiliaires médicaux sont le deuxième contributeur à la croissance des soins de ville. En 2017, leur hausse s'élève à 3,5 % (après 4,3 % en 2016). Cette moindre croissance s'explique principalement par un effet volume (voir fiches 7 à 9). Les soins de dentistes, troisième facteur de croissance des soins de ville, ralentissent également en 2017 (+1,6 % après +3,0 %) [voir fiche 10]. À l'inverse, en 2017, la consommation de soins hospitaliers est moins dynamique qu'en 2016 (+0,9 % en valeur après +1,7 %), principalement du fait d'un fort ralentissement des volumes (+0,9 % contre +2,3 %). Cela explique que les soins hospitaliers passent en deuxième position des contributeurs à la croissance de la CSBM malgré leur poids important (voir fiche 18). La consommation de médicaments en ville baisse de nouveau légèrement en 2017 (-0,2 % après -0,3 % en 2016), du fait de l'inflexion des volumes consommés (+2,5 % contre +3,6 %). Enfin, les autres postes de la CSBM sont moins dynamiques en 2017 qu'en 2016.

Le prix de la CSBM est relativement stable en 2017

En 2017, le prix des soins et des biens médicaux est relativement stable (-0,1 %), alors que celui-ci reculait durant la période 2010-2016 (*graphique 3*). En effet, le prix des soins de ville augmente de 1,2 % en 2017 en raison des revalorisations, alors qu'il était stable en 2016 (+0,2 %). De plus, la baisse du prix des médicaments est un peu moins importante en 2017 qu'en 2016 (-2,6 % contre -3,7 %), du fait de moindres baisses de prix des spécialités remboursables (voir fiche 13). Enfin, le prix des soins hospitaliers reste stable en 2017, comme en 2016.

En 2017, le volume des soins et biens médicaux est moins dynamique qu'en 2016

Depuis 2010, la CSBM croît légèrement plus vite en volume qu'en valeur. En 2017, sa croissance en volume ralentit fortement (+1,4 %, après +2,9 % en 2016) (*graphique 4*). À l'inverse de 2016, en 2017, tous les postes de la CSBM voient leur croissance en volume décélérer. Ces effets sont particulièrement nets pour les soins hospitaliers, les soins de ville et les autres biens médicaux, dont les contributions à la croissance de la CSBM en volume se réduisent fortement de 2016 à 2017. En particulier, les soins hospitaliers ne contribuent que pour 0,4 point à la croissance en volume de la CSBM en 2017, contre 1,1 point par an en moyenne entre 2010 et 2016.

Pour en savoir plus

> Annexe 2 « La méthodologie des comptes de la santé » dans cet ouvrage.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

Montants en millions d'euros, évolution en %, contribution à l'évolution de la CSBM en point de %

	Montants											Évolution 2017	Contribution 2017
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017			
Soins hospitaliers	75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 002	92 848	0,9	0,4	
Secteur public	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	70 864	71 463	0,8	0,3	
Secteur privé	17 451	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 386	1,2	0,1	
Soins ambulatoires	89 535	91 510	93 147	95 585	97 202	98 525	101 129	102 503	104 760	106 498	1,7	0,9	
- Soins de ville*	42 263	43 396	44 150	45 729	47 054	48 286	49 387	50 524	52 132	53 430	2,5	0,7	
Soins de médecins et de sages-femmes	18 093	18 401	18 225	18 913	19 021	19 298	19 715	20 078	20 569	21 120	2,7	0,3	
Soins d'auxiliaires médicaux	9 950	10 513	11 036	11 521	12 322	13 105	13 768	14 351	14 974	15 497	3,5	0,3	
Soins dentaires	9 506	9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 282	1,8	0,1	
Laboratoires d'analyses	4 132	4 219	4 280	4 393	4 335	4 340	4 315	4 314	4 413	4 465	1,2	0,0	
Cures thermales	320	320	328	332	353	364	387	392	408	414	1,5	0,0	
Contrats et autres soins	262	282	288	290	543	584	616	632	688	651	-5,4	0,0	
- Médicaments	33 063	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 662	32 592	-0,2	0,0	
- Autres biens médicaux**	10 838	11 192	11 853	12 488	13 047	13 559	14 122	14 630	15 160	15 504	2,3	0,2	
- Transports sanitaires	3 371	3 572	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 972	3,5	0,1	
Ensemble	164 926	169 866	173 463	178 046	181 769	185 213	190 189	192 933	196 762	199 346	1,3	1,3	
CSBM en % du PIB	8,3	8,8	8,7	8,6	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,7			
CSBM en % de la consommation effective des ménages	12,0	12,4	12,3	12,3	12,4	12,5	12,6	12,6	12,6	12,5			
Évolution de la Valeur	3,2	3,0	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4	2,0	1,3			
CSBM (en %) Prix	0,3	0,2	-0,4	-0,1	-0,3	-0,3	-0,2	-0,8	-0,9	-0,1			
CSBM (en %) Volume	2,9	2,8	2,5	2,8	2,4	2,2	3,0	2,3	2,9	1,4			

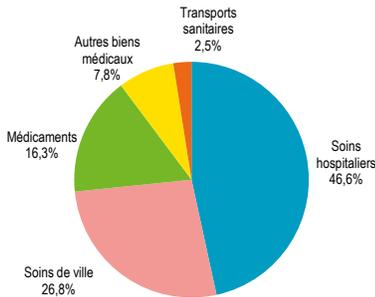
* Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie.

** Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), aliments, matériels, pansements.

Lecture > En 2017, sur le 1,3 % de croissance de la CSBM, 0,4 point provient des soins hospitaliers, qui progressent de 0,9 %.

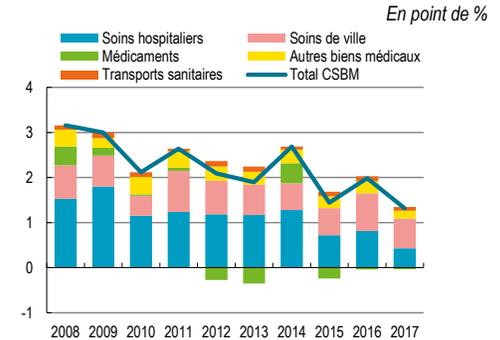
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2017

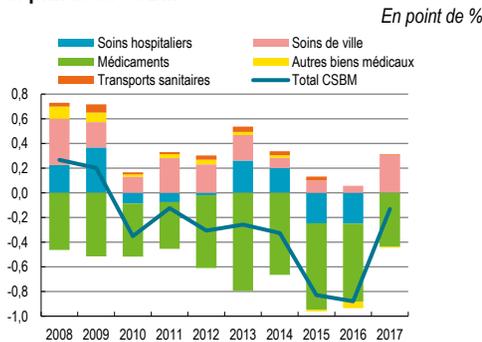


Source > DREES, comptes de la santé.

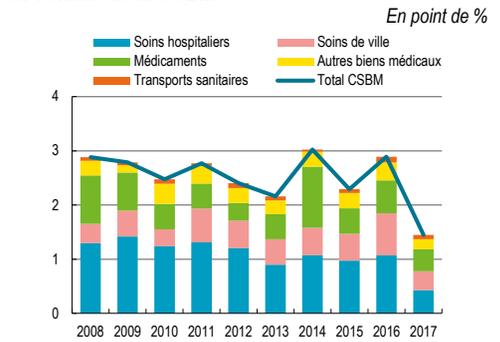
Graphique 2 Contributions à la croissance en valeur de la CSBM



Graphique 3 Contributions à la croissance en prix de la CSBM



Graphique 4 Contributions à la croissance en volume de la CSBM



Entre 1950 et 2017, les dépenses de santé ont progressé en France à un rythme annuel moyen bien supérieur à celui du PIB : +9,7 % pour la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), contre +7,7 % pour le PIB en valeur. De ce fait, la part de la CSBM dans la production nationale a plus que triplé au cours de la période, passant de 2,5 % à 8,7 % du PIB (*graphique 1*).

De 1950 à 1985, le système de santé se développe et la dépense s'accroît vite

Entre 1950 et 1985, la part de la CSBM dans le PIB progresse de 4,4 points. Durant cette période, le système de santé se déploie : le développement et l'extension de la Sécurité sociale rendent solvable la demande de soins stimulant en retour le développement de l'offre. La couverture maladie se généralise progressivement et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe ainsi de 50,9 % en 1950 à 78,6 % en 1985. Ainsi, l'ensemble des composantes de la CSBM est très dynamique pendant cette période. Les volumes de médicaments consommés progressent très fortement (+10,4 % en moyenne annuelle) (*graphique 2*). La dépense hospitalière augmente nettement (un peu plus de 7,1 % par an en volume), du fait d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. En matière de soins de ville, le volume de la dépense progresse de 6,6 % par an en moyenne, en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques, etc.) et de demande. Les assurances complémentaires participent également au financement de cette demande : leur taux de couverture passe de 31,0 % en 1960 à 69,0 % en 1980.

Si les prix des soins de ville et des soins hospitaliers sont très dynamiques, ceux du médicament progressent plus modérément. Compte tenu des dynamiques différenciées des prix et des volumes par poste, la structure de la CSBM se déforme (*graphique 3*) : la part de la dépense hospitalière dans la CSBM s'accroît fortement, passant de 43,7 % à 52,9 % entre 1950 et 1985. En revanche, durant cette période, la part des médicaments recule de 25,6 % à 18,5 % et celle des soins de ville baisse légèrement, de 26,2 % à 24,9 %.

Dès le milieu des années 1980, et plus encore depuis 2005, un renforcement graduel de la régulation de la dépense de santé

La croissance de la CSBM se réduit dès le début des années 1980, en particulier celle des soins hospitaliers. En effet, plusieurs mesures de limitation de la dépense de santé sont introduites dans un contexte de déficits récurrents de la branche maladie. En 1984, la dotation

globale hospitalière est instaurée ; en 1986, le plan Séguin limite en particulier l'exonération du ticket modérateur aux seules dépenses liées aux affections de longue durée (ALD). Par la suite, les plans de financement de la Sécurité sociale, remplacés chaque année à partir de 1997 par les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), ont pour objectif annuel de limiter la croissance des dépenses d'Assurance maladie via la définition des objectifs nationaux de progression des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

À partir du milieu des années 2000, des mesures organisationnelles (tarification à l'activité pour les soins hospitaliers à partir de 2004, parcours de soins coordonnés en 2004, promotion des médicaments génériques) et de régulation financière accrue du système sont instaurées (participations forfaitaires en 2005 et franchises médicales en 2008, renforcement graduel de la maîtrise médicalisée, des remboursements et des baisses de prix de certains médicaments, etc.).

Ainsi, la part des dépenses de santé dans le PIB, proche de 6,9 % du PIB entre 1985 et 1988 progresse beaucoup plus lentement qu'auparavant, lors des périodes de croissance économique. En revanche, les périodes de ralentissement ou de récession économique provoquent des ressauts de la CSBM dans le PIB. Entre 1992 et 1993, celle-ci passe de 7,5 % à 7,9 % du PIB, entre 2001 et 2004 de 7,9 % à 8,4 % du PIB et, entre 2008 et 2009, de 8,3 % à 8,8 % du PIB. Au total, la part de la CSBM dans le PIB progresse de 1,8 point de 1985 à 2017.

Une structure de la CSBM en constante évolution

Sous l'effet notamment des mesures de régulation, la part des soins hospitaliers dans la CSBM a reculé entre 1985 et 2000, passant de 53 % à 47 % (*graphique 3*). À l'inverse, la part des dépenses d'autres biens médicaux et de transports sanitaires a très fortement augmenté (de 4 % à 7 % de la CSBM), du fait notamment de l'accroissement rapide de leurs prix depuis 1985 (+3,2 % en moyenne pour les transports sanitaires ; +3,0 % en moyenne pour les autres biens médicaux). De même, la part des médicaments a connu elle aussi une nette augmentation entre 1985 et 2000 (+3 points), principalement liée à la hausse des volumes consommés et à la diffusion de traitements nouveaux. En revanche, la part des soins de ville dans la CSBM est restée relativement stable, à environ 25 %.

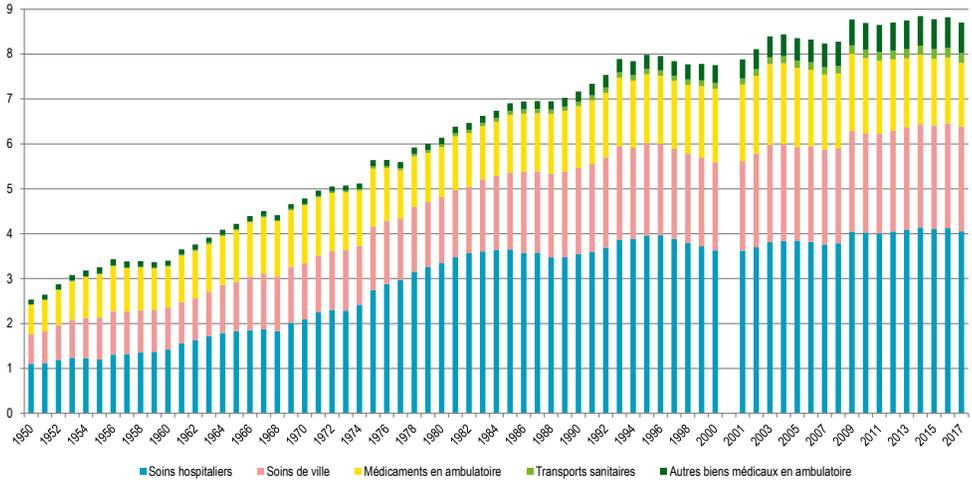
Depuis 2001, la part des médicaments de ville recule (-6 points) du fait des mesures de régulation de l'Assurance maladie, au profit des autres biens médicaux et des transports sanitaires (+3 points) et, dans une moindre mesure, des soins de ville (+2 points) et des soins hospitaliers (+1 point).

Pour en savoir plus

> Soual, H. (2017, juillet). Les dépenses de santé depuis 1950. DREES, *Études et Résultats*, 1017.

Graphique 1 La CSBM et ses principaux postes en pourcentage du PIB depuis 1950

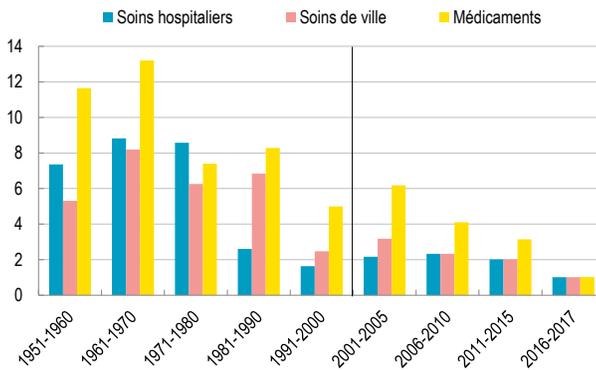
En % du PIB



Sources > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2017) ; Insee, comptes nationaux (base 2014 pour le PIB).

Graphique 2 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM, en volume

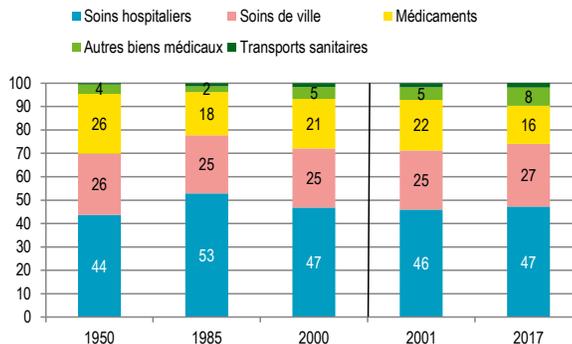
En %



Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2017).

Graphique 3 Structure de la CSBM, en valeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2017).

En 2017, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires) s'élève à 8,9 milliards d'euros (*tableau 1*). Elle est un peu plus dynamique qu'en 2016 (+1,4 % contre +1,2 %). Ce poste de dépenses représente 4,5 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribue pour 0,1 point à la croissance de cet agrégat en 2017.

Le volume de ces soins évolue par à-coups, selon l'intensité et le calendrier des épidémies. L'effet volume est négatif en 2017 (-1,0 %) [*graphique 1*], les soins de médecins généralistes ayant été plus élevés en 2016 en raison de la survenue de deux épisodes de grippe (respectivement au début et en fin d'année), contre un seul en 2017, d'intensité modérée. L'évolution des prix est liée à celle des tarifs des consultations, des actes, ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires. Après une hausse en 2011 due à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (de 22 à 23 euros), la croissance des prix est restée inférieure à 0,5 % jusqu'en 2016. Toutefois, l'indice des prix repart à la hausse en 2017 (+2,5 %) sous l'effet de la convention signée en août 2016 avec l'Assurance maladie prévoyant plusieurs hausses de tarifs, notamment celle de la consultation à 25 euros depuis le 1^{er} mai 2017.

Les dépassements poursuivent leur repli

Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (2,7 % en 2017) [*graphique 2*]. Ils sont en repli depuis de nombreuses années. Ce repli découle, d'une part, de la diminution de 4,4 % par an en moyenne depuis 2008 du nombre de médecins généralistes libéraux de secteur 2 (pratiquant des honoraires libres) [voir fiche 5]. D'autre part, la part des dépassements dans les honoraires des généralistes de secteur 2 est en constante diminution depuis dix ans : elle est passée de 30,9 % en 2008 à 26,6 % en 2017 (*graphique 2*).

Les accords signés en octobre 2012 entre l'Assurance maladie et trois syndicats de médecins afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins pourraient expliquer cette modération (voir fiche 4). Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2017, deux dispositifs d'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam pour tous les médecins de secteur 2 et Optam-CO pour les médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique) [voir glossaire] remplacent le

dispositif de contrat d'accès aux soins (CAS) mis en place en 2012. Ces dispositifs ont pour but d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés aux tarifs opposables. Au 31 décembre 2017, plus de 15 000 médecins avaient adhéré aux dispositifs Optam et Optam-CO, soit 30 % de plus que pour le CAS.

Les rémunérations forfaitaires représentent désormais une part significative des honoraires

En 2011, le montant des honoraires moyens par omnipraticien a progressé de 5,6 % sous l'effet de la revalorisation de la consultation (*graphique 3*). Les honoraires moyens par omnipraticien ont ensuite évolué plus modérément, de 2,3 % en moyenne jusqu'en 2016. Hors rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), leur rémunération moyenne progresse plus rapidement en 2017 qu'en 2016 (+2,9 % contre +1,8 %) sous l'effet de la convention d'août 2016.

Depuis 2012, la ROSP complète la rémunération des médecins en fonction du degré de réalisation d'objectifs, principalement de qualité des soins et de prescription.

La ROSP des médecins généralistes a été modifiée dans la convention médicale d'août 2016, avec notamment l'introduction de nouveaux indicateurs dès 2017. Les effets de la refonte de la ROSP sur la rémunération des médecins sont difficiles à mesurer pour cette année de transition : les omnipraticiens concernés par la ROSP ont perçu à ce titre, en moyenne, 4 522 euros pour l'année 2017 selon la CNAM, soit un montant moyen 35 % inférieur à celui de 2016. Toutefois, une partie de la ROSP antérieurement consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant (voir glossaire), ce qui rend les résultats peu comparables entre 2016 et 2017.

Depuis 2008, la part des rémunérations forfaitaires (contrats, permanence des soins, ROSP et forfait médecin traitant) dans la rémunération des généralistes a doublé. Elle atteindrait 13 % en 2017 selon la CNAM (*graphique 4*). En revanche, la part des actes cliniques (consultations et visites) des rémunérations a diminué, de 89 % en 2008 à 81 % en 2017. Dans le même temps, la part des actes techniques dans la rémunération des généralistes a légèrement augmenté (+2 points, à 7 % en 2017).

Soins de médecins de ville : Dans les comptes de la santé, ils comprennent les honoraires des médecins (tarif opposable, dépassements et forfait médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « contrats et autres soins »), ainsi que les allègements de cotisations (retracés dans les subventions au système de soins).

Médecin généraliste : Par commodité, le terme est employé ici pour désigner les médecins omnipraticiens, qui regroupent à la fois les médecins spécialistes en médecine générale au sens strict et les médecins à exercice particulier (MEP).

Pour en savoir plus

> Caisse nationale de l'Assurance maladie (2018, avril). *La rémunération sur objectifs de santé publique en 2018*. Dossier de presse.

> Base de données de surveillance continue de phénomènes de santé comme certaines maladies infectieuses, réseau Sentinelles : <https://www.sentinweb.fr/>

Tableau 1 Consommation de soins de médecins généralistes en ville

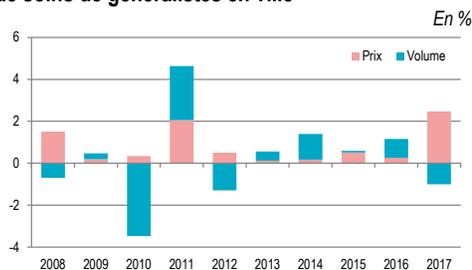
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)	8 407	8 447	8 181	8 564	8 495	8 542	8 662	8 713	8 813	8 941
Valeur	0,8	0,5	-3,2	4,7	-0,8	0,6	1,4	0,6	1,2	1,4
Évolution (en %) Prix	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5
Évolution (en %) Volume	-0,7	0,3	-3,5	2,6	-1,3	0,4	1,2	0,1	0,9	-1,0

Note > Les soins de médecins de ville excluent les honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière), ainsi que les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « contrats et autres soins ») [voir annexe tableaux détaillés].

L'indice de prix Insee présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice spécifique pour chaque catégorie de médecins, mais cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé faute de recul suffisant. En 2017, l'effet prix des soins de médecins généralistes s'élève à +4,9 %.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

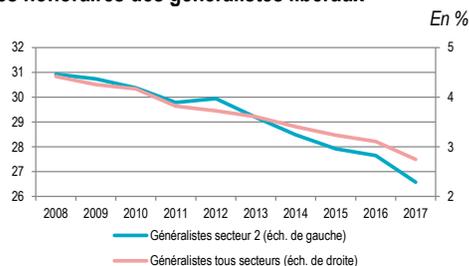
Graphique 1 Évolution de la consommation de soins de généralistes en ville



Note > L'indice de prix est commun aux médecins généralistes et spécialistes.

Source > DREES, comptes de la santé.

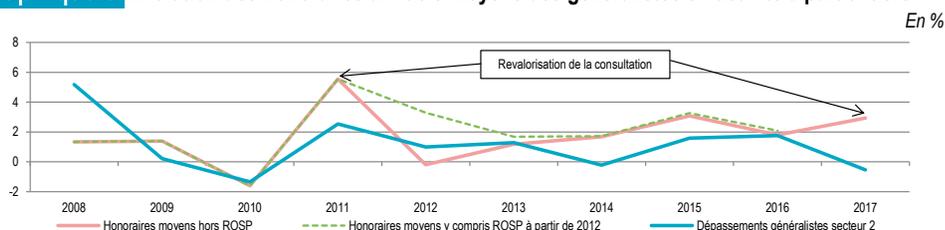
Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires des généralistes libéraux



Champ > Honoraires des généralistes libéraux, y compris honoraires perçus en établissements privés, hors ROSP ; France.

Sources > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015 ; calculs DREES.

Graphique 3 Évolution des honoraires annuels moyens des généralistes en activité à part entière

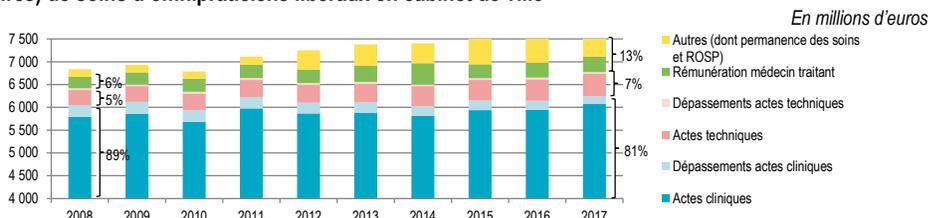


Note > La série « Honoraires moyens y compris ROSP » concerne les versements de la ROSP au titre de l'année en cours. L'année 2017 étant une année de transition pour la ROSP, les données disponibles ne permettent pas de tracer le point 2017 de cette série.

Champ > Médecins généralistes libéraux actifs à part entière, i.e. ayant exercé une activité libérale normale pour une année complète. Sont exclus les médecins de plus de 65 ans, ceux qui se sont installés en cours d'année, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein et ceux qui ne sont pas conventionnés ; France.

Sources > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015 ; calculs DREES.

Graphique 4 Structure de la dépense présentée au remboursement* (y compris rémunérations forfaitaires) de soins d'omnipraticiens libéraux en cabinet de ville



* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires + rémunérations forfaitaires.

Note > Le champ de la dépense retracée dans ce graphique diffère de celui de la consommation de soins de médecins généralistes en ville des comptes de la santé (présentée dans le tableau 1). En effet, le graphique inclut les rémunérations forfaitaires et exclut les dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement et porte sur la CNAM uniquement. Par ailleurs, les données du graphique sont des données statistiques en dates de remboursement : les différentes dépenses présentées pour l'année *n* ne concernent pas forcément des soins dispensés cette même année, et notamment la ROSP qui est versée avec un an de décalage.

Sources > CNAM, régime général, France métropolitaine ; calculs DREES.

En 2017, la consommation de **soins de médecins spécialistes en ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires) s'élève à 11,9 milliards d'euros (*tableau 1*), en forte augmentation (+3,4 %).

En 2017, les soins de médecins spécialistes en ville représentent 5,9 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribuent pour 0,2 point à la croissance de cet agrégat. Leur dynamisme est porté depuis plusieurs années par l'augmentation du nombre d'actes techniques, de scanners et d'IRM.

L'évolution des prix est liée à la fois à celle des tarifs des consultations, des actes et des dépassements d'honoraires. Après une croissance modérée depuis 2011, l'indice des prix repart à la hausse en 2017 (+2,5 %) sous l'effet de la convention signée en août 2016 avec l'Assurance maladie. Celle-ci prévoit plusieurs hausses de tarifs pour les médecins dès 2017, et notamment celle de certaines majorations de consultations pour les spécialistes¹.

Les honoraires moyens des spécialistes progressent plus vite que les dépassements en 2017

Depuis 2013, les honoraires moyens par médecin spécialiste progressent à un rythme supérieur à 3,0 % (*graphique 1*), en raison notamment d'évolutions de structures d'activité plus orientées vers les actes techniques.

La rémunération sur objectifs de santé publique (**ROSP**) est un complément de rémunération versé depuis 2012 en fonction du degré d'atteinte d'objectifs (non inclus dans la consommation de soins de médecins spécialistes). Elle a légèrement tiré à la hausse la croissance de leurs honoraires moyens lors de son introduction en 2012. Toutefois, elle ne modifie pas la dynamique observée les années suivantes car elle reste beaucoup plus faible relativement que pour les médecins généralistes. Les objectifs d'organisation du cabinet (utilisation de logiciels médicaux, affichage des horaires, etc.) concernaient tous les spécialistes jusqu'en 2016. Depuis la modification de la ROSP dans la convention médicale d'août 2016, ces objectifs ont été réaffectés au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant (voir glossaire) à partir de 2017. Seules cinq spécialités se sont vu assigner en sus des objectifs de pratique clinique dédiés : il s'agit des spécialistes en cardiologie, en maladies vasculaires, en gastroentérologie, en hépatologie et, depuis 2017, en endocrinologie.

Depuis 2012, la progression des dépassements d'honoraires des spécialistes exerçant en secteur 2

(honoraires libres, seuls habilités à pratiquer des dépassements) s'infléchit : les dépassements par spécialiste de secteur 2 en activité à part entière (APE) augmentent de +2,3 % par an en moyenne de 2012 à 2017, contre +4,9 % de 2006 à 2011 (*graphique 1*). Globalement, la masse des dépassements d'honoraires des spécialistes libéraux de secteur 2 augmente moins vite que leurs honoraires totaux depuis 2012. En conséquence, la part des dépassements dans leurs honoraires diminue : après avoir crû de 0,6 point par an en moyenne entre 2008 et 2011, elle a reculé de 0,5 point par an depuis lors. En 2017, elle est estimée à 32,6 % en moyenne (*graphique 2*). Si le nombre de médecins spécialistes exerçant en secteur 2 continue d'augmenter (voir fiche 5), la part des dépassements dans les honoraires des spécialistes tous secteurs confondus (hors ROSP) se stabilise néanmoins depuis 2014, autour de 17,7 %. Cette part reste toutefois bien supérieure à celle des médecins généralistes (2,7 %) [voir fiche 4].

Afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins, plusieurs accords ont été signés, notamment le contrat d'accès aux soins (CAS) en 2012, remplacé depuis le 1^{er} janvier 2017 par deux dispositifs d'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-CO) [voir glossaire]. À travers ces dispositifs, les médecins spécialistes s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie du versement d'une prime ou d'une revalorisation des tarifs de certains actes techniques. De plus, depuis le 1^{er} avril 2015, dans le cadre de la réglementation des contrats « responsables », les remboursements des organismes complémentaires sont plafonnés à 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les médecins non signataires du CAS.

Les actes techniques représentent une part toujours plus importante des honoraires des spécialistes

La structure des soins des médecins se déforme depuis de nombreuses années, le montant des actes cliniques diminuant au profit de celui des actes techniques. La part des actes techniques (y compris dépassements) dans la dépense présentée au remboursement a ainsi gagné près de 7 points en 9 ans, passant de 57 % en 2008 à 63 % en 2017 (*graphique 3*).

Les rémunérations forfaitaires (notamment permanence des soins et ROSP) représentent moins de 1 % de la dépense présentée au remboursement.

1. L'indice de prix à la consommation (IPC) Insee présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice spécifique pour chaque catégorie de médecins, mais cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé faute de recul suffisant. En 2017, l'évolution de l'IPC des médecins spécialistes publié par l'Insee est toutefois plus faible que celle des médecins généralistes : +1,4 % contre +4,9 %. L'évolution de l'IPC de l'ensemble des médecins est égale à 2,5 % en 2017 (*tableau 1*). L'utilisation d'un indice de prix commun à l'ensemble des médecins dans les comptes de la santé implique donc probablement une surestimation de l'effet prix dans la consommation de soins de médecins spécialistes, et par conséquent une sous-estimation de l'effet volume.

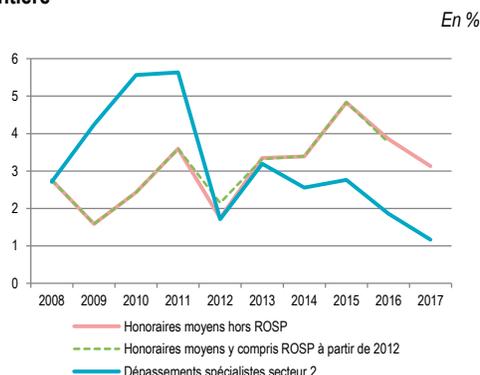
Tableau 1 Consommation de soins de médecins spécialistes en ville

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)	9 549	9 807	9 884	10 178	10 338	10 537	10 810	11 096	11 460	11 855
Valeur	2,3	2,7	0,8	3,0	1,6	1,9	2,6	2,6	3,3	3,4
Évolution (en %) Prix	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5
Volume	0,8	2,5	0,4	0,9	1,1	1,8	2,4	2,1	3,0	1,0

Note > Les soins de médecins de ville excluent les honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière), ainsi que les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « contrats et autres soins ») [voir annexe tableaux détaillés].

L'indice de prix Insee présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice spécifique pour chaque catégorie de médecins, mais cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé faute de recul suffisant. En 2017, l'effet prix des soins de médecins spécialistes s'élève à +1,4 %.

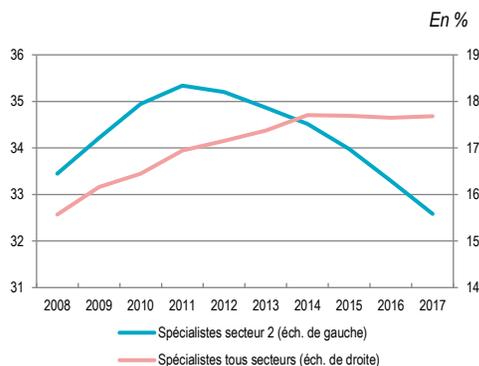
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution des honoraires annuels moyens des médecins libéraux en activité à part entière

Note > La série « Honoraires moyens y compris ROSP » concerne les versements de la ROSP au titre de l'année en cours. L'année 2017 étant une année de transition pour la ROSP, les données disponibles ne permettent pas de tracer le point 2017 de cette série.

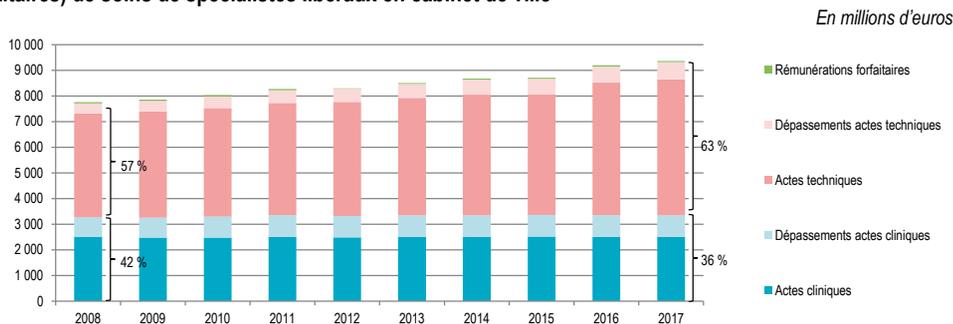
Champ > Honoraires des médecins libéraux y compris honoraires perçus en établissements privés ; France.

Sources > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015 ; calculs DREES.

Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires des spécialistes libéraux

Champ > Honoraires des médecins libéraux y compris honoraires perçus en établissements privés, hors ROSP ; France.

Sources > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015 ; calculs DREES.

Graphique 3 Structure de la dépense présentée au remboursement* (y compris rémunérations forfaitaires) de soins de spécialistes libéraux en cabinet de ville

* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires + rémunérations forfaitaires.

Note > Le champ de la dépense retracée dans ce graphique diffère de celui de la consommation de soins de médecins généralistes en ville des comptes de la santé (présentée dans le *tableau 1*). En effet, le graphique inclut les rémunérations forfaitaires et exclut les dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement et porte sur la CNAM uniquement. Par ailleurs, les données du graphique sont des données statistiques en dates de remboursement : les différentes dépenses présentées pour l'année *n* ne concernent pas forcément des soins dispensés cette même année, et notamment la ROSP qui est versée avec un an de décalage.

Source > CNAM, régime général, France métropolitaine ; calculs DREES.

En 2017, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) recense un peu plus de 226 000 médecins¹ en France (tableau 1). Les médecins libéraux et mixtes (exerçant à la fois en libéral et en salarié) représentent 57 % de l'ensemble de la profession. Parmi les médecins exclusivement salariés, 72 % exercent à l'hôpital.

Les médecins de plus en plus souvent salariés

Les effectifs de médecins continuent de croître faiblement en 2017 (+0,6 %) [graphique 1]. Depuis plusieurs années, la quasi-totalité de la croissance des effectifs de médecins relève du salariat hospitalier (contribution de près de 0,6 point en 2017). Les médecins salariés non hospitaliers contribuent dans une moindre mesure à la croissance globale (un peu moins de 0,1 point en 2017). Enfin, l'exercice libéral ou mixte continue de régresser mais de façon moins marquée en 2017 et il ne contribue quasiment pas à la croissance des effectifs de médecins en 2017. La structure de la population des médecins en 2017 est ainsi très proche de celle de 2011.

La formation des médecins étant longue (neuf à onze ans selon les spécialités), le ralentissement de la dynamique des effectifs n'est pas compensé par la hausse continue du *numerus clausus*, qui s'établit à 8 205 places en 2017 (tableau 1), soit 12 % de plus que le niveau en vigueur en 2008. En 2017, le *numerus clausus* augmente toutefois plus faiblement que les années précédentes, de +1,0 %, après +6,3 % en 2016 et +2,0 % en 2015.

Près de la moitié des spécialistes exercent en secteur 2 et cette part croît de plus en plus vite

Selon les données de la base Assurance maladie – offre de soins (AMOS), distincte du RPPS, 114 000 médecins libéraux exercent en France fin 2017. Leurs effectifs diminuent de nouveau (-0,4 % en 2017 après -0,6 % en 2016), tant pour les omnipraticiens (-0,6 %) que pour les spécialistes (-0,3 %).

Un peu plus de la moitié des médecins libéraux sont omnipraticiens (graphique 2) ; cette proportion est stable dans le temps. Compte tenu des restrictions d'accès au secteur 2, la part des omnipraticiens libéraux exerçant en secteur 1 – appliquant le tarif conventionnel de la Sécurité sociale – est en croissance régulière depuis 1990 et dépasse les 90 % depuis 2015.

En revanche, chez les spécialistes libéraux, la part de praticiens en secteur 1 passe de 63 % en 2000 à 54 % en

2017, soit une baisse moyenne de 0,5 point de pourcentage par an. L'ampleur de cette baisse s'accroît d'année en année pour atteindre près de -1 point en 2017 du fait de flux importants d'installations en secteur 2. En conséquence, 46 % des spécialistes exercent en secteur 2 en 2017. Cette accélération de la part du secteur 2 tient pour plus de moitié à la dynamique des effectifs de six spécialités : anesthésie, chirurgie, gynécologie-obstétrique, radiologie, psychiatrie et neuropsychiatrie.

La population des médecins continue de se féminiser et de rajeunir

Le mouvement de féminisation de la population des médecins s'accroît avec les jeunes générations (graphique 3). Toutes classes d'âge confondues, la part des femmes passe de 45 % en 2016 à 46 % en 2017, et pourrait dépasser 60 % en 2040 d'après les dernières projections de la DREES. Malgré cette féminisation de la profession, les choix de spécialités restent très sexués. Ainsi, les femmes choisissent majoritairement l'endocrinologie (76 %), la gynécologie médicale (74 %), la dermatologie (70 %) ou la pédiatrie (70 %). Elles sont en revanche moins de 20 % à opter pour les spécialités chirurgicales.

En parallèle, la population des médecins continue de rajeunir, les médecins de moins de 45 ans étant de plus en plus nombreux contrairement aux médecins plus âgés.

Les inégalités régionales persistent

En 2017, la densité moyenne de praticiens est quasiment stable à 337 médecins pour 100 000 habitants en France, (336 un an auparavant). La répartition des médecins sur le territoire est proche de celle de 2016 et les inégalités régionales persistent. La densité est maximale en région PACA et en Île-de-France (carte 1) qui comptent environ 400 médecins pour 100 000 habitants, malgré une densité en baisse en Île-de-France. À l'opposé, la densité est minimale à Mayotte et en Guyane (respectivement 77 et 212 médecins pour 100 000 habitants). Avec environ 300 médecins pour 100 000 habitants, la situation de la Guadeloupe et de la Martinique s'améliore, tandis que celle des autres régions stagne ou varie faiblement. Mayotte, dont la densité est relativement faible, voit celle-ci diminuer de près de 7 %.

1. Les effectifs renseignés pour l'année 2017 correspondent aux professionnels de santé recensés en France par le RPPS au 1^{er} janvier 2018 et par AMOS au 31 décembre 2017.

Pour en savoir plus

> Anguis, M., Chaput, H., Marbot, C., et al. (2018, mai). 10 000 médecins de plus depuis 2012. DREES, *Études et Résultats*, 1061.

> Bachelet M., Anguis, M. (2017, mai). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES, *Études et Résultats*, 1011.

> Outil de projections d'effectifs de médecins à l'horizon 2040, disponible à l'adresse <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/>

> Données sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2018, téléchargeables sur Data.Drees (www.data.drees.sante.gouv.fr).

Tableau 1 Effectifs de médecins par mode conventionnel et *numerus clausus*

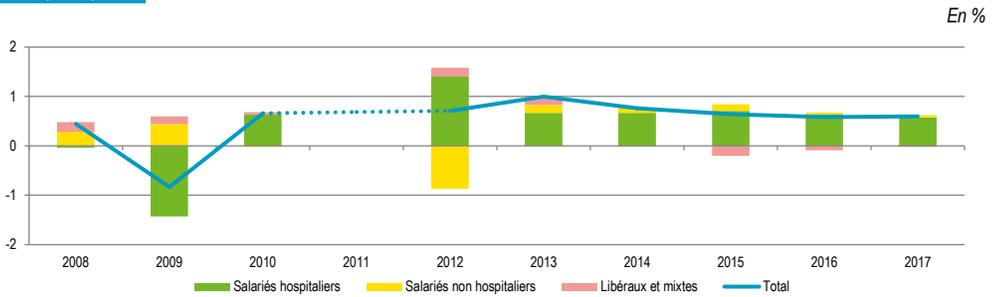
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2016 (%)	TCAM* 2017/2011 (%)
Ensemble	213 821	212 044	213 442	216 762	218 296	220 474	222 150	223 571	224 875	226 219	0,6	0,7
Médecins libéraux et mixtes	125 127	125 458	125 547	129 721	130 106	130 477	130 449	130 006	129 809	129 758	0,0	0,0
Médecins salariés	88 694	86 586	87 895	87 041	88 190	89 997	91 701	93 565	95 066	96 461	1,5	1,7
dont salariés hospitaliers	65 188	62 135	63 488	59 061	62 098	63 555	65 027	66 596	68 009	69 306	1,9	2,7
Numerus clausus	7 300	7 400	7 400	7 400	7 500	7 492	7 497	7 646	8 124	8 205	1,0	1,7

* TCAM : taux de croissance annuel moyen.

Note > Le changement de répertoire en 2011 (passage d'Adeli au RPPS) améliore la qualité du recensement et modifie quelque peu le périmètre des spécialités : de ce fait, l'évolution 2010-2011 ne peut être analysée.

Sources > DREES, Adeli 2009-2011 pour les années 2008-2010, RPPS 2012-2018 pour les années 2011-2017, Légifrance.

Graphique 1 Évolution des effectifs de médecins et contributions par mode d'activité

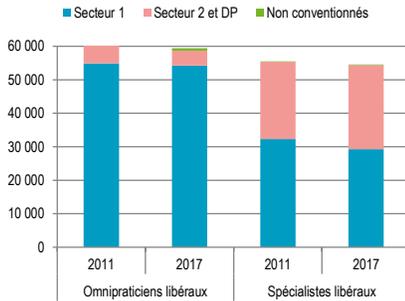


Note > Le changement de répertoire en 2011 (passage d'Adeli au RPPS) ne permet pas d'analyser l'évolution 2010-2011.

Sources > DREES, Adeli 2009-2011 pour les années 2008-2010, RPPS 2012-2018 pour les années 2011-2017, calculs DREES.

Graphique 2 Effectifs des médecins libéraux

En milliers

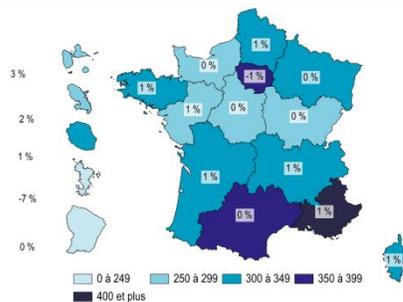


Note > DP : droit permanent à dépassement (dispositif en extinction, antérieur à la création du secteur 2).

Sources > CNAM, AMOS 2011-2017.

Carte 1 Densité de médecins en 2017 et évolution annuelle

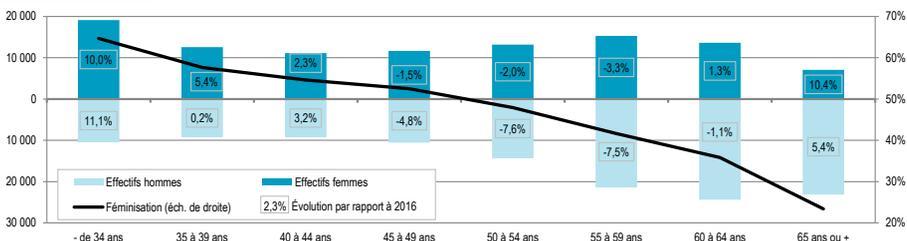
Pour 100 000 habitants



Lecture > En 2017, la densité de médecins en Île-de-France est comprise entre 350 et 399, en baisse de 1 % sur un an.

Sources > DREES, RPPS 2018 ; Insee pour la population.

Graphique 3 Taux de féminisation et répartition des médecins selon l'âge et le sexe en 2017



Lecture > En 2017, on dénombre un peu moins de 20 000 médecins femmes de moins de 34 ans ; cet effectif a augmenté de 10,0 % par rapport à 2016. On dénombre environ 10 000 médecins hommes de moins de 34 ans, soit un taux de féminisation de 65 % environ.

Source > DREES, RPPS 2018.

La consommation de **soins de sages-femmes en ville**, qui exercent au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, reste très dynamique en 2017 malgré un léger ralentissement (+9,5 %, après +9,7 % en 2016 et +10,9 % en 2015). Elle s'établit ainsi à 323 millions d'euros en 2017 (*tableau 1*). La contribution de ce poste à la croissance du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est toutefois quasiment nulle en raison du faible poids de ce poste dans la CSBM (0,2 %).

Une consommation très dynamique, du fait du PRADO et de la diversification des activités

Entre 2008 et 2012, la consommation de soins de sages-femmes était en croissance annuelle moyenne de près de 8,5 %. Entre 2012 et 2015, la consommation a encore nettement accéléré, à un rythme annuel moyen de 12,6 %. Cette accélération est à rapprocher des effets de la montée en charge du Programme de retour à domicile organisé (PRADO) qui vise à réduire la durée du séjour en maternité après l'accouchement, en instaurant notamment deux visites à domicile d'une sage-femme après la naissance. Depuis 2012, le nombre de naissances en France métropolitaine a diminué de 7,9 %, mais l'effet du PRADO l'emporte au cours de la période sur ce facteur démographique.

Entre 2008 et 2015, les honoraires moyens par sage-femme libérale augmentaient en moyenne de 1,6 % par an, avec des à-coups notamment en 2013 (+5,5 %) (*tableau 2*), année particulièrement marquée par la montée en charge du PRADO ainsi que par une revalorisation de certains actes. En 2017, les honoraires par tête des sages-femmes libérales augmentent de 1,2 % pour s'établir à 57 800 euros, après avoir stagné en 2016 (-0,2 %).

L'activité des sages-femmes libérales est diversifiée : visites à domicile, actes infirmiers et non infirmiers, forfait de surveillance, préparation à l'accouchement, etc. Depuis 2008, les parts de ces activités ont évolué. Les visites à domicile associées à la surveillance après accouchement, ainsi que les actes non infirmiers se sont développés, notamment à partir de 2013 du fait de la mise en place du PRADO. Inversement, les actes infirmiers et les préparations à l'accouchement représentent une part de moins en moins importante de l'activité des sages-femmes. Les lois sur la santé de 2009 et 2016 ont élargi le champ de compétences des sages-femmes de la périnatalité à la gynécologie, suggérant un renforcement

de leur rôle de premier recours auprès des femmes en bonne santé.

La mise en œuvre de la loi du 26 janvier 2016 permet notamment aux sages-femmes de prescrire et de pratiquer des IVG médicamenteuses, et des vaccinations pour les parturientes, nouveau-nés ainsi que pour l'entourage. Elles sont également habilitées à prescrire des substituts nicotiniques. Cet élargissement de compétences intervient alors que la DREES prévoit une baisse de la population de gynécologues. Une telle évolution des pratiques soutiendrait la progression de la consommation future de soins de sages-femmes.

Plus d'un quart des sages-femmes exercent en libéral

En 2017, la faible croissance des effectifs de sages-femmes s'accompagne d'une modification du mode d'exercice : les effectifs salariés à l'hôpital en France métropolitaine continuent de diminuer (-2,3 %) (*tableau 3*) pour atteindre 63,1 % du total. En revanche, la part des sages-femmes exerçant en libéral augmente jusqu'à 30,7 %. Ce glissement du salariat vers le libéral serait à rapprocher de la structure par âge de la population : la catégorie la plus nombreuse (30-34 ans) coïncide avec un nombre d'années d'expérience acquise propice à une installation en libéral. Le métier reste très féminin, moins de 3 % des effectifs sont des hommes en 2017 (*graphique 1*).

Des sages-femmes inégalement réparties sur le territoire et plus nombreuses dans les DROM

La densité moyenne de sages-femmes est de 157 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, mais elles sont inégalement réparties sur le territoire (*carte 1*). En Métropole, la densité est minimale en Île-de-France, avec 124 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, alors qu'elle est maximale en Auvergne-Rhône-Alpes (180). La très forte densité dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), environ 215 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, pourrait s'expliquer par la natalité plus forte qu'en Métropole (18,2 naissances pour mille habitants dans les DROM en 2016 contre 11,2 pour mille en France métropolitaine), et par un rôle spécifique joué Outre-mer par les sages-femmes dans un contexte de moindre densité en médecins gynécologues.

Pour en savoir plus

- > **Bachelet, M., Anguis, A.** (2016, mai). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES, *Études et Résultats*, 1011.
- > **Barlet, M., Marbot, C.** (dir.) (2016, avril). *Portrait des professionnels de santé – édition 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la Drees – Santé.
- > **Observatoire national de la démographie des professions de santé** (2016, mai). Les sages-femmes : une profession en mutation.

Tableau 1 Consommation de soins de sages-femmes en ville

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)	136	148	160	172	189	219	243	269	296	323
Évolution (en %)	7,7	8,4	8,2	7,4	9,8	15,8	11,1	10,9	9,7	9,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Honoraires moyens des sages-femmes libérales

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Honoraires moyens par an* (en milliers €)	51,2	50,8	51,7	52,2	52,5	55,3	56,4	57,3	57,2	57,8
Évolution (en %)	1,2	-0,7	1,7	1,0	0,6	5,5	1,9	1,5	-0,2	1,2

* Honoraires des professionnels en activité à part entière (APE) : sages-femmes ayant exercé une activité libérale normale sur une année complète, dans un cadre conventionnel.

Champ > France.

Sources > CNAM, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015.

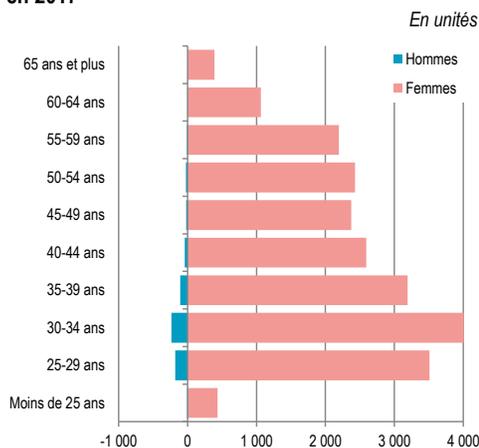
Tableau 3 Effectifs des sages-femmes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2016 (%)	Structure 2017 (%)
Ensemble	19 651	20 040	18 835	19 535	20 235	20 772	21 632	22 312	22 787	22 812	0,1	100,0
Métropole	18 847	19 208	18 070	18 609	19 263	19 764	20 591	21 206	21 638	21 718	0,4	95,2
Salariés hospitaliers	14 263	14 355	13 459	13 484	13 881	13 833	14 040	14 050	14 029	13 706	-2,3	63,1
Autres salariés	1 352	1 366	1 361	1 374	1 184	1 264	1 312	1 330	1 324	1 355	2,3	6,2
Libéraux	3 232	3 487	3 250	3 751	4 198	4 667	5 239	5 826	6 285	6 657	5,9	30,7
DROM	804	832	765	926	972	1 008	1 041	1 106	1 149	1 094	-4,8	4,8

Note > Le changement de répertoire en 2011 (passage d'Adeli au RPPS) ne permet pas d'analyser l'évolution 2010-2011. Les effectifs de l'année *n* correspondent aux professionnels de santé recensés par le répertoire RPPS au 1er janvier *n*+1.

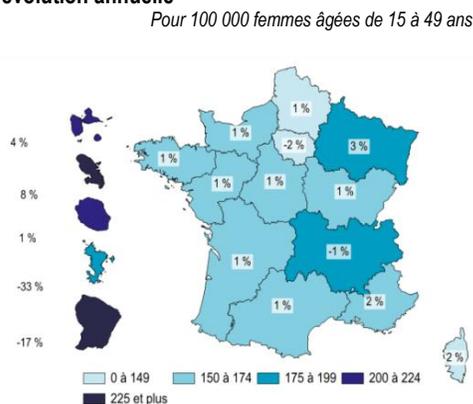
Lecture > En 2017, les salariés hospitaliers représentent 63,1 % des effectifs de sages-femmes en Métropole. Les sages-femmes exerçant dans les DROM représentent 4,8 % de l'ensemble des sages-femmes exerçant en France.

Sources > DREES, Adeli 2009-2011 pour les années 2008-2010, RPPS 2012-2018 pour les années 2011-2017.

Graphique 1 Répartition des sages-femmes en 2017

Champ > France, tous modes d'exercice confondus.

Source > DREES, RPPS 2018.

Carte 1 Densité de sages-femmes en 2017 et évolution annuelle

Champ > Tous modes d'exercice confondus.

Sources > DREES, RPPS 2018 ; Insee pour la population.

En 2017, la consommation de **soins infirmiers en ville** (infirmiers libéraux et en centres de santé) s'élevait à 8,2 milliards d'euros (*tableau 1*). Celle-ci progresse de 3,9 % en valeur en 2017, en ralentissement pour la cinquième année consécutive. Le poste « soins infirmiers en ville » représente 4,1 % du montant total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribue pour 0,2 point à la hausse de cet agrégat en 2017. Une franchise de 0,50 euro est appliquée à chaque acte infirmier depuis 2008 afin de contenir la dépense.

À l'inverse des soins infirmiers en ville, les services de soins infirmiers à domicile (voir fiches 32 et 33) – qui ne relèvent pas de la CSBM mais des soins de longue durée – accélèrent en 2017 (+2,7 %, après +0,9 %).

Une croissance portée par l'offre et la demande

Entre 2008 et 2012, la croissance des soins infirmiers était particulièrement dynamique – environ 7,4 % en moyenne annuelle – portée principalement par les volumes (*graphique 1*) et secondairement par les prix. En effet, les actes, l'indemnité forfaitaire de déplacement et la majoration du dimanche ont successivement été revalorisés en 2007, 2009 et 2012. À partir de 2013, les soins infirmiers restent dynamiques malgré un ralentissement continu. Comme pour d'autres postes, l'indice des prix ne prend pas en compte les changements de cotation des actes, mais uniquement la valorisation des lettres-clés : le dernier changement de cotations, datant de septembre 2014, s'est ainsi traduit par un effet de volume¹.

Structurellement, le dynamisme de la consommation de soins infirmiers est porté par le vieillissement de la population et par le virage ambulatoire du système de soins (avec par exemple l'extension du programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation – PRADO – depuis 2012). Ces facteurs favorisent la croissance des actes infirmiers de soins et médicaux. La structure des dépenses remboursables reste stable en 2017 : 47 % des dépenses concernent des actes médico-infirmiers (injections, pansements, etc.), 34 % des actes infirmiers de soins (séances de soins, surveillance, etc.) et 19 % sont relatifs aux frais de déplacement (*graphique 2*).

Cette demande dynamique coïncide avec une offre soutenue par des effectifs en forte croissance. Depuis

2008, les effectifs d'infirmiers progressent de 3,7 % par an en moyenne et environ 701 000 infirmiers exercent en France en 2017 (*tableau 2*). Cela s'accompagne d'une augmentation progressive de l'activité libérale au détriment du salariat. En 2017, en France métropolitaine, 82,8 % des infirmiers sont salariés (à l'hôpital ou non), contre 85,2 % en 2008.

La part des femmes reste prépondérante

En 2017, le taux de féminisation reste très élevé à 86,6 % (*tableau 3*). Depuis 2010, ce taux baisse continuellement de 0,1 point par an. La hiérarchie de la féminisation par mode d'exercice reste identique d'une année sur l'autre, la part des femmes étant plus élevée parmi les salariés qu'en libéral. Les infirmiers sont en moyenne âgés de 44,6 ans, sans grande disparité selon le mode d'exercice.

De très grandes disparités territoriales

La densité d'infirmiers libéraux est très inégale sur le territoire (*carte 1*), la moyenne nationale atteignant 185 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants. La Corse, la Guadeloupe et la Martinique ont une densité supérieure à 350, suivies des régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Les régions les moins dotées sont Mayotte et l'Île-de-France, avec respectivement 82 et 87 libéraux pour 100 000 habitants. La répartition des infirmiers s'expliquerait pour une faible part par la structure démographique des régions : la densité tend à croître légèrement avec la part de la population âgée de 60 ans ou plus. La dotation des régions en établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pourrait être un autre facteur explicatif de faible ampleur. Les autres facteurs d'attraction des régions sont prépondérants. La Cour des comptes précise que ces disparités géographiques contribuent au dynamisme de la dépense totale et poseraient la question de la pertinence des actes (part croissante des actes de *nursing*). Ces disparités s'accroissent en 2017, les densités d'infirmiers progressant en général plus fortement dans les régions où elles sont déjà élevées. Les densités progressent dans toutes les régions, sauf à Mayotte, en Guyane et en Bretagne.

1. En 2017, un avenant à la convention nationale organisant les rapports entre l'Assurance maladie et les infirmiers libéraux a été signé, prévoyant une revalorisation de la majoration du dimanche et des jours fériés (de 8 euros à 8,5 euros) au 1^{er} août 2018. Cette mesure se traduira par une hausse de la consommation de soins infirmiers en ville en 2018 et 2019.

Pour en savoir plus

- > Barlet, M., Cavillon, M. (2011, mai). La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections au niveau national et régional. DREES, *Études et résultats*, 760.
- > Caisse nationale de l'Assurance maladie (2018, juillet). *Rapport Charges et produits pour l'année 2019*. Partie 2.3.1 « Analyse du poste « soins infirmiers » : près des 2/3 des dépenses sont mobilisées pour la prise en charge de 3 groupes de pathologies ».
- > Caisse nationale de l'Assurance maladie (2017, juillet). *Rapport Charges et produits pour l'année 2018*. Partie 3.1.3 « Promouvoir les prises en charge en ambulatoire et réduire le recours à l'hôpital ».
- > Commission des comptes de la Sécurité sociale (2017, septembre). Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2016, prévisions 2017 et 2018. Éclairage 3.2 « Les infirmiers libéraux : démographie, activité et recours aux soins », p. 112.
- > Cour des comptes (2016, septembre). *Rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016*. Chapitre IX.

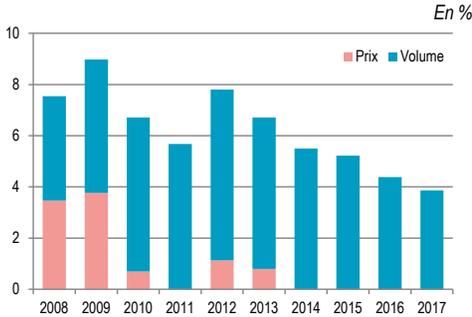
Tableau 1 Consommation de soins infirmiers en ville

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)	4 786	5 224	5 577	5 893	6 357	6 787	7 161	7 534	7 865	8 169
Évolution (en %)	7,7	9,2	6,8	5,7	7,9	6,8	5,5	5,2	4,4	3,9
Ssiad* (en millions €)	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583	1 597	1 641
Évolution (en %)	9,5	8,3	1,8	4,8	5,1	4,6	1,7	1,3	0,9	2,7

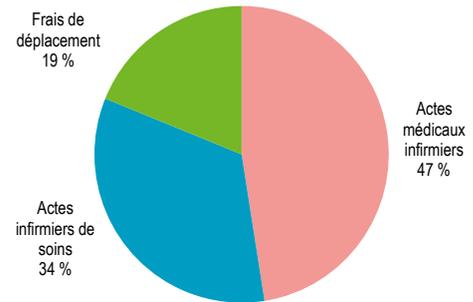
* Les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sont inclus dans les soins de longue durée aux personnes âgées (voir fiche 32) au sein de l'agrégat « dépense courante de santé ». Ils sont exclus du poste « soins infirmiers » retracé dans cette fiche, car hors champ de la CSBM, mais mentionnés ici pour mémoire.

La rémunération des infirmiers au titre de contrats signés avec l'assurance maladie représente moins de 1 million d'euros en 2017. Elle est retracée dans le poste « contrats et autres soins » (voir annexe tableaux détaillés).

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Taux d'évolution des soins infirmiers

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure des dépenses remboursables de soins infirmiers en 2017

Champ > France, assurés du régime général.

Source > CNAM.

Tableau 2 Effectifs des infirmiers

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2016 (%)	Structure 2017 (%)
Ensemble	507 514	528 389	547 861	567 564	595 594	616 796	638 248	660 611	681 459	700 988	2,9	100,0
Métropole	495 834	515 754	534 378	552 908	579 866	600 170	621 225	642 875	663 162	682 254	2,9	97,3
Saliés hospitaliers	351 728	362 831	371 382	380 315	395 527	405 372	414 596	424 347	434 542	446 580	2,8	65,5
Autres salariés	70 596	75 733	80 753	85 357	91 536	96 549	102 135	107 497	112 436	118 223	5,1	17,3
Libéraux	73 510	77 190	82 243	87 236	92 803	98 249	104 494	111 031	116 184	117 451	1,1	17,2
DROM	11 680	12 635	13 483	14 656	15 728	16 626	17 023	17 736	18 297	18 734	2,4	2,7

Note > Les effectifs de l'année n correspondent aux professionnels de santé recensés au répertoire Adeli au 1^{er} janvier $n+1$.

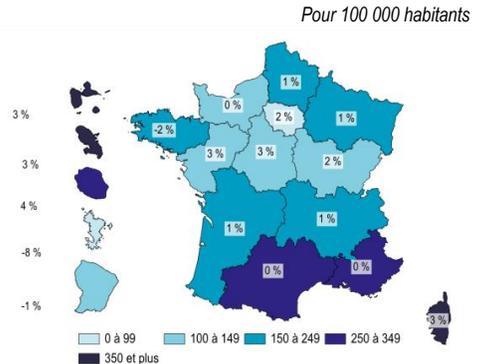
Sources > DREES, Adeli 2009-2018.

Tableau 3 Démographie des infirmiers par mode d'exercice en 2017

	Âge moyen	Part des femmes (en %)
Ensemble	44,6	86,6
Saliés hospitaliers	44,2	86,5
Autres salariés	45,7	90,5
Libéraux	44,8	83,4

Champ > France.

Source > DREES, Adeli 2018, professionnels de santé recensés au répertoire au 1^{er} janvier 2018.

Carte 1 Densité des infirmiers libéraux en 2017 et évolution annuelle

Sources > DREES, Adeli 2018 ; Insee pour la population par région.

La consommation de **soins de masseurs-kinésithérapeutes en ville** s'élève à 6,0 milliards d'euros en 2017, soit 3,0 % de plus qu'en 2016 (*tableau 1*). Cette hausse est entièrement portée par celle des volumes. Les prix sont en effet stables, en l'absence de revalorisation tarifaire portant sur l'année 2017 (*graphique 1*).

Les soins de masso-kinésithérapie représentent 3,0 % du total de la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) et contribuent pour 0,1 point à la croissance de cet agrégat en 2017.

Le prix des soins de masso-kinésithérapie est stable depuis 2014

L'indice de prix des masseurs-kinésithérapeutes est resté stable entre 2004 et 2011, malgré la signature d'une nouvelle convention en 2007. La revalorisation des prix s'était alors traduite par une hausse du nombre de coefficients – et non des tarifs – de certains actes, ce que l'indice des prix à la consommation (IPC) ne traduit pas en augmentation de prix mais en hausse du volume¹.

Le 1^{er} juillet 2012, certains tarifs ont en revanche fait l'objet d'une revalorisation : les prix ont donc augmenté de 3,0 % en 2012 et de 3,4 % en 2013 sous l'effet « année pleine » de cette revalorisation. Depuis 2014, les prix sont stables, en l'absence de nouvelle revalorisation².

Des volumes de soins de masso-kinésithérapie plus dynamiques que ceux de l'ensemble de la CSBM

De 2001 à 2007, les volumes de soins de masso-kinésithérapie ont augmenté de 5,7 % par an en moyenne. À la suite des mesures de maîtrise médicalisée, comme l'accord préalable nécessaire pour certaines séries d'actes ou les référentiels, ces volumes progressent désormais moins vite : ils augmentent de 3,0 % par an en moyenne depuis 2008. Cette hausse reste toutefois soutenue : à titre de comparaison, durant la même période, la CSBM a augmenté de 2,5 % par an en moyenne (en volume).

Le dynamisme structurel des volumes de soins de masso-kinésithérapie est partiellement lié au vieillissement de la population. Sur le champ des assurés du régime général, les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) représentent en effet 68 % de la consommation de soins

de kinésithérapie en 2017 (*graphique 2*). Ces actes, auxquels recourent les personnes âgées dépendantes, occupent une place de plus en plus importante dans la consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes (+6 points depuis 2008). En 2017, les actes classiques (AMK) couvrent 25 % de l'activité. Les actes effectués en établissements (AMC) et les frais de déplacement des praticiens sont plus marginaux et ne représentent que 3 % et 4 % de la consommation, un niveau assez stable depuis 2008.

Les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes croissent rapidement

Fin 2016³, près de 88 000 masseurs-kinésithérapeutes exercent en France, dont 2 900 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) (*tableau 2*). Les effectifs de kinésithérapeutes ont augmenté de 3 % par an en moyenne depuis 2000, portés par l'élargissement progressif du nombre de places ouvertes aux étudiants masseurs-kinésithérapeutes et par l'accueil de professionnels formés à l'étranger. Près de 80 % des masseurs-kinésithérapeutes exercent en secteur libéral, une part stable d'une année sur l'autre, et le secteur hospitalier emploie la majorité des effectifs de salariés.

Les femmes sont désormais aussi nombreuses que les hommes dans la profession, alors qu'elles représentaient 42 % des effectifs totaux en 2000 (*tableau 3*). Elles exercent toutefois moins souvent en libéral (46,3 % des libéraux en 2016) et constituent une majorité des salariés d'établissements hospitaliers (69,1 %). Les masseurs-kinésithérapeutes sont en moyenne âgés de 40,7 ans, sans grande disparité selon le mode d'exercice.

Les dernières projections de la DREES anticipent une hausse continue des effectifs de la profession d'ici à 2040, une poursuite du mouvement de féminisation et du développement de l'exercice libéral, avec toutefois une évolution des équivalents temps plein plus modérée que celle des effectifs.

La densité moyenne atteint 132 masseurs-kinésithérapeutes pour 100 000 habitants. Cette densité est très inégale sur le territoire (*carte 1*) : les densités les plus fortes s'observent dans les régions du sud de la France ainsi qu'à La Réunion.

1. Le prix d'un acte est défini à l'aide de deux éléments : la lettre clef, à laquelle correspond un certain montant en euros ou tarif (par exemple pour les masseurs-kinésithérapeutes, la lettre AMK vaut 2,15 euros en France métropolitaine, tout comme les lettres AMC et AMS), et la cotation de cet acte, car chaque acte correspond à un certain nombre de lettres clefs. L'indice des prix à la consommation de l'Insee (IPC) ne prend toutefois pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres-clefs : les changements de cotations se traduisent de ce fait par un pur effet volume.

2. En novembre 2017, l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (Uncam) et l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux ont signé un avenant n° 5 à la convention nationale. Cet accord prévoit des mesures de revalorisations tarifaires via des augmentations de cotations d'actes, échelonnées entre juillet 2018 et juillet 2021, qui devraient se traduire par une hausse des honoraires des masseurs-kinésithérapeutes libéraux.

3. Les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes en 2017, comptabilisés au 1^{er} janvier $n+1$, ne sont pas encore disponibles sur le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS).

Pour en savoir plus

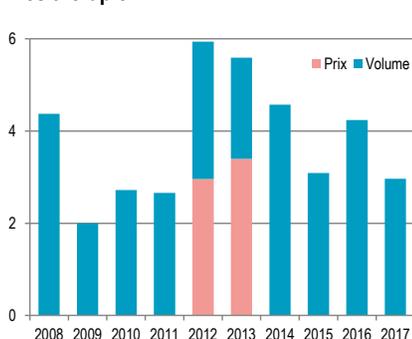
> Millien, C. (2018, juillet). D'ici à 2040, les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes augmenteraient de 57 % soit bien plus que les besoins de soins. DREES, *Études et Résultats*, 1075.

Tableau 1 Consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)	4 308	4 394	4 514	4 634	4 913	5 191	5 429	5 596	5 833	6 006
Valeur	4,4	2,0	2,7	2,7	6,0	5,7	4,6	3,1	4,2	3,0
Évolution (en %)	Prix	0,0	0,0	0,0	3,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0
	Volume	4,4	2,0	2,7	2,7	3,0	2,2	4,6	3,1	4,2

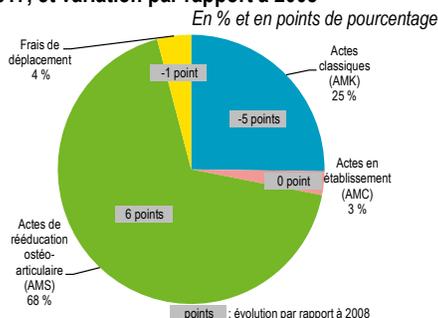
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution des soins de masso-kinésithérapie



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure des dépenses remboursables de soins de masso-kinésithérapie en 2017, et variation par rapport à 2008



Champ > France, assurés du régime général.

Source > CNAM.

Tableau 2 Effectifs des masseurs-kinésithérapeutes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Structure 2016 (%)
Ensemble	68 751	70 845	72 850	75 164	77 778	80 759	83 619	86 459	87 991	100,0
Métropole	66 919	68 923	70 780	72 870	75 304	78 061	80 740	83 479	85 086	96,7
Salariés hospitaliers	11 520	11 976	12 218	12 520	12 880	13 247	13 449	13 730	13 063	15,4
Autres salariés	2 595	2 673	2 799	2 980	3 064	3 196	3 373	3 440	3 863	4,5
Libéraux	52 804	54 274	55 763	57 370	59 360	61 618	63 918	66 309	68 160	80,1
DROM	1 832	1 922	2 070	2 294	2 474	2 698	2 879	2 980	2 905	3,3

Note > Le changement de répertoire en 2016 (passage d'Adeli au RPPS) améliore la qualité du recensement ; de ce fait, l'évolution 2015-2016 ne peut être analysée. Les données pour l'année 2017 ne sont pas encore disponibles.

Les effectifs de l'année *n* correspondent aux professionnels de santé recensés aux répertoires Adeli ou RPPS au 1^{er} janvier *n*+1.

Sources > DREES, Adeli 2009-2016 pour les années 2008-2015, RPPS 2017 pour l'année 2016.

Tableau 3 Démographie des masseurs-kinésithérapeutes par mode d'exercice en 2016

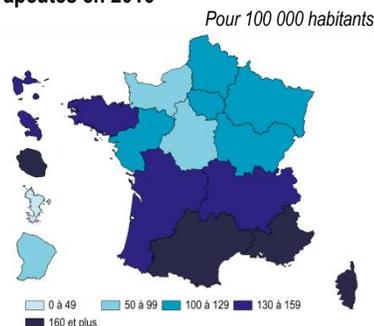
	Âge moyen	Part des femmes (en %)
Ensemble	40,7	50,6
Salariés hospitaliers	41,1	69,1
Autres salariés	42,2	66,1
Libéraux	40,6	46,3

Note > Les données 2017 ne sont pas encore disponibles.

Champ > France.

Source > DREES, RPPS 2017, professionnels de santé recensés au répertoire au 1^{er} janvier 2017.

Carte 1 Densité des masseurs-kinésithérapeutes en 2016



Note > Les données 2017 ne sont pas encore disponibles.

Champ > Tous modes d'exercice confondus.

Sources > DREES, RPPS 2017 ; Insee pour la population.

La consommation de soins des orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues, qui constitue le poste « **autres auxiliaires médicaux** », s'élève à 1,3 milliard d'euros en 2017 (*tableau 1*). Elle augmente de 3,6 % en valeur, soit la progression la plus faible observée depuis le début des années 2000 après celle de l'année 2015 (+3,5 %). Cette hausse est entièrement portée par les volumes. Entre 2008 et 2014, ces soins ont progressé de 5,5 % par an en moyenne. Ces dépenses ont un poids très limité dans le total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [0,7 % en 2017, dont 0,6 % pour les seuls orthophonistes] et ne contribuent donc quasiment pas à la croissance de cet agrégat en 2017.

Les soins d'orthophonistes représentent 85 % des soins d'autres auxiliaires médicaux

La consommation de soins d'**orthophonistes**, qui s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2017, progresse de 3,3 % en valeur comme en volume (*tableau 1*). Le rythme de progression des volumes de soins d'orthophonie est compris entre 3 % et 6 % depuis 2008.

La croissance des prix est nulle pour la quatrième année consécutive (*graphique 1*), après une évolution de 3,8 % en 2013 consécutive à la dernière revalorisation de certains tarifs en novembre 2012¹.

Fin 2017, environ 24 800 orthophonistes exercent en France métropolitaine et près de 780 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) (*tableau 2*). L'augmentation des effectifs en 2017 est particulièrement faible (+0,5 %) en comparaison avec la dynamique observée depuis plusieurs années (+3,7 % par an en moyenne entre 2008 et 2016).

La grande majorité des orthophonistes exerce en secteur libéral : en Métropole, c'est le cas pour 80,9 % d'entre eux en 2017. Cette profession est quasi exclusivement féminine (96,8 %).

Fin 2017, la densité moyenne en France est de 38 orthophonistes pour 100 000 habitants. Les densités les plus élevées (entre 43 et 57) s'observent dans les régions du sud de la France (Occitanie, Provence-Alpes-Côte d'Azur) ainsi qu'en Auvergne-Rhône-Alpes, dans les Hauts-de-France et à La Réunion. Mayotte et la Guyane présentent les densités les plus faibles (respectivement 4 et 13).

La hausse des soins d'orthoptistes est portée par la dynamique des volumes

Les soins d'**orthoptistes**, qui s'élèvent à 166 millions d'euros en 2017, progressent de 3,8 % en valeur et en volume (*graphique 2*). Le rythme de progression des volumes de ces soins varie d'un peu moins de 4 % à 6 % depuis 2008, sauf en 2009 où les soins d'orthoptistes ont augmenté de 9,0 % portés par les seuls volumes.

La dernière revalorisation du prix des actes des orthoptistes date de novembre 2012².

Fin 2017, environ 4 750 orthoptistes sont recensés en France métropolitaine et 125 dans les DROM. Les effectifs d'orthoptistes progressent de 5,0 % par an en moyenne entre 2008 et 2016, comme en 2017.

La densité moyenne en France est de 7 orthoptistes pour 100 000 habitants : la densité la plus élevée s'observe en Occitanie (11), et les densités les plus faibles en Guyane et à Mayotte (respectivement 3 et moins de 1). Un peu moins des deux tiers des orthoptistes exercent à titre libéral. Comme pour les orthophonistes, il s'agit d'une profession essentiellement féminine (88,7 %).

Les dépenses de soins de pédicures-podologues progressent rapidement

Les soins de **pédicures-podologues** pris en charge par l'Assurance maladie représentent une dépense de 35 millions d'euros en 2017. En rapide progression, ils ont évolué en moyenne de 18,6 % par an depuis 2008, leur dynamisme étant toutefois légèrement moins marqué ces dernières années (+12,8 % par an en moyenne entre 2014 et 2017). Il s'agit essentiellement d'actes de pédicure pour diabétiques.

Les dépassements liés aux actes des pédicures-podologues ont baissé de façon marquée ces dernières années : ceux-ci représentent 11,9 % des honoraires de base en 2017 selon les données de la base Assurance maladie – offre de soins (AMOS), contre 25,2 % en 2014.

En 2016 (dernière année connue), environ 13 800 pédicures-podologues sont recensés en France métropolitaine et 220 dans les DROM. Entre 2008 et 2016, le nombre de pédicures-podologues a progressé de 2,9 % par an en moyenne.

1. En juillet 2017, un avenant à la convention nationale des orthophonistes libéraux a été signé par la Fédération nationale des orthophonistes et l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (Uncam). Cet accord prévoit les mises en œuvre progressives entre 2018 et 2020 de plusieurs revalorisations de cotations d'actes du bilan orthophonique ainsi que la mise en place de forfaits et majorations visant à valoriser l'activité des orthophonistes et soutenir leur implication dans certaines prises en charge. L'indice des prix ne prend pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres-clés : les changements de cotations se traduiraient par un pur effet de volume.

2. En avril 2017, un accord a été conclu entre le Syndicat national autonome des orthoptistes et l'Uncam, prévoyant une revalorisation en 2018 et 2019 de la cotation de certains actes, ainsi que la mise en place de mesures visant à favoriser l'exercice des orthoptistes dans les zones déficitaires en offre de soins visuels. Comme pour les orthophonistes, l'indice des prix ne prend pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres-clés : les changements de cotations se traduiraient donc par un pur effet de volume.

Tableau 1 Consommation de soins des autres auxiliaires médicaux

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)	856	894	945	993	1 051	1 126	1 179	1 220	1 276	1 322
Orthophonistes	747	773	815	856	906	965	1 007	1 040	1 085	1 121
Orthoptistes	101	111	116	122	128	140	147	153	160	166
Pédicures-podologues	7	11	13	16	18	20	24	28	31	35
Valeur	6,4	4,5	5,6	5,2	5,8	7,1	4,7	3,5	4,6	3,6
Évolution du total (en %)										
Prix	1,2	0,0	0,0	0,0	0,7	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0
Volume	5,2	4,5	5,6	5,2	5,1	3,2	4,7	3,5	4,6	3,6

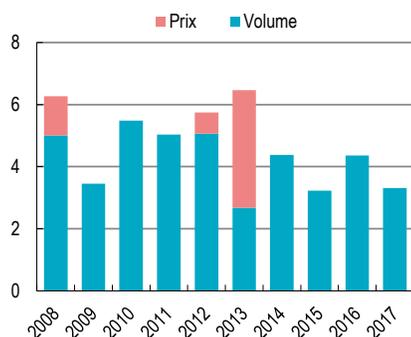
Note > L'activité des pédicures-podologues retrace uniquement les actes prescrits par un médecin et pris en charge par la Sécurité sociale. Leurs autres activités, étant apparentées à des soins esthétiques, ne font pas partie du périmètre des comptes de la santé.

