

PANORAMAS DE LA

DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2016

Résultats des comptes
de la santé

ÉDITION 2017



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

PANORAMAS
DE LA
DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2016

Résultats des comptes
de la santé



ÉDITION 2017

FRANCOIRANAS

Les dépenses de santé en 2016 – édition 2017

Résultats des comptes de la santé

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

Coordonné par Raphaël Trémoulu et Myriam Mikou

Comptes

Myriam Mikou, Raphaël Trémoulu
avec Alexis Montaut

Rédaction

Bénédicte Boisguérin, Athémane Dahmouh, Carine Ferretti, Juliette Grangier,
Jean-Cyprien Héam, Léa Mauro, Myriam Mikou, Alexis Montaut, Adrien Papuchon,
Céline Pilorge, Hélène Soual, Raphaël Trémoulu, Engin Yilmaz

Directeur de la publication

Jean-Louis Lhéritier

Présidente de la commission des comptes de la santé

Dominique Polton

Responsable d'édition

Souphaphone Douangdara

Secrétaire de rédaction

Sabine Boulanger

Logiciel de maquettage

Laurent Gaillard

Organisation de la commission

Isabelle Castel

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. Étant donné le nombre important d'organismes concernés, il n'est pas possible de les énumérer tous ; on mentionnera plus particulièrement, pour la diversité et le volume des données fournies, la Direction de la Sécurité sociale, la Direction générale de l'offre de soins, la CNAMTS, le Régime social des indépendants (RSI), la Mutualité sociale agricole (MSA), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction générale des finances publiques, l'INSEE, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), 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), le Fonds CMU, les entreprises du médicament (LEEM).

Avant-propos

Les comptes de la santé fournissent une estimation détaillée de la consommation finale de soins de santé en France et des 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, en septembre, ses principaux enseignements sont présentés 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 2016, et de trois chapitres de fiches. Le premier traite de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qu'il examine en détail pour chaque volet de dépense et de son financement. Le deuxième est centré sur l'agrégat comptable le plus englobant du système de soins, la dépense courante de santé (DCS), sur les acteurs associés et l'opinion des ménages en matière de santé. Enfin, le dernier est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé et du reste à charge des ménages.

Cet ouvrage comprend également un éclairage consacré aux indices de prix de la santé.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2016 – édition 2017

Vue d'ensemble	7
La CSBM et son financement	23
La consommation de soins et de biens médicaux	
1 La consommation de soins et de biens médicaux	28
2 L'évolution de la CSBM depuis 1950	30
Les soins ambulatoires	
3 Les soins de médecins généralistes	34
4 Les soins de médecins spécialistes	36
5 Les effectifs de médecins	38
6 Les soins de sages-femmes	40
7 Les soins infirmiers	42
8 Les soins de masso-kinésithérapie	44
9 Les soins d'autres auxiliaires médicaux	46
10 Les soins dentaires	48
11 Les transports de malades	50
12 Les analyses et les cures thermales	52
Les biens médicaux	
13 Les médicaments en ville	56
14 Du marché du médicament à sa consommation au sens comptable	58
15 La structure des ventes de médicaments en officine	60
16 L'optique médicale	62
17 Les biens médicaux hors optique	64
Les soins hospitaliers	
18 Les soins hospitaliers	68
19 L'offre hospitalière	70
20 L'activité hospitalière	72
21 L'activité en hospitalisation à domicile	74
22 La situation économique et financière des hôpitaux publics	76
23 La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif	80
Le financement de la CSBM	
24 Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux	86
25 Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale	88
26 De la prestation de Sécurité sociale à la consommation totale	90
27 Le financement par les organismes complémentaires	92
28 Le reste à charge des ménages	94
29 La CSBM, la DCS et l'ONDAM	96
30 Le financement du Fonds CMU	98

Dépenses et acteurs du système de santé 101

La dépense courante de santé

31	La dépense courante de santé	106
32	Les soins de longue durée aux personnes âgées	110
33	Les soins de longue durée aux personnes handicapées	112
34	Les indemnités journalières	114
35	La prévention institutionnelle	116
36	Formation et recherche en santé	118
37	Les coûts de gestion du système de santé	120

Les ménages et leur santé

38	L'opinion des Français sur l'état de santé et le système de soins	124
----	---	-----

Comparaisons internationales 129

39	Comparaisons internationales de la dépense courante de santé	132
40	Comparaisons internationales des médecins	134
41	Comparaisons internationales des infirmiers et sages-femmes	136
42	Comparaisons internationales des soins dentaires	138
43	Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques	140
44	Comparaisons internationales des dépenses hospitalières	142
45	Les soins et services sociaux de longue durée (Long-Term Care)	144
46	Comparaisons internationales du reste à charge des ménages	146
47	Besoins de soins non satisfaits : comparaison internationale	148

Éclairage 153

Les indices de prix de la santé

154

Annexes 163

Les agrégats des comptes de la santé

164

Les révisions de l'édition 2017 des comptes de la santé

166

La méthodologie des comptes de la santé

167

Le Fonds d'intervention régional

169

Liste des sigles utilisés

170

Glossaire

173

Tableaux détaillés 179

Consommation de soins et de biens médicaux

180

Dépense courante de santé

184

Dépense courante de santé par type de financeur

186



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

Dépenses et acteurs
du système de santé

Comparaisons
internationales

Éclairage

Annexes

Tableaux détaillés

En 2016, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 198,5 milliards d'euros, soit plus de 2970 euros par habitant. Elle représente 8,9 % du PIB, soit un pourcentage quasi stable par rapport à 2015. Le taux de croissance de la CSBM s'élève à 2,3 % en 2016, c'est-à-dire un rythme plus soutenu qu'en 2015 (taux révisé à +1,5 %) mais du même ordre que celui observé les années antérieures.

La CSBM est financée à 77,0% par la Sécurité sociale. Dans un contexte de vieillissement de la population et de progrès technologique toujours accrus, cette part a progressé de 1,1 point entre 2011 et 2016 et de 0,1 point au cours de la dernière année. Cette évolution est à rapprocher principalement de la progression du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur.

Parallèlement, la part des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) diminue à nouveau (-0,1 point par rapport à 2015) et revient à 13,3 % de la dépense en 2016.

Enfin, la part du reste à charge des ménages dans la CSBM poursuit aussi son mouvement de baisse régulière (-0,9 point depuis 2011) et s'établit à 8,3 % de la CSBM en 2016.

En France, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) s'établit à environ 11 % du PIB en 2015, comme en Suède, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Japon, à un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'UE-15 (10 %).

La dépense de santé progresse un peu plus vite en 2016 qu'en 2015

En 2016, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [encadré 1] est évaluée à 198,5 milliards d'euros, soit 2 975 euros par habitant, selon des données encore provisoires. Elle progresse de 2,3 % en valeur et de 2,9 % en volume, les prix de la CSBM reculant de 0,6 % par rapport à 2015. La CSBM représente 8,9 % du PIB et 12,6 % de la consommation effective¹ des ménages en 2016, soit des niveaux similaires à ceux constatés un an plus tôt.

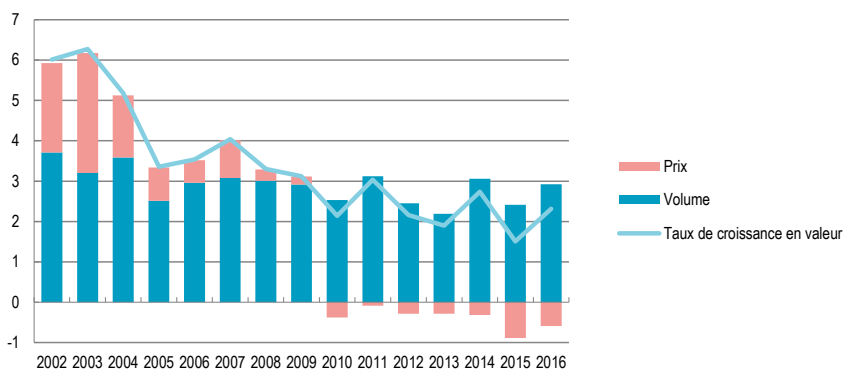
Au début des années 2000, la CSBM progressait à un rythme soutenu, de l'ordre de 4,0 % à 6,0 % par an. Depuis 2008, la progression annuelle de la CSBM est comprise entre 1,5 % et 3,3 % (graphique 1). Les niveaux de croissance les plus bas ont été atteints ces dernières années (entre 1,5 % à 2,2 % en 2010, 2012, 2013 et 2015), malgré une dynamique plus soutenue en 2011 et en 2014 (respectivement +3,0 % et +2,7 %) en raison de phénomènes exceptionnels. En 2014, l'accélération est liée à l'introduction de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. En 2015, le ralentissement de la CSBM résulte à la fois de la baisse des prix des biens et services de santé (-0,9 %), qui tend à s'accroître ces dernières années², et à la modération des volumes (+2,4 %, contre plus de 3,1 % un an plus tôt).

¹ La consommation effective des ménages inclut tous les biens et 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 (y compris les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle, donnent lieu à des transferts sociaux en nature en provenance des administrations publiques ou des ISBLSM).

² À la suite de l'accentuation des actions de maîtrise de la dépense, en lien avec le resserrement progressif des taux d'ONDAM votés par le Parlement et respectés depuis 2010.

Graphique 1 Taux de croissance de la CSBM

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

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

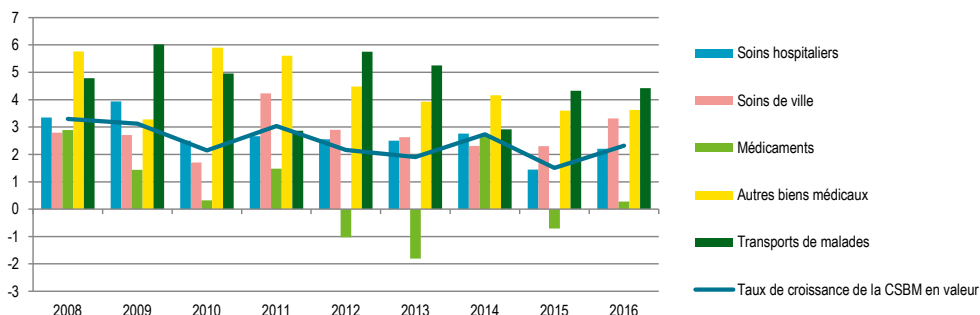
La consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes pris en charge au titre des affections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

Plus précisément, la CSBM comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé, pour 46,5 % du total ;
- la consommation de soins de ville : les soins réalisés en cabinets libéraux, les soins réalisés en dispensaires, la consommation d'analyse et de prélèvements en laboratoires et les soins réalisés en cures thermales, pour 26,3 % du total ;
- la consommation de transports de malades, 2,4 % du total ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 17,1 % de la dépense ;
- et la consommation d'autres biens médicaux (y compris optique médicale), pour 7,6 % de la dépense.

Graphique 2 Taux d'évolution des principales composantes de la CSBM, en valeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2016, chacune des composantes de la CSBM progresse à un rythme plus élevé qu'en 2015 (graphique 2).

En baisse depuis 2010, le prix moyen de la CSBM recule à nouveau en 2016, de 0,6 % tiré par la baisse des prix des médicaments. Le prix des soins hospitaliers reste relativement stable alors qu'il diminuait en 2015 (0,2 % en 2016 contre -0,6 %). Par ailleurs, la baisse du prix des médicaments est un peu moins importante en 2016 qu'en 2015 (-3,7 % contre -4,0 %), du fait de moindres baisses de prix des spécialités remboursables. Enfin, depuis trois ans, la hausse du prix des soins de ville est quasi nulle (+0,2 %, après +0,4 % en 2015 et +0,3 % en 2014).

> Vue d'ensemble

L'augmentation en volume de la CSBM, qui se déduit de son évolution en valeur déflatée par son prix, atteint +2,9 % en 2016. Compte tenu de leur poids important dans le total de la CSBM, les soins hospitaliers contribuent pour 32,6 % à la croissance en volume de 2016. Les soins de ville et les médicaments en sont les deux autres principaux contributeurs, à hauteur respectivement de 27,6 % et de 24,7 %.

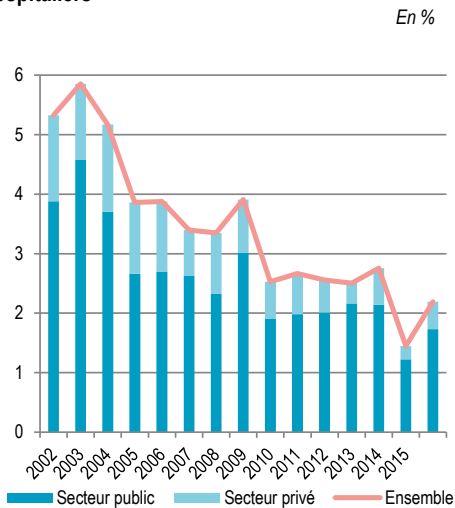
Les soins hospitaliers augmentent de 2,2 % en 2016

En 2016, la consommation de soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) s'élève à 92,3 milliards d'euros. La croissance totale de ces dépenses, qui représentent 46,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux, s'élève à 2,2 % en valeur (graphique 3). Cette progression est portée par la hausse des volumes (+2,0 %), tandis que les prix sont restés plutôt stables tous secteurs confondus (+0,2 %). 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 constatée lors de la décennie 2000.

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 71,3 milliards d'euros en 2016. Elle progresse de 2,2 % en 2016, après +1,6 % en 2015, soit un rythme de croissance moins élevés que ceux enregistrés pour 2010-2014 (+2,7 % en moyenne par an pour cette période), compte tenu notamment du resserrement de l'ONDAM hospitalier.

La consommation de soins dans le **secteur privé**³ (21,1 milliards d'euros) progresse de 2,1 %, entièrement portée par la hausse des volumes (+3,4 %). En revanche, les prix ont nettement baissé en 2016 dans le secteur privé (-1,3 %), à l'image de l'exercice 2015. Ce recul est à rapprocher de la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au CICE (fiche 23), ainsi que de la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (+2,2 %, après +4,2 % en 2015). La réforme des contrats responsables a en effet limité la prise en charge de ces dépassements par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance), [fiche 27], ce qui pourrait les avoir freinés.

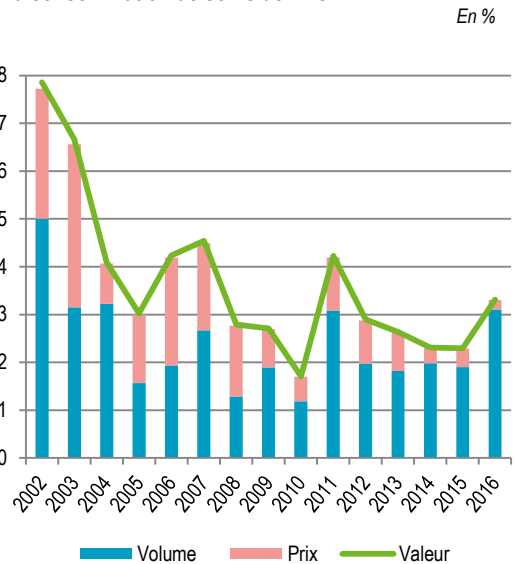
Graphique 3 Contributions à l'évolution en valeur de la consommation de soins hospitaliers



Note > La contribution de chaque secteur à la croissance de la consommation de soins hospitaliers totale s'obtient en pondérant son taux de croissance par sa part au sein de cet agrégat.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Taux d'évolution de la consommation de soins de ville



Note > La consommation de soins de ville inclut les soins des médecins, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, les soins dentaires, les analyses de biologie et les cures thermales.

Source > DREES, comptes de la santé.

³ Dans les comptes de la santé, qui suivent une logique de lieu d'exécution, le secteur hospitalier privé comprend l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux et exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées.

En 2016, l'ensemble des soins ambulatoires progresse à un rythme plus élevé qu'en 2015

Les soins ambulatoires recouvrent les dépenses liées aux soins exécutés en ville⁴ (49 % du total), aux médicaments et biens médicaux (46 %), et aux transports des malades. Pris dans leur ensemble, ces soins, qui s'élèvent à 106,2 milliards d'euros en 2016, progressent à un rythme significativement plus élevé qu'en 2015 (+2,4 %, après +1,6 %). Fait notable, cette accélération concerne chacun des postes de dépenses en 2016 à l'exception des médicaments qui sont stables.

La consommation de **soins de ville** s'élève à 52,2 milliards d'euros en 2016, soit une hausse de 3,3 % (après +2,3 % en 2015) [graphique 4].

Les **soins d'auxiliaires médicaux** (15,0 milliards d'euros) [fiches 7 à 9] sont composés de soins d'infirmiers⁵ (qui s'élèvent à 7,9 milliards d'euros), de masseurs-kinésithérapeutes (5,8 milliards) et d'autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes et pédicures). Ces soins sont toujours très dynamiques en 2016 (+4,4 %, après +4,2 % en 2015), portés exclusivement par la hausse des volumes. L'effet prix de ce poste agrégé est resté stable en 2016, les dernières revalorisations de leurs actes datant de la mi-2012. Ces soins contribuent à hauteur de 38,1 % à la croissance globale des soins de ville de 2016 alors qu'ils ne représentent qu'un peu plus du quart de cet agrégat (28,7 %).

La consommation de **soins de médecins généralistes de ville**⁶ s'élève à 8,8 milliards d'euros [fiche 3] et progresse de 1,3 % en 2016 (après 0,6 % en 2015). La consommation en volume est en effet plus forte qu'en 2015 (+1,1 % contre 0,1 %), compte tenu notamment du contexte épidémiologique défavorable de 2016 (une épidémie de grippe supplémentaire en décembre en plus de la grippe saisonnière de l'hiver 2015-2016). La croissance des prix⁷ de ce poste reste faible depuis 2012 et atteint +0,3 % en 2016, les revalorisations des professionnels de santé empruntant désormais aussi d'autres canaux que la revalorisation du tarif de la consultation (développement de forfaits, de rémunérations sur objectifs de santé publique etc.).

La consommation de **soins de médecins spécialistes en ville** (11,5 milliards d'euros) [fiche 4] progresse de 3,7 % (après +2,6 % en 2015). La croissance des volumes, qui avoisinait 1,0 % par an de 2007 à 2012, est nettement plus rapide depuis et s'élève à 3,4 % en 2016. Cette accélération est portée par l'augmentation du nombre d'actes techniques (+3,3 % en moyenne annuelle depuis 2006), comme les scanners ou IRM, dont les volumes ont connu une croissance de près de 10 % en moyenne annuelle de 2007 à 2015.

La consommation de **soins de sages-femmes en ville** (293 millions d'euros en 2016) [fiche 6] reste très dynamique en 2016 malgré un léger ralentissement (+8,8 %, après +10,9 % en 2015), lié notamment à la fin de la montée en charge de Programme de retour à domicile organisé (PRADO).

Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 11,1 milliards d'euros en 2016, soit une hausse de 2,9 % en valeur par rapport à 2015. Les volumes de soins dentaires sont plus dynamiques (+2,2 % contre +0,8 % en 2015), en particulier en raison de la hausse du nombre d'actes chirurgicaux (+2,3 % en 2016) et des soins orthodontiques (fiche 10). Ces soins font toutefois l'objet de difficultés de mesure, liées à la non-inscription des actes « hors nomenclature » sur les feuilles de soins de l'assurance maladie.

L'année 2016 est marquée par une nette reprise de la consommation **d'analyses et de prélèvements en laboratoires** (+ 2,7 % en valeur en 2016) après une période de faible progression due à la mise en œuvre de différentes mesures (baisses successives de cotation d'actes) venant réduire la dépense. La dépense globale, qui s'élève à 4,4 milliards d'euros (fiche 12), est portée par la hausse des volumes (+3,6 % en 2016).

Enfin, **les autres soins et contrats** regroupent les rémunérations forfaitaires versées par l'assurance maladie à certains professionnels de santé (permanence des soins pour les médecins, rémunérations sur contrat – spécifiques à chaque profession –, rémunération sur objectif de santé publique [ROSP] des médecins) et les honoraires des autres professionnels de santé. En 2016, les autres soins et contrats s'élèvent à 668 millions d'euros. La ROSP⁸, versée majoritairement aux médecins généralistes, en constitue le principal poste (fiche 3).

⁴ Dans les comptes de la santé, les soins de ville comprennent les soins en cabinets libéraux et en dispensaires, les analyses de biologie et les cures thermales. Ils n'incluent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transport sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie.

⁵ Au sein de la CSBM, les soins infirmiers ne comprennent pas les services de soins infirmiers à domicile ([SSIAD], 1,6 milliard d'euros en 2016) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée (donc dans la DCS) compte tenu de leur nature spécifique.

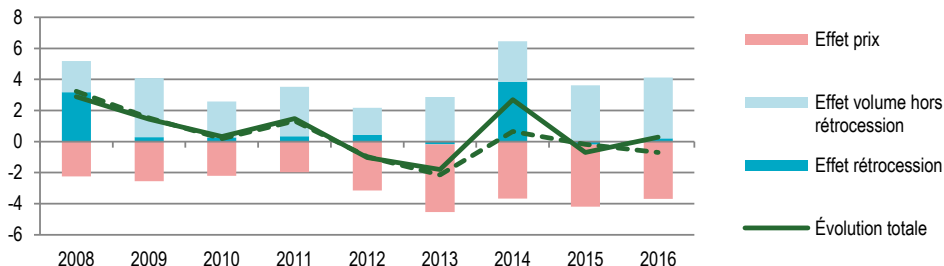
⁶ Cette dépense comprend les honoraires des médecins en cabinets libéraux et en dispensaires (tarifs opposables, dépassements et forfaits médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus de cet agrégat les contrats et la rémunération sur objectifs de santé publique (retracés dans le poste « autres soins et contrats »), ainsi que les prises en charge de cotisations par l'assurance maladie dont bénéficient ces professionnels (retracés dans les subventions au système de soins).

⁷ L'indice INSEE de prix des médecins est commun aux généralistes et aux spécialistes (voir fiches 3 et 4).

⁸ Depuis 2012, la ROSP médecins vient compléter la rémunération des praticiens (généralistes et certains spécialistes) en fonction du degré de réalisation d'objectifs, liés principalement à la qualité des soins et de prescription.

Graphique 5 Évolution de la consommation de médicaments, en valeur

En %



Note > Par convention et faute de décomposition fiable (entre ville et hôpital), l'ensemble des remises⁹ est déduit ici de la consommation de médicaments en ville. En toute rigueur, une part d'entre elles vient en fait en réduction de la dépense hospitalière.

Champ > Consommation de médicaments en ambulatoire.

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2016, la consommation de **médicaments** en ville, qui s'élève à 34,0 milliards d'euros (fiche 13), progresse de 0,3 % en valeur, compte tenu d'une nouvelle diminution des prix (-3,7 %) combinée à une hausse des volumes (+4,1 %) [graphique 5]. La baisse des prix est largement imputable à celle des tarifs administrés des spécialités remboursables. Le prix des médicaments remboursables recule sensiblement depuis 2004 et ce recul s'amplifie depuis 2012 (-4,4 % en moyenne annuelle depuis 2012). Ce mouvement est porté par l'« effet générique » : les prix baissent compte tenu de la hausse du nombre de spécialités génériquées et de leur plus grande diffusion, favorisée par des politiques de substitution actives. En 2016, le taux de pénétration des génériques (79,7 %) augmente de près d'un point par rapport à 2015, soutenu par le plan national de promotion des génériques. En revanche, le prix des spécialités non remboursables continue de progresser, mais de manière moindre depuis 2014 (+0,6 % en moyenne annuelle en 2014-2016, après +3,3 % en moyenne par an entre 2009 et 2013).

Toujours très dynamique, la progression des volumes de ventes de médicaments en ville s'élève à environ 3,0 % par an entre 2010 et 2013, du fait des modifications de comportements de prescription, sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, d'actions de communication ciblées, de déremboursements, etc. La forte hausse des volumes de 2014 (+6,6 %) tient à l'arrivée sur le marché du médicament remboursable de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. En 2015, l'effet des baisses de prix des médicaments (-4,0 %) est supérieur à l'effet volume (+3,4 %) : en valeur, leur consommation recule ainsi de 0,7 %. En 2016, la consommation en volume augmente de 4,1 %, soit légèrement plus qu'en 2015. La consommation de médicaments en ville est portée par des innovations, notamment dans le traitement du VIH. En outre, la rétrocession¹⁰ augmente de 2,5 % en 2016 et atteint un montant de 2,9 milliards d'euros ; elle retrouve ainsi le niveau record de 2014. Cette évolution résulte de la montée en charge de nouveaux traitements, en particulier dans le soin du cancer et de la mucoviscidose. La diffusion de spécialités innovantes et coûteuses compense ainsi l'effet des baisses de prix des médicaments plus anciens, des mesures de maîtrise médicalisée et de promotion des génériques. La hausse est toutefois freinée en 2016 par la moindre progression des médicaments non remboursables : +1,9 %, après +7,1 % en 2015.

La consommation d'« **autres biens médicaux** » en ville¹¹ atteint 15,2 milliards d'euros en 2016, en hausse de 3,6 % par rapport à 2015 (graphique 6). Elle comprend 6,2 milliards d'euros pour l'optique (fiche 16), 2,9 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses, et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 6,1 milliards d'euros de matériels, aliments et pansements (fiche 17).

La croissance des biens médicaux hors optique est très dynamique (+6,0 % par an en moyenne de 2010 à 2015). En 2016, à l'image de l'année 2015, la croissance est entièrement portée par un effet volume, les prix étant stables ou en léger recul. Les prothèses, orthèses et VHP progressent de 6,0 % et les matériels, aliments et pansements, de 5,9 %.

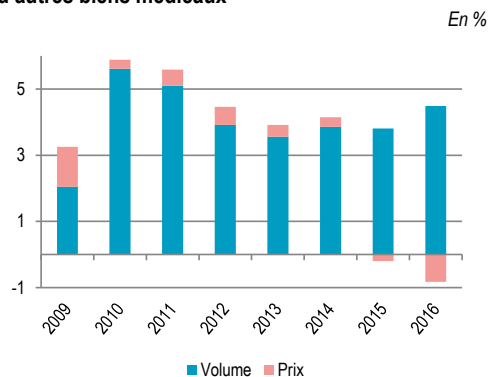
⁹ Les laboratoires pharmaceutiques versent aux caisses de Sécurité sociale des remises. Leurs montants, qui viennent réduire la dépense de santé, sont retracés dans les subventions au système de soins (fiche 31).

¹⁰ 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).

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

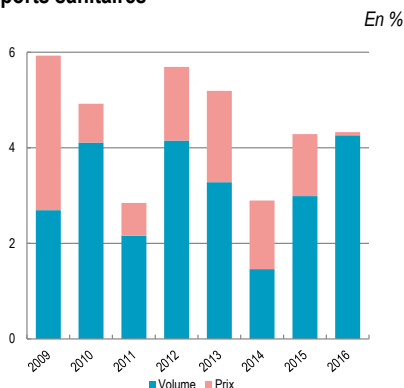
En revanche, la dépense d'optique médicale, qui progressait fortement dans les années 2000, a nettement ralenti depuis 2013. La modération de la dépense tient à la fois au ralentissement des prix et des volumes. En 2016, la dépense d'optique augmente de 0,5 % (après +1,2 % en 2015) pour s'établir à 6,2 milliards d'euros. En volume, le ralentissement est un peu moins marqué, la croissance passant de +1,6 % en 2015 à +1,0 % en 2016. En revanche, la baisse des prix s'accroît : -0,5 % en 2016 contre -0,3 % en 2015. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce phénomène. Confrontés à des dépenses d'optique dynamiques, certains organismes complémentaires ont limité leurs garanties ces dernières années. La réforme des contrats « responsables », entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, accentue ce phénomène : parmi les nouveaux critères à respecter pour bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la réglementation, les contrats doivent désormais rembourser les dépenses d'optique au maximum tous les deux ans. Par ailleurs, le développement récent des réseaux de soins et la libéralisation de la vente d'optique médicale par internet pourraient aussi contribuer à expliquer la plus grande modération des prix du secteur.

Graphique 6 Taux d'évolution des dépenses d'autres biens médicaux



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 7 Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires



Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses de **transports de malades**¹², qui s'élèvent à 4,8 milliards d'euros en 2018, progressent de 4,4 % (fiche 11). En l'absence de mesures tarifaires, leurs prix n'ont que peu évolué (+0,1 % après +1,3 % en 2015). Les volumes de transports consommés restent en revanche très dynamiques, de l'ordre de 3,0 % par an sur le long terme (graphique 7). En 2016, leur croissance est plus élevée encore : elle atteint 4,3 % (après +3,0% en 2015 et +1,5 % en 2014), portée par celles des taxis et des ambulances.

Le reste à charge des ménages en santé diminue de nouveau en 2016 et s'établit à 8,3 %

La Sécurité sociale demeure l'acteur majeur du financement de la CSBM, dont elle prend en charge 77,0 % de la dépense en 2016 (tableau 1), soit 152,8 milliards d'euros. La part de la Sécurité sociale dans le financement a atteint un point haut en 2004 (77,4 %), puis s'est légèrement repliée, à 75,9 % en 2011. Entre 2012 et 2014, elle a progressé de 0,7 point et progresse de nouveau de près de 0,2 point en 2016 (fiche 25).

Les prises en charge de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents¹³ ainsi que de l'aide médicale de l'État¹⁴ et des organismes de base au titre des soins des titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) représentent au global 1,4 % de la CSBM en 2016.

La part des organismes complémentaires (OC [mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances], fiche 27) dans la CSBM diminue légèrement en 2016 pour atteindre 13,3 % (fiche 27) Les prestations versées par les OC ont certes augmenté de 1,5 %, mais à un rythme moindre que celui de la CSBM (+2,3 %) [fiche 1] et ce, pour la troisième année consécutive. Cette faible croissance est à rapprocher des effets la réforme des « contrats responsables », instaurée en 2015, qui réduit ou plafonne en particulier la prise en charge des OC pour les soins de médecins et pour les frais d'optique.

Enfin, compte tenu de l'ensemble des évolutions précédentes, le reste à charge des ménages en santé, qui atteignait 9,2 % en 2011, diminue depuis lors pour s'élever à 8,3 % de la CSBM en 2016 (fiche 28).

Entre 2012 et 2016, la tendance à la hausse de la part de la Sécurité sociale et, symétriquement, à la baisse du reste à charge des ménages, est liée au dynamisme des dépenses de santé les mieux prises en charge par l'assurance maladie

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

¹³ Destinés aux étrangers en situation irrégulière résidant en France, ces soins sont limités aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.

¹⁴ Destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois.

> **Vue d'ensemble**

(notamment les soins hospitaliers, les médicaments coûteux, les soins d'auxiliaires médicaux, etc.), lui-même porté par la progression des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD).

Tableau 1 Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

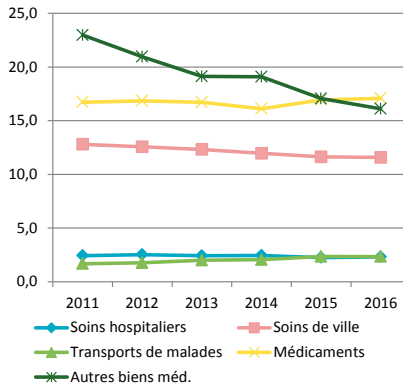
En %

	2002	2005	2008	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble de la CSBM									
Sécurité sociale	77,2	77,3	76,3	75,9	76,0	76,2	76,7	76,8	77,0
État, CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
Organismes complémentaires	12,4	12,8	13,2	13,6	13,7	13,7	13,4	13,4	13,3
Ménages	9,2	8,6	9,2	9,2	9,1	8,8	8,6	8,4	8,3

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 8 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

En %



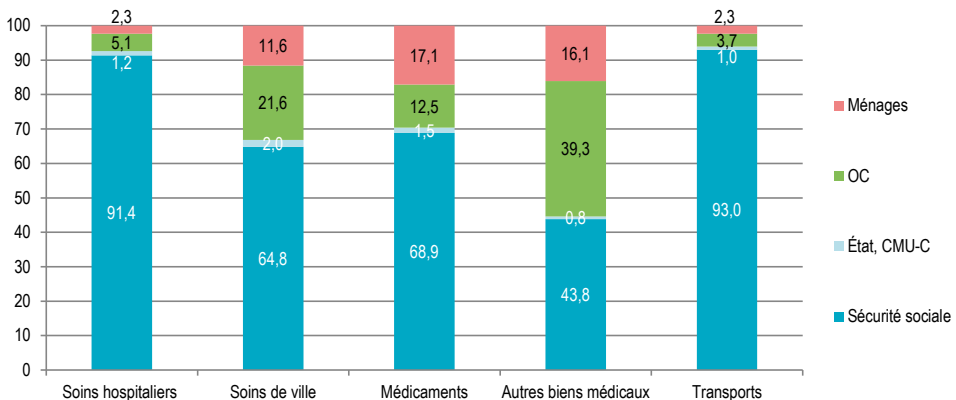
Source > DREES, comptes de la santé.

