

PANORAMAS DE LA

DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2018

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2019



Direction

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

PANORAMAS
DE LA SANTÉ
RÉSULTATS
DES COMPTES
DE LA SANTÉ
EN 2018

Les dépenses de santé en 2018

Résultats des comptes
de la santé



ÉDITION 2019

FRANCOIRANAS

Les dépenses de santé en 2018 – édition 2019

Résultats des comptes de la santé

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

Comptes

Julia Cuvilliez, Khadija Jabri, Ursule Ngouana, Raphaël Trémoulu
avec Raphaële Adjerad, Myriam Mikou

Rédaction

Raphaële Adjerad, Alice Bergonzoni, Bénédicte Boisguérin, Julia Cuvilliez, Athémane Dahmouh, Thibaut Faroux, Carine Ferretti, Jean-Cyprien Héam, Khadija Jabri, Myriam Mikou, Ursule Ngouana, Tom Seimandi, Catherine Spieser, Raphaël Trémoulu, Engin Yilmaz

Directeur de la publication

Jean-Marc Aubert

Présidente de la commission des comptes de la santé

Dominique Polton

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Secrétaire de rédaction

Fabienne Brifault

Coordination et maquettage

Julia Cuvilliez, Raphaël Trémoulu, Laurent Gaillard

Organisation de la commission

Isabelle Philippon

Remerciements

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

Avant-propos

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

Chaque année, ses principaux enseignements sont présentés en septembre lors de la Commission des comptes de la santé, à la ministre des Solidarités et de la Santé, à des représentants des professionnels de la santé, à des personnalités et acteurs du secteur de la santé et à un collège de personnalités qualifiées, composé de chercheurs et de spécialistes du domaine. Les travaux de cette commission s'inscrivent dans le cycle préparatoire 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 2018, et de trois chapitres de fiches. Le premier chapitre traite de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qu'il examine en détail pour chaque volet de dépense et de son financement. Le deuxième chapitre est centré sur l'agrégat comptable le plus englobant du système de soins, la dépense courante de santé (DCS), et sur les acteurs associés. Enfin, le dernier chapitre est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et du reste à charge des ménages.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2018 – édition 2019

Vue d'ensemble	7
-----------------------	----------

La CSBM et son financement	15
-----------------------------------	-----------

La consommation de soins et de biens médicaux

1 La consommation de soins et de biens médicaux	20
2 L'évolution de la CSBM depuis 1950	22

Les soins ambulatoires

3 Les soins de médecins généralistes	26
4 Les soins de médecins spécialistes	28
5 Les effectifs de médecins	30
6 Les soins de sages-femmes	32
7 Les soins infirmiers	34
8 Les autres soins d'auxiliaires médicaux	36
9 Les soins de dentistes	38
10 Les transports sanitaires	40
11 Les laboratoires d'analyses et les cures thermales	42

Les biens médicaux

12 Les médicaments en ambulatoire	46
13 Du marché du médicament à sa consommation au sens comptable	48
14 La structure des ventes de médicaments d'officine	50
15 L'optique médicale	52
16 Les biens médicaux hors optique médicale	54

Les soins hospitaliers

17 Les soins hospitaliers	58
18 L'offre hospitalière	60
19 L'activité hospitalière	62
20 L'activité en hospitalisation à domicile	64
21 La situation économique et financière des hôpitaux publics	66
22 La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif	70

Le financement de la CSBM

23 Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux	76
24 Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale	78
25 De la prestation de Sécurité sociale à la consommation totale	80
26 Le financement par les organismes complémentaires	82
27 Le reste à charge des ménages	84
28 La CSBM, la DCS et l'Ondam	86
29 Le financement du Fonds CMU	88

La dépense courante de santé et son financement	91
--	-----------

30 La dépense courante de santé et son financement	94
31 Les soins de longue durée aux personnes âgées	98
32 Les soins de longue durée aux personnes handicapées	100
33 Les indemnités journalières	102
34 La prévention institutionnelle	104
35 Les dépenses de formation et de recherche en santé	106
36 Les coûts de gestion du système de santé	108

Comparaisons internationales **111**

37	Systèmes de santé et financement, perspectives internationales.....	114
38	Comparaisons internationales de la dépense courante de santé.....	116
39	Comparaisons internationales du reste à charge des ménages.....	118
40	Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques.....	120

Annexes **123**

Les agrégats des comptes de la santé.....	124
La méthodologie des comptes de la santé.....	126
Les révisions de l'édition 2019 des comptes de la santé.....	128
Les indices de prix et de volume des comptes de la santé.....	131
Les soins et services sociaux de longue durée au sens international.....	134
Liste des sigles utilisés.....	136
Glossaire.....	139

Tableaux détaillés **145**

Les dépenses de santé depuis 2001.....	146
Les dépenses de santé par financeur.....	152



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante
de santé et son financement

Comparaisons
internationales

Annexes

Tableaux détaillés

> Les dépenses de santé en 2018

En 2018, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 203,5 milliards d'euros. Elle continue de ralentir : sa croissance est de 1,5 %, après 1,7 % en 2017. Ce ralentissement s'explique principalement par la nette décélération des soins hospitaliers. Le premier facteur de croissance de la CSBM devient en 2018 les soins de ville, qui n'en représentent pourtant qu'un peu plus du quart.

La participation des ménages au financement de la CSBM continue de diminuer pour atteindre 7,0 % en 2018, après 7,5 % en 2017. Cette baisse s'explique par des tendances structurelles telles que le vieillissement – accroissant les effectifs de personnes exonérés du ticket modérateur – mais aussi par des mesures de régulation de la dépense en santé (mécanismes de modérations des dépassements d'honoraires par exemple). Enfin, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis 2016 s'accompagne d'une meilleure prise en charge de l'optique et des soins dentaires prothétiques par les organismes complémentaires.

Avec une part de sa richesse nationale consacrée à la santé un peu supérieure à la moyenne des pays de l'UE-15, la France est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

La consommation de soins et de biens médicaux ralentit de nouveau du fait de la composante hospitalière

En 2018, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) poursuit son ralentissement avec une croissance en valeur de 1,5 %, après 1,7 % en 2017 et +2,1 % en 2016 (*graphique 1*). Elle atteint ainsi 203,5 milliards d'euros, soit 8,6 % du PIB et 3 037 euros par habitant. La part du PIB consacrée aux dépenses de santé en France est légèrement supérieure à la moyenne de l'Union européenne des Quinze (UE-15), tout comme en Allemagne et en Suède. En revanche, elle est inférieure à la moyenne dans les pays du sud de l'Europe.

En 2017 et 2018, la CSBM en valeur évolue de façon nettement moins dynamique qu'au cours de la période 2009-2016, où elle progressait en moyenne de 2,1 %. Ce rythme ralenti s'explique principalement par des volumes nettement moins allants ces deux dernières années que les années précédentes. C'est en volume que le contraste entre les années 2017-2018 et les années 2009-2016 est le plus marqué. En 2018, si les volumes augmentent de 1,7 %, l'indice de prix se replie de 0,2 %, principalement sous l'effet de la baisse du prix des médicaments.

Le ralentissement récent de la CSBM (en valeur) s'explique principalement par la nette décélération des **soins hospitaliers** qui, après avoir progressé de 1,6 % en 2017, n'augmentent que de 0,8 % en 2018. Ainsi, alors qu'ils représentent de manière structurelle près de la moitié de la CSBM (46,4 % en 2018), ils n'en sont que le deuxième facteur de croissance pour la première fois sur longue période. Les volumes de soins hospitaliers progressent à un rythme plus ralenti depuis 2017 et les prix hospitaliers se sont fortement infléchis en 2018 (+0,0 %, après +0,7 % en 2017). Ce ralentissement des soins hospitaliers s'observe dans le secteur public comme dans le secteur privé. Le **secteur public**, qui pèse environ 77 % des 95 milliards d'euros des soins hospitaliers, progresse de 0,8 % en 2018 (après 1,7 % en 2017), contre 2,4 % entre 2009 et 2016. Le ralentissement de 2018 s'explique principalement par une masse salariale moins dynamique que par le passé. Le **secteur privé**, qui représente environ 23 % des soins hospitaliers, ralentit aussi, principalement du fait de volumes amortis.

Les soins de ville deviennent le premier facteur de croissance des dépenses de santé en 2018

La consommation de **soins de ville** (médecins en cabinets libéraux, auxiliaires médicaux, etc.) est dynamique en 2018 avec une croissance de 2,9 % (après 2,6 % en 2017). Ils atteignent 55 milliards d'euros, soit 27,0 % de la CSBM. Avec ce dynamisme, couplé au ralentissement des soins hospitaliers, les soins de ville expliquent ainsi plus de la moitié de la croissance de la CSBM.

La consommation de soins de médecins et de sages-femmes s'accélère nettement, passant de 2,6 % en 2017 à 4,0 % en 2018. Ils s'élèvent à 23 milliards d'euros¹. Les **soins de médecins spécialistes**, qui représentent 12,4 milliards

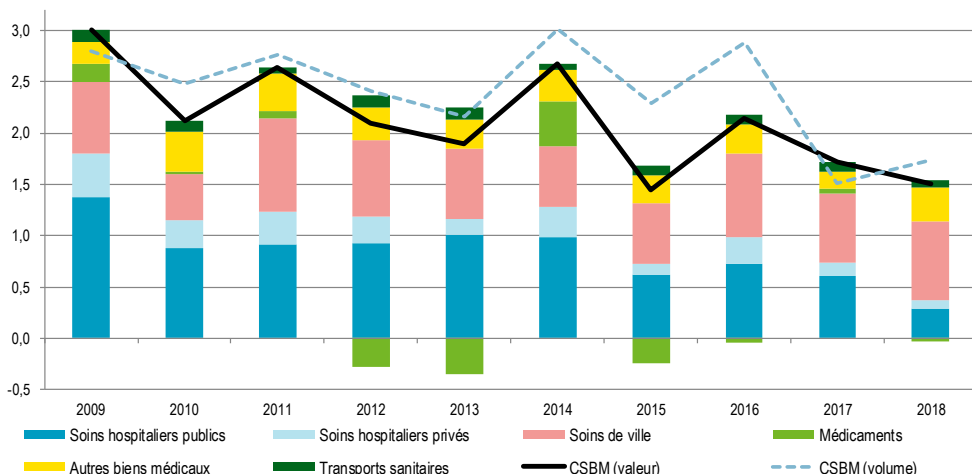
1. Ce montant comprend l'ensemble des honoraires des professionnels en cabinets libéraux ou en dispensaires ainsi que l'ensemble des rémunérations forfaitaires (forfait médecin traitant, majoration pour personnes âgées, rémunération sur objectif de santé publique, etc.). Sur ce périmètre, plus large que celui considéré habituellement, l'évaluation de la consommation n'est pas influencée par la modification

d'euros, sont en augmentation de 4,2 %. Cette hausse est principalement portée par le dynamisme des volumes (+2,2 %). Les prix sont quant à eux portés par des hausses de tarifs de certaines majorations¹. La part des dépassements dans les honoraires des spécialistes du secteur 2 continue de diminuer en 2018. Les **soins des médecins généralistes** (environ 10 milliards d'euros) progressent de 3,9 % avec un effet volume de même ampleur que l'effet prix (+1,9 % pour les volumes et +2,0 % pour les prix). En 2018, plusieurs modalités de la rémunération des médecins ont été modifiées, favorisant une rémunération au forfait par rapport à une rémunération à l'acte. Ainsi, pour les médecins généralistes, la part des forfaits et contrats atteindrait près de 14 % et aurait fortement progressé depuis 2009 ; cette part est quasi négligeable chez les spécialistes. Les **soins des sages-femmes**, moins de 0,4 milliard d'euros, sont particulièrement dynamiques avec une croissance de 7,7 % liée à différents dispositifs (programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation [PRADO], extension du périmètre d'intervention, etc.) qui font plus que compenser la baisse de la natalité.

Les soins des auxiliaires médicaux sont le deuxième facteur de la croissance des soins de ville, en 2018, avec une augmentation de 3,7 %. Cette croissance est principalement stimulée par les **soins d'infirmiers** en hausse de 4,0 % intégralement imputable aux volumes. Ce dynamisme est largement lié au vieillissement de la population et au virage ambulatoire (extension du PRADO depuis 2012 par exemple). De plus, les **soins de masseurs-kinésithérapeutes** restent dynamiques à +2,7 % en 2018, en valeur comme en volume. Comme pour les soins infirmiers, le vieillissement de la population est un déterminant fondamental car il s'accompagne d'une hausse des effectifs de personnes en perte d'autonomie.

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 2018, la CSBM progresse de 1,5 % en valeur dont 0,3 point s'explique par le secteur hospitalier public. En 2018, la CSBM progresse de 1,7 % en volume, le prix se contractant de 0,2 % (soit l'écart entre les progressions en valeur et en volume).

Source > DREES, comptes de la santé.

Concernant les biens médicaux, la **consommation de médicaments** en ambulatoire est quasi stable en 2018 (-0,2 %). Cette quasi-stabilité résulte de prix en baisse de 3,1 % et de volumes en expansion (+3,0 %). La contraction des prix résulte principalement du fort resserrement des prix des spécialités remboursables (-3,7 %), qui représentent 83,1 % de la consommation. La vigueur des volumes est, elle aussi, largement imputable aux médicaments remboursables qui progressent de 4,6 % hors rétrocession hospitalière. La rétrocession hospitalière (i.e., les médicaments délivrés par une pharmacie d'hôpital à des patients non hospitalisés), qui avait été dynamique en 2017, pénalise la croissance des volumes de 1,5 point de pourcentage². En 2018, la structure du marché du médicament reste stable avec 270 laboratoires fabricants qui alimentent environ 21 000 officines via 7 grossistes-répartiteurs.

de certaines modalités de rémunération en 2018 (suppression du forfait médecin traitant, modification du champ de la majoration pour personnes âgées, création d'un forfait patientèle médecin traitant, etc.), qui font suite à la convention médicale d'août 2016.

1. Ces hausses de tarifs s'inscrivent dans le cadre de la convention signée par l'Assurance maladie et les médecins en 2016.

2. La bascule en 2018 de médicaments précédemment distribués par les pharmacies hospitalières vers les officines de ville, tels que des traitements contre l'hépatite C ou des traitements anticancéreux, n'affecte pas le montant du poste de consommation « médicaments » qui comprend l'ensemble des médicaments délivrés en dehors d'une hospitalisation. Il affecte cependant le montant de la rétrocession hospitalière.

Vue d'ensemble > Les dépenses de santé en 2018

L'**optique** reste le deuxième poste de dépenses en biens médicaux après les médicaments. La consommation en optique s'élève à 6,4 milliards d'euros en 2018. Elle rebondit à 4,6 % – principalement portée par des volumes en hausse de 3,6 % – après plusieurs années de progression atone, voire de contraction en 2017. Ce dynamisme est largement imputable à une hausse des remboursements par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances ou institutions de prévoyance). Cette hausse s'expliquerait par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise initiée en 2016, qui s'est accompagnée d'une augmentation de la part des contrats collectifs au détriment des contrats individuels¹. Or, les contrats collectifs ont un taux global de « retour sur cotisations » plus élevé et sont nettement plus couvrants pour l'optique. Ainsi, avec des assurés plus solvables, la demande serait stimulée, entraînant une hausse des volumes et des prix.

Enfin, les **transports sanitaires** ralentissent à 2,6 % en 2018, en partie du fait d'un transfert de prise en charge d'une partie des trajets en ambulance de la ville vers le secteur hospitalier. Si ce report modère mécaniquement le poste, la consommation reste dynamique. La déformation tendancielle de la structure des transports, où les taxis prennent une part de plus en plus importante au détriment des véhicules sanitaires légers (VSL), se prolonge en 2018. Ainsi, les taxis représentent 46 % (+3 points par rapport à 2013) des trajets contre 32 % pour les VSL (-2 points par rapport à 2013). La part des ambulances reste à peu près stable.

La participation des ménages à la CSBM continue de diminuer en 2018

Le **reste à charge** (RAC) en santé des ménages, en proportion de la CSBM, continue de diminuer en 2018 pour s'établir à 7,0 %, après 7,5 % en 2017 et 7,7 % en 2016. Cette participation directe des ménages aux dépenses de santé s'élève à 14,3 milliards d'euros en 2018, ce qui correspond à environ 210 euros par habitant par an. Cette part de la dépense de santé financée par les ménages est la plus faible des pays de l'OCDE, nettement en-dessous de la moyenne des pays de l'Union européenne.

Confirmée en 2018, la baisse du RAC 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 2009 pour atteindre 78,1 % en 2018, ce qui contribue à réduire le RAC des ménages.

Outre le rôle de la Sécurité sociale, l'intervention des **organismes complémentaires** (OC) influence également le RAC. En 2018, la participation des OC s'élève à 13,4 % en 2018 contre 13,1 % en 2017. Cette hausse pourrait être la conséquence de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 qui s'est globalement accompagnée de contrats plus couvrants en optique et en dentaire. Sur ces deux postes, le reste à charge des ménages est historiquement relativement élevé. 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 et des biens intégralement remboursés par l'Assurance maladie et les OC. Cette réforme devrait donc modifier le taux de prise en charge des OC sur ces postes de soins.

Enfin, l'État et les organismes de base au titre de la CMU-C financent également la dépense de santé, pour une part très faible (1,5 % en 2018) mais croissante sur longue période (1,3 % en 2009). Si la Sécurité sociale répond plutôt à une logique assurantielle, l'intervention de l'État avec les organismes de base au titre de la CMU-C s'inscrit plutôt dans une logique de solidarité (aide médicale d'urgence, etc.).

La participation des ménages est loin d'être uniforme selon les postes de dépenses

Selon les postes de dépenses, les différents acteurs – la Sécurité sociale, l'État, les OC – interviennent différemment, impliquant de larges différences de restes à charge pour les ménages (*graphique 2*). Il s'agit de restes à charge moyens pour l'ensemble des ménages : ils peuvent donc masquer de fortes disparités selon le profil des patients (âge, état de santé, etc.).

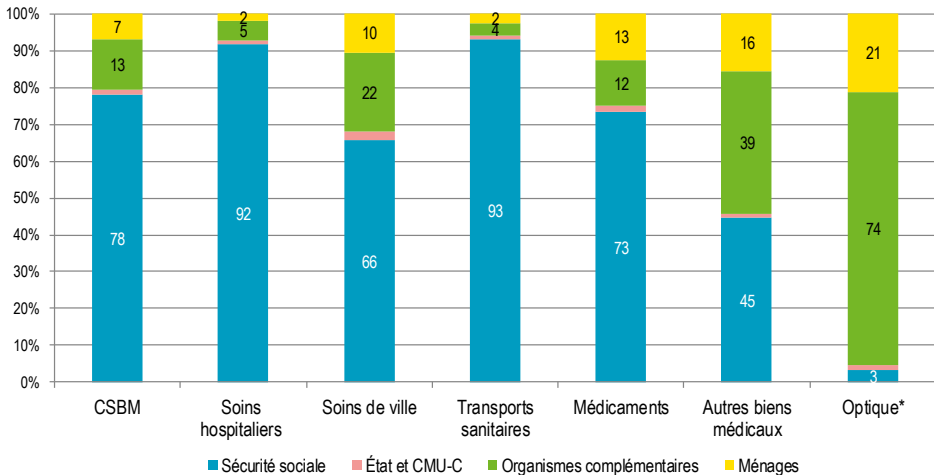
Le poste de dépenses pour lequel les ménages sont le plus mis à contribution est l'**optique**, avec un RAC qui atteint 21,1 %. Pour ce poste, la participation des OC est structurellement très haute et en progression en 2018 pour atteindre 74,2 %, largement au-dessus de leur participation globale au financement de la CSBM à 13,4 %. Enfin, la Sécurité sociale intervient très faiblement (4,7 % de la dépense).

1. Un contrat de complémentaire santé individuel est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat collectif est souscrit par une personne morale au profit d'un groupe de personnes physiques.

Les médicaments constituent le deuxième poste pour lequel la part restant à la charge des ménages est la plus élevée. Le reste à charge pour les médicaments continue de reculer en 2018 pour atteindre 12,6 % du fait de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % s'accroît. Cette tendance repose d'abord sur le vieillissement de la population, qui s'accompagne une progression des personnes exonérées de ticket modérateur *via* la dispositif d'affectation de longue durée (ALD). De plus, 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. Ainsi, en parallèle de la baisse du reste à charge des ménages pour leur consommation de médicaments, la part des OC diminue de 16,2 % en 2009 à 12,5 % en 2018, tandis que les administrations publiques (Sécurité sociale, État et organismes de base en charge de la CMU-C) interviennent de plus en plus, de 68,6 % en 2009 à 74,9 % en 2018.

Graphique 2 Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2018

En %



* Le poste « optique » est inclus dans le poste « autres biens médicaux » et en représente 40 %.

Lecture > En 2018, la Sécurité sociale finance 78 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 92 % des dépenses.

Source > DREES, comptes de la santé.

Ensuite, les ménages financent directement 10,5 % des **soins de ville** en 2018 (soins de médecins, soins d'infirmiers, analyses de laboratoires, etc.). Cette participation baisse continuellement depuis 2009 où elle s'élevait à 13,5 %. Les dépenses des ménages se concentrent principalement sur les soins de médecins *via* les dépassements d'honoraires, et de dentistes *via* les soins prothétiques. Les autres composantes (auxiliaires médicaux, laboratoires, etc.) sont quant à elles très bien prises en charge par la Sécurité sociale.

Pour les médecins, les **dépassements d'honoraires** sont majoritairement réalisés par les spécialistes. Afin de les limiter, deux options de pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-co) ont été introduits le 1^{er} janvier 2017¹ : les médecins spécialistes s'engagent à limiter leurs dépassements en contrepartie du versement d'une prime ou d'une revalorisation des tarifs de certains actes techniques. De plus, depuis le 1^{er} avril 2015, dans le cadre de la réglementation des contrats « responsables », les remboursements des organismes complémentaires sont plafonnés, à 100 % du tarif de la Sécurité sociale pour les médecins hors dispositifs depuis 2017.

Concernant les soins de dentistes, si les soins dentaires conservateurs (consultation usuelle, détartrage, etc.) sont très bien pris en charge la Sécurité sociale, les **soins dentaires prothétiques** ne le sont pas ou très peu, laissant un large champ d'intervention pour les OC. Ainsi, comme pour l'optique, la participation des OC aux soins dentaires est structurellement haute et en progression en 2018 pour atteindre 42,2 %. Comme pour l'optique, la bascule d'assurés de contrats individuels vers des contrats collectifs à la suite de la généralisation de la complémentaire d'entreprise accroît le niveau de couverture global sur ce poste. Avec une participation de 37,6 % des administrations publiques, le reste à charge des ménages sur les soins dentaires s'élève à 20,2 % de la dépense.

Enfin, les **soins hospitaliers** sont et demeurent un poste de très forte intervention des pouvoirs publics qui en financent 92,9 % en 2018, soit le même niveau qu'en 2009. Les organismes complémentaires interviennent peu, mais de manière croissante : ils couvrent 5,2 % de la dépense en 2018 contre 4,8 % en 2009. Ainsi, les soins hospitaliers sont le poste de

1. Ces deux dispositifs de modulation des dépassements d'honoraires (Optam et Optam-co) remplacent le dispositif précédent appelé « contrat d'accès aux soins » (CAS) datant de 2012.

Vue d'ensemble > Les dépenses de santé en 2018

dépenses où le reste à charge moyen des ménages est le plus faible en proportion de la dépense : 1,9 % en 2018 (contre 2,4 % en 2009).

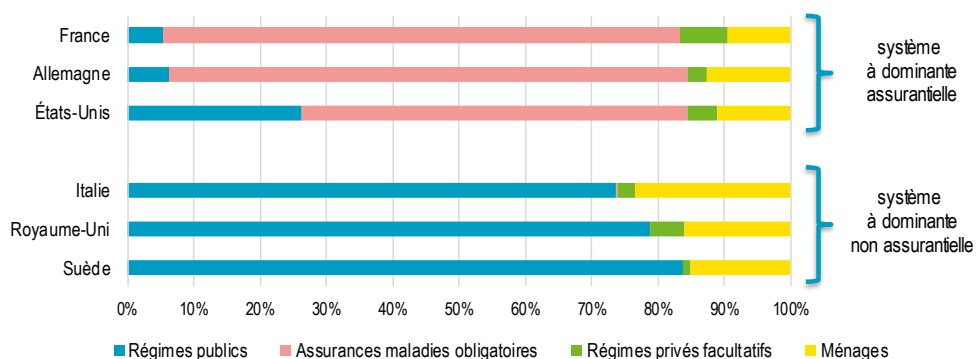
Une approche complémentaire à l'examen des restes à charge en part de la dépense de chaque poste consiste à examiner la **répartition du reste à charge** des ménages entre les différents postes. Ainsi, les soins de ville, comprenant les dépassements d'honoraires et les soins dentaires prothétiques, représentent environ 40 % de la participation des ménages. Les médicaments représentent un peu moins de 30 %. Les autres biens médicaux, comprenant l'optique, sont le troisième poste (18 %). Enfin, malgré la très forte intervention publique, les soins hospitaliers représentent 13 % du reste à charge des ménages. Cette répartition ne détonne pas par rapport aux autres pays de l'OCDE.

La France fait partie des pays dans lesquels l'assurance maladie obligatoire a un rôle prépondérant

Pour effectuer des comparaisons internationales, il est nécessaire de se fonder sur un agrégat plus large que la CSBM : la « dépense courante de santé au sens international » (DCSi) est le seul agrégat harmonisé entre les pays de l'OCDE¹. Au sein des pays de l'OCDE, une des caractéristiques du système de financement français est d'être à **dominante assurantielle** (graphique 3). Ainsi, comme en Allemagne, l'affiliation est obligatoire et les prestations versées le sont 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. Les assurés ont la liberté de choix de leur praticien et de leur établissement de santé. De plus, les dépenses de santé sont remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics, dit « tarif de référence ». Ainsi, en France, comme en Allemagne notamment, les régimes publics et d'assurances maladies obligatoires financent plus de 80 % de la DCSi en 2017.

Graphique 3 Comparaison internationale du financement des dépenses de santé en 2017

En % de la dépense courante de santé internationale



Lecture > En Allemagne, les régimes publics financent 6 % des dépenses de santé (évaluées par l'agrégat de dépense courante de santé internationale).

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

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

Parmi les pays à dominante assurantielle, la France se caractérise en second lieu par une **forte intervention des organismes complémentaires**, c'est-à-dire de régimes privés. Les régimes privés facultatifs² couvrent 7 % de la DCSi en France contre seulement 3 % en Allemagne. De plus, la France se distingue par un niveau élevé de régulation de ce

1. La dépense courante de santé au sens international est un agrégat plus large que la CSBM qui comprend, en sus, les soins de longue durée et certaines prestations pour personnes âgées ou handicapées, des dépenses de prévention, diverses dépenses liées au système de santé et les coûts de gestion. Cette dépense est dite « courante » car elle ne comporte pas de dépenses d'investissement. Cet agrégat est harmonisé au niveau de l'OCDE et permet donc des comparaisons internationales.

2. Depuis 2016, les couvertures souscrites auprès d'OC (privés) dans la cadre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sont considérées comme un régime d'assurance maladie obligatoire. La part de 7 % concerne donc l'intervention des OC en sus de cette disposition. Il y a donc eu une bascule en 2016 d'une partie des « régimes privés facultatifs » vers les « régimes maladie obligatoires ».

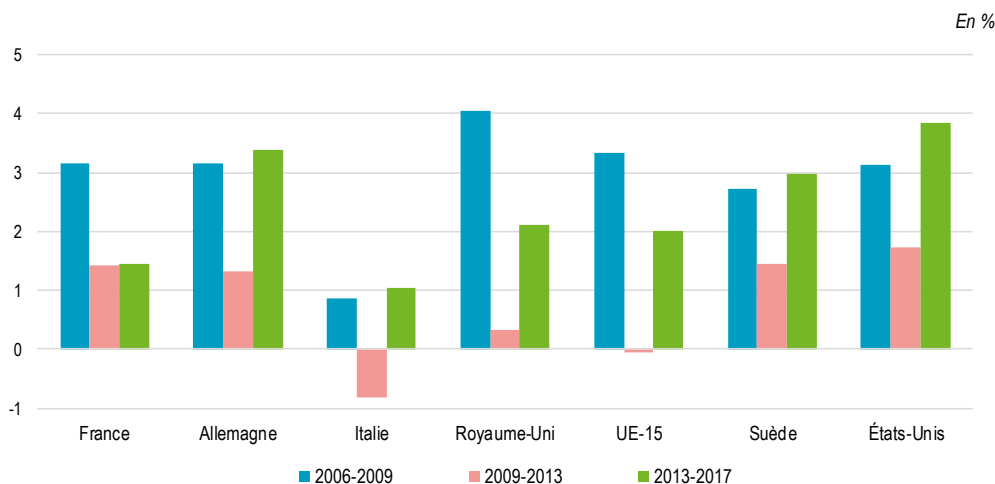
secteur privé par la puissance publique (contrats responsables, généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, réforme « 100 % santé », etc.).

À l'inverse, d'autres pays, comme l'Italie, le Royaume-Uni ou la Suède, ne fondent pas le financement de leur système de santé sur un mode assurantiel. Ils confient à l'État la mission de fournir un **service national de santé**, qui est financé par des impôts (et non des cotisations comme dans un mode assurantiel). Les administrations, centrales ou locales, y financent plus de la moitié des dépenses de santé. Dans ces pays, les médecins assurant les soins primaires exercent souvent dans des centres publics ou sont associés dans un cabinet. Ils sont généralement salariés ou payés à la capitation. Les résidents sont couverts automatiquement, mais le parcours de soins est très encadré. D'une manière générale, les pays dotés d'un service national de santé présentent des dépenses d'administration relativement moins importantes mais affichent des restes à charge globalement plus élevés.

Les dépenses de santé en France restent stables ces dernières années, alors qu'elles augmentent dans l'UE-15

En France, les dépenses de santé (au sens de la DCSi) ont conservé une croissance stable entre les périodes 2009-2013 et 2013-2017, à +1,4 % en moyenne annuelle (*graphique 4*). Elles étaient auparavant nettement plus dynamiques avec une croissance de 3,1 % en moyenne entre 2006 et 2009. Si, comme en France, les dépenses ont fortement ralenti en moyenne au sein de l'Union européenne des Quinze (UE-15) entre les périodes d'avant (2006-2009) et d'après-crise (2009-2013), elles ont accéléré ces dernières années dans l'UE-15. Elles progressent ainsi de 2,0 % entre 2013 et 2017, après une croissance quasi nulle au cours de la période 2009-2013 (-0,1 %). Cette accélération dans l'UE-15 résulte de dépenses plus dynamiques dans certains pays (Allemagne, Suède, Royaume-Uni) et du retour à la croissance dans les pays du sud de l'Europe (Espagne, Italie).

Graphique 4 Comparaison internationale des dépenses de santé (en monnaie nationale constante)



Lecture > Les dépenses de santé (évaluées par l'agrégat de dépense courante de santé internationale) en Allemagne ont progressé en euros constants de 3,4 % en moyenne annuelle entre 2013 et 2017.

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

2

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
La dépense courante
de santé et son financement
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 fournit tout d'abord un aperçu général de ses évolutions, sur les dernières années (voir fiche 1) et sur longue période (voir fiche 2).

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

- *soins ambulatoires* : soins et effectifs de médecins généralistes, de médecins spécialistes, de sages-femmes, d'infirmiers, des autres auxiliaires médicaux, soins de dentistes, transports sanitaires, laboratoires d'analyses et cures thermales (voir fiches 3 à 11) ;
- *biens médicaux* : marché des médicaments, consommation de médicaments en ambulatoire, optique, autres biens médicaux (voir fiches 12 à 16) ;
- *soins hospitaliers* : consommation de soins, situation financière des hôpitaux publics et des cliniques privées à but lucratif, offre et activité hospitalières, avec un zoom sur l'hospitalisation à domicile (voir fiches 17 à 22).

La dernière partie de ce chapitre (voir fiches 23 à 29) explicite le financement des dépenses de santé en France. Les fiches présentent, d'une part, les contributions financières des principaux acteurs de la CSBM : Sécurité sociale, organismes complémentaires, Fonds CMU et ménages (à travers leur reste à charge). D'autre part, sont analysés les liens entre les différents concepts de dépense : l'une des fiches distingue les dépenses remboursées, remboursables et non remboursables, et l'autre fait la jonction entre les concepts de CSBM et d'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam).

La consommation de soins et de biens médicaux

En 2018, la CSBM progresse un peu moins vite en valeur, à +1,5 % contre +1,7 % en 2017

En 2018, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 203,5 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 3 037 euros par habitant. Elle progresse moins vite en 2018 (+1,5 %) qu'en 2017 (+1,7 %) : le plus fort dynamisme des volumes (1,7 %, après 1,5 % en 2017) est atténué par un léger recul des prix de la CSBM (-0,2 %). En 2018, la CSBM représente 8,6 % du PIB et 12,5 % de la consommation effective des ménages.

La CSBM comprend (*graphique 1*) :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissements privés, les consultations externes en établissements publics et les biens médicaux consommés en établissement, pour 46,4 % du total (voir fiche 17) ;
- la consommation de soins de ville, c'est-à-dire les soins médicaux et paramédicaux en cabinets libéraux, en dispensaires, les dépenses d'analyses de laboratoires et les cures thermales, pour 27,0 % du total (voir fiches 3 à 11) ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, pour 16,1 % du total (voir fiche 12) ;
- la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire, pour 7,9 % du total (voir fiches 15 et 16) ;
- la consommation de transports sanitaires, pour 2,5 % du total (voir fiche 10).

La structure de la CSBM est globalement stable sur le long terme. Elle s'est cependant progressivement déformée de 2009 à 2018, la part des médicaments reculant de 0,4 point par an en moyenne, au profit principalement des soins de ville (+0,2 point) et des autres biens médicaux (+0,1 point).

En 2018, les soins de ville deviennent le premier facteur de croissance, en hausse de 4 %

Depuis 2009, la croissance annuelle de la CSBM est inférieure à 3,0 % (*graphique 2*). Ses plus faibles taux de croissance, observés en 2013 et 2015, découlent du recul de la consommation des médicaments (-1,9 % et -1,4 % respectivement). Les ressauts s'expliquent principalement par la revalorisation de la consultation des médecins généralistes en 2011 et par la mise au remboursement de nouveaux traitements innovants contre l'hépatite C en 2014.

Entre 2009 et 2017, les soins hospitaliers sont le principal facteur de croissance de la CSBM avec une contribution moyenne de 1,0 point par an à la croissance de cet agrégat, suivis des soins de ville (pour 0,5 point par an) [voir fiche 2]. Néanmoins, la contribution des soins hospitaliers à la croissance de la CSBM diminue depuis deux ans. En 2018, les soins hospitaliers ne seraient plus que le deuxième contributeur à la croissance de la CSBM, derrière les soins de ville (avec des contributions

respectives de 0,4 point et 0,8 point de croissance), en dépit de leur poids important. En 2018, la consommation de soins hospitaliers est moins dynamique qu'en 2017 (+0,8 % en valeur après +1,6 %), principalement du fait d'un fort ralentissement des prix (+0,0 % contre +0,8 %) [voir fiche 17].

Les soins de ville augmentent de 2,9 % en 2018. En leur sein, la consommation de soins de médecins et de sages-femmes (y compris contrats et autres soins) est le premier facteur de croissance : elle augmente nettement (+4,0 %) du fait d'une hausse des volumes des actes réalisés par les médecins spécialistes, du dynamisme des rémunérations forfaitaires et des dernières hausses de tarifs intervenues en 2018 (voir fiches 3, 4 et 6). Viennent ensuite les dépenses d'auxiliaires médicaux, qui augmentent de 3,7 % en 2018 grâce au dynamisme de leurs volumes (voir fiche 8). Enfin, les soins de dentistes ralentissent en 2018 (+1,4 %, après +1,8 % en 2017) [voir fiche 9].

Après un rebond en 2017, la consommation de médicaments en ambulatoire diminue légèrement en 2018 (-0,2 % après +0,3 % en 2017), le dynamisme des volumes faisant plus que compenser la baisse des prix.

Enfin, les dépenses de transports sanitaires ralentissent en 2018 (+2,6 % après +3,8 % en 2017) en lien avec une bascule de certains trajets dans le champ hospitalier (voir fiche 10).

Le prix de la CSBM baisse légèrement en 2018

En 2018, le prix des soins et des biens médicaux diminue légèrement (-0,2 %) après un rebond en 2017 (+0,2 %), renouant ainsi avec la période 2010-2016 de baisse des prix (*graphique 3*). En particulier, le prix des médicaments continue de baisser en 2018 (-3,1 %), contribuant pour 0,5 point à la baisse des prix de la CSBM. À l'inverse, les prix des soins de ville augmentent légèrement, même s'ils sont moins dynamiques qu'en 2017 (+0,8 % contre +1,2 %). Les prix des soins hospitaliers, des autres biens médicaux en ville et des transports sanitaires sont, quant à eux, stables.

En 2018, le volume des soins et biens médicaux est plus dynamique qu'en 2017

Entre 2010 et 2016, la CSBM croît légèrement plus vite en volume qu'en valeur. En 2017, sa croissance en volume avait fortement ralenti (+1,5 %, après +2,9 % en 2016) [*graphique 4*]. En 2018, la CSBM en volume progresse un peu plus vite (+1,7 %), du fait notamment du dynamisme des soins de ville et des autres biens médicaux (respectivement +0,2 point et +0,1 point de contribution entre 2017 et 2018). Les soins hospitaliers et les médicaments contribuent également à la croissance en volume de la CSBM, dans une ampleur toutefois comparable à 2017, et nettement en dessous des années précédentes.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

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

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2017	Contribution 2018
Soins hospitaliers	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 320	93 770	94 502	0,8	0,4
Secteur public	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	71 182	72 373	72 959	0,8	0,3
Secteur privé	18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 397	21 543	0,7	0,1
Soins ambulatoires	91 534	93 172	95 606	97 229	98 552	101 147	102 516	104 758	106 688	108 964	2,1	1,1
- Soins de ville*	43 419	44 175	45 749	47 081	48 314	49 404	50 538	52 132	53 465	55 016	2,9	0,8
- Soins de médecins et de sages-femmes**	18 401	18 225	18 913	19 021	19 298	19 715	20 078	20 568	21 128	21 135	4,0	0,4
- Contrats et autres soins**	306	313	310	570	612	634	646	690	677	1 554		
- Soins d'auxiliaires médicaux	10 513	11 036	11 521	12 322	13 105	13 768	14 351	14 974	15 501	16 071	3,7	0,3
- Soins de dentistes	9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 276	11 435	1,4	0,1
- Laboratoires d'analyses	4 218	4 280	4 393	4 334	4 340	4 315	4 314	4 413	4 466	4 410	-1,3	0,0
- Cures thermales	320	328	332	353	364	387	392	408	416	412	-0,7	0,0
- Médicaments	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 661	32 761	32 689	-0,2	0,0
- Autres biens médicaux***	11 192	11 853	12 488	13 047	13 559	14 122	14 630	15 158	15 476	16 142	4,3	0,3
- Transports sanitaires	3 572	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 987	5 117	2,6	0,1
Ensemble	169 890	173 488	178 066	181 796	185 241	190 206	192 946	197 078	200 458	203 466	1,5	1,5
CSBM en % du PIB	8,8	8,7	8,7	8,7	8,7	8,8	8,8	8,8	8,7	8,6		
CSBM en % de la consommation effective des ménages	12,4	12,3	12,3	12,4	12,5	12,6	12,6	12,6	12,6	12,5		
Évolution de la Valeur	3,0	2,1	2,6	2,1	1,9	2,7	1,4	2,1	1,7	1,5		
CSBM (en %) Prix	0,2	-0,4	-0,1	-0,3	-0,3	-0,3	-0,8	-0,7	0,2	-0,2		
CSBM (en %) Volume	2,8	2,5	2,8	2,4	2,2	3,0	2,3	2,9	1,5	1,7		

* 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.

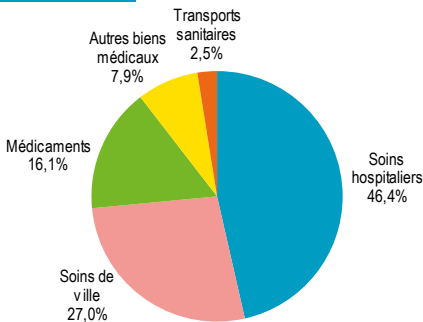
** Les évolutions entre 2017 et 2018 du poste de soins de médecins et de sages-femmes et du poste de contrats et autres soins ne sont pas présentées ici à cause d'une rupture de série méthodologique. Seule l'évolution de l'agrégat (soins de médecins et de sages-femmes, y compris contrats et autres soins) peut être commentée (voir fiches 3 et 4).

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

Lecture > En 2018, la CSBM progresse de 1,5 %, dont 0,4 point provient des soins hospitaliers qui augmentent de 0,8 % en un an.

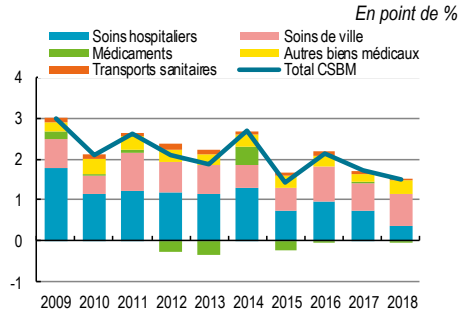
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2018

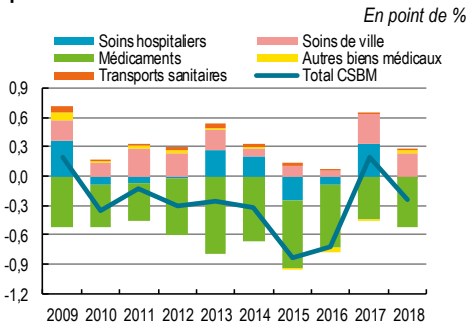


Source > DREES, comptes de la santé.

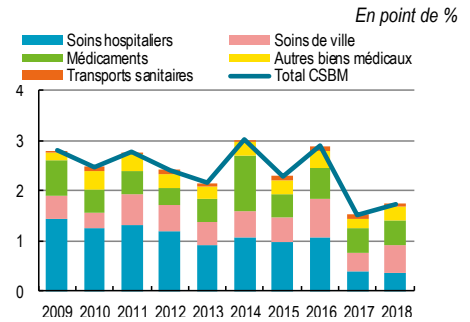
Graphique 2 Contributions à la croissance en valeur de la CSBM



Graphique 3 Contributions à la croissance en prix de la CSBM



Graphique 4 Contributions à la croissance en volume de la CSBM



Entre 1950 et 2018, les dépenses de santé ont progressé en France à un rythme annuel moyen bien supérieur à celui du PIB : +9,6 % pour la **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM), contre +7,9 % pour le PIB en valeur. De ce fait, la part de la CSBM dans la production nationale a plus que triplé au cours de la période, passant de 2,5 % à 8,6 % du PIB (*graphique 1*).

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

Entre 1950 et 1985, la part de la CSBM dans le PIB progresse de 4,4 points. Durant cette période, le système de santé se déploie : le développement et l'extension de la Sécurité sociale rend solvable la demande de soins stimulant en retour le développement de l'offre. La couverture maladie se généralise progressivement et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe ainsi de 50,9 % en 1950 à 78,6 % en 1985. Ainsi, l'ensemble des composantes de la CSBM est très dynamique pendant cette période. Les volumes de médicaments consommés progressent très fortement (+10,4 % en moyenne annuelle) (*graphique 2*). La dépense hospitalière augmente nettement (un peu plus de 7,5 % par an en volume), du fait d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. En matière de soins de ville, le volume de la dépense progresse de 6,6 % par an en moyenne, en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques, etc.) et de demande. Les assurances complémentaires participent également au financement de cette demande : leur taux de couverture passe de 31,0 % en 1960 à 69,0 % en 1980.

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

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

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

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

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

Ainsi, la part des dépenses de santé dans le PIB, proche de 6,9 % du PIB entre 1985 et 1988, progresse beaucoup plus lentement qu'auparavant, lors des périodes de croissance économique. En revanche, les périodes de ralentissement ou de récession économique provoquent des ressauts de la CSBM dans le PIB. Entre 1992 et 1993, celle-ci gagne 0,4 point de PIB, entre 2001 et 2004 +0,5 point de PIB et, en 2009, 0,5 point pour atteindre 8,8 % du PIB. Au total, la CSBM progresse ainsi de 1,2 point de PIB de 1985 à 2018.

Une structure de la CSBM en constante évolution

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

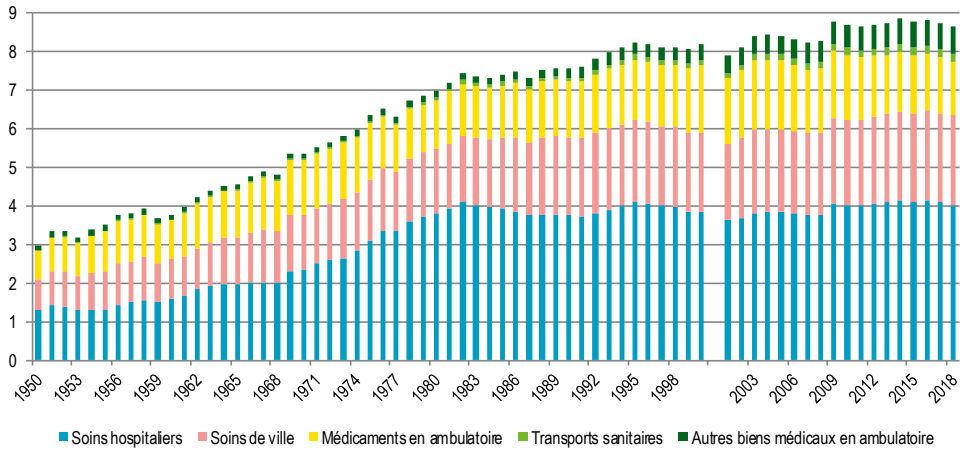
Depuis 2001, malgré l'innovation thérapeutique, la part des médicaments en ambulatoires recule (-6 points, suite aux mesures de régulation de l'Assurance maladie) au profit des autres biens médicaux et des transports sanitaires (+3 points) et, dans une moindre mesure, des soins de ville (+2 points) et des soins hospitaliers (+0,4 point).

Pour en savoir plus

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

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

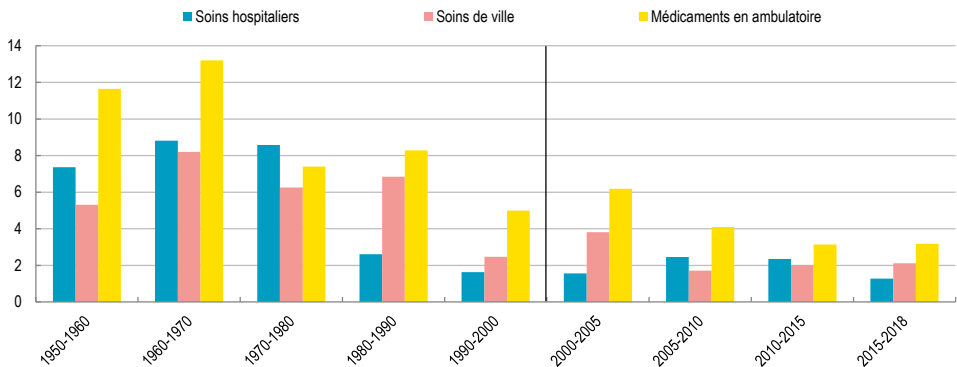
En % du PIB



Sources > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2018) ; Insee, comptes nationaux, base 2014 pour le PIB.

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

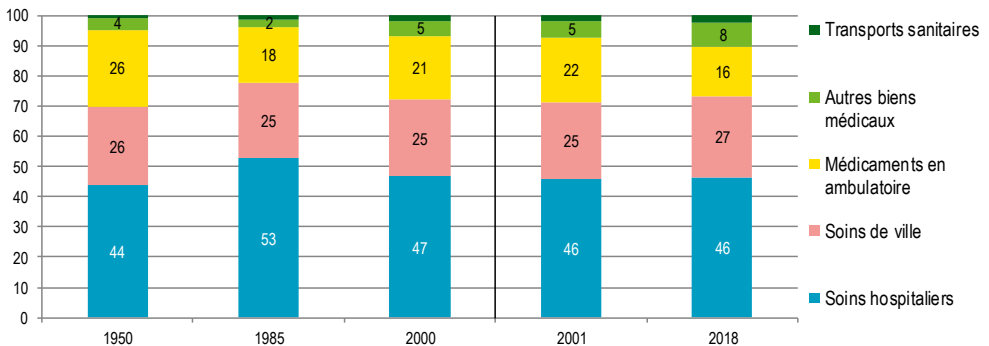
En %



Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2018).

Graphique 3 Structure de la CSBM, en valeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2018).

Les soins ambulatoires

En 2018, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires, dans une acceptation large comprenant l'ensemble des rémunérations forfaitaires) augmente fortement (+3,9 %) pour atteindre 9,8 milliards d'euros (*tableau 1*). Ce poste de dépenses représente 4,8 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribue pour 0,2 point à la croissance de cet agrégat.

Hors rémunérations forfaitaires, la consommation de soins de médecins généralistes en ville s'élève à 8,4 milliards d'euros. Ce montant n'est pas directement comparable à celui de 2017 du fait de modifications en 2018 de certains paiements forfaitaires : suppression du forfait médecin traitant et de la rémunération médecin traitant, modification de la majoration pour personnes âgées (*encadré*).

Le volume de ces soins évolue par à-coups. Il est déterminé à la fois par l'intensité et le calendrier des épidémies (*graphique 1*) mais aussi par l'évolution des rémunérations forfaitaires. En 2017, il avait diminué de 1,2 %, principalement pour des raisons épidémiques : les soins de médecins généralistes ont en effet été plus élevés en 2016 en raison de la survenue de deux épisodes de grippe (respectivement en début et en fin d'année), contre un seul en 2017, d'intensité modérée. En 2018, ces volumes de soins repartent à la hausse (+1,9 %) principalement sous l'effet du dynamisme des rémunérations forfaitaires et de la création du forfait patientèle médecin traitant.

L'évolution des prix est quant à elle liée à celle des tarifs des consultations, des actes, ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires. Après une hausse en 2011 due à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (de 22 à 23 euros), la croissance des prix est restée inférieure à 0,5 % 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 désormais à 25 euros.

En 2018, les prix ralentissent légèrement (+2,0 %) en lien avec la fin de la montée en charge de la convention médicale.

Les dépassements poursuivent leur repli

Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (2,5 % en 2018) [*graphique 2*]. Ils sont en repli depuis plusieurs années. Ceci découle, d'une part, de la baisse du nombre de médecins généralistes libéraux de secteur 2 pratiquant des honoraires libres (-5,5 % par an en moyenne depuis 2009) [voir fiche 5]. D'autre part, les dépassements rapportés à l'ensemble des honoraires de généralistes de secteur 2 sont en constante diminution depuis dix ans : cette part est passée de 30,7 % en 2009 à 25,3 % en 2017.

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).

Les rémunérations forfaitaires représentent désormais une part significative des honoraires

Entre 2009 et 2018, la part des principales rémunérations forfaitaires (contrats, permanence des soins, ROSP, FMT) dans la rémunération des généralistes a doublé. Elle atteindrait 12 % en 2018 selon la CNAM (*graphique 3*). En revanche, la part des actes cliniques (consultations et visites) dans les rémunérations a diminué, passant de 88 % en 2009 à 81 % en 2018. Dans le même temps, la part des actes techniques dans la rémunération des généralistes a légèrement augmenté (de 1,5 point, à 7 % en 2018).

Soins de médecins généralistes de ville : la consommation de soins de médecins généralistes de ville concerne les médecins en cabinets libéraux et en dispensaires. Elle comprend *stricto sensu* :

- les honoraires médicaux (tarifs opposables, dépassements),
- certains paiements forfaitaires : forfait médecin traitant (FMT), rémunération médecin traitant (RMT), majorations personnes âgées (MPA).

Ainsi, sont exclues certaines modalités de rémunération :

- les rémunérations sur contrats (permanence des soins, etc.), retracées dans le poste « contrats et autres soins »,
- la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), retracée dans le poste « contrats et autres soins »,
- les honoraires perçus lors de consultations en établissements publics et privés (retracés dans la dépense hospitalière),
- les prises en charge de cotisations par l'Assurance maladie dont bénéficient ces professionnels (retracées dans les subventions au système de soins).

En 2018, suivant la convention médicale d'août 2016, le FMT et la RMT sont supprimés, et le champ d'application de la MPA est réduit (auparavant accordée pour tenir compte du suivi spécifique par les médecins traitants de leurs patients âgés de plus de 80 ans, elle s'adresse désormais aux médecins pour le suivi des patients de plus de 80 ans dont ils ne sont pas le médecin traitant). En parallèle, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) est mis en place (800 millions d'euros tous régimes confondus en 2018), et classé dans le poste « contrats et autres soins ». Afin de produire des analyses comparables, pour cette édition, un agrégat plus large (dit « périmètre ajusté ») est retenu, regroupant la consommation de soins *stricto sensu* et l'ensemble des rémunérations forfaitaires. Dans les mois à venir, des travaux méthodologiques seront engagés afin d'harmoniser le traitement des différents paiements forfaitaires dans les comptes de la santé.

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

Tableau 1 Consommation de soins de médecins généralistes en ville

Montants en millions d'euros et évolution en pourcentage

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
(1)	Consommation <i>stricto sensu</i>	8 447	8 181	8 564	8 495	8 542	8 662	8 713	8 813	8 952	8 436
	Évolution (en %) Valeur	0,5	-3,2	4,7	-0,8	0,6	1,4	0,6	1,2	1,6	-5,8*
(2)	Rémunérations forfaitaires**	213	227	253	388	402	427	445	496	470	1 349
(3) = (1) + (2)	Consommation sur périmètre ajusté	8 659	8 407	8 817	8 883	8 944	9 089	9 157	9 309	9 421	9 785
	Valeur	0,6	-2,9	4,9	0,8	0,7	1,6	0,8	1,7	1,2	3,9
	Évolution (en %) Prix	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5	2,0
	Volume	0,4	-3,2	2,8	0,3	0,6	1,5	0,2	1,4	-1,2	1,9

* La consommation *stricto sensu* n'est pas comparable entre 2017 et 2018 compte tenu des différentes évolutions affectant en 2018 les dépenses versées au titre des rémunérations forfaitaires (*encadré*). La consommation sur périmètre ajusté porte sur un périmètre plus large (honoraires et forfaits) mais sans rupture de série.

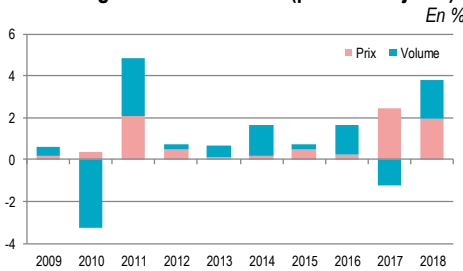
** Rémunérations versées par l'Assurance maladie : rémunérations sur contrat (permanence des soins, etc.), ROSP et FPMT (*encadré*).

Note > L'indice de prix Insee présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). Les rémunérations forfaitaires des médecins sont considérées comme de purs effets qualité et n'interviennent donc pas dans le calcul de l'indice de prix. À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice spécifique pour chaque catégorie de médecins, mais cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé, faute de recul suffisant. En 2018, l'effet prix s'élève à +2,9 % pour les soins de médecins généralistes.

Lecture > En 2018, la consommation de soins de médecins généralistes en ville s'élève à 9,8 milliards d'euros, dont 1,3 milliard d'euros de rémunérations forfaitaires versées par l'Assurance maladie.

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

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins de généralistes en ville (périmètre ajusté)

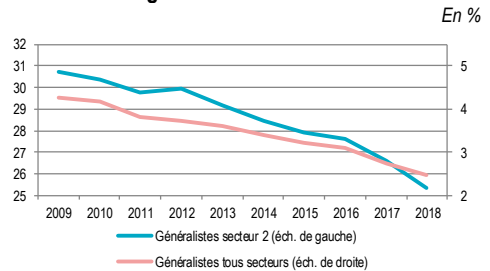


Note > L'indice de prix est commun aux médecins généralistes et spécialistes. La consommation de soins de généralistes en ville s'entend sur un périmètre ajusté, c'est-à-dire y compris rémunérations forfaitaires versées par l'Assurance maladie.

Lecture > En 2018, les volumes de soins de généralistes en ville augmentent de 2,1 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires des généralistes libéraux



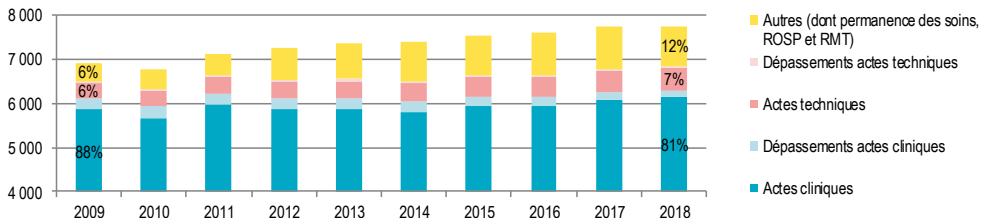
Lecture > En 2018, les dépassements représentent 25,3 % des honoraires des généralistes libéraux exerçant en secteur 2.