Les rémunérations perçues par les orthophonistes au titre de l'option démographie représentent moins de 1 million d'euros en 2017. Elles sont retracées dans le poste « contrats et autres soins » (voir annexe tableaux détaillés).

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution des soins d'orthophonie

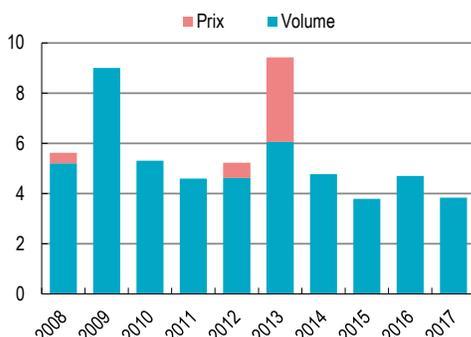
En %



Sources > DREES pour les volumes ; Insee pour les prix.

Graphique 2 Évolution des soins d'orthoptie

En %



Sources > DREES pour les volumes ; Insee pour les prix.

Tableau 2 Effectifs des autres auxiliaires médicaux

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2016 (%)	Part des femmes en 2017 (%)
Métropole												
Orthophonistes	18 506	19 247	19 963	20 611	21 283	22 070	22 827	23 726	24 699	24 828	0,5	96,9
Orthoptistes	3 081	3 232	3 396	3 566	3 736	3 922	4 086	4 302	4 529	4 751	4,9	88,9
Pédicures-podologues	11 045	11 299	11 579	11 911	12 247	12 660	13 055	13 446	13 823	n.d.	n.d.	n.d.
dont libéraux												
Orthophonistes	14 744	15 384	16 058	16 632	17 176	17 773	18 391	19 149	20 000	20 084	0,4	96,9
Orthoptistes	2 205	2 304	2 396	2 487	2 593	2 660	2 743	2 793	2 850	2 916	2,3	89,5
Pédicures-podologues	10 832	11 092	11 371	11 695	12 029	12 430	12 817	13 201	13 575	n.d.	n.d.	n.d.
DROM												
Orthophonistes	473	516	560	609	619	674	694	740	768	779	1,4	96,0
Orthoptistes	70	80	84	89	90	94	99	107	114	125	9,6	80,0
Pédicures-podologues	144	154	168	174	183	190	195	206	216	n.d.	n.d.	n.d.
France												
Orthophonistes	18 979	19 763	20 523	21 220	21 902	22 744	23 521	24 466	25 467	25 607	0,5	96,8
Orthoptistes	3 151	3 312	3 480	3 655	3 826	4 016	4 185	4 409	4 643	4 876	5,0	88,7
Pédicures-podologues	11 189	11 453	11 747	12 085	12 430	12 850	13 250	13 652	14 039	n.d.	n.d.	n.d.

Note > Les effectifs de l'année n correspondent aux professionnels de santé recensés aux répertoires Adeli ou RPPS au 1^{er} janvier $n+1$.

Sources > DREES, Adeli 2009-2018.

En 2017, la consommation de soins dentaires s'élève à 11,3 milliards d'euros (*tableau 1*). Celle-ci est nettement moins dynamique qu'en 2016 (+1,8 % de croissance en valeur en 2017, contre +3,0 % un an plus tôt), en raison principalement d'un ralentissement des volumes de soins (+1,3 %, après +2,2 % en 2016). Néanmoins, la dynamique réelle de la dépense de soins dentaires est difficile à appréhender du fait de la difficulté de mesurer finement les soins non remboursables (*encadré*).

Les soins dentaires représentent 5,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2017 et contribuent à hauteur de 0,1 point à la croissance de cet agrégat.

Entre 2009 et 2016, le prix des soins dentaires a progressé de 1,0 % environ chaque année. Plusieurs mesures d'augmentation des tarifs ont eu lieu en 2013 et 2014 notamment la revalorisation de l'examen de prévention bucco-dentaire (de 25 à 30 euros en février 2013) et le passage du tarif de la consultation de 20 à 23 euros. La revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM), entrées en vigueur en juin 2014, ont porté les prix en 2014 et 2015. Depuis deux ans, l'indice de prix augmente un peu plus faiblement (+0,5 % en 2017, après +0,7 % en 2016).

Les dépassements représentent plus de 50 % des honoraires des chirurgiens-dentistes depuis 2009

Les soins remboursables des dentistes sont composés en majorité de soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation etc.) : ils représentent 51 % du nombre total d'actes en 2016 (*graphique 1*). Viennent ensuite les radiographies, qui représentent 19 % des actes, les consultations et visites (12 %), les prothèses (11 %), les actes de chirurgie (5 %) et enfin l'orthodontie (2 %). En composition de soins facturés, la répartition serait différente.

Parmi les soins remboursables, les dépassements d'honoraires dentaires (par rapport aux tarifs opposables) sont concentrés sur les prothèses et actes d'orthodontie, seuls actes dentaires remboursables sur lesquels ils sont autorisés (*encadré*). Depuis 2009, ils augmentent en moyenne de 1,9 % par an (contre 1,7 % pour les honoraires annuels moyens) ; précédemment, entre 2001 et 2008, leur progression était plus rapide (5,1 % par an en moyenne) et également supérieure à celle des honoraires annuels moyens (4,2 %).

Du fait de ce différentiel de croissance, les dépassements représentent plus de 50 % des honoraires dentaires totaux depuis 2009 (*graphique 2*). Dans l'attente d'un accord entre partenaires conventionnels qui remplacerait le règlement arbitral publié le 1^{er} avril 2017, les mesures de plafonnement des tarifs des soins prothétiques et de revalorisation des soins conservateurs et de prévention qu'il institue ont été différées au 1^{er} janvier 2019.

Une profession très majoritairement libérale

Dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 42 348 chirurgiens-dentistes sont recensés en France (*tableau 2*), dont 963 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) en 2017. Les effectifs augmentent en moyenne de 0,7 % par an depuis 2011 en raison de l'élargissement progressif du *numerus clausus*, passé de 930 par an au milieu des années 2000 à près de 1 200 depuis 2012. Auparavant, la démographie de cette profession était stable (-0,3 % par an en moyenne entre 2006 et 2010).

L'augmentation des effectifs de dentistes profite essentiellement à l'activité salariée, en forte progression depuis 2011 (+4,9 % par an en moyenne depuis 2011). Pour autant, l'essentiel des effectifs de chirurgiens-dentistes (88,1 %) reste constitué de libéraux. Les effectifs libéraux sont stables pour la période 2011-2017 (+0,3 % par an en moyenne). Bien que cette profession reste l'une des professions de santé les moins féminisées, le taux de féminisation progresse : il est passé de 36,6 % en 2007 à 44,7 % en 2017. Surtout, 58,6 % des chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans sont des femmes en 2017 (*graphique 3*).

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, les écarts de densité entre le nord et le sud du pays sont significatifs (*carte 1*). En 2017, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes atteint 63,2 pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à 70 pour 100 000 en Île-de-France et dans les régions du sud (Paca, Occitanie et Corse), tandis qu'elle est inférieure à 45 pour 100 000 en Normandie et dans certains DROM.

Tarifification des soins dentaires

Trois modes de tarification des soins dentaires coexistent :

- les consultations et les soins préventifs et conservateurs sont facturés au tarif opposable et pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Les dépassements ne sont pas autorisés sur ces types de soins ;
- les soins prothétiques et ceux d'orthodontie commencés avant le 16^e anniversaire du patient sont facturés le plus souvent avec dépassements. L'AMO prend en charge 70 % du tarif opposable ;
- les soins de parodontologie, d'implantologie et ceux d'orthodontie débutés après 16 ans font l'objet d'honoraires totalement libres. Ces actes ne sont ni inscrits dans la CCAM, ni remboursés par l'AMO. Ils sont cependant partiellement pris en charge par certains organismes complémentaires.

Cette dernière catégorie de soins, non remboursables, se développe. Ils sont très mal mesurés par la statistique publique, en raison de leur non-inscription dans la CCAM. En conséquence, l'estimation qui en est faite dans les comptes de la santé est fragile.

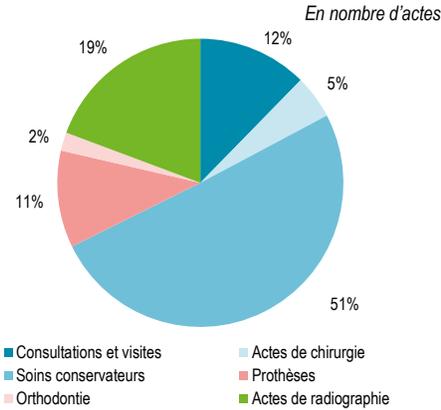
Tableau 1 Consommation de soins dentaires

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)	9 506	9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 282
Valeur	2,0	1,6	3,4	2,9	1,9	1,1	-0,1	1,6	3,0	1,8
Évolution (en %)										
Prix	1,8	1,2	1,2	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	0,5
Volume	0,2	0,4	2,2	1,8	1,0	0,2	-1,2	0,8	2,2	1,3

Note > Les rémunérations perçues par les chirurgiens-dentistes au titre de l'option démographie représentent moins de 1 million d'euros en 2017. Elles sont retracées dans le poste « contrats et autres soins » (voir annexe tableaux détaillés).

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

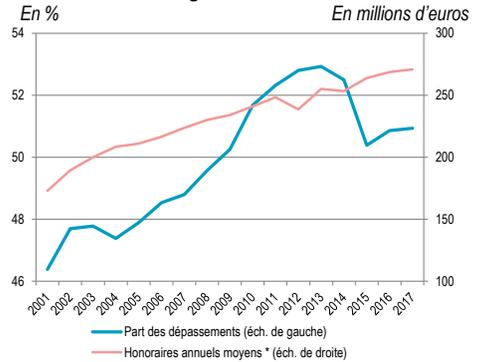
Graphique 1 Répartition des actes dentaires libéraux en 2016



Champ > Soins dentaires remboursables et actes de radiologie pratiqués par les chirurgiens-dentistes, France.

Sources > CNAM.

Graphique 2 Honoraires annuels moyens et part des dépassements dans l'ensemble des honoraires des chirurgiens-dentistes



* Praticiens APE (ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année).

Champ > Soins dentaires remboursables, France.

Source > CNAM.

Tableau 2 Effectifs de chirurgiens-dentistes par mode d'exercice

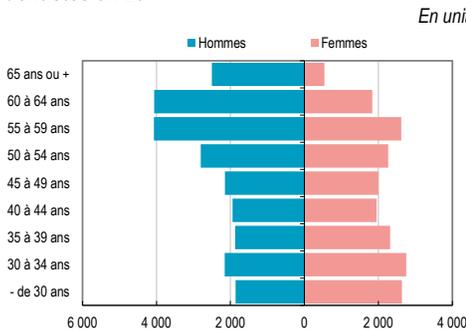
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2016-2017 (%)	structure 2017 (%)
Ensemble des chir. dentistes	41 116	40 930	40 941	40 599	40 833	41 186	41 495	41 788	42 197	42 348	0,4	100,0
Dentistes libéraux	37 292	37 078	36 976	36 809	36 906	37 053	37 013	37 196	37 356	37 308	-0,1	88,1
Dentistes salariés	3 965	3 766	3 906	3 790	3 927	4 133	4 482	4 592	4 841	5 040	4,1	11,9
dont salariés hospitaliers	456	465	478	360	403	455	635	639	652	703	7,8	1,7

Note > Le changement de répertoire en 2011 (passage d'Adeli au RPPS) améliore la qualité du recensement ; de ce fait, l'évolution 2010-2011 ne peut être analysée.

Champ > France.

Sources > DREES, Adeli 2009-2011 pour les années 2008-2010, RPPS 2012-2018 pour les années 2011-2017.

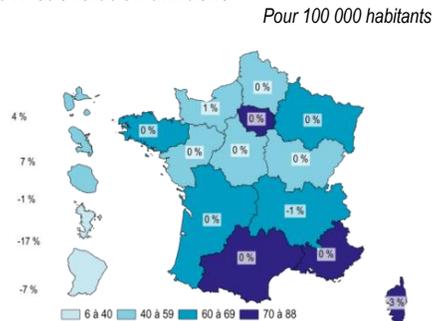
Graphique 3 Répartition des chirurgiens-dentistes en 2017



Champ > Tous modes d'exercice confondus.

Source > DREES, RPPS 2018.

Carte 1 Densité de chirurgiens-dentistes en 2017 et évolution annuelle



Champ > Tous modes d'exercice confondus.

Sources > DREES, RPPS 2018 ; Insee pour la population.

En 2017, la consommation de transports sanitaires, qui représente 2,5 % de la consommation de soins de bien médicaux (CSBM), augmente de 3,5 % pour atteindre près de 5,0 milliards d'euros (*tableau 1*). L'évolution de leur prix est légèrement supérieure en 2017 à celle de 2016 (+0,2 % après +0,1 %) (*graphique 1*) tandis que leur consommation en volume décélère à +3,2 % après deux années de hausse (de +1,5 % en 2014 à +4,3 % en 2016).

La dépense de transports sanitaires contribue en 2017 pour 0,1 point à la croissance de la CSBM.

La répartition des modes de transports se déforme progressivement au détriment des VSL et au profit des taxis

La consommation de transports sanitaires combine plusieurs modes : service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres (transports en commun notamment).

La fixation du prix diffère selon le mode de transport. Les tarifs des SMUR, intégralement pris en charge par l'Assurance maladie, sont établis par les établissements de rattachement. En revanche, les tarifs des transporteurs (ambulances et VSL) sont régulés *via* des conventions nationales signées avec l'Assurance maladie. De plus, cette dernière détermine également les bases de remboursement des transports en véhicule personnel et des transports en commun. Concernant les taxis, les tarifs maximaux sont établis pour chaque département par un arrêté préfectoral.

Au total, la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire atteint 93,1 % en 2017 (voir fiches 25 et 26). Ce niveau très supérieur à la moyenne de la CSBM est à rapprocher de la patientèle concernée. En effet, plus de 80 % des trajets sont réalisés pour des patients présentant une affection de longue durée (ALD), pris en charge à 100 %. Les principaux modes de transports restent le taxi, l'ambulance ou les VSL, le niveau de dépenses augmentant avec le degré de médicalisation.

Les trajets en ambulances représentent 23 % du nombre de voyages pour 42 % de la dépense remboursée en 2017 (*graphique 2*), des proportions stables depuis 2013.

Les VSL, moins médicalisés qu'une ambulance, représentent 32 % des trajets pour 20 % des dépenses remboursées en 2017. Enfin, les taxis – sans aucune médicalisation – représentent 45 % des trajets pour 39 % de la dépense en 2017. Sur le plus long terme, la part des VSL diminue continuellement au profit de celle des taxis (-2 points entre 2017 et 2013 pour la proportion de trajets

en VSL et la part de la dépense remboursée représentée par les VSL). La part des ambulances est stable depuis une dizaine d'années.

Une croissance modérée du prix des transports malgré des revalorisations tarifaires

L'évolution des prix peut s'analyser à partir de celle des tarifs, c'est-à-dire des prix catalogues sans tenir compte d'éventuels dépassements (*graphique 3*). Depuis 2005, le prix du transport sanitaire progresse moins vite. En effet, la forte croissance des dépenses de transports sanitaires, soutenue par la dynamique des effectifs de patients en ALD, a appelé à une maîtrise de la dépense remboursée *via* les tarifs. Ainsi, en 2007, un référentiel médical aide le médecin à choisir le mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état de santé du patient. En 2008, une franchise médicale à la charge du patient est introduite pour modérer la consommation. En 2011, les établissements de santé générant des dépenses de transports importantes sont appelés à les modérer grâce à de nouveaux contrats-types d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS). À l'exception de 2009, ces mesures ont permis de contenir l'évolution des tarifs et des prix.

En 2012, les tarifs des ambulances et des VSL ont augmenté en avril principalement par l'instauration d'une majoration kilométrique favorisant les trajets courts. Seul le barème de cette majoration kilométrique est réévalué l'année suivante renforçant donc l'incitation en faveur des trajets courts. En 2013, les tarifs des taxis sont relevés de 2,6 %. L'indice de tarif progresse donc fortement, à près de 4 %, en 2012 et 2013 ; l'indice de prix est aussi en hausse mais dans une moindre mesure. En 2014, les tarifs des taxis sont à nouveau revalorisés, de 3,6 %, tandis que ceux des ambulances et des VSL restent inchangés. Cette année-là, ce sont donc les taxis qui contribuent majoritairement à l'évolution de l'indice de tarif.

En 2015, un avenant entre l'Assurance maladie et les syndicats professionnels acte le remplacement les « contrats de bonne pratique » CAQCS par de nouveaux tarifs pour les VSL en hausse de 4,2 %. Cette hausse contribue majoritairement à la hausse de prix de 1,3 % en 2015.

Depuis 2016, les prix ne progressent quasiment plus (+0,1 % en 2016 et +0,2 % en 2017), les tarifs des ambulances et des VSL étant restés inchangés jusqu'à l'avenant n° 8 de mars 2017 à la convention nationale des transporteurs sanitaires, qui revalorise une partie des tarifs des ambulances de garde.

Pour en savoir plus

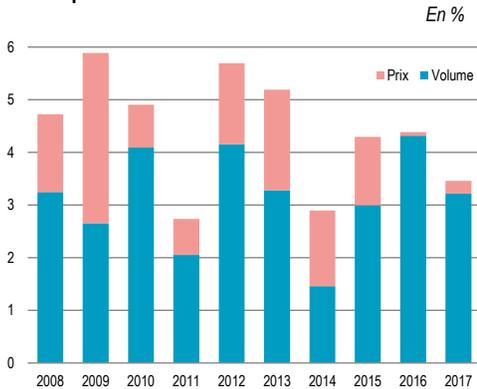
- > **Cour des comptes** (2017, septembre). Rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2016, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2015, prévisions 2016*. Éclairage 3.2 « Les dépenses de transport et leurs disparités régionales », p. 108.
- > **Igas, IGF, IGA** (2016, avril). *Revues de dépenses relatives aux transports sanitaires*.

Tableau 1 Consommation de transports sanitaires

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)	3 371	3 572	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 972
Valeur	4,8	6,0	4,9	2,8	5,8	5,3	2,9	4,3	4,4	3,5
Évolution (en %) Prix	1,5	3,2	0,8	0,7	1,5	1,9	1,4	1,3	0,1	0,2
Volume	3,2	2,7	4,1	2,1	4,2	3,3	1,5	3,0	4,3	3,2

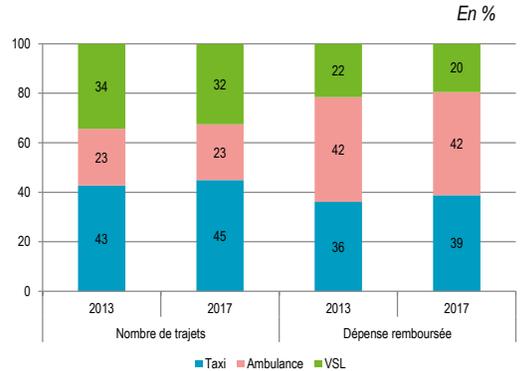
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires



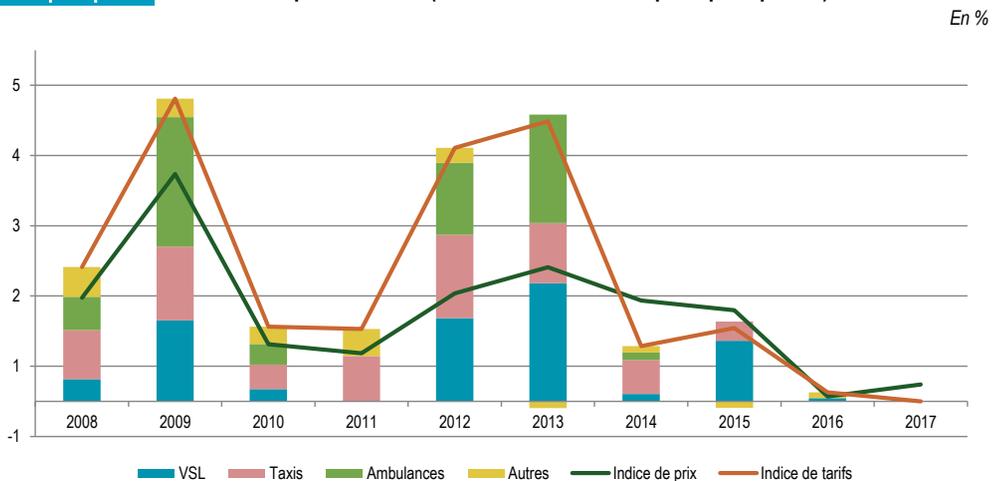
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition du nombre de voyages et de la dépense remboursée par mode de transport en 2013 et 2017



Champ > France, dépenses remboursées du régime général hors sections locales mutualistes (SLM), hors SMUR et autres transports.
Source > CNAM.

Graphique 3 Évolutions du prix et du tarif (avec contributions des principaux postes)



Note > Le poste « Autres » comprend le SMUR, les véhicules personnels et les transports en commun.

Champ > France métropolitaine, dépense remboursable du régime général, y compris SLM pour les tarifs, France pour l'indice de prix.

Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM ; traitements DREES.

La consommation d'analyses et de prélèvements ralentit en 2017 après une année 2016 dynamique

La consommation d'analyses et de prélèvements progresse de 1,2 % en valeur en 2017 pour s'établir à 4,5 milliards d'euros (tableau 1). En raison de son faible poids (2,2 %) dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et d'une croissance modérée en valeur, ce poste ne contribue quasiment pas à la hausse de la CSBM en 2017.

Depuis 2007, la cotation d'actes de biologie a été diminuée à plusieurs reprises. En particulier, entre 2012 et 2015, l'évolution de la consommation est très modérée voire en retrait (graphique 1). L'année 2016 marque un changement de régime par rapport à la période 2012-2015, du fait d'une progression nette, portée par les volumes. Plusieurs mesures ont cependant été prises courant 2016 pour contenir la hausse des dépenses. En avril 2016, les tarifs ont été diminués via une baisse des cotations, non retracée dans l'indice de prix¹. Puis, les tarifs ont été abaissés temporairement via la lettre clé B en novembre et décembre 2016, générant une diminution de l'indice de prix des laboratoires de 0,9 %.

En 2017, la consommation d'analyses et de prélèvement ralentit sous l'effet des baisses de cotations d'actes décidées dans le cadre du protocole d'accord entre l'Assurance maladie et les syndicats de professionnels biologistes signé en novembre 2016 et prenant effet à partir d'avril 2017. Ces baisses de cotations, retracées dans l'effet volume, compensent une très forte hausse des analyses de la glande thyroïdienne survenue durant l'été 2017, en raison du changement de formulation du médicament Levothyrox. Elles contrebalancent aussi l'augmentation de l'indice des prix de 0,9 % de 2017 consécutive à la fin de la mesure de baisse temporaire du tarif de la lettre B en novembre et décembre 2016.

Du point de vue de la structure de marché, le nombre de laboratoires diminue depuis 2014. En 2017, 3 840 laboratoires sont implantés en France, contre 3 960 dix ans plus tôt. La consolidation du secteur étant très progressive, le secteur des laboratoires d'analyses reste très fragmenté en France en 2017.

La croissance de la consommation de cures thermales se stabilise en volume en 2017

En 2017, les dépenses de cures thermales ralentissent, à +1,5 %, après +4,3 %, et atteignent 414 millions d'euros (tableau 1). Les prix ralentissent par rapport à 2016 (+1,2 % contre +2,8 %), toute comme la croissance de la consommation en volume (+0,3 % contre +1,4 %). La consommation de cures thermales couvre l'ensemble de soins médicaux (médecins, infirmiers, auxiliaires médicaux, etc.) mais exclut l'hébergement. Les soins de cures thermales représentent 0,2 % de la CSBM et ne contribuent quasiment pas à la croissance de cet agrégat en 2017.

En 2008 et 2009, le nombre de curistes était stable (près de 500 000). Durant cette période, la dépense en valeur l'était aussi globalement, la hausse des prix étant compensée par une baisse d'ampleur comparable des volumes (graphique 2). Depuis 2010, le nombre de curistes progresse continuellement d'environ 15 000 par an. Les cures concernent la rhumatologie pour 79 % des curistes (graphique 3), la progression des effectifs de curistes peut être ainsi reliée au vieillissement de la population. La hausse du nombre de curistes depuis 2010 s'est accompagnée globalement d'une hausse de la dépense en valeur. La dépense en valeur a progressé d'autant plus vite que les tarifs ont été régulièrement revalorisés. En 2014, devant la hausse des dépenses, l'Assurance maladie a prévu une indexation des tarifs sur un panier d'indices jusqu'à fin 2017 dans l'avenant 10 de la convention entre les organismes d'Assurance maladie et les établissements thermaux. Cette modification des règles de revalorisation ne se traduit toutefois pas par des évolutions de l'indice des prix significativement plus faibles.

Liée à la géologie, l'implantation des établissements thermaux est très inégalement répartie sur le territoire (carte 1). La très grande majorité se concentre en Occitanie, Nouvelle Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes. En 2017, l'Occitanie accueille près de 190 000 curistes, soit 1 % de plus qu'en 2016. Un peu moins de 150 000 curistes se rendent en Nouvelle-Aquitaine ainsi qu'en Auvergne-Rhône-Alpes. Les autres régions en accueillent nettement moins. Dans toutes les régions, la population de curistes augmente (entre 1 % et 7 %), sauf à La Réunion, où elle baisse de 16 % par rapport à 2016.

1. Le prix d'un acte d'analyses est défini à l'aide de deux éléments : la lettre clef, à laquelle correspond un certain montant en euros ou tarif (par exemple dans les laboratoires, la lettre TB vaut 2,52 euros), multiplié par la cotation de cet acte (car chaque acte correspond à un certain nombre de lettres clefs). Par exemple, un prélèvement sanguin par un technicien de laboratoire vaut 1,5 TB, soit $1,5 \times 2,52$ euros. L'indice des prix à la consommation de l'Insee (IPC) ne prend toutefois pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres-clefs : les changements éventuels de cotation des actes se traduisent de ce fait par un pur effet volume (voir annexe 4 « Les indices de prix et de volume dans les comptes de la santé »). Les tarifs des laboratoires n'ayant pas été revalorisés entre 2004 et 2015, l'évolution des prix selon l'IPC apparaît donc nulle pour cette période.

Pour en savoir plus

> Conseil national des exploitants thermaux (CNETH) : www.cneht.org

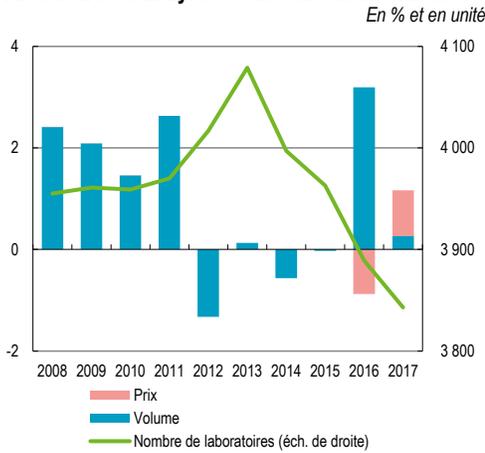
Tableau 1 Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Analyses de laboratoires (en millions €)		4 132	4 219	4 280	4 393	4 335	4 340	4 315	4 314	4 413	4 465
Évolution (en %)	Valeur	2,4	2,1	1,5	2,6	-1,3	0,1	-0,6	0,0	2,3	1,2
	Prix	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,9	0,9
	Volume	2,4	2,1	1,5	2,6	-1,3	0,1	-0,6	0,0	3,2	0,3
Cures thermales (en millions €)		320	320	328	332	353	364	387	392	408	414
Évolution (en %)	Valeur	-0,6	0,1	2,5	1,1	6,3	3,3	6,4	1,1	4,3	1,5
	Prix	3,2	2,7	2,1	2,7	2,7	1,8	1,8	1,2	2,8	1,2
	Volume	-3,6	-2,5	0,4	-1,5	3,5	1,5	4,5	-0,1	1,4	0,3

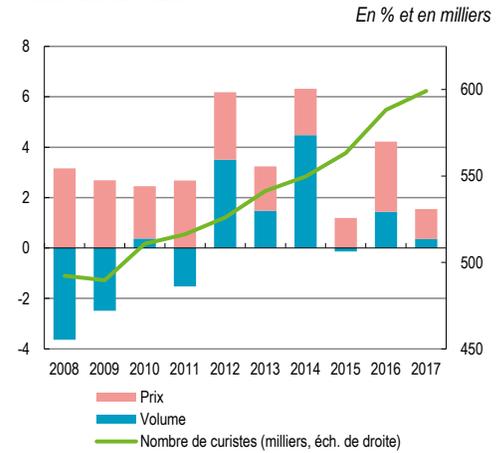
Note > Les rémunérations des laboratoires au titre des contrats de santé publique sont retracées dans le poste « contrats et autres soins » (voir annexe tableaux détaillés).

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution des dépenses de laboratoires d'analyses et effectifs de laboratoires



Graphique 2 Évolution des dépenses de cures et effectifs de curistes



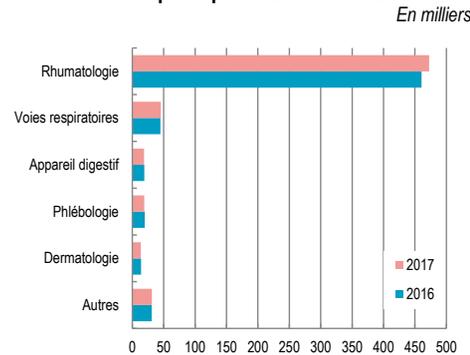
Champ > France.

Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM, SNIR jusqu'en 2014 et AMOS à partir de 2015 pour le nombre de laboratoires.

Champ > France.

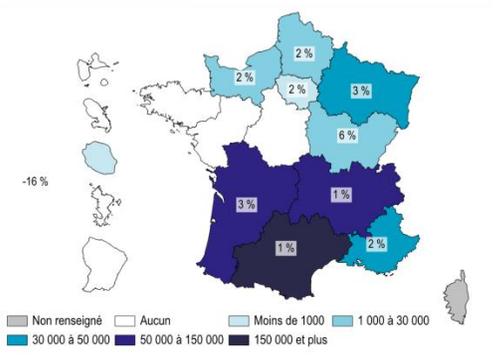
Sources > DREES, comptes de la santé ; CNETH pour le nombre de curistes.

Graphique 3 Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2016 et en 2017



Source > CNETH.

Carte 1 Nombre de curistes par région en 2017 et évolution annuelle



Note > En 2017, la Normandie accueille entre 1 000 et 30 000 curistes, soit 2 % de plus qu'en 2016.

Source > CNETH.

En 2017, la consommation de **médicaments en ville** (y compris rétrocession hospitalière et rémunérations forfaitaires) s'élève à 32,6 milliards d'euros toutes taxes comprises (*tableau 1*). Celle-ci baisse de 0,2 %, une évolution négative pour la troisième année consécutive, après la forte hausse de 2014 (+2,5 %). Cette consommation est valorisée au prix public, contrairement aux données relatives au marché du médicament qui correspondent au chiffre d'affaires hors taxes (voir fiches 14 et 15).

En 2017, la consommation de médicaments en ville représente 16,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), mais elle ne contribue que très légèrement à l'évolution de cet agrégat, et de façon négative (-0,05 point).

Une baisse du prix des médicaments entièrement liée aux spécialités remboursables

La baisse du prix des médicaments, de 2,6 % en 2017, est imputable depuis plusieurs années à celle du prix des spécialités remboursables (*graphique 1*). Celui-ci recule sensiblement depuis plusieurs années, de façon toutefois moins marquée depuis deux ans (-3,2 % en 2017 et -3,6 % en 2016, contre -4,5 % en moyenne entre 2011 et 2015). La diminution du prix des spécialités remboursables n'est certes pas parfaitement appréhendée du fait du mode de calcul de l'indice (à qualité constante) [voir annexe 4 sur les indices de prix], mais elle retrace l'effet des actions de maîtrise des prix entreprises : fortes baisses ciblées, grands conditionnements, etc. Jusqu'en 2016, ce mouvement est renforcé par l'augmentation du nombre de spécialités génériques et, pour celles-ci, de la substitution croissante des génériques aux princeps. En 2017 toutefois, le nombre d'unités de génériques vendus se stabilise (voir fiche 15). En revanche, le prix des spécialités non remboursables continue de progresser, avec plus d'intensité en 2017 (+2,5 %, après +0,5 % en 2016).

La consommation baisse légèrement en 2017

Auparavant très dynamique, la progression des volumes de ventes est revenue à 2,2 % en moyenne par an entre 2010 et 2013 (*graphique 2*), sous l'effet des actions de maîtrise médicalisée, de remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, etc. En 2014, la baisse des prix est compensée par une forte hausse des volumes (+6,4 %) découlant du dynamisme des produits rétrocedés en raison de l'arrivée de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. En 2015 et en 2016, compte tenu de l'importance des

baisses de prix, la consommation de médicaments en ville recule (en valeur), malgré des volumes dynamiques portés par des innovations, notamment dans le traitement du VIH. La légère baisse de 0,2 % en 2017 de la consommation de médicaments (en valeur) résulte des effets combinés d'une nouvelle diminution des prix (-2,6 %) et d'une hausse plus modérée des volumes (+2,5 %). Au sein de la consommation totale, la rétrocession augmente de 6,5 %, à près de 3,1 milliards d'euros. Sa dynamique est portée par l'arrivée de traitements innovants, en particulier dans le soin du cancer, de la mucoviscidose et de l'hépatite C. À l'inverse, la consommation de médicaments non remboursables continue de baisser en 2017 (-2,2 %, après -1,2 % en 2016)¹.

Les financeurs publics prennent en charge près des trois quarts de la dépense de médicaments

Les remboursements de médicaments par l'Assurance maladie s'élèvent à 23,5 milliards d'euros en 2017 pour les soins de ville, sur une dépense totale de 32,4 milliards d'euros (hors rémunérations forfaitaires versées aux officines) (*tableau 2*). Ces rémunérations en sus sont également intégralement financées par l'Assurance maladie (211 millions d'euros). Par ailleurs, l'État prend en charge 117 millions d'euros de dépenses de médicaments, notamment au titre de l'aide médicale de l'État, et les organismes de base 436 millions d'euros pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [voir glossaire].

Si les médicaments rétrocedés sont remboursés à 100 % par l'Assurance maladie obligatoire, les médicaments délivrés en officines ne donnent pas nécessairement lieu à remboursement par l'Assurance maladie. Les médicaments non remboursables restent en effet intégralement à la charge des ménages et des organismes complémentaires, de même que les médicaments remboursables achetés sans prescription d'un professionnel de santé et les médicaments non présentés au remboursement. L'ensemble de ces dépenses, non prises en charge par l'Assurance maladie, s'élève à 3,5 milliards d'euros en 2017.

À cette charge des ménages, s'ajoutent le ticket modérateur sur les produits remboursables délivrés sur ordonnance et, depuis 2008, la franchise à la charge du patient (qui ne peut légalement pas être remboursée par les organismes complémentaires), pour un total de 4,8 milliards d'euros en 2017. Ainsi, le reste à charge des ménages et des organismes complémentaires sur la consommation des médicaments en ville s'élève au total à 8,3 milliards d'euros.

1. L'estimation de la consommation de médicaments non remboursables a été révisée pour l'édition 2018 des comptes nationaux de la santé, grâce à l'étude de données plus fines sur les ventes des officines en France (voir annexe 3 sur les révisions).

Pour en savoir plus

> **Commission des comptes de la sécurité sociale** (2018, juin). *Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2017, prévisions 2018*. Éclairage « Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017 », p. 126.

Tableau 1 Consommation de médicaments en ville, y compris rétrocession hospitalière

Montants en millions d'euros

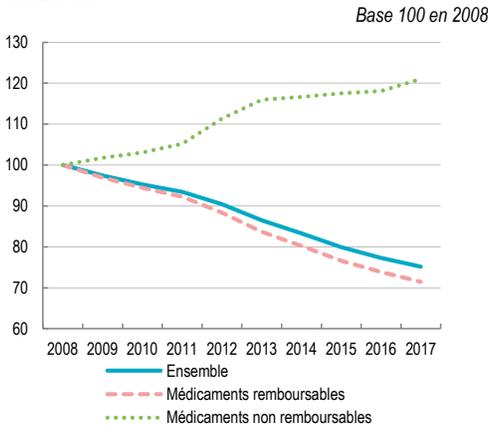
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Structure 2017 (%)
Ensemble	33 063	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 662	32 592	100,0
Médicaments remboursables	29 900	30 245	30 393	30 570	29 893	29 290	30 190	29 683	29 635	29 637	90,9
<i>dont médicaments rétrocedés</i>	1 218	1 309	1 399	1 516	1 663	1 600	2 883	2 813	2 865	3 051	8,5
<i>dont honoraires de dispensation (HDD)</i>								2 136	2 672	2 599	8,0
Médicaments non remboursables	3 123	3 065	2 962	2 908	3 011	2 877	2 790	2 841	2 806	2 745	8,4
Rémunérations forfaitaires hors HDD	41	39	40	40	123	225	227	221	221	211	0,6
<i>dont ROSP*</i>					74	138	145	137	140	139	0,4
Évolution (en %)											
Valeur	2,1	0,9	0,1	0,4	-1,5	-1,9	2,5	-1,4	-0,3	-0,2	
Prix	-2,3	-2,6	-2,2	-2,0	-3,1	-4,4	-3,7	-4,0	-3,7	-2,6	
Volume	4,4	3,5	2,4	2,4	1,7	2,5	6,4	2,7	3,6	2,5	

* Rémunération sur objectifs de santé publique des pharmaciens d'officines.

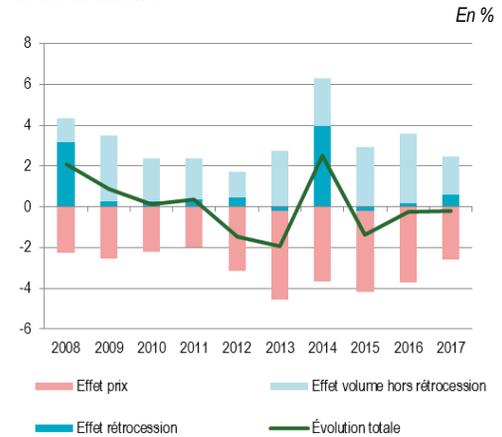
Note > Les dépenses du Fonds de financement de l'innovation thérapeutique (voir glossaire) relatives aux médicaments rétrocedés sont directement intégrées dans ce poste.

Source > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution des indices de prix des médicaments



Graphique 2 Évolution de la consommation de médicaments



Note > L'indice des prix à la consommation (IPC) est calculé chaque année par l'Insee à qualité constante. L'innovation, souvent plus coûteuse, n'est de ce fait pas retracée dans cette évolution.

Source > Insee.

Source > Drees, comptes de la santé.

Tableau 2 Structure de la consommation de médicaments en ville en 2017

En millions d'euros

Consommation totale de médicaments en ville (prix public TTC)					
32 592					
Consommation de médicaments en ville (y compris rétrocession et HDD, hors rémunérations forfaitaires)				Rémunérations forfaitaires (hors HDD)	
32 381				211	
Dépense présentée au remboursement	28 871	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement	3 510	ROSP pharmacie	139
Prestations de la Sécurité sociale	23 495	Médicaments non remboursables	2 745	Permanences et Caqos**	72
Prestations de l'État	117	Médicaments remboursables non présentés au remboursement ou achetés sans prescription	766		
Prestations des organismes de base au titre de la CMU-C*	436				
Ticket modérateur, franchises	4 823				

* Dépenses de base et complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C.

** Caqos : contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins.

Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

29,0 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2017

Le **marché pharmaceutique** correspond au chiffre d'affaires des laboratoires produisant des médicaments, valorisé au prix fabricant hors taxes.

En France, le marché pharmaceutique représente 29,0 milliards d'euros en 2017, en hausse de 0,6 % par rapport à 2016 (28,8 milliards d'euros) [graphique 1]. Cette croissance est plus faible que lors des trois années précédentes (+1,9 % en moyenne de 2013 à 2016).

En sus du marché pharmaceutique en France, les exportations françaises de produits pharmaceutiques représentent 25,1 milliards d'euros, un montant en baisse par rapport à 2016 (26,1 milliards d'euros). Les importations de produits pharmaceutiques représentent 18,3 milliards d'euros, soit un montant équivalent à celui de 2016. Toutefois, ces chiffres du commerce extérieur ne sont pas directement comparables avec ceux du marché pharmaceutique français¹.

En 2017, près des trois quarts des ventes de médicaments en France sont destinés aux officines (ventes en ville). Le reste des ventes concerne l'hôpital, avec une proportion qui croît au fil des années (28,4 % en 2017 contre 11,9 % en 1990).

Un rôle prépondérant des grossistes-répartiteurs dans le circuit de distribution des médicaments

Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients selon deux types d'entités : d'une part des pharmacies d'officine et d'autre part des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et des établissements pour personnes âgées dépendantes. Les laboratoires peuvent vendre les médicaments directement aux hôpitaux publics et privés et aux officines. Toutefois, les laboratoires réalisent plus de la moitié de leur chiffre d'affaires (58 % en 2016) auprès d'un troisième acteur, les grossistes-répartiteurs, qui se chargent ensuite de délivrer les médicaments aux officines et aux hôpitaux (schéma 1). Ainsi, en 2016, 57 % du chiffre d'affaires des laboratoires pour des médicaments délivrés en officines transite par les grossistes-répartiteurs.

Le prix public toutes taxes comprises des médicaments inclut donc le prix fabricant hors taxes des laboratoires, les marges des grossistes-répartiteurs, les marges des pharmaciens et la TVA. La marge de distribution des

officines est la source principale de rémunération des pharmaciens : celle-ci se décompose en une marge à l'achat (du fait d'éventuelles remises accordées par les laboratoires ou les grossistes-répartiteurs par rapport au prix fabricant hors taxes) et une marge à la vente (écart entre le prix catalogue et le prix de vente aux consommateurs). Le taux de marge est fixé librement sur les médicaments non remboursables, mais il est réglementé par l'État sur les médicaments remboursables. Au sein du marché pharmaceutique en France, le marché des officines représente ainsi 20,8 milliards d'euros en 2017 (schéma 2), dont 0,5 milliard d'euros dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Il est constitué à 90 % en valeur de médicaments remboursables et à 10 % de médicaments non remboursables (respectivement 18,6 et 2,1 milliards d'euros). Ces montants sont valorisés aux prix fabricant hors taxes, plus bas que le prix public.

La consommation totale de médicaments atteint 37,8 milliards d'euros toutes taxes comprises

À la différence du marché pharmaceutique, la **consommation de médicaments** est valorisée au prix public toutes taxes comprises dans les comptes de la santé. Ce prix inclut donc les marges des grossistes répartiteurs et des distributeurs, pour les produits délivrés en officines, et la TVA. La consommation de médicaments dans les comptes de la santé retrace également les honoraires de dispensation (HDD) et les autres rémunérations forfaitaires des pharmaciens, notamment la ROSP et les permanences pharmaceutiques. Enfin, les médicaments rétrocédés (délivrés par les pharmacies hospitalières pour des patients non hospitalisés), sont également comptabilisés au sein de la consommation en ville dans les comptes de la santé.

La consommation de médicaments s'élève en 2017 à 37,8 milliards d'euros TTC (après 37,9 milliards en 2016), dont 32,6 milliards en ville (y compris rétrocession hospitalière) et 5,2 milliards à l'hôpital (schéma 2).

La rétrocession représente 3,1 milliards d'euros en 2017, soit un peu moins de 10 % de la consommation de médicaments en ville. Les médicaments remboursables vendus en pharmacie en représentent 82 % (26,6 milliards d'euros), et les médicaments non remboursables, 8 % (2,7 milliards d'euros²).

1. Les données pour le marché français sont publiées par le LEEM tandis que les données de commerce extérieur proviennent de statistiques douanières. D'une part, la valorisation des biens peut être différente entre le prix fabricant hors taxes retenu par le LEEM et le prix retenu par les douanes, d'autre part le champ peut être différent (les données du LEEM concernent uniquement les médicaments alors que les statistiques douanières concernent un ensemble plus large de produits pharmaceutiques (tels que les produits sanguins ou des toxines hors vaccins)).

2. L'estimation de la consommation de médicaments non remboursables a été révisée pour l'édition 2018 des comptes nationaux de la santé, grâce à l'étude de données plus fines sur les ventes des officines en France (voir annexe 2 sur les révisions).

Pour en savoir plus

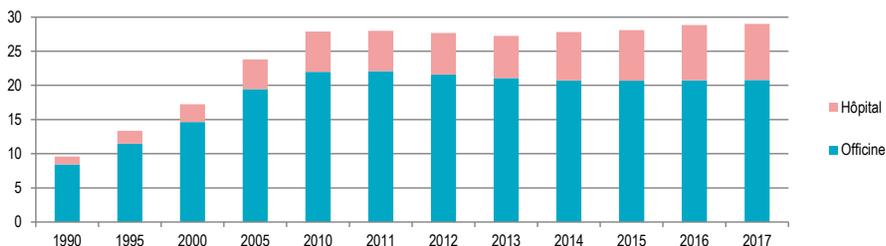
> LEEM (2018, juillet). Les entreprises du médicament en France, bilan économique, édition 2018.

> Fiche 13 « La consommation de médicaments en ville » et fiche 15 « La structure des ventes de médicaments d'officine » dans cet ouvrage.

> **Cour des comptes** (2017, septembre). *Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale*. Chapitre IX « Le coût de distribution des médicaments : une dépense importante, des gains d'efficacité nécessaires ».

Graphique 1 Le marché pharmaceutique en France

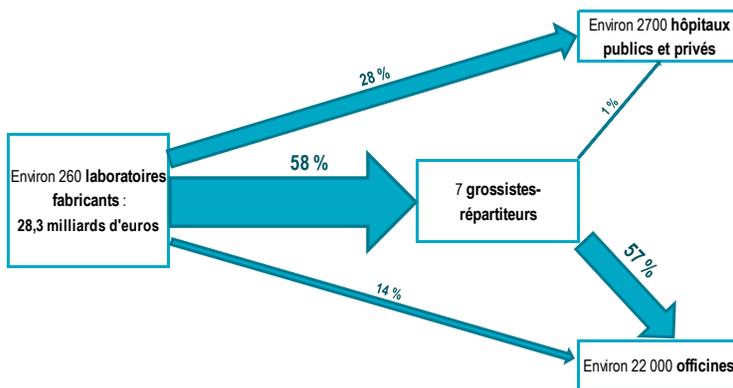
En milliards d'euros



Champ > France, médicaments remboursables ou non, y compris homéopathie remboursable (0,2 milliard d'euros), marché valorisé aux prix fabricants hors taxes (PFHT).

Source > LEEM d'après données GERS.

Schéma 1 Les canaux de distribution du médicament selon le chiffre d'affaires, par acteur, en 2016



Note > En part du chiffre d'affaires prix fabricant HT des ventes des laboratoires fabricants, données 2016.

Lecture > Le chiffre d'affaires prix fabricant hors taxes des laboratoires atteint 28,3 milliards d'euros en 2016 en France métropolitaine (y compris homéopathie remboursable) ; 28 % de ce montant concerne des médicaments directement délivrés aux hôpitaux publics et privés.

Champ > France métropolitaine.

Sources > Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP) d'après données LEEM et GERS (2016).

Schéma 2 Du marché pharmaceutique à la consommation totale de médicaments en France, en 2017

En milliards d'euros

Marché pharmaceutique en France		Consommation totale	
29,0		37,8	
dont :		dont :	
Ville :	20,8	Ville :	32,6
Vente de médicaments aux officines, dont :	20,8	Consommation de médicaments (y compris HDD) :	32,4
Médicaments remboursables*	18,6	Médicaments remboursables (hors rétrocession)	26,6
Médicaments non remboursables	2,1	Médicaments rétrocedés	3,1
		Médicaments non remboursables	2,7
		Rémunérations forfaitaires** (ville)	0,2
Hôpital	8,2	Hôpital***	5,2

Chiffre d'affaires HT - Prix fabricant ;

Source : LEEM d'après données GERS.

Ville : prix public TTC, y compris rémunérations forfaitaires ;

Source : DREES, comptes de la santé.

* Y compris homéopathie (0,2 milliard d'euros).

** Hors honoraires de dispensation (HDD) versés aux pharmaciens par l'Assurance maladie. Ce poste comprend notamment la ROSP et les indemnités perçues dans le cadre des permanences pharmaceutiques assurées par les officines de garde.

*** Consommation approximée à partir du chiffre d'affaires du marché et du montant de la rétrocession hospitalière.

Note > Le chiffre d'affaires (CA) des médicaments non remboursables du GERS correspond au CA brut déclaré par les entreprises, c'est-à-dire avant remises commerciales attribuées par les laboratoires aux officines. Ces données ne permettent donc pas de mesurer la marge à l'achat des officines (écart entre le prix d'achat par les officines y compris remises et le prix catalogue fabricant hors taxes) ni leur marge totale (somme des marges des officines à l'achat et à la vente). Elles permettent en revanche de mesurer la marge à la vente des officines (écart entre le prix catalogue et le prix de vente aux consommateurs), augmentée de l'effet de la TVA.

Champ > France.

Sources > LEEM d'après données GERS ; DREES, comptes de la santé.

Un chiffre d'affaires globalement stable en 2017

En 2017, le marché des médicaments vendus aux officines¹ se compose de près de 13 000 présentations de médicaments différentes et représente un chiffre d'affaires (CA) de 20,1 milliards d'euros en France métropolitaine, valorisés aux prix catalogue des laboratoires (hors taxes) [graphique 1]. Après trois années de recul du CA des ventes aux officines (-2,2 % en moyenne de 2012 à 2014, soit une baisse de plus de 450 millions d'euros par an), celui-ci s'est stabilisé en 2017 (+0,2 %).

Ce marché se compose de spécialités remboursables, à hauteur de 81 % du nombre de présentations et de 90 % du chiffre d'affaires, et de spécialités non remboursables. La valeur des ventes aux officines de médicaments remboursables s'est stabilisée depuis 2015 à 18,0 milliards d'euros, après avoir atteint un pic à 19,5 milliards d'euros en 2011. Le chiffre d'affaires des spécialités remboursables s'est maintenu entre 2016 et 2017 (+0,1 %). En revanche, le chiffre d'affaires des spécialités non remboursables est en hausse de 1,0 % en 2017 et atteint 2,1 milliards d'euros.

Une progression des médicaments remboursés à 100 %

Les médicaments remboursés au taux de 65 % représentent 61 % du chiffre d'affaires total en 2017 (graphique 2). La valeur des ventes de ces médicaments baisse de 1 %, soit de 130 millions d'euros, entre 2016 et 2017. Leur part de marché décroît depuis une dizaine d'années et, depuis 2012, leur chiffre d'affaires diminue également, sous l'effet des politiques de baisse des prix et du développement des génériques. Seul le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 100 %, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves, a connu une croissance positive depuis 2011. Leur part de marché a plus que doublé en dix ans, passant de 9,1 % en 2007 à 19,6 % en 2017 (en progression de 0,9 point par rapport à 2016).

Stabilisation des ventes de génériques

En 2017, le nombre d'unités vendues de médicaments génériques se stabilise avec près de 900 millions de boîtes vendues, alors qu'une forte croissance était observée jusqu'en 2016. Les génériques représentent désormais 36,2 % des boîtes de médicaments du champ remboursable et 76 % des unités vendues pour les médicaments du répertoire générique (graphique 3). Cela fait suite à la progression observée en 2016 (+6,4 % pour les unités vendues et +3,1 % pour le chiffre d'affaires).

Hausse des princeps généricables, avec l'arrivée de nouvelles molécules dans le répertoire

Le nombre d'unités vendues de princeps généricables augmente de 1 % en 2017, mais le chiffre d'affaires de ces médicaments progresse de 14 % (à 2,2 milliards d'euros), du fait de l'arrivée de 43 molécules dans le répertoire générique, représentant un chiffre d'affaires de près de 900 millions d'euros. Cette évolution prolonge la hausse soutenue entamée en 2016 (+12 %), en rupture avec la forte contraction de 2011-2015, le CA des princeps généricables passant de 4,5 à 1,7 milliard d'euros. Par ailleurs, les médicaments soumis au mécanisme du tarif forfaitaire de remboursement représentent 5,6 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments remboursables et 17,7 % du chiffre d'affaires du répertoire des génériques.

Une consommation accrue des molécules les plus anciennes

En 2017, les médicaments âgés² de plus de 20 ans représentent 41 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (+1,5 point par rapport à 2016), suivis par les médicaments ayant de 10 à 20 ans (33 % du marché). Les médicaments de moins de 10 ans ne comptent que pour 25 % du chiffre d'affaires remboursable, alors qu'ils comptaient pour 40 % du marché en 2007 (graphique 4).

1. L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires exploitants en France métropolitaine (hors homéopathie remboursable) : elle ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments mais aux ventes des laboratoires qui les commercialisent auprès des pharmacies de ville (officines), par l'intermédiaire ou non de grossistes-répertoireurs (voir fiche 14). Les montants présentés sont donc des montants hors taxes et hors remises commerciales et ne comprennent pas les ventes de médicaments rétrocedés, i.e. délivrés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) et les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires. Les nouveaux médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C, commercialisés en 2014-2015, sont pour l'instant réservés exclusivement à la rétrocession. L'analyse faite ici ne tient donc compte que du recul des ventes aux officines des médicaments plus anciens indiqués dans cette pathologie (et qui peuvent par ailleurs aussi être délivrés par les PUI en rétrocession selon le mécanisme du « double circuit » réservé aux médicaments du VIH-Sida et des hépatites B et C, non retracé ici).

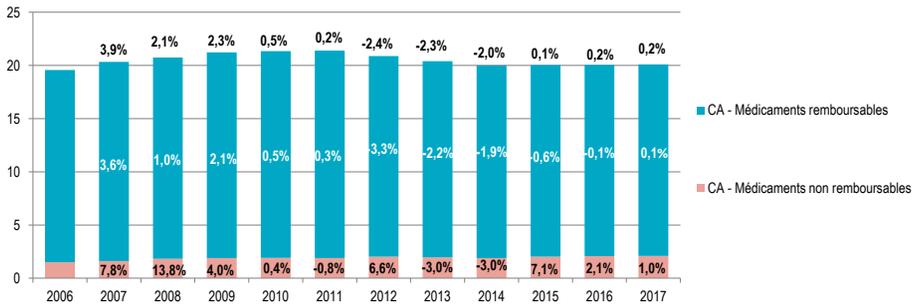
2. Par convention, l'âge du médicament est calculé à partir de la première date de commercialisation de la substance active (ou, le cas échéant, de la combinaison) composant le médicament. Ainsi, les médicaments génériques ont par construction ici le même âge que le premier princeps commercialisé. Les chiffres ne sont donc plus comparables à ceux des précédentes éditions, où l'âge des médicaments génériques était calculé à partir de la date de commercialisation du premier générique.

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2016, juillet). Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses, Propositions de l'Assurance Maladie pour 2018.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2018, juin). *Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2017, prévisions 2018*. Éclairage « Le marché du médicament en officine de ville en France en 2017 », p. 126.
- > **Comité économique des produits de santé (CEPS)** (2017, décembre). *Rapport d'activité 2016*.

Graphique 1 Ventes de médicaments d'officine

Bâtons des montants en milliards d'euros (sur l'axe), évolution par grande catégorie de médicament et du total en %



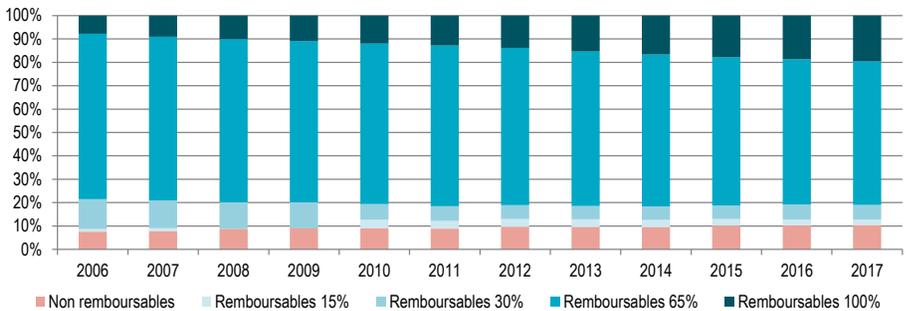
Lecture > Le total des ventes aux officines en 2017, en France métropolitaine, est de 20,1 milliards d'euros, hors homéopathie remboursable (estimée à 0,2 milliard d'euros) [voir fiche 14]. Les ventes de médicaments en termes de CA sont stables entre 2016 et 2017, *idem* pour celles de médicaments remboursables.

Champ > Ventes en officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS ; traitements DREES.

Graphique 2 Parts de marché des médicaments vendus aux officines selon le taux de remboursement

En %



Note > Les parts de marché sont calculées sur le chiffre d'affaires. Le taux de remboursement de 30 % était de 35 % jusqu'en 2011.

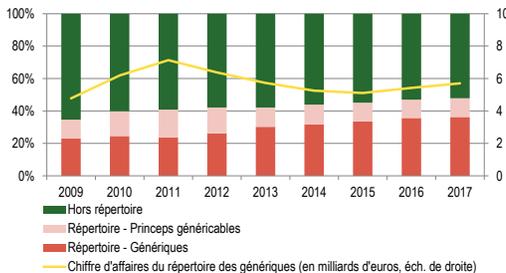
Lecture > En 2017, les médicaments remboursés à 100 % représentent 19,6 % du marché.

Champ > Ventes aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS ; traitements DREES.

Graphique 3 Ventilation du nombre de boîtes et CA des médicaments remboursables

En % En milliards d'euros



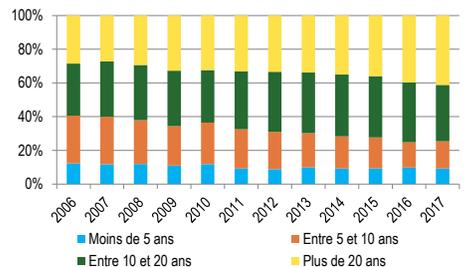
Lecture > En 2017, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 47,8 % du nombre de boîtes vendues, dont 36,2 % pour les seuls génériques. Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique atteint 5,7 milliards d'euros en 2017.

Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS ; club CIP ; traitements DREES.

Graphique 4 Part de marché des médicaments vendus aux officines selon leur classe d'âge

En %



Note > L'âge du médicament est calculé au 31 décembre de l'année considérée.

Lecture > En 2017, les médicaments âgés de 20 ans ou plus représentent 41,1 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables.

Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Sources > GERS ; TheSorimed ; traitements DREES.

En 2017, la consommation d'**optique médicale** représente 6,1 milliards d'euros, un montant en baisse (-0,7 %) pour la première fois depuis plus de quinze ans (*tableau 1*). Cette décroissance résulte de l'effet combiné de prix atones et d'une baisse des volumes (-0,6 %). L'optique médicale représente 3,1 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2017.

La rythme de croissance de la consommation d'optique médicale diminue en 2017

Entre 2008 et 2012, la dépense d'optique médicale a vivement progressé, sa croissance moyenne étant de l'ordre de 4,6 % par an (*graphique 1*). Cette forte croissance était tirée par des volumes dynamiques et une légère croissance des prix. L'année 2013 a été en revanche marquée par un fort ralentissement en volume et en valeur : la croissance de la consommation d'optique médicale a chuté à 1,0 % en valeur, dont seulement 0,5 % en volume. En 2014, la croissance en valeur se stabilise à 1,0 % mais baisse encore en volume, à 0,3 %. En 2015, pour la première fois depuis 2001, le prix de l'optique a baissé de 0,3 %. La consommation a toutefois repris, la croissance étant de 1,6 % en volume et de 1,2 % en valeur. En 2016, la baisse des prix s'est confirmée (-0,5 %) et les volumes peu dynamiques se sont traduits par une quasi-stagnation de la consommation d'optique médicale (+0,2 %). L'évolution de 2017 s'inscrit dans la tendance observée ces dernières années, avec un ralentissement des volumes (-0,6 %) et des prix atones.

Plusieurs organismes complémentaires (OC) ont développé des « réseaux de soins » – en échange de tarifs plus modérés, les opticiens partenaires s'assurent un volume de clientèle – et la modulation de la prise en charge selon la fréquence de renouvellement des lunettes. Cela pourrait avoir influencé les comportements de consommation et modéré les prix du secteur. Par ailleurs, en 2014, la vente d'optique médicale est libéralisée et des points de vente en ligne apparaissent, principalement pour les lentilles correctrices. En 2015, la pratique des OC est avalisée par l'introduction de contrats « responsables » : pour l'optique, les remboursements sont plafonnés et les aides fiscales et sociales pour les OC sont accordées uniquement aux contrats qui remboursent ces dépenses au maximum tous les deux ans.

La structure de la dépense d'optique reste stable

Un peu moins des deux tiers de la dépense d'optique médicale (*encadré*) concernent les verres correcteurs (*graphique 2*). Environ un tiers de la dépense concerne

les montures. Les lentilles ne représentent qu'une part minimale de la dépense (5,5 %). Cette structure évolue peu d'une année à l'autre : la structure de 2017 est donc très proche de celle de 2016. Sur le long terme, la part des verres correcteurs augmente toutefois légèrement au détriment de la part des lentilles et des montures.

La part des OC dans la dépense continue de croître et celle des ménages de diminuer

L'optique est l'un des postes de dépense pour lequel l'Assurance maladie intervient le moins : elle ne prend en charge que 4 % des dépenses d'optique médicale en 2017 (*graphique 3*), un niveau très stable sur le long terme. Quoique près de trois fois plus élevé en proportion que pour les autres postes de soins (22 % en 2017, contre 7,5 % en moyenne au sein de la CSBM), le reste à charge des ménages est limité par une forte intervention des OC sur ce secteur. Structurellement, la part à la charge des ménages se réduit sensiblement au fil du temps, passant de 37 % en 2008 à 22 % en 2017. En revanche, la part des OC croît tendanciellement, de 58 % en 2008 à 73 % en 2017. Ces tendances de fond se trouvent renforcées depuis l'instauration des contrats responsables et le développement des réseaux de soins. Ceux-ci incitent en effet les ménages à sélectionner les opticiens leur procurant le meilleur remboursement par leur OC, tendant ainsi à limiter la dépense totale et à augmenter la part prise en charge par les organismes complémentaires de santé.

Précisions méthodologiques

Le champ de la consommation d'optique médicale dans les comptes de la santé couvre des produits remboursables (verres et montures notamment) et des produits non remboursables (lentilles correctrices, etc.). En raison du caractère atypique de sa structure de financement (faible poids des financeurs publics), ce poste présente la particularité d'être construit à partir de données statistiques contrairement aux autres postes de soins ambulatoires de la CSBM (construits à partir de données comptables).

L'optique médicale correspond au chapitre 2 du titre II de la Liste des produits et prestations (LPP). Il comprend :

- les verres, montures et lentilles correctrices remboursables ;
- les lentilles correctrices non remboursables.

À l'inverse, sont hors du champ des comptes de la santé :

- les lunettes solaires de vue non remboursables ;
- les lentilles esthétiques ;
- les produits d'entretien des lunettes et lentilles.

Pour en savoir plus

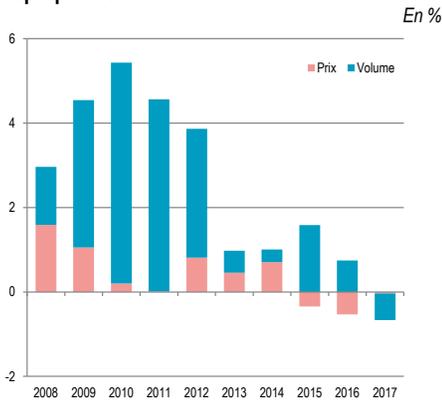
> DREES (2017, mars), *Rapport 2016 de l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale*.

Tableau 1 Consommation d'optique médicale

		Montants en millions d'euros									
		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Consommation totale (en millions €)		4 965	5 193	5 475	5 725	5 948	6 006	6 067	6 142	6 154	6 113
Évolution (en %)	Valeur	3,0	4,6	5,4	4,6	3,9	1,0	1,0	1,2	0,2	-0,7
	Prix	1,6	1,1	0,2	0,0	0,8	0,5	0,7	-0,3	-0,5	0,0
	Volume	1,4	3,5	5,2	4,6	3,1	0,5	0,3	1,6	0,7	-0,6

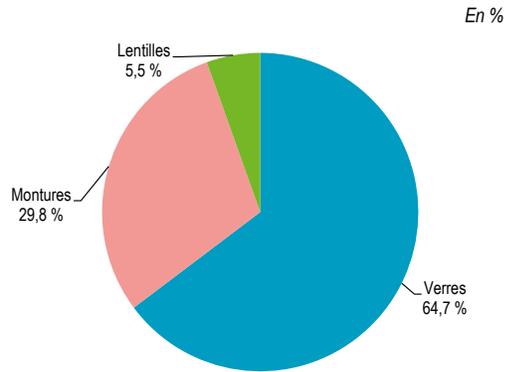
Sources > DREES, comptes de la santé d'après données DAMIR et GFK ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution des dépenses d'optique médicale



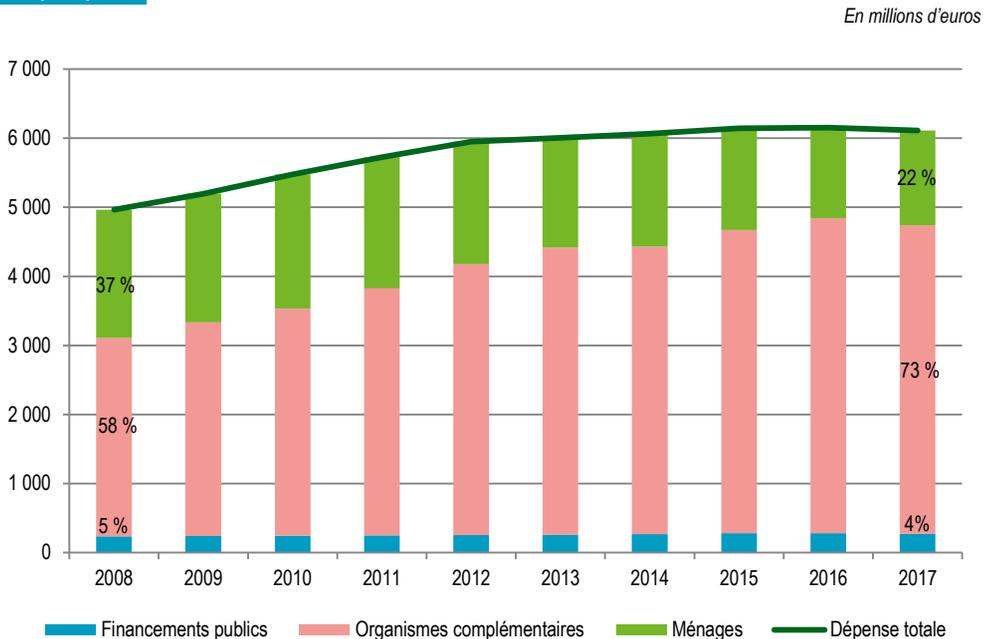
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition des dépenses d'optique médicale en 2017



Source > DREES, comptes de la santé d'après données DAMIR et GFK.

Graphique 3 Dépense d'optique médicale par financeur direct



Source > DREES, comptes de la santé.

L'ensemble du poste « autres biens médicaux » est très hétérogène : sa nomenclature, la liste des produits et prestations (LPP), contient environ 4 000 références. La distribution des produits de la LPP est assurée par les pharmaciens, les opticiens, les audioprothésistes, les orthésistes, les orthoprothésistes, les podoprothésistes et les prestataires du maintien à domicile.

Seuls les biens médicaux de la LPP délivrés en ville sont retracés dans cette fiche, la part consommée à l'hôpital et en clinique étant comptabilisée à part, au sein des dépenses des établissements de santé.

Par ailleurs, la dépense d'optique médicale, qui représente à elle seule près de 39 % de la dépense totale en biens médicaux, est retracée séparément (voir fiche 16).

Des volumes de consommation très dynamiques

Hors optique médicale, les autres biens médicaux consommés en ville, qui s'élèvent à 9,4 milliards d'euros en 2017, progressent de 4,3 % par rapport à 2016 (*tableau 1*). La dépense relative aux matériels, aliments et pansements représente 6,3 milliards d'euros. En outre, 3,0 milliards d'euros sont versés au titre des prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP).

La croissance des biens médicaux hors optique médicale est très dynamique (5,4 % par an en moyenne de 2008 à 2017). En 2017, comme les années précédentes, la croissance du poste des biens médicaux hors optique est presque entièrement portée par un effet volume, les prix étant stables ou en léger recul.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs très divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Entre 2008 et 2017, sa croissance en valeur se maintient à un rythme élevé (5,4 % en moyenne par an) (*graphique 1*).

La catégorie **matériels, aliments et pansements** (matériels d'assistance respiratoire, produits traitant du métabolisme [diabète], dispositifs de maintien à domicile [lits médicaux, perfusions], etc.) est également très dynamique (5,3 % par an en moyenne entre 2008 à 2017) (*graphique 2*).

La croissance de moyen terme de l'ensemble des autres biens médicaux hors optique, en particulier celle des matériels, aliments et pansements, s'explique par de nombreux facteurs.

Ces facteurs sont d'ordres divers :

- la tendance à la diminution des durées d'hospitalisation et le transfert d'une partie des soins de l'hôpital vers les soins de ville ;
- l'allongement de la durée de la vie ;
- les progrès technologiques et leur plus grande diffusion (développement du marché des prothèses auditives par exemple) ;
- la meilleure prise en charge de certaines pathologies et du volume de matériels mis à disposition. Ainsi, les matériels d'assistance respiratoire et d'auto-surveillance du diabète (programme Sophia) font partie des principaux contributeurs à la croissance de la dépense.

Différentes mesures ont été prises en 2011 et 2012 afin de ralentir la croissance de ces dépenses : « le forfait bandelettes » pour les dispositifs d'autocontrôle de la glycémie et l'entente préalable du forfait « ventilation oxygénothérapie ». La baisse des forfaits de dispositifs médicaux d'assistance respiratoire dits à pression positive continue (PPC) début 2013 a également permis de modérer la croissance de la consommation en valeur. En outre, des remises conventionnelles sont perçues auprès des fabricants de dispositifs médicaux afin d'en modérer le coût de prise en charge par l'Assurance maladie. De plus, l'année 2016 a été marquée par un changement de conditionnement des pansements afin d'en limiter le coût.

Plus de 70 % de la dépense prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire

Les biens médicaux hors optique médicale sont pris en charge à 72,1 % par les financements publics (Assurance maladie, État et CMU-C versée par les organismes de base) (*graphique 3*). Cela représente un niveau très largement supérieur à celui constaté sur l'optique (4,0 % en 2017) [voir fiche 16], mais néanmoins plus faible que le taux moyen de prise en charge sur le champ de la CSBM dans son ensemble (79,3 %).

Les organismes complémentaires et les ménages financent ces biens médicaux dans des proportions proches (respectivement 15,4 % et 12,5 %).

La structure de financement des autres biens médicaux s'est légèrement modifiée depuis 2008. La part des organismes complémentaires a progressé de 3,1 points, tandis que, symétriquement, les parts publiques et le reste à charge des ménages ont reculé (respectivement -2,4 points et -0,7 point).

Note

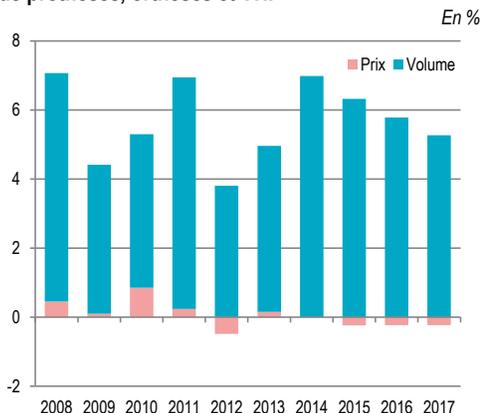
Le poste « optique » correspond au chapitre 2 du titre II de la LPP ; le poste « prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques » comprend le titre II (hors chapitre 2) et le titre IV de la LPP ; le poste « aliments, matériels et pansements » correspond au titre I de la LPP. Le titre III de la LPP n'est pas repris ici, car il comprend des dispositifs médicaux utilisés exclusivement en établissement.

Tableau 1 Consommation des autres biens médicaux, hors optique médicale

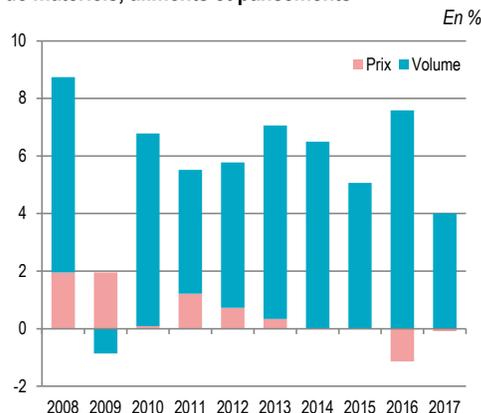
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Évolution 2017/2016 (%)	Structure 2017 (%)
Ensemble (en millions €)	5 873	5 999	6 378	6 762	7 099	7 553	8 055	8 488	9 006	9 391	4,3	100,0
Prothèses, orthèses, VHP*	1 898	1 982	2 087	2 232	2 306	2 421	2 590	2 747	2 899	3 045	5,0	32,4
Matériels, aliments et pansements	3 975	4 018	4 291	4 530	4 793	5 133	5 466	5 742	6 107	6 346	3,9	67,6
Évolution en valeur (en %)	8,3	2,2	6,3	6,0	5,0	6,4	6,6	5,4	6,1	4,3		

* Véhicules pour handicapés physiques.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Taux d'évolution des dépenses de prothèses, orthèses et VHP

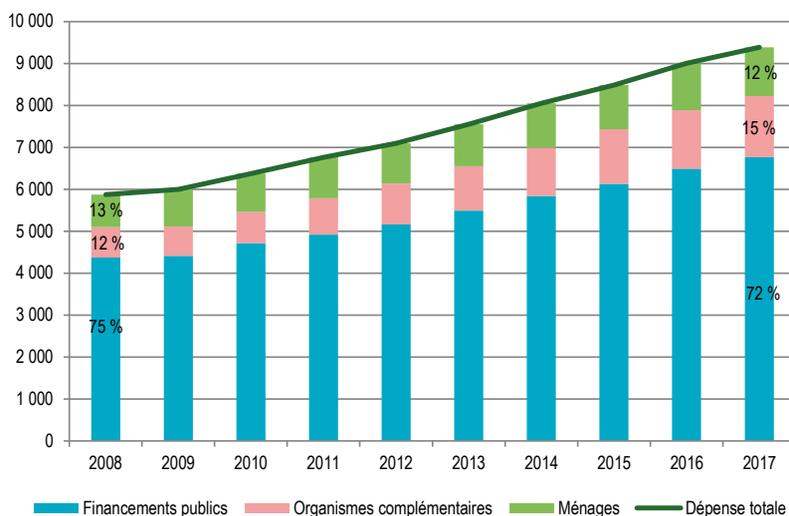
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Taux d'évolution des dépenses de matériels, aliments et pansements

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Dépenses d'autres biens médicaux, hors optique médicale, par financeur direct

En millions d'euros



Note > Les financeurs publics recouvrent la Sécurité sociale, l'État et les dépenses des organismes de base pour les bénéficiaires de la CMU-C (assurance maladie de base et complémentaire dans ce cas). Les organismes complémentaires regroupent les dépenses des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance au titre des autres assurés sociaux disposant d'une couverture santé complémentaire.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2017, la consommation de soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) s'élève à 92,8 milliards d'euros. La consommation de soins hospitaliers est moins dynamique en 2017 (0,9 %) que les années précédentes (1,7 % en 2016 et 2,6 % en moyenne par an au cours de la période 2008-2015) [tableau 1]. Elle contribue pour 0,4 point à la croissance de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette inflexion s'explique entièrement par un fort ralentissement des volumes de soins (0,9 % après 2,3 % en 2016), les prix étant stables en 2017 tous secteurs confondus.

L'évolution récente s'inscrit dans la tendance de ces dernières années, à savoir une progression de la dépense hospitalière publique et privée bien moindre que celle de la décennie 2000. Ces soins hospitaliers représentent 46,6 % de la CSBM. Cette part diminue légèrement depuis 2015, après avoir atteint un point haut en 2014, à 46,8 %.

Un ralentissement marqué des volumes de soins hospitaliers dans le public comme dans le privé

Le **secteur public** hospitalier comprend :

- les hôpitaux de statut juridique public, y compris les hôpitaux militaires ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif, anciennement tarifés au prix de journée préfectoral, ayant opté le 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Le secteur public représente à lui seul 77,0 % de la consommation de soins hospitaliers en 2017, cette part étant stable depuis 2008. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public s'élève ainsi à 71,5 milliards d'euros en 2017. Elle augmente nettement plus faiblement qu'en 2016 en valeur (0,8 %, après 1,6 % en 2016), en raison d'un très fort ralentissement des volumes (0,4 %, après 1,8 % en 2016) [graphique 1]. La croissance des prix dans le secteur public hospitalier repart légèrement à la hausse en 2017 (0,4 %). En 2016 (-0,3 %) et 2015 (-0,3 %), les prix ont baissé notamment en raison du ralentissement de la masse salariale hospitalière intervenue ces mêmes années.

Dans une perspective plus longue, la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public ralentit nettement depuis 2015 par rapport à la période 2010-2014 (+2,7 % en moyenne par an pendant cette période) du fait du resserrement progressif de l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam).