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

Les niveaux globalement élevés de prise en charge de la dépense de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale recouvrent néanmoins des disparités importantes d'un poste de dépense à l'autre. Ainsi, les **soins hospitaliers** se caractérisent par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement : 91,4 % en 2016 (graphique 9). À l'inverse, les organismes complémentaires (OC) prennent en charge une part réduite de ces dépenses (5,1 % en 2016). Le reste à charge des ménages s'établit, lui, à 2,3 % sur ce poste de dépenses en 2016. Ces parts sont stables depuis 2010.

Graphique 9 Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2016

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Près des deux tiers des **soins de ville** sont pris en charge par la Sécurité sociale (64,8 % en 2016). Cette part augmente depuis 2012, en raison de l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : l'assurance maladie assure l'intégralité du financement de ce supplément de rémunération des médecins. Cette croissance est accentuée à compter de 2015 par le ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins et le recul de celui des dentistes. Les organismes complémentaires financent 21,6% des soins de ville en 2016. Cette prise en charge a reculé ces dernières années, *via* la mise en œuvre des contrats responsables qui imposent entre autres un plafonnement des remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins. Le reste à charge en soins de ville diminue depuis 2012, en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages. Il s'établit à 11,6 % de la dépense en 2016.

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** s'élève à 68,9 % en 2016. Cette part a augmenté de 2009 à 2014 du fait de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes totales augmente au fil du temps (fiche 15). En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a notablement fait augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014. En 2015, ce taux diminue toutefois de 0,2 point, à la fois en raison de déremboursements de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables (fiche 13).

Les OC prennent en charge 12,5 % de la dépense de médicaments en 2016. Cette prise en charge baisse également depuis plusieurs années en raison des franchises médicales (2008), de vagues successives de déremboursements et du fait que la part dans les ventes totales des médicaments remboursés à 100 % par l'assurance maladie s'accroît.

À rebours de la tendance générale, le reste à charge des ménages pour les médicaments a augmenté ces dernières années, de 16,7 % en 2011 à 17,1 % en 2016. En particulier, en 2015, ce taux reprend 0,8 point, compte tenu de mesures de déremboursement de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables. En 2016, la hausse du reste à charge est plus modérée (+0,15 point), le dynamisme des médicaments non remboursables ayant faibli.

C'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible, avec 43,8 % de la dépense en 2016, en hausse de 0,8 point sur un an. Ces dernières années, la croissance de cette part découle d'un effet de structure : l'optique (dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est extrêmement faible, (se situant à 4,0 % en 2016) croît moins vite que les autres types de biens médicaux, pris en charge en moyenne à un taux bien supérieur (71,2 % en 2016). Cet effet de structure l'emporte sur la baisse des niveaux de remboursement par la Sécurité sociale et conduit à une légère amélioration de la prise en charge des autres biens médicaux dans leur ensemble par l'assurance maladie.

Cependant, les autres biens médicaux sont le poste pour lequel les OC interviennent proportionnellement le plus puisqu'ils financent, en 2016, 39,3 % de cette dépense, soit davantage qu'il y a dix ans (32,7 % en 2006). Ces organismes couvrent en moyenne 74,0 % de la dépense en optique. Toutefois, les prestations versées par les OC ont ralenti depuis 2013, compte tenu de la mise en œuvre des dispositifs incitant les assurés à modérer leur consommation ou à s'orienter vers des produits moins onéreux, en échange d'un meilleur remboursement. Depuis 2015, ce phénomène est accentué par la réforme des contrats responsables (remboursements des lunettes limités à une fois tous les deux ans).

En parallèle de cette meilleure prise en charge des autres biens médicaux tant par la Sécurité sociale que par les organismes complémentaires, le reste à charge des ménages sur ce poste diminue nettement, de 23,0 % en 2011 à 16,1 % en 2016.

Enfin, c'est pour les **transports de malades** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 93,0 % en 2016. La proportion importante du nombre de patients en affection de longue durée (ALD) ayant recours à ces services explique cette prépondérance de la Sécurité sociale. Le reste à charge des ménages sur ce poste est donc très faible (2,3 % en 2016), de même que la part des organismes complémentaires (3,7 %).

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

La dépense courante de santé (DCS) s'établit à 266,6 milliards d'euros en 2016, soit 12,0 % du PIB (encadré 2) [fiche 31]. Son taux de croissance s'élève à +2,0 % (tableau 2). La DCS progresse plus vite que le PIB en valeur (+1,6 %), renouant ainsi avec les années 2012-2014 et avec la période précédant la crise au cours de laquelle elle croissait plus vite que ce dernier.

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. En 2016, la DCS progresse un peu plus lentement que la CSBM (+2,0 %, contre +2,3 %). Ce différentiel de croissance est principalement lié à la hausse significative des remises conventionnelles, enregistrées en moindres dépenses dans les comptes de la santé, qui entraîne, pour l'exercice 2016, une baisse globale de 0,5 % des dépenses en faveur du système de soins. La dépense au titre de la prévention institutionnelle est en légère hausse en 2016 (+0,2 % par rapport à 2015). Les soins de longue durée ainsi que les coûts de gestion progressent de 1,1 %, soit un rythme d'évolution inférieur à celui de la CSBM. Enfin, les indemnités journalières versées au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité (fiche 34) ainsi que les autres dépenses en faveur des malades progressent à un rythme plus rapide que la CSBM (respectivement +3,0 % et +5,4 %).

Encadré 2 La dépense courante de santé

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

- les soins de longue durée (7,6 %) : les **soins aux personnes âgées** (fiche 32) regroupent les soins délivrés au sein des unités de soins de longue durée, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPA[D]) et ceux délivrés à domicile par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD). Les **soins de longue durée aux personnes handicapées** (fiche 33) correspondent aux soins dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail, 5,3 % (fiche 34) ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,2 %) : dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et soins aux personnes en difficulté sociale ;
- les dépenses de prévention institutionnelle (2,2 % [fiche 35]), composée de la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (vaccins etc.), la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement (dépistages etc.), la prévention collective à visée comportementale (lutte contre les addictions, éducation à la santé etc.) et environnementale (lutte contre la pollution, sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention des risques professionnels etc.). Elle est dite « institutionnelle » car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux) ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,5 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de la santé, ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles ;
- les coûts de gestion du système (5,7 % [fiche 37]).

Tableau 2 Dépense courante de santé (au sens français)

	Valeur (en milliards d'euros)		Taux d'évolution 2006-2016 en moyenne annuelle	Taux d'évolution 2015-2016 (en %)
	2006	2016		
1- CSBM	153,2	198,5	2,6	2,3
2- Soins de longue durée	12,9	20,3	4,6	1,1
SSIAD	1,0	1,6	4,6	0,9
Soins aux pers. âgées en étab.	5,0	9,1	6,2	1,7
Soins aux pers. handicapées en étab.	6,9	9,6	3,3	0,7
3- Indemnités journalières	10,7	14,0	2,8	3,0
4- Autres dépenses en faveur des malades	0,3	0,7	7,9	5,4
5- Prévention institutionnelle	5,2	5,8	1,0	0,2
6- Dépenses en faveur du système de soins	10,4	12,0	1,5	-0,5
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,1	2,2	0,4	-8,4
Recherche médicale et pharmaceutique	7,0	7,6	0,9	1,4
Formation médicale	1,3	2,2	5,7	1,7
7- Coût de gestion de la santé	12,2	15,3	2,3	1,1
Dépense courante de santé (1+...+7)	204,9	266,6	2,7	2,0

Source > DREES, comptes de la santé.

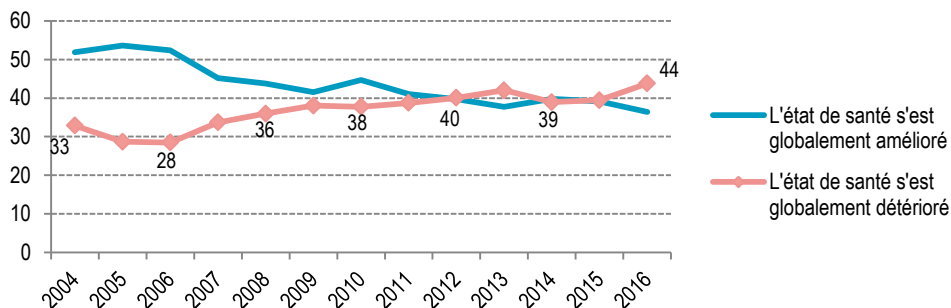
La qualité des soins délivrés par les médecins et les infirmiers particulièrement appréciée par les Français

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES, 1 personne sur 4 considère les inégalités d'accès aux soins comme les moins acceptables (fiche 38). Néanmoins, seule 1 personne sur 10 estime qu'il s'agit du type d'inégalité le plus répandu, loin derrière les inégalités de revenu (4 personnes sur 10). De plus en plus de personnes estiment que l'état de santé de la population en général se dégrade (graphique 10) mais trois quart de la population se dit en bonne santé. Toutefois, cette perception varie entre les moins et les plus aisés (37 % contre 21 %).

Quel que soit le pan du système de santé sur lequel les Français sont interrogés, au plus 1 personne sur 7 s'en déclare insatisfaite. Les soins délivrés par les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les infirmiers sont particulièrement appréciés : plus de 8 personnes sur 10 s'en déclarent satisfaites. Seules les urgences hospitalières font exception, avec un mécontentement exprimé par plus d'1 personne sur 4.

Graphique 10 Un pessimisme croissant vis-à-vis de l'état de santé de la population

En %



Lecture > En 2016, 44 % des personnes interrogées pensent que l'état de santé des Français s'est détérioré au cours des dernières années.

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2016.

L'Union européenne des Quinze dépense 10 % de son PIB pour la santé

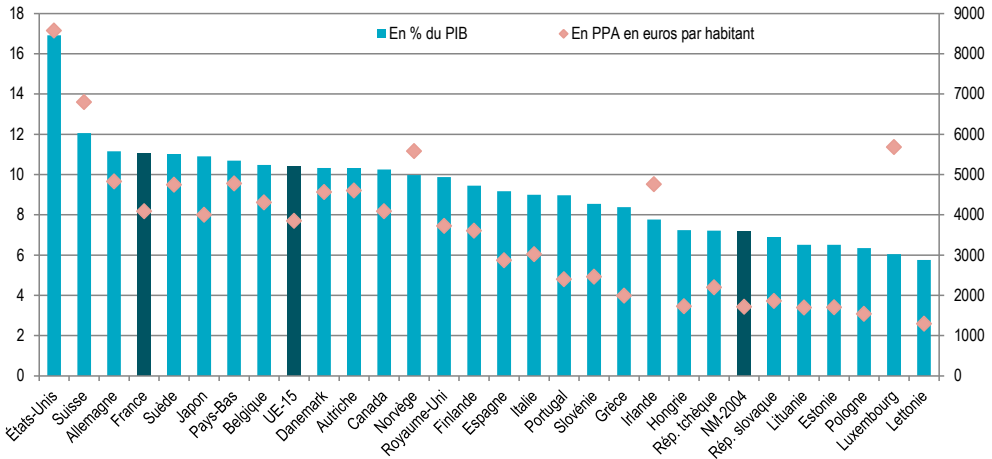
Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi [encadré 3]) qui représente 17 % de son PIB en 2015 et en particulier les dépenses les plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE. Près de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse dépense 12 % de son PIB pour la santé.

En France, la DCSi s'établit à environ 11 % du PIB, comme en Suède, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Japon, c'est-à-dire un niveau légèrement supérieur à la moyenne de l'UE-15 (10,5 %). Les pays de l'UE-15, sauf le Luxembourg et l'Irlande, consacrent plus de 8 % de leurs ressources à la santé, contrairement à ceux d'Europe centrale, hormis la Slovaquie, où ces dépenses sont moindres (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 (9 % en Espagne, en Italie et au Portugal et 8 % en Grèce).

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA). Pour cet indicateur, la France se situe, juste au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à un niveau proche du Canada ou du Japon. 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, Irlande, Luxembourg notamment). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont ainsi deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

Graphique 11 Dépense courante de santé au sens international en 2015

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



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

Encadré 3 Le système international des comptes de la santé

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

L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Celui-ci correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Il comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle des comptes de la santé), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion (annexe 1).

Une reprise de la croissance des dépenses de santé récente et modérée

Après la crise économique, les dépenses de santé ralentissent en 2010, en parts de PIB comme à prix constant, dans un contexte de modération de la progression des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé (fiche 46). Les pays du sud de l'Europe (Espagne, Italie, Portugal et Grèce) et l'Irlande connaissent même une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2013, particulièrement marquée en Grèce (-9 % en moyenne par an pendant cette période) et au Portugal (-3 %).

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, le rythme étant toutefois plus modéré qu'au cours de la période précédant la crise. En UE-15, les dépenses de santé augmentent de 2 % annuels en moyenne entre 2013 et 2015, soit près de trois fois plus que durant la période 2009-2013. Ce rebond de la dépense 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 et aux États-Unis, la croissance réelle des dépenses de santé est deux fois plus rapide entre 2013 et 2015 qu'entre 2009 et 2013. En revanche, le rythme de croissance des dépenses de santé ralentit au Japon, ainsi qu'en Finlande et aux Pays-Bas.

Le reste à charge des ménages en santé en France reste le plus limité des pays de l'OCDE

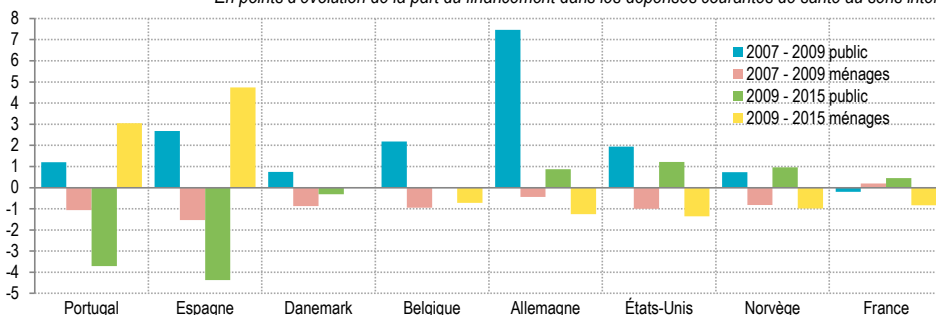
Dans la plupart des pays, des exemptions partielles ou totales de participations financières sont prévues pour des populations spécifiques, afin de garantir leur accès aux soins. Toutefois, en 2015 dans les pays de l'UE-15, 15 % de la dépense courante de santé au sens international reste en moyenne à la charge des ménages. Par rapport aux autres pays, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité (7 % de la DCSi). Bien que la part du reste à charge dans la DCSi soit supérieure à celle constatée en France dans la plupart des pays scandinaves (environ 15 %), en Allemagne et au Japon, les régimes publics ou obligatoires couvrent la majorité des dépenses restantes, la part des assurances privées dans le financement de la DCSi étant quasiment nul dans ces pays.

Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires représentent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention des assurances publiques et privées. Ces soins représentent plus d'un tiers du total. Ensuite, plus d'un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques (fiche 43) et d'autres biens médicaux. L'importance du poste médicament dans le reste à charge tient au fait que les participations financières des assurés sont généralement plus élevées sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. Viennent enfin les dépenses hospitalières. En France, en 2015, sur le champ de la DCSi, les dépenses pharmaceutiques représentent le principal poste de dépenses restant à la charge des patients (37 %) devant les soins ambulatoires (35 %).

Entre 2007 et 2015, la part du reste à charge des ménages dans la DCSi est relativement stable. Les variations sont faibles durant l'ensemble de la période, notamment en Norvège, au Danemark et en France. Toutefois, dans les pays du sud de l'Europe en particulier, la part des dépenses financées par les ménages s'est réduite entre 2007 et 2009. Ce recul a alors été compensé par les financements publics. Les années suivantes, la situation s'est inversée, avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des financements publics dans les pays les plus touchés par la crise, du fait des ajustements budgétaires opérés. Ainsi, le reste à charge des ménages a augmenté de 5 points en Espagne et de 3 points au Portugal entre 2009 et 2015.

Graphique 12 Évolution 2007-2015 de la part des financements publics et du reste à charge des ménages

En points d'évolution de la part du financement dans les dépenses courantes de santé au sens international



Note > Tous les pays disponibles ne sont pas présentés dans ce graphique.

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

Une recherche d'efficience accrue à l'hôpital, une plus grande maîtrise de la dépense pharmaceutique

Au cours des dernières décennies, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire certaines dépenses hospitalières en raccourcissant la durée des séjours, dont les coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et les services de proximité, qui prennent

> **Vue d'ensemble**

le relais après les interventions. La recherche d'une efficacité accrue s'est ainsi traduite, dans de nombreux pays, par une réduction du nombre de lits, des taux d'occupation plus élevés et des durées d'hospitalisation plus courtes (fiche 44).

Par ailleurs, en ce qui concerne le marché pharmaceutique, 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 fabricants dans la plupart des pays européens et particulièrement en Italie, en Espagne et surtout en France, avec un recul des ventes réalisées en officines. Qu'elles soient exprimées en prix fabricant hors taxes (CAHT) ou en unités standards par habitant, ces ventes ne poursuivent leur baisse qu'en France en 2015 (-2 % par rapport à 2014) [fiche 43]. En France, la consommation par habitant en volume reste néanmoins supérieure à celle de ses voisins européens. En revanche, en CAHT par habitant, c'est en Allemagne que la consommation est la plus élevée des huit pays comparés (38 % de plus qu'en France en euros courants, en hausse de 5 % sur un an). L'écart franco-allemand en matière de dépense continue de se creuser notamment du fait de l'importance des baisses de prix menées en France. Il s'explique aussi par la délivrance en officines, dans tous les pays dont la croissance 2015 est élevée, des nouveaux antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C mis sur le marché entre 2014 et 2015, ainsi que, en Allemagne, de certains anticorps monoclonaux (MAB) utilisés pour lutter contre les cancers et les désordres immunologiques et inflammatoires (ces produits ne le sont délivrés qu'à l'hôpital en France).

En Europe, les raisons financières constituent le principal motif de renoncement aux soins, en particulier pour les soins dentaires

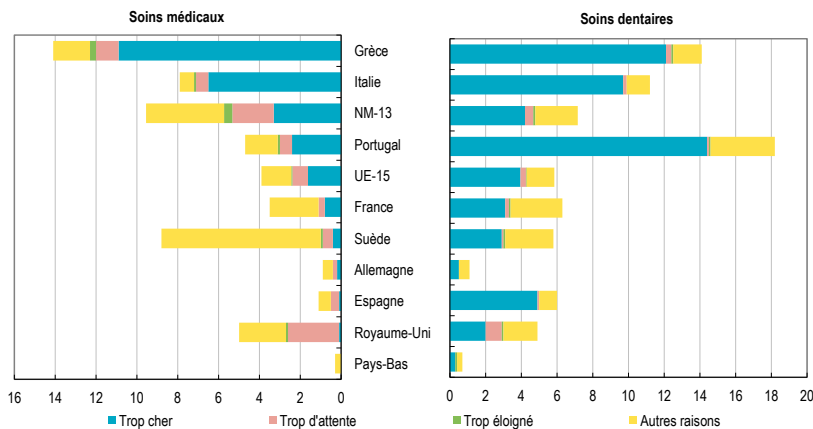
En 2015, 4 % de la population de l'UE-15 renonce à des soins médicaux et près de 6 % à des soins dentaires (fiche 47). Les taux de renoncement déclarés aux soins médicaux sont élevés en Grèce, dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004, en Suède et en Italie. Ils sont légèrement inférieurs à la moyenne des pays de l'UE-15 en France et en Irlande, très faibles en Espagne en Allemagne et quasiment nuls aux Pays-Bas.

Les raisons financières constituent le principal motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux. Au sein de l'UE-15, 4 personnes sur 10 déclarant renoncer à des soins le font en raison de leurs coûts trop élevés. En Grèce et en Italie, le coût est de loin le principal motif de renoncement. Dans ces deux pays le renoncement aux soins pour raisons financières a considérablement augmenté depuis 2008. En France, les coûts trop élevés sont un motif de renoncement aux soins moins fréquemment avancés qu'en moyenne dans l'UE-15. Le reste à charge en santé y est en moyenne plus bas (fiche 46) et les réformes successives (CMU-C et ACS) ont amélioré la couverture santé d'une proportion croissante de personnes aux revenus les plus modestes. En particulier, l'évolution du dispositif ACS du 1^{er} juillet 2015 s'est traduite par une revalorisation du plafond de ressources et a permis aux personnes éligibles de bénéficier du tiers-payant intégral.

Les écarts entre pays sont plus prononcés en matière de soins dentaires non satisfaits et révélateurs d'une moindre couverture publique que pour les soins médicaux. Pour ces soins, le taux de renoncement se situe au niveau de la moyenne de l'UE-15 dans les pays scandinaves, en Irlande, en France et en Espagne. Il est légèrement inférieur au Royaume-Uni et particulièrement faible aux Pays-Bas et en Allemagne.

Graphique 13 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2015

En %



Lecture > 14 % des Grecs déclarent des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits en 2015. Le motif de ce renoncement est le coût trop élevé pour 11 % d'entre eux, les listes d'attente pour moins de 1 %, la distance n'intervient quasiment pas et d'autres raisons telles que l'attentisme, la défiance vis-à-vis des médecins etc., pour 1 %.

Source > Eurostat, EU-SILC 2015, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

2

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

Dépenses et acteurs
du système de santé

Comparaisons
internationales

Éclairage

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 (fiche 1) et sur longue période (fiche 2).

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

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

La dernière partie de ce chapitre (fiches 24 à 30) explicite le financement des dépenses de santé en France. Les fiches présentent, dans un premier temps, les contributions financières des principaux acteurs de la CSBM : Sécurité sociale, organismes complémentaires, Fonds CMU et ménages, à travers leur reste à charge. Puis, sont analysés les liens entre les différents concepts de dépense : l'une des fiches distingue les dépenses remboursée, remboursable et non remboursable, et l'autre fait la jonction entre les concepts de CSBM et d'ONDAM (objectif national de dépenses d'assurance maladie).

La consommation de soins et de biens médicaux

En 2016, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 198,5 milliards d'euros (tableau 1), soit 2 975 euros par habitant selon des chiffres provisoires. Elle progresse de 2,3 % en valeur et de 2,9 % en volume, les prix de la CSBM reculant de 0,6 % par rapport à 2015. En 2016, la CSBM représente 8,9 % du PIB et 12,6 % de la consommation effective des ménages. La consommation de soins et de biens médicaux comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé, pour 46,5 % (graphique 1) du total (fiche 19) ;
- la consommation de soins de ville¹ : les soins en cabinets libéraux, en dispensaires, les soins de laboratoires et les cures thermales, pour 26,3 % du total (fiches 3 à 10 et 12) ;
- la consommation de transports de malades, 2,4 % du total (fiche 11) ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 17,1 % de la dépense (fiche 13) ; et la consommation d'autres biens médicaux, pour 7,6 % de la dépense (fiches 16 et 17).

Cette structure s'est déformée entre 2008 et 2016 : la part des médicaments recule de 3,0 points, au profit des autres biens médicaux (+1,1 point) et, dans une moindre mesure, des soins de ville (+0,8 point), des soins hospitaliers (+0,7 point) et des transports de malades (+0,4 point).

La CSBM progresse de 2,3 % en 2016

Depuis 2008, la progression annuelle de la CSBM est comprise entre 1,5 % et 3,3 % (graphique 2), alors que celle-ci se situait entre 4,0 % et 6,0 % durant la période 2002-2007. En 2008 et 2009, les niveaux de croissance de la CSBM restent supérieurs à 3,0 %. Les taux d'évolution les plus bas sont atteints ces dernières années : +1,5 % à +2,3 % depuis 2010, hormis de légers rebonds ponctuels en 2011 et en 2014 (respectivement +3,0 % et +2,7 %). Les rythmes de croissance de la CSBM particulièrement bas observés en 2010, 2012, 2013 et 2015 découlent de l'absence d'épisode grippal en 2010 et de reculs de la consommation des médicaments en 2012 (-1,0 %), 2013 (-1,8 %) et 2015 (-0,7 %). Les sursauts observés en 2011 et 2014 s'expliquent par la revalorisation de la consultation des médecins généralistes en 2010 et par la mise au remboursement de nouveaux traitements coûteux contre le virus de l'hépatite C en 2014. En 2016, la plupart des postes de la CSBM progressent plus vite qu'en 2015. Les soins de ville augmentent de 3,3 %, contre 2,3 % en 2015. En leur sein, les auxiliaires médicaux sont les premiers contributeurs à

la croissance en lien principalement du fait de la croissance structurelle des soins infirmiers et de masso-kinésithérapie (fiches 7 et 8). Les dépenses de médecins et des sages-femmes, deuxième contributeur à la croissance en 2016, augmentent de 2,7 %, contre 1,8 % en 2015. Cette progression s'explique principalement par la survenue de deux épisodes d'infections grippales en 2016 (contre un seul habituellement) et par la croissance du volume des actes techniques des spécialistes (fiches 3, 4 et 6). Les soins dentaires sont également plus dynamiques en 2016 qu'en 2015 (+2,9 % contre 1,6 %), en raison d'une plus forte augmentation des volumes de soins (+2,2 % contre 0,8 %). En 2016, la consommation de soins hospitaliers augmente de 2,2 %, contre 1,4 % en 2015. Cette évolution s'explique par une relative stabilité des prix (+0,2 %) – à l'inverse de l'année 2015 où les prix des soins hospitaliers ont baissé (-0,6 %) – dans un contexte de maintien de la progression des volumes (+2,0 % en 2016, après 2,1 % en 2015). La consommation de médicaments de ville augmente de nouveau légèrement en 2016 (+0,3 %), alors qu'elle reculait en 2015 (-0,7 %). Cette progression résulte d'une moindre diminution des prix (-3,7 % contre -4,0 % en 2015) et d'une hausse un peu plus rapide des volumes (+4,1 % contre +3,4 %). Enfin, les transports de malades (+4,4 %) et les autres biens médicaux (+3,6 %) restent des postes très dynamiques de la CSBM.

Le prix de la CSBM diminue pour la 7^e année consécutive

Le prix des soins et des biens médicaux recule depuis 2010 (graphique 4). En 2016, cette baisse est moins importante qu'en 2015. En effet, le prix des soins hospitaliers reste relativement stable alors qu'il diminuait en 2015 (-0,6 %). Par ailleurs, la baisse du prix des médicaments est un peu moins importante en 2016 qu'en 2015 (-3,7 % contre -4,0 %), du fait de moindres baisses de prix des spécialités remboursables. Enfin, depuis trois ans, la hausse du prix des soins de ville est quasi nulle (+0,2 %, après +0,4 % en 2015 et +0,3 % en 2014).

En 2016, le volume des soins et biens médicaux est un peu plus dynamique qu'en 2015

Chaque année depuis 2010, la CSBM croît légèrement plus vite en volume qu'en valeur. En 2016, sa croissance en volume atteint +2,9 %, après +2,4 % en 2015 (graphique 3). Tous les postes de la CSBM sont en croissance. Du fait de leur poids important, les soins hospitaliers contribuent pour 32,6 % à la croissance en volume de 2016. Les soins de ville et les médicaments y participent respectivement pour 27,6 % et 24,7 %.

¹ Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires, habituellement inclus dans le concept soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie.

Pour en savoir plus

> Annexes sur la méthodologie des comptes de la santé.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

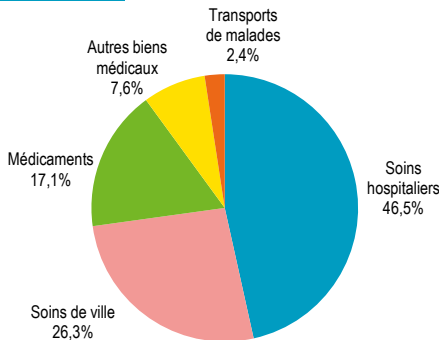
Montants en millions d'euros, évolution en %

	Montants (millions)										Évolution 2016/2015	Structure (%) 2016
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016			
Soins hospitaliers	75 390	78 335	80 315	82 457	84 564	86 680	89 069	90 360	92 350		2,2	46,5
Secteur public	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 635	69 724	71 290		2,2	35,9
Secteur privé	17 451	18 124	18 614	19 163	19 612	19 901	20 434	20 635	21 060		2,1	10,6
Soins ambulatoires	89 309	91 501	93 161	96 284	98 036	99 391	102 089	103 683	106 188		2,4	53,5
- Soins de ville	41 997	43 156	43 873	45 727	47 051	48 291	49 406	50 541	52 216		3,3	26,3
Soins de médecins et de sages-femmes	18 030	18 360	18 161	18 912	19 019	19 303	19 734	20 092	20 643		2,7	10,4
Soins d'auxiliaires médicaux	9 774	10 341	10 850	11 521	12 322	13 105	13 768	14 350	14 987		4,4	7,5
Soins de dentistes	9 500	9 654	9 988	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 073		2,9	5,6
Analyses de laboratoires	4 112	4 198	4 258	4 393	4 335	4 340	4 315	4 315	4 433		2,7	2,2
Cures thermales	320	320	328	332	353	364	387	396	412		3,9	0,2
Autres soins et contrats	262	282	288	290	543	584	616	632	668		5,7	0,3
- Médicaments en ambulatoire	33 134	33 611	33 720	34 217	33 864	33 253	34 147	33 906	34 002		0,3	17,1
- Autres biens médicaux *	10 812	11 166	11 825	12 488	13 047	13 559	14 123	14 632	15 163		3,6	7,6
- Transports de malades	3 365	3 568	3 745	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 807		4,4	2,4
Ensemble	164 699	169 836	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 043	198 538		2,3	100,0
CSBM en % du PIB	8,3	8,8	8,7	8,7	8,7	8,8	8,9	8,8	8,9			
CSBM en % de la consommation effective des ménages	11,8	12,2	12,1	12,2	12,3	12,4	12,6	12,6	12,6			
Évolution de la Valeur	3,3	3,1	2,1	3,0	2,2	1,9	2,7	1,5	2,3			
CSBM (en %) Prix	0,3	0,2	-0,4	-0,1	-0,3	-0,3	-0,3	-0,9	-0,6			
CSBM (en %) Volume	3,0	2,9	2,5	3,1	2,4	2,2	3,1	2,4	2,9			

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

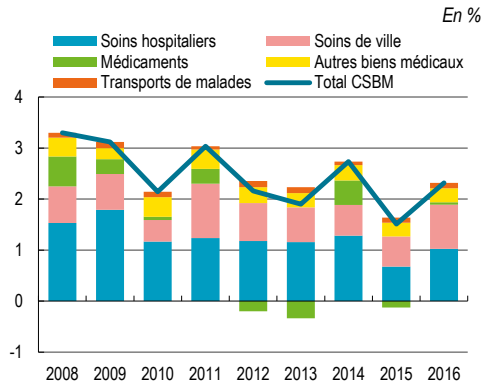
Source > DREES, comptes de la santé. Les données 2016 de la CSBM et de l'ensemble des postes de dépenses sont provisoires.

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2016



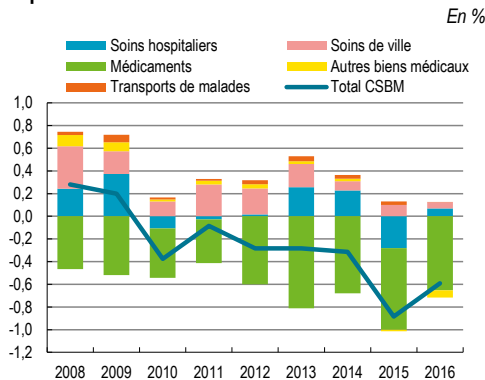
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Contributions à la croissance en valeur de la CSBM



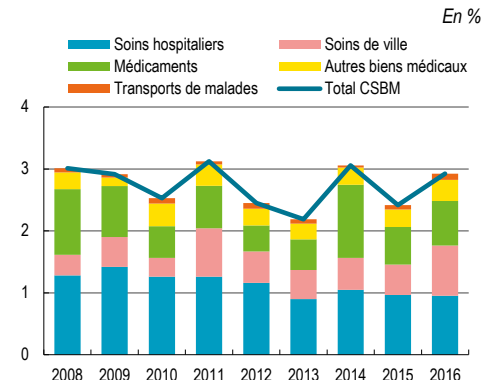
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Contributions à la croissance en prix de la CSBM



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Contributions à la croissance en volume de la CSBM



Source > DREES, comptes de la santé.