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

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

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

En millions d'euros



Note > Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires + rémunérations forfaitaires. Le champ de la dépense retracée dans ce graphique diffère de celui de la consommation de soins de médecins généralistes en ville des comptes de la santé (*tableau 1*). En effet, le graphique inclut les rémunérations forfaitaires et exclut les dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement ; par ailleurs, il porte uniquement sur les dépenses traitées par la CNAM. De plus, les données du graphique sont des données statistiques en dates de remboursement : les différentes dépenses présentées pour l'année *n* ne concernent pas forcément des soins dispensés cette même année, et notamment les différents forfaits qui sont versés avec un an de décalage.

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

En 2018, la consommation de **soins de médecins spécialistes en ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires, dans une acceptation large comprenant l'ensemble des rémunérations forfaitaires) augmente fortement en 2018 (+4,2 %) et atteint 12,4 milliards d'euros (*tableau 1 et encadré*). Ce poste de dépenses représente 6,1 % du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribue pour 0,3 point à la croissance de cet agrégat.

Le dynamisme de ce poste est porté depuis plusieurs années par les volumes (+2,2 % en 2018), et notamment par l'augmentation du nombre d'actes techniques, de scanners et d'IRM (*graphique 1*).

L'évolution des prix est liée à la fois à celle des tarifs des consultations et des actes et à celle des dépassements d'honoraires. Après une croissance modérée depuis 2011, l'indice des prix redevient dynamique en 2017 (+2,5 %) et atteint +2,0 % en 2018 sous l'effet de la convention signée en août 2016 avec l'Assurance maladie. Celle-ci a mis en œuvre plusieurs hausses de tarifs pour les médecins en 2017 et 2018, notamment pour certaines majorations de consultations pour les spécialistes.

Au sein de la consommation de soins de médecins spécialistes en cabinets libéraux, six ensembles de spécialités représentent environ les deux tiers de la consommation : radiologie (23 %), ophtalmologie (13 %), cardiologie (8 %), gynécologie (8 %), chirurgie (7 %) et psychiatrie (6 %)¹. Cette répartition est relativement stable d'une année sur l'autre.

La part des dépassements dans les honoraires des spécialistes de secteur 2 continue de s'infléchir

Depuis 2012, les dépassements d'honoraires des spécialistes libéraux de secteur 2, seuls habilités à pratiquer des dépassements (« honoraires libres »), augmentent moins vite que leurs honoraires. En conséquence, la part des dépassements dans leurs honoraires diminue : après avoir crû de 0,6 point par an en moyenne entre 2009 et 2011, elle a reculé de 0,5 point par an depuis lors. En 2018, elle est estimée à 31,5 % en

moyenne (*graphique 2*). Si le nombre de médecins spécialistes exerçant en secteur 2 continue d'augmenter (voir fiche 5), la part des dépassements dans les honoraires des spécialistes tous secteurs confondus se stabilise néanmoins depuis 2014, autour de 17,7 %. Cette part reste toutefois bien supérieure à celle des médecins généralistes (2,5 %) [voir fiche 3].

Afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins, plusieurs accords ont été signés, notamment le contrat d'accès aux soins (CAS) en 2012, remplacé depuis le 1^{er} janvier 2017 par deux options de pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optamco) [voir glossaire]. À travers ces dispositifs, les médecins spécialistes s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie du versement d'une prime ou d'une revalorisation des tarifs de certains actes techniques. De plus, depuis le 1^{er} avril 2015, dans le cadre de la réglementation des contrats « responsables », les remboursements des organismes complémentaires sont plafonnés pour les médecins non signataires (125 % du tarif de la Sécurité sociale en 2015 et 2016, 100 % depuis 2017).

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

La structure des soins des médecins spécialistes se déforme depuis de nombreuses années, le montant des actes cliniques diminuant au profit de celui des actes techniques. La part des actes techniques dans la dépense présentée au remboursement a ainsi gagné près de 0,7 point par an en moyenne (dont +0,4 point pour les dépenses aux tarifs opposables et +0,3 point pour les dépassements), passant de 58 % en 2009 à 64 % en 2018 (*graphique 3*).

Les rémunérations forfaitaires (notamment permanence des soins et ROSP) représentent moins de 1 % de la dépense présentée au remboursement. En 2018, elles représenteraient 51 millions d'euros.

1. Statistiques pour le régime général sur les dépenses présentées au remboursement (dépenses aux tarifs opposables et dépassements) en France métropolitaine, en dates de remboursement.

Soins de médecins spécialistes de ville : la consommation de soins de médecins spécialistes de ville concerne les médecins en cabinets libéraux et en dispensaires. Comme pour les médecins généralistes, elle comprend *stricto sensu* les honoraires médicaux (tarifs opposables, dépassements) et certains paiements forfaitaires. La consommation de soins de médecins spécialistes en ville en 2018 n'est pas directement comparable à celle de 2017 du fait de réformes en 2018 de certains paiements forfaitaires inclus dans cet agrégat (modification de la majoration pour personnes âgées, suppression du forfait médecin traitant et de la rémunération médecin traitant), remplacés par un nouveau paiement forfaitaire (forfait patientèle médecin traitant) exclu de cet agrégat (voir encadré fiche 3).

Afin de produire des analyses comparables, pour cette édition, un agrégat plus large (dit « périmètre ajusté ») est retenu, regroupant la consommation de soins *stricto sensu* et l'ensemble des rémunérations forfaitaires. Dans les mois à venir, des travaux méthodologiques seront engagés afin d'harmoniser le traitement des différents paiements forfaitaires dans les comptes de la santé. Néanmoins, étant donné la faible part des rémunérations forfaitaires dans les dépenses des médecins spécialistes, les conséquences de cette modification méthodologique sont beaucoup moins marquées que pour les médecins généralistes.

Tableau 1 Consommation de soins de médecins spécialistes en ville

Montants en millions d'euros et évolution en pourcentage

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
(1)	Consommation <i>stricto sensu</i>	9 807	9 884	10 178	10 338	10 537	10 810	11 096	11 459	11 858	12 355
	Évolution (en %) Valeur	2,7	0,8	3,0	1,6	1,9	2,6	2,6	3,3	3,5	4,2*
(2)	Rémunérations forfaitaires**	27	27	28	24	31	40	39	42	45	51
(3) = (1) + (2)	Consommation sur périmètre ajusté	9 834	9 911	10 206	10 362	10 569	10 850	11 136	11 501	11 903	12 406
	Valeur	2,7	0,8	3,0	1,5	2,0	2,7	2,6	3,3	3,5	4,2
	Évolution (en %) Prix	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5	2,0
	Volume	2,5	0,4	0,9	1,0	1,9	2,5	2,1	3,0	1,0	2,2

* La consommation *stricto sensu* n'est pas comparable entre 2017 et 2018 compte tenu des différentes évolutions affectant en 2018 les dépenses versées au titre des rémunérations forfaitaires (*encadré*). La consommation sur périmètre ajusté porte sur un périmètre plus large (honoraires et forfaits) mais sans rupture de série.

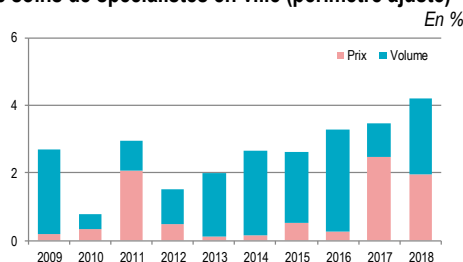
** Rémunérations versées par l'Assurance maladie : rémunérations sur contrat (permanence des soins, etc.), ROSP et FPMT.

Note > L'indice de prix Insee présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). Les rémunérations forfaitaires des médecins sont considérées comme de purs effets qualité et n'interviennent donc pas dans le calcul de l'indice de prix. À compter de l'édition 2017, l'Insee produit un indice spécifique pour chaque catégorie de médecins, mais cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé faute de recul suffisant. En 2018, l'effet prix s'élève à +1,9% pour les soins de médecins spécialistes.

Lecture > En 2018, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville s'élève à 12,4 milliards d'euros, dont 51 millions d'euros de rémunérations forfaitaires versées par l'Assurance maladie.

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

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins de spécialistes en ville (périmètre ajusté)

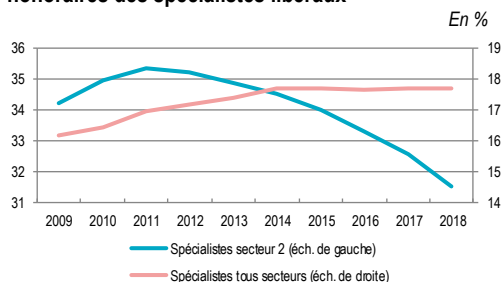


Note > L'indice de prix est commun aux médecins généralistes et spécialistes. La consommation de soins de spécialistes en ville s'entend sur un périmètre ajusté, c'est-à-dire y compris rémunérations forfaitaires versées par l'Assurance maladie.

Lecture > En 2018, les volumes de soins de spécialistes en ville augmentent de 2,2 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires des spécialistes libéraux

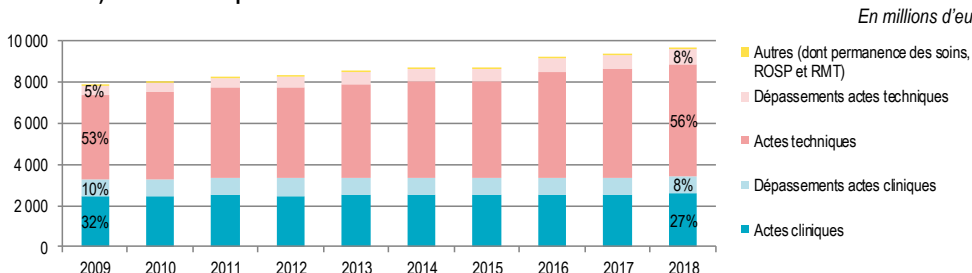


Lecture > En 2018, les dépassements représentent 31,5 % des honoraires des spécialistes libéraux exerçant en secteur 2.

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

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

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



Note > Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires + rémunérations forfaitaires. Le champ de la dépense retracée dans ce graphique diffère de celui de la consommation de soins de médecins spécialistes en ville des comptes de la santé (*tableau 1*). En effet, le graphique inclut les rémunérations forfaitaires et exclut les dépenses non remboursables ou non présentées au remboursement ; par ailleurs, il porte uniquement sur les dépenses traitées par la CNAM. De plus, les données du graphique sont des données statistiques en dates de remboursement : les différentes dépenses présentées pour l'année *n* ne concernent pas forcément des soins dispensés cette même année, et notamment les différents forfaits qui sont versés avec un an de décalage.

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

En 2018, le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) recense près de 227 000 médecins¹ en France (tableau 1). Les médecins libéraux et mixtes (exerçant à la fois en libéral et en salarié) représentent 57 % de l'ensemble de la profession. Parmi les médecins exclusivement salariés, 72 % exercent à l'hôpital.

Les médecins de plus en plus souvent salariés

Les effectifs de médecins continuent de croître faiblement en 2018 (+0,3 %) [graphique 1]. Depuis plusieurs années, la quasi-totalité de la croissance des effectifs de médecins relève du salariat hospitalier (qui contribue pour plus de 0,2 point en 2018). Les médecins salariés non hospitaliers contribuent dans une moindre mesure à la croissance globale (un peu moins de 0,2 point en 2018). Enfin, l'exercice libéral ou mixte continue de régresser et demeure un facteur de baisse des effectifs de médecins en 2018.

La formation des médecins étant longue (neuf à onze ans selon les spécialités), le ralentissement des effectifs n'est pas compensé par la hausse continue du *numerus clausus*, qui s'estabilisé à 8 811 places en 2018, soit 21 % de plus que le niveau en vigueur en 2008. En 2018, le *numerus clausus* augmenté plus fortement que les années précédentes, de +7,4 %, après +1,0 % en 2017, et +6,3 % en 2016.

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

Selon les données de la base Assurance maladie – offre de soins (AMOS), distincte du répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), un peu plus de 113 400 médecins libéraux exercent en France fin 2018. Leurs effectifs diminuent de nouveau (-0,5 % en 2018 après -0,4 % en 2017), tant pour les omnipraticiens (-0,9 %) que pour les spécialistes (-0,1 %).

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

En revanche, chez les spécialistes libéraux, la part de praticiens en secteur 1 passe de 59 % en 2009 à 52 % en

2018, soit une baisse moyenne de 0,5 point de pourcentage par an. L'ampleur de cette baisse s'accroît d'année en année pour atteindre -1,2 point en 2018 du fait de flux importants d'installations en secteur 2. En conséquence, 47 % des spécialistes exercent en secteur 2 en 2018 (soit 7 points de plus qu'en 2009). Cette hausse de la part du secteur 2 tient pour plus de moitié aux effectifs de quatre spécialités : radiologie, anesthésie, psychiatrie et chirurgie orthopédique et traumatologie.

La population des médecins continue de se féminiser et de rajeunir

Le mouvement de féminisation de la population des médecins s'accroît avec les jeunes générations (graphique 3). Toutes classes d'âge confondues, la part des femmes passe de 46 % en 2017 à 47 % en 2018, et pourrait dépasser 60 % en 2040 d'après les dernières projections de la DREES. Malgré cette féminisation de la profession, les choix de spécialités restent très sexués. Ainsi, les femmes choisissent majoritairement l'endocrinologie (75 %), la gynécologie médicale (74 %), la dermatologie (71 %) ou la pédiatrie (70 %). Elles sont en revanche moins de 20 % à opter pour certaines spécialités chirurgicales (11 % en chirurgie thoracique, 7 % en chirurgie orthopédique par exemple).

En 2018, 33 % des médecins ont moins de 45 ans, 53 % ont entre 45 et 64 ans, et 14 % ont 65 ans et plus.

Les inégalités régionales persistent

En 2018, la densité moyenne de praticiens est quasiment stable à 339 médecins pour 100 000 habitants en France, (337 un an auparavant). La répartition des médecins sur le territoire est proche de celle de 2017 et les inégalités régionales persistent. La densité est maximale en région PACA, en Île-de-France, et en Occitanie (carte 1) qui comptent plus de 350 médecins pour 100 000 habitants. À l'opposé, la densité est minimale à Mayotte et en Guyane (respectivement 75 et 203 médecins pour 100 000 habitants). Avec environ 300 médecins pour 100 000 habitants, la situation de la Guadeloupe, la Réunion et la Corse s'améliore, tandis que celle de Mayotte et la Guyane se dégrade. La Guyane, dont la densité est relativement faible, voit celle-ci diminuer de plus de 4 % en 2018.

1. Les effectifs renseignés pour l'année 2018 correspondent aux professionnels de santé recensés en France par le RPPS au 1^{er} janvier 2019 et par AMOS au 31 décembre 2018.

Pour en savoir plus

- > Anguis, M., Chaput, H., Marbot, C., *et al.* (2018, mai). 10 000 médecins de plus depuis 2012. DREES, *Études et Résultats*, 1061.
- > Bachelet, M. et Anguis, M. (2017, mai). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES, *Études et Résultats*, 1011.
- > Outil de projections d'effectifs de médecins à l'horizon 2040, disponible à l'adresse <http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
- > Données sur la démographie médicale au 1er janvier 2019, téléchargeables sur Data.Drees (www.data.drees.sante.gouv.fr)

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

En milliers et en %

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2017 (%)	TCAM 2018/2011 (%)
Ensemble	213 821	212 044	213 442	216 762	218 296	220 474	222 150	223 571	224 875	226 219	226 859	0,3	0,7
Médecins libéraux et mixtes	125 127	125 458	125 547	129 721	130 106	130 477	130 449	130 006	129 809	129 758	129 403	-0,3	0,0
Médecins salariés	88 694	86 586	87 895	87 041	88 190	89 997	91 701	93 565	95 066	96 461	97 456	1,0	1,6
dont salariés hospitaliers	65 188	62 135	63 488	59 061	62 098	63 555	65 027	66 596	68 009	69 306	69 865	0,8	2,4
Numerus clausus	7 300	7 400	7 400	7 400	7 500	7 492	7 497	7 646	8 124	8 205	8 811	7,4	2,5

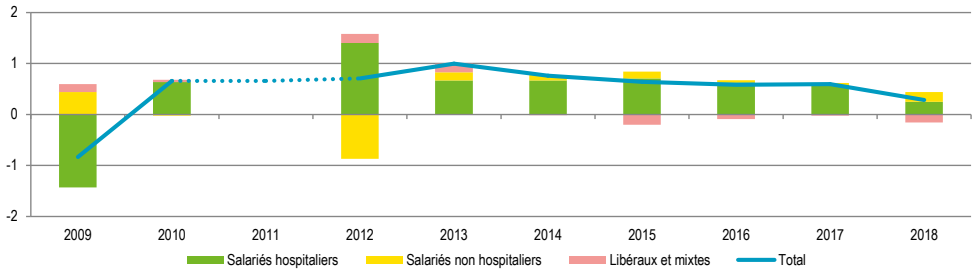
Note > TCAM : taux de croissance annuel moyen.

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

Sources > DREES, Adeli 2009-2011 pour les années 2008-2010, RPPS 2012-2019 pour les années 2011-2018, Légifrance.

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

En %

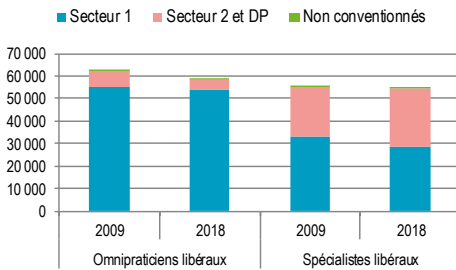


Note > Le changement de répertoire en 2011 (passage d'Adeli au RPPS) ne permet pas d'analyser l'évolution 2010-2011.

Sources > DREES, Adeli 2010-2011 pour les années 2009-2010, RPPS 2012-2019 pour les années 2011-2018, calculs DREES.

Graphique 2 Effectifs des médecins libéraux

En milliers

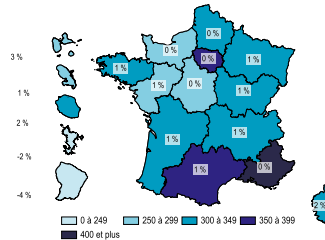


Note > DP : droit permanent à dépassement (dispositif en extinction, antérieur à la création du secteur 2).

Sources > CNAM, SNIR 2009, AMOS 2018.

Carte 1 Densité de médecins en 2018 et évolution annuelle

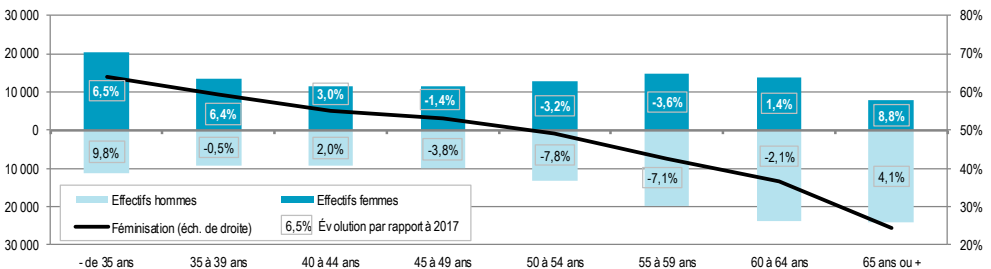
Pour 100 000 habitants



Lecture > En 2018, la densité de médecins en Île-de-France est de 393 pour 100 000 habitants, stable sur un an.

Sources > DREES, RPPS 2019 ; Insee pour la population.

Graphique 3 Taux de féminisation et répartition des médecins selon l'âge et le sexe en 2018



Lecture > En 2018, on dénombre un peu plus de 20 000 médecins femmes de moins de 35 ans ; cet effectif a augmenté de 6,5 % par rapport à 2017. On dénombre environ 11 000 médecins hommes de moins de 35 ans, soit un taux de féminisation de 64 % environ.

Source > DREES, RPPS 2019.

La consommation de **soins de sages-femmes en ville**, qui exercent au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, s'élève à 344 millions d'euros en 2018 (*tableau 1*). Malgré un ralentissement depuis 2014 (+7,7 %, après +8,0 % en 2017 et +9,7 % en 2016), celle-ci reste très dynamique. Pesant moins d'un pourcent du total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), sa contribution à la croissance de cet agrégat est négligeable.

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

Entre 2009 et 2012, la consommation de soins de sages-femmes a augmenté en moyenne annuelle de près de 8,5 %. Entre 2013 et 2015, le rythme annuel moyen a nettement accéléré, pour atteindre 12,6 %, du fait de la montée en charge du Programme de retour à domicile organisé (PRADO). Le but d'un tel programme est de réduire la durée du séjour en maternité après l'accouchement, en instaurant notamment deux visites à domicile d'une sage-femme après la naissance. Depuis 2013, le nombre de naissances en France a diminué de 7,4 %, l'effet du PRADO l'emporte toutefois au cours de la période sur ce pur facteur démographique.

Entre 2009 et 2017, les honoraires moyens par sage-femme libérale ont augmenté en moyenne de 1,6 % par an, avec un à-coup en 2013 (+5,5 %) (*tableau 2*), année marquée par la montée en charge du PRADO ainsi que par une revalorisation de certains actes. En 2018, les honoraires par tête des sages-femmes libérales augmentent de 2,1 % (après +1,2 % en 2017) pour s'établir à 59 100 euros.

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

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

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

En 2018, la croissance des effectifs de sages-femmes est de nouveau faible, quoiqu'en légère hausse par rapport à 2017 (+0,6 %, après +0,1 % en 2017). Les effectifs salariés à l'hôpital en France métropolitaine continuent de diminuer (-1,8 %) (*tableau 3*) pour atteindre 61,7 % du total métropole. En revanche, entre 2017 et 2018, le nombre des sages-femmes exerçant en libéral augmente de 5,1 % pour atteindre 32,0 % du total métropole. Ce glissement du salariat vers l'exercice libéral serait à rapprocher de la structure par âge de la population : la catégorie la plus nombreuse (30-34 ans) coïncide avec un nombre d'années d'expérience acquise propice à une installation en libéral. Le métier reste majoritairement féminin, moins de 3 % des sages-femmes sont des hommes en 2018 (*graphique 1*).

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

La densité moyenne de sages-femmes est de 158 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, mais elles sont inégalement réparties sur le territoire (*carte 1*). En métropole, la densité est maximale en Auvergne-Rhône-Alpes avec plus de 175 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans alors qu'elle est minimale en Île-de-France et Hauts-de-France (à moins de 100). La très forte densité dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), avec souvent plus de 225 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, pourrait s'expliquer par la natalité plus forte qu'en métropole (17,2 naissances pour mille habitants dans les DROM en 2018 contre 11,1 pour mille en France métropolitaine), et par un rôle spécifique joué en outre-mer par les sages-femmes dans un contexte de moindres dotations en médecins gynécologues.

Pour en savoir plus

- > Legendre, B., Aberki, C. et Chaput, H. (2019, janvier). Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités. DREES, *Études et Résultats*, 1100.
- > Bachelet, M. et Anguis, A. (2016, mai). Les médecins d'ici à 2040 : une population plus jeune, plus féminisée et plus souvent salariée. DREES, *Études et Résultats*, 1011.
- > Observatoire national de la démographie des professions de santé (2016, mai). Les sages-femmes : une profession en mutation.
- > Barlet, M. et Marbot, C. (dir.) (2016, avril). *Portrait des professionnels de santé – édition 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

Tableau 1 Consommation de soins de sages-femmes en ville

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consommation totale (en millions €)	148	160	172	189	219	243	269	296	319	344
Évolution (en %)	8	8	7	10	16	11	11	10	8	8

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Honoraires moyens des sages-femmes libérales

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Honoraires moyens par an* (en milliers €)	50,8	51,7	52,2	52,5	55,3	56,4	57,3	57,2	57,8	59,1
Évolution (en %)	-0,7	1,7	1,0	0,6	5,5	1,9	1,5	-0,2	1,2	2,1

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

Champ > France.

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

Tableau 3 Effectifs des sages-femmes

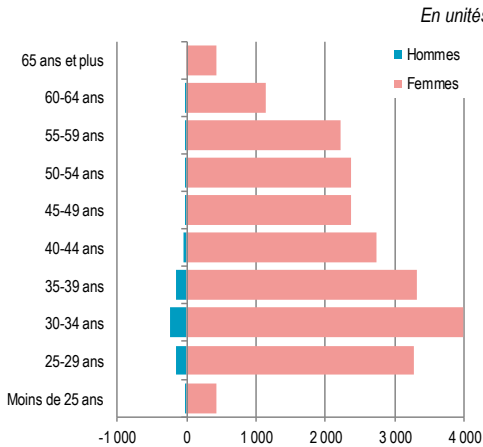
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2017 (%)	Structure 2018 (%)
Ensemble	20 040	18 835	19 535	20 235	20 772	21 632	22 312	22 787	22 812	22 941	0,6	100,0
Métropole	19 208	18 070	18 609	19 263	19 764	20 591	21 206	21 638	21 718	21 838	0,6	95,2
Salariés hospitaliers	14 355	13 459	13 484	13 881	13 833	14 040	14 050	14 029	13 706	13 456	-1,8	61,7
Autres salariés	1 366	1 361	1 374	1 184	1 264	1 312	1 330	1 324	1 355	1 384	2,1	6,3
Libéraux	3 487	3 250	3 751	4 198	4 667	5 239	5 826	6 285	6 657	6 998	5,1	32,0
DROM	832	765	926	972	1 008	1 041	1 106	1 149	1 094	1 103	0,8	4,8

Lecture > En 2018, les salariés hospitaliers représentent 61,7 % des effectifs de sages-femmes en métropole. Les sages-femmes exerçant dans les DROM représentent 4,8 % de l'ensemble des sages-femmes exerçant en France.

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

Sources > DREES, Adeli 2010-2011 pour les années 2009-2010, RPPS 2012-2019 pour les années 2011-2018.

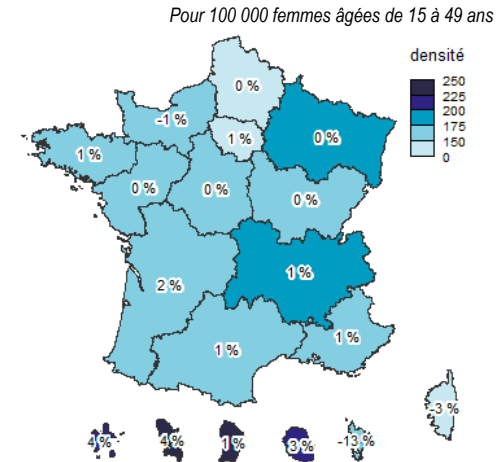
Graphique 1 Répartition des sages-femmes en 2018



Champ > France, tous modes d'exercice confondus.

Source > DREES, RPPS 2019.

Carte 1 Densité de sages-femmes en 2018 et évolution annuelle



Lecture > En 2018, la densité de sages-femmes s'élève à 141 pour 100 000 habitants en Corse, soit une baisse de 3 % par rapport à 2017.

Champ > Tous modes d'exercice confondus.

Sources > DREES, RPPS 2019 ; Insee pour la population.

En 2018, la consommation de **soins infirmiers en ville** (infirmiers libéraux et en centres de santé) s'élève à 8,5 milliards d'euros (*tableau 1*). En légère accélération par rapport à l'année 2017, celle-ci progresse de 4,0 % en valeur. Le poste « soins infirmiers en ville » représente 4,2 % du montant total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribue pour 0,2 point à la hausse de cet agrégat en 2018.

Depuis le 1^{er} janvier 2008, une franchise de 0,50 euro est appliquée à chaque acte infirmier afin de contenir la dépense. Cette franchise est cependant plafonnée à 2 euros par jour et sur l'ensemble des actes des auxiliaires médicaux, transports sanitaires et médicaments, un plafond annuel de 50 euros a été instauré.

Une croissance portée par l'offre et la demande

Entre 2009 et 2012, la croissance des soins infirmiers était particulièrement dynamique – environ 6,8 % en moyenne annuelle – portée essentiellement par les volumes (*graphique 1*), dans une période marquée en juillet 2007, avril 2009 et mai 2012 par une revalorisation successive des actes, de l'indemnité forfaitaire de déplacement et la majoration du dimanche. Malgré un ralentissement quasi continu à partir de 2013, les soins infirmiers restent dynamiques en volume comme en valeur. Comme pour d'autres postes, l'indice des prix ne prend pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres clés : le dernier changement de cotations, datant de septembre 2014, s'est ainsi traduit par un pur effet de volume¹.

Structurellement, le dynamisme de la consommation de soins infirmiers est porté par le vieillissement de la population et par le virage ambulatoire du système de soins (avec par exemple l'extension du Programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation – PRADO – depuis 2012). Ces facteurs favorisent la croissance des actes infirmiers de soins et médicaux. La structure des dépenses remboursables reste stable en 2018 : 48 % des dépenses concernent des actes médico-infirmiers (injections, pansements, etc.), 33 % des actes infirmiers de soins (séances de soins, surveillance, etc.) et 19 % sont relatifs aux frais de déplacement (*graphique 2*).

Cette demande dynamique coïncide avec une offre soutenue par des effectifs en forte croissance. Depuis 2009, les effectifs d'infirmiers progressent de 3,5 % par an en moyenne et environ 723 000 infirmiers exercent en France en 2018 (*tableau 2*). Cela s'accompagne d'une augmentation progressive de la part de l'activité libérale au détriment du salariat. En 2018, en France métropolitaine, 82,8 % des infirmiers sont salariés (à l'hôpital ou non), contre 85,0 % en 2009.

La part des femmes reste supérieure

Le taux de féminisation reste très élevé en 2018, avec un nombre de 86,6 % (*tableau 3*). Depuis 2010, ce taux baisse en moyenne de 0,1 point par an. D'une année à l'autre, la hiérarchie de la féminisation par mode d'exercice reste identique, la part des femmes étant moins élevée parmi les libéraux que les salariés. Les infirmiers sont en moyenne âgés de 43,9 ans, sans grande disparité et ce quel que soit le mode d'exercice.

De très grandes disparités territoriales

La densité d'infirmiers libéraux est très inégale sur le territoire même si elle tend à croître dans la plupart des régions (*carte 1*), la moyenne nationale atteignant 190 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants. La Corse, la Guadeloupe et la Martinique ont une densité supérieure à 350, suivies des régions Occitanie et Provence-Alpes-Côte d'Azur. Avec moins de 100 libéraux pour 100 000 habitants, Mayotte et l'Île-de-France sont les régions les moins dotées. La répartition des infirmiers s'expliquerait pour une faible part par la structure démographique des régions : la densité tend à croître légèrement avec la part de la population âgée de 60 ans ou plus. La dotation des régions en établissement d'accueil pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) pourrait être un autre facteur explicatif de faible ampleur. Les autres facteurs d'attraction des régions sont prépondérants. La Cour des comptes précise que ces disparités géographiques contribuent au dynamisme de la dépense totale et poseraient la question de la pertinence des actes (part croissante des actes de *nursing*). Les densités progressent dans toutes les régions, sauf à Mayotte avec une baisse de 2 % en 2018.

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

Pour en savoir plus

> Barlet, M. et Cavillon, M. (2011, mai). La démographie des infirmiers à l'horizon 2030 : un exercice de projections au niveau national et régional. DREES, *Études et Résultats*, 760.

> Caisse nationale de l'Assurance maladie (2018, juillet). Rapport Charges et produits pour l'année 2019. Partie 2.3.1 « Analyse du poste « soins infirmiers » : près des 2/3 des dépenses sont mobilisées pour la prise en charge de 3 groupes de pathologies ».

> Caisse nationale de l'Assurance maladie (2017, juillet). Rapport Charges et produits pour l'année 2018. Partie 3.1.3 « Promouvoir les prises en charge en ambulatoire et réduire le recours à l'hôpital ».

> Millien, C. (2018, mai). 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins. DREES, *Études et Résultats*, 1062.

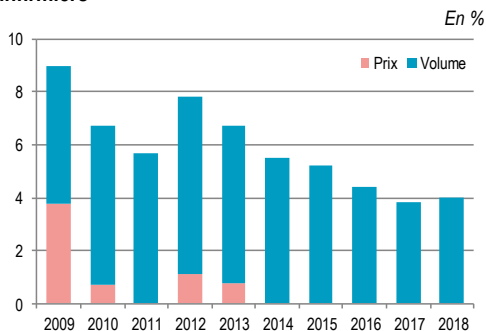
Tableau 1 Consommation de soins infirmiers en ville

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consommation totale (en millions €)	5 224	5 577	5 893	6 357	6 787	7 161	7 534	7 865	8 168	8 494
Évolution (en %)	9,2	6,8	5,7	7,9	6,8	5,5	5,2	4,4	3,9	4,0
Ssiad* (en millions €)	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583	1 597	1 641	1 655
Évolution (en %)	8,3	1,8	4,8	5,1	4,6	1,7	1,3	0,9	2,7	0,9

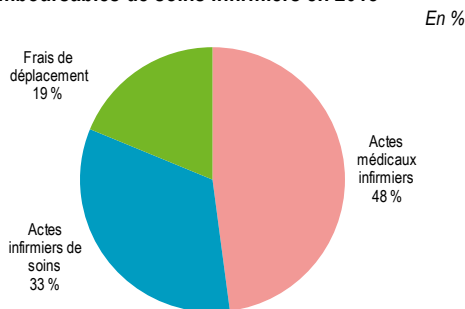
* Les Ssiad (services de soins infirmiers à domicile) sont inclus dans les soins de longue durée aux personnes âgées (fiche 32) au sein de l'agrégat « dépense courante de santé ». Ils sont exclus du poste « soins infirmiers » retracé dans cette fiche, car hors champ de la CSBM, mais mentionnés ici pour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

Note > La rémunération des infirmiers au titre de contrats signés avec l'Assurance maladie représente un peu plus de 1 million d'euros en 2018. Elle est retracée dans le poste « contrats et autres soins » (voir annexe tableaux détaillés).

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

Graphique 1 Taux d'évolution des soins infirmiers

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Structure des dépenses remboursables de soins infirmiers en 2018

Champ > France, assurés du régime général.

Source > CNAM.

Tableau 2 Effectifs des infirmiers

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2017 (%)	Structure 2018 (%)
Ensemble	528 389	547 861	567 564	595 594	616 796	638 248	660 611	681 459	700 988	722 572	3,1	100,0
Métropole	515 754	534 378	552 908	579 866	600 170	621 225	642 875	663 162	682 254	703 408	3,1	97,3
Salariés hospitaliers	362 831	371 382	380 315	395 527	405 372	414 596	424 347	434 542	446 580	458 080	2,6	63,4
Autres salariés	75 733	80 753	85 357	91 536	96 549	102 135	107 497	112 436	118 223	124 234	5,1	17,2
Libéraux	77 190	82 243	87 236	92 803	98 249	104 494	111 031	116 184	117 451	121 094	3,1	16,8
DROM	12 635	13 483	14 656	15 728	16 626	17 023	17 736	18 297	18 734	19 164	2,3	2,7

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

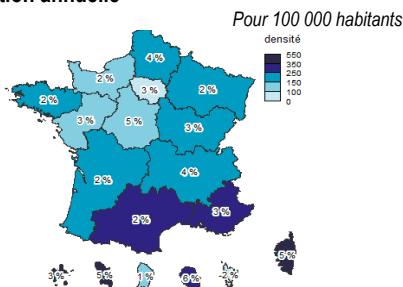
Sources > DREES, Adeli 2010-2019.

Tableau 3 Démographie des infirmiers par mode d'exercice en 2018

	Âge moyen	Part des femmes (en %)
Ensemble	43,9	86,6
Salariés hospitaliers	43,6	86,5
Autres salariés	45,0	90,4
Libéraux	43,9	83,4

Champ > France.

Source > DREES, Adeli 2019, professionnels de santé recensés au répertoire au 1^{er} janvier 2019.

Carte 1 Densité des infirmiers libéraux en 2018 et évolution annuelle

Lecture > En 2018, la densité d'infirmiers libéraux s'élève à 501 pour 100 000 habitants en Corse, soit une évolution de 5% par rapport à 2017.

Sources > DREES, Adeli 2019 ; Insee pour la population par région.

La consommation de soins des masseurs-kinésithérapeutes (poste **masseurs-kinésithérapeutes**) et des orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues (poste **autres auxiliaires médicaux**), s'élève au total à plus de 7,5 milliards d'euros en 2018 (tableau 1). Elle augmente de 3,3 % en valeur, soit en légère accélération (+0,2 point) par rapport à 2017. Cette hausse est entièrement portée par les volumes. Entre 2009 et 2018, ces soins ont progressé de 4,1 % par an en moyenne. Ces dépenses ont un poids limité (3,7 % en 2018, dont 3,0 % pour les seuls masseurs-kinésithérapeutes) dans le total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et ne contribuent qu'à hauteur de 0,1 point à la croissance de cet agrégat en 2018.

Les soins de masso-kinésithérapie représentent 81 % des autres soins d'auxiliaires médicaux

La consommation de soins de **masso-kinésithérapie** qui s'élève à près de 6,2 milliards d'euros en 2018, progresse de 2,7 % en valeur comme en volume. Le dynamisme structurel des volumes de soins de masso-kinésithérapie est partiellement lié au vieillissement de la population. Sur le champ des assurés du régime général, les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) représentent en effet 68 % de la consommation de soins de masso-kinésithérapie en 2018 (graphique 1). Ces actes, auxquels recourent les personnes âgées dépendantes, occupent une place de plus en plus importante dans la consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes (+5 points depuis 2009).

Fin 2016 (dernière année disponible), près de 88 000 masseurs-kinésithérapeutes exercent en France, dont 2 900 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Près de 80 % d'entre eux exercent en libéral.

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

La consommation de soins **d'orthophonie** s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2018, soit 2,3 % de plus qu'en 2017. Cette hausse est entièrement portée par celle des volumes (graphique 2). Les prix sont en effet stables, en l'absence de revalorisation de la cotation de la lettre clé en 2018¹. Les soins d'orthophonie représentent 15,1 % du total des autres soins d'auxiliaires médicaux ; cette part progresse très légèrement depuis 2009. Fin 2018, plus de

26 000 orthophonistes exercent en France dont 800 dans les DROM [tableau 2]. L'augmentation des effectifs en 2018 (+2,8 %) reste moins élevée que celle observée depuis plusieurs années (+3,3 % par an en moyenne entre 2009 et 2017). La grande majorité des orthophonistes exercent en secteur libéral : en métropole, c'est le cas pour 80,8 % d'entre eux. Cette profession est quasi exclusivement féminine (96,9 %).

Une forte accélération des soins d'orthoptistes

Les soins **d'orthoptistes**, qui s'élèvent à 0,2 milliard d'euros en 2018, progressent de 30,6 % en valeur et en volume. Cette progression exceptionnellement élevée résulte principalement de la hausse du nombre d'actes (portée notamment par la création de nouveaux actes comme par exemple la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation) et de leur revalorisation en 2018².

Fin 2018, plus 5 000 orthoptistes sont recensés en France métropolitaine et 130 dans les DROM. Les effectifs d'orthoptistes progressent de 5,1 % par an en moyenne entre 2009 et 2018. Comme pour les orthophonistes, il s'agit d'une profession essentiellement féminine (88,3 %).

Les dépenses de soins de pédicures-podologues progressent rapidement

Les soins de **pédicures-podologues** pris en charge par l'Assurance maladie représentent une dépense de 39 millions d'euros en 2018. En rapide progression, ils ont évolué en moyenne de 14,9 % par an depuis 2009, leur dynamisme étant toutefois légèrement moins marqué ces dernières années (+12,4 % par an en moyenne entre 2016 et 2018). Il s'agit essentiellement d'actes de pédicure pour diabétiques.

Les dépassements liés aux actes des pédicures-podologues ont baissé de façon marquée ces dernières années : ceux-ci représentent 10,0 % des honoraires de base en 2018 selon les données de la base Assurance maladie – offre de soins (AMOS), contre 25,2 % en 2014. En 2016 (dernière année disponible), environ 13 800 pédicures-podologues sont recensés en France métropolitaine et 220 dans les DROM. Entre 2009 et 2016, le nombre de pédicures-podologues a progressé de 3,0 % par an en moyenne.

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

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

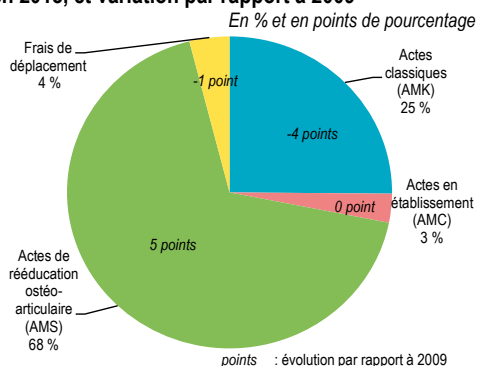
Tableau 1 Consommation des autres soins d'auxiliaires médicaux

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consommation totale (en millions €)	5 289	5 459	5 627	5 965	6 317	6 607	6 817	7 110	7 333	7 577
Masseurs-kinésithérapeutes	4 394	4 514	4 634	4 913	5 191	5 429	5 596	5 833	6 011	6 175
Orthophonistes	773	815	856	906	965	1 007	1 040	1 085	1 121	1 147
Orthoptistes	111	116	122	128	140	147	153	160	166	217
Pédicures-podologues	11	13	16	18	20	24	28	31	35	39
Valeur	2,4	3,2	3,1	6,0	5,9	4,6	3,2	4,3	3,1	3,3
Évolution du total (en %)										
Prix	0,0	0,0	0,0	2,6	3,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Volume	2,4	3,2	3,1	3,3	2,4	4,6	3,2	4,3	3,1	3,3

Note > L'activité des pédicures-podologues retrace uniquement les actes prescrits par un médecin et pris en charge par la Sécurité sociale.

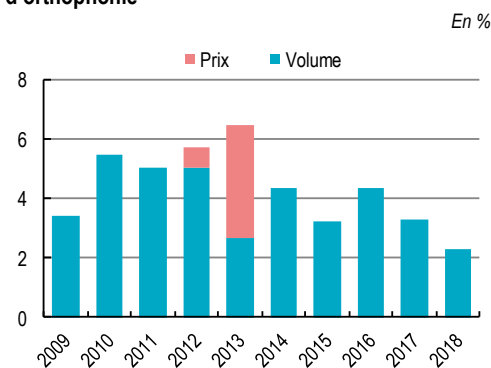
Les rémunérations perçues par les orthophonistes au titre de l'option démographie représentent moins de 1 million d'euros en 2018. Elles sont retracées dans le poste « contrats et autres soins » (voir annexe tableaux détaillés).

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

Graphique 1 Structure des dépenses remboursables de soins de masso-kinésithérapie en 2018, et variation par rapport à 2009


Champ > France, assurés du régime général.

Source > CNAM.

Graphique 2 Évolution des soins d'orthophonie


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

Tableau 2 Effectifs d'auxiliaires médicaux

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2017 (%)	Part des femmes en 2018 (%)
Métropole												
Masseurs-kinésithérapeutes	68 923	70 780	72 870	75 304	78 061	80 740	83 479	85 086	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Orthophonistes	19 247	19 963	20 611	21 283	22 070	22 827	23 726	24 699	24 828	25 541	2,9	96,9
Orthoptistes	3 232	3 396	3 566	3 736	3 922	4 086	4 302	4 529	4 751	5 055	6,4	88,5
Pédicures-podologues	11 299	11 579	11 911	12 247	12 660	13 055	13 446	13 823	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
dont libéraux												
Masseurs-kinésithérapeutes	54 274	55 763	57 370	59 360	61 618	63 918	66 309	68 160	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Orthophonistes	15 384	16 058	16 632	17 176	17 773	18 391	19 149	20 000	20 084	20 627	2,7	97,0
Orthoptistes	2 304	2 396	2 487	2 593	2 660	2 743	2 793	2 850	2 916	3 021	3,6	89,4
Pédicures-podologues	11 092	11 371	11 695	12 029	12 430	12 817	13 201	13 575	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
DROM												
Masseurs-kinésithérapeutes	1 922	2 070	2 294	2 474	2 698	2 879	2 980	2 905	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Orthophonistes	516	560	609	619	674	694	740	768	779	795	2,1	96,1
Orthoptistes	80	84	89	90	94	99	107	114	125	130	4,0	80,0
Pédicures-podologues	154	168	174	183	190	195	206	216	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
France												
Masseurs-kinésithérapeutes	70 845	72 850	75 164	77 778	80 759	83 619	86 459	87 991	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Orthophonistes	19 763	20 523	21 220	21 902	22 744	23 521	24 466	25 467	25 607	26 336	2,8	96,9
Orthoptistes	3 312	3 480	3 655	3 826	4 016	4 185	4 409	4 643	4 876	5 185	6,3	88,3
Pédicures-podologues	11 453	11 747	12 085	12 430	12 850	13 250	13 652	14 039	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.

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

Sources > DREES, Adeli 2010-2019.

En 2018, la consommation de **soins de dentistes** (consultations de chirurgiens-dentistes, soins prothétiques, prothèses, détartrage, etc.) s'élève à 11,4 milliards d'euros (*tableau 1*). Celle-ci est légèrement moins dynamique qu'en 2017 (+1,4 % de croissance en valeur, contre +1,8 % un an plus tôt) en raison principalement d'un ralentissement des volumes de soins (+0,7 %, après +1,3 % en 2017). Néanmoins, la dynamique réelle de la dépense de soins de dentistes est difficile à appréhender du fait de la difficulté à mesurer finement les soins non remboursables (*encadré*).

Les soins de dentistes représentent 5,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2018 et contribuent à hauteur de 0,1 point à la croissance de cet agrégat.

Entre 2009 et 2018, la consommation de soins de dentistes a progressé de 1,9 % environ chaque année. Plusieurs mesures d'augmentation des tarifs ont eu lieu en 2013 et 2014 notamment la revalorisation de l'examen de prévention bucco-dentaire (de 25 à 30 euros en février 2013) et le passage du tarif de la consultation de 20 à 23 euros. La revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM), entrées en vigueur en juin 2014, ont porté les prix en 2014 et 2015. Depuis trois ans, l'indice des prix augmente un peu plus faiblement (+0,7 % en 2018 après +0,5 % en 2017 et +0,7 % en 2016).

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

Les soins remboursables des dentistes sont composés en majorité de soins conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation etc.) : ils représentent 51 % du nombre total d'actes en 2018 (*graphique 1*). Viennent ensuite les radiographies, qui représentent 19 % des actes, les consultations et visites (11 %), les prothèses (10 %), les actes de chirurgie (5 %) et enfin l'orthodontie (4 %). La répartition serait différente pour l'ensemble des soins facturés, remboursables ou pas.

Parmi les soins remboursables, les dépassements d'honoraires dentaires (par rapport aux tarifs opposables) sont concentrés sur les prothèses et actes d'orthodontie, seuls actes dentaires remboursables pour lesquels ils sont autorisés. Depuis 2009, ils augmentent en moyenne d'un peu plus de 1,8 % par an (contre un peu moins de 1,8 % pour les honoraires annuels moyens) ; entre 2001 et 2008, leur progression était plus rapide (5,1 % par an en moyenne) et également supérieure à celle des honoraires annuels moyens (4,2 %).

Du fait de ce différentiel de croissance, les dépassements représentent plus de 50 % des honoraires dentaires totaux depuis 2009 (*graphique 2*). La réforme « 100 % santé » dentaire continue son déploiement et entérine le plafonnement des prix des prothèses décidé en 2018 en contrepartie d'une revalorisation progressive des soins

bucco-dentaires fréquents (par exemple : le traitement des caries).

Une profession très majoritairement libérale

Dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 42 525 chirurgiens-dentistes sont recensés en France (*tableau 2*), dont 998 dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) en 2018. Les effectifs augmentent en moyenne de 0,7 % par an depuis 2011 en raison de l'élargissement progressif du *numerus clausus*, passé de 930 par an au milieu des années 2000 à près de 1 200 depuis 2012.

L'augmentation des effectifs de dentistes est imputable aux salariés, en forte progression depuis 2011 (+5,0 % par an en moyenne depuis 2011). Pour autant, l'essentiel des effectifs de chirurgiens-dentistes (87,4 %) reste constitué de libéraux. Ces effectifs libéraux sont stables pour la période 2011-2017 (+0,1 % par an en moyenne). Bien que cette profession reste l'une des professions de santé les moins féminisées, le taux de féminisation progresse : il est passé de 36,6 % en 2007 à 45,6 % en 2018. Surtout, 58,6 % des chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans sont des femmes en 2018 (*graphique 3*).

Dans un contexte de libre installation sur le territoire national, les écarts de densité entre le nord et le sud du pays sont significatifs (*carte 1*). En 2018, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes atteint 63,2 pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à 70 pour 100 000 en Île-de-France et dans les régions du sud (PACA, Occitanie et Corse), tandis qu'elle est inférieure à 40 pour 100 000 en Guyane et à Mayotte.

Tarification des soins de dentistes

Trois modes de tarification des soins dentaires coexistent :

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

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

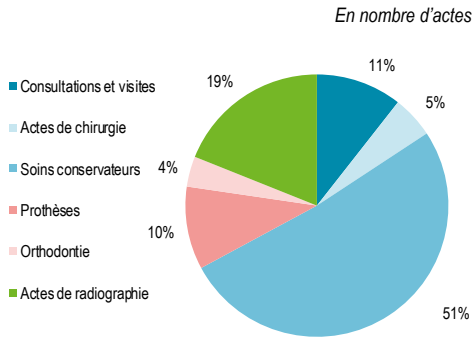
Tableau 1 Consommation de soins de dentistes

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consommation totale (en millions €)	9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 276	11 435
Valeur	1,6	3,4	2,9	1,9	1,1	-0,1	1,6	3,0	1,8	1,4
Évolution (en %)										
Prix	1,2	1,2	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	0,5	0,7
Volume	0,4	2,2	1,8	1,0	0,2	-1,2	0,8	2,2	1,3	0,7

Note > Les rémunérations perçues par les chirurgiens-dentistes au titre de l'option démographie représentent moins de 1 million d'euros en 2018. Elles sont retracées dans le poste « contrats et autres soins » (voir annexe tableaux détaillés).

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

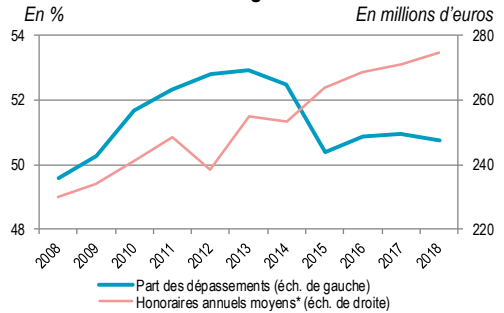
Graphique 1 Répartition des actes dentaires libéraux en 2018



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

Source > CNAM.

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



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

Champ > Soins de dentistes remboursables, France.

Source > CNAM.

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

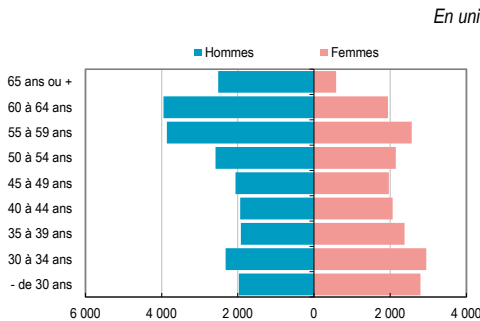
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2017-2018	Structure 2018 (%)
Ensemble des chir. dentistes	40 930	40 941	40 599	40 833	41 186	41 495	41 788	42 197	42 348	42 525	0,4	100,0
Dentistes libéraux	37 078	36 976	36 809	36 906	37 053	37 013	37 196	37 356	37 308	37 188	-0,3	87,4
Dentistes salariés	3 766	3 906	3 790	3 927	4 133	4 482	4 592	4 841	5 040	5 337	5,9	12,6
dont salariés hospitaliers	465	478	360	403	455	635	639	652	703	715	1,7	1,7

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

Champ > France.

Sources > DREES, Adeli 2010-2011 pour les années 2009-2010, RPPS 2012-2019 pour les années 2011-2018.

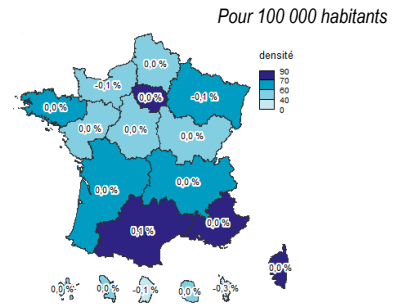
Graphique 3 Répartition des chirurgiens-dentistes en 2018



Champ > France, tous modes d'exercice confondus.

Source > DREES, RPPS 2019.

Carte 1 Densité de chirurgiens-dentistes en 2018 et évolution annuelle



Lecture > En 2018, la densité de chirurgiens-dentistes en Île-de-France est comprise entre 70 et 90 pour 100 000 habitants, stable (0,0%) sur un an.

Champ > Tous modes d'exercice confondus.

Sources > DREES, RPPS 2019 ; Insee pour la population.

En 2018, la consommation de **transports sanitaires** en ambulatoire, qui s'élève à 5,1 milliards d'euros, augmente de 2,6 %, après +3,8 % en 2017 (*tableau 1*). Cette décélération est à rapprocher d'un transfert de prise en charge d'une partie des trajets en ambulance de l'ambulatoire vers le secteur hospitalier¹. L'évolution en prix est supérieure en 2018 à celle de 2016 et de 2017 (+0,7 % après +0,1 % et +0,2 %) [*graphique 1*], tandis que celle en volume décélère de nouveau (+1,9 %, après +3,5 % en 2017).

En 2018, la consommation de transports sanitaires représente 2,5 % de la consommation de soins de bien médicaux (CSBM) et contribue pour 0,1 point à la croissance de cet agrégat.

Une répartition des modes de transport qui se déforme progressivement au détriment des VSL et au profit des taxis

La consommation de transports sanitaires combine plusieurs modes : service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres (transports en commun notamment). Selon le mode de transport, la fixation du prix diffère.

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

Au global, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire atteint 93,0 % en 2018 (voir fiches 24 et 25) en raison du nombre élevé d'usagers présentant une affection de longue durée (ALD) pris en charge à 100 %. Les trajets en ambulances représentent 22,0 % du nombre de voyages pour 40,0 % de la dépense remboursée en 2018 (*graphique 2*) : la part des ambulances connaît ainsi une baisse à la fois pour le nombre de trajets et la dépense remboursée depuis 2013. Les VSL, moins médicalisés qu'une ambulance, représentent 32,0 % des trajets pour 19,0 % des dépenses remboursées en 2018. Enfin, les taxis – sans aucune médicalisation – représentent 46,0 % des trajets

pour 41,0 % de la dépense en 2018. Sur le plus long terme, la part des VSL diminue continûment au profit de celle des taxis.

Une croissance modérée du prix des transports malgré des revalorisations tarifaires

L'évolution des prix peut s'analyser à partir de celle des tarifs, c'est-à-dire des prix catalogues sans tenir compte d'éventuels dépassements (*graphique 3*). Sur longue période, la forte croissance des dépenses de transports sanitaires, soutenue notamment par la dynamique des effectifs de patients en ALD, a appelé à une maîtrise de la dépense remboursée *via* les tarifs. À l'exception de 2009, ces mesures ont permis de contenir l'évolution des prix. En 2011, les établissements de santé générant des dépenses de transports importantes sont incités à modérer ces coûts grâce à de nouveaux contrats-types d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS).

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

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

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

En 2018, aucune mesure tarifaire forte n'est prise, outre la bascule d'une fraction des trajets vers l'hôpital.

1. L'article 80 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 prévoit à compter du 1^{er} octobre 2018 que le coût du transport des patients, au sein d'un même établissement ou entre deux établissements, est dorénavant à la charge de l'établissement prescripteur et non plus pris en charge par le secteur ambulatoire.

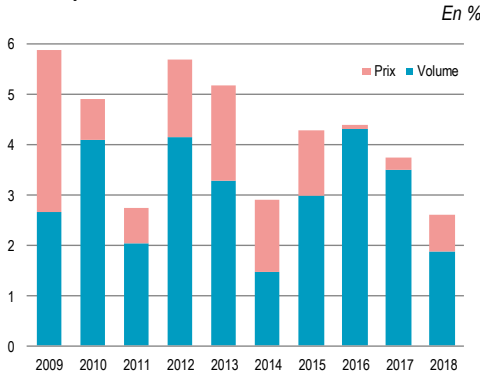
Pour en savoir plus

> **Cour des comptes** (2018, octobre). Rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale.

Tableau 1 Consommation de transports sanitaires

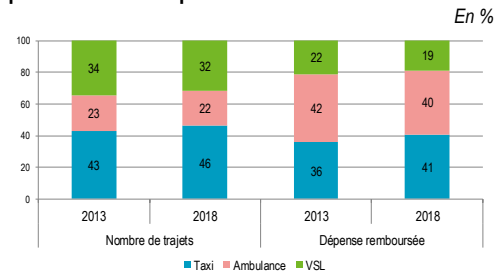
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Consommation totale (en millions €)	3 572	3 749	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 806	4 987	5 117
Valeur	6,0	4,9	2,8	5,8	5,3	2,9	4,3	4,4	3,8	2,6
Évolution (en %) Prix	3,2	0,8	0,7	1,5	1,9	1,4	1,3	0,1	0,2	0,7
Volume	2,7	4,1	2,1	4,2	3,3	1,5	3,0	4,3	3,5	1,9

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

Graphique 1 Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires

Lecture > En 2018, l'effet volume s'élève à 1,9 %.