Le **secteur privé** hospitalier comprend :

- les établissements privés à but lucratif ;
- les établissements de statut juridique privé à but non lucratif, anciennement tarifés à prix de journée préfectoral, ayant opté le 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

La consommation de soins hospitaliers en secteur privé s'élève en 2017 à 21,4 milliards d'euros. Dans une logique de lieu d'exécution, les dépenses comptabilisées au titre du secteur hospitalier privé comprennent l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. La consommation de soins hospitaliers privés est également moins dynamique en 2017 qu'en 2016 en valeur (1,2 % après 2,4 %) [graphique 1]. Cette plus faible progression est portée par le ralentissement des volumes d'activité (+2,6 % après 3,8 % en 2016), dans un contexte de baisse des prix similaire à celle de 2016 (-1,4 %). Cette baisse des prix s'explique notamment par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) [voir fiche 23] ainsi que par la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (2,7 % après 3,1 % en 2016). La réforme des contrats responsables a en effet limité la prise en charge de ces dépassements par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) [voir fiche 27].

Le secteur privé laisse aux ménages un reste à charge plus important, quoique modéré

La prise en charge par l'Assurance maladie est en moyenne un peu plus faible dans le privé que dans le public (89 % contre 93 %) [graphique 2].

Dans le secteur privé comme dans le secteur public, les praticiens ont la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires non remboursés par la Sécurité sociale. Même si les organismes complémentaires peuvent rembourser en partie ces dépassements d'honoraires, le reste à charge dans le secteur privé hospitalier demeure plus élevé que dans le secteur hospitalier public (4 % contre 1 %). Ces restes à charge à l'hôpital, public ou privé, sont toutefois sensiblement inférieurs en moyenne à ceux rencontrés dans la plupart des autres postes de la CSBM, même s'ils sont très variables en fonction du type de séjour (médecine ou chirurgie).

Consommation de soins hospitaliers publics

La consommation de soins du secteur public est égale à la production non marchande obtenue en additionnant les coûts des différents facteurs de production utilisés. À cette production, sont retirées les ventes résiduelles (par exemple mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales, etc.), et la part de la production consommée pour le propre compte du secteur public hospitalier. La consommation de soins hospitaliers ne comprend pas les dépenses effectuées au titre des unités de soins de longue durée (intégrées à l'agrégat de la dépense courante de santé et non dans celui de la consommation de soins et de biens médicaux).

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers

En millions d'euros

		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble		75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 002	92 848
Évolution (en %)	Valeur	3,3	3,9	2,5	2,7	2,6	2,5	2,7	1,5	1,7	0,9
	Prix	0,5	0,8	-0,2	-0,2	0,0	0,6	0,4	-0,5	-0,5	0,0
	Volume	2,8	3,1	2,7	2,8	2,6	1,9	2,3	2,1	2,3	0,9
Secteur public		57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	70 864	71 463
Évolution (en %)	Valeur	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,7	1,7	1,6	0,8
	Prix	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,6	-0,3	-0,3	0,4
	Volume	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0	1,8	0,4
Secteur privé		17 451	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 386
dont	fraîs de séjour *	12 793	13 299	13 551	13 962	14 287	14 479	14 801	14 863	15 096	15 199
	honoraires **	4 659	4 845	5 064	5 204	5 328	5 430	5 656	5 786	6 042	6 187
Évolution (en %)	Valeur	4,5	4,0	2,6	3,0	2,3	1,5	2,8	0,9	2,4	1,2
	Prix	0,9	0,5	0,8	0,1	-0,1	-0,2	-0,3	-1,2	-1,4	-1,4
	Volume	3,6	3,5	1,8	2,8	2,4	1,7	3,0	2,2	3,8	2,6

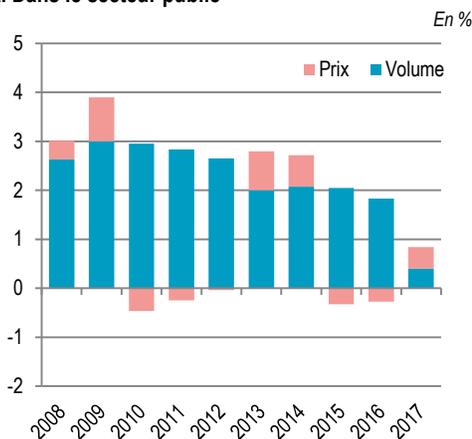
* Y compris médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus (médicaments et autres biens médicaux, souvent coûteux, qui sont facturés en sus de la tarification à l'activité).

** Ensemble des honoraires perçus en hospitalisation privée, y compris biologique.

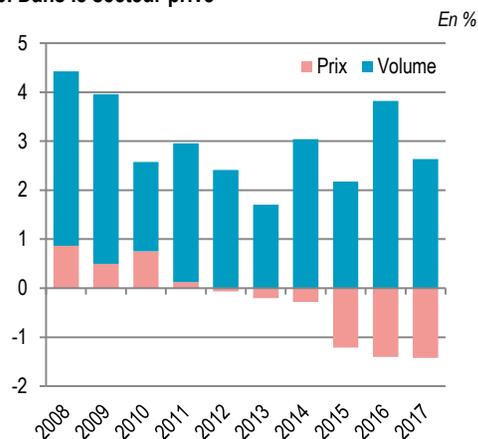
Source > DREES, comptes de la santé

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers

a. Dans le secteur public



b. Dans le secteur privé

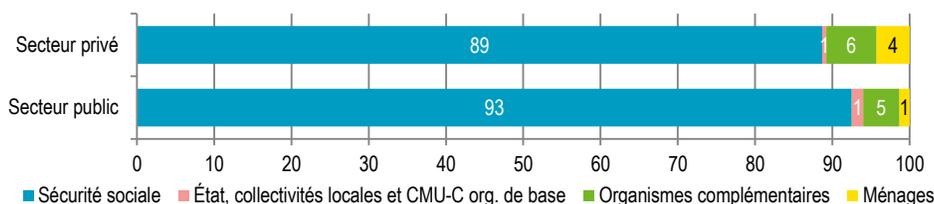


Note > Compte tenu des différences de méthodologie de mesure et de périmètre des tarifs dans les secteurs public et privé, les indices de prix des deux secteurs ne sont pas directement comparables (voir annexe 2 « La méthodologie des comptes de la santé »).

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition de la consommation de soins hospitaliers par financeur en 2017

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Dans ce même ouvrage, voir annexe 2 « La méthodologie des comptes de la santé » et annexe 4 « Les indices de prix de la santé ».

Dans les comptes de la santé, la distinction entre « secteur public » et « secteur privé » hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale [DG], ou hors DG) et non sur leur statut juridique (voir fiche 18). En revanche, l'enquête **SAE** (Statistique annuelle des établissements de santé), qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut juridique.

Au 31 décembre 2016, on dénombre en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer 3 065 établissements de santé (y compris hôpitaux militaires) :

- 1 376 établissements publics¹ ;
- 686 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 003 établissements privés à but lucratif (hors centres de dialyse, de radiothérapie et services d'hospitalisation à domicile [HAD]).

Depuis 2002, l'hospitalisation partielle se développe, tandis que l'hospitalisation complète recule

En 2016, les capacités d'accueil sont de 373 000 lits en hospitalisation complète, hors soins de longue durée, et 75 000 places en hospitalisation partielle (*tableau 1*).

Le nombre de lits en hospitalisation complète (hors soins de longue durée) diminue en 2016 (-1,0 %, après -0,7 % en 2015), du fait du repli observé dans le secteur public (-1,3 %). Il reste ainsi moins élevé qu'en 2002 dans le secteur privé à but non lucratif et dans le secteur public, mais plus élevé dans le secteur privé à but lucratif (*graphique 1*).

À l'opposé, le nombre de places en hospitalisation partielle continue d'augmenter, de manière plus soutenue en 2016 (+2,6 %, après +0,3 % en 2015), grâce notamment au dynamisme du secteur public (+2,2 %) et du secteur privé à but lucratif (+4,0 %). Dans les trois secteurs, le nombre de places d'hospitalisation partielle a nettement augmenté entre 2002 et 2016.

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (**MCO**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle progressent en 2016 (+3,2 %), les capacités en hospitalisation complète en MCO poursuivent leur repli (-1,6 % par rapport à 2015). Cette tendance est notamment le fait des hôpitaux publics et des cliniques privées à but lucratif.

En psychiatrie (**PSY**), le nombre de places en hospitalisation partielle augmente de nouveau en 2016 (+1,0 %, après +0,4 % en 2015), progression toujours portée par celle du secteur public. La contribution du secteur privé à but lucratif, dont les niveaux initiaux étaient faibles, reste modeste en dépit d'une forte progression en 2016 (+9,0 %). En hospitalisation complète de psychiatrie, la légère diminution globale des capacités (-0,3 %) masque l'augmentation du nombre de lits dans le secteur privé à but lucratif (+2,3 %).

En soins de suite et de réadaptation (**SSR**), le nombre de lits semble se stabiliser : -0,1 % en 2016, après +0,7 % en 2015. Au contraire, les places d'hospitalisation partielle continuent de croître à un rythme soutenu (+4,5 % en 2016, après +6,0 % en 2015). Enfin, pour les unités de soins de longue durée (USLD), les capacités d'accueil, qui étaient stables en 2015, repartent à la baisse en 2016 (-0,8 %), en écho à plusieurs années de forte baisse, avec notamment la suppression de plus du quart des capacités d'accueil en 2010. Cette forte baisse en 2010 résultait de la transformation d'un grand nombre d'USLD en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et à leur sortie du champ sanitaire (voir fiche 32).

190 000 emplois médicaux en 2016

En 2016, 190 000 emplois médicaux de médecins, odontologistes, biologistes, pharmaciens, internes et faisant fonction d'interne [FFI] (hors sages-femmes) sont dénombrés dans les établissements de santé², répartis en 115 000 salariés, 42 000 praticiens libéraux³ et 33 000 internes. Les emplois salariés sont prépondérants dans le public et le privé à but non lucratif, tandis que dans le secteur privé à but lucratif, les libéraux représentent 87 % des emplois médicaux (*graphique 2*).

En 2016, le personnel non médical et les sages-femmes des établissements de santé représentent plus d'un million d'équivalents temps plein (ETP) [*graphique 3*]. Représentant 7 ETP sur 10, le personnel soignant (sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers, rééducateurs, psychologues) constitue le cœur de métier de l'hôpital. Les trois quarts des ETP non médicaux des établissements de santé sont employés dans les hôpitaux publics, le reste se partageant de manière presque égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

1. Le nombre d'établissements indiqué pour le secteur public comptabilise tous les établissements, quelle que soit leur implantation géographique : pour une entité multi site comme l'AP-HP, on compte autant d'établissements que de sites.

2. Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent et sont rémunérés simultanément dans plusieurs établissements.

3. Les médecins libéraux peuvent travailler de manière exclusive ou non au sein d'un ou de plusieurs établissements.

L'**hospitalisation partielle** concerne l'accueil de jour ou de nuit (pour la psychiatrie seulement) et les unités ayant des activités d'anesthésie ou de chirurgie ambulatoire.

Pour en savoir plus

> **Toutlemonde, F.** (dir.) (2018, juin). *Les établissements de santé – édition 2018*. Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Social.

Tableau 1 Capacité en lits et en places par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2016

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2016	Évolution 2016-2015 (%)	2016	Évolution 2016-2015 (%)	2016	Évolution 2016-2015 (%)	2016	Évolution 2016-2015 (%)
Hospitalisation partielle (en places)	42 271	2,2	13 716	1,7	18 659	4,0	74 646	2,6
MCO	16 256	4,1	3 325	0,7	12 888	2,9	32 469	3,2
Psychiatrie	22 664	0,7	5 354	-0,1	1 639	9,0	29 657	1,0
Soins de suite et réadaptation	3 351	3,3	5 037	4,3	4 132	-0,7	12 520	4,5
Hospitalisation complète (en lits)*	221 869	-1,3	54 443	-0,8	96 540	-0,4	372 852	-1,0
MCO	143 546	-1,6	17 302	0,3	49 155	-2,4	210 003	-1,6
Psychiatrie	36 302	-1,4	7 374	0,3	13 659	2,3	57 335	-0,3
Soins de suite et de réadaptation	42 021	-0,1	29 767	-1,7	33 726	1,4	105 514	-0,1
Soins de longue durée (en lits)	28 235	-1,2	2 551	1,8	610	11,7	31 396	-0,8

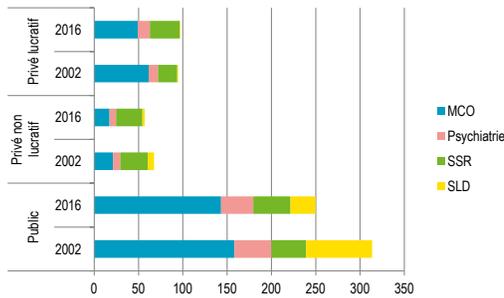
* Hors soins de longue durée.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

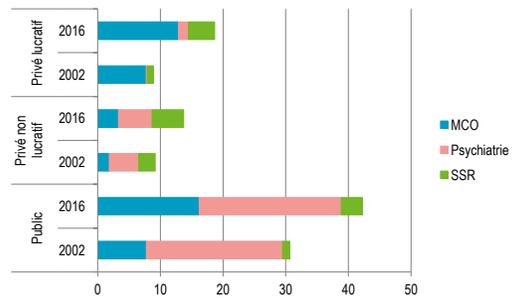
Sources > DREES, SAE 2015 et 2016 ; traitements DREES.

Graphique 1 Évolution des capacités entre 2002 et 2016

Lits d'hospitalisation complète en milliers



Places d'hospitalisation partielle en milliers

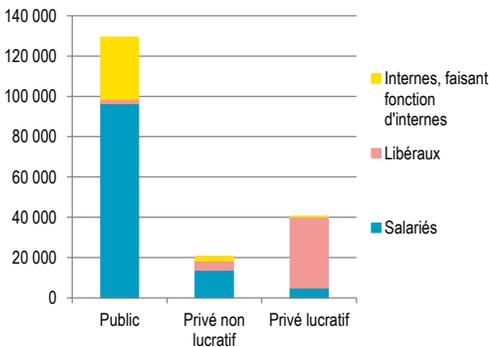


Champ > France (hors Mayotte), y compris hôpitaux militaires.

Sources > DREES, SAE 2002 et 2016 ; traitements DREES.

Graphique 2 Personnel médical en 2016

En nombre d'emplois



Note > Les personnels faisant fonction d'internes sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquiescer une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'interne.

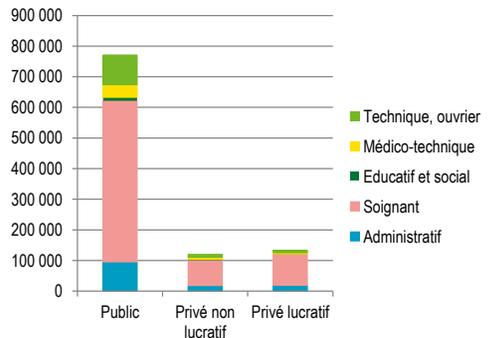
Lecture > Ces données comptabilisent plusieurs fois les praticiens qui exercent dans plusieurs établissements et qui sont rémunérés par chacun d'eux.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2016 ; traitements DREES.

Graphique 3 Personnel non médical et sages-femmes en 2016

En équivalent temps plein



Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2016 ; traitements DREES.

En 2016, les établissements de santé ont comptabilisé 12,1 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,5 millions de journées en hospitalisation partielle (tableau 1)¹. L'activité est tirée par l'hospitalisation partielle qui continue de se développer (+4,3 %), tandis que l'hospitalisation complète stagne (+0,2 %).

En MCO, l'augmentation de l'activité porte uniquement sur l'hospitalisation partielle

L'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), mesurée en nombre de séjours d'hospitalisation complète et de journées en hospitalisation partielle, est en hausse : +2,6 % en 2016. L'hospitalisation partielle en court séjour poursuit sa croissance en 2016 (+5,9 %). En hospitalisation complète, l'activité se stabilise en nombre de séjours (+0,4 %), après plusieurs années de repli. Comme en 2015, la baisse du nombre de séjours des cliniques privées à but lucratif (-1,9 % en 2016) compense la hausse observée dans le secteur public (+1,1 %). Au total, en 2016, le nombre de séjours en hospitalisation complète en MCO est proche de celui de 2002 (graphique 1). En revanche, le nombre de journées en hospitalisation partielle a crû de 51 % depuis 2002, sous l'effet des politiques incitatives mises en place : développement de ces services, tarification plus attractive, etc. La structure de l'activité en MCO s'est ainsi nettement déformée : de 1 journée d'hospitalisation partielle pour 2 séjours d'hospitalisation complète en 2002, à près de 3 journées pour 4 séjours en 2016. La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO est de 5,6 jours (graphique 2). Elle est plus élevée dans le public (6,0 jours) que dans le privé à but non lucratif (5,5 jours) ou lucratif (4,3 jours), reflet notamment des caractéristiques des patients différentes d'un secteur à l'autre. Cette durée moyenne n'a que très légèrement diminué entre 2010 (5,8 jours) et 2016 (5,6 jours). Plutôt faible en France, la durée moyenne de séjour ne s'inscrit pas dans la tendance à la baisse plus franche observée dans d'autres pays (voir fiche 46).

L'activité en psychiatrie est relativement stable depuis 2002

Si le nombre de séjours en hospitalisation complète de psychiatrie est globalement stable entre 2002 et 2012,

son évolution depuis 2013 est irrégulière. En 2016, il recule nettement (-4,1 %), effaçant la hausse observée en 2015 (+1,4 %), avec une baisse particulièrement marquée dans le secteur public (-5,8 %). Comme en MCO, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en psychiatrie est assez stable depuis 2010, mais à un niveau cinq fois plus élevé qu'en MCO : elle s'établit ainsi à 29,4 jours en 2016. L'activité en hospitalisation partielle en psychiatrie progresse régulièrement depuis 2002, à un rythme plus faible qu'en MCO. En 2016, une légère baisse est toutefois observée (-0,7 %, après +0,4 % en 2015).

L'activité en SSR poursuit sa progression

Entre 2002 et 2016, le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) est celui qui connaît la plus forte croissance de son activité : +28 % pour le nombre de séjours en hospitalisation complète et +182 % pour le nombre de journées en hospitalisation partielle.

En 2016, l'activité en hospitalisation partielle, soit 3,9 millions de journées, continue de progresser à un rythme rapide (+7,9 %, après +6,4 %). Observée dans tous les secteurs, cette hausse est plus marquée dans le secteur privé à but lucratif. En hospitalisation complète, l'augmentation de l'activité est plus modeste : le nombre de séjours progresse de 0,6 % (1,1 million de séjours en 2016) et le nombre de journées de 0,7 % (34,1 millions de journées).

La durée moyenne de séjour en SSR en hospitalisation complète est de 31,8 jours en 2016. Comme en psychiatrie, elle est relativement stable depuis 2010 et nettement plus élevée qu'en MCO. Le nombre de journées en soins de longue durée continue de diminuer légèrement en 2016 (-0,3 %, après -0,7 % en 2015), du fait de la stagnation des capacités d'accueil en lits (voir fiche 19).

À ces prises en charge en hospitalisation, à temps complet et à temps partiel, s'ajoutent des consultations externes, ainsi que des traitements et cures ambulatoires, dont 6,7 millions de séances de dialyse en 2016, 2,5 millions de séances de chimiothérapie en ambulatoire et 3,8 millions de séances de radiothérapie en ambulatoire. Enfin, les urgences ont accueilli 21,0 millions de passages en 2016.

1. En médecine, chirurgie et obstétrique, un séjour d'une durée inférieure à un jour est appelé hospitalisation partielle. Un séjour de plus d'un jour est appelé hospitalisation complète. Dans les autres disciplines, les séjours sont classés en fonction de l'autorisation rattachée à l'unité d'hospitalisation (hospitalisation complète ou partielle).

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) décrit de manière synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il permet notamment de financer les établissements en fonction de leur activité. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements et leurs personnels médicaux et non médicaux. En 2016, comme depuis 2013, le recueil de l'activité en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) n'est plus intégré dans l'hospitalisation partielle en psychiatrie, mais dans les prises en charge ambulatoires en psychiatrie.

Pour en savoir plus

> **Toutlemonde, F.** (dir.) (2018, juin). *Les établissements de santé – édition 2018*. Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Social.

Tableau 1 Nombre de séjours et de journées selon le statut de l'établissement en 2016

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2016	Évolution 2015-2016 (%)	2016	Évolution 2015-2016 (%)	2016	Évolution 2015-2016 (%)	2016	Évolution 2015-2016 (%)
Journées en hospitalisation partielle	7 669 715	1,6	3 101 746	5,2	5 702 078	7,6	16 473 539	4,3
Soins de court séjour (MCO)	3 124 108	5,2	652 953	8,7	3 742 759	6,0	7 519 820	5,9
Psychiatrie (1)	3 583 965	-2,4	947 765	-0,1	515 119	12,0	5 046 849	-0,7
Soins de suite et réadaptation	961 642	5,6	1 501 028	7,2	1 444 200	10,2	3 906 870	7,9
Séjours en hospitalisation complète (2)	7 930 808	0,7	1 207 499	0,0	2 953 328	-1,2	12 091 635	0,2
Soins de court séjour (MCO)	7 069 821	1,1	845 145	1,0	2 479 800	-1,9	10 394 766	0,4
Psychiatrie	427 385	-5,8	73 016	-3,3	123 846	1,7	624 247	-4,1
Soins de suite et réadaptation (3)	433 602	0,1	289 338	-1,9	349 682	3,3	1 072 622	0,6
Journées en hospitalisation complète (2)	67 640 200	-0,8	15 730 166	-1,3	27 055 831	0,5	110 426 197	-0,6
Soins de court séjour (MCO)	42 615 774	-0,8	4 665 975	-0,1	10 675 261	-3,3	57 957 010	-1,2
Psychiatrie	11 396 320	-1,9	2 216 669	-2,0	4 760 932	2,1	18 373 921	-0,9
Soins de suite et de réadaptation (3)	13 628 106	0,1	8 847 522	-1,8	11 619 638	3,5	34 095 266	0,7
Journées en soins de longue durée	9 854 883	-0,7	885 648	3,1	203 112	4,9	10 943 643	-0,3

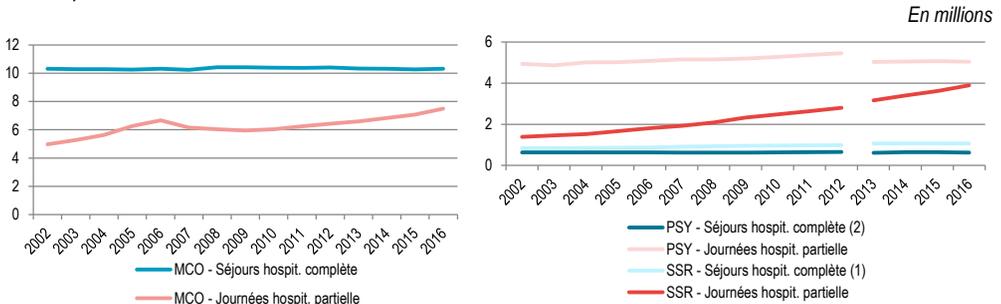
1. Le nombre de journées est exprimé en équivalent journée par lequel une demi-journée compte pour 0,5.

2. Hors soins de longue durée.

3. Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.

Champ > France (y compris Mayotte), y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH PMSI-MCO 2015-2016 ; traitements DREES pour l'activité de court séjour ; ATIH PMSI-SSR 2015-2016 pour le SSR ; DREES SAE 2015-2016 ; traitements DREES pour la psychiatrie et les soins de longue durée.

Graphique 1 Séjours en hospitalisation complète et journées en hospitalisation partielle depuis 2002 en MCO, PSY et SSR

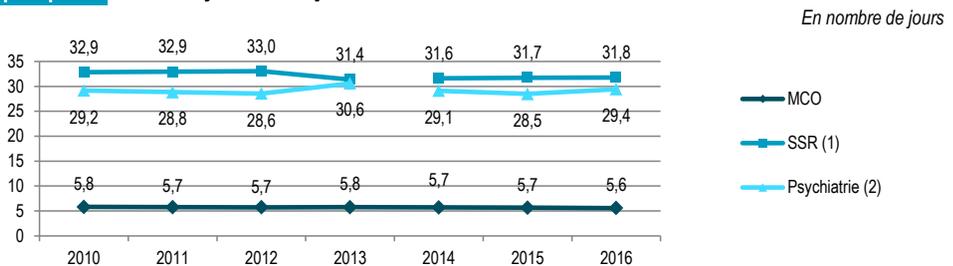
1. Y compris MECS temporaires de 2013 à 2016.

2. Modification du nombre de séjours en hospitalisation complète en 2013.

Note > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due au changement de sources pour le SSR, à la modification de la collecte pour la psychiatrie.

Champ > France (hors Mayotte) et hors hôpitaux militaires.

Sources > ATIH PMSI-MCO 2002-2016 ; traitements DREES pour l'activité de court séjour ; DREES SAE 2002-2012 et ATIH PMSI-SSR 2013-2016 ; traitements DREES pour le SSR ; DREES SAE 2002-2016 ; traitements DREES pour la psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour

1. Y compris MECS temporaires en 2014 et 2015.

2. La durée de séjour a été modifiée pour l'année 2013.

Note > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due au changement de sources pour le SSR, à la modification de la collecte pour la psychiatrie. Depuis 2013, la durée moyenne de séjour (DMS) correspond au nombre de jours de présence rapporté au nombre de séjours (somme du nombre de séjours et de séjours entamés avant le 1er janvier et poursuivis l'année n). Pour les années 2012 et antérieures, la DMS correspond au nombre de jours de présence rapporté au nombre de séjours pour le SSR et la psychiatrie.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH PMSI-MCO 2010 à 2016 pour l'activité de court séjour ; SAE 2010 à 2012 et ATIH PMSI-SSR 2013 à 2016 ; traitements DREES pour le SSR ; DREES SAE 2010 à 2016 ; traitements DREES pour la psychiatrie.

L'hospitalisation à domicile¹ (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville. Elle permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2016, la dépense remboursée par l'Assurance maladie aux hôpitaux au titre de l'HAD s'élève à 967 millions d'euros. Après avoir augmenté de 19 % par an entre 2006 et 2009, cette dépense a ralenti à +8 % par an jusqu'en 2012, puis à +3,7 % par an de 2013 à 2015. En 2016, la dépense a augmenté à nouveau plus nettement (+5,8 %). Cette accélération pourrait s'expliquer par la reconnaissance par la Haute autorité de santé (HAS) de la compétence exclusive des établissements HAD pour un traitement spécifique des pansements complexes, très développés en HAD.

Les capacités et l'activité augmentent nettement

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD a connu un essor important depuis le début des années 2000 depuis la clarification de son périmètre et de son champ d'application. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi triplé entre 2000 et 2016. Depuis 2011, le nombre d'établissements d'HAD se stabilise, tandis que le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément et celui des journées continuent d'augmenter, à un rythme accru en 2016 : respectivement +7,3 % et +6,3 % en 2016, contre +3 % par an en moyenne entre 2013 et 2015. Néanmoins, l'HAD occupe encore une place modeste dans l'offre de soins. En 2016, 313 établissements peuvent prendre en charge simultanément 16 300 patients en France (*tableau 1*), soit 4,9 % des capacités totales d'hospitalisation complète en MCO et en SSR. Les établissements d'HAD appartiennent en majorité aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 134 établissements du secteur public disposent de 26 % des capacités de prise en charge d'HAD en 2016 (contre 29 % en 2006). Au sein du secteur privé à but non lucratif, 98 établissements, soit 4 sur 5, relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation : ils regroupent 49 % des capacités de prise en charge en HAD en 2016, contre 56 % en 2006. Le secteur privé lucratif, avec 58 établissements, reste minoritaire mais son importance s'accroît : entre 2006 et 2016, la part de leurs capacités en HAD est passée de 6 % à 18 %. En 2016, 188 300 séjours ont été réalisés pour 4,9 millions de journées (contre 174 000 séjours et 4,6 millions de journées en 2015). Le secteur privé à but non lucratif a aussi plus d'importance en

matière d'activité que de capacités : il prend en charge 58 % des séjours (contre 31 % dans le public et 11 % dans le privé à but lucratif) et réalise 60 % des journées (contre 26 % et 15 %). En effet, les séjours sont plus courts dans les secteurs public et privé à but non lucratif du fait des principales pathologies prises en charge, notamment la périnatalité et surtout les soins de cancérologie dont les séjours sont réduits à quelques jours. Les soins palliatifs et les pansements complexes et soins spécifiques, dont les séjours sont plus longs, font aussi partie des premiers motifs de prise en charge, et ce, pour tous les secteurs.

Les disparités géographiques demeurent marquées

En 2016, sur les 16 300 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, plus de 2 600 sont concentrés à Paris et dans les Hauts-de-Seine. Les capacités de prises en charge en HAD, dans ces départements, représentent 16 % de l'offre totale et la densité moyenne y est de 68 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants (*carte 1*), soit 2,8 fois plus que la moyenne nationale (24 pour 100 000 habitants). Les densités sont également élevées dans les Landes, les Pyrénées-Atlantiques ou le Var. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la Guadeloupe et la Guyane ont aussi des densités 4 à 5 fois supérieures à la densité nationale. En Guyane, l'HAD comble les déficits de l'offre de soins en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997. À l'opposé, certains départements sont moins bien dotés. Les départements restants de l'Île-de-France, les Alpes-de-Haute-Provence, les Hautes-Alpes, la Haute-Saône, le Cantal, l'Isère et l'Ardèche affichent des densités inférieures à 12 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit moins de 2 fois la moyenne nationale.

Les plus de 65 ans totalisent 52 % des séjours

Compte tenu de ces prises en charge variées, l'HAD concerne des patients de tout âge, de la naissance à la fin de vie (*graphique 1*). Toutefois, les personnes âgées constituent une population cible importante : en 2016, les plus de 65 ans totalisent 52 % des séjours (contre 39 % en MCO). Les enfants concentrent 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons.

1. Les dépenses d'hospitalisation à domicile sont comptabilisées dans la consommation de soins hospitaliers (voir fiche 18).

Pour en savoir plus

> ATIH (2017, octobre). Analyse de l'activité hospitalière 2016 – édition 2017.

> FNEHAD (2017, novembre). Ensemble, construisons l'hospitalisation de demain. Rapport d'activité 2016-2017.

> Toutlemonde, F. (dir.) (2018, juin). Les établissements de santé – édition 2018. Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Social.

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2016

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément*	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Sur les séjours terminés**	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences*** (en journées)
Ensemble	313	16 293	188	4 920	28	18
Secteur public :	134	4 274	59	1 252	22	15
Centre hospitalier régional	13	1 269	25	407	17	11
Centre hospitalier (et autres)	121	3 005	33	844	27	19
Secteur privé à but non lucratif :	121	9 166	108	2 909	29	19
Centre de lutte contre le cancer	3	236	4	85	25	11
Structure associative de HAD	98	7 945	93	2 542	29	20
Autres	20	985	11	281	26	19
Secteur privé à but lucratif	58	2 853	21	760	38	25

* Le nombre de patients pouvant être pris en charge par les établissements d'HAD reflète leur capacité de prise en charge. Le terme « places », utilisé jusqu' alors, a été abandonné pour ne pas confondre avec les places des services d'hospitalisation conventionnelle.

** On comptabilise environ 175 000 séjours terminés en 2016, soit 93 % des séjours d'HAD.

*** On comptabilise environ 133 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2016, soit 71 % de séjours d'HAD.

Note > L'activité d'HAD peut compléter ou se substituer à celle des disciplines de médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation, mais pas de psychiatrie.

Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés.

Les capacités de prise en charge sont déclarées dans la SAE, pour réaliser l'activité HAD enregistrée dans le PMSI.

Les séjours comprennent ceux commencés en 2016 ou avant, et ceux terminés en 2016 ou après.

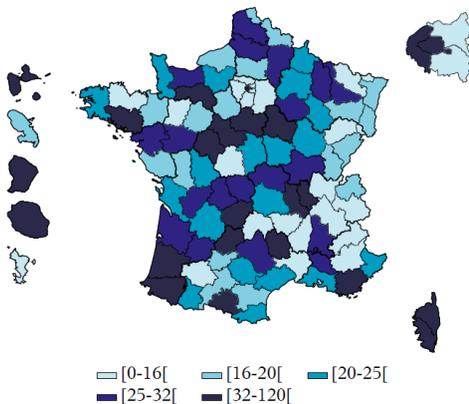
Les journées sont celles de l'année 2016 (on exclut les journées antérieures à 2016 pour les séjours ayant commencé avant).

Champ > France.

Sources > ATIH : PMSI-HAD 2016 ; DREES : SAE 2016 ; traitements DREES.

Carte 1 Densité de capacités de prise en charge en hospitalisation à domicile par département

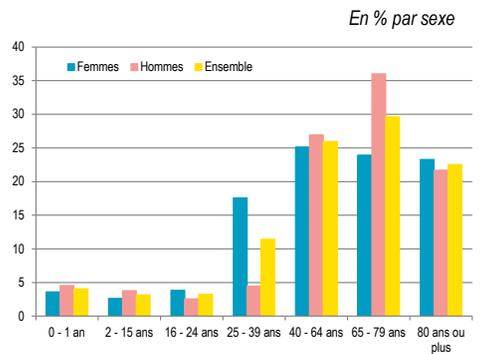
Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants



Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

Champ > France.

Sources > Insee : estimation de la population au 1^{er} janvier 2016 ; DREES : SAE 2016 ; traitements DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours selon l'âge et le sexe des patients hospitalisés à domicile

Note > Les âges sont ceux observés à l'admission.

Lecture > En 2016, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 18 % chez les femmes.

Champ > France.

Sources > ATIH : PMSI-HAD 2016 ; traitements DREES.

Les comptes financiers des hôpitaux publics se dégradent de nouveau en 2017

En 2017, d'après les données provisoires des comptes financiers des hôpitaux publics, le déficit total se creuse de nouveau et atteint 731 millions d'euros, après 189 millions d'euros en 2015. Depuis 2012, le déficit s'est creusé chaque année, à l'exception de l'année 2016 où il s'était réduit. La rentabilité nette, définie comme le rapport du résultat net (excédent ou déficit) aux recettes, suit la même tendance. Elle s'établit à son plus bas niveau depuis 2002, à -1,1 %, après -0,3 % en 2016 (tableau 1). Cette détérioration des comptes pour l'année 2017 reflète principalement celle du budget principal, en déficit de près de 900 millions d'euros, après 434 millions d'euros en 2016 (tableau 2). Le budget principal retrace les opérations relevant des activités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et de psychiatrie ; il représente 88 % du budget total des établissements. Quant au budget annexe, décrivant notamment les unités de soins de longue durée et les établissements hébergeant des personnes âgées, son excédent se réduit en 2017 pour s'établir à 145 millions d'euros, niveau proche de celui observé en 2014 et 2015. En 2017, près de six établissements sur dix sont déficitaires (59 %, après 48 % en 2016). Le déficit cumulé de ces établissements se creuse fortement, pour s'établir à 1,1 milliard d'euros (726 millions d'euros en 2016). Toutefois, l'essentiel de ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements, en 2017 comme en 2016. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé se réduit et s'établit à près de 406 millions d'euros en 2017 (540 millions d'euros en 2016).

Le champ de cette fiche est plus restreint que le secteur public hospitalier retenu dans les comptes de la santé. En effet, seuls les hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires) sont retenus ici.

Cette dégradation concerne toutes les catégories d'établissements, sauf les CHR

La dégradation de la situation financière concerne toutes les catégories d'établissements, à l'exception des centres hospitaliers régionaux (CHR), hors AP-HP, dont la rentabilité nette continue de s'améliorer et atteint -0,1 % en 2017, après -0,5 % en 2016. Si le nombre de CHR déficitaires reste quasiment équivalent à celui de 2016 (15 en 2017, contre 16 en 2016), leur déficit ne représente plus que 16 % du déficit global cumulé en 2017, contre 30 % en 2016.

Dans les centres hospitaliers spécialisés (CHS), la rentabilité nette est quasi stable et s'établit à 0,9 % en 2017 (1,0 % en 2016). Pour toutes les autres catégories d'hôpitaux, la situation financière se dégrade. Ainsi, les

comptes financiers de l'AP-HP redeviennent déficitaires en 2017. Avec un déficit de 180 millions d'euros (2,7 % des recettes), au plus bas depuis 2002, l'AP-HP représente 15 % du déficit global cumulé.

La rentabilité nette des centres hospitaliers de moyenne ou grande taille (moyens CH et grands CH) se dégrade aussi nettement, passant respectivement de -1,7 % en 2016 à -2,5 % en 2017 (moyens CH) et de -0,3 % à -1,4 % (grands CH). La situation financière des centres hospitaliers de petite taille (petits CH) redevient déficitaire en 2017 et leur rentabilité nette passe de 0,3 % en 2016 à -1,2 % en 2017. Enfin, les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux deviennent déficitaires pour la première fois depuis 2002. Leur rentabilité nette, en baisse continue depuis 2009, atteint -0,1 % en 2017.

En 2017, le résultat d'exploitation des établissements publics devient déficitaire

Le résultat net est la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. L'évolution du résultat net est pour beaucoup le reflet de celle du résultat d'exploitation, qui recule continûment depuis 2012, à l'exception de l'année 2016. Le résultat d'exploitation se dégrade plus fortement encore en 2017 et enregistre, pour la première fois depuis 2002, un déficit de l'ordre de 300 millions d'euros (graphique 1). Structurellement déficitaire en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements, le déficit du résultat financier est en léger repli en 2017, à 923 millions d'euros (972 millions d'euros en 2016). Enfin, le résultat exceptionnel, excédentaire depuis 2013, augmente aussi légèrement et atteint 494 millions d'euros.

Les recettes des établissements publics sont estimées à près de 79,2 milliards d'euros en 2017

En 2017, les recettes totales des établissements publics, hors rétrocession de médicaments, ralentissent nettement, ne progressant que de 0,9 %, après 2,3 % en 2016 (tableau 2). Elles atteignent 79,2 milliards d'euros en 2019, dont 69,7 milliards imputables au budget principal.

Le budget principal est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. Avec près de 54 milliards d'euros, les recettes versées par l'Assurance maladie (titre 1) ont augmenté de 1,5 % en 2017. Elles sont constituées principalement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres recettes de l'activité hospitalière (titre 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, diminuent de 1,9 % pour s'établir à 5,4 milliards d'euros en 2017. Enfin, les autres recettes (titre 3) diminuent de 1,2 % pour s'établir à 10,4 milliards d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

Tableau 1 Rentabilité nette¹ des hôpitaux publics entre 2002 et 2017

En %

	2002	2003	2004	2005	2006*	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017**
Ensemble hôpitaux publics	0,9	0,5	1,0	0,3	-0,4*	-0,9	-0,6	-0,4	-0,4	-0,6	0,1	-0,2	-0,4	-0,6	-0,3	-1,1
Les centres hospitaliers régionaux (CHR)																
AP-HP	0,8	-0,3	1,7	-1,1	2,7*	-0,2	0,2	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2	0,6	0,9	-2,7
Autres CHR	0,5	-0,1	0,4	-0,2	-1,1	-2,2	-2,4	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,7	-1,3	-0,5	-0,1
Les autres centres hospitaliers (CH)																
Grands CH**	0,4	0,2	0,4	0,6	-1,3	-1,4	-0,5	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,3	-0,7	-0,3	-1,4
Moyens CH**	0,7	0,6	0,8	0,6	-0,9	-0,7	-0,3	0,0	-0,6	-1,1	-0,1	-0,7	-0,9	-0,9	-1,7	-2,5
Petits CH**	2,2	1,6	2,0	1,1	0,8	0,9	1,0	1,2	0,9	0,5	0,6	0,8	0,4	-0,3	0,3	-1,2
CH ex-hôpitaux locaux	2,0	1,6	2,5	2,0	2,1	2,3	2,2	2,5	2,3	1,4	1,2	0,7	0,6	0,7	0,7	-0,1
CH spécialisés (CHS)	3,2	3,1	2,3	1,2	0,4	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,0	0,3	1,0	0,9

1. Rentabilité nette : rapport entre le résultat net comptable (écart entre les recettes et les dépenses, c'est-à-dire l'excédent ou le déficit) et les recettes de l'activité (définis par les comptes 70 et 73 de la nomenclature M21, hors compte de rétrocession).

* Hors opérations exceptionnelles de l'AP-HP, la rentabilité nette de l'AP-HP s'élève à 1,1 % et celle de l'ensemble des hôpitaux publics à -0,5 %.

** Données provisoires.

Note > Par convention, les hôpitaux publics sont répartis en sept catégories :

L'assistance publique – hôpitaux de Paris (AP-HP).

Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).

Les centres hospitaliers (CH), eux-mêmes classés en trois catégories selon leur taille, mesurée à partir de leurs recettes :

- les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;
- les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;
- les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

Les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux (CH ex-HL).

Les centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales (CHS).

Les syndicats inter-hospitaliers (SIH), exerçant une activité de soins, ont été classés avec les établissements avec lesquels ils mettent en commun certaines fonctions ou activités (objectifs d'un SIH), c'est-à-dire au sein des CH ou des CHS.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DROM.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Tableau 2 Évolution des recettes et des dépenses des hôpitaux publics entre 2013 et 2017

	2014	2015	2016	2017*	2014/2015	2015/2016	2016/2017
	En Mds€	En Mds€	En Mds€	En Mds€	En %	En %	En %
Produits							
Budget global	75,2	76,7	78,5	79,2	+2,1	+2,3	+0,9
dont Budget principal	66,1	67,5	69,2	69,7	+2,1	+2,5	+0,8
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	51,1	52,2	53,1	53,9	+2,1	+1,9	+1,5
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat	5,6	5,6	5,5	5,4	-0,6	-1,2	-1,9
dont titre 3 : autres produits	9,4	9,7	10,5	10,4	+3,7	+7,8	-1,2
Charges							
Budget global	75,4	77,1	78,7	79,9	+2,3	+2,0	+1,6
dont Budget principal	66,5	68,1	69,6	70,6	+2,4	+2,2	+1,4
dont titre 1 : charges de personnel	44,1	44,9	45,4	46,4	+1,8	+1,2	+2,1
dont titre 2 : charges à caractère médical	9,2	9,6	10,1	10,3	+4,7	+4,7	+2,6
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,6	6,8	7,0	7,0	+2,5	+2,8	+0,6
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	6,6	6,8	7,1	6,9	+3,7	+4,6	-3,7
Résultat de l'exercice							
Budget global	-0,247	-0,401	-0,189	-0,731	-	-	-
dont Budget principal	-0,385	-0,600	-0,434	-0,876	-	-	-
dont Budget annexe	0,138	0,199	0,245	0,145	-	-	-

* Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DROM.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Des dépenses plus dynamiques que les recettes

En 2017, les dépenses du secteur public sont estimées à 79,9 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisées en budget principal. Contrairement à 2016, les recettes progressent moins vite que les dépenses en 2017, ce qui induit une accentuation du déficit du budget global.

À la différence de 2016, la progression des dépenses a été soutenue en 2017 par une accélération des dépenses de personnel (titre 1), après deux années de ralentissement. Ces dépenses s'élèvent à 46,4 milliards d'euros en 2017 et progressent de 2,1 % (après 1,2 % en 2016 et 1,8 % en 2015), en raison de la revalorisation de la valeur du point d'indice et de la mise en œuvre du protocole sur les parcours professionnels, les carrières et rémunérations (PPCR).

En revanche, les autres postes de dépenses contribuent à freiner la dépense totale. Les dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant [titre 2]) s'élèvent à 10,3 milliards d'euros en 2017, avec une hausse de 2,6 % en 2017, après 4,7 % en 2016. Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) ne progressent plus que faiblement (+0,6 % en 2017, après +2,8 % en 2016) et s'élèvent à 7,0 milliards d'euros pour le budget principal. Enfin, les dépenses d'amortissement, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4), diminuent de 3,7 % en 2017 pour atteindre 6,9 milliards d'euros.

Les investissements baissent à nouveau en 2017

Les investissements représentent 4,0 milliards d'euros en 2017 et la part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes continue de baisser (5,7 % en 2017, après 5,9 % en 2016 et 6,6 % en 2015) [graphique 2], comme le préconise la stratégie nationale d'investissement : l'effort d'investissement avait en effet été soutenu jusqu'en 2010 sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

L'encours de la dette diminue légèrement en 2017

Dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte, l'encours de la dette des hôpitaux publics diminue de 100 millions d'euros en 2017, pour atteindre 29,8 milliards d'euros (contre 29,9 milliards d'euros en 2016). L'encours de la dette représente ainsi 42,7 % du chiffre d'affaires en 2017, contre 43,5 % en 2016.

Toutefois, le déficit récurrent des hôpitaux publics engendre des opérations comptables sur le poste « report à nouveau déficitaire ». Comme en 2016, ceci vient réduire leurs capitaux propres. De ce fait, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), augmente encore légèrement à 51,6 % en 2017, après 51,5 % en 2016 (graphique 3).

Méthodologie

Les données utilisées proviennent des données comptables des hôpitaux publics, fournies par la Direction générale des finances publiques (DGFIP) et issues des comptes de résultats et des bilans des entités juridiques des établissements de santé de statut public.

L'analyse est essentiellement centrée sur leur budget principal. Le budget, défini comme un document comptable distinguant recettes et dépenses, est composé pour les hôpitaux publics d'un budget principal et de budgets annexes. Ces derniers décrivent les opérations ayant trait à l'exploitation de certains services dont il est nécessaire d'isoler l'activité ou qui font l'objet d'un financement spécifique, notamment les unités de soins de longue durée (USLD), les établissements hébergeant des personnes âgées (Ehpad), les instituts de formation des personnels paramédicaux (IFPP).

Le budget principal est formé de trois titres de recettes et de quatre titres de dépenses (regroupement des comptes selon la nomenclature de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses [EPRD]).

Titres de recettes :

- Titre 1 : recettes versés par l'Assurance maladie ;
- Titre 2 : autres recettes de l'activité hospitalière (recettes à la charge des patients, des organismes complémentaires et des patients non assurés sociaux en France) ;
- Titre 3 : autres recettes.

Titres de dépenses :

- Titre 1 : dépenses de personnel ;
- Titre 2 : dépenses à caractère médical ;
- Titre 3 : dépenses à caractère hôtelier et général ;
- Titre 4 : dépenses d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles.

Les données reçues des comptes des hôpitaux sont retraitées de deux manières :

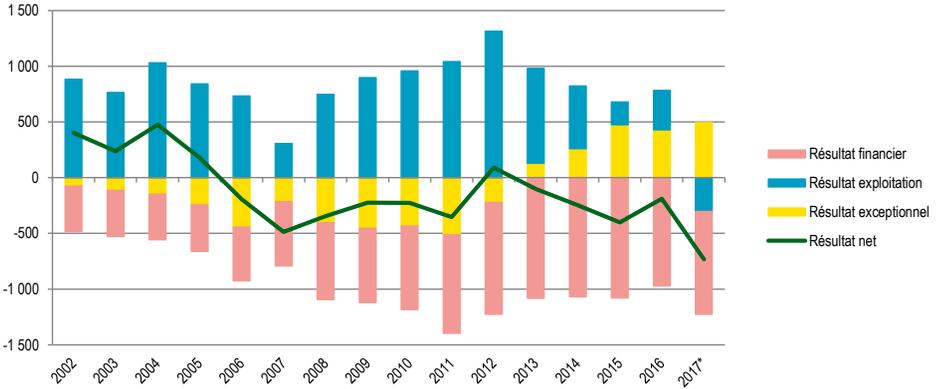
- Le poste de compte correspondant aux rétrocessions de médicaments est déduit à la fois des dépenses et des recettes. La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En effet, en l'absence de ce retraitement, pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des recettes serait surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes.
- Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2016 afin de ne conserver que les établissements de santé exerçant une activité de soins. Le nombre d'hôpitaux publics s'élèverait à 856 en 2017.

Pour en savoir plus

> **Beffy, M., Roussel, R., et al.** (dir.) (2017, septembre). *Les dépenses de santé en 2016, résultats des comptes de la santé – édition 2017*. Paris, France : coll. Panoramas de la Drees – santé. Fiche 22 « La situation économique et financière des hôpitaux publics ».

Graphique 1 Décomposition du résultat des hôpitaux publics entre 2002 et 2017

En millions d'euros



Le résultat net est égal à la somme de trois composantes :

- Le résultat d'exploitation fait référence aux recettes et dépenses liés à l'exploitation normale et courante de l'établissement ;
- Le résultat exceptionnel comprend notamment les opérations de gestion ou des opérations de capital (cessions d'immobilisation) et les dotations aux amortissements et aux provisions pour les opérations exceptionnelles ;
- Le résultat financier concerne les recettes et les dépenses qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

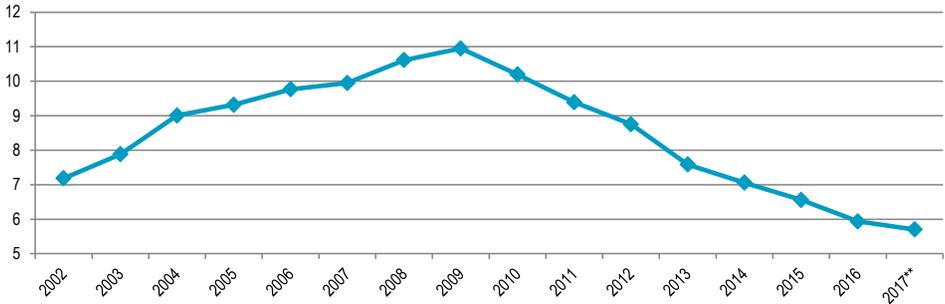
* Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DROM.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2017

En % des recettes



* Effort d'investissement : part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes.

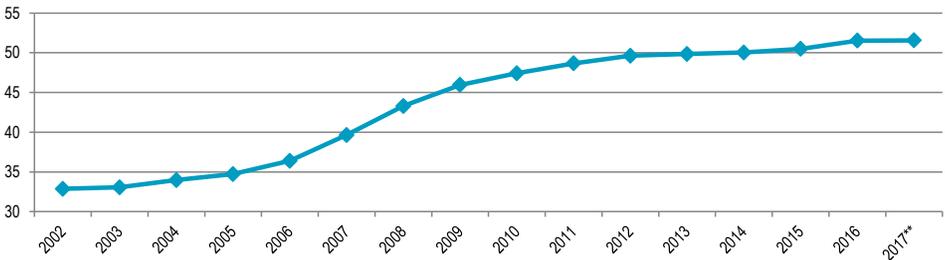
** Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DROM.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2017

En % des ressources stables



* Taux d'endettement : part des dettes au sein des ressources stables.

** Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires). France métropolitaine et DROM.

Sources > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

Le secteur hospitalier français se répartit en établissements publics, établissements privés à but non lucratif et établissements privés à but lucratif plus communément appelés cliniques privées.

Cette fiche s'intéresse à la situation économique des cliniques privées en 2016, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Elle s'appuie sur les comptes de 764 cliniques sur les 1 022 identifiées par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [tableau 1, encadré] afin d'inférer la situation économique de l'ensemble. Elle couvre à la fois la Métropole et les départements et régions d'outre-mer (DROM).

En 2016, la rentabilité des cliniques privées se maintient à un niveau élevé

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 14,7 milliards d'euros en 2016, soit une hausse de 1,3 % par rapport à 2015 (tableau 2).

Les cliniques dont l'activité principale correspond aux soins de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) réalisent 76 % de ce chiffre d'affaires. Les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR) s'occupent, selon la définition donnée par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), de « maladies à évolution prolongée, convalescence, repos et régime, rééducation fonctionnelle et réadaptation, lutte contre la tuberculose et les maladies respiratoires, cures thermales, cures médicales, cures médicales pour enfants, post-cures pour alcooliques ». Elles couvrent, 19 % du chiffre d'affaires total. Enfin, les cliniques psychiatriques n'en représentent que 5 %.

En 2016, la rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte le résultat net au chiffre d'affaires, est évaluée à 3,7 %, soit son plus haut niveau depuis douze ans. Pour la troisième année consécutive, elle se maintient ainsi au-dessus de 3 %, comme avant la crise économique de 2008.

Pour les cliniques du secteur MCO, la rentabilité augmente de 0,7 point par rapport à 2015 pour atteindre 2,9 % du chiffre d'affaires, proche du niveau observé en

2014 (graphique 1). La rentabilité nette des cliniques de SSR a doublé depuis 2011 et s'établit à 6 % en 2016, bien au-dessus de son niveau moyen d'avant la mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), avantage fiscal pour les entreprises. Les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2016, malgré une baisse de leur niveau de rentabilité à 6,3 % en 2016 (contre 7,5 % en 2015), un niveau identique à celui de 2014.

Les effets positifs du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi sur les résultats

Le retour à un niveau élevé de la rentabilité des cliniques privées est imputable, pour l'essentiel, à la mise en place, en 2013, du CICE.

Cette mesure a en effet entraîné une baisse des cotisations sociales relatives aux frais de personnel, induisant un rebond sensible de l'excédent brut d'exploitation (EBE) dès 2013.

Considérant que les cliniques sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis l'ont neutralisé en 2015 et en 2016, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers. En 2016, cela se traduit par une légère baisse de l'EBE, qui s'établit à 6,6 % du chiffre d'affaires, soit 0,6 point de moins qu'en 2015.

La progression du résultat net en 2016 est pour partie la conséquence de celle du résultat financier, qui mesure les opérations se rapportant directement à l'endettement et aux placements. Ce dernier passe de -0,3 % du chiffre d'affaires en 2015 à 0,5 % du chiffre d'affaires en 2016, notamment sous l'effet d'une nette augmentation des produits financiers.

Près d'une clinique sur quatre est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaires, masque de fortes disparités. En 2016, 24 % des cliniques sont en déficit. Cette part est en très légère augmentation en 2016 (0,1 point de plus qu'en 2015). Elle atteint 30 % en MCO et 16 % en SSR, contre 11 % dans le secteur de la psychiatrie.

Tableau 1 Chiffres d'affaires moyen et effectifs de cliniques

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Nombre de cliniques	1 076	1 064	1 039	1 027	1 023	1 022
Chiffre d'affaires moyen (en millions d'euros)	12,1	12,8	13,2	13,6	14,2	14,4

Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2010-2016 ; calculs DREES.

Tableau 2 Comptes de résultat des cliniques privées à but lucratif

Montants en milliards d'euros (sauf précisions contraires), soldes et intermédiaires de gestion en % du CA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (milliards d'euros)	13 050	13 583	13 938	13 991	14 519	14 713
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,3	-45,2	-44,8	-45,0	-45,5	-45,9
<i>dont achats consommés</i>	-17,4	-17,2	-16,7	-17,1	-17,5	-17,3
<i>dont autres achats et charges externes</i>	-27,9	-28,0	-28,1	-28,0	-28,0	-28,5
<i>dont variation de stocks</i>	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0
Frais de personnel (en % du CA)	-43,9	-43,9	-43,3	-42,9	-42,6	-42,9
<i>dont salaires bruts</i>	-31,0	-31,2	-31,6	-31,3	-31,2	-31,5
<i>dont charges sociales</i>	-12,9	-12,8	-11,7	-11,6	-11,4	-11,4
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,1	-5,3	-5,3	-5,1	-4,8	-4,7
<i>dont impôts, taxes et versements assimilés</i>	-5,7	-6,0	-5,9	-5,9	-5,6	-5,7
<i>dont subvention d'exploitation</i>	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9	1,0
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	5,7	5,6	6,5	7,1	7,2	6,6
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,1	0,1	0,0	-0,1	-0,1	-0,1
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-2,1	-2,2	-2,2	-2,0	-2,2	-2,2
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	3,7	3,5	4,3	4,9	4,9	4,5
RÉSULTAT FINANCIER (en % du CA)	-0,3	-0,3	-0,4	0,0	-0,3	0,5
<i>produits financiers</i>	1,0	0,9	0,6	0,8	0,6	1,3
<i>charges financières</i>	-1,3	-1,2	-0,9	-0,7	-0,9	-0,8
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier) (en % du CA)	3,4	3,2	4,0	5,0	4,7	5,0
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (en % du CA)	1,1	0,1	-0,5	0,0	0,0	0,0
<i>produits exceptionnels</i>	3,0	2,1	2,1	1,9	2,0	1,3
<i>charges exceptionnelles</i>	-1,9	-2,0	-2,7	-1,9	-2,0	-1,3
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,5	-1,2	-0,9	-1,0	-1,2	-0,9
RÉSULTAT NET (en % du CA)	2,6	1,8	2,2	3,6	3,0	3,7

Chiffre d'affaires (CA) : il correspond essentiellement aux rémunérations perçues par un établissement de santé pour les soins qu'il prodigue (rémunérations versées par la Sécurité sociale, par les assurances maladies complémentaires ou directement par le patient).

Achats et charges externes : ils comprennent notamment les achats médicaux, la sous-traitance et le personnel extérieur à l'entreprise, les redevances de crédit-bail, les loyers, etc.

Excédent brut d'exploitation (EBE) ou marge d'exploitation : solde généré par l'activité courante de l'entreprise, sans prendre en compte la politique d'investissement et la gestion financière. Il est obtenu en soustrayant au chiffre d'affaires les charges d'exploitation.

Résultat net (comptable) : solde final entre tous les produits et les charges de l'exercice.

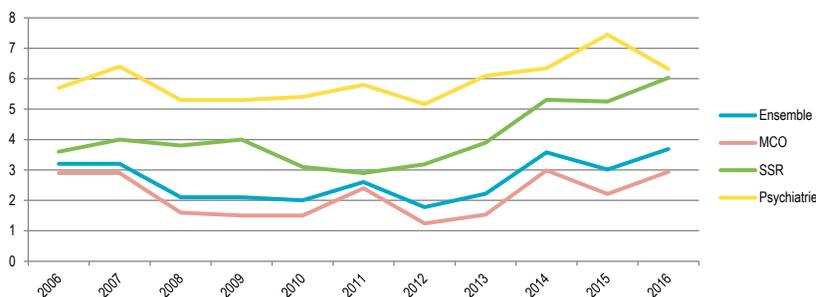
Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits apparaissent en positif et les charges en négatif.

Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2010-2016 ; calculs DREES.

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées

En % du chiffre d'affaires



Note > Rentabilité nette : rapport du résultat net au chiffre d'affaires.

Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2016 ; calculs DREES.

Les investissements se stabilisent

Comme la rentabilité, la capacité d'autofinancement (CAF) augmente en 2016, après une baisse en 2015 (6,5 % du chiffre d'affaires en 2016, contre 5,4 % en 2015 et 5,9 % en 2014) [graphique 2]. Elle augmente pour les cliniques de MCO et de SSR, mais diminue pour les cliniques psychiatriques.

Globalement, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre d'affaires, continue de progresser légèrement en 2016. Il est en effet reparti à la hausse en 2015, après une baisse ininterrompue de 2006 à 2014 (graphique 3). En 2016, l'investissement reste toutefois modéré et représente

4,6 % du chiffre d'affaires (4,4 % en 2015). Il progresse néanmoins plus nettement en SSR, vraisemblablement en raison de avec l'amélioration sensible de la situation financière de ce secteur, pour atteindre 6,2 % du chiffre d'affaires, contre 5,2 % en 2015.

L'endettement reste stable à un niveau bas

L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, est stable depuis 2014 aux alentours de 35 %, un niveau historiquement bas (graphique 4). À titre de comparaison, ce taux est d'environ 52 % en 2016 et 2017 pour les hôpitaux publics.

Méthodologie

Champ

Les données de 2016 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce. Ces chiffres ont été croisés avec l'enquête SAE 2016, afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Les données 2016 sont considérées comme définitives et s'appuient sur un échantillon de 764 cliniques ayant déposé leurs comptes. De ce fait, les ratios se modifient à la marge par rapport aux chiffres publiés dans l'ouvrage *Les établissements de santé – édition 2018, coll. Panoramas de la Drees – Santé*. Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre l'échantillon de cliniques représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que des différents indicateurs financiers.

Répartition par discipline

Les cliniques ont été réparties par discipline en tenant compte de la part d'activité réalisée pour chaque grand domaine, en considérant le nombre de journées et de venues pour la chirurgie, la médecine, l'obstétrique et l'odontologie (MCO), la psychiatrie, les soins de suite et de réadaptation (SSR), l'hospitalisation à domicile (HAD) et le nombre de séances pour la dialyse et la radiothérapie. Les choix de classification sont les suivants :

- **Secteur de MCO** : cliniques pluridisciplinaires ou spécialisées à dominante MCO, cliniques de dialyse monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de dialyse) ; cliniques de radiothérapie monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de radiothérapie) ; hospitalisation à domicile (HAD). Selon le décret du 2 octobre 1992, « les structures d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnés. Les soins en HAD se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. »
- **Secteur hors MCO** :
 - SSR : cliniques dont l'activité est à dominante soins de suite et de réadaptation.
 - PSY : cliniques dont l'activité est à dominante psychiatrie.

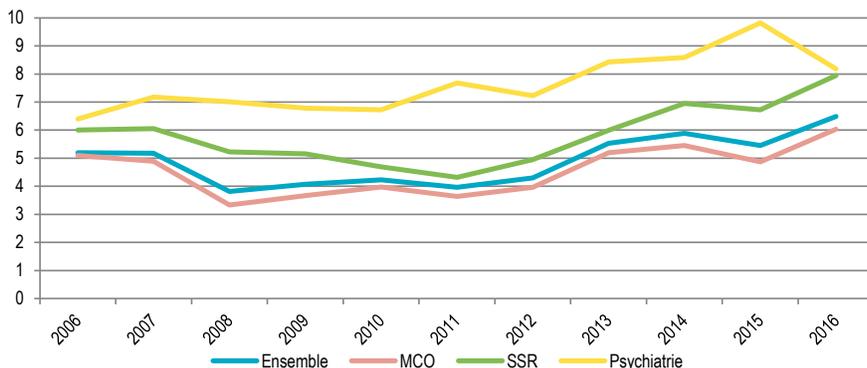
Pour en savoir plus

> **Beffy, M., Roussel, R., et al. (dir.)** (2017, septembre). Les dépenses de santé en 2016, résultats des comptes de la santé – édition 2017. Paris, France : coll. Panoramas de la Drees – santé. Fiche 23 « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif ».

> **Toutlemonde, F. (dir.)** (2018, juin). *Les établissements de santé – édition 2018*. Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Social.

Graphique 2 Évolution de la capacité d'autofinancement des cliniques privées

En % du CA



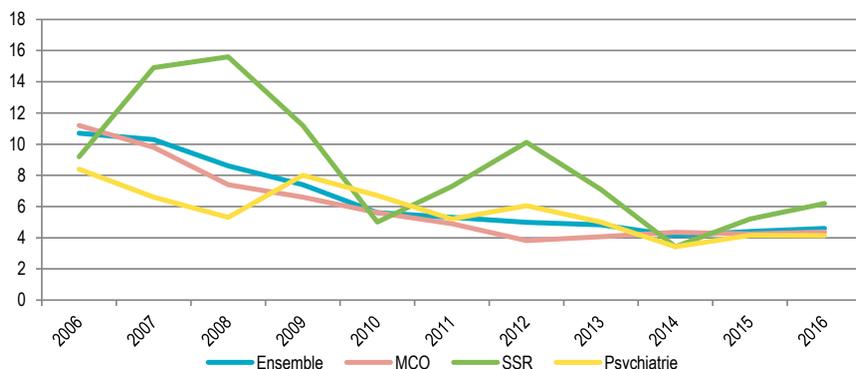
Note > Capacité d'autofinancement (CAF) : elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.

Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2016 ; calculs DREES.

Graphique 3 Évolution de l'effort d'investissement des cliniques privées

En % du CA

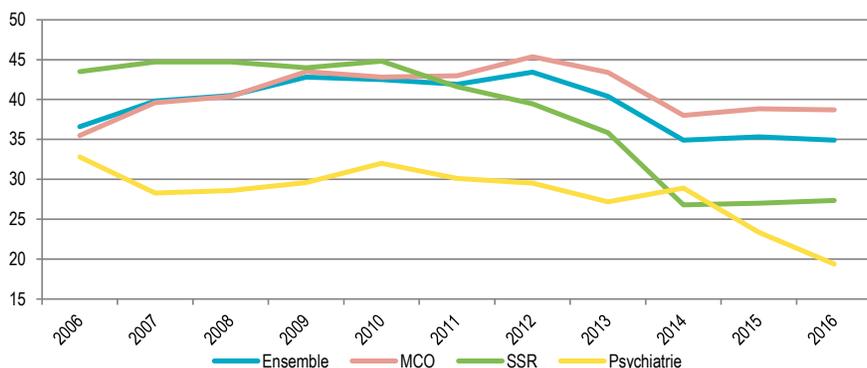


Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2016 ; calculs DREES.

Graphique 4 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées

En % des capitaux permanents



Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2016 ; calculs DREES.

Des taux de prise en charge variables d'un poste de soins à l'autre pour chaque acteur du système

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de santé est très variable d'un poste de dépense à l'autre. Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), le taux moyen de prise en charge (77,8 % en 2017) [tableau 1] recouvre des valeurs contrastées selon le type de dépense considéré. Cette part varie de 44,6 % pour les autres biens médicaux (optique comprise) à 93,1 % pour les transports sanitaires. Par symétrie, les taux de prise en charge de la dépense par les autres financeurs (organismes complémentaires [OC], État et organismes de base gérant la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C]) [voir glossaire], d'une part, et par les ménages, c'est-à-dire le reste à charge direct en santé, d'autre part, varient aussi selon le type de soins considéré.

Alors que la part des OC dans le financement de la CSBM atteint globalement 13,2 % en 2017 (voir fiche 27), celle-ci est aussi fortement différenciée selon le type de soins. Elle varie ainsi de 3,5 % pour les transports sanitaires à 38,2 % pour les autres biens médicaux (y compris optique).

Les dépenses de l'État recouvrent les prestations versées aux invalides de guerre et aux personnes en situation irrégulière (soins d'urgence, aide médicale de l'État [AME]). L'État et les organismes de base au titre de la CMU-C (voir fiche 30) financent au total 1,5 % de la CSBM.

Enfin, le reste à charge des ménages représente 7,5 % de la CSBM en 2017 (voir fiche 28), mais varie, par grand poste, d'environ 2,0 % pour les soins hospitaliers et les transports à 16,4 % pour les autres biens médicaux (y compris optique).

Une répartition de la dépense par type de soins très contrastée d'un financeur à l'autre

Le principal poste de financement au sein de la CSBM diffère pour les acteurs du système. Les soins hospitaliers constituent le premier poste de dépenses pour la Sécurité sociale, l'État et les organismes de base gérant la CMU-C. Ils représentent respectivement 54,9 % et 39,0 % de leur dépense totale en 2017 (tableau 2). Pour les autres acteurs, la première place revient aux soins de ville. En leur sein, les soins dentaires représentent, tant pour les organismes complémentaires que pour les ménages, une part importante de leur dépense (respectivement 17,5 % et 16,8 % de la dépense totale). Cela est à rapprocher du faible niveau de remboursement par la Sécurité sociale des soins prothétiques, les soins dentaires (y compris les remboursements au titre des consultations et soins préventifs et conservateurs, non susceptibles de dépassement) ne représentant à l'inverse globalement que 2,4 % des dépenses de l'Assurance maladie sur le champ de la CSBM. Enfin, les médicaments représentent près d'un tiers du reste à charge des ménages.

Une plus grande part de la consommation prise en charge par les financeurs publics et les organismes complémentaires qu'en 2002

La structure de financement de la CSBM est affectée par des phénomènes de fond tels que le vieillissement de la population, la progression des effectifs de personnes en affection de longue durée (ALD), la déformation de la consommation de soins vers les soins les mieux remboursés, etc. Elle l'est également par les effets des différentes mesures législatives portant sur l'Assurance maladie (mesures d'économie, remboursement de nouveaux actes et traitements innovants, etc.). Au total, les effets favorables à une moindre prise en charge par les ménages tendent à l'emporter depuis 2002.

S'agissant des dépenses hospitalières, la part de la Sécurité sociale a globalement diminué entre 2002 et 2014, en raison notamment d'augmentations du forfait hospitalier en 2007 et 2010, ainsi que du relèvement en 2011 du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds. Cette diminution s'est reportée sur la part prise en charge par les OC, qui a augmenté de 1,4 point. Depuis 2015, la part de la Sécurité sociale dans cette dépense augmente et celle des OC diminue légèrement.

Sur le champ des soins de ville, la part de la Sécurité sociale a diminué entre 2002 et 2011, la baisse étant significative en 2008, après la mise en place de participations forfaitaires sur les actes d'auxiliaires médicaux et la pénalisation accrue des assurés sortant du parcours coordonné de soins. Depuis 2012, cette part réaugmente, du fait notamment de l'instauration d'une rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de médicaments a globalement augmenté depuis 2002, sauf en 2006 et 2008, à la suite des importants déremboursements et de la mise en place de la franchise. Dès 2009, cette part augmente de nouveau, en raison du remboursement de médicaments innovants. Elle augmente plus fortement en 2014 (+1,4 point) du fait de l'introduction de nouveaux traitements contre l'hépatite C. À l'opposé, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué, de même que le reste à charge des ménages sur ce poste.

Sur le champ des autres biens médicaux, les parts de la Sécurité sociale et des OC ont significativement augmenté depuis 2002, sous l'effet du vieillissement de la population, du développement de l'hospitalisation à domicile, des progrès technologiques, des modifications des prises en charge et des prix (voir fiche 17), etc. En parallèle, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est nettement réduit (baisse de 17,2 points depuis 2002), mais demeure parmi les plus élevés (16,4 %). Enfin, la part de la Sécurité sociale dans la dépense de transports demeure très élevée compte tenu du nombre élevé de patients en ALD ayant recours à ces services. Le reste à charge des ménages sur ce poste y est donc faible, quoiqu'en légère hausse depuis 2010.

Tableau 1 Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

En %

	2002	2005	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble de la CSBM												
Sécurité sociale	76,8	77,0	76,2	76,3	76,3	76,2	76,3	76,6	77,1	77,3	77,5	77,8
État, CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5
Organismes complémentaires	12,3	12,7	13,2	13,3	13,4	13,7	13,7	13,4	13,4	13,4	13,4	13,2
Ménages	9,6	9,0	9,4	9,2	9,0	8,9	8,7	8,3	8,1	7,9	7,6	7,5
Soins hospitaliers												
Sécurité sociale	92,6	92,6	91,8	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,2	91,4	91,6
État, CMU-C org. de base	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3
Organismes complémentaires	3,8	4,1	4,8	4,8	5,1	5,2	5,2	5,3	5,2	5,3	5,1	5,1
Ménages	2,6	2,3	2,4	2,4	2,3	2,4	2,5	2,4	2,5	2,4	2,2	2,0
Soins de ville*												
Sécurité sociale	64,5	63,7	63,1	63,0	63,0	63,0	63,3	63,7	64,3	64,8	64,9	65,1
État, CMU-C org. de base	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	2,0
Organismes complémentaires	20,7	21,1	21,6	21,7	21,9	22,4	22,3	22,2	21,9	21,7	21,6	21,3
Ménages	13,2	13,4	13,5	13,5	13,3	12,8	12,6	12,3	12,0	11,6	11,5	11,5
Médicaments												
Sécurité sociale	66,7	68,1	66,9	67,3	68,0	68,4	68,9	69,5	71,0	71,3	71,8	72,7
État, CMU-C org. de base	1,5	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,5	1,6	1,7
Organismes complémentaires	17,0	16,9	15,9	16,2	15,9	15,4	15,1	14,7	13,9	13,2	13,0	12,6
Ménages	14,8	13,7	15,9	15,2	14,8	15,0	14,7	14,5	13,7	14,0	13,6	13,0
Autres biens médicaux**												
Sécurité sociale	37,5	40,3	41,8	40,9	41,2	40,7	40,8	41,7	42,5	43,0	43,9	44,6
État, CMU-C org. de base	0,8	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Organismes complémentaires	28,2	31,3	33,2	33,9	34,0	35,6	37,5	38,4	37,7	38,9	39,2	38,2
Ménages	33,6	27,6	24,3	24,5	24,1	23,0	21,0	19,1	19,1	17,2	16,0	16,4
Transports sanitaires												
Sécurité sociale	94,3	93,5	92,7	93,0	93,0	92,9	92,9	92,7	92,8	92,9	93,1	93,1
État, CMU-C org. de base	0,6	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
Organismes complémentaires	3,1	3,8	4,4	4,5	4,7	4,6	4,5	4,4	4,2	3,8	3,7	3,5
Ménages	2,0	2,0	2,1	1,7	1,5	1,7	1,8	2,0	2,1	2,4	2,2	2,4

* Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports sanitaires.

** Y compris optique.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Structure de la CSBM et de la dépense de chacun de ses financeurs en 2017

En %

	Sécurité sociale	Organismes complémentaires	État, CMU-C org. de base	Ménages	Dépense totale
Soins hospitaliers	54,9	18,0	39,0	12,4	46,6
Soins de ville	22,4	43,3	36,5	41,3	26,8
Soins de médecins et de sages-femmes	9,4	15,0	14,6	14,0	10,6
Soins d'auxiliaires médicaux	7,9	6,4	4,3	9,3	7,8
Soins dentaires	2,4	17,5	14,1	16,8	5,7
Laboratoires d'analyses	2,0	4,0	3,3	1,2	2,2
Transports sanitaires	3,0	0,7	1,7	0,8	2,5
Médicaments	15,3	15,6	18,5	28,4	16,3
Autres biens médicaux en ambulatoire *	4,5	22,5	4,3	17,1	7,8
CSBM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Y compris optique.

Source > DREES, comptes de la santé.

La part prise en charge par la Sécurité sociale augmente de nouveau en 2017

Le taux moyen de prise en charge par la Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la Camieg et de l'Alsace-Moselle) s'élève à 77,8 % en 2017 (*tableau 1*). Entre 2008 et 2012, ce taux a oscillé entre 76,2 % et 76,3 % (*tableau 2*), notamment sous l'effet des mesures d'économies mises en œuvre (voir fiche 24). Depuis 2012, la part de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) financée par la Sécurité sociale augmente continûment, en raison notamment de la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longues durée (ALD) (+2,3 % par an en moyenne entre 2012 et 2016) qui découle notamment de la plus forte prévalence des ALD à âge donné et du vieillissement de la population, ainsi que de la modification de la structure de soins des patients en ALD.

En 2017, la tendance à la hausse se poursuit et le taux de prise en charge par la Sécurité sociale atteint 77,8 %, après 77,5 % en 2016.

Les **soins hospitaliers** sont caractérisés par une part largement majoritaire de la Sécurité sociale dans leur financement (91,6 % en 2017) [*tableau 2*].

Les dépenses de **soins de ville** sont prises en charge à 65,1 % par la Sécurité sociale en 2017. Cette part augmente depuis 2012, sous l'effet des facteurs structurels précédemment mentionnés. Sa croissance est également portée par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), dont la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement, ainsi que par le ralentissement de la hausse des dépassements d'honoraires des médecins (voir fiches 3 et 4).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments en ville** s'élève à 72,7 % en 2017. Cette part augmente depuis 2008, en raison notamment de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes totales augmente (voir fiche 15). En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a fait

augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014.

Pour les **autres biens médicaux**, la part de la Sécurité sociale s'établit à 44,6 % en 2017, en hausse de 0,7 point en un an. Ces dernières années, la croissance de cette part découle d'un effet de structure : l'optique dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est très faible (3,9 % en 2017) croît moins vite que les autres biens médicaux hors optique, pris en charge en moyenne à un taux bien supérieur (71,1 % en 2017). Cet effet de structure l'emporte sur la baisse des niveaux de remboursement par la Sécurité sociale pour les autres biens médicaux (optique et hors optique) [voir fiches 16 et 17].

Enfin, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans la dépense de **transports sanitaires** (93,1 %) s'explique par la proportion importante du nombre de patients en ALD ayant recours à ces services.

La Sécurité sociale consacre près de 155 milliards d'euros au financement de la CSBM

En 2017, le financement de la CSBM par la Sécurité sociale s'élève à 155,1 milliards d'euros, en croissance de 1,7 % par rapport à 2016. Sur ce champ, les soins hospitaliers constituent le principal poste de dépenses de la Sécurité sociale (54,9 % de ses dépenses) [*graphique 1*], suivis des soins de ville (22,4 %), des médicaments (15,3 %), des autres biens médicaux (4,5 %) et des transports sanitaires (3,0 %). Cette structure se déforme : depuis 2013, la part consacrée aux soins hospitaliers et aux médicaments diminue au profit des soins de ville et des autres biens médicaux.

En 2017, le financement de la CSBM représente 25,9 % (*graphique 2*) des dépenses des administrations de Sécurité sociale toutes fonctions confondues (santé, vieillesse, famille, etc.) [voir glossaire]. Après un point bas à 25,2 % atteint en 2012, cette part a progressé de 0,9 point entre 2013 et 2016, dans un contexte de stabilisation des co-paiements et de faible inflation modérant les autres dépenses (indemnités journalières, allocations familiales, pensions, etc.).

Dans les comptes de la santé, la Sécurité sociale correspond à l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, auxquels sont adjoints le régime local d'Alsace-Moselle et le régime complémentaire des industries électriques et gazières (Camieg). En revanche, les dépenses des organismes de base au titre de la CMU-C (en très grande partie financées par le Fonds CMU) sont retracées avec les autres financements publics. Par ailleurs, le financement de la Sécurité sociale inclut implicitement le déficit hospitalier (voir annexe 1).

Pour en savoir plus

- > Grangier, J., Mikou, M., Roussel, R., Solard, J. (2017, septembre). Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015, DREES, *Études et Résultats*, 1025.
- > Grangier, J. (2018, septembre). Le vieillissement entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. DREES, *Études et Résultats*, 1077.