Entre 1950 et 2016, les dépenses de santé ont progressé en France à un rythme annuel moyen bien supérieur à celui du PIB : +9,9 % pour la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), contre +7,8 % pour le PIB en valeur. De ce fait, la part de la CSBM dans la richesse nationale a plus que triplé au cours de la période, passant de 2,5 % à 8,9 % 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 (graphique 1). Durant cette période, le système de santé se déploie : le développement et l'extension de la Sécurité sociale rend solvable la demande de soins, ce qui stimule en retour le développement de l'offre. La couverture maladie se généralise progressivement et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe ainsi de 50,9 % en 1950 à 78,6 % en 1985. Ainsi, l'ensemble des composantes de la CSBM est très dynamique pendant cette période. Les volumes de médicaments consommés progressent très fortement (+10,4 % en moyenne annuelle) [graphique 2]. La dépense hospitalière augmente nettement (un peu plus de 7,1 % par an en volume), du fait d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. En matière de soins de ville, le volume de la dépense progresse de 6,6 % par an en moyenne, en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques, etc.) et de demande. Les assurances complémentaires participent également au financement de cette demande : leur taux de couverture passe de 31,0 % en 1960 à 69,0 % en 1980.

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

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

La croissance de la CSBM se réduit dès le début des années 1980, en particulier celle des soins hospitaliers.

En effet, plusieurs mesures de limitation de la dépense de santé sont introduites dans un contexte de déficits récurrents de la branche maladie. En 1984, la dotation globale hospitalière est instaurée ; en 1986, le plan Séguin limite en particulier l'exonération du ticket modérateur aux seules dépenses liées aux affections de longue durée (ALD). Par la suite, les plans de financement de la Sécurité sociale, remplacés chaque année à partir de 1997 par les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), ont pour objectif annuel de limiter la croissance des dépenses d'Assurance maladie via la définition des objectifs nationaux de progression des dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

À partir du milieu des années 2000, des mesures organisationnelles (tarification à l'activité pour les soins hospitaliers à partir de 2004, parcours de soins coordonné en 2004, promotion des médicaments génériques) et de régulation financière accrue du système sont instaurées (instauration des participations forfaitaires en 2005 et des franchises médicales en 2008, renforcement graduel de la maîtrise médicalisée, des déremboursements ciblés 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 (graphique 1) progresse beaucoup plus lentement qu'auparavant, lors des périodes de croissance économique. En revanche, les périodes de dégradation de la croissance économique provoquent des ressauts de la CSBM dans le PIB. En 1993, celle-ci passe de 7,5 % à 7,8 % du PIB, entre 2000 et 2004 de 7,7 % à 8,4 % du PIB et en 2009 de 8,3 % à 8,8 % du PIB. Au total, elle progresse ainsi de 2,0 points entre 1985 et 2016 (contre 4,4 points durant la période précédente).

Sous l'effet notamment des différentes mesures de régulation et d'organisation du système (dotation globale puis T2A), la part des soins hospitaliers dans la CSBM a reculé depuis 1985 (graphique 3) et reste relativement stable depuis 2013 (aux alentours de 47 % de la CSBM).

À l'inverse, les dépenses d'autres biens médicaux et de transports sanitaires ont très fortement augmenté depuis 1985 (passant de 4 % à 10 % de la CSBM), stimulée en début de période, notamment par l'accroissement des prix (+3,9 % par an entre 1985 et 1995). En revanche, la part des soins de ville et des médicaments a légèrement baissé entre 1985 et 2016 (respectivement de 26,2 % à 25,6 % et de 18,5 % à 17,1 %), malgré l'innovation thérapeutique, en raison des mesures croissantes d'économie prises dans ces secteurs.

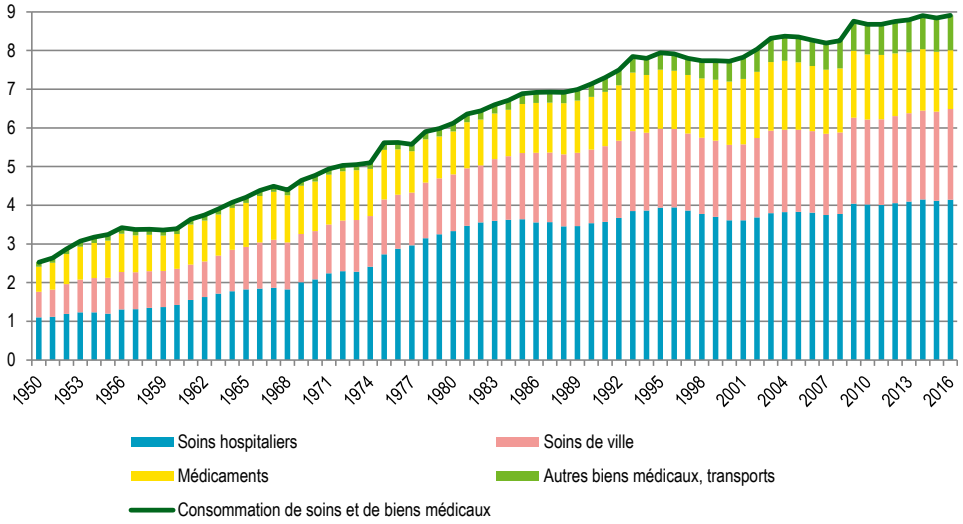
Pour en savoir plus

> **Cour des comptes.**, 2016, « Chapitre IV La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir », La Sécurité sociale, Paris, septembre.

> **Soual H.**, 2017, « Les dépenses de santé depuis 1950 », *Études et Résultats*, DREES, n° 1017, juillet.

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

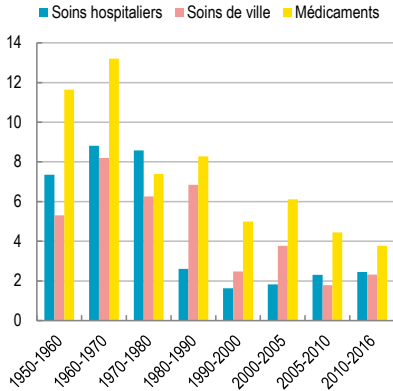
En % du PIB



Sources > DREES, comptes de la santé (base 2010) ; INSEE, comptes nationaux, base 2010 pour le PIB.

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

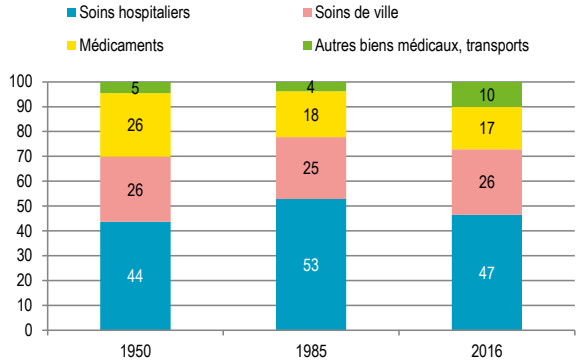
En %



Source > DREES, comptes de la santé (base 2010).

Graphique 3 Structure de la CSBM

En %



Source > DREES, comptes de la santé (base 2010).

Les soins ambulatoires

En 2016, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville** (en cabinets libéraux et en dispensaires) est évaluée à 8,8 milliards d'euros (tableau 1). Celle-ci est plus dynamique qu'en 2015 (+1,3 % contre 0,6 %).

Les volumes évoluent par à-coups, selon l'intensité et le calendrier des épidémies. En 2016, la consommation en volume est plus forte qu'en 2015 (+1,1 % contre 0,1 %) [graphique 1] en raison de la survenue de deux épisodes de grippe (un début 2016, l'autre en fin d'année), contre un seul généralement.

L'évolution des prix est liée à celle des tarifs des consultations, des actes, ainsi qu'à celle des dépassements d'honoraires (en repli depuis de nombreuses années : -2,8 % par an en moyenne depuis 2006).

Après une hausse en 2011 due à la revalorisation du tarif de la consultation de généraliste (de 22 à 23 euros au 1^{er} janvier), la croissance des prix est restée faible : +0,1 % en 2013, +0,2 % en 2014 +0,5 % en 2015 et +0,3 % en 2016. Hormis en 2011, la hausse des prix reste ainsi nettement inférieure à celle des années 2000 (+3,4 % en moyenne annuelle entre 2002 et 2008, contre +0,5 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2016), l'amélioration des revenus des professionnels prenant désormais d'autres formes (forfaits, ROSP etc.). Toutefois, l'indice des prix devrait repartir à la hausse en 2017, la convention signée en août 2016 avec l'Assurance maladie prévoyant plusieurs hausses de tarifs, et notamment celle de la consultation à 25 euros depuis le 1^{er} mai 2017.

Les dépassements poursuivent leur repli

Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (3,1 % en 2016) [graphique 2]. Ils sont en repli depuis de nombreuses années.

Ce repli découle d'une part de la diminution du nombre de médecins généralistes libéraux de secteur 2 (pratiquant des honoraires libres, -4,3 % par an en moyenne depuis 2006), [fiche 3]. D'autre part, la part des dépassements dans les honoraires des généralistes de secteur 2 est en

constante diminution depuis huit ans : elle est passée de 30,9 % en 2008 à 27,6 % en 2016 (graphique 2). Les accords signés en octobre 2012 entre l'Assurance maladie et trois syndicats de médecins afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins pourrait expliquer cette modération (fiche 4). En 2016, la nouvelle convention médicale conclue le 25 août 2016 poursuit la maîtrise des dépassements d'honoraires.

Les rémunérations forfaitaires représentent désormais une part significative des honoraires

En 2011, le montant des **honoraires moyens** par omnipraticien a progressé de 5,6 %, sous l'effet de la revalorisation de la consultation (graphique 3).

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

Les omnipraticiens concernés par la ROSP ont perçu à ce titre, en moyenne, 6 983 euros pour l'année 2016. Cela représente une dépense totale pour l'Assurance maladie d'environ 380 millions d'euros à destination des médecins généralistes, en augmentation de 3,2 % par rapport à 2015.

Entre 2006 et 2016, la part des rémunérations forfaitaires (contrats, permanence des soins, ROSP et forfait médecin traitant) dans la rémunération des généralistes a doublé, pour atteindre 13 % en 2016 (graphique 4). Symétriquement, la part des actes cliniques (consultations et visites) des rémunérations a diminué, revenant de 89 % en 2006 à 80 % en 2016. Dans le même temps, la part des actes techniques dans la rémunération des généralistes n'a que peu évolué (+1 point, à 7 % en 2016).

En 2016, le montant des honoraires moyens par omnipraticien a continué sa progression, un peu moins rapidement qu'en 2015 (+2,0 % contre 3,1 %). Cette évolution se décompose en une hausse du montant total des honoraires des généralistes de secteur 1 (+2,8 %) et en une baisse de ceux des généralistes de secteur 2 (-3,0 %), compte tenu des facteurs explicatifs déjà évoqués.

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

Médecin généraliste : par abus de langage, le terme est employé ici pour désigner les médecins omnipraticiens, qui regroupent à la fois les médecins généralistes au sens strict et les médecins à exercice particulier (MEP).

Pour en savoir plus

> **Le Garrec M-A.**, 2014, « L'évolution de la dépense de soins de médecins libéraux entre 2006 et 2013 », Comptes nationaux de la santé 2013, DREES.

Tableau 1 Consommation de soins de médecins généralistes en ville

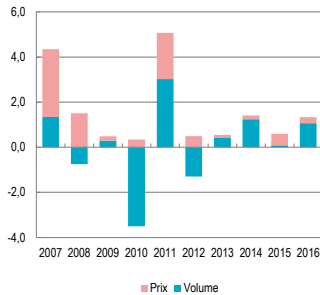
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommation totale (en millions €)	8 311	8 374	8 414	8 147	8 565	8 496	8 542	8 663	8 714	8 830
Évolution (en %)										
Valeur	4,4	0,8	0,5	-3,2	5,1	-0,8	0,5	1,4	0,6	1,3
Prix	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3
Volume	1,3	-0,7	0,3	-3,5	3,0	-1,3	0,4	1,2	0,1	1,1
ROSP (en millions €)						256	310	353	367	379

Note > La consommation de soins de médecins généralistes comprend les dépenses présentées au remboursement des régimes de base, les dépenses non présentées et les dépenses non remboursables (soins de médecins non conventionnés...). La ROSP est retracée dans le poste « autres soins et contrats » de la CSBM, ainsi que les contrats et autres rémunérations forfaitaires. L'indice de prix INSEE présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). À compter de l'édition 2017, l'INSEE produit deux indices spécifiques pour chaque catégorie de médecins. En 2016, l'effet prix des soins de médecins généralistes s'élève à +0,2 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

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

En %

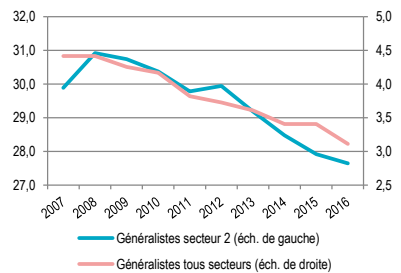


Note > L'indice de prix est commun aux médecins généralistes et spécialistes

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires des généralistes libéraux

En %

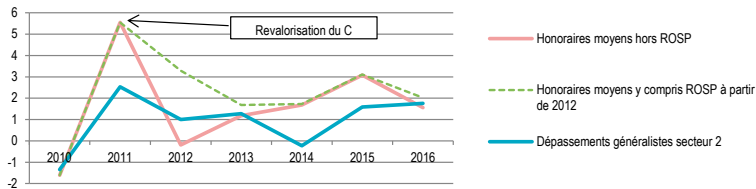


Champ > Honoraires des généralistes libéraux, honoraires perçus en établissements privés inclus, hors ROSP ; France entière.

Source > CNAMTS, SNIR, AMOS, calculs DREES.

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

En %

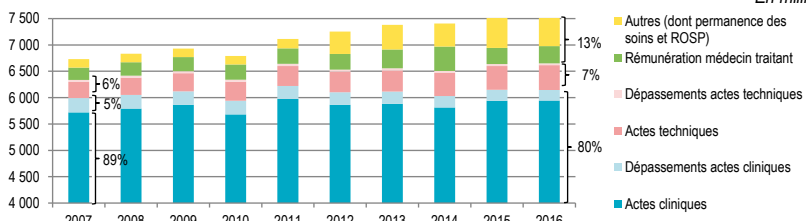


Champ > Médecins généralistes libéraux actifs à part entière, i.e. ayant exercé une activité libérale normale pour une année complète. Sont exclus les médecins de plus de 65 ans, ceux qui se sont installés en cours d'année, ceux qui exercent à l'hôpital à temps plein et ceux qui ne sont pas conventionnés.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

Source > CNAMTS, SNIR jusqu'en 2014, AMOS à partir de 2015, calculs DREES.

Graphique 4 Structure de la dépense présentée* de soins d'omnipraticiens libéraux en cabinet de ville

En millions d'euros



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

Source > CNAMTS, régime général, France métropolitaine, traitement DREES.

En 2016, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville (en cabinets libéraux et en dispensaires) s'élève à 11,5 milliards d'euros (tableau 1), en forte augmentation (+3,7 %, après +2,6 % en 2015).

La croissance des volumes, qui avoisinait 1,0 % par an de 2007 à 2012, est nettement plus rapide depuis et s'élève à 3,4 % en 2016. Cette accélération est portée par l'augmentation du nombre d'actes techniques, notamment de scanners et d'IRM, dont les volumes ont connu une croissance de près de 10 % en moyenne annuelle de 2007 à 2015.

L'évolution des prix est liée à la fois à celle des tarifs des consultations, des actes et des dépassements d'honoraires. Elle est de 0,3 % en 2016 (après +0,5 % en 2015).

Les honoraires moyens des spécialistes progressent plus vite que les dépassements en 2016

Depuis 2013, les honoraires moyens par médecin spécialiste progressent à un rythme supérieur à 3,0 % en raison notamment d'évolutions de structures d'activité plus orientées vers les actes techniques, et non d'effets tarifaires.

La rémunération sur objectif de santé publique (ROSP), complément de rémunération versé depuis 2012 en fonction du degré d'atteinte d'objectifs, a légèrement tiré à la hausse la croissance de leurs honoraires moyens lors de son introduction en 2012. Elle ne modifie toutefois pas la dynamique observée les années suivantes. Les objectifs d'organisation du cabinet (utilisation de logiciels médicaux, affichage des horaires, etc.) concernent tous les spécialistes. En revanche, seules quatre spécialités ont reçu en sus des objectifs de pratique clinique dédiés : il s'agit des spécialistes en cardiologie, en maladies vasculaires, en gastroentérologie et en hépatologie. Les spécialistes concernés par la ROSP ont perçu en moyenne 945 euros au titre de l'année 2016, selon la CNAMTS, soit une dépense totale d'environ 34 millions d'euros.

Depuis 2012, la progression des dépassements d'honoraires des spécialistes exerçant en secteur 2 (honoraires libres, seuls habilités à pratiquer des dépassements) tend à s'infléchir. Les dépassements par spécialiste de secteur 2 en activité à part entière (APE) augmentent de +2,6 % de 2012 à 2016, contre +4,9 % par an en moyenne de 2006 à 2011 (graphique 1). Mais, globalement, la masse des dépassements d'honoraires des spécialistes libéraux de secteur 2 augmente moins vite que leurs honoraires totaux depuis 2012. En conséquence, la part des dépassements dans leurs honoraires diminue : après avoir crû de 0,4 point par an en moyenne entre 2006 et 2011, elle a reculé de 0,4 point

par an depuis lors. En 2016, elle est estimée à 33,3 % en moyenne (graphique 2).

Le nombre de médecins spécialistes exerçant en secteur 2 continuant d'augmenter (+1,7 % en 2016) [fiche 5], la part des dépassements dans les honoraires des spécialistes tous secteurs confondus a néanmoins poursuivi sa progression jusque récemment (+0,5 point en moyenne de 2006 à 2014). Depuis 2015, elle se stabilise autour de 17,6 %, une part qui reste toutefois bien supérieure à celle des médecins généralistes (3,1 %).

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

Afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins, un accord a été signé en octobre 2012 entre l'assurance maladie et trois syndicats de médecins. Au 31 décembre 2015, près de 11 249 médecins ont signé le nouveau contrat d'accès aux soins (CAS), par lequel ils s'engagent à limiter leurs dépassements d'honoraires en contrepartie de certaines revalorisations et d'une prise en charge partielle de leurs cotisations sociales par l'assurance maladie. Il s'agit principalement de médecins spécialistes (77 % des signataires). De plus, depuis le 1^{er} avril 2015, dans le cadre de la réglementation des contrats « responsables », les remboursements des organismes complémentaires sont plafonnés à 125 % du tarif de la Sécurité sociale pour les médecins non signataires du CAS. Enfin, la nouvelle convention médicale, signée le 25 août 2016, a renouvelé l'objectif de maîtrise des dépassements d'honoraires.

La structure des soins des médecins spécialistes libéraux est très différente de celle des généralistes. Elle s'est déformée depuis 2006 : si le montant des actes cliniques (y compris dépassements) est resté quasiment stable (+0,5 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2016), celui des actes techniques a, en revanche, progressé de 3,3 % en moyenne annuelle. Sa part dans la dépense présentée a ainsi gagné plus de 7 points, passant de 56 % en 2006 à 63 % en 2016 (graphique 3).

Au cours de cette période, la croissance des dépassements d'honoraires a concerné ces deux types d'actes (respectivement +1,9 % et +6,1 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2016 pour les dépassements sur actes cliniques et sur actes techniques) et a été nettement plus forte que celle des honoraires facturés au tarif opposable.

Les rémunérations forfaitaires (notamment permanence des soins et ROSP) représentent moins de 1 % de la dépense présentée, soit une part très inférieure à celle constatée pour les médecins généralistes (13 %).

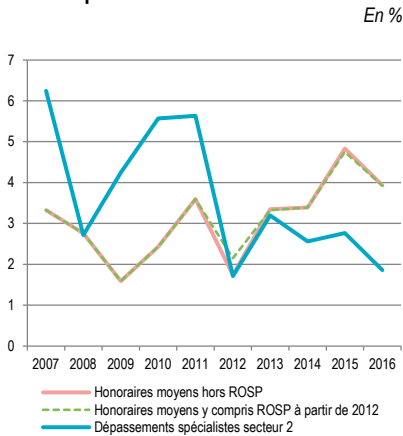
Tableau 1 Consommation de soins de médecins spécialistes en ville

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommation totale (en millions €)	9 310	9 520	9 798	9 855	10 175	10 334	10 542	10 829	11 108	11 520
Évolution du total (en %) Valeur	3,9	2,2	2,9	0,6	3,2	1,6	2,0	2,7	2,6	3,7
Prix	3,0	1,5	0,2	0,3	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3
Volume	0,8	0,7	2,7	0,2	1,2	1,1	1,9	2,5	2,1	3,4
ROSP (en millions €)						31	35	37	34	34

Note > Les soins de médecins de ville excluent les honoraires perçus lors de consultations en établissement privé (retracés dans la dépense hospitalière), ainsi que les contrats, la permanence des soins et la ROSP (retracés dans le poste « autres soins et contrats »). L'indice de prix INSEE présenté ici est commun à l'ensemble des médecins (spécialistes et généralistes). À compter de l'édition 2017, l'INSEE produit deux indices spécifiques pour chaque catégorie de médecin pour l'exercice 2016. Afin de garantir l'homogénéité des séries, et ne disposant que de ces nouveaux indices pour l'exercice 2016, est présenté dans cet ouvrage l'indice agrégé pour l'ensemble des médecins. En 2016, l'effet prix des soins de médecins spécialistes s'élève à +0,4 %.

Source > DREES, comptes de la santé.

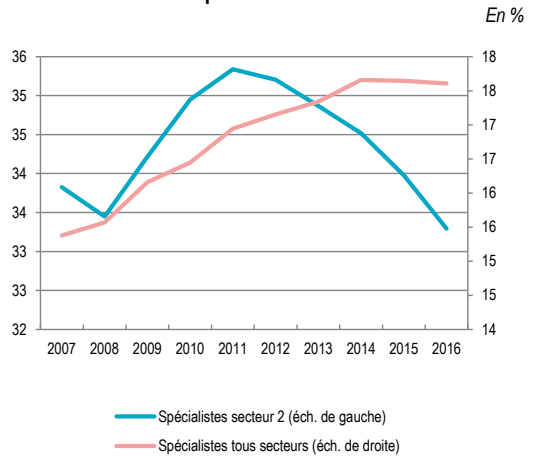
Graphique 1 Évolution des honoraires annuels moyens des médecins libéraux en activité à part entière



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

Source > CNAMTS, AMOS, calculs DREES.

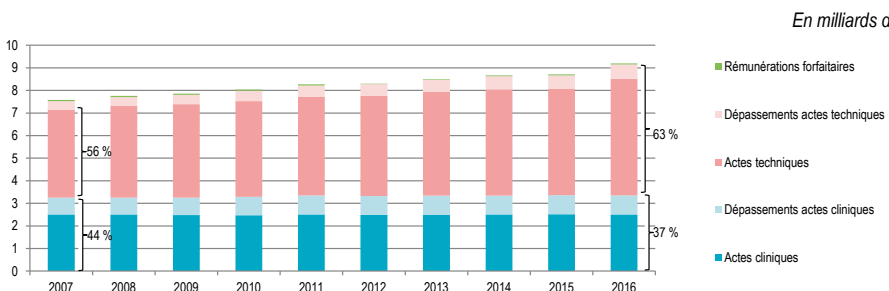
Graphique 2 Part des dépassements dans les honoraires des spécialistes libéraux



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

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure de la dépense présentée* de soins de spécialistes libéraux en cabinet de ville



* Dépense présentée au remboursement = dépense au tarif opposable + dépassements d'honoraires. La consommation de soins de médecins spécialistes comprend les dépenses présentées au remboursement des régimes de base (CNAMTS, RSI, MSA etc.), les dépenses non présentées et les dépenses non remboursables (soins de médecins non conventionnés etc.). En revanche, la ROSP est retracée dans le poste « autres soins et contrats » de la CSBM.

Source > CNAMTS, régime général, France métropolitaine, traitement DREES.

En 2016, près de 225 000 médecins¹ pratiquent en France (tableau), dont 58 % exercent comme médecins libéraux et mixtes (exerçant à la fois en libéral et en salarié). Parmi les médecins exclusivement salariés, 72 % exercent à l'hôpital.

Les médecins de plus en plus souvent salariés

Quoique toujours en hausse, les effectifs de médecins continuent de ralentir en 2016. Depuis 2012, la principale contribution à la croissance des effectifs de médecins est le salariat hospitalier (graphique 1). Les médecins salariés non hospitaliers contribuent aussi aux effectifs, mais dans une moindre mesure. Enfin, l'exercice libéral ou mixte est en déclin : il contribuait positivement en 2013, était neutre en 2014 et contribue à la baisse depuis. Cette dynamique provoque une déformation de la structure d'exercice : la part des médecins libéraux diminue de nouveau en 2016 au profit des salariés, notamment hospitaliers.

La formation des médecins étant longue, le ralentissement des effectifs n'est pas compensé par la hausse continue du *numerus clausus*, qui s'établit à 8 124 places en 2016 (tableau), soit plus du double du niveau en vigueur jusqu'en 2001. En 2016, le *numerus clausus* continue d'accélérer sensiblement à +6,3 % après +2,0 % en 2015 et +0,1 % en 2014.

La part des spécialistes en secteur 2 s'accroît

Selon les données de la base AMOS, différente du RPPS, 114 000 médecins libéraux exercent en France fin 2016. Leurs effectifs continuent de décroître, de -0,6 % en 2016 (après -0,8 % en 2015), tant pour les omnipraticiens que pour les spécialistes.

La structure entre omnipraticiens et spécialistes est stable dans le temps : un peu plus de la moitié des médecins libéraux sont omnipraticiens. Compte tenu des restrictions d'accès au secteur 2, la part des omnipraticiens libéraux exerçant en secteur 1 – ceux appliquant le tarif conventionnel de la Sécurité sociale – est en croissance régulière depuis 2000 et dépasse de 90 % en 2016.

En revanche, chez les spécialistes libéraux, la part de praticiens en secteur 1 recule de 63 % en 2000 à 55 % en 2015, soit une baisse moyenne de 0,5 point de pourcentage par an. Cette baisse s'accroît en 2015 (-0,6 point) et en 2016 (-0,9 point). Ainsi en 2016, 45 % des spécialistes exercent en secteur 2. Cette accélération de la part du secteur 2 s'explique par la dynamique des

effectifs de spécialistes en anesthésie, gynécologie-obstétrique, radiologie, psychiatrie et neuropsychiatrie. Ces cinq spécialités expliquent plus de la moitié de la hausse en secteur 2 en 2015 et en 2016.

Beaucoup plus de jeunes médecins

La population de médecins de moins de 34 ans bondit de 9 % en 2016, la dynamique étant un peu plus marquée chez les femmes. Le mouvement de féminisation s'accroît avec les jeunes générations (graphique 3). Globalement, la part des femmes passe de 44,2 % en 2015 à 44,9 % en 2016. Les dernières projections de la DREES anticipent une hausse continue de la féminisation jusqu'à dépasser 60 % de femmes médecins en 2040.

De ce fait, l'activité salariée sera vraisemblablement de plus en plus prégnante, les femmes exerçant plus rarement en libéral. Malgré cette féminisation de la profession, les choix de spécialités restent très sexués. Ainsi, les femmes choisissent majoritairement la gynécologie (plus de 84 %), la pédiatrie (78 %), l'hématologie (77 %) ou la dermatologie (84 %). Elles sont en revanche moins de 40 % à opter pour les spécialités chirurgicales.

Les inégalités régionales persistent, malgré un léger repli

En 2016, la densité moyenne de praticiens progresse légèrement à 340 médecins pour 100 000 habitants en France, contre 337 un an auparavant. La densité est maximale en région PACA et en Île-de-France (carte) qui comptent environ 400 médecins pour 100 000 habitants, malgré une densité en baisse dans ces deux régions. À l'opposé, la densité est minimale à Mayotte et en Guyane (avec respectivement 87 et 220 médecins pour 100 000 habitants). En 2016, les disparités régionales persistent, malgré une légère diminution des écarts de densité entre région. Ainsi, avec environ 300 médecins pour 100 000 habitants, la situation de la Guadeloupe, la Martinique et les Hauts-de-France s'améliore, tandis que celle des régions Centre-Val de Loire et Normandie se dégrade. La Guyane dont la densité est relativement faible, voit celle-ci diminuer d'environ 3 %. En revanche, la densité de Mayotte, zone de plus faible densité, progresse de près de 6 %.

¹ Les effectifs renseignés pour l'année 2016 correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire RPPS au 1er janvier 2017 et inscrits au SNIR au 31 décembre 2016.

Pour en savoir plus

> **Anguis M. avec la collaboration du Centre national de gestion**, 2017, « En 2016, 7 700 étudiants affectés à l'issue des premières épreuves classantes nationales informatisées », *Études et Résultats*, DREES, n° 1006, mars.

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

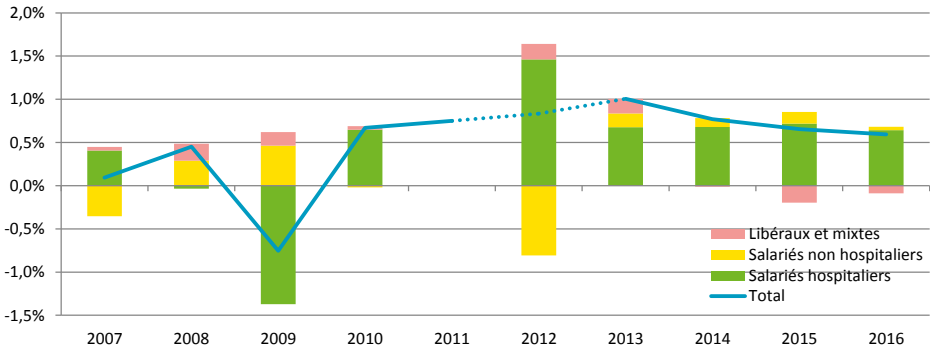
> Données sur la démographie médicale au 1^{er} janvier 2017, téléchargeables sur [Data.Drees. \(www.data.drees.sante.gouv.fr\)](http://Data.Drees. (www.data.drees.sante.gouv.fr))

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

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution (%) 2015/2014	Evolution (%) 2016/2015
Médecins libéraux et mixtes	124 706	125 127	125 458	125 547	129 721	130 106	130 477	130 449	130 006	129 809	-0,3%	-0,2%
Médecins salariés	88 168	88 694	86 586	87 895	87 041	88 190	89 997	91 701	93 565	95 066	2,0%	1,6%
dont salariés hospitaliers	65 263	65 188	62 135	63 488	59 061	62 098	63 555	65 027	66 596	68 009	2,4%	2,1%
Ensemble	212 874	213 821	212 044	213 442	216 762	218 296	220 474	222 150	223 571	224 875	0,6%	0,6%
Numerus clausus	7 100	7 300	7 400	7 400	7 400	7 500	7 492	7 497	7 646	8 124	2,0%	6,3%

Note > Le changement de répertoire (passage d'ADELI au RPPS) en 2011 ne permet pas d'analyser l'évolution 2010-2011.
 Les effectifs renseignés pour l'année N correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire RPPS au 1^{er} janvier N+1.
Source > DREES, ADELI 2006-2010, RPPS 2011-2016 (France entière), Legifrance.