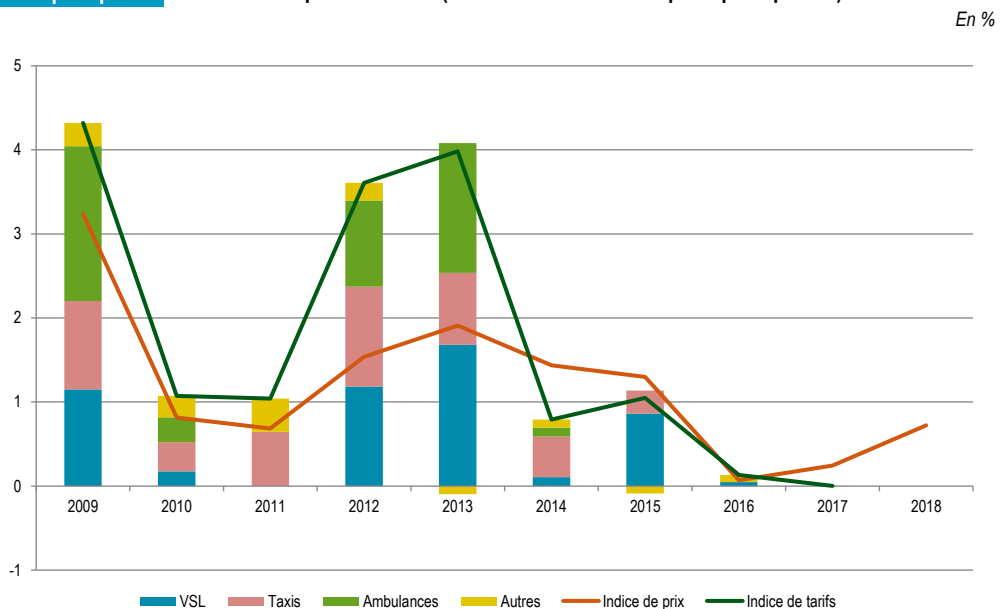
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition du nombre de voyages et de la dépense remboursée par mode de transport en 2013 et 2018

Lecture > En 2018, 46 % des trajets sont effectués en taxi, pour une dépense remboursée représentant 41 % du total de la consommation de transports sanitaires.

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

Source > CNAM.

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

Note > Le poste « Autres » comprend le SMUR, les véhicules personnels et les transports en commun. Compte tenu du transfert de prise en charge d'une partie de la dépense au titre des trajets en ambulance du secteur ambulatoire vers le secteur hospitalier, les données pour l'année 2018 ne sont pas présentées ici car elles ne sont pas directement comparables aux précédentes.

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

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

La consommation d'analyses et de prélèvements baisse en 2018

La consommation d'analyses et de prélèvements baisse de 1,3 % en valeur en 2018 pour s'établir à 4,4 milliards d'euros (tableau 1). En raison de son faible poids (2,2 %) dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), ce poste ne contribue quasiment pas à la hausse de la CSBM en 2018.

Depuis 2007, la cotation d'actes de biologie a été diminuée à plusieurs reprises. En particulier, entre 2012 et 2015, l'évolution de la consommation est très modérée voire en retrait (graphique 1). L'année 2016 marque un changement de régime par rapport à la période 2012-2015, du fait d'une progression nette, portée par les volumes. Plusieurs mesures ont cependant été prises courant 2016 pour contenir la hausse des dépenses. En avril 2016, les tarifs ont été diminués via une baisse des cotations, non retracée dans l'indice de prix¹. Puis, les tarifs ont été abaissés temporairement via la lettre clé B en novembre et décembre 2016, générant une diminution de l'indice de prix des laboratoires de 0,9 %. En 2017, des nouvelles baisses de cotation d'actes ont compensé la hausse de l'activité et conduit à un ralentissement de la consommation d'analyses et de prélèvements.

La consommation d'analyses et de prélèvements diminue en 2018 en raison de la baisse des prix décidée dans le cadre du protocole d'accord entre l'Assurance maladie et les syndicats de professionnels biologistes signé en novembre 2018. Cet accord a mis en œuvre une baisse temporaire du prix de la lettre clé B entre le 20 novembre et le 31 décembre 2018. Par ailleurs, les volumes des analyses et prélèvements sont en baisse en 2018 par rapport à 2017. En effet, l'année 2017 a été marquée par un niveau élevé de l'activité d'analyse de la glande thyroïdienne, conséquence du changement de formulation du médicament Levothyrox.

Du point de vue de la structure de marché, le nombre de laboratoires est en légère baisse depuis 2009. En 2018, 3 864 laboratoires sont implantés en France, contre 3 961 en 2009. La consolidation du secteur se poursuit et la densité des laboratoires s'élève à 5,8 pour 100 000 habitants en 2018. Elle est la plus élevée dans les Bouches-du-Rhône (12,4 laboratoires pour 100 000 habitants) et la plus faible à Mayotte avec 0,4 laboratoire pour 100 000 habitants.

La consommation de cures thermales en très léger recul en 2018

La consommation de cures thermales couvre l'ensemble de soins médicaux (médecins, infirmiers, auxiliaires médicaux, etc.) mais exclut l'hébergement. En 2018, les dépenses de cures thermales baissent de 0,7 %, et s'établissent à 0,4 milliard d'euros. Cette baisse résulte de la diminution des prix et de la consommation en volume des cures thermales. Les soins de cures thermales représentent 0,2 % de la CSBM et ne contribuent quasiment pas à la croissance de cet agrégat en 2018.

En 2009, le nombre de curistes s'élevait à près de 500 000. La dépense en valeur était globalement stable, la hausse des prix étant compensée par une baisse d'ampleur comparable des volumes (graphique 2). Entre 2010 et 2017, le nombre de curistes a progressé en moyenne de 2,3 % par an. Les cures concernent la rhumatologie pour 79 % des curistes (graphique 3), la progression des effectifs de curistes peut être reliée au vieillissement de la population. La hausse du nombre de curistes depuis 2010 s'est accompagnée globalement d'une hausse de la dépense en volume. Ce nombre est toute fois en baisse de 1,8 % en 2018. La dépense en valeur a progressé d'autant plus vite que les tarifs ont été régulièrement revalorisés. En 2014, face à la hausse des dépenses, l'Assurance maladie a prévu une indexation des tarifs sur un panier d'indices jusqu'à fin 2017 (avenant 10 de la convention signée avec les établissements thermaux).

En 2018, 90 stations thermales sont en activité en France pour 110 établissements thermaux. 850 médecins exercent dans les stations thermales d'après le conseil national des établissements thermaux (CNETH) et près de 600 000 curistes ont bénéficié de cures thermales.

Liée à la géologie, l'implantation des établissements thermaux est très inégalement répartie sur le territoire. La très grande majorité des établissements se concentre en Occitanie, Nouvelle-Aquitaine et Auvergne-Rhône-Alpes. Le nombre de curistes a progressé le plus fortement à La Réunion (+23 %) et baissé le plus fortement en Île-de-France (-2 %)[carte 1].

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

Pour en savoir plus

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

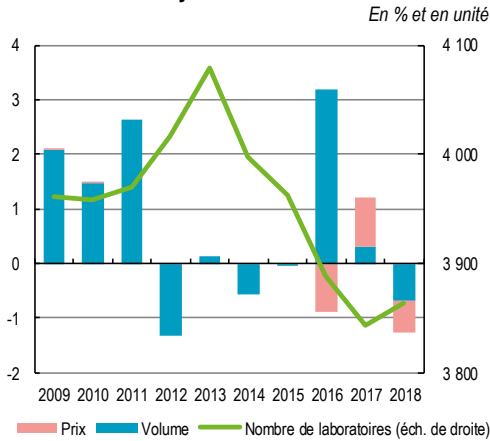
Tableau 1 Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Analyses de laboratoires (en millions €)		4 218	4 280	4 393	4 334	4 340	4 315	4 314	4 413	4 466	4 410
Évolution (en %)	Valeur	2,1	1,5	2,6	-1,3	0,1	-0,6	0,0	2,3	1,2	-1,3
	Prix	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,9	0,9	-0,6
	Volume	2,1	1,5	2,6	-1,3	0,1	-0,6	0,0	3,2	0,3	-0,7
Cures thermales (en millions €)		320	328	332	353	364	387	392	408	416	412
Évolution (en %)	Valeur	0,1	2,5	1,1	6,3	3,3	6,4	1,1	4,2	1,9	-0,7
	Prix	2,7	2,1	2,7	2,7	1,8	1,8	1,2	2,8	1,2	-0,5
	Volume	-2,5	0,4	-1,5	3,5	1,5	4,5	-0,1	1,4	0,7	-0,3

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

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

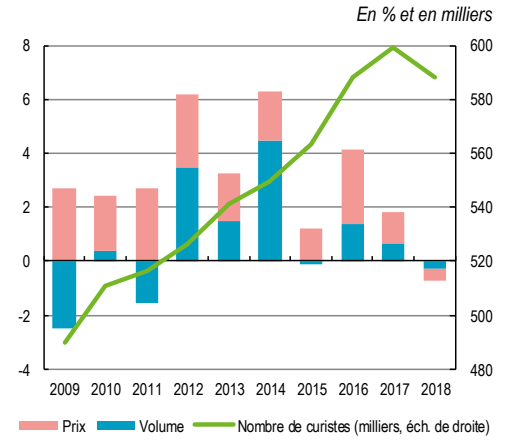
Graphique 1 Évolution des dépenses de laboratoires d'analyses et effectifs de laboratoires



Champ > France.

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

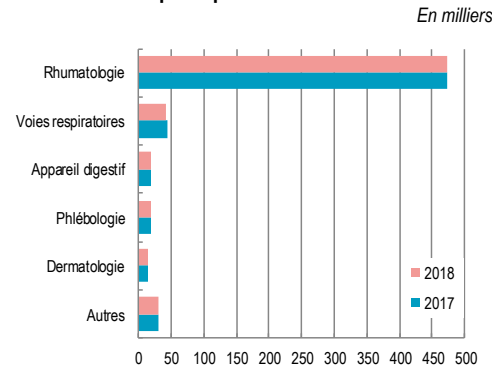
Graphique 2 Évolution des dépenses de cures et effectifs de curistes



Champ > France.

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

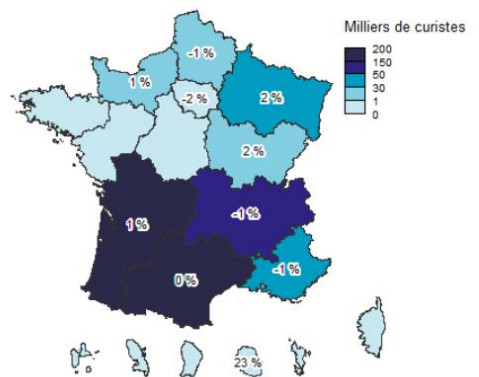
Graphique 3 Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2017 et en 2018



Lecture > En 2018, comme en 2017, un peu plus de 450 000 curistes effectuent un séjour pour des troubles rhumatologiques.

Source > CNETH.

Carte 1 Nombre de curistes par région en 2018 et évolution annuelle



Note > Les régions sans étiquette sont des régions où le nombre de curistes est nul.

Lecture > En 2018, la Normandie accueille entre 1 000 et 30 000 curistes, soit 1 % de plus qu'en 2017.

Source > CNETH.

Les biens médicaux

En 2018, la consommation de **médicaments en ambulatoire** (y compris rétrocession hospitalière et rémunérations forfaitaires) s'élève à 32,7 milliards d'euros toutes taxes comprises (*tableau 1*), quasi stable par rapport à 2017 (-0,2 %). Cette consommation est valorisée au prix public, contrairement aux données relatives au marché du médicament qui correspondent au chiffre d'affaires au prix fabricant hors taxes (voir fiches 13 et 14). En 2018, la consommation de médicaments en ambulatoire représente 16,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), mais elle ne contribue que très faiblement à l'évolution de cet agrégat.

Une baisse du prix des médicaments entièrement liée aux spécialités remboursables

La baisse du prix des médicaments, de 3,1 % en 2018, est imputable depuis plusieurs années à celle du prix des spécialités remboursables qui diminue de 3,7 % (*graphique 1*). Si ce dernier recule sensiblement depuis plusieurs années, la baisse est moins marquée depuis 2016. La diminution du prix des spécialités remboursables n'est certes pas parfaitement appréhendée du fait du mode de calcul de l'indice (à qualité constante) [voir annexe 4 sur les indices de prix] mais elle retrace l'effet des actions entreprises pour maîtriser les prix : fortes baisses ciblées, grands conditionnements, etc. Jusqu'en 2016, ce mouvement est renforcé par l'augmentation du nombre de spécialités génériques et, pour celles-ci, de la substitution croissante des génériques aux princeps. En 2018, le nombre d'unités de génériques vendus est en légère augmentation (voir fiche 14). Par ailleurs, le prix des spécialités non remboursables, qui ne représentent que 8,1 % de la consommation de médicaments en ambulatoire, baisse légèrement en 2018 (-0,6 %), pour la première fois depuis plusieurs années.

La forte baisse des rétrocessions hospitalières en 2018 réduit le volume de consommation

En 2018, la baisse des prix est presque compensée par des volumes particulièrement dynamiques (+3,0 %). La vigueur du volume de médicaments remboursables, (+4,6 % hors rétrocession hospitalière), est atténuée par la très forte baisse de la rétrocession, qui contribue négativement pour 1,5 point de pourcentage (*graphique 2*). Elle s'explique par les changements de circuits de délivrance survenus en 2018. En effet, les anticancéreux récents sont passés d'une délivrance en rétrocession en tant que produits sous autorisation temporaire d'utilisation (ATU) à une délivrance uniquement en officine de ville. Par ailleurs, des traitements innovants contre le virus de l'hépatite C (VHC) peuvent désormais être vendus en officine de ville, alors qu'ils étaient jusque-là uniquement délivrés dans les

pharmacies des hôpitaux. En outre, la consommation de médicaments non remboursables (y compris rétrocession) continue de baisser en 2018 (-3,1 %, après -2,1 % en 2017). Très dynamique au début des années 2000, la progression des volumes de ventes de médicaments est descendue à 2,3 % en moyenne par an entre 2010 et 2013, sous l'effet des actions de maîtrise médicalisée, de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), de déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, etc. En 2014, la baisse des prix est compensée par une forte hausse des volumes (+6,4 %) découlant du dynamisme des produits rétrocedés en raison de l'arrivée de traitements innovants contre le VHC. En 2015 et en 2016, compte tenu de l'importance des baisses de prix, la consommation de médicaments en ambulatoire recule (en valeur), malgré des volumes dynamiques portés par des innovations, notamment dans le traitement du VIH.

Les financeurs publics prennent en charge près de 75 % de la dépense de médicaments

Les remboursements de médicaments par l'Assurance maladie s'élèvent à 23,8 milliards d'euros en 2018 pour les soins de ville, sur une dépense totale de 32,5 milliards d'euros (hors rémunérations forfaitaires versées aux officines) (*tableau 2*). Ces rémunérations forfaitaires sont également intégralement financées par l'Assurance maladie (0,2 milliard d'euros). Par ailleurs, l'État prend en charge 0,1 milliard d'euros de dépenses de médicaments au titre de l'aide médicale de l'État, et les organismes de base 0,4 milliard d'euros pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [voir glossaire]. La participation des acteurs publics sur le champ des médicaments remboursables s'élève à 81,5 % en 2018.

Si les médicaments rétrocedés sont remboursés à 100 % par l'Assurance maladie, les médicaments délivrés en officines ne donnent pas nécessairement lieu à ce remboursement. Les médicaments non remboursables restent en effet intégralement à la charge des ménages et des organismes complémentaires, de même que les médicaments remboursables achetés sans prescription et les médicaments non présentés au remboursement. L'ensemble de ces dépenses, non prises en charge par l'Assurance maladie, s'élève à 3,4 milliards d'euros en 2018. À cela s'ajoutent le ticket modérateur sur les produits remboursables délivrés sur ordonnance et, depuis 2008, la franchise à la charge du patient (qui ne peut légalement pas être remboursée par les organismes complémentaires), pour un total 4,8 milliards d'euros en 2018. Au final, 8,2 milliards d'euros de consommation de médicaments en ambulatoire restent à la charge des ménages et des organismes complémentaires.

Pour en savoir plus

> **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2019, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2018, prévisions 2019*. Éclairage « Le marché du médicament en officine de ville en France en 2018 », p. 106.

Tableau 1 Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris rétrocession hospitalière)

Montants en millions d'euros

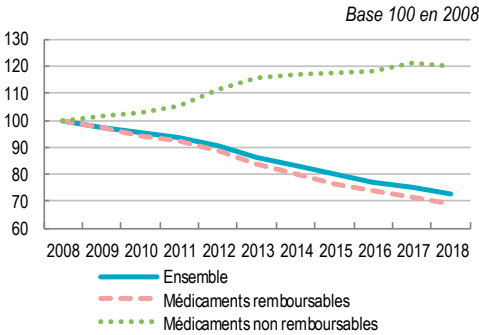
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Structure 2018 (%)
Ensemble	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 661	32 761	32 689	100,0
Médicaments remboursables	30 245	30 393	30 570	29 893	29 290	30 190	29 683	29 634	29 761	29 835	91,3
<i>dont médicaments rétrocedés</i>	1 309	1 399	1 516	1 663	1 600	2 883	2 813	2 865	3 192	2 684	8,2
<i>dont honoraires de dispensation (HDD)</i>							2 136	2 672	2 638	2 589	7,9
Médicaments non remboursables	3 065	2 962	2 908	3 011	2 877	2 790	2 841	2 806	2 746	2 660	8,1
Rémunérations forfaitaires hors HDD	39	40	40	123	225	227	221	221	254	194	0,6
<i>dont ROSP*</i>				74	138	145	137	140	171	118	0,4
Valeur	0,9	0,1	0,4	-1,5	-1,9	2,5	-1,4	-0,3	0,3	-0,2	
Évolution (en %) Prix	-2,6	-2,2	-2,0	-3,1	-4,4	-3,7	-4,0	-3,7	-2,6	-3,1	
Volume	3,5	2,4	2,4	1,7	2,5	6,4	2,7	3,6	3,0	3,0	

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

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

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

Graphique 1 Évolution des indices de prix des médicaments



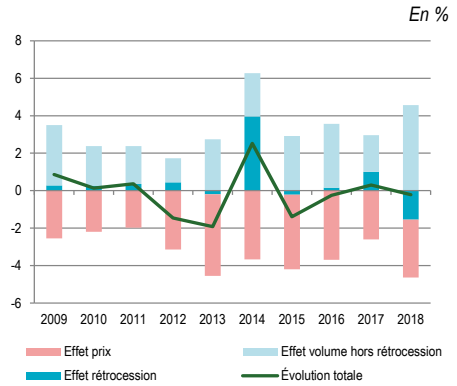
Lecture > En 2018, l'indice de prix en base 2008 des médicaments non remboursables est de 120,3 après 121,0 en 2017, soit une baisse des prix de 0,6 %.

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

Champ > France métropolitaine.

Source > Insee.

Graphique 2 Évolution de la consommation de médicaments



Lecture > En 2018, la consommation de médicaments baisse de 0,2 %, dont -3,1 points du fait de l'effet prix.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Structure de la consommation de médicaments en ambulatoire en 2018

En millions d'euros

Consommation totale de médicaments en ambulatoire (prix public TTC)					
32 689					
Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris rétrocession et HDD, hors rémunérations forfaitaires)				Rémunérations forfaitaires (hors HDD)	
32 495				194	
Dépense présentée au remboursement	29 090	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement	3 405	ROSP pharmacie	118
Prestations de la Sécurité sociale	23 827	Médicaments non remboursables	2 660	Permanences et Caqos**	76
Prestations de l'État	114	Médicaments remboursables non présentés au remboursement ou achetés sans prescription	745		
Prestations des organismes de base au titre de la CMU-C*	364				
Ticket modérateur, franchises	4 784				

* Dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C

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

Champ > France.

Source > DREES, comptes de la santé.

28,9 milliards d'euros de chiffre d'affaires en 2018

Le **marché pharmaceutique** correspond aux ventes des laboratoires produisant des médicaments.

En France, le chiffre d'affaires du marché pharmaceutique (valorisé au prix fabricant hors taxes) baisse légèrement, de 0,4 %, en 2018 et atteint 28,9 milliards d'euros (*graphique 1*).

Ces chiffres du marché pharmaceutique intérieur peuvent être mis en perspective avec ceux du commerce extérieur, même s'ils ne sont pas directement comparables¹ : les exportations françaises de produits pharmaceutiques représentent 27,0 milliards d'euros en 2018, en augmentation de 7,3 % par rapport à 2017, et les importations 19,3 milliards d'euros (+5,4 % par rapport à 2017).

En 2018, 21,3 milliards d'euros, soit près des trois quarts des ventes de médicaments en France, proviennent des officines (ventes en ville), dont 0,5 milliard d'euros dans les départements et régions d'outre-mer (DROM). Le marché des officines est constitué à 10 % en valeur de médicaments non remboursables et à 90 % de médicaments remboursables. Le reste des ventes concerne l'hôpital, avec une proportion de 26,3 % en 2018 contre 11,9 % en 1990.

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

Les médicaments sont commercialisés par les laboratoires pharmaceutiques. Ils sont délivrés aux patients par deux types d'entités : d'une part des pharmacies d'officine et d'autre part des pharmacies à usage intérieur des établissements de santé et des établissements pour personnes âgées dépendantes. Les laboratoires peuvent vendre les médicaments directement aux officines et aux hôpitaux publics et privés. Toutefois, les laboratoires réalisent plus de la moitié de leur chiffre d'affaires (57,0 % en 2017) auprès d'un troisième acteur, les grossistes-répartiteurs, qui se chargent ensuite de délivrer les médicaments aux officines et aux hôpitaux (*schéma 1*). Les grossistes-répartiteurs interviennent quasi exclusivement comme intermédiaire auprès des officines. Ainsi, en 2017, les ventes des laboratoires pour des médicaments délivrés en officines transitent en très large partie (79 %) par les grossistes-répartiteurs.

Le prix public toutes taxes comprises (TTC) des médicaments inclut donc le prix fabricant hors taxes des laboratoires, les marges des grossistes-répartiteurs, les marges des pharmaciens et la TVA. La marge de distribution des officines est la source principale de rémunération des pharmaciens : celle-ci se décompose en une marge à l'achat (du fait d'éventuelles remises accordées par les laboratoires ou les grossistes-répartiteurs par rapport au prix fabricant hors taxes) et une marge à la vente (écart entre le prix catalogue et le prix de vente aux consommateurs). Le taux de marge est fixé librement sur les médicaments non remboursables, mais il est réglementé par l'État sur les médicaments remboursables (*schéma 2*).

La consommation totale de médicaments atteint 37,6 milliards d'euros toutes taxes comprises

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

En 2018, la consommation de médicaments s'élève à 37,6 milliards d'euros TTC (après 37,8 milliards en 2017), dont une majorité est consacrée à l'ambulatoire (32,7 milliards y compris rétrocession hospitalière) et 4,9 milliards à l'hôpital.

En 2018, la consommation de médicaments en ambulatoire se répartit de la façon suivante : 27,2 milliards d'euros (83,1 %) de médicaments remboursables vendus en pharmacie (hors rétrocession), 2,7 milliards d'euros pour la rétrocession hospitalière (8,2 %) et 2,7 milliards pour les médicaments non remboursables (8,1 %). Les rémunérations forfaitaires représentent quant à elles 0,2 milliard d'euros, soit 0,6 %.

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

Pour en savoir plus

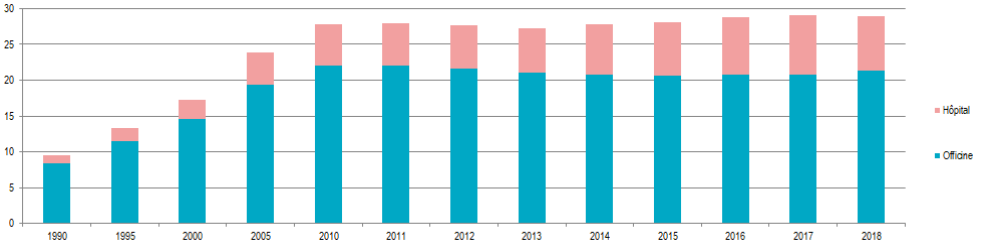
> **LEEM** (2018, juillet). Les entreprises du médicament en France, bilan économique, édition 2018.

> Fiche 12 « La consommation de médicaments en ambulatoire » et fiche 14 « La structure des ventes de médicaments d'officine » dans cet ouvrage.

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

Graphique 1 Le marché pharmaceutique en France

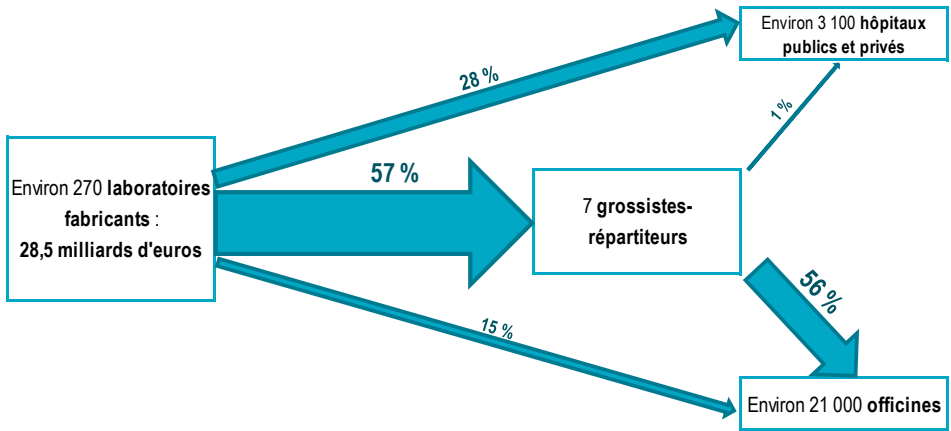
En milliards d'euros



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

Source > LEEM d'après données GERS.

Schéma 1 Les canaux de distribution du médicament selon le chiffre d'affaires, par acteur, en 2017



Lecture > Le chiffre d'affaires prix fabricant hors taxes des laboratoires atteint 28,5 milliards d'euros en 2017 en France métropolitaine (y compris homéopathie remboursable) ; 28 % de ce montant concerne des médicaments directement délivrés aux hôpitaux publics et privés.

Note > En part du chiffre d'affaires prix fabricant HT des ventes des laboratoires fabricants, données 2017.

Champ > France métropolitaine.

Sources > Chambre syndicale de la répartition pharmaceutique (CSRP) d'après données LEEM et GERS (2017).

Schéma 2 Du marché pharmaceutique à la consommation totale de médicaments en France en 2018

En milliards d'euros

Marché pharmaceutique en France		28,9	Consommation totale		37,6
Officines de ville, dont :		21,3	Ambulatoire, dont :		32,7
Vente de médicaments aux officines, dont :		21,3	Consommation de médicaments (y compris HDD), dont :		32,5
Médicaments remboursables*	19,2		Médicaments remboursables (hors rétrocession)	27,2	
Médicaments non remboursables	2,1		Médicaments rétrocédés	2,7	
			Médicaments non remboursables	2,7	
			Rémunérations forfaitaires**	0,2	
Hôpital		7,6	Hôpital***		4,9

Chiffre d'affaires HT - Prix fabricant ;
Source : LEEM d'après données GERS.

Ambulatoire : prix public TTC, y compris rémunérations forfaitaires ;
Source : DREES, comptes de la santé.

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

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

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

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

Champ > France.

Sources > LEEM-GERS ; DREES, comptes de la santé.

Un chiffre d'affaires en progression en 2018

En 2018, le marché des **médicaments vendus aux officines**¹ se compose de 13 000 présentations de médicaments différentes et représente un chiffre d'affaires (CA) de 20,6 milliards d'euros en France métropolitaine, valorisés aux prix catalogue des laboratoires (hors taxes) [graphique 1]. Après trois années de stabilité du CA des ventes aux officines (+0,2 % en moyenne de 2015 à 2017), il progresse en 2018 (+2,5 %).

Ce marché se compose de spécialités remboursables, à hauteur de 80 % du nombre de présentations et de 90 % du chiffre d'affaires, et de spécialités non remboursables. La valeur des ventes aux officines de médicaments remboursables augmente fortement, atteignant 18,6 milliards d'euros en 2018, alors qu'elle n'avait cessé de diminuer depuis 2011 (avec un pic à 19,5 milliards d'euros) pour finalement se stabiliser autour de 18,0 milliards d'euros depuis 2015. En revanche, le chiffre d'affaires des spécialités non remboursables diminue de 4,3 % en 2018 et s'élève à 2,0 milliards d'euros.

Une forte hausse des médicaments remboursés à 100 %

Le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 100 %, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves, connaît une très forte hausse en 2018 (+17,7 %, soit 696 millions d'euros). Celle-ci s'explique par l'arrivée en ville de médicaments auparavant réservés à la distribution hospitalière *via* la rétrocession. Il s'agit d'anticancéreux par voie orale et des nouveaux médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C. La part de marché de ces spécialités a plus que doublé depuis 2007, passant de 9,1 % en 2007 à 22,5 % en 2018 (graphique 2).

Les médicaments remboursés au taux de 65 % représentent 60 % du chiffre d'affaires total en 2018. La valeur des ventes de ces médicaments est en léger recul de 0,4 % (soit 50 millions d'euros) entre 2017 et 2018.

Le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 15 % et à 35 % est quant à lui en baisse de 2,8 % (50 millions d'euros), notamment à la suite de l'arrêt de la prise en charge de la thiocolchicoside (myorelaxant) et des médicaments anti-Alzheimer, après la réévaluation de leur

service médical rendu par la Haute autorité de santé (HAS).

Une progression modeste des génériques

En 2018, le nombre d'unités vendues de médicaments génériques est en légère hausse (+1,2 %) avec près de 916 millions de boîtes vendues. Les génériques représentent désormais 37,3 % des boîtes de médicaments du champ remboursable et 80 % des unités vendues pour les médicaments du répertoire générique (graphique 3). Depuis 2017, la progression des génériques semble marquer le pas, après avoir fortement progressé à partir de 2011.

Dans le même temps, le nombre d'unités vendues de principes génériques se stabilise en 2018. La part de médicaments du répertoire générique parmi les médicaments remboursables s'établit ainsi à 49,2 %, en progression de 1,2 point par rapport à 2017.

Le chiffre d'affaires du répertoire générique continue ainsi de progresser (+7,7 %) pour s'établir à 6,2 milliards d'euros, soit 33 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables.

Par ailleurs, les médicaments soumis au mécanisme du tarif forfaitaire de remboursement représentent désormais un chiffre d'affaires de 1,1 milliard d'euros, soit 6,2 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments remboursables et 18,6 % du chiffre d'affaires du répertoire des génériques.

Une consommation accrue des molécules plus récentes

En 2018, les médicaments âgés² de plus de vingt ans représentent, comme en 2017, 41 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables (graphique 4), suivis par ceux mis sur le marché depuis dix à vingt ans (30 % du marché, en recul de 3 points).

Les médicaments de moins de dix ans comptent désormais pour 29 % du chiffre d'affaires remboursable, en progression de 3 points par rapport à 2017. Cela reste néanmoins bien inférieur aux 40 % de part de marché observé pour ces médicaments en 2007.

1. L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires exploitants en France métropolitaine (hors homéopathie remboursable) : elle ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments mais aux ventes des laboratoires qui les commercialisent auprès des pharmacies de ville (officines), par l'intermédiaire ou non de grossistes-répartiteurs (voir fiche 14). Les montants présentés sont donc des montants hors taxes et hors remises commerciales et ne comprennent pas les ventes de médicaments rétrocédés, *i.e.* délivrés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) et les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires.

2. Par convention, l'âge du médicament est calculé à partir de la première date de commercialisation de la substance active (ou, le cas échéant, de la combinaison) composant le médicament. Ainsi, les médicaments génériques ont par construction ici le même âge que le premier principe commercialisé.

Pour en savoir plus

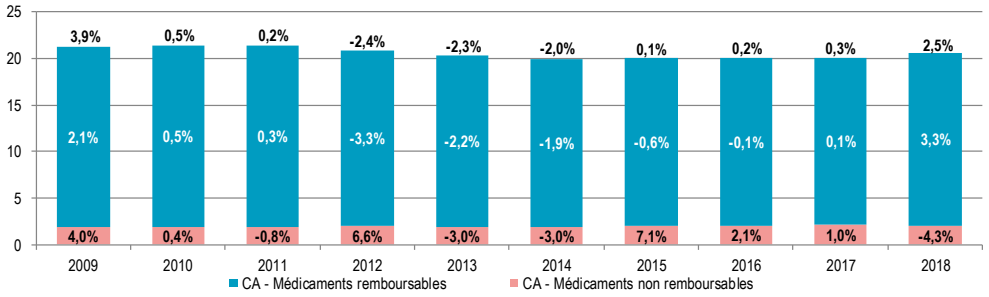
> Caisse nationale de l'Assurance maladie (2018, juillet). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Propositions de l'Assurance Maladie pour 2019.

> Commission des comptes de la Sécurité sociale (juin 2019). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2018, prévisions 2019*. Éclairage « Le marché du médicament en officine de ville en France en 2018 », pp. 106-109.

> Comité économique des produits de santé (CEPS) (2018, septembre). Rapport d'activité 2017.

Graphique 1 Ventes de médicaments d'officine

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



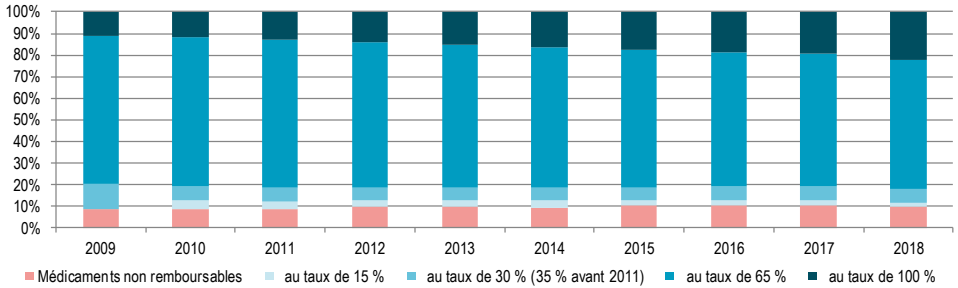
Lecture > Le total des ventes aux officines en 2018, en France métropolitaine, est de 20,6 milliards d'euros, hors homéopathie remboursable (estimée à 0,2 milliard d'euros). Le chiffre d'affaires des médicaments progresse de 2,5 % par rapport à 2017, et celui des médicaments remboursables de 3,3 %.

Champ > Ventes en officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS ; traitements DREES.

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

En %



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

Lecture > En 2018, les médicaments remboursés à 100 % représentent 22,5 % du marché.

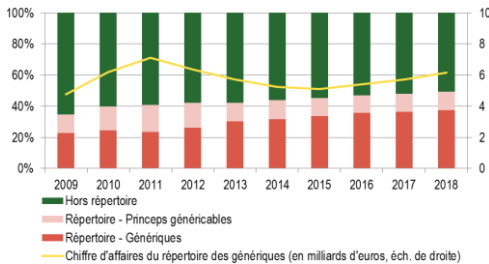
Champ > Ventes aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS ; traitements DREES.

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

En %

En milliards d'euros



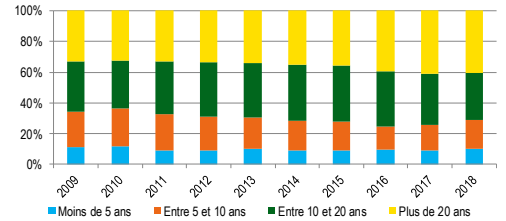
Lecture > En 2018, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 49,2 % du nombre de boîtes vendues, dont 37,3 % pour les seuls génériques. Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique atteint 6,2 milliards d'euros en 2017.

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

Source > GERS ; club CIP ; traitements DREES.

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

En %



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

Lecture > En 2018, les médicaments âgés de 20 ans ou plus représentent 40,8 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables.

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

Sources > GERS ; Thesorimed ; traitements DREES.

En 2018, la consommation d'optique médicale représente 6,4 milliards d'euros. Après avoir baissé en 2017, elle rebondit avec une croissance de 4,6 % (tableau 1). Cette hausse repose sur un fort rebond des volumes (+3,6 % en 2018 après -0,6 % en 2017) et une hausse des prix (+0,9 % après 0,0 % en 2017). L'optique médicale représente 3,1 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM) mais elle ne contribue que faiblement à la croissance de cet agrégat en 2018 (0,1 point).

En 2018, la consommation d'optique médicale rebondit grâce aux organismes complémentaires

Entre 2009 et 2012, la dépense d'optique médicale progresse vivement, avec une croissance moyenne de l'ordre de 4,6 % par an (graphique 1). Cette forte croissance est principalement tirée par les volumes. L'année 2013 a été en revanche marquée par un fort ralentissement en volume (+0,5 %) et en valeur (+1 %). En 2014, la croissance en valeur se stabilise à 1,0 % mais baisse encore en volume, à 0,3 %. La consommation reprend en 2015 mais, pour la première fois depuis 2001, le prix de l'optique baisse, de 0,3 %. Cette baisse pourrait provenir de la libéralisation de la vente d'optique médicale intervenue à partir de 2014 : des points de vente en ligne apparaissent, principalement pour les lentilles correctrices. La baisse des prix qui se confirme et le faible dynamisme des volumes conduisent à une quasi-stagnation de la consommation d'optique médicale en 2016. Cette atonie s'expliquerait par l'introduction des contrats « responsables » en 2015 : les organismes complémentaires (OC) bénéficient d'aides fiscales et s'engagent en contrepartie, notamment, à plafonner la prise en charge des lunettes et à limiter leur renouvellement. Ces mécanismes visaient à influencer les comportements de consommation et à modérer les prix du secteur. La tendance récente se confirme en 2017, avec des prix atones et un recul de la consommation en volume et en valeur, pour la première fois depuis quinze ans.

En 2018, les volumes et les prix repartent à la hausse (respectivement +3,6 % et +0,9 %). La vigueur des volumes est stimulée par les prestations versées par les OC. En effet, la généralisation de la complémentaire d'entreprise mise en place en 2016, a modifié la structure des contrats en faveur d'une meilleure couverture en optique (voir fiche 26). Ainsi, les prestations versées par les OC au titre de l'optique sont en forte hausse en 2018 (+6,6 %). Cette hausse des garanties stimulerait la consommation et les prix. De plus, plusieurs OC ont développé des réseaux de soins : en échange de tarifs plus modérés, les opticiens partenaires s'assurent un volume de clientèle. La possible montée en charge de ce dispositif expliquerait aussi le dynamisme de 2018, et la hausse de la part financée par les OC.

La structure de la dépense d'optique reste stable

Un peu moins des deux tiers de la dépense d'optique médicale (*encadré*) concernent les verres correcteurs (graphique 2). Environ un tiers de la dépense concerne les montures. Les lentilles ne représentent qu'une part minime de la dépense (5,5 %). Cette structure évolue peu d'une année à l'autre et la structure de 2018 est très proche de celle de 2017. Sur le long terme, la part des verres correcteurs augmente toutefois légèrement au détriment de la part des lentilles et des montures.

Les ménages et les organismes complémentaires financent près de 95 % de la dépense d'optique médicale

L'optique est l'un des postes de dépense pour lequel l'Assurance maladie intervient le moins : elle ne prend en charge que 5 % des dépenses d'optique médicale en 2018 (graphique 3), un niveau très stable sur le long terme. Le reste à charge des ménages est près de trois fois plus élevé en proportion que pour les autres postes de soins (21 % en 2018, contre 7,0 % en moyenne pour l'ensemble de la CSBM). Il est toutefois limité par une forte intervention des OC sur ce secteur. Structurellement, la part à la charge des ménages se réduit sensiblement au fil du temps, passant de 36 % en 2008 à 21 % en 2018. Symétriquement, la part des OC croît tendanciellement, de 60 % en 2009 à 74 % en 2018. Ces tendances de fond se trouvent renforcées depuis l'instauration des contrats responsables et le développement des réseaux de soins. Ceux-ci inciteraient en effet les ménages à sélectionner les opticiens leur procurant le meilleur remboursement par leur OC, tendant ainsi à limiter la dépense totale et à augmenter la part prise en charge par les organismes complémentaires en santé.

Précisions méthodologiques

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

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

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

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

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

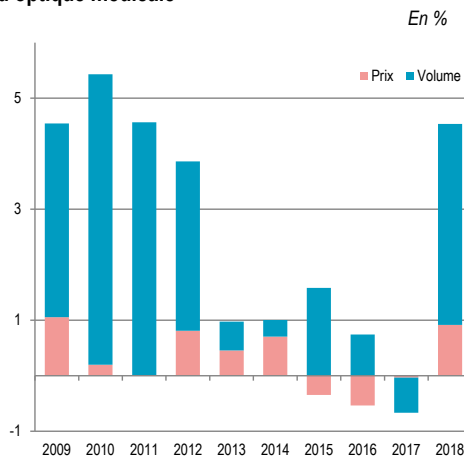
Tableau 1 Consommation d'optique médicale

En millions d'euros

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Consommation totale (en millions €)	5 193	5 475	5 725	5 948	6 006	6 067	6 142	6 154	6 113	6 393	
Évolution (en %)	Valeur	4,6	5,4	4,6	3,9	1,0	1,0	1,2	0,2	-0,7	4,6
	Prix	1,1	0,2	0,0	0,8	0,5	0,7	-0,3	-0,5	0,0	0,9
	Volume	3,5	5,2	4,6	3,1	0,5	0,3	1,6	0,7	-0,6	3,6

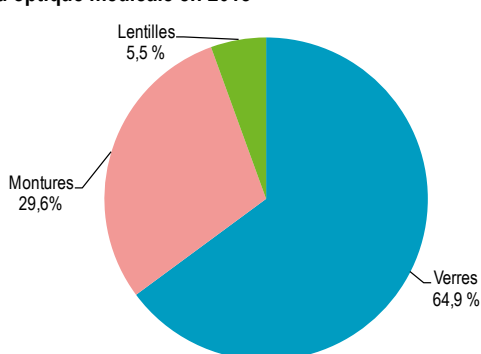
Lecture > En 2018, la consommation d'optique (en valeur) s'élève à 6 393 millions d'euros, en hausse de 4,6 % par rapport à 2017.

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

Graphique 1 Évolution de la consommation d'optique médicale

Lecture > En 2011, la consommation d'optique progresse de 4,6 % entièrement du fait de la dynamique des volumes.

Source > DREES, comptes de la santé.

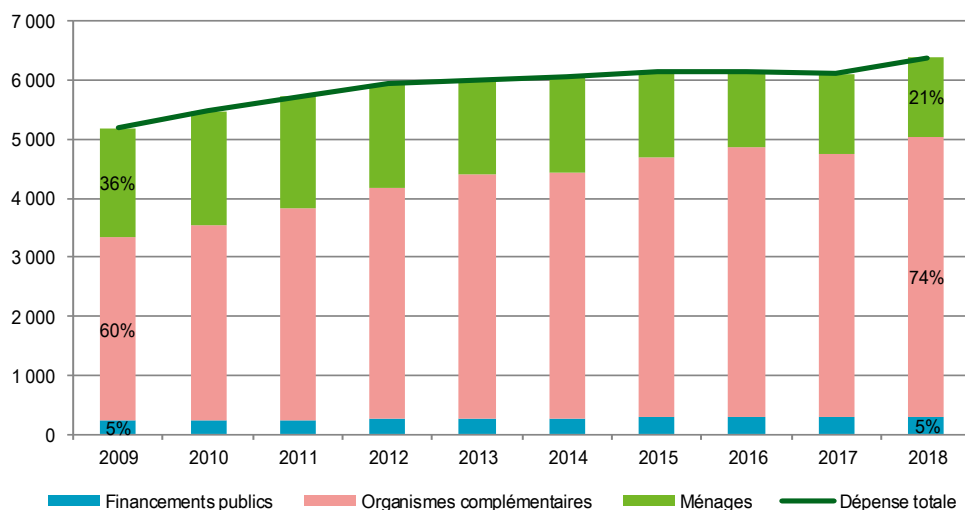
Graphique 2 Répartition de la consommation d'optique médicale en 2018

Lecture > En 2018, les montures représentent 29,6 % de la consommation d'optique.

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

Graphique 3 Consommation d'optique médicale par financeur direct

En millions d'euros



Lecture > En 2018, les financements publics (pris en charge par la Sécurité sociale et par les organismes de base pour les bénéficiaires de la CMU-C) couvrent 5 % de la consommation d'optique médicale.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

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

Ce poste représente 4,8 % du montant total de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribue pour 0,2 point à la hausse de cet agrégat en 2018.

Par ailleurs, la dépense d'optique médicale, qui représente à elle seule près de 39,6 % de la dépense totale en biens médicaux, est retracée séparément (voir fiche 15).

Des volumes de consommation très dynamiques

Hors optique médicale, les autres biens médicaux consommés en ville progressent de 4,1 % par rapport à 2017, avec un montant qui s'élève à 9,7 milliards d'euros en 2018 (tableau 1). 6,5 milliards d'euros sont consacrés à la dépense de matériels, aliments et pansements. En outre, 3,2 milliards d'euros sont versés au titre des prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP).

La croissance des biens médicaux hors optique médicale est très dynamique (5,5 % par an en moyenne de 2009 à 2018). Comme pour les autres années, la croissance du poste des biens médicaux hors optique est presque entièrement portée par un effet volume, les prix étant stables ou en léger recul.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs très divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Sa croissance en valeur se maintient à un rythme dynamique entre 2009 et 2018 (5,5 % en moyenne par an) [graphique 1].

La catégorie « **matériels, aliments et pansements** » (matériels d'assistance respiratoire, produits traitant du métabolisme [diabète], dispositifs de maintien à domicile [lits médicaux, perfusions], etc.) est également élevée (5,5 % par an en moyenne entre 2009 à 2018) [graphique 2], quoiqu'elle ralentisse en 2017 et en 2018. De nombreux facteurs peuvent expliquer la croissance de moyen terme de l'ensemble des autres biens médicaux

hors optique, en particulier celle des matériels, aliments et pansements. Parmi ceux-ci :

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

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

Plus de sept dixièmes de la dépense prise en charge par l'assurance maladie obligatoire

Les biens médicaux hors optique médicale sont pris en charge à 72,5 % par les financements publics (Assurance maladie, État et CMU-C versée par les organismes de base) [graphique 3]. Cela représente un niveau très largement supérieur à celui constaté sur l'optique (4,7 % en 2018) [voir fiche 16].

Les organismes complémentaires et les ménages financent ces biens médicaux dans des proportions proches (respectivement 15,6 % et 11,9 %). Depuis 2009, la structure de financement des autres biens médicaux s'est légèrement modifiée. Les parts publiques et le reste à charge des ménages ont reculé (respectivement 0,1 point et -0,3 point par an en moyenne) tandis que, la part des organismes complémentaires a progressé de 0,4 point par an en moyenne¹.

1. 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 intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires. Cette réforme devrait donc modifier les taux de prise en charge des biens médicaux.

Note

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

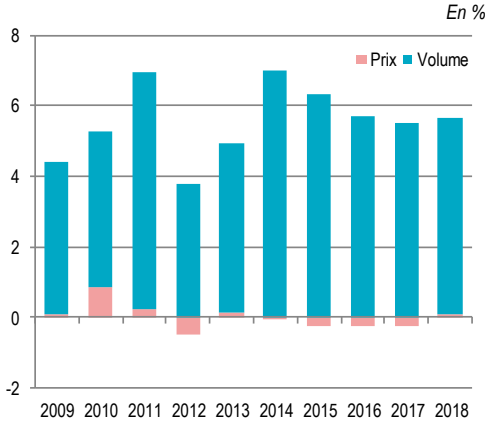
Tableau 1 Consommation des autres biens médicaux, hors optique médicale

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2017 (%)	Structure 2018 (%)
Ensemble (en millions €)	5 999	6 378	6 762	7 099	7 553	8 055	8 488	9 004	9 362	9 749	4,1	100,0
Prothèses, orthèses, VHP*	1 982	2 087	2 232	2 306	2 421	2 590	2 747	2 897	3 049	3 222	5,7	33,0
Matériels, aliments et pansements	4 018	4 291	4 530	4 793	5 133	5 466	5 742	6 107	6 313	6 528	3,4	67,0
Évolution en valeur (en %)	2,2	6,3	6,0	5,0	6,4	6,6	5,4	6,1	4,0	4,1		

* VHP : Véhicules pour handicapés physiques.

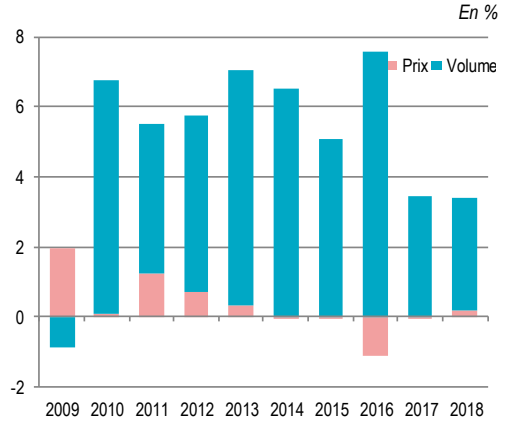
Source > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

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



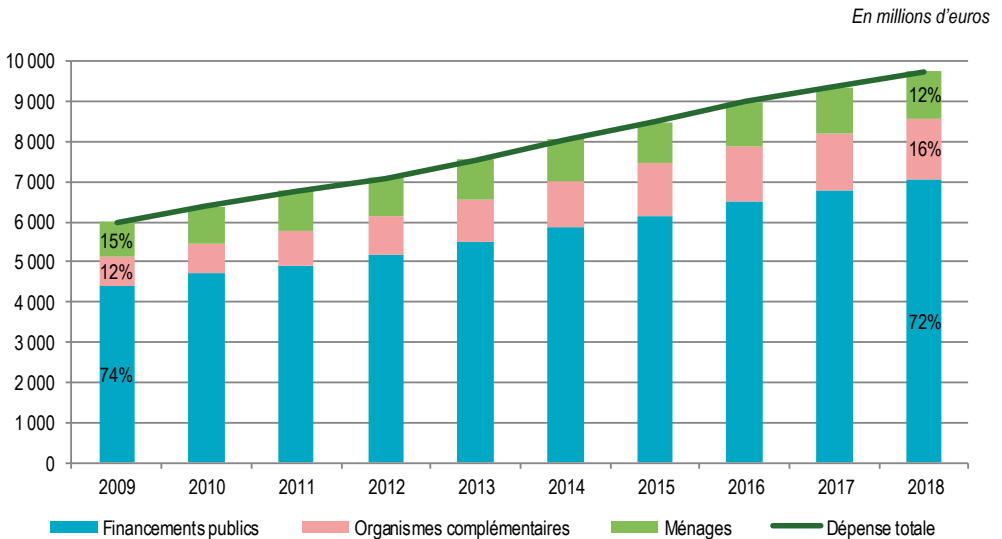
Source > DREES, comptes de la santé.

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



Source > DREES, comptes de la santé.

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



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

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins hospitaliers

En 2018, la **consommation de soins hospitaliers** (secteur public et privé, hors soins de longue durée) [voir glossaire] s'élève à 94,5 milliards d'euros. Comme en 2017, celle-ci poursuit son ralentissement en 2018 (+0,8 %, après 1,6 % en 2017) en lien avec la forte inflexion des prix (0,0 % en 2018, après 0,7 % en 2017), l'effet volume étant quasi similaire à 2017 (*tableau 1*). Ces soins hospitaliers représentent 46,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et contribuent pour 0,4 point à la croissance de cet agrégat. L'évolution récente s'inscrit dans la tendance de ces dernières années, à savoir une progression de la dépense hospitalière publique et privée bien moindre que celle de la décennie 2000. Ainsi, après avoir atteint un point haut en 2015 (46,9 %), la part des soins hospitaliers dans la CSBM diminue légèrement depuis, tout en restant le principal poste.

Les soins hospitaliers publics continuent de ralentir sous l'influence de prix en baisse

Le **secteur public** représente à lui seul 77 % de la consommation de soins hospitaliers en 2018, cette part étant stable depuis 2005. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public s'élève ainsi à 73,0 milliards d'euros en 2018 [*graphique 1*]. Comme en 2017, elle poursuit son ralentissement (+0,8 %, après 1,7 % en 2017). Cette décélération s'explique par un fort ralentissement des prix (+0,3 %, après 1,3 % en 2017) combiné à une faible croissance des volumes (+0,5 % en 2018).

Comme toute consommation de service non marchand, la consommation de soins hospitaliers du secteur public est évaluée au coût des différents facteurs de production (voir annexe 2) : rémunération des salariés, consommation intermédiaires, impôts sur la production nette des subventions et consommation de capital fixe. La dynamique de consommation de soins des établissements publics n'est donc pas directement comparable à l'évolution de l'activité hospitalière (retracée dans le programme de médicalisation des systèmes d'information [PMSI]). La consommation des soins hospitaliers dans le secteur public ralentit depuis 2013 (+1,8 % en moyenne par an, contre 2,6 % durant la période 2009-2012) en lien principalement avec la moindre hausse de la consommation intermédiaire (+2,3 % en moyenne par an depuis 2013 contre 3,7 % auparavant) et de la rémunération des salariés (+1,8 % en

moyenne par an depuis 2013 contre 2,1 % auparavant) [*graphique 2*].

L'activité pour les établissements publics sur le champ médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) uniquement ralentit depuis 2013 selon l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). Les patients âgés de 80 ans ou plus expliqueraient pour plus de la moitié de la décélération observée. En effet, la progression des assurés âgés de 80 ans ou plus ralentit durant la période concernée (effet démographique) et leurs séjours sont moins intensifs en soins hospitaliers.

Les soins hospitaliers privés poursuivent leur ralentissement

La consommation de soins hospitaliers dans le **secteur privé** s'élève en 2018 à 21,5 milliards d'euros. Les dépenses comptabilisées le sont par lieu d'exécution des soins et comprennent à ce titre l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. La consommation de soins hospitaliers privés poursuit également son ralentissement en 2018 (0,7 %, après 1,2 % en 2017). Contrairement au secteur public, cette plus faible progression est portée par le ralentissement des volumes d'activité (+1,6 %, après 2,4 % en 2017), dans un contexte de baisse des prix (-0,9 % en 2018) similaire à celle de 2017 et 2016. Cette baisse des prix s'explique notamment par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) [voir fiche 22] ainsi que par la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (0,8 % après 2,8 % en 2017). La réforme des contrats responsables a en effet limité la prise en charge de ces dépassements par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) [voir fiche 26].

Des motifs d'hospitalisation contrastés entre le secteur public et le secteur privé

Les motifs d'hospitalisation diffèrent entre le secteur privé et le secteur public (*graphique 3*). Ainsi, les séances (par exemple : séances de chimiothérapie ou les dialyses) représentent 33 % des séjours dans le public contre 9 % dans le privé. Inversement, les hospitalisations liées au tube digestif (par exemple, l'endoscopie) représentent 17 % des séjours dans le privé contre 6 % dans le public. Le secteur privé réalise aussi une part plus large des séjours en ambulatoire que le secteur public.

Pour en savoir plus

- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale** (2019, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2018, prévisions 2019*.
- > **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation** (2019, avril). Rapport d'activité 2018.
- > 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

		2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble		78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 320	93 770	94 502
Évolution (en %)	Valeur	3,9	2,5	2,7	2,6	2,5	2,7	1,5	2,1	1,6	0,8
	Prix	0,8	-0,2	-0,2	0,0	0,6	0,4	-0,5	-0,2	0,7	0,0
	Volume	3,1	2,7	2,8	2,6	1,9	2,3	2,1	2,3	0,9	0,8
Secteur public		60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 603	69 781	71 182	72 373	72 959
Évolution (en %)	Valeur	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,7	1,7	2,0	1,7	0,8
	Prix	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,6	-0,3	0,2	1,3	0,3
	Volume	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0	1,8	0,4	0,5
Secteur privé		18 145	18 615	19 166	19 615	19 909	20 457	20 649	21 138	21 397	21 543
dont	fraies de séjour *	13 299	13 551	13 962	14 287	14 479	14 801	14 863	15 096	15 204	15 417
	honoraires **	4 845	5 064	5 204	5 328	5 430	5 656	5 786	6 043	6 193	6 125
Évolution (en %)	Valeur	4,0	2,6	3,0	2,3	1,5	2,8	0,9	2,4	1,2	0,7
	Prix	0,5	0,7	0,1	-0,1	-0,2	-0,3	-1,2	-1,4	-1,1	-1,0
	Volume	3,5	1,8	2,9	2,4	1,7	3,0	2,2	3,9	2,4	1,7

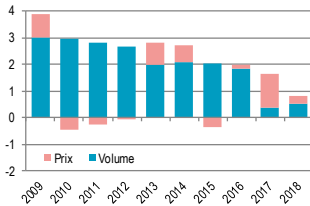
* Y compris médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus (médicaments et autres biens médicaux, souvent coûteux, qui sont facturés en sus de la tarification à l'activité).

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

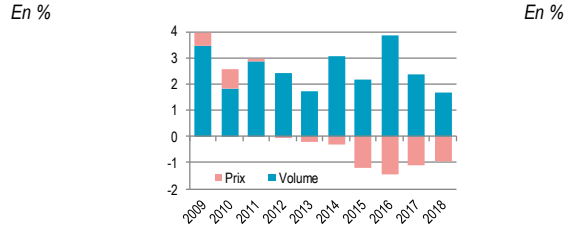
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers

a. Dans le secteur public



b. Dans le secteur privé

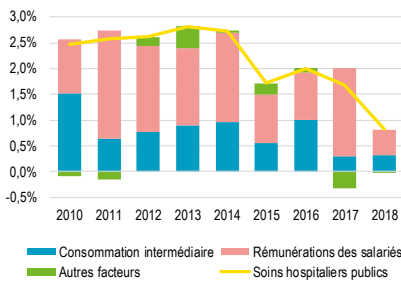


Note > Compte tenu des différences de méthodologie de mesure et de périmètre des tarifs dans les secteurs public et privé, les indices de prix des deux secteurs ne sont pas directement comparables (voir annexe 2).