Tableau 1 Financement de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale

En millions d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% de la dépense 2017
Ensemble	125 634	129 607	132 368	135 593	138 724	141 842	146 545	149 082	152 528	155 132	77,8
<i>évolution</i>	-5,1%	3,2%	2,1%	2,4%	2,3%	2,2%	3,3%	1,7%	2,3%	1,7%	
Soins hospitaliers	69 187	71 912	73 469	75 185	77 073	78 950	81 159	82 442	84 111	85 091	42,7
Soins de ville	26 679	27 346	27 826	28 828	29 797	30 749	31 734	32 725	33 831	34 795	17,5
Soins de médecins et de sages-femmes (a)	12 251	12 349	12 294	12 769	12 862	13 107	13 498	13 869	14 261	14 721	7,4
Soins d'auxiliaires médicaux (a)	7 995	8 477	8 932	9 327	9 964	10 611	11 141	11 620	12 123	12 544	6,3
Soins dentaires	3 281	3 290	3 318	3 372	3 397	3 413	3 462	3 580	3 668	3 743	1,9
Contrats et autres soins	257	275	283	289	542	584	616	632	688	651	0,3
Laboratoires d'analyses	2 896	2 954	2 999	3 072	3 030	3 034	3 017	3 024	3 092	3 136	1,6
Transports sanitaires	3 126	3 322	3 485	3 577	3 783	3 976	4 095	4 278	4 474	4 627	2,3
Médicaments	22 109	22 452	22 709	22 923	22 755	22 514	23 561	23 341	23 456	23 704	11,9
Autres biens médicaux	4 533	4 575	4 878	5 079	5 317	5 652	5 995	6 295	6 655	6 915	3,5
Optique	210	216	223	224	227	232	239	253	253	240	0,1
Autres	4 322	4 359	4 655	4 855	5 090	5 420	5 756	6 042	6 402	6 676	3,3
Pour rappel : montant total de la CSBM	164 926	169 866	173 463	178 046	181 769	185 213	190 189	192 933	196 762	199 346	

(a) Y compris cures thermales.

Lecture > En 2017, le financement de la CSBM par la Sécurité sociale s'élève à 155,1 milliards d'euros, soit 77,8 % du montant total de la CSBM (199,3 milliards d'euros).

Source > DREES, comptes de la santé.

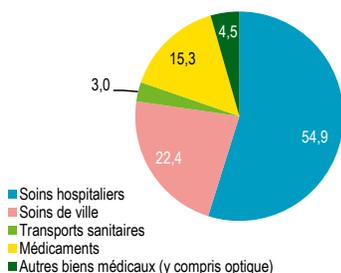
Tableau 2 Financement par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM

En %

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble	76,2	76,3	76,3	76,2	76,3	76,6	77,1	77,3	77,5	77,8
Soins hospitaliers	91,8	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,2	91,4	91,6
Soins de ville	63,1	63,0	63,0	63,0	63,3	63,7	64,3	64,8	64,9	65,1
Transports sanitaires	92,7	93,0	93,0	92,9	92,9	92,7	92,8	92,9	93,1	93,1
Médicaments	66,9	67,3	68,0	68,4	68,9	69,5	71,0	71,3	71,8	72,7
Autres biens médicaux (y compris optique)	41,8	40,9	41,2	40,7	40,8	41,7	42,5	43,0	43,9	44,6

Lecture > En 2017, le taux moyen de prise en charge de la Sécurité sociale de l'ensemble des dépenses de la CSBM est de 77,8 %. Ce taux moyen s'élève à 91,6 % sur les dépenses de soins hospitaliers.

Source > DREES, comptes de la santé.

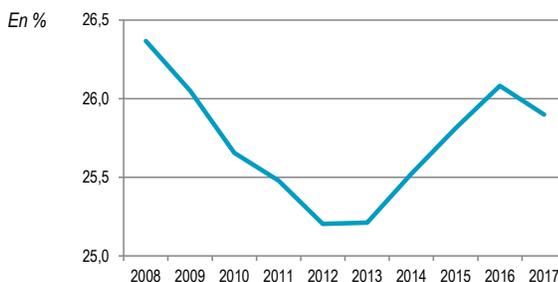
Graphique 1 Structure de financement de la CSBM par la Sécurité sociale en 2017 (155,1 milliards d'euros)

Lecture > En 2017, les soins hospitaliers représentent 54,9 % de la dépense de la Sécurité sociale consacrée au financement de la CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Part de la dépense de la Sécurité sociale consacrée au financement de la CSBM

En %



Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, comptes nationaux pour le total des dépenses des administrations de Sécurité sociale, toutes fonctions confondues.

Quel indicateur pour la part de l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé ?

La part des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale, sur un panier de biens considérés, peut être calculée sur différents concepts de dépense : dépense reconnue, dépense présentée au remboursement, ou consommation totale (voir fiche 26). Le concept retenu dans les comptes de la santé est celui de la consommation totale, qui reflète la consommation réelle et non une fraction de celle-ci, et n'est donc pas sensible aux effets de champ (par exemple, un déremboursement).

La dépense remboursée par les organismes de base et l'État représente environ 80 % de la CSBM

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 199,3 milliards d'euros en 2017.

Sa composante principale est constituée de **la dépense remboursée** par les organismes de base de Sécurité sociale (155,1 milliards d'euros, soit 77,8 % de la CSBM) au titre des soins, par l'État (aide médicale de l'État, invalides de guerre, soins urgents des personnes en situation irrégulière – 0,8 milliard d'euros, soit 0,4 % de la CSBM) et par les organismes de base assurant des remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [2,1 milliards d'euros, soit 1,1 % de la CSBM]. Au total, cette dépense remboursée s'établit à 158,1 milliards d'euros en 2017 (tableau 1), soit près de 80 % de la CSBM.

Le reste de la CSBM est pris en charge par les ménages et les organismes complémentaires. Il peut être subdivisé en trois grands ensembles de dépenses :

- **Le ticket modérateur, le forfait hospitalier, les participations forfaitaires et les franchises médicales** représentent 18,2 milliards d'euros en 2017, soit 9,1 % de la CSBM. L'intégration de ces co-paiements permet de passer de la dépense remboursée à la **dépense reconnue**, c'est-à-dire à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires.
- **Les dépassements** sont constitués des dépassements d'honoraires (3,3 milliards d'euros) et de la différence entre la dépense réellement facturée et la base de remboursement des prothèses dentaires et des biens médicaux (12,3 milliards). La somme de la dépense reconnue et des dépassements correspond à la **dépense présentée au remboursement**, c'est-à-dire à la consommation de biens et de services inscrits aux nomenclatures de l'Assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée. Elle représente 191,9 milliards d'euros, soit 96,3 % de la CSBM.
- La **dépense non présentée au remboursement** comprend une part d'automédication ainsi que les honoraires et prescriptions qui ne font pas l'objet de demandes de remboursement aux caisses de la part des assurés. La **dépense non remboursable** est principalement constituée de médicaments, de certains soins dentaires (parodontologie, implants), de soins de praticiens non conventionnés, d'ostéopathie, etc. La **CSBM** est égale à la somme de la dépense présentée et de la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (7,4 milliards d'euros, soit 3,7 % de la CSBM).

Des prises en charge des dépenses par acteur très différenciées selon le type de soins considéré

Les dépenses de soins hospitaliers sont principalement remboursées par l'Assurance maladie et l'État (92,9 % de la consommation) [graphique 1] hors chambres particulières, non incluses dans la CSBM. En établissements de santé, le ticket modérateur et le forfait hospitalier représentent en moyenne 5,4 % de la consommation. En revanche, les dépassements sont globalement faibles sur ce poste (1,1 %), de même que la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (0,6 %).

La part prise en charge par l'Assurance maladie et l'État atteint 67,2 % de la consommation de soins de ville au sens des comptes de la santé (hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports sanitaires). Le ticket modérateur, les franchises et les participations forfaitaires représentent 14,1 % de cette consommation. Ils s'ajoutent aux dépassements et à la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement, qui constituent respectivement 13,6 % et 5,2 % des dépenses de soins de ville.

Sur le médicament, la Sécurité sociale et l'État prennent en charge 74,4 % de la dépense en 2017, tandis que le ticket modérateur et les franchises représentent au total 14,8 % de la consommation. Par ailleurs, les médicaments non remboursables et l'automédication (médicaments remboursables non prescrits), et marginalement les médicaments non présentés au remboursement, constituent au total 10,8 % de la consommation en 2017.

La fraction des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et l'État pour les autres biens médicaux atteint 45,4 % en 2017 : la part remboursée est très faible pour l'optique (3,9 %) et nettement plus importante pour les autres biens (72,1 %). Les dépassements par rapport à la base de remboursement sont très importants sur les autres biens médicaux (principalement pour l'optique) puisqu'ils représentent en valeur la moitié de la consommation de ce poste.

Enfin, les transports sanitaires sont les dépenses les plus fortement prises en charge par l'Assurance maladie et l'État : leur taux de prise en charge atteint 94,1 %. Ce haut niveau de remboursement s'explique par la proportion très importante de patients en affection de longue durée (ALD), remboursés à 100 %, qui ont recours à ce service.

Tableau 1 Décomposition de la CSBM par type de dépenses en 2017

En milliards d'euros

	Dépense de base remboursée (Sécurité Sociale, Etat, org. de base en charge de la CMU-C)* (1)	Ticket modérateur, forfait hospitalier, participations forfaitaires, franchises (2)	Dépense reconnue (3) = (1)+(2)	Dépassements (4)	Dépense présentée au remboursement (5) = (3)+(4)	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (6)	CSBM (7)=(5)+(6)
Soins hospitaliers	86,3	5,0	91,3	1,0	92,3	0,5	92,8
Soins hospitaliers - Sect. public	67,2	4,3	71,5	0,0	71,5	0,0	71,5
Soins hospitaliers - Sect. privé	19,1	0,7	19,8	1,0	20,9	0,5	21,4
Soins de ville	35,9	7,5	43,4	7,2	50,6	2,8	53,4
Soins de médecins	15,2	3,5	18,7	2,2	20,8	0,4	21,2
Soins d'auxiliaires médicaux	12,7	2,0	14,7	0,1	14,8	1,0	15,8
Soins dentaires	4,2	0,7	4,9	5,0	9,9	1,4	11,3
Contrats et autres soins	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7
Laboratoires d'analyses	3,2	1,2	4,5	0,0	4,5	0,0	4,5
Transports sanitaires	4,7	0,2	4,9	0,0	4,9	0,1	5,0
Médicaments	24,3	4,8	29,1	0,0	29,1	3,5	32,6
Autres biens médicaux **	7,0	0,6	7,7	7,3	15,0	0,5	15,5
CSBM	158,1	18,2	176,3	15,6	191,9	7,4	199,3

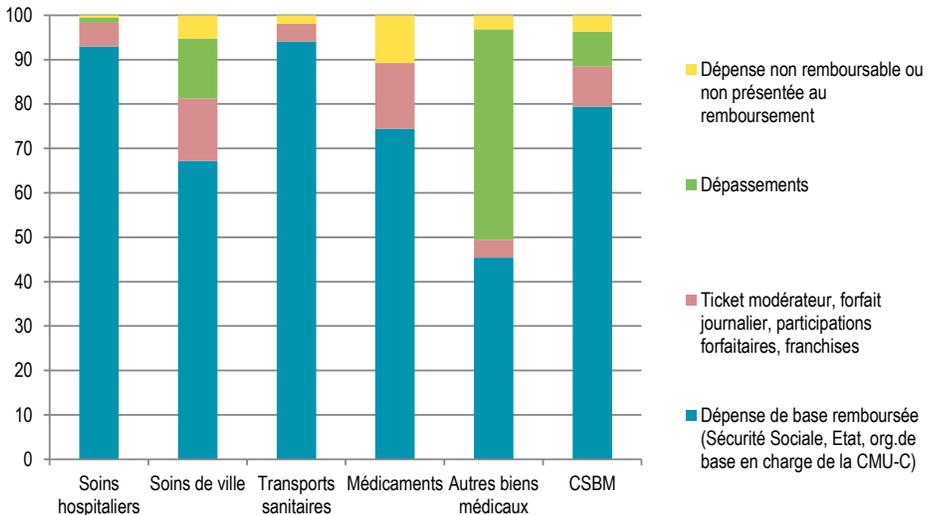
* Sécurité sociale : régimes de base et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle, de la Camieg et dépenses des organismes de base au titre de la CMU-C (pour ces bénéficiaires, dépenses d'assurance maladie de base et complémentaire). Pour la Camieg, n'est pas distinguée la part de la dépense reconnue prise en charge de la part correspondant aux dépassements pris en charge.

** Y compris optique.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Part des différents types de dépenses dans la CSBM, selon le poste de soins en 2017

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires (OC) regroupent les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Ces organismes ont versé au total 26,3 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux en 2017 (*tableau 1*) et financent ainsi 13,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Les prestations versées par les OC sont stables entre 2016 et 2017 (+0,0 %), la hausse des prestations pour soins dentaires compensant la baisse des remboursements de médicaments. Comme par ailleurs la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmente (+1,3 %) [voir fiche 1], la part du financement des OC dans la CSBM continue de diminuer depuis son point haut en 2013 (13,7 %), pour atteindre 13,2 % en 2017.

Des OC très présents en optique et en dentaire

Les OC financent 73,1 % de la dépense en **optique**. Ce poste de dépenses est en effet peu pris en charge par l'Assurance maladie. Les OC financent également 40,9 % des **soins dentaires** et sont particulièrement présents sur les prothèses dentaires, les soins dentaires curatifs restant bien pris en charge par l'Assurance maladie. En optique et dans une moindre mesure en dentaire, les prestations versées par les OC ont ralenti depuis 2013. Les OC ont en effet mis en place des dispositifs (limitation des garanties les plus généreuses, incitations à ne changer de lunettes que tous les deux ans, réseaux de soins) qui visent à inciter les assurés à modérer leur consommation ou à s'orienter vers des produits moins onéreux, en échange d'un meilleur remboursement. La part prise en charge par les OC s'est donc parallèlement accrue (*graphique 1*). En plafonnant les remboursements en optique, la réforme des contrats responsables en 2015 a toutefois ralenti ce mouvement.

En 2017, les OC prennent en charge 16,1 % de la dépense en **autres soins de ville** (soins de médecins, d'auxiliaires, cures thermales et laboratoires d'analyses médicales). Cette prise en charge a reculé à partir de 2015. La réforme des contrats responsables limite en effet désormais les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins.

Les OC prennent en charge 12,6 % de la dépense de **médicaments** en 2017. Cette prise en charge baisse continuellement depuis 2010 en raison de l'instauration des franchises, de déremboursements et du fait que la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie s'accroît dans la consommation totale.

La participation des OC aux **soins hospitaliers** et aux **transports sanitaires**, très largement financés par l'Assurance maladie, est nettement plus réduite

(respectivement 5,1 % et 3,5 % de ces dépenses en 2017).

Enfin, les OC prennent en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cure thermale (chambre particulière, télévision ou téléphone, etc.) et des prestations à la périphérie du système de soins (ostéopathie, etc.). L'ensemble de ces **prestations connexes à la santé**, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent 1,7 milliard d'euros en 2017, et 6 % de l'ensemble des prestations versées par les OC.

Les mutuelles perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurances

En 2017, 50,8 % des prestations des OC ont été versées par des mutuelles, 29,3 % par des sociétés d'assurances et 19,9 % par des institutions de prévoyance (*graphique 2*). Les mutuelles perdent des parts de marché depuis plusieurs années au profit principalement des sociétés d'assurances. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, en 2016, a plutôt profité à ces dernières, qui ont nettement accru leur part de marché en 2016 et 2017. Un contrat de complémentaire santé **individuel** est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat **collectif** est souscrit par un employeur au profit d'un groupe de salariés. En 2017, comme en 2016, la moitié des prestations servies par les OC sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats individuels et l'autre moitié au titre de contrats collectifs.

Les cotisations collectives sont la principale ressource des OC. La plus grande partie de ces cotisations est reversée aux assurés sous forme de prestations ; le reste regroupe principalement les frais de fonctionnement des organismes. Compte tenu des économies d'échelles, les contrats collectifs permettent de reverser une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels. De plus, les garanties des contrats collectifs sont en général plus avantageuses pour les assurés, notamment en optique et en dentaire. Ainsi, pour 100 euros de cotisation, les contrats collectifs reversent en moyenne 17 euros en optique et 16 euros en dentaire, contre respectivement 8 et 9 euros en individuel (*graphique 3*). Les contrats individuels reversent en revanche plus de prestations en soins hospitaliers et médicaments que les contrats collectifs, car les retraités, plus consommateurs de ces deux types de soins, sont couverts par des contrats individuels, tandis que les contrats collectifs couvrent principalement des salariés d'entreprises et leurs ayants droit.

Pour en savoir plus

> Barlet, M. et al. (2016). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016*. Paris, France : coll. Panoramas de la Drees – Santé.

> Montaut, A. (2018). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2017*. DREES.

Tableau 1 Financement des organismes complémentaires en 2017

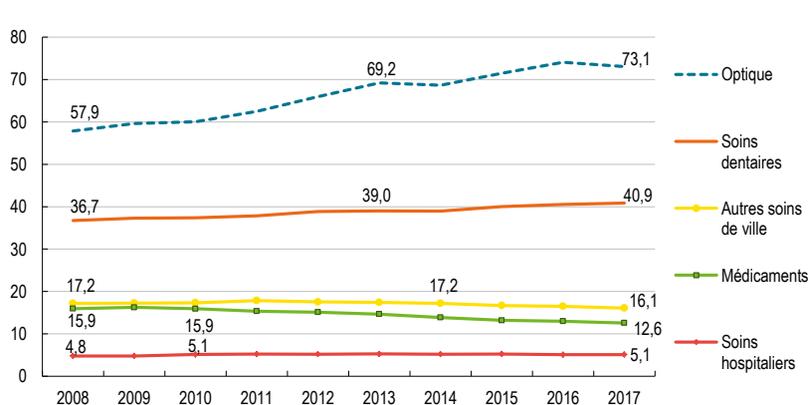
En millions d'euros

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Évolution 2016-2017	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 369	7 725	5 226	26 319	-8	13,2
Soins hospitaliers	2 630	1 377	732	4 739	49	5,1
Soins de ville	5 635	3 322	2 435	11 392	124	21,3
Médecins	1 900	1 242	823	3 965	-31	18,7
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 196	1 269	1 147	4 611	118	40,9
Auxiliaires médicaux	1 003	484	281	1 768	76	11,2
Laboratoires d'analyses	536	327	185	1 048	-38	23,5
Médicaments	2 247	1 159	692	4 099	-143	12,6
Autres biens médicaux	2 750	1 816	1 349	5 915	-35	38,2
Optique	1 925	1 448	1 093	4 467	-92	73,1
Prothèses, orthèses, pansements...	824	368	256	1 448	57	15,4
Transports sanitaires	108	51	17	175	-4	3,5
Prestations connexes à la santé	893	543	263	1 699	98	98
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	694	356	191	1 241	11	
Prestations à la périphérie des soins de santé	199	187	72	458	86	

Note > Y compris prestations CMU-C versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc.

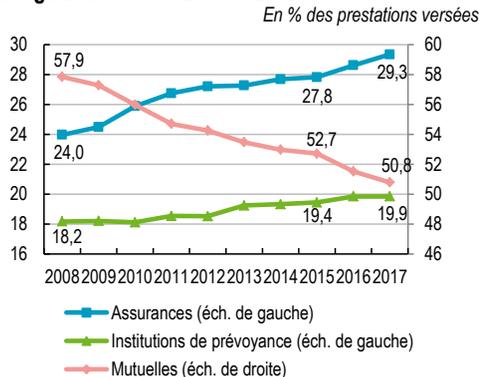
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Part des organismes complémentaires dans les principaux postes de la CSBM, 2008 à 2017



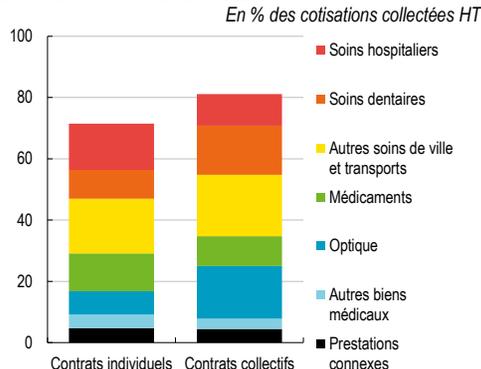
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Parts de marché par type d'organismes entre 2008 et 2017



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Prestations versées selon le type de soins et de contrat en 2017



Source > DREES, comptes de la santé.

Le reste à charge (RAC) des ménages en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qu'ils acquittent en propre après intervention de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires (OC). Il ne tient pas compte des cotisations aux régimes de base et complémentaires, ni des autres ressources (impôts et taxes etc.) affectées à l'Assurance maladie. En 2017, il est évalué à 14,9 milliards d'euros, soit 7,5 % de la CSBM (*tableau 1*) ou encore 223 euros par habitant (voir annexe 3).

La baisse de la part du reste à charge dans la CSBM se poursuit en 2017

En 2008, le reste à charge des ménages en proportion de la CSBM avait augmenté de 0,3 point, pour atteindre 9,4 %, en raison de l'instauration de franchises médicales et du déremboursement total des veinotoniques. Depuis, le reste à charge des ménages diminue, du fait de facteurs structurels tels que le vieillissement de la population, la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) [+2,4 % par an en moyenne entre 2008 et 2016, lié notamment à une plus forte prévalence des ALD à âge donné], et la modification de la structure de soins des patients en ALD. Il s'établit ainsi à 7,5 % de la CSBM en 2017 (*graphique 1*), après 7,6 % en 2016.

Un reste à charge contrasté par poste de dépense

C'est pour l'hôpital et les transports sanitaires (respectivement 2,0 % et 2,4 % des dépenses) que les restes à charge des ménages en santé sont les plus faibles en 2017 (*graphique 2*). Ils sont plus importants pour les autres biens médicaux (16,4 %), les médicaments (13,0 %) et les soins de ville (11,5 %). En termes relatifs, le niveau de RAC le plus élevé est celui de l'optique : les ménages financent directement 23,0 % de cette dépense en 2017, devant les soins dentaires (22,2 %).

Compte tenu de taux de prise en charge très variables d'un poste à l'autre, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la CSBM : les soins hospitaliers, soit près de la moitié de la CSBM, occupent une faible part dans le RAC des ménages (12,4 % du RAC) [*graphique 3*]. En revanche, les soins de ville (41,3 %), les médicaments (28,4 %) et les autres biens médicaux (17,1 %) représentent une part plus élevée dans le RAC des ménages que dans la CSBM.

Le reste à charge augmente pour les soins de ville et les autres biens médicaux mais baisse pour les médicaments

Le RAC (des ménages pour les **soins hospitaliers** est relativement stable depuis 2008 (autour de 2,4 % en moyenne).

Entre 2008 et 2016, la part du RAC dans les **soins de ville**, a diminué de 0,2 point par an en moyenne, passant de 13,5 % de la dépense à 11,5 %. Son repli est accentué en 2015 (-0,4 point) par la modération des dépassements d'honoraires (voir fiches 3, 4 et 10). Le RAC pour les soins de ville se stabilise en 2017 à 11,5 %, comme en 2016.

Le reste à charge pour les **médicaments en ville** a aussi reculé de 15,9 % en 2008 à 13,0 % en 2017. En 2014, la diminution (-0,8 point) est essentiellement imputable aux nouveaux traitements contre l'hépatite C financés par l'Assurance maladie. En 2015, le reste à charge pour les médicaments repart à la hausse (+0,3 point) après le déremboursement au 1^{er} mars de spécialités à service médical rendu insuffisant et le dynamisme des autres médicaments non remboursables. En 2016 et 2017, le RAC diminue de nouveau (-0,4 point puis -0,6 point) du fait de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (souvent les plus coûteux) s'accroît (voir fiche 13).

Le reste à charge des ménages pour les **autres biens médicaux** diminue nettement, de 24,3 % en 2008 à 16,4 % en 2017. Cette baisse globale est liée notamment à la montée en charge du rôle des complémentaires santé dans la prise en charge de l'optique médicale (voir fiche 16).

Enfin, bien que toujours très faible, le reste à charge des ménages pour les **transports sanitaires** augmente depuis 2011, et atteint 2,4 % de la dépense en 2017.

Le reste à charge dans le revenu disponible brut diminue de nouveau

Dans le budget d'un ménage, l'effort pour les dépenses de santé peut s'apprécier en rapprochant le RAC au revenu disponible brut (RDB) [*graphique 4*]. En 2017, le RAC représente 1,1 % du revenu disponible, en baisse tendancielle depuis 2008 où il représentait 0,2 point de RDB de plus.

Au sens de l'OCDE, le reste à charge est calculé sur la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [voir annexe 1], agrégat plus large que la CSBM qui inclut les soins de longue durée (et les coûts d'hébergement associés, exclus du champ de la CSBM), les subventions au système de soins, les coûts de gestion et une partie des dépenses de prévention. Sur ce champ, le reste à charge atteint 9,8 % en 2016, soit 2,3 points de plus que le reste à charge au sens français, les éléments de la DCSi non compris dans la CSBM et relevant de l'hébergement étant très majoritairement financés par les ménages.

Tableau 1 Reste à charge des ménages

En millions d'euros

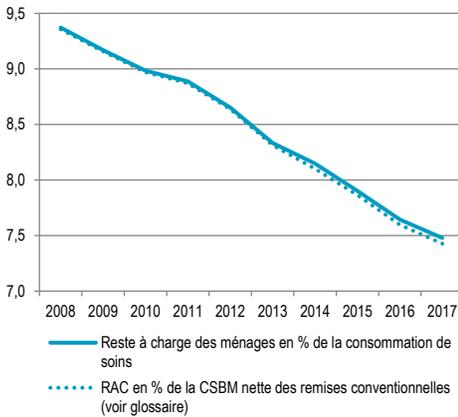
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	% de la CSBM 2017
Ensemble	15 456	15 576	15 585	15 825	15 728	15 434	15 497	15 244	15 041	14 908	7,5
Soins hospitaliers	1 790	1 849	1 833	2 013	2 139	2 112	2 228	2 162	2 069	1 853	0,9
Soins de ville	5 697	5 854	5 879	5 857	5 916	5 947	5 920	5 863	5 993	6 154	3,1
Soins de médecins et de sages-femmes (a)	2 163	2 269	2 148	2 054	2 002	1 949	1 906	1 951	1 973	2 079	1,0
Soins d'auxiliaires médicaux (a)	929	940	965	970	1 087	1 135	1 239	1 287	1 360	1 383	0,7
Soins dentaires	2 449	2 484	2 635	2 703	2 684	2 707	2 638	2 488	2 518	2 508	1,3
Contrats et autres soins	5	7	5	0	1	1	1	1	1	1	0,0
Laboratoires d'analyses	152	154	125	129	143	155	136	137	141	184	0,1
Transports sanitaires	71	62	58	65	72	86	91	109	107	121	0,1
Médicaments	5 266	5 066	4 954	5 022	4 867	4 696	4 564	4 588	4 441	4 237	2,1
Autres biens médicaux	2 632	2 745	2 860	2 869	2 734	2 593	2 694	2 523	2 432	2 544	1,3
Optique	1 883	1 881	1 965	1 924	1 797	1 617	1 662	1 499	1 343	1 407	0,7
Autres	749	865	895	945	937	975	1 032	1 024	1 089	1 137	0,6

(a) Y compris cures thermales.

Source > DREES, comptes de la santé. Autres biens médicaux y compris, ici, optique.

Graphique 1 Reste à charge des ménages dans la CSBM

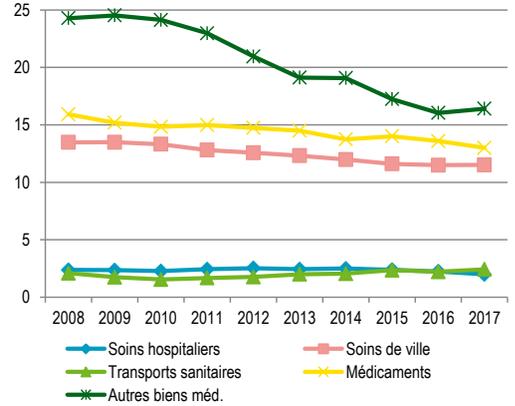
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

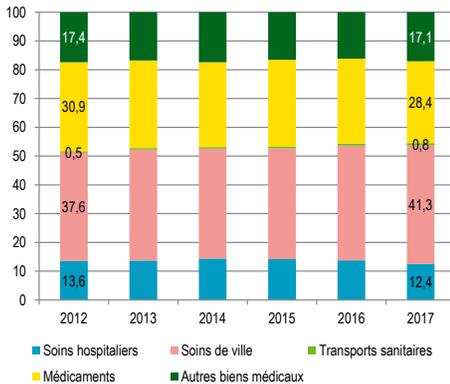
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages

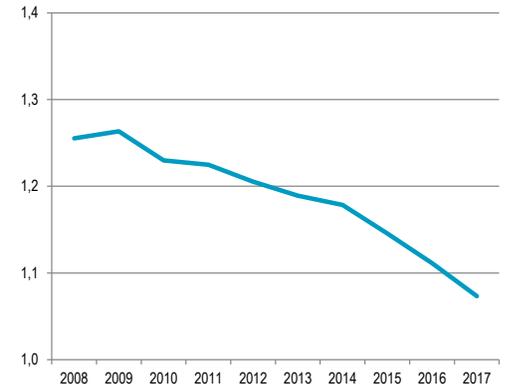
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Reste à charge des ménages en proportion de leur revenu disponible brut

En %



Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, comptes nationaux.

La **CSBM** représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels et qui concourent au traitement direct d'une perturbation de l'état de santé. Elle recouvre la consommation de soins hospitaliers et de soins ambulatoires (voir fiche 1) financés par la Sécurité sociale, l'État, les organismes complémentaires et les ménages. En 2017, la CSBM s'élève à 199,3 milliards d'euros (*tableau 1*).

L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam), est un outil de régulation des dépenses de l'Assurance maladie. Chaque année, le Parlement fixe un objectif de dépenses maximales de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux, lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation a été évaluée, à titre provisoire, à 190,7 milliards pour 2017 lors de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2018 (*tableau 2*). Depuis 2014 et jusqu'en 2017 inclus, l'Ondam est décomposé en sept sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville, qui regroupent les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments et dispositifs médicaux, les indemnités journalières (IJ) [hors IJ maternité, SNCF, RATP et fonction publique], les prestations diverses, la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, la dotation aux fonds d'action conventionnelle (FAC), dont aides à la télétransmission, et les remises conventionnelles ;
- les dépenses en établissements de santé, qui recouvrent les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (objectif des dépenses d'Assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [ODMCO]) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;
- les autres soins en établissements de santé, qui concernent les soins de suite et de réadaptation, les soins de psychiatrie des établissements publics et privés, les soins des hôpitaux locaux, les soins des unités de soins de longue durée (USLD) et autres dépenses spécifiques comme la dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;
- les dépenses médico-sociales pour personnes âgées ;
- les dépenses médico-sociales pour personnes handicapées ;
- les dépenses du Fonds d'intervention régional (FIR) ;
- et, enfin, les autres prises en charge, qui regroupent les soins pour les assurés français à l'étranger, la dotation nationale en faveur du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), les

dépenses médico-sociales non déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les autres dotations aux fonds.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'Ondam (*tableau 3*). L'Ondam correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale (y compris les régimes spéciaux) augmentée de certains postes relevant du champ de la dépense courante de santé (DCS) :

- des IJ de maladie et d'accidents du travail des régimes de base (hors IJ SNCF et RATP) ;
 - des soins de longue durée aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, Ehpa, Ehpad) ou réalisés à domicile par des Ssiad ;
 - des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;
 - des dépenses du FIR non comprises dans la CSBM (autres que FIR soins de ville et hôpital).
 - des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, des dotations aux FIQCS et des autres prises en charge ;
- et diminuée :

- des remises conventionnelles sur les médicaments (et dispositifs médicaux) versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie (remises qui diminuent également la DCS) ;
- des prestations complémentaires obligatoires du régime Alsace-Moselle, de la Camieg et des dépenses des organismes de base au titre de la CMU-C, comptabilisées dans les comptes de la santé avec celles de la Sécurité sociale.

Certains postes de l'Ondam ne sont pas retracés dans les comptes de la santé :

- les prises en charge des dotations à des fonds divers (FMESPP, FAC, etc.), car elles sont considérées comme une dépense d'investissement et non comme une dépense courante ;
- les dépenses des assurés français à l'étranger.

En revanche, la DCS inclut en plus de l'Ondam les dépenses d'indemnités journalières de maternité, de la SNCF et de la RATP des régimes de base, les dépenses de prévention, de formation et de recherche pharmaceutique, ainsi que les coûts de gestion du système de santé. La DCS au sens français s'élève ainsi, en 2016, à 271,1 milliards d'euros. L'écart entre la CSBM et l'Ondam est quasi intégralement dû à la différence de concept retenu sur le champ de l'hôpital public. Les comptes de la santé retracent la valeur des soins hospitaliers publics consommés valorisés aux coûts de leurs facteurs de production. En revanche, l'Ondam comptabilise le financement des hôpitaux publics (*i.e.* leurs ressources).

Tableau 1 CSBM et DCS (au sens français)

	En milliards d'euros	
	2017	dont Sécurité sociale au sens des comptes de la santé (1)
Soins hospitaliers	92,8	85,1
Secteur public (2)	71,5	66,2
Secteur privé	21,4	19,5
Soins ambulatoires	106,5	72,2
Soins de ville	53,4	35,8
Médicaments	32,6	24,1
Autres biens médicaux	15,5	7,0
Transports de malades	5,0	4,7
CSBM	199,3	157,3
Soins de longue durée	22,3	22,3
SSIAD	1,6	1,6
Soins aux personnes âgées en étab.	9,3	9,3
Soins aux pers. handicapées en étab.	11,3	11,3
Indemnités journalières (3)	14,5	14,5
Autres dépenses de santé	0,7	0,7
Prévention institutionnelle	6,0	0,8
Dépenses en faveur du système de soins	12,5	1,7
Subventions au système de soins nettes des remises	1,5	1,5
Recherche médicale et pharmaceutique	8,7	0,0
Formation des professionnels de santé	2,3	0,2
Coût de gestion de la santé	15,8	7,7
Dépense courante de santé (DCS)	271,1	204,8

1. Y compris prestations complémentaires du régime d'Alsace-Moselle, prestations de la Camieg et dépenses des organismes de base au titre de la CMU-C (pour ces bénéficiaires, dépenses des assurances maladie de base et complémentaire).

2. Y compris déficit des hôpitaux publics.

3. IJ des régimes de base, hors fonction publique (non disponible).

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Passage de la CSBM à l'Ondam

	2017
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	157,3
- Prestations complémentaires Alsace-Moselle, Camieg et org. de base CMU-C	-2,8
Part de la CSBM sur le champ de l'Ondam	154,5
Postes de l'Ondam du champ de la DCS (hors CSBM)	34,8
- Remises conventionnelles sur médicaments et dispositifs médicaux	-1,4
+ FIR hors CSBM (FIR prévention et FIR subvention au système de soins)	0,6
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (2)	11,2
+ Ondam médico-social personnes âgées + USLD	10,1
+ Ondam médico-social personnes handicapées	10,9
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,4
+ Autres prises en charge incluses dans la DCS (3)	0,9
Socle commun de la DCS et de l'Ondam	189,2
Dépenses de l'Ondam hors CSBM et hors DCS	1,4
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,4
+ Autres prises en charge non incluses dans la DCS (4)	0,8
- Écart d'évaluation	0,3
Ondam	190,7

1. Y compris déficit des hôpitaux publics.

2. Hors IJ maternité, IJ SNCF et RATP, IJ des organismes complémentaires.

3. FIQCS, établissements médico-sociaux hors champ CNSA et autres dotations aux fonds. Les autres dotations aux fonds représentent les dotations au Centre national de gestion, à l'Agence de biomédecine, à la Haute Autorité de santé, à l'Eprus (intégré à l'ANSP depuis 2016), à l'ATIH etc.

4. Soins des ressortissants français à l'étranger.

Sources > DREES, comptes de la santé ; CCSS de juin 2018 pour l'Ondam.

Tableau 2 Ondam

	2017
Ondam Ville - Hôpital	165,8
Soins hospitaliers	78,6
y c. FMESPP	0,1
y c. USLD (1)	1,0
Soins de ville	87,2
y c. indemnités journalières maladie et AT (1) (2)	11,2
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2,4
y c. Fonds d'action conventionnelle (FAC)	0,2
FIR	3,2
Ondam médico-social	20,0
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (1)	9,0
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	10,9
Autres prises en charge	
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger + Étab. médico-sociaux hors champ CNSA (1) (3) + autres dotations aux fonds (1)	1,7
Ondam total	190,7

1. Dans la DCS pour les comptes de la santé.

2. Hors IJ maternité, IJ SNCF, IJ RATP et IJ fonction publique.

3. Structures et associations intervenant dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires.

Source > Rapport de la CCSS de juin 2018.

La CMU-C et l'ACS favorisent l'accès aux soins des plus modestes

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est une complémentaire santé gratuite en faveur des ménages à revenus modestes. La CMU-C prend en charge les tickets modérateurs, le forfait journalier hospitalier sans limite de durée, les différentes participations forfaitaires et franchises et, dans certaines limites, des dépassements de tarifs sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. En 2017, 10 % de ses bénéficiaires ont choisi de confier la gestion de leur CMU-C à un organisme complémentaire et 90 % à leur régime de base (régime général, régime des indépendants ou régime agricole). La proportion de personnes ayant confié la gestion à un organisme complémentaire est en constant retrait depuis son point haut atteint en 2011 à 15,6 %.

La CMU-C a été complétée en 2005 par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes dont les revenus se situent un peu au-dessus du plafond de la CMU-C. Le seuil d'éligibilité à l'ACS a été graduellement augmenté de 15 % en sus du seuil CMU-C en 2005 à 35 % depuis 2012 et son montant réévalué par tranche d'âge jusqu'en 2014. L'ACS permet à son bénéficiaire de réduire le coût d'une complémentaire santé classique *via* un « chèque santé ». Les bénéficiaires de l'ACS, comme ceux de la CMU-C, bénéficient du tiers-payant intégral et sont également exonérés des participations forfaitaires et des franchises. Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour améliorer la lisibilité du système et la qualité de la couverture, les contrats ACS souscrits ou renouvelés doivent être choisis parmi la liste des 11 groupements d'organismes complémentaires sélectionnés par les pouvoirs publics.

Un non recours élevé, surtout pour l'ACS

La CMU-C et l'ACS sont toutes deux gérées par le Fonds CMU. En 2017, 5,5 millions de personnes ont bénéficié de la CMU-C et 1,2 million ont souscrit un contrat avec l'ACS (*tableau 1*). Dans un contexte de reprise économique, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a peu augmenté en 2017 (+0,4 %). Le nombre de bénéficiaires de contrats ACS s'est davantage accru (+7,5 %), à un rythme comparable à celui des années précédentes. Cela peut traduire un phénomène de rattrapage, le non-recours à

l'ACS étant particulièrement important (55 %, contre 30 % pour les éligibles à la CMU-C), d'après des estimations réalisées par la DREES pour le compte du Fonds CMU.

Le financement du Fonds CMU repose désormais entièrement sur les organismes complémentaires

En 2017, le produit de la taxe de solidarité additionnelle prélevée sur les contrats de complémentaire santé (2,6 milliards d'euros) devient l'unique source de financement du Fonds CMU. Le Fonds CMU ne reçoit plus de fraction du produit de la taxe sur le tabac, contrairement aux années précédentes (*graphique 1*). Le produit de cette taxe est désormais intégralement affecté à la CNAM-TS et destiné à la prévention et à la lutte contre le tabagisme. En contrepartie, l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle a été élargie notamment aux garanties d'assurance santé au premier euro et aux garanties indemnités journalières complémentaires à la Sécurité sociale.

Un résultat en excédent depuis 2007

Le Fonds CMU rembourse aux organismes gestionnaires (régimes de base ou organismes complémentaires) les dépenses de santé de leurs affiliés à la CMU-C. Ce remboursement se fait sous la forme d'un forfait appelé « participation légale ». Depuis le 1^{er} janvier 2013, les organismes sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (415 euros en 2017). En 2017, la dépense moyenne est de 403 euros par an et par bénéficiaire de la CMU-C et n'excède donc pas le plafond de remboursement du Fonds CMU.

En 2017, le Fonds CMU a versé 2,0 milliards d'euros aux régimes de base au titre de leur gestion de la CMU-C, (*tableau 2*). De même, 213 millions d'euros ont été attribués aux organismes complémentaires qui gèrent des bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que 324 millions d'euros à ceux qui gèrent les bénéficiaires de l'ACS. Dans la pratique, pour les organismes complémentaires, les prestations légales ne sont pas directement versées par le Fonds, mais déduites du montant dû au titre de la taxe de solidarité additionnelle (« avoirs sur taxe »). Enfin, un million d'euros a été consacré par le Fonds CMU à la gestion administrative de son activité. Au total, le Fonds a ainsi dégagé 36 millions d'euros d'excédents en 2017. Depuis sa création en 1999, le Fonds CMU a été excédentaire chaque année, sauf en 2001 et en 2006.

Pour en savoir plus

- > **Fonds CMU** (2018). Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2017.
- > **Fonds CMU** (2016). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire, 2014 - 2015.
- > **Fonds CMU** (2016). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide.

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS de 2008 à 2017

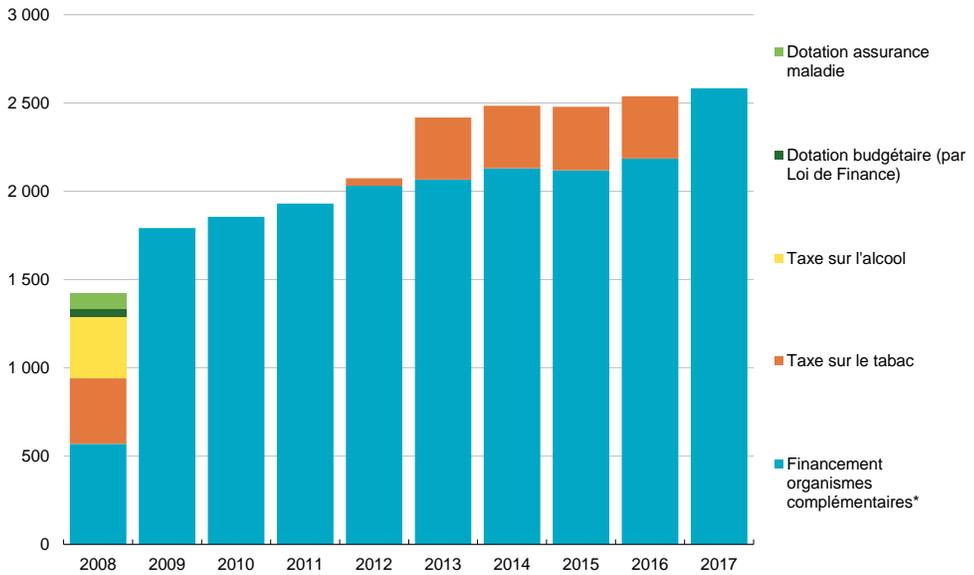
En millions de personnes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Bénéficiaires de la CMU-C	4,2	4,2	4,3	4,4	4,5	4,9	5,2	5,4	5,5	5,5
Bénéficiaires d'un contrat ACS	0,4	0,5	0,5	0,6	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2

Source > Rapports d'activité du Fonds CMU.

Graphique 1 Évolution du financement du Fonds CMU de 2008 à 2017

En millions d'euros



* Contribution CMU-C avant 2011, puis taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance depuis 2011.

Source > Rapports d'activité du Fonds CMU.

Tableau 2 Compte du Fonds CMU en 2017

En millions d'euros

Charges		Produits	
Total charges	2 558	Total produits	2 594
Versements aux régimes de base au titre de la CMU-C	1 973	Taxe versée par les organismes complémentaires	2 583
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires CMU-C	213		
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires ACS	324		
Dotation aux provisions	47	Reprise sur provisions	11
Gestion administrative	1		
Résultat			
Résultat (ex cédent)	36		

Source > Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2017.

La dépense courante de santé et son financement

> Dépenses et acteurs du système de santé

Ce chapitre est centré sur la dépense courante de santé (DCS au sens français), concept plus large que celui de la CSBM et qui constitue l'agrégat le plus englobant des comptes de la santé.

La première partie précise la définition de la DCS (voir fiche 31), puis détaille les unes après les autres les principales composantes qu'elle comprend en sus de la CSBM (voir fiches 32 à 37) : les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les indemnités journalières, les dépenses de prévention institutionnelle, la formation et la recherche et, enfin, les coûts de gestion du système.

La dépense courante de santé représente 11,8 % du PIB en 2017

La **dépense courante de santé** (DCS) au sens français, qui comprend toutes les dépenses « courantes »¹ engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé, s'établit à 271,1 milliards d'euros en 2017 (*tableau 1*). Composée pour 73,5 % en 2017 par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [voir fiche 1], elle comprend en sus (*tableau 2*, *graphique 4*) :

- les soins de longue durée (8,2 %) : soins aux personnes âgées en établissements et à domicile (voir fiche 32) et soins aux personnes handicapées en établissements (voir fiche 33) ;
- les indemnités journalières pour arrêts de travail versées en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail (5,3 %) [voir fiche 34] ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,3 %) : dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) et soins aux personnes en difficulté sociale ;
- les dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective (2,2 %) [voir fiche 35] ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,6 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de santé (voir fiche 36), ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles (*encadré*) ;
- les coûts de gestion du système (5,8 %) [voir fiche 37].

Une croissance inférieure au PIB en 2017

En 2017, la croissance de la DCS s'élève à 2,2 % (*graphique 1*). La DCS progresse moins vite que le PIB en valeur (2,8 %), rompant ainsi avec la période 2012-2016 au cours de laquelle la DCS augmentait à un rythme plus élevé que celui du PIB (exception faite de l'année 2015). La part de la DCS dans le PIB diminue donc légèrement (-0,1 point), à 11,8 % du PIB en 2017.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM. De fait, cette dernière constitue le premier contributeur à la croissance de la DCS (1,1 point) devant les soins de longue durée (0,7 point). Toutefois, en 2017, la DCS accélère tandis que la CSBM ralentit, si bien que la DCS progresse désormais plus vite que la CSBM (2,2 %, contre 1,4 %).

En effet, le ralentissement de la composante hospitalière de la CSBM (voir fiche 1) contraste avec l'accélération de plusieurs postes de la DCS. En particulier, les soins de

longue durée progressent de 9,7 % (contre 1,1 % en 2016), du fait d'un effet de périmètre concernant les soins aux personnes handicapées en établissement (voir fiche 33) et les indemnités journalières augmentent de 3,0 % en raison du dynamisme des arrêts maladie. Enfin, tant les coûts de gestion du système de soins (+3,6 %) que les dépenses de prévention institutionnelle (+4,0 %) progressent à un rythme supérieur à celui de la CSBM en 2017.

Compte tenu de ces dynamiques différenciées par poste de dépenses, la structure de la DCS s'est légèrement déformée entre 2008 et 2018 (*tableau 2*) : la part des soins de longue durée a progressé de 1,4 point, au détriment principalement de la CSBM.

Les subventions au système de soins comprennent la prise en charge par l'Assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé (dites « cotisations PAM »), les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, les participations de l'Assurance maladie à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine, etc.), et l'aide à la télétransmission.

De ces subventions sont déduites les remises conventionnelles, versées par les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de dispositifs médicaux aux caisses de Sécurité sociale (celles-ci venant réduire le coût des biens médicaux, elles sont enregistrées dans les comptes de la santé en moindres dépenses). D'un montant de l'ordre de 200 à 400 millions d'euros entre 2001 et 2013, ces remises ont fortement crû depuis 2014 et atteindraient 1,4 milliard d'euros en 2017 (*graphique 2*), les traitements innovants (contre l'hépatite C, etc.) ayant donné lieu à des remises supplémentaires. Les remises, qui viennent réduire la dépense courante de santé, sont comptablement retracées dans les subventions au système de soins et non dans la consommation de médicaments. Le montant de ces subventions, nettes des remises, est évalué à 1,5 milliard d'euros pour l'année 2017, en baisse de 20,8 % par rapport à 2016.

Les autres dépenses en faveur des malades correspondent aux indemnités de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) et aux soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes). Elles s'établissent à près de 0,7 milliard d'euros en 2017.

1. La dépense de santé est dite « courante » car elle n'intègre pas les dépenses d'investissement en capital (formation brute de capital fixe [FBCF]) des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Tableau 1 Évolution de la décomposition de la dépense courante de santé

	Montants (en milliards d'euros)											Évolution 17/16 (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
CSBM	164,9	169,9	173,5	178,0	181,8	185,2	190,2	192,9	196,5	199,3	1,4	
Soins de longue durée	15,2	16,6	17,2	17,8	18,5	19,2	19,7	20,1	20,3	22,3	9,7	
Ssiad	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	2,7	
Soins aux personnes âgées en établissements	6,2	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	2,2	
Soins aux personnes handicapées en établissements	7,7	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,3	9,5	9,6	11,3	18,1*	
Indemnités journalières (a)	11,6	12,1	12,6	12,8	12,8	12,8	13,4	13,6	14,0	14,5	3,0	
Autres dépenses en faveur des malades	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	2,1	
Prévention institutionnelle	5,7	6,4	5,7	5,7	5,7	5,8	5,8	5,8	5,8	6,0	4,0	
Prévention individuelle	3,3	3,4	3,3	3,3	3,3	3,5	3,5	3,5	3,6	3,7	2,5	
Prévention collective	2,4	3,1	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,3	6,3	
Dépenses en faveur du système de soins	11,9	11,9	12,1	12,3	12,6	12,9	12,9	12,7	12,6	12,5	-0,7	
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,4	2,3	1,9	1,5	-20,8	
<i>Dont subventions au système de soins (b)</i>	2,2	2,2	2,4	2,6	2,7	3,0	3,5	3,3	3,1	2,9	-8,8	
<i>Dont remises conventionnelles</i>	-0,3	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,4	-1,1	-0,9	-1,2	-1,4	9,5	
Recherche médicale et pharmaceutique	8,2	8,0	8,0	8,1	8,1	8,2	8,3	8,3	8,4	8,7	2,9	
Formation	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,3	2,3	2,5	
Coûts de gestion de la santé	13,1	13,6	13,9	14,4	14,6	15,1	15,3	15,2	15,3	15,8	3,6	
Dépense courante de santé (DCS)	222,8	230,9	235,4	241,7	246,5	251,7	257,8	260,9	265,2	271,1	2,2	
Évolution en %	4,1	3,6	2,0	2,7	2,0	2,1	2,4	1,2	1,6	2,2		
DCS en % du PIB	11,2	11,9	11,8	11,7	11,8	11,9	12,0	11,9	11,9	11,8		

* La très forte évolution des soins aux personnes handicapées en établissements (18,1 %) s'explique notamment par l'extension du périmètre d'action de ce poste aux établissements et services d'aide par le travail (Esat).

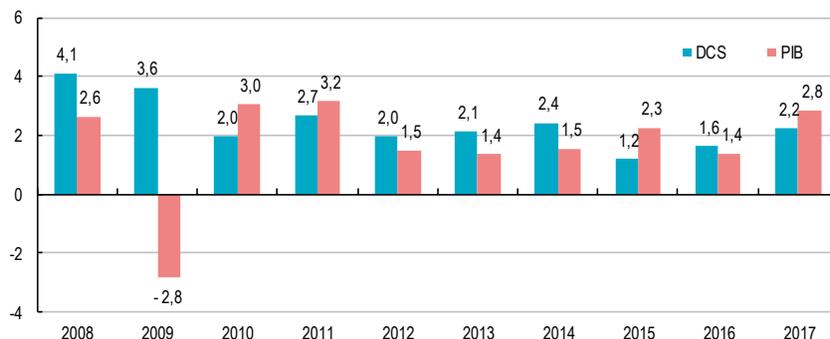
(a) Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de bases (hors fonction publique).

(b) Ces subventions ne comprennent que la partie des dotations non comptabilisée ailleurs : les dotations versées à l'Inpes ou à l'Eprus (organismes intégrés à l'Agence nationale de santé publique en 2016) sont comptabilisées par convention en dépenses de prévention, tandis que celles versées à la HAS ou à l'ATIH sont retracées dans les coûts de gestion du système de santé.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Taux de croissance en valeur de la dépense courante de santé et du PIB

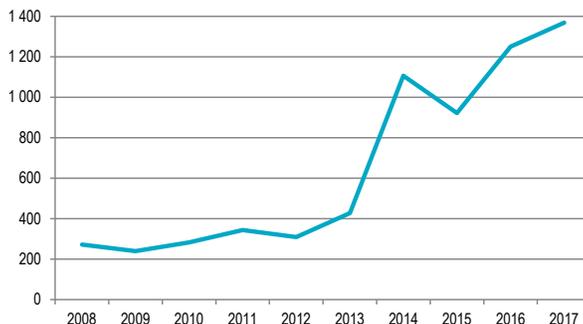
En %



Sources > DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB.

Graphique 2 Montants annuels des remises sur médicaments et dispositifs médicaux

En millions d'euros



Note > Les remises sur dispositifs médicaux sont de qualité fragile et ne sont donc pas isolées ici.

Sources > DSS ; traitements DREES (montants 2016 et 2017 estimés).

Une répartition de la dépense très contrastée d'un financeur à l'autre

La Sécurité sociale finance plus des trois quarts de la CSBM (77,8 %) [voir fiche 25]. En 2017, elle prend en charge 66,3 % de la dépense courante de santé « hors CSBM », soit 47,6 milliards d'euros (tableau 3).

Sur ce périmètre « hors CSBM », la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement de certaines dépenses (soins de longue durée, indemnités journalières, subventions au système de santé). Elle est toutefois nettement moins présente sur les champs de la prévention institutionnelle, individuelle et collective, et de la formation en santé (des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux), qu'elle finance respectivement à hauteur de 12,8 % et 7,9 %. Enfin, elle n'intervient pas du tout dans le financement de la recherche médicale et pharmaceutique, ce poste étant du ressort de l'État, des collectivités locales ainsi que des financeurs privés.

Par ailleurs, alors qu'elle finance près des trois quarts de la DCS, la Sécurité sociale ne représente qu'un peu moins de la moitié du coût de gestion global du système de santé français.

Le secteur privé (organismes complémentaires, industrie pharmaceutique et ménages) finance 18,2 % des dépenses courantes de santé « hors CSBM » en 2017. Il finance un peu moins de la moitié des dépenses au titre de la recherche médicale et pharmaceutique, et représente à lui seul environ le tiers des dépenses de prévention institutionnelle et près de la moitié des coûts de gestion totaux du système de soins.

L'État et les collectivités locales financent 15,4 % de la dépense courante de santé « hors CSBM ». Ils

interviennent principalement dans le financement de la formation des professionnels de santé (86,8 % du total de ce poste), de la prévention institutionnelle (60,3 %) et de la recherche médicale et pharmaceutique (52,9 %).

Peu d'évolutions de la structure de financement par acteur depuis 2010

Si la part de la Sécurité sociale dans le financement de la 2008 « hors CSBM » est relativement stable depuis 2010 (environ 66 % pour l'ensemble de la période) [graphique 3], la structure par poste fin de dépense s'est légèrement déformée depuis 2008. En effet, dans le champ de la prise en charge de la Sécurité sociale (hors CSBM), la part des soins de longue durée a augmenté de 6,3 points, au détriment des indemnités journalières et des coûts de gestion notamment.

La part de financement assurée par le secteur privé sur le champ de la dépense « hors CSBM » fluctue légèrement, entre 18 % et 19 %, selon le degré de prise en charge des dépenses par l'État et les collectivités locales. Elle est à rapprocher de deux facteurs liés à la répartition du financement entre les secteurs public et privé :

- la structure de financement de la prévention (principal poste de dépense du secteur privé, via la médecine du travail) se modifie légèrement au regard de l'intervention de l'État et des collectivités locales sur ce champ ;
- le financement de la recherche médicale et pharmaceutique fait aussi intervenir l'État, des collectivités et le secteur privé, à des degrés variables selon les dotations des agences publiques chargées de recherche (CNRS, Inserm, etc.) et les efforts alloués par les entreprises du secteur de la santé.

Méthodologie : dépense courante de santé, sens français et international

Jusqu'en 2017, l'OCDE diffusait un agrégat de DCS au sens international (voir fiche 43). Elle était égale à la DCS au sens français :

- augmentée de certaines prestations en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées : allocation personnalisée à l'autonomie (APA), prestation de compensation du handicap (PCH), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- diminuée des indemnités journalières, des dépenses de prévention environnementale et alimentaire, de la recherche et de la formation.

En mars 2018, une note méthodologique de l'OCDE modifie le champ du poste sanitaire des soins de longue durée – *long-term care (health)* – en y incluant des dépenses d'hébergement des personnes dépendantes. Ces dépenses étaient jusqu'alors renseignées dans un poste complémentaire (non-inclus dans les agrégats publiés par l'OCDE) sous le label *long-term care (social)*, c'est-à-dire dans la composante dite sociale des soins de longue durée. Du fait de ce changement de périmètre appliqué pour les seules comparaisons internationales, les écarts entre la série « soins de longue durée » (publiée dans la partie France du présent ouvrage) et la série « *long-term care (health)* » de l'OCDE (reprise dans la partie internationale) sont plus marqués que dans les précédentes éditions de cet ouvrage. En effet, la définition retenue dans la partie France du présent ouvrage correspond à un champ sanitaire strict.

Tableau 2 Structure de la dépense courante de santé

	En %									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CSBM	74,0	73,6	73,7	73,7	73,7	73,6	73,8	73,9	74,1	73,5
Soins de longue durée	6,8	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6	7,6	7,7	7,7	8,2
Indemnités journalières	5,2	5,3	5,4	5,3	5,2	5,1	5,2	5,2	5,3	5,3
Autres dépenses en faveur des malades	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Prévention institutionnelle	2,6	2,8	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2
Dépenses en faveur du système de soins	5,4	5,2	5,1	5,1	5,1	5,1	5,0	4,9	4,7	4,6
Coûts de gestion de la santé	5,9	5,9	5,9	6,0	5,9	6,0	5,9	5,8	5,8	5,8
Dépense courante de santé (DCS)	100,0									

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Financement de la dépense courante de santé en 2017

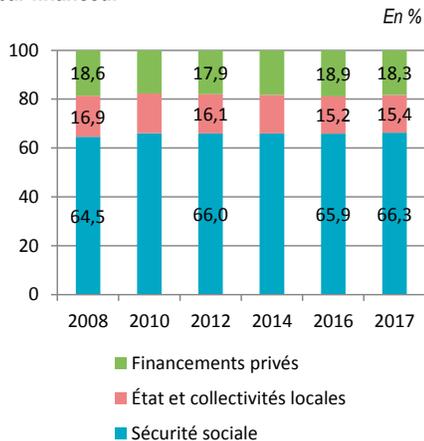
	En milliards d'euros				
	Sécurité sociale	État, collectivités locales	Financements privés *	Tous financeurs confondus	Part de la Sécurité sociale dans le total
Consommation de soins et de biens médicaux	155,1	3,0	41,2	199,3	77,8
Dépense hors CSBM	47,6	11,1	13,1	71,7	66,3
Soins de longue durée	22,3	0,0	0,0	22,3	100,0
Indemnités journalières**	14,5	n.d.	n.d.	14,5	100,0
Prévention institutionnelle	0,8	3,6	1,6	6,0	12,8
Dépenses en faveur du système de soins	1,7	6,6	4,2	12,5	13,5
<i>Formation</i>	0,2	2,0	0,1	2,3	7,9
<i>Subventions au système de soins</i>	1,5	0,0	1,4	2,9	52,4
<i>Recherche médicale et pharmaceutique</i>	0,0	4,6	4,1	8,7	0,0
Coût de gestion de la santé	7,7	0,9	7,3	15,8	48,5
Autres dépenses en faveur des malades	0,7	0,0	0,0	0,7	100,0
Dépense courante de santé	202,7	14,1	54,3	271,1	74,8

La colonne Sécurité sociale intègre également les dépenses prises en charge par le fonds CMU au titre des bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que celles des régimes d'Alsace-Moselle et de la Camégie.

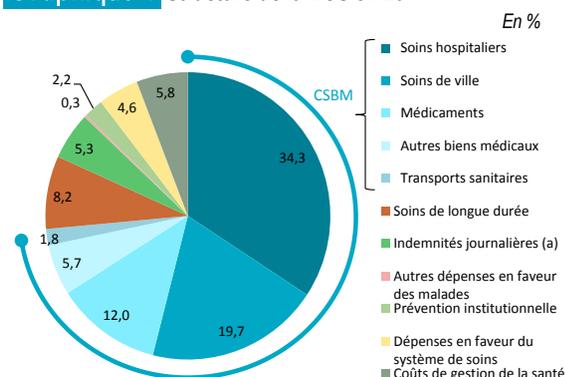
* Assurés par les mutuelles, les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance, l'industrie pharmaceutique et les ménages.

** Voir fiche 34 pour des éléments d'information sur les IJ versés par les organismes complémentaires. Les 14,5 milliards renseignés ici sont un miniorant des dépenses d'IJ tous financeurs confondus et la part de la Sécurité sociale mentionnée est donc un majorant.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution de la structure de la dépense courante de santé « hors CSBM » par financeur

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Structure de la DCS en 2017

(a) Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de base (hors fonction publique).

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2017, les soins de longue durée aux personnes âgées s'élèvent à 11,0 milliards d'euros (*tableau 1*). Cet agrégat est constitué des soins délivrés dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD) pour 9 % de la dépense [*graphique 2*], dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (Ehpa et Ehpap), pour 76 % de la dépense, et à domicile, par des services de soins infirmiers (Ssiad), pour 15 % de la dépense.

Ces soins de longue durée sont principalement financés par l'objectif global de dépenses médico-sociales pour personnes âgées (OGD), qui s'élève à 10,0 milliards d'euros en 2017. Cet objectif regroupe les contributions au financement des Ehpa, Ehpap et Ssiad de l'Assurance maladie (9,1 milliards) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour 0,9 milliard.

En 2017, les soins de longue durée aux personnes âgées accélèrent à nouveau légèrement

Portés notamment par le vieillissement de la population, les soins de longue durée aux personnes âgées ont augmenté de 4,4 % par an en moyenne entre 2008 et 2017. Entre 2008 et 2009, les dépenses ont progressé respectivement de 8,9 % et 14,3 % (*tableau 1* et *graphique 1*). Cette forte progression est à rapprocher du développement des capacités des services infirmiers à domicile et des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes et du renforcement de leur médicalisation, dans le cadre notamment du plan Solidarité grand âge. Le rythme de progression de la dépense a ensuite ralenti à partir de 2010 (+5 %), avant de revenir à son rythme de moyen terme un peu supérieur à 4 % de 2011 à 2013. Le plus fort ralentissement de 2014 et 2016 (entre 1,6 % et 2,3 %) est à rapprocher du resserrement de la contrainte financière portant sur l'Ondam médico-social.

En 2017, les soins de longue durée aux personnes âgées accélèrent à nouveau légèrement (+2,3 %, après 1,6 % en 2016). Cette inflexion est principalement le fait de la composante des soins en Ehpa-Ehpap privés, premier facteur de croissance en 2017, à hauteur de 1,7 point. Les soins en Ehpa-Ehpap publics ainsi que les Ssiad contribuent pour 0,4 point à la croissance des soins de longue durée aux personnes âgées.

Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées progressent

Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (Ssiad) assurent des soins favorisant la prise en charge à domicile plutôt qu'en institution. Ces soins sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés et par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte. La dépense totale liée à ces soins progresse de 2,7 % en 2017, contre +0,9 % en 2016, pour s'établir à environ 1,6 milliard d'euros (*tableau 1* et *graphique 1*).

L'essentiel de la dépense se concentre sur les personnes âgées hébergées en établissements

En 2017, 9,3 milliards d'euros sont consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissements, soit 85 % de la dépense totale. Cette dépense en établissements se répartit pour 11 % en soins en USLD et pour 89 % en établissements d'hébergement. La dépense en USLD étant stable depuis 2010, toute la dynamique de ce poste provient des dépenses en établissements.

Les établissements d'accueil public sont majoritaires avec 40 % de la dépense totale (*graphique 2*). Les établissements privés (à but lucratif ou non) représentent 36 % de la dépense. Sur moyenne période, la part des établissements publics recule tendanciellement au profit des établissements privés, qu'ils soient ou non à but lucratif.

Des structures d'accueil davantage orientées vers la prise en charge de la dépendance

En 2017, 586 400 lits sont proposés en établissements pour personnes âgées dépendantes, contre 35 000 en établissements pour personnes âgées non dépendantes (*graphique 3*). Sur longue période, le nombre de places en Ehpa a fortement diminué (-6,2 % par an en moyenne depuis 2008). Inversement, le nombre de places en Ehpap a augmenté (+2,7 % par an en moyenne depuis 2008). Ce changement radical dans la structure s'explique en premier lieu par des transferts entre Ehpa et Ehpap et des conversions d'USLD en Ehpap, ainsi que par un facteur démographique : la proportion de personnes âgées très dépendantes (classées en GIR 1 et 2), qui nécessitent un accompagnement médical plus conséquent, s'accroît tendanciellement au sein de la population hébergée en institutions.

Pour en savoir plus

- > Brunel, M., Carrère, A. (2017, mars). Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014. DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 13.
- > Darcillon, T. (2016). « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », in *La protection sociale en France et en Europe en 2014*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la Drees-Social.
- > Fizzala, A. (2017, mai). Les durées de séjour en EHPAD. DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 15.

Tableau 1 Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

Montants en milliards d'euros

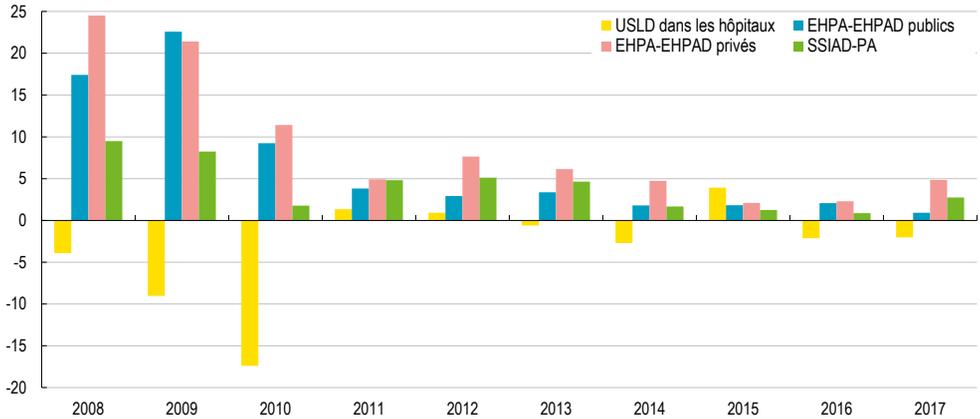
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Soins de longue durée aux personnes âgées	7,5	8,5	9,0	9,3	9,7	10,1	10,4	10,6	10,7	11,0
Évolution en %	8,9	14,3	5,0	4,0	4,6	4,1	2,3	2,0	1,6	2,3
Soins en établissements pour pers. âgées	6,2	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3
Soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Soins en EHPA-EHPAD publics	2,8	3,4	3,8	3,9	4,0	4,2	4,2	4,3	4,4	4,4
Soins en EHPA-EHPAD privés	2,1	2,6	2,9	3,0	3,2	3,4	3,6	3,7	3,8	3,9
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6

Note > Le montant des soins aux personnes âgées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes âgées » de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD). Cette dépense ne comprend pas les coûts d'hébergement de ces personnes en établissements (voir fiche 31).

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAM.

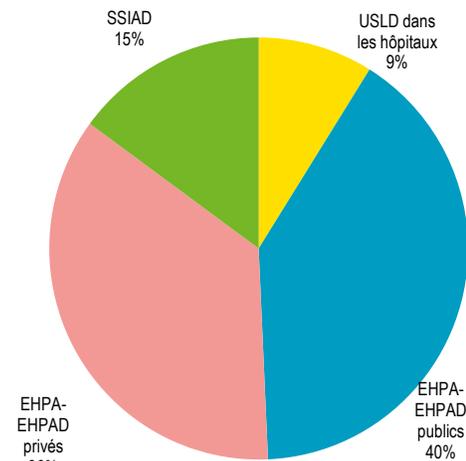
Graphique 1 Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées

En %



Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAM.

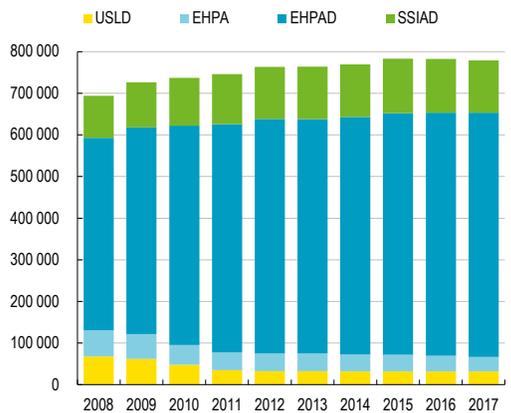
Graphique 2 Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées en 2017



Source > CNAM ; DREES, SAE.

Graphique 3 Capacités des établissements d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places en Ssiad

En nombre de lits



Note > La donnée USLD de 2017 est une estimation.

Sources > CNAM ; DREES, SAE.

Les soins de longue durée aux personnes handicapées, qui correspondent ici aux soins dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS), s'élèvent à 11,3 milliards d'euros en 2017 (*tableau 1*). Le montant de ces dépenses correspond à l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes handicapées, composé d'une contribution de l'Assurance maladie à travers l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) médico-social pour 11,0 milliards d'euros en 2017, et de l'apport de ressources de 0,3 milliard d'euros de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA). En 2017, le périmètre d'action de l'Ondam médico-social a été étendu et comprend désormais aussi les établissements et services d'aide par le travail (Esat). Le montant 2017 n'est donc pas directement comparable avec celui de 2016 : hors dépenses au titre des Esat, l'Ondam relatif aux personnes âgées augmente de 3,6 % en 2017 (contre 19,7 % en incluant les Esat). La dynamique des soins en ESMS (hors Esat) pour personnes handicapées est bien supérieure à celle de la CSBM en 2017. La CSBM ralentit, son rythme de croissance passant de 1,9 % à 1,3 %, tandis que les soins en ESMS pour personnes handicapées accélèrent (+3,6 %, après 0,7 % en 2016) en raison des mesures nouvelles de créations de places au sein des structures pour personnes handicapées. Cette croissance contraste avec le ralentissement observé des soins pour personnes handicapées entre 2008 et 2016 consécutif aux mesures votées par le Parlement réduisant les taux de progression de l'Ondam.

Les dépenses en établissements pour enfants handicapés dominent très largement

En 2016 (dernières données disponibles), les deux tiers des dépenses en ESMS pour personnes handicapées sont consacrés aux soins pour enfants et adolescents (6,4 milliards d'euros) [*tableau 2*]. La majorité de cette dépense concerne l'accueil en établissement avec ou sans hébergement (83 %), le reste (17 %) est attribué aux services. Les instituts médico-éducatifs (IME) et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep), qui accueillent des enfants atteints de déficience intellectuelle (IME) ou de troubles psychiques (Itep), représentent à eux deux 56 % de la dépense pour enfants handicapés et 55 % des capacités d'accueil en 2016 (*graphique 1*). Les établissements pour enfants polyhandicapés (EP) représentent 9 % des sommes consacrées et 4 % des capacités d'accueil. Leur coût élevé par place s'explique par un fort taux d'encadrement, le public accueilli souffrant d'un grave handicap à

expressions multiples. À l'inverse, les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad) interviennent dans le milieu de vie des enfants et requièrent un taux d'encadrement relativement bas. Ils représentent 15 % de la dépense pour 32 % des places installées. La hausse des dépenses des Sessad est soutenue : 4,1 % par an en moyenne entre 2010 et 2016. Globalement, les dépenses des services ont augmenté plus rapidement que celles des établissements, en raison de l'accent porté sur la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants, en particulier par le déploiement des Sessad et des centres d'action médico-sociale précoce¹ (CAMSP).

Les dépenses consacrées aux adultes handicapés croissent désormais plus vite

En 2016, près d'un tiers (2,9 milliards d'euros) de l'OGD médico-social pour personnes handicapées est consacré aux adultes : 93 % aux établissements, 7 % aux services (*tableau 2*). Les dépenses de soins pour les adultes handicapés² ont augmenté plus vite que celles pour les enfants : 3,8 % par an en moyenne entre 2010 et 2016, contre 1,9 %. Cette progression est à rapprocher de l'amorce d'un rattrapage de l'offre des ESMS en faveur des adultes, d'une plus grande continuité de prise en charge des jeunes adultes handicapés, ou encore des enjeux liés au vieillissement des personnes handicapées (Guibert, 2016). En 2016, les ESMS pour adultes handicapés offrent près de 86 000 places (soit 2 % de hausse). Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sont majoritaires, regroupant plus de 81 % de la dépense pour adultes handicapés et 65 % des capacités d'accueil (*graphique 1*). Ensemble, ils contribuent de l'ordre de 3,2 points aux 3,8 % de croissance totale. Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), qui interviennent dans les milieux de vie des adultes handicapés, représentent 4 % de la dépense des ESMS en faveur des adultes et proposent 10 % des places. C'est le poste le plus dynamique, en hausse de 8,8 % par an entre 2010 et 2016. Ce dynamisme s'appuie entre autres sur le programme pluriannuel 2008-2012 de la CNSA qui vise notamment à favoriser le maintien des personnes en milieu ordinaire et à faire face au vieillissement des personnes handicapées et de leurs aidants. Il soutient aussi le développement des services de soins infirmiers (Ssiad-PH), dont les dépenses ont augmenté de 5,6 % par an entre 2010 et 2016.

1. Les CAMSP et les CMPP suivent une logique de file active : le nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année est comptabilisé, mais pas le nombre de places installées. Leur capacité d'accueil n'est donc pas présentée.

2. À l'inverse des ESMS pour enfants handicapés, il existe, pour les adultes, des ESMS intégralement financés par d'autres canaux que la Sécurité sociale (conseils départementaux, État) ; ces établissements proposent en particulier de l'hébergement et de l'accompagnement social et professionnel. Ces dépenses, qui ne constituent pas du soin, ne sont pas prises en compte ici.

Pour en savoir plus

> Guibert, G. (2016). « La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux », in *La protection sociale en France et en Europe en 2014*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la Drees-Social.

Tableau 1 Dépenses de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux

Montants en milliards d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Soins aux personnes handicapées*	7,7	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,2	9,5	9,6	11,3
Évolution (en %)	5,7	4,4	2,7	3,4	2,6	3,4	2,0	2,8	0,7	
dont ONDAM pers. handicapées	7,4	7,7	7,9	8,3	8,4	8,7	9,0	9,1	9,2	11,0
dont Contribution CNSA	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3

Note > * Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé. En 2017, le périmètre d'action de l'Ondam médico-social a été étendu et comprend désormais aussi les dépenses dévolues aux établissements et services d'aide par le travail (Esat). Le montant 2017 présenté ici n'est donc pas directement comparable à celui de 2016.

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données DSS pour l'Ondam, DGCS pour l'OGD.

Tableau 2 Structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées en 2010 et 2016

Montants en millions d'euros, structure et évolution en moyennes annuelles (%)

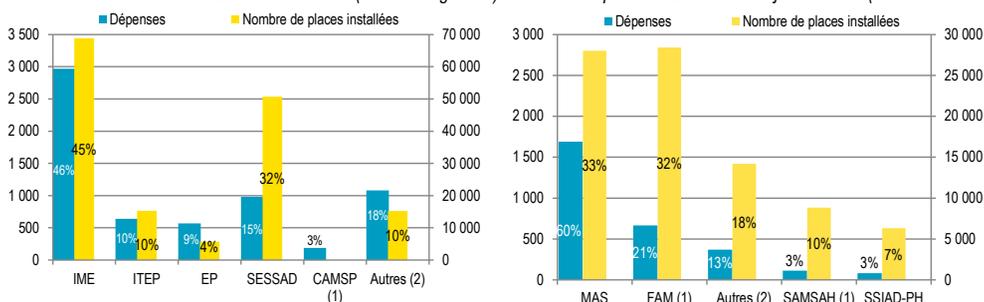
	2010		2016		Évolutions 2010-2016
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %	
Dépenses totales des soins de longue durée des personnes handicapées	8 255	100,0	9 554	100,0	2,5
Établissements et services à destination des enfants handicapés	5 725	69,4	6 424	67,2	1,9
Instituts médico-éducatifs (IME) ⁽¹⁾	2 587	45,2	2 969	46,2	2,3
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	648	11,3	640	10,0	-0,2
Établissements pour enfants polyhandicapés (EP)	481	8,4	567	8,8	2,8
Services d'éducation spécialisée et soins à domicile (SESSAD)	769	13,4	980	15,3	4,1
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	150	2,6	188	2,9	3,8
Autres établissements pour "enfance inadaptée" ⁽²⁾	1 090	19,0	1 080	16,8	-0,2
Établissements et services à destination des adultes handicapés	2 335	28,3	2 922	30,6	3,8
Maisons d'accueil spécialisé (MAS)	1 416	60,7	1 689	57,8	3,0
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	438	18,8	667	22,8	7,2
Services d'accompagnement médico-social (SAMSAH)	68	2,9	113	3,9	8,8
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD PH)	60	2,6	83	2,9	5,6
Autres établissements pour adultes handicapés ⁽³⁾	352	15,1	370	12,7	0,8
Autres établissements et services ⁽⁴⁾	195	2,4	209	2,2	1,2

- Y compris les IME belges (des enfants handicapés sont accueillis dans des IME en Belgique faute de places disponibles en France).
- Comprennent les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice (IEM), les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés.
- Comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS).
- Comprennent les centres de ressources et les autres prestations médico-sociales.

Sources > TCDC des régimes obligatoires d'assurance maladie, données de la Commission de répartition fournies par la CNAM.

Graphique 1 Montant de la dépense et capacité d'accueil par type d'établissements pour enfants et adolescents handicapés (à gauche) et pour adultes handicapés (à droite) en 2016

En millions d'euros (échelle de gauche) et nombre de places installées au 1^{er} janvier 2016 (échelle de droite)



- La capacité d'accueil des CAMSP n'est pas présentée car ils suivent une logique de file active, non de places installées.
- Comprennent les CMPP, les IEM, les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux. Les CMPP suivant une logique de file active, non de places installées, leur capacité d'accueil n'est pas intégrée.

