PANORAMAS DE LA DREES SANTÉ

Les dépenses de santé en 2019

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2020

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS

Les dépenses de santé en 2019

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2020

PANORAMAS

Les dépenses de santé en 2019 – édition 2020

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de **Céline Marc, Jean-Cyprien Héam, Myriam Mikou et Mickaël Portela**

Comptes
Julia Cuvilliez, Raphaël Trémoulu
avec Raphaële Adjerad, Léa Mauro, Francisco Pichott, Céline Pilorge, Scarla Pinto

Rédaction
Raphaële Adjerad, Amir Cassim, Julia Cuvilliez, Thibaut Faroux, Jean-Cyprien Héam, Julie Latourelle, Myriam Mikou, Mickaël Portela, Raphaël Trémoulu

Directeur de la publication
Fabrice Lenglart

Présidente de la commission des comptes de la santé
Dominique Polton

Responsable d'édition
Souphaphone Douangdara

Secrétaire de rédaction
Elisabeth Castaing

Coordination et maquettage
Julia Cuvilliez, Khadija Jabri, Julie Latourelle, 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), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), 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 la Jeunesse et des Sports, 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 effective 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, au 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 sur le 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 2019, 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 certains volets de dépense et de son financement. Le deuxième chapitre est centré sur des indicateurs complémentaires des dépenses de santé : la dépense courante de santé au sens international (DCSi), et les indemnités journalières. Enfin, le dernier chapitre est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé.

La crise sanitaire a affecté le processus de production des comptes de la santé. La priorité a été donnée à la production des chiffres avec les mêmes exigences de qualité que dans les éditions précédentes et dans un calendrier similaire. Ainsi, les données des comptes sont disponibles en fin d'ouvrage et diffusées sur le site de la DREES. Les éventuelles révisions seront documentées. L'édition 2020 de cet ouvrage comporte la vue d'ensemble, qui dresse une vision panoramique des dépenses de santé en France et en comparaisons internationales, complétée par des fiches thématiques. Ces dernières sont moins nombreuses que dans les éditions précédentes : 6 fiches sur la CSBM et son financement, 2 fiches sur les indicateurs complémentaires des dépenses de santé et 7 fiches de comparaisons internationales.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2019 – édition 2020

1

Vue d’ensemble <

La CSBM et son financement

Indicateurs complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

> Les dépenses de la santé en 2019 en France et perspectives internationales

Après deux années de croissance modérée (+1,7 % puis +1,6 %), la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) accélère un peu en 2019 (+2,1 %), pour s'élever à 208,0 milliards d'euros. Ce regain de dynamisme s'explique principalement par l'évolution des soins hospitaliers. Ces derniers redeviennent le premier facteur de croissance de la CSBM, devant les soins de ville. Ceux-ci restent dynamiques sous l'effet de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux, tandis que la consommation de soins de médecins ralentit.

La participation des ménages au financement de la CSBM continue de diminuer pour atteindre 6,9 % en 2019, après 7,1 % en 2018. Cette baisse s'explique par un net accroissement de la part de médicaments remboursables et par le ralentissement des dépassements d'honoraires, qui se combinent à la hausse tendancielle des dispositifs de prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

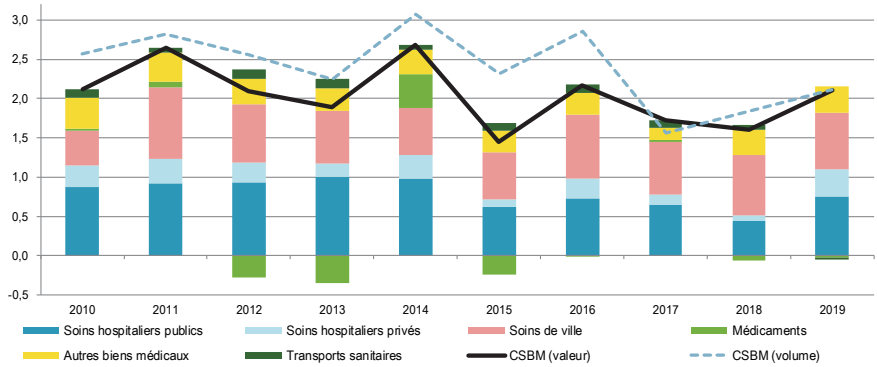
En 2018, sur un champ plus large, étendu aux soins de longue durée (SLD), à la gouvernance du système de soins et à la prévention institutionnelle, la France est le deuxième pays de l'Union européenne, après l'Allemagne, où les dépenses de santé au sens international sont les plus élevées (11,3 % du PIB), et celui où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement après intervention de l'assurance maladie obligatoire et des complémentaires santé.

La consommation de soins et de biens médicaux accélère sous l'effet des soins hospitaliers

En 2019, la **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) accélère avec une progression en valeur de +2,1 %, après +1,6 % en 2018 et +1,7 % en 2017 (*graphique 1*). Ainsi, après deux années de croissance modérée, le dynamisme 2019 est proche du taux de croissance moyen des dix dernières années. Cette croissance agrégée est intégralement portée par une progression des volumes, l'indice de prix restant stable. La stabilité de l'indice de prix résulte principalement d'une hausse des prix des soins hospitaliers (+1,3 %) compensée par une baisse du prix des médicaments (−4,1 %). La CSBM atteint ainsi 208,0 milliards d'euros, soit 8,6 % du PIB comme en 2018 *(tableau 1)*. Elle représente 3 102 euros par habitant en 2019.

Graphique 1 Évolution de la CSBM en valeur avec ses principales composantes et en volume

En %, contribution à la croissance en valeur en point de pourcentage



Lecture > En 2019, la CSBM progresse de 2,1 % en valeur dont 0,8 point s'explique par le secteur hospitalier public. En 2019, la CSBM progresse de 2,1 % en volume également, les prix restant stables (écart entre les progressions en valeur et en volume).
Source > DREES, comptes de la santé.

Entre 2014 et 2019, la CSBM en valeur est moins dynamique qu'entre 2009 et 2014 (+1,8 % de croissance en moyenne sur les cinq dernières années contre +2,3 % sur les années précédentes). En volume, le ralentissement, marqué plus encore, s'observe à partir en 2017. En valeur ou en volume, la dynamique de la CSBM, c'est-à-dire le ralentissement observé depuis quelques années, résulte principalement de l'évolution de la consommation de soins hospitaliers.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

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

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	Évolution 2018/2019	Contribution 2019
Soins hospitaliers		**80 316**	**82 461**	**84 567**	**86 688**	**89 060**	**90 430**	**92 320**	**93 848**	**94 887**	**97 127**	**2,4**	**1,1**
Secteur public		61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	71 182	72 451	73 349	74 892	2,1	0,8
Secteur privé		18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 397	21 539	22 234	3,2	0,3
Soins ambulatoires		**93 168**	**95 606**	**97 229**	**98 552**	**101 154**	**102 532**	**104 827**	**106 688**	**108 861**	**110 908**	**1,9**	**1,0**
– Soins de ville*		**44 170**	**45 749**	**47 081**	**48 314**	**49 412**	**50 553**	**52 132**	**53 464**	**54 992**	**56 467**	**2,7**	**0,7**
Soins de médecins et de sages-femmes		18 450	19 160	19 517	19 827	20 268	20 638	21 152	21 668	22 531	22 965	1,9	0,2
Soins d'auxiliaires médicaux		11 041	11 527	12 329	13 113	13 779	14 363	14 993	15 525	16 066	16 715	4,0	0,3
Soins de dentistes		9 999	10 289	10 490	10 606	10 600	10 774	11 108	11 325	11 498	11 786	2,5	0,1
Laboratoires d'analyses		4 284	4 396	4 338	4 342	4 316	4 314	4 413	4 466	4 406	4 525	2,7	0,1
Cures thermales		328	332	353	364	387	392	408	416	413	398	-3,8	0,0
Autres soins et contrats		68	44	53	60	62	73	58	65	78	78	0,4	0,0
– Médicaments		**33 395**	**33 517**	**33 028**	**32 392**	**33 207**	**32 745**	**32 731**	**32 761**	**32 649**	**32 592**	**-0,2**	**0,0**
– Autres biens médicaux**		**11 853**	**12 488**	**13 047**	**13 559**	**14 122**	**14 630**	**15 158**	**15 476**	**16 122**	**16 798**	**4,2**	**0,3**
– Transports sanitaires		**3 749**	**3 852**	**4 074**	**4 288**	**4 413**	**4 604**	**4 806**	**4 987**	**5 099**	**5 051**	**-0,9**	**0,0**
CSBM		**173 484**	**178 066**	**181 796**	**185 241**	**190 214**	**192 962**	**197 148**	**200 535**	**203 748**	**208 035**	**2,1**	**2,1**
	en % du PIB	*8,7*	*8,7*	*8,7*	*8,7*	*8,8*	*8,8*	*8,8*	*8,7*	*8,6*	*8,6*		
Évolution de la CSBM (en %)	Valeur	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4	2,2	1,7	1,6	2,1		
	Prix	-0,5	-0,2	-0,5	-0,3	-0,4	-0,9	-0,7	0,1	-0,2	0,0		
	Volume	2,6	2,8	2,6	2,2	3,1	2,3	2,9	1,6	1,8	2,1		

***** 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 des régimes d'assurance maladie.
****** Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), aliments, matériels, pansements.
Lecture > En 2019, la CSBM progresse de 2,1 %, dont 1,1 point provient des soins hospitaliers, qui augmentent de 2,4 % en un an.
Source > DREES, comptes de la santé.

Les **soins hospitaliers**, qui représentent 47 % de la CSBM, soit 97,1 milliards d'euros, accélèrent en 2019 (+2,4 % après +1,1 %) jusqu'à augmenter plus vite que la CSBM, contrairement aux trois années précédentes. Ils redeviennent le premier contributeur à la croissance de la CSBM en 2019. L'accroissement des soins hospitaliers tous secteurs confondus est principalement porté par une accélération des prix (à +1,3 % en 2019 après +0,3 % en 2018), les volumes étant légèrement plus dynamiques en 2019 qu'en 2018 du fait du secteur privé *(graphique 2)*. Avec ce regain, la dépense hospitalière publique et privée retrouve un rythme de progression proche de celui observé dans la première moitié des années 2010 (+2,6 % par an en moyenne).

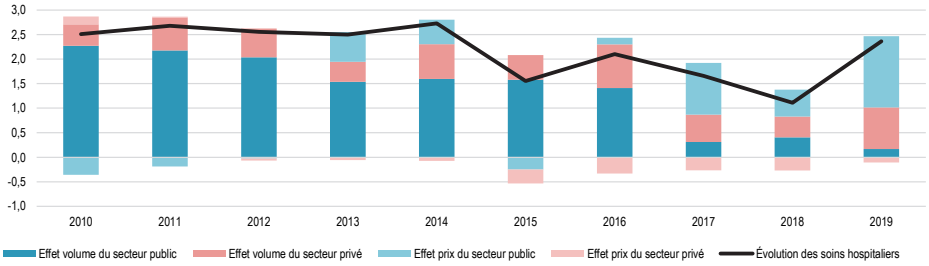
Dans le **secteur public**[1], qui représente 77 % des soins hospitaliers soit 74,9 milliards d'euros, l'accélération de la consommation de soins s'appuie sur les prix. Ils accélèrent fortement en 2019 (à +1,9 % après +0,7 % en 2018), en lien avec l'augmentation des tarifs des séjours hospitaliers. En parallèle, les volumes poursuivent leur ralentissement en 2019 : ils progressent à peine, de +0,2 % après +0,5 % en 2018. Cette atonie est emmenée par un ralentissement des volumes en médecine, chirurgie et obstétrique, tandis que les volumes en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation continuent de se contracter.

Dans le **secteur privé**, qui représente 22,2 milliards d'euros, l'accélération est portée par les volumes : +3,7 % en 2019 après +1,9 % en 2018. Le dynamisme des volumes est tiré à la fois par celui des honoraires versés aux praticiens et par celui des frais de séjour. Les prix des soins hospitaliers du secteur privé sont en baisse en 2019 comme les huit années précédentes, du fait de la contraction régulière des tarifs des séjours.

1. L'identification du secteur public repose sur le caractère non marchand de l'activité. Ainsi, le secteur public comprend l'ensemble des hôpitaux publics (civils et militaires) et les établissements privés à but non lucratif.

Graphique 2 **Évolution de la consommation de soins hospitaliers**

Évolution en %, contribution en point de pourcentage



Lecture > La consommation de soins hospitaliers progresse de 2,4 % en 2019 avec une contribution de 0,2 point des volumes du secteur public, de 0,8 point des volumes du secteur privé, de 1,5 point du prix du secteur public et de −0,1 point des prix du secteur privé.
Source > DREES, comptes de la santé.

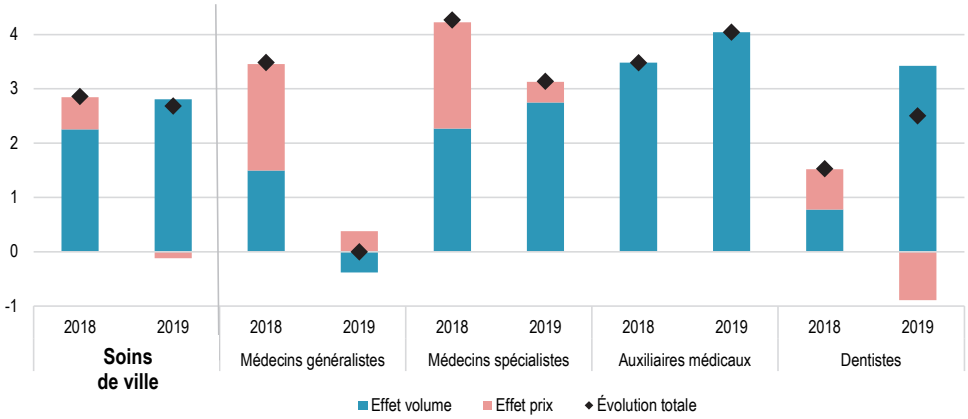
Les soins de ville restent allants grâce au dynamisme des soins d'auxiliaires médicaux

La consommation de **soins de ville** (médecins en cabinets libéraux, auxiliaires médicaux, etc.), un ensemble de 56,5 milliards d'euros, reste dynamique en 2019, bien qu'en léger ralentissement : sa croissance en valeur s'établit à +2,7 % après +2,9 % *(graphique 3)*. Les soins de ville redeviennent, en 2019, le second contributeur à la croissance de la CSBM, après en avoir été le premier en 2018. Le dynamisme du poste s'explique principalement par des effets volumes (+2,8 % après +2,3 % en 2018), même si les évolutions diffèrent d'une composante à l'autre.

Les **soins d'auxiliaires médicaux** (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.) sont le premier contributeur à la croissance des soins de ville, bien qu'ils représentent à peine le tiers de l'agrégat. Leur croissance s'établit en valeur à +4,0 % en 2019 (près de deux fois la croissance de la CSBM), après 3,5 % en 2018 et 2017. Elle s'appuie sur des volumes très allants. Deux facteurs se combinent pour expliquer ce dynamisme : la hausse du nombre de personnes âgées en perte d'autonomie accentue le besoin de soins réguliers au plus proche des patients, et les dispositifs de sortie rapide d'hospitalisation – le « virage ambulatoire » – se développent (comme le programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation [PRADO]).

Graphique 3 **Évolution des soins de ville et ses principales composantes en 2018 et 2019**

Évolution en %, contribution en point de pourcentage



Lecture > En 2019, les soins de ville progressent de 2,7 % avec une hausse des volumes de 2,8 % et une contraction des prix de 0,1 %.
Source > DREES, comptes de la santé.

La croissance des soins de médecins est en repli, fort pour les généralistes et plus léger pour les spécialistes

La consommation de soins de **médecins généralistes** en ville[2] est stable en 2019 à 9,7 milliards d'euros, après une croissance particulièrement forte de 3,5 % en 2018. Cette stabilité résulte de prix peu dynamiques (+0,4 % en 2019 après +2,0 %) et de volumes en contraction (–0,4 % après +1,5 %). Le ralentissement des prix s'explique par la fin de la montée en charge des dernières revalorisations tarifaires, datant de 2018. La contraction des volumes résulterait de deux effets contraires. D'une part, l'activité des médecins généralistes, mesurée par exemple au nombre de consultations effectuées, est en contraction en 2019, du fait notamment d'un contexte épidémiologique plus favorable : la grippe saisonnière de 2019 est moins marquée que la grippe saisonnière de 2018. D'autre part, les dispositifs de rémunérations sur contrats visant à une meilleure prise en charge des patients montent en charge (intégration des majorations pour personne âgée dans un forfait patientèle médecin traitant, etc.). La part de ces dispositifs de type contrat dans la rémunération des généralistes a plus que doublé sur la dernière décennie, passant de 7 % en 2010 à 15 % en 2019.

La consommation de soins de **médecins spécialistes** en ville reste dynamique, bien qu'en léger repli : les soins progressent ainsi de +3,1 % après +4,3 % en 2018, pour atteindre 12,8 milliards d'euros en 2019. La croissance des soins de spécialistes est portée par des volumes allants (+2,7 % en 2019 après +2,3 %), tandis que les prix augmentent faiblement (+0,4 % en 2019 après +2,0 %). La faible hausse de prix s'explique, comme pour les généralistes, par la fin de la montée en charge des dernières revalorisations. Les dépassements d'honoraires continuent aussi de ralentir en 2019. Les médecins spécialistes peuvent opter pour des dispositifs de limitation de tarifs (dispositifs Optam et Optam-co) introduits en 2017 : les médecins affiliés bénéficient d'une rémunération forfaitaire ou de revalorisation sur certains actes techniques en échange d'un plafonnement des dépassements d'honoraires. Ce mécanisme est renforcé par un plafonnement de fait des remboursements des dépassements des médecins non affiliés par les organismes complémentaires[3]. Le dynamisme des volumes est porté par la hausse des actes techniques (+4,3 % en 2019, par rapport à une progression de 3,5 % en moyenne depuis 2010). Cette analyse globale masque des disparités dans la ventilation entre les actes cliniques et les actes techniques selon les spécialités. Quatre ensembles de spécialités représentent plus de la moitié de la consommation : radiologie (23 %), ophtalmologie (13 %), cardiologie (9 %) et gynécologie (8 %). Contrairement au cas des généralistes, les contrats continuent de représenter une part très faible de la rémunération des spécialistes (1 %).

La consommation de médicaments en ambulatoire se contracte légèrement

En 2019, la consommation de **médicaments en ambulatoire** est en légère contraction de 0,2 % pour atteindre 32,6 milliards d'euros. Cette contraction globale combine une légère hausse de la consommation de médicaments remboursables plus que compensée par une forte contraction de la consommation de médicaments non remboursables. La contraction de l'indice de prix des médicaments en ambulatoire se poursuit en 2019 (−4,1 % après −3,5 % en 2018) du fait de la baisse tendancielle du prix des médicaments remboursables.

La consommation de **médicaments remboursables** (92,5 % du poste) augmente en valeur de 0,6 % en 2019, après −0,1 % en 2018. Cette croissance combine une progression de 1,5 % sur l'activité en officines et une contraction de 9,6 % sur la rétrocession hospitalière (vente de médicaments par des pharmacies d'hôpital à des patients non hospitalisés). La dynamique de la rétrocession hospitalière est très marquée par les décisions sur les circuits de distribution relatives à l'arrivée de nouveaux médicaments, souvent très onéreux, et leur bascule vers la vente en officines de ville[4]. Mais son inclusion dans la consommation de médicaments en ambulatoire permet d'éviter que les modifications de circuit de délivrance affectent artificiellement la dynamique du poste par des effets de périmètre. Au final, la croissance du poste dans sa globalité, et son accélération, sont portées par le dynamisme des volumes (+4,9 % en 2019 après +3,8 %).

La baisse de la consommation de **médicaments non remboursables** (7,5 % du poste) s'amplifie nettement en 2019 : le resserrement du poste est de 8,4 % après un repli de 3,2 %. Cette baisse relève autant des prix qui se contractent de 4,7 % (après –0,6 %) que des volumes qui diminuent de 3,9 % (après –2,6 %). La contraction des volumes s'explique principalement par une mesure réglementaire : en 2019, les traitements de sevrage du tabac jusqu'alors non remboursables, sont devenus remboursables. Cette bascule a également contribué au dynamisme du volume des médicaments remboursables.

---

2. Les différents postes de consommation de soins dispensés par des professionnels de santé comprennent l'ensemble des honoraires perçus ainsi que les rémunérations contractuelles souvent appelées « forfaits » (rémunération sur objectifs de santé publique, forfait patientèle médecins traitant, etc.). Ces rémunérations forfaitaires concernent très majoritairement les médecins généralistes. Avec ce périmètre large de consommation, les changements réglementaires réguliers sur ces modes de rémunérations sont sans impact sur l'analyse du poste.

3. Le plafonnement de la prise en charge des dépassements à 100 % du tarif de la Sécurité sociale pour les médecins hors dispositifs par les organismes complémentaires est imposé pour les contrats « responsables ». Ces contrats sont largement majoritaires. Ainsi, dans la très grande majorité des cas, la patientèle d'un spécialiste hors dispositif aura un reste à charge élevé.

4. Par exemple, des traitements contre le virus de l'hépatite C ont d'abord été introduits en rétrocession hospitalière en 2014 avant de basculer en délivrance en officines de ville en 2018.

Les premiers effets de la réforme « 100 % santé » : une possible baisse du non-recours en dentaire

La réforme « 100 % santé » vise à améliorer l'accès aux soins avec une baisse du reste à charge et une réduction du renoncement aux soins. Pour les audioprothèses, l'optique et le dentaire, la réforme prévoit qu'à terme, en 2021, des regroupements de soins et d'équipements soient intégralement remboursés par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires (OC). Le calendrier de mise en œuvre, propre à chaque poste, est progressif à partir de 2019. Certaines dispositions mises en place en 2019 peuvent générer des effets transitoires distincts des impacts de long terme. Ces derniers ne pourront être observés qu'une fois que la montée en charge des dispositifs sera pleinement effectuée.

La réforme « 100 % santé » identifie deux paniers **d'audioprothèses** : un panier dit « Catégorie I », qui contient les équipements du « 100 % santé » et qui, à terme, sera intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les OC, et un panier dit « Catégorie II » qui contient des équipements autres que le « 100 % santé », pour lesquels les bases de remboursement Sécurité sociale sont identiques à celles du panier « 100 % santé », les tarifs sont encadrés et la prise en charge des OC limitée. En 2019, la réforme instaure un plafonnement du prix des audioprothèses du panier de Catégorie I, accompagné d'une augmentation de la base de remboursement Sécurité sociale. Dans les comptes de la santé, les prothèses auditives appartiennent au poste « autres biens médicaux hors optique » (prothèses, fauteuils roulants, lits médicalisés, pansements, etc.), qui est en hausse de 3,3 % du fait d'une hausse en volume, pour atteindre 10,0 milliards d'euros en 2019.

L'**optique** médicale représente 6,7 milliards d'euros en 2019. Le « 100 % santé » en optique distingue la classe A, équipements du panier « 100 % santé », et la classe B, équipements autres que ceux du « 100 % santé ». Les équipements « 100 % santé » devant être mis à disposition par les opticiens au 1er janvier 2020, les paniers ne sont pas encore mis en œuvre en 2019. La consommation d'optique est dynamique en 2019 avec une croissance de 5,6 % après +4,6 %, du fait de volumes particulièrement dynamiques à +5,2 %. Les prix progressent faiblement de 0,4 %. La dynamique du poste en 2019 est proche de celle de 2018 et de celle observée entre 2010 et 2012, avec des croissances de 4 % ou plus. Au contraire, entre 2013 et 2017, les évolutions étaient atones, voire négatives, vraisemblablement en conséquence de l'introduction par les OC de contrats responsables limitant la prise en charge en cas de renouvellement d'équipement fréquent.

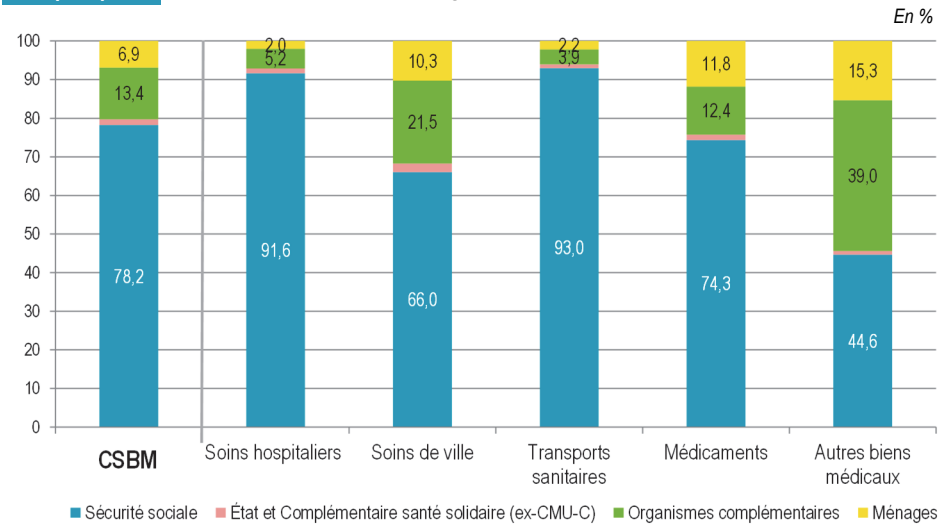
La consommation de **soins de dentistes**, de 11,8 milliards d'euros en 2019, est constituée de l'ensemble des honoraires des chirurgiens-dentistes qu'il s'agisse de soins conservateurs (consultations usuelles, détartrage, etc.) ou de prothèses dentaires. En 2019, les soins de dentistes accélèrent, avec une hausse de 2,5 % en valeur après +1,5 %. Cette accélération combine une très nette expansion des volumes (+3,4 % après +0,8 %) et un repli des prix (–0,9 % après +0,7 % en 2018). Pour 2019, la nouvelle convention dentaire qui accompagne le « 100 % santé » instaure une revalorisation des tarifs des soins conservateurs, facteur de hausse des prix, et un plafonnement du prix de certaines **prothèses dentaires**, facteur de baisse des prix. La baisse des prix constatée indique que la première mesure est plus que compensée par la seconde. Outre un effet d'aubaine pour les ménages qui auraient consommé des soins prothétiques même en l'absence de réforme, le dynamisme des volumes pourrait s'expliquer par une baisse du non-recours aux soins dentaires[5]. Cette réduction du non-recours, ou solvabilisation d'une partie des ménages, stimule la consommation par son volume, et amplifie le facteur de baisse de prix en déformant la structure de la consommation en faveur des soins prothétiques à prix plafonnés. Ainsi, la part des actes prothétiques dans l'ensemble des actes des dentistes augmente en 2019.

La participation des ménages diminue une nouvelle fois en 2019 pour atteindre 6,9 % de la CSBM

Le **reste à charge** (RAC) en santé des ménages diminue de nouveau en 2019 pour atteindre 6,9 % de la CSBM après 7,1 % en 2018. Cette participation directe des ménages aux dépenses de santé s'élève à environ 14,3 milliards d'euros en 2019, soit 213 euros par habitant par an. Dans les comptes de la santé, le reste à charge est une grandeur macroéconomique qui agrège de grandes disparités entre ménages (selon l'âge, le revenu, le lieu de résidence, etc.). Comme il est calculé à partir de la consommation réalisée, l'analyse du RAC n'éclaire que partiellement les enjeux autour du recours aux soins ou de leur pertinence. Obtenu par solde de l'intervention de l'État, de la Sécurité sociale et des organismes complémentaires sur les différents postes de dépenses, son évolution découle principalement de l'engagement des autres acteurs du financement de la CSBM *(graphique 4)*.

5. Le motif financier est un des principaux motifs déclarés de non-recours pour les soins dentaires prothétiques dans les enquêtes auprès des ménages (Odenore 2015-2017, EU-SILC 2015, etc.).

Graphique 4 **Structure du financement des grands postes de la CSBM en 2019**



Lecture > En 2019, la Sécurité sociale finance 78,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Pour les soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 91,6 % des dépenses.
Source > DREES, comptes de la santé.

La baisse tendancielle du RAC en proportion de la CSBM, depuis 2009, s'explique par des **facteurs structurels** qui impliquent une participation croissante de la **Sécurité sociale**. Avec le vieillissement de la population française, les effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) – cancer, diabète, etc. – sont particulièrement dynamiques. De plus, plusieurs **décisions réglementaires**, notamment la prise en charge par la Sécurité sociale de traitements médicamenteux innovants et onéreux, ont augmenté les financements apportés par la Sécurité sociale. En conséquence, la part de la CSBM prise en charge par la Sécurité sociale progresse quasi continûment depuis 2010 pour atteindre 78,2 % en 2019, ce qui contribue à réduire le RAC des ménages.

La part des **organismes complémentaires** (OC) est globalement stable autour de 13,5 % ces dix dernières années. Elle atteint 13,4 % en 2019. Le taux de prise en charge des OC de la CSBM masque de grandes disparités : ils sont très présents sur certains postes – notamment en dentaire et en optique – et jouent un rôle mineur sur d'autres. La réforme « 100 % santé » pourrait modifier les taux de prise en charge par les OC de certains postes de dépenses, et s'observer à terme sur la part de la CSBM financée par les OC.

Enfin, l'État et les organismes de base au titre de la CMU-C financent une faible part des dépenses de santé (1,5 % en 2019 et en 2018). L'intervention de l'État avec les organismes de base au titre de la Complémentaire santé solidaire[6] (ex-CMU-C) s'inscrit dans une logique de solidarité (aide médicale d'urgence, etc.) alors que la Sécurité sociale, largement majoritaire dans le financement, repose plus sur une logique assurantielle.

L'approche des restes à charge en proportion de la dépense analysés poste par poste ne doit pas masquer l'examen de la **répartition du reste à charge** des ménages entre les différents postes. Avec des taux de participation très variables, cette structure diffère de celle de la CSBM. Ainsi, les soins de ville, comprenant les dépassements d'honoraires et les soins dentaires prothétiques, représentent environ 41 % de la participation des ménages. Les médicaments représentent un peu moins de 27 %. Les autres biens médicaux, comprenant l'optique, sont le troisième poste (18 %). Enfin, les soins hospitaliers représentent 14 % du reste à charge des ménages.

Une baisse du non-recours accompagnerait la hausse du reste à charge en soins dentaires

La diminution du RAC sur l'ensemble de la CSBM en 2019, de 7,1 % à 6,9 %, n'est pas généralisée sur toutes ses composantes : quelques-unes jouent à la hausse – notamment les soins dentaires et les soins hospitaliers du secteur privé – tandis qu'une majorité contribuent à la baisse *(graphique 5)*.

La consommation de **soins dentaires** en 2019 serait dynamisée par la réforme « 100 % santé » mais aurait un effet paradoxal sur l'évolution du RAC : en proportion, il progresse pour atteindre 21,1 % en 2019 contre 20,2 % en 2018. La nouvelle convention dentaire vise à rééquilibrer l'activité entre soins prothétiques et soins conservateurs.

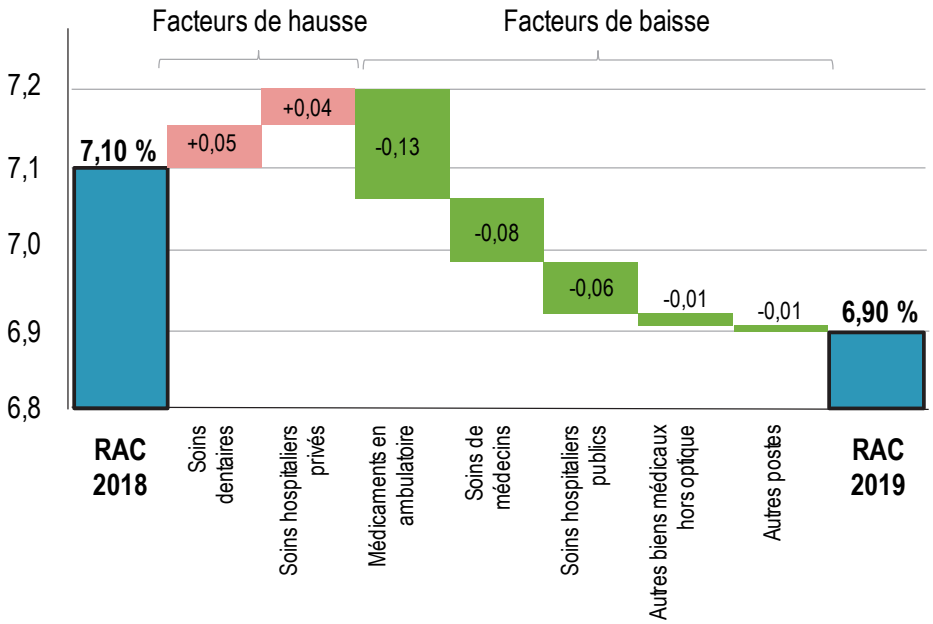
6. À partir du 1er novembre 2019, le dispositif CMU-C a été réformé dans le cadre de la Complémentaire santé solidaire.

Pour ce faire, une revalorisation des soins conservateurs et chirurgicaux est associée à un plafonnement du prix de certaines prothèses dentaires. Cette réforme n'impose pas en 2019 une prise en charge spécifique par les OC. Pour les soins conservateurs, la hausse des tarifs s'accompagne ainsi d'une hausse de la prise en charge de la Sécurité sociale : les prestations versées par la Sécurité sociale progressent de 3,8 % en 2019. À consommation inchangée, cette hausse serait un facteur de baisse du RAC. Pour les prothèses dentaires, il y a un effet dit d'aubaine pour les OC concernant les soins prothétiques plafonnées : les prestations qu'elles reversent à leurs assurés à ce titre sont affectées à la baisse. Pour les ménages non assurés ou assurés avec des garanties complémentaires faibles en dentaire, le plafonnement de certains soins prothétiques rendrait le soin financièrement accessible, tout en induisant une hausse du RAC. Le poids des soins prothétiques par rapport aux soins conservateurs dans les prestations des OC explique que l'effet haussier lié aux prothèses l'emporte sur l'effet baissier lié aux soins conservateurs. Ainsi, les prestations versées par les OC au titre des soins dentaires diminuent en 2019 de 1,4 % tandis que le montant du RAC augmente de 7,0 %.

Le RAC sur les soins hospitaliers est de 2,0 % en 2019 (1,3 % dans le secteur public et 4,5 % dans le secteur privé). Les **soins hospitaliers du secteur privé** sont un facteur de hausse du RAC car la part des dépassements d'honoraires dans le secteur privé augmente. Ces dépassements d'honoraires ne relèvent pas de la Sécurité sociale et ne sont donc pas concernés par les dispositifs de type ALD. De plus, la participation des organismes complémentaires est limitée dans le cadre des contrats responsables qui plafonnent la prise en charge des dépassements lorsque les praticiens ne sont pas adhérents aux dispositifs de modération tarifaires (Optam et Optam-co).

Graphique 5 Décomposition de la baisse du reste à charge en 2019 par poste

Reste à charge 2018 et 2019 en % de la CSBM, contributions en point de pourcentage



Lecture > Le reste à charge (RAC) diminue de 7,1 % de la CSBM en 2018 à 6,9 % en 2019. Les soins dentaires contribuent à la hausse du RAC à hauteur de 0,05 point de pourcentage tandis que les médicaments en ambulatoire contribuent à sa baisse pour 0,13 point de pourcentage.
Source > DREES, comptes de la santé.

Les effets baissiers sur le RAC des médicaments et des soins de médecins l'emportent

La consommation des **médicaments** en ambulatoire en 2019 est caractérisée par le net repli de la consommation de médicaments non remboursables au profit des médicaments remboursables. Cet effet en ciseau joue doublement à la baisse sur le RAC, qui passe de 12,7 % en 2018 à 11,8 % en 2019. De plus, au sein des médicaments remboursables, la part des médicaments remboursés à 100 % continue de progresser. Cette tendance repose d'abord sur le vieillissement de la population, qui s'accompagne d'une progression des personnes exonérées de ticket modérateur *via* la dispositif d'affection de longue durée (ALD) et sur la progression des génériques dans la consommation de médicaments. De plus, même si la rétrocession hospitalière diminue en 2019, l'arrivée régulière de nouveaux traitements innovants (contre le cancer, l'hépatite C, etc.) stimule la participation de la Sécurité sociale qui les rembourse intégralement, quel que soit le circuit de distribution.

La consommation de **soins de médecins** est globalement marquée en 2019 par une hausse de la part des rémunérations forfaitaires chez les généralistes, et dans une moindre mesure par un ralentissement des dépassements d'honoraires chez les spécialistes. Les rémunérations forfaitaires sont intégralement prises en charge par la Sécurité sociale, leur développement induit donc une baisse de la part de la dépense à la charge des ménages. Ainsi, le reste à charge sur les soins de médecins s'élève à 8,2 % en 2019 contre 8,9 % en 2018.

Le volet audiologie de la réforme « 100 % santé » qui comprend en 2019 un plafonnement des prix et une prise en charge par les OC, semble diminuer la participation des ménages. En effet, le poste des biens médicaux hors optique joue à la baisse sur le RAC en 2019.

Enfin, les autres postes (auxiliaires médicaux, transports sanitaires, optique, etc.) sont globalement des facteurs de baisse du RAC en 2019. Au total, le RAC sur les soins de ville est en diminution, à 10,3 % en 2019 après 10,5 % en 2018.

Les dépenses de santé au sens large représentent 11,3 % du PIB de la France en 2018

Pour effectuer des comparaisons internationales, il est nécessaire de s'appuyer sur un agrégat plus large que la CSBM. La **dépense courante de santé au sens international** (DCSi)[7] est le seul agrégat harmonisé permettant les comparaisons internationales[8]. En 2018 (dernière année disponible), elle s'élève à 265,8 milliards d'euros, soit 11,3 % du PIB. Elle progresse de 1,6 % en 2018.

Outre la CSBM qui représente environ 76,7 % de la DCSi, le champ de la dépense est étendu à trois principaux postes : les **soins de longue durée** (SLD), la gouvernance du système de soins et la prévention institutionnelle. Les SLD (15,6 % de la DSCi) correspondent aux dépenses de soins en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées. Ensuite, les dépenses de **gouvernance** (5,6 % de la DSCi) comprennent principalement les frais de gestion de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires. Enfin, la **prévention institutionnelle** (1,8 %) correspond aux actions de prévention organisées ou financées par des fonds ou des programmes nationaux ou départementaux : campagnes de promotion de la vaccination, financement des centres de dépistages, action d'éducation à la santé sexuelle, etc.

Les **SLD** recouvrent des dépenses de soins dans un sens sanitaire strict (soins infirmiers à domicile, soins en Ehpad, soins en USLD à l'hôpital, etc.) et une composante médico-sociale évaluée au surcoût lié à la perte d'autonomie pour environ 55 % du poste. Cette dernière comportant les dépenses d'hébergement en Ehpad et les dépenses d'aides à domicile pour la vie quotidienne (AVQ), le financement des SLD est principalement du ressort de l'État, *via* le versement d'une prestation sociale, et des ménages. Le poids des SLD dans la DCSi explique que la structure de financement de la DSCi donne un rôle plus important à l'État et aux ménages que pour la CSBM. Le RAC des ménages dans cette perspective élargie des dépenses de santé au sens international est de 9 %, soit 2 points de plus que le RAC sur l'ensemble de la CSBM en 2018.