Lecture > En 2018, la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public poursuit son ralentissement (+0,8 %, après 1,7 %). Cette évolution s'explique par un fort ralentissement des prix (0,3 %, après 1,3 % en 2017) combiné à une croissance faible des volumes (+0,5 % en 2018).

Source > DREES, comptes de la santé.

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

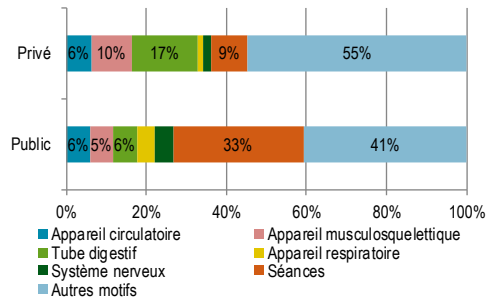


Lecture > La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public progresse 0,8 % en 2018, dont 0,5 point s'explique par les rémunérations (salaires et cotisations).

Champ > France.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, retraitements DREES.

Graphique 3 Répartition des séjours hospitaliers selon les principaux motifs en 2018



Lecture > Les affections du tube digestif (catégorie majeure de diagnostic) représentent 17 % des séjours dans le secteur privé contre 6 % dans le secteur public. Les 6 motifs explicités sont ceux pour lesquels on compte le plus de séjours dans le secteur public.

Champ > France.

Sources > ATIH, PMSI ; retraitements DREES.

Dans les comptes de la santé, la distinction entre « secteur public » et « secteur privé » hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale [DG], ou hors DG) et non sur leur statut juridique (voir fiche 17). En revanche, l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut juridique.

Au 31 décembre 2017, la France comptabilise 3 046 établissements de santé (y compris hôpitaux militaires) :

- 1 364 établissements publics¹ ;
- 680 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 002 établissements privés à but lucratif (hors centres de dialyse, de radiothérapie et services d'hospitalisation à domicile [HAD]).

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

En 2017, les capacités d'accueil sont de 368 000 lits en hospitalisation complète, hors soins de longue durée, et 75 000 places en hospitalisation partielle (tableau 1).

Le nombre de lits en hospitalisation complète (hors soins de longue durée) diminue en 2017 (-1,2 % après -1,0 % en 2016), du fait de la baisse observée dans le secteur public (-1,7 %, après -1,3 % en 2016). Il reste ainsi moins élevé qu'en 2002 dans le secteur privé à but non lucratif et dans le secteur public, mais plus élevé dans le secteur privé à but lucratif (graphique 1).

À l'opposé, le nombre de places en hospitalisation partielle continue d'augmenter, de manière moins soutenue en 2017 (+1,1 %, après +2,6 % en 2016). La progression du nombre de places reste portée par le secteur privé, à but lucratif (+2,8 %) ou non (+1,2 %). Dans les trois secteurs, le nombre de places d'hospitalisation partielle a nettement augmenté entre 2002 et 2017.

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle progressent en 2017 (+0,8 %) tandis que celles en hospitalisation complète poursuivent leur repli (-1,6 % par rapport à 2016). Cette tendance est notamment le fait des hôpitaux publics et des cliniques privées à but lucratif.

En psychiatrie (PSY), le nombre de places en hospitalisation partielle diminue en 2017 (-0,5 %, en 2017 après +1,0 % en 2016), reflet de la diminution observée dans le secteur public. La contribution du privé à but lucratif reste modeste en dépit d'une forte progression en 2017 de la capacité de ce secteur (+6,6 % en nombre de places). En hospitalisation complète de psychiatrie, la diminution globale des capacités (-2,3 %) masque l'augmentation du nombre de lits dans le secteur privé à but lucratif (+1,1 %).

En soins de suite et de réadaptation (SSR), le nombre de lits semble se stabiliser : +0,2 % en 2017, après -0,1 % en 2016. À l'inverse, les places d'hospitalisation partielle continuent de croître, à un rythme soutenu (+5,5 % en 2017, après +4,5 % en 2016).

Enfin, pour les unités de soins de longue durée (USLD), les capacités d'accueil, qui étaient en baisse en 2016 (-0,8 %), augmentent légèrement en 2017 (+0,4 %). Cette évolution intervient après la suppression de plus du quart des capacités d'accueil en 2010, résultant de la transformation d'un grand nombre d'USLD en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) et à leur sortie du champ sanitaire (voir annexe 5).

209 000 emplois médicaux en 2017

En 2017, 209 000 emplois médicaux (y compris sages-femmes) sont dénombrés dans les établissements de santé², répartis en 117 000 médecins, odontologistes, biologistes et pharmaciens salariés, 42 000 praticiens libéraux³, 34 000 internes et 17 000 sages-femmes. Les emplois salariés sont prépondérants dans le public et le privé à but non lucratif, tandis que dans le secteur privé à but lucratif, les libéraux représentent 81 % des emplois médicaux (graphique 2).

Au 31 décembre 2017, le personnel non médical des établissements de santé représente plus d'un million d'emplois (graphique 3). Représentant 7 emplois sur 10, le personnel soignant (encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers, rééducateurs, psychologues) constitue le cœur de métier de l'hôpital. Les trois quarts des emplois non médicaux des établissements de santé se trouvent dans les hôpitaux publics, le reste se partageant de manière presque égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

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

2. Ces données comptabilisent les praticiens exerçant et étant rémunérés simultanément par plusieurs établissements ; elles ne sont pas corrigées des doublons.

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

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

Pour en savoir plus

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

Tableau 1 Capacité en lits et en places par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2017

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2017	Évolution 2017/2016 (%)	2017	Évolution 2017/2016 (%)	2017	Évolution 2017/2016 (%)	2017	Évolution 2017/2016 (%)
Hospitalisation partielle (en places)	42 385	0,3	13 882	1,2	19 185	2,8	75 452	1,1
MCO	16 539	1,7	3 260	-2,0	12 935	0,4	32 734	0,8
Psychiatrie	22 318	-1,5	5 447	1,7	1 747	6,6	29 512	-0,5
Soins de suite et de réadaptation	3 528	5,3	5 175	2,7	4 503	9,0	13 206	5,5
Hospitalisation complète (en lits)*	218 076	-1,7	53 904	-1,0	96 378	-0,2	368 358	-1,2
MCO	141 197	-1,6	17 174	-0,7	48 248	-1,8	206 619	-1,6
Psychiatrie	34 973	-3,7	7 237	-1,9	13 804	1,1	56 014	-2,3
Soins de suite et de réadaptation	41 906	-0,3	29 493	-0,9	34 326	1,8	105 725	0,2
Soins de longue durée (en lits)	28 319	0,3	2 578	1,1	610	0,0	31 507	0,4

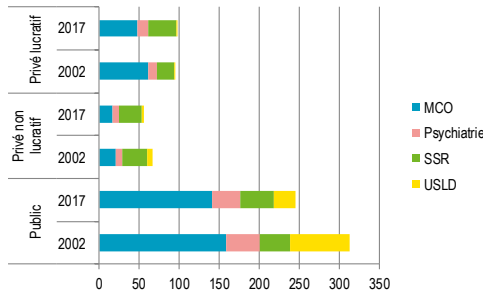
* Hors soins de longue durée.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

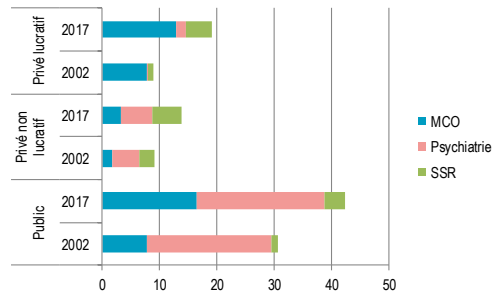
Sources > DREES, SAE 2016 et 2017 ; traitements DREES.

Graphique 1 Évolution des capacités entre 2002 et 2017

Lits d'hospitalisation complète en milliers



Places d'hospitalisation partielle en milliers

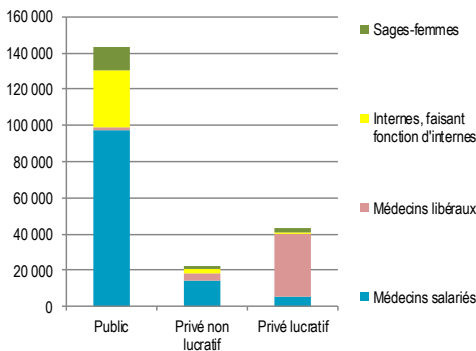


Champ > France (hors Mayotte), y compris hôpitaux militaires.

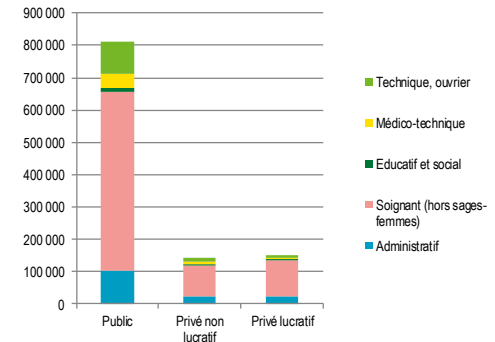
Sources > DREES, SAE 2002 et 2017 ; traitements DREES.

Graphique 2 Personnel médical (y compris sages-femmes) en 2017

En nombre d'emplois

**Graphique 3** Personnel non médical (hors sages-femmes) en 2017

En nombre d'emplois



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

Lecture > Ces données comptabilisent 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 2017 ; traitements DREES.

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2017 ; traitements DREES.

En 2017, les établissements de santé ont comptabilisé 12,0 millions de séjours en hospitalisation complète et 16,8 millions de journées en hospitalisation partielle (tableau 1)¹. L'activité est tirée par l'hospitalisation partielle qui continue de se développer, quoiqu'à un rythme un peu moins soutenu par rapport à 2016 (+2,0 %, après +4,3 %), tandis que l'hospitalisation complète diminue (-0,8 %).

En MCO, seule l'activité d'hospitalisation partielle augmente

En médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), l'hospitalisation partielle poursuit sa croissance en 2017 (+2,3 % pour le nombre de journées). Parallèlement, le nombre de séjours d'hospitalisation complète continue, comme depuis plusieurs années, de diminuer (-0,9 %). Cette baisse est plus marquée dans les cliniques privées à but lucratif (-2,4 % en 2017) que dans le secteur public (-0,5 %). Au total, en 2017, le nombre de séjours en hospitalisation complète en MCO est proche de celui de 2002 (graphique 1). En revanche, le nombre de journées en hospitalisation partielle a crû de 54 % depuis 2002, sous l'effet des politiques incitatives mises en place : développement de ces services, tarification plus attractive, etc. La structure de l'activité en MCO s'est ainsi nettement déformée : de 1 journée d'hospitalisation partielle pour 2 séjours d'hospitalisation complète en 2002, à 3 journées pour 4 séjours en 2017. La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO est de 5,5 jours (graphique 2). Elle est plus élevée dans le public (6,0 jours) que dans le privé à but non lucratif (5,5 jours) ou lucratif (4,2 jours), reflète notamment des caractéristiques des patients différentes d'un secteur à l'autre. Cette durée moyenne n'a que très légèrement diminué entre 2010 (5,8 jours) et 2017 (5,5 jours).

L'activité en psychiatrie est relativement stable depuis 2002

Si le nombre de séjours en hospitalisation complète de psychiatrie (PSY) est globalement stable entre 2002 et 2012, son évolution depuis 2013 est irrégulière. En 2017, il diminue (-0,3 %), moins nettement qu'en 2016

(-4,1 %). Comme en 2016, une hausse est toutefois observée dans le secteur privé à but lucratif (+2,1 %). Comme en MCO, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en psychiatrie est assez stable depuis 2010, mais à un niveau cinq fois plus élevé : elle s'établit ainsi à 29,0 jours en 2017. L'hospitalisation partielle en psychiatrie a progressé régulièrement de 2002 à 2015, mais à un rythme plus faible qu'en MCO. Depuis 2016, elle diminue, avec une baisse qui s'amplifie : -0,7 % en 2016, puis -1,3 % en 2017.

L'activité en SSR poursuit sa progression

Entre 2002 et 2017, le secteur des soins de suite et de réadaptation (SSR) est celui qui connaît la plus forte croissance de son activité : +28 % pour le nombre de séjours en hospitalisation complète et +198 % pour le nombre de journées en hospitalisation partielle.

En 2017, l'activité en hospitalisation partielle, avec 4,1 millions de journées, continue de progresser à un rythme rapide (+5,6 %, après +7,9 %). Observée dans tous les secteurs, cette hausse est plus marquée dans le secteur privé à but lucratif. En hospitalisation complète, l'augmentation de l'activité est plus modeste : le nombre de séjours progresse de 0,3 % (1,1 million de séjours en 2017) et le nombre de journées de 1,1 % (33,4 millions de journées).

La durée moyenne de séjour en SSR en hospitalisation complète est de 31,1 jours en 2017². Comme en psychiatrie, elle est relativement stable depuis 2010 et nettement plus élevée qu'en MCO. Le nombre de journées en soins de longue durée continue de diminuer légèrement en 2017 (-0,5 %, après -0,3 % en 2016), du fait de la baisse des capacités d'accueil en lits (voir fiche 18).

À ces prises en charge en hospitalisation, à temps complet ou partiel, s'ajoutent des consultations externes, ainsi que des traitements et cures ambulatoires, dont 6,8 millions de séances de dialyse en 2017, 2,7 millions de séances de chimiothérapie en ambulatoire et 3,8 millions de séances de radiothérapie en ambulatoire. Enfin, les urgences ont accueilli 21,4 millions de passages en 2017.

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

2. La durée moyenne de séjour de SSR a été modifiée pour les années 2013 à 2016. Pour les séjours ne se terminant pas par un décès ou par une mutation vers un autre service, le jour de sortie n'est pas comptabilisé dans le nombre de journées d'hospitalisation complète.

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) décrit de manière synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il permet notamment de financer les établissements en fonction de leur activité. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements et leurs personnels médicaux et non médicaux.

Pour en savoir plus

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

> **Charavel, C., Mauro, L. et Seimandi, T.** (2018, novembre). Les soins de suite et de réadaptation entre 2008 et 2016 : forte progression de l'activité, en réponse au vieillissement de la population. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 30.

Tableau 1 Nombre de séjours et de journées selon le statut de l'établissement en 2017

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2017	Évolution 2017/2016 (%)	2017	Évolution 2017/2016 (%)	2017	Évolution 2017/2016 (%)	2017	Évolution 2017/2016 (%)
Journées en hospitalisation partielle	7 655 752	-0,2	3 166 953	2,1	5 979 172	4,8	16 801 877	2,0
Soins de court séjour (MCO)	3 188 715	2,0	673 462	3,1	3 832 869	2,4	7 695 046	2,3
Psychiatrie*	3 474 423	-3,1	948 130	0,0	557 007	8,1	4 979 560	-1,3
Soins de suite et de réadaptation	992 614	3,2	1 545 361	3,0	1 589 296	10,0	4 127 271	5,6
Séjours en hospitalisation complète**	7 894 117	-0,5	1 200 515	-0,6	2 906 281	-1,6	12 000 913	-0,8
Soins de court séjour (MCO)	7 036 539	-0,5	845 094	0,0	2 421 180	-2,4	10 302 813	-0,9
Psychiatrie	425 032	-0,6	71 016	-2,7	126 435	2,1	622 483	-0,3
Soins de suite et de réadaptation***	432 546	-0,2	284 405	-1,7	358 666	2,6	1 075 617	0,3
Journées en hospitalisation complète**	66 413 928	-1,2	15 353 874	-0,6	26 720 268	0,0	108 488 070	-0,8
Soins de court séjour (MCO)	42 103 242	-1,2	4 611 938	-1,2	10 289 762	-3,6	57 004 942	-1,7
Psychiatrie	11 041 385	-3,1	2 188 319	-1,3	4 838 678	1,6	18 068 382	-1,7
Soins de suite et de réadaptation***	13 269 301	0,4	8 553 617	-0,1	11 591 828	2,8	33 414 746	1,1
Journées en soins de longue durée	9 785 924	-0,7	889 605	0,4	212 444	4,6	10 887 973	-0,5

* Le nombre de journées est exprimé en équivalent journée par lequel une demi-journée compte pour moitié.

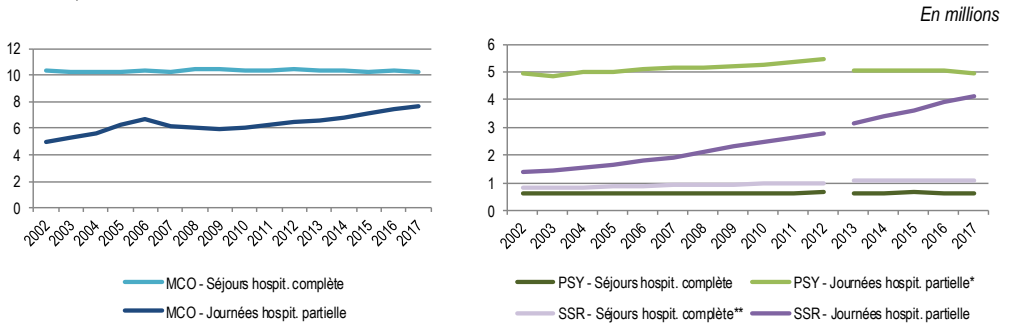
** Hors soins de longue durée.

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

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2016-2017 pour l'activité de court séjour ; ATIH, PMSI-SSR 2016-2017 pour le SSR ; DREES, SAE 2016-2017 pour la psychiatrie et les soins de longue durée ; traitements DREES.

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



* Y compris MECS temporaires de 2013 à 2017.

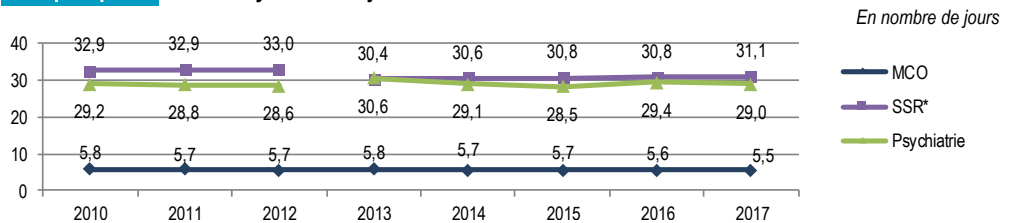
** Le recueil de l'activité en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) n'est plus intégré dans l'hospitalisation partielle en psychiatrie, mais dans les prises en charge ambulatoires en psychiatrie de 2013 à 2017.

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

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

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2002-2017 pour l'activité de court séjour ; DREES, SAE 2002-2012 et ATIH, PMSI-SSR 2013-2017 pour le SSR ; DREES, SAE 2002-2016 pour la psychiatrie ; traitements DREES.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour



* Y compris MECS temporaires de 2014 à 2017. La durée moyenne de séjour (DMS) de SSR a été modifiée pour les années 2013 à 2017 par rapport à l'édition 2018 de ce panorama.

Note > La rupture de série entre 2012 et 2013 est due au changement de sources pour le SSR et à la modification de la collecte pour la psychiatrie. S'y ajoute une modification du calcul de la durée moyenne de séjour (DMS). Avant 2013, la DMS correspond au nombre de jours de présence rapporté au nombre de séjours entamés l'année n. Depuis 2013, elle correspond au nombre de jours de présence rapporté au nombre de séjours (somme du nombre de séjours entamés l'année n et de séjours entamés avant le 1^{er} janvier et poursuivis l'année n).

Champ > France, y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH, PMSI-MCO 2010 à 2017 pour l'activité de court séjour ; SAE 2010-2012 et ATIH, PMSI-SSR 2013 à 2017 pour le SSR ; DREES, SAE 2010 à 2017 pour la psychiatrie ; traitements DREES.

L'hospitalisation à domicile¹ (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville. Elle permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite et de réadaptation (SSR). En 2017, la dépense remboursée par l'Assurance maladie aux hôpitaux au titre de l'HAD s'élève à 1,0 milliard d'euros. Après avoir augmenté de 19 % par an entre 2006 et 2009, cette dépense a ralenti à +8 % par an jusqu'en 2012, puis à +3,7 % par an de 2013 à 2015. Depuis 2016, la dépense augmente à nouveau plus nettement (+5,8 % en 2016 et +6,7 % en 2017). Cette accélération pourrait s'expliquer par la reconnaissance par la Haute Autorité de santé (HAS) de la compétence exclusive des établissements HAD dans le traitement spécifique des pansements complexes, très développés en HAD.

Les capacités et l'activité augmentent nettement

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD a connu un essor important depuis le début des années 2000 après la clarification de son périmètre et de son champ d'application. Les capacités de prise en charge et l'activité ont ainsi triplé entre 2000 et 2016. Depuis 2011, le nombre d'établissements d'HAD se stabilise, tandis que celui des patients pouvant être pris en charge simultanément et des journées continuent d'augmenter, à un rythme accru en 2017 : respectivement +7,3 % et +5,0 % en 2017, contre +5,1 % et +4,1 % par an en moyenne entre 2013 et 2016. Néanmoins, l'HAD occupe encore une place modeste dans l'offre de soins. En 2017, 300 établissements peuvent prendre en charge simultanément 17 500 patients en France (tableau 1), soit 5,3 % des capacités totales d'hospitalisation complète en MCO et en SSR. Les établissements d'HAD appartiennent en majorité aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 125 établissements du secteur public disposent de 25 % des capacités de prise en charge d'HAD en 2017 (contre 29 % en 2006). Au sein du secteur privé à but non lucratif, 95 établissements, soit 4 sur 5, relèvent du domaine associatif et ne proposent que ce mode d'hospitalisation. Ils regroupent 49 % des capacités de prise en charge en HAD en 2017, contre 56 % en 2006. Le secteur privé lucratif, avec 57 établissements, reste minoritaire mais son importance s'accroît : entre 2006 et 2017, la part de ses capacités en HAD est passée de 6 % à 18 %.

En 2017, 199 200 séjours ont été réalisés pour 5,2 millions de journées (contre 188 300 séjours et 4,9 millions de journées en 2016). Le secteur privé à but non lucratif a un poids encore plus important tant en

matière d'activité que de capacités : il prend en charge 57 % des séjours (contre 31 % dans le public et 12 % dans le privé à but lucratif) et réalise 59 % des journées (contre 25 % et 16 %). En effet, les séjours sont plus courts dans les secteurs public et privé à but non lucratif du fait des principales pathologies prises en charge, notamment la périnatalité et surtout les soins de cancérologie dont les séjours sont réduits à quelques jours. Les soins palliatifs et les pansements complexes et soins spécifiques, dont les séjours sont plus longs, font aussi partie des premiers motifs de prise en charge, et ce, pour tous les secteurs.

Les disparités géographiques demeurent

En 2017, sur les 17 500 patients pouvant être pris en charge simultanément en HAD sur le territoire français, plus de 2 600 sont concentrés à Paris et dans les Hauts-de-Seine. Les capacités de prises en charge en HAD, dans ces départements, représentent 15 % de l'offre totale et la densité moyenne y est de 69 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants (carte 1), soit 2,7 fois plus que la moyenne nationale (26 pour 100 000 habitants). Les densités sont également élevées dans les Landes, les Pyrénées-Atlantiques ou le Var. Dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), la Guadeloupe et la Guyane ont aussi des densités 4 à 5 fois supérieures à la densité nationale. En Guyane, l'HAD comble les déficits de l'offre de soins en étant présente là où il manque des professionnels de santé et en proposant un panel de prises en charge que les établissements de santé n'offrent pas. En Guadeloupe, l'HAD compense la baisse des lits de MCO observée depuis 1997. À l'opposé, certains départements sont moins bien dotés. Les départements restants de l'Île-de-France (excepté la Seine-et-Marne), les Alpes-de-Haute-Provence, le territoire de Belfort, Mayotte, l'Ardèche, le Cantal, la Haute-Saône et l'Isère affichent ainsi des densités départementales inférieures à 13 patients pouvant être pris en charge simultanément pour 100 000 habitants, soit deux fois moins que la moyenne nationale.

Les plus de 65 ans totalisent 54 % des séjours

Compte tenu de ces prises en charge variées, l'HAD concerne des patients de tous âges, de la naissance à la fin de vie (graphique 1). Toutefois, les personnes âgées constituent une population cible importante : en 2017, les plus de 65 ans totalisent 54 % des séjours (contre 40 % en MCO). Les enfants concentrent 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons.

1. Les dépenses d'hospitalisation à domicile sont comptabilisées dans la consommation de soins hospitaliers (voir fiche 17).

Pour en savoir plus

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

> **FNEHAD** (2018, novembre). *L'hôpital de demain. Et si c'était aussi chez moi ? Rapport d'activité 2017-2018*.

> **ATIH** (2018, novembre). *Analyse de l'activité hospitalière 2017 – édition 2018*.

Tableau 1 Capacités et activité des établissements d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique en 2017

Statut juridique des établissements	Nombre d'établissements	Nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément*	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Sur les séjours terminés**	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences*** (en journées)
Ensemble	300	17 482	199	5 167	27	18
Secteur public :	125	4 303	62	1 296	22	14
Centre hospitalier régional	13	1 271	27	425	17	10
Centre hospitalier (et autres)	112	3 032	35	871	26	18
Secteur privé à but non lucratif :	118	9 984	113	3 024	28	19
Centre de lutte contre le cancer	3	243	5	89	19	11
Structure associative de HAD	95	8 559	95	2 606	29	20
Autres	20	1 182	13	329	26	18
Secteur privé à but lucratif	57	3 195	24	848	38	25

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

** On comptabilise environ 186 000 séjours terminés en 2017, soit 93 % des séjours d'HAD.

*** On comptabilise environ 140 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2017, soit 70 % de séjours d'HAD.

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

Le nombre d'établissements est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés.

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

Les séjours comprennent ceux commencés avant 2017 ainsi que ceux terminés ou non en 2017.

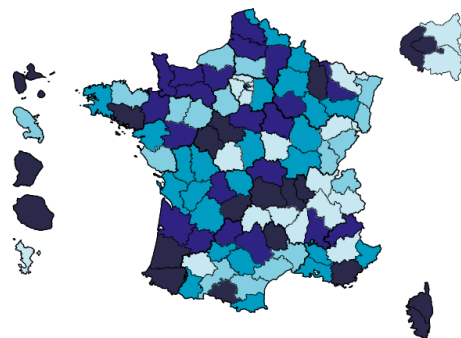
Les journées sont celles de l'année 2017 (sont exclues les journées antérieures à 2017 pour les séjours ayant commencé avant).

Champ > France.

Sources > ATIH : PMSI-HAD 2017 ; DREES : SAE 2017, traitements DREES.

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

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



□ [0-16[□ [16-21[□ [21-26[
 □ [26-33[□ [33-121[

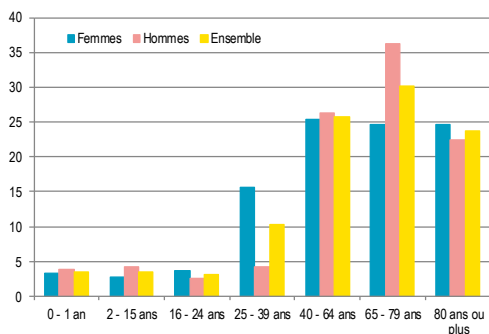
Note > Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

Champ > France.

Sources > Insee : estimation de la population au 1^{er} janvier 2017 ; DREES : SAE 2017 ; traitements DREES.

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

En % par sexe



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

Lecture > En 2017, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 16 % chez les femmes.

Champ > France.

Sources > ATIH : PMSI-HAD 2017 ; traitements DREES.

Les comptes financiers des hôpitaux publics restent déficitaires en 2018

En 2018, d'après les données provisoires des comptes financiers des hôpitaux publics, le déficit total se réduit légèrement et s'établit à 567 millions d'euros, après 743 millions d'euros en 2017. Il reste toutefois supérieur à celui observé en 2016 (188 millions d'euros). Malgré la légère amélioration de 2018, le niveau du déficit reste donc élevé. La rentabilité nette, définie comme le rapport du résultat net (excédent ou déficit) aux recettes, se redresse, mais reste à un niveau historiquement bas, à -0,8 % en 2018, après -1,1 % en 2017 et -0,3 % en 2016 (*tableau 1*). Le léger redressement des comptes pour l'année 2018 reflète principalement celui du budget principal, en déficit de près de 660 millions d'euros, après 875 millions d'euros en 2017 (*tableau 2*). Le budget principal retrace les opérations relevant des activités de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), moyen séjour (soins de suite et de réadaptation) et de psychiatrie ; il représente 88 % du budget total des établissements. Quant au budget annexe, décrivant notamment les unités de soins de longue durée et les établissements hébergeant des personnes âgées, son excédent continue de se réduire en 2018 pour s'établir à 96 millions d'euros, niveau le plus bas observé depuis 2002.

En 2018, près de six établissements sur dix sont déficitaires (57 %, après 59 % en 2017). Le déficit cumulé de ces établissements se redresse légèrement, pour s'établir à 960 millions d'euros, après 1,1 milliard d'euros en 2017. Toutefois, l'essentiel de ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 50 établissements en 2018. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé se réduit légèrement et s'établit à près de 393 millions d'euros en 2018 (402 millions d'euros en 2017).

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

La situation financière des CHR s'améliore

La légère amélioration de la situation financière concerne principalement les centres hospitaliers régionaux (CHR), y compris l'AP-HP. Pour ce dernier, la rentabilité s'améliore mais reste à un niveau très bas (-1,9 % en 2018, après -2,7 % en 2017). Pour les autres CHR, la rentabilité nette continue de s'améliorer et devient même positive : elle atteint 0,3 % en 2018, après -0,1 % en 2017 et -0,5 % en 2016. Leur déficit ne représente plus que 8 % du déficit global cumulé en 2018, contre 16 % en 2017. Toutefois, malgré cette amélioration, le nombre de CHR déficitaires reste équivalent à celui de 2017 (15 en 2018 et en 2017). Dans une moindre mesure, l'amélioration des comptes financiers concerne aussi les centres hospitaliers (CH) de

petite, moyenne et grande taille : leur rentabilité s'améliore de 0,2 point pour atteindre respectivement -1,0 %, -2,4 % et -1,2 % pour l'année 2018. Leur situation reste donc déficitaire.

Enfin, pour toutes les autres catégories d'hôpitaux, la situation financière se dégrade. Ainsi, les comptes financiers des CH ex-hôpitaux locaux continuent de se détériorer : leur rentabilité se dégrade nettement depuis deux ans (-0,6 % en 2018, après -0,1 % en 2017). Pour les centres hospitaliers spécialisés (CHS), la situation en 2018 reste excédentaire malgré une baisse de leur rentabilité, passant de 0,9 % en 2017 à 0,7 % en 2018.

En 2018, le résultat d'exploitation des établissements publics reste déficitaire

Le résultat net est la somme de trois composantes : le résultat d'exploitation (activités courantes), le résultat financier (issu des placements ou des dettes) et le résultat exceptionnel. L'évolution du résultat net se redresse légèrement en 2018, après un recul continu depuis 2012. Cette évolution est pour beaucoup le reflet de celle du résultat d'exploitation. Il s'améliore en 2018 mais reste déficitaire : il s'établit à 53 millions d'euros, après un déficit de l'ordre de 300 millions d'euros en 2017 (*graphique 1*). Structurellement déficitaire en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements, le déficit du résultat financier est relativement stable en 2018, à 913 millions d'euros (924 millions d'euros en 2017). Enfin, le résultat exceptionnel se détériore un peu en 2018 mais reste excédentaire : il atteint 400 millions d'euros.

Les recettes des établissements publics sont estimées à près de 80,2 milliards d'euros en 2018

En 2018, les recettes totales des établissements publics, hors rétrocession de médicaments, repartent à la hausse, progressant de 1,3 % en 2018, après 0,9 % en 2017. Elles atteignent 80,2 milliards d'euros en 2019, dont 70,6 milliards imputables au budget principal.

Le budget principal est ventilé en trois titres de recettes et en quatre titres de dépenses. Avec 54,5 milliards d'euros, les recettes versées par l'Assurance maladie (titre 1) ont augmenté de 1,1 % en 2018. Elles sont constituées principalement des recettes de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres recettes de l'activité hospitalière (titre 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, augmentent de 2,1 % en 2018, après trois années consécutives de baisse, pour s'établir à 5,5 milliards d'euros en 2018. Cette hausse des recettes de titre 2 s'explique en partie par l'augmentation du forfait journalier hospitalier qui est passé de 18 à 20 euros au 1^{er} janvier 2018. Enfin, les autres recettes (titre 3) augmentent de 2,1 % pour s'établir à 10,6 milliards d'euros. Elles correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

Tableau 1 Rentabilité nette des hôpitaux publics entre 2009 et 2018

	En %									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018*
Ensemble hôpitaux publics	-0,4	-0,4	-0,6	0,1	-0,2	-0,4	-0,6	-0,3	-1,1	-0,8
Les centres hospitaliers régionaux (CHR)										
AP-HP	-1,3	-1,7	-1,2	-0,3	-0,1	-0,2	0,6	0,9	-2,7	-1,9
Autres CHR	-1,7	-0,9	-1,1	0,2	-0,3	-0,7	-1,3	-0,5	-0,1	0,3
Les autres centres hospitaliers (CH)										
Grands CH*	-0,1	-0,2	-0,4	0,1	0,0	-0,3	-0,7	-0,3	-1,4	-1,2
Moyens CH*	0,0	-0,6	-1,1	-0,1	-0,7	-0,9	-0,9	-1,7	-2,6	-2,4
Petits CH*	1,2	0,9	0,5	0,6	0,8	0,4	-0,3	0,3	-1,2	-1,0
CH ex-hôpitaux locaux	2,5	2,3	1,4	1,2	0,7	0,6	0,7	0,7	-0,1	-0,6
CH spécialisés (CHS)	0,6	0,6	0,6	0,4	-0,1	0,0	0,3	1,0	0,9	0,7

* Données provisoires.

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

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

L'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP).

Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).

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

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

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

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

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

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France.

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

Tableau 2 Évolution des recettes et des dépenses des hôpitaux publics entre 2015 et 2018

	2015	2016	2017	2018*	2015/2016	2016/2017	2017/2018
	En Mds€	En Mds€	En Mds€	En Mds€	En %	En %	En %
Produits							
Budget global	76,7	78,5	79,2	80,2	+2,3	+0,9	+1,3
dont Budget principal	67,5	69,1	69,7	70,6	+2,5	+0,8	+1,3
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	52,1	53,1	53,9	54,5	+1,9	+1,5	+1,1
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat	5,6	5,5	5,4	5,5	-1,2	-1,8	+2,1
dont titre 3 : autres produits	9,7	10,5	10,4	10,6	+7,8	-1,1	+2,1
Charges							
Budget global	77,1	78,7	80,0	80,8	+2,0	+1,6	+1,0
dont Budget principal	68,1	69,6	70,6	71,3	+2,2	+1,5	+1,0
dont titre 1 : charges de personnel	44,9	45,5	46,4	46,7	+1,2	+2,1	+0,6
dont titre 2 : charges à caractère médical	9,6	10,1	10,3	10,5	+4,7	+2,6	+2,2
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,8	7,0	7,0	7,3	+2,8	+0,7	+3,1
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	6,7	7,0	6,8	6,7	+4,8	-3,6	-0,7
Résultat de l'exercice							
Budget global	-0,402	-0,188	-0,743	-0,567	-	-	-
dont Budget principal	-0,601	-0,433	-0,875	-0,663	-	-	-
dont Budget annexe	0,198	0,245	0,132	0,096	-	-	-

* Données provisoires.

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France.

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

Des dépenses moins dynamiques que les recettes

En 2018, les dépenses du secteur public sont estimées à 80,8 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisées en budget principal. Contrairement à 2017, les recettes progressent plus vite que les dépenses en 2018, ce qui induit une réduction du déficit du budget global.

À la différence de 2017, la progression des dépenses a en effet été contenue en 2018 par une meilleure maîtrise des dépenses de personnel (titre 1), après une forte hausse en 2017. Ces dépenses s'élevaient à 46,7 milliards d'euros en 2018 et progressent de 0,6 % (après 2,1 % en 2017 et 1,2 % en 2016). La forte augmentation de 2017 provient de la revalorisation de la valeur du point d'indice et de la mise en œuvre du protocole sur les parcours professionnels, les carrières et rémunérations (PPCR).

Les dépenses à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant [titre 2]) s'élevaient à 10,5 milliards d'euros en 2018, avec une hausse de 2,2 % en 2018, après 2,6 % en 2017. Les dépenses à caractère hôtelier et général (titre 3) progressent fortement (+3,1 % en 2018, après +0,7 % en 2017) et atteignent 7,3 milliards d'euros pour le budget principal. Enfin, les dépenses d'amortissement, frais financiers et dépenses exceptionnelles (titre 4), diminuent de 0,7 % en 2018 pour atteindre 6,7 milliards d'euros.

Les investissements baissent à nouveau en 2018

Les investissements représentent 3,7 milliards d'euros en 2018 et la part des dépenses d'investissement rapportées aux recettes continue de baisser (5,2 % en 2018, après 5,7 % en 2017 et 5,9 % en 2016) [graphique 2], comme le préconise la stratégie nationale d'investissement : l'effort d'investissement avait en effet été soutenu jusqu'en 2010 sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

L'encours de la dette diminue légèrement en 2018

Dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte, l'encours de la dette des hôpitaux publics diminue de près de 400 millions d'euros en 2018, pour atteindre 29,4 milliards d'euros (contre 29,8 milliards d'euros en 2017). L'encours de la dette représente ainsi 41,7 % du chiffre d'affaires en 2018, contre 42,7 % en 2017.

Toutefois, le déficit récurrent des hôpitaux publics engendre des opérations comptables sur le poste « report à nouveau déficitaire ». Comme en 2016 et en 2017, ceci vient réduire leurs capitaux propres. De ce fait, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), ne se réduit pas et reste stable à 51,6 % en 2018 (graphique 3).

Méthodologie

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

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

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

Titres de recettes :

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

Titres de dépenses :

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

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

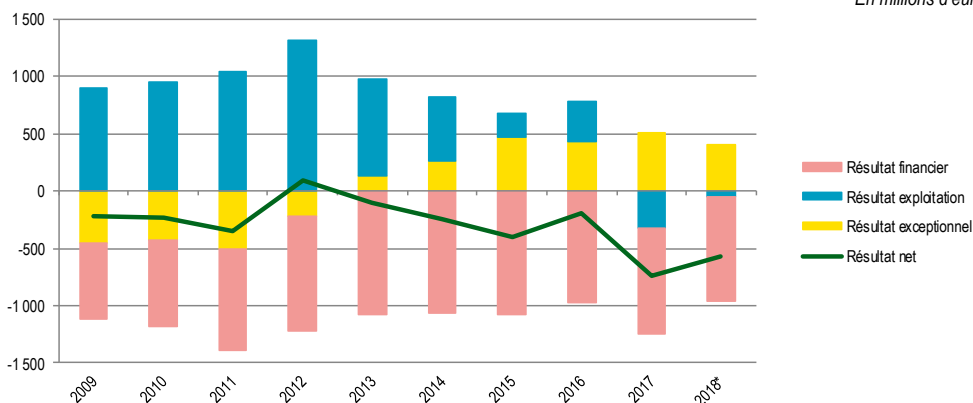
- Le poste de compte correspondant aux rétrocessions de médicaments est déduit à la fois des dépenses et des recettes. La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En effet, en l'absence de ce retraitement, pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des recettes serait surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes.
- Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2018 afin de ne conserver que les établissements de santé exerçant une activité de soins. Le nombre d'hôpitaux publics s'élèverait à 843 en 2018.

Pour en savoir plus

> Gonzalez L., Roussel R., et al. (dir.) (2018, septembre). *Les dépenses de santé en 2017, résultats des comptes de la santé – édition 2018*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé. Fiche 22 « La situation économique et financière des hôpitaux publics ».

Graphique 1 Décomposition du résultat des hôpitaux publics entre 2009 et 2018

En millions d'euros



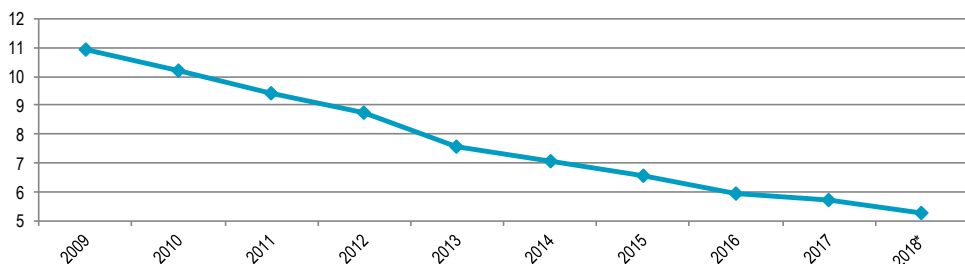
* Données provisoires.

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

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

Champ > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France.**Sources** > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].**Graphique 2** Évolution de l'effort d'investissement des hôpitaux publics entre 2009 et 2018

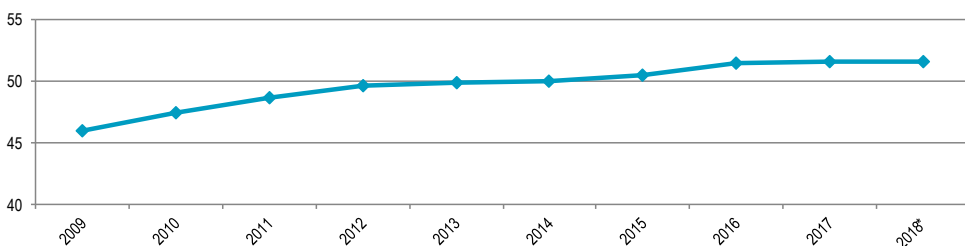
En % des recettes



* Données provisoires.

Note > Effort d'investissement : part des dépenses d'investissements rapportées aux recettes.**Champ** > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France.**Sources** > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].**Graphique 3** Évolution du taux d'endettement des hôpitaux publics entre 2009 et 2018

En % des ressources stables



* Données provisoires.

Note > Taux d'endettement : part des dettes au sein des ressources stables.**Champ** > Hôpitaux de statut public (hors hôpitaux militaires), France.**Sources** > DGFIP ; SAE ; calculs DREES (données retraitées) [encadré].

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

Cette fiche s'intéresse à la situation économique des cliniques privées en 2017, à partir de l'exploitation de leurs comptes déposés chaque année auprès des greffes des tribunaux de commerce. Elle s'appuie sur les comptes de 729 cliniques sur les 1 014 identifiées par la Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) [encadré] afin d'inférer la situation économique de l'ensemble. Elle couvre à la fois la métropole et les départements et régions d'outre-mer (DROM).

En 2017, la rentabilité des cliniques privées s'établit à 3,5 % du chiffre d'affaires

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 15,0 milliards d'euros en 2017, soit une hausse de 1,3 % par rapport à 2016 (tableau 1).

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

En 2017, la rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte le résultat net au chiffre d'affaires, est évaluée à 3,5 %, soit une baisse de 0,2 point par rapport au niveau de 2016, qui était le plus élevé depuis 2006. Cette légère diminution est à la fois la conséquence d'un repli du résultat financier – qui mesure les opérations se

rapportant directement à l'endettement et aux placements – et du résultat d'exploitation. L'excédent brut d'exploitation diminue pour la deuxième année consécutive, pour atteindre 6,4 % du chiffre d'affaires en 2017, après 6,7 % en 2016.

Les évolutions récentes de l'excédent brut d'exploitation sont pour une grande part le reflet de la mise en place en 2013, du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), avantage fiscal pour les entreprises. Cette mesure a entraîné une baisse des cotisations sociales et donc des frais de personnel. Pour tenir compte du fait que les cliniques sont en concurrence avec les établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont atténué son effet positif en 2013 et 2014, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers. L'effet positif du CICE a été entièrement neutralisé à partir de 2015 par une diminution supplémentaire des tarifs.

La rentabilité diminue pour les cliniques MCO et de SSR

Les niveaux de rentabilité sont très variables selon le secteur d'activité et ont évolué de manière différente en 2017 (graphique 1). Pour les cliniques du secteur MCO, la rentabilité diminue de 0,2 point par rapport à 2016 pour atteindre 2,8 % du chiffre d'affaires. Si la rentabilité nette des cliniques de SSR reste à un niveau élevé en s'établissant à 5,6 % en 2017, elle diminue de 0,4 point par rapport à 2016. Au contraire, la rentabilité des cliniques psychiatriques est en hausse en 2017 et atteint 7,2 %, après 6,4 % en 2016. Les cliniques psychiatriques demeurent ainsi les plus rentables.

Près d'une clinique sur quatre est en déficit

La situation économique globale des cliniques privées, excédentaire, masque de fortes disparités. En 2017, 23 % des cliniques sont en déficit. Cette part est en très légère baisse en 2017 (0,1 point de moins qu'en 2016). Elle atteint 28 % en MCO et 18 % en SSR, contre 9 % dans le secteur de la psychiatrie.

Tableau 1 Comptes de résultat des cliniques privées à but lucratif

Montants en millions d'euros, soldes et intermédiaires de gestion en % du CA

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (millions d'euros)	13 178	13 551	13 903	14 107	14 585	14 783	14 973
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,3	-45,1	-44,8	-45,3	-45,7	-45,9	-46,1
<i>dont achats consommés</i>	-17,4	-17,1	-16,7	-17,2	-17,3	-17,5	-17,6
<i>dont autres achats et charges externes</i>	-27,9	-28,0	-28,0	-28,0	-28,4	-28,4	-28,5
Frais de personnel (en % du CA)	-43,9	-44,0	-43,3	-42,8	-42,6	-42,9	-42,9
<i>dont salaires bruts</i>	-31,0	-31,3	-31,6	-31,2	-31,2	-31,6	-31,7
<i>dont charges sociales</i>	-13,0	-12,8	-11,7	-11,6	-11,4	-11,3	-11,2
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,0	-5,3	-5,3	-5,1	-4,8	-4,6	-4,5
<i>dont impôts, taxes et versements assimilés</i>	-5,7	-5,9	-5,9	-5,8	-5,6	-5,6	-5,6
<i>dont subvention d'exploitation</i>	0,7	0,6	0,6	0,7	0,8	1,0	1,1
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	5,7	5,6	6,5	7,0	7,0	6,7	6,4
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	1,9	1,9	1,6	1,6	1,6	1,7	1,8
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-4,0	-4,0	-3,9	-3,8	-3,8	-4,0	-3,9
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	3,6	3,5	4,2	4,9	4,8	4,5	4,3
RÉSULTAT FINANCIER (en % du CA)	-0,3	-0,2	0,1	0,0	-0,3	0,5	0,2
<i>produits financiers</i>	1,1	0,9	1,0	0,8	0,6	1,2	0,9
<i>charges financières</i>	-1,3	-1,1	-0,9	-0,7	-0,8	-0,8	-0,7
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier) (en % du CA)	3,4	3,3	4,3	4,9	4,5	5,0	4,5
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (en % du CA)	0,9	0,4	-0,8	-0,1	-0,1	0,0	0,2
<i>produits exceptionnels</i>	2,9	2,5	1,8	1,8	1,9	1,3	1,9
<i>charges exceptionnelles</i>	-2,0	-2,1	-2,6	-1,8	-2,0	-1,3	-1,7
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4	-0,3
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4	-1,4	-0,9	-0,9	-1,2	-0,9	-0,8
RÉSULTAT NET (en % du CA)	2,5	2,0	2,2	3,5	2,8	3,7	3,5

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

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

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

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

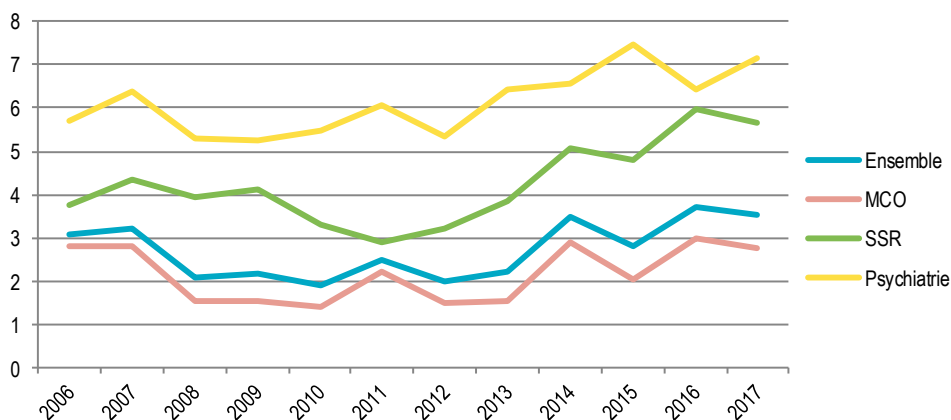
Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits apparaissent en positif et les charges en négatif. Attention, des différences peuvent apparaître entre les sommes de pourcentages et le résultat réel, en raison des arrondis à un chiffre.

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2011-2017 ; calculs DREES.

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées

En % du chiffre d'affaires



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

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2017 ; calculs DREES.

Les investissements se stabilisent

Comme la rentabilité, la capacité d'autofinancement (CAF) diminue en 2017, après une hausse en 2016 (5,4 % du chiffre d'affaires en 2017, contre 5,9 % en 2016) [graphique 2]. Elle diminue pour les cliniques de MCO et de SSR, mais augmente pour les cliniques psychiatriques.

Globalement, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre d'affaires, continue de progresser légèrement en 2017. Il poursuit ainsi sa reprise entamée en 2013 pour atteindre 4,9 % du chiffre d'affaires, contre 4,5 % en 2016 et 3,7 % trois ans

auparavant (graphique 3). Si la hausse n'est que modeste en MCO, elle est plus marquée en SSR, vraisemblablement en raison de l'amélioration sensible de la situation financière de ce secteur, ainsi qu'en psychiatrie.

L'endettement reste stable à un niveau bas

L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières aux capitaux permanents, est en baisse depuis 2012 et s'établit en 2017 à 33 %, un niveau historiquement bas (graphique 4). Le taux d'endettement est particulièrement bas en SSR, à 24 %, et en psychiatrie, à 13 %.

Méthodologie

Champ

Les données de 2017 sont relatives aux cliniques privées de France métropolitaine et des DROM (y compris Mayotte) ayant déposé leurs liasses fiscales aux tribunaux de commerce. Ces chiffres ont été croisés avec l'enquête SAE 2017, afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Les données 2017 sont considérées comme semi-définitives et s'appuient sur un échantillon de 729 cliniques ayant déposé leurs comptes. Les données 2016 sont également susceptibles d'être révisées, si bien que les ratios comme les taux de croissance peuvent être modifiés à la marge par rapport aux chiffres publiés dans l'ouvrage *Les établissements de santé, édition 2019* (Toutlemonde, 2019). Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre l'échantillon de cliniques représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que des différents indicateurs financiers.

La disponibilité des comptes uniquement au niveau de l'ensemble de l'entité juridique, et non au niveau du Finess géographique, constitue une difficulté pour analyser les résultats, notamment pour les grands groupes ayant plusieurs activités. Pour limiter les biais, seules les entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière sont retenues. Toutefois, il subsiste des entités juridiques dont l'activité principale est hospitalière mais qui ont également une activité secondaire non sanitaire, par exemple de maisons de retraite. Dans ces cas-là, ces activités sont comprises dans les résultats financiers.

Pour cette fiche, les chiffres obtenus sur la période 2006-2016 diffèrent légèrement de ceux publiés sur les éditions précédentes en raison d'une réactualisation des données sur l'ensemble de la période, en particulier concernant les autres opérations d'exploitation, les dotations nettes aux amortissements, ainsi que l'effort d'investissement. Des notes ajoutées aux différents graphiques donnent des indications sur les évolutions observées.

Répartition par discipline

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

- **Secteur de MCO** : cliniques pluridisciplinaires ou spécialisées à dominante MCO, cliniques de dialyse monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de dialyse) ; cliniques de radiothérapie monodisciplinaires (intégralité de l'activité en séances de radiothérapie) ; hospitalisation à domicile (HAD).
- **Secteur hors MCO** :
SSR : cliniques dont l'activité est à dominante soins de suite et de réadaptation ;
PSY : cliniques dont l'activité est à dominante psychiatrie.

La limite principale à cette répartition par discipline est la suivante : lorsqu'une clinique a une activité importante dans plusieurs disciplines, l'intégralité des comptes est considérée comme étant du ressort de la discipline d'équipement majoritaire.

Tableau : Nombre de cliniques privées à but lucratif et « taux de comptes disponibles »

	Nombre de cliniques privées	Nombre de cliniques privées ayant déposé leurs comptes	Pourcentage de comptes disponibles
Ensemble	1 014	729	72
MCO	611	437	72
Cliniques pluridisciplinaires	307	259	84
Cliniques spécialisées	160	122	76
Radiothérapie	59	15	25
Dialyse	55	33	60
Hospitalisation à domicile	30	8	27
Soins de suite et de réadaptation	276	191	69
Psychiatrie	127	101	80

MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

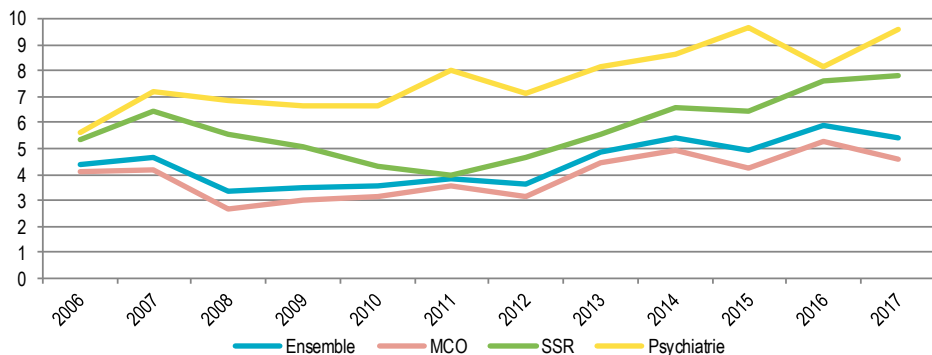
Pour en savoir plus

> **Gonzalez, L., Roussel R., Héam J.-C. et al. (dir.)** (2018, septembre). *Les dépenses de santé en 2017, résultats des comptes de la santé – édition 2018*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé. Fiche 23 « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif ».

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

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

En % du chiffre d'affaires



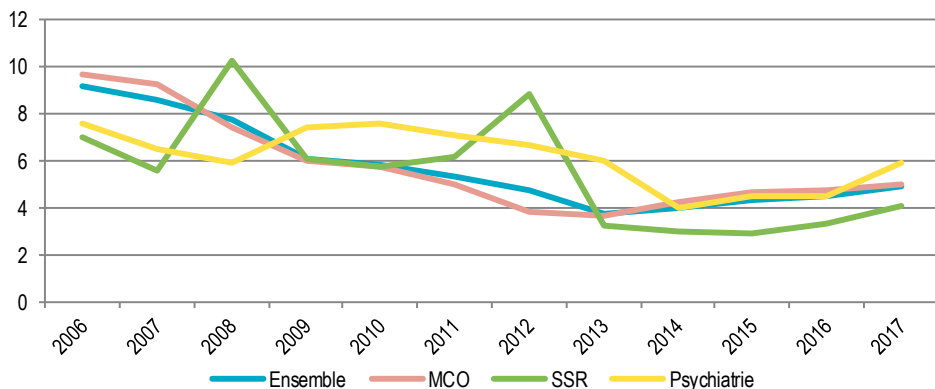
Note > La capacité d'autofinancement (CAF) mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2017 ; calculs DREES.

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

En % du chiffre d'affaires



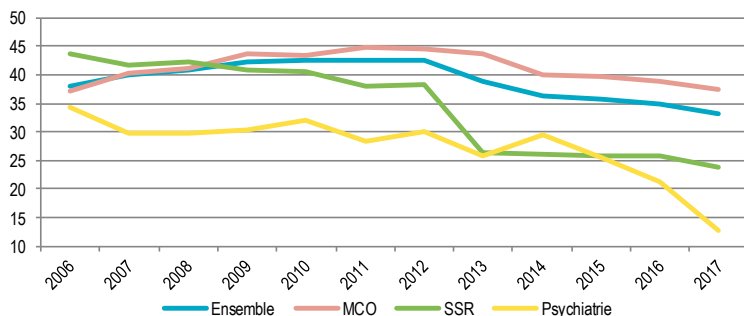
Note > Les sauts observés en 2008 et 2012 pour les cliniques de SSR sont dus à de forts investissements ponctuels de la part de cliniques ayant un poids financier important.

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2017 ; calculs DREES.

Graphique 4 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées

En % des capitaux permanents



Note > Le décrochage observé entre 2012 et 2013 pour le taux d'endettement des cliniques de SSR est dû à une forte augmentation des fonds propres de quelques cliniques ayant un poids financier important.

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce ; SAE 2006-2017 ; calculs DREES.

Le financement de la CSBM

La prise en charge par les financeurs publics et les organismes complémentaires augmente en 2018

La **Sécurité sociale** est l'acteur majeur du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) avec 78,1 % de la dépense prise en charge en 2018 (*tableau 1*) [voir fiche 24]. Les **organismes complémentaires** prennent en charge 13,4 % de la dépense en 2018 (voir fiche 26). L'**État**¹ et les **organismes de base au titre de la CMU-C** financent quant à eux 1,5 % de la CSBM en 2018 (voir fiche 29). Enfin, le **reste à charge des ménages** atteint 7,0 % de la CSBM (voir fiche 27).