- Seules les fractions de dépenses des FAM et des Samsah prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici.
- Les autres établissements comprennent les CRP, CPO, les UEROS, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux.

Sources > TCDC des régimes obligatoires de l'assurance maladie et données de la Commission de répartition fournies par la CNAM pour les montants de la dépense ; Statist 2016 pour la capacité d'accueil.

Les indemnités journalières (IJ) incluses dans les comptes de la santé recouvrent celles versées par les régimes de base d'assurance sociale au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité. En 2017, elles s'élèvent à 14,5 milliards d'euros (*tableau 1*).

Sur longue période, ces dépenses alternent des phases de croissance et de décroissance dues notamment au cycle économique. Après avoir fortement augmenté au début des années 2000 (8,0 % par an entre 2001 et 2003), elles ont nettement ralenti ensuite (0,3 % par an entre 2003 et 2006), puis entre 2006 et 2011, elles sont redevenues dynamiques (3,7 % par an). Après deux années de relative stabilité en 2012 et 2013, elles ont augmenté à nouveau en 2014 (4,2 %) et 2015 (2,0 %). En 2016 et en 2017, leur croissance s'élève à 3,0 %.

La dynamique des IJ maladie en particulier est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui sont à la base du calcul des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des IJ avec un effet retard ;
- le vieillissement de la population active. Les seniors ont en effet des problèmes de santé plus marqués, qui nécessitent des arrêts plus longs que les salariés plus jeunes ;
- la qualité de l'emploi, les salariés précaires s'absentant significativement moins que les autres.

Une dynamique portée par la hausse du volume des indemnités journalières

Le dynamisme des dépenses d'IJ est majoritairement déterminé par l'évolution de leur volume (*graphique 1*). S'agissant de la maladie et des AT-MP, leurs à-coups en volume (*graphique 2*) sont imputables à divers facteurs qui prédominent selon la période considérée.

De 2011 à 2013, les volumes se sont contractés en raison de la dégradation du marché du travail et d'un contexte épidémiologique favorable (moindre intensité des épisodes grippaux). En 2014, les volumes rebondissent du fait de trois mesures : l'obligation faite aux caisses de Sécurité sociale de payer les IJ de mi-temps thérapeutique, l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles. Après un léger ralentissement 2015, les volumes accélèrent en 2016 et 2017. Ce regain de dynamisme serait lié à un contexte épidémiologique moins favorable (deux épisodes d'épidémie de grippe en 2016) et, selon la CNAM, à la plus forte croissance des dépenses relatives aux hospitalisations ponctuelles, aux soins courants et aux maladies psychiatriques et traitements psychotropes. Par ailleurs, une des tendances de fond de la période 2010-2016 est la croissance de la part des personnes de

60 ans ou plus dans les arrêts maladie (7,7 % des montants indemnisés en 2016 contre 4,6 % en 2010). Ce constat est probablement lié aux réformes des retraites, qui augmentent la participation des travailleurs âgés au marché du travail. En 2017, la hausse des IJ maladie s'accélère (+1,5 point par rapport à 2016, à +5,8 %).

Le ralentissement des « prix » atténue la croissance des IJ

La croissance du « prix » des indemnités « maladie » et « AT-MP » du régime général a nettement ralenti depuis la crise (1,3 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2016, contre 2,5 % entre 2000 et 2009) (*graphique 1*). Le calcul du montant de l'IJ repose en effet sur le salaire des trois mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « maladie », et du mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « AT-MP ». Seule la part du salaire inférieure au seuil de 1,8 fois le smic est prise en compte dans le calcul du montant de l'IJ. Les modes de calcul des IJ moins favorables adoptés les 1^{er} décembre 2010 et 1^{er} janvier 2012 ont induit des baisses de montants versés à salaire donné, qui se sont traduits par un ralentissement du « prix des IJ » par rapport au salaire net annuel moyen. En l'absence de mesures nouvelles depuis 2012, l'« effet prix » se stabilise au cours des années récentes.

La croissance globale est ralentie par la baisse des IJ maternité depuis 2015

Entre 2010 et 2014, du fait du léger recul observé du nombre de naissances, les indemnités journalières du risque « maternité » sont quasi stables. Elles diminuent dès 2015 et ce recul s'accroît en 2017 (-5,5 %) dans un contexte de nette baisse des naissances (-2,1 %).

In fine, la structure des indemnités journalières par risque reste toutefois assez constante entre 2008 et 2017 : les IJ « maladie » représentent toujours environ 55 % des dépenses, la part des IJ « AT-MP » passe de 21,4 % en 2008 à 22,5 % en 2017 et celles des IJ « maternité », de 21,5 % en 2008 à 22,5 % en 2017.

Près de 5 milliards de compléments d'indemnités journalières versés en 2017

Les organismes complémentaires (OC) – mutuelles, sociétés d'assurances et instituts de prévoyance – versent 5,2 milliards d'euros de compléments d'indemnités journalières en 2017, soit 3,9 % de plus qu'en 2016 (*tableau 2*). Contrairement au champ CSBM sur lequel les mutuelles sont le premier acteur parmi les OC (voir fiche 27), elles sont minoritaires sur le champ des IJ (moins de 10 % du total IJ des OC). Inversement, les sociétés d'assurances versent 57 % des montants. Cette structure de financement par acteur est stable depuis 2012.

Pour en savoir plus

> Caisse nationale de l'Assurance maladie (2018, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*.

Tableau 1 Dépense d'indemnités journalières

Montants en millions d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble	11 596	12 146	12 606	12 829	12 766	12 816	13 353	13 625	14 039	14 462
Évolution (en %)	5,4	4,7	3,8	1,8	-0,5	0,4	4,2	2,0	3,0	3,0
Maladie	6 329	6 643	6 881	7 003	6 938	6 977	7 358	7 596	7 926	8 386
Évolution (en %)	5,3	4,9	3,6	1,8	-0,9	0,6	5,5	3,2	4,3	5,8
Maternité	2 788	2 887	2 995	2 987	3 017	3 033	3 077	3 031	2 993	2 828
Évolution (en %)	5,4	3,5	3,7	-0,3	1,0	0,5	1,5	-1,5	-1,3	-5,5
Accidents du travail - maladies professionnelles	2 478	2 617	2 729	2 839	2 811	2 806	2 918	2 998	3 120	3 249
Évolution (en %)	5,6	5,6	4,3	4,0	-1,0	-0,2	4,0	2,7	4,1	4,1

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires

Montants en milliards d'euros

	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Organismes complémentaires	5,2	5,2	5,2	5,1	5,1	5,3
Évolution (en %)	0,0	0,0	-1,9	0,0	0,0	3,9
Mutuelles	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,5
Instituts de prévoyance	2	2	2	2	2	2
Sociétés d'assurances	3	3	3	3	3	3

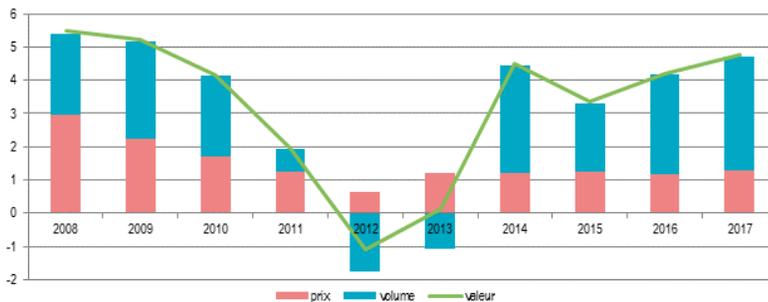
Note > Les indemnités journalières versées par les organismes complémentaires ne sont conventionnellement pas retenues au sein du poste « Indemnités journalières » retenu pour le calcul de la dépense courante de santé (DCS).

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution des indemnités journalières maladie et AT-MP du régime général

En %

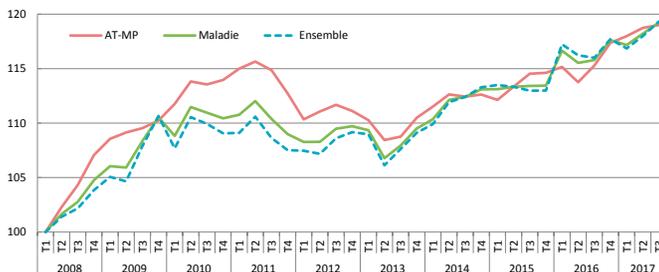


Champ > France métropolitaine, risques « maladie » et « accidents du travail-maladies professionnelles », assurés du régime général.

Source > CNAM.

Graphique 2 Évolution du volume d'indemnités journalières du régime général rapportées à l'emploi salarié

Base 100 au T1 2008



Champ > France métropolitaine, risques « maladie » et « accidents du travail-maladies professionnelles », assurés du régime général.

Sources > CNAM pour les indemnités journalières ; Insee pour l'emploi salarié ; calculs DREES.

En 2017, la consommation de biens et services de **prévention institutionnelle**, financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux, s'élève à 6,1 milliards d'euros, en hausse de 4,2 % par rapport à 2016.

Elle est composée de la prévention individuelle pour 3,8 milliards, en hausse de 2,9 %, et de la prévention collective pour 2,3 milliards, en hausse de 6,3 % (*tableau 1*).

La prévention institutionnelle représente environ 91 euros par habitant en 2017 et 2,3 % de la dépense courante de santé.

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes. La **prévention individuelle primaire** (50,4 % de la prévention institutionnelle en 2017) a pour objectif d'éviter l'apparition ou l'extension des maladies (*graphique 1*). La médecine du travail, qui représente plus de la moitié (55 %) de ces dépenses, enregistre la plus forte progression. Les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial ainsi que la médecine scolaire sont aussi incluses dans la prévention primaire. La vaccination organisée représente 4,3 % des dépenses de prévention individuelle primaire.

La **prévention individuelle secondaire** (11,4 % de la prévention institutionnelle en 2017) vise à repérer les maladies ; le dépistage en est l'exemple type. Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/sida et les hépatites, la tuberculose, ou d'autres pathologies comme la maladie d'Alzheimer, les troubles mentaux, etc. Les différents plans Cancer qui se sont succédés ont permis de mettre l'accent sur le dépistage des tumeurs, dont les dépenses ont quasiment doublé entre 2003 et 2008 (91 millions d'euros en 2003 ; 172 millions en 2008). Depuis 2008, les dépenses concernant le dépistage des tumeurs restent relativement stables. La prévention individuelle secondaire comprend également les bilans de santé réalisés en centres de santé financés par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et par les collectivités locales ainsi que les bilans bucco-dentaires. Le budget consacré à ces derniers a triplé entre 2003 et 2017, porté par la campagne M'Tdents à destination des plus jeunes et, depuis 2013, des femmes enceintes.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non imputables au niveau individuel composées de :

- La **prévention collective à visée comportementale** (6,9 % de la prévention institutionnelle en 2017), qui comprend différents programmes mis en place dans le but de participer à l'information et à l'éducation à la santé auprès de la population sur différentes thématiques (drogues, alcool, tabac, maladies infectieuses, vaccinations, nutrition, etc.). Ces programmes soutiennent, par exemple, les actions destinées à promouvoir la nutrition et l'activité physique, dont fait partie le Programme national nutrition santé (PNNS).
- La **prévention collective à visée environnementale** (31,3 % de la prévention institutionnelle en 2017) inclut l'hygiène du milieu, la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille ou d'alerte ou encore ceux mobilisés en cas d'urgence ou de crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation.

L'État et les collectivités locales sont les principaux financeurs de la prévention institutionnelle

En 2017, l'État et les collectivités locales financent 58 % des actions de prévention institutionnelle, la Sécurité sociale 15 % et le secteur privé 27 % (*graphique 2*). Toutefois, le secteur privé est le principal financeur de la prévention primaire (51 %) par ses crédits accordés à la médecine du travail. La Sécurité sociale finance des actions relevant de chacune des grandes catégories, mais surtout la prévention secondaire (via le FNPEIS). L'État et les collectivités locales restent le principal financeur de la prévention collective puisqu'ils financent plus de 82 % de ses actions.

La Sécurité sociale finance une part un peu plus importante que par le passé de la prévention institutionnelle (15,2 % en 2017 contre 12,4 % en 2008). La mise en place du fonds d'intervention régional (FIR) en 2012, financé intégralement par la Sécurité sociale en 2017, a largement contribué à cette augmentation. En effet, une des missions du FIR est consacrée à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur du système de santé. La priorité est mise sur les addictions (tabac, alcool), notamment auprès des jeunes, sur l'information nutritionnelle pour lutter contre l'obésité et sur un meilleur dépistage des IST.

La prévention institutionnelle ne concerne qu'une partie des dépenses de prévention. Elle ne comptabilise pas les actes préventifs réalisés lors de consultations médicales ordinaires, inclus par ailleurs dans la CSBM. Une estimation partielle de la prévention non institutionnelle sur les soins de ville a abouti à une dépense de 9,1 milliards d'euros pour 2016 (voir l'éclairage « Comptes partiels de la prévention 2012-2016 » dans cet ouvrage).

Tableau 1 Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

Montants en millions d'euros, évolution en moyenne annuelle (en %)

	2008	2010	2012	2014	2015	2016	2017	Evolution 2008-2017	Evolution 2016-2017
PREVENTION INDIVIDUELLE	3 358	3 438	3 427	3 640	3 648	3 673	3 780	1,3	2,9
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 725	2 806	2 824	2 974	2 988	3 019	3 085	1,4	2,2
Vaccins ¹	126	123	126	132	134	136	131	0,4	-3,4
PMI - Planning familial	677	688	673	673	662	658	671	-0,1	1,9
Médecine du travail	1 464	1 512	1 527	1 619	1 632	1 645	1 690	1,6	2,7
Médecine scolaire	458	482	498	549	561	580	593	2,9	2,3
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	633	632	604	667	659	654	695	1,0	6,2
Dépistage des tumeurs	172	173	184	179	172	171	172	0,0	0,7
Dépistage VIH/Sida, hépatites, tuberculose et autres maladies infectieuses	214	203	161	210	205	204	235	1,0	15,4
Dépistage autres pathologies	23	25	26	36	40	40	45	7,9	13,5
Examens de santé	176	181	182	184	185	181	185	0,5	2,0
Bilans bucco-dentaires	48	49	51	58	58	58	57	2,1	-1,7
PREVENTION COLLECTIVE	2 434	2 393	2 369	2 285	2 206	2 199	2 337	-0,5	6,3
Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé	482	517	498	478	413	412	423	-1,5	2,5
Campagnes en faveur des vaccinations*	24	24	24	24	23	23	24	0,1	4,5
Lutte contre les IST ² , santé sexuelle, contraception*	28	28	31	21	12	6	6	-15,4	-0,8
Lutte contre l'addiction*	89	105	98	83	77	76	90	0,1	18,1
Nutrition - santé*	15	27	17	18	16	16	17	1,8	10,8
Autres pathologies*	19	22	27	31	28	29	30	5,4	5,1
Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé	307	311	301	302	257	262	254	-2,1	-3,0
Actions sur l'environnement	1952	1876	1871	1807	1792	1786	1914	-0,2	7,2
Hygiène du milieu (y compris lutte anti-vectorielle)	519	530	533	558	575	587	587	1,4	0,0
Prévention des risques professionnels	245	249	254	246	238	239	272	1,2	13,7
Prévention et lutte contre la pollution	156	225	172	138	132	138	143	-1,0	3,1
Surveillance, veille, recherche, expertise, alerte	296	319	325	312	317	314	391	3,1	24,2
Urgences et crises	97	-28	42	40	25	20	6	-26,3	-68,9
Sécurité sanitaire de l'alimentation	638	582	544	512	506	486	515	-2,4	5,9
ENSEMBLE PREVENTION INSTITUTIONNELLE	5 792	5 831	5 796	5 925	5 853	5 872	6 116	0,6	4,2
Évolution en %	5,8	-10,8	-0,1	-0,2	-1,2	0,3	4,2		
dont dans le champ CSBM ³	-104	-106	-102	-107	-102	-110	-127	2,2	14,9
PREVENTION INSTITUTIONNELLE HORS CSBM	5 688	5 725	5 694	5 818	5 751	5 761	5 990	0,6	4,0

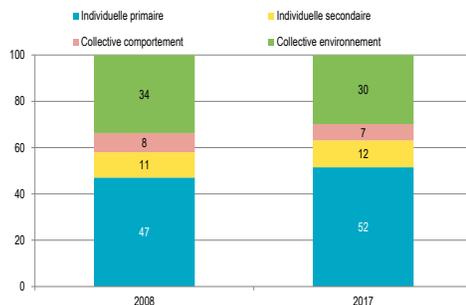
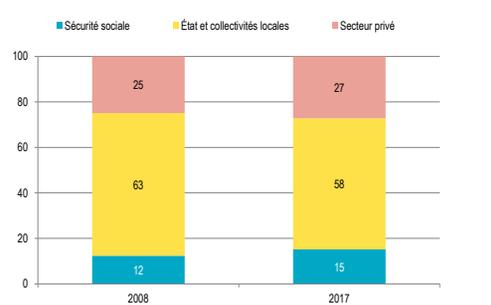
* Ces différents postes ne couvrent pas l'ensemble des actions de prévention relevant de ces thématiques. En effet, lorsqu'elles ne peuvent être isolées compte tenu de la granularité des sources disponibles, des actions relatives à ces items peuvent également être comptabilisées dans d'autres postes de la prévention institutionnelle (en particulier « autres actions d'information, promotion et éducation à la santé » ou encore « actions de dépistage »).

1. Concernant uniquement les dépenses de vaccinations « organisées » financées par les collectivités locales et le FNPEIS. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de vaccins se monte à environ 0,5 milliard d'euros en 2016. Le solde, financé par l'Assurance maladie et les ménages, est inclus par ailleurs dans la CSBM.

2. IST : infections sexuellement transmissibles.

3. Ces dépenses de prévention (vaccins, dépistages, etc.) réalisées au niveau individuel (*i.e.* en dehors du cadre institutionnel) sont incluses dans la CSBM. Elles sont retracées dans cette fiche mais non comptabilisées dans le poste de dépense « Prévention » de la DCS (voir annexe tableaux détaillés).

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (Direction générale de la santé, CNAM, CCMSA, RSI, Inpes, intégré à l'ANSP depuis 2016), ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, etc.).

Graphique 1 Structure des dépenses de prévention**Graphique 2** Financement des dépenses de prévention

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (Direction générale de la santé, CNAM, CCMSA, RSI, Inpes, intégré à l'ANSP depuis 2016), ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, etc.).

En 2017, les **dépenses de formation aux professions de santé** atteignent 2,3 milliards d'euros (*tableau 1*), en hausse de 2,6 % par rapport à 2016 où la dépense avait été très dynamique (5,8 %). Les dépenses de formation continue des professionnels de santé représentent 8,3 % de la dépense totale. Toutefois, la majeure partie de la dépense (91,7 %) concerne les études de santé (UFR [unité de formation et de recherche] santé, école de santé, école du service de santé des armées).

L'État et les régions sont les premiers financeurs

En 2017, comme les années précédentes, l'État est le premier financeur, sa part s'élevant à 47 % du financement total des dépenses de formation (*graphique 1*). L'État finance principalement les facultés assurant la formation initiale des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens ainsi que la première année commune aux études de santé (PACES). En 2017, près de 227 000 futurs professionnels de santé sont ainsi en formation. De plus, le budget de l'État couvre le service de santé des armées qui inclut la formation initiale des médecins, infirmiers, pharmaciens et vétérinaires militaires.

En couvrant 40 % des dépenses, les régions sont le deuxième financeur de la formation des professions de santé. Depuis août 2004, elles ont la charge du financement des établissements de formations sanitaires (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, techniciens de laboratoire, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, sages-femmes, etc.). Elles ont en charge le fonctionnement et l'équipement des écoles et instituts publics et peuvent participer au fonctionnement et à l'équipement des établissements privés.

En 2017, l'Assurance maladie finance 8 % des dépenses de formation. À travers l'Agence nationale du développement professionnel continu des professionnels de santé (ADPC, ex-OGDPC), elle finance quasi exclusivement la formation continue des professions médicales exerçant en libéral, des professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés et des médecins hospitaliers.

Le dernier contributeur est constitué des ménages qui couvrent 5 % de la dépense en 2017. Les dépenses concernent en premier lieu le règlement des droits d'inscription ou de scolarité des études de santé.

La structure de répartition par financeur évolue peu d'une année sur l'autre. Cependant, depuis 2008, la part de l'État diminue progressivement ; il n'est plus un financeur majoritaire depuis 2014. Parallèlement, la part des régions progresse, alors que celles des ménages et de l'Assurance maladie restent stables. Cette déformation s'expliquerait par le mouvement général de décentralisation de l'État vers les régions, combiné à la montée en puissance des effectifs d'auxiliaires médicaux dont la formation relève des régions.

Les dépenses de formation initiale progressent de près de 3 % par an depuis 2008

Entre 2008 et 2017, les dépenses de formation aux professions de santé progressent en moyenne de 3,0 % par an, mais de manière heurtée. Les dépenses pour la formation initiale en santé, qui représentent la plus grande partie de la dépense, progressent régulièrement d'environ 3,0 % par an. Cette dynamique s'explique principalement par la hausse du nombre d'étudiants en études de santé (de l'ordre de 2 % par an). En revanche, les dépenses de formation continue, bien que minoritaires, fluctuent significativement. Elles ont ainsi connu une phase basse de 2010 à 2012 (112 à 122 millions) avant de connaître un pic en 2014 (à 206 millions). En 2017, ces dépenses sont stables par rapport à 2016 (193 millions d'euros).

Des dépenses de recherche en légère hausse

La **recherche en santé** atteindrait près de 8,7 milliards d'euros en 2017, en hausse de 2,9 % par rapport à 2016, selon le compte provisoire construit sur des données partielles (*tableau 2*).

La structure de financement resterait stable, 53 % du total étant assuré par des financements publics. Ces financements publics se composent de deux agrégats principaux : la recherche effectuée au sein des universités et des hôpitaux universitaires et la recherche effectuée en dehors, via les organismes inscrits à la Mires (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur), comme l'Inserm, l'Institut Pasteur, l'Institut Curie, le CNRS, etc.

Les financements privés et associatifs représenteraient 47 % de la dépense en recherche en santé. En 2017, 3,9 des 4,1 milliards d'euros dévolus à cette recherche proviendraient de l'industrie pharmaceutique et de matériel médical.

Avertissement méthodologique

La série des dépenses de recherche au sein des universités et hôpitaux universitaires a été révisée à la suite d'un changement méthodologique dans les données sources (voir annexe 3 sur les révisions).

Par ailleurs, les dépenses relatives à la formation des internes et les dépenses de recherche clinique des hôpitaux universitaires ne sont pas comptabilisées dans les dépenses de formation et de recherche, car elles sont déjà intégrées au sein du poste « soins hospitaliers » de la CSBM.

Pour en savoir plus

> Casteran-Sacreste, B. (2016). La formation aux professions de la santé en 2014. DREES, *Document de travail*, série Statistiques, 198.

Tableau 1 Structure des dépenses de formation aux professions de santé en 2017

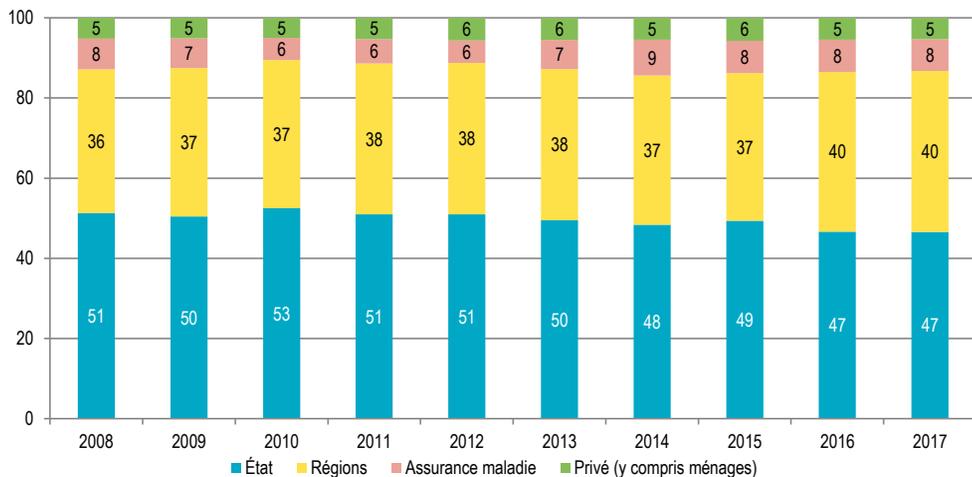
	Montants en millions d'euros, évolution en %										
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	
Études de santé (UFR santé, écoles de santé, écoles du service de santé des armées)	1 634	1 763	1 816	1 878	1 917	1 981	2 003	1 949	2 062	2 119	
Formation continue des professionnels de santé	141	146	112	127	122	165	206	182	193	193	
Dépenses totales de formation	1 775	1 909	1 928	2 005	2 039	2 146	2 209	2 132	2 255	2 312	
<i>Évolution (en %)</i>	11,2	7,5	1,0	4,0	1,7	5,2	2,9	-3,5	5,8	2,6	

Note > L'UFR santé comprend les études de médecine, odontologie, pharmacie et Paces. Les écoles de santé comprennent les établissements de formation aux professions de : ambulanciers, infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire médical, aides-soignants, pédicures-podologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale, ergothérapeutes, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture et préparateurs en pharmacie hospitalière.

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données DREES, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Graphique 1 Répartition des dépenses de formation aux professions de santé par financeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Les dépenses publiques et privées de recherche en santé

En millions d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble	8 276	8 075	8 086	8 191	8 192	8 277	8 341	8 321	8 500	8 745
<i>Évolution en %</i>	6,7	-2,4	0,1	1,3	0,0	1,0	0,8	-0,2	2,2	2,9
Financements publics	4 065	3 967	4 163	4 155	4 318	4 402	4 426	4 427	4 529	4 660
Budget civil de recherche et de développement*	1 851	1 890	1 948	1 937	1 992	1 972	1 934	1 936	1 962	2 019
Universités et hôpitaux universitaires	2 214	2 077	2 214	2 218	2 326	2 430	2 492	2 491	2 567	2 641
Financements privés et associatifs	4 210	4 108	3 923	4 035	3 874	3 875	3 915	3 894	3 971	4 085
Industries pharmaceutique et de matériel médical	4 084	3 992	3 815	3 928	3 733	3 658	3 685	3 664	3 743	3 851
Secteur associatif	126	116	108	108	141	217	230	230	228	235

* Recherche en santé des organismes inscrits à la Mires (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) et des financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR). La série est révisée à partir de 2015 et estimée avant 2014 à la suite d'un changement méthodologique de construction de la série source (voir annexe 3 sur les révisions).

Note > Les dépenses de recherche clinique des hôpitaux universitaires sont déjà comptabilisées au sein de la CSBM en « soins hospitaliers ». Elles sont retracées dans cette fiche mais non comptabilisées dans le poste de dépense « Recherche médicale et pharmaceutique » de la DCS (voir annexe tableaux détaillés), afin d'éviter tout double-compte.

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 15,8 milliards d'euros en 2017, en hausse de 3,6 % par rapport à 2016 (*tableau 1*). Ils comprennent les frais de gestion :

- des **différents régimes de Sécurité sociale**, (48,5 % de l'agrégat) ;
- des **organismes complémentaires** (OC) : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances, au titre de leur activité en santé (45,9 % de l'agrégat) ;
- du budget de fonctionnement du **ministère chargé de la Santé**, y compris celui des agences régionales de santé (ARS) [4,6 % de l'agrégat] ;
- des financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des **opérateurs publics** contribuant au pilotage du système de santé (0,9 % de l'agrégat) : Haute Autorité de santé [HAS], Agence nationale d'appui à la performance [Anap], Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière [CNG], Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales [Oniam], Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [ATIH], Fonds CMU.

Des coûts de gestion publics en général moins dynamiques que la CSBM

En 2017, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale rebondissent en 2017 (+4,2 % après -0,7 % en 2016) pour atteindre 7,7 milliards d'euros. Cette augmentation est principalement portée par les frais afférents à la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM).

Toutefois, depuis 2008, ce sont les coûts de gestion des régimes de Sécurité sociale qui ont connu la progression la plus lente (+0,5 % par an en moyenne). Ainsi, les coûts de gestion des acteurs publics (régimes de Sécurité sociale, Ministère chargé de la Santé et les opérateurs publics) ont progressé de 0,6 % par an en moyenne entre 2008 et 2017, soit un rythme bien en deçà du taux de croissance de la CSBM (+2,1 % par an à la même période).

Des coûts de gestion des organismes complémentaires presque aussi élevés en valeur que ceux de la Sécurité sociale

Les coûts de gestion des OC s'élevaient à 7,3 milliards d'euros en 2017 : 3,6 milliards d'euros pour les mutuelles, 2,6 milliards pour les sociétés d'assurances et 1,0 milliard pour les institutions de prévoyance. Entre 2008 et 2017, ils ont augmenté de 4,2 % par an en moyenne, si bien que les coûts de gestion des complémentaires santé

pourraient à ce rythme dépasser prochainement ceux des régimes de base de Sécurité sociale.

Toutefois, les coûts de gestion des OC (46 % du total) [*graphique 1*] ne sont pas directement comparables aux coûts des régimes de base (48 % du total). Les activités de ces deux catégories sont en effet à la fois différentes et imbriquées (voir bibliographie). Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer des attestations de couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou des admissions en affection de longue durée [ALD] par exemple). Par ailleurs, les régimes de base peuvent recevoir en première instance des feuilles de soins papier, plus coûteuses en gestion que les feuilles électroniques, puis les transmettre sous forme dématérialisée aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE.

En revanche, les régimes de base obligatoires réalisent des économies d'échelle, tandis que le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et que la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux OC (réseau, publicité, etc.). Enfin, les OC interviennent directement dans le cas de soins non pris en charge par la Sécurité sociale (implants dentaires, ostéopathie, chambres particulières, etc.) ou traitent des feuilles de soins papier si la convention d'échange n'a pas été signée.

Les coûts de gestion des OC sont de trois sortes : les frais de **gestion des sinistres** correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des feuilles de soins), les frais d'**acquisition** sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers) et les frais d'**administration** et autres charges techniques retracent la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations (encaissement des cotisations, mise à jour des dossiers, etc.).

Les contrats collectifs (souscrits par un employeur au profit d'un groupe de salariés) bénéficient de coûts de gestion réduits (*graphique 2*). En effet, l'entreprise souscriptrice fait office d'interlocuteur unique et d'intermédiaire, ce qui permet aux organismes de réduire leurs coûts d'acquisition et d'administration par rapport aux contrats individuels, souscrits directement par des particuliers. Les institutions de prévoyance, spécialisées sur la complémentaire santé d'entreprise, présentent donc les coûts de gestion les plus faibles en part des cotisations. Les sociétés d'assurances se caractérisent par des frais d'acquisition plus élevés, tandis que les mutuelles se démarquent par des frais d'administration plus importants.

Pour en savoir plus

> **Montaut, A.** (2018, mai). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Drees, rapport 2017.

Tableau 1 Coûts de gestion du système de santé

Montants en milliards d'euros, évolution en %

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Év. moyenne 2008-2017	Évolution 2016-2017
Ensemble	13,1	13,6	13,9	14,4	14,6	15,1	15,3	15,2	15,3	15,8	2,1	3,6
Régimes de Sécurité sociale*	7,4	7,7	7,6	7,6	7,6	7,8	7,6	7,4	7,4	7,7	0,5	4,2
Organismes complémentaires**	5,0	5,1	5,5	5,9	6,1	6,4	6,8	7,0	7,1	7,3	4,2	1,7
- Mutuelles	2,7	2,7	2,9	3,1	3,2	3,3	3,5	3,6	3,7	3,6	3,5	-1,1
- Sociétés d'assurances	1,7	1,8	1,9	2,1	2,1	2,3	2,4	2,5	2,5	2,6	4,6	4,7
- Institutions de prévoyance	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	6,0	4,4
Ministère chargé de la Santé***	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6	0,7	2,0	15,9
Opérateurs publics****	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	3,2	13,3

* CNAM, MSA, RSI et autres régimes de base ; Camieg. Pour toute la période, les coûts de gestion ne prennent pas en compte l'aide à la télétransmission, comptabilisée en subvention au système de soins. La totalité des coûts de gestion des risques maladie et maternité est prise en compte (voir annexe 1). Une partie des coûts de gestion du risque accidents du travail-maladies professionnelles n'est pas prise en compte, au titre des prestations pour invalidité permanente qui n'entrent pas dans le champ de la DCS.

** La contribution au Fonds CMU (transformée en 2011 en taxe de solidarité additionnelle) n'est pas incluse dans les frais de gestion des organismes complémentaires. La totalité des frais de gestion est comptabilisée, y compris ceux afférents aux prestations connexes non incluses dans le champ de la DCS (chambres particulières, etc.).

*** Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les comptes de la santé :

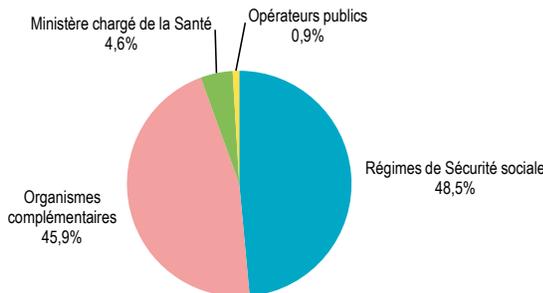
- le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
- le budget de fonctionnement des actions 11 (pilottage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire, offre de soins).

**** Sont incluses ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, ATIH, CNG, Anap, Fonds CMU et Oniam. Les financements des autres opérateurs publics en santé (ANSP, ABM, INTS et ANSM, hors coûts de gestion) sont comptabilisés avec la prévention (fiche 35).

Sources > DREES, comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, comptes de la protection sociale ; DSS, comptes de la Sécurité sociale et PLFSS annexe 8 ; DREES, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires.

Graphique 1 Structure des coûts de gestion du système de santé en 2017

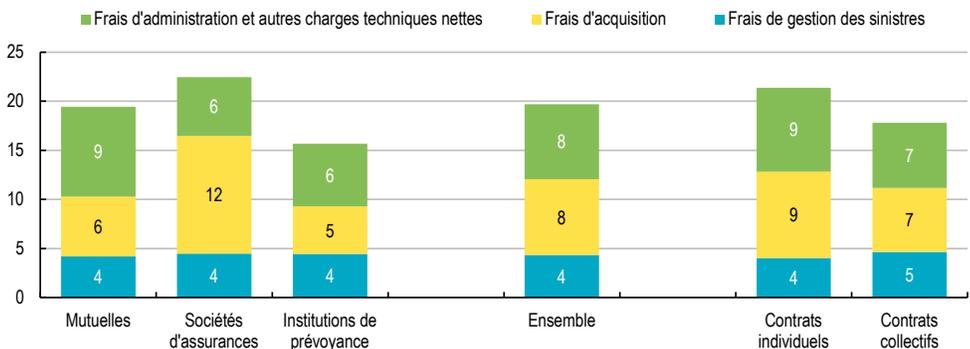
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Coûts de gestion en santé des organismes complémentaires en 2017, selon leur nature

En % des cotisations perçues en frais de soins par l'organisme



Sources > DREES, comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.

Comparaisons internationales



Comparaisons internationales des dépenses de santé

Ce dernier chapitre de l'ouvrage présente des comparaisons internationales des systèmes de santé, des dépenses de santé et du reste à charge des ménages. Ces comparaisons s'appuient principalement sur le système international de comptes de la santé, SHA (*System of Health Accounts*), commun à Eurostat, l'OCDE et l'OMS et sur les statistiques de santé de l'OCDE.

Un premier ensemble de fiches présente des comparaisons internationales des systèmes de soins, leur financement et leur organisation (voir fiches 38, 41 et 42), l'accès aux soins et le reste à charge des ménages (voir fiches 39 et 40). Un second ensemble de fiches détaille la dépense courante de santé dans une acception élargie (voir fiche 43), et ses principales composantes : soins dentaires, spécialités pharmaceutiques et biens médicaux, soins hospitaliers et soins de longue durée (voir fiches 44 à 47).

Service national de santé ou assurance maladie, deux approches du financement des soins

Dans la totalité des pays considérés, les **régimes publics et l'assurance maladie obligatoire** financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé (*graphique 1*). Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un **service national de santé** financé par l'impôt. Les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé, et cette part dépasse 80 % au Danemark et en Suède. Les résidents sont couverts automatiquement, mais le parcours de soins est très encadré. En Finlande, en Suède, en Espagne et au Portugal, les soins primaires sont dispensés souvent dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation.

Dans les systèmes à dominante assurantielle, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, en France, en Allemagne, en République slovaque et au Japon, plus de 75 % de l'ensemble des dépenses de santé sont couvertes par les **régimes d'assurance maladie obligatoire**. Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont surtout rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics.

Les assurances maladies sont généralement publiques. Dans ce cas, les prestations maladie sont gérées par des caisses de sécurité sociale et les cotisations sociales sont en général assises sur les revenus d'activité. Les dépenses de santé sont remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics, dit « tarif de référence ». Toutefois, même si l'assurance maladie est en grande partie financée par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes des dispositifs peut également provenir des transferts publics. Ainsi, au Japon, 45 % des recettes de l'assurance maladie obligatoire proviennent des transferts publics, 35 % en Belgique et 37 % au Luxembourg.

Une assurance maladie obligatoire, mais pas nécessairement publique

Certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents mais en ont confié la gestion aux assureurs privés mis en concurrence. L'État intervient

toutefois fortement pour garantir un haut niveau de solidarité. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé, définit le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes. Ainsi, aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur et est liée au revenu du salarié. En Suisse, les primes ne sont pas liées au revenu. Elles peuvent dépendre de la classe d'âges des assurés mais il n'est permis de distinguer que trois classes d'âges (moins de 18 ans, 18-25 ans et 25 ans ou plus) afin de mutualiser les risques entre assurés d'âges différents.

Aux États-Unis, depuis 2014 ; le *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) oblige les particuliers à souscrire une assurance maladie, sous peine de se voir infliger des pénalités. Les assurances maladies, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées. En Allemagne, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les salariés les plus aisés peuvent sortir de l'assurance maladie publique et s'assurer auprès d'un organisme privé. De plus, en Allemagne, les caisses d'assurance maladie publiques se font concurrence. En France, depuis 2016, une assurance maladie complémentaire, financée partiellement par l'employeur, est obligatoire pour les salariés du secteur privé.

Des dépenses d'administration plus importantes dans les systèmes assurantiels

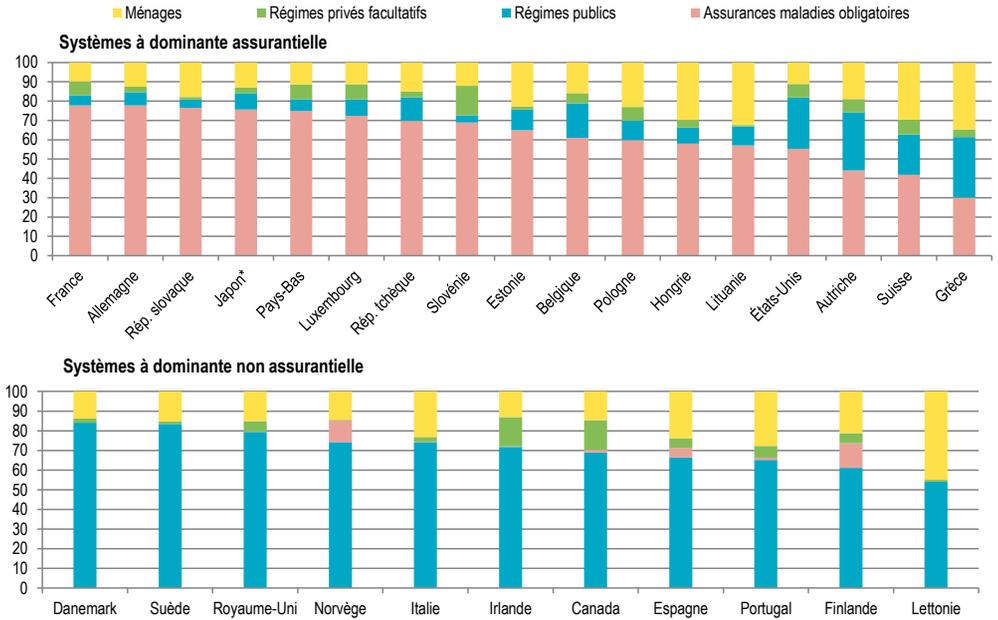
En France, les dépenses d'administration du système de soins, tous financeurs publics et privés confondus, représentent 5,7 % de la dépense courante de santé au sens international en 2016. Cette part est plus importante que dans tous les autres pays considérés, à l'exception des États-Unis (8,3 %). D'une manière générale, les dépenses d'administration les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays à dominante assurantielle (*graphique 2*).

Pour en savoir plus

- > Lafon, A., Montaut, A. (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > OCDE (2017). *Panorama de la santé 2017*, édition OCDE.
- > OCDE. *Health Systems Characteristics*, enquête 2016.
- > OMS. European Observatory of Health Systems and Policies, collection *Health systems in transition*.

Graphique 1 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2016

En % de la dépense courante de santé internationale



* 2015.

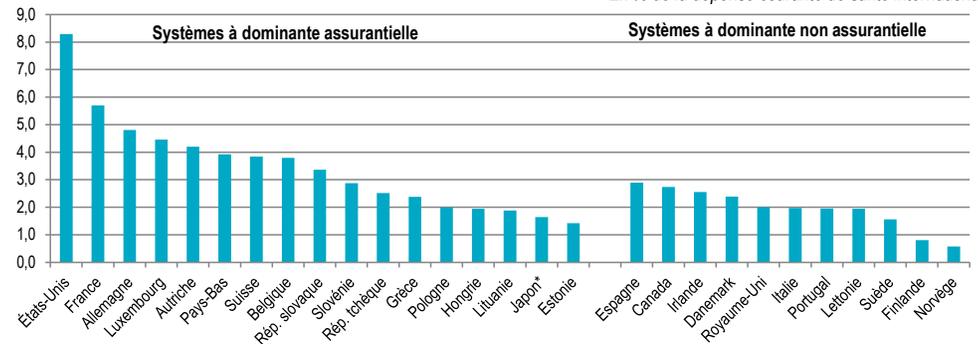
Note > Le système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par les individus. Les **régimes publics** désignent des systèmes gouvernementaux (nationaux, régionaux ou locaux) qui couvrent automatiquement une certaine population et dont le financement est non contributif. Les **assurances maladie obligatoires** se caractérisent par le conditionnement de l'affiliation des assurés au paiement de contributions (qui peuvent être payées par un tiers). Elles peuvent être publiques ou privées, et leur financement n'est pas nécessairement intégralement contributif. Les **régimes privés facultatifs** comprennent des assurances non obligatoires, des financements d'entreprises ou d'ONG. Enfin, le financement par les **ménages** correspond aux paiements des soins restant à la charge des ménages après intervention du système de santé ou des assurances maladie obligatoires et complémentaires.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Dépenses d'administration des systèmes de santé en 2016

En % de la dépense courante de santé internationale



* 2015.

Note > Les **dépenses d'administration des systèmes de santé** sont des dépenses non individualisables qui permettent le fonctionnement du système de soins : la formulation et l'administration des politiques gouvernementales, la définition de normes, la régulation et supervision des fournisseurs de soins, la collecte des financements et leur gestion. Il s'agit principalement de dépenses gouvernementales mais elles peuvent aussi inclure des dépenses privées : assureurs privés, observatoires, associations de patients, etc.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages sont un frein potentiel à l'accès aux soins et peuvent conduire certains ménages à renoncer à des soins (voir fiche 40). Dans la plupart des pays de l'OCDE, des exemptions partielles ou totales de participation financière sont prévues pour des populations spécifiques afin de garantir leur accès aux soins. Dans ceux présentés ici (pays européens, Canada, États-Unis et Japon), ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps) associées à des dépenses très élevées. D'autres exemptions peuvent exister en fonction du revenu des ménages (par exemple en Allemagne, le **reste à charge** est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âge (enfants et personnes âgées) ou pour les femmes enceintes.

C'est en France que la part des dépenses courantes de santé à la charge des ménages est la plus faible des pays de l'OCDE

En 2016, dans les pays de l'UE-15, 16 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [voir glossaire] sont en moyenne à la charge des ménages (*graphique 1*). Les restes à charge les plus élevés sont atteints dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (22 % en moyenne) pour lesquels les données sont disponibles (NM) [voir glossaire] et en Suisse (30 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité en part de la DCSi (10 %).

La part du reste à charge dans la DCSi est un peu supérieure à celle constatée en France dans la plupart des pays scandinaves, en Allemagne et au Japon, où les régimes publics ou obligatoires couvrent une part plus importante de la dépense (environ 85 %) et les assurances privées une part quasi-nulle. Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*), l'extension de la population couverte par *Medicaid* et la réorganisation de la couverture santé individuelle conduisent à une restructuration du financement de la DCSi, désormais proche de celui constaté en France. Toutefois, la dépense de soins y est particulièrement élevée, du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays.

Dès lors, le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA) [voir glossaire] est nettement supérieur aux États-Unis (880 euros PPA) à celui des autres pays comparés ici, à l'exception de la Suisse (1 870 euros PPA). Il est également supérieur en Norvège (720 euros PPA) à celui constaté dans les pays de l'UE (en moyenne 550 euros PPA dans l'UE-15 et 360 euros

PPA dans les NM). Au sein de l'UE-15, avec 380 euros PPA de dépenses annuelles à la charge des ménages, c'est en France qu'il est le plus faible, alors qu'il dépasse 650 euros PPA en Suède, en Finlande et en Autriche.

Soins de ville et médicaments, premiers postes de reste à charge en santé

Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires représentent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention des assurances publiques et privées. Ces soins représentent près d'un tiers du total (dont 6 % du total en cabinets médicaux et 12 % en cabinets dentaires) (*graphique 2*). Ensuite, un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux (voir fiche 45). L'importance du poste médicament tient au fait que les participations financières des assurés sont généralement plus élevées sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. Viennent enfin les dépenses hospitalières. En France, en 2016, les dépenses pharmaceutiques représentent le principal poste de dépenses restant à la charge des patients (24 %) devant les soins ambulatoires (23 %).

Des niveaux de reste à charge influencés par les réformes en Europe et aux États-Unis

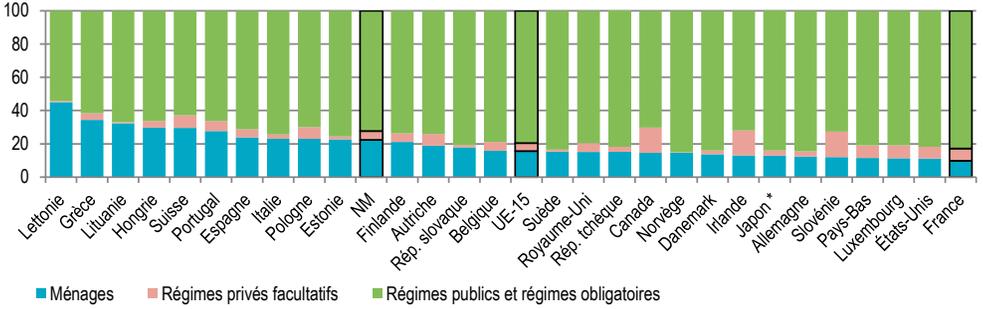
Entre 2006 et 2016, la part du reste à charge des ménages dans la DCSi est relativement stable. C'est notamment le cas en France et au Danemark où les variations sont faibles sur l'ensemble de la période. Cette relative stabilité globale entre 2006 et 2016 masque des évolutions différenciées avant et après le déclenchement de la crise (*graphique 3*). Dans les pays du sud de l'Europe en particulier, la part des dépenses financées par les ménages s'est réduite entre 2006 et 2009. Ce recul a alors été compensé par les financements publics. Les années suivantes, la situation s'est inversée, avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des financements publics dans les pays les plus touchés par la crise, à la suite des ajustements budgétaires opérés. Ainsi, le reste à charge des ménages a augmenté de 3 points en Espagne et au Portugal entre 2009 et 2016.

Par ailleurs, la souscription à l'assurance maladie rendue obligatoire en 2009 en Allemagne et en 2014 aux USA (avec l'entrée en vigueur de l'ACA) se traduit par des transferts de l'assurance privée facultative vers l'assurance obligatoire et contribue au recul du reste à charge des ménages de plus d'un point entre 2009 et 2016.

Le **reste à charge des ménages** est le montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. Tel que calculé par l'OCDE, il comprend leur participation au coût des soins (franchises...), l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages (dépassements d'honoraires médicaux, hébergement, non compris dans la CSBM, mais relevant de la DCSi...).

Graphique 1 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2016

En % des dépenses courantes de santé au sens international



* Données 2015 pour la répartition des dépenses privées.

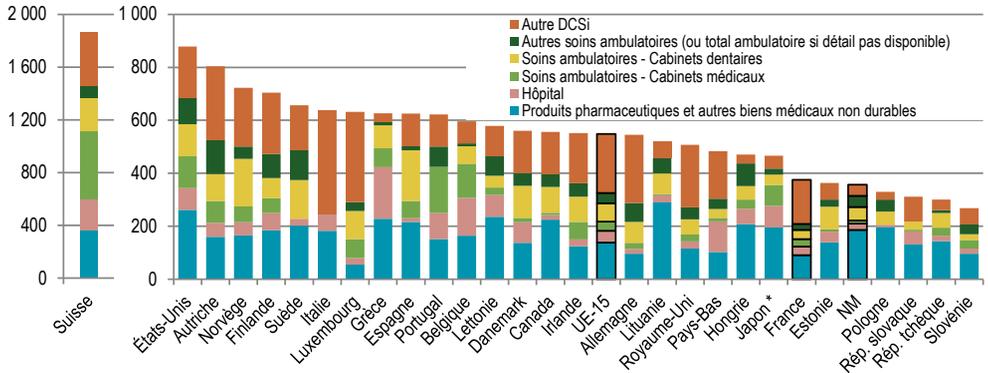
Note > Pour la France, les régimes privés facultatifs ne comportent plus que des contrats privés individuels, les contrats privés collectifs étant devenus obligatoires au 1^{er} janvier 2016 en application de la loi du 14 juin 2013 (voir annexe 1).

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Reste à charge des ménages par catégorie de dépenses en 2016

En parité de pouvoir d'achat (en euros) par habitant



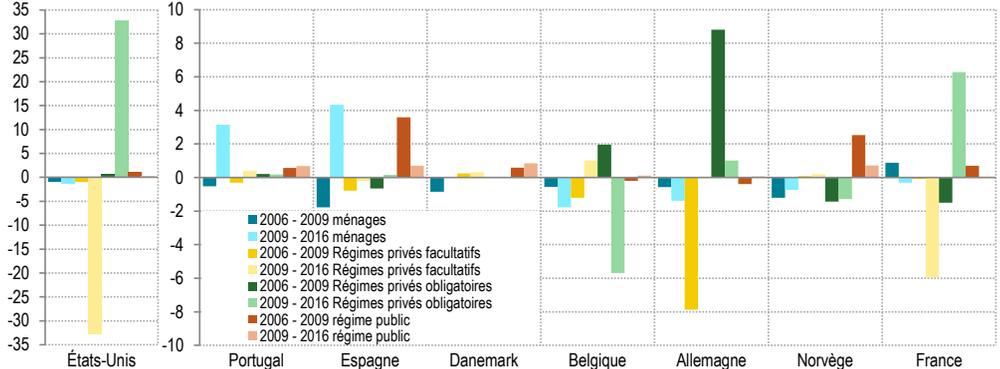
* Données 2015 pour la répartition des dépenses privées.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 Évolution 2006-2016 de la DCSi par type de financements

En points d'évolution de la part du financement dans les dépenses courantes de santé au sens international (DCSi)



Note > En France, en application de la loi du 14 juin 2013, toutes les entreprises du secteur privé ont l'obligation de proposer une assurance complémentaire santé à leurs salariés depuis le 1^{er} janvier 2016. De ce fait, les contrats collectifs, auparavant facultatifs et considérés comme tels dans les données sont, depuis cette date, comptabilisés comme obligatoires dans SHA (annexe 1).

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

En 2016, 3 % de la population de l'Union européenne des Quinze (l'UE-15) renonce à des soins médicaux et 5 % à des soins dentaires (*graphique 1*). Les difficultés d'accès aux soins dans les pays de l'UE et les motifs sous-jacents sont appréhendés ici par des indicateurs de renoncement disponibles dans les enquêtes **SRCV-UE**, qui reposent sur des données déclaratives. Ces indicateurs permettent de comparer les taux de besoins non satisfaits d'examen et de traitements médicaux ou dentaires, du fait de contraintes financières, de problèmes d'offre (délais d'attente ou éloignement géographique) ou de considérations personnelles.

Les taux de renoncement déclarés aux soins médicaux sont élevés en Grèce (14 %), en Suède (10 %), dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (**NM-13**, 9 %), et au Danemark (8 %). Ils sont proches de la moyenne des pays de l'UE-15 en France (4 %), en Irlande et en Belgique (3 %). Ils sont en revanche, très faibles en Allemagne, en Autriche et aux Pays-Bas.

Le renoncement aux soins médicaux est plus souvent dû à des raisons financières

Les raisons financières constituent le principal motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux. Au sein de l'UE-15, quatre personnes sur dix déclarant renoncer à des soins le font en raison de leur coût trop élevé. Cette proportion est de moins d'un tiers dans les NM-13. En Grèce et en Italie, le coût est de loin le principal motif de renoncement (dans huit cas sur dix). En Grèce, le renoncement aux soins pour raisons financières est élevé et n'a cessé d'augmenter depuis 2008 (+8 points). En France, ce motif de renoncement est moins fréquemment avancé qu'en moyenne dans l'UE-15 (deux cas sur dix). Le reste à charge en santé y est en moyenne plus bas (voir fiche 39) et les réformes successives (couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]) ont amélioré la couverture santé d'une proportion croissante de personnes aux revenus les plus modestes. En particulier, l'évolution du dispositif ACS du 1^{er} juillet 2015 s'est traduite par une revalorisation du plafond de ressources et a permis aux personnes éligibles de bénéficier du tiers-payant intégral. Aux Pays-Bas (malgré l'existence d'une franchise annuelle obligatoire de 375 euros en 2015) et au

Royaume-Uni (où les soins sont gratuits) le coût n'est quasiment pas évoqué pour expliquer le renoncement aux soins et aux examens médicaux.

De longs délais d'attente peuvent également constituer un problème d'accès aux soins ou entraîner une aggravation de l'état de santé du malade, en raison du traitement différé de la maladie. Les listes d'attente sont citées dans environ deux cas de renoncement sur dix dans l'UE-15 comme dans les NM-13. Ce motif n'est quasiment pas évoqué en Belgique, en Allemagne ou aux Pays-Bas et très peu dans les pays d'Europe du Sud et en France. Il représente le principal motif de renoncement aux soins médicaux en Finlande (huit cas sur dix). Au Royaume-Uni, où la proportion de la population déclarant renoncer aux soins médicaux est plus faible (2 %), elle est due dans la moitié des cas, aux délais des listes d'attente. Si ces listes d'attente ont constitué un problème majeur en Finlande comme au Royaume-Uni jusqu'au début des années 2000, d'importantes mesures ont été prises pendant plusieurs années dans ces deux pays (Siciliani, 2013). Elles ont permis de réduire les délais, en particulier pour les soins hospitaliers en Finlande. Au Royaume-Uni, après l'introduction par le *National Health Service* (NHS) en 2010 d'objectifs de délais maximums d'attente, dont un délai de 18 semaines pour des traitements non urgents, le nombre de patients en attente depuis plus de 52 semaines est passé de 240 000 en 2008 à moins de 500 chaque année pour la période 2012-2014. Il repart toutefois à la hausse en 2015.

L'éloignement géographique ne constitue généralement pas un motif de renoncement dans l'UE-15.

Les autres motifs avancés relèvent plus de décisions personnelles, d'un refus ou d'une défiance à l'égard du système de santé que de contraintes liées à l'accès.

Les comparaisons internationales des déclarations de renoncement aux soins doivent être effectuées avec prudence, car la formulation des questions peut varier entre pays. En outre, les résultats peuvent être influencés par des facteurs socioculturels, des attentes différentes, ou refléter le mécontentement de patients en réaction à des réformes du système de santé. Des écarts ou des évolutions de moins de deux points ne peuvent être interprétés comme significatifs.

SRCV-UE (Statistiques sur les revenus et conditions de vie) ou **EU-SILC** (Statistics on Income and Living Conditions): Enquête réalisée dans les pays membres de l'UE. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Pour en savoir plus

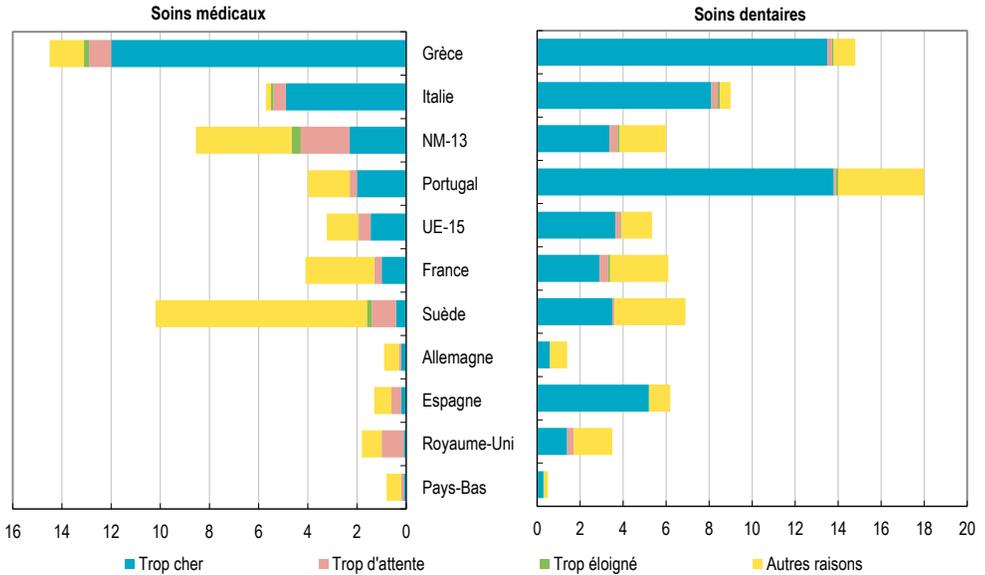
> Eurostat. Base de données « SILC 2004-2015 », consultable sur <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

> OCDE (2017). *Besoins en soins de santé non satisfaits en raison de leur coût*, in *Panorama de la santé 2017*, p.96-97: *Les indicateurs de l'OCDE*, OECD Publishing, Paris.

> Siciliani, L., Borowitz, M. and Moran, V. (eds.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Publishing, Paris.

Graphique 1 Besoins non satisfaits par type de soins et motifs en 2016

En %

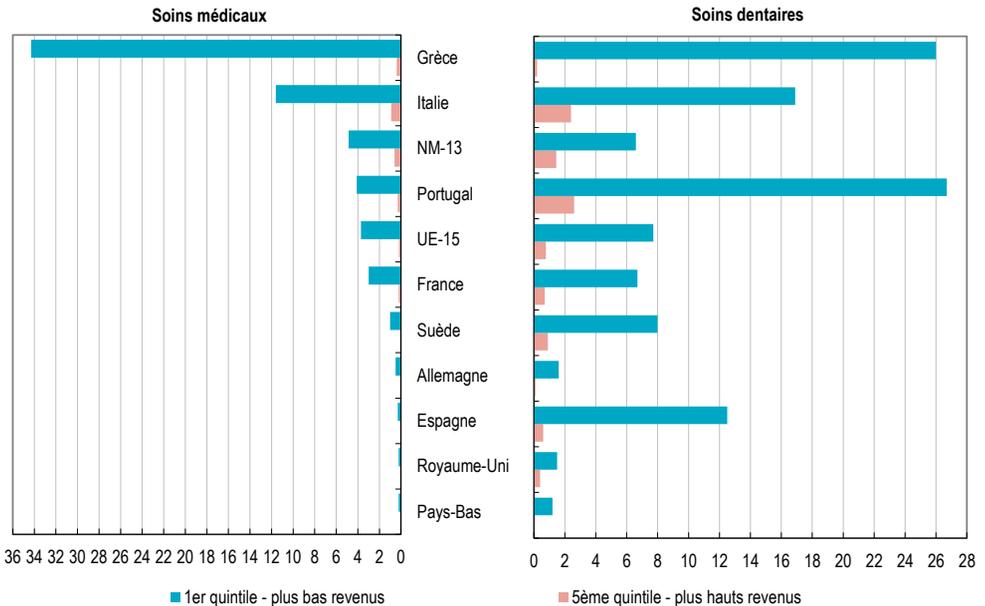


Lecture > Plus de 14 % des Grecs déclarent des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits en 2016. Le motif de ce renoncement est le coût trop élevé pour 12 % d'entre eux, les listes d'attente pour moins de 1 %, la distance n'intervient quasiment pas et d'autres raisons telles que l'attentisme, la défiance vis-à-vis des médecins etc., pour plus de 1 %.

Source > Eurostat, SRCV-UE 2016, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 2 Besoins non satisfaits pour raisons financières, par type de soins et en fonction du revenu disponible équivalent en 2016

En %



Lecture > En France, en 2016, 7 % des 20 % les plus pauvres et 1 % des 20 % les plus riches déclarent renoncer à des soins dentaires pour des raisons financières.

Source > Eurostat, SRCV-UE 2016, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

L'attentisme n'est avancé en moyenne par les résidents de l'UE-15 que dans moins de deux cas de renoncement sur dix. En France, en Suède et en Allemagne ce motif de renoncement est toutefois plus fréquent.

Encore plus de renoncement pour raisons financières dans le cas des soins dentaires

Les écarts entre pays sont plus prononcés en matière de soins dentaires non satisfaits et sont révélateurs d'une moindre couverture publique que pour les soins médicaux. Pour ces soins, le taux de renoncement est proche de la moyenne de l'UE-15 (5 %) en Belgique, dans les pays scandinaves, en France et en Espagne (5 % à 7 %). Il est très élevé dans les pays du sud de l'Europe (Portugal 18 %, Grèce 15 % et Italie 9 %), alors qu'il est inférieur à 2 % aux Pays-Bas, en Autriche et en Allemagne.

Le coût élevé des soins dentaires est la principale cause de renoncement évoquée au sein de l'UE-15 (en moyenne sept fois sur dix). C'est le cas en particulier dans les pays du sud de l'Europe. En Italie, où les raisons financières sont évoquées dans neuf cas de renoncement sur dix, les dépenses de prothèses dentaires sont en effet intégralement à la charge du bénéficiaire. C'est également le cas pour les autres soins dentaires, sauf pour les personnes en situation de grande vulnérabilité sociale ou sanitaire ayant accès gratuitement à ces soins. À l'opposé, en Allemagne, les tarifs des soins dentaires sont encadrés et seules les prothèses ne sont pas couvertes à 100 % pour les plus de 18 ans. De plus, le ticket modérateur sur les soins dentaires (10 euros par trimestre et par cabinet) a été supprimé en 2013.

L'éloignement et les listes d'attentes sont peu évoqués en Europe comme motifs de renoncement à des soins ou à des examens dentaires. Le Royaume-Uni fait exception : ce dernier motif est avancé par une personne sur dix qui déclare renoncer à ces soins. En effet, au Royaume-Uni, alors que les coûts des soins dentaires du NHS sont limités (participations forfaitaires plafonnées), la forte demande conduit à des listes d'attente parfois très longues. L'alternative reste le recours aux traitements effectués dans le secteur privé qui sont très coûteux, ce qui peut également expliquer le taux de renoncement pour raisons financières.

En revanche, en Europe, la peur est plus fréquemment mentionnée comme motif de renoncement aux soins dentaires que pour les soins médicaux, et l'attentisme l'est moins souvent.

Des taux de renoncement pour raisons financières très différenciés selon les revenus et les pays

En moyenne, dans l'UE-15, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût atteint 4 % pour les personnes à plus bas revenus (1^{er} quintile), tandis qu'il est

quasiment nul pour celles qui disposent des revenus les plus élevés (5^e quintile). Pour les soins dentaires, le taux de renoncement aux deux extrémités de la distribution des revenus et l'écart entre le 1^{er} et le 5^e quintile est plus élevé que pour les soins médicaux (respectivement 8 % et 1 %) [graphique 2].

Parmi les pays analysés ici, les plus grandes disparités entre les bas et les hauts revenus sont observées dans les pays du Sud : la Grèce et l'Italie affichent de très grandes disparités pour ces deux types de soins, alors que celles-ci sont importantes seulement pour les soins dentaires en Espagne et au Portugal. Les personnes à bas revenus renoncent fréquemment aux soins dentaires au Portugal (27 %), en Grèce (26 %), en Italie (17 %) et en Espagne (13 %). Pourtant, des populations bien identifiées, dont les plus jeunes et les plus démunis, bénéficient d'une prise en charge des prothèses dentaires, partielle en Espagne ou totale en Grèce. En Suède comme en France, le taux de renoncement des plus démunis est inférieur à la moyenne de l'UE-15 pour les soins médicaux et proche de la moyenne pour les soins dentaires. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont les seuls pays où le renoncement aux soins médicaux est faible aux deux extrémités de la distribution de revenus. La gratuité des soins au Royaume-Uni pourrait expliquer cette absence d'écart. Aux Pays-Bas, une franchise annuelle s'applique à toute personne de plus de 18 ans, pour les soins médicaux et certains médicaments, sans toutefois que cela semble affecter le niveau de recours aux soins.

Le statut d'activité, corrélé aux ressources, affecte les motifs de renoncement

Au sein de l'UE-15, l'écart de taux de renoncement aux soins médicaux pour raisons financières est en moyenne très faible entre les chômeurs et les personnes qui occupent un emploi, les retraités et les autres inactifs (graphique 3).

Les disparités entre chômeurs et personnes en emploi sont particulièrement importantes en Grèce (tableau 1). Dans ce pays, la proportion des chômeurs déclarant des besoins non satisfaits en raison du coût excède de 13 points celle des personnes occupées. Dans les pays de l'UE-15 analysés ici, les retraités ne déclarent pas plus de difficultés d'accès aux soins au motif de coûts élevés que les personnes occupant un emploi, sauf en Grèce et en Italie. Parmi les NM-13, le renoncement aux soins médicaux pour raisons financières est surtout le fait des chômeurs et des retraités.

Les disparités sont plus marquées encore pour les soins dentaires : 8 % des chômeurs de l'UE-15, 7 % dans les NM-13, déclarent y renoncer pour des raisons financières, alors que ce renoncement concerne 4 % du reste de la population aussi bien dans l'UE-15 que dans les NM-13.

Pour en savoir plus

> DREES (2012). Renoncement aux soins : Actes du colloque du 22 novembre 2011, à Paris.

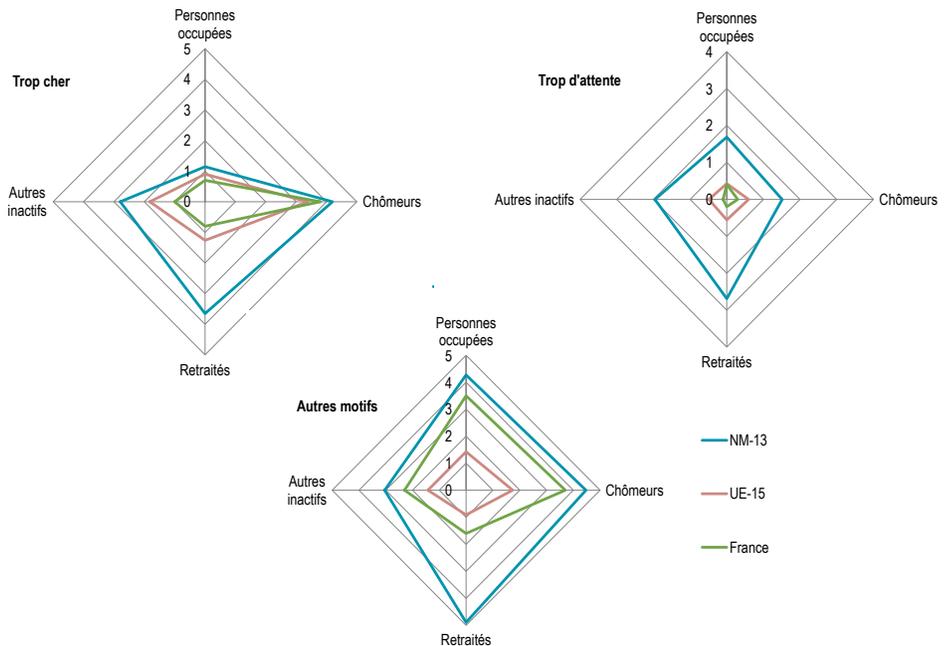
> OCDE (2017). Besoins de soins en santé non satisfaits en raison de leur coût in *Panorama de la santé 2017*, p.96-97: *Les indicateurs de l'OCDE*, OECD Publishing, Paris.

> Sireyjol, A. (2016, octobre). La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes - Impact redistributif de deux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé. DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 7.

Tableau 1 Besoins autodéclarés d'exams ou de soins médicaux non satisfaits, par statut d'activité en 2016

	Statut d'activité				Ensemble de la population
	Personnes occupées	Chômeurs	Retraités	Autres inactifs	
Grèce	10	23	15	17	14
NM-13	7	10	11	8	9
Suède	11	17	6	13	10
Italie	4	11	6	8	6
Royaume-Uni	2	2	2	2	2
Portugal	4	5	4	4	4
UE-15	3	6	3	4	3
France	5	8	3	3	4
Espagne	1	2	1	1	1
Allemagne	1	2	1	1	1
Pays-Bas	1	2	1	1	1

Source > Eurostat, SRCV-UE 2016, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 3 Besoins autodéclarés d'exams ou de soins médicaux non satisfaits, par motif et par statut d'activité en 2016

Note > En moyenne au sein des NM-13, 4 % des chômeurs et 1 % des personnes occupées renoncent à des soins ou des examens médicaux pour des raisons financières. Dans ces pays, les retraités renoncent plus à des soins médicaux en raison des listes d'attente que les autres personnes inactives (3 % contre 2 %).

Source > Eurostat, SRCV-UE 2016, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Les densités médicales dépendent du rôle relatif des médecins et des autres professions de santé

En 2016, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants, atteint en moyenne 360 dans les pays de l'UE-15, hors Grèce et Portugal (*graphique 1*). Avec une densité de 310 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe en dessous de cette moyenne. La densité de médecins est plus faible en général dans les pays entrés dans l'UE à partir de 2004 (NM), en particulier en Pologne (240 médecins). Ces écarts de densités de médecins entre pays doivent être relativisés, car les rôles des médecins varient selon les systèmes de santé. Ainsi, les pays du sud de l'Europe (Espagne et Italie, mais également Portugal et Grèce, à partir de données plus anciennes) présentent des densités de médecins comparables aux pays nordiques, mais la présence des infirmiers y est moins développée (voir fiche 42). Aux États-Unis et au Canada, la densité de médecins est sensiblement plus faible que la moyenne de l'UE-15, mais les infirmiers y exercent un rôle plus important qu'en France et se substituent en partie aux médecins pour certaines tâches (prescription de médicaments). Au-delà de la densité moyenne, une répartition géographique inégale ou des difficultés spécifiques à certaines spécialités médicales constituent un sujet d'inquiétude pour la majorité des États ayant répondu au questionnaire de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé en 2016. Garantir l'accès aux soins dans les zones rurales ou reculées pose un défi, en particulier dans les pays géographiquement étendus comme le Canada, les États-Unis, les pays nordiques, mais également la France et l'Allemagne. Dans la plupart des pays, la répartition territoriale des médecins est régulée via l'offre de formation, et renforcée par des dispositifs d'incitations financières à s'installer dans les zones sous-dotées. En Allemagne, les incitations financières sont renforcées par une réglementation restreignant les installations dans les zones les mieux dotées. La Norvège, le Japon et le Canada ont également établi des centres de formation directement dans les zones sous-dotées, dans l'objectif d'accroître la probabilité d'installation des jeunes diplômés dans ces zones.

La densité médicale croît à un rythme ralenti

La densité de médecins augmente fortement depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme plus faible depuis les années 1990. Entre 2006 et 2016, le nombre de médecins augmente légèrement plus vite que la population dans la quasi-totalité des pays considérés ici. Pendant cette période, la densité augmente de 330 à

360 médecins pour 100 000 habitants en moyenne dans l'UE-15. Elle est particulièrement dynamique en Allemagne, en Finlande, en Slovénie et au Canada (plus de 2 % par an). En revanche, la densité progresse très peu dans d'autres pays, notamment en France et en Espagne. Pour quasiment tous les pays de l'OCDE, le *numerus clausus* est le principal levier utilisé pour réguler l'offre de soins par le biais des variations d'effectifs de médecins. Certains pays recourent également, dans des proportions très variables, à des médecins formés à l'étranger (*graphique 2*). Le Canada, le Royaume-Uni et l'Irlande, où près d'un quart à plus d'un tiers des médecins sont formés à l'étranger, s'appuient notamment sur d'autres pays du Commonwealth où le niveau de vie moyen est plus faible. L'Irlande est en revanche confrontée aussi au départ vers l'étranger des médecins qu'elle forme. En France, en Allemagne et en Belgique, la part de médecins formés à l'étranger reste de l'ordre de 10 % en 2015, mais a augmenté sensiblement au cours des dix dernières années.

De plus en plus de spécialistes dans l'UE-15

Le rapport entre les effectifs de spécialistes et de généralistes est passé de 2,1 en moyenne en 2006 à 2,4 en 2016 dans les pays de l'UE-15. Cette évolution s'inscrit dans une tendance de long terme, les progrès des technologies médicales conduisant à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. En 2016, dans tous les pays, sauf l'Irlande et le Portugal, les généralistes sont moins nombreux que les spécialistes (*graphique 3*). En France, aux Pays-Bas et au Canada, les généralistes sont toutefois presque aussi nombreux que les spécialistes en 2016. Au cours des dernières années, la France, et le Canada ainsi que le Royaume-Uni ont mis en place des politiques visant à augmenter plus rapidement le nombre de généralistes que de spécialistes afin de renforcer les soins primaires. Aux Pays-Bas, les médecins de ville sont exclusivement des généralistes.

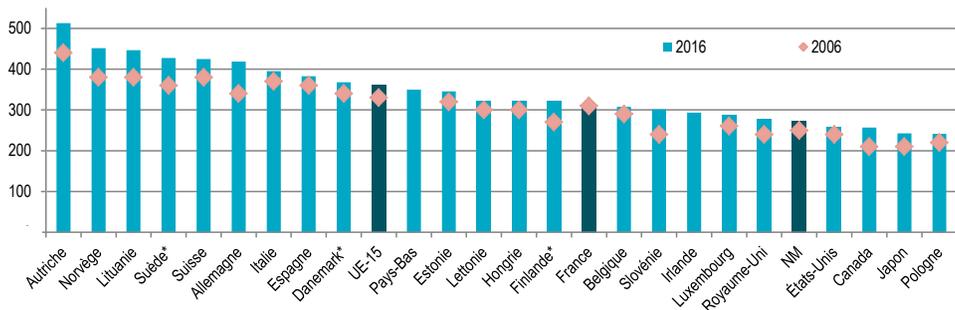
Dans les pays d'Europe de l'Est ayant adhéré à l'UE à partir de 2004 (NM), la part de médecins spécialistes est au contraire en baisse, mais à partir de niveaux très élevés, et qui restent bien supérieurs en 2016 à la moyenne de l'UE-15. Cette évolution traduit l'adaptation depuis les années 1990 des systèmes de santé hérités du modèle de l'Union soviétique, caractérisés par la prédominance de l'hôpital et la quasi-absence de soins primaires. Aux États-Unis, la faible part apparente de médecins généralistes doit être nuancée, car l'activité de certains médecins classés comme spécialistes est en réalité très proche de celle des médecins généralistes européens.

Pour en savoir plus

- > OCDE (2016). *Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places*. OECD Health Policy Studies. Éditions OCDE, Paris.
- > OCDE. *Health Systems Characteristics*, enquêtes 2012 et 2016.

Graphique 1 Densité de médecins en exercice en 2006 et en 2016

Densité pour 100 000 habitants

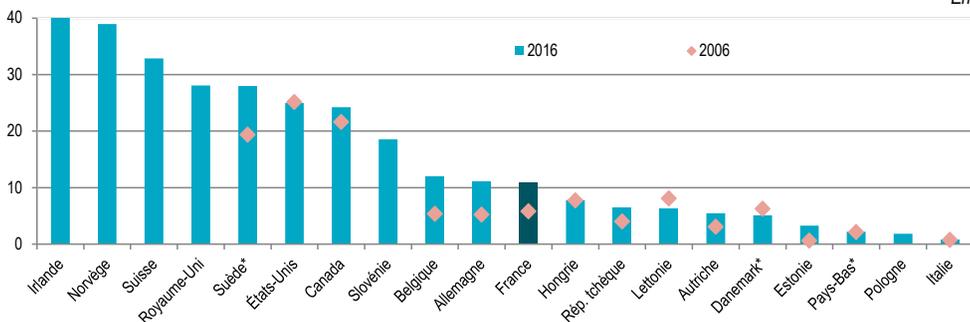


* Données 2015 (Finlande 2014). Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.