En 2018, l'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

Au sein des pays de l'Union européenne, c'est en France et en Allemagne que les **dépenses courantes de santé au sens international** (DCSi) sont les plus élevées : respectivement 11,3 % et 11,5 % de leur PIB *(graphique 6)*. En moyenne, les États membres de l'UE-28 consacrent 9,9 % de leurs PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins des disparités géographiques marquées en Europe : elles sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (de 8 % à 9 %) et pour les nouveaux membres de l'UE (6,8 %). Avec une DCSi représentant 17,8 % du PIB en 2018, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE.

Les dépenses de santé par habitant s'élèvent en France à 3 970 euros par habitant en 2018 en **parité de pouvoir d'achat** (PPA). Le passage par les parités de pouvoir d'achat permet de comparer le niveau de ces dépenses en corrigeant du niveau général des prix pratiqués dans chaque pays (*ie* sur l'ensemble des biens et services consommés). Elles placent la France au 7e rang des pays de l'UE-28, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. L'Allemagne y consacre 820 euros de plus par habitant. Avec 8 180 euros par habitant en PPA, les États-Unis ont des dépenses par habitant deux fois plus élevées.

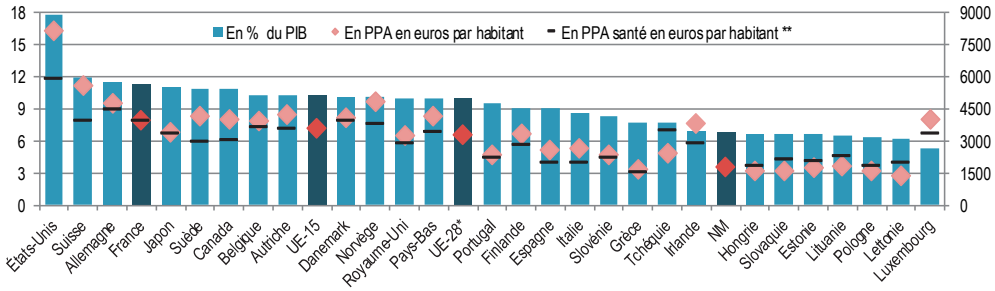
La hiérarchie est encore modifiée en tenant compte des **différences de pouvoir d'achat spécifique au secteur de la santé**. Cet indicateur permet de mesurer les différences de **volume de dépense** de santé par habitant entre pays, ce qui

7. À partir de l'édition 2020 du Panorama des comptes de la santé, la DREES privilégie l'agrégat de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) qui est harmonisé au niveau international, sur l'agrégat de la « dépense courante de santé » (DCS).
8. Le système international des comptes de la santé (*System of Health Accounts*) permet d'établir une dépense courante de santé au sens international. Il est commun à trois organisations : l'OCDE, Eurostat et l'OMS. Depuis 2015 la transmission des données de santé sur les dépenses de santé et leur financement est par ailleurs régie par une réglementation européenne (règlement UE 2015/359), qui complète la réglementation sur les statistiques communautaires de la santé publique et de la santé et de la sécurité au travail (Règlement CE n° 1338/2008).

atténue sensiblement les écarts. La Suisse, la Norvège, la Suède, le Luxembourg, le Canada, et les États-Unis sont des pays où les prix dans la santé sont de 30 % à 70 % supérieurs à ceux pratiqués en France. Ainsi, en tenant compte des prix en santé, même si les États-Unis ont toujours le niveau de dépense de santé le plus important par habitant (environ 6 000 euros en PPA), l'écart avec la France est diminué de moitié. La France remonte alors au 3e rang des pays étudiés derrière l'Allemagne. La Suisse, pays où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, est rétrogradé au 4e rang, proposant finalement un volume de biens et services de santé par habitant proche de celui offert en France.

Graphique 6 Dépense courante de santé au sens international en 2018

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



***** Les données pour les cinq pays de l'UE-28 non membres de l'OCDE, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, Malte et la Roumanie portent sur l'année 2017. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.
****** Les PPA santé utilisées ici sont calculées et diffusées par l'OCDE pour l'année 2017.
Note > Les PPA calculées par l'OCDE, exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).
Lecture > La dépense courante de santé (DCSi) représente 11,3 % du PIB de la France en 2018. En parité de pouvoir d'achat et par habitant cela représente 3 970 euros par habitant en 2018.
Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

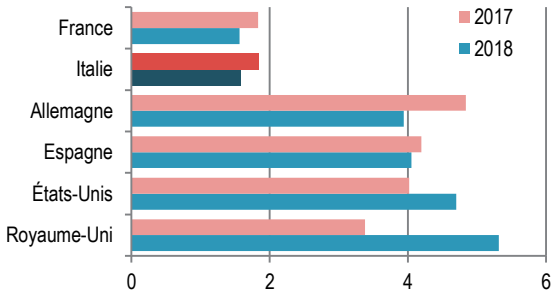
En 2018, la croissance des dépenses de santé reste modérée en France comme en Italie

En France, en 2018, les **dépenses de santé en euros courants** ralentissent légèrement : +1,6 % après +1,8 % en 2017 *(graphique 7)*. Leur progression en valeur est inférieure à celle du PIB. La France n'est pas un cas isolé en Europe. Les dépenses de santé en Italie n'ont pas progressé de plus de 2 % par an en valeur depuis les cinq dernières années (+1,6 % en 2018). En France, cette progression est largement régulée par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam). Pour l'Italie, les fortes contraintes budgétaires du pays pèsent sur les capacités à revoir les dotations minimales pour les actes médicaux réalisés à l'hôpital ou en cabinet de ville financés par l'État italien (*Livelli essenziali di assistenza*).

L'Espagne, le Royaume-Uni, les États-Unis et l'Allemagne ont une croissance plus dynamique de leurs dépenses de santé (supérieure ou égale à 4 % en valeur en 2018). La croissance récente des dépenses espagnoles est néanmoins à mettre en perspective avec les réductions fortes des dépenses de santé opérées à la suite de la crise économique de 2008 : jusqu'à 2013, les dépenses de santé diminuaient chaque année en Espagne.

Graphique 7 Taux de croissance des dépenses de santé au sens international en 2017 et 2018

Taux de croissance en % - en devise nationale constante 2015 – en euros courants



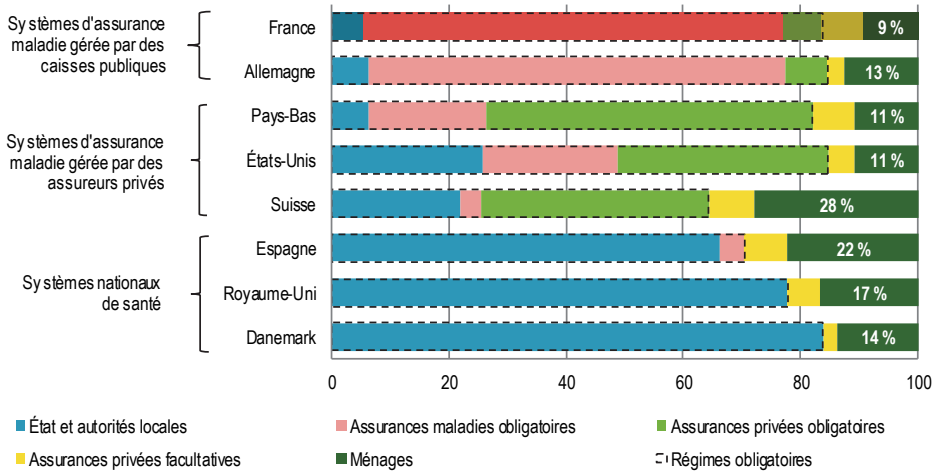
Lecture > Le taux de croissance de la DCSi en 2018 en France est de 1,6 % en euros courants.
Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Différentes stratégies de financement assurent la couverture des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE

Les systèmes de santé des pays de l'OCDE se distinguent les uns des autres par leur mode de financement. Néanmoins, les **régimes obligatoires de financement**, assurés par l'État, les assurances maladie gérées par des caisses publiques ou des assureurs privés, financent principalement la santé dans tous les pays de l'OCDE *(graphique 8)*.

Graphique 8 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2018

En % de la dépense courante de santé internationale (DCSi)



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

L'État (ou des autorités locales) assure ainsi un service national de santé financé par l'impôt et contribue au financement de plus de la moitié des dépenses courantes de santé dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada. Cette part dépasse 80 % dans les pays scandinaves. Les administrations financent une part prépondérante des coûts de santé, le reste étant en grande partie couvert par les paiements directs des ménages. Le Luxembourg, l'Allemagne, la France ou encore le Japon reposent sur des systèmes d'**assurance maladie gérée par des caisses publiques de Sécurité sociale** : l'affiliation est obligatoire et les prestations sont versées en contrepartie de cotisations. Ce rôle clé des régimes obligatoires est combiné à une offre de soins majoritairement libérale avec une rémunération essentiellement à l'acte, qui peut coexister avec des hôpitaux publics.
Certains pays enfin, comme la Suisse, les Pays-Bas ou les États-Unis depuis 2014 et le *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*), 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.

Ces assurances privées obligatoires se développent depuis une dizaine d'années dans de nombreux pays. En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative, est devenue obligatoire. Aux États-Unis, ce mouvement a été plus fort, avec un basculement de l'assurance privée facultative (40 % de la DCSi en 2006) à l'assurance privée obligatoire (36 % de la DCSi en 2018). Aux Pays-Bas, l'assurance privée obligatoire est renforcée : elle représente à présent 56 % du financement de la DCSi.

C'est en France que la part de la dépense de santé au sens international à la charge des ménages est la plus faible

Globalement, une large partie des dépenses de santé sont à la charge des États, des assurances maladie obligatoires ou des assureurs privées obligatoires : 79 % en moyenne dans l'UE-15 en 2018. Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives : environ 5 % en moyenne pour les pays de l'UE-15. Le reste est directement à la charge des ménages.

En 2018, dans les pays de l'UE-15, en moyenne 16 % de la DCSi est à la charge des ménages. Les **RAC** les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (36 % en Grèce et 30 % au Portugal), en Suisse (28 %) et chez les NM (20 % en moyenne). Par rapport aux autres pays de l'Union européenne ou de l'OCDE, la France est celui où le RAC des ménages est le plus limité en part de la DCSi (9 %) *[graphique 8]*.

Le RAC des ménages est en moyenne de 560 euros en PPA par habitant dans l'UE-15 et de 360 euros en PPA pour les NM de l'Union européenne. Au sein de l'UE-15, c'est en France que le RAC est le plus faible avec 370 euros en PPA par habitant de dépenses annuelles à la charge des ménages. La décomposition du RAC selon les **diverses fonctions de la DCSi**, notamment les dépenses qui relèvent des **soins de longue durée (SLD)**[9], fait néanmoins apparaître qu'environ la moitié du RAC par habitant exprimé en PPA en France est liée aux SLD, soit un RAC de 25 % en moyenne sur les dépenses de SLD[10]. Avec un RAC relativement élevé de 150 euros PPA par habitant pour les SLD, la France se situe en queue de peloton des pays de l'OCDE sur ce segment de la dépense.

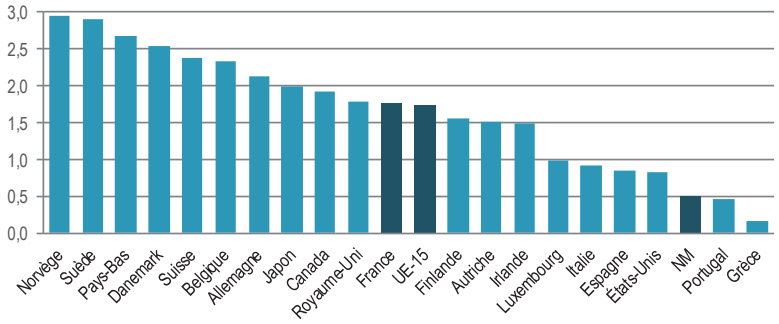
Des dépenses de soins de longue durée plus élevées dans les pays du nord de l'Europe qu'en France

En 2018, en France, les dépenses consacrées aux **SLD**, dans sa composante médicale et médico-sociale, atteignent 1,8 % du PIB en moyenne. Elles se situent dans une position intermédiaire en Europe, proche de celle du Royaume-Uni et de la Finlande *(graphique 9)*. La création d'une nouvelle branche dédiée à la perte d'autonomie a récemment été placée à l'agenda social du gouvernement français pour l'année 2021.

En consacrant entre 2,5 % et 3 % de leur richesse aux SLD en 2018, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark déploient plus de moyens que les autres pays de l'OCDE dans ce domaine. Les pays scandinaves ont, en effet, intégré depuis longtemps la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap dans les services de santé publics ainsi que dans les services sociaux et proposent notamment des soins à domicile très développés. En revanche, l'effort financier dans ce domaine est sensiblement plus faible (moins de 1 % du PIB) dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.

Graphique 9 Dépense médicale et médico-sociale de soins de longue durée en 2018

En % du PIB



Lecture > En 2018, la France consacre 1,8 % de son PIB aux SLD.
Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

9. Soins aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi aux personnes en situation de handicap, qui relèvent de la santé.
10. À titre de comparaison, le RAC des ménages en France pour les dépenses de soins à l'hôpital est de 1,4 % selon la définition retenue ici (hors consultations à l'hôpital) et de 11,6 % pour les soins de ville (également sur un champ légèrement différent de celui de la partie consacrée à la France). Il faut également noter que le RAC des ménages pour les SLD ne prend pas en compte le crédit d'impôt sur les soins à domicile.

2

Vue d’ensemble

La CSBM et son financement

Indicateurs complémentaires

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

La CSBM et son financement

Le chapitre de l'ouvrage portant sur la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en France et son financement est exceptionnellement réduit du fait de la crise sanitaire et de la priorité donnée à la production de chiffres.

La première partie présente l'un des principaux postes de consommation en ville : les soins de médecins généralistes et leur évolution au cours des dix dernières années (voir fiche 1).

La deuxième partie est consacrée aux soins hospitaliers, avec une fiche structurelle sur l'offre et activité hospitalière et une fiche sur la consommation de soins hospitaliers (voir fiches 2 et 3).

La dernière partie de ce chapitre (voir fiches 4 à 6) analyse le financement des dépenses de santé en France et les contributions financières des principaux acteurs de la CSBM : Sécurité sociale, organismes complémentaires et ménages (à travers leur reste à charge).

Les soins ambulatoires

1 Les soins de médecins généralistes

En 2019, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires forfaitaires) [voir glossaire] est stable autour de 9,7 milliards d'euros alors qu'elle a progressé de 2,0 % par an en moyenne entre 2010 et 2018 *(tableau1)*. Ce poste de dépenses représente 4,7 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). La consommation est évaluée en combinant principalement les honoraires directement liés à l'activité et les rémunérations forfaitaires contribuant à l'amélioration de la qualité des soins et à des missions de service public (permanence des soins, rémunérations sur objectifs de santé public, forfait médecin traitants, etc.) qui ne sont pas liés exclusivement au volume d'activité.

Par ailleurs, en 2019, 66 771 médecins généralistes exercent en France (selon les données DREES-RPPS). Depuis 2010, leur effectif diminue continûment (-0,5 % en moyenne par an).

L'évolution des **prix** découle de 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 % par an jusqu'en 2016. 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. En 2019, les prix ralentissent (+0,4 % après +2,0 % en 2018) avec la fin de la montée en charge de la convention médicale. La faible croissance des prix en 2019 explique en partie la stabilité de la consommation de soins de médecins généralistes en 2019.

La dynamique des **volumes** des soins peut s'analyser en identifiant une composante quantité, directement liée à l'activité des praticiens (à partir des nombres de consultations, de visites, etc.), et d'une composante qualité (*graphique1)*. Au sens de la comptabilité nationale, la composante qualité correspond à la part de la dynamique des volumes (donc à prix à qualité constante donné) inexpliquée par la dynamique des quantités (*voir annexe 4)*. La composante qualité regroupe des effets de meilleure prise en charge (qualité thérapeutique dans un sens strict) et des effets de structure tel que le développement de soins plus complets (pour les personnes âgées, pour les nourrissons, etc.). par construction, le partage quantité-qualité ici présenté recoupe globalement celui de la consommation de soins entre ce qui relève des honoraires et des contrats.

En 2019, les volumes se contractent de 0,4 % avec une hausse de la composante qualité de +0,4 % contrecarrée par une baisse de 0,8 % de la quantité. La dynamique de la quantité s'explique par l'intensité et le calendrier épidémique, en particulier les pics des épidémies de grippe (*graphique 2*). Entre 2017 et 2019 les épidémies de grippe ont été globalement peu marquées avec une activité en contraction (respectivement −1,3 %, −0,9 % et −0,8%). Les principaux à-coups de la dynamique de la composante qualité découlent de la mise en place de rémunération par contrat : mise en place de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP) en 2012, création du forfait médecin traitant (FMT) en 2014 remplacé et étendu en 2018 par le forfait patientèle médecin traitant (FPMT). La composante qualité est toutefois aussi présente dans la composante honoraire. Ainsi, en 2014, on considère que la création d'une majoration pour personne âgée (MPA) contribue à une meilleure prise en charge des aînés (à activité donnée).

Les rémunérations forfaitaires représentent désormais une part significative de la rémunération des médecins

Entre 2010 et 2019, la part des principales rémunérations forfaitaires (contrats, permanence des soins, ROSP, FMT) dans la rémunération des généralistes a plus que doublé. Elle est passée de 6% en 2010 à 15 % en 2019 selon la CNAM (*graphique 3*). Ce mouvement trouve son effet miroir dans la diminution de la part des actes cliniques (consultations et visites) dans les rémunérations, de 88 % en 2010 à 78 % en 2019. Dans le même temps, la part des actes techniques dans la rémunération des généralistes a augmenté de 0,8 point pour atteindre 7 % en 2019.

Les dépassements continuent de baisser

Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (2,3 % en 2019) *[graphique 4]*. Ils sont en repli depuis plusieurs années sous un double effet. D'une part, le nombre de médecins généralistes libéraux de secteur 2 pratiquant des honoraires libres diminue tendanciellement (de 6613 en 2010 à 3714 en 2019) : ils représentent 6 % de l'ensemble des généralistes en 2019, contre 11 % en 2010. D'autre part, les dépassements rapportés à l'ensemble des honoraires de généralistes de secteur 2 baissent continûment : cette part est passée de 30,4 % en 2010 à 25,2 % en 2019.

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, tout comme la mise en place du contrat d'accès aux soins (CAS) en 2015 et des options pratiques tarifaires maîtrisées (Optam pour les médecins de secteur 2 et Optam-co pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique) en 2017 (voir glossaire).

Pour en savoir plus

> **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2020, avril). *La rémunération sur objectifs de santé publique en 2019*. Dossier de presse.

Tableau 1 Consommation de soins de médecins généralistes en ville

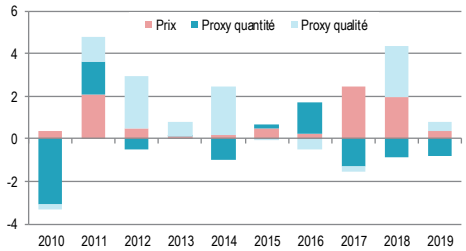
Montants en millions d'euros et évolution en pourcentage

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Consommation totale (en millions d'euros)		**8 344**	**8 749**	**8 960**	**9 033**	**9 165**	**9 223**	**9 339**	**9 419**	**9 748**	**9 747**
Honoraires et assimilés		7 846	8 217	8 141	8 112	8 112	8 150	8 245	8 365	8 381	8 323
Contrats et assimilés		499	532	819	921	1 053	1 073	1 093	1 054	1 366	1 424
Évolution (en %)	Valeur	-3,0	4,8	2,4	0,8	1,5	0,6	1,2	0,9	3,5	0,0
	Prix	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5	2,0	0,4
	Volume	-3,3	2,7	1,9	0,7	1,3	0,1	1,0	-1,6	1,5	-0,4

Note > À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice de prix 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.
Lecture > En 2019, la consommation de soins de médecins généralistes en ville s'élève à 9,8 milliards d'euros (0,0 %, après +3,5 % en 2018).
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation ; estimation DREES pour les composantes de la consommation totale.

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

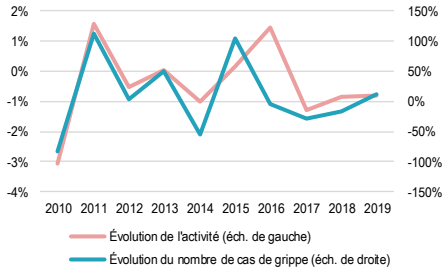
En %



Notes > Le partage volume-prix s'appuie sur l'indice de prix commun aux médecins généralistes et spécialistes. La ventilation de l'effet volume entre quantité et qualité est estimative.
Lecture > En 2019, les soins de généralistes en ville sont stables en valeur, avec un effet de prix de 0,4 %, compensé par un effet volume de −0,4 %. Cet effet volume correspondrait à une contraction des quantités de 0,8 %, en partie atténuée par une hausse de la qualité de 0,4 %.
Source > DREES, comptes de la santé. Estimation Drees pour les proxys quantité et qualité.

Graphique 2 Évolution de l'activité des médecins généralistes et nombre de cas de grippe

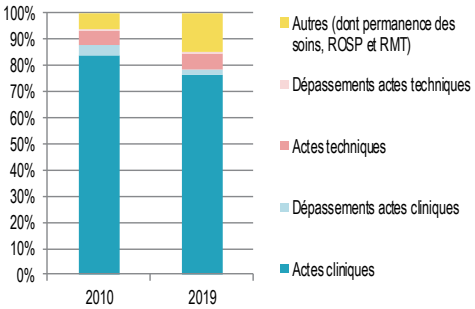
En %



Lecture > En 2014, l'activité des médecins généralistes (indicateur de quantité) s'est contractée de 1,0 % (échelle de gauche), le nombre de cas de grippe (échelle de droite) de 54,0 %.
Champ > France métropolitaine.
Sources > CNAM pour l'indicateur d'activité, retraitement DREES ; réseau Sentinelle pour les cas de grippe.

Graphique 3 Structure de la dépense de soins de médecins généralistes

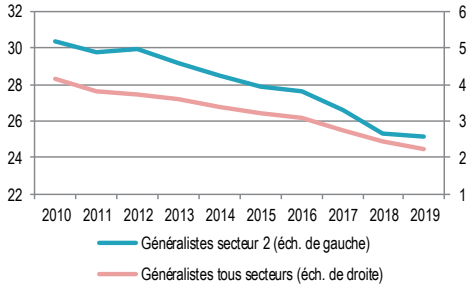
En %



Note > Le champ de la dépense retracée ici est légèrement plus restreint que celui des comptes de la santé, tout en restant représentatif.
Lecture > En 2019, les actes cliniques et les dépassements associés représentent 78 % de la dépense de soins.
Source > CNAM, régime général, dépenses présentées au remboursement en date de remboursement, France métropolitaine ; calculs DREES.

Graphique 4 Part des dépassements dans les honoraires des généralistes libéraux

En %



Lecture > En 2019, les dépassements représentent 25,2 % des honoraires des généralistes libéraux exerçant en secteur 2 et de 2,3 % pour les généralistes tous secteurs.
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.

Les soins hospitaliers

2 Le secteur hospitalier

Le secteur hospitalier couvre les soins prodigués dans les établissements de santé, à distinguer des soins dispensés en cabinets de ville. Si, historiquement, l'hôpital se caractérisait par une composante d'hébergement, les évolutions du système de santé conduisent à prendre en compte les équipements hautement techniques (salle d'opération, matériel d'imagerie avancé). Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public couvre les établissements publics (hôpitaux civils ou militaires) ainsi que les établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG). Le secteur privé se compose, quant à lui, des établissements à but lucratif (parfois appelés « cliniques privées ») ainsi que des ESPIC ayant opté pour le régime conventionnel, anciennement encadrées par un objectif national quantifié (ESPIC ex-OQN). Selon l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la France comptabilise un peu plus de 3 000 établissements de santé dont environ 2 000 établissements publics ou privés à but non lucratif et 1 000 établissements privés à but lucratif. Les établissements publics sont globalement plus importants que les établissements privés, en matière de places, d'effectifs, d'activité, etc.

Les secteurs public et privé se distinguent par leur offre, leur activité et leur patientèle

Les activités des établissements hospitaliers peuvent être regroupées en trois disciplines principales :

- la discipline de « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO) correspond à l'activité la plus répandue ;
- la discipline de « psychiatrie » (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques à l'hôpital ou en centre d'accueil de jour ;
- la discipline des « soins de suite et de réadaptation » (SSR) concerne les soins faisant suite à des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc.

Par ailleurs, les unités de soins de longue durée (USLD), qui prélèvent quasi-exclusivement du secteur public, forment une composante spécifique de l'offre de soins hospitaliers : elles prennent en charge des patients qui présentent une faible autonomie, du fait de leur âge ou de leur parcours de santé, nécessitant des soins souvent peu techniques mais sur une longue durée. Pour cette raison, dans tous les pays de l'OCDE, les comptes de la santé regroupent l'analyse des USLD avec celle des Ehpad (qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé).

Chaque année, environ 13 millions de patients sont hospitalisés dans les trois disciplines. Leur hospitalisation comporte très majoritairement un unique épisode de soins dans l'année, composé d'un ou de deux séjours successifs (un séjour en MCO suivi d'un séjour en SSR, par exemple). Outre les compétences médicales mobilisées (plus ou moins d'actes techniques par exemple), les trois disciplines comme les deux grands secteurs juridiques (public et privé) ont des modalités de prises en charge spécifiques, qui peuvent être notamment réalisées en hospitalisation complète (séjour avec nuitées) ou en hospitalisation partielle (séjour sans nuitée). Le secteur public offre environ 75 % des capacités d'accueil, tant en hospitalisation partielle qu'en hospitalisation complète *[tableau 1]*. En hospitalisation complète, le secteur public représente une plus grande part des lits en MCO (77 %) qu'en PSY (74 %) ou en SSR (67 %). Mais en termes d'activité, c'est en psychiatrie que la part du secteur public est la plus élevée (79 % du total des séjours d'hospitalisation complète) *[graphique 1]*. En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 60 % des places en MCO, 93 % en PSY, et 65 % en SSR. Les cliniques privées recourent toutefois davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, notamment en chirurgie, si bien que le secteur privé réalise 50 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il ne représente que 40 % des places. Tous secteurs confondus, les trois disciplines se distinguent également par la durée moyenne de séjour (DMS) observée en hospitalisation complète : de 5,5 en MCO, elle atteint 29 jours en PSY et 31,6 en SSR. Dans le public, la DMS est plus longue que dans le privé pour les séjours de MCO, mais elle est plus courte pour les séjours de SSR et surtout pour ceux de PSY (*graphique 2*).

L'hospitalisation partielle gagne du terrain

Depuis 2002, l'hospitalisation partielle se développe tandis que l'hospitalisation complète recule. Ce phénomène qualifié de « virage ambulatoire » se traduit par une hausse du nombre de places en hospitalisation partielle (de +3,1 % par an en moyenne depuis 2002) et une diminution du nombre de lits en hospitalisation complète (−0,5% par an en moyenne depuis 2002). Ces évolutions concernent les trois disciplines, à l'exception du SSR où le nombre de lits en hospitalisation complète progresse aussi. La baisse du nombre de lits en hospitalisation complète est principalement le fait du secteur public. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie également en MCO, mais il progresse en PSY et en SSR. La hausse des places en hospitalisation partielle est commune aux deux secteurs, même si elle est proportionnellement plus élevée dans le secteur privé.

Les alternatives à l'hospitalisation, avec ou sans nuitée, se développent

En parallèle du virage ambulatoire se développe l'hospitalisation à domicile (HAD), un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant. L'HAD permet ainsi d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en MCO ou en SSR. Aujourd'hui, un peu moins de 20 000 patients peuvent être pris en charge simultanément. En 2018, le nombre de patients pouvant être pris en charge en HAD progresse de 3,4 %.

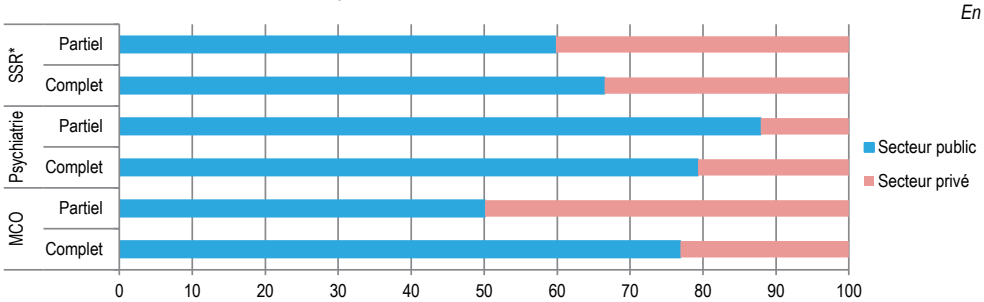
Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places en 2018

	Hospitalisation partielle (en places)			Hospitalisation complète (en lits)		
	Secteur public	Secteur privé	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Ensemble	**57 128**	**20 169**	**77 297**	**269 252**	**95 337**	**364 589**
MCO	20 163	13 271	33 434	157 105	46 557	203 662
PSY	27 645	1 965	29 610	41 114	14 263	55 377
SSR	9 320	4 933	14 253	71 033	34 517	105 550

Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation. Les hospitalisions complètes excluent les soins de longue durée.
Champ > France, y compris hôpitaux militaires.
Source > DREES, SAE 2018, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2018

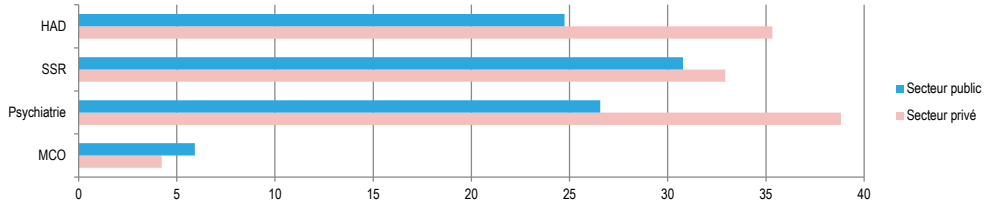
En %



***** Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation.
On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.
Champ > France, y compris hôpitaux militaires.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2018, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2018, traitements DREES, pour la discipline de psychiatrie.

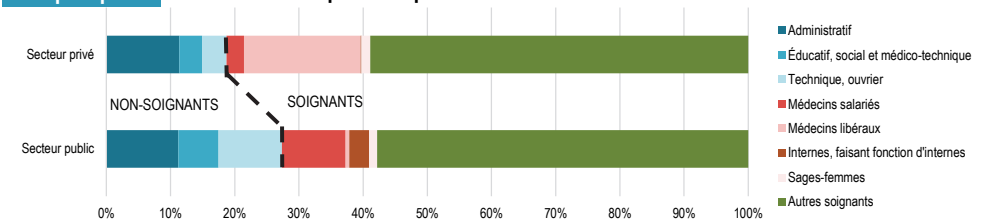
Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2018

En jours



Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
Champ > France, y compris hôpitaux militaires.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et PMSI-HAD 2018, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2018, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Graphique 3 Structure des emplois hospitaliers en 2018



Notes > Dans la légende, la catégorie « Autres soignants » regroupe le personnel d'encadrement du personnel soignant hors médecins (les infirmiers, les aides-soignants, les agents de services hospitaliers, les psychologues et les rééducateurs). Les personnels faisant fonction d'internes sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquérir une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'interne.
Ces données comptabilisent les praticiens exerçant et étant rémunérés simultanément par plusieurs établissements ; elles ne sont pas corrigées des doublons.
Champ > France, y compris hôpitaux militaires.
Source > DREES, SAE 2018.

Autres alternatives à l'hospitalisation : 13,8 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2018. Ces formes de prise en charge se développent rapidement, progressant de 3,1 % par an en moyenne (entre 2013 et 2018). Plus de six séances sur dix ont lieu dans le secteur public. Enfin, en 2018, les 709 structures des urgences françaises ont pris en charge 21,8 millions de passages soit 2,0 % de plus qu'en 2017. Cette progression prolonge la tendance observée depuis vingt ans.

Le secteur public comprend une part plus importante de personnels non soignants

Le secteur public concentre 85 % des 1,3 million d'emplois du secteur hospitalier. La structure des moyens humains du secteur public diffère de celle du privé sur trois aspects principaux. D'une part, le personnel soignant est composé de 26 % de médecins dans le secteur privé contre 19 % dans le secteur public, où le personnel soignant comprend une plus grande proportion d'infirmiers et d'aides-soignants *(graphique 3)*. D'autre part, les médecins du secteur public sont presque exclusivement salariés, tandis que leurs confrères du secteur privé sont très majoritairement libéraux. Enfin, le personnel non soignant représente 27 % des effectifs dans le secteur public, contre 19 % dans le secteur privé. Cet écart est lié à la part plus élevée d'hospitalisation complète dans le public qui nécessite de recourir davantage au personnel des services techniques. En revanche, la part des personnels administratifs est sensiblement la même dans les deux secteurs (un peu supérieure à 10%).

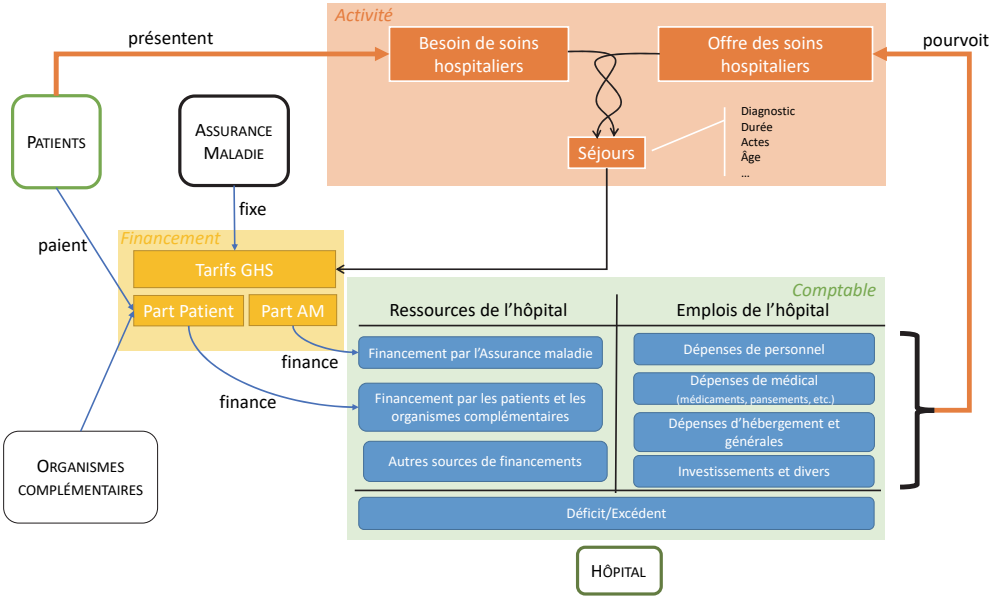
La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'Ondam

Le financement du secteur hospitalier suit très majoritairement une logique de tarification à l'activité (T2A). Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, son séjour est codifié dans une catégorie appelée « groupe homogène de séjour » (GHS) à partir de l'ensemble des actes qu'il reçoit, de la durée de son séjour, de la complexité de son état de santé, etc. Pour chaque GHS, l'Assurance maladie (AM) fixe un tarif de référence pour les établissements du secteur public et un tarif pour ceux du secteur privé. Ces tarifs, souvent compris entre quelques centaines et quelques milliers d'euros, servent de base au financement du séjour par l'AM. L'existence d'un tarif par secteur s'explique par le fait que, dans le privé, ce tarif ne couvre pas les honoraires des médecins exerçant en libéral, alors qu'il englobe tous les soins dans le secteur public. Le financement des établissements de santé par l'AM pour un séjour correspond usuellement à 80 % du tarif fixé. Ces mécanismes de tarification permettent d'articuler la description des hôpitaux en termes d'activité (séjours, durée, patientèle, etc.) et en termes de comptabilité *(schéma 1)*. De plus, l'AM peut fournir un financement additionnel dans des cas spécifiques, tels que la prise en charge des médicaments innovants. La dépense hospitalière, c'est-à-dire l'ensemble du financement des hôpitaux par l'AM, principalement *via* ce mécanisme de tarif, est pilotée chaque année par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam) hospitalier. Mis en œuvre dès 2002 par les pouvoirs publics, les plans d'investissement nationaux se sont succédés (plans « Hôpital 2007 », « Hôpital 2012 », « Ma santé 2022 » avec notamment le « plan d'urgence 2019 ») afin de restructurer le parc, moderniser les équipements et renforcer l'attractivité des métiers. La principale source de financement des hôpitaux publics est l'AM (78 % des ressources du budget principal, qui regroupe les activités de court et de moyen séjour ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (66 % des dépenses liées au budget principal). Les hôpitaux publics sont déficitaires depuis 2013, leur rentabilité moyenne, qui rapporte le résultat net aux recettes, étant de −0,7 %. Au prix d'un recul régulier des efforts d'investissement, l'encours de la dette des hôpitaux publics se replie lentement depuis 2013. Cela ne suffit pas encore pour enrayer complètement la progression du taux d'endettement (part de la dette au sein des ressources est stable ; 51,7 % en 2018 contre 51,6 % en 2017), parce que les capitaux propres continuent d'être affectés par des résultats nets négatifs). Le secteur privé est globalement excédentaire. Son effort d'investissement repart à la hausse et son taux d'endettement se réduit depuis 2013.

La participation des patients varie selon le secteur

Au-delà du financement de l'AM, les établissements sont financés par les ménages (patients), directement ou *via* les organismes complémentaires *(tableau 2)*. Ces paiements comportent deux volets : l'hébergement et les soins. Premièrement, la participation aux frais d'hébergement est calculée grâce au forfait journalier hospitalier (FJH) multiplié par la durée du séjour. Deuxièmement, la participation aux soins dépend du secteur. Dans le secteur public, cette participation aux soins est usuellement payée selon la durée du séjour *via* un tarif journalier de prestation (TJP) qui est propre à chaque établissement. Dans le secteur privé, la participation du patient aux soins généraux est usuellement de 20 % du tarif de référence du séjour. Les honoraires des médecins (chirurgiens par exemple) sont facturés en sus, et sont, comme tout honoraire, pris en charge partiellement par l'AM. Ces grands principes de tarification connaissent des exceptions : dispositif ALD, accidenté du travail, maternité, actes coûteux, etc. Le reste à charge des ménages à l'hôpital comprend l'ensemble des paiements des patients (y compris honoraires libéraux), éventuellement réduit d'une participation des organismes complémentaires. Les frais connexes au séjour, tels que la facturation d'une chambre particulière, ne sont pas compris dans l'activité de santé en comptabilité nationale (voir annexe 2). La consommation de soins hospitaliers dans les secteurs public et privé suit des logiques différentes. Afin de rendre compte de la dimension lucrative, dans le secteur privé, la consommation est évaluée à partir des factures adressées aux patients et à l'AM. La logique marchande de ce secteur assure que ces ressources couvrent *a minima* les coûts engendrés par l'activité (personnel, produits médicaux, entretien, chauffage, réparation, etc.). Dans le secteur public, la consommation est évaluée à partir des coûts nécessaires à l'activité, car la logique non marchande ne garantit pas que les factures adressées aux tiers couvrent les coûts.