La structure de financement de la CSBM est affectée par des phénomènes de fond tels que le vieillissement de la population, la progression des effectifs de personnes en affection de longue durée (ALD), la déformation de la consommation de soins vers les soins les mieux remboursés, etc. Elle l'est également par les différentes mesures législatives portant sur l'Assurance maladie (mesures d'économie, remboursement de nouveaux actes et traitements innovants, etc.). Au total, les effets favorables à une moindre participation financière des ménages tendent à l'emporter depuis 2009 (-0,2 point par an en moyenne). À l'inverse, la proportion des dépenses prise en charge par la Sécurité sociale a augmenté de 0,2 point par an en moyenne, celle des OC et celle de l'État et des organismes de base au titre de la CMU-C évoluant peu.

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

Les taux moyens de prise en charge masquent des disparités selon le type de dépense considéré.

Les dépenses du **secteur hospitalier** sont caractérisées par une prise en charge particulièrement élevée de la Sécurité sociale (91,7 % en 2018), en augmentation depuis 2013 du fait notamment de la progression des dépenses de santé liées aux ALD. En parallèle, le reste à charge des ménages représente 1,9 % des dépenses de ce poste en 2018, une proportion très inférieure au reste à charge moyen pour l'ensemble de la CSBM.

Sur le champ **des soins de ville**, la part de la Sécurité sociale augmente depuis 2012, du fait notamment de la montée en charge de divers paiements forfaitaires versés aux médecins. Elle représente 65,8 % en 2018, mais elle reste toutefois inférieure au taux de prise en charge moyen sur la CSBM. Les OC d'une part, l'État et les organismes en charge de la CMU-C d'autre part, sont à l'inverse surreprésentés dans le financement des soins de ville, avec une place prépondérante des soins de dentistes (comprenant les prothèses dentaires). Le reste à charge des ménages représente 10,5 % des soins de ville, une part en baisse continue depuis 2009, sous l'effet par exemple de la modération des dépassements d'honoraires.

Concernant la dépense de **médicaments**, la part de la Sécurité sociale a fortement augmenté depuis 2009 (+0,7 point en moyenne par an), en raison notamment du remboursement de médicaments innovants. Elle atteint 73,5 % en 2018. Symétriquement, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué, de même que le reste à charge des ménages sur ce poste (respectivement -0,4 point et -0,3 point en moyenne par an depuis 2009).

C'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible (44,6 %) et celle des OC la plus forte (38,8 %). Au sein de ce poste, l'optique médicale (39,6 % de ces dépenses) connaît en effet des faibles remboursements par la Sécurité sociale, compensés par des prises en charge élevées par les OC. La part de la Sécurité sociale et surtout celle des OC ont augmenté depuis 2009, en lien avec le vieillissement de la population et le développement de l'hospitalisation à domicile qui nécessite des équipements médicaux (oxygène, lit médicalisé, etc.). En parallèle, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est progressivement réduit (-1,0 point par an en moyenne entre 2009 et 2018), mais demeure parmi les plus élevés (15,6 %).

Enfin, c'est pour les **transports sanitaires** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 93 % en 2018, compte tenu du nombre important de patients en ALD ayant recours à ces services. Le reste à charge des ménages sur ce poste y est donc le plus faible (2,5 %), quoiqu'en hausse depuis 2010.

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

Le principal poste de financement au sein de la CSBM diffère pour les acteurs du système. Les soins hospitaliers constituent le premier poste de dépenses pour la Sécurité sociale d'une part, pour l'État et les organismes de base gérant la CMU-C d'autre part. Ils représentent respectivement 54,6 % et 37,2 % de leur dépense totale en 2018 (*tableau 2*). Pour les OC et les ménages, la première place revient aux soins de ville. En leur sein, les soins de dentistes représentent, tant pour les OC que pour les ménages, une part importante de leur dépense (respectivement 17,6 % et 16,1 % de la dépense totale). Cela est à rapprocher du faible niveau de remboursement par la Sécurité sociale des soins prothétiques, les soins de dentistes (y compris les remboursements au titre des consultations et soins préventifs et conservateurs, non susceptibles de dépassement) ne représentant à l'inverse globalement que 2,4 % des dépenses de l'Assurance maladie sur le champ de la CSBM. Enfin, les médicaments représentent un peu moins d'un tiers du reste à charge des ménages, contre un sixième environ pour les autres financeurs.

1. Les dépenses de l'État recouvrent les prestations versées aux invalides de guerre et aux personnes en situation irrégulière : soins d'urgence, aide médicale de l'État (AME).

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

En %

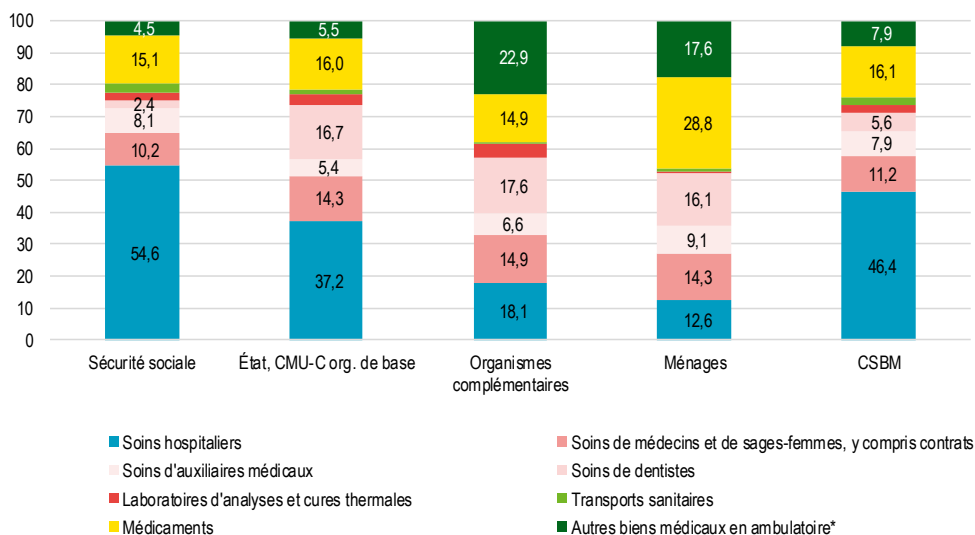
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble de la CSBM										
Sécurité sociale	76,3	76,3	76,2	76,3	76,6	77,1	77,3	77,6	77,9	78,1
État, CMU-C org. de base	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4	1,5
Organismes complémentaires	13,3	13,4	13,7	13,7	13,7	13,4	13,4	13,4	13,1	13,4
Ménages	9,2	9,0	8,9	8,7	8,3	8,1	7,9	7,7	7,5	7,0
Soins hospitaliers										
Sécurité sociale	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,2	91,5	91,7	91,7
État, CMU-C org. de base	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1	1,2
Organismes complémentaires	4,8	5,1	5,2	5,2	5,3	5,2	5,3	5,1	5,0	5,2
Ménages	2,4	2,3	2,4	2,5	2,5	2,5	2,4	2,3	2,2	1,9
Soins de ville*										
Sécurité sociale	63,0	63,0	63,0	63,3	63,7	64,3	64,8	64,9	65,2	65,8
État, CMU-C org. de base	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0	2,1	2,0	2,2
Organismes complémentaires	21,7	21,9	22,3	22,3	22,1	21,9	21,7	21,6	21,3	21,6
Ménages	13,5	13,3	12,8	12,6	12,3	11,9	11,5	11,4	11,4	10,5
Médicaments										
Sécurité sociale	67,3	68,0	68,4	68,9	69,5	71,0	71,3	71,8	72,8	73,5
État, CMU-C org. de base	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,5	1,4	1,5
Organismes complémentaires	16,2	15,9	15,4	15,1	14,7	13,9	13,2	13,0	12,5	12,5
Ménages	15,2	14,8	15,0	14,7	14,5	13,8	14,1	13,7	13,2	12,6
Autres biens médicaux**										
Sécurité sociale	40,9	41,2	40,7	40,8	41,7	42,5	43,0	43,9	44,6	44,6
État, CMU-C org. de base	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0	1,0
Organismes complémentaires	33,9	34,0	35,6	37,5	38,4	37,7	38,9	39,3	38,1	38,8
Ménages	24,5	24,1	23,0	21,0	19,1	19,0	17,1	15,8	16,2	15,6
Transports sanitaires										
Sécurité sociale	93,0	93,0	92,9	92,9	92,7	92,8	92,9	93,0	93,0	93,0
État, CMU-C org. de base	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9
Organismes complémentaires	4,5	4,7	4,6	4,5	4,4	4,2	3,8	3,7	3,5	3,6
Ménages	1,7	1,5	1,7	1,8	2,0	2,1	2,4	2,4	2,6	2,5

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

** Y compris optique.

Lecture > En 2018, la Sécurité sociale finance 78,1 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 91,7 % des dépenses.**Source** > DREES, comptes de la santé.**Tableau 2** Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2018

En %



* Y compris optique.

Lecture > En 2018, 54,6 % des dépenses de Sécurité sociale sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) concernent des soins hospitaliers.**Source** > DREES, comptes de la santé.

En 2018, la part prise en charge par la Sécurité sociale augmente légèrement

Entre 2009 et 2012, le taux moyen de prise en charge de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par la Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la Camieq et de l'Alsace-Moselle) a oscillé entre 76,2 % et 76,3 %, notamment sous l'effet des mesures d'économies mises en œuvre (voir fiche 23). Depuis 2012, cette part augmente continûment, en raison notamment de la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) [+2,6 % par an en moyenne entre 2012 et 2017], qui découle en particulier du vieillissement de la population et de la plus forte prévalence d'ALD à âge donné, ainsi que de la modification de la structure de soins des patients en ALD (tableau 1).

En 2018, la tendance à la hausse se poursuit et le taux de prise en charge par la Sécurité sociale atteint 78,1 %, après 77,9 % en 2017 (tableau 2).

Les **soins hospitaliers** sont caractérisés par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement. Cette part augmente continûment depuis 2012 en lien notamment avec l'augmentation des dépenses liées aux affections de longue durée.

Les dépenses de **soins de ville** sont prises en charge à 65,8 % par la Sécurité sociale en 2018. Cette part augmente depuis 2012, sous l'effet des facteurs structurels précédemment mentionnés. Sa croissance est également portée par la montée en charge progressive des différents paiements forfaitaires versées aux médecins (forfait médecin traitant, rémunération médecin traitant, rémunération sur objectifs de santé publique, forfait patientèle médecin traitant, etc.), dont la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement, ainsi que par le ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins (voir fiches 3 et 4).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments en ville** s'élève à 73,5 % en 2018. Cette part augmente continûment depuis 2013, en raison notamment de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (prescrits en cas de pathologie lourdes et graves et parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes totales augmente (voir fiche 14). En particulier, l'introduction des traitements

contre l'hépatite C a fait augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014.

Pour les **autres biens médicaux**, la part de la Sécurité sociale est stable en 2018, à 44,6 %. Elle avait tendance à augmenter ces dernières années : **l'optique** dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est très faible (3,9 % en 2018) croît moins vite que les autres biens médicaux hors optique (2,3 % par an en moyenne depuis 2009 contre 5,5 % pour les autres biens médicaux hors optique), pris en charge en moyenne à un taux bien supérieur (71,3 % en 2018). En conséquence, la part des autres biens médicaux hors optique augmente. Cet effet de structure l'emporte sur la baisse des niveaux de remboursement par la Sécurité sociale pour l'ensemble des autres biens médicaux (y compris l'optique) [voir fiches 16 et 17 pour plus de détails sur les prises en charge des financeurs publics].

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

Les prestations versées par la Sécurité sociale ralentissent en 2018

En 2018, les prestations versées par la Sécurité sociale au titre de la CSBM ralentissent (+1,7 % après +2,2 % en 2017) et atteignent 158,8 milliards d'euros. Cette décélération s'expliquerait principalement par la hausse plus faible des soins hospitaliers. En 2018, les soins hospitaliers deviendraient le deuxième contributeur à la croissance des prestations d'Assurance maladie, derrière les soins de ville (avec des contributions respectives de 0,5 point et de 0,9 point de croissance), alors qu'ils étaient structurellement le plus fort contributeur les années antérieures (graphique 1).

Le financement de la CSBM représente, en 2018, 26,1 % (graphique 2) des dépenses des administrations de Sécurité sociale toutes fonctions confondues (santé, vieillesse, famille, etc.) [voir glossaire]. Après un point bas à 25,2 % atteint en 2012, cette part a progressé de 0,3 point par en moyenne entre 2013 et 2016, dans un contexte de stabilisation des copaiements et de faible inflation modérant les autres dépenses dont les barèmes sont revalorisés en fonction du niveau général des prix (pensions, indemnités journalières, allocations familiales, etc.). Depuis 2016, cette part est quasi stable.

Pour en savoir plus :

> Grangier J., Mikou M., Roussel R. et Solard J. (2017, septembre). Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1025.

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

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

En millions d'euros

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble	129 625	132 387	135 609	138 746	141 863	146 558	149 092	152 850	156 193	158 819
Évolution	3,2%	2,1%	2,4%	2,3%	2,2%	3,3%	1,7%	2,5%	2,2%	1,7%
Soins hospitaliers	71 912	73 469	75 185	77 073	78 950	81 159	82 442	84 431	85 941	86 649
Hôpitaux du secteur public	55 666	56 911	58 165	59 667	61 307	63 046	64 159	65 687	66 965	67 533
Hôpitaux du secteur privé	16 246	16 558	17 019	17 406	17 644	18 113	18 283	18 744	18 976	19 116
Soins de ville	27 364	27 846	28 844	29 818	30 771	31 747	32 736	33 840	34 844	36 188
Soins de médecins et de sages-femmes*	12 349	12 294	12 769	12 862	13 107	13 498	13 869	14 258	14 729	14 665
Soins d'auxiliaires médicaux*	8 477	8 932	9 327	9 964	10 611	11 141	11 620	12 126	12 554	13 036
Soins de dentistes	3 290	3 318	3 372	3 397	3 413	3 462	3 580	3 672	3 743	3 800
Contrats et autres soins	293	302	305	563	605	630	642	689	676	1 553
Laboratoires d'analyses	2 954	2 999	3 072	3 030	3 034	3 017	3 024	3 096	3 142	3 135
Transports sanitaires	3 322	3 485	3 577	3 783	3 976	4 095	4 278	4 467	4 637	4 761
Médicaments en ambulatoire	22 452	22 709	22 923	22 755	22 514	23 561	23 341	23 456	23 865	24 020
Autres biens médicaux	4 575	4 878	5 079	5 317	5 652	5 995	6 295	6 655	6 907	7 201
Optique	216	223	224	227	232	239	253	253	252	249
Autres	4 359	4 655	4 855	5 090	5 420	5 756	6 042	6 402	6 655	6 952
Montant total de la CSBM	169 890	173 488	178 066	181 796	185 241	190 206	192 946	197 078	200 458	203 466

* Y compris cures thermales.

Lecture > En 2018, la Sécurité sociale finance la CSBM à hauteur de 158,8 milliards d'euros.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

En %

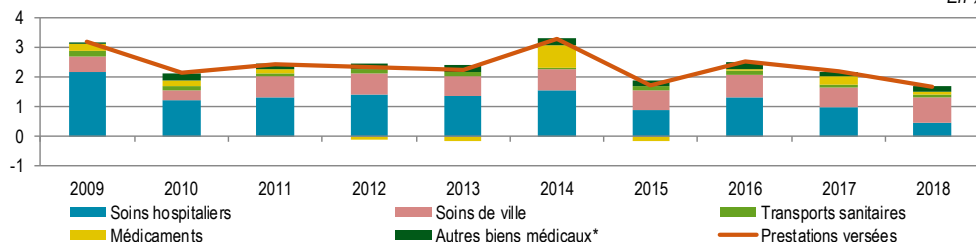
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble	76,3	76,3	76,2	76,3	76,6	77,1	77,3	77,6	77,9	78,1
Soins hospitaliers	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	91,2	91,5	91,7	91,7
Soins de ville	63,0	63,0	63,0	63,3	63,7	64,3	64,8	64,9	65,2	65,8
Transports sanitaires	93,0	93,0	92,9	92,9	92,7	92,8	92,9	93,0	93,0	93,0
Médicaments	67,3	68,0	68,4	68,9	69,5	71,0	71,3	71,8	72,8	73,5
Autres biens médicaux (y compris optique)	40,9	41,2	40,7	40,8	41,7	42,5	43,0	43,9	44,6	44,6

Lecture > En 2018, la Sécurité sociale finance 91,7 % du total des dépenses de soins hospitaliers.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Croissance des prestations de Sécurité sociale en santé et ses principales contributions

En %



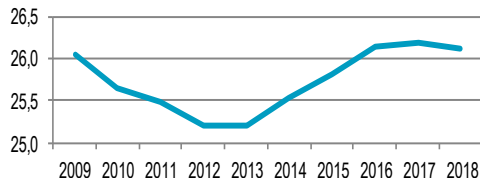
* Y compris optique.

Lecture > En 2018, les prestations de Sécurité sociale augmentent de 1,7 % en valeur. Les soins hospitaliers contribuent pour 0,5 point à cette augmentation.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

En %



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

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

La part des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale, sur un panier de biens considérés, peut être calculée sur différents concepts de dépense : dépense reconnue, dépense présentée au remboursement, ou consommation totale (voir fiche 25). Le concept retenu dans les comptes de la santé est celui de la consommation totale, qui reflète la consommation réelle et non une fraction de celle-ci, et n'est donc pas sensible aux effets de champ (par exemple, un déremboursement).

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

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 203,5 milliards d'euros en 2018.

Sa composante principale est constituée de la **dépense remboursée** par les organismes de base de Sécurité sociale au titre des soins (158,8 milliards d'euros, soit 78,1 % de la CSBM), par l'État (aide médicale d'État, invalides de guerre, soins urgents des personnes en situation irrégulière, pour 0,9 milliard d'euros, soit 0,4 % de la CSBM) et par les organismes de base assurant des remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [2,1 milliards d'euros, soit 1,0 % de la CSBM]. Au total, cette dépense remboursée s'établit à 161,8 milliards d'euros en 2018 (tableau 1), soit près des huit dixièmes de la CSBM.

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

- Le **ticket modérateur, le forfait hospitalier, les participations forfaitaires et les franchises médicales** représentent 18,3 milliards d'euros en 2018, soit 9,0 % de la CSBM. L'intégration de ces copaiements permet de passer de la dépense remboursée à la **dépense reconnue**, c'est-à-dire à la dépense présentée au remboursement dans la limite des tarifs opposables et des nomenclatures réglementaires.
- Les **dépassements** sont constitués des dépassements d'honoraires (3,3 milliards d'euros) et de la différence entre la dépense réellement facturée et la base de remboursement des prothèses dentaires et des biens médicaux (12,6 milliards). La somme de la dépense reconnue et des dépassements correspond à la **dépense présentée au remboursement**, c'est-à-dire à la consommation de biens et de services inscrits aux nomenclatures de l'Assurance maladie et aux soins dispensés à l'hôpital pour lesquels une demande de remboursement a été effectuée. Elle représente 196,0 milliards d'euros, soit 96,3 % de la CSBM.
- La **dépense non présentée au remboursement** comprend une part d'automédication ainsi que les honoraires et prescriptions qui ne font pas l'objet de demandes de remboursement aux caisses de la part des assurés. La **dépense non remboursable** est principalement constituée de médicaments, de certains soins de dentistes (parodontologie, implants), des soins de praticiens non conventionnés, d'ostéopathie, etc. La **CSBM** est égale à la somme de la dépense présentée au remboursement et de la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (7,4 milliards d'euros, soit 3,7 % de la CSBM).

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

En 2018, les dépenses de soins hospitaliers sont principalement remboursées par l'Assurance maladie (y compris au titre de la CMU-C) et l'État (92,9 % de la consommation) [graphique 1] hors chambres particulières, non incluses dans la CSBM. En établissements de santé, le ticket modérateur et le forfait hospitalier représentent en moyenne 5,5 % de la consommation. En revanche, les dépassements sont globalement faibles sur ce poste (1,1 %), de même que la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (0,6 %).

La part prise en charge par l'Assurance maladie (y compris au titre de la CMU-C) et l'État atteint 67,9 % de la consommation de soins de ville au sens des comptes de la santé (hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de sanitaires). Le ticket modérateur, les franchises et les participations forfaitaires représentent 13,5 % de cette consommation. Ils s'ajoutent aux dépassements et à la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement, qui constituent respectivement 13,3 % et 5,2 % des dépenses de soins de ville.

Pour les dépenses de médicaments (remboursables ou non), la Sécurité sociale (y compris CMU-C) et l'État prennent en charge 74,9 % de la dépense, tandis que le ticket modérateur et les franchises représentent au total 14,6 % de la consommation. Par ailleurs, les médicaments non remboursables et l'automédication (médicaments remboursables non prescrits), et marginalement les médicaments non présentés au remboursement, constituent au total 10,4 % de la consommation en 2018.

La fraction des dépenses remboursées par la Sécurité sociale (y compris CMU-C) et l'État pour les autres biens médicaux atteint 45,6 % en 2018 : la part remboursée est très faible pour l'optique (4,7 %) et nettement plus importante pour les autres biens (73,9 %). Les dépassements par rapport à la base de remboursement sont très importants sur les autres biens médicaux (principalement pour l'optique) puisqu'ils représentent en valeur près de la moitié de la consommation de ce poste (46,8 %).

Enfin, les transports sanitaires sont les dépenses les plus fortement prises en charge par l'Assurance maladie (y compris CMU-C) et l'État : leur taux de prise en charge atteint 94,0 %. Ce haut niveau de remboursement s'explique par la proportion très importante de patients en affection de longue durée (ALD) – dont la dépense est remboursée à 100 % – qui ont recours à ce service.

Tableau 1 Décomposition de la CSBM par type de dépenses en 2018

En milliards d'euros

	Dépense de base remboursée (Sécurité sociale, Etat, org. de base en charge de la CMU-C)* (1)	Ticket modérateur, forfait hospitalier, participations forfaitaires, franchises (2)	Dépense reconnue (3) = (1)+(2)	Dépassements (4)	Dépense présentée au remboursement (5) = (3)+(4)	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (6)	CSBM (7)=(5)+(6)
Soins hospitaliers	87,8	5,2	92,9	1,0	94,0	0,5	94,5
Soins hospitaliers - Sect. public	68,5	4,4	73,0	0,0	73,0	0,0	73,0
Soins hospitaliers - Sect. privé	19,2	0,7	20,0	1,0	21,0	0,5	21,5
Soins de ville	37,4	7,4	44,8	7,3	52,1	2,9	55,0
Soins de médecins	15,1	3,5	18,6	2,2	20,8	0,4	21,2
Soins d'auxiliaires médicaux	13,2	2,0	15,2	0,1	15,4	1,0	16,4
Soins de dentistes	4,3	0,7	5,0	5,0	10,0	1,5	11,4
Contrats et autres soins	1,6	0,0	1,6	0,0	1,6	0,0	1,6
Laboratoires d'analyses	3,2	1,2	4,4	0,0	4,4	0,0	4,4
Transports sanitaires	4,8	0,2	5,0	0,0	5,0	0,1	5,1
Médicaments	24,5	4,8	29,3	0,0	29,3	3,4	32,7
Autres biens médicaux **	7,4	0,7	8,1	7,6	15,6	0,5	16,1
CSBM	161,8	18,3	180,1	15,9	196,0	7,4	203,5

* Sécurité sociale : régimes de base et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle, de la Camieq et dépenses des organismes de base au titre de la CMU-C (pour ces bénéficiaires, dépenses d'assurance maladie de base et complémentaire). Pour la Camieq, la part de la dépense reconnue prise en charge n'est pas distinguée de la part correspondant aux dépassements prise en charge.

** Y compris optique.

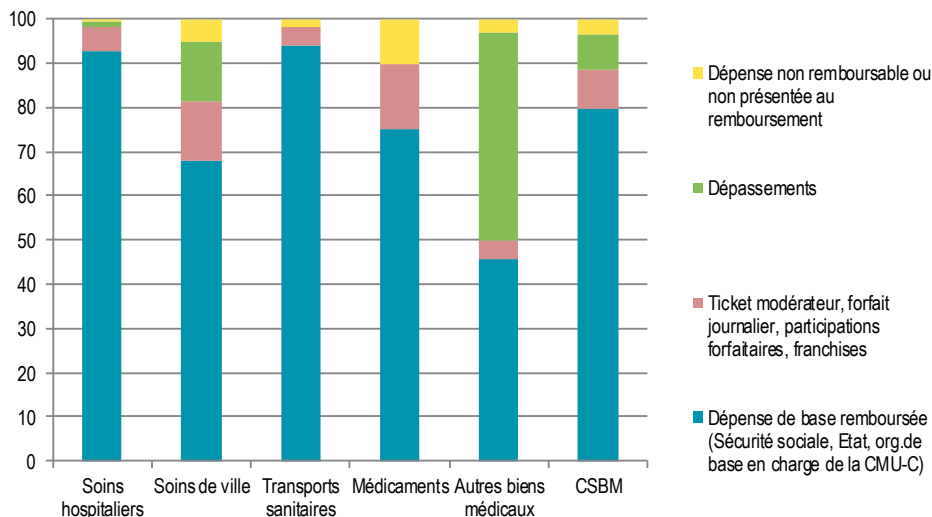
Note > Les montants présentés dans ce tableau de décomposition de la CSBM par type de dépenses suivent une approche complémentaire à celle du processus de production des comptes de la santé (qui articule poste de dépenses et financeur). Pour un poste de dépense donné, la correspondance entre type de dépenses et financeur n'est pas nécessairement directe.

Lecture > En 2018, la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement s'élève à 7,4 milliards d'euros, dont 3,4 milliards d'euros pour le poste des médicaments.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Part des différents types de dépenses dans la CSBM, selon le poste de soins en 2018

En %



Lecture > En 2018, la dépense de base remboursée (Sécurité sociale, État, organismes de base en charge de la CMU-C) représente près de 80 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Source > DREES, comptes de la santé.

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 27,3 milliards d'euros en 2018. Elles ont accéléré en 2018 avec une croissance de 3,9 % (après -0,0 % en 2017) (*tableau 1*). Cette dynamique concerne en particulier l'optique, les soins dentaires et les autres soins de ville. Comme les dépenses prises en charge par les OC ont crû plus rapidement entre 2017 et 2018 [voir fiche 1] que l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), la part des OC dans le financement de la CSBM rebondit en 2018 pour atteindre 13,4 %, après avoir baissé pendant plusieurs années (elle se situait à 13,1 % en 2017, contre 13,7 % en 2013).

Des OC très présents en optique et en dentaire

En 2018, 48 % des prestations servies par les OC sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats individuels et 52 %, au titre de contrats collectifs¹. 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. Compte tenu des économies d'échelle, les contrats collectifs permettent de reverser une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels. Ainsi, pour 100 euros de cotisation, les contrats collectifs reversent en moyenne 18 euros en optique et 17 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, car 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.

En 2018, les OC financent 74,2 % de la dépense en **optique**. Ils financent également 42,2 % des **soins dentaires**² (*graphique 1*).

À la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016, l'augmentation de la part des contrats collectifs pour lesquels le « retour sur cotisations » en optique et en dentaire est donc supérieur à celui des contrats individuels, est un des facteurs

explicatifs de la hausse de la part prise en charge par les OC.

Jouent également les dispositifs mis en place par les OC (limitation des garanties les plus généreuses, incitations à ne changer de lunettes que tous les deux ans, réseaux de soins, etc.) qui visent à inciter les assurés à modérer leur consommation ou à s'orienter vers des produits moins onéreux, en échange d'un meilleur remboursement.

En 2018, les OC prennent en charge 16,2 % de la dépense en **autres soins de ville** (soins de médecins, d'auxiliaires, cures thermales et laboratoires d'analyses médicales). Cette prise en charge a reculé à partir de 2015. La réforme des contrats responsables limite en effet désormais les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins.

Les OC prennent en charge 12,5 % de la dépense de **médicaments** en 2018. Cette prise en charge baisse continuellement 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 3,6 % de ces dépenses en 2018).

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 1,8 milliard d'euros en 2018.

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

En 2018, 49,9 % des prestations des OC ont été versées par des mutuelles, 30,5 % par des sociétés d'assurances et 19,7 % 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 plutôt profité de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, puisqu'elles ont nettement accru leur part de marché entre 2016 et 2018.

1. Un contrat de complémentaire santé **individuel** est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat **collectif** est souscrit par une personne morale au profit d'un groupe de personnes physiques.

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 intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les OC. Cela devrait donc modifier le taux de prise en charge des OC sur ces postes de soins.

Pour en savoir plus

> **Adjerad R.** (2019, avril). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2018.*, DREES, rapport 2018.

> **Barlet M., Gaini, M., Gonzalez, L. et al.** (dir) (2019), *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2018.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

Tableau 1 Financement des organismes complémentaires en 2018

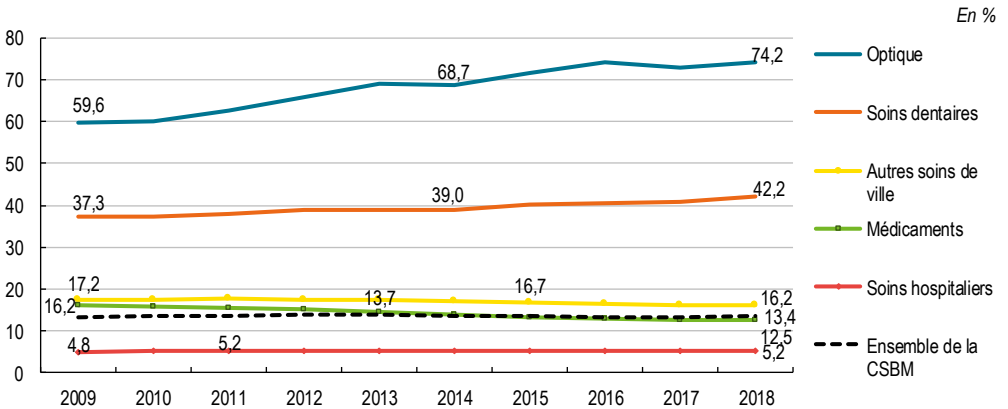
En millions d'euros

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Evolution 2017-2018 (en %)	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 629	8 333	5 373	27 335	3,9	13,4
Soins hospitaliers	2 699	1 488	754	4 941	4,4	5,2
Soins de ville	5 765	3 602	2 511	11 877	4,1	21,6
Médecins	1 904	1 348	832	4 084	2,7	19,2
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 247	1 401	1 175	4 823	4,4	42,2
Auxiliaires médicaux	1 072	511	311	1 895	6,9	11,6
Laboratoires d'analyses	541	341	193	1 075	2,9	24,4
Médicaments	2 193	1 180	699	4 072	-0,7	12,5
Autres biens médicaux	2 863	2 009	1 391	6 263	6,1	38,8
Optique	1 998	1 620	1 128	4 746	6,6	74,2
Prothèses, orthèses, pansements, etc.	865	389	263	1 517	4,6	15,6
Transports sanitaires	110	54	19	183	4,4	3,6
Prestations connexes à la santé	921	586	263	1 790	5,4	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	710	384	196	1 291	4,2	
Prestations à la périphérie des soins de santé	211	201	87	500	8,9	

Note > Y compris prestations CMU-C versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc.

Source > DREES, comptes de la santé.

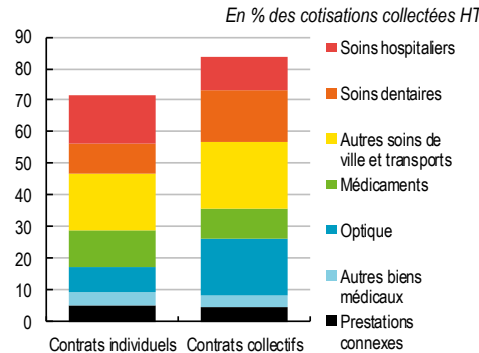
Graphique 1 Part versée par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM, entre 2009 et 2018



Note > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 74,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux en optique en 2018.

Source > DREES, comptes de la santé.

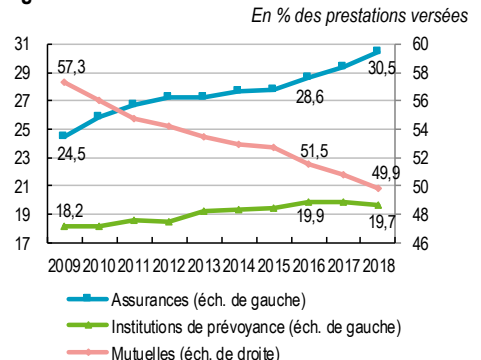
Graphique 2 Prestations versées selon le type de soins et de contrat en 2018



Note > Les prestations versées en soins dentaires pour les contrats collectifs représentent 17 % des cotisations collectées hors taxe pour ces mêmes contrats en 2018.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Parts de marché par type d'organismes entre 2009 et 2018



Note > Les mutuelles versent 49,9 % du total des prestations sur le champ de la CSBM en 2018, contre 57,3 % en 2009.

Source > DREES, comptes de la santé.

Le **reste à charge (RAC) des ménages** en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) qu'ils acquittent en propre après intervention de l'Assurance maladie et des organismes 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 2018, il est évalué à 14,3 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 7,0 % de la CSBM ou encore 214 euros par habitant.

La part du reste à charge des ménages dans la CSBM et dans le revenu disponible brut continue de décroître en 2018

En 2009, le reste à charge en santé des ménages représentait 9,2 % de la CSBM. Depuis dix ans, ce reste à charge diminue, du fait de facteurs structurels tels que le vieillissement de la population, la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) [+2,4 % par an en moyenne entre 2008 et 2016, progression liée notamment à une plus forte prévalence des ALD à âge donné], ou encore la modification de la structure de soins des patients en ALD. Il s'établit ainsi à 7,0 % de la CSBM en 2018 (*graphique 1*), après 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 2018, le RAC représente 1,0 % du RDB, en baisse tendancielle depuis 2009 où il représentait 0,3 point de RDB de plus.

Un reste à charge contrasté par poste de dépense

C'est pour l'hôpital et les transports sanitaires que les restes à charge des ménages en santé sont les plus faibles en 2018 (respectivement 1,9 % et 2,5 % des dépenses) [*graphique 2*]. Ils sont plus importants pour les autres biens médicaux (15,6 %), les médicaments en ambulatoire (12,6 %) et les soins de ville (10,5 %). Le RAC le plus élevé en proportion de la dépense est celui de l'optique : les ménages financent directement 21,1 % de cette dépense en 2018, devant les soins de dentistes (20,2 %).

Compte tenu de taux de prise en charge très variables d'un poste à l'autre, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la CSBM (voir fiche 23). Les soins hospitaliers – qui représentent près de la moitié de la CSBM – occupent une faible part dans le RAC des ménages (12,6 % du RAC) [*graphique 3*]. En revanche, les soins de ville (40,2 %), les médicaments en ambulatoire (28,8 %) et les autres biens médicaux

(17,6 %) représentent une part plus élevée dans le RAC des ménages que dans la CSBM.

Le reste à charge diminue pour l'ensemble des postes de dépenses hormis pour les autres biens médicaux

Le reste à charge des ménages pour les **soins hospitaliers** est relativement stable entre 2009 et 2015 (autour de 2,4 %) et a tendance à diminuer depuis 2015. Depuis 2009, la part du RAC dans les **soins de ville** diminue, de 0,3 point par an en moyenne entre 2009 et 2018, passant de 13,5 % de la dépense à 10,5 %. Son repli est accentué en 2015 (-0,4 point) par la modération des dépassements d'honoraires (voir fiches 3, 4 et 9).

Le reste à charge pour les **médicaments en ambulatoire** recule aussi depuis dix ans, pour s'établir à 12,6 % en 2018. En 2014, la diminution (-0,7 point) est essentiellement imputable aux nouveaux traitements contre l'hépatite C financés par l'Assurance maladie. En 2015, le reste à charge sur les médicaments repart à la hausse (+0,3 point) après le déremboursement au 1^{er} mars de spécialités à service médical rendu insuffisant et le dynamisme des autres médicaments non remboursables. Entre 2016 et 2018, le RAC diminue de nouveau, du fait de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (souvent les plus coûteux) s'accroît (voir fiche 14).

Le reste à charge des ménages pour les **autres biens médicaux** diminue nettement, de 24,5 % en 2009 à 15,6 % en 2018, malgré une très légère hausse en 2018. Cette baisse globale est liée notamment à la montée en charge du rôle des complémentaires santé dans la prise en charge de l'optique médicale (voir fiche 16).

Enfin, le reste à charge des ménages pour les **transports sanitaires** baisserait légèrement en 2018, pour atteindre 2,5 %, alors qu'il augmentait depuis 2011.

Au sens de l'OCDE, le reste à charge est calculé sur la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [voir annexe 1], agrégat plus large que la CSBM qui inclut les soins de longue durée (et les coûts d'hébergement associés, exclus du champ de la CSBM), les subventions au système de soins, les coûts de gestion et une partie des dépenses de prévention. Sur ce champ, le reste à charge atteint 9,4 % en 2017. Il est supérieur au reste à charge au sens français car les éléments de la DCSi non compris dans la CSBM et relevant de l'hébergement sont très majoritairement financés par les ménages.

Pour en savoir plus :

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

> Grangier J., Mikou M., Roussel R. et Solard J. (2017, septembre). Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1025.

Tableau 1 Reste à charge des ménages

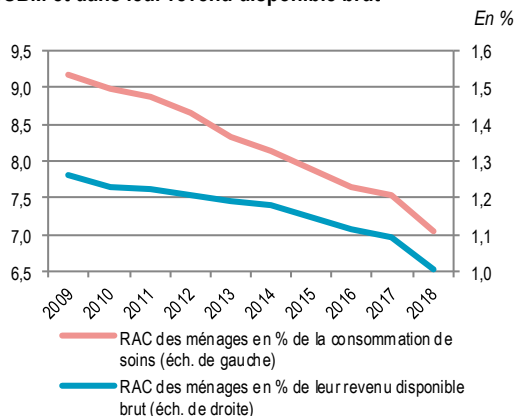
En millions d'euros

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble	15 582	15 590	15 829	15 734	15 440	15 500	15 247	15 082	15 117	14 319
Soins hospitaliers	1 849	1 833	2 013	2 139	2 130	2 253	2 206	2 132	2 040	1 799
Soins de ville	5 859	5 885	5 861	5 922	5 935	5 898	5 820	5 951	6 118	5 762
Soins de médecins et de sages-femmes*	2 269	2 148	2 054	2 002	1 947	1 907	1 955	1 991	2 102	2 041
Soins d'auxiliaires médicaux*	940	965	970	1 087	1 129	1 226	1 268	1 335	1 354	1 307
Soins de dentistes	2 484	2 635	2 703	2 684	2 701	2 629	2 461	2 490	2 478	2 311
Contrats et autres soins	12	11	5	7	6	4	3	1	1	1
Laboratoires d'analyses	154	125	129	143	151	132	134	135	184	102
Transports sanitaires	62	58	65	72	85	91	109	115	130	126
Médicaments en ambulatoire	5 066	4 954	5 022	4 867	4 704	4 581	4 614	4 483	4 320	4 119
Autres biens médicaux**	2 745	2 860	2 869	2 734	2 586	2 678	2 496	2 400	2 509	2 513
Optique	1 857	1 942	1 900	1 772	1 583	1 625	1 457	1 297	1 362	1 349
Autres	888	919	969	962	1 003	1 054	1 039	1 103	1 146	1 164

* Y compris cures thermales.

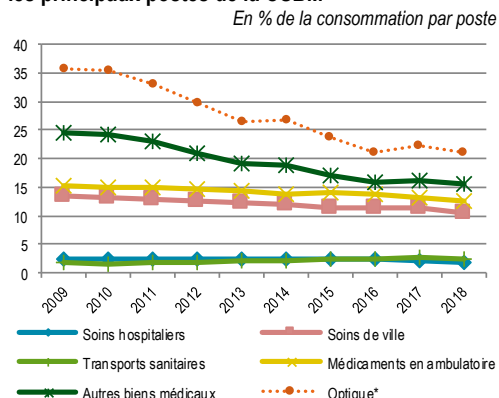
** Y compris optique.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

Lecture > En 2018, le reste à charge des ménages représente 7,0 % 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 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

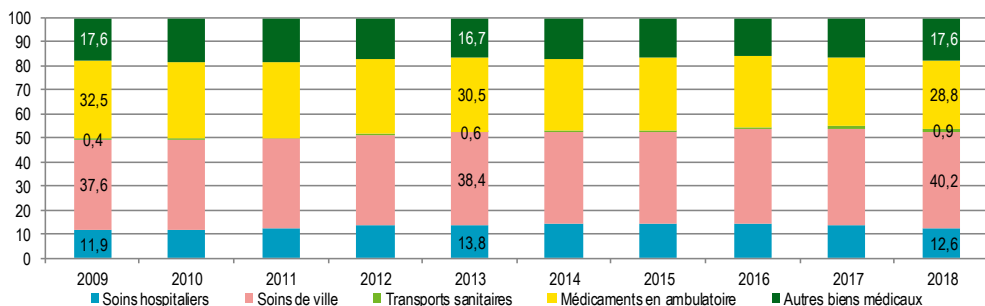
* Le poste « optique » est inclus dans le poste « autres biens médicaux » et en représente 39,6 % en 2018.

Lecture > En 2018, le reste à charge des ménages pour les soins de ville représente 10,5 % de la consommation de ce poste.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages

En %



Lecture > En 2018, le reste à charge pour les soins de ville représente 40,2 % du reste à charge en santé des ménages.

Source > DREES, comptes de la santé.

La **consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)** représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels et qui concourent au traitement direct d'une perturbation de l'état de santé. Elle recouvre la consommation de soins hospitaliers et de soins ambulatoires (fiche 1) financés par la Sécurité sociale, l'État, les organismes complémentaires et les ménages. En 2018, la CSBM s'élève à 203,5 milliards d'euros (tableau 1).

L'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam), est un outil de régulation des dépenses de l'Assurance maladie. Chaque année, le Parlement fixe un objectif de dépenses maximales de soins de ville et d'hospitalisation dispensés dans les établissements privés ou publics, mais aussi dans les centres médico-sociaux, lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation a été évaluée, à titre provisoire, à 195,3 milliards pour 2018 lors de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2019 (tableau 2). Depuis 2014 et jusqu'en 2017 inclus, l'Ondam est décomposé en sept sous-objectifs :

- les dépenses de soins de ville, qui regroupent les remboursements d'honoraires des professionnels de santé, les médicaments et dispositifs médicaux, les indemnités journalières (IJ) [hors IJ maternité, SNCF, RATP et fonction publique], les prestations diverses, la prise en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, la dotation aux fonds d'action conventionnelle [FAC], dont aide à la télétransmission et les remises conventionnelles ;
- les dépenses en établissements de santé, qui recouvrent les dépenses relatives aux activités de médecine, chirurgie et obstétrique (objectif des dépenses d'Assurance maladie commun aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie, ODMCO) des établissements de santé publics et privés et les dotations aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;
- les autres soins en établissements de santé, qui concernent les soins de suite et de réadaptation, les soins de psychiatrie des établissements publics et privés, les soins des hôpitaux locaux, les soins des unités de soins de longue durée (USLD) et autres dépenses spécifiques comme la dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) ;
- les dépenses médico-sociales pour personnes âgées ;
- les dépenses médico-sociales pour personnes handicapées ;
- les dépenses du Fonds d'intervention régional (FIR) ;
- et, enfin, les autres prises en charge, qui regroupent les soins pour les assurés français à l'étranger, la dotation nationale en faveur du Fonds d'intervention

pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), les dépenses médico-sociales non déléguées à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), les autres dotations aux fonds.

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'Ondam (tableau 3). L'Ondam correspond à la partie de la CSBM financée par la Sécurité sociale (y compris les régimes spéciaux) augmentée de certains postes relevant du champ de la **dépense courante de santé (DCS)** :

- des IJ de maladie et d'accidents du travail des régimes de base (hors IJ SNCF et RATP) ;
- des soins de longue durée aux personnes âgées délivrés en institution (USLD, Ehpa, Ehpad) ou réalisés à domicile par des Ssiad ;
- des soins aux personnes handicapées ou en situation précaire hébergées en établissement ;
- des dépenses du FIR non comprises dans la CSBM (autres que FIR soins de ville et hôpital).
- des prises en charge des cotisations sociales des professionnels de santé, des dotations aux FIQCS et des autres prises en charge ;

et diminuée :

- des remises conventionnelles sur les médicaments (et dispositifs médicaux) versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie (remises qui diminuent également la DCS) ;
- des prestations complémentaires obligatoires du régime Alsace-Moselle et de la Camieg, comptabilisées dans les comptes de la santé avec celles de la Sécurité sociale.

Certains postes de l'Ondam ne sont pas retracés dans les comptes de la santé :

- les prises en charge des dotations à des fonds divers (FMESPP, FAC, etc.), car elles sont considérées comme une dépense d'investissement et non comme une dépense courante ;
- les dépenses des assurés français à l'étranger.

En revanche, la DCS inclut, en plus de l'Ondam, les dépenses d'IJ de la SNCF et de la RATP, les IJ de maternité des régimes de base, les dépenses de prévention, de formation et de recherche pharmaceutique, ainsi que les coûts de gestion du système de santé. La DCS au sens français s'élève ainsi à 275,9 milliards d'euros en 2018. L'écart d'évaluation entre la CSBM et l'Ondam est quasi intégralement dû à la différence de concept retenu sur le champ de l'hôpital public. Les comptes de la santé retracent la valeur des soins hospitaliers publics consommés et valorisés aux coûts de leurs facteurs de production alors que l'Ondam comptabilise le financement des hôpitaux publics (*i.e.* leurs ressources).

Tableau 1 CSBM et DCS (au sens français)

	En milliards d'euros	
	2018	dont Sécurité sociale*
Soins hospitaliers	94,5	86,6
Secteur public**	73,0	67,5
Secteur privé	21,5	19,1
Soins ambulatoires	109,0	72,2
Soins de ville	55,0	36,2
Médicaments	32,7	24,0
Autres biens médicaux	16,1	7,2
Transports de malades	5,1	4,8
CSBM	203,5	158,8
Soins de longue durée	22,8	22,8
Ssiad	1,7	1,7
Soins aux personnes âgées en étab.	9,6	9,6
Soins aux pers. handicapées en étab.	11,5	11,5
Indemnités journalière***	15,1	15,1
Autres dépenses de santé	0,8	0,8
Prévention institutionnelle	6,1	1,0
Dépenses en faveur du système de soins	12,1	1,2
Subventions au système de soins nettes des remises	1,0	1,0
Recherche médicale et pharmaceutique	8,8	0,0
Formation des professionnels de santé	2,3	0,2
Coût de gestion de la santé	15,7	7,3
Dépense courante de santé (DCS)	275,9	206,9

* Y compris prestations complémentaires obligatoires du régime d'Alsace-Moselle et prestations de la Camieg.

** Y compris déficit des hôpitaux publics.

*** IJ des régimes de base, hors fonction publique (non disponible).

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 L'Ondam pour 2018

	2018
Ondam Ville - Hôpital	169,8
Soins hospitaliers	80,5
y c. FMESPP	0,4
y c. USLD (1)	1,0
Soins de ville	89,3
y c. indemnités journalières maladie et AT (1) (2)	11,8
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2,4
y c. Fonds d'action conventionnelle (FAC)	0,2
FIR	3,3
Ondam médico-social	20,4
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (1)	9,2
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	11,1
Autres prises en charge	
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger + Étab. médico-sociaux hors champ CNSA (1) (3) + autres dotations aux fonds (1)	1,8
Ondam total	195,3

1. Dans la DCS pour les comptes de la santé.

2. Hors IJ maternité, IJ SNCF, IJ RATP et IJ fonction publique.

3. Structures et associations intervenant dans le domaine de l'addictologie ou de la prise en charge des malades précaires.

Source > DSS ; traitements DREES.

Tableau 3 Passage de la CSBM à l'Ondam en 2018

	2018
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale*	158,8
- Prestations complémentaires Alsace-Moselle, Camieg	-0,7
Part de la CSBM sur le champ de l'Ondam	158,1
Postes de l'Ondam du champ de la DCS (hors CSBM)	35,3
- Remises conventionnelles sur médicaments et dispositifs médicaux	-1,9
+ FIR hors CSBM (FIR prévention et FIR subvention au système de soins)	0,6
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail**	11,8
+ Ondam médico-social personnes âgées + USLD	10,2
+ Ondam médico-social personnes handicapées	11,1
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,4
+ Autres prises en charge incluses dans la DCS***	1,0
Socle commun de la DCS et de l'Ondam	193,4
Dépenses de l'Ondam hors CSBM et hors DCS	1,5
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC) et aide à la télétransmission	0,8
+ Autres prises en charges non incluses dans la DCS****	0,7
- Écart d'évaluation	0,4
Ondam	195,3

* Y compris déficit des hôpitaux publics.

** Hors IJ maternité, IJ SNCF et RATP, IJ des organismes complémentaires.

*** FIQCS, établissements médico-sociaux hors champ CNSA et autres dotations aux fonds. Les autres dotations aux fonds représentent les dotations au centre national de gestion, à l'Agence de biomédecine, à la Haute Autorité de santé, à l'Eprus (intégré à l'ANSP depuis 2016), à l'ATIH, etc.

**** Soins des ressortissants français à l'étranger.

Sources > DREES, comptes de la santé ; CCSS de juin 2018 pour l'Ondam.

La CMU-C et l'ACS favorisent l'accès aux soins des plus modestes

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est une complémentaire santé gratuite en faveur des ménages à revenus modestes. La CMU-C prend en charge les tickets modérateurs, le forfait journalier hospitalier sans limite de durée, les différentes participations forfaitaires et franchises et, dans certaines limites, des dépassements de tarifs sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. En 2018, 9 % de ses bénéficiaires ont choisi de confier la gestion de leur CMU-C à un organisme complémentaire et 91 % à leur régime de base (régime général ou régime agricole). Depuis 2017, l'organisme d'assurance maladie obligatoire est désigné par défaut en l'absence de choix par l'assuré. La proportion de personnes ayant confié la gestion à un organisme complémentaire diminue continuellement depuis son point haut atteint en 2011 à 15,6 %.

La CMU-C a été complétée en 2005 par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes dont les revenus se situent un peu au-dessus du plafond de la CMU-C. Le seuil d'éligibilité à l'ACS a été graduellement augmenté de 15 % en sus du seuil CMU-C en 2005 à 35 % depuis 2012 et son montant réévalué par tranche d'âge jusqu'en 2014. L'ACS¹ permet à son bénéficiaire de réduire le coût d'une complémentaire santé classique *via* un « chèque santé ». Les bénéficiaires de l'ACS, comme ceux de la CMU-C, bénéficient du tiers-payant intégral et sont également exonérés des participations forfaitaires et des franchises. Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour améliorer la lisibilité du système et la qualité de la couverture, les contrats ACS souscrits ou renouvelés doivent être choisis parmi la liste des 11 groupements d'organismes complémentaires sélectionnés par les pouvoirs publics.

Un non-recours élevé, surtout pour l'ACS

La CMU-C et l'ACS sont toutes deux gérées par le Fonds CMU. En 2018, 5,6 millions de personnes ont bénéficié de la CMU-C et 1,3 million ont souscrit un contrat avec l'ACS (*tableau 1*). Les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C sont en progression en 2018 (+2,0 %). Le nombre de bénéficiaires de contrats ACS s'est également accru (+4,7 %), à un rythme inférieur à celui des deux années

précédentes pendant lesquelles les hausses avaient été particulièrement élevées.

Le financement du Fonds CMU repose entièrement sur les organismes complémentaires

Depuis 2017, le produit de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) prélevée sur les contrats de complémentaire santé (2,5 milliards d'euros en 2018) est l'unique source de financement du Fonds CMU. Le Fonds CMU ne reçoit plus de fraction du produit de la taxe sur le tabac (*graphique 1*). Le produit de cette taxe est intégralement affecté à la CNAM et destiné à la prévention et à la lutte contre le tabagisme. En contrepartie, l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle a été élargie notamment aux garanties d'assurance santé au premier euro et aux garanties indemnités journalières complémentaires à la Sécurité sociale.

Modification des modalités de financement du Fonds CMU en 2018

Le Fonds CMU rembourse aux organismes gestionnaires (régimes de base ou organismes complémentaires) les dépenses de santé de leurs affiliés à la CMU-C. Ce remboursement se fait sous la forme d'un forfait appelé « participation légale ». Depuis le 1^{er} janvier 2013, les organismes sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (408 euros en 2018). En 2018, la dépense moyenne est estimée à 415 euros par an et par bénéficiaire de la CMU-C, en hausse de 3 % par rapport à 2017.

En 2018, le Fonds CMU a versé 2,0 milliards d'euros aux régimes de base au titre de leur gestion de la CMU-C, (*tableau 2*). De même, 0,2 milliard d'euros ont été attribués aux organismes complémentaires qui gèrent des bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que 0,4 milliard d'euros à ceux qui gèrent les bénéficiaires de l'ACS. Dans la pratique, pour les organismes complémentaires, les prestations légales ne sont pas directement versées par le Fonds, mais déduites du montant dû au titre de la taxe de solidarité additionnelle (« avoirs sur taxe »). Un million d'euros a été consacré par le Fonds CMU à la gestion administrative de son activité.

1. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019 prévoit l'extension de la CMU-C aux personnes aujourd'hui éligibles à l'ACS, qui sera progressivement supprimée à compter de novembre 2019.

Pour en savoir plus

> **Fonds CMU** (2019). Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2018.

> **Fonds CMU** (2019). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire, 2016 - 2017.

> **Fonds CMU** (2018). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide.

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS de 2009 à 2018

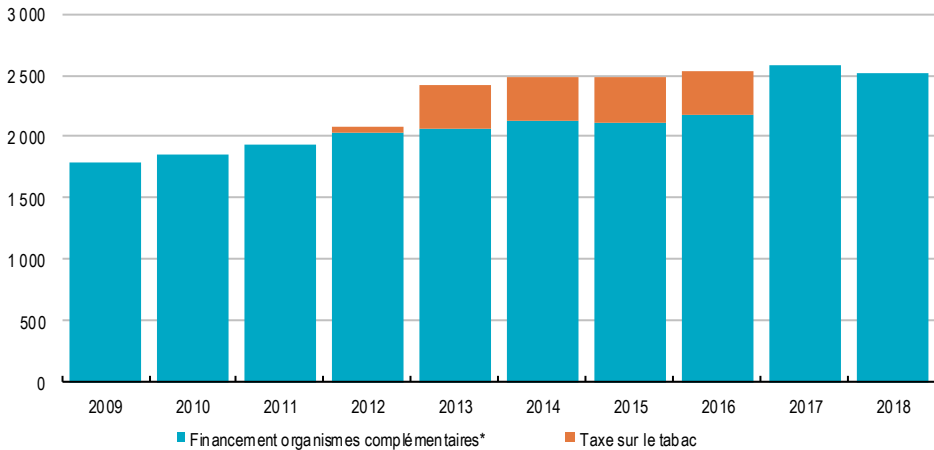
En millions de personnes

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Bénéficiaires de la CMU-C	4,2	4,3	4,4	4,5	4,9	5,2	5,4	5,5	5,5	5,6
Bénéficiaires d'un contrat ACS	0,5	0,5	0,6	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1	1,2	1,3

Sources > Rapports d'activité du Fonds CMU.

Graphique 1 Évolution du financement du Fonds CMU entre 2009 et 2018

En millions d'euros



* Contribution CMU-C avant 2011, puis taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance depuis 2011.

Sources > Rapports d'activité du Fonds CMU.

Tableau 2 Compte du Fonds CMU en 2018

En millions d'euros

Charges		Produits	
Total charges	2 706	Total produits	2 556
Versements aux régimes de base au titre de la CMU-C	2 033	Taxe versée par les organismes complémentaires	2 518
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires CMU-C	212		
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires ACS	439		
Dotations aux provisions	21	Reprise sur provisions	38
Gestion administrative	1		
Résultat			
Résultat	-150		

Note > La loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2018 instaure d'une part de nouvelles modalités générales de financement du fonds visant à équilibrer strictement ses charges par l'affectation de recettes de la taxe de solidarité additionnelle (TSA), et d'autre part, spécifiquement pour 2018, un transfert exceptionnel des recettes du Fonds à hauteur de 150 millions d'euros au profit de la branche maladie du régime général. Ces deux mesures se traduisent par un résultat déficitaire de 150 millions d'euros en 2018. Depuis sa création en 1999, le Fonds CMU était excédentaire chaque année, sauf en 2001, en 2006 et en 2018.

Source > Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2018.

33

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
La dépense courante
de santé et son financement
Comparaisons
internationales
Annexes
Tableaux détaillés



Le dépense courante de santé et son financement

Ce chapitre est centré sur la dépense courante de santé (DCS au sens français), concept plus large que celui de la CSBM et qui constitue l'agrégat le plus englobant des comptes de la santé.

La première partie précise la définition de la DCS (voir fiche 30), puis détaille les unes après les autres les principales composantes qu'elle comprend en sus de la CSBM (voir fiches 31 à 36) : les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les indemnités journalières, les dépenses de prévention institutionnelle, la formation et la recherche et, enfin, les coûts de gestion du système.