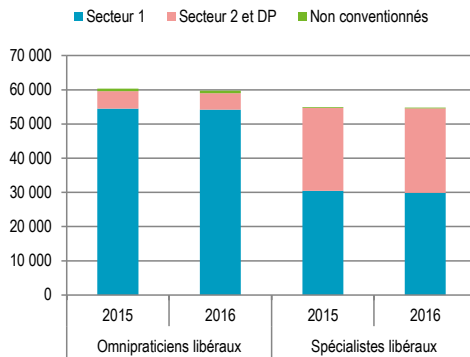
Graphique 1 Évolution des effectifs de médecins et ses contributions par mode d'activité



Note > Le changement de répertoire (passage d'ADELI au RPPS) en 2011 ne permet pas d'analyser l'évolution 2010-2011.
Source > DREES, ADELI 2006-2010, RPPS 2011-2016 (France entière), calculs DREES.

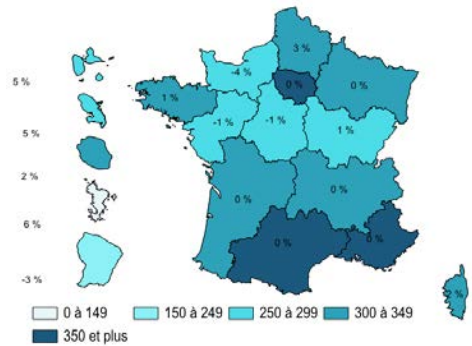
Graphique 2 Effectifs des médecins libéraux

En milliers



Carte Densité de médecins en 2016 et évolution

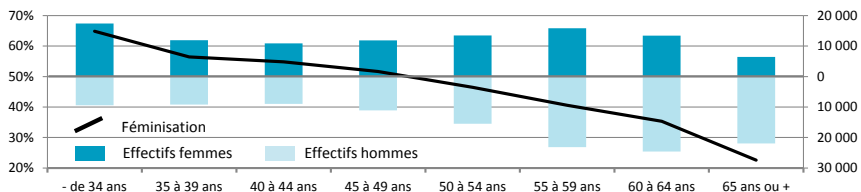
Pour 100 000 habitants



Note > DP : droit permanent à dépassement (dispositif en extinction, antérieur à la création du secteur 2).
Source > CNAMTS, SNIR en 2015 et AMOS en 2016 (France entière).

Lecture > La densité de médecins en Normandie est comprise entre 250 et 299 en 2016, en contraction de 3,7 % sur un an.
Sources > DREES, RPPS 2016 ; INSEE pour la population.

Graphique 3 Répartition des médecins selon l'âge et le sexe et taux de féminisation en 2016



Source > DREES, RPPS 2016 (France entière).

La consommation de soins de sages-femmes en ville, qui exercent au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, reste dynamique en 2016 malgré un léger ralentissement (+8,8 %, après +10,9 % en 2015). Elle s'établit ainsi à 293 millions d'euros en 2016 (tableau 1).

La montée en charge du PRADO dynamise la consommation

Entre 2008 et 2012, la consommation de soins de sages-femmes était globalement très dynamique avec une croissance annuelle de près de 8,0 %. Entre 2013 et 2015, la consommation a nettement accéléré à un rythme annuel d'environ 13,0 %, du fait de la montée en charge du Programme de retour à domicile organisé (PRADO). Le PRADO, qui vise à réduire la durée du séjour en maternité après l'accouchement, comprend deux visites à domicile d'une sage-femme après la sortie de la maternité. Depuis 2012, le nombre de naissances en France diminue, mais l'effet du PRADO l'emporte au cours de la période sur ce pur effet démographique.

Entre 2009 et 2015, les honoraires moyens par sage-femme libérale augmentaient en moyenne de 2,0 % par an, avec des à-coups notamment en 2013 où le déploiement du PRADO a fortement stimulé les honoraires par tête (+5,5 %). En 2016, les honoraires par tête des sages-femmes libérales diminuent de 0,2 %, (tableau 2), pour s'établir à 54,2 K€. Cette contraction s'explique notamment par un rythme de croissance des effectifs de sages-femmes plus élevé en 2016 (+2,1 %, contre +1,8 % en moyenne sur 2009-2015) combiné à la baisse du nombre de naissances et à la fin de la montée en charge du PRADO.

L'activité des sages-femmes libérales continue de se transformer

L'activité des sages-femmes libérales est diversifiée : visites à domicile, actes infirmiers et non infirmiers, forfait de surveillance, préparation à l'accouchement etc. Depuis 2007, les parts de ces activités ont évolué. Les visites à domicile associées à la surveillance après accouchement, ainsi que les actes non infirmiers se sont développés, notamment à partir de 2013 du fait de la mise en place du PRADO. Inversement, les actes infirmiers et les préparations à l'accouchement représentent une part déclinante 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.

Grâce à la loi du 26 janvier 2016, les sages-femmes peuvent notamment prescrire et pratiquer des IVG médicamenteuses, plusieurs vaccinations pour les parturientes, nouveau-nés ainsi que pour l'entourage. Elles sont également habilitées à prescrire des substituts nicotiniques. Cet élargissement de compétences intervient alors que la DREES prévoit une baisse de la population de gynécologues, dont la consommation est retracée dans la fiche 4 relative aux spécialistes. Une telle évolution des pratiques serait susceptible de soutenir la progression de la consommation de soins de sages-femmes.

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

En 2016, la hausse des effectifs s'accompagne d'une modification du mode d'exercice : les effectifs de sages-femmes salariées en France métropolitaine (hospitalières ou non) diminuent de 1,6 point par rapport à 2015 pour atteindre 71% des effectifs. Symétriquement, la part des sages-femmes exerçant en libéral augmente jusqu'à 29 % (tableau 3). Ce glissement du salariat vers le libéral serait à rapprocher de la structure par âge de la population : la catégorie la plus nombreuse (30-34 ans) correspond à l'âge où l'expérience acquise peut être propice à une installation en libéral. Le métier reste très féminin, avec moins de 3 % d'hommes.

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

La densité moyenne de sages-femmes est de 156 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, mais les sages-femmes sont inégalement réparties sur le territoire (carte). En Métropole, la densité est minimale en Île-de-France, avec 126 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, alors qu'elle est maximale en Auvergne-Rhône-Alpes (181). La très forte densité dans les DROM, au-delà de 190 sages-femmes pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, pourrait s'expliquer par la natalité plus forte qu'en Métropole, et par un rôle spécifique joué Outre-mer par les sages-femmes dans un contexte de moindres dotations en médecins gynécologues.

La consommation de soins de sages-femmes en ville retracée ici ne comprend pas l'activité des sages-femmes en établissement, comptabilisée dans la dépense hospitalière des comptes de la santé.

Pour en savoir plus

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

En 2016, la consommation de soins infirmiers en ville (infirmiers libéraux et en centres de santé), est un peu moins dynamique, à +4,4 % (après 5,2 %) pour atteindre 7,9 milliards d'euros (tableau 1). Les services de soins infirmiers à domicile (fiches 32 et 33), qui ne sont pas dans le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), progressent aussi plus lentement en 2016 à +0,9 % (après +1,3 %). Le poste « soins infirmiers en ville » reste l'un des plus dynamiques de la CSBM, en dépit de la franchise de 0,50 euro appliquée à chaque acte depuis 2008 afin de contenir la dépense. Cette franchise est cependant plafonnée à 2 euros par jour et un plafond annuel de 50 euros a été instauré sur l'ensemble des actes des auxiliaires médicaux, transports sanitaires et des médicaments.

Une croissance portée par l'offre et la demande

Entre 2007 et 2012, les soins infirmiers étaient particulièrement dynamiques : leur croissance annuelle moyenne était de l'ordre de 7,8 %, portée à la fois par les volumes et les prix (graphique 2). En effet, pendant cette période, les actes, l'indemnité forfaitaire de déplacement et la majoration du dimanche ont été revalorisés en juillet 2007, avril 2009 et mai 2012. À partir de 2013, les soins infirmiers (en volume) restent dynamiques malgré un ralentissement. 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. La dernière réévaluation des cotations date de septembre 2014. Ce changement de cotation s'est traduit par un pur effet de volume.

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 soin. Par exemple, à partir de 2012, le programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation (PRADO) est étendu pour les patients de chirurgie orthopédiques ainsi qu'aux patients souffrant de pathologies chroniques : la durée moyenne des séjours diminue tandis que la prise en charge en soins de ville est favorisée. Ces deux facteurs de croissance favorisent aussi bien les actes infirmiers de soins que les actes médicaux infirmiers. Aussi, la structure des dépenses remboursables est stable en 2016 : 47 % des dépenses concernent des actes médico-infirmiers (injection, pansements, etc.), 34 % des actes infirmiers de soins (séances de soins, surveillance, etc.) et 19 % sont relatifs aux frais de déplacement (graphique 1).

Cette demande dynamique rencontre une offre étayée par des effectifs croissants. Depuis 2007, les effectifs d'infirmier e s progressent de 3,7 % par an en moyenne. 681 000 infirmiers exercent en France en 2017 (tableau 1). Cette forte croissance des effectifs affecte peu la structure des modes d'exercices. En 2016, en France métropolitaine, 67,3 % des infirmiers sont salariés hospitaliers (contre 73,1 % en 2007), 18,0 % sont libéraux (contre 14,9 % en 2007) et 17,4 % sont salariés en dehors de l'hôpital (contre 14,2 % en 2007). Cette évolution rejoint celle du développement des structures d'accueil des personnes âgées et de l'ambulatoire.

La part des femmes reste prépondérante

En 2016, le taux de féminisation reste très élevé à 86,7 % (tableau 3). Depuis 2010, ce taux baisse continuellement de 0,1 point par an. La hiérarchie de la féminisation par mode d'exercice reste identique.

Les infirmiers sont en moyenne âgés de 44,2 ans, sans grande disparité selon le mode d'exercice.

De très grandes disparités territoriales

La densité d'infirmiers libéraux est très inégale sur le territoire (carte), la moyenne nationale étant de 183 infirmiers libéraux pour 100 000 habitants. La Corse, la Guadeloupe et la Martinique ont une densité supérieure à 350. Les régions d'Occitanie et de Provence-Alpes-Côte d'Azur arrivent ensuite. La région la moins dotée est l'Île-de-France qui ne compte que 86 libéraux pour 100 000 habitants. La répartition des infirmiers s'expliquerait notamment par la structure démographique des régions : la densité tend à croître 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 complémentaire. La Cour des comptes précise que ces disparités géographiques contribuent au dynamisme de la dépense totale, et pose la question de la pertinence des actes (part croissante des actes de nursing).

Ces disparités ne semblent pas se résorber en 2016 : la densité progresse dans toutes les régions – de +2 % en Bretagne à +9 % en Guadeloupe –, sauf à Mayotte où elle se contracte de 1 %. En Île-de-France, région la moins dotée, la densité progresse de 5 %, soit à peine plus qu'en Corse, en Provence-Alpes-Côte d'Azur ou en Occitanie.

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS)**, 2016, Rapport Charges et Produits pour l'année 2017, Partie 2.2 « Prendre le virage ambulatoire », juillet.
- > **Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS)**, 2015, Rapport Charges et Produits pour l'année 2016, Chapitre 6 « Favoriser le virage ambulatoire », juillet.
- > **Cour des comptes**, 2016, Rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016, Chapitre IX, septembre.

Tableau 1 Consommation de soins infirmiers

Montants en millions d'euros, évolution en %

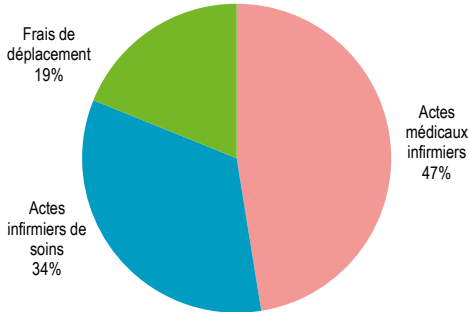
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommation	4 365	4 691	5 131	5 477	5 893	6 357	6 787	7 161	7 534	7 863
<i>Évolution</i>	8,5	7,5	9,4	6,7	7,6	7,9	6,8	5,5	5,2	4,4
SSIAD	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583	1 597
<i>Évolution</i>	8,7	9,5	8,3	1,8	4,8	5,1	4,6	1,7	1,3	0,9

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

Les rémunérations des infirmiers au titre de contrats signés avec l'assurance maladie représentent 2 millions d'euros en 2016. Elles sont retracées dans le poste « autres soins et contrats ».

Source > DREES, comptes de la santé.

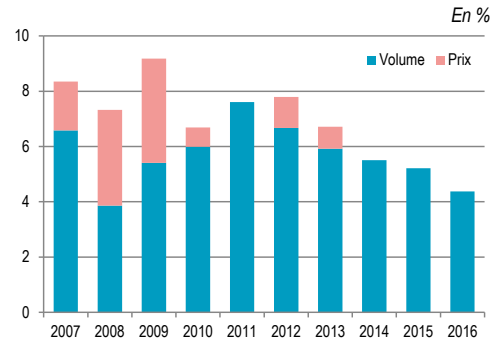
Graphique 1 Structure des dépenses remboursables de soins infirmiers en 2017



Champ > France métropolitaine, assurés du régime général.

Source > CNAMTS.

Graphique 2 Taux d'évolution des soins infirmiers



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Effectifs des infirmiers

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2016 (%)	Structure 2016 (%)
Ensemble des infirmiers	507 514	528 389	547 861	567 564	595 594	616 796	638 248	660 611	681 459	3,2%	100,0%
Métropole	495 834	515 754	534 378	552 908	579 866	600 170	621 225	642 875	663 162	3,2%	97,3%
Saliés hospitaliers	351 728	362 831	371 382	380 315	395 527	405 372	414 596	424 347	434 542	2,4%	63,8%
Autres salariés	70 596	75 733	80 753	85 357	91 536	96 549	102 135	107 497	112 436	4,6%	16,5%
Libéraux	73 510	77 190	82 243	87 236	92 803	98 249	104 494	111 031	116 184	4,6%	17,0%
DOM	11 680	12 635	13 483	14 656	15 728	16 626	17 023	17 736	18 297	3,2%	2,7%

Source > DREES, ADELI, professionnels de santé inscrits au répertoire au 1^{er} janvier N+1.

Tableau 3 Démographie des infirmiers par mode d'exercice

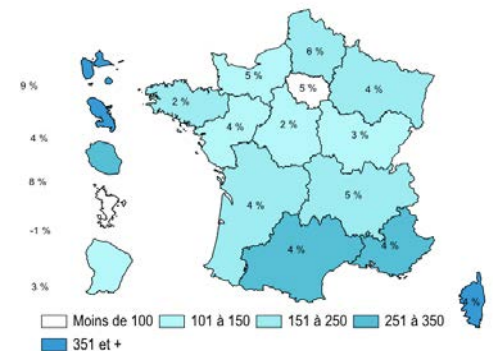
	Âge moyen	Part des femmes (en %)
Ensemble	44,2	86,7%
Infirmiers libéraux	44,3	83,5%
Saliés hospitaliers	43,9	86,6%
Autres salariés	45,5	90,5%

Champ > France entière.

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

Carte Densité des infirmiers libéraux

Pour 100 000 habitants



Sources > DREES, ADELI ; INSEE pour la population.

La consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes délivrés en ville s'élevé à 5,8 milliards d'euros en 2016, soit +4,5 % par rapport à 2015 (tableau). Cela en fait l'un des postes les plus dynamiques de la CSBM. Cette hausse est entièrement portée par celle des volumes (+ 4,5 %). Les prix sont en effet stables en 2016, en l'absence de revalorisation tarifaire.

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

L'indice de prix des masseurs-kinésithérapeutes est resté stable entre 2004 et 2011, malgré la signature d'une nouvelle convention en 2007. La revalorisation s'était alors traduite par une hausse du nombre de coefficients – et non des tarifs – de certains actes, ce que l'indice des prix à la consommation (IPC) ne traduit pas en augmentation de prix mais en hausse du volume (voir avertissement méthodologique fiche 12).

Le 1^{er} juillet 2012, les actes ont en revanche fait l'objet d'une revalorisation : le tarif de l'**AMC-AMK-AMS** (voir définitions) est passé de 2,04 à 2,15 euros et l'indemnité forfaitaire de déplacement de 2,30 à 2,50 euros. Les prix ont donc augmenté de 3,0 % en 2012 et de 3,4 % en 2013 sous l'effet « année pleine » de cette revalorisation. Depuis 2014, les prix sont stables, en l'absence de nouvelle revalorisation.

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

De 2001 à 2007, les volumes de soins de masso-kinésithérapie ont augmenté de 5,8 % par an en moyenne (graphique 1). À la suite des mesures de maîtrise médicalisée, comme l'accord préalable nécessaire pour certaines séries d'actes ou les référentiels, ces volumes progressent désormais moins vite : ils augmentent de

3,4 % par an en moyenne depuis 2007. Cette hausse reste toutefois soutenue : à titre de comparaison, durant la même période, la CSBM a augmenté de 2,5 % par an en moyenne.

Le dynamisme structurel des volumes de soins de masso-kinésithérapie est partiellement lié au vieillissement de la population. Sur le champ des assurés du régime général, les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) représentent en effet 68 % de la consommation de soins de kinésithérapie en 2016. Ces actes, auxquels recourent les personnes âgées dépendantes, occupent une place de plus en plus importante dans la consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes, puisqu'ils ne représentaient que 62 % de l'activité en 2008 (graphique 2). En 2016, les actes classiques (AMK) couvrent 25 % de l'activité. Les actes effectués en établissements sont plus marginaux et ne représentent que 3 % de la consommation. Enfin, les frais de déplacements des praticiens représentent 4 % de la dépense, soit un niveau assez stable.

Les effectifs de masseurs-kinésithérapeutes croissent rapidement

La dynamique des volumes de soins de masso-kinésithérapie se reflète aussi dans la forte croissance des effectifs de praticiens. On dénombrait en effet 86 500 masseurs-kinésithérapeutes en 2015, contre 55 000 en 2000, soit une croissance de 3 % par an en moyenne (voir « les dépenses de santé en 2015 », les effectifs de masseurs kinésithérapeutes en 2016 n'étant pas encore disponibles). La croissance des effectifs s'explique par l'élargissement progressif du nombre de places ouvertes aux étudiants masseurs-kinésithérapeutes et par l'accueil de professionnels formés à l'étranger.

Définitions

AMC : actes de kinésithérapie en établissement.

AMK : actes de kinésithérapie classiques, pratiqués en cabinet ou au domicile du patient.

AMS : actes de rééducation des affections orthopédiques et rhumatologiques.

Pour en savoir plus

> **Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS)**, 2016, Rapport Charges et Produits pour l'année 2017, CNAMTS, partie 5.2 « La régulation démographique des masseurs-kinésithérapeutes libéraux », juillet.

> **DREES**, 2016, « Les professionnels de santé à diplôme étranger », *Portrait des professionnels de santé – édition 2016*, coll. Panoramas de la Drees – Santé.

> **DREES**, 2016, *Les dépenses de santé en 2015, résultats des comptes de la santé*, coll. Panoramas de la Drees – Santé.

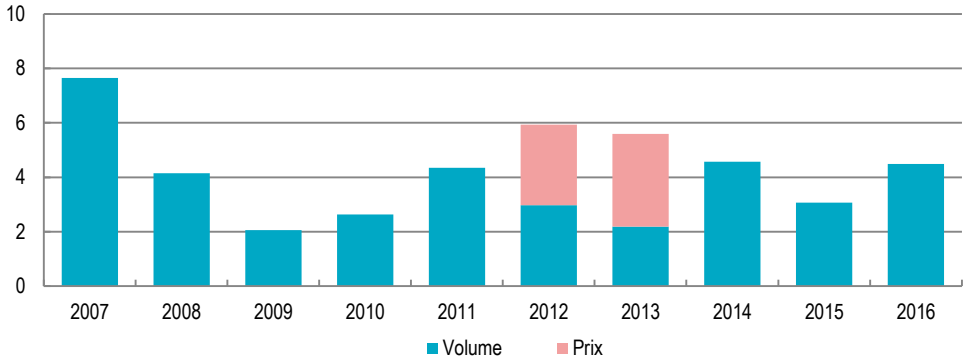
Tableau Consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Total (en millions €)	4 070	4 239	4 326	4 441	4 634	4 913	5 191	5 429	5 595	5 847
Évolution (en %) Valeur	7,6	4,1	2,1	2,6	4,4	6,0	5,7	4,6	3,1	4,5
Prix	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,0	3,4	0,0	0,0	0,0
Volume	7,6	4,1	2,1	2,6	4,4	3,0	2,2	4,6	3,1	4,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Taux d'évolution des soins de masseurs-kinésithérapeutes

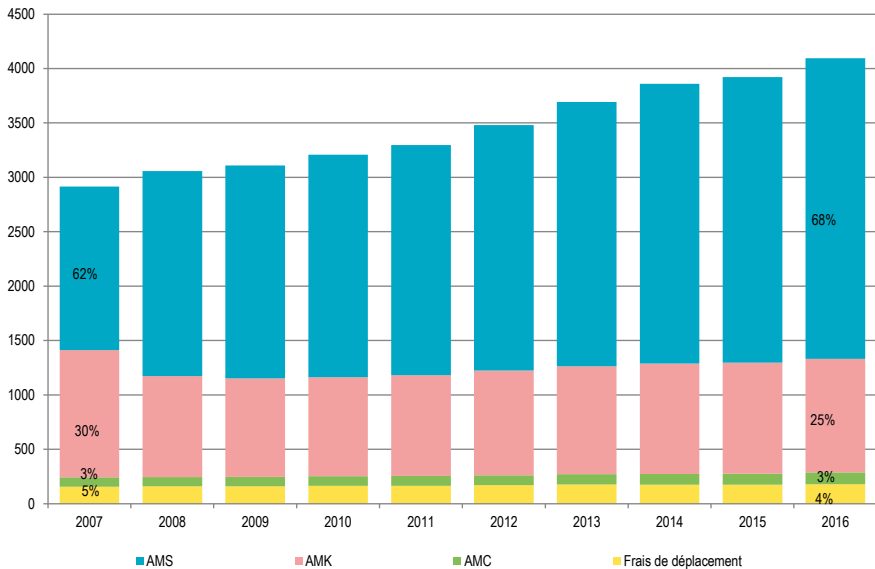
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Dépenses remboursables de soins de masso-kinésithérapie entre 2006 et 2015 pour les assurés du régime général

En millions d'euros



Lecture > Les dépenses remboursables de soins de masso-kinésithérapie se sont élevées en 2016 à 4100 millions d'euros, dont 68 % au titre des actes AMS.

Champ > France métropolitaine, assurés du régime général.

Source > CNAMTS.

La consommation de soins relative aux orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues, qui constitue le poste « autres auxiliaires médicaux », s'élève à 1,3 milliard d'euros en 2016 (tableau 1). Elle augmente à un rythme plus élevé qu'en 2015 mais moins rapide que la moyenne historique (+4,6 % en valeur en 2016, après +3,5 % en 2015 et +6,4 % en moyenne 2000-2014).

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

La consommation de soins d'orthophonistes, qui s'élève à 1,1 milliard d'euros en 2016, progresse de 4,5 % en valeur comme en volume. Le rythme de progression des volumes d'orthophonie est compris entre 3 % et 6 % depuis 2007.

La croissance en prix est nulle pour la troisième année consécutive (graphique 1), après une évolution de +3,8 % en 2013. En effet, en novembre 2012, le tarif des actes d'orthophonie (AMO) était passé de 2,40 à 2,50 euros et l'indemnité forfaitaire de déplacement à 2,50 euros ; quatre autres cotations d'actes concernant cette profession avaient également été revalorisées.

Fin 2016, 24 700 orthophonistes exercent en France métropolitaine et près de 770 dans les DROM (tableau 2). Entre 2000 et 2015, les effectifs des orthophonistes ont augmenté de 3,7 % en moyenne annuelle ; cette hausse demeure comparable en 2016 (4,1 %). Ces hausses successives sont à rapprocher notamment de l'augmentation du nombre de places ouvertes aux étudiants orthophonistes (passe de 461 en 1999 à 819 en 2015).

La majorité des orthophonistes exercent en secteur libéral : en Métropole, c'est le cas pour 78,5 % d'entre eux en 2016. Cette profession est quasi exclusivement féminine (96,8 %). Fin 2016, la densité moyenne en France est de 38 orthophonistes pour 100 000 habitants.

Les soins d'orthoptistes, qui s'élèvent à 160 millions d'euros en 2016, progressent de 4,3 % en valeur et en volume (graphique 2). Le rythme de progression des volumes d'orthoptistes varie de 4 % à 6 % depuis 2010.

Le prix des actes des orthoptistes avait également augmenté en novembre 2012, le tarif des actes d'orthoptie (AMY) étant passé de 2,50 à 2,60 euros et celui des indemnités forfaitaires de déplacement étant porté à 2,50 euros ; plusieurs cotations d'actes effectués par cette profession avaient alors également été revalorisées.

Fin 2016, 4 530 orthoptistes sont recensés en France métropolitaine et 115 dans les DROM. Les effectifs d'orthoptistes progressent de 4,5 % en moyenne annuelle entre 2000 et 2014 et sont plus dynamiques en 2016 (+5,3 %).

La densité moyenne en France est de 7 orthoptistes pour 100 000 habitants. Les deux tiers des orthoptistes exercent à titre libéral. Comme pour les orthophonistes, il s'agit d'une profession essentiellement féminine (89,3 %).

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 28 millions d'euros en 2016. En rapide progression, ils ont évolué en moyenne de 18,2 % par an depuis 2001. Il s'agit essentiellement d'actes de pédicure pour diabétiques.

Les actes de pédicures-podologues comportent d'importants dépassements d'honoraires : ceux-ci représentent 13,4 % des honoraires de base en 2016, et sont en légère baisse par rapport à 2015.

Toutefois, les soins pris en compte dans les comptes de la santé ne représentent qu'une très faible part de l'activité des pédicures-podologues. En effet, seuls les actes prescrits par un médecin sont considérés comme des soins de santé, les autres étant apparentés à des soins esthétiques.

Fin 2016, 13 825 pédicures-podologues sont recensés en France métropolitaine et 215 dans les DROM. Entre 2000 et 2015, le nombre de pédicures-podologues a progressé de 2,5 % en moyenne annuelle et de 2,8 % en 2016. La densité moyenne atteint en France 21 pédicures-podologues pour 100 000 habitants.

Pour en savoir plus

> DREES, « Les évolutions du *numerus clausus* et des quotas pour les professionnels de santé », 2016, *Portrait des professionnels de santé – édition 2016*, coll. Panoramas de la Drees – Santé, avril.

Tableau 1 Consommation de soins des autres auxiliaires médicaux

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble (en millions €)	794	844	883	932	993	1 051	1 126	1 179	1 220	1 277
Orthophonistes	693	736	762	803	856	906	965	1 007	1 040	1 086
Orthoptistes	95	101	110	116	122	128	140	147	153	160
Pédicures-podologues	6	7	11	13	16	18	20	24	28	31
Évolution en (%)										
Valeur	4,6	6,3	4,6	5,6	6,6	5,8	7,1	4,7	3,5	4,6
Prix	0,0	1,3	0,0	0,0	0,0	0,7	3,8	0,0	0,0	0,0
Volume	4,6	4,9	4,6	5,6	6,6	5,1	3,2	4,7	3,5	4,6

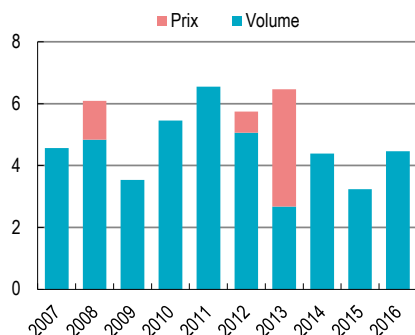
Note > L'activité des pédicures-podologues retracée ici prend en compte uniquement les soins pris en charge par la Sécurité sociale. Leurs autres activités ne font pas partie du périmètre des comptes de la santé.

Les rémunérations perçues par les orthophonistes au titre de l'option démographie représentent près de 1 million d'euros en 2016. Elles sont retracées dans le poste « autres soins et contrats ».

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution des soins d'orthophonie

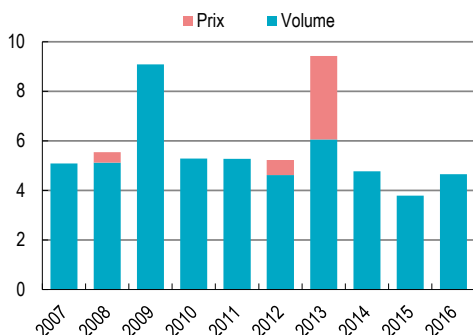
En %



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

Graphique 2 Évolution des soins d'orthoptie

En %



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

Tableau 2 Effectifs des autres auxiliaires médicaux

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2016 (%)	Part des femmes en 2016 (%)
Métropole												
Orthophonistes	17 799	18 506	19 247	19 963	20 611	21 283	22 070	22 827	23 726	24 699	4,1	96,8
Orthoptistes	2 900	3 081	3 232	3 396	3 566	3 736	3 922	4 086	4 302	4 529	5,3	89,3
Pédicures	10 997	11 045	11 299	11 579	11 911	12 247	12 660	13 055	13 446	13 823	2,8	66,4
dont libéraux												
Orthophonistes	14 129	14 744	15 384	16 058	16 632	17 176	17 773	18 391	19 149	20 000	4,4	96,9
Orthoptistes	2 111	2 205	2 304	2 396	2 487	2 593	2 660	2 743	2 793	2 850	2,0	89,7
Pédicures	10 782	10 832	11 092	11 371	11 695	12 029	12 430	12 817	13 201	13 575	2,8	66,4
DROM												
Orthophonistes	451	473	516	560	609	619	674	694	740	768	3,8	95,7
Orthoptistes	65	70	80	84	89	90	94	99	107	114	6,5	89,1
Pédicures	135	144	154	168	174	183	190	195	206	216	4,9	68,1
France entière												
Orthophonistes	18 250	18 979	19 763	20 523	21 220	21 902	22 744	23 521	24 466	25 467	4,1	96,8
Orthoptistes	2 965	3 151	3 312	3 480	3 655	3 826	4 016	4 185	4 409	4 643	5,3	89,3
Pédicures	11 132	11 189	11 453	11 747	12 085	12 430	12 850	13 250	13 652	14 039	2,8	66,4

Note > Les effectifs de l'année N correspondent aux professionnels de santé inscrits au répertoire ADEL1 au 1^{er} janvier N+1.

Source > DREES, ADEL1.

Le montant de la consommation de soins dentaires s'élève à 11,1 milliards d'euros en 2016, soit une hausse de 2,9 % en valeur par rapport à 2015 (tableau 1). La dépense se compose des actes chirurgicaux, des soins orthodontiques et des honoraires de dentistes, qui ont fait l'objet de revalorisations en 2013 et 2014 : tarif de la consultation porté de 20 à 23 euros et celui de l'examen de prévention bucco-dentaire de 25 à 30 euros en février 2013, rénovation de la classification commune des actes médicaux (CCAM) depuis juin 2014. Toutefois, la dynamique réelle de la consommation de soins dentaires est difficile à appréhender, les soins non remboursables étant mal mesurés (encadré).

Depuis 2009, le prix des soins dentaires progresse d'environ 1 % par an (+0,7 % en 2016).

En 2016, les volumes de soins dentaires sont plus dynamiques et les dépassements continuent de refluer mais restent élevés

Les volumes de soins dentaires sont plus dynamiques en 2016 qu'en 2015 (+2,2 % contre 0,8 %), en lien avec la hausse du nombre d'actes chirurgicaux (+2,3 % en 2016) et des soins orthodontiques.

Parmi les soins remboursables, la part des dépassements dans les honoraires dentaires s'est repliée de 2,1 points entre 2013 et 2016 (graphique 2). Elle demeure toutefois à un niveau élevé en 2016 (50,9 %), leur hausse ayant été quasi constante jusqu'en 2013. À titre de comparaison, la part moyenne des dépassements dans les honoraires totaux des stomatologues atteint environ 45 %, contre 17,6 % pour la moyenne des médecins spécialistes. Les dépassements d'honoraires dentaires sont concentrés sur les prothèses et actes d'orthodontie, seuls actes dentaires remboursables pour lesquels ils sont autorisés. Compte tenu de ces dépassements, les soins prothétiques constituent, en 2015, environ 56 % des honoraires totaux identifiés des chirurgiens-dentistes, loin devant les soins conservateurs et chirurgicaux (23 %) et les traitements d'orthodontie (15 %).