Schéma 1 Articulation simplifiée des concepts d'analyse de l'activité et de la comptabilité des hôpitaux



Note > Ce schéma se concentre sur le mode central de financement. Il ne rend pas compte de l'ensemble des modalités de financement (médicaments de la liste en sus, Migac, AME, etc.) des établissements pour l'activité de soins. Il ne rend pas non plus compte des autres activités de l'hôpital (hôtellerie au-delà du nécessaire aux soins, activité d'enseignement, activité de recherche, etc.).
Champ > Tarification à l'activité (T2A), activité de soins.
Source > DREES.

Tableau 2 Modalités générales de tarification du patient en hospitalisation complète

Patient	Secteur	Séjour		Médecins libéraux	
		Assurance maladie	Patient (et complémentaire)	Assurance maladie	Patient (et complémentaire)
Patient sans motif d'exonération	Public	80% du tarif de référence public	max(20% x TJP x durée ; FJH x durée) + FJH	Aucun	Aucun
	Privé	*80% du tarif de référence privé*	*max(20% x tarif de référence privé ; FJH x durée) + FJH*	*70% du tarif de remboursement*	*30% du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires*
Patient avec séjour comprenant un acte coûteux (hors patient en ALD)	Public	100% du tarif de référence public - part patient	24€ + FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	*100% du tarif de référence privé - part patient*	*24€ + FJH x (durée + 1)*	*70% du tarif de remboursement*	*30% du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires*
Patient en ALD ou en invalidité	Public	100% du tarif de référence public - part patient	FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	*100% du tarif de référence privé - part patient*	*FJH x (durée + 1)*	*100% du tarif de remboursement*	*Dépassement d'honoraires*
Patient en maternité ou en ATMP	Public	100% du tarif de référence public	0	Aucun	Aucun
	Privé	*100% du tarif de référence privé*	*0*	*100% du tarif de remboursement*	*Dépassement d'honoraires*

TJP : tarif journalier de prestation, FJH : forfait journalier hospitalier, ALD : affection de longue durée, ATMP : accident du travail et maladie professionnelle, durée en jours. Le terme « +1 » correspond au forfait journalier de sortie.
Champ > Tarification à l'activité (T2A), activité de soins.
Source > DREES.

Pour en savoir plus

> **Toutlemonde, F. (dir.)** (2019, juin). *Les établissements de santé – édition 2019.* Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-santé.

3 Les soins hospitaliers

En 2019, la **consommation de soins hospitaliers** tous secteurs confondus (voir fiche 2) s'accélère avec une croissance de 2,4 %, après 1,1 % en 2018. Elle s'élève à 97,1 milliards d'euros, soit 47 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [*tableau 1*]. Elle redevient, en 2019, le premier facteur de croissance de cet agrégat avec une contribution de 1,1 point (voir « Vue d'ensemble »). Cette accélération est portée par les secteurs publics et privés. Le dynamisme de ces soins s'explique par une forte accélération des prix (+1,3 % après +0,3 %) combinée à une légère accélération des volumes (+1,0 % après +0,8 %).
Alors que la tendance des dernières années marquait un ralentissement, l'évolution de la dépense hospitalière retrouve en 2019 un rythme plus proche de celui de la première moitié des années 2010 *(graphique 1)*, davantage sous l'effet du privé que du public.

Les soins hospitaliers publics s'accélèrent sous l'influence de prix nettement plus dynamiques

En 2019, la consommation de soins hospitaliers dans le **secteur public**, qui représente 77 % de la consommation de soins hospitaliers, s'accélère (+2,1 % après 1,2 % en 2018) pour s'établir à 74,9 milliards d'euros. La contribution du secteur public à la croissance de la consommation de soins hospitaliers est de 1,6 point.

Les soins hospitaliers du secteur public sont valorisés au coût des facteurs de production (voir annexe 1). L'accélération s'expliquerait, selon des données provisoires, par une accélération de la consommation intermédiaire, tandis que la rémunération des salariés conserverait son dynamisme *(graphique 2)*. Depuis 2015, la consommation des soins hospitaliers dans le secteur public augmente en moyenne de 1,8 % par an, une progression bien moindre que celle observée au début des années 2010 (+2,7 % par an durant la période 2010-2014). Cette moindre hausse s'explique par le ralentissement de la consommation intermédiaire (+2,7 % en moyenne par an depuis 2015, contre 2,9 % entre 2010 et 2014) et celui, plus prononcé, de la rémunération des salariés (+1,5 % en moyenne par an depuis 2015, contre 2,4 % entre 2010 et 2014). Après un point bas en 2018, la dynamique des soins hospitaliers en 2019 reste dans la tendance des quatre dernières années.
Par ailleurs, l'accélération de 2019 peut aussi être analysée grâce au partage entre volume et prix.
Elle s'explique principalement par une forte accélération des prix (+1,9 % après 0,7 % en 2018). Ce dynamisme est en accord avec l'augmentation des tarifs des séjours hospitaliers : l'indicateur ministériel de tarifs des séjours hospitaliers du secteur public progresse de +0,2 % en 2019, après −0,8 % en 2018 et −0,9 % en 2017. À l'inverse, les volumes de soins hospitaliers du secteur public, évalués à partir du nombre de séjours pondérés par leurs tarifs, poursuivent le ralentissement observé les deux dernières années (+0,2 %, après +0,4 % et +0,5 % en 2017 et 2018, contre +2 % par an moyenne les quatre années précédentes). Ce ralentissement provient de la discipline médecine, chirurgie, obstétrique (MCO). En psychiatrie (PSY) et soins de suite et de réadaptation (SSR), les volumes de soins continuent de baisser.

La hausse des soins hospitaliers privés s'accentue nettement

La consommation de soins hospitaliers dans le **secteur privé**, s'accélère nettement en 2019, avec une croissance de 3,2 %, après 0,7 % en 2018. Le secteur privé atteint 22,2 milliards d'euros en 2019 et contribue pour 0,7 point à la croissance de la consommation de soins hospitaliers.
L'accélération est portée par la composante « honoraires », perçus par les praticiens (chirurgiens, médecins, etc.) et plus encore par la composante « frais de séjour » qui correspond à l'hébergement, à l'usage des équipements, aux soins infirmiers, etc. *(graphique 3)*.
Les honoraires, qui représentent 28 % des dépenses du secteur privé, rebondissent avec une croissance de 1,9 % en 2019 après une contraction de 1,0 % en 2018. Ce rebond est principalement porté par des volumes dynamiques (+1,6 %, après −2,5 %), les prix augmentant très légèrement (+0,3 % , après +1,5 % en 2018). La part des dépassements dans les honoraires progresse tendanciellement (de 14,2 % en 2010 à 17,5 % en 2019).
La composante des frais de séjour, qui représente 72 % du poste, accélère en 2019 avec une croissance de 3,8 % après 1,4 % en 2018. Ce sont les volumes qui dynamisent cette composante. Les tarifs des séjours, eux, se contractent en moyenne : ils se replient de 0,6 % pour les SSR, ils sont stables pour la PSY et ils sont en légère hausse (+0,2 %) pour la MCO.
Au global, la plus forte progression des soins en secteur privé est portée par l'accélération des volumes (+3,7 %, après 1,9 % en 2018) en lien notamment avec le dynamisme de l'hospitalisation à domicile (HAD). Pour la huitième année consécutive, les prix baissent (−0,5 % en 2019). Cette tendance s'explique notamment par la modération des frais de séjour. Ceux-ci ont sans doute répercuté pour partie l'effet des dispositifs fiscaux et sociaux mis en place ces dernières années (crédits d'impôt compétitivité emploi, pacte de responsabilité, crédits d'impôt sur la taxe sur les salaires).

Pour en savoir plus

> **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2020, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2019, prévisions 2020.*
> **Toutlemonde, F. (dir.)** (2020, juin). *Les établissements de santé – édition 2020*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé

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

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers

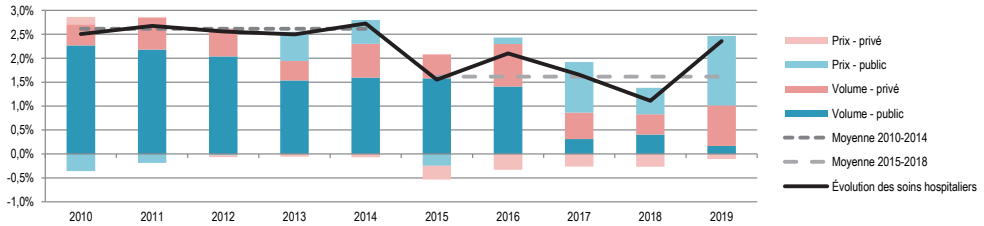
En millions d'euros

		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ensemble		**80 316**	**82 461**	**84 567**	**86 688**	**89 060**	**90 430**	**92 320**	**93 848**	**94 887**	**97 127**
Évolution (en %)	Valeur	2,5	2,7	2,6	2,5	2,7	1,5	2,1	1,7	1,1	2,4
	Prix	-0,2	-0,2	-0,1	0,6	0,4	-0,5	-0,2	0,8	0,3	1,3
	Volume	2,7	2,8	2,6	1,9	2,3	2,1	2,3	0,9	0,8	1,0
Secteur public		**61 701**	**63 294**	**64 952**	**66 779**	**68 603**	**69 781**	**71 182**	**72 451**	**73 349**	**74 892**
Évolution (en %)	Valeur	2,5	2,6	2,6	2,8	2,7	1,7	2,0	1,8	1,2	2,1
	Prix	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,6	-0,3	0,2	1,4	0,7	1,9
	Volume	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0	1,8	0,4	0,5	0,2
Secteur privé		**18 615**	**19 166**	**19 615**	**19 909**	**20 457**	**20 649**	**21 138**	**21 397**	**21 539**	**22 234**
dont	*frais de séjour**	*13 551*	*13 962*	*14 287*	*14 479*	*14 801*	*14 863*	*15 096*	*15 204*	*15 411*	*15 992*
	*honoraires***	*5 064*	*5 204*	*5 328*	*5 430*	*5 656*	*5 786*	*6 043*	*6 193*	*6 128*	*6 242*
Évolution (en %)	Valeur	2,6	3,0	2,3	1,5	2,8	0,9	2,4	1,2	0,7	3,2
	Prix	0,7	0,1	-0,2	-0,2	-0,3	-1,2	-1,5	-1,2	-1,2	-0,5
	Volume	1,9	2,9	2,5	1,7	3,1	2,2	3,9	2,4	1,9	3,7

* 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 biologie.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers

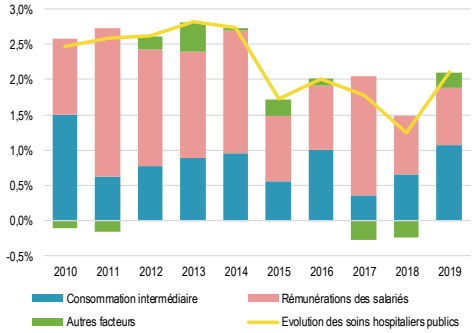
Évolution en %, contribution en point de pourcentage



Lecture > La consommation de soins hospitaliers progresse de 2,4 % en 2019, avec une contribution de 0,2 point des volumes du secteur public, de 0,8 point des volumes du secteur privé, de 1,5 point du prix du secteur public et de −0,1 point des prix du secteur privé.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public et ses principaux déterminants

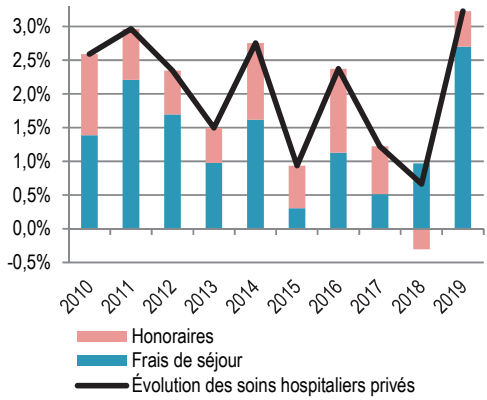
Évolution en %, contribution en point de pourcentage



Lecture > La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public progresse de 2,1 % en 2019, dont 0,8 point s'explique par les rémunérations (salaires et cotisations).
Champ > France.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, retraitements DREES.

Graphique 3 Évolution de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur privé et ses deux composantes

Évolution en %, contribution en point de pourcentage



Lecture > En 2019, la consommation de soins hospitaliers du secteur privé progresse de 3,2 % avec une contribution de 2,7 point des frais de séjour et de 0,5 point des honoraires.
Champ > France.
Sources > DREES, comptes de la santé.

Le financement de la CSBM

4 Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale

En 2019, la part prise en charge par la Sécurité sociale augmente de nouveau

La Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la Camieg et de l'Alsace Moselle) finance 162,7 milliards d'euros de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2019. Les prestations de la Sécurité sociale augmentent ainsi de 2,3 % en un an, une évolution similaire à la moyenne depuis 2010, mais légèrement supérieure à celle de la CSBM en 2019 *(tableau 1)*. Depuis 2012, le taux moyen de prise en charge de la CSBM par la Sécurité sociale augmente continûment pour atteindre 78,2 % de la CSBM en 2019 *(tableau 2)*. Cette hausse s'explique notamment par la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longues durée (ALD) [+2,6 % par an en moyenne entre 2012 et 2018]. Cette tendance découle en particulier du vieillissement de la population et de la plus forte prévalence d'ALD à âge donné.

En 2019, le taux de prise en charge par la Sécurité sociale reste très variable selon le poste de soins

Les **soins hospitaliers** sont caractérisés par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement (91,6 % en 2019). Ce taux est supérieur dans le secteur public (92,6 %) par rapport au secteur privé (88,4 %) où les dépassements d'honoraires sont plus fréquents. Ces taux élevés peuvent s'expliquer par le fait que les assurés en ALD consomment proportionnellement plus de soins hospitaliers que les autres assurés.

Les dépenses de **soins de ville** sont prises en charge à 66,0 % par la Sécurité sociale en 2019. Cette part augmente depuis 2011, du fait de l'expansion du dispositif des ALD, mais également du ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins (voir fiche 1). La montée en charge progressive des différents paiements forfaitaires versés aux médecins (rémunération sur objectifs de santé publique, forfait patientèle médecin traitant, etc.), intégralement financés par la Sécurité sociale, stimule aussi cette hausse. En 2019, le taux de prise en charge augmente de 0,2 point, probablement aussi sous les premiers effets de la réforme « 100 % santé » qui prévoit dès cette année des mesures concernant les dentistes[2].

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments en ville** a augmenté de 0,9 point et s'élève à 74,3 % en 2019. Cette part augmente continûment depuis 2010, en raison notamment de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part dans les ventes totales des médicaments remboursés à 100 %, prescrits en cas de pathologie lourdes et graves et parmi lesquels figurent les plus coûteux, augmente (23,7 % en 2019 après 22,5 % en 2018). En 2019, la prise en charge des substituts nicotiniques à 65 % par l'Assurance maladie (en remplacement du forfait annuel de remboursement de 150 euros) se traduit également par une augmentation de la part de la Sécurité sociale dans la dépense de médicaments en ville.

Pour les **autres biens médicaux,** la part de la Sécurité sociale est stable depuis 2017, à 44,6 %. En 2019, le dynamisme de la consommation d'optique médicale, peu prise en charge par la Sécurité sociale, est contrebalancé par le dynamisme des autres biens médicaux hors optique bénéficiant d'une prise en charge élevée.

Enfin, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans la dépense de **transports sanitaires** (93,0 % en 2019) s'explique par la proportion importante du nombre de patients en ALD ayant recours à ces services.

Les médicaments en ambulatoire sont le premier contributeur à la croissance du taux de prise en charge par la Sécurité sociale

La prise en charge des dépenses de médicaments en ambulatoire par la Sécurité sociale est celle qui contribue le plus fortement depuis dix ans au taux moyen de prise en charge de la CSBM (*graphique 1*). L'année 2014 se caractérise par une contribution de 0,3 point à la croissance du taux global de prise en charge (+0,5 point) suite à l'introduction des traitements contre l'hépatite C. En 2019, les médicaments contribuent pour 0,2 point à la hausse de la prise en charge par la Sécurité sociale, principalement sous l'effet du remboursement des substituts nicotiniques.

Les soins de ville contribuent également à la croissance du taux de prise en charge, notamment avec la mise en place de nouvelles rémunérations forfaitaires : rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) en 2012, majoration pour personnes âgées (MPA) et forfait médecin traitant (FMT) en 2014 et forfait patientèle médecin traitant (FPMT) en 2018 [voir glossaire].

Les soins hospitaliers contribuent peu en 2019 car le dynamisme du secteur public (porté par des prix en hausse) est freiné par celui du secteur privé, relativement moins bien pris en charge que le secteur public.

La progression du taux global de prise en charge de la CSBM par la Sécurité sociale est par ailleurs atténuée par une déformation de la structure des soins qui porte souvent sur les autres biens médicaux et en particulier l'optique : en 2018 comme en 2019, les autres biens médicaux contribuent négativement car les dépenses d'optique, peu prises en charge par la Sécurité sociale, progressent nettement au sein de ce poste.

La réforme « 100 % santé », mise en place progressivement à partir de janvier 2019, propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : aides auditives, optique et dentaire. Des premières mesures en audiologie et dentaire prévoient, dès 2019, une augmentation du tarif de remboursement de la Sécurité sociale. À terme, les paniers « 100 % santé » regrouperont des actes intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

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

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Soins hospitaliers	**73 469**	**75 185**	**77 073**	**78 950**	**81 159**	**82 442**	**84 431**	**86 017**	**86 892**	**89 010**
Hôpitaux du secteur public	56 911	58 165	59 667	61 307	63 046	64 159	65 687	67 041	67 788	69 360
Hôpitaux du secteur privé	16 558	17 019	17 406	17 644	18 113	18 283	18 744	18 976	19 104	19 650
Soins de ville	**27 843**	**28 844**	**29 818**	**30 771**	**31 753**	**32 748**	**33 840**	**34 843**	**36 180**	**37 285**
Soins de médecins et de sages-femmes*	12 519	13 016	13 358	13 636	14 051	14 429	14 842	15 268	16 099	16 473
Soins d'auxiliaires médicaux*	8 937	9 333	9 972	10 620	11 151	11 632	12 145	12 578	13 018	13 510
Soins de dentistes	3 325	3 381	3 407	3 425	3 478	3 597	3 700	3 791	3 858	4 003
Laboratoires d'analyses	3 003	3 075	3 034	3 036	3 017	3 024	3 096	3 142	3 129	3 222
Autres soins et contrats	59	39	47	54	56	66	57	64	77	77
Transports sanitaires	**3 485**	**3 578**	**3 783**	**3 976**	**4 095**	**4 278**	**4 468**	**4 637**	**4 743**	**4 695**
Médicaments en ambulatoire	**22 709**	**22 923**	**22 755**	**22 514**	**23 561**	**23 341**	**23 525**	**23 865**	**23 967**	**24 220**
Autres biens médicaux	**4 878**	**5 079**	**5 317**	**5 652**	**5 995**	**6 295**	**6 655**	**6 907**	**7 199**	**7 498**
Optique	223	224	227	232	239	253	253	252	260	266
Autres	4 655	4 855	5 090	5 420	5 756	6 042	6 402	6 655	6 939	7 232
Ensemble	**132 384**	**135 609**	**138 746**	**141 863**	**146 564**	**149 105**	**152 919**	**156 269**	**158 981**	**162 708**
Évolution (en %)	*2,1*	*2,4*	*2,3*	*2,2*	*3,3*	*1,7*	*2,6*	*2,2*	*1,7*	*2,3*
Montant total de la CSBM	**173 484**	**178 066**	**181 796**	**185 241**	**190 214**	**192 962**	**197 148**	**200 535**	**203 748**	**208 035**
Évolution (en %)	*2,1*	*2,6*	*2,1*	*1,9*	*2,7*	*1,4*	*2,2*	*1,7*	*1,6*	*2,1*

* Y compris cures thermales.

Lecture > En 2019, la Sécurité sociale finance la CSBM à hauteur de 162,7 milliards d'euros.

Source > DREES, comptes de la santé. *Les données ont fait l'objet d'une révision le 29 septembre 2020 et le 21 avril 2021.*

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

En %

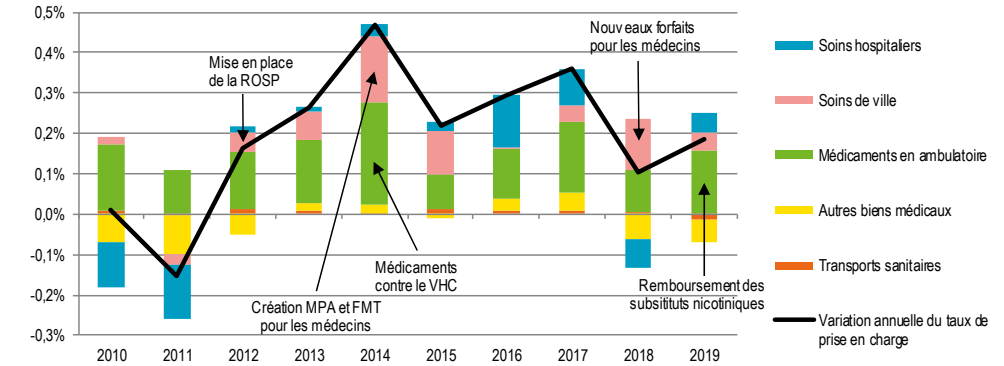
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ensemble	**76,3**	**76,2**	**76,3**	**76,6**	**77,1**	**77,3**	**77,6**	**77,9**	**78,0**	**78,2**
Soins hospitaliers	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,2	91,5	91,7	91,6	91,6
Secteur public	*92,2*	*91,9*	*91,9*	*91,8*	*91,9*	*91,9*	*92,3*	*92,5*	*92,4*	*92,6*
Secteur privé	*89,0*	*88,8*	*88,7*	*88,6*	*88,5*	*88,5*	*88,7*	*88,7*	*88,7*	*88,4*
Soins de ville	63,0	63,0	63,3	63,7	64,3	64,8	64,9	65,2	65,8	66,0
Transports sanitaires	93,0	92,9	92,9	92,7	92,8	92,9	93,0	93,0	93,0	93,0
Médicaments	68,0	68,4	68,9	69,5	71,0	71,3	71,9	72,8	73,4	74,3
Autres biens médicaux (y compris optique)	41,2	40,7	40,8	41,7	42,5	43,0	43,9	44,6	44,7	44,6
Optique	*4,1*	*3,9*	*3,8*	*3,9*	*3,9*	*4,1*	*4,1*	*4,1*	*4,1*	*3,9*
Biens médicaux hors optique	*73,0*	*71,8*	*71,7*	*71,8*	*71,5*	*71,2*	*71,1*	*71,1*	*71,3*	*72,0*

Lecture > En 2019, la Sécurité sociale finance 91,6 % du total des dépenses de soins hospitaliers.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Variation de la part des dépenses prises en charges par la Sécurité sociale et ses principales contributions

En %



* Y compris optique.

Lecture > En 2019, la part de la CSBM prise en charge par la Sécurité sociale augmente de 0,2 point (de 78,0 % à 78,2 %). Les médicaments en ambulatoire contribuent à la hausse à cette évolution, d'un peu moins de 0,2 point, tout comme les soins de ville et les soins hospitaliers (0,05 point chacun). Les autres postes contribuent à la baisse (−0,06 point pour les autres biens médicaux, −0,01 point pour les transports sanitaires).

Source > DREES, comptes de la santé.

5 Le financement par les organismes complémentaires

Les **organismes complémentaires** (OC) regroupent les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Les prestations en soins et biens médicaux versées par ces organismes s'élèvent à 27,9 milliards d'euros en 2019. Leur croissance de 2,2 % ralentit en 2019 (après 3,8 % en 2018) (*tableau 1*). Les prestations en soins et biens médicaux des OC ont crû à une vitesse similaire à celle de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2018 et 2019. Ainsi, la part des OC dans le financement de la CSBM reste stable en 2019 à 13,4 %, comme en 2018, après 13,1 % en 2017.

Des OC très présents en dentaire et en optique, deux postes concernés par le « 100 % santé »

La réforme « 100 % santé » propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : dentaire, aides auditives et optique. À terme, en 2021, les paniers « 100 % santé » regrouperont des actes intégralement remboursés par l'Assurance maladie et les OC. La réforme est mise en place progressivement, à compter de janvier 2019, avec des calendriers propres aux trois postes. En 2019, les OC financent 40,3 % des **soins dentaires**[1] *(graphique 1)*, en repli de 1,6 point en un an. De fait, les prestations ont baissé de 1,4 %. Cette baisse pourrait s'expliquer par le plafonnement du prix de certains actes prothétiques mis en œuvre dès avril 2019 selon la nouvelle convention dentaire. En effet, les prothèses dentaires constituent la majorité des prestations des OC en soins dentaires. En revanche, en audiologie, la réforme « 100 % santé » stimulerait la participation des OC au poste des **prothèses, orthèses, etc.** Les prestations sont en hausse de 8,5 % en 2019. En **optique**, la réforme « 100 % santé » sera effective en 2020. En 2019, les prestations des OC en optique augmentent de 3,4 %. Ainsi, les OC financent 39,0 % de la dépense en biens médicaux hors médicaments, avec 72,7 % de la dépense en **optique** et 16,4 % en **prothèses, orthèses, etc.**

En 2019, les OC prennent en charge 16,5 % de la dépense en **soins de ville hors soins dentaires** (soins de médecins, d'auxiliaires, cures thermales et laboratoires d'analyses médicales). Cette prise en charge augmente légèrement en 2019, après avoir baissé de 2015 à 2018, suite à la réforme des contrats responsables qui limite désormais les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins.

Les OC prennent en charge 12,4 % de la dépense de **médicaments** en 2019. Cette prise en charge baisse continûment depuis 2010 en raison de l'instauration des franchises, de déremboursements et de l'augmentation de la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie 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 5,2 % et 3,9 % de ces dépenses en 2019). 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.). Ces **prestations connexes à la santé**, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent 1,9 milliard d'euros en 2019.

En 2019, 47 % des prestations servies par les OC sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats individuels et 53 %, au titre de contrats collectifs[2]. Les cotisations collectées (ou primes) sont la principale ressource des OC pour leur activité santé. La plus grande partie de ces cotisations est reversée aux assurés sous forme de prestations ; le reste représente principalement les frais de fonctionnement des organismes, ainsi que leurs bénéfices. Compte tenu de l'existence d'économies d'échelle, les contrats collectifs reversent une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels. Pour 100 euros de cotisation, les contrats collectifs reversent en moyenne 18 euros en optique et 16 euros en dentaire, contre respectivement 8 et 9 euros en individuel *(graphique 2)*. Les contrats individuels reversent en revanche plus de prestations en soins hospitaliers et médicaments que les contrats collectifs. En effet, les retraités, plus consommateurs de ces deux types de soins, sont majoritairement couverts par des contrats individuels, tandis que les contrats collectifs couvrent principalement des salariés d'entreprises et leurs ayants-droit.

Les mutuelles perdent des parts de marché au profit des sociétés d'assurances

En 2019, 49 % des prestations des OC ont été versées par des mutuelles, 32 % par des sociétés d'assurances et 20 % par des institutions de prévoyance *(graphique 3)*. Les mutuelles perdent des parts de marché depuis plusieurs années au profit principalement des sociétés d'assurances. Ces dernières ont profité de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, puisqu'elles ont nettement accru leur part de marché entre 2016 et 2019.

1. Les soins dentaires sont constitués des honoraires (consultations, soins dentaires, etc.) et des prothèses dentaires.
2. Un contrat de complémentaire santé **individuel** est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat **collectif** est souscrit, dans la majorité des cas, par une personne morale au profit d'un groupe de personnes physiques.

Pour en savoir plus

> **Adjerad R.,** (2019, décembre). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, DREES.

> **Barlet M., Gaini, M., Gonzalez, L. *et al.*** (dir) (2019), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES–santé.

Tableau 1 Financement des organismes complémentaires en 2019

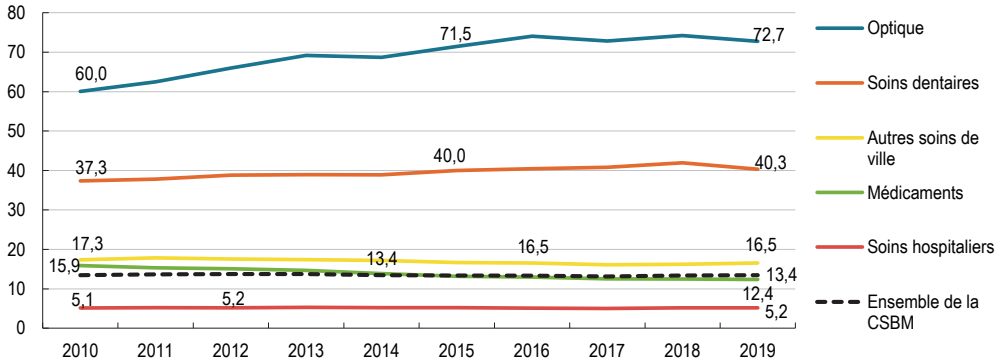
En millions d'euros

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Évolution 2018-2019 (en %)	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	**13 557**	**8 920**	**5 445**	**27 921**	**2,2**	**13,4**
Soins hospitaliers	**2 685**	**1 583**	**735**	**5 004**	**1,5**	**5,2**
Soins de ville	**5 755**	**3 852**	**2 527**	**12 133**	**2,2**	**21,5**
Médecins	1 950	1 463	842	4 256	4,4	18,5
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 137	1 460	1 156	4 752	-1,4	40,3
Auxiliaires médicaux	1 126	562	319	2 008	6,1	11,8
Laboratoires d'analyses	541	367	210	1 117	3,4	24,7
Médicaments	**2 093**	**1 245**	**697**	**4 035**	**-0,8**	**12,4**
Autres biens médicaux	**2 901**	**2 185**	**1 467**	**6 554**	**4,7**	**39,0**
Optique	1 971	1 741	1 197	4 909	3,4	72,7
Prothèses, orthèses, pansements, etc.	931	444	270	1 645	8,5	16,4
Transports sanitaires	**122**	**55**	**18**	**195**	**6,3**	**3,9**
Prestations connexes à la santé	**969**	**654**	**278**	**1 901**	**6,1**	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	708	410	190	1 308	1,6	
Prestations à la périphérie des soins de santé	261	244	88	593	17,7	

Notes > 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 versée par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM, entre 2010 et 2019

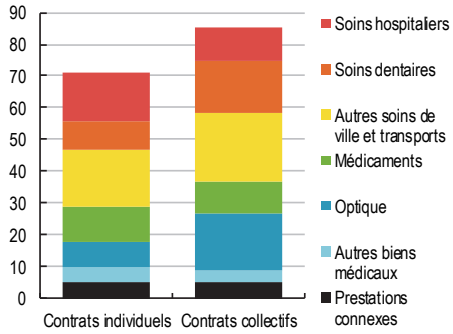
En %



Lecture > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 72,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux en optique en 2019.
Source > DREES, comptes de la santé

Graphique 2 Prestations versées selon le type de soins et de contrat en 2019

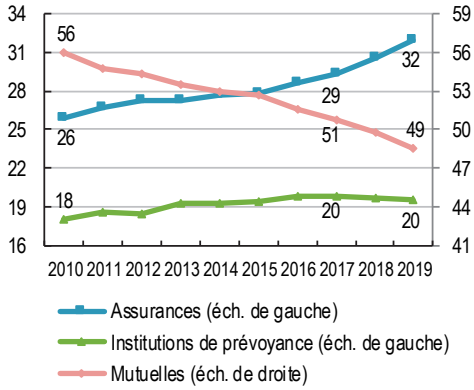
En % des cotisations collectées HT



Lecture > Les prestations versées en soins dentaires pour les contrats collectifs représentent 16 % des cotisations collectées hors taxe pour ces mêmes contrats en 2019.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Parts de marché par type d'organismes entre 2010 et 2019

En % des prestations versées



Lecture > Les mutuelles versent 49 % du total des prestations des OC sur le champ de la CSBM en 2019, contre 56 % en 2010.
Source > DREES, comptes de la santé.

6 Le reste à charge des ménages

Le **reste à charge (RAC) des ménages** en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financé par les ménages après intervention de l'Assurance maladie, de l'État et des organismes complémentaire (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 2019, il est évalué à 14,3 milliards d'euros *(tableau 1),* soit 6,9 % de la CSBM ou encore 213 euros par habitant.

Depuis dix ans, la part du RAC dans la CSBM diminue du fait de facteurs structurels

En 2010, le RAC en santé des ménages représentait 9,0 % de la CSBM. Depuis dix ans, ce RAC en part de CSBM diminue tendanciellement avec la forte progression du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) qui augmentent notamment avec le vieillissement de la population. Cette expansion des ALD accroît la prise en charge par la Sécurité sociale, contribuant ainsi à une modération du RAC des ménages en part de CSBM. Le RAC s'établit ainsi à 6,9 % de la CSBM en 2019 *(graphique 1),* après 7,1 % en 2018 et 7,5 % en 2017. Dans le budget d'un ménage, l'effort pour les dépenses de santé peut s'apprécier en rapportant le RAC au revenu disponible brut (RDB). En 2019, le RAC représente un peu moins de 1,0 % du RDB, en baisse tendancielle depuis 2010 où il représentait 0,3 point de plus.

Le reste à charge est contrasté par poste de dépense

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 – qui représentent près de la moitié de la CSBM – occupent une faible part dans le RAC des ménages (13,7 % du RAC) *[graphique 2]*, comme les transports sanitaires (0,8 % du RAC contre 2,4 % de la CSBM). En revanche, les soins de ville (40,5 %), les médicaments en ambulatoire (27,0 %) et les autres biens médicaux (18,0 %) représentent une part plus élevée dans le RAC des ménages que dans la CSBM. Poste de dépenses par poste de dépenses, c'est pour l'hôpital et les transports sanitaires que les parts de restes à charge des ménages en santé sont les plus faibles (respectivement 2,0 % et 2,2 % des dépenses en 2019) *[graphique 3].* Ils sont plus importants pour les soins de ville (10,3 %), les médicaments en ambulatoire (11,8 %), et les autres biens médicaux (15,3 %). Le RAC le plus élevé en proportion de la dépense est celui de l'optique : les ménages financent directement 22,6 % de cette dépense en 2019, devant les soins de dentistes (21,1 %).

Le reste à charge en part de consommation diminue en 2019 pour l'ensemble des postes de dépense

Le RAC des ménages pour les **soins hospitaliers** est relativement stable entre 2010 et 2015 (autour de 2,4 % de la consommation totale de ce poste) et a tendance à diminuer depuis. Cette baisse récente résulte de la baisse au sein du secteur public (de 1,7 % en 2016 à 1,3 % en 2019) qui fait plus que compenser la légère hausse au sein du secteur privé (de 4,3 % en 2016 à 4,5 % en 2019). La montée en charge du dispositif des ALD contribue à la baisse globale de la part du RAC. Cet effet baissier est plus que contrebalancé, dans le secteur privé, par la hausse de la part des dépassements d'honoraires des praticiens en cliniques (voir fiche 3), qui se traduit par une hausse de la part du RAC.

Depuis 2010, la part du RAC dans les **soins de ville** diminue, de 0,3 point par an en moyenne, et atteint 10,3 % en 2019. Son repli est accentué en 2015 et en 2018 (respectivement −0,4 point et −0,9 point) par la modération des dépassements d'honoraires.

La part du RAC pour les **médicaments en ambulatoire** recule aussi depuis dix ans, pour s'établir à 11,8 % en 2019. En 2014, la diminution (−0,7 point) est essentiellement imputable aux nouveaux traitements contre l'hépatite C financés par l'Assurance maladie. En 2015, la part du RAC sur les médicaments repart à la hausse (+0,3 point) après le déremboursement de spécialités à service médical rendu insuffisant et le dynamisme des autres médicaments non remboursables. Entre 2016 et 2018, la part du RAC diminue de nouveau, du fait de la déformation de la structure de consommation des médicaments avec une part croissante de médicaments remboursés à 100 %. En 2019, la baisse marquée de la part du RAC (−0,8 point) pourrait s'expliquer par le remboursement progressif des substituts nicotiniques[1] qui contribue à la hausse des dépenses de médicaments remboursables et au recul des dépenses de médicaments non remboursables.

La part du RAC des ménages pour les **autres biens médicaux** diminue nettement, de 24,1 % en 2010 à 15,3 % en 2019. Cette baisse globale fait suite à la montée en charge du rôle des complémentaires santé dans la prise en charge de l'optique médicale. À partir de 2020, la mise en place des paniers sans reste à charge en audiologie et en optique grâce à la réforme « 100 % santé[2] » pourrait modifier la répartition des prises en charge sur ce poste (voir fiches 4 et 5, voir glossaire).

1. Depuis le 1er janvier 2019, le forfait annuel de remboursement des substituts nicotiniques (150 euros par an et par bénéficiaire) a été remplacé par une prise en charge de l'Assurance maladie et les organismes complémentaires des substituts nicotiniques dans les mêmes conditions que les médicaments remboursables.