La dépense courante de santé représente 11,7 % du PIB en 2018

La **dépense courante de santé** (DCS) au sens français comprend toutes les dépenses « courantes »¹ engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Elle s'établit à 275,9 milliards d'euros en 2018 (*tableau 1*), soit 11,7 % du PIB. Composée à 73,7 % par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [voir fiche 1], elle comprend en sus (*tableau 2*, *graphique 3*) :

- les soins de longue durée (8,2 %) : soins aux personnes âgées en établissements et à domicile (voir fiche 31) et soins aux personnes handicapées en établissements (voir fiche 32) ;
- les coûts de gestion du système de santé (5,7 %) [voir fiche 36] ;
- les indemnités journalières pour arrêts de travail versées en cas de maladie, de maternité et d'accident du travail (5,5 %) [voir fiche 33] ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,4 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de santé (voir fiche 35), ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles (*encadré*) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective (2,2 %) [voir fiche 34] ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,3 %) : dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) et soins aux personnes en difficulté sociale (*encadré*).

Une croissance inférieure au PIB en 2017

En 2018, la croissance de la DCS s'élève à 1,4 % (*graphique 1*). Elle progresse moins vite que le PIB en valeur (2,5 %) pour la deuxième année consécutive, rompant ainsi avec la période 2012-2016 au cours de laquelle la DCS augmentait à un rythme plus élevé que celui du PIB (exception faite de l'année 2015). La part de la DCS dans le PIB diminue donc légèrement (-0,2 point), à 11,7 % du PIB en 2018.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. De fait, la CSBM constitue le premier contributeur à la croissance de la DCS (1,1 point) devant les indemnités journalières et les soins de longue durée (0,2 point pour chacun des deux postes). Ainsi, en 2018, les évolutions de la DCS et de la CSBM sont proches (respectivement +1,4 % et +1,5 %), alors que la DCS était plus dynamique que la CSBM en 2017 (+2,4 % contre +1,7 %). En particulier, les soins de longue durée sont un peu moins dynamiques que leur tendance de long

terme (+2,2 % en 2018 contre +3,8 % en moyenne entre 2009 et 2017), comme les coûts de gestion du système de santé (+0,9 % contre +1,7 %) et les dépenses en faveur du système de soins (-2,7 % contre +0,5 %). À l'inverse, les dépenses d'indemnités journalières (+3,8 %) et les autres dépenses en faveur des malades (+10,1 %) sont plus dynamiques qu'en moyenne depuis 2009.

Compte tenu des dynamiques différenciées de ses composantes, la structure de la DCS s'est légèrement déformée entre 2009 et 2018 : la part des soins de longue durée a progressé de 0,1 point par an en moyenne, au détriment de la prévention institutionnelle (-0,1 point) et des dépenses en faveur du système de soins (-0,1 point).

Les autres dépenses en faveur des malades

correspondent aux indemnisations de l'*Office national d'indemnisation des accidents médicaux* (Oniam) et aux soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes). Elles s'établissent à près de 0,8 milliard d'euros en 2018, en augmentation de 10,1 % par rapport à 2017.

Les subventions au système de soins comprennent la prise en charge par l'Assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé (dites « cotisations PAM »), les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, les participations de l'Assurance maladie à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine, etc.) et l'aide à la télétransmission.

De ces subventions sont déduites les remises conventionnelles, versées par les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de dispositifs médicaux aux caisses de Sécurité sociale (celles-ci venant réduire le coût des biens médicaux, elles sont enregistrées dans les comptes de la santé en moindres dépenses). D'un montant de l'ordre de 200 à 400 millions d'euros entre 2001 et 2013, ces remises ont fortement crû depuis 2014 et atteindraient 1,9 milliard d'euros en 2018 (*graphique 2*), les traitements innovants (contre l'hépatite C, etc.) ayant donné lieu à des remises supplémentaires. Les remises, qui viennent réduire la dépense courante de santé, sont comptablement retracées dans les subventions au système de soins et non dans la consommation de médicaments. Le montant de ces subventions, nettes des remises, est évalué à 1,0 milliards d'euros pour l'année 2018, en baisse de 26,5 % par rapport à 2017.

1. La dépense de santé est dite « courante » car elle n'intègre pas les dépenses d'investissement en capital (formation brute de capital fixe [FBCF]) des établissements de santé et des professionnels libéraux. La DCS comprend cependant les dépenses de recherche en santé.

Tableau 1 Évolution de la décomposition de la dépense courante de santé

	Montants (en milliards d'euros)										Évolution 18/17 (%)
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
CSBM	169,9	173,5	178,1	181,8	185,2	190,2	192,9	197,1	200,5	203,5	1,5
Soins de longue durée	16,6	17,2	17,8	18,5	19,2	19,7	20,1	20,3	22,3	22,8	2,2
Ssiad	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7	0,9
Soins aux personnes âgées en établissements	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	9,6	2,7
Soins aux personnes handicapées en établissements	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,3	9,5	9,6	11,3	11,5	2,0
Indemnités journalières*	12,1	12,6	12,8	12,8	12,8	13,4	13,6	14,0	14,5	15,1	3,8
Autres dépenses en faveur des malades	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	0,8	10,1
Prévention institutionnelle	6,4	5,7	5,7	5,7	5,8	5,7	5,9	5,8	6,1	6,1	-0,1
Prévention individuelle	3,4	3,3	3,3	3,3	3,5	3,5	3,6	3,6	3,8	3,8	0,2
Prévention collective	3,0	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,3	2,2	2,4	2,4	-0,6
Dépenses en faveur du système de soins	11,9	12,1	12,3	12,6	12,9	12,8	12,7	12,5	12,4	12,1	-2,7
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,4	2,3	1,8	1,4	1,0	-26,5
<i>Dont subventions au système de soins**</i>	2,2	2,4	2,6	2,7	3,0	3,5	3,3	3,1	2,9	2,9	1,4
<i>Dont remises conventionnelles</i>	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,4	-1,1	-0,9	-1,3	-1,5	-1,9	26,2
Recherche médicale et pharmaceutique	8,0	8,0	8,1	8,1	8,2	8,3	8,2	8,4	8,8	8,8	-0,3
Formation	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,3	2,3	2,3	2,1
Coûts de gestion de la santé	13,6	13,9	14,3	14,6	15,1	15,3	15,2	15,3	15,5	15,7	0,9
Dépense courante de santé (DCS)	230,9	235,5	241,6	246,4	251,8	257,7	261,0	265,7	272,0	275,9	1,4
Évolution en %	3,6	2,0	2,6	2,0	2,2	2,4	1,3	1,8	2,4	1,4	
DCS en % du PIB	11,9	11,8	11,7	11,8	11,9	12,0	11,9	11,9	11,9	11,7	

* Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de bases (hors fonction publique).

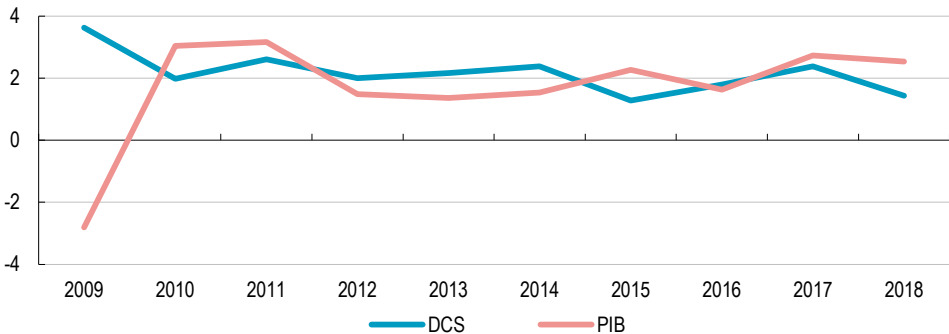
** Ces subventions ne comprennent que la partie des dotations non comptabilisées ailleurs : les dotations versées à l'Inpes ou à l'Eprus (organismes intégrés à l'Agence nationale de santé publique en 2016) sont comptabilisées par convention en dépenses de prévention, tandis que celles versées à la HAS ou à l'ATIH sont retracées dans les coûts de gestion du système de santé.

Lecture > En 2018, la dépense courante de santé s'élève à 275,9 milliards d'euros, en hausse de 1,4 % par rapport à 2017.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Taux de croissance en valeur de la dépense courante de santé et du PIB

En %

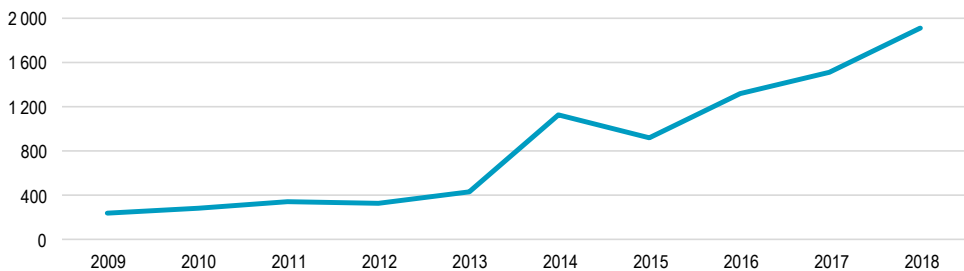


Lecture > En 2018, la dépense courante de santé a augmenté de 1,4 %, alors que le PIB a augmenté de 2,5 %.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la DCS ; Insee pour le PIB.

Graphique 2 Montant annuel des remises sur médicaments et dispositifs médicaux

En millions d'euros



Note > Les remises sur dispositifs médicaux sont de qualité fragile et ne sont donc pas isolées ici. Les données 2016, 2017 et 2018 sont provisoires et donc susceptibles d'être actualisées.

Lecture > En 2018, le montant des remises sur médicaments et dispositifs médicaux s'élève 1,9 milliard d'euros.

Sources > Dossier statistique du PLFSS pour 2019 ; rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale – juin 2019.

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

La Sécurité sociale finance plus des trois quarts de la CSBM (78,1 %) [voir fiche 24]. En 2018, elle prend en charge 66,4 % de la dépense courante de santé « hors CSBM », soit 48,1 milliards d'euros (tableau 3).

Sur ce périmètre « hors CSBM », la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement de certaines dépenses (soins de longue durée, subventions au système de santé). Elle est toutefois nettement moins présente sur les champs de la prévention institutionnelle, individuelle et collective, et de la formation en santé (des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux), qu'elle finance respectivement à hauteur de 16,0 % et 8,0 %. Enfin, elle n'intervient pas du tout dans le financement de la recherche médicale et pharmaceutique, ce poste étant du ressort de l'État, des collectivités locales ainsi que des financeurs privés.

Par ailleurs, alors qu'elle finance 75,0 % de la DCS, la Sécurité sociale ne représente qu'un peu moins de la moitié (46,8 %) du coût de gestion global du système de santé français.

Le secteur privé (organismes complémentaires, industrie pharmaceutique et ménages) finance 18,6 % des dépenses courantes de santé « hors CSBM » en 2018, soit 13,5 milliards d'euros. Il finance un peu moins de la moitié des dépenses au titre de la recherche médicale et pharmaceutique, et un peu plus du quart des dépenses de prévention institutionnelle. Il représente à lui seul près de la moitié des coûts de gestion totaux du système de soins.

L'État, les collectivités locales et les organismes de base en charge de la CMU-C financent 15,1 % de la dépense courante de santé « hors CSBM », soit 10,9 milliards d'euros. Ils interviennent principalement dans le financement de la formation des professionnels de santé (86,7 % du total de ce poste), de la prévention

institutionnelle (57,3 %) et de la recherche médicale et pharmaceutique (51,5 %).

La structure de financement par acteur se déforme lentement depuis 2009

La part de la Sécurité sociale dans le financement de la dépense « hors CSBM » augmente très légèrement depuis 2009 (+1,0 point, soit 0,1 par an environ) [graphique 4]. En son sein, la part des soins de longue durée a augmenté de 0,6 point par an environ, au détriment des coûts de gestion (-0,5 point par an) et des dépenses en faveur du système de santé (-0,3 point) notamment.

La part de financement assurée par le secteur privé sur le champ de la dépense « hors CSBM » a également progressivement augmenté, de 0,1 point par an en moyenne depuis 2009. Cette hausse est allée de pair avec la baisse de la part prise en charge par l'État et les collectivités locales. Elle est à rapprocher de deux facteurs jouant de façon contradictoire sur la répartition du financement entre les secteurs public et privé :

- la structure de financement de la prévention se modifie légèrement au profit du secteur privé (+0,5 point par an en moyenne entre 2009 et 2018) et au détriment de l'État et des collectivités locales sur ce champ (-0,7 point par an) ;
- la structure de financement de la recherche médicale et pharmaceutique fait aussi intervenir l'État et les collectivités locales d'une part, et le secteur privé d'autre part, à des degrés variables selon les dotations des agences publiques chargées de recherche (CNRS, Inserm, etc.) et les efforts alloués par les entreprises du secteur de la santé. Depuis 2009, la part du financement de la recherche médicale et pharmaceutique assurée par les financeurs privés a ainsi diminué de 0,3 point par an en moyenne, au profit d'une prise en charge croissante par l'État et les collectivités locales.

Méthodologie : dépense courante de santé, sens français et international

Jusqu'en 2017, l'OCDE diffusait un agrégat de DCS au sens international (voir fiche 38). Elle était égale à la DCS au sens français :

- augmentée de certaines prestations en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées : allocation personnalisée à l'autonomie (APA), prestation de compensation du handicap (PCH), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ;
- diminuée des indemnités journalières, des dépenses de prévention environnementale et alimentaire, de la recherche et de la formation.

En mars 2018, une note méthodologique de l'OCDE modifie le champ du poste sanitaire des soins de longue durée – *long-term care (health)* – en y incluant des dépenses d'hébergement des personnes dépendantes. Ces dépenses étaient jusqu'alors renseignées dans un poste complémentaire (non inclus dans les agrégats publiés par l'OCDE) sous le label *long-term care (social)*, c'est-à-dire dans la composante dite sociale des soins de longue durée. Du fait de ce changement de périmètre appliqué pour les seules comparaisons internationales, les écarts entre la série « soins de longue durée » (publiée dans la partie France de cet ouvrage) et la série « *long-term care (health)* » de l'OCDE (reprise dans la partie internationale de cet ouvrage) sont plus marquées que dans les éditions antérieures à 2018 de cet ouvrage. En effet, la définition retenue dans la partie France du présent ouvrage correspond à un champ sanitaire strict.

Tableau 2 Structure de la dépense courante de santé

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
CSBM	73,6	73,7	73,7	73,8	73,6	73,8	73,9	74,2	73,7	73,7
Soins hospitaliers	33,9	34,1	34,1	34,3	34,4	34,6	34,6	34,7	34,5	34,2
Soins de ville	18,8	18,8	18,9	19,1	19,2	19,2	19,4	19,6	19,7	19,9
Médicaments	14,4	14,2	13,9	13,4	12,9	12,9	12,5	12,3	12,0	11,8
Autres biens médicaux	4,8	5,0	5,2	5,3	5,4	5,5	5,6	5,7	5,7	5,8
Transports sanitaires	1,5	1,6	1,6	1,7	1,7	1,7	1,8	1,8	1,8	1,9
Soins de longue durée	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6	7,6	7,7	7,6	8,2	8,2
Indemnités journalières*	5,3	5,4	5,3	5,2	5,1	5,2	5,2	5,3	5,3	5,5
Autres dépenses en faveur des malades	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,3
Prévention institutionnelle	2,8	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2	2,3	2,2
Dépenses en faveur du système de soins	5,2	5,1	5,1	5,1	5,1	5,0	4,9	4,7	4,6	4,4
Coûts de gestion de la santé	5,9	5,9	5,9	5,9	6,0	5,9	5,8	5,8	5,7	5,7

* Le champ retenu est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de base (hors fonction publique).

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Financement de la dépense courante de santé en 2018

	Sécurité sociale*	État et collectivités locales**	Financements privés***	Tous financeurs confondus	Part de la Sécurité sociale dans le total
Consommation de soins et de biens médicaux	158,8	3,0	41,7	203,5	78,1%
Dépense hors CSBM	48,1	10,9	13,5	72,5	66,4%
Soins de longue durée	22,8	0,0	0,0	22,8	100%
Indemnités journalières****	15,1	n.d.	n.d.	15,1	100%
Prévention institutionnelle	1,0	3,5	1,6	6,1	16,0%
Dépenses en faveur du système de soins	1,2	6,5	4,4	12,1	9,8%
Formation	0,2	2,0	0,1	2,3	8,0%
Subventions au système de soins	1,0	0,0	0,0	1,0	100%
Recherche médicale et pharmaceutique	0,0	4,5	4,3	8,8	0,0%
Coût de gestion de la santé	7,3	0,9	7,5	15,7	46,8%
Autres dépenses en faveur des malades	0,8	0,0	0,0	0,8	100%
Dépense courante de santé	206,9	13,9	55,1	275,9	75,0%

* Y compris les dépenses du régime local d'Alsace-Moselle et de la Camieg.

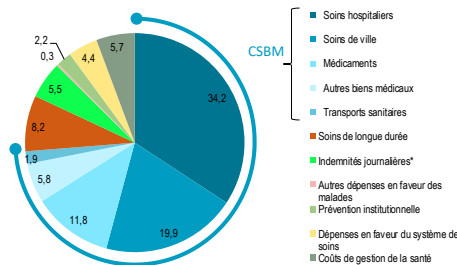
** Y compris dépenses des organismes de base en charge de la CMU-C.

*** Assurés par les mutuelles, les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance, l'industrie pharmaceutique et les ménages.

**** Voir fiche 33 pour des éléments d'information sur les IJ versées par les organismes complémentaires. Les 15,1 milliards d'euros renseignés sont un minorant des dépenses d'IJ tous financeurs confondus et la part de la Sécurité sociale mentionnée est donc un majorant.

Source > DREES, comptes de la santé.

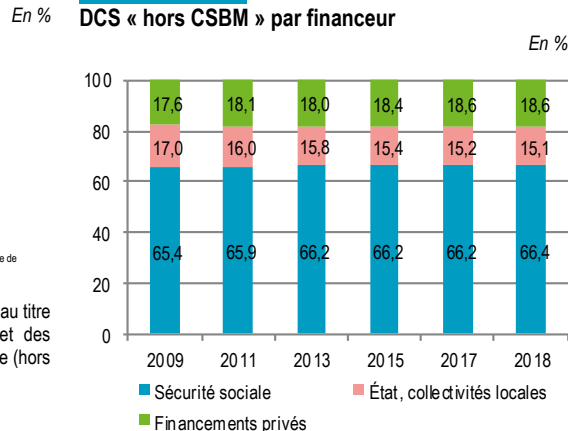
Graphique 3 Structure de la DCS en 2018



* Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de base (hors fonction publique).

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Évolution de la structure de la DCS « hors CSBM » par financeur



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2018, les **soins de longue durée aux personnes âgées** s'élèvent à 11,3 milliards d'euros (*tableau 1*). Cet agrégat est constitué des soins délivrés [*graphique 2*] :

- dans les **établissements d'hébergement pour personnes âgées** dépendantes (Ehpad) ou non (Ehpa), pour 76 % de la dépense ;
- à domicile, par des **services de soins infirmiers** (Ssiad), pour 15 % de la dépense ;
- dans le secteur hospitalier public au sein des **unités de soins de longue durée** (USLD), pour 9 % de la dépense.

Ces soins de longue durée sont principalement financés par l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD) « personnes âgées », qui s'élève à 10,3 milliards d'euros en 2018. Cet objectif regroupe les contributions de l'Assurance maladie (9,3 milliards d'euros) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) [1,0 milliard d'euros] au financement des Ehpa, Ehpad et Ssiad. Les soins de longue durée aux personnes âgées représentent 4,1 % de la dépense courante de santé (DCS) et contribuent pour 0,1 point à la croissance de cet agrégat.

En 2018, les soins de longue durée aux personnes âgées restent dynamiques

Portés notamment par le vieillissement de la population, les soins de longue durée aux personnes âgées ont augmenté de 3,1 % par an en moyenne entre 2009 et 2018 (*graphique 1*). Jusqu'en 2009, le rythme de croissance de ces soins a été très élevé (+10,0 % par an en moyenne entre 2000 et 2009). Cette forte progression est à rapprocher du développement des capacités des Ssiad et des Ehpad et du renforcement de leur médicalisation, dans le cadre notamment du plan Solidarité grand âge (2007-2012). La dépense a ensuite progressé moins rapidement à partir de 2010 (+5 %), avant de revenir à son rythme de moyen terme un peu supérieur à 4 % de 2011 à 2013. Les croissances les plus faibles, entre 2014 et 2016 (à 1,6 % et 2,3 %) sont à rapprocher du resserrement de la contrainte financière portant sur l'Ondam médico-social.

En 2018, les soins de longue durée aux personnes âgées restent sur la même tendance que l'année précédente (+2,4 %, après +2,3 % en 2017). La composante des soins en Ehpa-Ehpad publics est le premier facteur de croissance en 2018, à hauteur de 1,2 point. Les soins en Ehpa-Ehpad privés contribuent pour 0,9 point à la croissance des soins de longue durée pour personnes

âgées, tandis que les soins en USLD et en Ssiad contribuent respectivement pour 0,2 point et 0,1 point.

L'essentiel de la dépense se concentre sur les personnes âgées hébergées en établissement

En 2018, 9,6 milliards d'euros sont consacrés aux soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement, soit 85 % de la dépense totale. Cette dépense en établissements se répartit pour 90 % en établissements d'hébergement et 10 % en soins en USLD. La dépense en USLD étant quasiment stable depuis 2010, toute la dynamique de ce poste provient des dépenses en Ehpa/Ehpad.

Les établissements d'accueil public sont majoritaires avec 40 % de la dépense totale (*graphique 2*). Les établissements privés (à but lucratif ou non) représentent 36 % de la dépense. Cependant, depuis 2012, la part des établissements publics recule tendanciellement au profit des établissements privés, qu'ils soient ou non à but lucratif.

La croissance des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ralentit

Les Ssiad prodiguent des soins, assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés et par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte, favorisant la prise en charge à domicile.

La dépense totale liée à ces soins ralentit en 2018 (+0,9 % après +2,7 % en 2017), pour s'établir à environ 1,7 milliard d'euros.

Des structures d'accueil davantage orientées vers la prise en charge de la dépendance

En 2018, 594 700 lits sont proposés en établissements pour personnes âgées dépendantes, contre 27 000 en établissements pour personnes âgées non dépendantes (*graphique 3*). Depuis 2009, le nombre de places en Ehpa a fortement diminué (-8,5 % par an en moyenne). Inversement, le nombre de places en Ehpad a augmenté (+2,0 % par an en moyenne). Ce changement radical dans la structure des places d'accueil s'explique en premier lieu par des transferts entre Ehpa et Ehpad et des conversions d'USLD en Ehpad, ainsi que par un facteur démographique : la proportion de personnes âgées très dépendantes (classées en GIR 1 et 2), qui nécessitent un accompagnement médical plus conséquent, s'accroît tendanciellement au sein de la population hébergée en institutions.

Pour en savoir plus

> **Roussel, R.** (2017, octobre). Personnes âgées dépendantes : les dépenses de prise en charge pourraient doubler en part de PIB d'ici à 2060 ». DREES, *Études et Résultats*, 1032.

> **Muller, M.** (2017, juillet). 782 000 résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1015.

> **Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie** (2018, décembre). « Accueil et accompagnement des personnes âgées : bilan des réalisations au 31 décembre 2017 et programmation de places nouvelles entre 2018 et 2022 ».

Tableau 1 Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

Montants en milliards d'euros

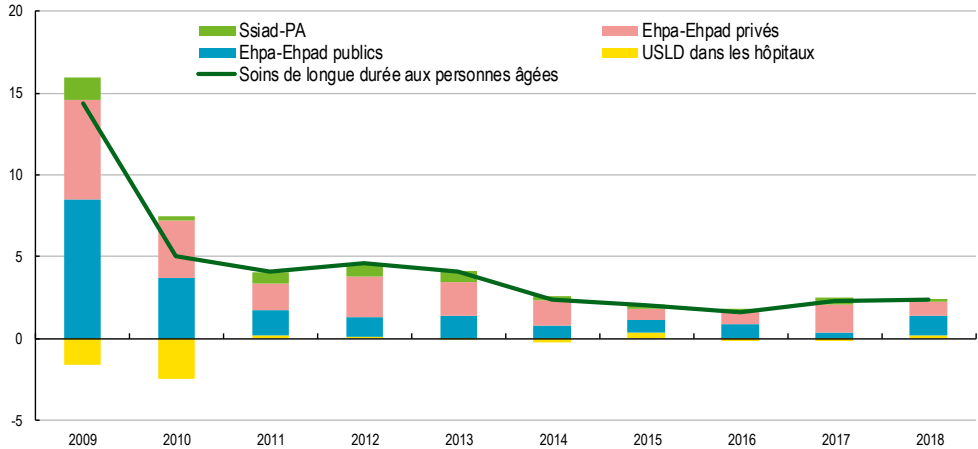
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Soins de longue durée aux personnes âgées	8,5	9,0	9,3	9,7	10,1	10,4	10,6	10,7	11,0	11,3
Évolution en %	14,3	5,0	4,0	4,6	4,1	2,3	2,0	1,6	2,3	2,4
Soins en établissements pour pers. âgées	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	9,6
Soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Soins en Ehpa-Ehpad publics	3,4	3,8	3,9	4,0	4,2	4,2	4,3	4,4	4,4	4,6
Soins en Ehpa-Ehpad privés	2,6	2,9	3,0	3,2	3,4	3,6	3,7	3,8	3,9	4,0
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) pour personnes âgées	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	1,7

Note > Le montant des soins aux personnes âgées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes âgées » de l'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD). Cette dépense ne comprend pas les coûts d'hébergement en établissement (voir annexe 5).

Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAM.

Graphique 1 Contributions à la croissance en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées

En point de %

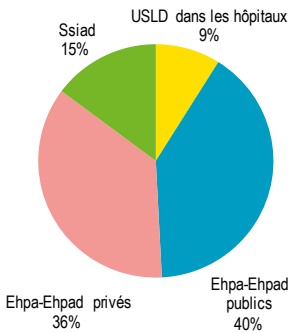


Lecture > En 2018, les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées progressent de 2,4 %, dont 1,2 point provient des soins en Ehpa-Ehpad publics.

Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAM.

Graphique 2 Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées en 2018

En %

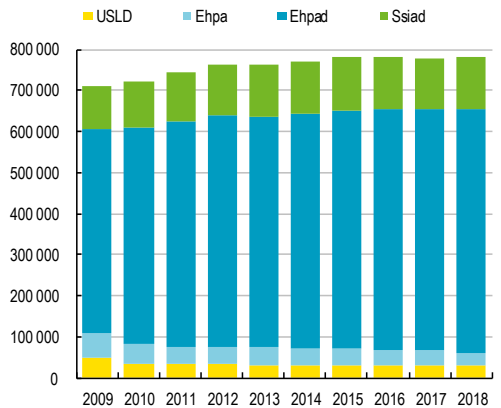


Lecture > En 2018, les dépenses en Ehpa-Ehpad privés représentent 36 % du total des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées.

Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAM.

Graphique 3 Capacités des établissements d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places en Ssiad

En nombre de lits



Note > La capacité d'accueil en USLD en 2018 est une estimation.
Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAM ; DREES, SAE.

Les **soins de longue durée aux personnes handicapées**, qui correspondent ici aux soins dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) – autrement dit au financement public de ces soins – sont en hausse de 2,0 % par rapport à 2017 pour s'établir à 11,5 milliards d'euros (*tableau 1*).

Le montant de ces dépenses est constitué de l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes handicapées, composé d'une contribution de l'Assurance maladie à travers l'objectif national de dépenses d'Assurance maladie (Ondam) médico-social (11,1 milliards d'euros en 2018, en hausse de 1,0 %) et de l'apport de ressources de 0,4 milliard d'euros par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur ces propres ressources (CNSA).

Les soins en ESMS pour personnes handicapées progressent à un rythme supérieur à celui de la CSBM en 2018 (2,0 % contre 1,5 %) en raison des mesures nouvelles de créations de places au sein des structures pour personnes handicapées.

Les soins de longue durée aux personnes handicapées représentent 4,2 % de la dépense courante de santé (DCS) et contribuent pour 0,1 point à la croissance de cet agrégat.

Les dépenses en établissements pour enfants handicapés sont toujours majoritaires

En 2018, les dépenses en ESMS pour personnes handicapées sont principalement consacrées aux soins pour enfants et adolescents (66,9 %, soit 7,7 milliards d'euros) (*tableau 2*). La majorité de cette dépense concerne l'accueil en établissement avec ou sans hébergement (85,3 %), le reste (13,7 %) concerne les services.

Les instituts médico-éducatifs (IME) et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep), qui accueillent des enfants atteints de déficience intellectuelle (IME) ou de troubles psychiques (Itep), représentent à eux deux 57,0 % de la dépense pour enfants handicapés et 53,0 % des capacités d'accueil en 2018 (*graphique 1*). Les établissements pour enfants polyhandicapés (EP) représentent 9,0 % des sommes consacrées et 4,0 % des capacités d'accueil. Leur coût élevé par place s'explique par le fait que le public accueilli est sujet à un grave handicap à expressions multiples, nécessitant alors un fort taux d'encadrement.

Les Itep connaissent à elles seules une augmentation des dépenses de 6,4 % par rapport à 2017.

À l'inverse, les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (Sessad) interviennent dans le milieu de vie des enfants et requièrent un taux d'encadrement relativement bas. Ils représentent 14,0 % de la dépense pour 34,0 % des places installées. L'accueil des enfants handicapés dans le cadre scolaire est privilégié. Ainsi s'explique l'augmentation des dépenses de ces établissements et services entre 2017 et 2018 (notamment pour les Itep avec 6,4 %).

Les dépenses consacrées aux adultes handicapés continuent de croître

En 2018, près d'un tiers (3,6 milliards d'euros) de l'OGD médico-social pour personnes handicapées est consacré aux adultes : 94,0 % aux établissements, 6,0 % aux services.

Les dépenses de soins pour les adultes handicapés¹ augmentent de 5,5 % en 2018 pour s'établir à 3,6 milliards d'euros. Cette dynamique s'explique notamment par l'augmentation du nombre de places pour adultes programmée au cours de la période 2018-2021.

Cette progression est également à rapprocher de l'amorce d'un rattrapage de l'offre des ESMS en faveur des adultes, d'une plus grande continuité de prise en charge des jeunes adultes handicapés, ou encore des enjeux liés au vieillissement des personnes handicapées (Guibert, 2016).

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sont majoritaires, regroupant 81,0 % de la dépense pour adultes handicapés et 65,0 % des capacités d'accueil.

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (Samsah), qui interviennent dans les milieux de vie des adultes handicapés, représentent 4,0 % de la dépense des ESMS en faveur des adultes et proposent 11,0 % des places. Ils font partie des postes les plus dynamiques, en hausse de 5,3 % entre 2017 et 2018. Ce dynamisme est une des conséquences des mesures de transformation de l'offre médico-sociale prévues pour la période 2018-2022 dont est chargée la CNSA. L'objectif est de permettre le développement de services médico-sociaux, en particulier les services médico-sociaux pour adultes handicapés souffrant d'autisme (Samsah) et les services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS).

1. À l'inverse des ESMS pour enfants handicapés, il existe, pour les adultes, des ESMS intégralement financés par d'autres canaux que la Sécurité sociale (conseils départementaux, État) ; ces établissements proposent en particulier de l'hébergement et de l'accompagnement social et professionnel. Ces dépenses, qui ne constituent pas du soin, ne sont pas prises en compte ici.

Pour en savoir plus

> Guibert, G. (2016), « La dépense de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux », in *La protection sociale en France et en Europe en 2014*. Paris, France, DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.

Tableau 1 Dépenses de soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux

Montants en milliards d'euros

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Soins aux personnes handicapées*	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,2	9,5	9,6	11,3	11,5
Évolution (en %)	4,4	2,7	3,4	2,6	3,4	2,0	2,8	0,7		2,0
dont Ondam pers. handicapées	7,7	7,9	8,3	8,4	8,7	9,0	9,1	9,2	11,0	11,1
dont Contribution CNSA	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4

* Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé. En 2017, le périmètre d'action de l'Ondam médico-social a été étendu et comprend désormais aussi les dépenses dévolues aux établissements et services d'aide par le travail (Esat).

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données DSS pour l'Ondam, DGCS pour l'OGD.

Tableau 2 Structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées en 2017 et 2018

	2017		2018		Évolution 2017-2018
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %	
Dépenses totales des soins de longue durée des personnes handicapées	11 285	100,0	11 510	100,0	2,0
Établissements et services à destination des enfants handicapés	7 691	68,2	7 696	66,9	0,1
Instituts médico-éducatifs (IME)*	3 662	47,6	3 559	46,2	-2,8
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (Itep)	785	10,2	835	10,9	6,4
Établissements pour enfants polyhandicapés (EP)	732	9,5	697	9,1	-4,8
Services d'éducation spécialisée et soins à domicile (Sessad)	1 023	13,3	1 053	13,7	3,0
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	195	2,5	202	2,6	3,6
Autres établissements pour "enfance inadaptée"***	1 294	16,8	1 349	17,5	4,2
Établissements et services à destination des adultes handicapés	3 380	29,9	3 564	31,0	5,5
Maisons d'accueil spécialisé (MAS)	2 031	60,1	2 188	61,4	7,7
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	693	20,5	710	19,9	2,4
Services d'accompagnement médico-social (Samsah)	120	3,6	126	3,5	5,3
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (Ssiad-PH)	86	2,6	88	2,5	1,8
Autres établissements pour adultes handicapés***	448	13,3	451	12,7	0,7
Autres établissements et services****	214	1,9	250	2,2	16,9

* Y compris les IME belges (des enfants handicapés sont accueillis dans des IME en Belgique faute de places disponibles en France).

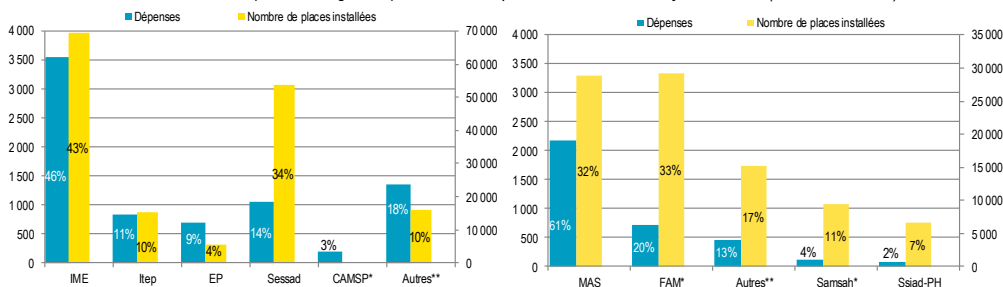
** Comprennent les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice (IEM), les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés.

*** Comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS).

**** Comprennent les centres de ressources et les autres prestations médico-sociales.

Sources > TCDC des régimes obligatoires d'Assurance maladie, données de la Commission de répartition fournies par la CNAM.

Graphique 1 Montant de la dépense et capacité d'accueil par type d'établissements pour enfants et adolescents handicapés (à gauche) et pour adultes handicapés (à droite) en 2018

 En millions d'euros (échelle de gauche) et nombre de places installées au 1^{er} janvier 2018 (échelle de droite)


* La capacité d'accueil des CAMSP n'est pas présentée car ils suivent une logique de file active : le nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année est comptabilisé, mais pas le nombre de places installées.

** Comprennent les CMPP, les IEM, les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux. Les CMPP suivant une logique de file active, non de places installées, leur capacité d'accueil n'est pas intégrée.

Sources > TCDC des régimes obligatoires de l'Assurance maladie et données de la Commission de répartition fournies par la CNAM pour les montants de la dépense ; Statist 2018 pour la capacité d'accueil.

* Seules les fractions de dépenses des FAM et des Samsah prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici.

** Les autres établissements comprennent les CRP, CPO, le UEROS, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux.

Les **indemnités journalières** (IJ) incluses dans les comptes de la santé recouvrent celles versées par les régimes de base d'assurance sociale au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité, hors fonction publique. En 2018, elles s'élèvent à 15,1 milliards d'euros (*tableau 1*), soit 5,5 % de la DCS et contribuent pour 0,2 point à la croissance de cet agrégat.

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), puis entre 2006 et 2011, elles redeviennent dynamiques (3,7 % par an). Après deux années de relative stabilité en 2012 et 2013, elles augmentent à nouveau en 2014 (4,2 %). Depuis, leur croissance augmente continuellement de +2,0 % à +3,8 % en 2018. La dynamique des IJ maladie en particulier est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui sont à la base du calcul des indemnités journalières ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des IJ avec un effet retard ;
- 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 3,1 points entre 2009 et 2017 – 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 la hausse de l'âge légal de départ en retraite et l'augmentation de la durée d'assurance requise pour un départ à taux plein.
- 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 en raison principalement de la dégradation du marché du travail et du renforcement des contrôles effectués par le service médical de l'Assurance maladie. En 2014, les volumes rebondissent malgré une situation épidémiologique favorable. La prise en charge des IJ de temps partiel thérapeutique (non couvertes avant 2014) ainsi que

l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles ont pu contribuer à cette hausse. Après un léger ralentissement en 2015, les volumes accélèrent en 2016 et 2017. Ce regain de dynamisme serait lié notamment à un contexte épidémiologique moins favorable en 2016 et, selon la CNAM, à la plus forte croissance des dépenses relatives aux hospitalisations ponctuelles, aux soins courants et aux maladies psychiatriques et traitements psychotropes. En 2018, l'augmentation des volumes se poursuit mais plus faiblement (+3,0 % après 3,3 % en 2017).

Un ralentissement des « prix » qui atténue le dynamisme

La croissance du « prix » des indemnités maladie et AT-MP du régime général a nettement ralenti depuis la crise (1,3 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2018, contre 2,5 % entre 2000 et 2008) [*graphique 1*]. Le calcul du montant de l'IJ repose en effet sur le salaire des trois mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ maladie, et du mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ AT-MP. Seule la part du salaire inférieure au seuil de 1,8 fois le smic est prise en compte dans le calcul du montant de l'IJ. Les modes de calcul des IJ moins favorables adoptés les 1^{er} décembre 2010 et 1^{er} janvier 2012 ont induit des baisses de montants 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, l'effet « prix » se stabilise ces dernières années.

Les indemnités journalières de maternité accélèrent légèrement en 2018

En 2018, la hausse des indemnités journalières du risque maternité est de +1,2 % après +0,5 % en 2017. Cette évolution tient notamment à la hausse des salaires qui, dans un contexte d'amélioration du contexte économique, se traduit par la hausse des montants moyens versés.

Près de 5 milliards de compléments d'indemnités journalières versés en 2017

Les organismes complémentaires (OC) – mutuelles, sociétés d'assurances et instituts de prévoyance – versent 5,6 milliards d'euros de compléments d'indemnités journalières en 2018, soit 5,8 % de plus qu'en 2017 (*tableau 2*). Alors que les mutuelles sont le premier acteur parmi les OC sur le champ de la CSBM (voir fiche 26), elles sont minoritaires sur le champ IJ (moins de 10 % du total IJ des OC) et les sociétés d'assurances versent 57 % des montants. Cette structure de financement par famille d'OC est stable depuis 2012.

Pour en savoir plus

- > Caisse nationale de l'Assurance maladie (2019, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses.*
- > Caisse nationale de l'Assurance maladie (2018, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses.*
- > Igas, IGF (2017, juillet). *Revenues des dépenses : l'évolution des dépenses d'indemnités journalières.*

Tableau 1 Dépenses d'indemnités journalières

Montants en millions d'euros

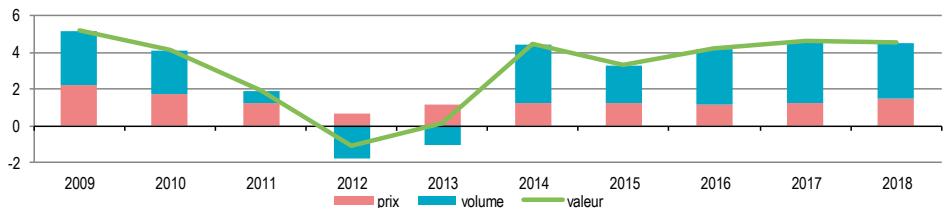
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble	12 146	12 606	12 829	12 766	12 816	13 353	13 625	14 039	14 511	15 057
Évolution (en %)	4,7	3,8	1,8	-0,5	0,4	4,2	2,0	3,0	3,4	3,8
Maladie	6 643	6 881	7 003	6 938	6 977	7 358	7 596	7 926	8 216	8 550
Évolution (en %)	4,9	3,6	1,8	-0,9	0,6	5,5	3,2	4,3	3,7	4,1
Accidents du travail - maladies professionnelles	2 617	2 729	2 839	2 811	2 806	2 918	2 998	3 120	3 286	3 462
Évolution (en %)	5,6	4,3	4,0	-1,0	-0,2	4,0	2,7	4,1	5,3	5,3
Maternité	2 887	2 995	2 987	3 017	3 033	3 077	3 031	2 993	3 008	3 045
Évolution (en %)	3,5	3,7	-0,3	1,0	0,5	1,5	-1,5	-1,3	0,5	1,2

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

Source > DREES, comptes de la santé.

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

En %



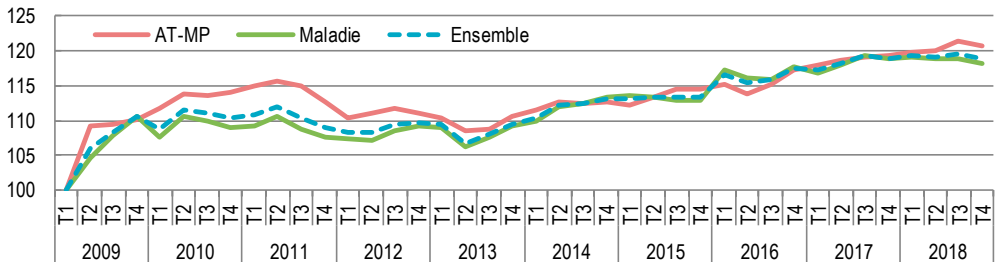
Lecture > En 2018 les dépenses d'indemnités journalières *maladie* et AT-MP du régime général ralentissent légèrement (+4,5 % en valeur, après +4,7 % en 2017). Cette augmentation s'explique par un léger ralentissement des volumes (3,0 % contre 3,3 % en 2017) et une légère accélération des prix (1,5 % contre 1,3 % en 2017).

Champ > France métropolitaine, risques *maladie* et AT-MP, assurés du régime général.

Source > CNAM.

Graphique 2 Évolution du volume d'indemnités journalières du régime général rapportées à celle de l'emploi salarié

Base 100 au T1 2009



Lecture > Entre le premier trimestre 2009 et le quatrième trimestre 2018, le volume d'indemnités journalières *maladie* par salarié a augmenté de 18,3 %.

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.

Tableau 2 Compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires

Montants en milliards d'euros

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble des organismes complémentaires	5,1	5,2	5,2	5,1	5,1	5,2	5,6
Évolution (en %)		2,4	-0,5	-2,9	0,0	3,6	5,8
Mutuelles	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4
Institutions de prévoyance	1,6	1,6	1,6	1,8	1,8	1,8	2,0
Sociétés d'assurances	3,1	3,1	3,2	2,9	2,9	3,0	3,2

Note > Les indemnités journalières versées par les organismes complémentaires ne sont conventionnellement pas incluses dans le poste Indemnités journalières retenu pour le calcul de la dépense courante de santé (DCS).

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2018, la consommation de biens et services de **prévention institutionnelle**, financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux¹, s'élève à 6,2 milliards d'euros. Elle est quasiment stable par rapport à 2017 : la prévention individuelle (3,9 milliards d'euros) est en hausse de 0,2 %, tandis que la prévention collective (2,3 milliards d'euros) baisse légèrement de 0,6 % (*tableau 1*). La prévention institutionnelle représente environ 93 euros par habitant en 2018 et 2,2 % de la dépense courante de santé. Elle ne contribue quasiment pas à la croissance de cet agrégat.

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes. La **prévention individuelle primaire** (50,7 % de la prévention institutionnelle en 2018) vise à éviter l'apparition ou l'extension d'états de santé indésirables (*graphique 1*). La médecine du travail, qui représente plus de la moitié de ces dépenses, reste stable par rapport à 2017. Les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) et des centres de planification et d'éducation familiales, ainsi que la médecine scolaire, sont aussi incluses dans la prévention primaire. Enfin, la vaccination organisée représente près de 4,0 % des dépenses de prévention individuelle primaire.

La **prévention individuelle secondaire** (11,6 % de la prévention institutionnelle en 2018) vise à repérer les maladies ; le dépistage en est l'exemple type. Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles (IST) y compris le VIH/sida et les hépatites, la tuberculose, ou d'autres pathologies comme la maladie d'Alzheimer, les troubles mentaux, etc. Les différents plans Cancer qui se sont succédé ont permis de mettre l'accent sur le dépistage des tumeurs : les dépenses associées s'élèvent à près de 150 millions en 2018 et ont quasiment doublé depuis 2003. La prévention individuelle secondaire comprend également les bilans de santé réalisés en centres de santé financés par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et par les collectivités locales ainsi que les bilans bucco-dentaires. Le budget consacré à ces derniers a plus que triplé entre 2003 et 2018, porté par la campagne MTDents à destination des jeunes de 3 à 24 ans et, depuis 2013, des femmes enceintes.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non imputables au niveau individuel composées de :

- La **prévention collective à visée environnementale** (32,5 % de la prévention institutionnelle en 2018) inclut l'hygiène du milieu, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille ou d'alerte ou encore ceux mobilisés en cas d'urgence ou de crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation.
- La **prévention collective à visée comportementale** (5,2 % de la prévention institutionnelle en 2018), qui comprend différents programmes mis en place dans le but de participer à l'information et à l'éducation à la santé auprès de la population sur différentes thématiques (drogues, alcool, tabac, maladies infectieuses, vaccinations, nutrition, etc.). Ces programmes soutiennent, par exemple, les actions destinées à promouvoir la nutrition et l'activité physique, dont fait partie le Programme national nutrition santé (PNNS).

L'État et les collectivités locales sont les principaux financeurs de la prévention institutionnelle

En 2018, l'État et les collectivités locales² financent 57 % des actions de prévention institutionnelle, la Sécurité sociale 16 % et le secteur privé 27 % (*graphique 2*). Toutefois, le secteur privé est le principal financeur de la prévention primaire (49 %) du fait des crédits accordés à la médecine du travail. La Sécurité sociale finance des actions relevant de chacune des grandes catégories, mais surtout la prévention secondaire (via le FNPEIS). L'État et les collectivités locales restent les principaux financeurs de la prévention collective puisqu'ils financent plus de 81 % de ses actions.

La Sécurité sociale finance une part un peu plus importante que par le passé de la prévention institutionnelle (16 % en 2018 contre 13 % en 2009). La mise en place du fonds d'intervention régional (FIR) en 2012, financé principalement par la Sécurité sociale en 2018, a largement contribué à cette augmentation. En effet, une des missions du FIR est consacrée à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur du système de santé. La priorité est mise sur les addictions (tabac, alcool), notamment avec la création en 2017 d'un fonds de lutte contre le tabac dont les actions visent entre autres à éviter l'entrée dans le tabagisme des jeunes. La promotion de la santé et la prévention sont un des axes prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

1. La prévention institutionnelle ne comptabilise pas les actes préventifs réalisés lors de consultations médicales ordinaires, inclus par ailleurs dans la CSBM. Une estimation partielle de la prévention non institutionnelle sur les soins de ville a abouti à une dépense de 9,1 milliards d'euros pour 2016 (voir « Comptes partiels de la prévention 2012-2016 » dans l'édition 2018 de cet ouvrage).

2. De nouvelles données ont permis une estimation plus juste des dépenses des collectivités locales en faveur de la prévention. Les séries correspondantes ont été rétropolées en conséquence.

Tableau 1 Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

Montants en millions d'euros, évolution en moyenne annuelle (en %)

	2009	2010	2012	2013	2014	2016	2017	2018	Évolution 2017-2018	Évolution 2009-2018
PREVENTION INDIVIDUELLE	3 494	3 451	3 440	3 628	3 652	3 715	3 880	3 886	0,2	1,2
Prévention individuelle primaire	2 926	2 894	2 911	3 040	3 061	3 138	3 174	3 164	-0,3	0,9
Vaccins*	96	72	75	80	81	85	87	114	30,7	1,9
PMI - Planning familial	834	828	812	821	812	828	804	772	-4,0	-0,9
Médecine du travail	1 507	1 512	1 527	1 599	1 619	1 645	1 690	1 689	0,0	1,3
Médecine scolaire	488	482	498	540	549	580	593	589	-0,7	2,1
Prévention individuelle secondaire	568	556	528	588	591	577	706	722	2,2	2,7
Dépistage des tumeurs	164	156	167	177	162	154	157	148	-5,9	-1,2
Dépistage VIH/Sida, hépatites, tuberculose et autres maladies infectieuses	153	152	111	147	160	155	274	306	11,7	8,0
Dépistage autres pathologies	25	25	26	35	36	40	45	38	-15,6	4,9
Examens de santé	176	173	173	175	175	171	173	161	-6,8	-1,0
Bilans bucco-dentaires	51	49	51	56	58	58	57	69	20,5	3,5
PREVENTION COLLECTIVE	3 019	2 383	2 342	2 294	2 200	2 208	2 370	2 355	-0,6	-2,7
Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé	366	361	352	354	333	285	300	328	9,1	-1,2
Campagnes en faveur des vaccinations**	30	30	30	30	29	28	24	20	-13,1	-4,3
Lutte contre les IST***, santé sexuelle, contraception**	31	28	31	24	21	6	12	12	0,1	-9,9
Lutte contre l'addiction**	91	98	91	85	75	68	84	90	6,4	-0,1
Nutrition - santé**	25	27	17	17	18	16	18	22	22,5	-1,7
Autres pathologies**	15	9	24	30	30	28	32	37	16,4	10,5
Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé	174	169	159	168	160	119	131	146	12,1	-1,9
Actions sur l'environnement	2653	2022	1990	1940	1867	1943	2070	2027	-2,0	-2,9
Hygiène du milieu (y compris lutte anti-vectorielle)	652	676	652	688	619	756	717	673	-6,2	0,4
Prévention des risques professionnels	244	249	254	259	246	237	272	216	-20,5	-1,3
Prévention et lutte contre la pollution	157	225	172	143	138	138	176	183	3,6	1,7
Surveillance, veille, recherche, expertise, alerte	308	319	325	325	312	305	392	400	2,1	2,9
Urgences et crises	580	-28	42	49	40	20	6	4	-41,3	-43,0
Sécurité sanitaire de l'alimentation	712	582	544	505	512	486	507	552	9,0	-2,8
ENSEMBLE PREVENTION INSTITUTIONNELLE	6 513	5 833	5 781	5 921	5 852	5 923	6 250	6 241	-0,1	-0,5
Évolution en %	12,5	-10,4	0,0	2,4	-1,2	-0,7	5,5	-0,1		
dont dans le champ CSBM****	-110	-106	-102	-103	-107	-110	-127	-126	-0,9	1,5
PREVENTION INSTITUTIONNELLE HORS CSBM	6 403	5 727	5 679	5 818	5 745	5 812	6 123	6 115	-0,1	-0,5

* Concernant uniquement les dépenses de vaccinations « organisées » financées par les collectivités locales et le FNPEIS. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de vaccins se monte à environ 0,5 milliard d'euros en 2016. Le solde, financé par l'Assurance maladie et les ménages, est inclus par ailleurs dans la CSBM.

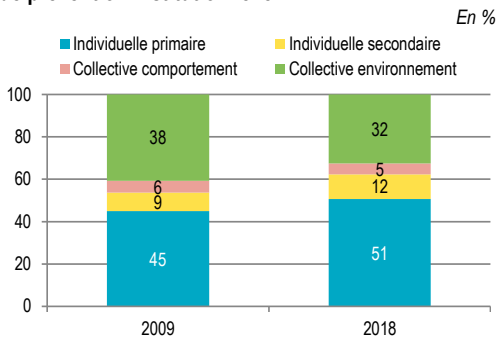
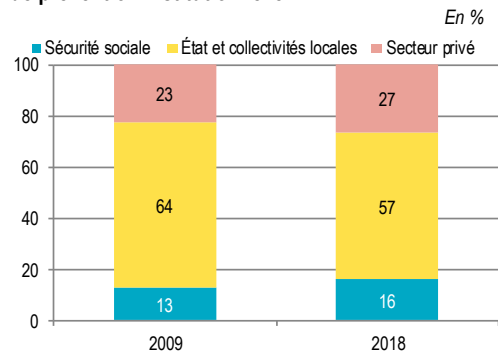
** Ces différents postes ne couvrent pas l'ensemble des actions de prévention relevant de ces thématiques. En effet, lorsqu'elles ne peuvent être isolées compte tenu de la granularité des sources disponibles, des actions relatives à ces items peuvent également être comptabilisées dans d'autres postes de la prévention institutionnelle (en particulier « autres actions d'information, promotion et éducation à la santé » ou encore « actions de dépistage »).

*** IST : infections sexuellement transmissibles.

**** Ces dépenses de prévention (vaccins, dépistages, etc.) réalisées au niveau individuel (i.e. en dehors du cadre institutionnel) sont incluses dans la CSBM. Elles sont retracées dans cette fiche mais non comptabilisées dans le poste de dépense « Prévention » de la DCS (voir tableaux détaillés).

Note > Les chiffres présentés dans cette fiche sont susceptibles d'être révisés à la marge dans la version définitive des comptes de la santé qui sera publiée l'année prochaine.

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP (ex-INPES), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

Graphique 1 Structure des dépenses de prévention institutionnelle**Graphique 2** Financement des dépenses de prévention institutionnelle

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP (ex-INPES), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

En 2018, les **dépenses de formation aux professions de santé** atteignent 2,3 milliards d'euros, en rebond de 2,1 % (après -0,6 %) [tableau 1]. La majeure partie de la dépense (91,5 %) concerne les études de santé (UFR [unité de formation et de recherche] santé, école de santé, école du service de santé des armées). Les dépenses de formation continue des professionnels de santé représentent 8,5 % de la dépense totale. Les dépenses de formation en santé représentent 0,8 % de la dépense courante de santé (DCS) et ne contribuent quasiment pas à la croissance de cet agrégat.

L'État et les régions sont les premiers financeurs

Comme pour les années précédentes, en 2018, l'État est le principal financeur des dépenses de formation en santé, soit 47 % du financement total (graphique 1). L'État finance principalement les facultés assurant la formation initiale des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens ainsi que la première année commune aux études de santé (PACES). Ainsi en 2018, près de 231 000 futurs professionnels de santé sont en formation. De plus, le budget de l'État couvre le service de santé des armées qui inclut la formation initiale des médecins, infirmiers, pharmaciens et vétérinaires militaires.

En couvrant 39 % des dépenses, les **régions** sont le deuxième financeur de la formation des professions de santé. Depuis août 2004, les régions ont la charge du financement des établissements de formations sanitaires (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, pédicures-podologues, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, techniciens de laboratoire, audioprothésistes, opticiens-lunetiers, diététiciens, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, ambulanciers, sages-femmes, etc.). Elles ont en charge le fonctionnement et l'équipement des écoles et instituts publics et peuvent participer à ceux des établissements privés.

En 2018, l'**Assurance maladie** finance 8 % des dépenses de formation. À travers l'Agence nationale du développement professionnel continu des professionnels de santé (ADPC, ex-OGDPC), elle finance quasi exclusivement la formation continue des professions médicales exerçant en libéral, des professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés et des médecins hospitaliers.

La dernière contribution est assurée par les **ménages** qui couvrent 5 % de la dépense en 2018. Les dépenses retenues concernent en premier lieu le règlement des droits d'inscription ou de scolarité des études de santé.

La structure de répartition par financeur évolue peu d'une année sur l'autre.

Cependant, depuis 2008, la part de l'État diminue progressivement et depuis 2014 l'État n'est plus un financeur majoritaire. Parallèlement, la part des régions progresse, alors que celles des ménages et de l'Assurance maladie restent stables. Cette déformation s'expliquerait par le mouvement général de décentralisation de l'État vers les régions, combiné à la montée en puissance des effectifs d'auxiliaires médicaux dont la formation relève des régions.

Les dépenses de formation initiale en progression depuis 2009

Entre 2009 et 2018, les dépenses de formation aux professions de santé progressent en moyenne de 2,2 % par an, mais de manière heurtée. Avec une hausse régulière d'environ 2,1 % par an, les dépenses pour la formation initiale en santé représentent la plus grande partie de la dépense totale. Une dynamique expliquée principalement par la hausse du nombre d'étudiants en études de santé (de l'ordre de 1,8 % par an). En revanche, les dépenses de formation continue, bien que minoritaires, fluctuent significativement. Ces fluctuations engendrent le profil heurté de l'agrégat. Les dépenses de formation continue ont ainsi connu une phase basse de 2010 à 2012 (112 à 122 millions) avant de connaître un pic en 2014 (à 206 millions). En 2018, ces dépenses progressent de 2,2 % par rapport à 2017 (197 millions d'euros) alors qu'elles étaient stables en 2016 et 2017 (193 millions d'euros).

Des dépenses de recherche en légère baisse

Selon les dernières données disponibles, la **recherche en santé** atteindrait près de 8,8 milliards d'euros en 2018, en baisse de 0,3 % par rapport à 2017 (tableau 2). Les dépenses de recherche en santé représentent 3,2 % de la dépense courante de santé (DCS) et ne contribuent quasiment pas à la croissance de cet agrégat. La structure de financement resterait stable, 52 % du total étant assuré par des financements publics. Ces financements publics se composent de deux agrégats principaux : la recherche effectuée au sein des universités et des hôpitaux universitaires et la recherche effectuée en dehors, via les organismes inscrits à la Mires (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur), comme l'Inserm, l'Institut Pasteur, l'Institut Curie, le CNRS, etc.