Une profession très majoritairement libérale, mais de plus en plus salariée

Dans le répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS), 42 197 chirurgiens-dentistes sont recensés en France (tableau 2), dont environ 950 dans les DROM. Les effectifs augmentent de 0,8 % par an depuis 2011, en raison de l'élargissement progressif du *numerus clausus*, passé de 930 par an au milieu des années 2000 à près de 1 200 depuis 2012. Auparavant, la démographie de cette profession était orientée à la baisse (-0,3 % par an entre 2006 et 2010).

L'augmentation des effectifs se fait *via* les dentistes salariés, en forte progression depuis 2011 (+5,0 % par an en moyenne depuis 2011). L'essentiel des effectifs de chirurgiens-dentistes est constitué de libéraux. Ces effectifs libéraux sont très stables pour la période 2011-2016 (+0,3 % par an en moyenne). On dénombre ainsi 37 356 professionnels libéraux en 2016, soit 88,5 % de la profession.

Bien que cette profession reste l'une des professions de santé les moins féminisées, le taux de féminisation progresse : il est passé de 36,6 % en 2007 à 44,0 % en 2016. Comme pour les médecins, le nombre et la proportion de femmes dans les jeunes générations progressent : 59,1 % des chirurgiens-dentistes de moins de 30 ans sont des femmes en 2016, contre 58,6 % en 2014 (graphique 2).

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). En 2016, la densité moyenne de chirurgiens-dentistes est de 63,2 pour 100 000 habitants. Elle est supérieure à 70 pour 100 000 en Île-de-France et dans les régions du sud (PACA, Occitanie et Corse), tandis qu'elle est inférieure à 45 pour 100 000 en Normandie et dans certains DROM.

Tarification des soins dentaires

On distingue trois modes de tarification des soins dentaires :

- 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 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 pas inscrits dans la CCAM et ne sont pas remboursés par l'AMO. Ils sont cependant partiellement pris en charge par certains organismes complémentaires.

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

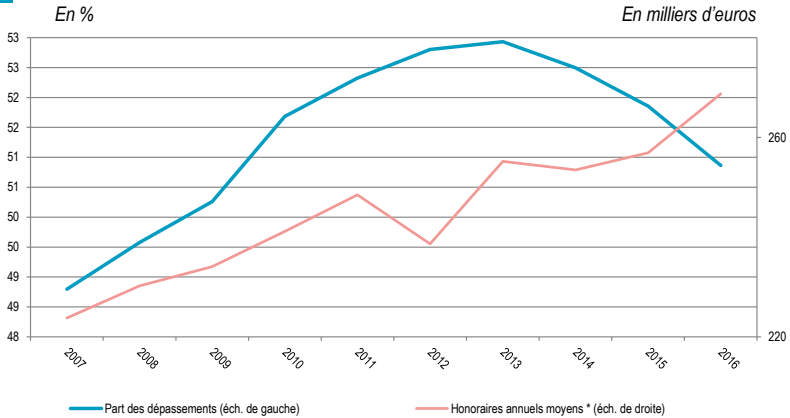
Tableau 1 Consommation de soins dentaires

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommation totale (millions €)	9 055	9 315	9 500	9 654	9 988	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 073
Valeur	3,3	2,9	2,0	1,6	3,5	2,9	1,9	1,1	-0,1	1,6	2,9
Prix	1,8	1,3	1,8	1,2	1,2	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7
Volume	1,5	1,6	0,2	0,4	2,2	1,8	1,0	0,2	-1,2	0,8	2,2

Note > Les rémunérations perçues par les chirurgiens-dentistes au titre de l'option démographie représentent moins de 1 million d'euros en 2016. Elles sont retracées dans le poste « autres soins et contrats »

Source > DREES, comptes de la santé

Graphique 1 Part des dépassements dans les honoraires dentaires



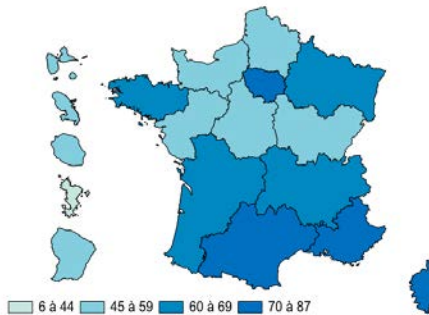
* Praticiens APE (ayant exercé à temps plein une activité libérale toute l'année).

Champ > Soins dentaires remboursables, France entière.

Source > CNAMTS, AMOS, traitement DREES

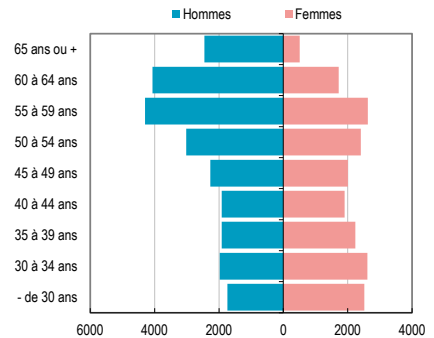
Carte Densité des chirurgiens-dentistes

Pour 100 000 habitants



Sources > DREES, RPPS ; INSEE pour la population.

Graphique 2 Pyramide des âges des chirurgiens-dentistes



Champ > France entière.

Source > DREES, RPPS.

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

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2015-2016 (%)	structure 2016 (%)
Ensemble des chir. dentistes	40 599	40 833	41 186	41 495	41 788	42 197	1,0	100,0
Dentistes libéraux	36 809	36 906	37 053	37 013	37 196	37 356	0,4	88,5
Dentistes salariés	3 790	3 927	4 133	4 482	4 592	4 841	5,4	11,5
dont salariés hospitaliers	360	403	455	635	639	652	2,0	1,5

Note > Les effectifs renseignés pour l'année n correspondent aux professionnels de santé inscrits au RPPS au 1er janvier n+1.

Champ > France entière.

Source > DREES, RPPS.

En 2016, la consommation de transports de malades augmente de 4,4 % (en valeur) pour atteindre 4 807 millions d'euros (tableau). En 2015, la consommation de transport avait également augmenté de 4,3 % (graphique 1). Cependant, en 2016, les prix ont nettement ralenti (+0,1 % après +1,3 % en 2015) tandis que la consommation en volume (*ie*, corrigée des prix) a de nouveau accéléré (+4,3% après +3,0% en 2015 et +1,5 % en 2014).

Une répartition des modes de transport stable

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

La fixation du prix diffère selon le mode de transport. Les tarifs des SMUR, intégralement pris en charge par l'assurance maladie, sont établis par les établissements de rattachement. Au contraire, les tarifs des transporteurs (ambulances et VSL) sont régulés via des conventions nationales signées avec l'assurance maladie. De plus, l'assurance maladie 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 2016 (fiches 25 et 26). Ce taux important s'explique par la patientèle concernée. Il s'agit très souvent de transport pour des patients en affectation de longue durée (ALD) qui sont donc pris en charge à 100 %. Les principaux modes de transports restent le taxi, l'ambulance ou les VSL, le niveau de dépenses croissant avec le degré de médicalisation. Les trajets en ambulances représentent en 2016 uniquement 23 % du nombre de voyages mais 42 % de la dépense remboursée (graphique 2). Les VSL, moins médicalisés qu'une ambulance, représentent 32 % des trajets pour 20 % des dépenses remboursées. Enfin, les taxis – sans aucune médicalisation – représentent 45 % des trajets pour 39 % des dépenses. La structure en voyages et dépense remboursée est stable entre 2015 et 2016. Sur le plus long terme, la part des VSL diminue continuellement depuis 2000 au profit des taxis. La part des ambulances augmente également. En 2012, la Cour des comptes a pointé les logiques d'optimisation de la part des prestataires exploitant simultanément taxis, VSL et ambulances. Dans son dernier rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, elle

continue d'appeler à une meilleure maîtrise du poste « transport ».

Une croissance modérée du prix des transports malgré des revalorisations tarifaires

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

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

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

En 2016, les prix ralentissent à +0,1 % seulement. En effet, les tarifs des ambulances et des VSL n'ont pas été revalorisés.

Une croissance dynamique et en accélération

Les volumes de transports consommés restent très dynamiques, de l'ordre de 3 % par an sur le long terme (graphique 1). En 2016, leur croissance est de +4,3 %, portée par celles des taxis et des ambulances.

Pour en savoir plus :

- > **Cour des comptes**, 2012, rapport 2012 sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale, septembre.
- > **Cour des comptes**, 2016, rapport 2016 sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale, septembre.

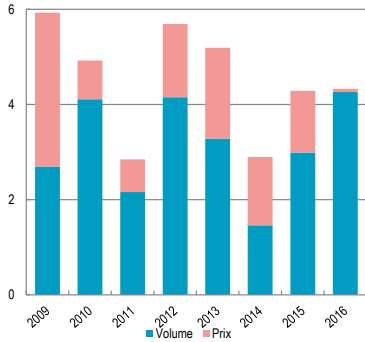
Tableau Consommation de transports de malades

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommation de transports (en millions €)		3 212	3 365	3 568	3 745	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 807
Évolution(en %)	Valeur	4,3	4,8	6,0	5,0	2,9	5,8	5,3	2,9	4,3	4,4
	Prix	1,5	1,5	3,2	0,8	0,7	1,5	1,9	1,4	1,3	0,1
	Volume	2,8	3,3	2,7	4,1	2,2	4,2	3,3	1,5	3,0	4,3

Champ > France entière.

Source > DREES, comptes de la santé.

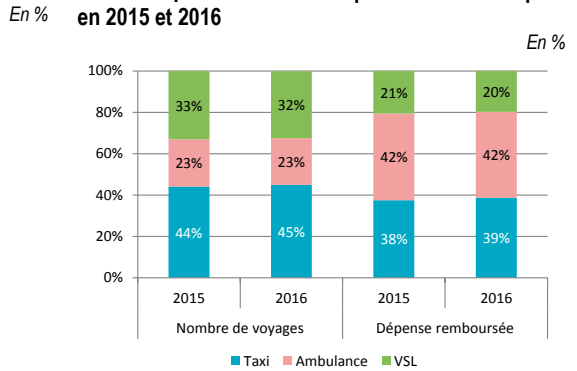
Graphique 1 Taux d'évolution des dépenses de transports sanitaires



Champ > France entière.

Source > DREES, comptes de la santé.

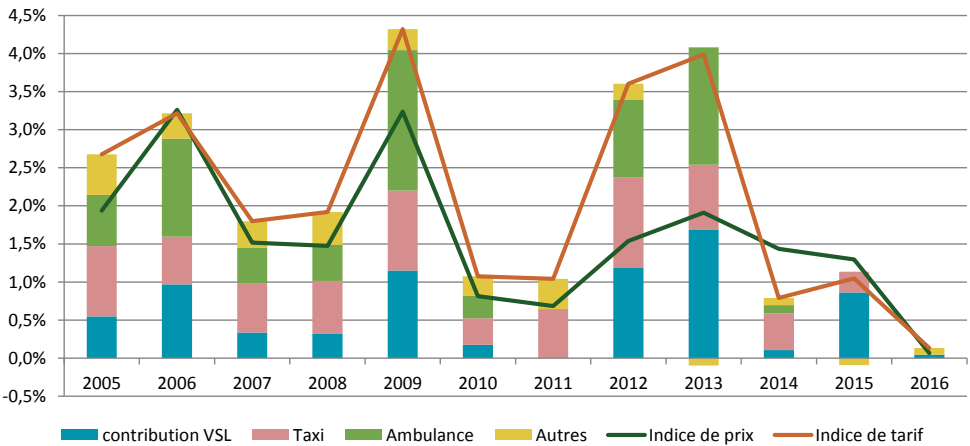
Graphique 2 Répartition du nombre de voyages et de la dépense remboursée par mode de transport en 2015 et 2016



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

Source > CNAMTS.

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



Note > L'indice de tarif est l'indice pondéré de la part dans la dépense remboursable. Le poste « autres » comprend le SMUR, les véhicules personnels et les transports en commun.

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

Source > CNAMTS, traitement DREES ; DREES, comptes de la santé.

L'année 2016 est marquée par une nette reprise de la hausse des dépenses d'analyses

Après une contraction en 2014 et une stabilisation en 2015, la consommation d'analyses et de prélèvements progresse de 2,7 % en valeur en 2016 pour s'établir à 4 432 millions d'euros. L'indice des prix baisse de 0,9 %, les volumes progressant de 3,6 %.

En 2007, la cotation de 51 actes d'analyses a baissé, tandis que le plafond journalier de la participation forfaitaire a été relevé de 4 euros. En 2009, 2010 et 2011, la cotation d'actes de biologie a été diminuée à nouveau. Ces mesures, qui cherchent à limiter la hausse de la dépense, se sont accompagnées d'une hausse des rémunérations des laboratoires au titre des contrats de santé publique.

Entre 2012 et 2015, l'évolution de la consommation est très modérée voire en retrait (graphique 1), tant en valeur qu'en volume. En 2012, une nouvelle baisse des cotations combinée à des mouvements sociaux au sein des laboratoires a diminué l'activité en volume et en valeur. À nouveau, des baisses de cotations ont eu lieu en 2013 et 2014. Fin 2013, la Haute Autorité de santé a recommandé de limiter les actes de dosage de la vitamine D aux seuls cas où un dosage est médicalement pertinent. La mise en place fin 2014 de ces recommandations a vraisemblablement pesé sur l'évolution 2015 de l'activité d'analyses et de prélèvements.

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 été pourtant prises courant 2016 pour contenir la hausse. En avril 2016, les tarifs ont été diminués via une baisse des cotations, non retracée dans l'indice de prix. Puis, les tarifs ont été abaissés via la lettre clé B (voir encadré) en novembre et décembre, générant une diminution globale de l'indice de prix de 0,9 %. Ces mesures tarifaires n'ont pas compensé les effets dynamisants de l'activité, tel que le nombre de jours ouvrés, plus important en 2016 qu'en 2015.

Du point de vue de la structure de marché, le nombre de laboratoires continue à diminuer. En 2016, 3 889 laboratoires sont implantés en France contre 3 991 dix ans plus tôt. La consolidation du secteur étant très progressive, le secteur des laboratoires d'analyse reste très fragmenté en France en 2016.

La croissance de la consommation de cures se stabilise en volume en 2016

En 2016, les dépenses de cures thermales progressent de 3,9 %, après +2,3 % en 2015 pour atteindre une valeur de 412 millions d'euros (tableau). Les prix accélèrent aussi (de +1,2 % à +2,8 %) et la croissance de la consommation en volume se stabilise à +1,1 %. La consommation de cures thermales couvre l'ensemble de soins médicaux (médecins, infirmiers, auxiliaires médicaux, etc.) mais exclut l'hébergement.

Entre 2006 et 2009, le nombre de curistes était stable (près de 500 000) [graphique 1]. Durant cette période, la dépense en valeur était aussi globalement stable, la hausse des prix ayant entraîné une baisse d'ampleur comparable des volumes (graphique 2).

Depuis 2010, le nombre de curiste progresse continûment d'environ 15 000 par an. Les cures concernant la rhumatologie pour 78 % des curistes (graphique 3), la progression des effectifs de curistes peut être reliée au vieillissement de la population. La hausse du nombre de curistes s'est accompagnée globalement d'une hausse de la dépense tant en valeur qu'en volume.

Par ailleurs, jusqu'en 2013, les tarifs des prestations de cures thermales ont été revalorisés régulièrement. Ainsi, ils ont progressé de 4,0 % en 2012 et de 2,0 % en 2013. 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 dans l'avenant 10 de la convention entre les caisses d'assurances maladie et les établissements thermaux.

Liés à la géologie, les établissements thermaux sont très inégalement répartis sur le territoire (carte). La très grande majorité se concentre en Auvergne-Rhône-Alpes, Nouvelle Aquitaine et Occitanie. En 2016, l'Occitanie accueille plus de 180 000 curistes, soit 4 % de plus qu'en 2015. Un peu moins de 150 000 curistes se rendent en Nouvelle-Aquitaine ainsi qu'en région Auvergne-Rhône-Alpes. Les autres régions en accueillent nettement moins. Dans toutes les régions, la population de curistes augmente (entre 4 % et 7 %), sauf en Île-de-France, où elle baisse de 5 % par rapport à 2015.

Indice de prix

Le prix d'un acte est défini à l'aide de deux éléments : la lettre clef, à laquelle correspond un certain montant en euros ou tarif (par exemple, B, PB pour les laboratoires ou AMK pour les kinésithérapeutes), et la cotation de cet acte car chaque acte correspond à un certain nombre de lettres clefs. Par exemple, une séance de kinésithérapie respiratoire pour une bronchiolite du nourrisson vaut 8 AMK, soit 8 x 2,15 euros. L'indice de prix à la consommation de l'Insee (IPC) des analyses de laboratoires ne reflète pas les baisses de cotation des actes, mais seulement l'évolution du tarif des lettres B, PB (utilisées pour les prélèvements effectués par les directeurs de laboratoire), TB (utilisée pour les techniciens de laboratoire), etc. Ce tarif n'ayant pas été revalorisé entre 2004 et 2015, l'évolution des prix selon l'IPC est nulle pour cette période. Les baisses de cotation des actes sont donc enregistrées dans les volumes et non dans l'évolution des prix.

Pour en savoir plus

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

Tableau Consommation d'analyses de laboratoires et de cures thermales

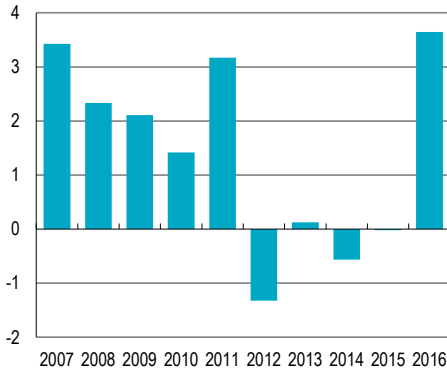
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Analyses de laboratoires (en millions €)		4 018	4 112	4 198	4 258	4 393	4 335	4 340	4 315	4 315	4 433
Évolution (en %)	Valeur	3,4	2,3	2,1	1,4	3,2	-1,3	0,1	-0,6	0,0	2,7
	Prix	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,9
	Volume	3,4	2,3	2,1	1,4	3,2	-1,3	0,1	-0,6	0,0	3,6
Nombre de laboratoires		3 963	3 955	3 961	3 959	3 970	4 017	4 079	3 997	3 963	3 889
Évolution (en %)		-0,7	-0,2	0,2	-0,1	0,3	1,2	1,5	-2,0	-0,9	-1,9
Cures thermales (en millions €)		322	320	320	328	332	353	364	387	396	412
Évolution (en %)	Valeur	4,3	-0,6	0,1	2,5	1,1	6,3	3,2	6,4	2,3	3,9
	Prix	6,4	3,2	2,7	2,1	2,7	2,7	1,8	1,8	1,2	2,8
	Volume	-2,0	-3,6	-2,5	0,4	-1,5	3,5	1,4	4,5	1,1	1,1

Note > Les rémunérations des laboratoires au titre des contrats de santé publique sont retracées dans le poste « autres soins et contrats ».

Sources > DREES, comptes de la santé ; SNIR jusqu'en 2014 et AMOS en 2015 et 2016, pour le nombre de laboratoires (France entière).

Graphique 1 Évolution des dépenses d'analyses en volume

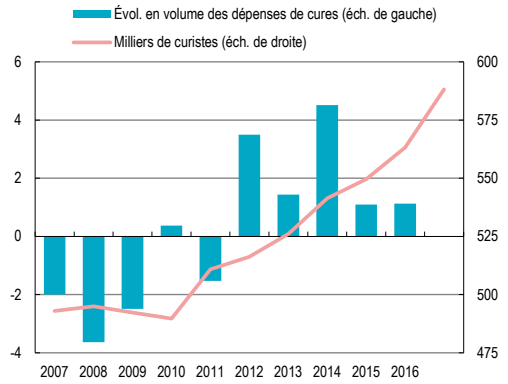
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Volume des dépenses de cures et nombre de curistes

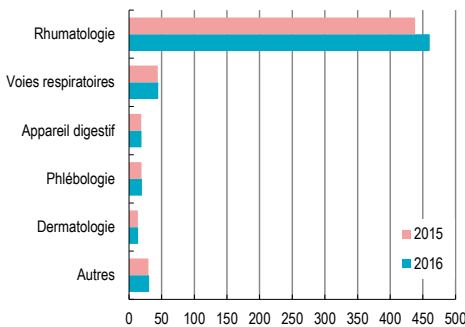
En %



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

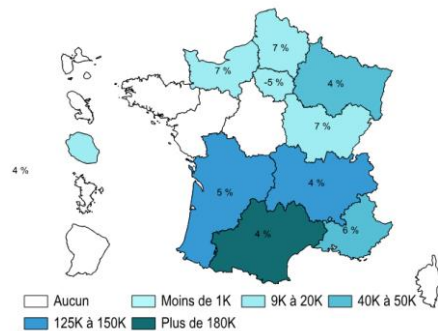
Graphique 3 Nombre de curistes par orientation thérapeutique en 2015 et 2016

En milliers



Source > CNETH.

Carte Nombre de curistes par région en 2016 et son évolution



Source > En 2016, la Normandie accueille entre 9 000 et 20 000 curistes, soit 7 % de plus qu'en 2015.

Source > CNETH

Les biens médicaux

En 2016, la consommation de médicaments en ville, qui s'élevait à 34,0 milliards d'euros en valeur (tableau 1), progresse de 0,3 %. Cette légère hausse suit un recul de 0,7 % en 2015, après la forte hausse de 2014 (+2,7 %) marquée par le dynamisme des médicaments rétrocedés (vendus par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés). Cette consommation est valorisée au prix public, contrairement aux données relatives au marché du médicament qui correspondent au chiffre d'affaires hors taxes (fiches 14 et 15). La consommation de médicaments en ville diffère du chiffre d'affaires hors taxes, car elle intègre la TVA, les marges de distribution et les rémunérations forfaitaires (honoraires de dispensation, rémunération sur objectif de santé publique, etc.), les médicaments délivrés à l'hôpital (rétrocession).

Une baisse des prix des médicaments liée aux spécialités remboursables

La légère hausse de 0,3 % en 2016 de la consommation de médicaments (en valeur) résulte d'une nouvelle diminution des prix (-3,7 %) et d'une hausse des volumes (+4,1 %) [graphique 1].

La baisse du prix des médicaments, de 3,7 % en 2016, est largement imputable à celle du prix des spécialités remboursables [graphique 2]. Ce prix inclut le mode de rémunération des pharmaciens, qui a évolué en 2015¹. Le prix des médicaments remboursables recule sensiblement depuis 2004 et ce recul s'amplifie depuis 2012 (-4,4 % en moyenne annuelle). En revanche, le prix des spécialités non remboursables continue de progresser, mais de manière moindre depuis 2014 (+0,6 % en moyenne annuelle, après +3,3 % en moyenne par an entre 2009 et 2013).

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) [encadré], mais des actions de maîtrise des prix ont été entreprises : fortes baisses de prix, grands conditionnements etc. Ce mouvement est renforcé par un « effet générique » : les prix baissent en raison de l'augmentation du nombre de spécialités génériques et, pour celles-ci, de la substitution croissante des génériques aux princeps (fiche 15). L'impact de la générication a été moins marqué en 2014 et 2015, du fait de moindres tombées de brevets et d'un taux de pénétration des génériques stable ; toutefois, en 2016, ce taux augmente de près d'un point par rapport à 2015 (79,7 %), soutenu par le plan national de promotion des génériques.

Reprise de la hausse de la consommation en 2016

Auparavant très dynamique, la progression des volumes de ventes était revenue à environ 3 % par an entre 2010 et 2013, à la suite des modifications de comportements de prescription, sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, d'actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), de remboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, etc.

En 2014, la forte hausse des volumes (+6,6 %) découlait du dynamisme des produits rétrocedés, en raison de l'arrivée de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. Ces traitements ont généré plus de 1,1 milliard d'euros de dépenses en 2014, portant le montant total de la rétrocession à 2,9 milliards d'euros avant remises, contre 1,6 milliard en 2013. En 2015, l'effet des baisses de prix (-4,0 %) est supérieur à l'effet volume (+3,6 %) : en valeur, la consommation de médicaments en ville recule ainsi de 0,7 %. La rétrocession baisse de 2,4 % pour atteindre 2,8 milliards d'euros en 2015.

En 2016, la consommation (en volume) augmente de +4,1 %, soit légèrement plus qu'en 2015 (+0,7 point) ; l'effet des baisses de prix (-3,7 %) est légèrement inférieur, en valeur absolue, à l'effet volume (+4,1 %) mais reste important. La consommation de médicaments en ville est portée par des innovations, notamment dans le traitement du VIH. En outre, la rétrocession augmente de 2,5 %, atteignant un montant de 2,9 milliards d'euros, soit le niveau de 2014 : cette évolution résulte de la montée en charge de nouveaux traitements, en particulier dans le soin du cancer et de la mucoviscidose. La diffusion de spécialités innovantes et coûteuses compense ainsi l'effet des baisses de prix des médicaments plus anciens, des mesures de maîtrise médicalisée et de promotion des génériques. La progression des médicaments non remboursables est toutefois moins dynamique en 2016 (+1,9 %, après +7,1 % en 2015).

Les laboratoires pharmaceutiques versent aux caisses de Sécurité sociale des remises : d'un montant de l'ordre de 200 à 400 millions d'euros entre 2006 et 2013, les remises ont fortement crû depuis 2014 (1,1 milliard d'euros) et atteignent 1,2 milliard d'euros en 2016 (graphique 3), les traitements innovants contre le VHC ayant donné lieu à des remises supplémentaires. Si la part des remises portant sur les soins de ville était intégrée à la consommation de médicaments, celle-ci baisserait en valeur en 2016 (-0,5 %). Toutefois, les remises, qui viennent réduire la dépense courante de santé, sont comptablement retracées dans les subventions au système de soins (fiche 31) et non dans la consommation de médicaments.

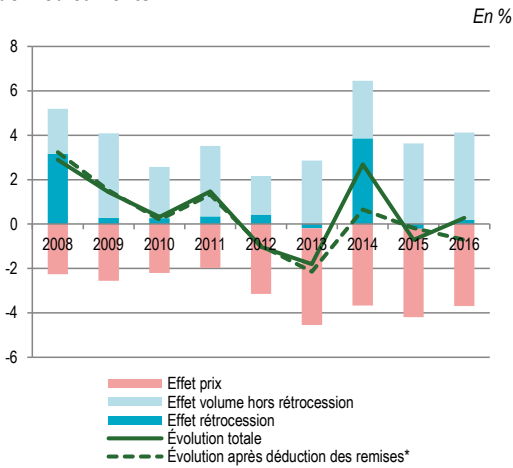
¹ Depuis 2015, le mode de rémunération des pharmaciens consiste en un forfait par boîte de médicaments délivré (1,02 euro par boîte au 1^{er} janvier 2016, après 0,82 euro en 2015) et de 0,51 euro supplémentaire en cas d'ordonnance « complexe ». En 2016, plus de 3,0 milliards d'honoraires de dispensation (HDD) ont été versés à ce titre aux pharmaciens, contre 2,1 milliards d'euros un an plus tôt ; cette hausse est en partie due à la hausse de la marge fixe par boîte. La substitution d'une partie de la marge, proportionnelle, par un HDD fixe reporte partiellement la marge des médicaments les plus coûteux vers les médicaments les moins chers. Cette redistribution est quasi neutre sur la dépense totale et sur la répartition de son financement.

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

		Montants en millions d'euros										
		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Structure 2016 (%)
Ensemble		32 204	33 134	33 611	33 720	34 217	33 864	33 253	34 147	33 906	34 002	100,0
Médicaments remboursables		29 237	29 669	30 019	30 146	30 570	29 893	29 290	30 190	29 690	29 719	87,4
<i>dont médicaments rétrocedés</i>		197	1 218	1 309	1 399	1 516	1 663	1 600	2 883	2 813	2 882*	8,5
<i>dont honoraires de dispensation (HDD)</i>										2 136	3 077	9,0
Médicaments non remboursables		2 965	3 425	3 553	3 534	3 608	3 848	3 739	3 730	3 995	4 069	12,0
Rémunérations forfaitaires hors HDD		2	41	39	40	40	123	225	227	221	214	0,6
<i>dont ROSP**</i>							74	138	145	137	140	0,4
Évolution (en %)	Valeur	3,3	2,9	1,4	0,3	1,5	-1,0	-1,8	2,7	-0,7	0,3	
	Prix	-2,5	-2,3	-2,6	-2,2	-2,0	-3,1	-4,4	-3,7	-4,0	-3,7	
	Volume	5,9	5,3	4,1	2,6	3,5	2,2	2,7	6,6	3,4	4,1	

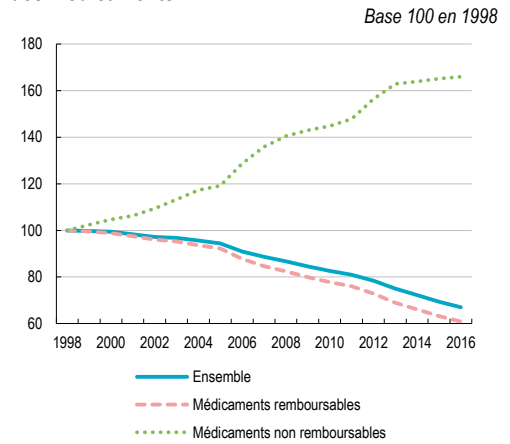
* Estimation, ** Rémunération sur objectifs de santé publique
 Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la consommation de médicaments



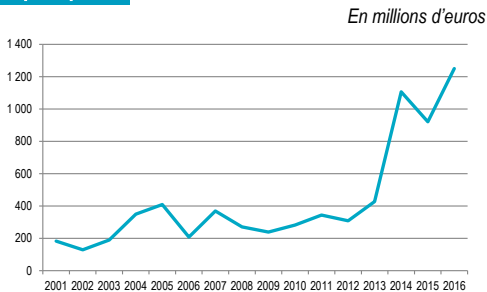
* Par convention, sur ce graphique, l'ensemble des remises est déduit de la consommation de médicaments en ville. Une part d'entre elles est toutefois versée au titre de la dépense hospitalière.
 Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution des indices de prix des médicaments



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

Graphique 3 Montant des remises



Champ > Remises sur médicaments et dispositifs médicaux.
 Note > Les remises sur dispositifs médicaux sont de qualité fragile, elles ne sont donc pas isolées ici.
 Sources > CEPS 2011-2014, montants 2015 et 2016 estimés (DSS).

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'évolution négative 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 (voir Éclairage).

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Il est donc valorisé aux prix fabricant hors taxes. En France, il progresse de 1,5 % en 2016 pour atteindre 54,5 milliards d'euros (graphique 1). Au sein de ce marché, les importations représentent 18,2 milliards d'euros en 2016 (contre 17,7 milliards d'euros en 2015), soit le tiers du chiffre d'affaires total.

Les exportations représentent un peu moins de la moitié du marché français (25,8 milliards, après 25,6 milliards d'euros en 2015). Le reste, les ventes en France, s'élève à 28,7 milliards d'euros, dont les trois quarts sont destinés aux officines, et un quart aux établissements de santé (graphique 2).

En 2016, le marché des officines représente 20,7 milliards d'euros, en France entière. Il est constitué à 90 % en valeur de médicaments remboursables et à 10 % de médicaments non remboursables (respectivement 18,6 et 2,1 milliards d'euros). Ces montants sont valorisés aux prix fabricant hors taxes, plus bas que le prix public.

La consommation totale de médicaments atteint 39,1 milliards d'euros

À la différence du marché pharmaceutique, la consommation de médicaments est valorisée au prix public dans les comptes de la santé. Ce prix inclut en sus la TVA, les marges des grossistes répartiteurs et des distributeurs pour les produits délivrés en officine, ainsi que les honoraires de dispensation (HDD). La consommation de médicaments dans les comptes de la santé retrace également les autres rémunérations forfaitaires des pharmaciens, notamment la ROSP et les permanences pharmaceutiques, qui représentent environ 210 millions d'euros en 2016 (220 millions d'euros en 2015).

La consommation de médicaments s'élève en 2016 à 39,1 milliards d'euros TTC (après 38,3 milliards en 2015), dont 34,0 milliards en ville et environ 5,1 milliards à l'hôpital.

Les médicaments rétrocedés, c'est-à-dire ceux délivrés par les pharmacies hospitalières pour des patients non hospitalisés, sont comptabilisés au sein de la consommation en ville. Après avoir progressé de 80 % en 2014 à la suite de l'introduction de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, disponibles exclusivement en rétrocession, leur montant a diminué de 2,4 % en 2015, pour s'établir à 2,8 milliards d'euros. En 2016, les médicaments rétrocedés augmentent de 2,5 % et retrouvent leur niveau de 2014 (2,9 milliards d'euros).