2. La réforme « 100 % santé », mise en place progressivement à partir de janvier 2019, propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : aides auditives, optique et dentaire. À terme, les paniers « 100 % santé » regrouperont des actes sans reste à charge, intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

Tableau 1 Reste à charge des ménages

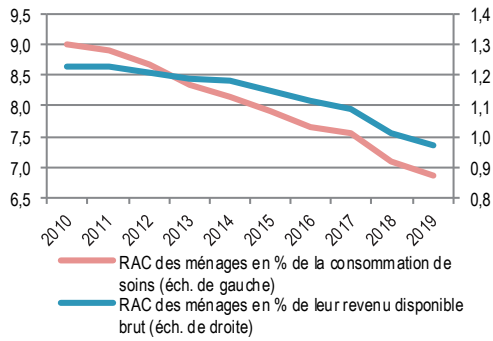
En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ensemble	**15 589**	**15 829**	**15 734**	**15 440**	**15 502**	**15 250**	**15 082**	**15 121**	**14 463**	**14 301**
Soins hospitaliers	**1 833**	**2 013**	**2 139**	**2 130**	**2 253**	**2 206**	**2 132**	**2 042**	**1 951**	**1 961**
Secteur public	1 088	1 222	1 315	1 306	1 368	1 334	1 216	1 111	1 074	962
Secteur privé	746	791	823	824	885	873	916	931	876	999
Soins de ville	**5 884**	**5 861**	**5 922**	**5 935**	**5 899**	**5 824**	**5 951**	**6 119**	**5 753**	**5 793**
Soins de médecins et de sages-femmes*	2 148	2 054	2 002	1 947	1 907	1 955	1 991	2 102	2 011	1 884
Soins d'auxiliaires médicaux*	965	970	1 087	1 129	1 226	1 268	1 335	1 354	1 323	1 342
Soins de dentistes	2 635	2 703	2 684	2 701	2 629	2 461	2 490	2 478	2 320	2 481
Contrats et autres soins	10	5	7	6	6	7	1	1	1	1
Laboratoires d'analyses	125	129	143	151	132	134	135	184	98	85
Transports sanitaires	**58**	**65**	**72**	**85**	**91**	**109**	**115**	**130**	**125**	**111**
Médicaments en ambulatoire	**4 954**	**5 022**	**4 867**	**4 704**	**4 581**	**4 614**	**4 484**	**4 320**	**4 137**	**3 860**
Autres biens médicaux	**2 860**	**2 869**	**2 734**	**2 586**	**2 678**	**2 496**	**2 400**	**2 509**	**2 497**	**2 576**
Optique	1 942	1 900	1 772	1 583	1 625	1 457	1 297	1 362	1 338	1 522
Autres	919	969	962	1 003	1 054	1 039	1 103	1 146	1 159	1 053

* Y compris cures thermales.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Reste à charge des ménages dans la CSBM et dans leur revenu disponible brut

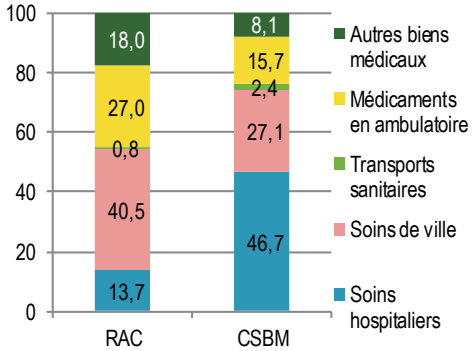
En %



Lecture > En 2019, le reste à charge des ménages représente 6,9 % de la CSBM et 1,0 % de leur revenu disponible brut.
Source > DREES, comptes de la santé ; Insee pour le revenu disponible brut.

Graphique 2 Structure du reste à charge des ménages et de la CSBM en 2019

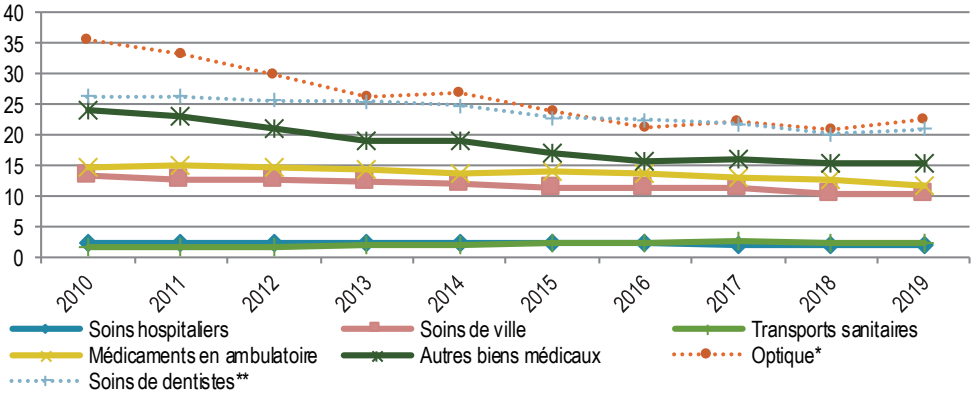
En %



Lecture > En 2019, le reste à charge pour les soins de ville représente 40,5 % du reste à charge en santé des ménages.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

En % de la consommation par poste



* Le poste « Optique » est inclus dans le poste « Autres biens médicaux » et en représente 40,2 % en 2019.
** Le poste « Soins de dentistes » est inclus dans le poste « Soins de ville » ; il comprend notamment les prothèses dentaires.
Lecture > En 2019, le reste à charge des ménages pour les soins de ville représente 10,3 % de la consommation de ce poste.
Source > DREES, comptes de la santé.

3

Indicateurs complémentaires des dépenses de santé

Ce chapitre est centré sur les indicateurs complémentaires des dépenses de santé.

La fiche 7 présente l'indicateur macroéconomique de dépense courante de santé au sens international, agrégat plus large que celui de la consommation de soins et de biens médicaux. La fiche 8 détaille les évolutions des indemnités journalières, qui n'interviennent pas dans le calcul des agrégats des comptes de la santé, mais qui constituent un poste pertinent dans l'analyse du système de santé.

7 La dépense courante de santé au sens international et son financement

La dépense courante de santé au sens international représente 11,3 % du PIB en 2018

La **dépense courante de santé au sens international** (DCSi) correspond à la consommation finale effective (c'est-à-dire en propre ou *via* un intermédiaire) de services sanitaires et de biens médicaux, qu'ils soient individuels (comme une consultation médicale) ou collectifs (comme une campagne de prévention). Elle est qualifiée de « courante » car elle exclut tout ce qui n'est pas de la consommation, notamment les dépenses d'investissement ou les revenus de remplacement (comme les indemnités journalières). La DCSi, seul agrégat harmonisé au niveau international, est plus large que la CSBM (voir annexe 1) qui en représente 76,7 % en 2018. Elle s'établit à 265,8 milliards d'euros en 2018, soit 11,3 % du PIB *(tableau 1)*.

En 2018, la croissance de la DCSi s'élève à 1,6 %, portée par la croissance de la CSBM avec une contribution de 1,1 point. Les **soins de longue durée** (SLD) représentent 15,6 % de la DSCi et contribuent pour 0,4 point à sa croissance. Ils correspondent aux dépenses de soins en faveur des personnes âgées, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad), et en faveur des personnes handicapées, ainsi qu'aux dépenses médico-sociales associées (voir *infra*). Les dépenses de **gouvernance** du système de soins (5,6 % de la DSCi) comprennent les frais de gestion de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles. Elles contribuent pour moins de 0,1 point à la croissance de l'agrégat. Enfin, la **prévention institutionnelle** représente 1,8 % de la DCSi, sans contribution à sa croissance en 2018. La prévention institutionnelle correspond aux actions de prévention organisées ou financées par des fonds ou des programmes nationaux ou départementaux : campagnes de promotion de la vaccination, financement des centres de dépistages, action d'éducation à la santé sexuelle, etc.

Entre 2011 et 2014, la DCSi progresse en moyenne de 2,6 % par an, portée par le dynamisme de la CSBM. En 2015, le ralentissement de la CSBM freine la dynamique de la DCSi, qui augmente depuis à un rythme annuel proche de 1,6 %. La structure de la DCSi s'est légèrement déformée entre 2010 et 2018 : la part de la CSBM s'est contractée de 0,8 point tandis que la part des SLD progresse de 1,2 point.

Des fonctions de dépenses différenciées selon les prestataires de soins

La nomenclature de construction de la DCSi présente une ventilation des dépenses selon sa fonction (soins courants, services auxiliaires, etc.) et le prestataire (hôpital, médecin généraliste en cabinet de ville, etc.). Les prestataires ont tous une fonction prédominante mais concourent aussi pour la plupart à des fonctions complémentaires (*graphique 1*). Trois prestataires ont une fonction exclusive : les pharmacies et assimilés sont spécialisées sur la vente de biens médicaux, les établissements résidentiels (les Ehpad et assimilés) en soins de longue durée et les laboratoires et assimilés en services auxiliaires (aides au diagnostic, transports, etc.). Par contraste, les hôpitaux et les cabinets de ville ont un profil d'intervention multiple bien qu'orienté sur les soins courants. Ainsi, ces derniers représentent 93,8 % des dépenses hospitalières en 2018. Les 6,2 % restants contribuent aux soins de longue durée, aux biens médicaux (rétrocession de médicaments) ou à des services auxiliaires de santé. Les soins courants correspondent à 79,7 % des dépenses des cabinets de ville, complétés par des soins de longue durée, des services auxiliaires ou de la prévention institutionnelle.

Les soins de longue durée et la prévention institutionnelle sont moins financés par la Sécurité sociale

La Sécurité sociale finance 71,6 % de la DCSi en 2018, les organismes complémentaires 13,1 % (6,6 % *via* des contrats collectifs et 6,5 % *via* des contrats individuels), les ménages 9,2 % et l'État 5,4 % (*tableau 2)*. Cette structure évolue peu depuis 2010 : la part de la Sécurité sociale a augmenté de 0,2 point, celle des organismes complémentaires de 0,3 point, celle de l'État de 0,5 point tandis que celle des ménages a reculé d'1,0 point. Si la structure globale de financement de la DCSi rappelle celle de la CSBM, les postes hors CSBM ont une structure spécifique : les SLD ont un financement notable de l'État et des ménages (19,4 % et 24,8 % respectivement), la prévention institutionnelle est financée à 50,9 % par l'État, tandis que les financeurs de la gouvernance sont répartis de manière équivalente entre la Sécurité sociale (44,0 %) et les organismes complémentaires (50,0 %).

La composante médico-sociale des SLD explique la part plus importante de l'État dans le financement

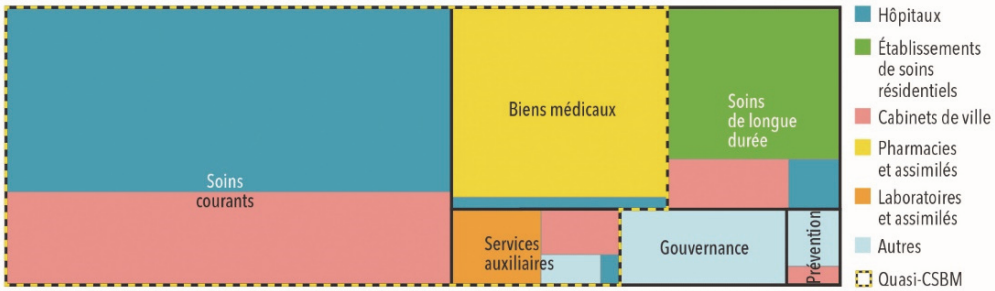
Les SLD recouvrent des dépenses de soins dans un sens sanitaire strict (soins infirmiers à domicile, soins en Ehpad, etc.) et une composante médico-sociale évaluée au surcoût lié à la perte d'autonomie. Elle est principalement constituée des dépenses d'hébergement en Ehpad, et dans une moindre mesure des dépenses liées à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) : les déplacements, la toilette, l'alimentation, etc. Ces dépenses d'hébergement et celles liées aux AVQ sont majoritairement financées par l'État *via* le versement d'une prestation sociale, et par les ménages *via* les mécanismes de type ticket modérateur (par exemple sur la prestation d'allocation personnalisée à d'Autonomie [APA]). Cette composante médico-sociale, environ 55 % du poste, explique la structure de financement de la catégorie SLD.

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

		Montants (en milliards d'euros)									Structure 2018 (en %)	Évolution 2018/2017 (en %)	Contribution 2018 (en pt de %)
		2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Quasi-CSBM	**Soins courants**	**117,5**	**121,2**	**124,8**	**128,5**	**132,2**	**134,5**	**137,3**	**139,7**	**142,1**	**53,5%**	**1,7%**	**0,9%**
	… à l'hôpital	80,2	82,3	84,5	86,6	89,0	90,4	92,3	93,8	94,5	35,6%	0,8%	0,3%
	… en cabinet de ville	37,3	38,8	40,3	41,9	43,2	44,1	45,0	45,9	47,6	17,9%	3,6%	0,6%
	Services auxiliaires	**11,8**	**12,1**	**12,3**	**12,4**	**12,7**	**12,9**	**13,6**	**13,8**	**13,8**	**5,2%**	**-0,1%**	**0,0%**
	… à l'hôpital	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,1%	-6,5%	0,0%
	… en cabinet de ville	3,3	3,4	3,4	3,3	3,5	3,6	3,9	4,0	3,9	1,5%	-1,6%	0,0%
	… en laboratoires	6,7	6,8	6,8	6,9	6,9	7,0	7,2	7,3	7,3	2,8%	0,1%	0,0%
	… divers	1,4	1,5	1,6	1,7	1,8	1,9	2,0	2,1	2,2	0,8%	3,0%	0,0%
	Biens médicaux	**45,2**	**46,0**	**46,0**	**45,9**	**47,3**	**47,3**	**47,8**	**48,2**	**48,8**	**18,4%**	**1,2%**	**0,2%**
	… à l'hôpital	1,5	1,6	1,8	1,7	3,0	2,9	3,0	3,2	2,7	1,0%	-15,8%	-0,2%
	…en officines	43,7	44,4	44,3	44,2	44,3	44,4	44,8	44,9	46,1	17,3%	2,5%	0,4%
Hors CSBM	**Soins de longue durée**	**32,3**	**33,4**	**35,0**	**36,3**	**37,6**	**38,4**	**39,2**	**40,4**	**41,4**	**15,6%**	**2,5%**	**0,4%**
	… à l'hôpital	2,6	2,9	3,0	2,9	2,9	3,0	3,0	3,0	3,1	1,2%	2,0%	0,0%
	… en établissements résidentiels	24,1	24,7	25,9	27,1	28,2	28,9	29,5	30,4	31,2	11,7%	2,6%	0,3%
	… en cabinet de ville	5,6	5,9	6,1	6,3	6,4	6,5	6,7	6,9	7,1	2,7%	2,6%	0,1%
	Prévention institutionnelle	**4,3**	**4,3**	**4,4**	**4,6**	**4,5**	**4,5**	**4,5**	**4,8**	**4,8**	**1,8%**	**-0,4%**	**0,0%**
	Gouvernance	**13,1**	**13,5**	**13,8**	**14,4**	**14,6**	**14,4**	**14,6**	**14,8**	**14,9**	**5,6%**	**0,7%**	**0,0%**
	DCSi	**224,3**	**230,6**	**236,3**	**242,1**	**249,0**	**252,1**	**257,0**	**261,7**	**265,8**	**100,0%**	**1,6%**	**1,6%**
	DCSi en % du PIB	11,2%	11,2%	11,3%	11,4%	11,6%	11,5%	11,5%	11,4%	11,3%			

Note > L'ensemble des postes identifiés comme « quasi-CSBM » forment un agrégat conceptuellement très proche de la CSBM avec une surévaluation de l'ordre de 1 %. Voir annexe 1 pour plus de détails sur les postes.
Lecture > En 2018, la DCSi s'élève à 265,8 milliards d'euros, en hausse de 1,6 % par rapport à 2017. Les soins courants à l'hôpital progressent de 0,8 % en 2018 et représentent 35,6 % de la DCSi.
Sources > DREES, comptes de la santé pour la DCSi ; Insee pour le PIB.

Graphique 1 Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense et le prestataire en 2018



Note > Les aires sont proportionnelles à la dépense totale. L'ensemble des postes identifiés comme « quasi-CSBM » forment un agrégat conceptuellement très proche de la CSBM avec une surévaluation de l'ordre de 1 %.
Lecture > En 2018, 67 % des soins courants sont délivrés à l'hôpital. Les soins de longue durée représentent 3 % des soins hospitaliers.
Sources > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Structure de la DCSi selon le financeur en 2018

En milliards d'euros

		Régimes obligatoires			Régimes facultatifs			Totaux	
		État	Sécurité sociale	OC en contrats collectifs	OC en contrats individuels	Ménages	Autres		
Quasi-CSBM	Soins courants	2,2	117,5	7,7	7,5	7,2	0,0	**142,1**	
	Services auxiliaires	0,2	11,4	0,9	0,9	0,5	0,0	**13,8**	**204,7**
	Biens médicaux	0,6	31,2	5,7	4,7	6,6	0,0	**48,8**	
Hors CSBM	Soins de longue durée	8,0	23,0	0,0	0,0	10,3	0,0	**41,4**	
	Prévention institutionnelle	2,4	0,7	0,0	0,0	0,0	1,6	**4,8**	**61,1**
	Gouvernance	0,9	6,6	3,2	4,2	0,0	0,0	**14,9**	
	Totaux	**14,3**	**190,4**	**17,5**	**17,3**	**24,6**	**1,6**	**265,8**	
		222,3			**43,5**				

Note > « OC en contrats collectifs » et « OC en contrats individuels » désignent le financement des organismes complémentaires respectivement *via* des contrats collectifs et *via* des contrats individuels.
Lecture > En 2018, l'État finance pour 2,2 milliards d'euros de soins courants qui représentent 15,4 % des 14,3 milliards d'euros de financements de l'État et 1,5 % des 142,1 milliards d'euros de l'ensemble des soins courants.
Sources > DREES, comptes de la santé.

8 Les indemnités journalières

Les **indemnités journalières** (IJ) comptabilisées dans la présente fiche recouvrent celles versées par les régimes de base d'assurance sociale (hors complémentaires)[1] au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité, hors fonction publique. En 2019, ces revenus de remplacement s'élèvent à 15,7 milliards d'euros *(tableau 1) [encadré]*. Si les IJ n'interviennent pas dans le calcul des agrégats des comptes de la santé – centrés sur la consommation, elles constituent un poste de dépenses pertinent dans l'analyse du système de santé.

Sur longue période, ces dépenses évoluent de manière contrastée. 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), avant de redevenir dynamiques entre 2006 et 2011 (+3,7 % en moyenne). Après deux années de relative stabilité en 2012 et 2013, elles augmentent à nouveau en 2014 (+4,2 %). Depuis, leur croissance augmente continûment de +2,0 % en 2015 à +4,5 % en 2019. La dynamique des IJ maladie en particulier est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui servent de base au calcul des IJ ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des IJ avec un effet retard ;
- un effet de structure démographique lié au vieillissement de la population. La population active vieillit – la part des personnes de plus de 60 ans dans la population active a progressé de 3,2 points entre 2010 et 2019 – et les actifs les plus âgés ont des arrêts plus longs compte tenu d'une dégradation tendancielle de l'état de santé avec l'âge. Le vieillissement de la population active est accentué par les réformes des retraites ;
- la précarité de l'emploi, associée à un moindre recours aux IJ.

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 2009 à 2013, les volumes se sont contractés principalement en raison de la dégradation du marché du travail et du renforcement des contrôles effectués par le service médical de l'Assurance maladie. En 2014, malgré une situation épidémiologique favorable, les volumes rebondissent du fait de la prise en charge des IJ de temps partiel thérapeutique (non couvertes avant 2014) ainsi que de l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et de la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles. Après un léger ralentissement en 2015, les volumes accélèrent en 2016 et 2017. En 2019, l'augmentation des volumes s'élève à 3,2 % (après +2,8 % en 2018). Cette accélération est notamment portée par les effets de la mise en œuvre de l'article 44 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2018 qui joue en année pleine sur 2019. En effet, à compter du 1er juillet 2018, l'indemnisation des maladies professionnelles est versée rétroactivement à compter de la première consultation médicale passée suite à l'apparition des premiers symptômes et non plus à partir de la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie qui peut intervenir plusieurs mois après.

Une hausse des « prix » qui soutient le dynamisme global des IJ

La croissance du « prix » des indemnités maladie et AT-MP du régime général a nettement ralenti depuis la crise de 2008. 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. Les modes de calcul des IJ moins favorables adoptés les 1er décembre 2010 et 1er janvier 2012 ont induit des baisses de montants servis à salaire donné, qui se sont traduits par un ralentissement du « prix » des IJ par rapport au salaire annuel moyen. En l'absence de mesures nouvelles depuis 2012, la hausse continue de l'effet « prix » observée ces dernières années est à rapprocher de l'embellie économique.

Les indemnités journalières de maternité accélèrent en 2019

En 2019, les IJ versées au titre de la maternité sont en hausse de 2,3 %, après +1,1 %. Cette nette accélération découle de l'harmonisation des modalités d'indemnisation du congé maternité pour les travailleuses indépendantes mises en œuvre dans le cadre de la LFSS pour 2019. Par ailleurs, la hausse des salaires, dans un contexte d'amélioration économique, se traduit mécaniquement par une hausse des montants moyens versés. Enfin, la baisse du nombre de naissances, moins marquée en 2019 que les années antérieures, pèse moins sur la progression des IJ.

1. En plus de la prise en charge par les régimes de base, les mutuelles, sociétés d'assurances et instituts de prévoyance − versaient 5,6 milliards d'euros de compléments d'indemnités journalières en 2018 au titre de la maladie et des AT-MP, ce qui représentait 27 % des dépenses totales d'IJ versées.

Pour en savoir plus

> **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2020, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses pour 2019.* Rapport.

Tableau 1 Dépenses d'indemnités journalières

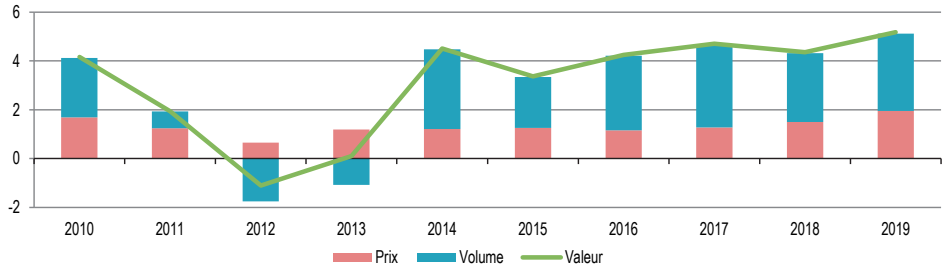
Montants en millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Ensemble	**12 606**	**12 829**	**12 766**	**12 816**	**13 353**	**13 625**	**14 036**	**14 508**	**15 053**	**15 726**
Évolution (en %)	3,8	1,8	-0,5	0,4	4,2	2,0	3,0	3,4	3,8	4,5
Maladie	**6 881**	**7 003**	**6 938**	**6 977**	**7 358**	**7 596**	**7 923**	**8 213**	**8 512**	**8 824**
Évolution (en %)	3,6	1,8	-0,9	0,6	5,5	3,2	4,3	3,7	3,6	3,7
Accidents du travail - maladies professionnelles	**2 729**	**2 839**	**2 811**	**2 806**	**2 918**	**2 998**	**3 120**	**3 286**	**3 499**	**3 791**
Évolution (en %)	4,3	4,0	-1,0	-0,2	4,0	2,7	4,1	5,3	6,5	8,3
Maternité	**2 995**	**2 987**	**3 017**	**3 033**	**3 077**	**3 031**	**2 993**	**3 008**	**3 042**	**3 112**
Évolution (en %)	3,7	-0,3	1,0	0,5	1,5	-1,5	-1,3	0,5	1,1	2,3

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).
Source > DREES.

Graphique 1 Évolution des indemnités journalières maladie et AT-MP du régime général

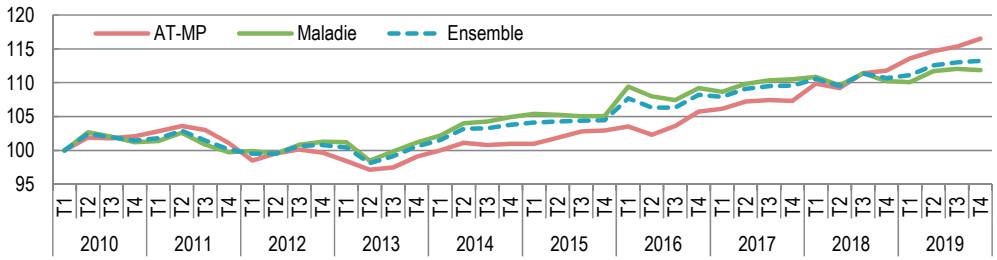
En %



Lecture > En 2019, les dépenses d'indemnités journalières maladie et AT-MP du régime général sont en hausse de 5,2 % en valeur (après 4,4 % en 2018). Cette dynamique s'explique par une accélération des volumes de 3,2 % (après 2,8 % en 2018) et des prix de 2,0 % (après 1,6% en 2018).
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 (hors maternité) du régime général par salarié

Base 100 au T1 2010



Lecture > Entre le 1er trimestre 2010 et le 4e trimestre 2019, le volume d'indemnités journalières maladie par salarié a augmenté de 11,9 %.
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.

Mesures exceptionnelles 2020 Compte tenu de la crise sanitaire, un nouveau type d'indemnités journalières a été introduit afin de couvrir les personnes dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle (parents d'enfants sans mode de garde et assurés considérés particulièrement à risque ou vivant avec des personnes vulnérables). Leur versement a été étendu aux professionnels libéraux (autres que les artisans, les commerçants et les exploitants agricoles) qui ne bénéficiaient pas d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie avant la crise. Par ailleurs, la période de carence au titre du versement des arrêts de travail (les trois premiers jours d'arrêt dans le droit commun) a été supprimée. À compter du 1er mai 2020, les salariés parents d'enfants et les personnes vulnérables ne perçoivent plus d'indemnités journalières mais relèvent en contrepartie de l'activité partielle (financée par l'État et l'assurance chômage).

4

Comparaisons internationales des dépenses de santé en 2018

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 en 2018. Ces comparaisons s'appuient principalement sur le Système international des comptes de la santé, *System of Health Accounts* (SHA), 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. La fiche 8 détaille la dépense courante de santé au sens international (DCSi), dont le périmètre est plus large que celui de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des comptes de la santé en France, dans la mesure où les soins de longue durée, la prévention et les dépenses liées à la gouvernance des systèmes de santé sont ici pris en compte (voir fiche 9). Le reste à charge des ménages dans une perspective internationale y est également mesuré, sur ce champ élargi, proposant une mesure de la participation financière des ménages qui intègre notamment les soins de longue durée (hors champ pour la partie France). Les fiches 10, 11 et 12 comparent le financement, l'organisation, les performances des systèmes de soins, ainsi que l'accès aux soins.

Un second ensemble détaille et compare, au sein de différents pays de l'OCDE, la dépense courante de santé au sens international selon trois de ses principales composantes : soins hospitaliers, dépenses pharmaceutiques et soins de longue durée (voir fiches 13, 14 et 15).

Le *System of Health Accounts*, ou Système international des comptes de la santé, permet d'établir la dépense courante de santé au sens international, compte de référence sur la santé dans une perspective comparative.

Depuis 2015, la transmission des données sur les dépenses de santé et leur financement est une obligation régie par la réglementation européenne (règlement UE 2015/359). La DREES assure cette transmission de données.

Le temps nécessaire à la mise en commun de l'ensemble de ces informations au niveau international par l'OCDE, Eurostat ou l'OMS ne permet pas de disposer des données pour l'année 2019. Le dernier millésime de données porte sur l'année 2018, et a été mis à disposition par l'OCDE en juillet 2020.

Comparaisons internationales des systèmes de santé

9 Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge

Le *System of Health Accounts* (SHA), permet une comparaison internationale de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [voir annexe 1].

L'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

En 2018, avec une DCSi représentant 17,8 % du produit intérieur brut (PIB), les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE *(graphique 1)*. Près de six points derrière, la Suisse dépense 11,9 % de son PIB pour la santé, devant l'Allemagne (11,5 %), et la France (11,3 %). En moyenne, les États membres de l'UE-28 consacrent 9,9 % de leurs PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins une division géographique marquée en Europe au regard de la santé : les pays de l'UE-15 consacrent en moyenne 10,2 % de leurs PIB aux dépenses de santé mais ces dernières sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (de 8 % à 9 %). Pour les nouveaux membres de l'UE qui ont intégré l'OCDE (NM) [voir glossaire], les dépenses de santé représentent en moyenne 6,8 % du PIB en 2018.

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque la DCSi est exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA), permettant ainsi de comparer les différences de pouvoir d'achat entre les pays, et par habitant. Dans cette situation, la France se situe au 7e rang des pays de l'UE-28, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. La dépense de santé par habitant s'élève, en France, à 3 970 euros par habitant en 2018. En comparaison avec les États-Unis, en PPA, les dépenses par habitant sont deux fois plus élevées : 8 180 euros par habitant. L'écart est plus modéré avec l'Allemagne qui consacre seulement 820 euros PPA de plus par habitant.

La hiérarchie est encore modifiée en tenant compte des différences de pouvoir d'achat uniquement dans le secteur de la santé (la PPA santé [voir glossaire]). Cette mesure permet d'identifier un panier de produits et services de santé, standard pour un pays, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel afin de mesurer et de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. La Suisse, la Norvège, la Suède, le Luxembourg, le Canada, et les États-Unis sont des pays où les prix dans la santé sont de 30 à 70 % supérieurs à ceux pratiqués en France (OCDE, 2019). Dans cette situation, les États-Unis conservent la dépense de santé la plus importante par habitant (environ 6 000 euros en PPA), mais l'écart avec la France est ici diminué de moitié. La France se situe alors au 3e rang des pays étudiés derrière l'Allemagne. La Suisse, pays où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, est rétrogradé au 4e rang, proposant finalement un volume de biens et services de santé proche de celui offert en France pour chaque habitant.

Des dépenses de santé essentiellement concentrées vers les soins hospitaliers et de ville

La structure de la DCSi selon la fonction de la dépense varie considérablement d'un pays à un autre. Près de 69 % des dépenses de santé des États-Unis se rapportent aux soins courants, dont 48 % pour les soins courants en cabinet de ville et 18 % pour les soins hospitaliers *(graphique 2)*. Parmi les autres pays, les soins courants sont plus proches de la moitié de la DCSi. En moyenne, les pays de l'UE-15 y consacrent 54 % de la dépense de santé, avec une majorité de soins courants hospitaliers (29 %). Les dépenses consacrées aux soins de ville sont plus élevées dans quelques pays de l'UE-15 dont le Portugal (39 %) ou la Finlande (34 %). À l'inverse, la France ou la Grèce y consacrent une plus faible part de leur DCSi (18 %), au profit des soins à l'hôpital.

Les biens médicaux (produits pharmaceutiques et appareils médicaux) sont la troisième grande catégorie de dépenses de santé. La part des biens médicaux est particulièrement importante dans les pays les plus pauvres de l'OCDE et dans ceux ayant une plus faible DCSi, comme les pays du sud de l'Europe, ou les NM. Les prix, entre les différents pays, de ces biens sont relativement homogènes en comparaison des services médicaux (en particulier les salaires des professionnels de santé) [OCDE 2019]. Cette dépense est incompressible et représente pour ces pays une plus forte proportion des dépenses de santé.

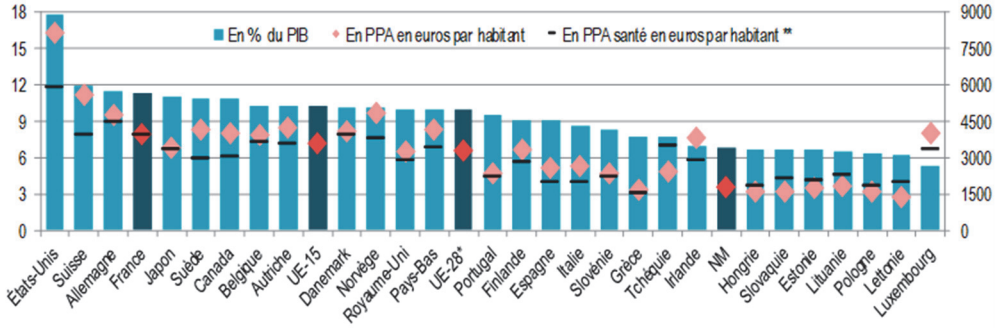
La somme des soins courants (à l'hôpital ou en ville), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la consommation de soins et de biens médicaux (quasi-CSBM dans le graphique 2, voir annexe 1 et glossaire pour la définition de la quasi-CSBM dans la DCSi), agrégat central des comptes de la santé en France. Elle caractérise les dépenses de santé qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, par opposition aux soins de longue durée (soins à visée palliative), ou à la prévention. Les pays consacrent de 65 % (Pays-Bas) à 95 % (Slovaquie) de la DCSi à la CSBM (77 % en France). Ce sont, pour l'essentiel, les soins de longue durée à destination de la population en perte d'autonomie (personnes âgées et en situation de handicap), qui complètent la structure de la DCSi. Des pays comme les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et le Danemark y consacrent un quart ou plus du total des dépenses de santé, au contraire de la Slovaquie, la Grèce et le Portugal qui y allouent moins de 5 %.

Le taux de croissance des dépenses de santé reste modéré depuis 2013

Depuis 2013, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques au sein des pays de l'OCDE pris dans leur ensemble. Dans les six pays étudiés ici, la DCSi à prix courants est croissante entre 2013 et 2018, et seules les dépenses de santé de l'Espagne et de l'Italie diminuent encore entre 2012 et 2013 *(graphique 3)*.

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2018

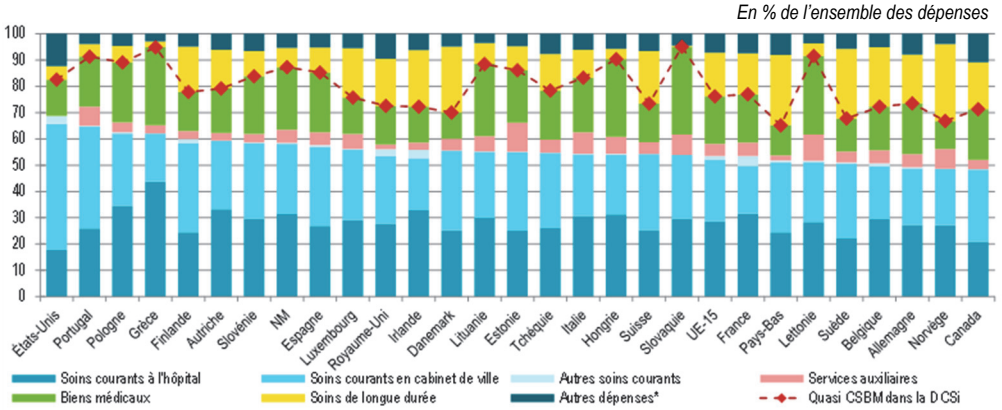
En % du PIB (axe de gauche) et parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



* Les données pour les cinq pays de l'UE-28 non membres de l'OCDE, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, Malte et la Roumanie portent sur l'année 2017. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.
** Les PPA santé utilisées ici sont calculées et diffusées par l'OCDE pour l'année 2017 (OCDE, 2019). Nous faisons ici l'hypothèse que la PPA n'a pas été modifiée entre 2017 et 2018.
Note > Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).
Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense en 2018

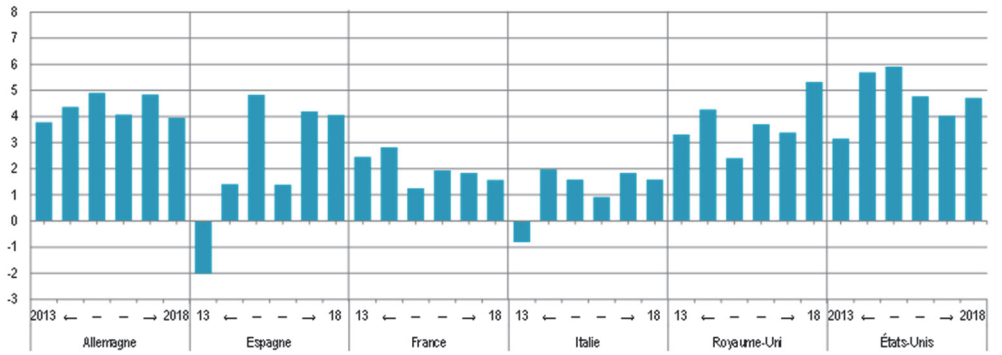
En % de l'ensemble des dépenses



* Les autres dépenses correspondent à la prévention institutionnelle, à la gouvernance des systèmes de santé et aux autres dépenses non classées ailleurs.
Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 3 Taux de croissance annuel moyen de la DCSi entre 2013 et 2018

Taux de croissance annuel de la DCSi en % - à prix courants



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

Les dépenses de santé progressent d'environ 4 % par an sur la période en Allemagne. La croissance est du même ordre aux États-Unis, avec néanmoins un dynamisme plus marqué à partir de 2014 et la mise en œuvre du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) toujours en place, malgré les tentatives de l'actuel gouvernement américain d'abroger ce dispositif. L'Espagne et le Royaume-Uni connaissent également une croissance dynamique de leurs dépenses de santé, avec un peu plus de variations au cours de la période observée, voire une progression heurtée pour l'Espagne (notamment entre 2015 et 2016). La France et l'Italie ont des profils plus stables et une croissance de leurs dépenses à prix courants d'environ 2 % en moyenne par an. En France, cette progression est régulée par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam). Pour l'Italie, les contraintes budgétaires nationales ne permettent pas à ce jour de revoir à la hausse les dotations minimales pour les actes médicaux réalisés à l'hôpital ou en cabinet de ville financées par l'État italien (malgré une volonté de réforme du *livelli essenziali di assistenza,* cette dotation minimale).

Croissance économique et variation de la DCSi depuis 2007

Les évolutions des dépenses en biens et services de santé d'un pays peuvent être rapportées également à la croissance économique globale. Ce rapport permet d'évaluer l'effort national dans la santé. On assiste, ces dernières années, à un alignement de la croissance de ces dépenses sur celles de l'économie globale dans tous les pays de l'OCDE (OCDE, 2019). Dans le cas de la France, la croissance du PIB et de la DCSi se rejoignent en 2018 *(graphique 4)*.

La crise économique de 2008-2009 s'était traduite par une importante contraction des PIB, menant à une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB entre 2007 et 2009. Puis, dans un contexte de modération des financements publics qui constituent la principale ressource des systèmes de santé, la part des dépenses dans le PIB s'est stabilisée au niveau d'après crise. Entre 2009 et 2018, cette part diminue même légèrement dans quatre des pays étudiés sans pour autant compenser la hausse observée à la suite de la crise : l'Italie, l'Espagne, le Royaume-Uni et la France. Seuls les États-Unis et l'Allemagne ont une croissance des dépenses de santé en part du PIB qui continue de progresser après la crise (respectivement +0,7 point et +0,2 point entre 2009 et 2018).

C'est en France que la part de la dépense de santé à la charge des ménages est la plus faible

Globalement, une large partie des dépenses de santé sont à la charge des États, des assurances maladie obligatoires ou des assurances privées obligatoires : 79 % en moyenne dans l'UE-15 en 2018 *(graphique 5)* [voir fiche 10]. Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives : environ 5 % en moyenne pour les pays de l'UE-15. Le reste est directement à la charge des ménages[1]. Ce reste à charge (RAC) est un frein potentiel à l'accès aux soins et peut conduire certains ménages à y renoncer, d'où l'intérêt porté par les États à cet indicateur. En 2018, dans les pays de l'UE-15, 16 % de la DCSi est en moyenne à la charge des ménages. Les RAC les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (36 % en Grèce et 30 % au Portugal), en Suisse (28 %) et chez les NM (20 % en moyenne). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le RAC des ménages est le plus limité en part de la DCSi (9 %). La part de la DCSi restant à la charge des ménages est un peu supérieure à celle constatée en France dans les trois pays scandinaves, en Allemagne et au Japon : les régimes obligatoires y couvrent cependant une part plus importante de la dépense (84 % ou plus) qu'en France, mais les assurances privées non obligatoires ont une part quasi-nulle. Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 d'*Obamacare* – dont l'extension de la population couverte par *Medicaid* et l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle, conduit à une restructuration du financement de la DCSi, avec une part de reste à charge (11 %) désormais proche de celle constatée en France. Toutefois, la dépense de soins et les primes d'assurances restent importantes, du fait des honoraires des médecins et des prix élevés des produits de santé. Dès lors, le RAC par habitant exprimé en PPA aux États-Unis est important (880 euros PPA en 2018) *[graphique 6]*. Le RAC des ménages est en moyenne de 560 euros PPA dans l'UE-15 et 360 euros PPA dans les NM. Au sein de l'UE-15, c'est encore en France que le RAC est le plus faible avec 370 euros PPA par habitant à la charge des ménages, dans l'ensemble des dépenses annuelles de santé des ménages.