Les financements privés et associatifs représenteraient 48 % de la dépense en recherche en santé. En 2018, 4,1 des 4,3 milliards d'euros dévolus à cette recherche proviendraient de l'industrie pharmaceutique et de matériel médical.

Avertissement méthodologique

Les dépenses relatives à la formation des internes et les dépenses de recherche clinique des hôpitaux universitaires ne sont pas comptabilisées dans les dépenses de formation et de recherche, car elles sont déjà intégrées au sein du poste « soins hospitaliers » de la CSBM.

Pour en savoir plus

> Casteran-Sacreste, B. (2016). La formation aux professions de la santé en 2014. DREES, *Document de travail*, série Statistiques, 198.

Tableau 1 Structure des dépenses de formation aux professions de santé en 2018

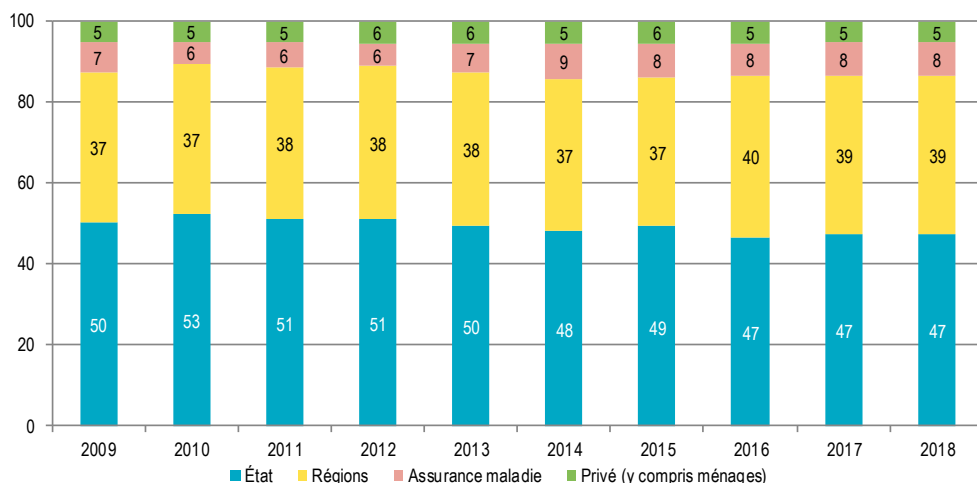
	Montants en millions d'euros, évolution en %									
	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Études de santé (UFR santé, écoles de santé, écoles du service de santé des armées)	1 763	1 816	1 878	1 917	1 981	2 003	1 949	2 061	2 075	2 119
Formation continue des professionnels de santé	146	112	127	122	165	206	182	193	193	197
Dépenses totales de formation	1 909	1 928	2 005	2 039	2 146	2 209	2 132	2 254	2 268	2 316
<i>Évolution (en %)</i>	7,5	1,0	4,0	1,7	5,2	2,9	-3,5	5,8	0,6	2,1

Note > L'UFR santé comprend les études de médecine, odontologie, pharmacie et première année commune aux études de santé (PACES). Les écoles de santé comprennent les établissements de formation aux professions de : ambulanciers, infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire médical, aides-soignants, pédicures-podologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale, ergothérapeutes, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture et préparateurs en pharmacie hospitalière.

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données DREES, ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Graphique 1 Répartition des dépenses de formation aux professions de santé par financeur

En %



Note > En raison des arrondis, la somme n'est pas égale à 100 % chaque année.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Les dépenses publiques et privées de recherche en santé

En millions d'euros

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Ensemble	8 075	8 086	8 191	8 192	8 277	8 341	8 321	8 522	8 866	8 838
<i>Évolution en %</i>	-2,4	0,1	1,3	0,0	1,0	0,8	-0,2	2,4	4,0	-0,3
Financements publics	3 967	4 163	4 155	4 318	4 402	4 426	4 427	4 543	4 601	4 586
Budget civil de recherche et de développement*	1 890	1 948	1 937	1 992	1 972	1 934	1 936	2 009	1 991	1 985
Universités et hôpitaux universitaires	2 077	2 214	2 218	2 326	2 430	2 492	2 491	2 534	2 610	2 601
Financements privés et associatifs	4 108	3 923	4 035	3 874	3 875	3 915	3 894	3 979	4 265	4 252
Industries pharmaceutique et de matériel médical	3 992	3 815	3 928	3 733	3 658	3 685	3 664	3 751	4 068	4 055
Secteur associatif	116	108	108	141	217	230	230	228	197	197

* Recherche en santé des organismes inscrits à la mission interministérielle recherche et enseignement supérieur (Mires) et des financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Note > Les dépenses de recherche clinique des hôpitaux universitaires sont déjà comptabilisées au sein de la CSBM en « soins hospitaliers ». Elles sont retracées dans cette fiche mais non comptabilisées dans le poste de dépense « Recherche médicale et pharmaceutique » de la DCS (voir annexe tableaux détaillés), afin d'éviter tout double-compte.

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données du ministère de l'Éducation nationale et du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Les **coûts de gestion du système de santé** sont évalués à 15,7 milliards d'euros en 2018, en hausse de 0,9 % par rapport à 2017 (*tableau 1*). Ils représentent 5,7 % de la dépense courante de santé (DCS) et ne contribuent quasiment pas à la croissance de cet agrégat. Ces coûts de gestion comprennent les frais de gestion :

- des différents **régimes de Sécurité sociale** (46,8 % de l'agrégat) [*graphique 1*] ;
- des **organismes complémentaires** (OC) : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances, au titre de leur activité en santé (47,5 % de l'agrégat) ;
- du budget de fonctionnement du **ministère chargé de la Santé**, y compris celui des agences régionales de santé (ARS) [4,7 % de l'agrégat] ;
- des financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des **opérateurs publics** contribuant au pilotage du système de santé (1,0 % de l'agrégat) : HAS, Anap, CNG, Oniam, ATIH, Fonds CMU (voir annexe sigles).

Les coûts de gestion recouvrent des dépenses différentes pour les régimes de Sécurité sociale et les organismes complémentaires

Les coûts de gestion des OC ne sont pas directement comparables aux coûts des régimes de base. Les activités de ces deux catégories sont en effet à la fois différentes et imbriquées. Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer des attestations de couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] ou des admissions en affection de longue durée [ALD] par exemple). Par ailleurs, les régimes de base effectuent souvent un premier traitement administratif des demandes de remboursement – et peuvent recevoir en première instance des feuilles de soins papier, plus coûteuses à traiter que les feuilles électroniques – avant de les transmettre sous forme dématérialisée aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE. En revanche, les régimes de base obligatoires peuvent plus facilement réaliser des économies d'échelle ; le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux OC (multiplicité des contrats et des garanties, réseaux de soins, publicité, etc.). Enfin, les OC interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale (implants dentaires, ostéopathie, chambres particulières, etc.), traitent des feuilles de soins papier en l'absence de signature de la convention d'échange ou réalisent des actions complémentaires au remboursement (prévention, action sociale, etc.).

Des coûts de gestion publics moins dynamiques que la consommation de soins et de biens médicaux

En 2018, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale diminuent légèrement (-0,8 %), pour atteindre 7,3 milliards d'euros. Les coûts de gestion du ministère chargé de la Santé (0,7 milliard d'euros) ont également diminué de 1,0 % en 2018, alors que les coûts de gestion des opérateurs publics (0,2 milliard d'euros) sont très dynamiques (+16,7 %).

Au total, les coûts de gestion des acteurs publics (régimes de Sécurité sociale, ministère chargé de la Santé et opérateurs publics) ont diminué de 0,3 % par an en moyenne entre 2009 et 2018, alors que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmentait de 2,0 % par an en moyenne à la même période. Entre 2009 et 2018, les coûts de la Sécurité sociale sont les seuls à avoir décréu, de 0,5 % par an en moyenne.

Les coûts de gestion des OC s'élèvent à 7,5 milliards d'euros en 2018 : 3,7 milliards d'euros pour les mutuelles, 2,7 milliards pour les sociétés d'assurances et 1,0 milliard pour les institutions de prévoyance. Entre 2009 et 2018, ils ont augmenté de 4,3 % par an en moyenne et pour la première fois en 2018, ils sont supérieurs à ceux des régimes de Sécurité sociale.

Les coûts de gestion des OC sont de trois sortes : les frais de **gestion des sinistres** correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des demandes de remboursement), les frais d'**acquisition** sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers) et les frais d'**administration** et autres charges techniques nettes retracent la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations (encaissement des cotisations, mise à jour des dossiers, etc.). Les contrats collectifs (souscrits par une personne morale au bénéfice d'un ensemble de personnes) bénéficient de coûts de gestion réduits (*graphique 2*). En effet, l'entreprise souscriptrice fait office d'interlocuteur unique et d'intermédiaire, ce qui permet aux organismes de réduire leurs coûts d'acquisition et d'administration par rapport aux contrats individuels, souscrits directement par des particuliers. Les institutions de prévoyance, spécialisées sur la complémentaire santé d'entreprise, présentent donc les coûts de gestion les plus faibles en part des cotisations. Les sociétés d'assurances se caractérisent par des frais d'acquisition plus élevés, tandis que les mutuelles se démarquent par des frais d'administration plus importants.

Pour en savoir plus

> **Adjerad R.** (2019, avril). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. DREES, rapport 2018.

Tableau 1 Coûts de gestion du système de santé

Montants en milliards d'euros, évolution en moyenne annuelle en %

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	Évolution 2018/2017	Év. moyenne 2018/2009
Ensemble	13,6	13,9	14,3	14,6	15,1	15,3	15,2	15,3	15,5	15,7	0,9	1,6
Régimes de Sécurité sociale*	7,7	7,6	7,6	7,6	7,8	7,6	7,4	7,4	7,4	7,3	-0,8	-0,5
Organismes complémentaires**	5,1	5,5	5,8	6,1	6,4	6,8	7,0	7,2	7,3	7,5	2,4	4,3
- Mutuelles	2,7	2,9	2,9	3,1	3,3	3,5	3,6	3,7	3,6	3,7	1,9	3,7
- Sociétés d'assurances	1,8	1,9	2,1	2,2	2,3	2,4	2,5	2,5	2,6	2,7	4,1	4,6
- Institutions de prévoyance	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	1,0	1,0	1,0	0,0	5,9
Ministère chargé de la Santé**	0,6	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,6	0,6	0,7	0,7	-1,0	2,0
Opérateurs publics****	0,1	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,2	16,7	1,8

* CNAM, MSA et principaux autres régimes de base. Pour toute la période, les coûts de gestion ne prennent pas en compte l'aide à la télétransmission, comptabilisée en subvention au système de soins. La totalité des coûts de gestion des risques maladie et maternité est prise en compte (voir annexe 1). Une partie des coûts de gestion du risque accidents du travail-maladies professionnelles n'est pas prise en compte, car les prestations versées au titre de l'invalidité permanente n'entrent pas dans le champ de la DCS.

** La contribution au Fonds CMU (transformée en 2011 en taxe de solidarité additionnelle) n'est pas incluse dans les frais de gestion des organismes complémentaires. La totalité des frais de gestion est prise en compte, y compris ceux afférents aux prestations connexes non incluses dans le champ de la DCS (chambres particulières, etc.). Les subventions d'exploitation sont retirées des coûts de gestion dans ce tableau.

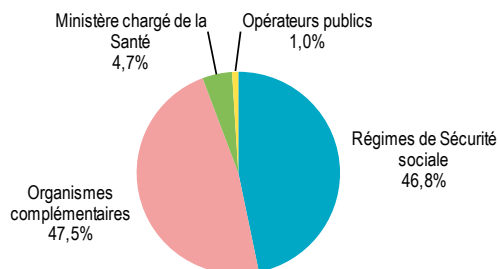
*** Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les comptes de la santé : le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative), pour sa partie santé uniquement ; le budget de fonctionnement des actions 11 (pilotage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire et offre de soins).

**** Sont incluses ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, ATI, CNG, Anap, Fonds CMU et Oniam. Les financements des autres opérateurs publics en santé (ANSP, ABM, INTS et ANSM, hors coûts de gestion) sont comptabilisés avec la prévention (voir fiche 34).

Sources > DREES, comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, comptes de la protection sociale et rapport sur la situation financière des organismes complémentaires; DSS, comptes de la Sécurité sociale et annexe 8 du PLFSS pour 2019.

Graphique 1 Structure des coûts de gestion du système de santé en 2018

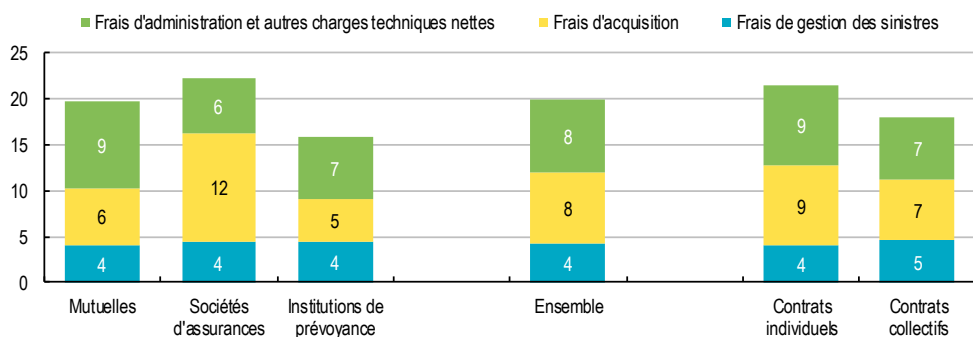
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Coûts de gestion en santé des organismes complémentaires en 2018, selon leur nature

En % des cotisations hors taxe perçues en santé par l'organisme



Lecture > En 2018, les frais de gestion des sinistres représentent 4 % des cotisations collectées en santé (frais de soins), quel que soit le type d'organisme complémentaire.

Sources > DREES, comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.

4

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante
de santé et son financement

Comparaisons
internationales

Annexes

Tableaux détaillés



Comparaisons internationales des dépenses de santé

Ce dernier chapitre de l'ouvrage présente des comparaisons internationales des systèmes de santé, des dépenses de santé et du reste à charge des ménages. Ces comparaisons s'appuient principalement sur le système international de comptes de la santé, *SHA (System of Health Accounts)*, commun à Eurostat, l'OCDE et l'OMS et sur les statistiques de santé de l'OCDE.

La première fiche (voir fiche 37) compare les systèmes de soins des différents pays de l'OCDE. La seconde fiche (voir fiche 38) détaille la dépense courante de santé au sens international, dont le périmètre diffère de celui en France. La fiche suivante compare les niveaux de reste à charge en santé des ménages au niveau international (voir fiche 39). Enfin, la section se conclut par une analyse comparative internationale des dépenses pharmaceutiques en ambulatoire (voir fiche 40).

Service national de santé ou assurance maladie, deux approches du financement des soins

Dans la totalité des pays considérés, les **régimes publics et l'assurance maladie obligatoire** financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé (*graphique 1*).

Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure un **service national de santé** financé par l'impôt. Les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé. 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.

Dans les systèmes à dominante assurantielle, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, au Luxembourg, en Allemagne et en France notamment, plus de 75 % de l'ensemble des dépenses de santé sont couvertes par **les régimes d'assurance maladie obligatoire** en 2017. Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont surtout rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics.

Les assurances maladies sont généralement publiques. Dans ce cas, les prestations maladie sont gérées par des caisses de sécurité sociale et les cotisations sociales sont en général assises sur les revenus d'activité. Les dépenses de santé sont remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics, dit « tarif de référence ». Toutefois, même si l'assurance maladie est en grande partie financée par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes des dispositifs peut également provenir des transferts publics. Ainsi, au Japon et en Belgique les recettes de l'assurance maladie obligatoire proviennent des transferts publics à hauteur de 40 % environ, soit autant que les recettes issues des cotisations sociales.

Une assurance maladie obligatoire, mais pas nécessairement publique

Certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour

tous les résidents, mais en ont confié la gestion aux assureurs privés mis en concurrence. L'État intervient toutefois fortement pour garantir un haut niveau de solidarité. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé, définit le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Ainsi, aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur et est liée au revenu du salarié. En Suisse, les primes ne sont pas liées au revenu. Elles peuvent dépendre de l'âge des assurés mais il n'est permis de distinguer que trois classes d'âges (moins de 18 ans, 18-25 ans et 25 ans ou plus) afin de mutualiser les risques entre assurés d'âges différents.

Aux États-Unis, depuis 2014, le *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) oblige les particuliers à souscrire une assurance maladie, sous peine de se voir infliger des pénalités. Les assurances maladies, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées. En Allemagne, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les salariés les plus aisés peuvent sortir de l'assurance maladie publique et s'assurer auprès d'un organisme privé. De plus, en Allemagne, les caisses d'assurance maladie publiques se font concurrence. En France, depuis 2016, une assurance maladie complémentaire, financée partiellement par l'employeur, est obligatoire pour les salariés du secteur privé.

Des dépenses d'administration plus importantes dans les systèmes assurantiels

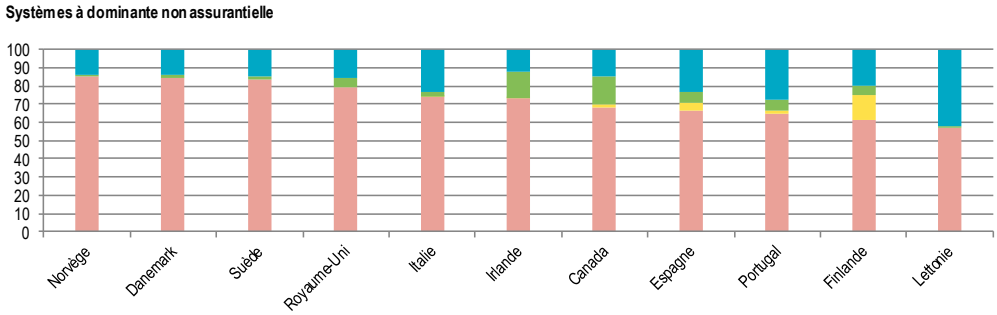
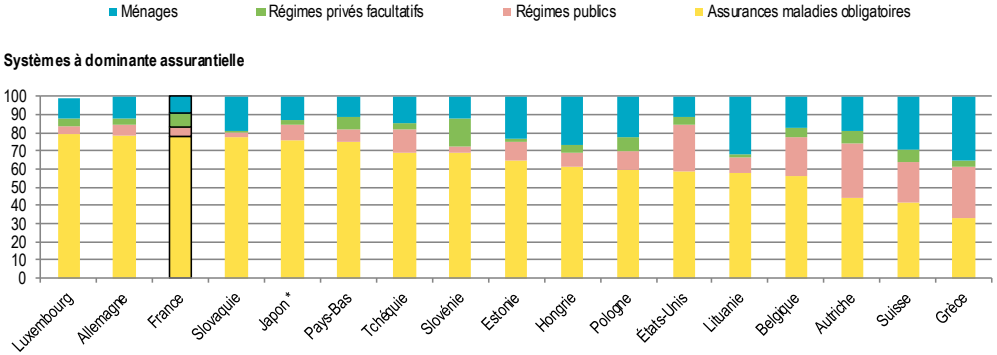
Aux États-Unis, les dépenses d'administration du système de soins, tous financeurs publics et privés confondus, représentent 8,3 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2017, loin devant les autres pays considérés. La France arrive en deuxième position avec 5,7 % de la DCSi consacrée à ces dépenses. D'une manière générale, les dépenses d'administration les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays à dominante assurantielle (*graphique 2*).

Pour en savoir plus

- > Lafon, A. et Montaut, A. (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > OCDE (2017). *Panorama de la santé 2017*, édition OCDE.
- > OCDE. *Health Systems Characteristics*, enquête 2016.
- > OMS. *European Observatory of Health Systems and Policies*, collection *Health systems in transition*.

Graphique 1 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2017

En % de la dépense courante de santé internationale



* Répartition entre le régime public et l'assurance maladie obligatoire, données 2016.

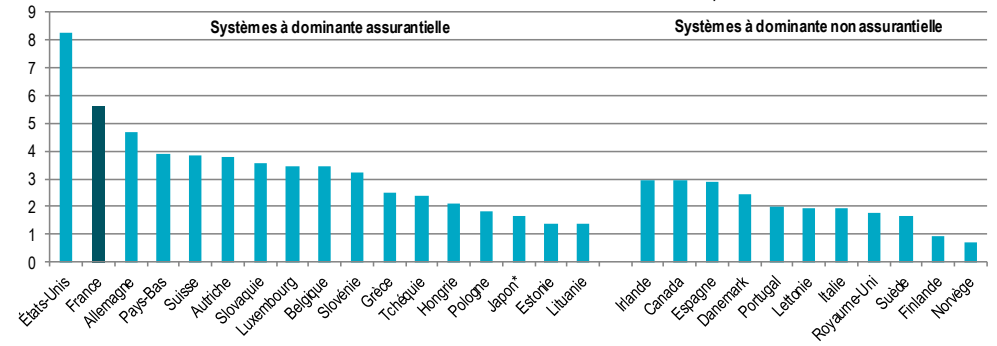
Note > Le système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par les individus. Les **régimes publics** désignent des systèmes gouvernementaux (nationaux, régionaux ou locaux) qui couvrent automatiquement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

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

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

Graphique 2 Dépenses d'administration des systèmes de santé en 2017

En % de la dépense courante de santé internationale



* Données 2016.

Note > Les dépenses d'administration des systèmes de santé sont des dépenses non individualisables qui permettent le fonctionnement du système de soins : la formulation et l'administration des politiques gouvernementales, la définition de normes, la régulation et supervision des fournisseurs de soins, la collecte des financements et leur gestion. Il s'agit principalement de dépenses gouvernementales, mais elles peuvent aussi inclure des dépenses privées : assureurs privés, observatoires, associations de patients, etc.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire), Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

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

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

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 17 % du PIB en 2017 (*graphique 1*) et en particulier des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE. Près de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse dépense 12 % de son PIB pour la santé, devant la France, l'Allemagne et la Suède (11 %), à un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'UE-15 (10 %). Il existe une division géographique marquée en Europe au regard des dépenses de santé : les pays de l'UE-15, sauf le Luxembourg et l'Irlande, consacrent plus de 8 % de leurs ressources à la santé, contrairement aux pays d'Europe centrale, à l'exception de la Slovaquie (7 % en moyenne parmi les membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 : NM [voir glossaire]). Au sein de l'UE-15, les dépenses de santé sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (de 8 % à 9 %).

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

La croissance des dépenses de santé reste modérée depuis 2013

Les dépenses de santé ralentissent à compter de 2010, en part de PIB comme à prix constant, dans un contexte de hausse plus modérée des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé (voir fiche 37). Les pays du sud de l'Europe et l'Irlande connaissent même une diminution de leurs dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2013, particulièrement marquée pour la Grèce (-10 % en moyenne annuelle) et le Portugal (-4 %).

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, à un rythme toutefois plus modéré que lors de la période précédant la crise. Dans l'UE-15, elles augmentent de près de 2 % par an en moyenne entre 2013 et 2017, après une croissance nulle entre 2009 et 2013 (*graphique 2*). Ce rebond des dépenses de santé en

moyenne au niveau de l'UE-15 est dû à la fois à une croissance plus dynamique des dépenses dans certains pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède) et à un retour à une croissance réelle positive dans les pays du sud de l'Europe, notamment en Espagne et en Italie. De même, parmi les NM, la croissance réelle des dépenses de santé est de 3 points plus rapide entre 2013 et 2017 qu'entre 2009 et 2013, mais reste nettement inférieure à celle des années précédant la crise économique. En revanche, aux États-Unis, la croissance moyenne des dépenses de santé de 2013 à 2017 retrouve sa tendance d'avant la crise, proche de 4 % annuels.

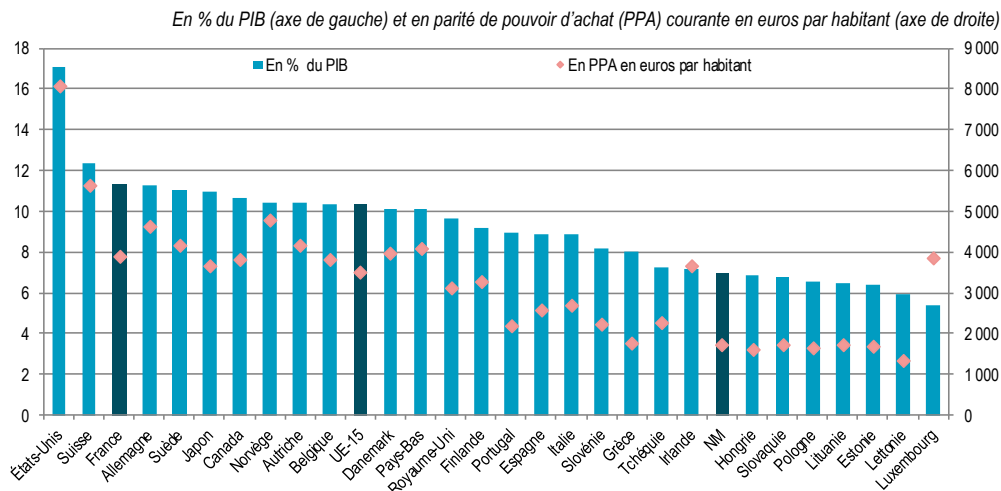
Le système international des comptes de la santé

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) a été développé. Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat. L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la **dépense courante de santé au sens international (DCSi)**. Celui-ci correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Il comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux, ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle des comptes de la santé français), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion. Pour l'imbrication avec les concepts de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et de la DCS au sens français (voir annexe 1). Les données sont révisées régulièrement, ce qui peut expliquer des écarts avec les chiffres publiés lors de la précédente édition de cet ouvrage. En particulier, le périmètre français a été révisé pour l'édition 2018 afin d'inclure les frais d'hébergement en établissements de soins de longue durée (voir annexe 5).

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

Pour en savoir plus

- > Méthodologie des comptes de la santé disponible en annexes.
- > **Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017**, consultables sur <http://stats.oecd.org/>.
- > **System of Health Accounts (SHA)**, consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>.

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2017

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

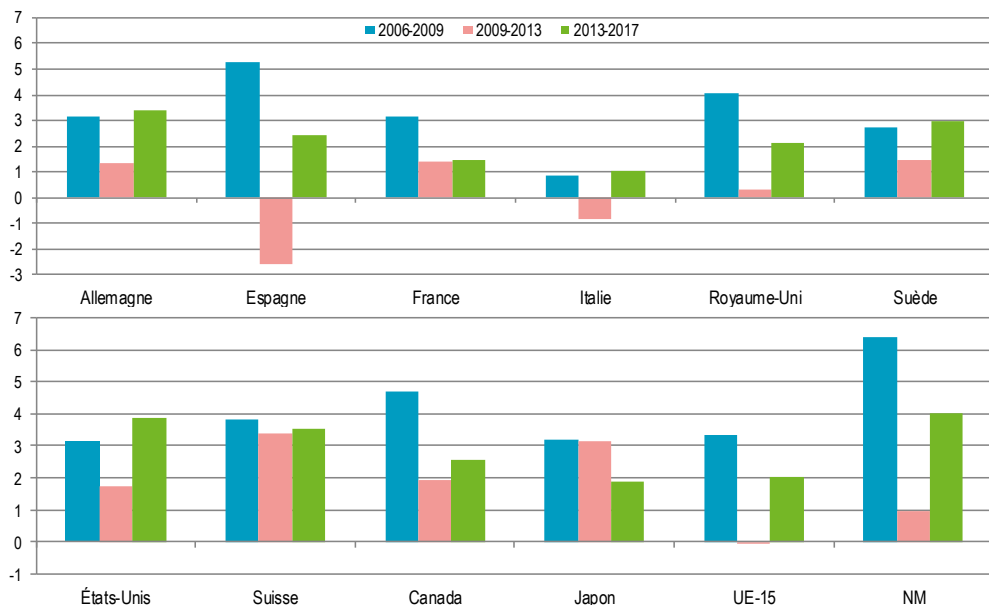
Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence, sont converties ici avec l'euro comme monnaie et la France comme pays de référence.

Champ > UE-15, NM et Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

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

Graphique 2 Évolutions annuelles moyennes réelles de la DCSi pour les périodes 2006-2009, 2009-2013 et 2013-2017

Évolution annuelle moyenne de la DCSi en devise nationale constante 2010, en %



Note > Les évolutions annuelles suivantes sont exclues du calcul en raison de ruptures de série : Suède 2010-2011, Italie 2011-2012, Royaume-Uni 2012-2013, Suisse 2009-2010, Japon 2010-2011. Les moyennes UE-15 et NM sont corrigées des ruptures de série et sont pondérées par la population. Par rapport à l'édition 2018, les DCSi du Canada ont été légèrement révisées pour l'année 2015, reflétant la révision des dépenses du secteur privé en raison d'améliorations méthodologiques.

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

Les dépenses de santé qui restent à la charge des ménages sont un frein potentiel à l'accès aux soins et peuvent conduire certains ménages à renoncer à des soins. C'est pourquoi, la plupart des pays de l'OCDE prévoient des exemptions partielles ou totales de participation financière à destination de populations spécifiques. Dans les pays considérés ici (pays européens, Canada, États-Unis et Japon), ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps) associées à des dépenses très élevées. D'autres exemptions peuvent exister en fonction du revenu des ménages (par exemple en Allemagne où le **reste à charge** est plafonné selon les ressources), pour certaines tranches d'âges (enfants et personnes âgées) ou les femmes enceintes.

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

En 2017, dans les pays de l'UE-15, 16 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) [voir glossaire] est en moyenne à la charge des ménages (*graphique 1*). Les restes à charge les plus élevés sont atteints dans les pays du Sud (35 % en Grèce, 28 % au Portugal et 24 % en Espagne), dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (NM [voir glossaire]) pour lesquels les données sont disponibles (22 % en moyenne) et en Suisse (29 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité en part de la DCSi (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 publics ou obligatoires y couvrent pourtant une part plus importante de la dépense (84 % ou plus) mais les assurances privées non obligatoires une part quasiment nulle. Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*), l'extension de la population couverte par *Medicaid* et la réorganisation de la couverture santé individuelle conduisent à une restructuration du financement de la DCSi, avec une part de reste à charge désormais proche de celle constatée en France. Toutefois, la dépense de soins et les primes d'assurances y sont particulièrement élevés, du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays.

Dès lors, le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA, [voir glossaire]) aux États-Unis (880 euros PPA en 2017) est nettement supérieur à ceux des autres pays comparés ici, à l'exception de la Suisse (1 630 euros PPA). Le reste à charge en santé des ménages est en moyenne de 540 euros PPA dans

l'UE-15 et 380 euros PPA dans les NM. Au sein de l'UE-15, c'est en France qu'il est le plus faible, avec 360 euros PPA de dépenses annuelles à la charge des ménages, alors qu'il dépasse 650 euros PPA en Autriche, en Finlande, en Norvège et en Belgique.

Soins de ville et médicaments, premiers postes de reste à charge en santé

Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires, notamment en cabinets médicaux et dentaires, constituent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention des assurances publiques et privées. Ces soins représentent en moyenne près d'un tiers du total [*graphique 2*]. Ensuite, un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux (voir fiche 40). L'importance du poste médicament tient au fait que les participations financières des assurés sont généralement plus élevées sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. Viennent enfin les dépenses hospitalières (8 % du total en moyenne dans l'UE-15). En France, en 2017, les soins ambulatoires (26 %) et les dépenses pharmaceutiques (19 %) représentent les principaux postes de dépenses restant à la charge des patients.

Des niveaux de reste à charge influencés par les réformes en Europe et aux États-Unis

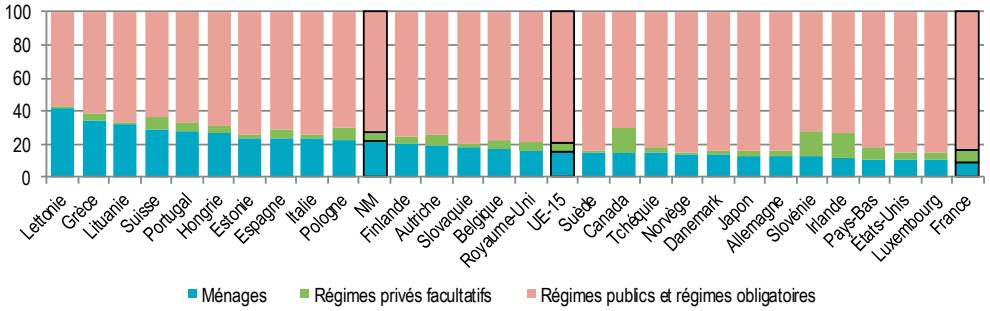
Entre 2006 et 2017, la part du reste à charge des ménages dans la DCSi est relativement stable à l'échelle globale et en France. On observe toutefois des évolutions différenciées avant et après le déclenchement de la crise (*graphique 3*). Dans les pays du sud de l'Europe en particulier, la part des dépenses financées par les ménages s'est réduite entre 2006 et 2009 et celle des financements publics a augmenté. Les années suivantes, la situation s'est inversée, avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des financements publics dans les pays les plus touchés par la crise, à la suite des ajustements budgétaires opérés. Ainsi, le reste à charge des ménages a augmenté de 3 et 4 points en Espagne et au Portugal entre 2009 et 2017. Aux Pays-Bas, la hausse du reste à charge est associée au recul des régimes obligatoires.

Enfin, la souscription obligatoire à l'assurance maladie depuis 2009 en Allemagne et 2014 aux USA se traduit par des transferts de l'assurance privée facultative vers l'assurance obligatoire et contribue au recul du reste à charge des ménages de plus d'un point entre 2009 et 2017.

Le **reste à charge des ménages** est le montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. Tel que calculé par l'OCDE, il comprend leur participation au coût des soins (franchises, ticket modérateur, etc.), l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages (dépassements d'honoraires médicaux, hébergement, non compris dans la CSBM, mais relevant de la DCSi, etc.). Les données comparables calculées par l'OCDE sont exprimées en dollars US en parité de pouvoir d'achat (PPA) et converties ici en euros avec la France comme pays de référence.

Graphique 1 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2017

En % des dépenses courantes de santé au sens international



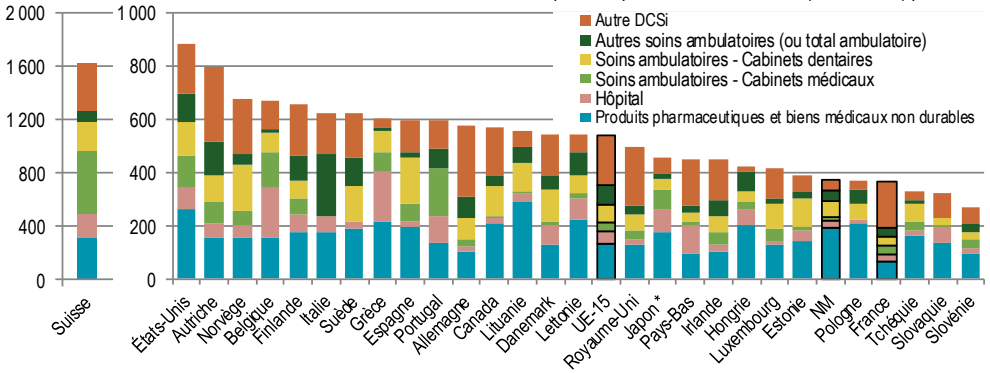
Note > Pour la France, les régimes privés facultatifs ne comportent plus que des contrats privés individuels, les contrats privés collectifs étant devenus obligatoires au 1^{er} janvier 2016 (voir annexe 1). Pour le Luxembourg, les régimes étrangers des non-résidents sont exclus.

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

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

Graphique 2 Reste à charge des ménages par catégorie de dépenses en 2017

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



* Données 2016.

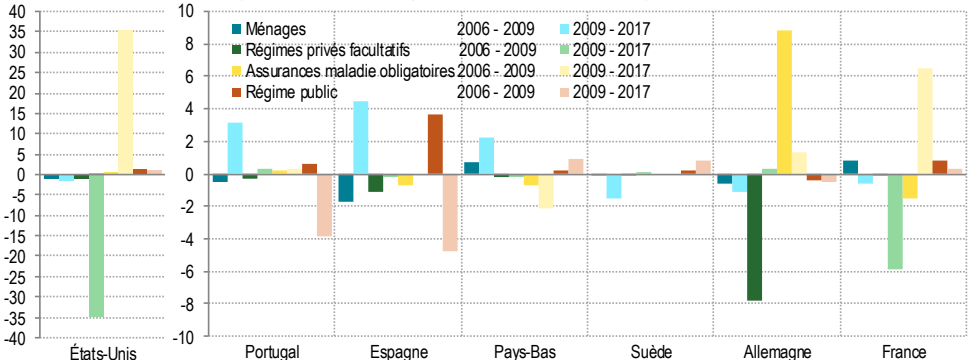
Note > Les PPA calculées par l'OCDE avec le dollar des États-Unis comme monnaie et les États-Unis comme pays de référence sont converties ici avec l'Euro comme monnaie et la France comme pays de référence.

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

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

Graphique 3 Évolutions 2006-2009 et 2009-2017 de la répartition des financements

En points d'évolution de la part du financement dans les dépenses courantes de santé au sens international



Note > Toutes les données disponibles ne sont pas présentées dans ce graphique. En France, en application de la loi du 14 juin 2013, toutes les entreprises du secteur privé ont l'obligation de proposer une assurance complémentaire santé à leurs salariés depuis le 1^{er} janvier 2016. De ce fait, les contrats collectifs, auparavant facultatifs et considérés comme tels dans les données sont, depuis cette date, comptabilisés comme obligatoires dans SHA.

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

Des dépenses pharmaceutiques par habitant inférieures en France à la moyenne de l'UE-15

En 2017, au sein des pays de l'OCDE comparés ici (pays européens, États-Unis, Canada et Japon), les **dépenses pharmaceutiques dans le secteur ambulatoire** représentent de 0,5 % (Luxembourg) à 2,1 % du PIB (Grèce) [graphique 1, encadré]. En 2017, la France, consacrant 1,5 % de son PIB aux dépenses pharmaceutiques, comme l'Espagne et l'Italie, se situe légèrement au-dessus de la moyenne des pays de l'Union européenne à 15 (1,3 %) et derrière l'Allemagne (1,6 %). Au sein de l'UE-15, les dépenses pharmaceutiques représentent 19 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), soit le troisième poste de dépense derrière les dépenses hospitalières (37 %) et celles de soins ambulatoires (26 %).

Exprimées en parité du pouvoir d'achat (PPA) et par habitant, les dépenses pharmaceutiques ambulatoires sont nettement plus variables : aux États-Unis, elles représentent le double de la moyenne des pays de l'UE-15. Au sein de l'UE-15, l'Allemagne dépense le plus à ce titre (+35 % par rapport à la moyenne, contre +7 % en France). La régulation du prix des médicaments peut apporter un éclairage sur ces écarts : en Allemagne, les prix sont libres la première année, les tarifs de remboursement des médicaments étant fixé 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 conduits 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, la Grèce et l'Irlande ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques (copaiements, ticket modérateur, base de remboursement déconnectée du prix).

En 2017, dans les pays de l'UE-15, les fonds publics et les assurances obligatoires couvrent 71 % des dépenses pharmaceutiques (80 % en France, 84 % en Allemagne), alors qu'ils représentent seulement 45 % de ces dépenses dans les NM et 36 % au Canada (graphique 2).

En moyenne au sein de l'UE-15, les assurances privées facultatives prennent en charge 1 % 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 (20 %). Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France et en Allemagne notamment, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins (voir fiche 39).

Le recul des ventes officielles par habitant se poursuit en France

Les écarts de dépenses pharmaceutiques ambulatoires entre pays proviennent de différences importantes portant sur le volume, la structure de la consommation, la politique de prix et de remboursement des médicaments, la politique du générique ou encore le choix de dispensation des médicaments en officines de ville, par les 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, parmi les pays analysés ici, 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 : ses ventes se stabilisent partout sauf en Allemagne, en Norvège ou en Finlande où la hausse reste dynamique.

En 2017, la consommation médicamenteuse française exprimée en nombre d'unités standard par habitant reste supérieure à celle de ses voisins européens (+5 % par rapport à l'Allemagne). En revanche, en Allemagne la consommation par habitant en valeur est la plus élevée des huit pays comparés ici (+51 % 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 par la délivrance en officines en Allemagne des antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C mis sur le marché entre 2014 et 2015 et de certains anticorps monoclonaux (MAB) utilisés pour lutter contre les cancers et les désordres immunologiques et inflammatoires (produits délivrés uniquement à l'hôpital en France).

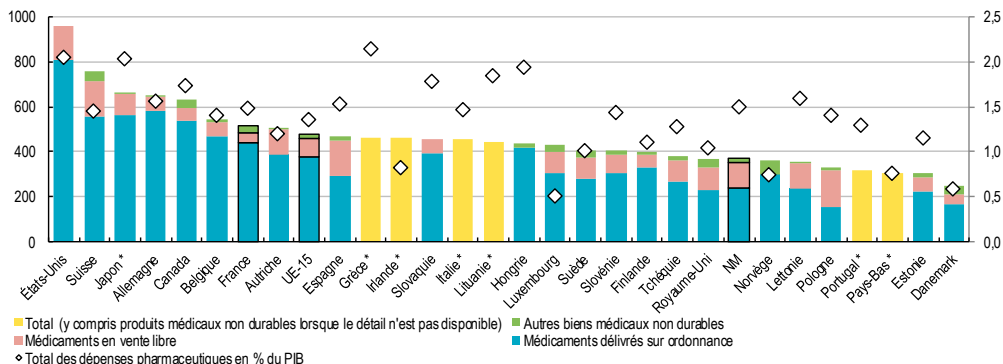
Pour en savoir plus

> Dahmouh, A., Ferretti, C. et Vergier, N. (2018). L'importance des remises dans la comparaison internationale des prix du médicament, dans *Revue française des affaires sociales*, N°3-2018, Documentation françaises

Graphique 1 Dépenses pharmaceutiques ambulatoires en 2017

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

En % du PIB (losanges)



* Données 2016.

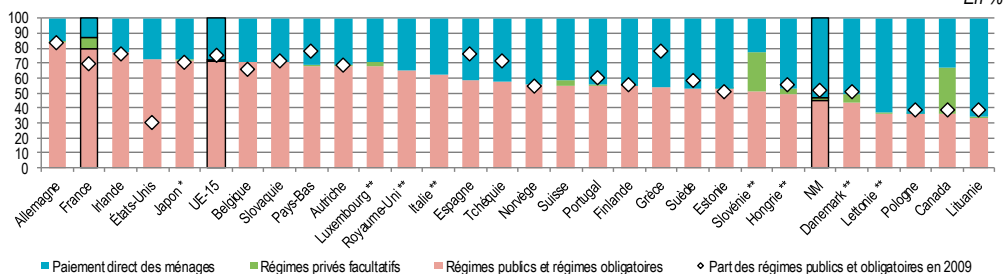
Note > Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence, sont converties ici avec l'Euro comme monnaie et la France comme pays de référence.

Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

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

Graphique 2 Répartition des dépenses pharmaceutiques entre financeurs publics et privés en 2017

En %



* Données 2016 ; ** Ruptures de séries au cours de la période 2009-2017 ne permettant pas de comparer avec 2009. Pour le Danemark et la Hongrie, le point de comparaison est 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 80 % en 2017.

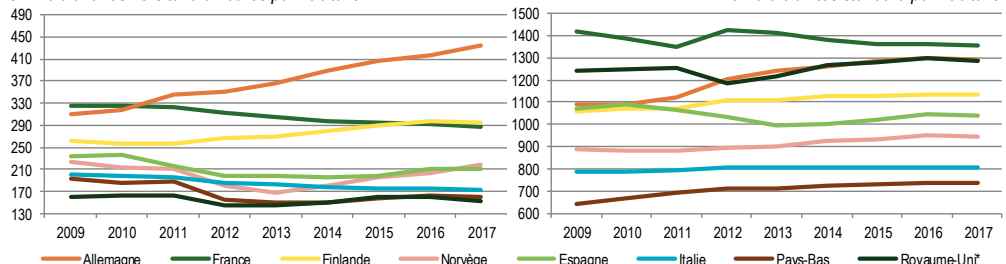
Champ > Pays de l'UE-15 et des NM (voir glossaire) dont les données sont disponibles, Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

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

Graphique 3 Ventes par habitant en officines en prix fabricant hors taxe et en unités de 2009 à 2017

Chiffre d'affaires hors taxe en euros par habitant

Nombre d'unités standard par habitant



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.

Sources > DREES, données IMS Health 2017 ; OCDE 2017 pour la population.

Définition et précisions méthodologiques

Dépenses pharmaceutiques issues du Système international des comptes de la santé (SHA, voir fiche 38) : elles incluent les achats de médicaments sur ordonnance délivrés en ville, l'automédication et les achats d'autres produits de santé non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins et autres dispositifs de contraception. Elles comprennent les médicaments rétrocedés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires (tels que les médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C commercialisés en 2014 en France par exemple). NB : seules les dépenses pharmaceutiques ambulatoires sont comparées dans cette fiche.

5

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante
de santé et son financement

Comparaisons
internationales

Annexes

Tableaux détaillés

Annexe 1

Les agrégats des comptes de la santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La CSBM, agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense 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.

La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national.

Plus précisément, la CSBM regroupe (*schéma 1*) :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux) ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé) ;
- la consommation de transports sanitaires ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux en ambulatoire (optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques [VHP], matériels, aliments, pansements et produits d'origine humaine [POH]).

La dépense courante de santé (DCS) au sens français

Agrégat le plus large des comptes de la santé, la dépense courante de santé est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe [FBCF]).

La DCS regroupe la CSBM ainsi que :

- les autres dépenses en faveur des malades, qu'elles relèvent de logiques de soutien de leur revenu (indemnités journalières de maladie, de maternité et en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle) ou de soins de longue durée, entendus au sens français du terme¹ (soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissements hors dépenses d'hébergement, unités de soins de longue durée, services de soins infirmiers à domicile [Ssiad]) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses engagées pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé (pour l'ensemble de ses acteurs, publics et privés) ;
- les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) et les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la dépense totale de santé (DTS)

Les comptes de la santé servent de fondement à la contribution de la France au *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) correspond à la DCS *au sens français* :

- ... diminuée des indemnités journalières (y compris coûts de gestion afférents à celles-ci), d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale,
- ... et augmentée de certaines dépenses relatives au handicap et à la dépendance : ces soins de longue durée additionnels correspondent à la composante AVQ (activités essentielles à la vie quotidienne) de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), aux dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes, à l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et à la prestation de compensation du handicap (PCH).

Depuis quelques années, le concept de DCSi prime sur celui de dépense totale de santé (DTS) pour établir des comparaisons internationales : c'est le concept de DCSi qui est employé par l'OCDE dans ses comparaisons des dépenses de santé entre pays membres. La DTS correspond à la DCSi augmentée des dépenses d'investissement en

1. C'est-à-dire exclusion faite des dépenses d'hébergement des personnes âgées hébergées en établissements, comme précisé en annexe 5.

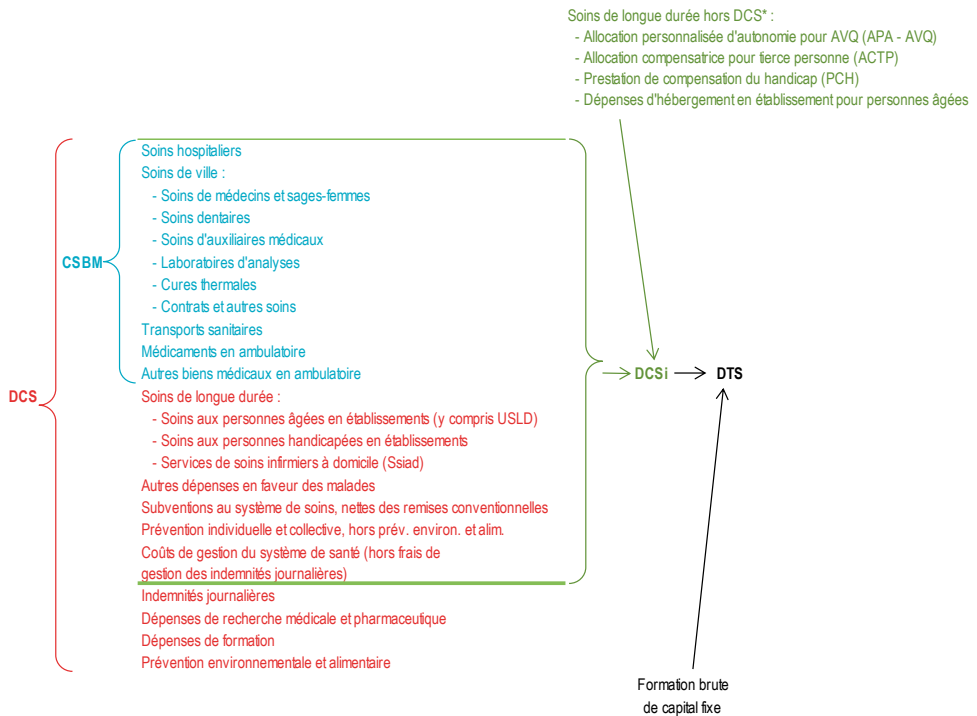
capital au titre du système de soins (formation brute de capital fixe - FBCF). Or, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas la FBCF dans leur DTS, ce qui limite la comparabilité de cet agrégat.

La DCSi s'élève à 259,6 milliards d'euros en 2017 pour la France : la totalité de la CSBM et environ les deux tiers de la DCS, auxquels s'ajoutent 16,6 milliards au titre des soins de longue durée additionnels.

En ce qui concerne le financement de la DCSi, l'OCDE distingue les assurances obligatoires (qu'elles soient publiques ou privées) des assurances facultatives. En France, la généralisation des assurances santé complémentaires privées à la suite de l'accord national interprofessionnel de 2013 amène à les considérer comme obligatoires et à comptabiliser comme tel depuis le 1^{er} janvier 2016 une partie du financement précédemment considéré comme facultatif. Cela se traduit en particulier par un transfert de 16,3 milliards d'euros en 2017 des assurances santé facultatives vers les assurances santé obligatoires.

Dans les comptes nationaux de la santé, la distinction retenue pour ventiler le financement est autre : il s'agit du secteur institutionnel concerné (puissance publique, organismes complémentaires, ménages). Les deux approches sont complémentaires et équivalentes en termes de montants.

Schéma 1 Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international



* Les recoupements des notions de soins et de services sociaux de longue durée avec la DCS et la DCSi sont détaillés dans l'annexe 5 de cet ouvrage.

Note > Les coûts de gestion pour les indemnités journalières sont évalués conventionnellement à minima, au prorata de la dépense d'indemnités journalières. Faute de données plus précises, on applique au total des coûts de gestion du système de soins la part de la dépense d'indemnités journalières dans la DCS.

Annexe 2

La méthodologie des comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Si l'existence d'un prix de marché facilite la mesure de la consommation, un prix qui n'est pas économiquement interprétable implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. Dans ce cas, la comptabilité nationale retient les coûts de production afin d'évaluer les services fournis gratuitement ou à des prix dits « non marchands ». La méthodologie est donc différente selon le type de soins considérés.

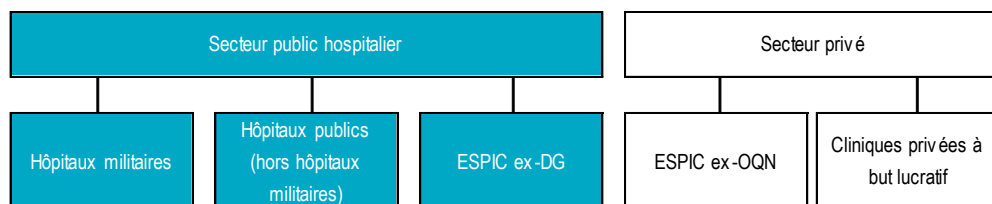
Les soins hospitaliers

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 la CSBM l'ensemble des soins délivrés par le budget principal des hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en USLD, en Ehpa[d], etc.) sont intégrés dans la dépense courante de santé (DCS), et non dans la CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est égale à la production qui n'est ni vendue ni réutilisée. La production totale du secteur est obtenue en regroupant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommations de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). De cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple, mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales, etc.), et la production pour emploi final propre (production de certaines tâches en interne pour assurer le fonctionnement de l'établissement). Puisque le champ de la consommation de soins et de biens médicaux est restreint à l'activité sanitaire, la production non marchande non sanitaire, telle que la formation ou l'hébergement, est retirée du calcul, et diverses corrections sont opérées. La consommation de soins du secteur public comprend par construction le déficit des hôpitaux, retracé dans la part financée par la Sécurité sociale.

(1) Facteurs de production tirés des emplois

- Consommation intermédiaire
- Rémunération des salariés
- Impôts sur la production nets des subventions
- Consommation de capital fixe

(2) Production vendue ou réutilisée

- Ventes résiduelles
- Production pour emploi final propre
- Production non marchande de services non sanitaires et corrections

(1) - (2) = Soins de santé du secteur public

À la production des hôpitaux publics ainsi calculée s'ajoute la production de santé des hôpitaux militaires (évaluée, par manque d'autres données, au montant de leurs financements) afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier¹.

B. Les établissements de santé du secteur privé

Dans les comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour (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.

L'évaluation des soins de santé hospitaliers du secteur privé est faite comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale.

Les soins ambulatoires et les soins en clinique privée

Pour établir la consommation des soins ambulatoires et des soins en clinique privée, les comptes de la santé reposent principalement sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI², MSA, et douze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les versements de l'Assurance maladie aux professionnels de santé, aux distributeurs de biens médicaux et aux établissements de santé ainsi que les remboursements de soins effectués par la Sécurité sociale aux assurés. Elles renseignent également sur les transferts au profit des professionnels de santé (ROSP, rémunérations sur contrat, etc.) et les provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées pour l'année du compte provisoire.

Les statistiques complémentaires de la CNAM, du RSI et de la MSA sur les dépenses reconnues et les dépenses remboursables des assurés, permettent d'établir pour chaque poste un taux moyen de remboursement (TMR) grâce auquel la prestation de l'Assurance maladie tous régimes peut être convertie en dépense reconnue.

Les statistiques 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 statistiques disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue. Les ratios de dépenses supplémentaires pour chaque poste sont estimés à chaque changement de base à l'aide de données annexes (sources fiscales, par exemple) et réévalués périodiquement.

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

2. À partir de 2018, le RSI est supprimé et la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général de la Sécurité sociale.

Annexe 3

Les révisions de l'édition 2019 des comptes de la santé

Les différentes sources de révisions des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions sont apportées aux comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité du champ et la précision. On distingue les révisions méthodologiques de celles liées aux données.

1) Les révisions liées aux données

Les comptes de la santé sont construits sur des données qui peuvent être révisées par leurs producteurs du fait de leur caractère provisoire, jusqu'à être considérées comme définitives :

- Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) sont utilisés dans les comptes de la santé pour élaborer les dépenses de santé financées par les régimes de base. Ces tableaux comptables suivent une logique de droits constatés et exigent donc de rattacher les dépenses de soins effectuées l'année n à l'exercice comptable de l'année n . Or une fraction de ces soins n'est connue qu'avec retard, en année $n+1$. Lors de la clôture des comptes de l'année n , les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations disponibles. Ensuite, au cours de l'année $n+1$, les dépenses réelles relatives à l'année n sont comptabilisées. De ce fait, chaque année, la dernière année des TCDC (2018 dans la présente édition) intègre donc *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente (2017 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 d'une année sur l'autre : dans cette édition des comptes de la santé (édition 2019), les données 2017 et 2018 doivent être considérées comme provisoires. Avant 2017, les données sont définitives sauf changement de base de l'Insee.
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2019 des comptes de la santé, les données 2018 sont provisoires, celles de 2017 et antérieures sont définitives.
- Les comptes de la santé s'appuient également sur des données statistiques complémentaires des régimes (voir annexe 2 sur la méthodologie des comptes de la santé) : liées à la dynamique de remontées des feuilles de soins, ces données statistiques peuvent être révisées jusqu'à deux ans après la date des soins qu'elles concernent.
- D'autres données extra-comptables sont également susceptibles d'être révisées d'une année sur l'autre.

2) Les révisions méthodologiques

En sus de la mise à jour des données, différentes révisions méthodologiques liées au traitement de ces données peuvent être réalisées afin d'améliorer la qualité des résultats des comptes à champ donné.

Par exemple, dans l'édition 2016 de cet ouvrage, les taux moyens de remboursement utilisés dans les comptes de la santé pour passer de la dépense remboursée à la dépense remboursable ont été affinés pour s'adapter à une nomenclature comptable devenue plus précise. Dans l'édition 2017, les comptes de la santé ont été rétopolés de façon à être calculés à méthodologie constante depuis 1950. L'édition 2018 a coïncidé avec un changement de base des comptes nationaux, pilotés par l'Insee¹, et a été l'occasion de plusieurs améliorations méthodologiques de fond liées notamment à l'estimation de la consommation de médicaments non remboursables, au traitement des dépenses liées aux affections de longue durée (ALD) n° 31 et n° 32, et à l'estimation des dépenses de recherche au sein des universités et hôpitaux universitaires. Pour l'édition 2019, de nouvelles données plus fines sur la prévention ont été intégrées et différentes améliorations méthodologiques plus mineures ont été apportées.