Note > Les médecins dits en exercice exercent la médecine directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral. La plupart des pays incluent les « internes » et les « résidents ».**Champ** > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.**Source** > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 2 Proportion des médecins formés à l'étranger en 2006 et en 2016

En %

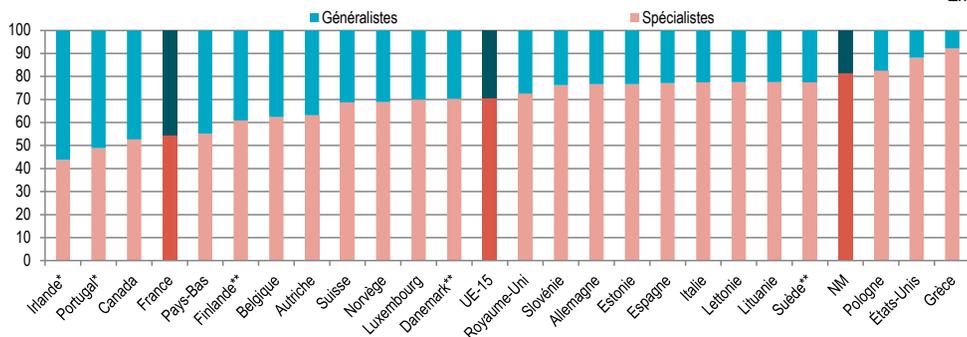


* Données 2015.

Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada et États-Unis.**Source** > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 3 Parts respectives de médecins généralistes et spécialistes en 2016

En %



* En Irlande et au Portugal, la plupart des généralistes ne sont pas des « médecins de famille » mais des médecins non spécialisés travaillant dans des hôpitaux ou d'autres structures.

** Données 2015 ; hors « spécialité inconnue ». Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et des pays disponibles.

Note > Selon les pays, la répartition est effectuée au sein des médecins en exercice uniquement, ou en incluant également les médecins travaillant dans l'administration, la recherche, voire parfois les retraités.

Généralistes : médecins généralistes, médecins de soins primaires, médecins de famille, internes et résidents spécialisés en médecine générale ou pas encore spécialisés selon les pays.

Spécialistes : pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres, autres spécialistes médicaux et chirurgicaux.

Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada et États-Unis.**Source** > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Les effectifs d'infirmiers varient selon les pays en fonction des rôles qui leur sont confiés

Avec 1 020 infirmiers pour 100 000 habitants, la densité d'infirmiers est supérieure en France à la moyenne de l'UE-15 (900) et proche de celle du Canada et des Pays-Bas (*graphique 1*). Les densités d'infirmiers sont sensiblement plus faibles dans les pays qui ont adhéré à l'UE depuis 2004 (NM, voir glossaire) ainsi qu'en Italie, en Espagne et en Grèce (environ 600 ou moins). À l'inverse, la Norvège, la Suisse et le Danemark comptent plus de 1 600 infirmiers pour 100 000 habitants.

Au Japon, au Danemark, en Finlande, aux États-Unis, au Luxembourg et en Suisse, on dénombre plus de quatre infirmiers pour un médecin (*graphique 2*). Le rôle des infirmiers au sein des systèmes de santé, et en particulier leur implication dans les soins de premier recours, est assez variable selon les pays. En Finlande et en Suède, les soins primaires sont organisés autour de centres de santé réunissant des équipes pluridisciplinaires où les infirmiers ont notamment un rôle d'accueil et d'orientation et assurent des soins préventifs. De même, les infirmiers sont présents avec les médecins au sein des cabinets de groupe au Royaume-Uni. En Allemagne, les infirmiers exercent principalement à l'hôpital et n'ont quasiment aucun rôle dans les soins de ville, à l'exception de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. En revanche, en ville, les cabinets de médecins incluent en général un « assistant médical », métier qui n'a pas d'équivalent en France, mêlant des tâches d'infirmier et de secrétaire médical. En Italie et en Espagne, les infirmiers sont quasiment absents des soins de ville, qui sont assurés par des médecins. Le ratio du nombre d'infirmiers sur le nombre de médecins y est ainsi particulièrement faible et la densité de médecins relativement élevée (voir fiche 41).

En 2016, la densité des sages-femmes en France correspond à la moyenne de l'UE-15, soit 34 pour 100 000 habitants (*graphiques 3*). Elle est nettement plus élevée en Suède (75) et en Pologne (60), mais elle est inférieure à 20 en Autriche, en Hongrie et en Slovaquie. Ces disparités peuvent être en partie liées à des structures démographiques différentes (voir fiche 6) ainsi qu'à une répartition des rôles entre sages-femmes et gynécologues variable entre pays.

Les pratiques des infirmiers et des sages-femmes évoluent

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques, les régulateurs sont amenés à repenser les coordinations entre professionnels et les frontières entre professions. Les

sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire des médicaments dans une minorité croissante de pays (Autriche, Belgique, Chypre, Espagne, Estonie, France et Irlande). Au Royaume-Uni, les infirmiers disposent désormais de compétences dans des domaines tels que la promotion de la santé, le suivi des maladies chroniques, et assurent des consultations de premier recours. Ils sont autorisés à prescrire des médicaments d'une liste prédéfinie, soit de façon indépendante (comme en Irlande et aux États-Unis) ou complémentaire des médecins (également aux États-Unis), voire d'administrer des médicaments selon des protocoles prédéfinis. En France, le contour de la profession d'infirmier en « pratique avancée » (IPA) a été précisé en 2018. Ces professionnels exerceront au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin, notamment pour le suivi des maladies chroniques.

Une démographie des infirmiers plus dynamique en France que dans l'UE-15

Entre 2006 et 2016, la densité d'infirmiers augmente dans tous les pays considérés (+1,4 % par an en moyenne en UE-15), sauf en Irlande, au Royaume-Uni, en République slovaque et en Lettonie. En France, la densité d'infirmiers a progressé de 2,7 % en moyenne par an entre 2006 et 2016, plus vite que dans les autres pays sauf le Portugal. Elle y dépasse désormais légèrement la moyenne de l'UE-15 (voir fiche 7).

Dans la majorité des pays européens, contrairement à la France, il n'existe pas de quotas infirmiers, mais parfois des ajustements en fonction des besoins de santé publique (Finlande, Grèce) ou des capacités de formation. L'Allemagne a ainsi accru l'offre de filières de niveau supérieur à l'université, en complément des formations classiques de l'enseignement professionnel.

La proportion d'infirmiers formés à l'étranger est très hétérogène en Europe. Elle dépasse 15 % en Suisse et au Royaume-Uni. Le recours à du personnel formé à l'étranger constitue l'une des réponses aux difficultés rencontrées par les hôpitaux britanniques pour recruter du personnel infirmier (40 000 postes seraient vacants en Angleterre début 2016, soit environ 11 % des postes, d'après le *Royal College of Nursing*). En France et en Belgique, la part du personnel infirmier formé à l'étranger reste faible (environ 3 %).

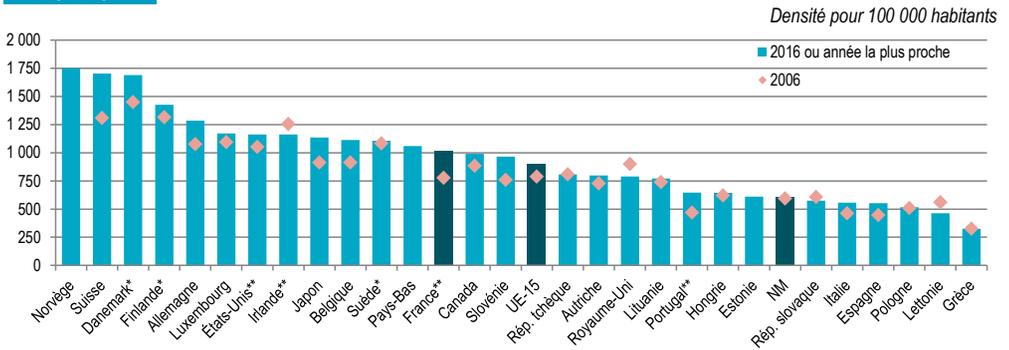
La densité de sages-femmes pour 100 000 habitants progresse de 1,7 % en moyenne par an entre 2006 et 2016 en France. Elle est également dynamique en Suisse, au Danemark, au Japon, au Portugal et en Slovaquie.

Pour en savoir plus

> Barlet, M., Marbot, C. (2016). *Portrait des professionnels de santé*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la Drees- Santé.

> Maier, C., Aiken, L., Busse, R. (2017). *Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation*. OECD Health Working Papers, N° 98, OECD Publishing Paris.

Graphique 1 Personnel infirmier en exercice pour 100 000 habitants en 2006 et en 2016



* Données 2015 (2014 pour la Finlande).

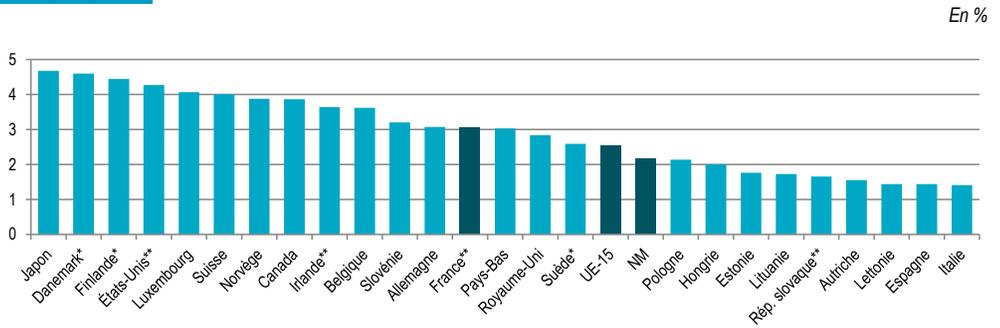
** Professionnellement actifs. Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années disponibles.

Note > Certains pays (Suisse, Royaume-Uni, Autriche, Grèce) ne comptabilisent que le personnel exerçant à l'hôpital ou dans le secteur public. L'Espagne inclut les sages-femmes.

Champ > UE-15, NM et Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 2 Rapport des effectifs d'infirmiers aux effectifs de médecins en exercice en 2016



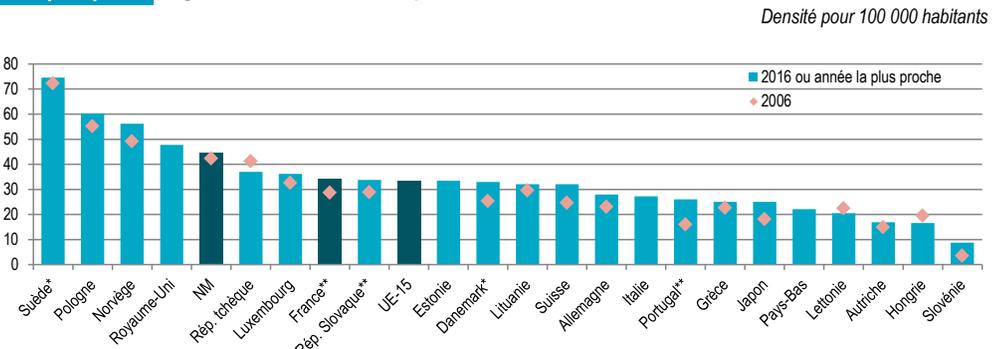
* Données 2015 (2014 pour la Finlande).

** Professionnellement actifs. Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.

Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 3 Sages-femmes en exercice pour 100 000 habitants en 2006 et en 2016



* Données 2015 ; ** professionnellement actifs. Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.

Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Les **personnels en exercice** sont directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; les personnels **professionnellement actifs** incluent également les enseignants ou chercheurs, qui ne sont pas directement en contact des patients.

En France, la dépense de santé en part de PIB est parmi les plus élevées de l'Union européenne

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 17 % du PIB en 2016 (*graphique 1*) et en particulier des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE. Près de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse et la France dépendent 12 % de leur PIB pour la santé, devant l'Allemagne et la Suède (11 %), à un niveau d'au-dessus d'un point à la moyenne de l'UE-15 (10 %). Il existe une division géographique marquée en Europe au regard des dépenses de santé : les pays de l'UE-15, sauf le Luxembourg et l'Irlande, consacrent plus de 8 % de leurs ressources à la santé, contrairement aux pays d'Europe centrale, à l'exception de la Slovénie (7 % en moyenne parmi les membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 : NM) [voir glossaire]. Au sein de l'UE-15, les dépenses de santé sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (de 8 % à 9 %).

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA). Pour cet indicateur, la France se situe juste au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. Les écarts relatifs de pouvoir d'achat entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis et chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Luxembourg, Norvège notamment). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

La croissance des dépenses de santé reste modérée depuis 2013

Les dépenses de santé ralentissent à compter de 2010, en part de PIB comme à prix constant, dans un contexte de modération de la hausse des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé (voir fiche 39). Les pays du sud de l'Europe et l'Irlande connaissent même une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2013, particulièrement marquée pour la Grèce (-9 % en moyenne annuelle) et le Portugal (-3 %).

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, leur rythme étant toutefois plus modéré que lors de la période précédant la crise. Dans l'UE-15, elles augmentent de 2 % par an en moyenne entre 2013 et 2016, contre 1 % entre 2009 et 2013 (*graphique 2*). Ce rebond des dépenses de santé en moyenne au niveau de

l'UE-15 est dû à la fois à une croissance plus dynamique des dépenses dans certains pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède) et à un retour à une croissance réelle positive dans les pays du sud de l'Europe, notamment en Espagne et en Italie. De même, parmi les NM, la croissance réelle des dépenses de santé est de 2 points plus rapide entre 2013 et 2016 qu'entre 2009 et 2013, mais reste nettement inférieure à celle des années 2003 à 2007. En revanche, aux États-Unis, la croissance moyenne des dépenses de santé de 2013 à 2016 retrouve sa tendance d'avant la crise, proche de 4 % annuels.

Le système international des comptes de la santé

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) a été développé. Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat. L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la **dépense courante de santé au sens international (DCSi)**. Celui-ci correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Il comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux, ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle des comptes de la santé), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion. Pour l'imbrication avec les concepts de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de la DCS au sens français, voir annexe 1. Les données sont révisées régulièrement, ce qui peut expliquer des écarts avec les chiffres publiés lors de la précédente édition de cet ouvrage. En particulier, le périmètre français a été révisé pour l'édition 2018 afin d'inclure les frais d'hébergement en établissements de soins de longue durée (voir annexe 5).

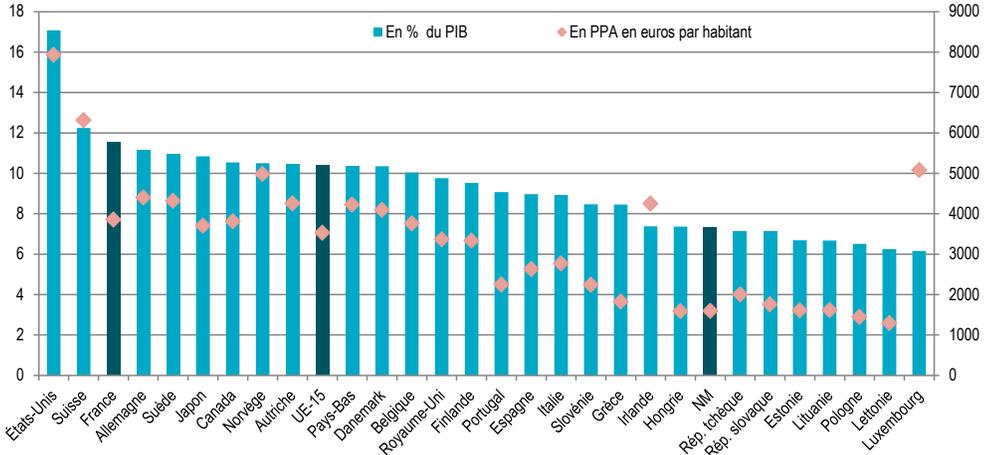
Les pays de l'OCDE comparés dans ce chapitre, comprennent les 15 pays ayant adhéré à l'Union européenne avant 2004 (UE-15), les autres pays de l'Union européenne pour lesquels les données de l'OCDE sont disponibles, désignés par NM (Estonie, Lettonie, Lituanie, République tchèque, République slovaque, Slovénie, Hongrie, Pologne), la Suisse, la Norvège, le Canada, les États-Unis et le Japon.

Pour en savoir plus

- > Méthodologie des comptes de la santé disponible en annexes.
- > **Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016**, consultables sur <http://stats.oecd.org/>.
- > **System of Health Accounts (SHA)**, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>.

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international en 2016

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



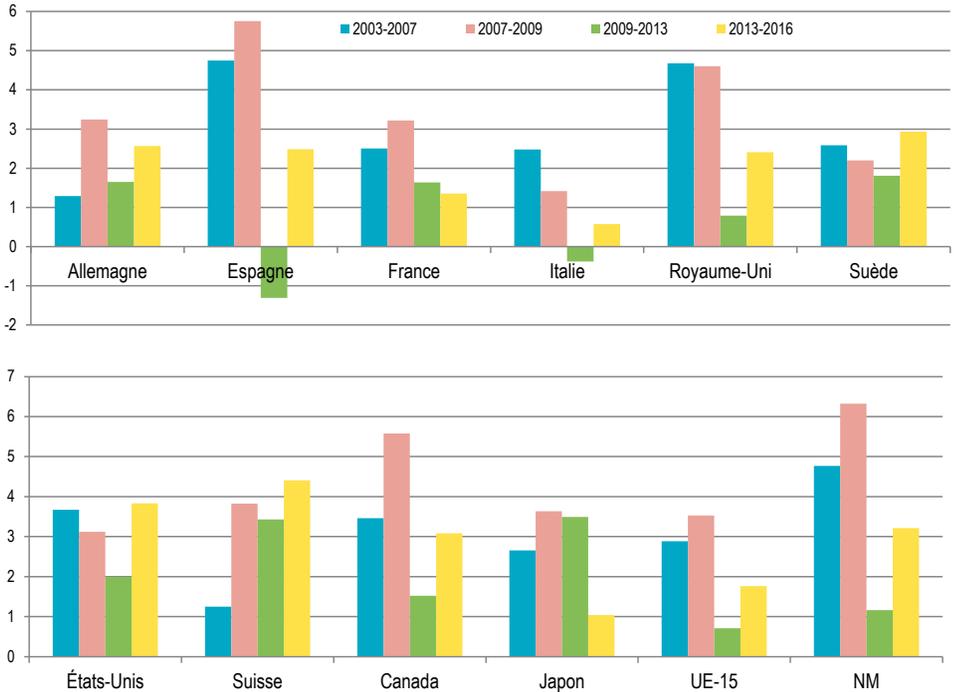
Note > À partir de l'édition 2018, les dépenses d'hébergement des personnes dépendantes en établissements de soins de longue durée sont incluses dans la DCSi française (voir annexe 5).

Champ > UE-15, NM et Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Évolution annuelle moyenne réelle de la dépense courante de santé au sens international

Évolution annuelle moyenne de la DCSi en PPA en euros constants 2010, en %



Note > Les évolutions annuelles suivantes sont exclues du calcul en raison de ruptures de série : France 2005-2006, Suède 2010-2011, Italie 2011-2012, Royaume-Uni 2012-2013, Suisse 2009-2010, Japon 2010-2011. Les moyennes UE-15 et NM sont corrigées des ruptures de série.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

En France, un niveau de dépenses de soins dentaires inférieur à la moyenne de l'UE-15

En 2016, les **dépenses courantes de santé au sens international (DCSi)** par habitant réalisées en cabinets dentaires s'élèvent en moyenne à 210 euros PPA (parité de pouvoir d'achat) dans les pays de l'UE-15 (*graphique 1*). Elles sont bien inférieures (80 euros PPA) dans les nouveaux États membres de l'UE (NM, [voir glossaire]). L'Allemagne est le pays de l'UE-15 où ces dépenses sont les plus élevées (340 euros PPA), devant la Suisse et les États-Unis (respectivement 330 et 310 euros PPA). En France, ces dépenses sont inférieures à la moyenne de l'UE-15, aussi bien en part de PIB (0,5 % contre 0,6 %) que par habitant (180 euros PPA).

En 2016, les soins curatifs dentaires représentent 22 % des dépenses totales de soins ambulatoires en moyenne dans les pays de l'UE-15. Elles atteignent un tiers de ces dépenses en Allemagne, alors que les soins dentaires et leurs tarifs sont étroitement encadrés et que les assurés sont encouragés financièrement à pratiquer une bonne prévention des caries dentaires. Les soins curatifs sont principalement dispensés en cabinets dentaires dans la plupart des pays de l'UE-15. Toutefois, le rôle des centres de soins peut s'avérer important dans certains pays, en particulier en Finlande, où seule la moitié des dépenses de soins dentaires correspondent à des soins effectués en cabinets dentaires.

La part de la prévention et de la promotion de la santé bucco-dentaire dans les dépenses est mal renseignée et peu comparable entre pays, la plupart des pays enregistrant essentiellement dans leurs comptes des soins curatifs effectués dans les cabinets dentaires. Le système international des comptes de la santé ne permet pas d'appréhender les coûts de traitements évités par des mesures de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire efficaces.

Une couverture par les régimes publics et obligatoires très variable selon les pays

En 2016 au sein de l'UE-15, 44 % des dépenses réalisées en cabinets dentaires sont prises en charge en moyenne par les régimes publics ou des assurances maladie privées obligatoires, 10 % sont couvertes par des

assurances privées facultatives, les 46 % restants sont à la charge des ménages (*graphique 2*). En France, la part des régimes publics ou obligatoires (61 %) s'est accrue de plus de 25 points de 2015 à 2016, depuis l'application de la loi du 14 juin 2013 qui rend obligatoires les contrats privés collectifs. Le reste à charge des ménages (22 %) y est également deux fois moindre qu'en moyenne dans l'UE-15. En Espagne, les dépenses de soins dentaires par habitant sont parmi les plus élevées de l'UE-15 et, comme en Grèce, presque intégralement à la charge des ménages. Cette situation peut conduire à un renoncement aux soins, en particulier pour les plus pauvres (voir fiche 40).

Une offre de soins dentaires disparate dans les pays de l'OCDE

En 2016, le nombre de dentistes en exercice pour 100 000 habitants atteint 72 en moyenne dans les pays de l'UE-15 pour lesquels ces données sont disponibles (*graphique 3*). La Pologne, avec 35 dentistes en exercice pour 100 000 habitants, a la densité la plus faible. À l'autre extrémité, la Lituanie, le Luxembourg ou l'Estonie comptent plus de 90 dentistes en exercice pour 100 000 habitants. En France, avec 64 praticiens pour 100 000 habitants, cette densité est un peu inférieure à la moyenne de l'UE-15 et nettement en dessous de celles de l'Allemagne, de l'Italie de la Suède ou encore du Japon (80 à 85 dans ces pays).

La densité de dentistes est à la hausse depuis 2006 dans la plupart des pays et particulièrement au Luxembourg, en Italie et au Canada. Elle tend à décroître dans les pays nordiques. Cette évolution est toutefois à mettre en regard du développement de la profession d'hygiénistes dentaires, non retracée dans ces statistiques, dont le ratio par rapport aux chirurgiens-dentistes atteint 1,4 au Danemark, selon le *Council of European Dentists*. Cette profession existe dans la moitié des États membres, mais pas en France. Leurs études, leur formation et leur domaine de compétences varient considérablement dans l'Union européenne, mais partout où ils sont présents, ces professionnels sont actifs dans la prévention des caries et des parodontopathies et, de plus en plus, dans la thérapie parodontale non-chirurgicale et la thérapie de maintien, parfois de manière indépendante du chirurgien-dentiste.

Dans cette fiche, la DCSI est ventilée par prestataire de soins et non par fonction. Ainsi, la dépense de soins dentaires fait ici référence à la dépense effectuée en cabinets dentaires uniquement (exclusion des centres de soins et des établissements de santé).

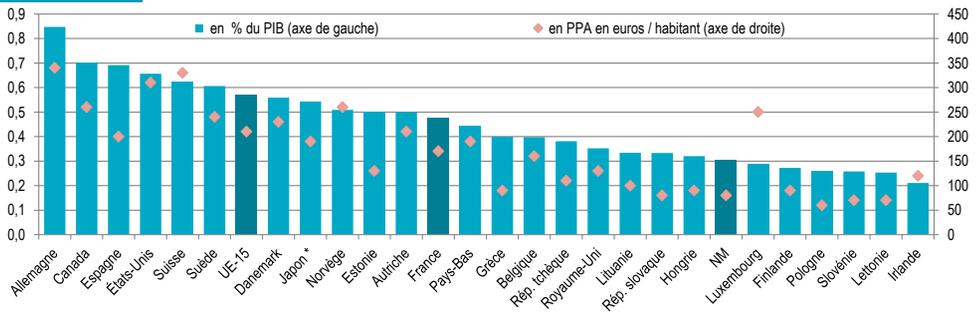
Les **dentistes en exercice** sont les dentistes exerçant directement au contact des patients, y compris stomatologues, chirurgiens-dentistes et spécialistes en chirurgie maxillo-faciale, salariés ou libéraux. La plupart des pays incluent aussi les « internes ». Les **dentistes professionnellement actifs** incluent également ceux qui ne sont pas directement au contact de patients, dans l'administration, la recherche ou participant à des actions de santé publique.

Pour en savoir plus

> **Luciak-Donsberger, C., Eaton, K.**, « Dental Hygienists in Europe Trends towards Harmonization of Education and Practice since 2003 ». *International Journal of Dental Hygiene*, 7: 273–284, 2009. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-5037.2009.00402.x/abstract>

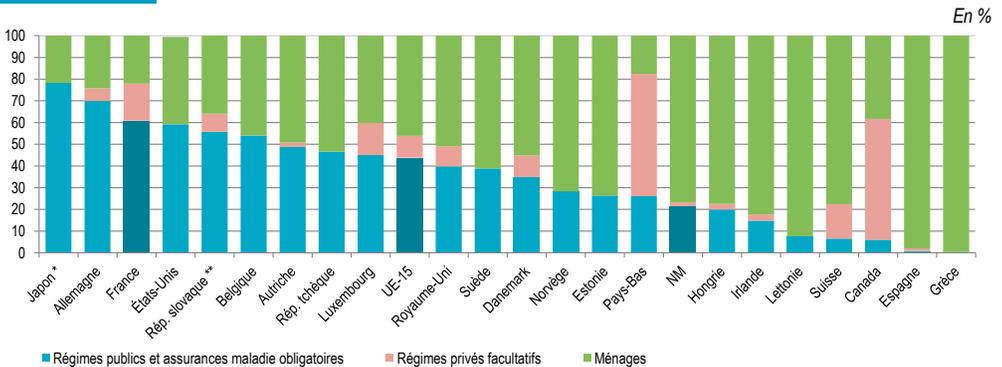
> **Kravitz, A., Bullock, A., Cowpe, J.**, (février 2015), « Council of European Dentists - EU Manual of Dental Practice 2015 », http://www.eoo.gr/files/pdfs/en/merosi/EU_Manual_of_Dental_Practice_2015_Edition_5.1.pdf

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international dans les cabinets dentaires en 2016



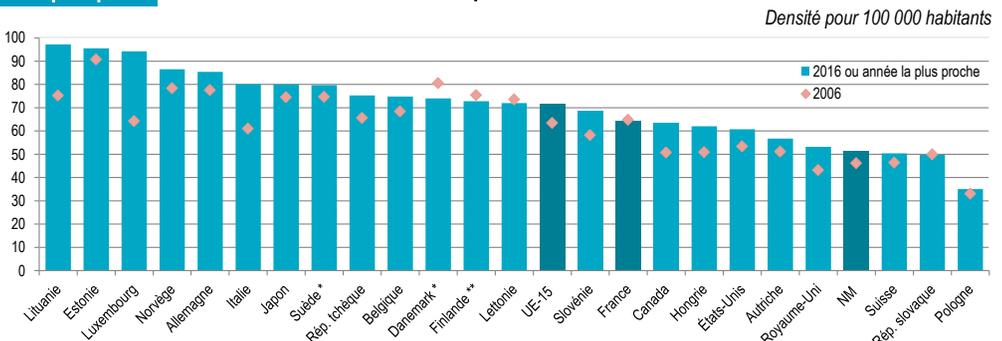
* Données 2015 ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles et sur les pays disponibles.
Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.
Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Répartition de la dépense courante de soins en cabinets dentaires par financeur en 2016



* Données 2015 ; ** Données 2014 ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles et sur les pays disponibles.
Note > Seuls sont présentés les pays pour lesquels les données sont disponibles et dans lesquels au moins 80 % des soins dentaires sont réalisés en cabinets dentaires. En Finlande, en Lituanie, en Pologne et en Sloveie les soins dentaires sont réalisés à plus de 20 % en centres de soins en ambulatoire. Pour la France, l'écart important par rapport aux valeurs 2015 présentées dans la précédente édition de cet ouvrage vient du fait que les régimes privés facultatifs ne comportent désormais plus que des contrats privés individuels, les contrats privés collectifs étant devenus obligatoires au 1^{er} janvier 2016 en application de la loi du 14 juin 2013 (voir annexe 1).
Champ > UE-15 et NM, hors données manquantes et pays dans lesquels les soins dentaires sont réalisés à plus de 20 % en centres de soins ou en établissements de santé, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.
Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 Nombre de dentistes en exercice pour 100 000 habitants en 2006 et en 2016



* Données 2015 ; ** Données 2014 ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles et sur les pays disponibles.
Note > Pour la République slovaque et les États-Unis, il s'agit des dentistes professionnellement actifs et non des dentistes en exercice.
Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.
Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

En France, des dépenses pharmaceutiques par habitant proches de la moyenne de l'UE-15

En 2016, au sein des pays de l'OCDE comparés ici (pays européens, États-Unis, Canada et Japon), les **dépenses pharmaceutiques** dans le secteur ambulatoire représentent de 0,5 % (Luxembourg) à 2,2 % du PIB (Grèce) [graphique 1]. Consacrant 1,6 % de son PIB aux dépenses pharmaceutiques en 2016, la France se situe dans la moyenne des pays de l'Union européenne à 15, comme l'Allemagne et l'Italie. Au sein de l'UE-15, les dépenses pharmaceutiques représentent 10 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), soit le 3^e poste de dépense derrière les dépenses hospitalières (38 %) et celles de soins ambulatoires (25 %).

Exprimées en parité du pouvoir d'achat (PPA), les dépenses pharmaceutiques ambulatoires par habitant sont nettement plus variables : elles sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en moyenne dans l'UE-15. Au sein de l'UE-15, l'Allemagne est le pays qui dépense le plus à ce titre par habitant (+27 % par rapport à la moyenne, contre +8 % en France). La régulation du prix des médicaments peut apporter un éclairage sur ces écarts. En Allemagne, la loi AMNOG (1^{er} janvier 2011) fixe les tarifs de remboursement des médicaments dans un délai de douze mois après leur commercialisation. L'introduction sur le marché allemand de tout nouveau médicament, y compris les plus onéreux, se fait donc à prix libre la première année. À l'inverse, l'accès au marché français nécessite des délais plus longs (malgré l'existence d'une procédure accélérée pour les innovations thérapeutiques), mais les prix sont négociés entre les industriels et l'État avant la commercialisation.

En France, une moindre participation des ménages

La grande majorité des dépenses de médicaments concerne des médicaments délivrés sur ordonnance. La part de l'automédication dans ces dépenses est toutefois très variable : elle s'élève à 30 % en moyenne dans les NM, contre 16 % en moyenne dans l'UE-15. Le poids de l'automédication résulte, en partie, de la politique du médicament. Les contraintes budgétaires auxquelles sont confrontées les États depuis plusieurs années les ont conduits à rechercher des voies d'amélioration de l'efficacité, y compris en redéfinissant le panier des biens qui bénéficie d'une prise en charge publique. Outre ces politiques de rationalisation de la prise en charge, des mesures reportant une partie du financement sur les ménages ont été adoptées, en particulier dans les pays les plus touchés par la crise : l'Espagne, la Grèce et l'Irlande ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques (co-paiements, ticket modérateur, base de remboursement déconnectée du prix).

En 2016, dans les pays de l'UE-15, les fonds publics couvrent 71 % des dépenses pharmaceutiques (76 % en France), alors qu'ils représentent seulement 45 % de ces

dépenses dans les NM et 36 % au Canada et aux États-Unis (graphique 2), pays où l'assurance privée occupe une part importante dans le financement des dépenses de santé. Parmi les pays de l'UE-15, le financement par les régimes publics ou obligatoires est particulièrement élevé en Allemagne (84 % du total).

En moyenne au sein de l'UE-15, l'assurance privée prend en charge moins de 1 % des dépenses pharmaceutiques, laissant plus de 28 % à la charge des ménages. Ce reste à charge est très supérieur à celui des soins hospitaliers (3 %) ou des soins ambulatoires (20 %). Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France – qui se distingue par une couverture supérieure de la dépense pharmaceutique par l'assurance privée – en Allemagne et au Luxembourg, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins (voir fiche 39).

Le recul des ventes officinales par habitant se poursuit en France

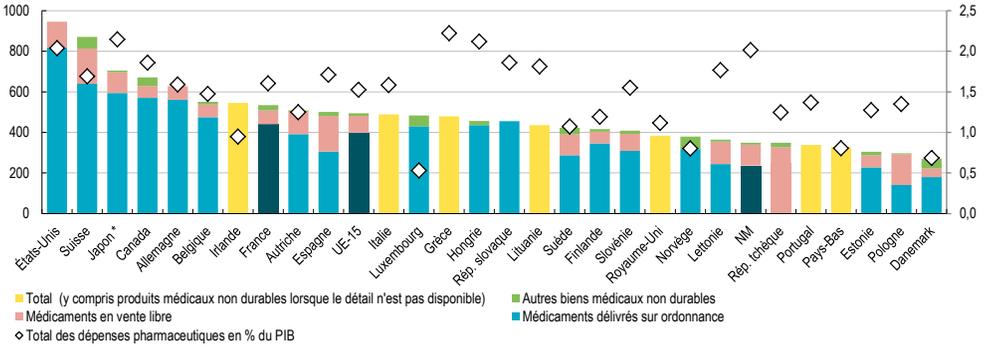
Les écarts de dépenses pharmaceutiques entre pays proviennent de différences importantes portant sur le volume, la structure de la consommation, la politique de prix et de remboursement des médicaments, ou encore la politique du générique. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières, tant au niveau du prescripteur que de la distribution, afin que soient privilégiés les traitements les moins coûteux.

La maîtrise de la dépense s'est traduite depuis 2008 par des baisses de prix fabricant dans la plupart des pays européens et particulièrement, parmi les pays analysés ici, en Italie, en Espagne et surtout en France, avec un recul des ventes réalisées en officines. Qu'elles soient exprimées en prix fabricant hors taxes ou en unités standards par habitant, ces ventes ne poursuivent leur baisse qu'en France et en Italie depuis 2015 (graphique 3). En 2016, la croissance de la consommation pharmaceutique devient particulièrement soutenue en Espagne (6 %) après un recul de 2010 à 2014. En volume, la consommation médicamenteuse française par habitant reste supérieure à celle de ses voisins européens. En revanche, en valeur, l'Allemagne a la consommation la plus élevée des huit pays (31 % de plus qu'en France en euros courants). L'écart franco-allemand s'est creusé notamment du fait de l'importance des baisses de prix menées en France. Il s'explique aussi par la délivrance en officines en Allemagne des antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C mis sur le marché entre 2014 et 2015 et de certains anticorps monoclonaux (MAB) utilisés pour lutter contre les cancers et les désordres immunologiques et inflammatoires (produits délivrés uniquement à l'hôpital en France).

Graphique 1 Dépenses pharmaceutiques en 2016

En parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant (histogramme, en euros)

En % du PIB (losanges)



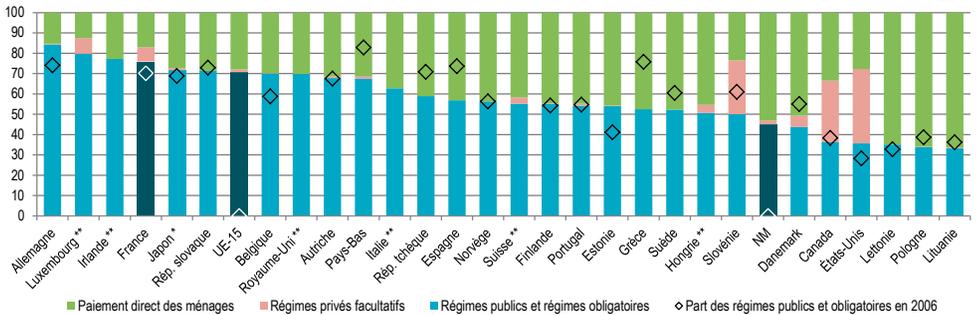
* Données 2015.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Répartition des dépenses pharmaceutiques entre financeurs publics et privés 2006-2016

En %



* Données 2015 ; ** ruptures de séries au cours de la période 2006-2016 ne permettant pas de présenter les évolutions depuis 2006.

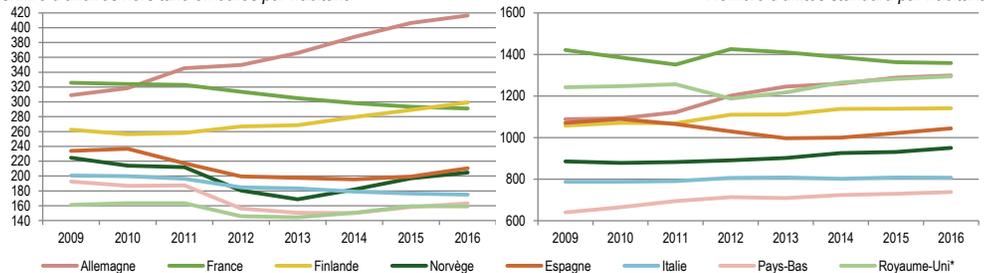
Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 Ventes par habitant en officines en prix fabricant hors taxe et en unités de 2009 à 2016

Chiffre d'affaires hors taxe en euros par habitant

Nombre d'unités standard par habitant



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Sources > DREES, données IMS Health 2016 ; OCDE 2016 pour la population.

Définition et précisions méthodologiques

Dépenses pharmaceutiques issues du Système international des comptes de la santé (SHA) : elles incluent les achats de médicaments sur ordonnance délivrés en ville, l'automédication et les achats d'autres produits de santé non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins et autres dispositifs de contraception. Elles comprennent les médicaments rétrocedés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires (tels que les médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C commercialisés en 2014 en France par exemple). NB : Seules les dépenses pharmaceutiques ambulatoires sont comparées dans cette fiche.

Pour en savoir plus

> Base de données « OECD.Stat », consultable sur <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

> Belloni, A., Morgan, D., Paris, V. (2016). *Pharmaceutical Expenditure And Policies: Past Trends And Future Challenges*, Document de travail de l'OCDE sur la santé, n°87, OECD Publishing Paris.

En France, la part des dépenses hospitalières est supérieure de 3 points à la moyenne de l'UE-15

En 2016, les **soins hospitaliers** publics et privés et les **hospitalisations de jour** représentent 38 % de la **dépense individuelle de soins et de biens médicaux** en moyenne dans l'UE-15. C'est le premier poste de dépense dans la plupart des pays de l'UE et au Japon. En France, la part des dépenses hospitalières (41 %) est supérieure à la moyenne de l'UE-15 (*graphique 1*). En revanche, soins hospitaliers et hospitalisations de jour représentent moins de 30 % des dépenses individuelles de soins et de biens médicaux au Canada (29 %, au Portugal (28 %) et aux États-Unis (22 %). Dans ces trois pays, ainsi qu'en Espagne, en Suède, en Finlande et aux Pays-Bas, les soins ambulatoires constituent le premier poste de dépense. La faible part des dépenses hospitalières aux États-Unis doit toutefois être relativisée, car les honoraires des médecins indépendants exerçant en milieu hospitalier y sont inclus dans les soins ambulatoires.

Au cours des années 1980-2004, la part des dépenses hospitalières au sein des dépenses de santé a globalement diminué dans l'UE, en particulier en Italie et aux Pays-Bas (Hoorens, 2008). Cette diminution résulte de politiques de maîtrise des dépenses du secteur hospitalier (réduction du nombre de lits et restructuration de l'offre de soins, budgétisation des dépenses), mais aussi de la croissance plus rapide des dépenses de médicaments. Au cours de la période plus récente de 2006 à 2016, la part des dépenses hospitalières est stable dans la plupart des pays. Elle a toutefois diminué (de l'ordre de 5 points en dix ans) aux États-Unis, et dans certains des pays entrés dans l'UE en 2004 (Estonie, Lettonie et République tchèque).

Une recherche d'efficacité accrue : réduction du nombre de lits et des durées d'hospitalisation

À partir des années 2000, les réformes privilégient la recherche d'une meilleure efficacité dans l'organisation des soins et une responsabilisation accrue des acteurs. Au cours des dernières décennies, les progrès des

technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire certaines dépenses hospitalières en raccourcissant la durée des séjours, dont les coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et les services de proximité, qui prennent le relais après les interventions. En 2016, plus de 95 % des opérations de la cataracte sont réalisées en ambulatoire ou en hospitalisation de jour dans la majorité des pays considérés (92 % en France). Ces parts ne sont inférieures à 65 % que dans certains pays d'Europe de l'Est (Lituanie, Pologne, Hongrie et République slovaque). Le développement de la chirurgie ambulatoire est en partie à l'origine de la réduction du nombre de **lits de soins aigus** observée dans tous les pays entre 2006 et 2016 (*graphique 2*). Au cours de cette période, le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 4,2 à 3,8 au sein de l'UE-15 (hors Royaume-Uni), de 3,6 à 3,1 en France, de 2,8 à 2,5 aux États-Unis et de 8,3 à 7,8 au Japon.

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme un indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un court séjour tend à diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, donc un coût journalier supérieur. En 2016, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte (*graphique 2*) : 5,6 jours (voir fiche 20), un peu plus qu'aux États-Unis (5,5 jours), mais nettement moins qu'en Allemagne ou au Canada (7,5 jours). Cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France entre 2006 et 2016, car déjà faible, alors qu'elle a parfois baissé considérablement dans les autres pays de l'OCDE. Au Japon, la durée moyenne des séjours est passée de 19,2 à 16,3 jours pendant cette période. Cette durée exceptionnellement longue peut être rapprochée du mode de prise en charge de la dépendance sévère dans ce pays. Dans l'UE, elle a baissé de deux jours ou plus en Suisse, en Norvège et aux Pays-Bas.

Définitions

La **dépense individuelle de soins et de biens médicaux** retenue dans cette comparaison comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments, d'autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades. Elle correspond à la DCSI (voir fiche 31) hors soins de longue durée, dépenses de prévention, de gouvernance et d'administration.

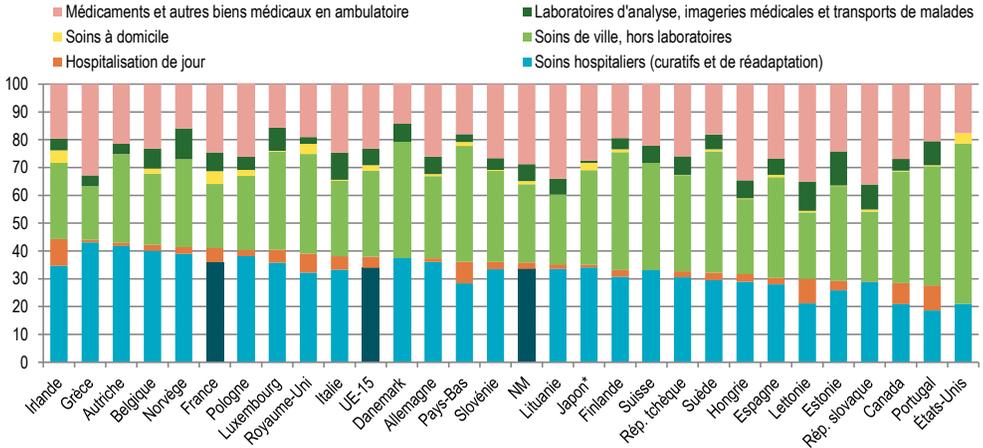
Les **soins hospitaliers** sont définis par l'OCDE comme les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement ou des soins, pour un séjour prévu d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement. Ils comprennent les soins curatifs, psychiatriques et de réadaptation. Les **hospitalisations de jour** désignent les services médicaux et paramédicaux planifiés délivrés à des patients qui ont été officiellement admis, mais avec une sortie le jour même. Les **lits de soins aigus** sont des lits réservés aux soins curatifs, hors soins palliatifs, soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation. En théorie, les séjours en psychiatrie ne sont inclus que s'ils correspondent à des soins curatifs. Toutefois, de nombreux pays n'arrivent pas à faire la distinction, ces séjours sont traités de manière hétérogènes. La durée moyenne des séjours porte sur les séjours d'au moins une nuit.

Pour en savoir plus

- > Hoorens, D. (dir.) (2008). *Les hôpitaux dans les 27 pays de l'Union Européenne*. Dexia Éditions.
- > OCDE (2017). *Panorama de la santé 2017*. Paris, France : édition OCDE.
- > Programme de qualité et d'efficacité « maladie » (Annexe 1 du PLFSS pour 2018), indicateurs n°11, 4-8, et 4-10.

Graphique 1 Dépense individuelle de soins et de biens médicaux par type de soins en 2016

En %



* Données 2015.

Note > Aux États-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

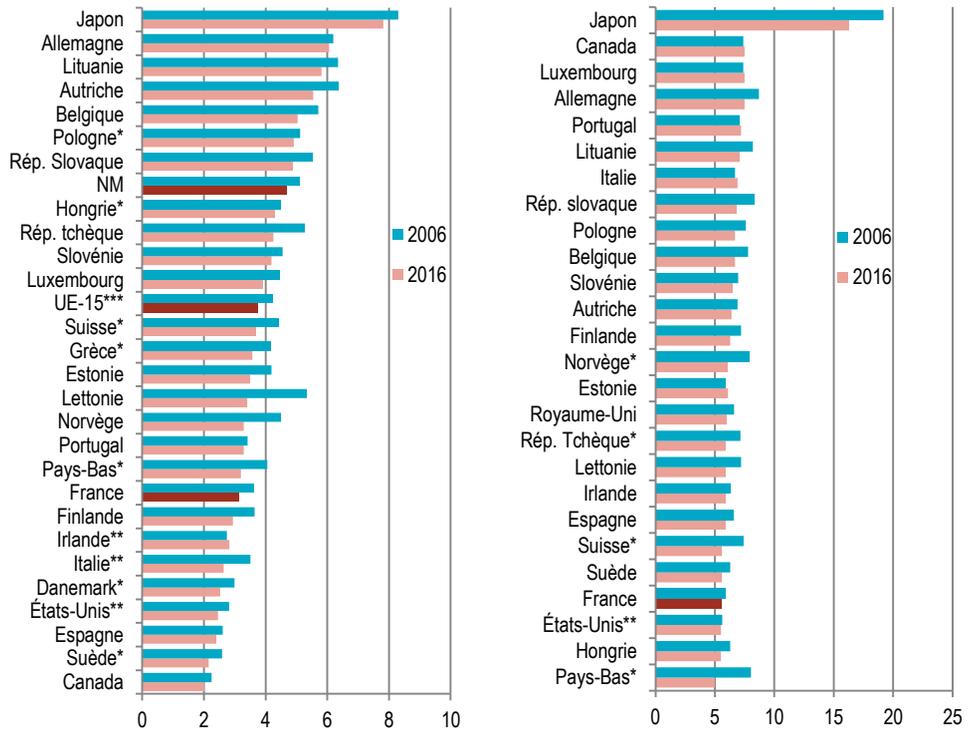
Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2006 et 2016

Nombre de lits pour 1 000 habitants

Durée moyenne par séjour (nombre de jours)



* Données 2006 corrigées des ruptures de série ; ** Données 2015 ; *** Hors Royaume-Uni (non disponibles).

* Données 2006 corrigées des ruptures de série ; ** Données 2015.

Note > De nombreux pays n'arrivent pas à faire la distinction entre soins curatifs et non curatifs pour les lits en psychiatrie. Pour la France, comme la Grèce et le Japon, les séjours en psychiatrie sont exclus dans leur totalité du calcul. À l'inverse, pour de nombreux pays dont la Belgique, le Danemark, l'Italie, le Portugal et la Suède, les séjours en psychiatrie sont inclus dans leur totalité, qu'ils soient curatifs ou non.

Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Avec 1,7 % de son PIB consacré aux soins de longue durée, la France occupe une position intermédiaire en Europe

En 2016, la part des dépenses consacrées aux soins de longue durée est de 2,0 % du PIB en moyenne dans l'UE-15, soit 19 % de la dépense courante de santé (DCSi). Ces dépenses regroupent les soins de longue durée qui relèvent de la santé¹ aux personnes âgées dépendantes, mais aussi aux personnes handicapées (voir annexe 5).

En consacrant plus de 2,5 % de leur richesse aux soins de longue durée en 2016, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark ont déployé plus de moyens que les autres pays de l'OCDE dans ce domaine (*graphique 1*). Les pays scandinaves ont en effet intégré depuis longtemps l'aide de long terme dans les services de santé publique et de services sociaux existants et proposent aujourd'hui des niveaux de protection et une étendue de services de soins à domicile très développés. Avec 1,7 % de son PIB consacré aux soins de longue durée, la France se situe dans une position intermédiaire en Europe, proche de celle du Royaume-Uni et de l'Allemagne. En revanche, l'effort financier dans ce domaine est sensiblement plus faible dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.

Un besoin croissant de soins de longue durée

Les écarts de niveaux de dépenses consacrées aux soins de longue durée peuvent s'expliquer en partie par des différences de structure démographique. En effet, la part des personnes de 80 ans ou plus est plus faible en général dans les pays de l'est de l'Europe que dans ceux de l'UE-15. D'après les projections démographiques d'Eurostat, la part de la population âgée de 80 ans ou plus dans l'UE-28 devrait passer de 5 % en 2016 à près de 12 % en 2060. Ce vieillissement de la population associé au risque de diminution de la prise en charge au sein de la famille (faible fécondité et participation croissante des femmes au marché du travail) pourrait conduire, selon les prévisions de la Commission européenne, à un doublement des dépenses de soins de longue durée d'ici à 2060.

Des dispositifs variés de prise en charge

À partir des années 1980 les États ont développé des dispositifs de prise en charge de la dépendance, tant pour son volet médical que social. Dans les pays nordiques, les besoins d'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) sont pris en charges au sein d'un système d'assistance universel financé par l'impôt. En Allemagne, aux Pays-Bas, au Luxembourg et au Japon, ces besoins sont couverts par une assurance sociale de la dépendance (une « nouvelle branche », rattachée dans le cas de l'Allemagne à l'assurance maladie), mais qui ne prend en charge que les personnes les plus dépendantes. Au Royaume-Uni et aux États-Unis, les aides sont attribuées sous condition de ressources. En Italie, en Autriche et en République tchèque, comme en France, la prise en charge de la dépendance combine le recours au système de santé et à des prestations spécifiques en espèces ou en nature.

Une offre de services de soins à domicile plus développée dans les pays du nord de l'Europe

En moyenne, dans l'UE-15, 60 % des dépenses des régimes publics ou obligatoires au titre des soins de longue durée sont dispensées en milieu hospitalier ou dans des structures d'hébergement et de soins de longue durée, et 40 % sont dispensées à domicile (*graphique 2*). Cette prépondérance du milieu hospitalier s'explique en partie par une densité de personnel forte et des dépenses d'infrastructure élevées dans ce type de prise en charge². La part des soins à domicile est plus faible en France (21 %) que dans l'UE-15 en moyenne.

Les dépenses de soins à domicile peuvent correspondre à des aides en nature (interventions des professionnels du secteur) ou à des allocations versées aux personnes handicapées ou dépendantes pour rémunérer un aidant formel ou un aidant familial. Dans certains pays (Royaume-Uni, Italie), il existe aussi des prestations versées directement aux aidants familiaux.

Au Danemark, en Suède et aux Pays-Bas, les pouvoirs publics organisent le maintien à domicile. Le Danemark illustre le cas d'une prise en charge à domicile très intégrée : organisée et financée par les municipalités, elle repose sur une offre très structurée de services.

1. Dans le système international des comptes de la santé, les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) sont classées en santé (voir annexe 5). Elles correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. En revanche, les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont classées en services sociaux et ne sont pas comptabilisées dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Elles correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

2. La part des soins à domicile peut également être sous-estimée en partie en raison de difficultés à identifier les dépenses de santé envers les personnes âgées ou dépendantes lorsque celles-ci sont prises en charge par le système de santé en ambulatoire.

Pour en savoir plus

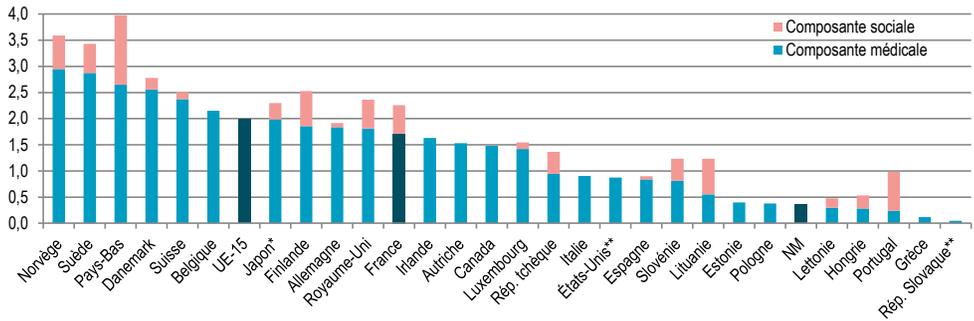
> **Centre d'analyse stratégique (CAS)** (2011). *Les défis de l'accompagnement du grand âge : Perspectives internationales pour éclairer le débat national sur la dépendance*. La note de synthèse, 229.

> **Commission européenne** (2015). *The 2015 Ageing Report*.

> **OCDE** (2017). *Panorama de la santé 2017 : Les indicateurs de l'OCDE*, Édition OCDE.

Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2016

En % du PIB



* 2015 ; ** Hors soins de longue durée à domicile.

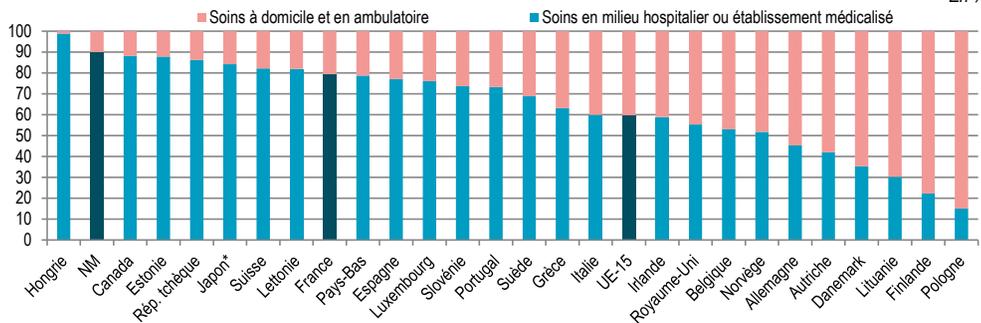
Note > Le périmètre des soins de longue durée au sens international diffère du périmètre français (voir fiches 32 et 33) ; en particulier, il inclut les frais d'hébergement en établissement de soins de longue durée (voir annexe 5). La composante sociale est indiquée ici pour information lorsqu'elle est renseignée ; elle n'est pas incluse dans la DCSI.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Répartition des dépenses des régimes publics et privés obligatoires pour les soins de longue durée (composante médicale) selon le lieu de prestation des soins

En %



* 2015 ; Moyenne NM hors République Slovaque.

Note > Les soins en milieu hospitalier ou en établissement médicalisé incluent les frais d'hébergement et les soins dispensés en accueil de jour. Les formes d'habitats collectifs regroupant des logements privatifs indépendants sont considérées comme des domiciles privés.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, Canada et Japon.

Source > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Soins de longue durée : des comparaisons internationales fragiles

Les soins (composante médicale) et services sociaux (composante sociale) de longue durée (Long-Term Care) sont définis dans le système européen des comptes de la santé SHA (*System of Health Accounts*) comme les « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Cette définition s'applique aux personnes âgées dépendantes mais aussi aux personnes handicapées (voir annexe 5).

La distinction entre les dépenses qui relèvent de la santé et celles qui relèvent de l'action sociale est délicate. De plus, au sein de la DCSI, le partage entre soins curatifs et réhabilitatifs, d'une part, et soins de longue durée, d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. Le périmètre des soins de longue durée n'est ainsi pas toujours le même d'un pays à l'autre. Par ailleurs, des écarts de pratiques existent entre pays de l'OCDE, portant sur la comptabilisation des dépenses privées de soins de longue durée.

Ces difficultés de classement fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet. Celles-ci sont présentées sur la seule composante médicale des soins de longue durée, les services sociaux de longue durée étant beaucoup moins bien renseignés par de nombreux pays. La répartition des dépenses selon le lieu de prestation des soins est présentée uniquement pour les dépenses publiques ou obligatoires, les dépenses privées pour des soins à domicile étant plus difficiles à cerner.

Éclairages ◀



Comptes partiels de la prévention entre 2012 et 2016

Juliette Grangier, Ursule Ngouana¹

Les comptes de la santé retracent chaque année la prévention dite « institutionnelle » (voir fiche 35), hors consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dans la dépense courante de santé (DCS). La prévention institutionnelle est celle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux. Estimée à 5,8 milliards d'euros en 2016, elle ne représente toutefois qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive.

Les autres actes de prévention financés par l'Assurance maladie, les organismes complémentaires et les ménages sont disséminés dans la CSBM. Cet éclairage en propose une estimation basse pour les années 2012 à 2016, sur un champ partiel. Celui-ci couvre une grande partie des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux et hors cures thermales), ainsi que l'ensemble des produits de santé (médicaments et dispositifs médicaux), les dépenses préventives réalisées à l'hôpital en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO). Cette estimation est complétée par une estimation partielle des dépenses préventives en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant pour l'année 2016.

Au sein de la CSBM peuvent être isolés, à ce stade des travaux, 9,1 milliards d'euros de dépenses préventives sanitaires « non institutionnelles » en 2016, dont 6,6 milliards d'euros pris en charge par l'Assurance maladie.

Dans les dépenses de prévention qui ont pu être estimées, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la première place (42 %), suivie des consultations, visites et actes à visée préventive réalisés par les médecins (27 %).

Au total, les dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou non, s'élèveraient au moins à 14,9 milliards d'euros en 2016, soit au moins 5,6 % de la dépense courante de santé. Sur le champ retenu ici, ces dépenses auraient diminué en moyenne de 1,0 % par an entre 2012 et 2016 : la prévention au sein de la CSBM aurait reculé de 1,9 % par an et la prévention institutionnelle augmenté de 0,3 %. La baisse des dépenses de prévention non institutionnelle s'explique en partie par des effets négatifs sur les dépenses de biologie et de médicaments, plus marqués que pour l'ensemble de la CSBM, les volumes restant globalement stables. Les dépenses de médicaments représentent la part la plus importante des dépenses préventives et ont diminué de 5,9 % par an entre 2012 et 2016. La baisse des dépenses de médicaments est liée notamment à la diffusion des génériques pour certains traitements, ainsi qu'à la baisse de la consommation de pilules de troisième et quatrième générations et des ventes des traitements visant à faire baisser le taux sanguin de cholestérol.

1. Les auteurs remercient Lorenza Luciano (DREES), Philippe Oberlin (DREES) et Sylvie Rey (DREES) pour leur aide.

Les comptes de la santé comptabilisent chaque année la prévention dite « institutionnelle » dans la dépense courante de santé (DCS) hors consommation de biens et services médicaux (CSBM). Celle-ci est financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux et ne représente qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive. Les autres actes de prévention sanitaire financés par l'Assurance maladie et les ménages, comme ceux effectués par les médecins traitants lors de consultations médicales ordinaires, sont intégrés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), avec la consommation de soins de médecins généralistes, mais n'y sont pas distingués. La prise en charge des facteurs de risque (prise en charge de la dépendance alcoolique, sevrage tabagique, traitement médicamenteux et suivi de l'hypertension artérielle, etc.) n'est pas non plus comptabilisée dans la prévention institutionnelle ; les soins concernés sont en revanche inclus dans la CSBM. Par exemple, les patchs anti-tabac font partie de la consommation de médicaments et les conseils du médecin pour arrêter de fumer sont comptabilisés dans la consommation de soins de médecins généralistes.

Parvenir à cartographier l'ensemble des dépenses de prévention sanitaire suppose donc d'identifier, d'isoler et de comptabiliser également les soins préventifs disséminés au sein de la CSBM. Une telle estimation est délicate, pour deux raisons :

- d'une part, elle doit s'appuyer sur une définition précise de la prévention, dont les frontières peuvent être discutées;
- d'autre part, les informations disponibles au sein du système d'information ne sont pas toujours suffisantes pour identifier finement ces actions de prévention.

En 2016, un groupe de travail, piloté par la DREES et la Direction générale de la santé (DGS), a été mis en place afin d'améliorer la méthodologie utilisée pour estimer les dépenses de prévention. Le champ retenu et la méthodologie adoptée ici pour estimer les dépenses de prévention, sont issus des travaux de l'Irdes de 2008 (encadré 1). Les travaux du groupe de travail piloté par la DREES ont abouti à une estimation des dépenses de prévention sur le champ de la santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant (encadré 3).

Encadré 1 Champ de la prévention, sources et méthode

Les estimations des dépenses de prévention au sein de la CSBM produites par la DREES (en 2010, 2014 et 2018) s'appuient sur un périmètre et une méthode d'estimation développée par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes) en 2008 (Renaud et Sermet, 2008), qui ont été adaptés aux sources de données développées depuis 2008, en particulier le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram). En 2017, la DREES en collaboration avec la DGS, a mené des travaux pour améliorer et approfondir l'estimation des dépenses de prévention avec l'aide d'un groupe d'experts de différents organismes et de personnalités qualifiées. Ces travaux ont abouti à ce stade à la délimitation du périmètre de la prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant en isolant finement des actes au sein de la CSBM (encadré 3).

Afin de produire une estimation comparable des dépenses de prévention au sein de la CSBM pour les années 2012 à 2016, le périmètre du champ de la prévention a été conventionnellement conservé à l'identique. Il s'agit de celui retenu dans la précédente étude sur le sujet publiée par la DREES en 2016 (Grangier, Guibert, 2016). Une définition plus large ou, au contraire, plus restrictive aurait eu un impact potentiellement important sur le montant obtenu. Ainsi, sont considérés comme relevant de la prévention les soins visant à :

- éviter la survenue d'une maladie ou d'un état de santé indésirable chez des personnes en bonne santé (*vaccins, contraception, suivi de grossesse normale, prévention des carences nutritionnelles, etc.*) ;
- dépister les maladies (*dépistage des cancers, examens bucco-dentaires, examens biologiques, dépistage néonatal, etc.*) ;
- prendre en charge les facteurs de risque, les addictions et les formes précoces des maladies (*traitements médicamenteux et suivi médical de l'hypertension artérielle, du diabète de type 2 et des hyperlipidémies non compliqués, aide au sevrage tabagique, sevrage d'alcool, surveillance des carcinomes in situ, etc.*).

Le champ de la prévention couvre alors la prévention primaire, secondaire et tertiaire¹ telle qu'elle est définie par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). L'estimation des dépenses de prévention au sein de la CSBM englobe ces trois catégories de prévention.

La définition de la prévention retenue ici est à comprendre dans son acception restreinte : si un soin peut être réalisé à visée curative ou préventive selon les patients et que les données ne permettent pas de distinguer les situations, il n'a pas été pris en compte, afin de ne pas surestimer les dépenses de santé consacrées à la prévention.

Les postes de soins considérés couvrent, de la même manière que dans la précédente étude menée en 2016, les soins de ville (médecins, dentistes, analyses de biologie), les médicaments et les autres biens médicaux. Les dépenses relatives aux transports sanitaires sont toujours exclues². Comme les années précédentes, les dépenses relevant des soins de ville sont sous-estimées, puisque les soins prodigués par les sages-femmes et les auxiliaires médicaux, les cures thermales, les autres soins et contrats ne sont pas intégrés et que les soins prodigués par les

médecins ne le sont qu'en partie. En effet, seules les consultations et visites de certaines spécialités médicales pour lesquelles les données sont disponibles sont couvertes³, ainsi que les actes codés selon la classification commune des actes médicaux (CCAM), soit au total 81 % des dépenses du poste de médecins. Est donc exclue des soins prodigués par les médecins une partie des dépenses de consultations et visites (représentant 3 % du poste médecins), ainsi que les rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits (16 % de ce même poste). L'estimation des dépenses hospitalières couvre uniquement le secteur MCO⁴, hors consultations externes des hôpitaux publics. Pour la biologie, les données ne sont pas disponibles pour 2016. Les niveaux de dépenses sont conventionnellement supposés stables par rapport à 2015.

La méthodologie utilisée par la DREES lors des travaux précédents a été maintenue (Grangier, Guibert, 2016). Pour les postes de soins dont les prestations se réfèrent à une nomenclature médico-économique détaillée dans le Sniiram, les dépenses préventives ont été directement repérées grâce à leur code dans la nomenclature correspondante. Cependant, pour les consultations et visites des médecins et la prescription de certains médicaments, l'estimation s'appuie sur un échantillon de suivi des patients du GERS, qui renseigne le diagnostic ayant motivé le recours au médecin et la prescription médicamenteuse. À partir de cette source, des clés de répartition entre soins préventifs et soins curatifs ont été calculées et appliquées ensuite aux dépenses issues du Système national inter-régimes (SNIR) ou de l'industrie pharmaceutique (GERS)⁵.

1. La prévention primaire intervient avant l'apparition de la maladie ; elle représente l'ensemble des actes visant à diminuer l'incidence d'une maladie dans une population. La prévention secondaire recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition de la pathologie afin de s'opposer à son évolution. La prévention tertiaire quant à elle vise à réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie.
2. Le montant de dépenses à visée préventive au sein de ce poste est vraisemblablement négligeable.
3. Les données sont disponibles pour les spécialités médicales suivantes : omnipraticiens, cardiologues, gynécologues médicaux et obstétriciens, gastro-entérologues, pneumologues, rhumatologues, neurologues, psychiatres, endocrinologues. Les autres spécialités non prises en compte sont : anesthésistes, chirurgiens, radiologues, internistes, neuropsychiatres, médecins de médecine physique et réadaptation fonctionnelle, stomatologues, néphrologues, gériatres, anatomocytopathologistes, dermatologues, oto-rhino-laryngologistes, ophtalmologues. Pour les pédiatres, les données sont disponibles pour les années 2012 à 2014 uniquement. Elles ont été extrapolées aux années 2015 et 2016. Au total, 89 % des honoraires de consultations et visites des praticiens libéraux sont couverts.
4. Le champ de la prévention ayant été conservé à l'identique des travaux de l'Irdes, les soins de rééducation ou encore liés à la santé mentale, ne sont pas, ici, par convention, considérés comme préventifs. Selon cette définition, les soins de prévention réalisés dans les secteurs de SSR (soins de suite ou réadaptation), psychiatrie et HAD (hospitalisation à domicile) sont supposés négligeables.
5. Pour mémoire, un calcul de ce type avait déjà été effectué en 2008 dans les travaux menés par l'Irdes.

En 2016, 9,1 milliards d'euros, sont consacrés à la prévention non institutionnelle

En 2016, la prévention non institutionnelle au sein de la CSBM représenterait 9,1 milliards d'euros de dépenses (*tableau 1*). Cette estimation prend en compte l'ensemble des dépenses préventives à l'hôpital, dans la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux, et une partie du champ des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux notamment) [*encadré 1*].

Les médicaments à visée préventive occupent la place la plus importante au sein des dépenses de prévention non institutionnelle (42 %), suivie des consultations, visites et actes réalisés par les médecins (27 %). Les dépenses de prévention non institutionnelle sont également constituées d'analyses de biologie (15 %), des soins réalisés par les dentistes (9 %), à l'hôpital (5 %) et de dispositifs médicaux (2 %) [*graphique 1*].

Les dépenses de prévention non institutionnelle au sein de la CSBM ont globalement diminué en moyenne de 1,9 % par an entre 2012 et 2016, principalement en raison de moindres dépenses de médicaments, qui ont, elles, baissé de 5,9 % par an en moyenne (*graphique 2*). Une partie importante de cette diminution est directement imputable à des baisses de prix. En volume, les dépenses sont quasi stables, voire en légère hausse au cours de la période (*encadré 2*). En revanche, les dépenses de prévention à l'hôpital, celles réalisées par les dentistes et celles de dispositifs médicaux à usage préventif ont augmenté durant cette période, respectivement de 5,2 %, 2,1 % et 7,1 % en moyenne annuelle.

À l'inverse des dépenses de prévention non institutionnelle, la CSBM augmente au total de 2,0 % en moyenne par an entre 2012 et 2016 en valeur, pour atteindre 196 milliards d'euros en 2016. En conséquence, la part de la CSBM consacrée à la prévention tend à reculer sur la période, passant de 5,4 % en 2012 à 4,6 % en 2016. Plus en détail, la part des dépenses de médicaments consacrés à la prévention passe de 2,7 % à 1,9 % de la CSBM, et la part des dépenses hors médicaments consacrées à la prévention reste stable à 2,7 %.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux à visée préventive de 2012 à 2016

En milliards d'euros

	2012 Dépenses en milliards	2014 Dépenses en milliards	2016 Dépenses en milliards
0. Soins ambulatoires (1+2+3)	9,4	8,9	8,6
1. Soins de ville - champ partiel	4,4	4,5	4,6
Médecins - champ partiel	2,2	2,3	2,4
Consultations et visites	2,0	2,0	2,1
Actes CCAM	0,3	0,3	0,3
Dentistes	0,8	0,8	0,8
Analyses de biologie	1,4	1,3	1,4
2. Médicaments	4,8	4,2	3,8
3. Autres biens médicaux	0,2	0,2	0,2
4. Hôpital MCO ¹	0,4	0,5	0,5
TOTAL (0+4)	9,8	9,3	9,1

1. Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville. Par ailleurs, la prévention effectuée par les médecins est un minorant (81 % du champ des honoraires est couvert) [encadré 1].

Lecture > En 2016, les dépenses préventives représentent au moins 9,1 milliards d'euros. À champ constant, elles sont passées de 9,8 milliards en 2012 à 9,1 milliards en 2016.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Encadré 2 Diminution des dépenses de prévention dans la CSBM : quelle contribution des prix ?

En valeur, les dépenses de prévention non institutionnelle ont diminué en moyenne de 1,9 % par an entre 2012 et 2016. Cette diminution recouvre en partie les effets de prix en baisse. Il n'a pas été possible d'identifier précisément les effets prix spécifiques aux dépenses de prévention. Toutefois, en supposant que, pour chaque poste de soins, les prix de ces dépenses de prévention évoluent au même rythme que les prix de l'ensemble du poste (par exemple : les prix des médicaments préventifs évoluent comme les prix de l'ensemble des médicaments), les évolutions en volume des dépenses de prévention seraient quasi stables de 2012 à 2016 (-0,1 % en moyenne par an). Dans le même temps, la croissance de la CSBM en volume atteindrait 2,6 % par an au cours de la période.

Il est possible que les indices de prix utilisés ici ne reflètent pas l'intégralité des baisses de prix affectant les dépenses de prévention. En particulier, les prix des analyses de biologie spécifiques à la prévention sont en baisse entre 2012 et 2015 (voir *infra*), mais cette baisse n'est pas prise en compte dans l'indice des prix de l'ensemble du poste (voir fiche 12). De même, les prix des médicaments préventifs, notamment les antihypertenseurs et statines, pourraient diminuer plus vite que l'ensemble du poste, ces classes thérapeutiques faisant l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses.

Près de la moitié des dépenses de prévention relèvent de la consommation de médicaments

Les médicaments représentent 42 % des dépenses de prévention au sein de la CSBM en 2016 (*graphique 1*), soit 3,8 milliards d'euros. Cette dépense comprend des médicaments à usage préventif remboursés par l'Assurance maladie, mais aussi des médicaments non remboursés (par exemple, certains contraceptifs hormonaux) et de l'automédication (notamment des vitamines ou encore des produits anti-tabac).

Les traitements antihypertenseurs et hypolipémiants administrés à des patients ne présentant pas de complications² représentent une large majorité des médicaments à usage préventif (56 %, soit 2,1 milliards d'euros). Ces estimations des montants dédiés à la prévention sont issues de la cartographie des dépenses de santé mise au point par la CNAM³, qui estime la prise en charge de l'hypertension et de l'hyperlipidémie pour les patients ne souffrant pas de certaines pathologies indiquant des complications.

2. Traitements antihypertenseurs ou hypolipémiants sans maladie coronaire, ni accident vasculaire cérébral, ni insuffisance cardiaque (aigus ou chroniques), ni artériopathie oblitérante des membres inférieurs, ni diabète, ni insuffisance rénale chronique terminale.

3. Pour plus de précisions sur la méthode, voir la méthodologie de repérage des pathologies et de répartition des dépenses par pathologie publiée par la CNAM, disponible en ligne :

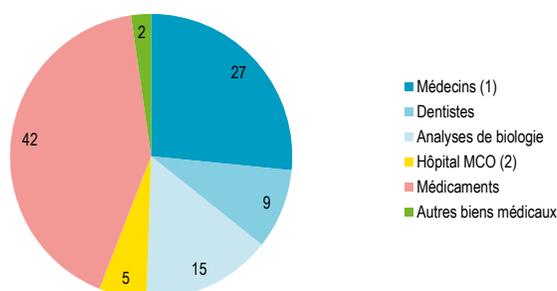
<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/etudes-en-sante-publique/cartographie-des-pathologies-et-des-depenses/methodologie.php>

Les vaccins constituent le deuxième poste au sein des dépenses de médicaments à visée préventive, pour un montant de près de 500 millions d'euros, soit 13 % des dépenses de médicaments à visée préventive. Viennent ensuite les traitements du diabète non compliqué (7,4 %) et les vitamines et suppléments minéraux (7,4 %) dont les dépenses s'élèvent chacune à un peu plus de 280 millions d'euros. Les autres dépenses de médicaments à visée préventive sont constituées de produits anti-tabac (6,7 % du total), de contraceptifs hormonaux (6,6 %) et d'autres médicaments à indications préventives (traitement de la toxicomanie, antipaludéens, etc.). Ces derniers totalisent une centaine de millions d'euros.

Les dépenses de médicaments à visée préventive ont diminué en moyenne de 5,9 % par an entre 2012 et 2016 (graphique 2). Cette baisse concerne la quasi-totalité des postes, mais s'explique principalement par la diminution des dépenses liées aux traitements du risque cardio-vasculaire (antihypertenseurs et hypolipémiants), aux contraceptifs hormonaux et aux antipaludéens. Les dépenses d'antihypertenseurs et hypolipémiants hors complications ont diminué de 8 % en moyenne par an. D'une part, le nombre de personnes traitées a diminué (CNAM, 2018), d'autre part, la diffusion de génériques pour les antihypertenseurs et les statines permet de réduire le coût individuel des traitements. En effet, la part de prescriptions dans le répertoire des génériques pour les antihypertenseurs et les statines a considérablement progressé entre 2012 et 2016⁵. Ces classes de médicaments largement prescrits font l'objet d'une attention particulière dans le cadre de la maîtrise médicalisée des dépenses. Après une chute des ventes des pilules de troisième et quatrième générations en 2013, affectées par une polémique relative à leurs effets secondaires, la diminution importante des ventes de contraceptifs hormonaux s'est poursuivie jusqu'en 2016 (13 % par an entre 2012 et 2016)⁶. La moindre consommation de contraceptifs hormonaux s'est en partie reportée sur les préservatifs et les dispositifs intra-utérins, comptabilisés au sein des autres biens médicaux (voir *infra*). Enfin, les dépenses de vitamines et suppléments minéraux reculent de 8 % par an en moyenne entre 2012 et 2016.

Graphique 1 Structure des dépenses de prévention non institutionnelle en 2016

En %



(1) Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

(2) Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

Lecture > En 2016, les dépenses liées aux médicaments à usage préventif représentent 42 % de la dépense globale de prévention, celles liées aux consultations, visites ou actes des médecins représentent 27 % de la dépense.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Près d'un quart des dépenses de prévention concernent les soins prodigués par les médecins

Les actions préventives des médecins (consultations, visites et actes) représentent 27 % des dépenses non institutionnelles à visée préventive en 2016 (2,4 milliards d'euros). Les consultations et visites à visée préventive (2,1 milliards d'euros) ont lieu principalement chez les médecins généralistes, les gynécologues et les pédiatres. Il s'agit notamment de consultations de routine ou de surveillance : suivi médical des enfants, examens gynécologiques, examens pour la pratique d'un sport ou la délivrance d'un certificat médical, etc. Les consultations pour un suivi de l'hypertension (sans complication) représentent également un motif répandu, ainsi que le suivi de la contraception et les vaccinations.

Les actes de la classification commune des actes médicaux (CCAM) réalisés à titre préventif chez le médecin représentent 310 millions d'euros et concernent principalement les échographies réalisées dans le cadre du suivi d'une grossesse, ainsi que les frottis effectués pour prévenir le cancer du col de l'utérus. Cependant, ce montant ne considère que les actes explicitement réalisés à titre préventif ; il sous-estime vraisemblablement l'activité de prévention des médecins, qui peut transiter par d'autres canaux. En effet, certains actes médicaux peuvent avoir ou non une visée préventive selon l'état de santé du patient. Par exemple, les mammographies peuvent être réalisées selon les cas pour

5. Programme de qualité et d'efficacité « maladie », annexé au PLFSS pour 2018, Objectif n°3 : Améliorer la qualité de la prise en charge par le système de soins ; volet « Optimisation des prescriptions ».

6. Santé publique France, Baromètre Santé 2016 – Contraception : Quatre ans après la crise de la pilule, les évolutions se poursuivent. <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1806.pdf>.

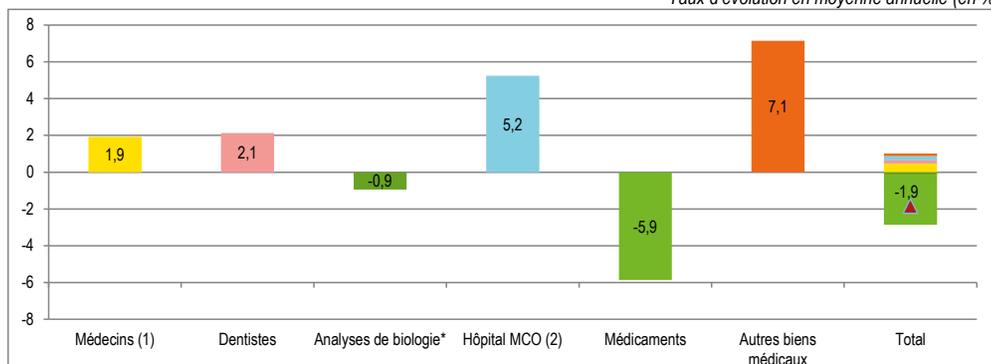
du dépistage ou pour surveiller l'évolution d'une pathologie. Faute de pouvoir les isoler, l'ensemble de ces actes, d'un coût potentiel non négligeable, ont été par convention systématiquement exclus de l'estimation, comme dans les travaux antérieurs.