Les soins de longue durée pèsent beaucoup dans le reste à charge en France

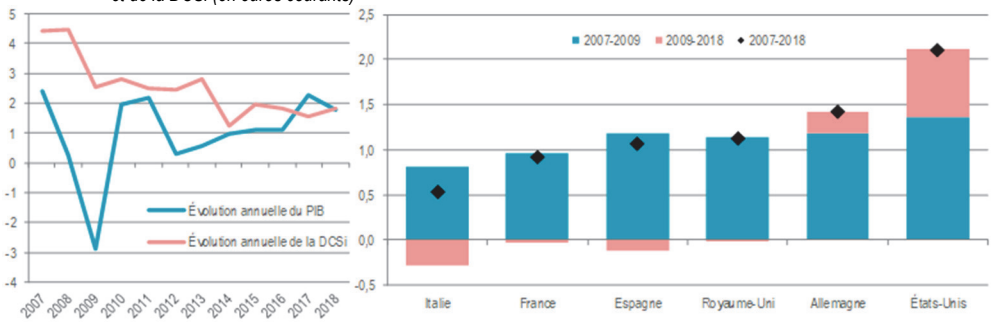
La décomposition du RAC selon les diverses fonctions de la DCSi (notamment les dépenses qui relèvent des soins de longue durée (SLD) et celles qui participent à la CSBM) fait apparaître que près de la moitié du RAC par habitant exprimé en PPA en France est lié aux SLD, ce qui n'est pas le cas des autres pays observés. Avec 150 euros PPA par habitant pour les SLD, la France se situe en queue de peloton des pays de l'OCDE avec un reste à charge relativement élevé.

1. Le reste à charge (RAC) 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. Le mode de calcul développé par l'OCDE est décrit dans le glossaire.

Graphique 4 Évolution de la DCSi en fonction du PIB entre 2007 et 2018

Évolution annuelle pour la France du PIB et de la DCSi (en euros courants)

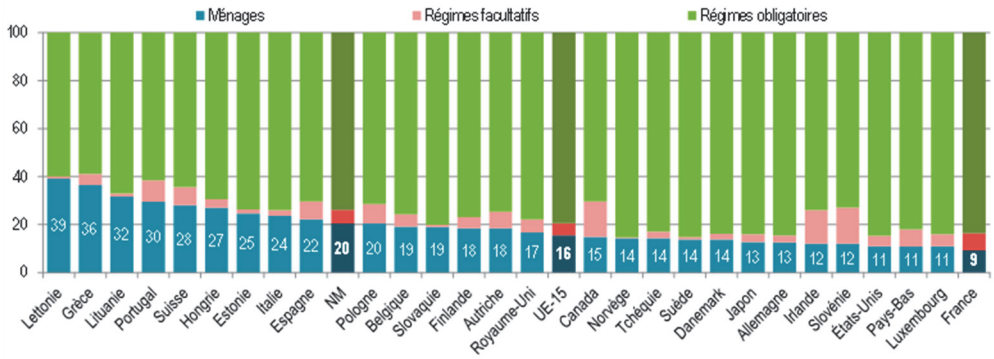
Évolution en points de PIB



Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; OCDE, Comptes nationaux.

Graphique 5 Financement de la DCSi en 2018

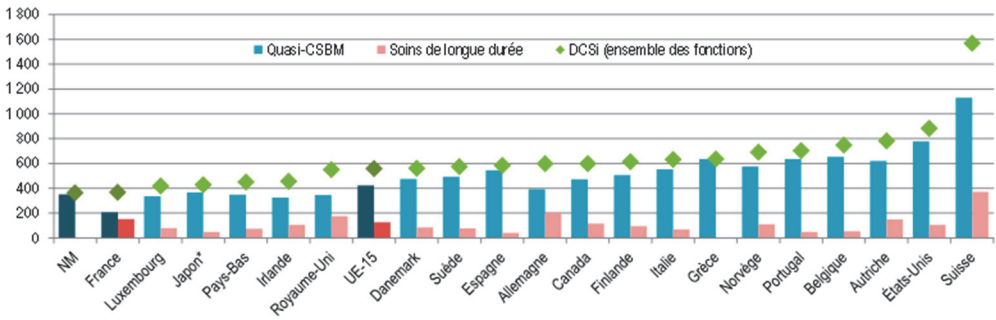
En % de l'ensemble des dépenses



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

Graphique 6 Reste à charge des ménages selon la fonction de la dépense de santé en 2018

En PPA en euros par habitant



* Données 2017.

Note > Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).

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

Pour en savoir plus

> **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies** (2019). *France : profil de santé par pays 2019, State of Health in the EU.* Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.

> **OCDE** (2019*). Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : édition OCDE.

> **Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018**, consultables sur http://stats.oecd.org/.

> **Statistiques d'Eurostat sur la santé 2018**, consultables sur https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database.

> **System of Health Accounts** (SHA), consultable sur http://www.oecd.org/els/health-systems/.

10 Systèmes de santé et financement, perspectives internationales

Service national de santé, assurance maladie, ou assureurs privés obligatoires : trois approches du financement des soins

Dans la totalité des pays considérés, les **régimes obligatoires** de financement de la santé (en bleu sur le *graphique 1*) couvrent plus de la moitié des dépenses courantes de santé, souvent même plus des trois quarts (pour 15 pays sur 28).

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. Cette part dépasse 80 % dans les pays scandinaves. 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 souvent dispensés dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation (rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet).

Dans les systèmes d'**assurance maladie** gérée par des caisses publiques de sécurité sociale, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations en général assises sur les revenus d'activité. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, au Luxembourg, en Allemagne et en France notamment, plus de 70 % de l'ensemble des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) sont couvertes par l'assurance maladie en 2018. Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics. Si l'assurance maladie est en grande partie financée par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes de ces dispositifs peuvent également provenir des transferts publics. Ainsi, au Japon, au Luxembourg ou en Belgique, les recettes de l'assurance maladie proviennent des transferts publics à hauteur d'environ 40 % pour les deux premiers et de 30 % pour la Belgique.

Certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place, de longue date, 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 afin de remédier aux défaillances du marché. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé (dans une logique universelle), 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 d'assurance. Ainsi, aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur en fonction du revenu du salarié, ce qui n'est pas le cas en Suisse où les primes dépendent de l'âge, du sexe et du lieu de résidence. 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. À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées.

Les assurances privées obligatoires plus développées en 2018 qu'en 2006

Depuis 2006, la structure de financement des systèmes de santé a évolué, vers plus d'intervention des assurances privées obligatoires dans plusieurs pays *(graphique 2)*. En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative, est devenue obligatoire. 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. En France, depuis 2016, une assurance maladie complémentaire, financée partiellement par l'employeur, est obligatoire pour les salariés du secteur privé. Aux États-Unis, ce mouvement a été plus fort avec, entre 2006 et 2018, un basculement de l'assurance privée volontaire ou facultative (40 % de la DCSi en 2006) à l'assurance privée obligatoire (36 % de la DCSi en 2018).

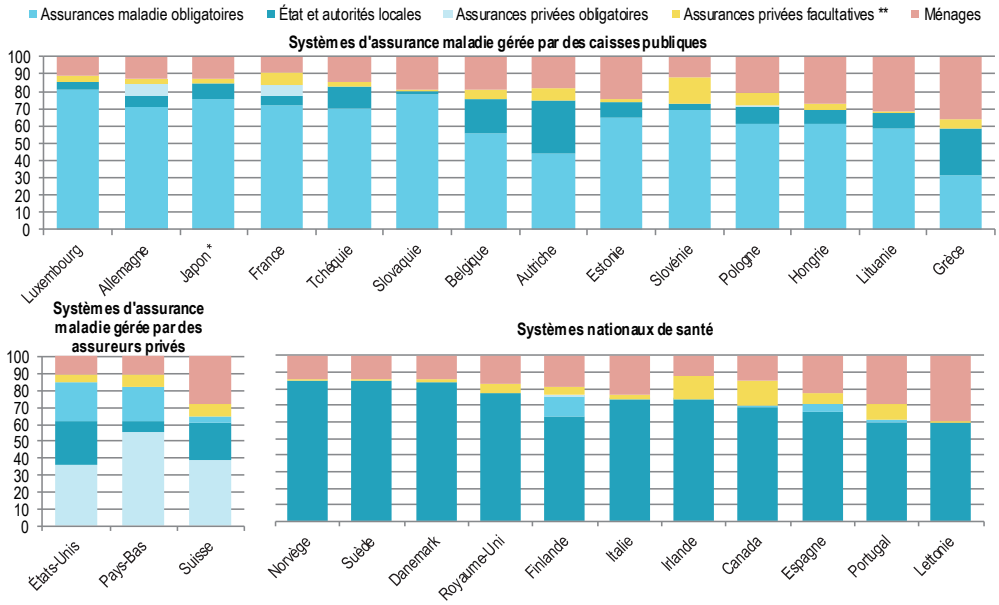
Sur cette même période, d'autres pays ont conforté leurs modèles de financement. Aux Pays-Bas, l'assurance privée obligatoire est renforcée : elle représente à présent 56 % du financement de la DCSi. C'est le cas également des pays du nord de l'Europe, comme le Danemark, qui a amplifié le financement des dépenses de santé par l'État (+3 points) au profit d'une réduction du reste-à-charge des ménages (−2 points). D'autres pays, comme ceux du sud de l'Europe, dont le Portugal, afin de réaliser des économies budgétaires, réduisent la participation publique au prix d'une plus forte contribution des ménages (+5 points au Portugal). Le Royaume-Uni est également dans cette situation de hausse du reste-à-charge des ménages (+3 points).

Des dépenses de gouvernance plus faibles pour les systèmes gérés directement par l'État

Aux États-Unis, les dépenses de gouvernance du système de soins, tous financeurs publics et privés confondus, représentent 8,8 % de la DCSi en 2018, loin devant les autres pays considérés *(graphique 3)*. La France arrive en deuxième position avec 5,6 % de la DCSi (dont la moitié liée aux frais de gestion des assureurs privés obligatoires ou facultatifs) consacrée à ces dépenses, juste devant l'Allemagne (4,7 %). De manière générale, les dépenses de gouvernance les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays avec une gestion par des caisses de sécurité sociale ou des assureurs privés. Les systèmes nationaux de santé gérés par l'État semblent globalement plus économes en matière de gouvernance. Ils y consacrent de 1 % (Finlande) à 3 % (Canada) de la DCSi.

Graphique 1 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2018

En % de la dépense courante de santé internationale (DCSi)



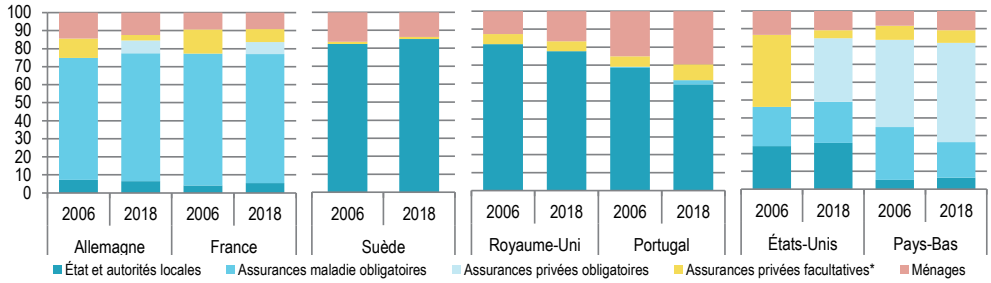
* Données 2017. ** Et autres dispositifs facultatifs.

Note > Le Système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement décrits dans l'annexe 1.

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

Graphique 2 Évolution du financement de la DCSi entre 2006 et 2018 dans sept pays de l'OCDE

En % de la DCSi

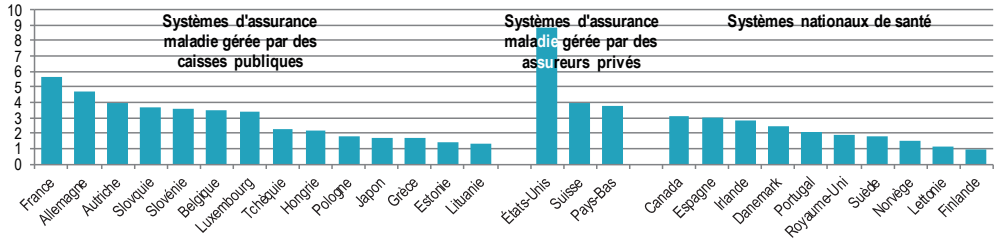


* Et autres dispositifs facultatifs.

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

Graphique 3 Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2018

En % de la DCSi



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

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.

> **Barlet, M., *et al.*** (2019). *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

11 Comparaisons internationales des médecins et infirmiers

Les densités médicales dépendent du rôle relatif des médecins et des infirmiers

En 2018, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants, atteint en moyenne 347 dans les pays de l'UE-15, hors Grèce et Portugal *(graphique 1)*. Avec une densité de 317 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe en dessous de cette moyenne, mais elle ne comptabilise pas les internes et les résidents en médecine (médecins en formation) alors que la majorité des autres pays de l'OCDE le font (Lafortune et Mueller, 2020). La densité de médecins est en général plus faible dans les pays entrés dans l'UE à partir de 2004 (NM) [voir glossaire], en particulier en Pologne (235 médecins). Ces écarts de densité de médecins entre pays doivent être relativisés, au regard du rôle dévolu aux médecins et aux infirmiers (et des autres professionnels de santé) dans chaque système de santé. Dans beaucoup de pays, une faible densité de médecins s'accompagne d'une forte densité d'infirmiers et inversement. Avec 1 079 infirmiers en France pour 100 000 habitants en 2018, la densité d'infirmiers est supérieure à la moyenne de l'UE-15 (900) alors qu'elle est plus faible en termes de densité de médecin. À l'inverse, les pays du sud de l'Europe (comme l'Espagne et l'Italie) présentent des densités élevées de médecins, mais la présence des infirmiers y est moins développée (moins de 600 infirmiers pour 100 000 habitants contre 900 en moyenne dans l'UE-15). Ils sont quasiment absents des soins de ville, qui sont assurés par des médecins, et la prise en charge de la dépendance y est très faible. Certains pays comme la Norvège, la Suède, le Danemark, la Suisse ou l'Allemagne font figure d'exception en cumulant une forte densité de médecins et d'infirmiers. En Allemagne, les infirmiers exercent principalement à l'hôpital, mais jouent également un rôle important dans les soins de ville pour la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. Ainsi, ce pays cumule à la fois un niveau très élevé de médecins (431 pour 100 000 habitants) et d'infirmiers (1 322). À l'opposé, au Royaume-Uni, la densité de médecins (284) et celle d'infirmiers (778) sont plus faibles qu'en moyenne dans l'UE. Dans ces pays, les infirmiers disposent de compétences élargies dans des domaines tels que la promotion de la santé, le suivi des maladies chroniques, et assurent des consultations de premier recours. De même, les densités d'infirmiers sont sensiblement plus faibles dans les NM (environ 600 ou moins), comme celle des médecins.

La densité de médecins croît plus lentement en France

La densité de médecins augmente fortement depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme plus faible depuis les années 1990. Entre 2008 et 2018, 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 296 à 347 médecins pour 100 000 habitants en moyenne dans l'UE-15. Elle est particulièrement dynamique en Allemagne, aux Pays-Bas, en Slovénie et au Canada (plus de 2 % par an d'augmentation). En revanche, la densité de médecins progresse très peu dans d'autres pays, notamment en France[1], en Italie et en Belgique. Sur la même période, la densité d'infirmiers augmente dans la majorité des pays considérés (+1,2 % par an en moyenne en UE-15), hormis notamment au Royaume-Uni, en Pologne, ou en Irlande. En France, la densité d'infirmiers a progressé à un rythme soutenu de 3,2 % en moyenne par an entre 2008 et 2018.

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 ont beaucoup de médecins formés à l'étranger *(graphique 2)*. C'est le cas du Canada, du Royaume-Uni et de l'Irlande, où près d'un quart à plus d'un tiers des médecins sont formés à l'étranger. Ils s'appuient notamment sur d'autres pays du Commonwealth où le niveau de vie moyen est plus faible. En France, en Allemagne et en Belgique, la part de médecins formés à l'étranger reste de l'ordre de 10 % en 2018, mais elle a augmenté sensiblement au cours des dix dernières années. La proportion d'infirmiers formés à l'étranger est très hétérogène en Europe. Elle dépasse 15 % en Suisse et au Royaume-Uni, mais reste faible en France et en Belgique (3 %).

Une part importante de médecins spécialistes dans l'UE-15

Le rapport entre les effectifs de spécialistes et de généralistes est passé de 2,2 en moyenne en 2008 à 2,5 en 2018 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 2018, 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 2018. Au cours des dernières années, la France, le Canada et 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.

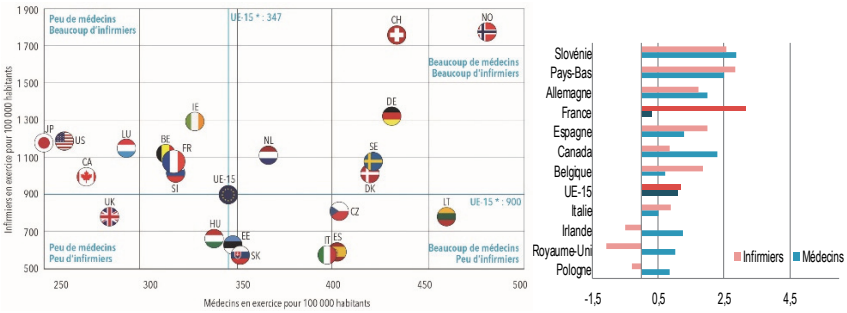
1. La densité de médecins généralistes de ville diminue si l'on tient compte du vieillissement de la population.

Pour en savoir plus

> **Lafortune, G., Mueller, M.** (2020). Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ? Dans *Revue française des affaires sociales*, 1 (pp. 303-312).

Graphique 1 Densité de médecins et d'infirmiers en exercice en 2018 et évolution entre 2008 et 2018

Nombre de médecins et d'infirmiers en exercice pour 100 000 habitants *Évolution en %*



* Hors Portugal et Grèce.

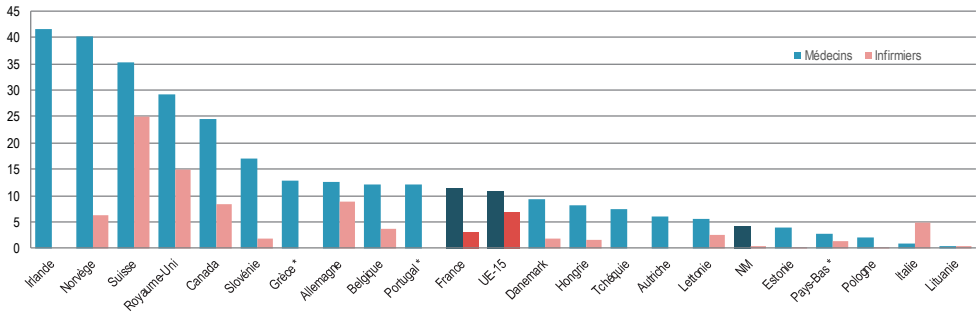
Notes > Moyennes calculées à partir des dernières années et pays disponibles. Les données pour le Japon portent sur 2017. Les personnels en exercice sont directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral. Certains pays (Suisse, Royaume-Uni, Autriche, Grèce) ne comptabilisent que le personnel infirmier exerçant à l'hôpital ou dans le secteur public. L'Espagne inclut les sages-femmes.

Lecture > La France compte 1 079 infirmiers et 317 médecins pour 100 000 habitants (graphique de gauche). La densité de médecins a augmenté en France de 0,2 % en dix ans et celle des infirmiers de 3,2 % (graphique de droite).

Source > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Graphique 2 Proportion de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger en 2018

En %



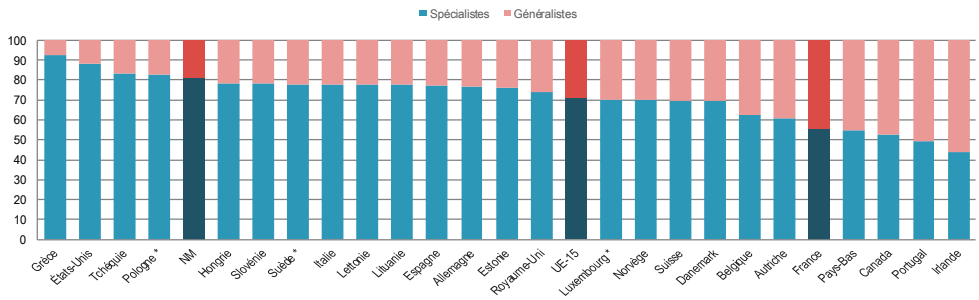
* Données 2017.

Note > Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.

Source > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Graphique 3 Répartition entre médecins spécialistes et généralistes en 2018

En %



* Données 2017.

Note > Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.

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.

Source > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Pour en savoir plus

> **Lafortune, G., Mueller, M.** (2020). Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ? Dans *Revue française des affaires sociales*, 1 (pp. 303-312).

12 Comparaisons internationales de performance et d'accès aux systèmes de soins

Trois indicateurs de performance des systèmes de santé sont analysés : la part de décès évitables après intervention du système de santé, la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool et le renoncement aux soins, dont les causes sont multiples (coût, attente, éloignement, etc.).

La France a le plus faible taux de mortalité évitable grâce à un traitement dans l'Union européenne

Le taux de mortalité évitable grâce aux traitements témoigne de l'efficacité des politiques de santé publique et des systèmes de soins en termes de réduction des décès prématurés provoqués par diverses causes (la liste des causes de mortalité évitable par traitement a été identifiée par Eurostat et l'OCDE en 2019). Dans l'Union européenne (UE-28), ce taux est en moyenne de 66 pour 100 000 habitants *(graphique 1)*. La Suisse a le plus faible taux de mortalité évitable (40 pour 100 000 habitants). Elle est suivie par la Norvège (47) et la France (48), premier pays de l'UE-28. Les premières causes de mortalité évitable grâce à des traitements en France sont le cancer colorectal, la cardiopathie ischémique, le cancer du sein, les accidents vasculaires cérébraux et la pneumonie. Les nouveaux États membres de l'UE-28 (NM) ont un nombre plus élevé de décès évitables grâce aux traitements : 108 décès pour 100 000 habitants. Globalement, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements décroît à mesure que le système de soins est développé. La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est ainsi plus importante dans les pays avec un faible nombre de décès évitables, à quelques exceptions près dont fait partie l'Allemagne. Avec l'une des DCSi par habitant la plus élevée d'Europe et de l'OCDE, son taux de mortalité évitable par traitement est supérieur à la plupart des pays d'Europe occidentale. La faiblesse des politiques de lutte contre le tabagisme, la politique de vaccination et surtout l'organisation hospitalière (petits hôpitaux, faiblesse des ressources humaines et des équipements techniques) ont été pointées par la Commission européenne comme des facteurs explicatifs possibles de ces résultats. Les États-Unis sont également dans cette situation, de façon plus prononcée encore ; cela reflète de fortes inégalités au sein du système de santé américain. À l'inverse, en Espagne, la mortalité évitable par traitements est l'une des plus faibles d'Europe, malgré une DCSi relativement faible.

La consommation de tabac et d'alcool reste élevée en France

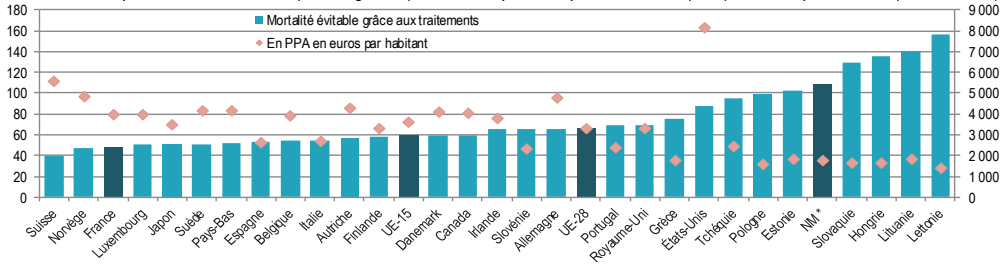
Le tabagisme et la consommation d'alcool sont des facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles. Selon les estimations de l'OMS, le tabagisme tue chaque année 7 millions de personnes dans le monde. Bien que le tabagisme diminue, dans l'UE, 20 % des adultes (de 15 ans ou plus) fument encore quotidiennement *(graphique 2)*. Le nombre de fumeurs est particulièrement élevé en Grèce (27 %), en Hongrie (26 %) et en France (25%). En revanche, il est de 10 % en Suisse et aux États-Unis où les politiques publiques de lutte anti-tabac, telle que « Tobacco 21 » font à la fois baisser le nombre de fumeurs traditionnels et le nombre d'utilisateurs de cigarettes électroniques. La consommation d'alcool, mesurée par le volume des ventes, atteint en moyenne près 10 litres par adulte et par an dans les pays de l'UE-15. La consommation est plus faible en Grèce et en Norvège avec 6 litres consommés par habitant. En revanche elle est bien plus élevée en Lituanie, en Autriche et en France (avoisinant les 12 litres par adulte). La France, avec l'Autriche et la Hongrie, sont les pays où ces deux facteurs de risque pour la santé restent parmi les plus élevés des pays de l'OCDE.

Un renoncement aux soins plus important dans les pays du sud de l'Europe et au Royaume-Uni

En 2018, 4 % de la population de l'UE-28 renonce à des soins médicaux ou dentaires, quelle que soit la raison *(graphique 3)*. La Grèce est le pays représenté qui possède le non-recours aux soins médicaux le plus important (10 % de la population de 15 ans ou plus), suivi du Royaume-Uni (8 %), tandis qu'il s'agit du Portugal concernant les soins dentaires (14 %). Les raisons financières constituent le principal motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux en Grèce (82 % des renoncements), en Italie (77 %) et au Portugal (43 %), qui sont par ailleurs des pays d'Europe où la participation financière des ménages aux soins est la plus importante (respectivement 36 %, 24 % et 30 % de l'ensemble des dépenses de santé). À l'inverse, en Suède, seul 1 % des renoncements sont pour motif financier, ainsi que 3 % au Royaume-Uni où les soins sont gratuits. En revanche, pour ce dernier pays, un renoncement sur deux est motivé par des problèmes de délais d'attente. Ce motif est également important en Suède (35 % des renoncements). Concernant les soins dentaires, le renoncement pour des raisons financières et de loin le motif le plus souvent évoqué. Plus de six personnes sur dix déclarent renoncer aux soins pour cette raison au sein de l'UE-15. Cela concerne plus de 90 % des motifs de renoncements en Italie où les dépenses de prothèses dentaires sont intégralement à la charge du bénéficiaire. Ce motif de renoncement aux soins est également fort en Grèce (92 %), en Espagne (52 %), au Portugal (15 %) et en France (52 %). 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. En Europe, l'éloignement et les délais d'attente sont peu évoqués comme motifs de renoncement à des soins ou à des examens dentaires à l'exception du Royaume-Uni.

Graphique 1 Mortalité évitable grâce aux traitements selon les dernières données disponibles

Décès pour 100 000 habitants (axe de gauche) et DCSi en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



* Uniquement huit pays : Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovaquie, Slovénie, Tchéquie.

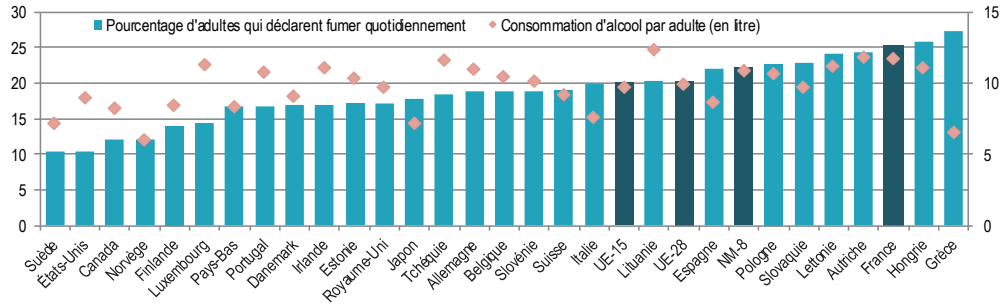
Note > D'après la définition d'Eurostat et de l'OCDE de 2019, les causes de mortalité évitable par traitement sont celles qui peuvent être évitées grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps, y compris les interventions de prévention secondaire, c'est-à-dire après le début des maladies, et de traitement. Une liste des causes de décès évitables par traitement est proposée par les deux organisations. Données de 2016 pour la France.

Lecture > Parmi les NM, 108 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions en matière de soins de santé. Les NM ont une dépense de santé par habitant en PPA de 1 770 euros (la France est le pays de référence de la PPA).

Sources > OMS, base de données sur la mortalité (calculs OCDE) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Adultes fumeurs et consommation d'alcool selon les dernières données disponibles

En % (axe de gauche) et nombre de litres d'alcool consommés par adultes (axe de droite)



Note > Données 2018 pour la France.

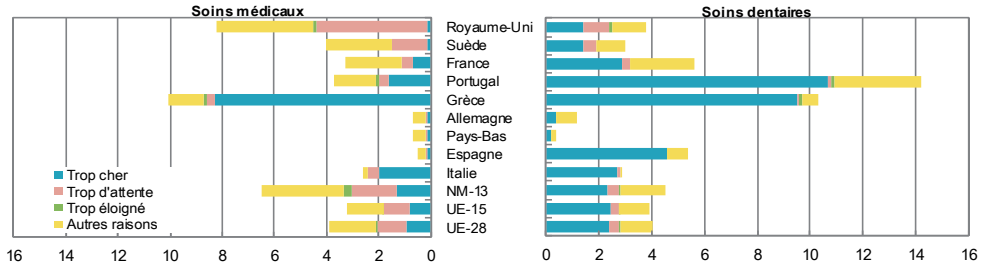
Lecture > En France, les adultes de plus de 15 ans consomment près de 12 litres d'alcool pur en une année et 25 % fument quotidiennement.

Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).

Sources > OCDE, Statistiques sur la santé. Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) pour le tabac et Direction générale des douanes et droits indirects, ministère de l'Économie et des Finances pour la consommation d'alcool.

Graphique 3 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2018 pour des adultes

En %



Lecture > 8,2 % des Britanniques déclarent des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits en 2018. Le motif de ce renoncement sont les délais d'attente pour 52 %, le coût des soins pour 1 % comme pour les problèmes d'éloignement. 45 % des renoncements sont causés par d'autres raisons telles que l'attentisme, la défiance vis-à-vis des médecins, etc. Il s'agit de données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).

Source > Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE).

Pour en savoir plus

> **OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019).** *France : profil de santé par pays 2019, State of Health in the EU.* Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.

Comparaisons internationales des fonctions de la dépense de santé

13 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières

Au sein de l'OCDE, la France en tête des dépenses pour les soins courants à l'hôpital en part du PIB

La plupart des pays de l'UE-15 consacrent la majorité de leur dépense courante de santé au sens international (DCSi) aux soins courants à l'hôpital (voir fiche 9). En 2018, les dépenses de **soins hospitaliers** publics et privés et les **hospitalisations de jour** représentent 2,9 % du produit intérieur brut (PIB) de l'UE-15 en moyenne *(graphique 1)*. Les États-Unis[1] et le Japon se situent dans cette moyenne (respectivement 2,8 et 3 %). La France est le pays de l'OCDE qui dépense la part la plus importante de son PIB pour les soins courants à l'hôpital (3,5 %). Ces soins représentent en revanche une faible proportion de la richesse des nouveaux membres (NM) [voir glossaire] : de 1,7 % en Estonie à 2,5 % en Slovénie. Le Luxembourg, en raison de son haut niveau de richesse, consacre une très faible part de son PIB aux soins courants à l'hôpital.

En parité de pouvoir d'achat et par habitant, la hiérarchie des pays est largement modifiée. En France, 1 080 euros annuels par habitant sont consacrés aux soins courants hospitaliers, soit 18 % de plus qu'en moyenne dans l'UE-15, mais 14 % de moins qu'en Allemagne (1 260 euros en parité de pouvoir d'achat [PPA]) et 24 % de moins qu'aux États-Unis (1 370 euros PPA) *[graphique 2]*. Rapporté au nombre de lits à l'hôpital, en excluant les lits attribués aux soins de longue durée, les dépenses sont toujours très élevées aux États-Unis, mais cette fois également dans les pays du nord de l'Europe (Danemark et Suède), qui ont opéré un virage important vers une chirurgie ambulatoire qui nécessite moins de lits. L'Allemagne, qui dispose d'un grand nombre de lits à l'hôpital, dépense finalement moins par lit que de nombreux pays d'Europe dont la France (20 % de moins).

Un financement majoritairement public dans presque tous les pays de l'OCDE

Dans la grande majorité des pays, les dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées à plus de 80 % par un financement public : par l'État (ou d'autres autorités locales) ou l'assurance maladie obligatoire (dont le fonctionnent est contributif). L'assurance privée (obligatoire ou facultative) participe au financement de ces soins pour plus de 10 % uniquement dans quatre pays de l'OCDE : en Irlande (28 %), en Suisse (45 %), aux États-Unis (46 %) et aux Pays-Bas[2] où ils financent la quasi-totalité des frais hospitaliers (87 %). Après financement de l'État, des assurances maladie obligatoires et assurances privées obligatoires, le reste à charge des ménages est très faible pour les soins courants à l'hôpital, inférieur à 10 % pour neuf pays de l'OCDE sur dix. Il reste élevé en Belgique (14 %), en Lettonie (17 %) et en Grèce (28 %).

Une offre d'hospitalisation répartie entre le public et le privé

Si le financement est public, les hôpitaux ne le sont pas nécessairement. Il existe plusieurs statuts juridiques pour les hôpitaux : publics, privés à but non lucratif (souvent associatifs ou sous la forme de fondations dans cette configuration), ou privés à but lucratif. L'offre d'hospitalisation complète (séjour avec nuitées), appréhendée par le nombre de lits, est en majorité proposée par des institutions hospitalières à but non lucratif dans les pays de l'OCDE. En 2018, près de huit lits sur dix dans l'UE-15, comme aux États-Unis, sont dans des institutions sans but lucratif *(graphique 3)*. En France, 75 % des lits sont également dans des hôpitaux sans but lucratif. La répartition des lits entre le public et le privé, au sein de ces institutions non lucratives, diffère selon les pays. Aux États-Unis, au Japon, aux Pays-Bas ou encore en Belgique, ce sont les établissements privés sans but lucratif qui offrent le plus de lits : de 60 % à 100 % des lits (les Pays-Bas ont confié l'intégralité de la gestion des hôpitaux au secteur privé sans but lucratif). Les pays du sud de l'Europe, ainsi que l'Autriche, le Danemark, l'Estonie et la France ont en revanche près de 60 % de leurs lits mis à disposition par des hôpitaux publics. Enfin, la situation allemande est particulière dans la mesure où les établissements publics, privés sans but lucratif et avec but lucratif composent à part presque identique l'offre d'hospitalisation. Depuis le début des années 2000, en Allemagne, on assiste à une transformation des hôpitaux publics en hôpitaux privés. Les *Länder* et les communes, qui avaient la charge de l'infrastructure hospitalière, tandis que les dépenses courantes relevaient des caisses de santé, se désengagent souvent du fait de difficultés économiques au profit du privé (Kahmann, 2015).

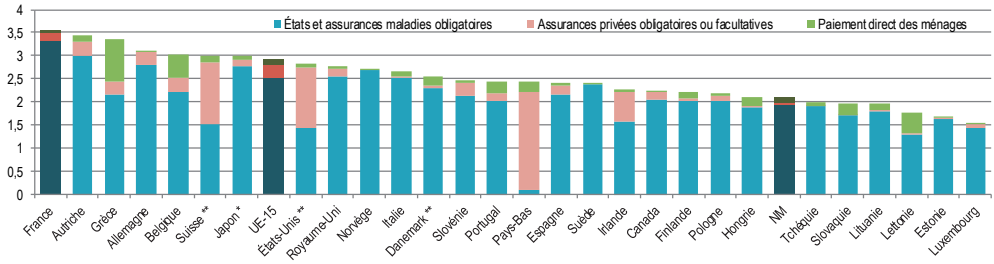
Depuis 2013, un ralentissement ou une stagnation des dépenses hospitalières dans de nombreux pays de l'OCDE

La situation française en matière de soins à l'hôpital se caractérise depuis 2015 jusqu'en 2018 par un ralentissement des dépenses en valeur, ainsi qu'en volume *(graphique 4)*. Notamment, les volumes des soins progressent moins à partir de 2017 (voir fiche 3).

Un ralentissement, voire une stagnation, des dépenses hospitalières est observé également dans plusieurs des pays étudiés sur la période 2013-2018. La situation italienne est particulière dans la mesure où les dépenses hospitalières ont décru de 2013 à 2015 et n'ont pas connu de rebond entre 2015 et 2018, à la différence d'autres pays du sud de l'Europe fortement touchés par la crise économique de 2007, comme le Portugal et l'Espagne.

Graphique 1 Répartition des dépenses des soins courants à l'hôpital en 2018 en proportion du PIB, selon le régime de financement

En % du PIB



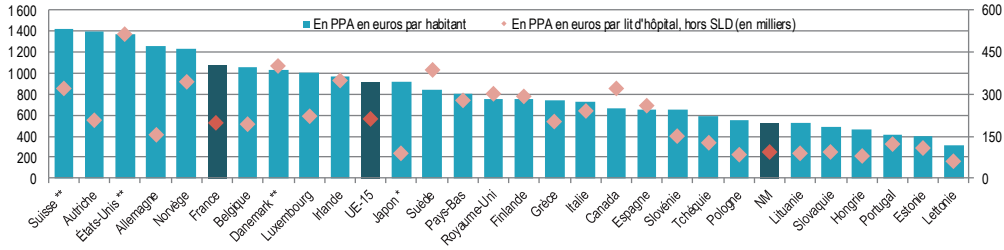
* Données 2017. ** Hors dépenses d'hospitalisation de jour pour la Suisse, les États-Unis et le Danemark.

Note > Pour les États-Unis, la ventilation des dépenses par régime de financement n'étant pas disponible par les données HC (voir annexe 1), elle a été calculée grâce aux données HP, puis appliquée sur les dépenses de soins courants à l'hôpital.