Ils représentent 9 % de la consommation de médicaments en ville. Les médicaments remboursables en représentent 79 %, et les médicaments non remboursables, 12 %.

L'assurance maladie prend en charge les deux tiers de la dépense en ville

Si les médicaments rétrocedés sont remboursés à 100 % par l'assurance maladie obligatoire, les médicaments délivrés en officine ne donnent pas nécessairement lieu à un remboursement de l'assurance maladie.

Les médicaments non remboursables restent en effet intégralement à la charge des ménages et des organismes complémentaires, de même que les médicaments remboursables achetés sans prescription d'un professionnel de santé. Enfin, les médicaments non présentés au remboursement ne peuvent, par définition, pas être remboursés. L'ensemble de ces dépenses, non prises en charge par l'assurance maladie, s'élève à 4,9 milliards d'euros en 2016 (graphique 3).

À cette charge des ménages, s'ajoute le ticket modérateur sur les produits remboursables délivrés sur ordonnance. Le taux de remboursement de l'assurance maladie varie en effet entre 15 % et 100 % selon les spécialités. S'y ajoute aussi, depuis 2008, la franchise à la charge du patient qui ne peut légalement pas être remboursée par les organismes complémentaires. La franchise s'élève à 0,5 euro par boîte de médicaments, mais il existe un plafond annuel de 50 euros par patient pour cette franchise, qui est commun aux médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires. Le ticket modérateur et les franchises représentent au total 5,6 milliards d'euros en 2016. Néanmoins, sur ce montant global, 415 millions d'euros de dépenses sont pris en charge par les organismes de base au titre de la CMU-C. Ainsi, le reste à charge des ménages et des organismes complémentaires sur la consommation des médicaments en ville s'élève au total à 10,1 milliards d'euros. Par ailleurs, l'État prend en charge 109 millions d'euros de dépenses de médicaments, notamment au titre de l'aide médicale de l'État.

Le montant des dépenses de médicaments remboursées par l'assurance maladie en soins de ville s'élève au total à 23,2 milliards d'euros en 2016, dont 20,3 milliards pour les médicaments délivrés en officine et 2,9 milliards pour les médicaments rétrocedés. Les rémunérations forfaitaires (hors HDD) sont également intégralement financées en sus par l'assurance maladie à hauteur de 214 millions d'euros en 2016.

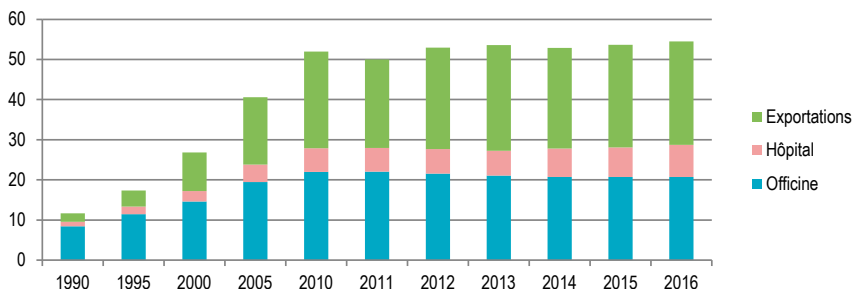
Pour en savoir plus

> LEEM, Bilan économique des entreprises du médicament, LEEM, 2017.

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

Graphique 1 Le marché du médicament, remboursable ou non, en France

En milliards d'euros



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

Source > LEEM-GERS.

Graphique 2 Du marché pharmaceutique à la consommation totale de médicaments en France (2016)

En milliards d'euros

Marché pharmaceutique (chiffre d'affaires HT, prix fabricant) 54,5 dont importations 18,2	Exportations 25,8	Ventes en France 28,7				Rémunérations forfaitaires (ville)*** : 0,2
		Officine : 20,7			Hôpital : 8,0	
		Médicaments remboursables* 18,6	Médicaments non remboursables 2,1			
Consommation totale (ville : prix public yc HDD) 39,1	Ville : 33,8				Rémunérations forfaitaires (ville)*** : 0,2	
	Médicaments remboursables 26,8	Médicaments non remboursables 4,1	Médicaments rétrocedés 2,9	Hôpital** : 5,1		
Prise en charge par la Sécurité sociale 28,5	Ville : 23,2				Rémunérations forfaitaires (ville)*** : 0,2	
	Médicaments remboursés 20,3		Médicaments rétrocedés 2,9	Hôpital : 5,1		

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

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

*** Hors honoraires de dispensation (HDD). Comprend notamment la ROSP et les permanences pharmaceutiques.

Note > Les éléments sur le marché pharmaceutique ne comprennent pas les médicaments homéopathiques. En revanche, ces derniers sont retracés dans la consommation totale et, pour la part remboursable, dans les remboursements de l'assurance maladie.

Champ > France entière.

Sources > LEEM-GERS pour le marché pharmaceutique ; calculs DREES, Comptes de la santé pour la consommation.

Graphique 3 Structure de la consommation de médicaments en ville en 2016

En millions d'euros

Consommation de médicaments en ambulatoire				34 002	
Achats de médicaments en ambulatoire			33 788		Rémunérations forfaitaires hors HDD
(yc rétrocession et HDD, hors rémunérations forfaitaires)					214
Dépense reconnue	28 899	Autres dépenses de médicaments	4 889	ROSP pharmacie	140
Prestations de la Sécurité sociale	23 204	Médicaments non remboursables	4 069	Permanences et Caqos	74
Prestations de l'État	109	Médicaments remboursables non présentés au remboursement ou achetés sans prescription	820		
Ticket modérateur, franchises <i>dont prestations de la CMU-C organismes de base</i>	5 586 415				

Montants restant à la charge des ménages et des organismes complémentaires après prise en charge de l'assurance maladie

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

Champ : France entière.

Source : DREES, comptes de la santé.

Depuis 2015, le chiffre d'affaire des médicaments en officines est stable...

En 2016, le marché des médicaments en officines¹ se compose de près de 13 000 présentations différentes de médicaments et représente 20,1 milliards d'euros hors taxes en France métropolitaine (graphique 1). 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. Après trois années de recul du chiffre d'affaires des ventes en officine (-2,2 % en moyenne au cours de la période 2012-2014, soit une baisse de plus de 450 millions d'euros par an), celui-ci est stable en 2016 comme en 2015 (+0,2 %). La valeur des ventes en officines de médicaments remboursables baisse depuis plusieurs années, leur chiffre d'affaires ayant atteint un pic à 19,5 milliards d'euros en 2011 pour retomber à 18 milliards d'euros en 2016. Néanmoins, le chiffre d'affaires des spécialités remboursables s'est maintenu entre 2015 et 2016 (-0,1 %). Le chiffre d'affaires des spécialités non remboursables est, lui, toujours en hausse en 2016 de 2,1 %, après un fort rebond en 2015 (+7,1 %).

...malgré la montée des médicaments remboursés à 100 %

Les médicaments remboursés au taux de 65 % représentent près des deux tiers du chiffre d'affaires total du marché en 2016 (graphique 2). La valeur des ventes de ces médicaments baisse de 2,0 %, soit plus de 250 millions d'euros, entre 2015 et 2016. Leur part de marché décroît depuis une dizaine d'années et, depuis 2012, leur chiffre d'affaires diminue également, sous l'effet des politiques de baisse des prix et de développement des génériques. Seul le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 100 %, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves, a connu une croissance positive depuis 2011. Leur part de marché a plus que doublé en dix ans, passant de 7,8 % en 2006 à 18,7 % en 2016 (en progression d'un point par rapport à 2015).

La progression des génériques au détriment des princeps...

En 2016, le nombre d'unités vendues de médicaments génériques poursuit sa progression entamée en 2013 pour atteindre près de 900 millions de boîtes vendues (+6,4 %). Les génériques représentent désormais 35,7 % des boîtes de médicaments du champ remboursable (graphique 3).

Depuis 2011, le nombre de boîtes vendues de princeps généricables n'a cessé de diminuer. La consommation de princeps généricables avait en effet fortement augmenté entre 2009 et 2011, en raison du quasi doublement du répertoire des génériques. Mais à partir de 2012, les décisions de l'Assurance maladie en faveur des génériques, notamment le dispositif « tiers payant contre génériques », ont permis de favoriser la consommation des génériques par rapport aux princeps. En mars 2015, un plan national de promotion des génériques a été initié.

...cesse de contenir le chiffre d'affaires...

Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire des génériques (génériques et princeps) croît fortement de +6,1 % en 2016, après plusieurs années de baisse (graphique 3) pour un total de 5,4 milliards d'euros. En effet, le chiffre d'affaires des médicaments génériques a rebondi en 2016 pour atteindre 3,5 milliards tandis que celui des princeps généricables se contracte depuis 2012, passant de 4,5 milliards d'euros à 2 milliards en 2016.

... car l'efficacité des politiques tarifaires diminue

Concernant les génériques, les politiques de baisse des prix en cas de substitution insuffisante ont contribué à contenir la dépense associée à la montée en charge des génériques. Pour les princeps, le tarif forfaitaire de responsabilité (TFR), remboursement d'un princeps sur la base du prix du générique, favorise la baisse des prix des princeps. En forte augmentation entre 2010 et 2014, le nombre de groupes génériques soumis à un TFR est depuis resté à peu près stable. Il concerne aujourd'hui 243 groupes². En 2016, les groupes génériques soumis à un TFR ne représentent que 17 % du chiffre d'affaires du répertoire des génériques (graphique 4).

¹ L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires exploitants : 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). Les montants présentés sont donc des montants hors taxes et ne comprennent pas les ventes de médicaments rétrocedés, *i.e.* délivrés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) et les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires. Les nouveaux médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C, commercialisés en 2014-2015, sont pour l'instant réservés exclusivement à la rétrocession. L'analyse faite ici ne tient donc compte que du recul des ventes en officine des médicaments plus anciens indiqués dans cette pathologie et délivrés aussi bien en officines que par les PUI en rétrocession (« double circuit » réservé aux médicaments du VIH-Sida et des hépatites B et C).

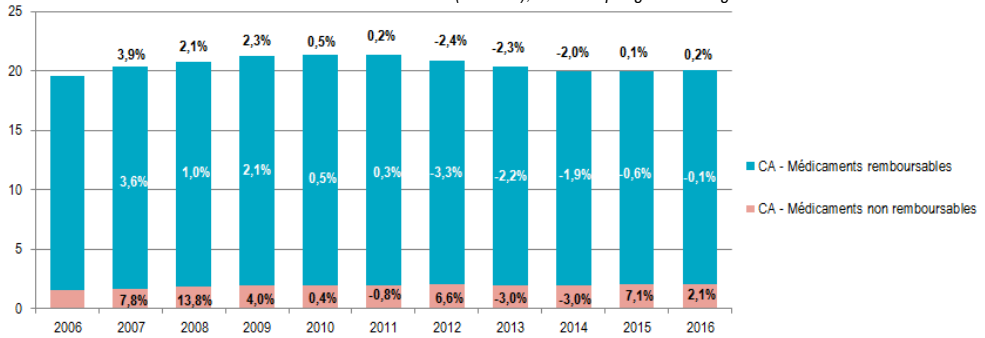
² Un même groupe générique peut avoir plusieurs TFR selon les différents conditionnements des boîtes de médicaments. Ainsi, les 243 groupes correspondent à un peu plus de 350 tarifs différents.

Pour en savoir plus

- > **Caisse nationale de l'assurance maladie et des travailleurs salariés (CNAMTS)**, 2016, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », Propositions de l'Assurance Maladie pour 2017, juillet
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale**, 2017, « Le marché du médicament en officine de ville en France en 2016 », fiche 3.6. du rapport, résultats 2016, prévisions 2017, juillet.
- > **Comité économique des produits de santé (CEPS)**, 2016, Rapport d'activité 2015, novembre.

Graphique 1 Ventes de médicaments en officine

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



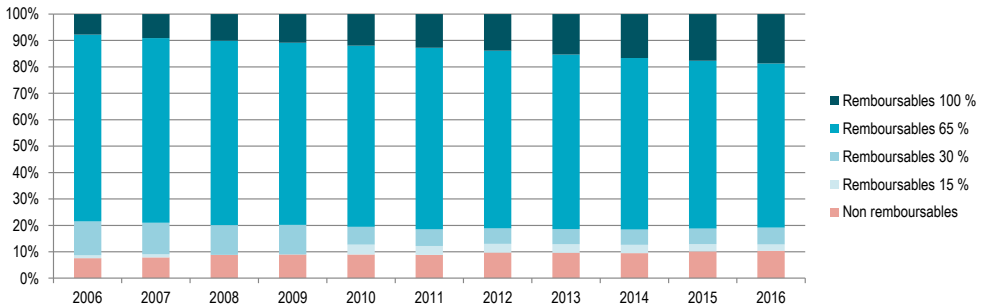
Lecture > Le total des ventes en officines en 2016, en France métropolitaine, est de 20,1 milliards d'euros, hors homéopathie (fiche 14). Les ventes de médicaments en termes de CA sont stables entre 2015 et 2016, *idem* pour celles de médicaments remboursables

Champ > Ventes en officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS, traitement DREES.

Graphique 2 Parts de marché des médicaments vendus en officine selon le taux de remboursement

En %



Lecture > En 2016, les médicaments remboursés à 100 % représentent 18,7 % du marché.

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

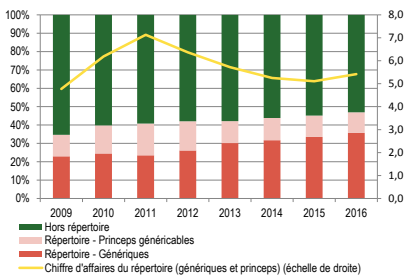
Champ > Ventes en officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS, traitement DREES.

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

En %

En milliards d'euros



Lecture > En 2016, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 47 % du nombre de boîtes vendues, dont 35,7 % pour les seuls génériques. Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique atteint 5,4 milliards d'euros en 2016.

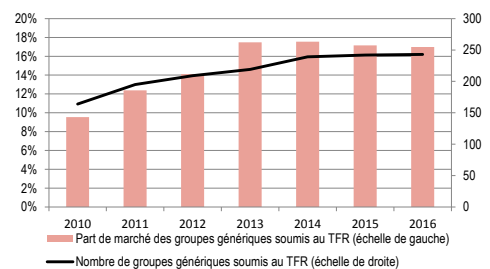
Champ > Ventes de médicaments remboursables en officines pharmaceutiques en France métropolitaine.

Source > GERS, club CIP, traitement DREES.

Graphique 4 Nombre de groupes génériques soumis au TFR et parts de marché de ces groupes dans le répertoire des génériques

En %

En nombre



Lecture > En 2016, les 243 groupes génériques soumis au TFR représentent 17 % du chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique.

Note > Le médicament est considéré soumis ou non au TFR selon le statut en vigueur en décembre de chaque année.

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

Source > GERS, club CIP, traitement DREES.

La consommation d'optique médicale couvre des produits remboursables (verres et montures notamment) et des produits non remboursables (lentilles correctrices, etc.) En 2016, sa croissance baisse à 0,5 % (après +1,2 % en 2015) pour s'établir à 6,2 milliards d'euros (tableau). En volume, le ralentissement est un peu moins marqué, de la croissance passant de +1,6 % en 2015 à +1,0 % en 2016. En revanche, la baisse des prix s'accroît : -0,5 % en 2016 contre -0,3 % en 2015.

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 1). Environ un tiers de la dépense concerne les montures. Les lentilles ne représentent qu'une part minime de la dépense. Cette structure évolue peu d'une année à l'autre : la structure de 2016 est donc très proche de celle de 2015. Cependant, sur le long terme, la part des verres correcteurs augmente au détriment de la part des lentilles.

En 2016, le prix de l'optique diminue de nouveau

Entre 2006 et 2012, la dépense d'optique médicale progressait vivement : la croissance moyenne annuelle était de l'ordre de 5,0 % (graphique 2). La dynamique en volume et celle en valeur étaient alors très proches, les prix ayant été peu dynamiques. L'année 2013 est en revanche marquée par un fort ralentissement en volume et donc en valeur : la croissance de la consommation d'optique médicale chute à +1,0 % en valeur et à seulement +0,5 % en volume. En 2014, la croissance en valeur se stabilise à +1,0 % mais baisse encore en volume, à +0,3 %. En 2015, pour la première fois depuis 2001, le prix de l'optique baisse de 0,3 %. La consommation reprend toutefois, la croissance étant de 1,6 % en volume et de 1,2 % en valeur. En 2016, la baisse des prix se confirme : -0,5 %.

Depuis 2013, plusieurs organismes complémentaires (OC) ont développé des « réseaux de soins » – en échange de tarifs plus modérés, les opticiens partenaires s'assurent un volume de clientèle – et la modulation de la prise en charge selon la fréquence de renouvellement des lunettes. Cela pourrait avoir influencé les comportements de consommation et modéré les prix du secteur. Par ailleurs, en 2014, la vente d'optique médicale est libéralisée et des points de vente en ligne apparaissent, principalement pour les lentilles correctrices. En 2015, la pratique des OC est avalisée par l'introduction de contrats « responsables » : pour ce qui est de l'optique, les

remboursements sont plafonnés et les aides fiscales et sociales pour les organismes complémentaires sont accordées uniquement aux contrats qui remboursent ces dépenses au maximum tous les deux ans.

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

L'optique est l'un des postes de dépense pour lequel l'assurance maladie intervient le moins : elle ne prend en charge que 4 % des dépenses d'optique médicale (graphique 3), soit un niveau très stable sur le long terme. Quoique nettement plus élevé que pour les autres postes (22 % en 2016), le reste à charge des ménages est limité dans la mesure où la majeure partie de la dépense est financée par les OC (74 % en 2016). Structurellement, la part à la charge des ménages se réduit sensiblement depuis dix ans, passant de 40 % en 2006 à 22 % en 2016. En revanche, symétriquement, la part des OC croît tendanciellement de 55 % en 2006 à 74 % en 2016.

Ces tendances de fond se trouvent renforcées depuis l'instauration des contrats responsables et le développement des réseaux de soins (fiche 16). Ceux-ci incitent en effet les ménages à sélectionner les opticiens leur procurant le meilleur remboursement par leur OC, tendant ainsi à limiter la dépense totale et à augmenter la part prise en charge par les complémentaires santé.

Optique médicale

Ce poste correspond au chapitre 2 du titre II de la Liste des produits et prestations (LPP). Il comprend :

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

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

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

Pour en savoir plus

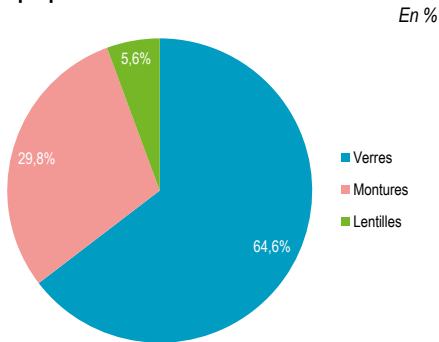
- > DREES, 2017, Rapport 2016 de l'Observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale, mars.
- > DREES, 2015, « Atteintes de la vision chez l'adulte », *L'état de santé de la population en France – édition 2015*, février.
- > Trévin C., 2015, « Le commerce de détail d'optique depuis 2003 », *Insee Première*, n° 1576, novembre.

Tableau Consommation d'optique médicale

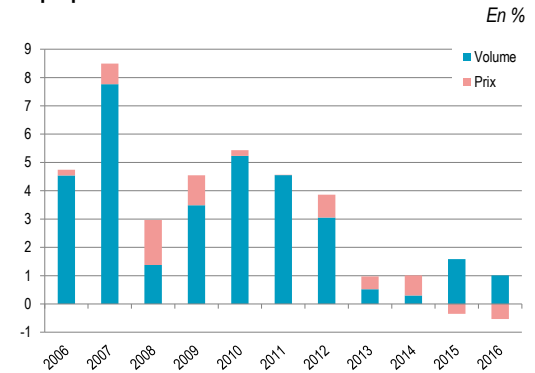
Montants en millions d'euros

		2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Consommation		4 442	4 821	4 965	5 193	5 475	5 725	5 948	6 006	6 067	6 142	6 170
Evolution (en %)	Valeur	4,8	8,6	3,0	4,6	5,4	4,6	3,9	1,0	1,0	1,2	0,5
	Prix	0,2	0,7	1,6	1,1	0,2	0,0	0,8	0,5	0,7	-0,3	-0,5
	Volume	4,5	7,8	1,4	3,5	5,2	4,6	3,1	0,5	0,3	1,6	1,0

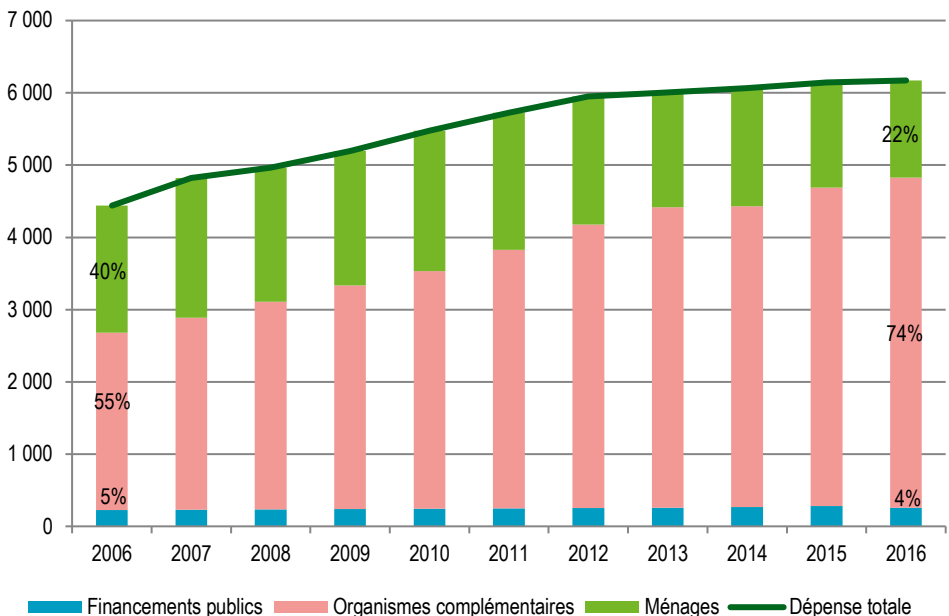
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Répartition des dépenses d'optique médicale

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Taux d'évolution des dépenses d'optique médicale

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Dépense d'optique médicale par financeur direct*En millions d'euros*

Source > DREES, comptes de la santé.

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

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

Par ailleurs, la dépense d'optique médicale, qui représente à elle seule près de 41 % de la dépense totale en biens médicaux, est retracée séparément (fiche 16).

Des volumes de consommation très dynamiques

Hors optique, les autres biens médicaux consommés en ville, qui s'élèvent à 9,0 milliards d'euros en 2016, progressent de 5,9 % par rapport à l'exercice précédent (tableau). La dépense relative aux matériels, aliments et pansements s'élève à 6,1 milliards d'euros. 2,9 milliards d'euros sont versés au titre des prothèses, orthèses et véhicules pour handicapés physiques (VHP).

La croissance des biens médicaux hors optique est très dynamique (+6,0 % par an en moyenne de 2010 à 2015). En 2016, à l'image de l'année 2015, la croissance du poste des biens médicaux hors optique est entièrement portée par un effet volume, les prix étant stables ou en léger recul.

Le poste « **prothèses, orthèses, VHP** » regroupe des dispositifs divers allant du fauteuil roulant aux appareils correcteurs de surdité. Entre 2010 et 2016, sa croissance se maintient à un rythme élevé (+5,7 % 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]...) est également très dynamique (+6,2 % en moyenne annuelle de 2010 à 2016) [graphique 2].

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

- 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 (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.

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

Enfin, l'année 2016 est marquée par un changement de conditionnement des pansements qui se devrait se traduire dans les années à venir par un effet modérateur sur la dépense.

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

Les prothèses, orthèses, VHP, matériels, aliments et pansements sont pris en charge à 70,7 % par l'Assurance maladie obligatoire. Cela représente un niveau très largement supérieur à celui constaté sur l'optique, mais qui reste inférieur au taux moyen de prise en charge sur le champ de la CSBM dans son ensemble.

Y compris État et CMU-C versée par les organismes de base, les financements publics représentent au total 72,1 % de la dépense d'autres biens médicaux hors optique (graphique 3). Les organismes complémentaires et les ménages financent ces biens médicaux dans des proportions assez voisines (respectivement 15,4 % et 12,5 %).

Cette structure de financement s'est légèrement modifiée depuis 2006. La part des organismes complémentaires a progressé de 3,3 points, tandis que, symétriquement, les parts publiques et le reste à charge des ménages ont reculé (respectivement -2,6 points et -0,6 point).

Note

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

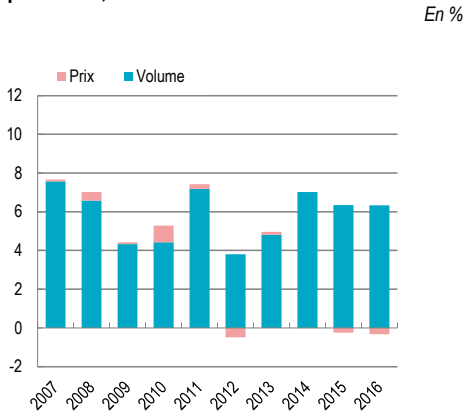
Tableau Consommation des autres biens médicaux, hors optique

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Évolution 2016/2015	Structure (%) 2016
Ensemble (en millions d'€)	5 401	5 847	5 973	6 349	6 762	7 099	7 553	8 057	8 491	8 992	5,9	100,0
Prothèses, orthèses, VHP*	1 765	1 889	1 973	2 078	2 232	2 306	2 421	2 590	2 748	2 913	6,0	32,4
Matériels, aliments et pansements	3 636	3 957	4 000	4 271	4 530	4 793	5 133	5 466	5 743	6 079	5,9	67,6
Évolution en valeur (en %)	9,7	8,2	2,2	6,3	6,5	5,0	6,4	6,7	5,4	5,9		

* Véhicules pour handicapés physiques.

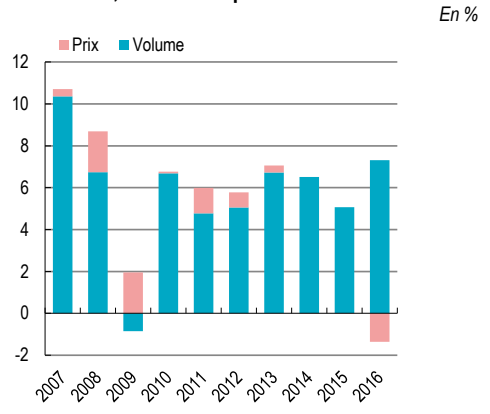
Source > DREES, comptes de la santé.

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



Source > DREES, comptes de la santé.

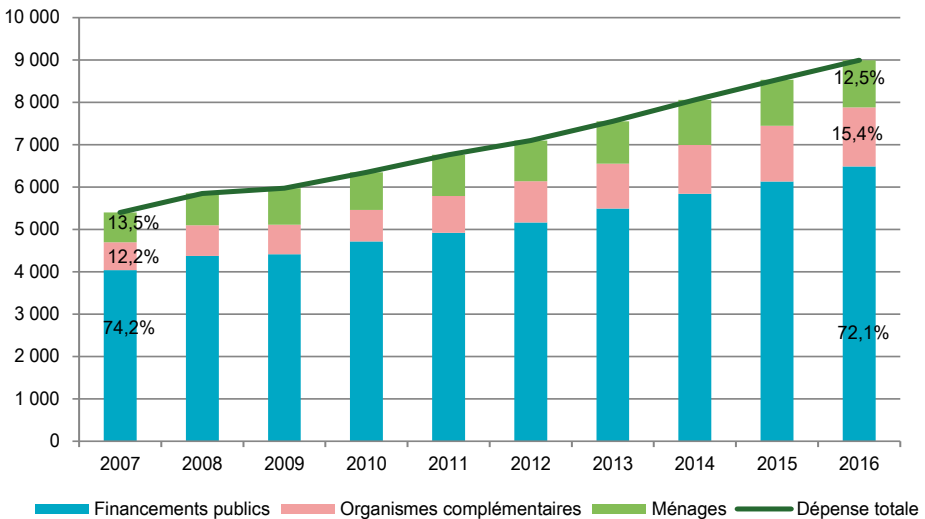
Graphique 2 Taux d'évolution des dépenses de matériels, aliments et pansements



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux, hors optique, par financeur direct

En millions d'euros



Source > DREES, comptes de la santé. Les financeurs publics recouvrent la Sécurité sociale, l'État et la CMU-C versée par les organismes de base.

Les soins hospitaliers

En 2016, la consommation de soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) s'élève à 92,3 milliards d'euros. Ces soins hospitaliers représentent 46,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Cette part est stable depuis 2013, après avoir augmenté les années antérieures (elle s'établissait à 45,8 % en 2007). La consommation de soins hospitaliers a augmenté de 2,2 % en valeur en 2016 (tableau), portée par la hausse des volumes (+2,0 %), tandis que les prix sont restés plutôt stables tous secteurs confondus (+0,2 %). 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.

Des soins à l'hôpital en croissance modérée

Le **secteur public** hospitalier comprend :

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

Le secteur public représente à lui seul 77 % de la consommation de soins hospitaliers en 2016, cette part étant stable depuis 2006. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public s'élève ainsi à 71,3 milliards d'euros en 2016. Elle progresse de 2,2 % en valeur, portée par la croissance des volumes (+1,6 %). La croissance des prix dans le secteur public hospitalier est modérée (+0,6 %), en raison du ralentissement de la masse salariale hospitalière amorcé depuis quelques années. La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public a légèrement ralenti en 2015 et 2016 par rapport à la période 2010-2014 (+2,7 % en moyenne par an pendant cette période) et surtout par rapport aux années 2000 (graphique 1), du fait du resserrement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Le **secteur privé** hospitalier comprend :

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

La consommation de soins hospitaliers en secteur privé s'élève en 2016 à 21,1 milliards d'euros. Dans une logique de lieu d'exécution, les dépenses comptabilisées au titre du secteur hospitalier privé comprennent l'ensemble des honoraires perçus par les professionnels libéraux y exerçant ainsi que les analyses médicales qui y sont effectuées. La consommation de soins hospitaliers privés a augmenté en 2016 (2,0 %), entièrement portée par la hausse des volumes (+3,4 %). En revanche, les prix ont nettement baissé en 2016 dans le secteur privé (-1,3 %), tout comme en 2015. Cette baisse des prix s'explique notamment par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au CICE (fiche 23) ainsi que par la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (+2,2 % après +4,2 % en 2015). La réforme des contrats responsables a en effet limité la prise en charge de ces dépassements par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) [fiche 27].

Le secteur privé laisse aux ménages un reste à charge un peu plus important

Dans le secteur privé, les praticiens ont la possibilité d'effectuer des dépassements d'honoraires non remboursés par la Sécurité sociale. La prise en charge par l'Assurance maladie est donc plus faible dans le privé que dans le public (89 % contre 92 %) [graphique 2]. Même si les organismes complémentaires peuvent rembourser en partie ces dépassements d'honoraires, le reste à charge dans le secteur privé hospitalier demeure un peu plus élevé que dans le secteur hospitalier public (4 % contre 2 %). Ces restes à charge à l'hôpital, public ou privé, sont toutefois sensiblement inférieurs en moyenne à ceux rencontrés dans la plupart des autres postes de la CSBM, même s'ils sont très variables en fonction du type de séjour (médecine ou chirurgie).

Consommation de soins hospitaliers publics

Ce montant ne comprend pas les unités de soins de longue durée (prises en compte dans la dépense courante de santé et non dans la consommation de soins et de biens médicaux).

La consommation de soins du secteur public est égale à la production non marchande obtenue en additionnant les coûts des différents facteurs de production utilisés. À cette production, sont retirées les ventes résiduelles (par exemple mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales, etc.), et la part de la production consommée pour le propre compte du secteur public hospitalier.

Indice de prix

Dans les comptes de la santé, le partage volume/prix de la consommation de soins dans le secteur hospitalier public est estimé à partir de l'évolution de l'activité par la méthode dite de « l'output », grâce aux données de l'ATIH et de l'enquête SAE de la DREES.