Les dépenses de consultations, visites et actes à visée préventive sont en hausse entre 2012 et 2016 (+1,9 % en moyenne par an). En 2015 et 2016, les examens de routine des adultes et les consultations de suivi de l'hypertension sans complication représentent près de la moitié des motifs de ces consultations préventives.

Les dépenses de prévention représentent au moins 9,2 % de l'ensemble des dépenses des médecins⁷ en 2016, cette proportion étant stable au cours du temps (tableau 1).

Graphique 2 Évolution des dépenses à visée préventive au sein de la CSBM entre 2012 et 2016

Taux d'évolution en moyenne annuelle (en %)



(1) Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

(2) Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

* Faute de données 2016 disponibles, les dépenses d'analyses biologiques 2015 ont été reportées en 2016.

Lecture > Entre 2012 et 2016, les dépenses à visée préventive au sein de la CSBM ont reculé en moyenne au total de 1,9 % par an. L'histogramme « Total » présente le cumul des contributions à la croissance des différents postes de soins à cette évolution.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

494 millions de dépenses préventives à l'hôpital

Les soins à l'hôpital en MCO à visée préventive représentent environ 500 millions d'euros en 2016, soit 5 % des dépenses préventives en 2016 et 0,6 % de l'ensemble des dépenses hospitalières. Ce montant porte uniquement sur l'hôpital en MCO, hors consultations externes des hôpitaux publics et hors honoraires des médecins en clinique privée ; c'est donc un minorant. Les dépenses de prévention à l'hôpital concernent principalement la prise en charge de l'alcoolisme (les séjours pour sevrage totalisent 24 % des dépenses hospitalières à visée préventive), les séjours motivés par des antécédents familiaux ou personnels de tumeurs (13 %), les tumeurs *in situ* (11 %), la surveillance et les conseils diététiques (10 %), et les antécédents familiaux ou personnels d'autres maladies (10 %). La part élevée des dépenses liées à la prise en charge de l'alcoolisme s'explique en partie par la durée des séjours pour sevrage (environ 14 jours) entraînant un coût d'environ 2 000 euros par séjour. Les antécédents familiaux ou personnels de tumeurs constituent le motif de recours le plus fréquent, mais avec un coût par séjour plus faible (près de 500 euros).

Les dépenses à visée préventive à l'hôpital en MCO augmentent de 5,2 % en moyenne par an entre 2012 et 2016, tirées par le dynamisme des dépenses liées à la surveillance et aux conseils diététiques, et à la généralisation, en avril 2012, du dépistage de la surdité néonatale chez les nourrissons⁸, qui a donné lieu à une hausse du tarif des séjours associés à une naissance à partir de 2013⁹.

Les autres postes de soins totalisent un quart des dépenses préventives

Les **analyses de biologie** à visée préventive représentent 1,4 milliard d'euros en 2015, soit 15 % de la dépense globale de prévention. Elles concernent pour l'essentiel des actes de biochimie courante (exploration lipidique, exploration thyroïdienne, dépistage d'une carence ou d'une surcharge en fer, etc.), mais aussi des actes d'hématologie, coagulation

7. Les dépenses préventives dans les consultations et visites de certaines spécialités (anesthésistes, chirurgiens, radiologues, internistes, neuropsychiatres, médecine physique et réadaptation fonctionnelle, stomatologues, néphrologues, anatomocytopathologistes, gériatres), dans les actes non codés selon la CCAM et certains forfaits n'ont pu être estimées. Les éléments de consommation pris en compte (93 % des consultations et visites, actes codés selon la CCAM) couvrent 81 % de la consommation de soins de médecins (dont honoraires en cliniques privées). Si l'on rapporte la dépense identifiée comme préventive au champ partiel couvert, la part de la prévention dans l'activité des médecins s'élève à 10,6 % en 2016.

8. Arrêté du 23 avril 2012 relatif à l'organisation du dépistage de la surdité permanente néonatale, JORF n°0105 du 4 mai 2012, page 7915, texte n° 48.

9. Circulaire DGOS/R1 n°2013-144 du 29 mars 2013 relative à la campagne tarifaire 2013 des établissements de santé.

et immunohématologie courante. Ces dépenses ont globalement diminué entre 2012 et 2015 (-1,3 % en moyenne par an). Cette baisse est due à un effet prix : les coûts unitaires de l'ensemble des actes de biologie diminuent en moyenne de 5 % par an entre 2012 et 2014 (voir Grangier et Guibert, 2016), tandis que le nombre d'actes augmente de 3 %. Les analyses à visée préventive représentent, en 2015, au moins 31,4 % de l'ensemble du poste des analyses de laboratoire de la CSBM. Cette part atteignait 32,5 % en 2012.

Les dépenses relatives aux **soins dentaires de nature préventive** représentent 800 millions d'euros en 2016. Elles concernent très largement (à 91 %) des soins de détartrage et de polissage des dents¹⁰. Les dépenses relatives aux soins dentaires de nature préventive ont augmenté en moyenne de 2,1 % par an entre 2012 et 2016.

Enfin, les **autres biens médicaux à usage préventif** sont estimés à 200 millions d'euros en 2016. Ils incluent, par ordre décroissant de la dépense, la prévention des escarres, certains dispositifs de contention veineuse, les dispositifs contraceptifs non hormonaux, ainsi que les aliments sans gluten. Ces dépenses ont augmenté en moyenne de 7,1 % par an entre 2012 et 2016. Les progressions les plus rapides ont été celles des dispositifs de contention veineuse et de contraception non hormonale temporaire. L'augmentation des dépenses de contraception non hormonale (stérilets, diaphragmes) peut être expliquée par la baisse de la contraception hormonale qui a suivi les polémiques autour des pilules de troisième et quatrième générations.

44 % des dépenses de prévention relève de la prise en charge des facteurs de risque et des formes précoces de maladies

Les actions de prévention peuvent être différenciées selon leur place dans le parcours de soins. La prévention la plus précoce (hors prévention institutionnelle), qui vise à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable chez des personnes en bonne santé, représente 31 % des dépenses de prévention non institutionnelle (colonne notée A du tableau 2), soit environ 2,9 milliards d'euros de dépenses en 2016. Ce type de prévention est réalisé pour l'essentiel au cours de consultation et visites chez les médecins (consultations de suivi de la contraception par exemple), et par la consommation de médicaments (vaccins, contraceptifs et vitamines).

Le dépistage des maladies, deuxième stade de la prévention, représente 24 % des dépenses de prévention non institutionnelle (colonne B). Ces dépenses comprennent pour l'essentiel des analyses de biologies (marqueurs tumoraux, biochimie¹¹ courante, hématologie, etc.) et des visites chez les dentistes (bilans bucco-dentaires).

Enfin, la prise en charge des facteurs de risque et des comportements à risque (traitement d'hypertension et obésité sans gravité, alcoolisme, toxicomanie, etc.) et la prise en charge de certaines formes précoces de maladies (dysplasie¹², tumeur *in situ*, etc.) représentent la part la plus importante des dépenses de prévention (44 %), soit au total un peu plus de 4 milliards d'euros en 2016 (colonnes C1 et C2). Ces dépenses constituées de soins médicaux et médicamenteux correspondent pour l'essentiel au suivi de l'hypertension, de l'hyperlipidémie et du diabète non compliqué.

Tableau 2 Part de chaque domaine de prévention dans la consommation de soins et de biens médicaux à visée préventive

En milliards d'euros

	A. Eviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable	B. Dépister les maladies	C1. Prendre en charge des facteurs de risque et des comportements à risque	C2. Prendre en charge des formes précoces des maladies	Total
Médecins	1,5	0,1	0,8	0,0	2,4
Dentistes	0,0	0,8	0,0	0,0	0,8
Analyses de biologie	0,1	1,1	0,1	0,0	1,4
Médicaments	1,0	0,0	2,8	0,0	3,8
Autres biens médicaux	0,1	0,0	0,1	0,0	0,2
Hôpital	0,1	0,1	0,2	0,1	0,5
Total	2,9	2,2	4,0	0,1	9,1

Lecture > En 2016, les dépenses préventives visant à éviter la survenance d'une maladie ou d'un état indésirable s'élèvent à 2,9 milliards d'euros.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

¹⁰. Les examens buccodentaires simples sont très minoritaires (3 %).

¹¹. Examens d'analyse des molécules contenues dans les fluides corporels (sang, urines, etc.).

¹². Anomalie de développement de certains organes.

Le taux de remboursement des dépenses préventives reste stable entre 2012 et 2016

Parmi les 9,1 milliards d'euros de dépenses préventives non institutionnelles identifiées pour l'année 2016, 6,6 milliards d'euros sont pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (tableau 3). Le taux de remboursement moyen atteint 73 % au total, contre 78 % en moyenne pour l'ensemble des dépenses de la CSBM. Toutefois, hormis les médicaments, les dépenses en faveur de la prévention bénéficient d'un taux de prise en charge par la Sécurité Sociale plus élevé que la prise en charge globale au sein de la CSBM, et ce, parfois dans des proportions importantes. Les dépenses relatives aux médicaments comprennent les médicaments à usage préventif remboursés par l'Assurance maladie, mais aussi des médicaments non remboursés (par exemple, certains contraceptifs hormonaux) et de l'automédication (notamment des vitamines ou encore des produits anti-tabac), ce qui explique leur taux de remboursement plus faible que pour les autres postes de soins. À l'inverse, les dépenses de soins dentaires préventifs sont nettement mieux prises en charge que l'ensemble des soins dentaires, en raison du périmètre des actes retenus pour la prévention : détartrages, bilans bucco-dentaires, etc.

Tableau 3 Remboursement de soins et biens médicaux à visée préventive par l'assurance maladie obligatoire en 2016

En milliards d'euros pour le montant remboursé ; en % pour le taux de remboursement

	Montant remboursé	Taux de remboursement moyens des actes de prévention	Taux de remboursement moyens des postes de la CSBM
1. Soins de ville - champ partiel	3,4	74	65
Médecins - champ partiel ¹	1,7	71	69
Dentistes	0,6	72	33
Analyses de biologie	1,1	81	70
2. Médicaments	2,6	68	72
3. Autres biens médicaux	0,2	82	44
4. Hôpital MCO ²	0,5	92	91
TOTAL	6,6	73	78

1. Hors consultations et visites de certaines spécialités et hors rémunérations d'actes non codés selon la CCAM et certains forfaits.

2. Hors consultations externes. Les honoraires des médecins exerçant en clinique privée sont comptabilisés dans les soins de ville.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Encadré 3 Une estimation partielle des dépenses de prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant

En 2017, la DREES a mené en collaboration avec la Direction générale de la santé (DGS) des travaux pour améliorer et approfondir l'estimation des dépenses de prévention avec l'aide d'un groupe d'experts réunissant différents organismes et personnalités qualifiées. Ces travaux ont permis d'aboutir à une délimitation du périmètre de la prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant en isolant finement des actes au sein de la CSBM. Ces dépenses s'ajoutent ainsi aux dépenses de prévention institutionnelle à destination de la mère et de l'enfant, notamment la protection maternelle et infantile (PMI) et la médecine scolaire. Les actions de prévention sélectionnées par les experts couvrent le suivi de la contraception, de la grossesse et le suivi des enfants jusqu'à l'âge de 15 ans :

- les dépenses de prévention en contraception comprennent les consultations effectués par un médecin ou une sage-femme, les actes médicaux liés à la contraception (pose ou retrait de stérilet par exemple) et la consommation de contraceptifs ;
- les dépenses de prévention liées à la grossesse comprennent les consultations de suivi de la grossesse compliquée ou non, le dépistage prénatal, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, la surveillance biologique et échographique, la supplémentation en fer, en acide folique et en vitamine D au cours de la grossesse. Conventionnellement, le séjour hospitalier lié à l'accouchement n'est pas inclus dans les dépenses de prévention, ni en particulier le suivi postnatal de la mère et de l'enfant effectué au cours du séjour.
- le suivi de l'enfant correspond au dépistage néonatal, aux consultations de suivi (hors pathologie) chez le médecin et à la prévention des maladies infectieuses (vaccinations) chez des enfants de 0 à 15 ans.

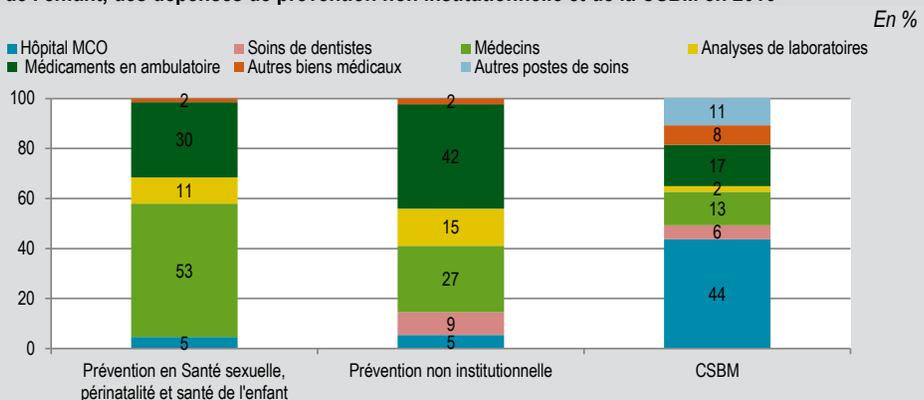
Les estimations présentées ici sont issues des mêmes sources que l'ensemble de dépenses de prévention (encadré 1). Il s'agit de données agrégées qui ne permettent pas d'identifier le parcours de soins et en particulier les grossesses. En effet, reconstituer l'ensemble du suivi de la grossesse à partir des données détaillées du Système national des données de santé (SNDS) nécessiterait un travail spécifique (Piffaretti *et al.*, 2018). Ainsi, pour des raisons d'indisponibilité des données exploitées, certaines de ces dépenses n'ont pu être prises en compte dans les estimations partielles présentées ici¹. Il s'agit notamment du suivi des femmes enceintes effectué par des sages-

femmes. Concernant les analyses de biologie, seuls sont qualifiés de préventifs les examens spécifiques à la grossesse qui ne sont pas réalisés auprès d'une autre population. Les dépistages néonataux inclus dans le séjour hospitalier, à l'exception du dépistage de la surdité néonatale, ne sont pas retenus, car ces actes ne peuvent pas être isolés dans la prise en charge de l'accouchement. Les suppléments minéraux consommés par les femmes enceintes et les vaccins administrés aux enfants n'ont pas pu être estimés, car les données ne permettent pas d'identifier la consommation des femmes enceintes et des enfants au sein de l'ensemble des ventes de médicaments ou de vaccins. Les dépenses des Centres de planification et d'éducation familiale (CPEF) ne sont pas prises en compte car elles relèvent de la prévention institutionnelle.

Selon ces premières estimations partielles, les dépenses de prévention non institutionnelle en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant au sein de la CSBM s'élèvent à environ 830 millions d'euros en 2016, soit 9 % des dépenses de prévention non institutionnelle et 0,5 % de la CSBM. Ce montant, sous-estimé car partiel, s'ajoute aux dépenses institutionnelles : 658 millions d'euros pour le planning familial et 580 millions d'euros pour la médecine scolaire en 2016 (voir fiche 35).

Au total, plus de la moitié des dépenses non institutionnelles en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant correspondent à des consultations de médecins et à des actes techniques (pose et retrait de stérilets) réalisées en ville (53 % du total de ces dépenses) dans le cadre du suivi de la grossesse, de la contraception, et de la santé de l'enfant. Elles sont suivies des dépenses de médicaments (30 %), à savoir les contraceptifs hormonaux, et des actes d'analyses biologiques (11 %). Les actes de consultations à l'hôpital (dépistage néonatal de la surdité) représentent 5 % du total des dépenses, et la liste des produits et prestations (consommation de stérilets) 2 % (graphique 3).

Graphique 3 Structures comparées des dépenses de prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant, des dépenses de prévention non institutionnelle et de la CSBM en 2016



Lecture > En 2016, 53 % des dépenses de prévention en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant concernent les consultations et visites de médecins en ville.

Champ > Tous régimes.

Sources > Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Au sein des dépenses de prévention non institutionnelle en santé sexuelle, périnatalité et santé de l'enfant, les dépenses au titre de la contraception représentent un peu moins de 420 millions d'euros en 2016, soit 51 % du total de ces dépenses. Il s'agit des ventes de contraceptifs hormonaux et des actes de surveillance de contraceptifs pratiqués en ville par des médecins généralistes, ou par des gynécologues.

Le suivi de la grossesse représente un peu moins de 200 millions d'euros, soit 24 % du total. Ces dépenses concernent les examens de surveillance d'une grossesse effectués en ville par les médecins. Ce montant, évalué à partir de l'échantillon de suivi des patients du GERS (encadré 1), sous-estime les dépenses de suivi de la grossesse, car les consultations des sages-femmes ne sont pas prises en compte dans cette enquête, ni le suivi des femmes enceintes lorsqu'il est effectué à l'hôpital. Or, selon l'enquête nationale périnatale 2016, pour environ un quart des femmes, une sage-femme est la responsable principale de la surveillance de la grossesse dans les six premiers mois (Blondel *et al.*, 2017).

Les actes de suivi de la santé de l'enfant (jusqu'à 15 ans) représentent près de 205 millions d'euros, soit 25 % des dépenses de périnatalité et santé de l'enfant. Il s'agit essentiellement du suivi des enfants réalisé par les médecins pédiatres en ville. Les dépenses liées au dépistage néonatal, à l'exception de la surdité, n'ont pas pu être identifiées. Le suivi dentaire n'est pas non plus inclus à ce stade.

1. Jusqu'ici, les données utilisées pour estimer les dépenses de prévention sont des données agrégées qui ne permettent pas d'identifier le parcours de soins et en particulier les grossesses.

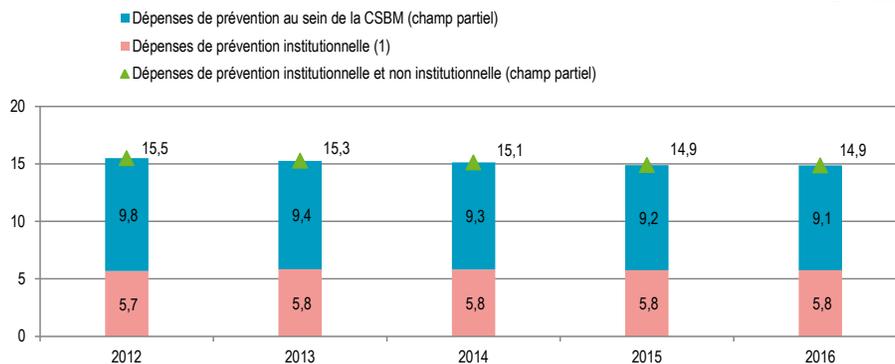
La prévention sanitaire, institutionnelle ou non, s'élève au moins à 14,9 milliards d'euros en 2016

Ainsi, sur le champ partiel des soins de ville (hors soins prodigués par les sages-femmes et auxiliaires médicaux), des soins de l'hôpital, des médicaments et des dispositifs médicaux, la prévention non institutionnelle représente 9,1 milliards d'euros de dépenses en 2016. Ce montant vient compléter les dépenses de prévention institutionnelle (voir fiche 35), qui s'établissent à 5,8 milliards en 2016. Au total, les dépenses de prévention, qu'elles soient institutionnelles ou disséminées au sein de la CSBM, atteignent donc au minimum 14,9 milliards d'euros en 2016, compte tenu des facteurs de sous-estimation évoqués précédemment.

Les dépenses de prévention dans la CSBM ont globalement diminué en moyenne de 2,2 % par an entre 2012 et 2016, tandis que les dépenses de prévention institutionnelle ont très légèrement augmenté, de 0,3 % par an en moyenne (graphique 4). Cette très faible hausse ne compense toutefois pas la baisse des dépenses de prévention au sein de la CSBM. En conséquence, les dépenses totales de prévention reculent en moyenne de 1,3 % par an entre 2012 et 2016 sur le champ étudié, notamment en raison des baisses des prix des médicaments et des analyses biologiques observées ces dernières années.

Graphique 4 Dépenses de prévention institutionnelle et non institutionnelle (champ partiel) entre 2012 et 2016

En milliards d'euros



(1) Hors dépenses comptabilisées dans la CSBM (voir fiche 35)

Champ > Tous régimes.

Sources > Comptes de la santé, Sniiram ; SNIR ; GERS ; PMSI-MCO ; calculs DREES.

Pour en savoir plus

> Voir fiche 35 « La prévention institutionnelle », dans cet ouvrage.

> Blondel, B., Gonzalez, L., Raynaud, P. (dir.) (2017). Enquête nationale périnatale 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. (Rapport). Paris, France : DREES.

> CNAM (2018, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019*. Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance Maladie au titre de 2019.

> Cour des comptes (2011). La prévention sanitaire, Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale (art. L.O. 132-3-1 du Code des juridictions financières).

> Grangier, J., Guibert, G. (2016). Une estimation partielle des dépenses de prévention sanitaire. Dans *Les dépenses en santé en 2015*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> Piffaretti, C., Looten, V., Rey, S. et al. (2018). Management of pregnancy based on healthcare consumption of women who delivered in France in 2015: Contribution of the national health data system (SNDS), *J Gynecol Obstet Hum Reprod* (2018); <https://doi.org/10.1016/j.jogoh.2018.05.014>

> Renaud, T., Sermet, C. (2008). *Les dépenses de prévention en France*, Irdes.



L'opinion des Français sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie

Kim Antunez (DREES)

En 2017, sept Français sur dix disent être en bonne santé et un sur quatre se déclare même en très bonne santé. Depuis dix ans, ces proportions sont assez stables, même si de plus en plus de Français considèrent que l'état de santé de la population s'est détérioré. Pourtant, en dix ans, les préoccupations des Français vis-à-vis du cancer, du sida, des risques d'épidémie et des risques alimentaires ont un peu diminué. Depuis deux à trois ans toutefois, l'inquiétude portant sur les risques alimentaires s'est accrue.

Les Français sont très sensibles aux inégalités d'accès aux soins : c'est l'inégalité la plus souvent citée comme étant la moins acceptable et cette sensibilité s'est accrue depuis deux à trois ans. Les Français sont ainsi très attachés au caractère universel et public du système d'Assurance maladie : deux tiers approuvent son caractère universel et la quasi-totalité considère qu'il doit rester essentiellement public. Près de six Français sur dix, en particulier les plus modestes et ceux en moins bonne santé, trouvent toutefois que leur reste à charge est trop élevé.

Même si huit Français sur dix pensent que le système actuel permet à tout le monde d'être soigné quel que soit son revenu, certaines inégalités d'accès aux soins sont pointées. Plus de la moitié d'entre eux estiment que la qualité des soins dépend du niveau de revenus et six sur dix pensent que les délais d'attente dépendent du lieu d'habitation. Les Français sont également critiques concernant l'accessibilité géographique des soins. Plus d'un tiers pensent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de chez eux. Cela se vérifie particulièrement dans les territoires ruraux.

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES (encadré 1), sept Français sur dix se déclarent en bonne santé, un quart s'estimant même en très bonne santé. Ces proportions demeurent stables depuis une dizaine d'années (graphique 1), tout comme les indicateurs objectifs d'état de santé de la population en France (Fourcade *et al.*, 2017).

Encadré 1 Le Baromètre d'opinion de la DREES

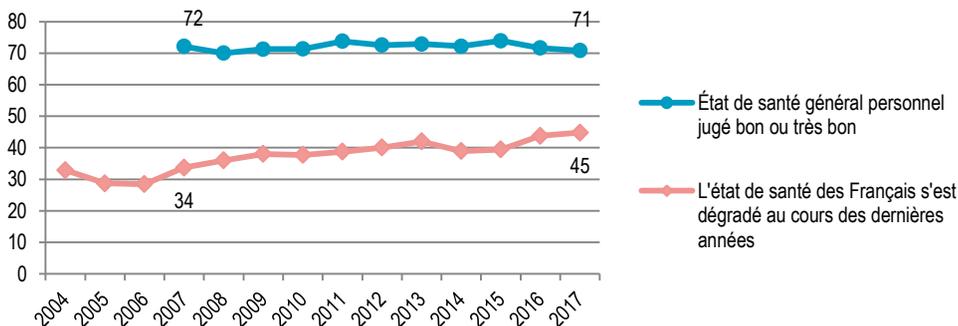
Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités et la protection sociale (Assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion). Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'IFOP de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face à face d'octobre à décembre auprès d'un échantillon d'au moins 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération).

Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

Les réponses à une enquête d'opinion sont particulièrement sensibles à la formulation des questions ou à leur place dans le questionnaire. L'usage privilégié d'une telle enquête est ainsi, avant tout, en comparaison : entre catégories de population (selon le revenu, l'âge, etc.) ou dans le temps (en fonction de la conjoncture, des actions politiques mises en œuvre et du débat médiatique). Les petites variations doivent par ailleurs être interprétées avec prudence : elles peuvent ne refléter que des imperfections de mesure. Dans cette étude, enfin, par souci de simplification, les pourcentages d'opinions sont calculés en excluant les réponses « ne se prononce pas », qui sont la plupart du temps marginales. Elles ne sont commentées que dans les cas où elles représentent une part importante des réponses ou si elles ont évolué significativement dans le temps.

Graphique 1 Autant de Français qu'avant s'estiment en bonne santé, mais de plus en plus jugent que l'état de santé général de la population se dégrade

En %



Note > Réponses aux questions « Comment est votre état de santé général ? » (modalités de réponse proposées : « Très bon », « Bon », « Moyen », « Mauvais » et « Très mauvais ») et « Selon vous, au cours des dernières années, l'état de santé des Français s'est... ? » (modalités de réponse proposées : « Beaucoup amélioré », « Un peu amélioré », « Est resté identique », « Un peu détérioré » et « Beaucoup détérioré »). Pour les deux questions, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 2 % des répondants en 2017, proportion qui a chuté de 5 points entre 2008 et 2009 pour la question sur l'évolution de l'état de santé des Français à la suite d'un changement de méthode de relance des enquêteurs.

Lecture > En 2017, 71 % des personnes interrogées trouvent bon ou très bon leur état de santé général.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2017.

Trois Français sur dix considèrent néanmoins leur santé comme étant au mieux « moyenne ». Un quart des Français estiment également être limités depuis au moins six mois à cause d'un problème de santé dans les activités que les gens font habituellement. Le sentiment d'être en mauvaise santé est particulièrement présent chez les personnes appartenant aux ménages les plus modestes : 42 % des personnes dont le niveau de vie du ménage appartient au quartile inférieur se sentent en moyenne ou mauvaise santé, contre 18 % pour les ménages dont le niveau de vie appartient au quartile supérieur.

Les Français sont davantage inquiets de l'état de santé de la population en général, et le sont de plus en plus. En 2017, trois quarts des Français sont préoccupés par l'état de santé de leurs concitoyens et 45 % pensent qu'il s'est détérioré au cours des dernières années. Cette proportion a augmenté de 11 points en dix ans alors que, dans le même temps, les préoccupations concernant plusieurs sujets de santé publique ont paradoxalement plutôt eu tendance à s'atténuer (encadré 2).

Les personnes en difficulté financière ou en mauvaise santé sont, là encore, les plus pessimistes à ce sujet. Ainsi, 51 % des personnes dont le niveau de vie du ménage appartient au quartile inférieur estiment que l'état de santé global s'est dégradé, contre 36 % des ménages dont le niveau de vie appartient au quartile supérieur. Des écarts importants s'observent également selon l'état de santé des personnes interrogées : 51 % des personnes qui se déclarent en moyenne ou mauvaise santé estiment que l'état de santé global s'est dégradé contre 42 % chez les personnes qui s'estiment en bonne santé.

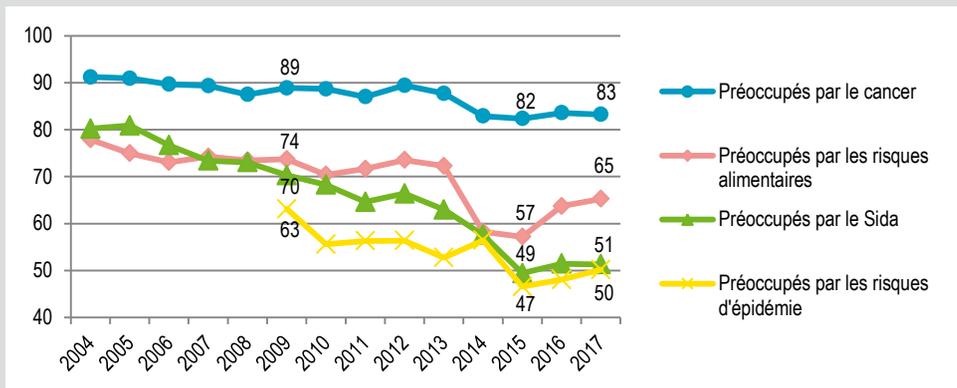
Encadré 2 La préoccupation des Français concernant les sujets de santé publique

Le pessimisme croissant des Français concernant la santé de leurs concitoyens s'accompagne paradoxalement d'une baisse tendancielle de la préoccupation de certains sujets de santé publique depuis une dizaine d'années (graphique 2). La proportion de personnes se déclarant préoccupées par les risques d'épidémie a diminué de 16 points entre 2009 et 2015, de 21 points pour le sida et de 17 points pour les risques alimentaires. La proportion de personnes se déclarant préoccupées par le cancer a, quant à elle, diminué de 7 points entre 2009 et 2015.

On observe néanmoins depuis 2015 une stabilité de ces préoccupations, voire un rebond concernant la préoccupation vis-à-vis des risques alimentaires (+8 points en deux ans). En 2017, huit Français sur dix sont préoccupés par le cancer, deux Français sur trois par les risques alimentaires et un Français sur deux par le sida ou encore les risques d'épidémie.

Graphique 2 Un rebond des préoccupations liées à certains sujets de santé publique depuis 2015

En %



Note > Réponses à la question « Et pour les sujets suivants, dites-moi s'ils vous préoccupent vous personnellement ? », posée pour les sujets suivants : le cancer, les risques alimentaires, le sida et les risques d'épidémie. Les modalités de réponse proposées sont : « Beaucoup », « Assez », « Peu » et « Pas du tout ». Pour chaque préoccupation, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 1 % des répondants en 2017, proportions restées stables dans le temps.

Lecture > En 2017, 83 % des personnes interrogées sont beaucoup ou assez préoccupées par le sujet du cancer.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2017.

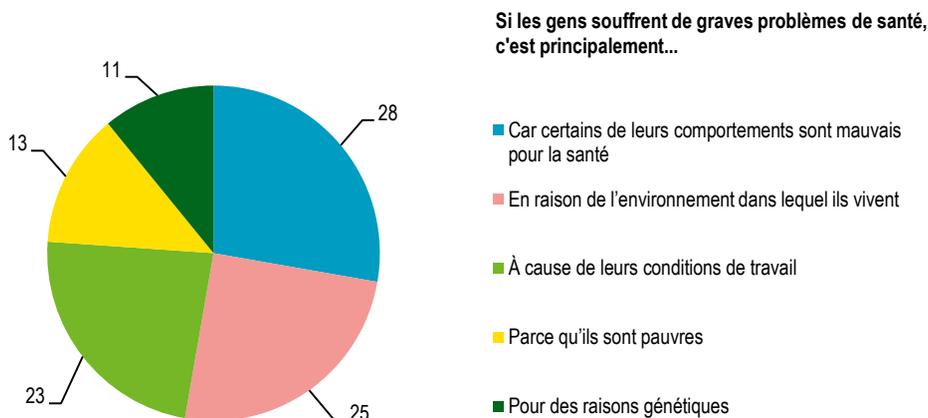
Quand on les interroge sur les principales causes des graves problèmes de santé, près de trois enquêtés sur dix citent le comportement des individus (graphique 3). Un quart des Français met en avant l'environnement de vie et un autre quart les conditions de travail. Enfin, un Français sur dix cite comme cause principale à ces difficultés la pauvreté et les raisons génétiques.

Les causes supposées des graves problèmes de santé diffèrent particulièrement selon le niveau d'études des enquêtés. Par rapport à la moyenne, les personnes ayant un niveau équivalent ou supérieur au baccalauréat sont plus nombreuses à citer l'environnement de vie (29 %), alors que les personnes moins diplômées citent davantage la pauvreté (15 %) et les conditions de travail (28 %). 35 % des ouvriers citent également les conditions de travail comme cause principale des

graves problèmes de santé. Les facteurs mis en avant sont également liés aux préoccupations déclarées par les enquêtés. Par exemple, les personnes se déclarant préoccupées par l'environnement ont davantage tendance à citer l'environnement de vie comme étant la première cause de graves problèmes de santé (27 % d'entre eux contre 17 % pour les autres). De même, les personnes préoccupées par la pauvreté vont plus souvent évoquer cet aspect en priorité (14 % contre 10 % pour les autres) plutôt que les comportements individuels (27 % contre 34 % pour les autres).

Graphique 3 Les principales causes des graves problèmes de santé selon les Français

En %



Note > Réponses à la question « Les problèmes de santé peuvent avoir plusieurs causes. Pensez-vous que si les gens souffrent de graves problèmes de santé, c'est principalement... ». Les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 3 % des répondants en 2017.

Lecture > En 2017, 28 % des personnes interrogées pensent que si les gens souffrent de graves problèmes de santé, c'est principalement car certains de leurs comportements sont mauvais pour la santé.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2017.

Un attachement à l'universalité de l'Assurance maladie, mais un reste à charge en santé jugé trop important

En France, la couverture maladie a été instaurée après la Seconde Guerre mondiale ; elle fonctionnait à cette époque comme une assurance sociale obligatoire qui couvrait les travailleurs et leurs ayants droits. Au fur et à mesure des années, elle est devenue plus universelle. En 2000, la couverture maladie universelle (CMU) a étendu le champ de la couverture maladie à l'ensemble des résidents en situation régulière. Son remplacement en 2016 par la protection universelle maladie (PUMa) parachève le mouvement, avec un assouplissement des conditions d'attribution. En accord avec cette évolution historique de la branche maladie, une grande majorité de Français (67 %) pensent que l'Assurance maladie doit bénéficier à tout le monde sans distinction, contre 46 % pour le système de retraite, 39 % pour les allocations familiales et 37 % pour les allocations chômage. Près d'un Français sur cinq s'orienterait plutôt vers un système combinant un socle minimal et des prestations accrues pour les cotisants. Enfin, moins d'un Français sur cinq se prononce pour un ciblage des remboursements de soins soit sur les seuls cotisants (11 %), soit pour les plus modestes (5 %).

En 2017 en France, 77,8 % des dépenses de santé ont été prises en charge par des financements publics (voir fiche 25). Les Français approuvent ce mode de financement de l'Assurance maladie : 95 % d'entre eux pensent que « le système d'Assurance maladie doit rester essentiellement public », proportion en hausse de 6 points depuis 2008 – première fois où la question était posée. Toutefois, cela n'empêche pas six Français sur dix de juger que la Sécurité sociale coûte trop cher à la société (encadré 3).

Encadré 3 Les mesures préconisées par les Français pour réduire le déficit de la Sécurité sociale

En 2017, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) représente 8,7 % du PIB (voir fiche 1). Cette part a été multipliée par 3,5 depuis 1950, mais elle tend à se stabiliser depuis une dizaine d'années, en raison notamment des mesures de maîtrise des dépenses qui ont été mises en place.

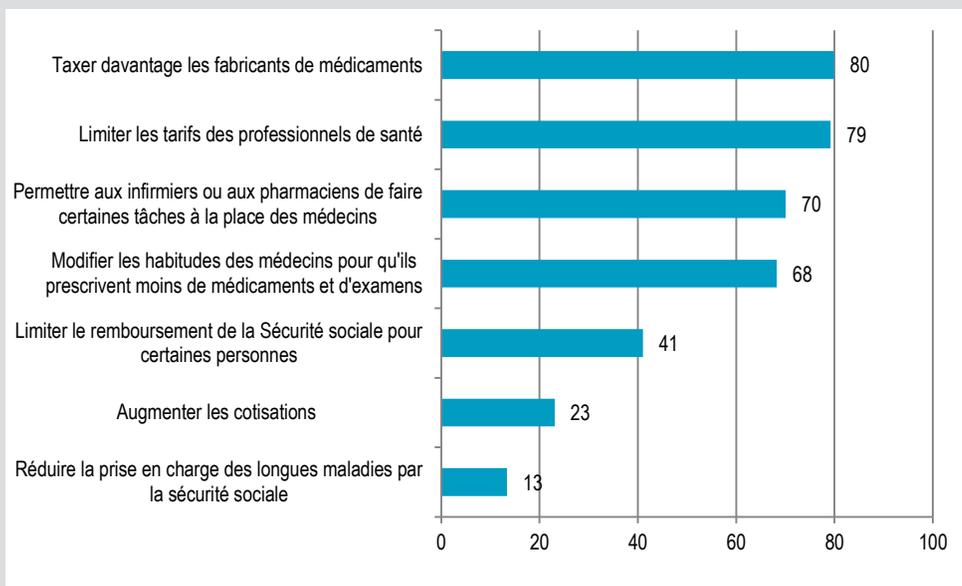
En 2017, deux tiers des Français déclarent qu'« il n'y a pas de raison de limiter les dépenses [de santé] car la santé n'a pas de prix » : cette part a augmenté de 9 points depuis 2013. Parallèlement, près de six Français sur dix trouvent que la Sécurité sociale coûte trop cher à la société, mais cette part a diminué de 10 points en trois ans.

Les personnes qui considèrent leur état de santé comme au mieux « moyen » sont plus nombreuses que les autres à défendre l'absence de limitation des dépenses de santé : c'est le cas de 73 % d'entre elles, contre 65 % des personnes déclarant en bonne santé. Il en est de même concernant les Français les plus modestes : 73 % pour ceux dont le niveau de vie du ménage appartient au quartile inférieur, contre 54 % pour le quartile supérieur.

Dans le cadre du Baromètre d'opinion de la DREES, les personnes interrogées ont été invitées à se prononcer sur sept mesures susceptibles de réduire le déficit de la Sécurité sociale. Les mesures qui arrivent en tête des préférences des Français concernent l'offre de soins : les prix ou tarifs pratiqués, l'organisation des soins, les pratiques des professionnels de santé (graphique 4). Les mesures les moins populaires sont celles qui portent directement sur les assurés (comme limiter les remboursements ou augmenter les cotisations).

Graphique 4 Huit Français sur dix souhaitent taxer davantage les fabricants de médicaments et limiter les tarifs des professionnels de santé

En %



Note > Réponses à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé(e) ». Pour chaque mesure, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 2 % des répondants en 2017, proportions restées stables dans le temps.

Lecture > En 2017, 23 % des personnes interrogées sont plutôt favorables au fait d'augmenter les cotisations.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2017.

Les organismes complémentaires santé prennent en charge, quant à eux, 7 % des dépenses de santé¹. Enfin, 10 % de ces dernières sont financées en France directement par les ménages (contre 16 % en moyenne dans l'UE-15) : il s'agit

1. En 2017, 95 % des personnes interrogées dans le Baromètre d'opinion de la DREES indiquaient être couvertes par une mutuelle ou une assurance complémentaire maladie. Cette proportion est quasi stable depuis une dizaine d'années, même si depuis 2016 tout

de leur « reste à charge » en santé. En 2017, près de six Français sur dix déclarent que ce reste à charge est trop élevé². Deux tiers des Français estiment toutefois que s'ils étaient hospitalisés, les frais qu'ils auraient à payer après remboursement seraient plutôt faibles ou totalement remboursés.

Les opinions sur l'importance du reste à charge ne sont pas sans lien avec l'importance des dépenses de santé dans le budget des ménages. Les populations en mauvaise santé ou disposant de faibles ressources ont en effet davantage de difficultés à assumer ces dépenses restant à leur charge et peuvent alors juger que leurs dépenses sont insuffisamment prises en charge. C'est pourquoi les personnes jugeant leur état de santé moyen ou mauvais sont nombreuses à estimer leur reste à charge trop élevé (62 %, contre 56 % pour les personnes en bonne santé). Des écarts importants s'observent entre les personnes selon que le niveau de vie de leur ménage se situe dans la moitié inférieure ou supérieure de la distribution (63 %, contre 56 %).

Les Français pensent que « tout le monde peut être soigné », mais dans des conditions parfois inégales selon le revenu ou le lieu d'habitation

Les Français sont très sensibles à la problématique de l'accès aux soins³. En 2017, parmi les inégalités jugées les moins acceptables, 28 % d'entre eux citent celles de l'accès aux soins, proportion en hausse de 5 points depuis 2014. C'est le type d'inégalités le plus souvent cité, juste devant celles liées à l'origine ethnique (24 % des Français les considèrent comme étant les moins acceptables), et nettement devant celles liées au revenu (14 %) et au logement⁴ (11 %).

Huit Français sur dix pensent que le système actuel permet à tout le monde d'être soigné quel que soit son revenu (*graphique 5*). Ce sentiment a sensiblement augmenté depuis 2004, gagnant 14 points de pourcentage. L'opinion est également majoritaire, mais dans une moindre mesure, concernant les inégalités territoriales : sept Français sur dix pensent que tout le monde peut être soigné quel que soit le lieu où il habite, une proportion stable depuis 2010.

Le constat est davantage critique au sujet de la qualité des soins et les délais d'attente⁵. Plus d'un Français sur deux pense que la qualité des soins diffère selon le lieu d'habitation (61 %) et le niveau de revenu (55 %) en 2017. S'agissant des délais d'attente, 63 % des Français pensent qu'ils dépendent du lieu d'habitation et une proportion moindre de Français (38 %) pensent qu'ils dépendent des revenus.

Concernant l'accès aux différents professionnels de santé, 36 % des Français pensent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de chez eux, 54 % qu'il n'y a pas assez de médecins spécialistes et seulement 6 % qu'il n'y a pas assez de pharmacies. Le sentiment d'une insuffisance de médecins généralistes à proximité est plus prégnant en territoire rural⁶ où il concerne un habitant sur deux. Il est par ailleurs particulièrement corrélé à l'indicateur objectif d'accessibilité potentielle localisée (APL) aux médecins généralistes (Castell, Dennevault, 2017). Dans les communes appartenant au premier quartile d'APL (c'est-à-dire où l'accessibilité spatiale aux médecins généralistes est peu élevée), 63 % des enquêtés indiquent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes près de chez eux contre 31 % dans les communes appartenant au dernier quartile.

employeur du secteur privé a désormais l'obligation de proposer à ses salariés une complémentaire santé collective. Cette proportion est également cohérente avec celle qui ressort de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) de 2014.

2. Cette statistique se rapporte ici à l'ensemble des Français, y compris ceux qui n'ont pas exprimé leur opinion. Pour cette question, la proportion de Français qui ne se prononcent pas est particulièrement élevée (13 % en 2017). Ainsi, trois Français sur dix trouvent que le reste à charge est trop faible.

3. Un « Plan du Gouvernement pour l'égal accès aux soins dans les territoires » a été lancé par le gouvernement en octobre 2017. Il propose des solutions afin d'améliorer l'accès aux soins des Français.

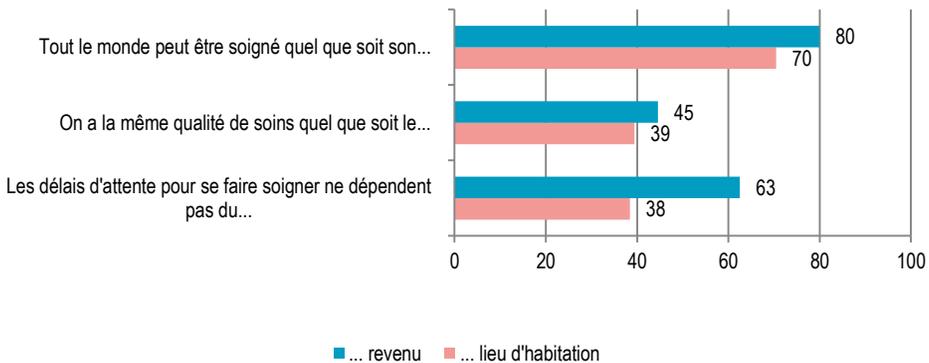
4. Les autres types d'inégalités proposés concernaient la scolarité, le fait d'avoir un emploi, le type d'emploi et l'héritage familial.

5. Les délais d'attente sont toutefois un sujet de préoccupation moins important en France que dans les autres pays européens. D'après l'Eurobaromètre spécial « Sécurité des patients et qualité des soins de santé » de 2009, 22 % des Français contre 29 % des Européens estiment que « l'absence de liste d'attente pour être vu et traité par un médecin » constitue un des trois critères les plus importants pour avoir un système de soin de bonne qualité loin derrière « un personnel médical bien formé » (48 % contre 52 % dans l'UE-27) ou encore « la proximité d'un hôpital ou un médecin » (40 % contre 22 %).

6. Les territoires ruraux correspondent aux communes ne présentant pas de zone de bâti continu comptant au moins 2 000 habitants (selon le zonage en unités urbaines de l'Insee).

Graphique 5 Les inégalités d'accès aux soins selon le lieu d'habitation sont davantage soulignées que celles selon le revenu

En %



Note > Réponses à la question « Êtes-vous d'accord ou pas avec les opinions suivantes ? En France... ». Les modalités de réponse proposées sont : « Plutôt d'accord » et « Plutôt pas d'accord ». Pour chaque question, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 1 % des répondants en 2017, proportions restées stables dans le temps.

Lecture > En 2017, 80 % des personnes interrogées sont d'accord avec le fait que tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu.

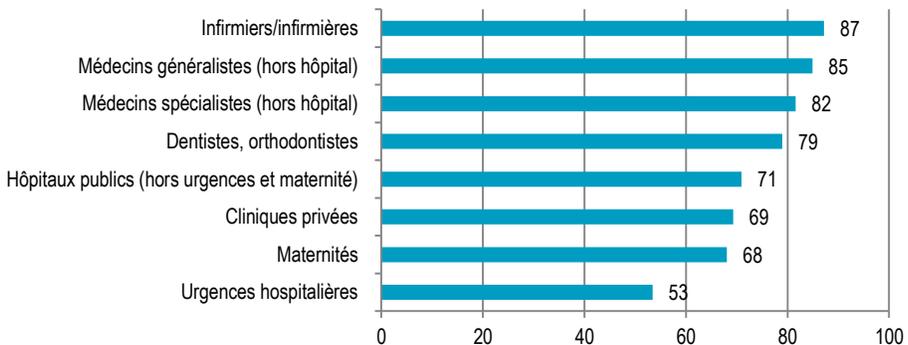
Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2017.

Au-delà des questions d'accès, une grande majorité de Français sont satisfaits des soins prodigués par les différents professionnels de santé (*graphique 6*). Plus de huit Français sur dix ayant eu recours à ces professions sont satisfaits des infirmiers, médecins généralistes et médecins spécialistes. À l'inverse, à peine plus d'un Français sur deux ayant fréquenté les urgences hospitalières est satisfait de « la qualité des soins ou des services offerts » par ce type d'établissement.

Graphique 6 Huit Français sur dix sont satisfaits des soins prodigués par les infirmiers, médecins généralistes et spécialistes, dentistes

En %



Note > Réponses à la question « En général, concernant la qualité des soins ou des services offerts par les prestataires suivants, diriez-vous que vous êtes très satisfait(e), plutôt satisfait(e), ni satisfait(e) ni insatisfait(e), plutôt insatisfait(e), très insatisfait(e) ? ». Pour chaque professionnel de santé, les personnes qui ne les connaissent pas, ne sont jamais allés les voir ou ne se prononcent pas sont exclues du champ du graphique (proportion pouvant aller de moins de 1 % pour les médecins généralistes à 22 % pour les maternités).

Lecture > En 2017, 85 % des personnes interrogées sont très ou plutôt satisfaites de la qualité des soins ou des services offerts par les médecins généralistes.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2017.

Pour en savoir plus

- > **Antunez, K., Papuchon, A.** (2018, mars). « En 2017, des Français moins inquiets et davantage demandeurs d'intervention publique », *Synthèse des résultats de l'enquête 2017 du Baromètre d'opinion de la DREES sur la santé, la protection sociale et les inégalités*. DREES.
- > **Beffy, M., Rousset, R., et al.** (dir.) (2017, septembre). *Les dépenses de santé en 2016, résultats des comptes de la santé – édition 2017*. Paris, France : coll. Panoramas de la Drees – santé. Fiche 38 « L'opinion des Français sur l'état de santé et le système de soins ».
- > **Castell, L., Dennevault, C.** (2017, octobre). Qualité et accessibilité des soins de santé : qu'en pensent les Français ? DREES, *Études et Résultats*, 1035.
- > **Fourcade, N., von Lennep, F., Grémy, I., Bourdillon, F.** (dir.) (2017). L'état de santé de la population en France – rapport 2017. Paris, France : DREES et Santé publique France.

Annexes ←

Annexe 1

Les agrégats des comptes de la santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé.

La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux relevant des régimes français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

Plus précisément, la CSBM regroupe (*schéma 1*) :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux) ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé) ;
- la consommation de transports sanitaires ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux en ambulatoire (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques [VHP], matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine [POH]).

La dépense courante de santé (DCS) au sens français

Agrégat le plus large des comptes de la santé, la dépense courante de santé est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle exclut les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe [FBCF]).

La DCS regroupe la CSBM ainsi que :

- les autres dépenses en faveur des malades, qu'elles relèvent de logiques de complément de leur revenu (indemnités journalières de maladie, de maternité et en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle) ou de soins de longue durée, entendus au sens français du terme¹ (soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements hors dépenses d'hébergement, unités de soins de longue durée, services de soins infirmiers à domicile [Ssiad]) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses engagées pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé (pour l'ensemble de ses acteurs, publics et privés) ;
- les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) et les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la dépense totale de santé (DTS)

Les comptes de la santé servent de fondement à la réponse de la France au *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) correspond à la DCS *au sens français* :

- ... diminuée des indemnités journalières (y compris coûts de gestion afférents à celles-ci), d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale,
- ... et augmentée de certaines dépenses relatives au handicap et à la dépendance : ces soins de longue durée additionnels correspondent à la composante AVQ (activités essentielles à la vie quotidienne) de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), aux dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes, à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et à la prestation de compensation du handicap (PCH).

1. C'est-à-dire exclusion faite des dépenses d'hébergement des personnes âgées hébergées en établissements, comme précisé en annexe 5.

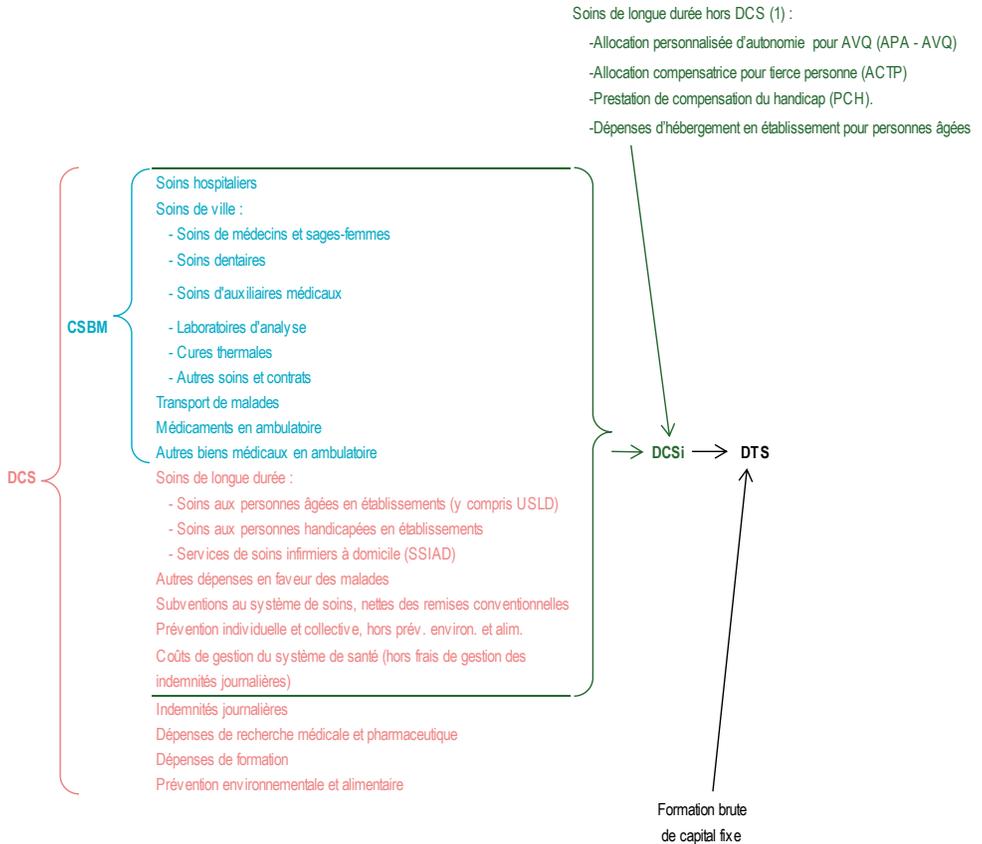
Depuis quelques années, le concept de DCSi prime sur celui de dépense totale de santé (DTS) pour établir des comparaisons internationales : c'est le concept de DCSi qui est employé par l'OCDE dans ses comparaisons des dépenses de santé entre pays membres. La DTS correspond à la DCSi augmentée des dépenses d'investissement en capital au titre du système de soins (formation brute de capital fixe [FBCF]). Or, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas la FBCF dans leur DTS, ce qui limite la comparabilité de cet agrégat.

La DCSi s'élève à 257,2 milliards d'euros en 2016 pour la France : la totalité de la CSBM et environ les deux tiers de la DCS, auxquels s'ajoutent 15,9 milliards au titre des soins de longue durée.

En ce qui concerne le financement de la DCSi, l'OCDE distingue les assurances obligatoires (qu'elles soient publiques ou privées) des assurances facultatives. En France, la généralisation des assurances santé complémentaires privées avec l'accord national interprofessionnel (ANI 2013) conduit à les considérer comme obligatoire et à comptabiliser comme telle depuis le 1^{er} janvier 2016 une partie du financement précédemment considéré comme facultatif. Cela se traduit par un transfert de 16,2 milliards d'euros en 2016 des assurances santé facultatives vers les assurances santé obligatoires.

Dans les comptes nationaux de la santé, la distinction retenue pour ventiler le financement est autre : il s'agit du secteur institutionnel concerné (puissance publique, organismes complémentaires, ménages). Les deux approches sont complémentaires et équivalentes en termes de montants.

Schéma 1 Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international



(1) Les recoupements des notions de soins et de services sociaux de longue durée avec la DCS et la DCSi sont détaillés dans l'annexe 5 de ce même ouvrage.

Note > Les coûts de gestion pour les indemnités journalières sont évalués conventionnellement *a minima*, au prorata de la dépense d'indemnités journalières. Faute de données plus précises, on applique au total des coûts de gestion du système de soins la part de la dépense d'indemnités journalière dans la DCS.

Annexe 2

La méthodologie des comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Si l'existence d'un prix de marché facilite la mesure de la consommation, un prix qui n'est pas économiquement interpretable implique d'utiliser une méthodologie différente pour la calculer. Dans ce cas, la comptabilité nationale retient les coûts de production afin d'évaluer les services fournis gratuitement ou à des prix dits « non marchands ». La méthodologie est donc différente selon le type de soins considéré.

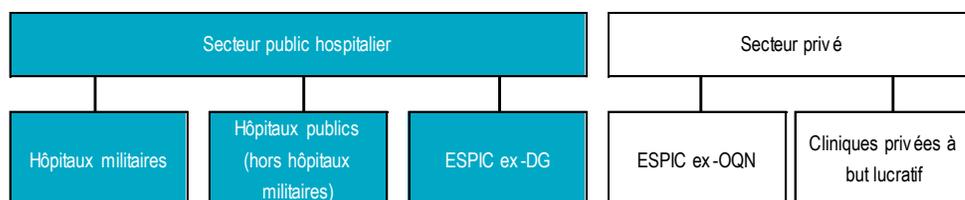
Les soins hospitaliers

Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public sont composés :

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG).

Le secteur privé est, lui, composé :

- des établissements de santé privés d'intérêt collectif ayant choisi le régime conventionnel, dont les dépenses étaient anciennement encadrées par un objectif quantifié national (ESPIC ex-OQN) ;
- des établissements privés à but lucratif.



Les comptes de la santé retracent dans la CSBM l'ensemble des soins délivrés par le budget principal des hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en USLD, en Ehpa[d]...) sont intégrés dans la dépense courante de santé (DCS), hors CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est égale à la production qui n'est ni vendue ni réutilisée. La production totale du secteur est obtenue en regroupant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommations de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). À cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple, mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales, etc.), et la production pour emploi final propre (production de certaines tâches en interne pour assurer le fonctionnement de l'établissement). Puisque le champ de la consommation de soins et de biens médicaux est restreint à l'activité sanitaire, la production non marchande non sanitaire, telle que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées. La consommation de soins du secteur public comprend par construction le déficit des hôpitaux, retracé dans la part financée par la Sécurité sociale.

(1) Facteurs de production tirés des emplois

- Consommation intermédiaire
- Rémunération des salariés
- Impôts sur la production nets des subventions
- Consommation de capital fixe

(2) Production vendue ou réutilisée

- Ventes résiduelles
- Production pour emploi final propre
- Production non marchande de services non sanitaires et corrections

(1) – (2) = Soins de santé du secteur public

À la production des hôpitaux publics ainsi calculée s'ajoute la production de santé des hôpitaux militaires (évaluée, par manque d'autres données, au montant de leurs financements) afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier¹.

B. Les établissements de santé du secteur privé

Dans les comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour (médecine, chirurgie et obstétrique [MCO] y compris médicaments et dispositifs médicaux implantables [DMI] facturés en sus des groupes homogènes de séjours [GHS], psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.

L'évaluation des soins de santé hospitaliers du secteur privé est faite comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale.

Les soins ambulatoires et les soins en clinique privée

Pour établir la consommation des soins ambulatoires et des soins en clinique privée, les comptes de la santé reposent principalement sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI², MSA, et douze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les versements de l'Assurance maladie aux professionnels de santé, aux distributeurs de biens médicaux et aux établissements de santé ainsi que les remboursements de soins effectués par la Sécurité sociale aux assurés. Elles renseignent également sur les transferts au profit des professionnels de santé (ROSP, rémunérations sur contrat, etc.) et les provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées pour l'année du compte provisoire.

Les statistiques complémentaires de la CNAM, du RSI et de la MSA sur les dépenses reconnues et les dépenses remboursables des assurés, permettent d'établir pour chaque poste un taux moyen de remboursement (TMR) grâce auquel la prestation de l'Assurance maladie tous régimes peut être convertie en dépense reconnue.

Les statistiques issues du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) fournissent des éléments sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins et les autres professionnels de santé. Elles retracent également les honoraires des médecins non conventionnés.

Les dépenses de médicaments non remboursables sont renseignées grâce aux données des entreprises du médicament (LEEM) et de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Les dépenses de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (Afipa) et les dépassements concernant les autres biens médicaux sont estimés grâce aux données du Sniiram.

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les statistiques disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue. Les ratios de dépenses supplémentaires pour chaque poste sont estimés à chaque changement de base à l'aide de données annexes (sources fiscales par exemple) et réévalués périodiquement.

1. Voir l'éclairage de l'édition 2015 des comptes de la santé « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

2. À partir de 2018, le RSI est supprimé et la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général de la Sécurité sociale.

Annexe 3

Les révisions de l'édition 2018 des comptes de la santé

Les différentes sources de révisions des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions sont apportées aux comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité du champ et la précision. On distingue les révisions méthodologiques de celles liées aux données.

1) Les révisions liées aux données

Les comptes de la santé sont construits à partir de données qui peuvent être révisées par leurs producteurs du fait de leur caractère provisoire, jusqu'à être considérées comme définitives :

- Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) sont utilisés dans les comptes de la santé pour élaborer les dépenses de santé financées par les régimes de base. Ces tableaux comptables suivent une logique de droits constatés et exigent donc de rattacher les dépenses de soins effectuées l'année n à l'exercice comptable de l'année n . Or une fraction de ces soins n'est connue qu'avec retard, en année $n+1$. Lors de la clôture des comptes de l'année n , les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations disponibles. Ensuite, au cours de l'année $n+1$, les dépenses réelles relatives à l'année n sont comptabilisées. De ce fait, chaque année, la dernière année des TCDC (2017 dans la présente édition) intègre donc *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente (2016 dans la présente édition). À l'inverse, les données des TCDC des années précédentes sont considérées comme définitives.
- Les soins hospitaliers sont construits à partir des données de l'Insee, consolidées d'une année sur l'autre : dans cette édition des comptes de la santé (édition 2018), les données 2016 et 2017 doivent être considérées comme provisoires. Avant 2016, les données sont définitives sauf changement de base de l'Insee.
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2018 des comptes de la santé, les données 2017 sont provisoires, celles de 2016 et antérieures sont définitives.
- Les comptes de la santé s'appuient également sur des données statistiques complémentaires des régimes (voir annexe 2 sur la méthodologie des comptes de la santé) : liées à la dynamique de remontées des « feuilles de soins », ces données statistiques peuvent être révisées jusqu'à deux ans après la date des soins qu'elles concernent.
- D'autres données extra-comptables sont également susceptibles de révision d'une année sur l'autre.

2) Les révisions méthodologiques

En sus de la mise à jour des données, différentes révisions méthodologiques liées au traitement de ces données peuvent être réalisées afin d'améliorer la qualité des résultats des comptes à champ donné.

Par exemple, dans l'édition 2016 de cet ouvrage, les taux moyens de remboursement utilisés dans les comptes de la santé pour passer de la dépense remboursée à la dépense remboursable ont été affinés pour s'adapter à une nomenclature comptable devenue plus précise. Dans l'édition 2017, les comptes de la santé ont été rétro-polés de façon à être calculés à méthodologie constante depuis 1950.

Cette édition coïncide avec un changement de base des comptes nationaux, pilotés par l'Insee¹. Elle a été l'occasion de plusieurs améliorations méthodologiques de fond liées notamment à l'estimation de la consommation de médicaments non remboursables ou au traitement des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD) n° 31 et n° 32 (voir ci-dessous).

1. « Changer de base » consiste à remettre en chantier les concepts, nomenclatures et méthodes qui fondent la comptabilité nationale, afin qu'elle continue de refléter au mieux la réalité économique.

Les révisions de la consommation de soins et de biens médicaux

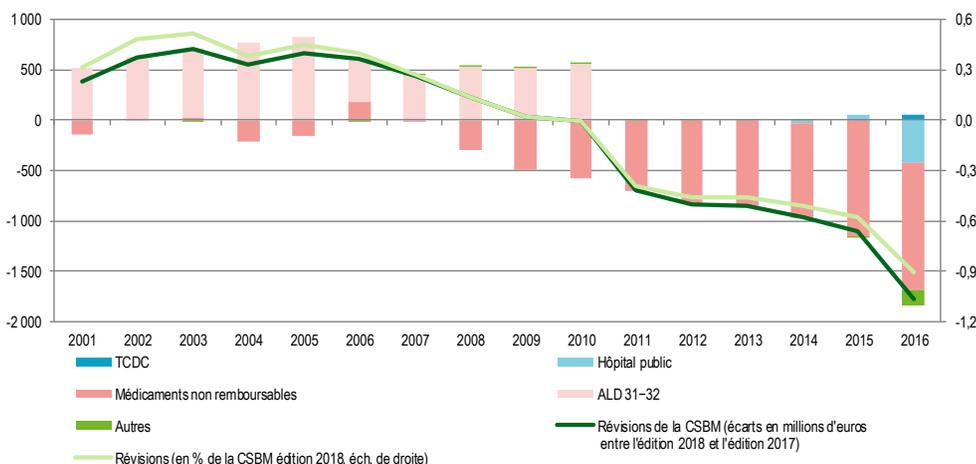
La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est révisée dans l'édition 2018 des comptes de la santé (*graphique 1*). Deux principales améliorations méthodologiques ont été apportées :

- Entre 2001 et 2010, l'estimation des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD) n° 31 et n° 32 au sein de la CSBM a été revue, et cette nouvelle estimation se traduit par une révision à la hausse de 500 à 600 millions d'euros de la CSBM selon les années.
- L'estimation de la consommation de médicaments non remboursables a été revue à partir de données plus fines relatives au chiffre d'affaires prix public toutes taxes comprises des officines (données de l'entreprise IQVIA). Cette amélioration méthodologique se traduit par une révision à la baisse de la consommation de médicaments non remboursables plus marquée pour les années récentes (celle-ci atteint 1,3 milliard d'euros en 2016).

Parallèlement, l'actualisation des données sources entraîne une révision de la CSBM, très faible en 2015 et modérée en 2016 (-430 millions d'euros pour l'hôpital public de source Insee en 2015, +60 millions d'euros pour les TCDC en 2016). En particulier, le régime comptable de Mayotte a été intégré au champ à partir de 2016, en cohérence avec les modifications opérées dans les comptes de la Sécurité sociale et l'Ondam.

Graphique 1 Décomposition des révisions de la CSBM entre l'édition 2018 et l'édition 2017

En millions d'euros et en %



Lecture > En 2016, la CSBM est révisée à la baisse de 1,8 milliard d'euros (soit une révision de -0,9 %), dont 1,3 milliard d'euros pour le poste des médicaments non remboursables.

Sources > DREES, comptes de la santé (édition 2017) et comptes de la santé (édition 2018).

Enfin, du fait de questionnements sur l'estimation des dépassements d'honoraires dans les comptes de la santé, un travail méthodologique a été mené pour l'édition 2018 comparant la méthode actuelle (données de la base Assurance maladie – Offre de soins [AMOS]) et une méthode alternative (exploitant les données de la base Open DAMIR). Les deux bases sont construites à partir de données de remboursements de l'Assurance maladie et produisent des résultats comparables. Toutefois, en raison de la profondeur historique plus grande de la base AMOS (anciennement SNIR) et de son objectif mieux adapté à l'analyse des dépassements d'honoraires (suivi particulier des professionnels libéraux), il a été décidé de conserver la méthodologie actuelle.

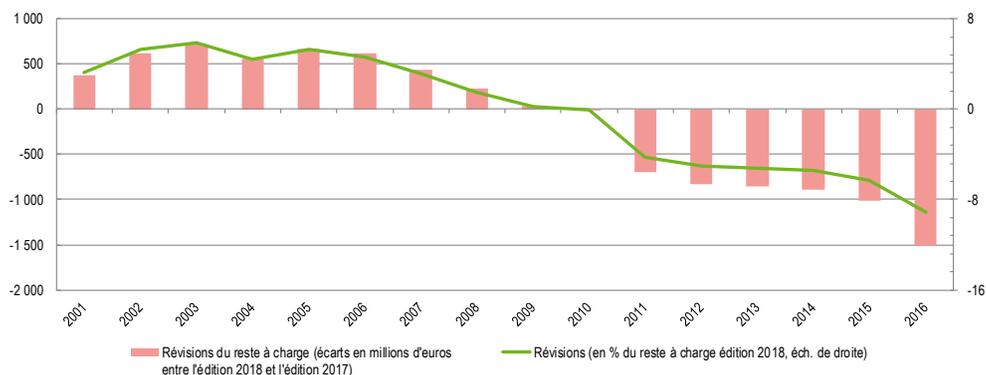
Les effets des révisions sur les montants pris en charge par chacun des financeurs de la CSBM

L'ensemble des révisions opérées modifie également les montants pris en charge par chacun des financeurs de la CSBM.

Ainsi, par effet cumulé de ces différentes révisions, le reste à charge des ménages a été réestimé à la hausse pour la période 2001-2008 (entre +30 et +700 millions d'euros selon les années) et à la baisse pour la période 2009-2016 (entre -10 et -1 500 millions d'euros) [*graphique 2*].

Graphique 2 Révisions du reste à charge des ménages entre l'édition 2018 et l'édition 2017

En millions d'euros et en %



Lecture > En 2016, le reste à charge des ménages est révisé à la baisse de 1,5 milliard d'euros (soit une révision de -9,1 % par rapport au montant de l'édition 2017).

Sources > DREES, comptes de la santé (édition 2017) et comptes de la santé (édition 2018).

De même, les dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics (Sécurité sociale, régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de Camieg, organismes de base en charge de la CMU-C, État et collectivités territoriales) ont été révisées à la baisse pour la période 2014-2016 (entre -30 et -240 millions d'euros selon les années) [tableau 1].

Tableau 1 Révisions des dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics entre l'édition 2018 et l'édition 2017

En millions d'euros et en %

	2014	2015	2016
Révision des dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics (en millions d'euros)	-30	-20	-240
Révisions en % du montant pris en charge par les financeurs publics dans l'édition 2018	0,0	0,0	-0,2

Lecture > Pour l'année 2016, les dépenses prises en charge par les financeurs publics sont révisées à la baisse de 240 millions d'euros dans l'édition 2018 par rapport à l'édition 2017 (soit une révision de -0,2 % par rapport au montant de l'édition 2018).

Sources > DREES, comptes de la santé (édition 2017) et comptes de la santé (édition 2018).

Enfin, la prise en charge des dépenses de santé par les organismes complémentaires a été révisée à la baisse pour la période 2014-2016 (entre -70 et -20 millions d'euros) [tableau 2].

Tableau 2 Révisions des dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires entre l'édition 2018 et l'édition 2017

En millions d'euros et en %

	2014	2015	2016
Révisions des dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires (en millions d'euros)	-50	-70	-20
Révisions en % du montant pris en charge par les organismes complémentaires dans l'édition 2018	-0,2	-0,3	-0,1

Lecture > Pour l'année 2016, les dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires sont révisées à la baisse de 20 millions d'euros dans l'édition 2018 par rapport à l'édition 2017 (soit une révision de -0,1 % par rapport au montant de l'édition 2018).

Sources > DREES, comptes de la santé (édition 2017) et comptes de la santé (édition 2018).

Les révisions de la dépense courante de santé

Les dépenses de recherche au sein des universités et hôpitaux universitaires ont été révisées par le ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. Les données concernant les années 2015 et suivantes ont été produites avec une méthodologie plus fine. La révision apportée accroît la dépense recensée d'environ 0,8 milliard d'euros (sur un total de près de 2,5 milliards d'euros). Afin de garantir la comparabilité de la série dans la durée, les données des années antérieures à 2015 (à partir de 2001) ont été réestimées en appliquant à la nouvelle base de la dépense les taux d'évolution précédemment enregistrés.

Enfin, les coûts de gestion des mutuelles ont été mis à jour sur la base de données définitives (+40 millions d'euros en 2015), ainsi que les données de subventions (-260 millions d'euros en 2016).

Annexe 4

Les indices de prix et de volume des comptes de la santé

Les comptes de la santé fournissent une estimation détaillée de la valeur des soins et biens consommés en France. Celle-ci intègre donc deux aspects : les volumes échangés d'une part, et le prix unitaire de chaque bien ou service consommé d'autre part. Pour analyser et comprendre l'évolution de la dépense de santé en euros courants, il est indispensable de les distinguer, c'est-à-dire d'effectuer le partage entre l'évolution des volumes et l'évolution des prix¹.

Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agrèger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par la formule : Valeurⁱ = Volumeⁱ x Prixⁱ, où i est un produit homogène donné.

Ainsi, d'une part, la différence en valeur enregistrée au cours du temps des montants des transactions d'un bien déterminé résulte d'une variation des volumes, et d'une variation des prix d'autre part.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas, il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la somme d'un nombre de boîtes de médicaments et d'un nombre de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume « aux prix de l'année précédente » (noté Volume_{ppp}) qui n'est autre que l'agrégation des valeurs des produits aux prix de l'année précédente. L'indice de prix sert ainsi non seulement à suivre l'inflation (évolution des prix à qualité constante), mais permet également de mesurer l'évolution de la qualité des produits, qui rend compte de l'agrégation de soins et de biens médicaux de natures différentes. L'équation suivante résume cette agrégation :

$$\text{Valeur} = \text{Volume}_{\text{ppp}} \times \frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année précédente}}$$

La construction des indices

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indexation 0 est relative à l'année de référence considérée (en pratique, il s'agit de l'année $n-1$). L'absence d'indexation renvoie à l'année n .

Valeurs

L'indice de la valeur globale dépend des prix et des quantités des années n et $n-1$:

$$\frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de Laspeyres :

$$\frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \cdot \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Une évolution de la valeur due à la variation des quantités ou à la déformation de la structure de consommation est retracée dans l'indice de volume. À prix inchangés, si la structure de la consommation se déforme d'une année sur l'autre au profit des produits plus chers (respectivement moins chers), l'indice de volume croît (respectivement décroît).

1. En raison du changement de base de l'Insee, l'ensemble des indices (prix, volume) sont désormais en base 100 en 2014.

Cet effet est appelé « effet qualité » puisqu'il permet d'estimer à travers les volumes la qualité des soins et des biens médicaux consommés. La notion de volume au niveau agrégé est plus riche que la notion de quantité mise en avant au niveau micro-économique car elle combine une dimension qualité et une dimension quantité.

Prix

L'indice des prix (indice de Paasche) s'en déduit :

$$\frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

Une évolution de la valeur liée à la variation du prix de tout type de soin et bien médical est retracée dans l'indice de prix.

Les indices de prix dans les comptes nationaux de la santé

Le prix des soins hospitaliers publics

Les soins hospitaliers publics sont considérés comme des services non marchands². Les prix ne sont pas directement observables. L'indice de prix est donc obtenu par une mesure directe du volume de service fournie par les établissements de santé publics (méthode output à partir des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements [SAE] réalisée par la DREES, ainsi que des données d'activité du court séjour fournies par l'ATIH).

Le prix des soins en clinique privée

À la différence du secteur public, pour les cliniques privées la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les séjours en cliniques privées résulte de la composition d'indices élémentaires fournis par la CNAM et la DGOS sur la part tarifaire (tarifs infra-annuels réglementaires des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR), la liste en sus et la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses)³.

Le prix des soins de médecins et de sages-femmes

L'indice des prix à la consommation (IPC) produit par l'Insee mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins et de sages-femmes, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Par conséquent, il n'intègre pas le forfait « médecin traitant » non facturé aux ménages et pris en charge par l'Assurance maladie. Cette rémunération forfaitaire du médecin est dès lors intégralement incluse dans l'indice de volume.

L'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins, y compris les honoraires perçus en cliniques privées. Il est toutefois appliqué au champ plus restreint des soins de médecins et de sages-femmes au sens des comptes de la santé (i.e. hors honoraires en cliniques privées). Depuis 2017, l'Insee produit deux indices spécifiques pour chaque catégorie de médecins (généralistes et spécialistes). Toutefois, cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé, faute de recul suffisant.

Le prix des soins sur lettres-clefs (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, analyses de laboratoires, etc.)

Le prix d'un acte est défini à partir d'une lettre-clef et d'un coefficient pour certains postes, par exemple les soins de masseurs-kinésithérapeutes, les analyses de laboratoires, les soins des infirmiers, etc. Pour ces actes, la prise en charge par la Sécurité sociale est déterminée par le produit entre une lettre-clef, à laquelle correspond un certain montant ou tarif en euros, et la cotation de cet acte c'est-à-dire à un certain nombre de lettres-clefs. Par exemple pour les analyses de laboratoires, la lettre B vaut 0,27 euro en France métropolitaine, la lettre TB vaut 2,52 euros tout comme la lettre PB, un prélèvement sanguin par un technicien de laboratoire est coté 1,5 TB. Le coût du prélèvement est donc 3,78 euros (1,5 x 2,52 euros).

Pour ces postes, l'indice des prix à la consommation (IPC) produit par l'Insee suit les évolutions des lettres-clefs définies par l'Assurance maladie. Conceptuellement, la construction de l'IPC suppose que les services consommés par le patient sont *in fine* les services associés aux lettres-clefs, et non les actes eux-mêmes. Ainsi, une modification du nombre de

2. Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.

3. Dans les comptes de la santé, la consommation de soins en cliniques privées comprend également les honoraires perçus par les professionnels de santé exerçant en tant que libéraux au sein de ces établissements.

Annexe 4 > Les indices de prix et de volume des comptes de la santé

lettres-cléfs pour un acte (prélèvement sanguin par exemple) est interprétée comme une modification de la qualité de l'acte (fiabilité, temps passé, etc.), et non comme une modification de son prix. Ce principe de définition de l'indice de prix explique que les négociations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé aboutissant à des changements de cotation n'influencent pas l'indice de prix, et sont donc enregistrés dans les comptes de la santé comme des effets sur les volumes.

Le prix des « contrats et autres soins »

Par convention, le prix des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé comprises dans le poste « contrats et autres soins » (ROSP notamment) est fixe. La comptabilisation de la ROSP en tant qu'effet volume se justifie par le fait qu'il s'agit de la contrepartie d'actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins qui passe notamment par une optimisation de la prescription (en particulier des médicaments génériques), par un meilleur suivi des maladies chroniques et par des actions à visée préventive. Les évolutions de ces transferts sont donc intégralement comptabilisées dans l'indice de volume.

En revanche, le prix des honoraires des autres professionnels de santé inclus dans ce poste suit celui des soins de médecins et de sages-femmes.

Le prix des médicaments

Les indices de prix des médicaments (spécialités remboursables et spécialités non remboursables) sont ceux calculés par l'Insee. Les prix retenus sont les prix de vente TTC en officines, avant prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'IPC cherchant à mesurer l'évolution des prix, un nouveau médicament n'est intégré effectivement à l'indice que l'année suivant son introduction *via* sa dynamique de prix et non directement son niveau.