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

Graphique 2 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2018 par habitant et par nombre de lits à l'hôpital

En parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant pour l'ensemble des biens et services consommés (axe de gauche) et en euros par lit d'hôpital (axe de droite)

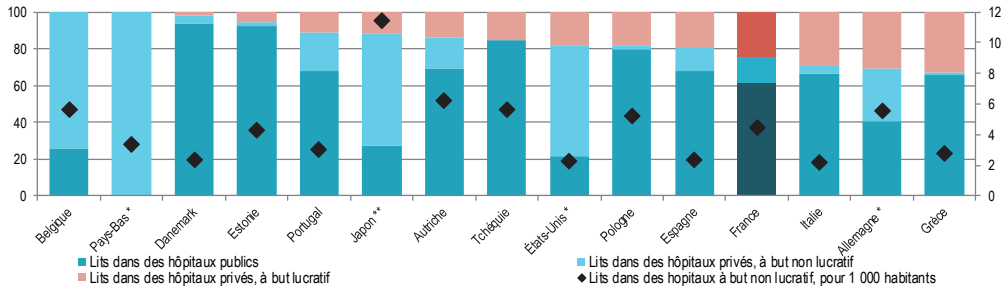


* Données 2017. ** Hors dépenses d'hospitalisation de jour.

Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Graphique 3 Répartition du nombre de lits entre les hôpitaux publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif en 2018 et nombre de lits en moyenne pour 1 000 habitants dans des institutions sans but lucratif

En % du nombre de lits à l'hôpital (axe de gauche) et nombre de lits pour 1 000 habitants quel que soit le type de soins (axe de droite)



* Données 2017. ** La répartition des lits pour les hôpitaux privés au Japon est obtenue à partir de la répartition du nombre d'hôpitaux privés à but lucratif ou non (Sakamoto, 2018).

Lecture > En France, en 2018, 62 % des lits à l'hôpital sont dans établissements publics, 14 % dans des établissements privés sans but lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif (cliniques). 4,5 lits pour 1 000 habitants sont proposés dans des établissements sans but lucratif.

Source > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

1. La faible part des dépenses de soins courants à l'hôpital aux États-Unis doit toutefois être relativisée, car d'une part, les honoraires des médecins indépendants exerçant en milieu hospitalier sont inclus dans les dépenses de soins courants en cabinet de ville, et d'autre part, les données de dépenses pour l'hospitalisation de jour ne sont pas disponibles.

2. L'assurance santé aux Pays-Bas est gérée par des sociétés d'assurance privées, sous la tutelle de l'Autorité néerlandaise de soins de santé. Toute personne y résidant est obligatoirement tenue de souscrire une assurance maladie de base auprès d'un assureur de soins.

En revanche, si l'Espagne et le Portugal ont fait des économies dans leurs dépenses hospitalières à la suite de la crise économique, ils ont relancé leurs dépenses dans ce secteur ces dernières années. Ainsi, au Portugal, les dépenses hospitalières ont augmenté de plus de 8 % en 2018 (euros courants) après une hausse de 6 % en 2017. Deux facteurs expliquent cela : l'augmentation de la consommation de biens et services par les hôpitaux et celle des dépenses pour le personnel de santé (embauches, paiement des heures supplémentaires, développement des carrières) [INE, 2020]. Durant cette période, l'Allemagne a une croissance en valeur (prix courants) proche de 4 % par an.

Les dépenses hospitalières augmentent plus rapidement que le PIB, hormis aux États-Unis et en Suède

Rapporter l'évolution des dépenses en santé à celles du PIB permet d'évaluer l'effort national dans les systèmes de santé et, ici, les hôpitaux. Entre 2007 et 2018, les évolutions de ce ratio vont de −0,1 point de PIB pour les États-Unis, à +0,5 point pour le Japon *(graphique 5)*. La crise de 2008-2009, du fait de la rétractation du PIB, a eu un impact net sur le poids relatif des dépenses dans tous les pays. Depuis 2009, ce poids diminue un peu partout (hors Portugal et Japon). Aux États-Unis, le poids des dépenses pour les soins courants à l'hôpital diminue de 0,3 point de PIB durant cette période, et en France de 0,05 point. Pour autant, en dehors des États-Unis et de la Suède, ce repli n'efface pas le choc haussier dû à la grande récession.

Une recherche d'efficience accrue dans l'hospitalisation

En 2018, le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants est de 3,1 en moyenne dans l'UE-15, légèrement supérieur aux 3,0 lits pour 1 000 habitants en France *(graphique 6)*. Le Japon arrive en tête du classement avec 7,8 lits pour 1 000 habitants, suivi de l'Allemagne (6 lits en 2017). Les NM disposent tous d'un nombre de lits par habitant plus élevé que la moyenne de l'UE-15 (de 3,2 pour la Lettonie à 5,3 pour la Lituanie). Le nombre de lits en soins aigus n'est pas nécessairement le meilleur indicateur d'efficience dans l'organisation et la qualité des soins. 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 limitant le nombre de lits ou 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. La chirurgie de la cataracte est un bon exemple pour comprendre le développement de la chirurgie ambulatoire. En 2018, en France, seulement 5 % des opérations de la cataracte sont réalisées avec une hospitalisation (une nuit à l'hôpital). Cette part est supérieure à 40 % dans certains pays d'Europe de l'Est (Lituanie, Pologne et Hongrie) et proche des 20 % en Allemagne. La durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est un indicateur d'efficience du système hospitalier intéressant. En 2018, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte *(graphique 6)* : 5,4 jours, durée similaire à la Suède (5,5 jours), mais nettement moins élevée qu'en moyenne au sein de l'UE-15 (6,5 jours) ainsi qu'en Allemagne, au Luxembourg ou au Canada (7,5 jours). Cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France depuis dix ans, car elle était déjà faible à la fin des années 2000, alors qu'elle a baissé considérablement dans les autres pays de l'OCDE (OCDE, 2019). La durée moyenne de séjour atypiquement longue au Japon peut s'expliquer par une prise en charge de la dépendance sévère dans ce pays, davantage dans des unités de soins de longue durée intégrées à l'hôpital (voir fiche 15).

Les **soins courants à l'hôpital** correspondent aux soins hospitaliers et les hospitalisations de jour.

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 d'hôpital** sont les lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel, et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont compris les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés. Ne sont pas pris en compte les lits des établissements de soins de longue durée. 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'arrivant pas à faire la distinction entre soins curatifs et non curatifs pour les lits en psychiatrie, ces séjours sont traités de manière hétérogène (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). La **durée moyenne** des séjours porte sur les séjours d'au moins une nuit.

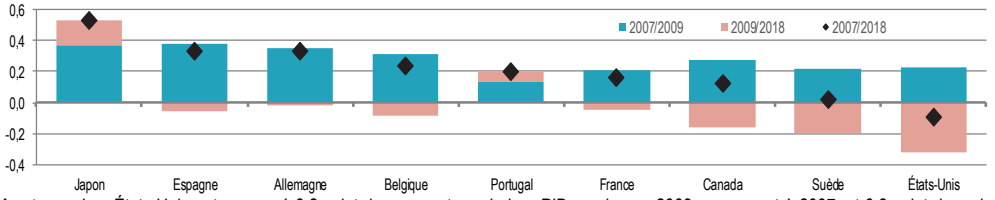
Graphique 4 Évolution annuelle moyenne des soins courants à l'hôpital entre 2013 et 2018

Évolution annuelle des dépenses de soins à l'hôpital en % – à prix courants

* La rupture de série observée entre 2015 et 2016 sur les données portugaises a été traitée par la DREES (lissage des évolutions).
Lecture > En 2018, les dépenses hospitalières ont augmenté de 8,5 % au Portugal en euros courants.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; OCDE, Comptes nationaux.

Graphique 5 Évolution des dépenses de soins hospitaliers en fonction du PIB entre 2007 et 2018

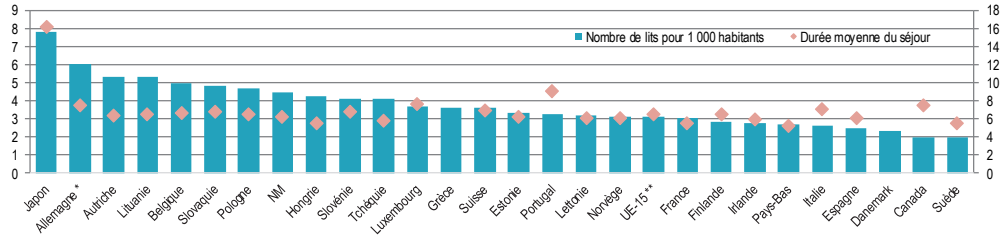
En points de % du PIB



Lecture > Les États-Unis ont consacré 0,2 point de pourcentage de leur PIB en plus en 2009 par rapport à 2007, et 0,3 point de moins entre 2009 et 2018, ce qui porte l'évolution totale sur la période à une diminution de 0,1 point de pourcentage.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; OCDE, Comptes nationaux.

Graphique 6 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2018

Nombre de lits pour 1 000 habitants (axe de gauche) et durée moyenne par séjour (en jours) [axe de droite]



* Données 2017. ** Moyenne calculée hors Royaume-Uni (données non disponibles).
Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Pour en savoir plus

> **INE** (2020, juillet). *Em 2018 e 2019, a despesa corrente em saúde cresceu a um ritmo superior ao do PIB.* Destaque, Instituto Nacional de Estatística (INE).

> **Kahmann, M.** (2015). Les dépenses publiques en faveur de l'éducation et de la santé en Allemagne : un paradoxe dans un contexte de restrictions budgétaires ? Dans *Revue française des affaires sociales*, 4, (pp. 31-59).

> **OCDE** (2019), *Panorama de la santé 2019.* Paris, France : édition OCDE.

> **Sakamoto, H., Rahman, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, S., Yasunaga, H., *et al*** (2018). Japan, Health System Review. *Health Systems in Transition* (8)1, World Health Organization (OMS), Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.

14 Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques

En France, les dépenses pharmaceutiques par habitant sont proches de la moyenne de l'UE-15

En 2018, au sein des pays de l'OCDE comparés (pays européens, États-Unis, Canada et Japon), les **dépenses pharmaceutiques** représentent de 0,5 % (Luxembourg) à 2,1 % du produit intérieur brut (PIB) [Grèce] *(graphique 1, encadré)*. En 2018, la France consacre 1,5 % de son PIB aux dépenses pharmaceutiques, comme l'Italie ou la Belgique, et se situe légèrement au-dessus de la moyenne des pays de l'UE-15 (1,4 %) et derrière l'Allemagne (1,6 %). Au sein de l'UE-15, les dépenses pharmaceutiques représentent 14 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), soit le quatrième poste de dépense derrière les soins courants à l'hôpital (29 %), les soins courants en cabinet de ville (24 %) et les soins de longue durée (17 %).

Exprimées en parité du pouvoir d'achat (PPA) et par habitant, les dépenses pharmaceutiques sont 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 dépense le plus à ce titre (+40 % par rapport à la moyenne, contre +6 % en France). La régulation du prix des médicaments peut expliquer ces écarts : en Allemagne, les prix sont libres la première année, les tarifs de remboursement des médicaments étant fixés dans l'année qui suit la commercialisation ; à l'inverse, en France, les prix sont négociés entre les industriels et l'État avant la commercialisation (Dahmouh *et al.*, 2018).

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 32 % en moyenne dans les nouveaux États membres de l'UE (NM, voir glossaire), contre 17 % en moyenne dans l'UE-15. Les contraintes budgétaires auxquelles sont confrontés les États depuis plusieurs années les ont conduit à rechercher des voies de rationalisation de la prise en charge, notamment en redéfinissant le panier des biens qui bénéficie d'une prise en charge publique. Des mesures reportant une partie du financement sur les ménages ont aussi été adoptées, en particulier dans les pays les plus touchés par la crise : l'Espagne et la Grèce ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques (co-paiements, ticket modérateur, base de remboursement déconnectée du prix).

En 2018, dans les pays de l'UE-15, les fonds publics et les assurances obligatoires couvrent 71 % des dépenses pharmaceutiques (81 % en France, 82 % en Allemagne), alors qu'ils couvrent seulement 46 % de ces dépenses dans les NM et 37 % au Canada *(graphique 2)*.

En moyenne au sein de l'UE-15, les assurances privées facultatives prennent en charge 2 % des dépenses pharmaceutiques, laissant 27 % à la charge des ménages. Ce reste à charge est très supérieur à celui des soins hospitaliers (3 %) ou des soins ambulatoires (19 %). 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 et en Allemagne, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins : respectivement 13 % et 17 %.

Le recul des ventes officinales par habitant se poursuit en France

Les écarts de dépenses pharmaceutiques entre pays proviennent de différences importantes portant sur les quantités vendues, la structure de la consommation, la politique de prix et de remboursement des médicaments, la politique du générique ou encore le choix des structures qui distribuent les médicaments (officines de ville, pharmacies hospitalières ou en double circuit). 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 en Italie, en Espagne et surtout en France, avec un recul des ventes réalisées en officines. En unités standards par habitant (voir glossaire), ces ventes se sont stabilisées au cours des dernières années *(graphique 3)*. Exprimées en prix fabricant hors taxes, les tendances varient selon les pays : les ventes se stabilisent partout sauf en Allemagne, en Norvège ou en Finlande où la hausse reste dynamique.

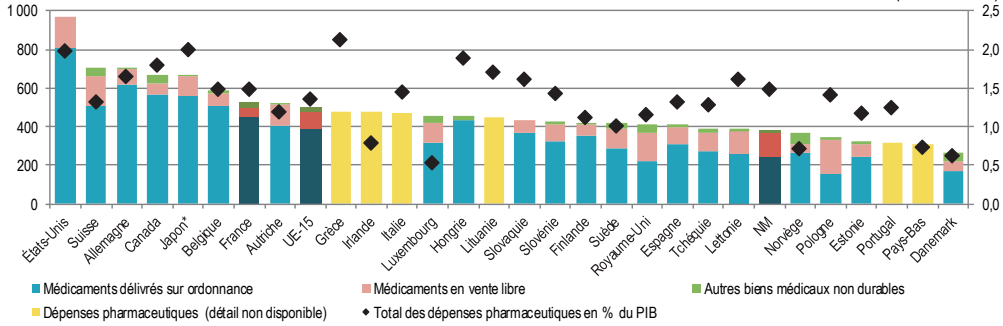
En 2018, la consommation médicamenteuse française exprimée en nombre d'unités standards par habitant reste supérieure à l'ensemble de ses voisins européens, parfois nettement (+5 % et +6 % par rapport à l'Allemagne et au Royaume-Uni, mais +44 % et +68 % par rapport à l'Espagne et les Pays-Bas). En revanche, en Allemagne, la consommation par habitant en valeur est la plus élevée des huit pays comparés ici (+55 % par rapport à la France). L'écart franco-allemand s'est creusé, notamment du fait de l'importance des baisses de prix menées en France. Il s'explique aussi en Allemagne par la délivrance en officines 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 ainsi que les désordres immunologiques et inflammatoires (produits délivrés uniquement à l'hôpital en France).

Pour en savoir plus

> **Dahmouh, A., Ferretti, C., Vergier, N.** (2018). L'importance des remises dans la comparaison internationale des prix du médicament., Dans *Revue française des affaires sociales*, 3 (pp. 269-296).

Graphique 1 Dépenses pharmaceutiques en 2018

En parité de pouvoir d'achat (PPA) pour l'ensemble des biens et services consommés, en euros par habitant (axe de gauche) et en % du PIB (axe de droite)



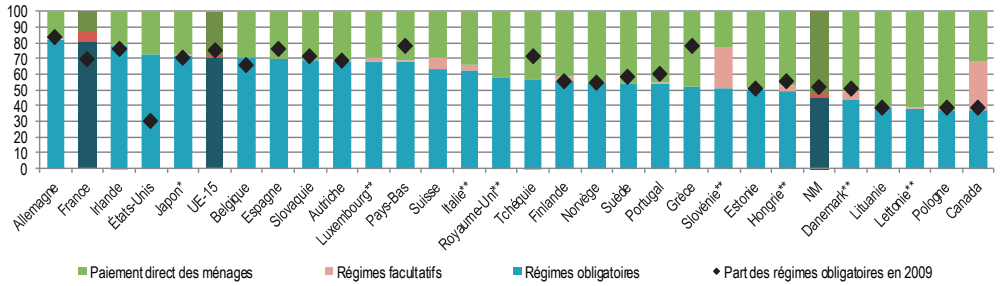
* Données 2017.

Lecture > Aux États-Unis, en 2018, chaque habitant consomme 807 euros PPA (voir glossaire) pour des médicaments délivrés sur ordonnance, et 160 euros PPA pour des médicaments en vente libre. Ces dépenses pharmaceutiques représentent 2 % du PIB.

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

Graphique 2 Répartition des dépenses pharmaceutiques entre régimes obligatoires, facultatifs et participation des ménages en 2018, et part des régimes obligatoires en 2009

En %



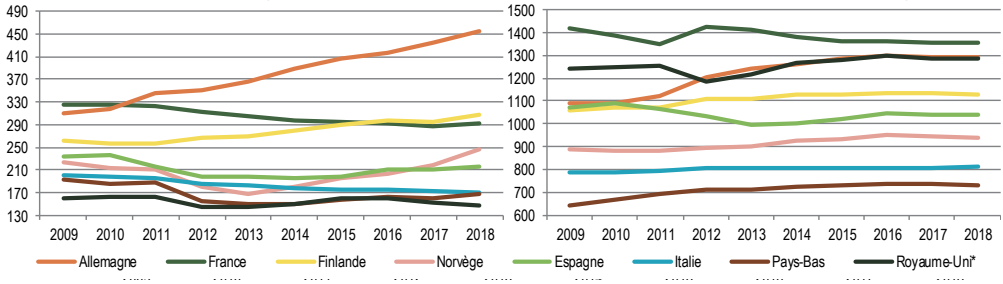
* Données 2017 ; ** Ruptures de séries au cours de la période 2009-2018. Pour le Danemark et la Hongrie, le point de comparaison de la part des régimes obligatoire n'est pas l'année 2009 mais l'année 2010.

Lecture > La part des financements publics et des assurances obligatoires dans les dépenses pharmaceutiques ambulatoires en France est passée de 69 % en 2009 à 81 % en 2018.

Source > OCDE, Eurostat, OMS, 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 2018

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 > IQVIA 2018, traitements DREES ; OCDE 2018 pour les données sur le nombre d'habitants.

Les **dépenses pharmaceutiques** issues du Système international des comptes de la santé (SHA) 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 rétrocédés par les pharmacies hospitalières à des patients en traitement ambulatoire (tels que les médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C commercialisés en 2014 en France par exemple). Pour la France, les ventes en officines (pharmacies) représentent 92 % des dépenses pharmaceutiques.

15 Comparaisons internationales des soins de longue durée

Des dépenses de soins de longue durée plus élevées dans les pays du nord de l'Europe

En 2018, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD), dans leur composante médicale, atteignent 1,7 % du produit intérieur brut (PIB) en moyenne dans l'UE-15, soit 17 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces dépenses regroupent les SLD aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi aux personnes en situation de handicap, qui relèvent de la santé[1].

En consacrant entre 2,5 % et 3 % de leur richesse aux SLD en 2018, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark déploient plus de moyens que les autres pays de l'OCDE dans ce domaine *(graphique 1)*. Les pays scandinaves ont, en effet, intégré depuis longtemps la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap dans les services de santé, ainsi que dans les services sociaux, et proposent notamment des services de soins à domicile très développés. Avec 1,8 % de son PIB consacré à ces soins, la France se situe dans une position intermédiaire en Europe, proche de celle du Royaume-Uni et de la Finlande. En revanche, l'effort financier dans ce domaine est sensiblement plus faible (moins de 1 % du PIB) dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.

Au-delà des dépenses prises en compte dans la DCSi, il existe également des services et aides sociales permettant d'accompagner la dépendance et le handicap dans de nombreux pays, mais ceux-ci sont moins bien renseignés dans le Système international des comptes de la santé (SHA) *[encadré]*. Cette composante sociale des SLD peut atteindre jusqu'à 1,3 % du PIB (Pays-Bas). Ce sont toujours les pays du nord de l'Europe qui proposent le plus souvent ces dispositifs sociaux. En France, cette composante sociale représente 0,6 % du PIB et porte l'effort en matière de SLD, quelle que soit la composante, à 2,4 %.

Une organisation différente de la prise en charge de la dépendance dans de nombreux pays

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 charge 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, mais qui ne prend en charge que les personnes les plus dépendantes. Au Royaume-Uni, dans une logique uniquement assistancielle, et aux États-Unis, les aides sont attribuées sous condition de ressources. En Italie, en Autriche, en Tchéquie et 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. La France s'apprête actuellement à procéder à la création d'une cinquième branche de l'Assurance maladie française pour couvrir la perte d'autonomie.

La part des dépenses pour le maintien à domicile minoritaire dans l'UE-15

En moyenne, dans l'UE-15, 66 % des dépenses de SLD sont dispensées à l'hôpital dans des unités dédiées ou dans des structures d'hébergement, et 34 % sont dispensées à domicile ou dans des cabinets de ville *(graphique 2)*. Cette part prépondérante des dépenses du milieu hospitalier s'explique par la forte densité de personnel et des dépenses d'infrastructure élevées dans ce type de prise en charge. Ces dépenses sont généralement à destination d'établissements spécialisés dans les SLD. Les services dédiés dans les hôpitaux sont de plus en plus rares à l'instar de la France où les unités de soins de longue durée (USLD) ne représentent plus que 7 % des SLD. Les dépenses relatives aux soins à domicile peuvent correspondre à des aides en nature (interventions des professionnels du secteur) ou à des allocations versées aux personnes en situation de handicap ou en perte d'autonomie 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 et la France s'apprête à mettre en place une prestation similaire.

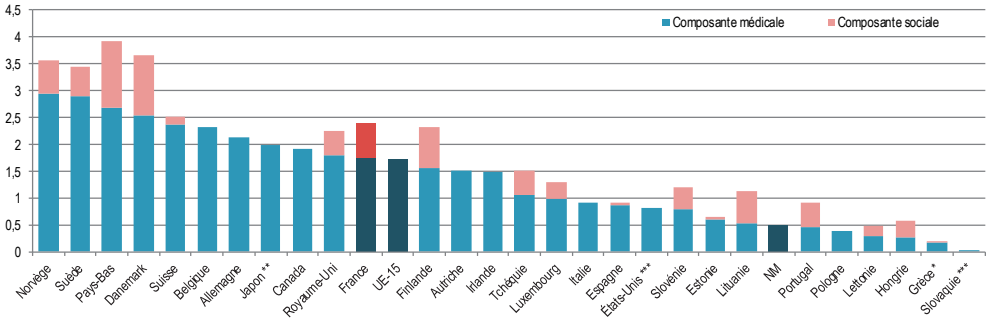
Au Danemark ou encore en Suède, les pouvoirs publics organisent le maintien à domicile. Le Danemark en particulier illustre le cas d'une prise en charge à domicile très intégrée : organisée et financée par les municipalités, elle repose sur une offre très structurée de services. 60 % des dépenses de SLD sont octroyées en dehors d'un établissement. Pour certains pays du sud ou de l'est de l'Europe, c'est la faiblesse des infrastructures qui conduit à privilégier le maintien à domicile, souvent à la charge des ménages (Portugal, Pologne, etc.).

Un besoin croissant de soins de longue durée

Les écarts de niveaux des dépenses consacrées aux SLD peuvent aussi s'expliquer par des différences de structure démographique. La part des personnes de plus de 80 ans est plus faible dans les pays de l'est de l'Europe que dans ceux de l'UE-15. D'après la Commission européenne, le rapport de dépendance des personnes âgées (la population de 65 ans ou plus relativement à celle de 15-64 ans) devrait passer de 30 % en 2016 à 52 % en 2070. 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 à un doublement des dépenses de soins de longue durée d'ici à 2060 (Commission européenne, 2018).

Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2018

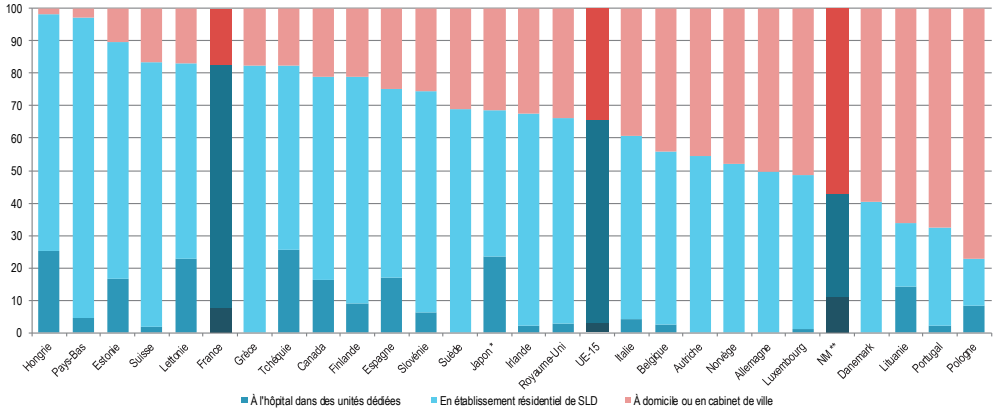
En % du PIB



* Données 2017 pour la composante sociale. ** Données 2017 pour la composante médicale. *** Hors soins à domicile.
Note > La composante sociale est indiquée ici pour information lorsqu'elle est renseignée ; elle n'est pas incluse dans la DCSi.
Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Répartition des dépenses pour les soins de longue durée (composante médicale) selon le lieu de la prestation des soins

En %



* Données 2017. ** Moyenne calculée hors Slovaquie.
Source > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Soins de longue durée : des comparaisons internationales fragiles

La distinction entre les dépenses qui relèvent de la santé (c'est-à-dire les aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes) et celles qui relèvent de l'action sociale (aides à l'accomplissement des tâches domestiques ou administratives) est délicate. Par ailleurs, au sein de la DCSi, le partage entre soins courants, d'une part, et soins de longue durée (SLD), d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. Ainsi, le périmètre des SLD est relativement variable d'un pays à l'autre.

Ces difficultés de classement fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet. Celles-ci sont présentées généralement pour la seule composante médicale des SLD, la composante sociale des SLD étant beaucoup moins bien renseignée par les pays.

1. Dans le SHA, les aides relatives à l'accomplissement des activités 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. 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 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).

Pour en savoir plus

> **Commission européenne**, 2018, *The 2018 Ageing Report : Economic and Budgetary Projections for the 28 EU Member States.*

5

Annexe 1
Les agrégats des comptes de la santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale de la consommation 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 en lien notamment avec la gestion et le fonctionnement du système, ainsi que les soins de longue durée, comptabilisés dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi). La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national.

Plus précisément, la CSBM regroupe :

- 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 en ambulatoire (vendus en officines ou en rétrocession hospitalière) ;
- la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire (optique, véhicules pour handicapés physiques, matériels, pansements, etc.).

Conceptuellement, la CSBM ventile les dépenses par poste et par financeur. La ventilation des postes est héritée de la nomenclature des comptes des régimes de sécurité sociale, avec des adaptations nécessaires au cadre de la comptabilité nationale. La ventilation des postes affiche ainsi la séparation entre « hôpital » et « ville », même si l'affectation d'une dépense dans la CSBM repose plus sur le lieu d'exécution que sur le mode de financement (par exemple, la consultation réalisée par un médecin libéral au sein d'une clinique sera comptabilisée en « soins des hôpitaux privés » même si son financement par l'Assurance maladie classe la dépense en « soins de ville », puisqu'il s'agit d'honoraires de consultation et non d'une hospitalisation). La ventilation par financeur s'appuie sur les secteurs institutionnels de la comptabilité nationale. Ces secteurs sont regroupés pour décrire au mieux le système de financement du système de santé français : État (et organismes divers d'administrations centrales) et collectivités territoriales (secteurs institutionnels S1311 et 1313 de la comptabilité nationale), Sécurité sociale (secteur institutionnel S1314), organismes complémentaires (secteur S12) et ménages (secteur institutionnel S14).

La CSBM est utilisée au sein de l'élaboration des comptes nationaux par l'Insee sur le champ de la santé.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

La dépense courante de santé au sens international[1] (DCSi) est un agrégat plus large des comptes de la santé. Il s'agit de la consommation finale individuelle ou collective de biens et services de santé directement par les ménages ou indirectement *via* la puissance publique, le secteur associatif (institutions à but non lucratif), les entreprises, etc. Son périmètre est défini par Eurostat au sein du *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS. Ainsi, les comptes de la santé alimentent les comparaisons internationales.
La DCSi comprend les dépenses de la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance ou la prévention. Elle comprend aussi la consommation de soins de longue durée, dans une acception large (voir *infra*). Elle est qualifiée de « courante » car elle exclut les dépenses d'investissement, qui relèvent de la formation brute de capital fixe du système de de santé. Elle exclut aussi les dépenses de formation des professionnels de santé qui sont considérées comme relevant du champ de l'éducation. La DCSi est définie sur le champ de la consommation des résidents[2] du territoire national. Cependant, pour les données françaises, le périmètre retenu est le même que celui de la CSBM, c'est-à-dire sur le champ des consommations effectuées sur le territoire national (sans soustraire la consommation des non-résidents sur le territoire national, ni ajouter la consommation des résidents hors du territoire national).

1. Historiquement, la DREES construisait et analysait un agrégat appelé « dépense courante de santé » (DCS) qui englobait la CSBM sans correspondre à la DCSi. À compter de l'édition 2020 du Panorama des comptes de la santé, la DREES a décidé de ne plus produire la DCS pour favoriser la construction et l'analyse de la DCSi, seul agrégat harmonisé au niveau international. Pour éviter des ambiguïtés par rapport aux éditions précédentes du Panorama, cet agrégat est qualifié dorénavant de DCS « au sens international ».
2. En comptabilité nationale, les unités résidentes sont les unités (ici les ménages) qui ont un centre d'intérêt économique sur le territoire considéré. Usuellement, un ménage est considéré comme résident s'il effectue des opérations économiques pendant un an ou plus sur le territoire, sans aucune notion de nationalité ou de légalité du séjour.

Si la CSBM ventile des dépenses sur deux dimensions – poste pour la dépense et secteur institutionnel pour le financement –, SHA ventile les dépenses sur trois axes : la fonction de la dépense (codée en HC), le prestataire de la dépense (codé en HP) et le financeur de la dépense (codé en HF).
La dimension « poste » de la CSBM est donc répartie sur les deux axes : la fonction de la dépense (HC) et le prestataire (HP). En France, il existe une forte correspondance entre la fonction de la dépense HC et le prestataire HP.

L'axe HC lié à la fonction de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

L'axe HC (« *health care* ») correspond à la fonction de la dépense. Dans le cadre d'une présentation d'un point de vue du système de santé français (mais également repris dans la partie internationale), un libellé concret et court est préféré à la traduction complète du libellé, sauf lorsqu'il pourrait nuire à la compréhension.

- La catégorie HC1 (« *curative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants curatifs ». Cette catégorie recouvre les soins qui visent à éliminer complètement la perturbation de l'état de santé. Il s'agit typiquement d'une consultation usuelle chez le médecin généraliste, d'une hospitalisation pour une appendicectomie, etc.
- La catégorie HC2 (« *rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants de réhabilitation ». Cette catégorie recouvre les soins qui visent à améliorer ou à restaurer l'état de santé afin de garantir au patient une qualité de vie et une participation non limitée à la vie sociale. Il s'agit typiquement de l'utilisation de prothèses auditives, la prise en charge d'un trouble psychique léger, etc.
- La catégorie HC1HC2 (« *curative and rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants ». Elle comprend l'ensemble des dépenses HC1 et HC2. Plus englobante, elle est souvent utilisée car, d'une part la distinction entre HC1 et HC2 est parfois délicate à effectuer d'un point de vue purement médical et d'autre part, les données disponibles ne permettent pas toujours de ventiler les dépenses aussi finement.
- La catégorie HC3 (« *long-term care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins de longue durée ». Cette catégorie comprend les soins à visée palliative : ils cherchent à atténuer autant que possible la douleur et la dégradation de l'état de santé sans que le traitement vise à la neutralisation complète de la perturbation. La distinction avec la catégorie HC2 réside sur le fait que pour les dépenses en HC3 la compensation totale n'est pas un objectif. La catégorie HC3 correspond principalement à des soins pour personnes âgées, souvent en perte d'autonomie, et pour personnes handicapées. Cette catégorie contient aussi une composante médico-sociale. Si les données françaises sont conformes à la nomenclature internationale, cette composante médico-sociale n'est toutefois pas encore renseignée par l'ensemble des pays européens et de l'OCDE. Cette non-conformité appelle à la vigilance lors des analyses en comparaisons internationales.
- La catégorie HC4 (« *ancillary services (non-specified by function)* ») est désignée dans l'ouvrage par « services auxiliaires ». De manière générale, les services auxiliaires sont souvent des services d'aide au diagnostic et de surveillance qui font partie intégrante d'un ensemble coordonné d'actions de soins, même si individuellement ils n'ont pas d'objectif propre. La catégorie HC4 renseigne ces services auxiliaires uniquement lorsqu'ils sont consommés directement par les patients, ou sans qu'il soit possible de les affecter à une fonction (HC1, HC2, etc.). Il s'agit typiquement des services d'imagerie des cabinets de radiologie, des services des laboratoires d'analyse médicale et des transports sanitaires.
- La catégorie HC5 (« *medical goods [non-specified by function]* ») est désignée dans l'ouvrage par « biens médicaux ». Il s'agit de l'ensemble des biens (médicaments, attelles, pansements, etc.) consommés en propre par les ménages. En France, il s'agit principalement de la vente des officines de pharmacies et de la rétrocession hospitalière.
- La catégorie HC6 (« *preventive care* ») est désignée dans l'ouvrage par « prévention institutionnelle ». La prévention vise à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des blessures et maladies, leurs conséquences ou leurs complications. La nomenclature SHA retient la prévention primaire (qui tend à éviter les maladies et les facteurs de risque) et secondaire (qui tend à détecter les maladies pour une prise en charge précoce). Elle exclut la prévention tertiaire (qui vise à réduire l'impact négatif d'un état de santé déjà dégradé) pour laquelle les chevauchements avec les catégories HC1 et HC2 sont trop prégnants. Pour les données françaises, elle est qualifiée d'« *institutionnelle* » car cette catégorie ne concerne que les dépenses financées ou organisées par les fonds ou programmes nationaux ou départementaux. Elle exclut donc les dépenses de préventions réalisées à l'hôpital (séjours de sevrage au tabac, par exemple) ou en ville (visites de surveillance chez le pédiatre par exemple). Il s'agit principalement de la médecine scolaire, de la médecine du travail et des programmes de prévention du ministère des Solidarités et de la Santé et des départements (programme « MT'dents », subvention au planning familial, PMI, etc.).
- La catégorie HC7 (« *governance, and health system and financing administration* ») est désignée dans l'ouvrage par « gouvernance ». Cette catégorie recouvre l'ensemble des services dédiés au système de santé, en complément des services liés aux soins. En France, il s'agit principalement des frais de gestion du système de financement (Assurance maladie et organismes complémentaires) ainsi que des budgets de fonctionnement des agences sanitaires (Haute autorité de santé, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ou les programmes de santé du ministère des Solidarités et de la Santé.
- La catégorie HC9 (« *other health care services not elsewhere classified (n.e.c.)* ») est désignée dans l'ouvrage par « autres dépenses nca (non classée ailleurs) ».

L'agrégat de la CSBM est très proche de l'ensemble formé par les catégories HC1, HC2, HC4 et HC5. Par commodité, ce regroupement est appelé « quasi-CSBM ».

L'axe HP lié aux prestataires de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

L'axe HP (« *health provider* ») correspond à la nature du prestataire de santé.

- La catégorie HP1 (« *hospitals* ») est désignée dans l'ouvrage par « hôpitaux ». Cette catégorie renvoie aux établissements de santé, soumis à autorisation légale d'exercice, fournissant des services médicaux, des diagnostics et des traitements, avec une composante d'hébergement de courte durée. Il s'agit donc de l'activité des hôpitaux du secteur privé ou public, à l'exclusion de l'activité des unités de soins de longue durée (USLD).
- La catégorie HP2 (« *residential long-term care facilities* ») est désignée dans l'ouvrage par « établissements résidentiels ». Cette catégorie regroupe les établissements de santé spécialisés dans les traitements de longue durée combinant une activité sanitaire et une activité médico-sociale. Il s'agit principalement des établissements d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes ou non) ainsi que les établissement d'hébergement pour personnes handicapées.
- La catégorie HP3 (« *providers of ambulatory health care* ») est désignée dans l'ouvrage par « cabinets de ville ». Cette catégorie comprend les établissements spécialisés en ambulatoire (sans aucun mode d'hébergement). Il s'agit des cabinets des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes, des infirmiers, etc. Les soins réalisés par ces mêmes professionnels en centres de santé ou maisons de santé sont aussi inclus.
- La catégorie HP4 (« *providers of ancillary services* ») est désignée dans l'ouvrage par « laboratoires et assimilés ». Il s'agit des prestataires fournissant des services sanitaires auxiliaires, c'est-à-dire qui interviennent sous la supervision d'un professionnel de santé mais sans constituer une prise en charge autonome. En France, il s'agit typiquement des laboratoires d'analyse et d'imagerie (aide au diagnostic) ainsi que des transports sanitaires.
- La catégorie HP5 (« *retailers and others providers of medical goods* ») est désignée dans l'ouvrage par « officines et assimilés ». Il s'agit des prestataires dont l'activité principale est la vente au détail de biens médicaux (médicaments, matériel médical, pansements, etc.). En France, il s'agit principalement des officines de pharmacies.
- La catégorie HP6 (« *providers of preventive care* ») est désignée dans l'ouvrage par « financeurs de prévention ». Il s'agit en France des institutions finançant la prévention institutionnelle, c'est-à-dire fournissant principalement des programmes de prévention collective et de santé publique.
- La catégorie HP7 (« providers of health care system administration and financing ») est désignée dans l'ouvrage par « financeurs des dépenses de gouvernance ». Il s'agit des institutions principalement impliquées dans la régulation et l'administration du système de santé.
- La catégorie HP8 (« rest of economy ») est désignée dans l'ouvrage par « reste de l'économie ». Il s'agit des tous les financeurs de dépenses non classés ailleurs.

Comme d'une part la quasi-CSBM est définie par l'ensemble des dépenses relevant des fonctions HC1, HC2, HC4 et HC5 et que d'autre part la dimension HC (fonction de la dépense) est très liée à la dimension HP (prestataires de la dépense), les prestataires de la quasi-CSBM relèvent très majoritairement des catégories HP1, HP3, HP4 et HP5.