À la différence du secteur public, l'indice de prix utilisé pour les cliniques privées résulte de l'augmentation réglementaire des tarifs des actes pratiqués provenant de la CNAMTS, de la contribution demandée aux assurés (forfait journalier) et de l'évolution du prix des honoraires des praticiens libéraux (y compris dépassements, produit par l'INSEE). Les méthodes de calcul sont différentes entre les deux secteurs afin que l'indice soit le plus conforme à la logique économique de chacun des secteurs.

Tableau Consommation de soins hospitaliers

En millions d'euros

		2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble		72 946	75 390	78 335	80 315	82 457	84 564	86 680	89 069	90 360	92 340
Évolution (en %)	Valeur	3,4	3,4	3,9	2,5	2,7	2,6	2,5	2,8	1,4	2,2
	Prix	2,1	0,5	0,8	-0,2	-0,1	0,0	0,6	0,5	-0,6	0,2
	Volume	1,3	2,8	3,1	2,8	2,7	2,5	1,9	2,3	2,1	2,0
Secteur public		56 240	57 939	60 211	61 701	63 294	64 952	66 779	68 635	69 724	71 290
Évolution (en %)	Valeur	3,4	3,0	3,9	2,5	2,6	2,6	2,8	2,8	1,6	2,2
	Prix	2,1	0,4	0,9	-0,5	-0,2	0,0	0,8	0,7	-0,5	0,6
	Volume	1,3	2,6	3,0	3,0	2,8	2,7	2,0	2,1	2,0	1,6
Secteur privé		16 706	17 451	18 124	18 614	19 163	19 612	19 901	20 434	20 635	21 050
dont	frais de séjour *	12 294	12 792	13 299	13 550	13 958	14 283	14 475	14 796	14 863	15 083
	honoraires **	4 413	4 659	4 825	5 064	5 204	5 329	5 426	5 638	5 773	5 967
Évolution (en %)	Valeur	3,3	4,5	3,9	2,7	2,9	2,3	1,5	2,7	0,9	2,0
	Prix	1,8	1,0	0,5	0,6	0,6	0,3	-0,3	-0,2	-1,1	-1,3
	Volume	1,5	3,4	3,3	2,1	2,4	2,1	1,7	2,9	2,1	3,4

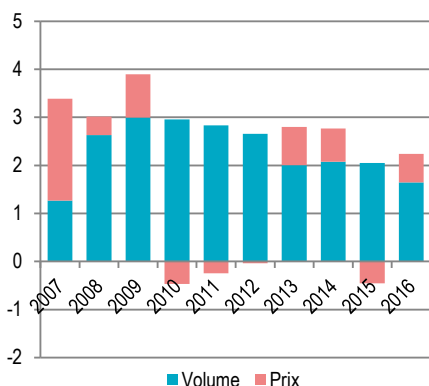
* Y compris médicaments et dispositifs médicaux implantables en sus (médicaments et autres biens médicaux, souvent coûteux, qui sont facturés en sus de la tarification à l'activité).

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

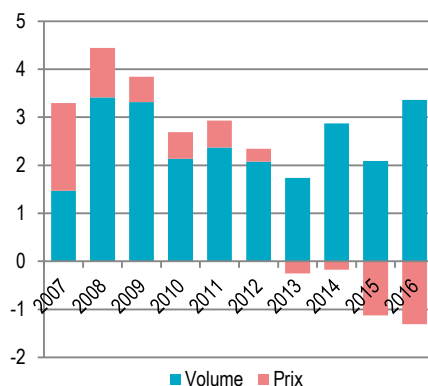
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers**A. Dans le secteur public**

En %

**B. Dans le secteur privé**

En %

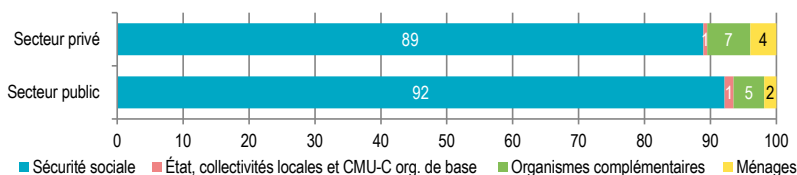


Note > Compte tenu des différences de méthodologie et de périmètre des tarifs dans les secteurs public et privé, les indices de prix des deux secteurs ne sont pas directement comparables (voir annexe 3 « La méthodologie des comptes de la santé »).

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition de la consommation de soins hospitaliers par financeur en 2016

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Dans ce même ouvrage, l'éclairage « Les indices de prix de la santé » et Annexe 3 « La méthodologie des comptes de la santé ».

Dans les comptes de la santé, la distinction entre « secteur public » et « secteur privé » hospitalier repose sur l'ancien mode de financement des établissements (dotation globale [DG], ou hors DG) et non sur leur statut juridique (fiche 19). En revanche, l'enquête **SAE** (Statistique annuelle des établissements de santé), qui permet de décrire l'offre hospitalière, répartit les établissements de santé en trois catégories en fonction de leur statut juridique.

Au 31 décembre 2015, on dénombre en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer 3 089 établissements de santé (y compris hôpitaux militaires) :

- 1 389 établissements publics¹ ;
- 691 établissements privés à but non lucratif ;
- 1 009 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 2015, les capacités d'accueil sont d'environ 377 000 lits en hospitalisation complète, hors soins de longue durée, et 73 000 places en hospitalisation partielle (tableau).

Le nombre de lits en hospitalisation complète (hors soins de longue durée) diminue en 2015 (-0,7 %, après -0,6 % en 2014), du fait du repli observé dans le secteur public (-1,2 %). 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 légèrement en 2015 (+0,3 %, après +0,8 % en 2014), grâce notamment au dynamisme du secteur privé à but lucratif (+2,6 %). Dans les trois secteurs, le nombre de places d'hospitalisation partielle a nettement augmenté entre 2002 et 2015.

Toutefois, en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (**MCO**), les capacités d'accueil en hospitalisation partielle diminuent en 2015 (-1,7 %), du fait de leur baisse dans les secteurs public et privé à but non lucratif. Les capacités en hospitalisation complète en MCO poursuivent leur décroissance (-1,4 % par rapport à 2014) dans l'ensemble des secteurs.

En psychiatrie (**PSY**), le nombre de places en hospitalisation partielle augmente de nouveau faiblement en 2015 (+0,4 %, après +0,6 % en 2014). Cette progression est portée par la croissance soutenue dans le secteur privé à but lucratif (+6,1 %), dont les niveaux initiaux étaient faibles. En hospitalisation complète de psychiatrie, la diminution globale des capacités est modérée (-0,6 %) et masque une faible augmentation du nombre de lits dans le secteur privé à but lucratif.

En soins de suite et de réadaptation (**SSR**), le nombre de lits progresse lentement : +0,7 % en 2015, après +1,3 % en 2014. Au contraire, les places d'hospitalisation partielle continuent de croître, à un rythme nettement plus soutenu (+6,0 % en 2015, après +6,5 % en 2014). Enfin, pour les soins de longue durée, les capacités d'accueil se stabilisent en 2015 après plusieurs années de baisse et notamment la suppression de plus du quart de la capacité en 2010. Cette forte baisse en 2010 résultait de la transformation d'un grand nombre d'unités de soins de longue durée en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) et à leur sortie du champ sanitaire (fiche 32).

Le nombre d'emplois médicaux croît de 1,1 % en 2015

En 2015, 189 000 emplois médicaux de médecins, odontologistes, biologistes, pharmaciens, internes et faisant fonction d'interne [FFI] (hors sages-femmes) sont dénombrés dans les établissements de santé², soit 1,1 % de plus qu'en 2014 (graphique 2). Le nombre d'emplois salariés (115 000) est globalement stable, mais diminue légèrement dans les établissements publics. En revanche, le nombre de médecins libéraux (41 000) travaillant dans les établissements de santé³ augmente de 0,9 %.

En 2015, le personnel non médical et les sages-femmes des établissements de santé représentent toujours plus d'un million d'équivalents temps plein (ETP) [graphique 3]. Ce niveau d'emploi est quasi stable par rapport à 2014 (+0,1 %). Représentant 7 ETP sur 10, le personnel soignant (sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents des services hospitaliers, rééducateurs, psychologues) constitue le cœur de métier de l'hôpital. Les trois quarts des ETP non médicaux des établissements de santé sont employés dans les hôpitaux publics, le reste se partageant de manière presque égale entre établissements privés à but non lucratif et cliniques privées.

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

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

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

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

Pour en savoir plus

> DREES, 2017, *Les établissements de santé - édition 2017*, coll. Panoramas de la Drees - Santé.

Tableau Capacité en lits et en places par discipline d'équipement et type d'activité selon le statut de l'établissement en 2015

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2015	Évolution 2015-2014 (en %)	2015	Évolution 2015-2014 (en %)	2015	Évolution 2015-2014 (en %)	2015	Évolution 2015-2014 (en %)
Hospitalisation partielle (en places)	41 361	-0,7	13 489	0,7	17 939	2,6	72 789	0,3
MCO	15 620	-2,9	3 303	-3,0	12 525	0,3	31 448	-1,7
Psychiatrie	22 497	-0,2	5 357	1,5	1 503	6,1	29 357	0,4
Soins de suite et réadaptation	3 244	7,5	4 829	2,5	3 911	9,3	11 984	6,0
Hospitalisation complète (en lits)*	224 778	-1,2	54 877	0,2	96 951	0,0	376 606	-0,7
MCO	145 918	-1,6	17 249	-1,0	50 343	-1,2	213 510	-1,4
Psychiatrie	36 804	-1,0	7 349	-1,0	13 350	0,5	57 503	-0,6
Soins de suite et de réadaptation	42 056	-0,3	30 279	1,2	33 258	1,6	105 593	0,7
Soins de longue durée (en lits)	28 586	-0,3	2 507	3,8	546	0,0	31 639	0,0

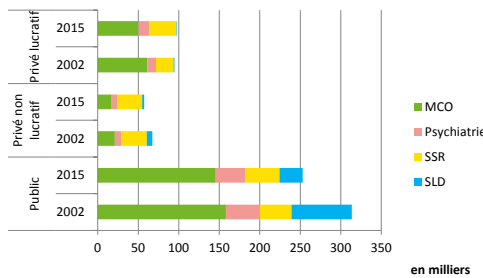
* Hors soins de longue durée.

Champ > France entière, y compris hôpitaux militaires.

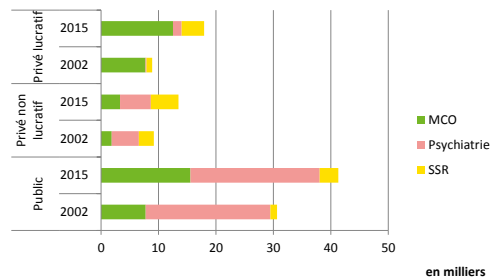
Source > DREES, SAE 2014 et 2015, traitement DREES.

Graphique 1 Évolution des capacités entre 2002 et 2015

Lits d'hospitalisation complète



Places d'hospitalisation partielle

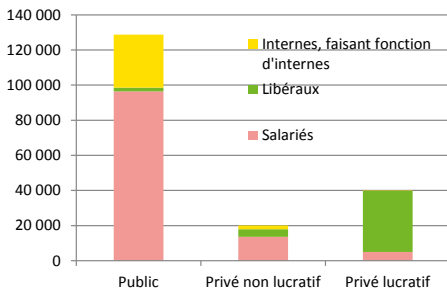


Champ > France entière (hors Mayotte), y compris hôpitaux militaires.

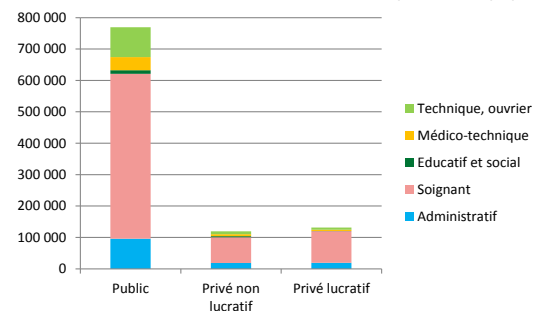
Source > DREES, SAE 2002 et 2015, traitement DREES.

Graphique 2 Personnel médical en 2015

En nombre de personnes


Graphique 3 Personnel non médical et sages-femmes en 2015

En équivalent temps plein



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

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

Champ > France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2015, traitement DREES.

Champ > France entière, y compris hôpitaux militaires.

Source > DREES, SAE 2015, traitement DREES.

En 2015, les établissements de santé ont comptabilisé 12 millions de séjours en hospitalisation complète et 16 millions de journées en hospitalisation partielle (tableau)¹. L'activité est tirée par l'hospitalisation partielle qui continue de se développer (+3,6 %), tandis que l'hospitalisation complète stagne (-0,2 %).

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

L'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), mesurée en nombre de séjours d'hospitalisation complète et de journées en hospitalisation partielle, est en hausse : +1,1 % en 2015. L'hospitalisation partielle en court séjour poursuit sa croissance en 2015 (+3,5 %). En hospitalisation complète, en revanche, le repli de l'activité à l'œuvre depuis 2009 se poursuit (-0,5 %). Comme en 2014, la baisse de l'activité des cliniques privées à but lucratif (-3,2 % en 2015) n'est que partiellement compensée par la légère hausse observée dans le secteur public (+0,4 %).

Au total, en 2015, 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 42 % 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 2 journées pour 3 séjours en 2015.

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en MCO est de 5,7 jours (graphique 2). Elle est plus élevée dans le public (6,1 jours) que dans le privé à but non lucratif (5,6 jours) ou lucratif (4,4 jours), reflète notamment des caractéristiques des patients différentes d'un secteur à l'autre. Cette durée moyenne est stable pour l'ensemble de la période observée (2010-2015). Plutôt faible en France, la durée moyenne de séjour ne s'inscrit pas dans la tendance à la baisse généralement observée dans les autres pays (fiche 45).

L'activité en psychiatrie est relativement stable depuis 2002

Entre 2002 et 2014, le nombre de séjours en hospitalisation complète de psychiatrie est globalement stable. En 2015, il est en hausse (+1,4 %, après -3,0 %), l'augmentation étant plus marquée dans le secteur privé à but lucratif (+7,1 %), pour atteindre un niveau un peu supérieur à la moyenne 2002-2014.

Comme en MCO, la durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en psychiatrie est assez stable depuis 2010, mais à un niveau près de cinq fois plus élevé qu'en MCO : en 2015, elle s'établit ainsi à 28,5 jours. L'activité en hospitalisation partielle en psychiatrie progresse régulièrement depuis 2002, mais à un rythme plus faible qu'en MCO. En 2015, cette hausse modérée se poursuit (+0,4 %).

L'activité en SSR poursuit sa progression

Entre 2002 et 2015, le secteur de soins de suite et de réadaptation (SSR) est celui qui connaît la plus forte croissance de son activité : +29 % pour le nombre de séjours en hospitalisation complète, +166 % pour le nombre de journées en hospitalisation partielle.

En 2015, l'activité en hospitalisation partielle, avec 3,7 millions de journées, continue de progresser à un rythme rapide (+8,5%). 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 avec 1,1 million de séjours en 2015 (+2,0 %) et 34,5 millions de journées (+2,4 %).

La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète est de 31,6 jours en 2015. 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** diminue légèrement en 2015 (-0,7 %), du fait de la stagnation des capacités d'accueil en lits (fiche 19). À ces prises en charge en hospitalisation, à temps complet et à temps partiel, s'ajoutent des consultations externes, ainsi que des traitements et cures ambulatoires, dont 6,4 millions de séances de dialyse en 2015, 2,4 millions de séances de chimiothérapie en ambulatoire et 3,7 millions de séances de radiothérapie en ambulatoire. Enfin, les urgences ont accueilli 20,3 millions de passages en 2015.

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

Sources

Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI) décrit de manière synthétique et standardisée l'activité médicale des établissements de santé. Il permet notamment de financer les établissements en fonction de leur activité. La Statistique annuelle des établissements de santé (SAE) est une enquête administrative exhaustive obligatoire, réalisée chaque année par la DREES auprès de tous les établissements de santé de France, pour recueillir des informations sur leur activité, leurs capacités, leurs équipements et leurs personnels médicaux et non médicaux. En 2015 comme depuis 2013, le recueil de l'activité en centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) n'est plus intégré dans l'hospitalisation partielle en psychiatrie, mais dans les prises en charge ambulatoires en psychiatrie.

Pour en savoir plus

> DREES, 2017, *Les établissements de santé - édition 2017*, coll. Panoramas de la Drees - Santé.

Tableau Nombre de séjours et de journées selon le statut de l'établissement en 2015

	Établissements publics		Établissements privés à but non lucratif		Établissements privés à but lucratif		Ensemble des établissements	
	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)	2015	Évolution 2014-2015 (en %)
Journées en hospitalisation partielle	7 569 613	1,6	2 975 998	3,3	5 324 736	6,5	15 870 347	3,6
Soins de court séjour (MCO)	2 969 412	3,5	600 587	6,7	3 529 404	2,9	7 099 403	3,5
Psychiatrie (1)	3 672 179	-1,1	948 893	-0,5	459 839	16,6	5 080 911	0,4
Soins de suite et réadaptation	928 022	7,3	1 426 518	4,6	1 335 493	13,8	3 690 033	8,5
Séjours en hospitalisation complète (2)	7 886 136	0,5	1 212 863	0,5	2 994 710	-2,4	12 093 709	-0,2
Soins de court séjour (MCO)	6 990 968	0,4	836 876	-0,1	2 527 758	-3,2	10 355 602	-0,5
Psychiatrie	453 696	-0,2	75 525	2,8	121 801	7,1	651 022	1,4
Soins de suite et réadaptation ²	441 472	3,3	300 462	1,9	345 151	0,6	1 087 085	2,0
Soins de longue durée	18 997	3,6	1 716	30,9	425	0,0	21 138	5,3
Journées en hospitalisation complète (2)	68 458 555	0,1	16 114 764	0,5	27 138 350	-0,6	111 711 669	0,0
Soins de court séjour (MCO)	42 955 708	-0,3	4 672 849	-0,7	11 035 773	-4,5	58 664 330	-1,2
Psychiatrie	11 622 292	-1,1	2 261 500	-1,2	4 661 205	0,2	18 544 997	-0,8
Soins de suite et de réadaptation (3)	13 880 555	2,4	9 180 415	1,6	11 441 372	3,1	34 502 342	2,4
Journées en soins de longue durée	9 924 060	-1,1	858 867	3,7	193 578	3,9	10 976 505	-0,7

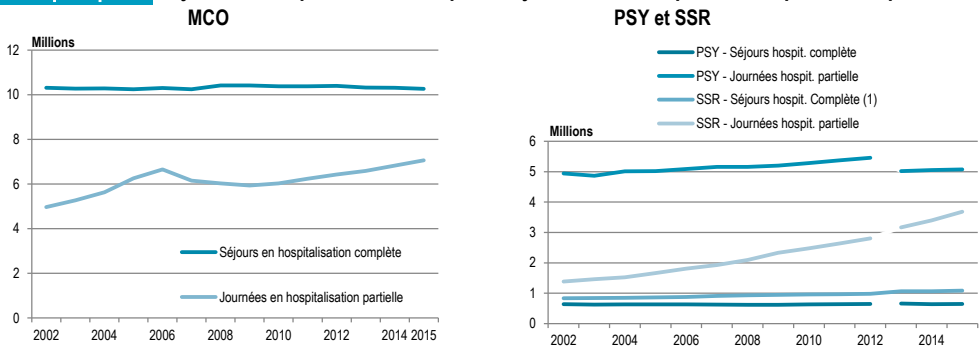
1. Le nombre de journées est exprimé en équivalent journée par lequel une demi-journée compte pour 0,5.

2. Hors soins de longue durée.

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

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

Sources > ATIH PMSI-MCO 2014-2015, traitements DREES pour l'activité de court séjour, ATIH PMSI-SSR 2014-2015 pour le SSR, DREES SAE 2014-2015, traitements DREES pour la psychiatrie et les soins de longue durée.

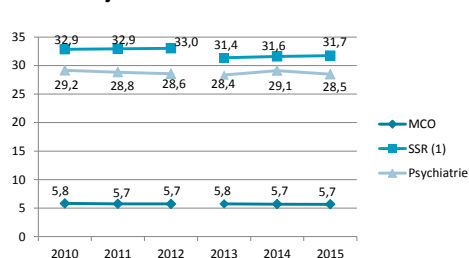
Graphique 1 Séjours en hospitalisation complète et journées en hospitalisation partielle depuis 2002

1. Y compris MECS temporaires de 2013 à 2015.

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

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

Sources > ATIH PMSI-MCO 2002-2015, traitements DREES pour l'activité de court séjour, DREES SAE 2002-2012 et ATIH PMSI-SSR 2013-2015, traitements DREES pour le SSR, DREES SAE 2002-2015, traitements DREES pour la psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour

En nombre de jours

1 Y compris MECS temporaires en 2014 et 2015.

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

Champ > France entière, y compris hôpitaux militaires.

Sources > ATIH PMSI-MCO 2010 à 2015 pour l'activité de court séjour, SAE 2010 à 2012 et ATIH PMSI-SSR 2013 à 2015, traitements DREES pour le SSR, DREES SAE 2010 à 2015, traitements DREES pour la psychiatrie.

L'hospitalisation à domicile¹ (HAD) propose un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant de ville. Elle permet d'assurer, au lieu de vie du patient, des soins médicaux et paramédicaux afin d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) ou en soins de suite de rééducation et de réadaptation (SSR).

En 2015, la dépense remboursée par l'Assurance maladie aux hôpitaux au titre de l'HAD s'élève à 914 millions d'euros. Après avoir augmenté de 19 % par an entre 2006 et 2009, cette dépense a ralenti à +8 % par an jusqu'en 2012 et de nouveau depuis (+3,7 % par an depuis 2013). Ce dernier ralentissement s'expliquerait en partie par la suppression de certaines prises en charge du champ de l'HAD comme les retours précoces à domicile après accouchement.

Le nombre de places augmente...

Apparue dans les années 1950 en France, l'HAD s'est peu à peu structurée et a connu un essor important depuis le début des années 2000 après la clarification de son périmètre et de son champ d'application. La capacité offerte et l'activité ont ainsi plus que triplé entre 2000 et 2015. Depuis 2011, le nombre de structures d'HAD se stabilise, tandis que le nombre de places (*i.e* le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément) et de journées continue d'augmenter (+3 % par an en moyenne depuis 2013). Néanmoins, l'HAD joue encore un rôle marginal dans l'offre de soins. En 2015, 314 structures offrent 15 200 places en France métropolitaine et dans les DROM (tableau), soit seulement 4 % des lits d'hospitalisation complète disponibles sur le territoire.

Les structures d'HAD appartiennent en majorité aux secteurs public et privé à but non lucratif. Les 133 structures du secteur public offrent 27 % des places d'HAD en 2015 (contre 29 % en 2006). Au sein du secteur privé à but non lucratif, 105 structures, soit plus de 4 sur 5, relèvent du domaine associatif, et sont spécialisées dans cette forme d'hospitalisation : elles offrent 49 % des places en HAD en 2015, contre 56 % en 2006. Le secteur privé lucratif avec 54 structures reste minoritaire mais son importance s'accroît : entre 2006 et 2015, la part des places en HAD offertes par ce secteur est passée de 6 % à 17 %.

... mais les disparités géographiques demeurent

En 2015, sur les 15 200 places en HAD du territoire français, plus de 2 300 sont concentrées à Paris et dans les Hauts-de-Seine. L'offre des places d'HAD de ces deux départements représente 17 % de l'offre totale et la densité moyenne de places y est de 61 pour

100 000 habitants (carte), soit 2,5 fois la moyenne nationale (23 places pour 100 000 habitants). De fait, les deux premières structures d'HAD créées en France à la fin des années 1950 sont l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et Santé Service Île-de-France. Les densités sont également élevées dans les Landes ou le Var, où l'HAD existe depuis longtemps. Dans les DROM, la Guadeloupe et la Guyane ont aussi des densités trois à quatre 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 particulièrement sous-dotés en places d'HAD, malgré la volonté publique de couvrir l'ensemble des départements. Les départements restants de l'Île-de-France, les Alpes-de-Haute-Provence, la Mayenne, le Cantal et l'Ardèche affichent ainsi des densités départementales inférieures à 11 places pour 100 000 habitants, soit moins de deux fois la moyenne nationale.

En 2015, 174 000 séjours en HAD ont été réalisés pour 4,6 millions de journées. En matière d'activité, la prédominance de Paris et des Hauts-de-Seine est plus marquée encore qu'en nombre de places offertes avec 47 000 séjours (27 % des séjours) et 850 000 journées (18 % des journées) en 2015. Le secteur privé à but non lucratif a aussi plus d'importance en matière d'activité que de capacités : il prend en charge 58 % des séjours (contre 31 % dans le public et 11 % dans le privé à but lucratif) et réalise 59 % des journées (contre 26 % et 15 %).

Cela peut s'expliquer par une rotation plus grande dans les secteurs public et privé à but non lucratif. En effet, les séjours y sont plus courts du fait des principales pathologies prises en charge. Notamment, la périnatalité et les soins de cancérologie, dont les séjours sont réduits à quelques jours, sont plus répandus dans ces deux secteurs. 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 plus de 65 ans totalisent la moitié des séjours

Compte tenu de ces prises en charge variées, l'HAD concerne des patients de tout âge, de la naissance à la fin de vie (graphique). Toutefois, les personnes âgées constituent une population cible importante : en 2015, les plus de 65 ans totalisent la moitié des séjours (contre 39 % en MCO). Les enfants concentrent 7 % des séjours, dont 4 % pour les nourrissons.

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

Pour en savoir plus

- > ATIH, « Analyse de l'activité hospitalière 2015 – édition 2016 », octobre.
- > DREES, 2017, *Les établissements de santé – édition 2017*, DREES, coll. Panoramas de la Drees - Santé, juin.
- > FNEHAD, *Chiffres clés : l'hospitalisation à domicile en 2015 – édition 2016*, rapport d'activité, novembre.

Tableau Capacités et activité des structures d'hospitalisation à domicile selon leur statut juridique

Statut juridique des structures	Nombre de structures	Nombre de places* installées	Nombre de séjours (en milliers)	Nombre de journées de présence (en milliers)	Sur les séjours terminés** en 2015	
					Durée moyenne (en journées)	Durée moyenne des séjours mono-séquences*** (en journées)
Ensemble	314	15 183	174	4 629	28	19
Secteur public :	133	4 107	55	1 201	23	16
Centre hospitalier régional	15	1 309	23	416	19	12
Centre hospitalier (et autres)	118	2 798	32	786	26	18
Secteur privé à but non lucratif :	127	8 547	100	2 749	29	20
Centre de lutte contre le cancer	3	213	4	79	23	10
Structure associative de HAD	105	7 441	87	2 406	30	20
Autres	19	893	10	264	29	21
Secteur privé à but lucratif	54	2 529	19	679	38	24

* Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge en même temps par les structures proposant de l'HAD.

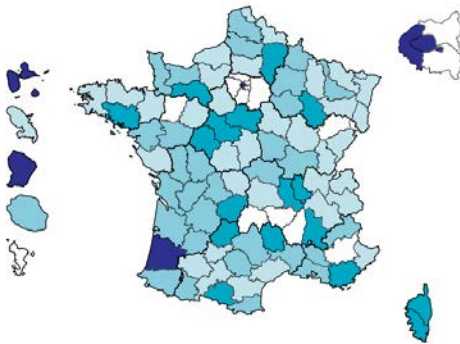
** On comptabilise environ 162 000 séjours terminés en 2015, soit 93 % des séjours d'HAD.

*** On comptabilise environ 122 000 séjours terminés et monoséquences (c'est-à-dire constitués d'un seul mode de prise en charge) en 2015, soit 70 % de séjours d'HAD.

Note > L'activité est celle des disciplines de médecine, obstétrique et soins de suite et de réadaptation, i.e. hors psychiatrie. Le nombre de structures est comptabilisé à partir du PMSI et de la SAE appariés. Le total des places d'HAD installées, ou plus précisément des patients pouvant être pris en charge simultanément, est celui déclaré dans la SAE, pour réaliser l'activité enregistrée dans le PMSI. Les séjours comprennent ceux commencés avant 2015 et ceux qui se poursuivent après 2015. Les journées sont exclusivement celles de l'année 2015 (les journées antérieures à 2015 pour les séjours ayant commencé avant sont exclues).

Champ > France entière.

Source > ATIH : PMSI-HAD 2015, DREES : SAE 2015, traitements DREES.

Carte Densité des places en hospitalisation à domicile par département

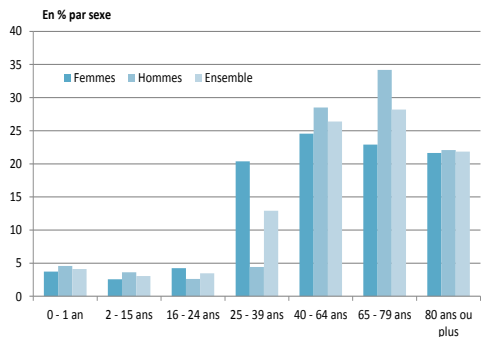
Places pour 100 000 habitants du département

□ [0—16[□ [16—19[□ [19—24[
 ■ [24—32[■ [32—100[

Note > Le terme « places » reflète ici le nombre de patients pouvant être pris en charge simultanément par les structures proposant de l'HAD. Les bornes correspondent à une répartition en quintiles.

Champ > France entière.

Source > INSEE : estimation de la population au 1^{er} janvier 2015, DREES : SAE 2015, traitements DREES.

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

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

Lecture > En 2015, les patients âgés de 25 à 39 ans représentent 4 % des admissions en HAD chez les hommes et 20 % chez les femmes.

Champ > France entière.

Source > ATIH : PMSI-HAD 2015, traitements DREES.

Après plusieurs années de dégradation, les comptes financiers se redressent en 2016...

En 2016, d'après les données provisoires des comptes financiers des hôpitaux publics, le déficit total se situe en dessous de 200 millions d'euros, soit la moitié de sa valeur en 2015. La rentabilité nette, définie comme le rapport du résultat net (soit l'excédent ou le déficit) aux produits, s'établit à -0,3 % en 2016 (tableau 1). Elle s'améliore par rapport à 2015 et retrouve un niveau proche de celui de 2013.

Cette amélioration pour l'année 2016 reflète la réduction du déficit du budget principal, qui s'établit à 430 millions d'euros, après avoir atteint 600 millions d'euros en 2015 (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, l'excédent progresse en 2016 pour atteindre 245 millions d'euros.

En 2016, un peu moins de la moitié des établissements sont déficitaires (48 % contre 51 % en 2015). Le déficit cumulé des établissements déficitaires se réduit, pour s'établir à 725 millions en 2016, après 798 millions d'euros en 2015. L'essentiel de ce déficit reste concentré sur un petit nombre d'établissements : la moitié de ce déficit cumulé est imputable à près de 40 établissements en 2016 alors qu'en 2015, 25 établissements concentraient la moitié de ce déficit. Quant aux établissements excédentaires, leur excédent cumulé continue de s'améliorer et s'établit à près de 540 millions d'euros en 2016, après 397 millions d'euros en 2015.

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.

... pour toutes les catégories d'établissements hors les centres hospitaliers de taille moyenne

L'amélioration de la situation financière concerne notamment les centres hospitaliers régionaux (CHR) : hors AP-HP, ils sont moins nombreux à être en situation déficitaire (16 en 2016 contre 21 en 2015), et leur déficit représente 30 % du déficit global cumulé en 2016, contre 38 % en 2015. Leur rentabilité nette s'améliore aussi sensiblement et s'établit à -0,5 % en 2016, contre -1,3 % en 2015 et -0,7 % en 2014.

Quant aux centres hospitaliers de grande taille (grands CH), leur rentabilité nette s'améliore également en 2016, passant de -0,7 % en 2015 à -0,3 % en 2015. En 2016, la situation redevient excédentaire pour les CH de petite taille, qui étaient devenus déficitaires pour la première fois

en 2015. Leur rentabilité nette, enregistrée à 0,3 % en 2016, s'améliore mais reste à un niveau inférieur à celui observé en 2002-2014. De même, la situation des centres hospitaliers spécialisés, redevenue excédentaire en 2015, s'améliore en 2016 : la rentabilité nette représente 1 % des produits en 2016, contre 0,3 % en 2015. Pour les centres hospitaliers ex-hôpitaux locaux, la situation se stabilise, leur situation financière restant excédentaire.