1. « Changer de base » consiste à remettre en chantier les concepts, nomenclatures et méthodes qui fondent la comptabilité nationale, afin qu'elle continue de refléter au mieux la réalité économique.

Les révisions de la consommation de soins et de biens médicaux

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est très légèrement révisée dans l'édition 2019 des comptes de la santé. Entre 2009 et 2015, le champ des prestations retenues dans les tableaux comptables a été élargi, se traduisant par une révision de la CSBM comprise entre +10 millions d'euros et +30 millions d'euros selon l'année (soit moins de 0,02 % de l'agrégat).

Par ailleurs, l'actualisation des données sources – tableaux comptables des régimes et compte de l'hôpital public réalisé par l'Insee – entraîne une révision de la CSBM modérée en 2016 (+320 millions d'euros) liée à l'actualisation des données concernant l'hôpital public (*tableau 1*). En 2017, la révision est plus marquée (+1,1 milliard d'euros), dont +900 millions d'euros proviennent des données concernant l'hôpital public et +220 millions d'euros des tableaux comptables des régimes. Ces révisions représentent 0,2 % de la CSBM en 2016 et 0,6 % en 2017.

Les révisions des montants pris en charge par chacun des financeurs de la CSBM

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 pour les autres financeurs ont également été mis à jour pour les années récentes : en particulier, des révisions ont été apportées concernant l'estimation des montants pris en charge par les organismes de base en charge de la CMU-C et du régime de la Camieg en 2016 et 2017. Les révisions concernant les organismes complémentaires sont nulles ou limitées en 2016 et 2017.

La plus grande partie de la révision de la CSBM se répercute sur les dépenses de la Sécurité sociale (*tableau 1*). 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 2016 et 2017 (+40 et +210 millions d'euros).

Tableau 1 Révisions des dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics entre l'édition 2019 et l'édition 2018

	En millions d'euros et en %			
	En millions d'euros		En %	
	2016	2017	2016	2017
Révision de la CSBM	320	1110	0,2%	0,6%
Révision des dépenses de santé prises en charge par la Sécurité sociale	320	1060	0,2%	0,7%
Révision des dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires	0	0	0,0%	0,0%
Révision des dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics	-50	-160	-0,2%	-0,6%
Révision des dépenses de santé prises en charge par les ménages	40	210	0,3%	1,4%

Lecture > Dans l'édition 2019 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 320 millions d'euros pour l'année 2016 (soit une révision de +0,2 % par rapport au montant de l'édition 2018). Les dépenses de santé prises en charge par les financeurs publics ont été révisées à la baisse de 50 millions d'euros (soit une révision de -0,2 % par rapport au montant de l'édition 2018).

Source > DREES, comptes de la santé (édition 2018) et comptes de la santé (édition 2019).

Les révisions de la dépense courante de santé

La dépense courante de santé (DCS) a été révisée de 2001 à 2010 d'un montant qui varie entre -3 et +33 millions d'euros. À partir de 2011, les révisions sont plus marquées, sauf en 2013 (*tableau 2*). En 2016, la DCS est révisée à la hausse de 350 millions d'euros (soit une révision de 0,1 %), et de 1,2 milliard d'euros en 2017 (soit 0,4 %). Ces révisions découlent de diverses améliorations méthodologiques, notamment :

- Les séries de dépenses de prévention institutionnelle (individuelle et collective) ont été mises à jour grâce à l'utilisation de données fines des collectivités locales. Les révisions sont comprises entre -20 et +30 millions d'euros de 2001 à 2013, et elles sont plus importantes ensuite : -70 millions d'euros en 2014, +110 millions d'euros en 2015, +50 millions d'euros en 2016 et 2017. Au sein des dépenses de prévention, les révisions les plus importantes concernent les dépenses de prévention primaire (révisions à la hausse) et secondaire (révisions à la baisse). Ces révisions représentent 0,8 % des dépenses de prévention institutionnelle en 2017.
- La série des remises conventionnelles a été actualisée des dernières remontées d'informations conformément aux données publiées dans le rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2019.
- Les coûts de gestion des mutuelles ont été mis à jour sur la base de données définitives : -110 millions d'euros en 2011, -50 millions d'euros en 2012 et +30 millions d'euros en 2016.

Tableau 2 Révisions de la dépense courante de santé*En millions d'euros*

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Révision de la DCS (en %)	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,4%
Révision de la DCS	0	30	-110	-60	10	-90	120	350	1170
dont:									
Révision de la CSBM	20	20	20	30	30	20	10	320	1110
Révision des dépenses de prévention	-20	0	-20	-20	-20	-70	110	50	50
Révision des remises conventionnelles	0	0	0	-20	0	-30	-10	-60	-60
Révision des coûts de gestion	0	0	-110	-50	0	0	0	30	0

Lecture > Dans l'édition 2019 de cet ouvrage, la DCS a été révisée à la hausse de 1170 millions d'euros pour l'année 2017 (soit une révision de +0,4 %), dont 1110 millions d'euros pour la CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé (édition 2018) et comptes de la santé (édition 2019).

Annexe 4

Les indices de prix et de volume des comptes de la santé

Les comptes de la santé fournissent une estimation détaillée de la valeur des soins et biens consommés en France. Celle-ci intègre donc deux aspects : les volumes échangés d'une part, et le prix unitaire de chaque bien ou service consommé d'autre part. Pour analyser et comprendre l'évolution de la dépense de santé en euros courants, il est indispensable de les distinguer, c'est-à-dire d'effectuer le partage entre l'évolution des volumes et l'évolution des prix.

Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agrèger des opérations élémentaires qui portent sur des objets hétérogènes. Si l'on considère une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. C'est ce que l'on résume par l'équation : $Valeur^i = Volume^i \times Prix^i$, où i est un produit homogène donné.

Ainsi, d'une part, la différence en valeur enregistrée au cours du temps des montants des transactions d'un bien déterminé résulte d'une variation des volumes, et d'une variation des prix d'autre part.

Ce raisonnement micro-économique ne peut s'appliquer sans précaution au niveau macro-économique. Dans ce dernier cas, il faut en effet définir au préalable les modalités d'agrégation de produits non homogènes, l'agrégation par les quantités physiques ne pouvant être retenue. Quel sens aurait en effet la somme d'un nombre de boîtes de médicaments et d'un nombre de séances de dialyse ? Ceci conduit à retenir un concept synthétique, le volume « aux prix de l'année précédente » (noté $Volume_{p\grave{a}p}$) qui n'est autre que l'agrégation des valeurs des produits aux prix de l'année précédente. L'indice de prix sert ainsi non seulement à suivre l'inflation (évolution des prix à qualité constante), mais permet également de mesurer l'évolution de la qualité des produits, qui rend compte de l'agrégation de soins et de biens médicaux de nature différente. L'équation suivante résume cette agrégation :

$$Valeur = Volume_{p\grave{a}p} \times \frac{\text{Prix de l'année observée}}{\text{Prix de l'année précédente}}$$

La construction des indices

Notations

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, v un volume et V une valeur.

L'indexation 0 est relative à l'année de référence considérée (en pratique, il s'agit de l'année $n-1$). L'absence d'indexation renvoie à l'année n .

Valeurs

L'indice de la valeur globale dépend des prix et des quantités des années n et $n-1$:

$$\frac{V}{V_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}$$

Volumes

L'indice de volume est un indice de Laspeyres :

$$\frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} = \sum_i \left(\frac{q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} \right) \cdot \left(\frac{q^i}{q_0^i} \right)$$

Une évolution de la valeur due à la variation des quantités ou à la déformation de la structure de consommation est retracée dans l'indice de volume. À prix inchangés, si la structure de la consommation se déforme d'une année sur l'autre au profit des produits plus chers (respectivement moins chers), l'indice de volume croît (respectivement décroît). Cet effet est appelé « effet qualité » puisqu'il permet d'estimer à travers les volumes la qualité des soins et des biens

médicaux consommés. La notion de volume au niveau agrégé est plus riche que la notion de quantité mise en avant au niveau micro-économique car elle combine une dimension qualité et une dimension quantité.

Prix

L'indice des prix (indice de Paasche) s'en déduit :

$$\frac{P}{P_0} = \frac{V}{V_0} / \frac{v}{v_0} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i} * \frac{\sum_i q_0^i \cdot p_0^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i} = \frac{\sum_i q^i \cdot p^i}{\sum_i q^i \cdot p_0^i}$$

Une évolution de la valeur liée à la variation du prix de tout type de soin et bien médical est retracée dans l'indice de prix.

Depuis le dernier changement de base de l'Insee, tous les indices (prix, volume) sont en base 100 en 2014.

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 marchands¹. Les prix ne sont pas directement observables. L'indice de prix est donc obtenu par une mesure directe du volume de service fournie par les établissements de santé publics (méthode output à partir des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements [SAE] réalisée par la DREES, ainsi que des données d'activité du court séjour fournies par l'ATIH).

Le prix des soins en clinique privée

À la différence du secteur public, pour les cliniques privées la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les séjours en cliniques privées résulte de la composition d'indices élémentaires fournis par la CNAM et la DGOS sur la part tarifaire (tarifs infra-annuels réglementaires des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR), la liste en sus et la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses)².

Le prix des soins de médecins et de sages-femmes

L'indice des prix à la consommation (IPC) produit par l'Insee mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins et de sages-femmes, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Par conséquent, il n'intègre pas les rémunérations forfaitaires qui ne sont pas facturées aux ménages, mais prises en charge par l'Assurance maladie. Ces rémunérations forfaitaires sont dès lors intégralement incluses dans l'indice de volume.

L'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins, y compris les honoraires perçus en cliniques privées. Il est toutefois appliqué au champ plus restreint des soins de médecins et de sages-femmes au sens des comptes de la santé (i.e. hors honoraires en cliniques privées). Depuis 2017, l'Insee produit deux indices spécifiques pour chaque catégorie de médecins (généralistes et spécialistes). Toutefois, cette distinction n'est pour l'instant pas utilisée dans les comptes de la santé, faute de recul suffisant.

Le prix des soins sur lettres clés (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, analyses de laboratoires, 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 analyses de laboratoires, la lettre B vaut 0,27 euro en France métropolitaine, la lettre TB vaut 2,52 euros tout comme la lettre PB, tandis qu'un prélèvement sanguin par un technicien de laboratoire est coté 1,5 TB. Le coût du prélèvement est donc 3,78 euros (1,5 x 2,52 euros).

Pour ces postes, l'indice des prix à la consommation (IPC) produit par l'Insee suit les évolutions des lettres clés définies par l'Assurance maladie. Conceptuellement, la construction de l'IPC suppose que les services consommés par le patient

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.

sont *in fine* les services associés aux lettres clés, et non les actes eux-mêmes. Ainsi, une modification du nombre de lettres clés pour un acte (prélèvement sanguin par exemple) est interprétée comme une modification de la qualité de l'acte (fiabilité, temps passé, etc.), et non comme une modification de son prix. Ce principe de définition de l'indice de prix explique que les négociations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé aboutissant à des changements de cotation n'influencent pas l'indice de prix, et sont donc enregistrés dans les comptes de la santé comme des effets sur les volumes.

Le prix des « contrats et autres soins »

Par convention, le prix des rémunérations forfaitaires des professionnels de santé comprises dans le poste « contrats et autres soins » (ROSP notamment) est fixe. La comptabilisation de la ROSP en tant qu'effet volume se justifie par le fait qu'il s'agit de la contrepartie d'actions en faveur de la qualité et de la pertinence des soins qui passe notamment par une optimisation de la prescription (en particulier des médicaments génériques), par un meilleur suivi des maladies chroniques et par des actions à visée préventive. Les évolutions de ces transferts sont donc intégralement comptabilisées dans l'indice de volume.

En revanche, le prix des honoraires des autres professionnels de santé inclus dans ce poste suit celui des soins de médecins et de sages-femmes.

Le prix des médicaments

Les indices de prix des médicaments (spécialités remboursables et spécialités non remboursables) sont ceux calculés par l'Insee. Les prix retenus sont les prix de vente TTC en officines, avant prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'IPC cherchant à mesurer l'évolution des prix, un nouveau médicament n'est intégré effectivement à l'indice que l'année suivant son introduction *via* sa dynamique de prix et non directement son niveau.

Dans le cas des médicaments, un médicament est considéré comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, un médicament n'est pas considéré comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Ainsi, la baisse des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à l'effet des génériques et des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à qualité constante. Les médicaments innovants n'intégrant l'échantillon suivi que l'année après leur mise sur le marché, l'indice ne retrace pas le fait qu'ils sont généralement plus coûteux que les médicaments déjà existants.

Le déremboursement d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Mais si le prix du médicament change à l'occasion de son déremboursement, cela aura toutefois un impact sur les deux indices de prix calculés par l'Insee : l'indice de prix des médicaments remboursables et l'indice de prix des médicaments non remboursables.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans : Aunay T. (2012, juillet). Les prix des médicaments de 2000 à 2010. Insee, *Insee Première*, 1408.

Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « matériels, aliments et pansements » est également calculé à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'Insee. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour personnes diabétiques, etc.), celui du matériel médico-chirurgical, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers, etc.

Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense ; ces poids résultent de la décomposition effectuée par la CNAM¹ à un niveau fin sur les remboursements de petits matériels et pansements.

De même, le prix des « orthèses, prothèses externes et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des véhicules pour handicapés physiques (VHP), etc. Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices (à qualité constante).

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

Annexe 5

Les soins et services sociaux de longue durée au sens international

Les soins et services sociaux de longue durée (*Long-Term Care*) sont définis dans le système européen des comptes de la santé SHA (*System of Health Accounts*) comme les « soins et services prodigués aux patients qui ont besoin d'une assistance constante car ils souffrent de déficiences chroniques et subissent une perte de leur autonomie et de leur capacité d'accomplir certains actes de la vie quotidienne ». Cette définition s'applique aux personnes âgées en perte d'autonomie mais aussi aux personnes en situation de handicap.

Les soins et services de longue durée regroupent à la fois les soins de longue durée qui relèvent de la santé dans un sens plus extensif que dans les comptes français de la santé (*Long-Term Health Care*, HC3) [encadré 1], mais aussi les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (*Long-Term Social Care*, HCR1). Ces derniers sont cependant exclus par convention de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) et sont donc comptabilisés à part ; ils sont également exclus de la dépense courante de santé (DCS) calculée dans les comptes français de la santé.

Encadré 1 Changement méthodologique de l'OCDE pour comptabiliser les soins de longue durée

À la demande de l'OCDE et depuis juin 2018, les dépenses de soins de longue durée en établissement au sens international (*Long-term Health Care*, HC.3) incluent désormais les dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées, en sus des dépenses habituellement comptabilisées [allocation personnalisée d'autonomie (APA), allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), prestation de compensation du handicap (PCH), aides sociales pour personnes âgées et handicapées] et qui sont exclues de la définition française. En effet, dans la définition qui prévaut dans les comptes de la santé, les soins de longue durée revêtent une dimension sanitaire stricte et correspondent uniquement aux soins de santé en unités de longue durée (USLD), en établissements pour personnes âgées dépendantes ou non, en établissements pour personnes handicapées et les forfaits de soins en services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) [voir fiches 31 et 32].

Par ailleurs, des écarts de pratique existent entre pays de l'OCDE, portant sur la comptabilisation des dépenses privées de soins de longue durée.

Le poste *Long-Term Health Care* (HC3) représente 76,0 % du total des dépenses de soins et services sociaux de longue durée (tableau 1).

La première composante du poste *Long-Term Health Care* (HC3) est constituée des **soins de longue durée en établissements** regroupant les soins :

- en unités de soins de longue durée (USLD) ;
- en établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non (Ehpad, Ehpa, y compris dépenses d'hébergement)
- en établissements pour personnes handicapées ;
- estimés au titre des aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) [encadré 2] dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissements.

La deuxième composante du poste *Long-Term Health Care* (HC3) est constituée des dépenses de **soins de longue durée à domicile** comprenant :

- les soins infirmiers et les soins de kinésithérapie (fondés sur les estimations du compte de la dépendance élaboré par la DREES [Darcillon, 2017]) ;
- les forfaits de soins en Ssiad (services de soins infirmiers à domicile) ;
- une estimation des AVQ de l'APA¹ à domicile ;
- les montants d'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et des prestations de compensation du handicap (PCH).

Par ailleurs, le poste *Long-Term Social Care* (HCR1) [24,0 % du total] couvre :

- les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) de l'APA ;
- l'aide sociale aux personnes âgées et aux personnes handicapées des départements et l'action sociale fournie par différents acteurs, dont les caisses de Sécurité sociale (aides ménagères notamment) et les collectivités territoriales, et des prestations de dépendance des organismes complémentaires.

1. La dépense d'APA est décomposée entre AVQ et AIVQ. Ces deux postes permettent de reconstituer la totalité de la dépense d'APA en la ventilant entre les fonctions HC3 et HCR1 de SHA.

Annexe 5 > Les soins et services sociaux de longue durée au sens international

La distinction entre les dépenses qui relèvent de la santé, comptabilisées en HC3, et celles qui relèvent de l'action sociale, comptabilisées en HCR1, est parfois ténue (encadré 2). De plus, le périmètre des soins de longue durée n'est pas toujours le même entre pays de l'OCDE. Ces éléments fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet.

Le poste de dépenses « soins de longue durée » dans les comptes de la santé (dans le champ de la DCS) est une fraction du poste HC3 : il représente 41,9 % de l'item « soins et services sociaux de longue durée » de la nomenclature internationale. Les soins et services hors champ des comptes français de la santé s'élèvent à 55,3 % du total des dépenses de soins et services sociaux de longue durée, dont près de la moitié du fait des dépenses d'hébergement de personnes âgées dépendantes en établissements. Enfin, les 2,8 % restants du total concerne des soins d'auxiliaires médicaux comptabilisés dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) dans la nomenclature française.

Tableau 1 Ventilation des dépenses de soins et services sociaux de longue durée en France selon les nomenclatures française et internationale, pour l'année 2017

En % du total au sens international (année 2017)

	Total = HC3 + HCR1	HC3 : dépenses de SLD incluses dans la DCSi		HCR1 : dépenses connexes (hors DCSi)
		Soins de longue durée en établissements	Soins de longue durée à domicile	Services sociaux de longue durée
Sur le champ de la CSBM				
(1) Soins d'auxiliaires médicaux	2,8		2,8	
Sur le champ de la DCS, hors CSBM				
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	3,1		3,1	
Soins pers. âgées en établissement (y compris USLD)	17,6	17,6		
Soins pers. handicapés en établissement	21,2	21,2		
(2) <i>Dépense totale de soins de longue durée au sens français</i>	41,9	38,8	3,1	
Hors champ des comptes de la santé				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AVQ*	3,4	1,5	1,9	
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AIVQ*	7,4			7,4
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH)	4,3		4,3	
Aide sociale aux personnes âgées	5,6			5,6
Aide sociale aux personnes handicapées	10,9			10,9
Dépenses d'hébergement en établissement pour personnes âgées dépendantes**	23,6	23,6		
(3) <i>Dépense totale hors champ des comptes de la santé</i>	55,3	25,0	6,2	24,0
(4) = Dépense totale de soins et services sociaux dans la (1)+(2)+(3) nomenclature internationale	100,0	63,9	12,1	24,0

* AVQ : activités essentielles de la vie quotidienne ; AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne.

: les soins de longue durée au sein des comptes de la santé.

: les postes en rose saumon correspondent aux aides versées aux ménages.

** Les soins issus de la CSBM ainsi que les dépenses d'hébergement en établissements pour personnes âgées dépendantes correspondent à une dépense tous financeurs. Les dépenses ventilées dans ce tableau ne comprennent pas les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

Source > DREES, réponse à SHA 2019 (à partir des comptes de la santé, édition 2018, des comptes provisoires de la protection sociale, novembre 2018 et d'estimations obtenues en suivant la même méthodologie des comptes de dépendance, édition 2016).

Encadré 2 Soins et services sociaux de longue durée : une distinction complexe

La distinction entre soins et services sociaux de longue durée est la suivante :

– les aides relatives à l'accomplissement des activités essentielles de la vie quotidienne (AVQ) sont classées en santé. Elles correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes ;

– les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont classées en services sociaux. Elles correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas), des tâches administratives (gestion du budget) ou des activités de loisirs.

Par ailleurs, au sein de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), le partage des soins entre soins curatifs et réhabilitatifs, d'une part, et soins de longue durée, d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. La porosité de la frontière fragilise les comparaisons internationales.

Annexe 6

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 : centres de préorientation pour adultes handicapés
CPS : comptes de la protection sociale
CRP : centres de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux

D

DCS : dépense courante de santé (au sens français)
DCSi : dépense courante de santé au sens international
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : dotation globale hospitalière
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMI : dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTS : dépense totale de santé (données internationales)

E

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

F

FAC : Fonds des actions conventionnelles (de la CNAM)
FAM : foyers d'accueil 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 : maisons 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

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
Sniram 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

UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement
et d'orientation sociale et socio-professionnelle

UFR : unité de formation et de recherche

Uncam : Union nationale des caisses d'Assurance
maladie

USLD : unité de soins de longue durée

V

VHP : véhicule pour handicapé physique

VSL : véhicule sanitaire léger

Annexe 7

Glossaire

Aide à la télétransmission : subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soin électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue en 2012 une composante de la rémunération sur 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.

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 : les contrats dits au « premier euro » sont des 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 1^{er} janvier 2018.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. La CMU-C est gérée soit par la caisse d'assurance maladie de l'assuré (organisme de base), soit par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance) habilitée 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 gérés 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 Sécurité sociale, le système d'information ne permettant pas de les distinguer des autres bénéficiaires.

Comptes de la santé : compte satellite de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la prévention et au traitement d'une perturbation de l'état de santé.

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

dépense courante de santé (DCS) [voir annexe 1 et fiche 1].

Consommation effective des ménages : inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc les biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, mais aussi les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individualisable des administrations publiques ou des ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Dépenses de consommation finale des ménages : comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques : recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le 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 (DCS), dépense courante de santé au sens international (DCSi) et dépense totale de santé (DTS) : (voir annexe 1).

Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique (FFIP) : créé par le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017, ce fonds a pour objectif de lisser dans le temps l'impact des variations de dépenses entraînées par l'arrivée d'innovation thérapeutiques. Le fonds prend en charge les dépenses relatives aux médicaments innovants *via* plusieurs dispositifs :

- la liste en sus pour les médicaments hospitaliers ;
- les autorisations temporaires d'utilisation (ATU) et les post-ATU pour les médicaments rendus disponibles avant qu'une autorisation de mise sur le marché ne leur ait été délivrée ;
- les médicaments rétrocedés, *i.e.* dispensés dans les pharmacies hospitalières pour une consommation en ville.

Dans les comptes de la santé, les dépenses du FFIP sont directement intégrées au poste qu'elles concernent (médicaments en ambulatoire, médicaments en clinique privée, médicaments à l'hôpital).

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP (voir ci-dessous) à compter de 2012.

Forfait hospitalier : le forfait hospitalier correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation dans le public comme dans le privé. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Son montant est fixé par arrêté ministériel. 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 1^{er} 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 1^{er} janvier 2018 aux différentes rémunérations forfaitaires qui étaient versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (majoration pour personnes âgées, forfait médecin traitant, rémunération médecin traitant). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP (voir ROSP ci-dessous).

Forfait structure : créé par la convention médicale d'août 2016, le forfait remplace à partir du 1^{er} 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 1^{er} 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'offices 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 1^{er} 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 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 certains 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.

Médecins traitants : le médecin traitant est 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.

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 récession.

NM – nouveaux membres : la moyenne NM regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004 et pour lesquels les données du système international des comptes de la santé sont disponibles, c'est-à-dire l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovaquie. Les NM-13 regroupent l'ensemble des 13 pays ayant adhéré à l'Union Européenne à partir de 2004.

Optam et Optam-co : depuis le 1^{er} janvier 2017, les deux options 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 une majoration de certains actes selon l'option.

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base.

Parcours de soins coordonné : le parcours de soins coordonné consiste pour un patient à consulter en priorité un médecin 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 : les parités de pouvoir d'achat (PPA) 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 converti en euros de sorte qu'un euro PPA en France soit égal à un euro courant.

Personnel soignant (hôpital) : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

Programme de retour à domicile organisé (PRADO) : permet d'accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi particulier.

Prévention institutionnelle : fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. Elle n'inclut pas la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Produit intérieur brut (PIB) : principal agrégat de la comptabilité nationale. Il est égal à la somme des emplois finaux, moins les importations. Il est aussi égal à la somme des rémunérations des salariés versées par les unités résidentes, des excédents bruts d'exploitation de ces unités et des impôts liés à la production et à l'importation versés, nets des subventions d'exploitation reçues.

Protection maladie universelle (PUMA) : dispositif ayant succédé à la Couverture maladie universelle (CMU) de base au 1^{er} janvier 2016. Avec la PUMA, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. Par rapport à l'ancienne CMU de base, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence en France.

Remises pharmaceutiques : des remises sont versées par les laboratoires pharmaceutiques aux caisses de Sécurité sociale. Ces remises, conventionnelles, sont définies par des clauses particulières dans les conventions signées entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé [CEPS] (accords prix/volume par exemple). D'autres types de remises conventionnelles existent (qui peuvent aussi concerner les dispositifs médicaux) et, depuis 2014, des remises spécifiques pour les traitements de l'hépatite C ont également été instaurées, en lien avec la diffusion des nouveaux traitements. Les montants des remises pharmaceutiques, qui viennent réduire la dépense de santé, sont retracés dans les subventions au système de soins.

Reste à charge des ménages : part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA) : selon l'Insee, le **revenu disponible brut (RDB)** est le revenu dont disposent les ménages pour consommer ou investir, après opérations de redistribution. Il comprend l'ensemble des revenus d'activité (rémunérations salariales y compris cotisations légalement à la charge des employeurs, revenu mixte des non-salariés), des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus d'assurance-vie, etc.) et des revenus fonciers (y compris les revenus locatifs imputés aux ménages propriétaires du logement qu'ils occupent). On y ajoute principalement les prestations sociales en espèces reçues par les ménages et on en retranche les cotisations sociales et les impôts versés. Le **revenu disponible brut ajusté (RDBA)**, est égal au RDB augmenté des transferts sociaux en nature, contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), en particulier les dépenses de santé.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en 2012. Cette rémunération est versée en avril $n+1$ sur l'activité de l'année n , selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portaient jusqu'en 2016 sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portaient notamment sur la délivrance de médicaments génériques. La ROSP a été rénovée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre 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 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 1^{er} mai 2016 l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (dits « PSPH ») et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral, également à but non lucratif (dits « ex-PJP »), ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour la dotation globale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à but non lucratif à prix de journée préfectoral ayant opté au 1^{er} janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Statistic on Income and Living Conditions (SILC) ou, en France, Statistique sur les Revenus et Conditions de Vie (SRCV) : enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Système national des données de santé (SNDS) : cette base de données médico-administratives en cours de construction 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 1^{er} 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

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante
de santé et son financement

Comparaisons
internationales

Annexes

Tableaux détaillés

Tableaux détaillés 1

Les dépenses de santé depuis 2001

Tableau 1 CSBM en valeur (euros courants)

En millions d'euros

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Soins hospitaliers	55 767	58 739	62 177	65 392	67 916	70 549	72 947	75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 320	93 770	94 502
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	72 373	72 959
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	21 543
2-Soins ambulatoires	65 469	70 004	74 686	78 367	80 768	83 311	86 934	89 535	91 534	93 172	95 606	97 229	98 552	101 147	102 516	104 758	106 688	108 964
• Soins de ville	30 638	33 081	35 295	36 771	37 903	39 297	41 079	42 262	43 419	44 175	45 749	47 081	48 314	49 404	50 538	52 132	53 465	55 016
Soins de médecins et de sages-femmes	13 967	14 946	15 780	16 182	16 586	17 105	17 802	18 093	18 401	18 225	18 913	19 021	19 298	19 715	20 078	20 568	21 128	21 135*
- Médecins généralistes	6 772	7 217	7 759	7 611	7 846	7 990	8 341	8 407	8 447	8 181	8 564	8 495	8 542	8 662	8 713	8 813	8 952	8 436*
- Médecins spécialistes	7 095	7 623	7 907	8 461	8 621	8 988	9 335	9 549	9 807	9 884	10 178	10 338	10 537	10 810	11 096	11 459	11 858	12 355*
- Sages-femmes	100	106	114	111	119	128	127	136	148	160	172	189	219	243	269	296	319	344
Soins d'auxiliaires médicaux	6 245	6 851	7 393	7 917	8 280	8 708	9 376	9 950	10 513	11 036	11 521	12 322	13 105	13 768	14 351	14 974	15 501	16 071
- Infirmiers	2 836	3 110	3 431	3 687	3 880	4 102	4 444	4 786	5 224	5 577	5 893	6 357	6 787	7 161	7 534	7 865	8 168	8 494
- Masseurs-kinésithérapeutes	2 875	3 130	3 292	3 522	3 662	3 837	4 128	4 308	4 394	4 514	4 634	4 913	5 191	5 429	5 596	5 833	6 011	6 175
- Autres	535	611	670	708	738	769	804	856	894	945	993	1 051	1 126	1 179	1 220	1 276	1 322	1 403
Soins de dentistes	7 268	7 763	8 324	8 622	8 771	9 059	9 320	9 506	9 660	9 992	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 079	11 276	11 435
Laboratoires d'analyses	2 843	3 181	3 477	3 705	3 820	3 902	4 035	4 132	4 218	4 280	4 393	4 334	4 340	4 315	4 314	4 413	4 466	4 410
Cures thermales (forfait soins)	303	308	313	311	310	308	322	320	320	328	332	353	364	387	392	408	416	412
Contrats et autres soins (y compris ROSP médecins)	11	12	9	34	138	214	224	262	306	313	310	570	612	634	646	690	677	1 554*
• 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	5 117
• Médicaments en ambulatoire	26 202	27 550	29 301	30 645	31 213	31 542	32 393	33 063	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 661	32 761	32 689
Achats de médicaments	26 202	27 550	29 301	30 645	31 213	31 542	32 391	33 023	33 310	33 355	33 477	32 904	32 167	32 981	30 387	29 768	29 869	29 906
Rémunérations forfaitaires et contrats des pharmaciens							2	41	39	40	40	123	225	227	2 358	2 893	2 892	2 782
• 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	16 142
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
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	1 021	1 115	1 224	1 352	1 519	1 646	1 772	1 898	1 982	2 087	2 232	2 306	2 421	2 590	2 747	2 897	3 049	3 222
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	6 528
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	121 236	128 743	136 864	143 759	148 684	153 860	159 881	164 926	169 890	173 488	178 066	181 796	185 241	190 206	192 946	197 078	200 458	203 466

* Les montants des dépenses de soins de médecins généralistes, de soins de médecins spécialistes et de contrats et autres soins ne sont pas directement comparables entre 2017 et 2018 compte tenu des différentes évolutions affectant en 2018 les dépenses versées au titre des rémunérations forfaitaires des médecins. Les fiches 3 et 4 fournissent une analyse à champ comparable.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Indices de valeur de la CSBM

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Soins hospitaliers	105,3	105,9	105,2	103,9	103,9	103,4	103,3	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,7	101,5	102,1	101,6	100,8
Hôpitaux du secteur public	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,8	102,7	101,7	102,0	101,7	100,8
Hôpitaux du secteur privé	106,7	105,8	106,7	105,4	105,2	103,3	104,5	104,0	102,6	103,0	102,3	101,5	102,8	100,9	102,4	101,2	100,7
2-Soins ambulatoires	106,9	106,7	104,9	103,1	103,1	104,3	103,0	102,2	101,8	102,6	101,7	101,4	102,6	101,4	102,2	101,8	102,1
• Soins de ville	108,0	106,7	104,2	103,1	103,7	104,5	102,9	102,7	101,7	103,6	102,9	102,6	102,3	102,3	103,2	102,6	102,9
Soins de médecins et de sages-femmes	107,0	105,6	102,6	102,5	103,1	104,1	101,6	101,7	99,0	103,8	100,6	101,5	102,2	101,8	102,4	102,7	100,0*
- Médecins généralistes	106,6	107,5	98,1	103,1	101,8	104,4	100,8	100,5	96,8	104,7	99,2	100,6	101,4	100,6	101,2	101,6	94,2*
- Médecins spécialistes	107,4	103,7	107,0	101,9	104,3	103,9	102,3	102,7	100,8	103,0	101,6	101,9	102,6	102,6	103,3	103,5	104,2*
- Sages-femmes	106,0	107,5	97,4	107,2	107,7	99,2	107,7	108,4	108,2	107,4	109,8	115,8	111,1	110,9	109,7	108,0	107,7
Soins d'auxiliaires médicaux	109,7	107,9	107,1	104,6	105,2	107,7	106,1	105,7	105,0	104,4	107,0	106,4	105,1	104,2	104,3	103,5	103,7
- Infirmiers	109,7	110,3	107,5	105,2	105,7	108,3	107,7	109,2	106,8	105,7	107,9	106,8	105,5	105,2	104,4	103,9	104,0
- Masseurs-kinésithérapeutes	108,9	105,2	107,0	104,0	104,8	107,6	104,4	102,0	102,7	102,7	106,0	105,7	104,6	103,1	104,2	103,0	102,7
- Autres	114,4	109,6	105,7	104,2	104,2	104,6	106,4	104,5	105,6	105,2	105,8	107,1	104,7	103,5	104,6	103,6	106,1
Soins de dentistes	107,1	107,0	103,6	101,7	103,3	102,9	102,0	101,6	103,4	102,9	101,9	101,1	99,9	101,6	103,0	101,8	101,4
Laboratoires d'analyses	111,9	109,3	106,5	103,1	102,2	103,4	102,4	102,1	101,5	102,6	98,7	100,1	99,4	100,0	102,3	101,2	98,7
Cures thermales (forfait soins)	101,7	101,5	99,5	99,4	99,7	104,3	99,4	100,1	102,5	101,1	106,3	103,3	106,4	101,1	104,2	101,9	99,3
Contrats et autres soins (y compris ROSP médecins)	105,7	77,9	365,1	406,8	155,3	104,7	117,0	116,8	102,4	99,1	183,7	107,3	103,6	101,8	106,9	98,0	229,5*
• Transports sanitaires	108,9	107,6	108,8	106,6	108,7	104,3	104,8	106,0	104,9	102,8	105,8	105,3	102,9	104,3	104,4	103,8	102,6
• Médicaments en ambulatoire	105,1	106,4	104,6	101,9	101,1	102,7	102,1	100,9	100,1	100,4	98,5	98,1	102,5	98,6	99,7	100,3	99,8
Achats de médicaments	105,1	106,4	104,6	101,9	101,1	102,7	101,9	100,9	100,1	100,4	98,3	97,8	102,5	92,1	98,0	100,3	100,1
Rémunérations forfaitaires et contrats des pharmaciens						n.d.	2 210,1	96,6	100,4	100,5	310,1	182,0	101,0	1 039,9	122,7	100,0	96,2
• Autres biens médicaux	108,5	107,7	108,4	106,3	106,5	109,1	105,8	103,3	105,9	105,3	104,5	103,9	104,2	103,6	103,6	102,1	104,3
Optique	104,4	104,3	105,3	103,3	104,8	108,6	103,0	104,6	105,4	104,6	103,9	101,0	101,0	101,2	100,2	99,3	104,6
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	109,2	109,8	110,4	112,4	108,4	107,6	107,1	104,4	105,3	107,0	103,3	105,0	107,0	106,1	105,5	105,3	105,7
Matériels, aliments et pansements	115,9	112,3	112,4	107,8	108,0	110,7	108,9	101,1	106,8	105,6	105,8	107,1	106,5	105,1	106,4	103,4	103,4
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	106,2	106,3	105,0	103,4	103,5	103,9	103,2	103,0	102,1	102,6	102,1	101,9	102,7	101,4	102,1	101,7	101,5

* Les évolutions entre 2017 et 2018 des dépenses de soins de médecins généralistes, de soins de médecins spécialistes et de contrats et autres soins ne sont pas directement comparables compte tenu des différentes évolutions affectant en 2018 les dépenses versées au titre des rémunérations forfaitaires des médecins. Les fiches 3 et 4 fournissent une analyse à champ comparable.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Indices de prix de la CSBM

Indices de prix : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Soins hospitaliers	103,7	104,5	103,3	101,4	101,6	102,0	100,5	100,8	99,8	99,8	100,0	100,6	100,4	99,5	99,8	100,7	100,0
Hôpitaux du secteur public	103,6	104,7	103,2	101,1	101,8	102,1	100,4	100,9	99,5	99,8	100,0	100,8	100,6	99,7	100,2	101,3	100,3
Hôpitaux du secteur privé	104,2	103,7	103,8	102,5	101,0	101,5	100,9	100,5	100,7	100,1	99,9	99,8	99,7	98,8	98,6	98,9	99,0
2-Soins ambulatoires	101,0	101,6	100,1	100,4	99,8	100,0	100,1	99,7	99,5	99,9	99,5	99,0	99,0	98,9	98,8	99,7	99,6
• Soins de ville	102,7	103,4	100,8	101,4	102,2	101,8	101,5	100,8	100,5	101,1	100,9	100,8	100,3	100,4	100,2	101,2	100,8
Soins de médecins et de sages-femmes	106,2	105,4	101,1	102,7	104,3	103,0	101,5	100,2	100,3	102,1	100,5	100,1	100,2	100,5	100,3	102,5	102,0
Soins d'auxiliaires médicaux	104,5	103,2	101,3	100,0	100,0	100,8	101,7	101,8	100,4	100,0	101,8	102,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Soins de dentistes	95,4	100,9	100,3	101,0	101,8	101,3	101,8	101,2	101,2	101,1	100,9	100,8	101,1	100,9	100,7	100,5	100,7
Laboratoires d'analyses	102,1	101,5	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	99,1	100,9	99,4
Cures thermales (forfait soins)	103,0	102,5	101,5	102,0	102,7	106,4	103,2	102,7	102,1	102,7	102,7	101,8	101,8	101,2	102,8	101,2	99,5
Contrats et autres soins (y compris ROSP)	106,2	103,9	100,4	100,2	100,2	100,3	100,2	100,0	100,1	100,1	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Transports sanitaires	102,1	101,9	100,5	101,9	103,3	101,5	101,5	103,2	100,8	100,7	101,5	101,9	101,4	101,3	100,1	100,2	100,7
• Médicaments en ambulatoire	98,8	99,6	98,8	98,8	96,3	97,5	97,7	97,4	97,8	98,0	96,9	95,6	96,3	96,0	96,3	97,4	96,9
• Autres biens médicaux	101,1	101,7	101,4	101,0	100,6	100,5	101,5	101,2	100,3	100,5	100,5	100,4	100,3	99,8	99,3	99,9	100,4
Optique	101,4	102,5	102,2	101,7	100,2	100,7	101,6	101,1	100,2	100,0	100,8	100,5	100,7	99,7	99,5	100,0	100,9
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	100,4	100,4	100,7	100,4	100,2	100,1	100,4	100,1	100,9	100,2	99,5	100,1	100,0	99,8	99,8	99,8	100,1
Matériels, aliments et pansements	100,8	101,1	100,8	100,5	101,2	100,3	102,0	102,0	100,1	101,2	100,7	100,3	100,0	100,0	98,9	99,9	100,2
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	102,2	102,9	101,5	100,8	100,6	100,9	100,3	100,2	99,6	99,9	99,7	99,7	99,7	99,2	99,3	100,2	99,8

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Indices de volume de la CSBM

Indices de volume : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Soins hospitaliers	101,5	101,3	101,8	102,4	102,2	101,4	102,8	103,1	102,7	102,8	102,6	101,9	102,3	102,1	102,3	100,9	100,8
Hôpitaux du secteur public	101,3	101,1	101,5	102,3	101,7	101,3	102,6	103,0	103,0	102,8	102,7	102,0	102,1	102,0	101,8	100,4	100,5
Hôpitaux du secteur privé	102,3	102,0	102,8	102,8	104,2	101,8	103,5	103,5	101,8	102,9	102,4	101,7	103,0	102,2	103,9	102,4	101,7
2-Soins ambulatoires	105,9	105,0	104,8	102,7	103,4	104,3	102,9	102,5	102,3	102,7	102,2	102,4	103,6	102,5	103,4	102,1	102,6
• Soins de ville	105,1	103,2	103,3	101,6	101,4	102,7	101,4	101,9	101,2	102,4	102,0	101,8	101,9	101,9	102,9	101,4	102,0
Soins de médecins et de sages-femmes	100,7	100,2	101,4	99,8	98,9	101,0	100,1	101,5	98,7	101,7	100,1	101,3	102,0	101,3	102,2	100,3	98,1*
Soins d'auxiliaires médicaux	104,9	104,6	105,7	104,6	105,2	106,8	104,3	103,8	104,6	104,4	105,0	104,2	105,1	104,2	104,3	103,5	103,7
Soins de dentistes	112,3	106,0	103,3	100,7	101,5	101,6	100,2	100,4	102,2	101,8	101,0	100,2	98,8	100,8	102,2	101,3	100,7
Laboratoires d'analyses	109,6	107,7	106,6	103,1	102,2	103,4	102,4	102,1	101,5	102,6	98,7	100,1	99,4	100,0	103,2	100,3	99,3
Cures thermales (forfait soins)	98,7	99,0	98,0	97,4	97,1	98,0	96,4	97,5	100,4	98,5	103,5	101,5	104,5	99,9	101,4	100,7	99,7
Contrats et autres soins (y compris ROSP)	99,5	74,9	363,5	406,0	154,9	104,4	116,9	116,7	102,4	99,0	183,6	107,3	103,6	101,8	106,9	98,0	229,5*
• Transports sanitaires	106,6	105,6	108,3	104,6	105,3	102,7	103,2	102,7	104,1	102,1	104,2	103,3	101,5	103,0	104,3	103,5	101,9
• Médicaments en ambulatoire	106,4	106,8	105,8	103,1	104,9	105,3	104,4	103,5	102,4	102,4	101,7	102,5	106,4	102,7	103,6	103,0	103,0
• Autres biens médicaux	107,4	105,9	106,9	105,2	105,9	108,6	104,2	102,0	105,6	104,8	103,9	103,6	103,8	103,8	104,4	102,2	103,8
Optique	102,9	101,7	103,0	101,6	104,5	107,8	101,4	103,5	105,2	104,6	103,1	100,5	100,3	101,6	100,7	99,4	103,6
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	108,7	109,4	109,7	112,0	108,2	107,5	106,6	104,3	104,4	106,7	103,8	104,8	107,0	106,3	105,7	105,5	105,6
Matériels, aliments et pansements	115,0	111,1	111,5	107,3	106,7	110,3	106,8	99,1	106,7	104,3	105,0	106,7	106,5	105,1	107,6	103,5	103,2
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	103,9	103,3	103,4	102,6	102,9	103,0	102,9	102,8	102,5	102,8	102,4	102,2	103,0	102,3	102,9	101,5	101,7

* Les évolutions entre 2017 et 2018 des dépenses de soins de médecins et sages-femmes et des contrats et autres soins ne sont pas directement comparables compte tenu des différentes évolutions affectant en 2018 les dépenses versées au titre des rémunérations forfaitaires des médecins. Les fiches 3 et 4 fournissent une analyse à champ comparable.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 DCS en valeur (euros courants)

En millions d'euros

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Soins hospitaliers	55 767	58 739	62 177	65 392	67 916	70 549	72 947	75 390	78 356	80 316	82 461	84 567	86 688	89 060	90 430	92 320	93 770	94 502
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	72 373	72 959
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	21 543
2-Soins ambulatoires	65 469	70 004	74 686	78 367	80 768	83 311	86 934	89 535	91 534	93 172	95 606	97 229	98 552	101 147	102 516	104 758	106 688	108 964
Soins de ville	30 638	33 081	35 295	36 771	37 903	39 297	41 079	42 262	43 419	44 175	45 749	47 081	48 314	49 404	50 538	52 132	53 465	55 016
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	5 117
Médicaments en ambulatoire	26 202	27 550	29 301	30 645	31 213	31 542	32 393	33 063	33 350	33 395	33 517	33 028	32 392	33 207	32 745	32 661	32 761	32 689
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	16 142
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	121 236	128 743	136 864	143 759	148 684	153 860	159 881	164 926	169 890	173 488	178 066	181 796	185 241	190 206	192 946	197 078	200 458	203 466
3-Soins de longue durée	8 787	9 363	10 063	11 026	12 143	12 938	13 852	15 154	16 561	17 205	17 843	18 491	19 181	19 658	20 070	20 297	22 273	22 760
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	640	705	763	837	911	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583	1 597	1 641	1 655
Soins aux personnes âgées en établissement	3 096	3 337	3 645	4 031	4 569	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804	8 995	9 146	9 347	9 596
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 051	5 322	5 655	6 158	6 663	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 049	9 291	9 492	9 554	11 285**	11 510
4-Indemnités journalières	9 071	9 964	10 581	10 627	10 612	10 687	11 003	11 596	12 146	12 621	12 829	12 766	12 816	13 353	13 625	14 039	14 511	15 057
5-Autres dépenses en faveur des malades	38	38	173	211	251	307	381	413	435	472	539	569	628	620	653	677	715	787
6-Prévention	4 229	4 748	5 028	4 967	5 016	5 239	5 391	5 687	6 403	5 727	5 671	5 679	5 818	5 745	5 865	5 812	6 123	6 115
Prévention individuelle	2 420	2 531	2 730	2 902	2 926	3 021	3 146	3 267	3 384	3 345	3 332	3 337	3 525	3 545	3 595	3 605	3 753	3 760
Prévention collective	1 809	2 216	2 298	2 064	2 090	2 218	2 244	2 420	3 019	2 383	2 340	2 342	2 294	2 200	2 270	2 208	2 370	2 355
7-Dépenses en faveur du système de soins	8 449	9 204	9 513	9 724	9 950	10 841	11 011	11 922	11 902	12 056	12 343	12 556	12 944	12 840	12 727	12 523	12 421	12 083
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 515	1 704	1 737	1 754	1 865	2 069	1 705	1 918	1 987	2 114	2 218	2 386	2 573	2 364	2 345	1 820	1 354	996
Subventions au système de soins	1 698	1 833	1 927	2 103	2 274	2 277	2 074	2 189	2 226	2 397	2 562	2 716	3 001	3 497	3 270	3 148	2 872	2 912
Remises conventionnelles	-183	-129	-190	-349	-409	-207	-369	-271	-239	-283	-344	-330	-428	-1 134	-925	-1 328	-1 518	-1 916
Recherche médicale et pharmaceutique	6 124	6 649	6 889	7 026	7 032	7 483	7 710	8 229	8 006	8 014	8 120	8 128	8 225	8 267	8 250	8 449	8 798	8 771
Formation	810	852	886	944	1 054	1 288	1 596	1 775	1 909	1 928	2 005	2 041	2 146	2 209	2 132	2 254	2 268	2 316
8-Coût de gestion de la santé	10 982	11 322	11 855	12 044	12 132	12 164	12 508	13 118	13 551	13 893	14 295	14 564	15 128	15 327	15 161	15 310	15 547	15 681
Dépense courante de santé (1+...+8)	162 794	173 383	184 075	192 357	198 788	206 035	214 026	222 816	230 888	235 463	241 586	246 421	251 756	257 749	261 048	265 736	272 048	275 950

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

** Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé. Ces montants ne sont pas comparables en 2016 et 2017 du fait de l'élargissement entre ces deux dates du périmètre d'action de l'Ondam médico-social aux dépenses dévolues aux établissements et services d'aide par le travail (Esat) [voir fiche 32].

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 6 Indices de valeur de la DCS

Indices de valeur : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
1-Soins hospitaliers	105,3	105,9	105,2	103,9	103,9	103,4	103,3	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,7	101,5	102,1	101,6	100,8
Hôpitaux du secteur public	105,0	105,9	104,8	103,4	103,5	103,4	103,0	103,9	102,5	102,6	102,6	102,8	102,7	101,7	102,0	101,7	100,8
Hôpitaux du secteur privé	106,7	105,8	106,7	105,4	105,2	103,3	104,5	104,0	102,6	103,0	102,3	101,5	102,8	100,9	102,4	101,2	100,7
2-Soins ambulatoires	106,9	106,7	104,9	103,1	103,1	104,3	103,0	102,2	101,8	102,6	101,7	101,4	102,6	101,4	102,2	101,8	102,1
Soins de ville	108,0	106,7	104,2	103,1	103,7	104,5	102,9	102,7	101,7	103,6	102,9	102,6	102,3	102,3	103,2	102,6	102,9
Transports sanitaires	108,9	107,6	108,8	106,6	108,7	104,3	104,8	106,0	104,9	102,8	105,8	105,3	102,9	104,3	104,4	103,8	102,6
Médicaments en ambulatoire	105,1	106,4	104,6	101,9	101,1	102,7	102,1	100,9	100,1	100,4	98,5	98,1	102,5	98,6	99,7	100,3	99,8
Autres biens médicaux *	108,5	107,7	108,4	106,3	106,5	109,1	105,8	103,3	105,9	105,3	104,5	103,9	104,2	103,6	103,6	102,1	104,3
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	106,2	106,3	105,0	103,4	103,5	103,9	103,2	103,0	102,1	102,6	102,1	101,9	102,7	101,4	102,1	101,7	101,5
3-Soins de longue durée	106,6	107,5	109,6	110,1	106,5	107,1	109,4	109,3	103,9	103,7	103,6	103,7	102,5	102,1	101,1	109,7	102,2
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	110,1	108,3	109,6	108,9	111,7	108,7	109,5	108,3	101,8	104,8	105,1	104,6	101,7	101,3	100,9	102,7	100,9
Soins aux personnes âgées en établissement	107,8	109,2	110,6	113,3	109,8	109,0	114,3	115,5	105,6	103,9	104,5	104,0	102,4	102,2	101,7	102,2	102,7
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	105,4	106,3	108,9	108,2	103,6	105,4	105,7	104,4	102,7	103,4	102,6	103,4	102,7	102,2	100,7	118,1**	102,0
4-Indemnités journalières	109,8	106,2	100,4	99,9	100,7	103,0	105,4	104,7	103,9	101,6	99,5	100,4	104,2	102,0	103,0	103,4	103,8
5-Autres dépenses en faveur des malades	100,0	451,6	122,0	119,2	122,2	124,0	108,6	105,3	108,6	114,0	105,7	110,4	98,6	105,4	103,7	105,6	110,1
6-Prévention	112,3	105,9	98,8	101,0	104,4	102,9	105,5	112,6	89,4	99,0	100,1	102,5	98,7	102,1	99,1	105,3	99,9
Prévention individuelle	104,6	107,8	106,3	100,8	103,3	104,1	103,8	103,6	98,8	99,6	100,2	105,6	100,6	101,4	100,3	104,1	100,2
Prévention collective	122,5	103,7	89,8	101,2	106,1	101,2	107,9	124,7	78,9	98,2	100,1	97,9	95,9	103,2	97,3	107,3	99,4
7-Dépenses en faveur du système de soins	108,9	103,3	102,2	102,3	108,9	101,6	108,3	99,8	101,3	102,4	101,7	103,1	99,2	99,1	98,4	99,2	97,3
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	112,5	102,0	101,0	106,3	111,0	82,4	112,5	103,6	106,4	104,9	107,6	107,8	91,9	99,2	77,6	74,4	73,5
Subventions au système de soins	108,0	105,1	109,1	108,1	100,1	91,1	105,6	101,7	107,7	106,9	106,0	110,5	116,5	93,5	96,3	91,2	101,4
Remises conventionnelles	70,5	147,3	183,7	117,2	50,7	177,9	73,5	88,0	118,4	121,6	96,0	129,7	265,0	81,6	143,6	114,3	126,2
Recherche médicale et pharmaceutique	108,6	103,6	102,0	100,1	106,4	103,0	106,7	97,3	100,1	101,3	100,1	101,2	100,5	99,8	102,4	104,1	99,7
Formation	105,1	104,0	106,5	111,6	122,3	123,9	111,2	107,5	101,0	104,0	101,8	105,1	102,9	96,5	105,8	100,6	102,1
8-Coût de gestion de la santé	103,1	104,7	101,6	100,7	100,3	102,8	104,9	103,3	102,5	102,9	101,9	103,9	101,3	98,9	101,0	101,5	100,9
Dépense courante de santé (1+...+8)	106,5	106,2	104,5	103,3	103,6	103,9	104,1	103,6	102,0	102,6	102,0	102,2	102,4	101,3	101,8	102,4	101,4

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

** Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé. L'évolution de ce montant entre 2016 et 2017 n'est pas comparable du fait de l'élargissement entre ces deux dates du périmètre d'action de l'Ondam médico-social aux dépenses dévolues aux établissements et services d'aide par le travail (Esat) [voir fiche 32].

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableaux détaillés 2

Les dépenses de santé par financeur

Tableau 1 DCS par financeur en 2017

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale*	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles**	Sociétés d'assurances**	Institutions de prévoyance**	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	85 941	1 059	2 622	1 377	732	2 040		93 770
Hôpitaux du secteur public	66 965	951	1 901	950	498	1 109		72 373
Hôpitaux du secteur privé	18 976	108	721	427	234	931		21 397
2-Soins ambulatoires	70 253	1 768	10 749	6 348	4 494	13 077		106 688
Soins de ville	34 844	1 091	5 654	3 322	2 435	6 118		53 465
Soins de médecins et de sages-femmes***	14 729	407	1 910	1 242	823	2 102		21 212
Soins d'auxiliaires médicaux***	12 554	153	1 007	484	281	1 354		15 834
Soins de dentistes	3 743	436	2 205	1 269	1 147	2 478		11 276
Laboratoires d'analyses	3 142	96	532	327	185	184		4 466
Contrats et autres soins	676						1	677
Transports sanitaires	4 637	45	108	51	17	130		4 987
Médicaments en ambulatoire	23 865	474	2 250	1 159	692	4 320		32 761
Autres biens médicaux****	6 907	158	2 737	1 816	1 349	2 509		15 476
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	156 193	2 826	13 371	7 725	5 226	15 117		200 458
3-Soins de longue durée	22 273							22 273
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 641							1 641
Soins aux personnes âgées en établissement	9 347							9 347
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	11 285							11 285
4-Indemnités journalières	14 511							14 511
5-Autres dépenses en faveur des malades	715							715
6-Prévention	994	3 500					1 630	6 123
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 536	6 497				111	4 276	12 421
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 354							1 354
Subventions au système de soins	2 872							2 872
Remises conventionnelles	-1 518							-1 518
Recherche médicale et pharmaceutique		4 533					4 265	8 798
Formation	182	1 964				111	11	2 268
8-Coût de gestion de la santé	7 388	880	3 624	2 609	1 046		0	15 547
Dépense courante de santé (1+...+8)	203 611	13 704	16 995	10 334	6 271	15 227	5 906	272 048

* 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 DCS par type de financeur en 2018

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale*	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles**	Sociétés d'assurances**	Institutions de prévoyance**	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	86 649	1 114	2 699	1 488	754	1 799		94 502
Hôpitaux du secteur public	67 533	998	1 956	1 027	513	933		72 959
Hôpitaux du secteur privé	19 116	116	742	461	241	867		21 543
2-Soins ambulatoires	72 171	1 879	10 930	6 845	4 619	12 520		108 964
Soins de ville	36 188	1 189	5 765	3 602	2 511	5 762		55 016
Soins de médecins et de sages-femmes***	14 665	427	1 904	1 348	832	2 041		21 217
Soins d'auxiliaires médicaux***	13 036	164	1 072	511	311	1 307		16 401
Soins de dentistes	3 800	500	2 247	1 401	1 175	2 311		11 435
Laboratoires d'analyses	3 135	98	541	341	193	102		4 410
Contrats et autres soins	1 553					1		1 554
Transports sanitaires	4 761	48	110	54	19	126		5 117
Médicaments en ambulatoire	24 020	478	2 193	1 180	699	4 119		32 689
Autres biens médicaux****	7 201	164	2 863	2 009	1 391	2 513		16 142
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	158 819	2 992	13 629	8 333	5 373	14 319		203 466
3-Soins de longue durée	22 760							22 760
Services de soins infirmiers à domicile (Ssiad)	1 655							1 655
Soins aux personnes âgées en établissement	9 596							9 596
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	11 510							11 510
4-Indemnités journalières	15 057							15 057
5-Autres dépenses en faveur des malades	787							787
6-Prévention	981	3 505					1 630	6 115
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 182	6 527				111	4 263	12 083
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	996							996
Subventions au système de soins	2 912							2 912
Remises conventionnelles	-1 916							-1 916
Recherche médicale et pharmaceutique		4 519					4 252	8 771
Formation	186	2 008				111	11	2 316
8-Coût de gestion de la santé	7 332	895	3 693	2 716	1 046		0	15 681
Dépense courante de santé (1+...+8)	206 918	13 918	17 322	11 049	6 419	14 430	5 893	275 950

* 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.

Achévé d'imprimer au mois d'octobre
sur les presses de la DILA
Dépôt légal : 4^e trimestre 2019
Cette édition a fait l'objet de révisions par rapport
à celle publiée le 10 septembre 2019.

Les dépenses de santé en 2018

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2019

Les dépenses de santé en 2018 - édition 2019 mettent en évidence qu'en 2018, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 203,5 milliards d'euros. Elle progresse moins vite en 2018 qu'en 2017 (+1,5 % après +1,7 %), du fait du net ralentissement des soins hospitaliers.

La Sécurité sociale finance 78,1 % 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 reculer pour s'établir à 7,0 % en 2018.

Avec une part de sa richesse nationale consacrée à la santé un peu supérieure à la moyenne des pays de l'UE-15, la France 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



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