L'axe HF lié aux financeurs de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

L'axe HF (« *health financing* ») correspond aux financeurs de la dépense. Comme pour les catégories des axes HP et HC, un libellé concret et court est préféré à la traduction complète sauf lorsque le libellé court pourrait nuire à la compréhension. Cependant, dans la partie « Comparaisons internationales » de cet ouvrage, d'autres libellés sont utilisés pour caractériser les financeurs afin de mieux prendre en compte les particularités nationales *(schéma 1)*.
Pour le système de financement français, les acteurs sont les suivants :

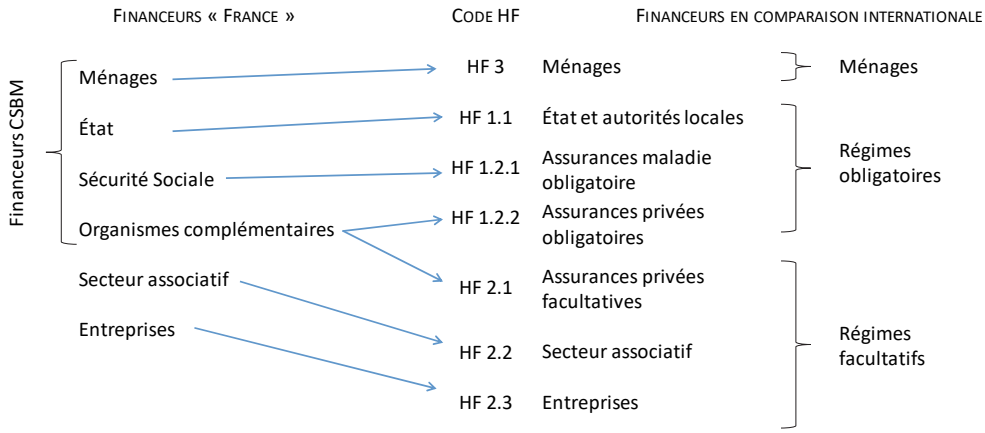
- L'État correspond à la catégorie HF1.1 (« *government schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « État et autorités locales » dans la mesure où ce type de régimes peut être à l'initiative de l'État ou des collectivités locales selon les systèmes nationaux. Usuellement, le financement n'est pas lié au paiement d'une contribution explicitement fléchée.
- La Sécurité sociale correspond à la catégorie HF1.2.1 (« *social health insurance schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « assurance maladie ». Ces régimes sont à caractère social et se caractérisent par la nécessité du paiement d'une contribution afin d'être assuré social.
- Les organismes complémentaires correspondent aux catégories HF1.2.2 et HF2.1 :
    - Lorsqu'ils interviennent *via* des contrats collectifs, les organismes complémentaires relèvent de la catégorie HF1.2.2 (« *compulsory private insurance schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « assurance privée obligatoire » et elle est alors rapprochée pour les analyses de la catégorie HF1.2.1 de l'assurance maladie (Sécurité sociale en France).
    - Lorsqu'ils interviennent *via* des contrats individuels, sur la base d'un choix individuel, les organismes complémentaires relèvent de la catégorie HF2.1 (« *voluntary health insurance schemes* ») En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « assurance privée facultative » et elle est alors rapprochée pour les analyses de la catégorie HF2 (voir *infra*).

- Le secteur associatif (institution sans but lucratif au service des ménages – ISBLSM) correspond à la catégorie HF2.2 (« *NPISH financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle.
- Les entreprises (hors organismes complémentaires) correspondent à la catégorie HF2.3 (« *entreprise financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle *via* la médecine du travail.
- Les ménages correspondent à la catégorie HF3 (« *household out-of-pocket payment* »). Les dépenses associées sont parfois qualifiées de reste-à-charge des ménages.

Pour les comparaisons internationales, la catégorie HF2 (« *voluntary health care payment schemes* ») regroupe l'ensemble des « régimes facultatifs » (assurance privée facultative, financement direct par les entreprises et l'action du secteur associatif) par opposition aux « régimes obligatoires » et au financement direct par les ménages.

L'axe HF (financeur de la dépense) s'éloigne de la ventilation par secteurs institutionnels propre à la comptabilité nationale en introduisant un critère « obligatoire » versus « facultatif ». Néanmoins dans le cas français, ce critère revient, principalement depuis 2017, à séparer le financement des organismes complémentaires en considérant les prestations d'un contrat collectif comme obligatoires et les prestations d'un contrat individuel comme facultatives. En effet, la généralisation des assurances santé complémentaires privées à la suite de l'accord national interprofessionnel de 2013, amène à considérer comme obligatoire et à comptabiliser comme tel depuis le 1er janvier 2016 une partie du financement précédemment considéré comme facultatif.

Schéma 1 Imbrication des financeurs de la CSBM et de la DCSi selon une approche France ou une approche de comparaison internationale prenant en compte le caractère facultatif et obligatoire de la dépense



Annexe 2
La méthodologie des comptes de la santé

La comptabilité nationale considère qu'il existe deux types de biens et de services :
- Les biens et les services « *marchands* » sont produits dans l'objectif d'être vendu normalement sur le marché à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur pour couvrir *a minima* les coûts de production (rémunérations du personnel, achat des matières premières, renouvellement de l'équipement, loyers, rémunération du capital, etc.). Il s'agit concrètement, dans les comptes de la santé de l'ensemble des soins ambulatoires et des soins en clinique privée.
- Les biens et les services « *non marchands* » sont produits sans objectif d'être vendu à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur. Ces biens et services sont dans les faits gratuits ou quasi-gratuits. L'activité de production ne recherche pas à être économiquement rentable. La convention technique pour qualifier un produit de non-marchand est qu'il soit échangé contre une contribution inférieure à 50% de son coût de production. Le prix est dit « économiquement non significatif ». Ces produits sont principalement fournis par les administrations publiques ou les organisations à but non lucratif (associations, etc.). En comptabilité nationale, les soins hospitaliers publics s'apparentent à des services non marchands.

Les soins ambulatoires

Pour établir la consommation des soins ambulatoires, 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, RSI[1], MSA, et onze 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 (rémunération sur objectifs 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.

La CNAM, du RSI et de la MSA fournissent à la Drees des estimations de taux moyen de remboursement (TMR) à partir des remontés statistiques : le TMR est le ratio entre le remboursement de la Sécurité sociale et la dépense présentée au remboursement qui comprend la dépense remboursée, le ticket modérateur et les dépassements (ou équivalent). Ces TMR sont appliquées aux prestations versées par les régimes de Sécurité sociale et enregistrées dans les données comptables afin d'obtenir une estimation de la dépense présentée au remboursement.

Les statistiques du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) donnent 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 données 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. À partir de 2018, le RSI est supprimé et la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général de la Sécurité sociale.

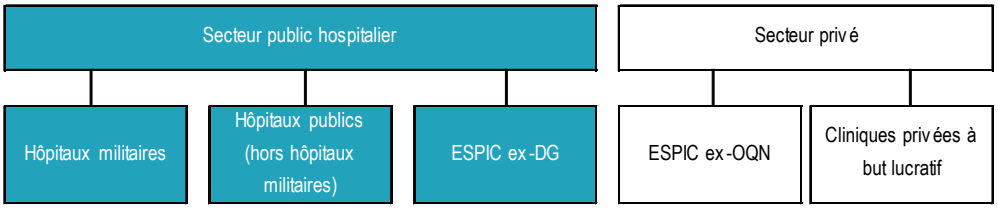
Les soins hospitaliers

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, quant à lui, composé :

- des établissements de santé privés d'intérêt collectif ayant opté pour 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 l'agrégat principal de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) l'ensemble des soins délivrés par le budget principal des hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en unité de soins de longue durée [USLD], en EHPA ou en Ehpad, etc.) sont intégrés dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi), et non dans la CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public

En comptabilité nationale, les soins hospitaliers publics sont des services non marchands. La méthodologie utilisée pour calculer la consommation de soins de santé dans le secteur public est donc différente de celle utilisée pour les soins en ambulatoire (qui relèvent du secteur marchand).
Pour évaluer la production de services non marchands, la comptabilité nationale retient les coûts de production. De plus, la production de soins hospitaliers ne peut être stockée : elle est donc conventionnellement considérée comme consommée. La production totale du secteur est obtenue, sur l'activité non marchande[2], en regroupant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommation de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). De cette production est retirée l'activité 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 sanitaire, telle que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées. Les données mobilisées établissent ainsi la consommation de soins du secteur public, et fournissent aussi les paiements reçus des ménages. Les dépenses de l'État en faveur des hôpitaux sont aussi estimées à partir des données statistiques. Ainsi, le financement par la Sécurité sociale est obtenu par solde.

(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

2. L'activité marchande des établissements correspond, par exemple, le service de cafétéria, la mise à disposition de personnel supplémentaire facturé, les majorations pour chambre particulière par confort, etc.

À la production des hôpitaux publics civiles 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 hospitalier[3].

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 (MCO y compris médicaments et DMI facturés en sus des GHS, psychiatrie et soins de suite et de réadaptation) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.
La consommation de soins de santé hospitaliers du secteur privé est évaluée comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale (voir *supra*).

3. Voir l'éclairage de l'édition 2015 des comptes de la santé « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

Annexe 3
Les révisions de l'édition 2020 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'accroître l'exhaustivité du champ et la précision des comptes. Deux types de révisions se distinguent :

1) Les révisions liées aux données

Les données sous-tendant l'élaboration des comptes de la santé 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 (2019 dans la présente édition) intègre donc *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente (2018 dans la présente édition). À l'inverse, les données des TCDC des années précédentes sont considérées comme définitives.

- Les soins hospitaliers du secteur public sont construits à partir des données de l'Insee, consolidées jusqu'à deux ans après leur production (passage du compte provisoire au compte semi-définitif puis au compte définitif) : dans cette édition des comptes de la santé (édition 2020), les données 2018 et 2019 doivent être considérées comme révisables. Les données de 2017 et années antérieures 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 2020 des comptes de la santé, les données 2019 sont provisoires, celles de 2018 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.

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.
À titre d'illustration, 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 afin de s'adapter à une nomenclature comptable devenue plus précise. Dans l'édition 2017, les comptes de la santé ont été rétropolés de façon à conserver une méthodologie constante depuis 1950. L'édition 2018 a coïncidé avec un changement de base des comptes nationaux, pilotés par l'Insee[1] et a été l'occasion de plusieurs améliorations méthodologiques de fond liées notamment à l'estimation de la consommation de médicaments non remboursables et au traitement des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD)[2] n° 31 et n° 32. Pour l'édition 2019, de nouvelles données plus précises sur la prévention ont été intégrées et différentes améliorations méthodologiques plus mineures ont été apportées.

1. « Le changement de base » consiste à actualiser les concepts, nomenclatures et méthodes qui fondent la comptabilité nationale, afin de refléter au plus près la réalité économique.
2. Certaines affections de longue durée exonèrent le paiement du ticket modérateur. Il s'agit d'affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Les ALD sont classées en plusieurs catégories. Les affections inscrites sur la liste sont dites « ALD n° 30 ». Les ALD n° 31 concernent les affections dites « hors liste », c'est-à-dire les formes graves d'une maladie ou d'une forme évolutive ou invalidante d'une maladie grave ne figurant pas sur la liste des ALD 30, comportant un traitement prolongé d'une durée prévisible supérieure à six mois et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Les ALD n° 32 concernent les situations de poly-affectations entraînant un état pathologique invalidant, nécessitant des soins continus d'une durée prévisible supérieure à six mois.

Dans l'édition 2020, plusieurs améliorations ont été apportées aux comptes :

- Un travail méthodologique d'ampleur a été mené sur le classement et l'estimation des rémunérations forfaitaires à partir de l'année 2006, conduisant à un changement de nomenclature des comptes de la santé. Auparavant classées dans un poste à part « Contrats et autres soins », les rémunérations forfaitaires sont dorénavant intégrées dans les postes auxquelles elles se rattachent, conformément aux concepts de comptabilité nationale. Chacun des postes (consommation de soins de médecins généralistes, consommation de soins infirmiers, consommation de médicaments en ville, etc.) doit donc s'entendre y compris rémunérations forfaitaires.
- Plusieurs modifications ont été faites sur les séries d'indices de prix utilisées pour affiner le partage volume/prix, notamment sur les séries de rémunérations forfaitaires, la série des laboratoires d'analyses et la série des médicaments en ambulatoire.

Les révisions de la consommation de soins et de biens médicaux et de son financement

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est très légèrement révisée dans l'édition 2020 des comptes de la santé. Entre 2006 et 2015, diverses corrections mineures ont été apportées aux comptes à l'occasion du passage au langage de programmation « R », se traduisant par une révision de la CSBM comprise entre −10 millions d'euros et +15 millions d'euros selon l'année (soit moins de 0,01 % de l'agrégat).

Par ailleurs, l'actualisation des données sources – tableaux comptables des régimes et compte de l'hôpital public élaboré par l'Insee – entraîne une révision modérée de la CSBM en 2016 et 2017 (respectivement +70 millions d'euros et +80 millions d'euros) *(tableau 1)*. En 2018, la révision est un peu plus marquée (+280 millions d'euros, dont +390 millions d'euros proviennent des données concernant l'hôpital public et −90 millions d'euros des tableaux comptables des régimes). Ces révisions représentent moins de 0,1 % de la CSBM en 2016 et 2017, et moins de 0,2 % en 2018.

L'actualisation des données de la CSBM modifie *de facto* la répartition du financement de ces dépenses, notamment pour la Sécurité sociale à travers les tableaux comptables des régimes. En parallèle, les montants pris en charge par les organismes complémentaires ont également été mis à jour pour l'année 2018, mais les révisions sont limitées (−20 millions d'euros).

La majeure partie de la révision de la CSBM se répercute sur les dépenses de la Sécurité sociale. Toutefois, par effet cumulé avec les révisions sur les dépenses des financeurs publics, le reste à charge des ménages a été réestimé à la hausse en 2018 (+140 millions d'euros) ; en 2016 et 2017, les révisions apportées sont inférieures à 10 millions d'euros.

Tableau 1 Révisions des dépenses de santé entre l'édition 2020 et l'édition 2019, par financeurs

En millions d'euros (données arrondies à la dizaine) et en %

	En millions d'euros			En %		
Révision de la CSBM…	2016	2017	2018	2016	2017	2018
…tous financeurs	**70**	**80**	**280**	**0,0%**	**0,0%**	**0,1%**
...prise en charge par la Sécurité sociale	70	80	160	0,0%	0,1%	0,1%
...prise en charge par les organismes complémentaires	0	0	-20	0,0%	0,0%	-0,7%
...prise en charge par les financeurs publics	0	0	0	0,0%	0,0%	0,0%
...prise en charge par les ménages	0	0	140	0,0%	0,0%	1,0%

Lecture > Dans l'édition 2020 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 280 millions d'euros pour l'année 2018 (soit une révision de +0,1 % par rapport au montant de l'édition 2019). Les dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale ont été révisées à la hausse de 160 millions d'euros (soit une révision de +0,1 % par rapport au montant de l'édition 2019).
Source > DREES, comptes de la santé (éditions 2019 et 2020).

Les révisions liées à la modification du classement des rémunérations forfaitaires

Les rémunérations forfaitaires, qui font partie du champ de la CSBM, étaient historiquement classées pour plusieurs d'entre elles dans un poste à part (« Contrats et autres soins ») à l'instar du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale (PCUOSS), sauf pour les médicaments en ambulatoire, où les rémunérations forfaitaires étaient déjà incluses dans le poste. Pour se rapprocher des concepts de comptabilité nationale, il a été décidé pour l'édition 2020 de basculer les rémunérations forfaitaires dans les postes auxquelles elles se rattachent. Par exemple, la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), qui concerne les médecins généralistes et les spécialistes, a été ventilée dans les postes « Soins de médecins généralistes » et « Soins de médecins spécialistes ».

Il en résulte que le poste « Contrats et autres soins » qui dépassait les 1,5 milliard d'euros en 2018 dans l'édition 2019 des comptes, a été réduit de la quasi-totalité de son contenu dans l'édition 2020 des comptes. Ce poste ne contient plus que certains contrats pluridisciplinaires difficiles à classer ainsi que quelques autres soins, et il est d'ailleurs renommé en « Autres soins et contrats ». Les modifications de nomenclature sont sans effet sur le montant de la CSBM, mais elles se

sont traduites par une précision de l'analyse avec des révisions par sous-postes de dépenses. Les rémunérations forfaitaires concernent en grande majorité les soins de ville, et notamment les soins de médecins et de sages-femmes, où les révisions sont donc les plus marquées *(tableau 2)*. Les soins dentaires et les soins d'auxiliaires médicaux sont également révisés, mais dans une moindre mesure.

Tableau 2 Révisions des dépenses de soins de ville liées à la modification du classement des rémunérations forfaitaires

En million d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Soins de ville	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**
Soins de médecins et de sages-femmes	230	250	500	530	550	560	580	540	1 450	1 580
Soins d'auxiliaires médicaux	0	10	10	10	10	10	20	20	30	20
Soins de dentistes	10	10	10	10	20	20	30	50	60	40
Laboratoires d'analyses	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Cures thermales	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Autres soins et contrats	-240	-270	-520	-550	-580	-590	-630	-610	-1 540	-1 640
CSBM	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**

Lecture > Les modifications de classement des rémunérations forfaitaires se sont traduites par une révision à la baisse de 1 640 millions d'euros en 2019 pour le poste « Contrats et autres soins », dont 1 580 millions d'euros ont été déplacés vers le poste « Soins de médecins et de sages-femmes ».
Source > DREES, comptes de la santé.

La bascule des rémunérations forfaitaires dans les postes concernés a également une incidence sur la structure du financement au sein de chaque poste : en effet, les rémunérations forfaitaires sont intégralement financées par l'Assurance maladie, ce qui majore la part prise en charge par la Sécurité sociale et minore la part des autres financeurs. En 2018, le reste à charge des ménages pour les soins de médecins et de sages-femmes est révisé à la baisse de 0,7 point à la suite de la bascule des rémunérations forfaitaires au sein de ce poste *(tableau 3)*.

Tableau 3 Révisions des taux de prise en charge par les financeurs des soins de médecins et de sages-femmes

En point de pourcentage

Soins de médecins et de sages-femmes	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Sécurité sociale	0,4%	0,4%	0,8%	0,9%	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%	2,1%
État, CMU-C org. de base	0,0%	0,0%	0,0%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	-0,1%	0,0%	-0,1%
Organismes complémentaires	-0,2%	-0,3%	-0,5%	-0,5%	-0,6%	-0,5%	-0,5%	-0,5%	-1,2%
Ménages	-0,1%	-0,1%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,3%	-0,2%	-0,7%

Lecture > Dans l'édition 2020 de cet ouvrage, la part des soins de médecins et de sages-femmes prise en charge par la Sécurité sociale a été révisée à la hausse de 2,1 point de pourcentage par rapport à l'édition 2019, suite aux modifications méthodologiques concernant les rémunérations forfaitaires. En parallèle, la part des dépenses prises en charge par les autres financeurs a été révisée à la baisse : −0,1 point pour l'État et les organismes de base au titre de la CMU-C, −1,2 point pour les organismes complémentaires et −0,7 point pour les ménages.
Source > DREES, comptes de la santé (édition 2019 et 2020).

Les révisions du partage volume/prix

Pour appréhender au mieux les déterminants de l'évolution des dépenses de santé, chaque année un partage volume/prix est élaboré (voir annexe 4). Le partage volume/prix dépend des séries d'indices de prix utilisées. Plusieurs modifications ont été réalisées.

D'une part, les indices de prix appliqués aux rémunérations forfaitaires ont été révisés. Auparavant, l'indice de prix des rémunérations forfaitaires était constant par convention. Avec la bascule des rémunérations forfaitaires dans les postes de soins auxquels elles se rattachent, on leur attribue maintenant le même indice de prix que le reste du poste.

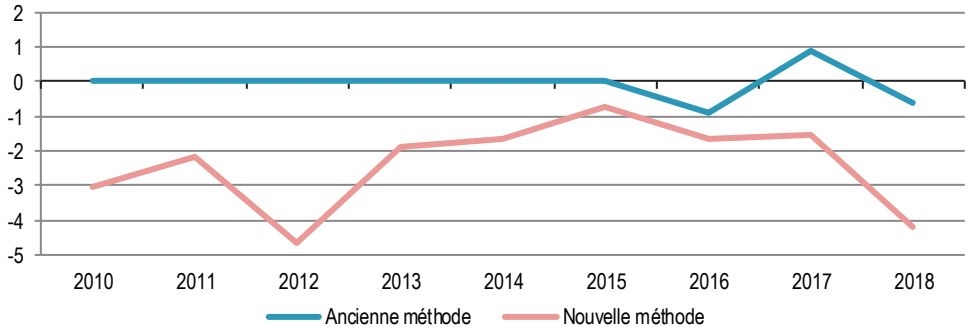
Par ailleurs, la série d'indice de prix des médicaments en ville a été révisée. Il est désormais appliqué un indice de prix calculé spécialement pour chacun des sous-postes : médicaments remboursables et rémunérations forfaitaires d'une part, médicaments non remboursables d'autre part. Auparavant cette distinction n'était pas effectuée, le partage volume/prix

était réalisé pour l'ensemble du poste des médicaments en ville, sans distinction du caractère remboursable ou non. Cette modification permet d'affiner l'analyse, tant les dynamiques sont différentes entre les deux sous-postes.

Enfin, la série d'indice de prix des laboratoires d'analyses a été révisée grâce à une méthodologie de calcul plus complète permettant de capter des variations de prix qui n'étaient auparavant pas suivies. Les prix des actes de laboratoires sont définis à partir d'une lettre-clé et d'un coefficient (cotation de l'acte). Pour ces actes, la prise en charge par la Sécurité sociale est déterminée par le produit entre la lettre-clé, à laquelle correspond un certain montant ou tarif en euros, et la cotation de cet acte. Par exemple pour les analyses de laboratoires, la lettre-clé TB vaut 2,52 euros en France métropolitaine, tandis qu'un prélèvement sanguin par un technicien de laboratoire est côté 1,5 TB. Le coût du prélèvement est donc 3,78 euros (1,5 x 2,52 euros).
L'ancienne méthode suivait uniquement les évolutions des lettres-clés, faute de meilleure données : les prix des lettres-clés des laboratoires n'ayant pas été revalorisés entre 2004 et 2015, l'évolution des prix apparaissait donc nulle pour cette période, en dépit des modifications des cotations. La nouvelle méthode permet de suivre à la fois les évolutions des lettres-clés mais aussi celles des cotations des actes, et reproduit ainsi plus finement les baisses tarifaires successives des laboratoires (*graphique 1*).

Graphique 1 Comparaison des méthodes de calcul de l'indice de prix des analyses de laboratoires

En %



Lecture > L'ancienne méthode de calcul ne mesurait aucune variation de l'indice des prix entre 2012 et 2013. Avec la nouvelle méthode, l'indice de prix baisserait de 1,9 % entre 2012 et 2013.
Source > DREES, comptes de la santé (édition 2019 et 2020).

Annexe 4
Le partage volume/prix dans les comptes de la santé

L'un des principaux objectifs des comptes nationaux de la santé (CNS) est de mesurer l'effort que la France consacre à la santé. Pour cela, ils fournissent chaque année une estimation détaillée de la valeur des soins et biens consommés en France. Ces données sont donc exprimées en valeurs monétaires (l'euro). Toutefois, cette première approche des dépenses en valeur n'est pas suffisante pour appréhender pleinement l'évolution des dépenses. En effet, les dépenses en valeur peuvent évoluer à la suite d'une modification des prix (effet prix) ou d'une variation des volumes (effet volume). Les volumes peuvent, quant à eux, varier en raison d'une modification des quantités consommées (effet quantité) ou de changements de qualité (effet qualité).
La décomposition de l'évolution de la valeur (dite partage volume/prix) cherche à distinguer l'ensemble de ces effets.

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'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des produits (biens ou services) hétérogènes.
Pour 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. Ainsi, pour un produit homogène, la décomposition élémentaire s'écrit en niveau :

$$val(i,t) = vol(i,t) \times prix(i,t)$$

où *i* désigne le produit homogène considéré et *t* la date.

Ainsi, l'évolution entre deux dates de la valeur *a* d'un produit déterminé résulte d'une variation des volumes d'une part, et d'une variation des prix d'autre part. Le partage volume/prix de la valeur s'obtient en combinant des indices d'évolution, c'est-à-dire des indicateurs qui s'interprètent uniquement en termes d'évolution (et non en niveau) :

$$I^{val}(i,t) = I^{vol}(i,t) \times I^{p}(i,t),$$

avec $I^{val}(i,t) = \frac{val(i,t)}{val(i,t-1)}$, $I^{vol}(i,t) = \frac{vol(i,t)}{vol(i,t-1)}$ et $I^{p}(i,t) = \frac{prix(i,t)}{prix(i,t-1)}$

Transcrire à un ensemble de produits (plus ou moins hétérogènes) ce partage effectué pour un produit homogène donné nécessite de définir des modalités d'agrégation. En effet, avec des produits hétérogènes, la somme de volumes physiques ne fait pas sens. Par exemple, un nombre de boîtes de médicaments ne s'additionne pas avec un nombre de séances de dialyse. La comptabilité nationale introduit la notion de « volumes aux prix de l'année précédente » qui somme les volumes élémentaires en les pondérant par les prix de l'année précédente afin de sommer des grandeurs toutes homogènes à des euros de l'année précédente. L'évolution de la valeur d'un ensemble de produits hétérogènes se décompose ainsi entre une variation de volumes au prix de l'année précédente et un effet de prix.

En pratique, la relation fondamentale du partage de la valeur en volume et prix est utilisée de manière équivalente pour déduire l'un des trois facteurs des deux autres : dans la plupart des cas, l'évolution de la valeur et celle de l'indice de prix sont connues, et l'évolution des volumes en est déduite.

La construction des indices

Notations :
Soit un panier de produits élémentaire homogène. *Val(t)* désigne à la date *t* sa valeur, *Vol(t)* son volume et *P(t)* son prix.

i désigne un produit élémentaire homogène échangé à la date *t* en quantité *q(i,t)* à un prix *(i,t), val(i,t)* est sa valeur.

Valeurs :
La valeur à la date t du panier considéré est par définition : $Val(t) = \sum_i val(i,t) = \sum_i q(i,t) \times p(i,t)$.
L'indice d'évolution de la valeur globale du panier dépend des prix et des quantités des années *t* et *t-1* :

$$\frac{Val(t)}{Val(t-1)} = \frac{\sum_i val(i,t)}{\sum_i val(i,t-1)} = \frac{\sum_i q(i,t) \times p(i,t)}{\sum_i q(i,t-1) \times p(i,t-1)}$$

La logique du partage volume/prix stipule que l'indice (d'évolution) de valeur est aussi le produit entre l'indice (d'évolution) de volume et l'indice (d'évolution) de prix.

Volumes :
Le volume du panier à la date *t*, défini dans les comptes de la santé comme « aux prix de l'année précédente », est :
$Vol(t) = \sum_i q(i,t) \times p(i,t-1)$
Pour construire un indice d'évolution, il est supposé que le volume et la valeur sont égaux une année de référence, dite année de base. Dans une approche « au prix de l'année précédente », comme dans le présent ouvrage, l'année de référence est toujours l'année précédente.

L'indice d'évolution de volume est un indice dit de « Laspeyres » :

$$\frac{Vol(t)}{Vol(t-1)} = \frac{\sum_i q(i,t) \times p(i,t-1)}{\sum_i q(i,t-1) \times p(i,t-1)} = \sum_i \left[\left(\frac{val(i,t-1)}{Val(t-1)}\right) \times \frac{q(i,t)}{q(i,t-1)}\right]$$

L'évolution en volume aux prix de l'année précédente correspond à la somme des évolutions en quantité des biens élémentaires pondérées par le poids dans la valeur à la date précédente.

Prix :
L'indice des prix se déduit de la construction de l'indice de volume ; il prend la forme d'un indice dit « de Paasche » :

$$\frac{P(t)}{P(t-1)} = \frac{Val(t)/Val(t-1)}{Vol(t)/Vol(t-1)} = \frac{\sum_i q(i,t) \times p(i,t)}{\sum_i q(i,t-1) \times p(i,t-1)} \times \frac{\sum_i q(i,t-1) \times p(i,t-1)}{\sum_i q(i,t) \times p(i,t-1)}$$
$$= \frac{\sum_i q(i,t) \times p(i,t)}{\sum_i q(i,t) \times p(i,t-1)}.$$

L'évolution du prix du panier fait intervenir les prix aux deux dates et la quantité uniquement à la date *t*.
L'indice de prix se définit donc comme une mesure synthétique de l'évolution de prix de biens et services. Celui-ci n'évolue pas comme un prix moyen. En effet, un prix moyen est généralement obtenu en divisant la somme des prix de vente des biens vendus pendant une période donnée par le nombre de ces biens. Sa variation dans le temps peut dépendre non seulement de la variation du prix de chaque bien considéré individuellement mais également par exemple de la variation de la structure des biens vendus. À l'inverse, l'indice de prix mesure la variation du prix des biens d'un panier fixe de biens et services : il a donc pour objectif précis de refléter l'évolution du prix des biens indépendamment de la structure des biens vendus.

Prix – quantité – qualité :

Le partage ci-dessus permet d'agréger différents biens entre eux mais suppose que les biens restent homogènes dans le temps, seuls leurs prix et leurs quantités consommées évoluent. Cette stabilité est rarement constatée, d'autant plus que la plage temporelle est grande ou que le panier est large. Dans ces cas-là, les indices de prix cherchent toujours à mesurer un effet prix « pur » c'est-à-dire à mesurer l'évolution des prix comme si les produits ne changeaient pas. Les indices de prix sont dits « à qualité constante ». En conséquence, l'indice de volume combine deux facteurs : un facteur quantité (parfois appelées « volumes physiques ») et un facteur « qualité ». Par exemple, dans la consommation de voitures, la quantité peut être appréciée par l'évolution du nombre de véhicule vendus, la qualité appréciée par la montée en gamme (ABS, radar de recul, etc.) et l'évolution du prix comme la dynamique des prix unitaires hors montée en gamme. La comptabilité nationale considère que la qualité peut être définie à partir des facteurs suivants :
- une amélioration ou une dégradation de la qualité intrinsèque des produits ou des services consommés ;
- un changement de la structure de consommation à prix inchangés ;
- une modification des circuits de distribution.

Il ne faut pas confondre le concept de qualité tel que défini en comptabilité nationale avec la mesure de la qualité *thérapeutique* des soins, par exemple définie par l'Institut de Médecine des États-Unis comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Le concept de qualité de la comptabilité nationale peut se voir comme une propension plus grande à payer, que cette propension soit ou non (à tort ou à raison) scientifiquement justifiée.
La notion de volume au niveau agrégé est donc plus riche que la notion de quantité mise en avant au niveau micro-économique, car elle combine une dimension qualité et une dimension quantité. Si le partage de la valeur en volume et en prix est bien établi dans les comptes de la santé, le partage du volume en quantité et en qualité est un axe de développement méthodologique embryonnaire.

En pratique, l'indice de volume peut également se définir comme le rapport entre l'indice de valeur et l'indice de prix. L'effet qualité peut également s'interpréter comme la part de la dynamique des volumes inexpliquée par la dynamique des quantités.

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 marchands[1]. Les prix ne sont pas directement observables. L'indice de prix est donc déduit 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 fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (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 Direction générale de l'offre de soins (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 biologiques)[2].

Le prix des soins de médecins, de sages-femmes et de dentistes

L'indice des prix à la consommation produit par l'Insee mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, de sages-femmes et de dentistes, 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 les rémunérations forfaitaires qui ne sont pas facturées aux ménages, mais prises en charge par l'Assurance maladie.

Dans le cas des soins de médecins, 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 légèrement différent 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-clés (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, etc.)

Le prix d'un acte est défini à partir d'une lettre-clé 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-clé, 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-clés. Par exemple pour les soins infirmiers, la lettre AMI vaut 2,65 euros (tarif France métropolitaine, avril 2017), tandis qu'un prélèvement par ponction veineuse directe effectué par un infirmier est côté 1,5 AMI. Le coût du prélèvement est donc 3,9 euros (1,5 x 2,65 euros).
Pour les postes des soins de masseurs-kinésithérapeutes et des soins infirmiers, l'indice des prix à la consommation produit par l'Insee suit les évolutions des lettres-clés définies par l'Assurance maladie. Avec un indice de prix calé sur les évolutions des lettres-clés, les négociations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé aboutissant à des changements de cotation (et non à des revalorisations de lettres-clés), 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 analyses de laboratoire

Pour le poste des analyses de laboratoire, l'indice de prix est calculé à partir du prix facturé sur un ensemble d'actes de laboratoire (par exemple : 1104 - Hémogramme y compris plaquettes [NFS, NFP], 1208 - T.S.H, examen de diagnostic d'une dysthyroïdie de première intention ou examen de suivi thérapeutique, etc.).

L'indice de prix combine donc l'évolution des lettres-clés et des cotations. L'indice le plus représentatif n'est disponible qu'à partir de 2019 ; sur les années antérieures, l'indice de prix a été rétropolé sur un échantillon plus restreint d'actes de

1. Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.
2. 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.

laboratoire. Avant l'édition 2020, l'indice de prix a été calculé en suivant uniquement la valeur des lettres-clés, comme pour les masseurs kinésithérapeutes, les infirmiers, etc.-.

Le prix des rémunérations forfaitaires

Depuis l'édition 2020 des comptes de la santé, les rémunérations forfaitaires sont, pour la plupart d'entre elles, retracées directement dans les postes auxquelles elles se réfèrent. L'indice de prix qui est appliqué aux rémunérations forfaitaires est, par convention, le même indice que pour le reste du poste (par exemple : le prix des rémunérations forfaitaires des médecins généralistes suit celui du poste médecin généraliste).

Par convention, le prix du reliquat des contrats non ventilés et des autres soins contenus dans le poste « Autres soins et contrats » est fixe.

Le prix des médicaments

Les indices de prix à la consommation (IPC) 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.

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 : Aunay T. (2012, juillet). Les prix des médicaments de 2000 à 2010. Insee, *Insee Première,* n° 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 de la décomposition effectuée par la CNAM[3] à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et de 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).

3. La décomposition effectuée par la CNAM couvre les remboursements du régime général, hors SLM, en France métropolitaine.

Annexe 5
Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
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
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
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
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)
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
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPO : centre de préorientation pour adultes handicapés
CPS : compte de la protection sociale
CRP : centre de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSS : complémentaire santé solidaire

D

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
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (devenu Santé publique France en 2016)
Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein

F

FAC : Fonds des actions conventionnelles (de la CNAM)
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FBCF : formation brute de capital fixe
FFI : médecin « faisant fonction d'interne »
FFIP : Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique
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
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

I

IEM : institut d'éducation motrice
Ifsi : institut de formation aux soins infirmiers
IJ : indemnités journalières
IME : institut médico-éducatif
Inpes : 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)
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 : maison d'accueil spécialisé
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIRES : mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »
MSA : Mutualité sociale agricole

N

NM : nouveaux membres, les 13 États membres ayant rejoint l'Union européenne entre 2004 et 2013 qui sont membres de l'OCDE : Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovaquie, Slovénie, Tchéquie
NM-13 : les 13 États membres ayant rejoint l'Union européenne entre 2004 et 2013

O

OC : organismes complémentaires
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
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
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
PRADO : programme de retour à domicile organisé
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
Ssiad : services de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
Statiss : statistiques et indicateurs de la santé et du social

T

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

UE-15 : les 15 États membres de l'Union européenne en 2003
UE-28 : les 27 États membres actuels de l'Union européenne, et le Royaume-Uni
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

Les différents pays analysés sont représentés dans le rapport par les sigles internationaux suivants.

Union européenne des Quinze (avant 2020) :

DE	Allemagne
AT	Autriche
BE	Belgique
DK	Danemark
ES	Espagne
FI	Finlande
FR	France
EL	Grèce
IE	Irlande
IT	Italie
LU	Luxembourg
NL	Pays-Bas
PT	Portugal
UK	Royaume-Uni
SE	Suède

Autres États membres (depuis 2004) :

BG	Bulgarie
CY	Chypre
EE	Estonie
HR	Croatie
HU	Hongrie
LV	Lettonie
LT	Lituanie
MT	Malte
PL	Pologne
RO	Roumanie
SK	Slovaquie
SI	Slovénie
CZ	Tchéquie

Autres pays de l'OCDE :

CA	Canada
CH	Suisse
JP	Japon
US	États-Unis

Annexe 6
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 objectifs 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. Depuis le 1er novembre 2019, l'ACS et la CMU-C ont fusionné en un seul dispositif, dénommé Complémentaire santé solidaire (voir CSS).

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 d'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 au premier euro : contrats d'assurance santé à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie obligatoire.

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 1er 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 complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérés par leur caisse d'assurance maladie sont regroupées dans l'item « CMU-C organismes de base ». 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. Enfin, les dépenses de base des bénéficiaires de la CMU-C, qu'ils soient gérés par un organisme de base ou par un organisme complémentaire, sont incluses dans les dépenses de la Sécurité sociale, le système d'information ne permettant pas de les distinguer des autres bénéficiaires. Depuis le 1er novembre 2019, l'ACS et la CMU-C ont fusionné en un seul dispositif, dénommé Complémentaire santé solidaire (voir CSS).

Comptes de la santé : comptes satellites 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 au sens international (DCSi) [voir annexe 1].

Complémentaire santé solidaire (CSS) : Depuis le 1er novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont été remplacées par la Complémentaire santé solidaire (CSS). La CSS est une aide permettant la prise en charge des dépenses de santé non remboursés par la Sécurité sociale pour les ménages aux ressources modestes. Concrètement, le dispositif induit un remboursement total des dépenses de santé dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale.
Outre la prise en charge à 100 %, les bénéficiaires disposent également des droits suivants :
- pas de dépassements d'honoraires ;
- le remboursement du forfait journalier ;
- la dispense de paiement des franchises médicales ;
- l'absence d'avance de frais médicaux (tiers-payant) ;
- forfaits de remboursement pour prothèses dentaires, lunettes et aides auditives ;
- forfaits de remboursement pour des dispositifs médicaux comme des cannes, fauteuils roulant ou pansements.

La CSS est accessible avec ou sans contribution financière, selon la situation et les ressources du bénéficiaire.

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 les 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 institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), 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 bénéfice 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 au sens international (DCSi) : (voir annexe 1).

Effet qualité : concept de comptabilité nationale intervenant dans un partage du volume, qui découle lui-même d'un partage de la valeur entre volume et prix (voir annexe 4). L'effet qualité et l'effet quantité, sont les deux sous-composantes de l'évolution du volume. L'effet qualité mesure la variation des volumes qui n'est pas liée à une variation de la quantité (mesure physique de l'activité). L'effet qualité est un concept comptable qui ne doit pas être assimilé à une mesure de la qualité thérapeutique d'un traitement.

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) en 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. Jusqu'en 2017, il s'élevait à 18 euros par jour (13,5 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Depuis le 1er janvier 2018, il s'élève à 20 euros par jour (15 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 patientèle médecin traitant : créé par la convention médicale d'août 2016, ce forfait se substitue dès le 1er 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 ROSP ci-dessous).

Forfait structure : créé par la convention médicale d'août 2016, le forfait remplace, à partir du 1er janvier 2017, les précédents indicateurs de la ROSP (voir ROSP 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.

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). 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 au travers de plusieurs mécanismes financiers (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

Honoraires de dispensation : depuis le 1er janvier 2015, les pharmaciens perçoivent des honoraires supplémentaires destinés à valoriser le rôle de conseil au moment de la dispensation des médicaments. L'esprit de la réforme consiste également à rendre les rémunérations des pharmaciens d'officines moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursables, dans un contexte de baisse durable du prix des médicaments. Le dispositif initial prévoit deux catégories d'honoraires :

- un honoraire au conditionnement (0,82 euro TTC par boîte de médicament remboursable en 2015 puis 1,02 euro TTC à partir de 2016) ;
- un honoraire d'ordonnance dite complexe pour les ordonnances comportant au moins cinq médicaments ou spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrées en une seule fois (0,51 euro TTC par ordonnance puis 1,02 euro TTC à partir de 2020).