Dans le cas des médicaments, un médicament est considéré comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, un médicament n'est pas considéré comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Ainsi, la baisse des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à l'effet des génériques et des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à qualité constante. Les médicaments innovants n'intégrant l'échantillon suivi que l'année après leur mise sur le marché, l'indice ne retrace pas le fait qu'ils sont généralement plus coûteux que les médicaments déjà existants.

Le déremboursement d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Mais si le prix du médicament change à l'occasion de son déremboursement, cela aura toutefois un impact sur les deux indices de prix calculés par l'Insee : l'indice de prix des médicaments remboursables et l'indice de prix des médicaments non remboursables.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans : Unay T. (2012, juillet). Les prix des médicaments de 2000 à 2010. Insee, *Insee Première*, 1408.

Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « matériels, aliments et pansements » est également calculé à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'Insee. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour personnes diabétiques, etc.), celui du matériel médico-chirurgical, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers, etc.

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent d'une décomposition effectuée par la CNAM⁴ à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements.

De même, le prix des « orthèses, prothèses externes et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des véhicules pour handicapés physiques (VHP), etc. Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices (à qualité constante).

4. La décomposition effectuée par la CNAM couvre les remboursements du régime général, hors SLM, en France métropolitaine.

Annexe 5

Les soins et services sociaux de longue durée au sens international

Les soins et services sociaux de longue durée (*Long-Term Care*) sont définis dans le système européen des comptes de la santé SHA (*System of Health Accounts*) comme les « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Cette définition s'applique aux personnes âgées en perte d'autonomie mais aussi aux personnes en situation de handicap. Les soins de longue durée regroupent à la fois les services de soins de longue durée qui relèvent notamment de la santé (*Long-Term Health Care*, HC.3) [encadré 1], mais aussi les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (*Long-Term Social Care*, HCR.1). Ces derniers sont cependant exclus par convention de la dépense courante de santé au sens international et sont donc comptabilisés à part (tableau 1).

Encadré 1 Changement méthodologique de l'OCDE pour comptabiliser les soins de longue durée

À la demande de l'OCDE et depuis juin 2018, les dépenses de soins de longue durée en établissement au sens international (*Long-term Health Care*, HC.3) incluent désormais les dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées, en sus des dépenses habituellement comptabilisées [allocation personnalisée d'autonomie (APA), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), prestation de compensation du handicap (PCH), aides sociales pour personnes âgées et handicapées] et qui sont exclues de la définition française. En effet, dans la définition qui prévaut dans les comptes de la santé, les soins de longue durée revêtent une dimension sanitaire stricte et correspondent uniquement aux soins de santé en unités de longue durée (USLD), en établissements pour personnes âgées dépendantes ou non, en établissements pour personnes handicapées et les forfaits de soins en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) [voir fiches 32 et 33].

Les **soins de longue durée en établissements** comptabilisés ici au sens international sont constitués des soins :

- en unités de soins de longue durée (USLD) ;
- en établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non (Ehpad, Ehpa, y compris dépenses d'hébergement)
- en établissements pour personnes handicapées ;
- estimés au titre des AVQ [encadré 2] dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement.

Les dépenses de **soins de longue durée à domicile** comprennent les soins infirmiers et les soins de kinésithérapie (fondés sur les estimations du compte de la dépendance élaboré par la DREES [Darcillon, 2017]), les forfaits de soins en Ssiad (services de soins infirmiers à domicile), une estimation des AVQ de l'APA¹ à domicile, les montants d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et des prestations de compensation du handicap (PCH).

Outre les AIVQ de l'APA, les **services sociaux de longue durée** sont notamment constitués de l'aide sociale des départements et de l'action sociale fournie par différents acteurs, dont les caisses de Sécurité sociale (aides ménagères notamment) et les collectivités territoriales, et des prestations de dépendance des organismes complémentaires.

Encadré 2 Soins et services sociaux de longue durée : une distinction complexe

La distinction entre soins et services sociaux de longue durée est la suivante :

- les aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) sont classées en santé. Elles correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes ;
- les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont classées en services sociaux. Elles correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas), des tâches administratives (gestion du budget) ou des activités de loisirs.

Par ailleurs, au sein de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), le partage des soins entre soins curatifs et réhabilitatifs, d'une part, et soins de longue durée, d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux, ce qui fragilise les comparaisons internationales.

1. La dépense d'APA est décomposée entre AVQ et AIVQ. Ces deux postes permettent de reconstituer la totalité de la dépense d'APA en la ventilant entre les fonctions HC3 et HCR1 de SHA.

Tableau 1 Dépenses de soins et services sociaux de longue durée en France en 2016, selon les nomenclatures française et internationale

Montants en millions d'euros

	Inclus dans la DCSi (HC3)		Dépenses connexes (hors DCSi - HCR1)	Total
	Soins de longue durée en établissements	Soins de longue durée à domicile	Services sociaux de longue durée	
Sur le champ de la CSBM				
Soins d'auxiliaires médicaux		1 452		1 452
Sur le champ de la DCS, hors CSBM				
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)		1 597		1 597
Soins pers. âgées en établissement (y compris USLD)	9 146			9 146
Soins pers. handicapées en établissement	9 554			9 554
Dépense totale de soins de longue durée au sens français	18 700	1 597		20 297
Dépenses hors des comptes de la santé				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AVQ	774	970		1 743
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AIVQ			3 810	3 810
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH)		2 147		2 147
Aide sociale aux personnes âgées			2 907	2 907
Aide sociale aux personnes handicapées			5 491	5 491
Dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes*	11 960			11 960
Dépense totale de soins de longue durée au sens international	31 433	6 166	12 208	49 807

* Ajoutées en juin 2018 dans la définition internationale des soins de longue durée.

AVQ : activités essentielles de la vie quotidienne ; AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne.

□ : les soins de longue durée au sein des comptes de la santé.

Note > Seuls les soins issus de la CSBM correspondent à une dépense tous financeurs. Les autres postes (en italique) correspondent aux aides versées aux ménages. Les dépenses ventilées dans ce tableau ne comprennent pas les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

En 2015, les dépenses de soins de longue durée à domicile ont été révisées : elles se fondent désormais sur les estimations du compte de la dépendance élaboré par la DREES.

Source > DREES, réponse à SHA 2018 (à partir des comptes de la santé, édition 2017, des comptes provisoires de la protection sociale, novembre 2017 et d'estimations obtenues en suivant la même méthodologie des comptes de dépendance, édition 2016).

Pour en savoir plus

> **Darcillon, T.** (2016). Les comptes de la dépendance de 2010 à 2014, in *La protection sociale en France et en Europe en 2014*, DREES. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.

Annexe 6

Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
AcBUS : accord de bon usage des soins
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
Adeli : automatisation des listes
Afipa : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (remplacée depuis 2012 par l'ANSM)
AIS : actes infirmiers de soins
AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne
ALD : affection de longue durée
AMC : assurance maladie complémentaire
AME : aide médicale de l'État
AMI : actes médicaux infirmiers
AMK : actes de masso-kinésithérapie
AMM : autorisation de mise sur le marché (des médicaments)
AMO : assurance maladie obligatoire
AMOS : assurance maladie – Offre de soins (base de données de l'assurance maladie)
AMY : actes d'orthoptie
Anap : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ANSP : Agence nationale de santé publique (« Santé publique France »)
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARS : agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT/MP : accidents du travail-maladies professionnelles
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTc : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
Camieg : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CAPI : contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CEPS : Comité économique des produits de santé
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire

CNAM : Caisse nationale de l'assurance maladie (remplace la CNAMTS à partir de 2018)
CNETH : Conseil national des exploitants thermaux
CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNS : comptes nationaux de la santé
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSE : Centre national des soins à l'étranger
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPO : centres de préorientation pour adultes handicapés
CPS : comptes de la protection sociale
CRP : centres de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : dépense courante de santé (au sens français)
DCSi : dépense courante de santé au sens international
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : dotation globale hospitalière
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMI : dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTS : dépense totale de santé (données internationales)

E

Ehpa : établissement d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJDS : établissements pour jeunes déficients sensoriels
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EPHMRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)
Eprus : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (devenu Santé publique France en 2016)
ESPIC : établissements de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein

F

FAC : Fonds des actions conventionnelles (de la CNAM)
FAM : foyers d'accueil médicalisés
FBCF : formation brute de capital fixe
FFI : médecin « faisant fonction d'interne »
FFIP : Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances

FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR : Fonds d'intervention régionale
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FSPF : Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)
GHM : groupe homogène de malades (en établissement de santé)
GHS : groupe homogène de séjours (en établissement de santé)
GIR : groupes iso-ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : Haut Conseil en santé publique

I

IEM : institut d'éducation motrice
IFSI : institut de formation aux soins infirmiers
IJ : indemnités journalières
IME : institut médico-éducatif
Ipes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (devenu Santé publique France en 2016)
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
INTS : Institut national de la transfusion sanguine
InVS : Institut national de veille sanitaire (devenu Santé publique France en 2016)
IP : institution de prévoyance
IPC : indice des prix à la consommation (Insee)
Irdes : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISBLSM : institutions sans but lucratif au service des ménages
Itep : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L

LEEM : Les entreprises du médicament
LPP : liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : maisons d'accueil spécialisé
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie

MECSS : Mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale
Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
Mires : mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »
MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC : organismes complémentaires
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
ODAM : objectif de dépenses d'Assurance maladie (de SSR et psychiatrie dans les secteurs public et privé non lucratif)
ODMCO : objectif de dépenses d'assurance maladie des activités de maladie, chirurgie, obstétrique et odontologie
OGD : objectif global de dépenses (médico-sociales)
OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu
OMAR : outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : objectif national de dépenses d'Assurance maladie
Oniam : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
ONDPS : Observatoire national des professions de santé
Optam : option pratique tarifaire maîtrisée
Optam-CO : option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique
OQN : objectif quantifié national (de dépenses de SSR et psychiatrie des établissements de santé privés)

P

Paces : première année commune aux études de santé
PCH : prestation de compensation du handicap
PIB : produit intérieur brut
PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)
PPA : parité de pouvoir d'achat
PQE : programmes de qualité et d'efficacité (annexe 1 du PLFSS)
PSCE : enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'Irdes
PSPH : établissement de santé « participant au service public hospitalier »
PUMa : protection universelle maladie

R

RAC : reste à charge

RG : régime général (de l'assurance maladie)
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
RSI : Régime social des indépendants, supprimé en 2018
 (la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général de la Sécurité sociale)

S

SAE : enquête Statistique annuelle des établissements de santé
Samsah : services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : services d'accompagnement à la vie sociale
Sessad : services d'éducation spéciale et de soins à domicile
SHA : *System of Health Accounts*
SMIC : salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR : service médical rendu (par un médicament)
SMUR : service médical d'urgence
SNDS : Système national des données de santé
Sniiram et **SNIR** : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
SPS : enquête Santé et Protection sociale de l'Irdes
SSA : service de santé des armées
Ssiad : services de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation

T

T2A : tarification à l'activité
TCDC : tableau de centralisation des données comptables
TFR : tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)
TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)
TM : ticket modérateur
TSA : taxe de solidarité additionnelle

U

UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle
UFR : unité de formation et de recherche
UNCAM : Union nationale des caisses d'Assurance maladie
USLD : unité de soins de longue durée

V

VHP : véhicule pour handicapé physique
VSL : véhicule sanitaire léger

Annexe 7

Glossaire

Aide à la télétransmission : subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soin électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue en 2012 une composante de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant versé est croissant avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire) ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, l'ACS est en outre réservée à des contrats de complémentaires santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix.

Automatisation des listes (Adeli) : système d'information national dénombrant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

Aide médicale de l'État (AME) : dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions de ressources et de résidence.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : veille à la préservation de la stabilité du système financier, à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des banques et assureurs opérant en France. Elle délivre en particulier les agréments et autorisations d'exercer. L'ACPR collecte aussi les états comptables, prudentiels et statistiques auprès des organismes complémentaires, utilisés pour la production des comptes de la santé.

Autres biens médicaux : optique, matériels et pansements, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques inscrits à la liste des produits et prestations de l'Assurance maladie (voir LPP).

Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) : introduits par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011, ils permettent à l'Assurance maladie et aux agences régionales de santé d'accompagner pendant trois ans les établissements publics de santé dont les dépenses

prescrites de transports et/ou de médicaments ont sensiblement progressé, au-delà des taux d'évolution fixés. Ces contrats ont été renouvelés en avril 2017 pour effet au 1^{er} janvier 2018.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. La CMU-C est gérée soit par la caisse d'assurance maladie de l'assuré (organisme de base), soit par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance) habilité à gérer la CMU-C. Les garanties offertes sont les mêmes dans les deux cas. Dans les comptes de la santé, les dépenses de base et complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérés par leur caisse d'assurance maladie sont regroupées dans l'item « CMU-C organismes de base », le système d'information ne permettant pas de distinguer les deux composantes de la dépense. Cette dépense globale est conventionnellement regroupée dans les comptes avec les dépenses de l'État qui recouvrent, outre l'AME et les soins urgents, les prestations versées aux invalides de guerre. À l'inverse, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérées par un organisme complémentaire sont intégrées dans les comptes de la santé aux dépenses des organismes complémentaires.

Comptes de la santé : compte satellite de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la prévention et au traitement d'une perturbation de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : la consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD) ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense relatives notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés par ailleurs dans la dépense courante de santé (DCS) [voir annexe 1 et fiche 1].

Consommation effective des ménages : inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc les biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, mais aussi les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de

consommation individualisable des administrations publiques ou des ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Dépenses de consommation finale des ménages :

comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques :

recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéficiaire ultime revient aux ménages (dépenses d'éducation et de santé pour l'essentiel, mais aussi de culture, d'aides au logement, etc.).

La dépense de consommation finale des administrations publiques est ainsi séparée entre les dépenses individualisables et les dépenses collectives.

Dépense courante de santé (DCS), dépense courante de santé au sens international (DCSi) et dépense totale de santé (DTS) : (voir annexe 1).

Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) :

créé par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, ce fonds a pour objectif de lisser dans le temps l'impact des variations de dépenses entraînées par l'arrivée d'innovations thérapeutiques. Le fonds prend en charge les dépenses relatives aux médicaments innovants *via* plusieurs dispositifs :

- la liste en sus pour les médicaments hospitaliers ;
- les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et les post-ATU pour les médicaments rendus disponibles avant qu'une autorisation de mise sur le marché ne leur ait été délivrée ;
- les médicaments rétrocedés, *i.e.* dispensés dans les pharmacies hospitalières pour une consommation en ville.

Dans les comptes de la santé, les dépenses du FFIP sont directement intégrées au poste qu'elles concernent (médicaments en ambulatoire, médicaments en clinique privée, médicaments à l'hôpital).

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP (voir ci-dessous) à compter de 2012.

Forfait hospitalier : le forfait hospitalier correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation dans le public comme dans le privé. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Depuis le 1^{er} janvier 2010, il s'élève à 18 euros par jour (13,5 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Forfait structure : créé par la convention médicale d'août 2016, ce forfait remplace à partir du 1^{er} janvier 2017 les précédents indicateurs de la ROSP (voir ci-dessous) qui portaient sur l'organisation du cabinet. Ce forfait constitue désormais une rémunération à part entière indépendante de la ROSP, pouvant être versée à tout médecin libéral.

Forfait patientèle médecin traitant : créé par la convention médicale d'août 2016, ce forfait se substitue dès le 1^{er} janvier 2018 aux différentes rémunérations forfaitaires qui étaient versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (majoration pour personnes âgées, forfait médecin traitant, rémunération médecin traitant). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP (voir ci-dessous).

Franchise : la franchise médicale est déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les médicaments (0,5 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,5 euro par acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport sanitaire). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, et la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (20 ans). Depuis 2012, le prix d'un générique doit être inférieur à 60 % de celui du princeps. Un groupe générique est défini, dans le répertoire générique, par le médicament de référence (princeps) et les médicaments génériques de celui-ci. Depuis 1999, les pharmaciens peuvent délivrer un générique à la place d'un princeps (droit de substitution) et y sont encouragés à travers plusieurs mécanismes financiers (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

Hospitalisation complète : on parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée généralement supérieure à 24 heures.

Hospitalisation partielle : venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à 24 heures (hors séances).

Lits de soins aigus : lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

Liste des produits et prestations (LPP) : répertoire des biens médicaux remboursables par l'Assurance maladie, distinguant quatre types de produits :

- titre I - dispositifs médicaux, aliments, pansements ;
- titre II - orthèses et prothèses externes ;
- titre III - dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons ;
- titre IV - véhicules pour handicapés physiques.

Liste en sus : le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est principalement assuré de manière forfaitaire. Afin de favoriser la diffusion technologique certaines spécialités et dispositifs médicaux, innovant souvent onéreux, sont inscrits sur une liste « dite liste en sus », et peuvent être facturés en plus du forfait lié au séjour hospitalier du patient.

NM – nouveaux membres : la moyenne NM regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004 et pour lesquels les données du système international des comptes de la santé sont disponibles, c'est-à-dire l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovaquie. Les NM-13 regroupe l'ensemble des 13 pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004.

Optam et Optam-CO : depuis le 1^{er} janvier 2017, les deux options pratiques tarifaires maîtrisées Optam et Optam-CO sont ouvertes aux médecins de secteur 2 (autorisés à facturer des dépassements d'honoraires) en remplacement du contrat d'accès aux soins :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins de secteur 2 ;
- l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-CO) est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie-obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En souscrivant l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement, ce qui permet à ses patients d'être mieux remboursés. En contrepartie, le médecin bénéficie d'une prime ou d'une majoration de certains actes selon l'option.

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base.

Parcours de soins coordonné : le parcours de soins coordonné consiste pour un patient à consulter en priorité un médecin (dit médecin traitant, qu'il aura auparavant déclaré auprès de l'Assurance maladie) pour son suivi médical. L'assuré garde la possibilité de consulter directement un médecin sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale. Le parcours de soins coordonné a été

instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004.

Parité de pouvoir d'achat : voir Standards de pouvoir d'achat.

Personnel soignant (hôpital) : sages-femmes, encadrants du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

Programme de retour à domicile organisé (PRADO) : permet d'accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi particulier.

Prévention institutionnelle : fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. Elle n'inclut pas la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Produit intérieur brut (PIB) : principal agrégat de la comptabilité nationale. Il est égal à la somme des emplois finaux, moins les importations. Il est aussi égal à la somme des rémunérations des salariés versées par les unités résidentes, des excédents bruts d'exploitation de ces unités et des impôts liés à la production et à l'importation versés, nets des subventions d'exploitation reçues.

Protection maladie universelle (PUMa) : dispositif ayant succédé à la Couverture maladie universelle (CMU) de base au 1^{er} janvier 2016. Avec la PUMa, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. Par rapport à l'ancienne CMU de base, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence en France.

Remises pharmaceutiques : des remises sont versées par les laboratoires pharmaceutiques aux caisses de Sécurité sociale. Ces remises, conventionnelles, sont définies par des clauses particulières dans les conventions signées entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé [CEPS] (accords prix/volume par exemple). D'autres types de remises conventionnelles existent (qui peuvent aussi concerner les dispositifs médicaux) et, depuis 2014, des remises spécifiques pour les traitements de l'hépatite C ont également été instaurées, en lien avec la diffusion des nouveaux traitements. Les montants des remises pharmaceutiques, qui viennent réduire la dépense de santé, sont retracés dans les subventions au système de soins.

Reste à charge des ménages : part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA) : selon l'Insee, le **revenu disponible brut (RDB)** est le revenu dont disposent les ménages pour consommer ou investir, après opérations de redistribution. Il comprend l'ensemble des revenus d'activité (rémunérations salariales y compris cotisations légalement à la charge des employeurs, revenu mixte des non-salariés), des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus d'assurance-vie, etc.) et des revenus fonciers (y compris les revenus locatifs imputés aux ménages propriétaires du logement qu'ils occupent). On y ajoute principalement les prestations sociales en espèces reçues par les ménages et on en retranche les cotisations sociales et les impôts versés. Le **revenu disponible brut ajusté (RDBA)**, est égal au RDB augmenté des transferts sociaux en nature, contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), en particulier les dépenses de santé.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en 2012. Cette rémunération est versée en avril $n+1$ sur l'activité de l'année n , selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portaient jusqu'en 2016 sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portaient notamment sur la délivrance de médicaments génériques. La ROSP a été rénovée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre duquel elle a été versée.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes. Il remplace le répertoire Adeli depuis novembre 2011.

Rétrocession : la rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets

hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Santé publique France : établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, l'agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et par la loi de modernisation du système de santé (décret 2016-462 du 14 avril 2016). Elle réunit depuis le 1^{er} mai 2016 l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (dits « PSPH ») et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral, également à but non lucratif (dits « ex-PJP »), ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à but non lucratif à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Statistics on Income and Living Conditions (SILC) ou, en France, **Statistique sur les Revenus et Conditions de Vie (SRCV)** : enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Système national des données de santé (SNDS) : cette base de données médico-administratives en cours de construction par la CNAM est constituée essentiellement du (Sniiram, du PMSI produit par l'ATIH), qui sont complétées par des bases de taille plus réduite (base sur les causes médicales de décès du CepiDC, et à terme données sur le handicap issues des maisons départementales des personnes handicapées et échantillon représentatif des données de l'Assurance maladie complémentaire). Ces données sont réunies à des fins de connaissance, pour être mises à disposition de personnes autorisées à les traiter dans des conditions définies par la loi. Le SNDS est entré en vigueur le 1^{er} avril 2017, après la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016 qui en fixe le cadre et le décret du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel qui en définit les accès et la gouvernance.

Soins de ville : au sens des comptes de la santé, il s'agit des soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) auxquels sont ajoutées les dépenses au titre des analyses médicales et des cures thermales. Les soins

de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'assurance maladie.

Système national d'information inter-régime de l'assurance maladie (Sniiram) : permet de recueillir les informations sur l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie. Les informations collectées concernent la démographie des professions de santé (âge, sexe, lieu d'installation), ainsi que leur activité (nombre d'actes et de coefficients, prescriptions) et les honoraires perçus.

Standards de pouvoir d'achat (SPA) : les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont un taux de conversion qui vise à éliminer les différences de niveaux de prix entre pays. Les PPA expriment le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même panier de biens et de services. Pour la procédure de calcul de la PPA, il est nécessaire de choisir une valeur de référence, usuellement une monnaie, dont la valeur est fixée à 1. L'Institut européen des statistiques, Eurostat, utilise le standard de pouvoir d'achat (SPA) comme unité monétaire fictive de référence.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'Assurance maladie sur la base du prix du générique.

Taxe de solidarité additionnelle (TSA) : introduite en 2010 sur l'ensemble des contrats d'assurance, le taux de cette taxe est de 7 % des cotisations en assurance santé.

Ticket modérateur : le ticket modérateur (TM) est la partie des dépenses médicales qui reste à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Le TM existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Le pourcentage du TM varie selon l'acte ou le traitement, et le respect ou non du parcours de soins coordonné.

Unité standard (médicament) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée, etc.).

Note : Les définitions concernant la comptabilité nationale sont en grande partie issues du site Insee.fr.

Tableaux détaillés ←

Tableaux détaillés 1

Les dépenses de santé depuis 2001

Tableau 1 CSBM en valeur (euros courants)

En millions d'euros

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-Soins hospitaliers	55 767	58 739	62 177	65 392	67 916	70 549	72 947	75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 002	92 848
Hôpitaux du secteur public	43 647	45 812	48 504	50 809	52 548	54 382	56 240	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	70 864	71 463
Hôpitaux du secteur privé	12 120	12 927	13 673	14 583	15 368	16 167	16 708	17 451	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 386
2-Soins ambulatoires	65 469	70 004	74 686	78 367	80 768	83 311	86 934	89 535	91 510	93 147	95 585	97 202	98 525	101 129	102 503	104 760	106 498
● Soins de ville	30 638	33 081	35 295	36 771	37 903	39 297	41 079	42 263	43 396	44 150	45 729	47 054	48 286	49 387	50 524	52 132	53 430
Soins de médecins et de sages-femmes	13 967	14 946	15 780	16 182	16 586	17 105	17 802	18 093	18 401	18 225	18 913	19 021	19 298	19 715	20 078	20 569	21 120
- Médecins généralistes	6 772	7 217	7 759	7 611	7 846	7 990	8 341	8 407	8 447	8 181	8 564	8 495	8 542	8 662	8 713	8 813	8 941
- Médecins spécialistes	7 095	7 623	7 907	8 461	8 621	8 988	9 335	9 549	9 807	9 884	10 178	10 338	10 537	10 810	11 096	11 460	11 855
- Sages-femmes	100	106	114	111	119	128	127	136	148	160	172	189	219	243	269	296	323
Soins d'auxiliaires médicaux	6 245	6 851	7 393	7 917	8 280	8 708	9 376	9 950	10 513	11 036	11 521	12 322	13 105	13 768	14 351	14 974	15 497
- Infirmiers	2 836	3 110	3 431	3 687	3 880	4 102	4 444	4 786	5 224	5 577	5 893	6 357	6 787	7 161	7 534	7 865	8 169
- Masseurs-kinésithérapeutes	2 875	3 130	3 292	3 522	3 662	3 837	4 128	4 308	4 394	4 514	4 634	4 913	5 191	5 429	5 596	5 833	6 006
- Autres	535	611	670	708	738	769	804	856	894	945	993	1 051	1 126	1 179	1 220	1 276	1 322
Soins de dentistes	7 268	7 783	8 324	8 622	8 771	9 059	9 320	9 506	9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 282
Laboratoires d'analyses	2 843	3 181	3 477	3 705	3 820	3 902	4 035	4 132	4 219	4 280	4 393	4 335	4 340	4 315	4 314	4 413	4 465
Cures thermales (forfait soins)	303	308	313	311	310	308	322	320	320	328	332	353	364	387	392	408	414
Contrats et autres soins (y compris ROSEP médecins)	11	12	9	34	138	214	224	262	282	288	290	543	584	616	632	688	651
● Transports sanitaires	2 089	2 274	2 446	2 663	2 839	3 086	3 218	3 371	3 572	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 972
● Médicaments	26 202	27 550	29 301	30 645	31 213	31 542	32 393	33 063	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 662	32 592
Achats de médicaments	26 202	27 550	29 301	30 645	31 213	31 542	32 391	33 023	33 310	33 355	33 477	32 904	32 167	32 981	30 387	29 769	29 783
Rémunérations forfaitaires et contrats des pharmaciens							2	41	39	40	40	123	225	227	2 358	2 893	2 809
● Autres biens médicaux	6 541	7 099	7 644	8 288	8 813	9 386	10 245	10 838	11 192	11 853	12 488	13 047	13 559	14 122	14 630	15 160	15 504
Optique	3 583	3 739	3 899	4 103	4 240	4 442	4 821	4 965	5 193	5 475	5 725	5 948	6 006	6 067	6 142	6 154	6 113
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	1 021	1 115	1 224	1 352	1 519	1 646	1 772	1 898	1 982	2 087	2 232	2 306	2 421	2 590	2 747	2 899	3 045
Matériels, aliments et pansements	1 936	2 245	2 522	2 833	3 054	3 298	3 651	3 975	4 018	4 291	4 530	4 793	5 133	5 466	5 742	6 107	6 346
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	121 236	128 743	136 864	143 759	148 684	153 860	159 881	164 926	169 866	173 463	178 046	181 769	185 213	190 189	192 933	196 762	199 346

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Indices de valeur de la CSBM

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-Soins hospitaliers	105,3	105,9	105,2	103,9	103,9	103,4	103,3	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,7	101,5	101,7	100,9
Hôpitaux du secteur public	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,8	102,7	101,7	101,6	100,8
Hôpitaux du secteur privé	106,7	105,8	106,7	105,4	105,2	103,3	104,5	104,0	102,6	103,0	102,3	101,5	102,8	100,9	102,4	101,2
2-Soins ambulatoires	106,9	106,7	104,9	103,1	103,1	104,3	103,0	102,2	101,8	102,6	101,7	101,4	102,6	101,4	102,2	101,7
• Soins de ville	108,0	106,7	104,2	103,1	103,7	104,5	102,9	102,7	101,7	103,6	102,9	102,6	102,3	102,3	103,2	102,5
Soins de médecins et de sages-femmes	107,0	105,6	102,6	102,5	103,1	104,1	101,6	101,7	99,0	103,8	100,6	101,5	102,2	101,8	102,4	102,7
- Médecins généralistes	106,6	107,5	98,1	103,1	101,8	104,4	100,8	100,5	96,8	104,7	99,2	100,6	101,4	100,6	101,2	101,4
- Médecins spécialistes	107,4	103,7	107,0	101,9	104,3	103,9	102,3	102,7	100,8	103,0	101,6	101,9	102,6	102,6	103,3	103,4
- Sages-femmes	106,0	107,5	97,4	107,2	107,7	99,2	107,7	108,4	108,2	107,4	109,8	115,8	111,1	110,9	109,7	109,5
Soins d'auxiliaires médicaux	109,7	107,9	107,1	104,6	105,2	107,7	106,1	105,7	105,0	104,4	107,0	106,4	105,1	104,2	104,3	103,5
- Infirmiers	109,7	110,3	107,5	105,2	105,7	108,3	107,7	109,2	106,8	105,7	107,9	106,8	105,5	105,2	104,4	103,9
- Masseurs-kinésithérapeutes	108,9	105,2	107,0	104,0	104,8	107,6	104,4	102,0	102,7	102,7	106,0	105,7	104,6	103,1	104,2	103,0
- Autres	114,4	109,6	105,7	104,2	104,2	104,6	106,4	104,5	105,6	105,2	105,8	107,1	104,7	103,5	104,6	103,6
Soins de dentistes	107,1	107,0	103,6	101,7	103,3	102,9	102,0	101,6	103,4	102,9	101,9	101,1	99,9	101,6	103,0	101,8
Laboratoires d'analyses	111,9	109,3	106,5	103,1	102,2	103,4	102,4	102,1	101,5	102,6	98,7	100,1	99,4	100,0	102,3	101,2
Cures thermales (forfait soins)	101,7	101,5	99,5	99,4	99,7	104,3	99,4	100,1	102,5	101,1	106,3	103,3	106,4	101,1	104,3	101,5
Contrats et autres soins (y compris ROSP médecins)	105,7	77,9	365,1	406,8	155,3	104,7	117,0	107,9	102,0	100,6	187,2	107,7	105,5	102,5	108,9	94,6
• Transports sanitaires	108,9	107,6	108,8	106,6	108,7	104,3	104,8	106,0	104,9	102,8	105,8	105,3	102,9	104,3	104,4	103,5
• Médicaments	105,1	106,4	104,6	101,9	101,1	102,7	102,1	100,9	100,1	100,4	98,5	98,1	102,5	98,6	99,7	99,8
Achats de médicaments	105,1	106,4	104,6	101,9	101,1	102,7	101,9	100,9	100,1	100,4	98,3	97,8	102,5	92,1	98,0	100,0
Rémunérations forfaitaires et contrats des pharmaciens							+++	96,6	100,4	100,5	310,1	182,0	101,0	1 039,9	122,7	97,1
• Autres biens médicaux	108,5	107,7	108,4	106,3	106,5	109,1	105,8	103,3	105,9	105,3	104,5	103,9	104,2	103,6	103,6	102,3
Ophtique	104,4	104,3	105,3	103,3	104,8	108,6	103,0	104,6	105,4	104,6	103,9	101,0	101,0	101,2	100,2	99,3
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	109,2	109,8	110,4	112,4	108,4	107,6	107,1	104,4	105,3	107,0	103,3	105,0	107,0	106,1	105,5	105,0
Matériels, aliments et pansements	115,9	112,3	112,4	107,8	108,0	110,7	108,9	101,1	106,8	105,6	105,8	107,1	106,5	105,1	106,4	103,9
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	106,2	106,3	105,0	103,4	103,5	103,9	103,2	103,0	102,1	102,6	102,1	101,9	102,7	101,4	102,0	101,3

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Indices de prix de la CSBM

Indices de prix : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-Soins hospitaliers	103,7	104,5	103,3	101,4	101,6	102,0	100,5	100,8	99,8	99,8	100,0	100,6	100,4	99,5	99,5	100,0
Hôpitaux du secteur public	103,6	104,7	103,2	101,1	101,8	102,1	100,4	100,9	99,5	99,8	100,0	100,8	100,6	99,7	99,7	100,4
Hôpitaux du secteur privé	104,2	103,7	103,8	102,5	100,9	101,6	100,9	100,5	100,8	100,1	99,9	99,8	99,7	98,8	98,6	98,6
2-Soins ambulatoires	101,0	101,6	100,1	100,3	99,8	100,0	100,1	99,7	99,5	99,9	99,5	99,0	99,0	98,9	98,8	99,8
● Soins de ville	102,7	103,4	100,8	101,4	102,2	101,8	101,5	100,8	100,5	101,1	100,9	100,8	100,3	100,4	100,2	101,2
Soins de médecins et de sages-femmes	106,2	105,4	101,1	102,7	104,3	103,0	101,5	100,2	100,3	102,1	100,5	100,1	100,2	100,5	100,3	102,5
Soins d'auxiliaires médicaux	104,5	103,2	101,3	100,0	100,0	100,8	101,7	101,8	100,4	100,0	101,8	102,1	100,0	100,0	100,0	100,0
Soins de dentistes	95,4	100,9	100,3	101,0	101,8	101,3	101,8	101,2	101,2	101,1	100,9	100,8	101,1	100,9	100,7	100,5
Laboratoires d'analyses	102,1	101,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,1	100,9
Cures thermales (forfait soins)	103,0	102,5	101,5	102,0	102,7	106,4	103,2	102,7	102,1	102,7	102,7	101,8	101,8	101,2	102,8	101,2
Contrats et autres soins (y compris ROSP)	106,2	103,9	100,4	100,2	100,2	100,3	100,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
● Transports sanitaires	102,1	101,9	100,5	101,9	103,3	101,5	101,5	103,2	100,8	100,7	101,5	101,9	101,4	101,3	100,1	100,2
● Médicaments	98,8	99,6	98,8	98,8	96,3	97,5	97,7	97,4	97,8	98,0	96,9	95,6	96,3	96,0	96,3	97,4
● Autres biens médicaux	101,1	101,7	101,4	101,0	100,6	100,5	101,5	101,2	100,3	100,5	100,5	100,4	100,3	99,8	99,3	99,9
Optique	101,4	102,5	102,2	101,7	100,2	100,7	101,6	101,1	100,2	100,0	100,8	100,5	100,7	99,7	99,5	100,0
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	100,4	100,4	100,7	100,4	100,2	100,1	100,4	100,1	100,9	100,2	99,5	100,1	100,0	99,8	99,8	99,8
Matériels, aliments et pansements	100,8	101,1	100,8	100,5	101,2	100,3	102,0	102,0	100,1	101,2	100,7	100,3	100,0	100,0	98,9	99,9
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	102,2	102,9	101,5	100,8	100,6	100,9	100,3	100,2	99,6	99,9	99,7	99,7	99,7	99,2	99,1	99,9

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Indices de volume de la CSBM

Indices de volume : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-Soins hospitaliers	101,5	101,3	101,8	102,4	102,3	101,4	102,8	103,1	102,7	102,8	102,6	101,9	102,3	102,1	102,2	101,0
Hôpitaux du secteur public	101,3	101,1	101,5	102,3	101,7	101,3	102,6	103,0	103,0	102,8	102,7	102,0	102,1	102,0	101,8	100,4
Hôpitaux du secteur privé	102,3	102,0	102,8	102,8	104,3	101,7	103,6	103,5	101,8	102,8	102,4	101,7	103,0	102,2	103,4	103,0
2-Soins ambulatoires	105,9	105,0	104,8	101,3	104,9	104,3	102,9	102,5	102,3	102,7	102,2	102,4	103,7	102,5	103,3	102,0
• Soins de ville	105,1	103,2	103,3	98,6	104,6	102,7	101,4	101,9	101,2	102,4	102,0	101,8	102,0	101,9	102,7	101,6
Soins de médecins et de sages-femmes	100,7	100,2	101,4	94,0	105,0	101,0	100,1	101,5	98,7	101,7	100,1	101,3	102,0	101,3	102,2	100,2
Soins d'auxiliaires médicaux	104,9	104,6	105,7	104,6	105,2	106,8	104,3	103,8	104,6	104,4	105,0	104,2	105,1	104,2	104,3	103,5
Soins de dentistes	112,3	106,0	103,3	100,7	101,5	101,6	100,2	100,4	102,2	101,8	101,0	100,2	98,8	100,8	102,2	101,3
Laboratoires d'analyses	109,6	107,7	106,6	97,9	107,5	103,4	102,4	102,1	101,5	102,6	98,7	100,1	99,4	100,0	103,2	100,3
Cures thermales (forfait soins)	98,7	99,0	98,0	97,4	97,1	98,0	96,4	97,5	100,4	98,5	103,5	101,5	104,5	99,9	101,4	100,3
Contrats et autres soins (y compris ROSP)	99,5	74,9	363,5	406,0	154,9	104,4	116,9	107,8	102,0	100,6	187,2	107,7	105,5	102,5	87,3	118,0
• Transports sanitaires	106,6	105,6	108,3	104,6	105,3	102,7	103,2	102,7	104,1	102,1	104,2	103,3	101,5	103,0	104,3	103,2
• Médicaments	106,4	106,8	105,8	103,1	104,9	105,3	104,4	103,5	102,4	102,4	101,7	102,5	106,4	102,7	103,6	102,5
• Autres biens médicaux	107,4	105,9	106,9	105,2	105,9	108,6	104,2	102,0	105,6	104,8	103,9	103,6	103,8	103,8	104,4	102,4
Optique	102,9	101,7	103,0	101,6	104,5	107,8	101,4	103,5	105,2	104,6	103,1	100,5	100,3	101,6	100,7	99,4
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	108,7	109,4	109,7	112,0	108,2	107,5	106,6	104,3	104,4	106,7	103,8	104,8	107,0	106,3	105,8	105,3
Matériels, aliments et pansements	115,0	111,1	111,5	107,3	106,7	110,3	106,8	99,1	106,7	104,3	105,0	106,7	106,5	105,1	107,6	104,0
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	103,9	103,3	103,4	101,8	103,7	103,0	102,9	102,8	102,5	102,8	102,4	102,2	103,0	102,3	102,8	101,6

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 DCS en valeur (euros courants)

En millions d'euros

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-Soins hospitaliers	55 767	58 739	62 177	65 392	67 916	70 549	72 947	75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 002	92 848
Hôpitaux du secteur public	43 647	45 812	48 504	50 809	52 548	54 382	56 240	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	70 864	71 463
Hôpitaux du secteur privé	12 120	12 927	13 673	14 583	15 368	16 167	16 708	17 451	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 386
2-Soins ambulatoires	65 469	70 004	74 686	78 367	80 768	83 311	86 934	89 535	91 510	93 147	95 585	97 202	98 525	101 129	102 503	104 760	106 498
Soins de ville	30 638	33 081	35 295	36 771	37 903	39 297	41 079	42 263	43 396	44 150	45 729	47 054	48 286	49 387	50 524	52 132	53 430
Transports sanitaires	2 089	2 274	2 446	2 663	2 839	3 086	3 218	3 371	3 572	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 972
Médicaments	26 202	27 550	29 301	30 645	31 213	31 542	32 393	33 063	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 662	32 592
Autres biens médicaux*	6 541	7 099	7 644	8 288	8 813	9 386	10 245	10 838	11 192	11 853	12 488	13 047	13 559	14 122	14 630	15 160	15 504
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	121 236	128 743	136 864	143 759	148 684	153 860	159 881	164 926	169 866	173 463	178 046	181 769	185 213	190 189	192 933	196 762	199 346
3-Soins de longue durée	8 787	9 363	10 063	11 026	12 143	12 938	13 852	15 154	16 561	17 205	17 843	18 491	19 181	19 658	20 070	20 297	22 273
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583	1 597	1 641
Soins aux personnes âgées en établissement	3 096	3 337	3 645	4 031	4 569	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804	8 995	9 146	9 347
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 051	5 322	5 655	6 158	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 049	9 291	9 492	9 554	11 285
4-Indemnités journalières	9 071	9 964	10 581	10 627	10 612	10 687	11 003	11 596	12 146	12 621	12 829	12 766	12 816	13 353	13 625	14 039	14 462
5-Autres dépenses en faveur des malades	38	38	173	211	251	307	381	413	435	472	538	569	628	620	653	673	687
6-Prévention	4 199	4 717	4 995	4 935	4 990	5 233	5 394	5 688	6 425	5 725	5 694	5 694	5 836	5 818	5 751	5 761	5 990
Prévention individuelle	2 380	2 488	2 684	2 854	2 880	3 010	3 134	3 254	3 371	3 332	3 319	3 325	3 513	3 533	3 546	3 562	3 653
Prévention collective	1 819	2 228	2 311	2 081	2 110	2 223	2 259	2 434	3 054	2 393	2 374	2 369	2 323	2 285	2 206	2 199	2 337
7-Dépenses en faveur du système de soins	8 449	9 204	9 513	9 724	9 950	10 841	11 011	11 922	11 902	12 056	12 343	12 577	12 945	12 874	12 732	12 579	12 486
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 515	1 704	1 737	1 754	1 865	2 069	1 705	1 918	1 987	2 114	2 218	2 408	2 574	2 391	2 349	1 898	1 504
Subventions au système de soins	1 698	1 833	1 927	2 103	2 274	2 277	2 074	2 189	2 226	2 397	2 562	2 716	3 001	3 497	3 270	3 148	2 872
Remises conventionnelles	-183	-129	-190	-349	-409	-207	-369	-271	-239	-283	-344	-308	-427	-1 106	-921	-1 250	-1 369
Recherche médicale et pharmaceutique	6 124	6 649	6 889	7 026	7 032	7 483	7 710	8 229	8 006	8 014	8 120	8 128	8 225	8 273	8 251	8 427	8 670
Formation	810	852	886	944	1 054	1 288	1 596	1 775	1 909	1 928	2 005	2 041	2 146	2 209	2 132	2 255	2 312
8-Coût de gestion de la santé	10 982	11 322	11 855	12 044	12 132	12 164	12 508	13 118	13 551	13 893	14 408	14 610	15 128	15 327	15 161	15 279	15 831
Dépense courante de santé (1+...+8)	162 763	173 352	184 042	192 326	198 763	206 030	214 029	222 817	230 887	235 436	241 701	246 477	251 748	257 839	260 926	265 390	271 076

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 6 Indices de valeur de la DCS

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
1-Soins hospitaliers	105,3	105,9	105,2	103,9	103,9	103,4	103,3	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,7	101,5	101,7	100,9
Hôpitaux du secteur public	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,8	102,7	101,7	101,6	100,8
Hôpitaux du secteur privé	106,7	105,8	106,7	105,4	105,2	103,3	104,5	104,0	102,6	103,0	102,3	101,5	102,8	100,9	102,4	101,2
2-Soins ambulatoires	106,9	106,7	104,9	103,1	103,1	104,3	103,0	102,2	101,8	102,6	101,7	101,4	102,6	101,4	102,2	101,7
Soins de ville	108,0	106,7	104,2	103,1	103,7	104,5	102,9	102,7	101,7	103,6	102,9	102,6	102,3	102,3	103,2	102,5
Transports sanitaires	108,9	107,6	108,8	106,6	108,7	104,3	104,8	106,0	104,9	102,8	105,8	105,3	102,9	104,3	104,4	103,5
Médicaments	105,1	106,4	104,6	101,9	101,1	102,7	102,1	100,9	100,1	100,4	98,5	98,1	102,5	98,6	99,7	99,8
Autres biens médicaux *	108,5	107,7	108,4	106,3	106,5	109,1	105,8	103,3	105,9	105,3	104,5	103,9	104,2	103,6	103,6	102,3
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	106,2	106,3	105,0	103,4	103,5	103,9	103,2	103,0	102,1	102,6	102,1	101,9	102,7	101,4	102,0	101,3
3-Soins de longue durée	106,6	107,5	109,6	110,1	106,5	107,1	109,4	109,3	103,9	103,7	103,6	103,7	102,5	102,1	101,1	109,7
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	110,1	108,3	109,6	108,9	111,7	108,7	109,5	108,3	101,8	104,8	105,1	104,6	101,7	101,3	100,9	102,7
Soins aux personnes âgées en établissement	107,8	109,2	110,6	113,3	109,8	109,0	114,3	115,5	105,6	103,9	104,5	104,0	102,4	102,2	101,7	102,2
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	105,4	106,3	108,9	108,2	103,6	105,4	105,7	104,4	102,7	103,4	102,6	103,4	102,7	102,2	100,7	118,1
4-Indemnités journalières	109,8	106,2	100,4	99,9	100,7	103,0	105,4	104,7	103,9	101,6	99,5	100,4	104,2	102,0	103,0	103,0
5-Autres dépenses en faveur des malades	100,0	451,6	122,0	119,2	122,2	124,0	108,6	105,3	108,6	114,0	105,7	110,4	98,7	105,4	103,0	102,1
6-Prévention	112,3	105,9	98,8	101,1	104,9	103,1	105,5	113,0	89,1	99,5	100,0	102,5	99,7	98,9	100,2	104,0
Prévention individuelle	104,6	107,9	106,4	100,9	104,5	104,1	103,8	103,6	98,8	99,6	100,2	105,7	100,6	100,3	100,5	102,5
Prévention collective	122,5	103,7	90,1	101,4	105,4	101,6	107,7	125,5	78,4	99,2	99,8	98,1	98,4	96,5	99,7	106,3
7-Dépenses en faveur du système de soins	108,9	103,3	102,2	102,3	108,9	101,6	108,3	99,8	101,3	102,4	101,9	102,9	99,5	98,9	98,8	99,3
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	112,5	102,0	101,0	106,3	111,0	82,4	112,5	103,6	106,4	104,9	108,6	106,9	92,9	98,2	80,8	79,2
Subventions au système de soins	108,0	105,1	109,1	108,1	100,1	91,1	105,6	101,7	107,7	106,9	106,0	110,5	116,5	93,5	96,3	91,2
Remises conventionnelles	70,5	147,3	183,7	117,2	50,7	177,9	73,5	88,0	118,4	121,6	89,6	138,5	259,2	83,3	135,7	109,5
Recherche médicale et pharmaceutique	108,6	103,6	102,0	100,1	106,4	103,0	106,7	97,3	100,1	101,3	100,1	101,2	100,6	99,7	102,1	102,9
Formation	105,1	104,0	106,5	111,6	122,3	123,9	111,2	107,5	101,0	104,0	101,8	105,1	102,9	96,5	105,8	102,5
8-Coût de gestion de la santé	103,1	104,7	101,6	100,7	100,3	102,8	104,9	103,3	102,5	103,7	101,4	103,5	101,3	98,9	100,8	103,6
Dépense courante de santé (1+...+8)	106,5	106,2	104,5	103,3	103,7	103,9	104,1	103,6	102,0	102,7	102,0	102,1	102,4	101,2	101,7	102,1

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableaux détaillés 2

Les dépenses de santé par type de financeur

Tableau 1 DCS par type de financement en 2001

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	51 589	510	1 234	456	377	1 601		55 767
Hôpitaux du secteur public	40 846	464	901	315	260	861		43 647
Hôpitaux du secteur privé	10 743	46	333	141	117	739		12 120
2-Soins ambulatoires	41 478	1 019	7 682	2 479	2 380	10 431		65 469
Soins de ville	19 896	510	3 630	1 346	1 181	4 074		30 638
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	9 882	251	1 441	550	459	1 444		14 028
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	5 076	59	520	158	116	559		6 488
Soins dentaires	2 788	149	1 330	471	509	2 021		7 268
Laboratoires d'analyses	2 141	51	340	167	97	48		2 843
Contrats et autres soins	9					2		11
Transports sanitaires	1 968	14	49	13	12	33		2 089
Médicaments	17 269	438	2 982	864	797	3 851		26 202
Autres biens médicaux (d)	2 345	57	1 020	256	390	2 473		6 541
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	93 067	1 529	8 916	2 935	2 757	12 032		121 236
3-Soins de longue durée	8 787							8 787
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	640							640
Soins aux personnes âgées en établissement	3 096							3 096
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 051							5 051
4-Indemnités journalières	9 071							9 071
5-Autres dépenses en faveur des malades	38							38
6-Prévention	600	2 510					1 089	4 199
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 515	3 946				83	2 905	8 449
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 515							1 515
Subventions au système de soins	1 698							1 698
Remises conventionnelles	-183							-183
Recherche médicale et pharmaceutique		3 224					2 900	6 124
Formation		722				83	5	810
8-Coût de gestion de la santé	6 534	541	2 273	1 108	522		3	10 982
Dépense courante de santé (1+...+8)	119 613	8 526	11 189	4 043	3 279	12 115	3 997	162 763

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 DCS par type de financement en 2002

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes d'é base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	54 389	580	1 325	541	384	1 520		58 739
Hôpitaux du secteur public	42 863	461	967	373	265	883		45 812
Hôpitaux du secteur privé	11 526	119	358	168	119	637		12 927
2-Soins ambulatoires	44 490	990	8 188	2 682	2 758	10 896		70 004
Soins de ville	21 323	513	3 882	1 477	1 504	4 382		33 081
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	10 485	253	1 456	590	592	1 631		15 007
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	5 567	55	538	169	134	634		7 098
Soins dentaires	2 869	151	1 502	552	669	2 040		7 783
Laboratoires d'analyses	2 392	55	386	165	109	75		3 181
Contrats et autres soins	10					2		12
Transports sanitaires	2 144	14	52	11	7	46		2 274
Médicaments	18 363	407	3 094	884	717	4 085		27 550
Autres biens médicaux (d)	2 660	55	1 161	309	529	2 384		7 099
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	98 879	1 570	9 513	3 223	3 142	12 417		128 743
3-Soins de longue durée	9 363							9 363
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	705							705
Soins aux personnes âgées en établissement	3 337							3 337
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 322							5 322
4-Indemnités journalières	9 964							9 964
5-Autres dépenses en faveur des malades	38							38
6-Prévention	621	2 960					1 135	4 717
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 704	4 185				85	3 231	9 204
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 704							1 704
Subventions au système de soins	1 833							1 833
Remises conventionnelles	-129							-129
Recherche médicale et pharmaceutique		3 423					3 226	6 649
Formation		762				85	5	852
8-Coût de gestion de la santé	6 632	573	2 362	1 197	552		6	11 322
Dépense courante de santé (1+...+8)	127 201	9 288	11 874	4 420	3 694	12 501	4 372	173 352

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 DCS par type de financement en 2003

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	57 789	605	1 427	570	395	1 392		62 177
Hôpitaux du secteur public	45 384	483	1 042	393	272	930		48 504
Hôpitaux du secteur privé	12 405	121	385	177	122	462		13 673
2-Soins ambulatoires	47 637	1 061	8 686	2 971	2 939	11 394		74 686
Soins de ville	22 857	557	4 131	1 678	1 556	4 516		35 295
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 105	262	1 524	661	637	1 653		15 842
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	6 044	57	559	187	131	665		7 643
Soins dentaires	3 081	175	1 637	642	672	2 118		8 324
Laboratoires d'analyses	2 619	63	413	188	116	79		3 477
Contrats et autres soins	8					1		9
Transports sanitaires	2 310	16	54	12	9	45		2 446
Médicaments	19 519	429	3 161	898	776	4 518		29 301
Autres biens médicaux (d)	2 952	59	1 338	383	598	2 315		7 644
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	105 426	1 665	10 113	3 541	3 333	12 785		136 864
3-Soins de longue durée	10 063							10 063
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	763							763
Soins aux personnes âgées en établissement	3 645							3 645
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 655							5 655
4-Indemnités journalières	10 581							10 581
5-Autres dépenses en faveur des malades	173							173
6-Prévention	625	3 184					1 186	4 995
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 737	4 247				86	3 443	9 513
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 737							1 737
Subventions au système de soins	1 927							1 927
Remises conventionnelles	-190							-190
Recherche médicale et pharmaceutique		3 451					3 439	6 889
Formation		796				86	5	886
8-Coût de gestion de la santé	6 940	597	2 445	1 296	568		8	11 855
Dépense courante de santé (1+...+8)	135 545	9 692	12 558	4 837	3 902	12 871	4 638	184 042

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 DCS par type de financement en 2004

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes d'é base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	60 753	567	1 526	645	383	1 518		65 392
Hôpitaux du secteur public	47 591	443	1 114	445	264	952		50 809
Hôpitaux du secteur privé	13 162	124	412	200	119	566		14 583
2-Soins ambulatoires	50 152	1 157	9 126	3 327	3 136	11 469		78 367
Soins de ville	23 712	616	4 359	1 795	1 654	4 635		36 771
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 399	275	1 580	710	667	1 613		16 245
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	6 327	71	605	226	157	780		8 166
Soins dentaires	3 177	200	1 712	654	705	2 174		8 622
Laboratoires d'analyses	2 778	71	462	205	124	65		3 705
Contrats et autres soins	31					2		34
Transports sanitaires	2 490	18	61	22	11	60		2 663
Médicaments	20 672	458	3 253	1 062	815	4 386		30 645
Autres biens médicaux (d)	3 279	65	1 453	447	656	2 389		8 288
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	110 905	1 724	10 652	3 972	3 519	12 987		143 759
3-Soins de longue durée	11 026							11 026
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	837							837
Soins aux personnes âgées en établissement	4 031							4 031
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 158							6 158
4-Indemnités journalières	10 627							10 627
5-Autres dépenses en faveur des malades	211							211
6-Prévention	627	3 081					1 228	4 935
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 754	4 439				87	3 443	9 724
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 754							1 754
Subventions au système de soins	2 103							2 103
Remises conventionnelles	-349							-349
Recherche médicale et pharmaceutique		3 587					3 439	7 026
Formation		852				87	4	944
8-Coût de gestion de la santé	6 927	599	2 507	1 408	582		20	12 044
Dépense courante de santé (1+...+8)	142 077	9 843	13 159	5 380	4 101	13 075	4 691	192 326

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 DCS par type de financement en 2005

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	62 865	727	1 658	724	394	1 548		67 916
Hôpitaux du secteur public	48 936	556	1 210	500	272	1 074		52 548
Hôpitaux du secteur privé	13 929	171	448	224	122	474		15 368
2-Soins ambulatoires	51 604	1 178	9 583	3 482	3 074	11 847		80 768
Soins de ville	24 144	683	4 580	1 819	1 604	5 074		37 903
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 435	288	1 669	747	634	1 874		16 648
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	6 616	75	650	235	159	792		8 527
Soins dentaires	3 161	253	1 757	637	685	2 278		8 771
Laboratoires d'analyses	2 796	67	504	200	125	128		3 820
Contrats et autres soins	136					2		138
Transports sanitaires	2 653	22	67	28	13	56		2 839
Médicaments	21 259	404	3 346	1 128	795	4 281		31 213
Autres biens médicaux (d)	3 547	70	1 590	506	663	2 436		8 813
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	114 469	1 905	11 241	4 206	3 468	13 395		148 684
3-Soins de longue durée	12 143							12 143
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	911							911
Soins aux personnes âgées en établissement	4 569							4 569
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 663							6 663
4-Indemnités journalières	10 612							10 612
5-Autres dépenses en faveur des malades	251							251
6-Prévention	681	3 057					1 252	4 990
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 865	4 474				83	3 529	9 950
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 865							1 865
Subventions au système de soins	2 274							2 274
Remises conventionnelles	-409							-409
Recherche médicale et pharmaceutique		3 507					3 524	7 032
Formation		966				83	4	1 054
8-Coût de gestion de la santé	6 854	620	2 576	1 473	584		25	12 132
Dépense courante de santé (1+...+8)	146 875	10 056	13 817	5 679	4 052	13 478	4 806	198 763

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 6 DCS par type de financement en 2006

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	64 930	791	1 859	830	419	1 721		70 549
Hôpitaux du secteur public	50 383	590	1 357	572	289	1 191		54 382
Hôpitaux du secteur privé	14 547	201	502	257	130	530		16 167
2-Soins ambulatoires	53 103	1 266	9 880	3 581	3 126	12 354		83 311
Soins de ville	25 010	737	4 755	1 878	1 636	5 281		39 297
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 624	309	1 744	780	659	2 052		17 167
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	7 073	80	690	232	161	719		8 955
Soins dentaires	3 241	276	1 799	651	693	2 398		9 059
Laboratoires d'analyses	2 860	72	522	215	123	110		3 902
Contrats et autres soins	211					2		214
Transports sanitaires	2 880	24	77	32	14	58		3 086
Médicaments	21 413	430	3 276	1 104	758	4 563		31 542
Autres biens médicaux (d)	3 801	75	1 773	568	717	2 452		9 386
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	118 033	2 057	11 740	4 411	3 545	14 076		153 860
3-Soins de longue durée	12 938							12 938
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 017							1 017
Soins aux personnes âgées en établissement	5 016							5 016
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 904							6 904
4-Indemnités journalières	10 687							10 687
5-Autres dépenses en faveur des malades	307							307
6-Prévention	711	3 231					1 290	5 233
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 069	4 748				81	3 942	10 841
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 069							2 069
Subventions au système de soins	2 277							2 277
Remises conventionnelles	-207							-207
Recherche médicale et pharmaceutique		3 545					3 938	7 483
Formation		1 203				81	4	1 288
8-Coût de gestion de la santé	6 759	652	2 620	1 518	589		25	12 164
Dépense courante de santé (1+...+8)	151 505	10 688	14 360	5 929	4 134	14 157	5 258	206 030

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 7 DCS par type de financement en 2007

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	66 973	798	2 004	929	474	1 768		72 947
Hôpitaux du secteur public	52 031	681	1 443	632	322	1 131		56 240
Hôpitaux du secteur privé	14 942	117	561	297	152	638		16 708
2-Soins ambulatoires	55 617	1 312	10 187	3 813	3 300	12 704		86 934
Soins de ville	26 161	768	4 886	1 972	1 728	5 564		41 079
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 129	321	1 793	810	678	2 137		17 866
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	7 615	83	691	239	174	831		9 634
Soins dentaires	3 292	289	1 838	691	736	2 474		9 320
Laboratoires d'analyses	2 905	75	564	232	141	118		4 035
Contrats et autres soins	220					4		224
Transports sanitaires	3 006	25	82	35	16	53		3 218
Médicaments	22 255	442	3 371	1 133	765	4 426		32 393
Autres biens médicaux (d)	4 196	77	1 848	673	791	2 660		10 245
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	122 591	2 111	12 191	4 743	3 774	14 472		159 881
3-Soins de longue durée	13 852							13 852
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 106							1 106
Soins aux personnes âgées en établissement	5 466							5 466
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	7 279							7 279
4-Indemnités journalières	11 003							11 003
5-Autres dépenses en faveur des malades	381							381
6-Prévention	737	3 324					1 332	5 394
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 813	4 990				77	4 132	11 011
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 705							1 705
Subventions au système de soins	2 074							2 074
Remises conventionnelles	-369							-369
Recherche médicale et pharmaceutique		3 583					4 127	7 710
Formation	108	1 407				77	4	1 596
8-Coût de gestion de la santé	6 935	684	2 650	1 607	609		24	12 508
Dépense courante de santé (1+...+8)	157 311	11 109	14 841	6 349	4 383	14 548	5 488	214 029

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 8 DCS par type de financement en 2008

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes d'é base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	69 187	797	2 069	1 052	495	1 790		75 390
Hôpitaux du secteur public	53 577	724	1 489	716	337	1 097		57 939
Hôpitaux du secteur privé	15 610	73	579	337	158	694		17 451
2-Soins ambulatoires	56 447	1 283	10 518	4 162	3 459	13 665		89 535
Soins de ville	26 679	762	5 143	2 177	1 804	5 697		42 263
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 251	319	1 866	877	682	2 163		18 157
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	7 995	85	752	264	181	929		10 206
Soins dentaires	3 281	285	1 923	773	796	2 449		9 506
Laboratoires d'analyses	2 896	73	603	264	145	152		4 132
Contrats et autres soins	257					5		262
Transports sanitaires	3 126	26	90	42	17	71		3 371
Médicaments	22 109	417	3 339	1 168	764	5 266		33 063
Autres biens médicaux (d)	4 533	79	1 946	775	873	2 632		10 838
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	125 634	2 080	12 587	5 215	3 954	15 456		164 926
3-Soins de longue durée	15 154							15 154
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 211							1 211
Soins aux personnes âgées en établissement	6 246							6 246
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	7 697							7 697
4-Indemnités journalières	11 596							11 596
5-Autres dépenses en faveur des malades	413							413
6-Prévention	769	3 522					1 397	5 688
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 055	5 565				87	4 215	11 922
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 918							1 918
Subventions au système de soins	2 189							2 189
Remises conventionnelles	-271							-271
Recherche médicale et pharmaceutique		4 019					4 210	8 229
Formation	137	1 547				87	4	1 775
8-Coût de gestion de la santé	7 371	705	2 664	1 737	620		21	13 118
Dépense courante de santé (1+...+8)	162 992	11 873	15 251	6 952	4 573	15 543	5 632	222 817

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 9 DCS par type de financement en 2009

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	71 912	840	2 155	1 100	500	1 849		78 356
Hôpitaux du secteur public	55 666	765	1 562	748	340	1 130		60 211
Hôpitaux du secteur privé	16 246	75	593	352	160	719		18 145
2-Soins ambulatoires	57 696	1 296	10 763	4 421	3 607	13 727		91 510
Soins de ville	27 346	773	5 227	2 309	1 887	5 854		43 396
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 349	328	1 902	923	694	2 269		18 465
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	8 477	85	794	278	195	940		10 770
Soins dentaires	3 290	286	1 927	840	834	2 484		9 660
Laboratoires d'analyses	2 954	74	604	269	164	154		4 219
Contrats et autres soins	275					7		282
Transports sanitaires	3 322	28	92	47	20	62		3 572
Médicaments	22 452	413	3 429	1 223	767	5 066		33 350
Autres biens médicaux (d)	4 575	82	2 014	842	933	2 745		11 192
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	129 607	2 137	12 917	5 522	4 107	15 576		169 866
3-Soins de longue durée	16 561							16 561
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 311							1 311
Soins aux personnes âgées en établissement	7 214							7 214
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 035							8 035
4-Indemnités journalières	12 146							12 146
5-Autres dépenses en faveur des malades	435							435
6-Prévention	901	4 080					1 444	6 425
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 128	5 568				93	4 112	11 902
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 987							1 987
Subventions au système de soins	2 226							2 226
Remises conventionnelles	-239							-239
Recherche médicale et pharmaceutique		3 898					4 108	8 006
Formation	141	1 670				93	5	1 909
8-Coût de gestion de la santé	7 701	733	2 662	1 812	625		18	13 551
Dépense courante de santé (1+...+8)	169 480	12 518	15 579	7 334	4 732	15 669	5 575	230 887

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 10 DCS par type de financement en 2010

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	73 469	884	2 343	1 253	534	1 833		80 316
Hôpitaux du secteur public	56 911	800	1 687	852	363	1 088		61 701
Hôpitaux du secteur privé	16 558	83	656	401	171	746		18 615
2-Soins ambulatoires	58 898	1 316	10 710	4 782	3 689	13 751		93 147
Soins de ville	27 826	788	5 244	2 497	1 915	5 879		44 150
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 294	321	1 862	980	685	2 148		18 290
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	8 932	88	797	309	208	965		11 299
Soins dentaires	3 318	305	1 954	917	863	2 635		9 992
Laboratoires d'analyses	2 999	75	631	291	159	125		4 280
Contrats et autres soins	283					5		288
Transports sanitaires	3 485	31	103	53	20	58		3 749
Médicaments	22 709	413	3 265	1 294	759	4 954		33 395
Autres biens médicaux (d)	4 878	84	2 098	938	995	2 860		11 853
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	132 368	2 199	13 053	6 035	4 223	15 585		173 463
3-Soins de longue durée	17 205							17 205
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 334							1 334
Soins aux personnes âgées en établissement	7 617							7 617
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 255							8 255
4-Indemnités journalières	12 621							12 621
5-Autres dépenses en faveur des malades	472							472
6-Prévention	799	3 477					1 449	5 725
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 222	5 816				91	3 928	12 056
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 114							2 114
Subventions au système de soins	2 397							2 397
Remises conventionnelles	-283							-283
Recherche médicale et pharmaceutique		4 091					3 923	8 014
Formation	107	1 725				91	5	1 928
8-Coût de gestion de la santé	7 649	761	2 873	1 912	669		28	13 893
Dépense courante de santé (1+...+8)	173 337	12 253	15 926	7 948	4 892	15 675	5 405	235 436

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 11 DCS par type de financement en 2011

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	75 185	946	2 385	1 318	615	2 013		82 461
Hôpitaux du secteur public	58 165	858	1 729	896	424	1 222		63 294
Hôpitaux du secteur privé	17 019	88	656	422	191	791		19 166
2-Soins ambulatoires	60 408	1 371	10 915	5 184	3 895	13 812		95 585
Soins de ville	28 828	823	5 480	2 717	2 024	5 856		45 729
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 769	338	1 996	1 088	735	2 054		18 979
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	9 327	93	840	338	219	970		11 786
Soins dentaires	3 372	315	2 006	982	902	2 703		10 280
Laboratoires d'analyses	3 072	76	638	310	168	129		4 393
Contrats et autres soins	289							290
Transports sanitaires	3 577	34	100	57	19	65		3 852
Médicaments	22 923	423	3 065	1 324	760	5 022		33 517
Autres biens médicaux (d)	5 079	92	2 269	1 086	1 093	2 869		12 488
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	135 593	2 317	13 299	6 502	4 509	15 824		178 046
3-Soins de longue durée	17 843							17 843
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 398							1 398
Soins aux personnes âgées en établissement	7 914							7 914
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 531							8 531
4-Indemnités journalières	12 829							12 829
5-Autres dépenses en faveur des malades	538							538
6-Prévention	723	3 492					1 479	5 694
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 340	5 861				101	4 041	12 343
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 218							2 218
Subventions au système de soins	2 562							2 562
Remises conventionnelles	-344							-344
Recherche médicale et pharmaceutique		4 084					4 035	8 120
Formation	122	1 777				101	6	2 005
8-Coût de gestion de la santé	7 616	808	3 056	2 134	759		34	14 408
Dépense courante de santé (1+...+8)	177 483	12 478	16 355	8 637	5 268	15 925	5 554	241 701

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 12 DCS par type de financement en 2012

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes d'é base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	77 073	956	2 460	1 276	663	2 139		84 567
Hôpitaux du secteur public	59 667	861	1 783	868	458	1 315		64 952
Hôpitaux du secteur privé	17 406	96	676	408	206	823		19 615
2-Soins ambulatoires	61 651	1 393	11 087	5 518	3 962	13 589		97 202
Soins de ville	29 797	845	5 581	2 875	2 041	5 916		47 054
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 862	343	2 059	1 121	705	2 002		19 092
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	9 964	100	868	366	219	1 087		12 604
Soins dentaires	3 397	326	2 057	1 077	939	2 684		10 480
Laboratoires d'analyses	3 030	76	597	312	177	143		4 335
Contrats et autres soins	542					1		543
Transports sanitaires	3 783	35	112	53	19	72		4 074
Médicaments	22 755	415	2 946	1 320	725	4 867		33 028
Autres biens médicaux (d)	5 317	98	2 448	1 270	1 178	2 734		13 047
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	138 724	2 350	13 547	6 794	4 625	15 728		181 769
3-Soins de longue durée	18 491							18 491
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 469							1 469
Soins aux personnes âgées en établissement	8 267							8 267
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 755							8 755
4-Indemnités journalières	12 766							12 766
5-Autres dépenses en faveur des malades	569							569
6-Prévention	739	3 488					1 467	5 694
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 522	6 067				106	3 883	12 577
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 408							2 408
Subventions au système de soins	2 716							2 716
Remises conventionnelles	-308							-308
Recherche médicale et pharmaceutique		4 254					3 874	8 128
Formation	113	1 813				106	9	2 041
8-Coût de gestion de la santé	7 613	846	3 207	2 123	782		39	14 610
Dépense courante de santé (1+...+8)	181 424	12 750	16 754	8 917	5 408	15 834	5 389	246 477

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 13 DCS par type de financement en 2013

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	78 950	1 044	2 511	1 373	698	2 112		86 688
Hôpitaux du secteur public	61 307	939	1 821	947	474	1 291		66 779
Hôpitaux du secteur privé	17 644	105	691	426	223	821		19 909
2-Soins ambulatoires	62 891	1 467	11 087	5 563	4 196	13 322		98 525
Soins de ville	30 749	889	5 654	2 897	2 151	5 947		48 286
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 107	362	2 081	1 132	740	1 949		19 371
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	10 611	105	918	399	228	1 135		13 396
Soins dentaires	3 413	341	2 078	1 061	994	2 707		10 595
Laboratoires d'analyses	3 034	81	577	305	188	155		4 340
Contrats et autres soins	584					1		584
Transports sanitaires	3 976	39	113	56	18	86		4 288
Médicaments	22 514	437	2 764	1 290	691	4 696		32 392
Autres biens médicaux (d)	5 652	103	2 557	1 319	1 335	2 593		13 559
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	141 842	2 511	13 598	6 935	4 893	15 434		185 213
3-Soins de longue durée	19 181							19 181
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 538							1 538
Soins aux personnes âgées en établissement	8 595							8 595
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 049							9 049
4-Indemnités journalières	12 816							12 816
5-Autres dépenses en faveur des malades	628							628
6-Prévention	865	3 431					1 540	5 836
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 729	6 222				109	3 885	12 945
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 574							2 574
Subventions au système de soins	3 001							3 001
Remises conventionnelles	-427							-427
Recherche médicale et pharmaceutique		4 350					3 875	8 225
Formation	155	1 872				109	10	2 146
8-Coût de gestion de la santé	7 806	898	3 320	2 283	784		39	15 128
Dépense courante de santé (1+...+8)	185 867	13 062	16 918	9 218	5 677	15 543	5 463	251 748

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 14 DCS par type de financement en 2014

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes d'é base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	81 159	1 038	2 524	1 380	731	2 228		89 060
Hôpitaux du secteur public	63 046	931	1 830	952	497	1 346		68 603
Hôpitaux du secteur privé	18 113	107	694	428	234	882		20 457
2-Soins ambulatoires	65 385	1 563	11 012	5 693	4 206	13 269		101 129
Soins de ville	31 734	938	5 638	2 963	2 194	5 920		49 387
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 498	381	2 085	1 171	752	1 906		19 793
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	11 141	112	927	418	241	1 239		14 078
Soins dentaires	3 462	361	2 048	1 067	1 008	2 638		10 584
Laboratoires d'analyses	3 017	85	579	308	192	136		4 315
Contrats et autres soins	616					1		616
Transports sanitaires	4 095	41	113	55	17	91		4 413
Médicaments	23 561	473	2 649	1 278	682	4 564		33 207
Autres biens médicaux (d)	5 995	111	2 612	1 396	1 314	2 694		14 122
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	146 545	2 601	13 536	7 073	4 938	15 497		190 189
3-Soins de longue durée	19 658							19 658
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 563							1 563
Soins aux personnes âgées en établissement	8 804							8 804
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 291							9 291
4-Indemnités journalières	13 353							13 353
5-Autres dépenses en faveur des malades	620							620
6-Prévention	835	3 417					1 566	5 818
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 588	6 250				111	3 925	12 874
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 391							2 391
Subventions au système de soins	3 497							3 497
Remises conventionnelles	-1 106							-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique		4 358					3 915	8 273
Formation	196	1 892				111	10	2 209
8-Coût de gestion de la santé	7 599	945	3 472	2 437	875			15 327
Dépense courante de santé (1+...+8)	191 198	13 213	17 008	9 510	5 812	15 607	5 491	257 839

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 15 DCS par type de financement en 2015

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	82 442	1 077	2 631	1 367	751	2 162		90 430
Hôpitaux du secteur public	64 159	966	1 907	943	511	1 295		69 781
Hôpitaux du secteur privé	18 283	111	724	424	240	867		20 649
2-Soins ambulatoires	66 639	1 644	11 016	5 837	4 284	13 082		102 503
Soins de ville	32 725	990	5 656	3 046	2 243	5 863		50 524
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 869	402	2 025	1 201	708	1 951		20 157
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	11 620	119	946	443	250	1 287		14 664
Soins dentaires	3 580	381	2 133	1 110	1 065	2 488		10 757
Laboratoires d'analyses	3 024	89	552	293	220	137		4 314
Contrats et autres soins	632					1		632
Transports sanitaires	4 278	43	106	50	18	109		4 604
Médicaments	23 341	495	2 424	1 193	704	4 588		32 745
Autres biens médicaux (d)	6 295	116	2 830	1 548	1 319	2 523		14 630
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	149 082	2 721	13 647	7 204	5 035	15 244		192 933
3-Soins de longue durée	20 070							20 070
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 583							1 583
Soins aux personnes âgées en établissement	8 995							8 995
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 492							9 492
4-Indemnités journalières	13 625							13 625
5-Autres dépenses en faveur des malades	653							653
6-Prévention	798	3 380				0	1 574	5 751
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 521	6 258				49	3 904	12 732
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 349							2 349
Subventions au système de soins	3 270							3 270
Remises conventionnelles	-921							-921
Recherche médicale et pharmaceutique		4 358					3 894	8 251
Formation	172	1 900				49	10	2 132
8-Coût de gestion de la santé	7 419	774	3 582	2 470	916		0	15 161
Dépense courante de santé (1+...+8)	194 168	13 132	17 229	9 674	5 951	15 293	5 478	260 926

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 16 DCS par type de financement en 2016

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	84 111	1 132	2 600	1 327	763	2 069		92 002
Hôpitaux du secteur public	65 374	1 016	1 885	916	519	1 155		70 864
Hôpitaux du secteur privé	18 737	116	715	411	244	914		21 138
2-Soins ambulatoires	68 416	1 734	10 966	6 208	4 464	12 972		104 760
Soins de ville	33 831	1 041	5 661	3 226	2 380	5 993		52 132
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	14 261	420	1 929	1 260	806	1 973		20 651
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	12 123	126	971	445	275	1 360		15 301
Soins dentaires	3 668	400	2 184	1 203	1 107	2 518		11 079
Laboratoires d'analyses	3 092	94	576	318	192	141		4 413
Contrats et autres soins	688					1		688
Transports sanitaires	4 474	46	111	50	17	107		4 806
Médicaments	23 456	524	2 362	1 177	702	4 441		32 662
Autres biens médicaux (d)	6 655	123	2 832	1 755	1 363	2 432		15 160
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	152 528	2 866	13 566	7 535	5 227	15 041		196 762
3-Soins de longue durée	20 297							20 297
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 597							1 597
Soins aux personnes âgées en établissement	9 146							9 146
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 554							9 554
4-Indemnités journalières	14 039							14 039
5-Autres dépenses en faveur des malades	673							673
6-Prévention	783	3 380				0	1 598	5 761
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 080	6 329				189	3 981	12 579
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 898							1 898
Subventions au système de soins	3 148							3 148
Remises conventionnelles	-1 250							-1 250
Recherche médicale et pharmaceutique		4 456					3 971	8 427
Formation	182	1 873				189	11	2 255
8-Coût de gestion de la santé	7 368	762	3 657	2 492	1 001		0	15 279
Dépense courante de santé (1+...+8)	197 767	13 337	17 223	10 027	6 228	15 230	5 579	265 390

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 17 DCS par type de financement en 2017

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Financiers	Securité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	
1-Soins hospitaliers	85 091	1 165	2 630	1 377	732	1 853		92 848
Hôpitaux du secteur public	66 127	1 043	1 907	950	498	937		71 463
Hôpitaux du secteur privé	18 964	121	723	427	234	916		21 386
2-Soins ambulatoires	70 041	1 822	10 739	6 348	4 494	13 055		106 498
Soins de ville	34 795	1 090	5 635	3 322	2 435	6 154		53 430
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	14 721	438	1 900	1 242	823	2 079		21 203
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	12 544	133	1 003	484	281	1 383		15 829
Soins dentaires	3 743	421	2 196	1 269	1 147	2 508		11 282
Laboratoires d'analyses	3 136	97	536	327	185	184		4 465
Contrats et autres soins	651					1		651
Transports sanitaires	4 627	49	108	51	17	121		4 972
Médicaments	23 704	553	2 247	1 159	692	4 237		32 592
Autres biens médicaux (d)	6 915	130	2 750	1 816	1 349	2 544		15 504
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	155 132	2 986	13 369	7 725	5 226	14 908		199 346
3-Soins de longue durée	22 273							22 273
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 641							1 641
Soins aux personnes âgées en établissement	9 347							9 347
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	11 285							11 285
4-Indemnités journalières	14 462							14 462
5-Autres dépenses en faveur des malades	687							687
6-Prévention	764	3 598				0	1 627	5 990
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 686	6 591				112	4 096	12 486
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 504							1 504
Subventions au système de soins	2 872							2 872
Remises conventionnelles	-1 369							-1 369
Recherche médicale et pharmaceutique		4 584					4 085	8 670
Formation	182	2 007				112	11	2 312
8-Coût de gestion de la santé	7 680	880	3 616	2 610	1 046		0	15 831
Dépense courante de santé (1+...+8)	202 686	14 056	16 985	10 334	6 271	15 021	5 723	271 076

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de santé en 2017

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2018

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 199,3 milliards d'euros. Sa croissance s'infléchit nettement à +1,3 % en 2017 (après 2,0 % en 2016), du fait du fort ralentissement des soins hospitaliers. La France consacre au total 11,5 % de son PIB à la santé, soit 1,1 point de plus que la moyenne de l'Union Européenne à 15.

La Sécurité sociale finance 77,8 % de la CSBM, et les organismes complémentaires 13,2 %. La part restant à la charge des ménages continue de reculer pour s'établir à 7,5 % en 2017.

Les dépenses de santé en 2017- édition 2018 présentent également un dossier sur les dépenses de prévention sanitaire en France qui actualise, et complète, celui publié dans la même collection deux ans auparavant, ainsi qu'un dossier sur les principaux résultats du Baromètre d'opinion de la DREES sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie.

Dans la même collection **SANTÉ**

- La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- Les établissements de santé
- Portrait des professionnels de santé

drees.solidarites-sante.gouv.fr