Les avenants 11 et 14 à la convention pharmaceutique (signés en juillet 2017 et novembre 2018) ont mis en place trois nouveaux honoraires de dispensation entrés en vigueur au 1er janvier 2019 :

- un honoraire perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables (0,51 euro TTC) ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour des enfants de moins de 3 ans et des patients de plus de 70 ans (0,51 euro TTC puis 1,58 euro TTC à partir de 2020) ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments listés comme spécifiques (2,04 euros puis 3,57 euros à partir de 2020).

Le remboursement de ces honoraires est pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie et à 30 % par l'assurance complémentaire du patient s'il en a une, à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables.

Hospitalisation complète : on parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée supérieure à 24 heures.

Hospitalisation partielle : venues en anesthésie et en chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à un jour (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, innovants et 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.

Médecin traitant : il désigne un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins, coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de longue durée et assure une prévention personnalisée.

Médecin généraliste : par commodité, le terme médecin généraliste est employé dans l'ouvrage 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).

Médicaments en ambulatoire : ensemble des dépenses liées à la délivrance des médicaments en officines de ville (y compris rémunération forfaitaire : honoraires de dispensation [HDD] et rémunération sur objectifs de santé public [ROSP]) et à la délivrance des médicaments en pharmacies hospitalières dans le cadre de la rétrocession.

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 Slovénie. Les NM-13 regroupent l'ensemble des 13 pays ayant adhéré à l'Union Européenne à partir de 2004.

Optam et Optam-co : depuis le 1er janvier 2017, les deux options de 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 : consiste, pour un patient, à consulter en priorité un médecin traitant (voir ci-dessus) 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 (PPA) : ce sont les taux de conversion monétaire qui ont pour objet d'égaliser les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux des prix entre pays. Le panier de biens et services dont les prix sont déterminés est un échantillon de tous ceux qui composent la dépense finale, à savoir la consommation finale des ménages et des administrations publiques, la formation de capital et les exportations nettes. Cet indicateur est mesuré par l'OCDE en unités monétaires nationales par dollar US et est converti en euros, de sorte qu'un euro PPA en France soit égal à un euro courant.

Parité de pouvoir d'achat en santé : Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour environ 50 catégories de produits, dont la santé. Depuis quelques années, certains pays cherchent à mesurer les prix des produits et services de santé selon l'optique de la production. C'est notamment essentiel pour évaluer les services de santé publics qui sont souvent gratuit pour les ménage. Cette méthodologie est employée pour calculer les PPA de la santé et des hôpitaux, qui sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA du PIB. Dans le calcul de la PPA santé deux situations sont possibles pour établir les prix des biens de santé :

- s'il s'agit d'achats auprès de producteurs marchands, les PPA sont calculées avec les prix d'achat recueillis auprès d'un échantillon de points de vente ;
- s'il s'agit des services de santé produits par les pouvoirs publics (producteurs non marchands), les dépenses sont estimées en additionnant les coûts de production des biens et services.

Les prix des biens médicaux et des équipements achetés par les ménages, mais aussi par l'État, sont bien pris en compte. Le niveau des rémunérations des praticiens à l'hôpital ou en cabinet de ville également (médecins, infirmiers, autres professions médicales, mais aussi les emplois non médicaux à l'hôpital). Les soins en ambulatoires comme à l'hôpital sont étudiés dans le cadre de la parité de pouvoir d'achat en santé. Pour en savoir plus : **Eurostat-OECD** (2012). *Methodological Manual on Purchasing Power Parities* Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Personnel soignant non médical des établissements de santé : personnel d'encadrement du personnel soignant, infirmiers diplômés d'État, aides soignant, agents de services hospitaliers et autres personnels des services médicaux, rééducateurs, psychologues

Personnel non médical non soignant des établissements de santé : personnel administratif, personnels éducatifs et sociaux, personnel médico-technique et personnel technique

Personnel médical : médecins, odontologistes, pharmaciens, internes et sages-femmes.

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 versées aux salariés 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 1er 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.

Quasi-consommation de soins et de biens médicaux (Quasi-CSBM) ou CSBM au sens international : à partir de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), il est possible de reconstituer un agrégat très proche de la CSBM : « la quasi-CSBM ». La quasi-CSBM est obtenue en additionnant les fonctions suivantes des dépenses de santé identifiées au sein du *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS :

- Les « soins courants curatifs » (HC1 *« curative care »* dans SHA) ;
- Les « soins courants de réhabilitation » (HC2 : « *rehabilitative care* ») ;

- Les « services auxiliaires » (HC4 : « *ancillary services [non specified by function*]») ;
- Les « biens médicaux » (HC5 : « *medical goods [non-specified by function]* »).

L'écart entre la CSBM et la quasi-CSBM est de l'ordre de 1 % en 2019 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.

Réforme « 100 % santé » : mise en place progressivement entre janvier 2019 et janvier 2021, cette réforme propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : aides auditives, optique et dentaire. À terme, les paniers « 100 % santé » regrouperont des actes intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires :

- « 100 % santé » audiologie : les assurés peuvent bénéficier de paniers d'offres de mieux en mieux remboursés avec une diminution de leur reste à charge de 200 euros par appareil en 2019, puis 250 euros en 2020 et un remboursement total sans reste à charge en 2021.
- « 100 % santé » dentaire : en parallèle de la mise en place du panier « 100 % santé », des modifications tarifaires sont réalisées pour réorienter l'activité des chirurgiens-dentistes vers davantage de prévention et de soins courants dits « conservateurs ». Ainsi, les tarifs de base de remboursement par la Sécurité sociale de certains soins conservateurs ont été revalorisés au 1er avril 2019, tandis que les tarifs d'un ensemble d'actes prothétiques sont plafonnés.
- « 100 % santé » optique : dès le 1er janvier 2020, les opticiens proposeront une gamme « 100 % santé » (lunettes et verres) intégralement prise en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé.

Ces offres seront accessibles à tous les Français ayant adhéré à un contrat de complémentaire santé responsable.

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 de laquelle 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 de médicaments 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 fait partie de la loi

de modernisation du système de santé. Chargée de protéger efficacement la santé des populations, elle réunit depuis le 1er 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 1er 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 1er janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Statistic on Income and Living Conditions (SILC) ou, en France, Statistiques sur les ressources 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 est constituée essentiellement des bases rassemblées par la CNAM (Sniiram, PMSI), qui sont complétées par des bases de taille plus réduite (base sur les causes 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 1er avril 2017, à la suite de 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.

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 est la partie des dépenses médicales qui reste à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Le ticket modérateur existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Le pourcentage du ticket modérateur varie selon l'acte ou le traitement, et le respect ou non du parcours de soins coordonné (voir ci-dessus).

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.

6

Tableaux détaillés 1
Les dépenses de santé depuis 2001

Tableau 1 CSBM en valeur

En millions d'euros

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1-Soins hospitaliers	**55 767**	**58 739**	**62 177**	**65 392**	**67 916**	**70 549**	**72 948**	**75 390**	**78 356**	**80 316**	**82 461**	**84 567**	**86 688**	**89 060**	**90 430**	**92 320**	**93 848**	**94 887**	**97 127**
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	71 182	72 451	73 349	74 892
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	21 397	21 539	22 234
2-Soins ambulatoires	**65 469**	**70 004**	**74 686**	**78 367**	**80 768**	**83 301**	**86 937**	**89 537**	**91 536**	**93 168**	**95 606**	**97 229**	**98 552**	**101 154**	**102 532**	**104 827**	**106 688**	**108 861**	**110 908**
● Soins de ville	**30 638**	**33 081**	**35 295**	**36 771**	**37 903**	**39 287**	**41 080**	**42 265**	**43 421**	**44 170**	**45 749**	**47 081**	**48 314**	**49 412**	**50 553**	**52 132**	**53 464**	**54 992**	**56 467**
Soins de médecins et de sages-femmes	13 967	14 946	15 780	16 182	16 586	17 286	17 994	18 302	18 614	18 450	19 160	19 517	19 827	20 268	20 638	21 152	21 668	22 531	22 965
- Médecins généralistes	6 772	7 217	7 759	7 611	7 846	8 130	8 481	8 560	8 601	8 344	8 749	8 960	9 033	9 165	9 223	9 339	9 419	9 748	9 747
- Médecins spécialistes	7 095	7 623	7 907	8 461	8 621	9 039	9 388	9 606	9 865	9 945	10 239	10 368	10 575	10 860	11 145	11 517	11 928	12 438	12 828
- Sages-femmes	100	106	114	111	119	118	126	136	148	160	172	189	219	243	270	296	320	346	389
Soins d'auxiliaires médicaux	6 245	6 851	7 393	7 917	8 280	8 709	9 379	9 953	10 517	11 041	11 527	12 329	13 113	13 779	14 363	14 993	15 525	16 066	16 715
- Infirmiers	2 836	3 110	3 431	3 687	3 880	4 103	4 446	4 788	5 227	5 581	5 899	6 363	6 795	7 171	7 545	7 882	8 190	8 488	8 811
- Masseurs-kinésithérapeutes	2 875	3 130	3 292	3 522	3 662	3 838	4 129	4 309	4 395	4 514	4 634	4 913	5 192	5 429	5 597	5 834	6 012	6 174	6 387
- Autres	535	611	670	708	738	769	804	857	896	946	995	1 053	1 126	1 179	1 221	1 277	1 323	1 403	1 518
Soins de dentistes	7 268	7 783	8 324	8 622	8 771	9 062	9 323	9 510	9 665	9 999	10 289	10 490	10 606	10 600	10 774	11 108	11 325	11 498	11 786
Laboratoires d'analyses	2 843	3 181	3 477	3 705	3 820	3 902	4 036	4 135	4 222	4 284	4 396	4 338	4 342	4 316	4 314	4 413	4 466	4 406	4 525
Cures thermales (forfait soins)	303	308	313	311	310	308	322	320	320	328	332	353	364	387	392	408	416	413	398
Autres soins et contrats	11	12	9	34	138	19	27	45	83	68	44	53	60	62	73	58	65	78	78
● 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**	**4 987**	**5 099**	**5 051**
● Médicaments en ambulatoire	**26 202**	**27 550**	**29 301**	**30 645**	**31 213**	**31 542**	**32 394**	**33 063**	**33 350**	**33 395**	**33 517**	**33 028**	**32 392**	**33 207**	**32 745**	**32 731**	**32 761**	**32 649**	**32 592**
Médicaments remboursables	24 012	25 224	26 830	28 284	28 952	28 590	29 436	29 941	30 284	30 433	30 609	30 017	29 514	30 417	29 904	29 924	30 015	29 989	30 157
Médicaments non remboursables	2 190	2 326	2 471	2 361	2 261	2 952	2 958	3 123	3 065	2 962	2 908	3 011	2 877	2 790	2 841	2 806	2 746	2 660	2 435
● 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**	**15 158**	**15 476**	**16 122**	**16 798**
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	6 393	6 748
Orthèses et prothèses externes, VHP*	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	2 897	3 049	3 208	3 284
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	6 313	6 521	6 766
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**121 236**	**128 743**	**136 864**	**143 759**	**148 684**	**153 851**	**159 884**	**164 928**	**169 892**	**173 484**	**178 066**	**181 796**	**185 241**	**190 214**	**192 962**	**197 148**	**200 535**	**203 748**	**208 035**

***** Véhicules pour handicapés physiques.

Note > Les comptes présentent une rupture de série en 2006 : les montants 2006 ne sont donc pas directement comparables aux montants 2005.

Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 2001-2005 ; base 2014 pour la période 2006-2019).

Tableau 2 Évolution annuelle de la CSBM en valeur

En %

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1-Soins hospitaliers	**5,3**	**5,9**	**5,2**	**3,9**		**3,4**	**3,3**	**3,9**	**2,5**	**2,7**	**2,6**	**2,5**	**2,7**	**1,5**	**2,1**	**1,7**	**1,1**	**2,4**
Hôpitaux du secteur public	5,0	5,9	4,8	3,4		3,4	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,7	1,7	2,0	1,8	1,2	2,1
Hôpitaux du secteur privé	6,7	5,8	6,7	5,4		3,3	4,4	4,0	2,6	3,0	2,3	1,5	2,8	0,9	2,4	1,2	0,7	3,2
2-Soins ambulatoires	**6,9**	**6,7**	**4,9**	**3,1**		**4,4**	**3,0**	**2,2**	**1,8**	**2,6**	**1,7**	**1,4**	**2,6**	**1,4**	**2,2**	**1,8**	**2,0**	**1,9**
● Soins de ville	**8,0**	**6,7**	**4,2**	**3,1**		**4,6**	**2,9**	**2,7**	**1,7**	**3,6**	**2,9**	**2,6**	**2,3**	**2,3**	**3,1**	**2,6**	**2,9**	**2,7**
Soins de médecins et de sages-femmes	7,0	5,6	2,6	2,5		4,1	1,7	1,7	-0,9	3,9	1,9	1,6	2,2	1,8	2,5	2,4	4,0	1,9
- Médecins généralistes	*6,6*	*7,5*	*-1,9*	*3,1*		*4,3*	*0,9*	*0,5*	*-3,0*	*4,8*	*2,4*	*0,8*	*1,5*	*0,6*	*1,2*	*0,9*	*3,5*	*0,0*
- Médecins spécialistes	*7,4*	*3,7*	*7,0*	*1,9*		*3,9*	*2,3*	*2,7*	*0,8*	*3,0*	*1,3*	*2,0*	*2,7*	*2,6*	*3,3*	*3,6*	*4,3*	*3,1*
- Sages-femmes	*6,0*	*7,5*	*-2,6*	*7,2*		*6,4*	*8,6*	*8,5*	*8,2*	*7,4*	*9,9*	*15,9*	*11,1*	*10,9*	*9,8*	*8,1*	*8,0*	*12,6*
Soins d'auxiliaires médicaux	9,7	7,9	7,1	4,6		7,7	6,1	5,7	5,0	4,4	7,0	6,4	5,1	4,2	4,4	3,5	3,5	4,0
- Infirmiers	*9,7*	*10,3*	*7,5*	*5,2*		*8,4*	*7,7*	*9,2*	*6,8*	*5,7*	*7,9*	*6,8*	*5,5*	*5,2*	*4,5*	*3,9*	*3,6*	*3,8*
- Masseurs-kinésithérapeutes	*8,9*	*5,2*	*7,0*	*4,0*		*7,6*	*4,4*	*2,0*	*2,7*	*2,7*	*6,0*	*5,7*	*4,6*	*3,1*	*4,2*	*3,1*	*2,7*	*3,4*
- Autres	*14,4*	*9,6*	*5,7*	*4,2*		*4,6*	*6,5*	*4,5*	*5,6*	*5,1*	*5,8*	*7,0*	*4,7*	*3,5*	*4,6*	*3,6*	*6,1*	*8,2*
Soins de dentistes	7,1	7,0	3,6	1,7		2,9	2,0	1,6	3,5	2,9	2,0	1,1	-0,1	1,6	3,1	2,0	1,5	2,5
Laboratoires d'analyses	11,9	9,3	6,5	3,1		3,4	2,5	2,1	1,5	2,6	-1,3	0,1	-0,6	0,0	2,3	1,2	-1,3	2,7
Cures thermales (forfait soins)	1,7	1,5	-0,5	-0,6		4,3	-0,6	0,1	2,5	1,1	6,3	3,3	6,4	1,1	4,2	1,9	-0,5	-3,8
Autres soins et contrats	5,7	-22,1	265,1	306,8		40,8	66,3	84,9	-17,2	-35,7	20,6	14,0	2,7	17,0	-20,0	11,8	19,8	0,4
● Transports sanitaires	**8,9**	**7,6**	**8,8**	**6,6**		**4,3**	**4,8**	**6,0**	**4,9**	**2,8**	**5,8**	**5,2**	**2,9**	**4,3**	**4,4**	**3,8**	**2,2**	**-0,9**
● Médicaments en ambulatoire	**5,1**	**6,4**	**4,6**	**1,9**		**2,7**	**2,1**	**0,9**	**0,1**	**0,4**	**-1,5**	**-1,9**	**2,5**	**-1,4**	**0,0**	**0,1**	**-0,3**	**-0,2**
Médicaments remboursables	5,0	6,4	5,4	2,4		3,0	1,7	1,1	0,5	0,6	-1,9	-1,7	3,1	-1,7	0,1	0,3	-0,1	0,6
Médicaments non remboursables	6,2	6,2	-4,5	-4,2		0,2	5,6	-1,8	-3,4	-1,8	3,6	-4,4	-3,0	1,8	-1,2	-2,1	-3,2	-8,4
● Autres biens médicaux	**8,5**	**7,7**	**8,4**	**6,3**		**9,2**	**5,8**	**3,3**	**5,9**	**5,3**	**4,5**	**3,9**	**4,2**	**3,6**	**3,6**	**2,1**	**4,2**	**4,2**
Optique	4,4	4,3	5,3	3,3		8,6	3,0	4,6	5,4	4,6	3,9	1,0	1,0	1,2	0,2	-0,7	4,6	5,6
Orthèses et prothèses externes, VHP*	9,2	9,8	10,4	12,4		7,7	7,1	4,4	5,3	7,0	3,3	5,0	7,0	6,1	5,5	5,3	5,2	2,4
Matériels, aliments et pansements	15,9	12,3	12,4	7,8		10,7	8,9	1,1	6,8	5,6	5,8	7,1	6,5	5,1	6,4	3,4	3,3	3,7
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**6,2**	**6,3**	**5,0**	**3,4**		**3,9**	**3,2**	**3,0**	**2,1**	**2,6**	**2,1**	**1,9**	**2,7**	**1,4**	**2,2**	**1,7**	**1,6**	**2,1**

* Véhicules pour handicapés physiques.

Note > Les comptes présentent une rupture de série en 2006.

Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 2001-2005 ; base 2014 pour la période 2006-2019).

Tableau 3 Évolution annuelle des indices de prix de la CSBM

En %

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1-Soins hospitaliers	**3,7**	**4,5**	**3,3**	**1,4**	**1,6**	**2,0**	**0,5**	**0,8**	**-0,2**	**-0,2**	**0,0**	**0,6**	**0,4**	**-0,5**	**-0,2**	**0,8**	**0,3**	**1,3**
Hôpitaux du secteur public	3,6	4,7	3,2	1,1	1,8	2,1	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,6	-0,3	0,2	1,4	0,7	1,9
Hôpitaux du secteur privé	4,2	3,7	3,8	2,5	1,0	1,5	0,9	0,5	0,8	0,1	-0,1	-0,2	-0,3	-1,2	-1,4	-1,1	-1,1	-0,5
2-Soins ambulatoires	**0,8**	**1,6**	**0,1**	**0,3**	**-0,3**	**-0,1**	**0,0**	**-0,4**	**-0,7**	**-0,2**	**-0,8**	**-1,1**	**-1,1**	**-1,1**	**-1,1**	**-0,4**	**-0,7**	**-1,2**
● Soins de ville	**2,3**	**3,4**	**1,0**	**1,4**	**2,3**	**1,7**	**1,3**	**0,6**	**0,2**	**0,9**	**0,4**	**0,6**	**0,2**	**0,3**	**0,1**	**1,0**	**0,6**	**-0,1**
Soins de médecins et de sages-femmes	6,2	5,4	1,1	2,7	4,3	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5	2,0	0,4
Soins d'auxiliaires médicaux	4,5	3,2	1,3	0,0	0,0	0,8	1,7	1,8	0,4	0,0	1,8	2,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Soins de dentistes	-4,6	0,9	0,3	1,0	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	0,5	0,7	-0,9
Laboratoires d'analyses	-1,6	1,4	1,3	0,0	0,0	-1,5	-1,8	-2,5	-3,0	-2,2	-4,6	-1,9	-1,6	-0,7	-1,6	-1,6	-4,2	-1,1
Cures thermales (forfait soins)	3,0	2,5	1,5	2,0	2,7	6,4	3,2	2,7	2,1	2,7	2,7	1,8	1,8	1,2	2,8	1,2	-0,5	0,5
Autres soins et contrats	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
● Transports sanitaires	**2,1**	**1,9**	**0,5**	**1,9**	**3,3**	**1,5**	**1,5**	**3,2**	**0,8**	**0,7**	**1,5**	**1,9**	**1,4**	**1,3**	**0,1**	**0,2**	**0,7**	**1,3**
● Médicaments en ambulatoire	**-1,2**	**-0,5**	**-1,3**	**-1,3**	**-3,8**	**-2,7**	**-2,2**	**-2,6**	**-2,3**	**-1,9**	**-3,3**	**-4,6**	**-3,8**	**-4,0**	**-3,3**	**-2,8**	**-3,5**	**-4,1**
Médicaments remboursables	-1,5	-0,8	-1,7	-1,5	-4,9	-3,4	-2,7	-3,0	-2,6	-2,3	-4,2	-5,3	-4,1	-4,5	-3,6	-3,2	-3,7	-4,1
Médicaments non remboursables	2,9	3,6	3,5	1,6	8,0	5,6	3,4	1,8	1,3	2,1	5,8	4,2	0,6	0,8	0,5	2,5	-0,6	-4,7
● Autres biens médicaux	**1,1**	**1,7**	**1,4**	**1,0**	**0,6**	**0,5**	**1,5**	**1,2**	**0,3**	**0,5**	**0,5**	**0,4**	**0,3**	**-0,2**	**-0,7**	**-0,1**	**0,4**	**0,7**
Optique	1,4	2,5	2,2	1,7	0,2	0,7	1,6	1,1	0,2	0,0	0,8	0,5	0,7	-0,3	-0,5	0,0	0,9	0,4
Orthèses et prothèses externes, VHP*	0,4	0,4	0,7	0,4	0,2	0,1	0,4	0,1	0,9	0,2	-0,5	0,1	0,0	-0,2	-0,2	-0,2	0,1	0,0
Matériels, aliments et pansements	0,8	1,1	0,8	0,5	1,2	0,3	2,0	2,0	0,1	1,2	0,7	0,3	0,0	0,0	-1,1	-0,1	0,2	1,3
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**2,1**	**2,9**	**1,6**	**0,8**	**0,6**	**0,8**	**0,2**	**0,1**	**-0,4**	**-0,2**	**-0,5**	**-0,3**	**-0,4**	**-0,9**	**-0,7**	**0,2**	**-0,2**	**0,0**

***** Véhicules pour handicapés physiques.

Note > Les comptes ne présentent pas de rupture de série méthodologique pour les séries d'indices de prix.

Source > DREES, comptes de la santé, base 2014 pour la période 2001-2019.

Tableau 4 Évolution annuelle des volumes de la CSBM

En %

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
1-Soins hospitaliers	**1,5**	**1,3**	**1,8**	**2,4**		**1,4**	**2,8**	**3,1**	**2,7**	**2,8**	**2,6**	**1,9**	**2,3**	**2,1**	**2,3**	**0,9**	**0,8**	**1,0**
Hôpitaux du secteur public	1,3	1,1	1,5	2,3		1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0	1,8	0,4	0,5	0,2
Hôpitaux du secteur privé	2,3	2,0	2,8	2,8		1,8	3,5	3,5	1,8	2,8	2,4	1,7	3,0	2,2	3,9	2,4	1,8	3,7
2-Soins ambulatoires	6,1	5,0	4,8	2,7		4,5	3,0	2,7	2,5	2,8	2,5	2,5	3,8	2,5	3,4	2,2	2,7	3,1
• Soins de ville	**5,5**	**3,2**	**3,2**	**1,6**		**2,8**	**1,6**	**2,2**	**1,5**	**2,7**	**2,5**	**2,0**	**2,1**	**2,0**	**3,0**	**1,6**	**2,3**	**2,8**
Soins de médecins et de sages-femmes	0,7	0,2	1,4	-0,2		1,1	0,2	1,5	-1,2	1,8	1,4	1,5	2,0	1,3	2,2	0,0	2,0	1,5
Soins d'auxiliaires médicaux	4,9	4,6	5,7	4,6		6,8	4,3	3,8	4,6	4,4	5,1	4,2	5,1	4,2	4,4	3,5	3,5	4,0
Soins de dentistes	12,3	6,0	3,3	0,7		1,6	0,2	0,4	2,2	1,8	1,0	0,3	-1,2	0,8	2,3	1,5	0,8	3,4
Laboratoires d'analyses	13,7	7,8	5,1	3,1		5,0	4,3	4,7	4,6	4,9	3,5	2,0	1,1	0,7	4,0	2,8	3,0	3,9
Cures thermales (forfait soins)	-1,3	-1,0	-2,0	-2,6		-2,0	-3,6	-2,5	0,4	-1,5	3,5	1,5	4,5	-0,1	1,4	0,7	-0,1	-4,3
Autres soins et contrats	5,7	-22,1	265,1	306,8		40,8	66,3	84,9	-17,2	-35,7	20,6	14,0	2,7	17,0	-20,0	11,8	19,8	0,4
• Transports sanitaires	**6,6**	**5,6**	**8,3**	**4,6**		**2,7**	**3,2**	**2,7**	**4,1**	**2,1**	**4,2**	**3,3**	**1,5**	**3,0**	**4,3**	**3,5**	**1,5**	**-2,2**
• Médicaments en ambulatoire	**6,4**	**6,9**	**6,0**	**3,2**		**5,5**	**4,3**	**3,6**	**2,5**	**2,4**	**1,9**	**2,8**	**6,5**	**2,8**	**3,4**	**3,0**	**3,2**	**4,1**
Médicaments remboursables	6,7	7,3	7,2	3,9		6,6	4,6	4,3	3,2	3,0	2,3	3,9	7,5	2,9	3,8	3,7	3,8	4,9
Médicaments non remboursables	3,2	2,6	-7,7	-5,8		-5,1	2,1	-3,6	-4,6	-3,8	-2,1	-8,3	-3,6	1,1	-1,7	-4,5	-2,6	-3,9
• Autres biens médicaux	**7,4**	**5,9**	**6,9**	**5,2**		**8,6**	**4,2**	**2,0**	**5,6**	**4,8**	**3,9**	**3,6**	**3,8**	**3,8**	**4,4**	**2,2**	**3,7**	**3,5**
Optique	2,9	1,7	3,0	1,6		7,8	1,4	3,5	5,2	4,6	3,1	0,5	0,3	1,6	0,7	-0,6	3,6	5,2
Orthèses et prothèses externes, VHP*	8,7	9,4	9,7	12,0		7,5	6,6	4,3	4,4	6,7	3,8	4,8	7,0	6,3	5,7	5,5	5,1	2,3
Matériels, aliments et pansements	15,0	11,1	11,5	7,3		10,3	6,8	-0,9	6,7	4,3	5,0	6,7	6,5	5,1	7,6	3,5	3,1	2,4
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**4,0**	**3,3**	**3,4**	**2,6**		**3,1**	**2,9**	**2,9**	**2,6**	**2,8**	**2,6**	**2,2**	**3,1**	**2,3**	**2,9**	**1,6**	**1,8**	**2,1**

* Véhicules pour handicapés physiques.

Note > Les comptes présentent une rupture de série en 2006

Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 2001-2005 ; base 2014 pour la période 2006-2019).

Tableau 5 DCSi en valeur

En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Soins curatifs et de réadaptation	**117 491**	**121 151**	**124 822**	**128 501**	**132 228**	**134 453**	**137 332**	**139 688**	**142 099**
… à l'hôpital	80 159	82 347	84 483	86 614	89 008	90 381	92 289	93 764	94 521
… en cabinet de ville	37 332	38 804	40 339	41 887	43 221	44 072	45 043	45 924	47 579
2-Services sanitaires auxiliaires	**11 820**	**12 139**	**12 256**	**12 398**	**12 715**	**12 924**	**13 558**	**13 840**	**13 822**
… à l'hôpital	447	445	436	438	439	440	441	426	398
… en cabinet de ville	3 340	3 446	3 407	3 330	3 547	3 566	3 898	3 961	3 897
… en laboratoires	6 676	6 792	6 816	6 924	6 937	7 035	7 203	7 318	7 327
… divers	1 356	1 457	1 596	1 705	1 791	1 883	2 016	2 136	2 200
3-Médicaments	**33 347**	**33 470**	**32 986**	**32 354**	**33 173**	**32 709**	**32 622**	**32 709**	**32 642**
… à l'hôpital*	1 465	1 587	1 738	1 673	3 004	2 924	2 956	3 233	2 720
…en officines	31 882	31 882	31 248	30 681	30 169	29 785	29 667	29 476	29 922
4-Autres biens médicaux	**11 859**	**12 493**	**13 052**	**13 564**	**14 125**	**14 632**	**15 161**	**15 478**	**16 143**
… à l'hôpital	16	14	14	13	12	15	16	14	13
… en officines	11 843	12 479	13 039	13 550	14 113	14 617	15 145	15 464	16 130
5-Soins de longue durée	**32 274**	**33 448**	**34 987**	**36 339**	**37 586**	**38 446**	**39 235**	**40 353**	**41 371**
… à l'hôpital	2 603	2 867	2 966	2 943	2 946	3 015	3 029	3 028	3 089
… en établissements résidentiels	24 056	24 710	25 922	27 133	28 232	28 901	29 481	30 391	31 169
… en cabinet de ville	5 615	5 871	6 099	6 263	6 408	6 530	6 725	6 934	7 112
6-Prévention institutionnelle	**4 348**	**4 343**	**4 368**	**4 564**	**4 533**	**4 495**	**4 491**	**4 796**	**4 777**
… à l'hôpital	10	10	9	10	8	9	9	9	2
… en cabinet de ville	1 106	1 126	1 105	1 133	1 114	1 133	1 125	1 105	1 103
… en laboratoires	20	18	24	24	19	18	19	8	4
… autres	3 212	3 189	3 230	3 398	3 393	3 335	3 339	3 675	3 668
7-Gouvernance	**13 134**	**13 531**	**13 840**	**14 404**	**14 598**	**14 415**	**14 556**	**14 803**	**14 909**
DCSi (1+…+7)	**224 273**	**230 575**	**236 311**	**242 123**	**248 959**	**252 076**	**256 955**	**261 667**	**265 764**

***** Rétrocession : vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 6 Évolution annuelle de la DCSi en valeur

En %

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Soins curatifs et de réadaptation	**2,4**	**3,1**	**3,0**	**2,9**	**2,9**	**1,7**	**2,1**	**1,7**	**1,7**
… à l'hôpital	2,5	2,7	2,6	2,5	2,8	1,5	2,1	1,6	0,8
… en cabinet de ville	2,3	3,9	4,0	3,8	3,2	2,0	2,2	2,0	3,6
2-Services sanitaires auxiliaires	**1,9**	**2,7**	**1,0**	**1,2**	**2,6**	**1,6**	**4,9**	**2,1**	**-0,1**
… à l'hôpital	1,0	-0,5	-1,9	0,4	0,3	0,2	0,1	-3,3	-6,5
… en cabinet de ville	-0,6	3,2	-1,1	-2,3	6,5	0,5	9,3	1,6	-1,6
… en laboratoires	1,9	1,7	0,4	1,6	0,2	1,4	2,4	1,6	0,1
… divers	9,3	7,4	9,5	6,9	5,0	5,1	7,1	5,9	3,0
3-Médicaments	**0,1**	**0,4**	**-1,4**	**-1,9**	**2,5**	**-1,4**	**-0,3**	**0,3**	**-0,2**
… à l'hôpital*	6,9	8,3	9,5	-3,7	79,6	-2,7	1,1	9,4	-15,9
…en officines	-0,1	0,0	-2,0	-1,8	-1,7	-1,3	-0,4	-0,6	1,5
4-Autres biens médicaux	**5,9**	**5,3**	**4,5**	**3,9**	**4,1**	**3,6**	**3,6**	**2,1**	**4,3**
… à l'hôpital	-32,0	-12,8	-1,4	-1,0	-9,0	21,6	5,6	-12,2	-4,9
… en officines	6,0	5,4	4,5	3,9	4,2	3,6	3,6	2,1	4,3
5-Soins de longue durée	**6,8**	**3,6**	**4,6**	**3,9**	**3,4**	**2,3**	**2,1**	**2,8**	**2,5**
… à l'hôpital	-4,9	10,1	3,5	-0,8	0,1	2,3	0,5	0,0	2,0
… en établissements résidentiels	8,2	2,7	4,9	4,7	4,0	2,4	2,0	3,1	2,6
… en cabinet de ville	6,7	4,6	3,9	2,7	2,3	1,9	3,0	3,1	2,6
6-Prévention institutionnelle	**-11,9**	**-0,1**	**0,6**	**4,5**	**-0,7**	**-0,8**	**-0,1**	**6,8**	**-0,4**
… à l'hôpital	10,5	3,0	-4,4	1,8	-12,7	1,5	0,6	1,1	-77,1
… en cabinet de ville	-3,5	1,9	-1,9	2,5	-1,7	1,8	-0,7	-1,7	-0,2
… en laboratoires	-11,1	-9,5	30,3	0,9	-21,6	-1,4	4,3	-59,5	-42,3
… autres	-14,5	-0,7	1,3	5,2	-0,2	-1,7	0,1	10,1	-0,2
7-Gouvernance	**2,6**	**3,0**	**2,3**	**4,1**	**1,4**	**-1,3**	**1,0**	**1,7**	**0,7**
DCSi (1+…+7)	**2,5**	**2,8**	**2,5**	**2,5**	**2,8**	**1,3**	**1,9**	**1,8**	**1,6**

***** Rétrocession : vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 1 CSBM par financeur en 2018

En millions d'euros

Financeurs	Publics		Privés					TOTAL
Postes de dépense	Sécurité sociale*	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles**	Sociétés d'assurances**	Institutions de prévoyance**	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	**86 892**	**1 113**	**2 689**	**1 488**	**754**	**1 951**		**94 887**
Hôpitaux du secteur public	67 788	997	1 950	1 027	513	1 074		73 349
Hôpitaux du secteur privé	19 104	116	740	461	241	876		21 539
2-Soins ambulatoires	**72 089**	**1 877**	**10 917**	**6 845**	**4 619**	**12 513**		**108 861**
Soins de ville	36 103	1 189	5 758	3 602	2 511	5 752		54 914
Soins de médecins et de sages-femmes***	16 099	427	1 898	1 348	832	2 011		22 614
Soins d'auxiliaires médicaux***	13 018	164	1 069	511	311	1 323		16 396
Soins de dentistes	3 858	500	2 245	1 401	1 175	2 320		11 498
Laboratoires d'analyses	3 129	98	547	341	193	98		4 406
Contrats et autres soins	0					0		0
Transports sanitaires	4 743	48	110	54	19	125		5 099
Médicaments en ambulatoire	23 967	478	2 187	1 180	699	4 137		32 649
Autres biens médicaux****	7 199	164	2 861	2 009	1 391	2 497		16 122
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**158 981**	**2 991**	**13 606**	**8 333**	**5 373**	**14 463**		**203 748**

* Y compris déficit des hôpitaux publics.
** Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
*** Y compris cures thermales.
**** Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 CSBM par type de financeur en 2019

En millions d'euros

Financeurs	Publics		Privés					TOTAL
Postes de dépense	Sécurité sociale*	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles**	Sociétés d'assurances**	Institutions de prévoyance**	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	**89 010**	**1 152**	**2 685**	**1 583**	**735**	**1 961**		**97 127**
Hôpitaux du secteur public	69 360	1 031	1 947	1 092	500	962		74 892
Hôpitaux du secteur privé	19 650	121	738	491	235	999		22 234
2-Soins ambulatoires	**73 699**	**1 952**	**10 871**	**7 337**	**4 709**	**12 340**		**110 908**
Soins de ville	37 208	1 256	5 755	3 852	2 527	5 792		56 389
Soins de médecins et de sages-femmes***	16 473	431	1 950	1 463	842	1 884		23 045
Soins d'auxiliaires médicaux***	13 510	173	1 126	562	319	1 342		17 034
Soins de dentistes	4 003	550	2 137	1 460	1 156	2 481		11 786
Laboratoires d'analyses	3 222	102	541	367	210	85		4 525
Contrats et autres soins	0					0		0
Transports sanitaires	4 695	49	122	55	18	111		5 051
Médicaments en ambulatoire	24 220	477	2 093	1 245	697	3 860		32 592
Autres biens médicaux****	7 498	170	2 901	2 185	1 467	2 576		16 798
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**162 708**	**3 104**	**13 557**	**8 920**	**5 445**	**14 301**		**208 035**

* Y compris déficit des hôpitaux publics.
** Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.
*** Y compris cures thermales.
**** Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 DCSi par type de financeur en 2017

En millions d'euros

	Régimes obligatoires			Régimes facultatifs			Totaux
	Etat	Sécurité sociale	OC en contrats collectifs	OC en contrats individuels	Ménages	Autres	
1-Soins curatifs et de réadaptation	1 998	115 480	7 190	7 348	7 672	0	139 688
2-Services sanitaires auxiliaires	194	11 302	850	898	596	0	13 840
3-Médicaments	474	25 367	1 690	2 412	4 596	0	34 539
4-Autres biens médicaux	158	5 355	3 567	2 335	2 232	0	13 648
5-Soins de longue durée	7 750	22 717	13	18	9 855	0	40 353
6-Prévention institutionnelle	2 389	765	0	0	0	1 642	4 796
7-Gouvernance	880	6 644	3 103	4 176	0	0	14 803
DCSi (1+...+7)	13 842	187 631	16 413	17 187	24 952	1 642	261 667

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 DCSi par type de financeur en 2018

En millions d'euros

	Régimes obligatoires			Régimes facultatifs			Totaux
	Etat	Sécurité sociale	OC en contrats collectifs	OC en contrats individuels	Ménages	Autres	
1-Soins curatifs et de réadaptation	2 152	117 518	7 726	7 505	7 198	0	142 099
2-Services sanitaires auxiliaires	196	11 423	879	857	468	0	13 822
3-Médicaments	478	25 667	1 782	2 290	4 403	0	34 619
4-Autres biens médicaux	164	5 510	3 872	2 391	2 229	0	14 166
5-Soins de longue durée	8 024	23 033	15	19	10 280	0	41 371
6-Prévention institutionnelle	2 430	704	0	0	0	1 643	4 777
7-Gouvernance	895	6 559	3 241	4 214	0	0	14 909
DCSi (1+...+7)	14 339	190 413	17 514	17 276	24 579	1 643	265 764

Source > DREES, comptes de la santé.

PANORAMAS

Les dépenses de santé en 2019

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2020

Les dépenses de santé en 2019 - édition 2020 mettent en évidence qu'en 2019, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 208,0 milliards d'euros. Elle progresse plus vite en 2019 qu'en 2018 (+2,1 % après +1,6 %), du fait de l'évolution des soins hospitaliers.

La Sécurité sociale finance 78,2 % de la CSBM, et les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance), 13,4 %. La part restant à la charge des ménages continue de diminuer pour s'établir à 6,9 % en 2019.

La France consacre au total 11,3 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,4 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. Elle est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

Dans la même collection SANTÉ

- La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- Les établissements de santé
- Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr

Drees
DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES

STATISTIQUE PUBLIQUE

La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.

ISBN : 978-2-11-151613-7 • ISSN (imprimé) : 2495-3687 • ISSN (en ligne) : 2553-1182 • Diffusion : S19-142