En revanche, pour les CH de taille moyenne, la rentabilité nette baisse en 2016 après trois années de stabilité. Elle s'établit à -1,7 % contre -0,9 % en 2015.

En 2016, le résultat d'exploitation des établissements publics repart à la hausse

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. La détérioration du résultat net observée de 2012 à 2015 découle de la dégradation du résultat d'exploitation, alors que celui-ci avait progressé chaque année entre 2008 et 2012 (graphique 1). En 2016, le résultat d'exploitation s'améliore et enregistre un excédent de 350 millions contre 200 millions d'euros en 2015. Toutefois, le niveau de ce résultat reste très en deçà des niveaux observés pour les dernières années. Structurellement déficitaire en raison de la hausse du paiement des intérêts des emprunts pour financer les investissements, le résultat financier s'est légèrement amélioré en 2016 : son déficit s'élève à 972 millions d'euros en 2016 contre 1,1 milliard d'euros en 2015. Enfin, le résultat exceptionnel diminue légèrement mais reste à un niveau élevé : il est excédentaire de 430 millions d'euros, après 475 millions en 2015.

Les produits des établissements publics sont estimés à près de 78,5 milliards d'euros en 2016

En 2016, les produits totaux des établissements publics, hors rétrocession de médicaments, poursuivent leur progression (+2,3 % en 2016, après +2,1 % en 2015) [tableau 2]. Ces produits atteignent 78,5 milliards d'euros, dont 69,2 milliards imputables au budget principal.

Le budget principal est ventilé en trois titres de produits et en quatre titres de charges. Avec un peu plus de 53 milliards d'euros, les produits versés par l'assurance maladie (titre 1) ont augmenté de 1,9 % en 2016. Ils sont constitués principalement des produits de la tarification des séjours, des forfaits et des dotations. Les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2), retraçant principalement la participation des assurances complémentaires et des patients aux soins hospitaliers, diminuent de 1,2 % pour s'établir à 5,5 milliards d'euros en 2016. Enfin, les autres produits (titre 3) augmentent de 6,8 % pour s'établir à 10,4 milliards d'euros. Ils correspondent, par exemple, aux prestations effectuées au profit de malades d'un autre établissement.

Tableau 1 Rentabilité nette¹ des hôpitaux publics entre 2002 et 2016

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

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

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

** Données provisoires.

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

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

Les 30 autres centres hospitaliers régionaux (CHR).

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

- les grands CH (plus de 70 millions d'euros) ;

- les moyens CH (entre 20 et 70 millions d'euros) ;

- les petits CH (moins de 20 millions d'euros).

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

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

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

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

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, voir encadré).

Tableau 2 Évolution des produits et des charges des hôpitaux publics entre 2013 et 2016

	2013	2014	2015	2016*	2013/2014	2014/2015	2015/2016
	En Mds€	En Mds€	En Mds€	En Mds€	En %	En %	En %
Produits							
Budget global	73,5	75,2	76,7	78,5	+2,3	+2,1	+2,3
dont Budget principal	64,5	66,1	67,5	69,2	+2,5	+2,1	+2,5
dont titre 1 : produits versés par l'assurance maladie	49,9	51,1	52,2	53,1	+2,3	+2,1	+1,9
dont titre 2 : produits à la charge des patients, organismes complémentaires, Etat	5,6	5,6	5,6	5,5	+1,5	-0,6	-1,2
dont titre 3 : autres produits	9,0	9,4	9,7	10,4	+3,9	+3,7	+6,8
Charges							
Budget global	73,6	75,4	77,1	78,7	+2,4	+2,3	+2,0
dont Budget principal	64,8	66,5	68,1	69,6	+2,5	+2,4	+2,2
dont titre 1 : charges de personnel	42,9	44,1	44,9	45,4	+2,7	+1,8	+1,2
dont titre 2 : charges à caractère médical	8,8	9,2	9,6	10,1	+4,1	+4,7	+4,7
dont titre 3 : charges à caractère hôtelier et général	6,6	6,6	6,8	7,0	+0,9	+2,5	+2,8
dont titre 4 : charges d'amortissement, de provisions, financières et exceptionnelles	6,5	6,6	6,8	7,0	+0,7	+3,7	+3,5
Résultat de l'exercice							
Budget global	-0,102	-0,247	-0,401	-0,189	-	-	-
dont Budget principal	-0,324	-0,385	-0,600	-0,434	-	-	-
dont Budget annexe	0,221	0,138	0,199	0,245	-	-	-

* Données provisoires.

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

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, voir encadré).

Des charges plus dynamiques que les produits

En 2016, les charges du secteur public sont estimées à 78,7 milliards d'euros, dont 88 % comptabilisées en budget principal. Contrairement aux deux années précédentes, les produits progressent plus vite que les charges en 2016, ce qui favorise la réduction du déficit du résultat global.

Comme en 2015, la progression des charges s'explique en partie par une augmentation des charges à caractère médical (constituées, pour l'essentiel, de l'acquisition de médicaments et de fournitures médicales d'usage courant [titre 2]) qui progressent de 4,7 %, comme en 2015. Ces charges s'élèvent à 10,1 milliards d'euros en 2016. Les dépenses de personnel (titre 1), qui représentent le premier poste de dépenses, ralentissent pour la deuxième année consécutive : +1,2 % en 2016, après +1,8 % en 2015 et +2,7 % en 2014. Pour le seul budget principal, ces charges s'élèvent à 45,4 milliards d'euros. Les charges à caractère hôtelier et général (titre 3) progressent de 2,8 % en 2016 et atteignent 7 milliards d'euros pour le budget principal. Les charges d'amortissements, frais financiers et charges exceptionnelles (titre 4), progressent en 2016 (+3,5 %) pour atteindre 7 milliards d'euros.

Les investissements baissent à nouveau en 2016

Les investissements représentent 4,1 milliards d'euros en 2016 et la part des dépenses d'investissement rapportées aux produits continue de baisser (5,9 % en 2016 contre

6,6 % en 2015 [graphique 2]), comme le préconise la stratégie nationale d'investissement : l'effort d'investissement avait en effet été soutenu jusqu'en 2010 sous l'impulsion des plans nationaux Hôpital 2007 et Hôpital 2012.

L'encours de la dette en voie de stabilisation

Parallèlement à la diminution de l'effort d'investissement, la progression de l'encours de la dette des hôpitaux publics ralentit encore pour atteindre 29,9 milliards d'euros en 2016 (contre 29,7 milliards d'euros en 2015), dans un contexte où les enveloppes nationales dédiées à l'investissement sont placées sous forte contrainte. L'encours de la dette représente ainsi 43,5 % du chiffre d'affaires en 2016, contre 43,9 % en 2015.

Toutefois, le taux d'endettement, qui mesure la part des dettes au sein des ressources stables (constituées des capitaux propres et des dettes financières), poursuit sa progression en 2016 pour atteindre 51,5 %, après 50,5 % en 2015 (graphique 3). Alors que l'encours de la dette se stabilise, cette dégradation du taux d'endettement s'explique par la baisse des capitaux propres des hôpitaux publics en 2016 : le déficit récurrent des hôpitaux publics engendre en effet des opérations comptables sur le poste « report à nouveau déficitaire », qui conduit à réduire les capitaux propres.

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 produits et de quatre titres de charges (regroupement des comptes selon la nomenclature de l'état prévisionnel des recettes et des dépenses [EPRD]).

Titres de produits :

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

Titres de charges :

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

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

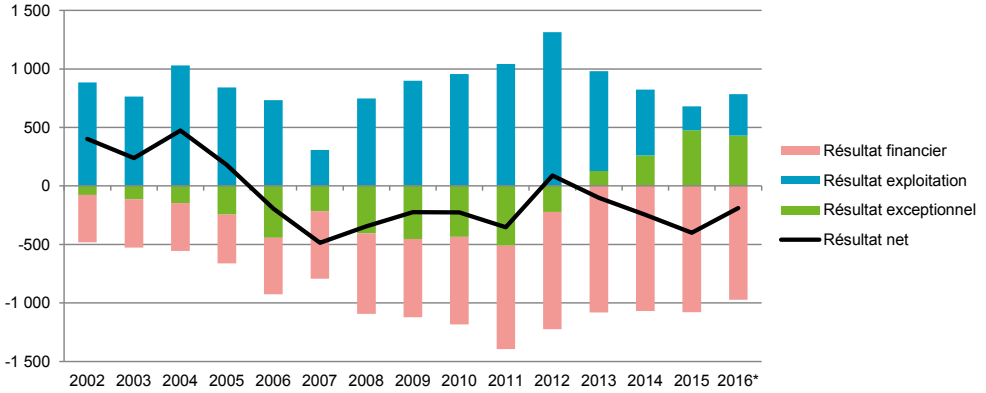
- Le poste de compte correspondant aux rétrocessions de médicaments est déduit à la fois des charges et des produits. La rétrocession de médicaments recouvre la délivrance, par une pharmacie hospitalière, de médicaments à des patients qui ne sont pas hospitalisés. En effet, en l'absence de ce retraitement, pour le groupe Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), le montant des produits serait surestimé, les flux internes entre établissements n'étant pas consolidés. Cette surestimation provient notamment de l'usage du compte 7071, en principe consacré aux rétrocessions de médicaments, mais par lequel peuvent aussi transiter des flux intra-groupes.
- Les données de la DGFIP ont ensuite été croisées avec la Statistique annuelle des établissements (SAE) 2016 afin de ne conserver que les établissements de santé exerçant une activité de soins. Le nombre d'hôpitaux publics s'élèverait à 871 en 2016.

Pour en savoir plus

> Yilmaz E., 2015, « La situation économique et financière des hôpitaux publics », *Les Dépenses de santé en 2015, résultats des comptes de la santé – édition 2016*, coll. Panoramas de la Drees - Santé.

Graphique 1 Décomposition du résultat des hôpitaux publics entre 2002 et 2016

En millions d'euros



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

- Le **résultat d'exploitation** fait référence aux produits et charges 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 produits et les charges qui se rapportent directement à l'endettement et aux placements des hôpitaux publics.

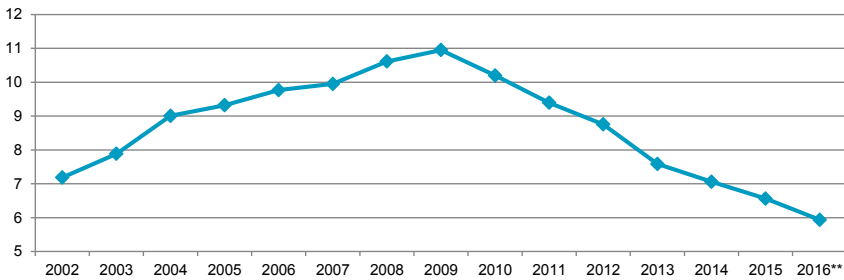
* Données provisoires.

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

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, voir encadré).

Graphique 2 Évolution de l'effort d'investissement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2016

En % des produits



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

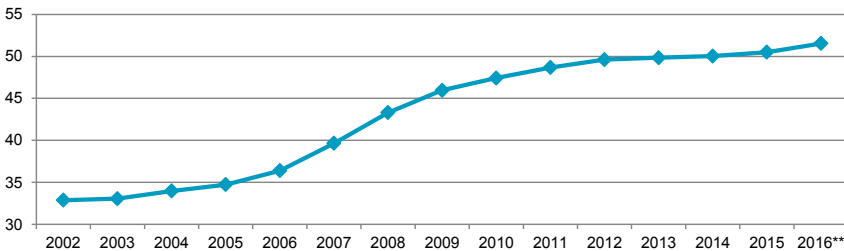
** Données provisoires.

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

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, voir encadré).

Graphique 3 Évolution du taux d'endettement* des hôpitaux publics entre 2002 et 2016

En % des ressources stables



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

** Données provisoires.

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

Sources > DGFIP, SAE, calculs DREES (données retraitées, voir 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 2015, 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 840 cliniques sur les 1 023 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 DOM.

En 2015, la rentabilité des cliniques privées se maintient à un niveau élevé...

D'après les premières estimations, le chiffre d'affaires de l'ensemble des cliniques privées atteint 14,5 milliards d'euros en 2015, soit une hausse de 3,9 % par rapport à 2014 (tableau).

Les cliniques dont l'activité principale correspond aux soins de court séjour (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO]) réalisent 77 % de ce chiffre d'affaires. Les cliniques de soins de suite et de réadaptation (SSR), qui 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 », couvrent, elles, 18 % du chiffre d'affaires total. Enfin, les cliniques psychiatriques n'en représentent que 5 %.

En 2015, la rentabilité nette des cliniques privées, qui rapporte le résultat net au chiffre d'affaires, est évaluée à 3 % en 2015. En baisse de 0,6 point par rapport à 2014, elle reste toutefois à un niveau élevé, supérieur à celui observé de 2008 à 2013.

Pour les cliniques du secteur MCO, la rentabilité diminue de près d'un point pour s'établir à 2,2 % du chiffre d'affaires, proche du niveau moyen observé entre 2006 et

2011 (graphique 1). La rentabilité nette des cliniques de SSR s'établit à 5,2 %, bien au-dessus de son niveau moyen d'avant la mise en place du crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE), avantage fiscal pour les entreprises. Les cliniques psychiatriques demeurent les plus rentables en 2015, atteignant leur niveau le plus élevé de rentabilité depuis dix ans (7,5 %).

... toujours soutenue par le crédit d'impôts pour la compétitivité et l'emploi

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

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

Considérant que les cliniques sont en concurrence avec des établissements publics non éligibles au CICE, les pouvoirs publics ont cependant atténué l'effet positif du CICE en 2013 et 2014, puis l'ont neutralisé en 2015, via des baisses tarifaires des séjours hospitaliers. Toutefois, cela ne s'est pas traduit par une baisse de l'EBE, qui s'établit à 7,2 % du chiffre d'affaires, soit 0,1 point de plus qu'en 2014.

Le recul du résultat net en 2015 est pour partie la conséquence d'un creusement du poste « impôts sur le bénéfice », qui représente -1,2 % du chiffre d'affaires en 2015 (contre -1,0 % en 2014), et de la dégradation de 0,3 point du résultat financier, qui mesure les opérations se rapportant directement à l'endettement et aux placements.

Pourtant, une clinique sur cinq est en déficit

La situation économique des cliniques privées, globalement excédentaires, masque de fortes disparités. En 2015, un peu plus d'un cinquième des cliniques sont en déficit. Faisant écho à la baisse du résultat net, cette part est en légère augmentation en 2015 (23 % en 2015, contre 21 % en 2014). Elle atteint 26 % en MCO et 24 % en SSR, contre 7 % dans le secteur de la psychiatrie.

Tableau Comptes de résultat des cliniques privées à but lucratif

Montants en millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	2015
CHIFFRE D'AFFAIRES TOTAL (milliards d'euros)	12 508	13 050	13 583	13 938	13 991	14 519
Nombre de cliniques	1 084	1 076	1 064	1 039	1 027	1 023
CHIFFRE D'AFFAIRES MOYEN (en millions d'euros)	11,5	12,1	12,8	13,2	13,6	14,2
Achats et charges externes (en % du CA)	-45,0	-45,3	-45,2	-44,8	-45,0	-45,5
<i>dont achats consommés</i>	-17,7	-17,4	-17,2	-16,7	-17,1	-17,5
<i>dont autres achats et charges externes</i>	-27,3	-27,9	-28,0	-28,1	-28,0	-28,0
<i>dont variation de stocks</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0
Frais de personnel (en % du CA)	-44,0	-43,9	-43,9	-43,3	-42,9	-42,6
<i>dont salaires bruts</i>	-31,2	-31,0	-31,2	-31,6	-31,3	-31,2
<i>dont charges sociales</i>	-12,8	-12,9	-12,8	-11,7	-11,6	-11,4
Fiscalité liée à l'exploitation (en % du CA)	-5,0	-5,1	-5,3	-5,3	-5,1	-4,8
<i>dont impôts, taxes et versements assimilés</i>	-5,7	-5,7	-6,0	-5,9	-5,9	-5,6
<i>dont subvention d'exploitation</i>	0,7	0,6	0,6	0,6	0,7	0,9
EXCÉDENT BRUT D'EXPLOITATION (en % du CA)	6,1	5,7	5,6	6,5	7,1	7,2
Autres opérations d'exploitation (en % du CA)	0,0	0,1	0,1	0,0	-0,1	-0,1
Dotations nettes aux amortissements (en % du CA)	-1,8	-2,1	-2,2	-2,2	-2,0	-2,2
RÉSULTAT D'EXPLOITATION (en % du CA)	4,4	3,7	3,5	4,3	4,9	4,9
RÉSULTAT FINANCIER	-0,4	-0,3	-0,3	-0,4	0,0	-0,3
<i>produits financiers</i>	0,6	1,0	0,9	0,6	0,8	0,6
<i>charges financières</i>	-1,1	-1,3	-1,2	-0,9	-0,7	-0,9
RÉSULTAT COURANT (exploitation + financier)	4,0	3,4	3,2	4,0	5,0	4,7
RÉSULTAT EXCEPTIONNEL (en % du CA)	-0,2	1,1	0,1	-0,5	0,0	0,0
<i>produits exceptionnels</i>	2,5	3,0	2,1	2,1	1,9	2,0
<i>charges exceptionnelles</i>	-2,6	-1,9	-2,0	-2,7	-1,9	-2,0
Participation des salariés (en % du CA)	-0,4	-0,4	-0,3	-0,4	-0,4	-0,4
Impôts sur les bénéfices (en % du CA)	-1,4	-1,5	-1,2	-0,9	-1,0	-1,2
RÉSULTAT NET (en % du CA)	2,0	2,6	1,8	2,2	3,6	3,0

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

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

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

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

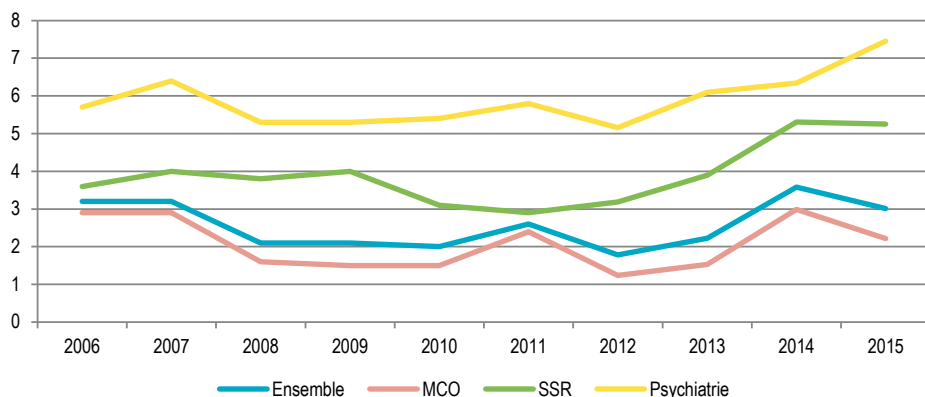
Lecture > Rapportés au chiffre d'affaires, les produits apparaissent en positif et les charges en négatif.

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2010-2015, calculs DREES.

Graphique 1 Évolution de la rentabilité nette des cliniques privées

En % du chiffre d'affaires



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 2006-2014, calculs DREES.

L'investissement repart à la hausse

En raison de la baisse de la rentabilité, la capacité d'autofinancement (CAF) diminue en 2015, après deux années de hausse (5,4 % du chiffre d'affaires en 2015, contre 5,9 % en 2014) [graphique 2]. Elle diminue surtout pour les cliniques de MCO (de 5,6 % en 2014 à 4,9 % en 2015) et reste à un niveau élevé pour les cliniques de SSR (6,7 %). En revanche, la CAF des cliniques psychiatriques augmente pour la troisième année consécutive (9,8 % en 2015, après 8,6 % en 2014). Globalement, l'effort d'investissement des cliniques privées, correspondant au ratio des investissements réalisés dans l'année rapportés au chiffre d'affaires, repart à la hausse après une baisse ininterrompue de 2006 à 2014 (graphique 3). En 2015, l'investissement reste

toutefois modéré. Il représente 4,4 % du chiffre d'affaires, contre 4,1 % en 2014. Cette reprise concerne surtout les cliniques de psychiatrie et de SSR. Pour les cliniques de MCO, l'effort d'investissement reste stable en 2015 et représente 4,2 % du chiffre d'affaires.

L'endettement reste stable à un niveau bas

L'endettement total des cliniques, qui correspond au rapport des dettes financières sur les capitaux permanents, ne progresse que très légèrement pour atteindre 35,3 % des capitaux permanents après 34,9 % en 2014, et reste donc à un niveau historiquement bas (graphique 4) ; à titre de comparaison, ce taux atteint 50 % pour les hôpitaux publics.

Méthodologie

Champ

Les données de 2015 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 2015, afin de récupérer les données concernant l'activité et les capacités des cliniques privées. Les données 2015 sont considérées comme définitives et s'appuient sur un échantillon de 840 cliniques ayant déposé leurs comptes. De ce fait, les ratios se modifient à la marge par rapport aux chiffres publiés dans l'ouvrage *Les établissements de santé – édition 2017, coll. Panoramas de la Drees – Santé..* Un redressement des données par le recours à un calage sur marges permet, par une repondération des données, de rendre l'échantillon de cliniques représentatif de l'ensemble des cliniques. Cette méthodologie donne une estimation plus précise du chiffre d'affaires total des cliniques ainsi que des différents indicateurs financiers.

Répartition par discipline

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

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

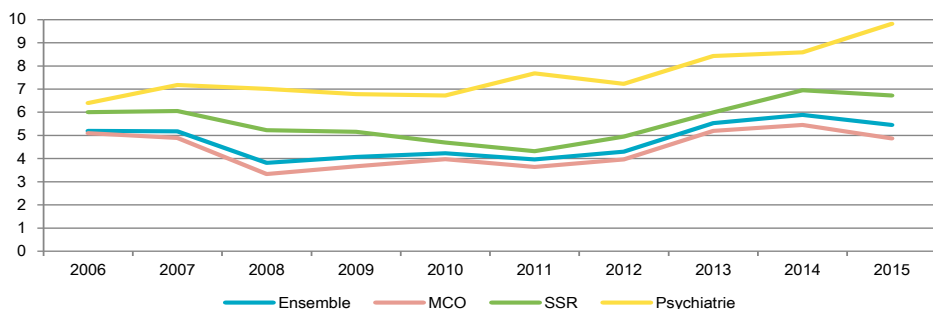
Pour en savoir plus

> DREES, *Les établissements de santé – édition 2017*, coll. Panoramas de la Drees – Santé

> Yilmaz E., 2016, « La situation économique et financière des cliniques privées à but lucratif », *Les Dépenses de santé en 2015, résultats des comptes de la santé – édition 2016*, coll. Panoramas de la Drees – Santé.

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

En % du CA



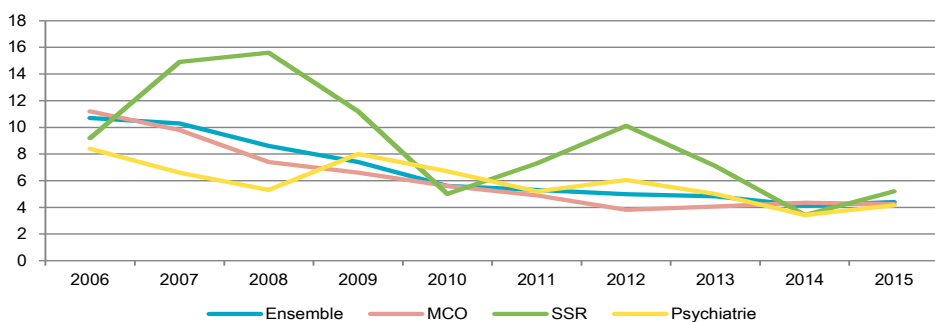
Capacité d'autofinancement (CAF) : elle mesure les ressources restant à disposition de la clinique à la fin de son exercice comptable pour financer son développement futur.

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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2015, calculs DREES.

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

En % du CA

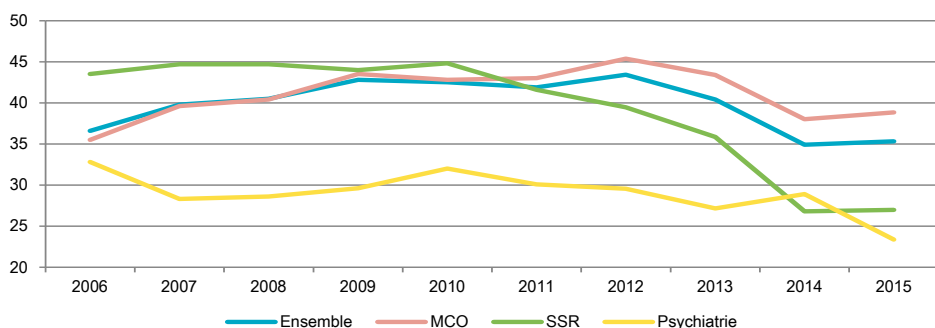


Champ > Cliniques privées à but lucratif de France métropolitaine et des DROM présentes dans la SAE.

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2015, calculs DREES.

Graphique 4 Évolution du taux d'endettement des cliniques privées

En % des capitaux permanents



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

Sources > Greffes des tribunaux de commerce, SAE 2006-2015, calculs DREES.

Le financement de la CSBM

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

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de santé est très variable d'un poste de dépense à l'autre. Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), le taux moyen de prise en charge (77,0 % en 2016) [tableau 1] recouvre des valeurs contrastées selon le type de dépense considéré : cette part varie de 43,8 % pour les autres biens médicaux (optique comprise) à 93,0 % pour les transports sanitaires de malades.

Par symétrie, les taux de prise en charge de la dépense par les autres financeurs (organismes complémentaires, État et organismes de base gérant la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C]) [annexe 7], d'une part, et par les ménages, c'est-à-dire le reste à charge en santé, d'autre part, varient aussi selon le type de soins considéré.

Alors que la part des organismes complémentaires (OC) dans le financement de la CSBM atteint globalement 13,3 % en 2016 (fiche 27), celle-ci est aussi fortement différenciée selon le type de soins considéré. Elle varie ainsi de 3,7 % pour les transports sanitaires à 39,3 % pour les autres biens médicaux. Sur le champ des soins de ville, le taux de prise en charge par ces organismes atteint 21,6 % en 2016.

Les dépenses de l'État recouvrent les prestations versées aux invalides de guerre et aux personnes en situation irrégulière (soins d'urgence, aide médicale [AME]). L'État et les organismes de base au titre de la CMU-C (fiche 30) financent au total 1,4 % de la CSBM.

Enfin, le reste à charge des ménages représente 8,3 % de la CSBM en 2016 (fiche 28), mais varie, par grand poste, de 2,3 % pour les soins hospitaliers et les transports à 17,1 % pour les médicaments.

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

Le principal poste de financement au sein de la CSBM diffère pour les acteurs du système. Les soins hospitaliers constituent le premier poste de dépenses pour la Sécurité Sociale, l'État et les organismes de base gérant la CMU-C. Ils représentent 55,2 % de la dépense et 41,6 % de leurs prises en charge en 2016 (tableau 2), alors que pour les autres acteurs, le premier poste de dépenses est constitué des soins de ville. Les médicaments représentent 35,1 % de la dépense des ménages. Les soins dentaires représentent, tant pour les organismes complémentaires que pour les ménages, une part de leur budget santé près de trois fois supérieure (respectivement 17,0 % et 15,2 % de leurs dépenses) à la part des soins dentaires dans la CSBM (5,6 %). Cela est à rapprocher du faible niveau de remboursement par la Sécurité sociale des soins prothétiques, les soins dentaires (y compris les remboursements au titre des soins 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.

Une structure de financement par acteur globalement stable depuis 2002

La structure de financement de la CSBM est affectée, d'une part, par des phénomènes de fond tels que le vieillissement de la population et 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., et d'autre part, par les effets des différentes mesures législatives portant sur l'assurance maladie (mesures de régulation, remboursement de nouveaux actes et traitements innovants, etc.).

S'agissant des dépenses hospitalières, la part de la Sécurité sociale a globalement diminué depuis 2002 en raison d'augmentations du forfait journalier en 2007 et 2010, ainsi que du relèvement en 2011 du seuil d'application de la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes lourds. Cette diminution s'est reportée sur la part prise en charge par les OC, qui a augmenté de 1,3 point de 2002 à 2012.

Sur le champ des soins de ville, la part de la Sécurité sociale a diminué entre 2002 et 2011, la baisse étant significative en 2008, sous l'effet de la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. À compter de 2012, cette part augmente, du fait notamment des effets de la mise en œuvre de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de médicaments a globalement augmenté depuis 2002, malgré une diminution significative en 2008, en raison d'importants déremboursements intervenus en 2006 et de la mise en place de la franchise en 2008. À partir de 2009, cette part augmente à nouveau, avec le remboursement de nouveaux médicaments coûteux. Elle augmente fortement en 2014 (+1,3 point) du fait de l'introduction de nouveaux traitements contre l'hépatite C. Symétriquement, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué, tandis que le reste à charge des ménages sur ce poste a progressivement augmenté.

Sur le champ des autres biens médicaux, les parts de la Sécurité sociale et des OC ont significativement augmenté depuis 2002, sous l'effet du vieillissement de la population, du développement de l'hospitalisation à domicile, des progrès technologiques, des modifications des prises en charge et des prix (fiche 17), etc. Parallèlement, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est nettement réduit (baisse de 17,2 points depuis 2002), mais demeure parmi les plus élevés (16,1 %).

Enfin, la part de la Sécurité sociale dans la dépense de transports, prépondérante compte tenu du nombre élevé de patients en ALD ayant recours à ces services, a diminué depuis 2002. Le reste à charge des ménages sur ce poste y est donc faible, quoiqu'en hausse depuis 2002.

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

En %

	2002	2005	2008	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble de la CSBM									
Sécurité sociale	77,2	77,3	76,3	75,9	76,0	76,2	76,7	76,8	77,0
État, CMU-C org. de base	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4
Organismes complémentaires	12,4	12,8	13,2	13,6	13,7	13,7	13,4	13,4	13,3
Ménages	9,2	8,6	9,2	9,2	9,1	8,8	8,6	8,4	8,3
Soins hospitaliers									
Sécurité sociale	92,6	92,6	91,8	91,2	91,1	91,1	91,1	91,3	91,4
État, CMU-C org. de base	1,0	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires	3,8	4,1	4,8	5,2	5,2	5,3	5,3	5,3	5,1
Ménages	2,6	2,3	2,4	2,4	2,5	2,4	2,4	2,2	2,3
Soins de ville*									
Sécurité sociale	65,1	64,4	63,5	63,0	63,3	63,7	64,3	64,7	64,8
État, CMU-C org. de base	1,6	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	2,0	2,0
Organismes complémentaires	20,9	21,3	21,7	22,4	22,3	22,2	21,9	21,7	21,6
Ménages	12,4	12,4	12,9	12,8	12,6	12,3	12,0	11,6	11,6
Médicaments									
Sécurité sociale	67,3	68,6	66,7	67,0	67,2	67,7	69,0	68,8	68,9
État, CMU-C org. de base	1,5	1,3	1,3	1,2	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5
Organismes complémentaires	17,2	17,0	15,9	15,0	14,7	14,3	13,5	12,8	12,5
Ménages	14,0	13,1	16,1	16,7	16,8	16,7	16,1	16,9	17,1
Autres biens médicaux**									
Sécurité sociale	37,6	40,4	41,9	40,7	40,8	41,7	42,4	43,0	43,8
État, CMU-C org. de base	0,8	0,8	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8
Organismes complémentaires	28,3	31,5	33,2	35,6	37,5	38,4	37,7	39,1	39,3
Ménages	33,3	27,3	24,1	23,0	21,0	19,1	19,1	17,1	16,1
Transports de malades									
Sécurité sociale	95,1	93,9	92,9	92,9	92,9	92,7	92,8	92,9	93,0
État, CMU-C org. de base	0,6	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0
Organismes complémentaires	3,1	3,8	4,4	4,6	4,5	4,4	4,2	3,8	3,7
Ménages	1,1	1,5	1,9	1,7	1,8	2,0	2,1	2,3	2,3

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

** Y compris optique.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Structure de la CSBM et de la dépense de chacun de ses financeurs en 2016

En %

	Sécurité sociale	Organismes complémentaires	État, CMU-C org. de base	Ménages	Dépense totale
Soins hospitaliers	55,2	17,8	41,6	12,9	46,5
Soins de ville	22,2	42,8	35,4	36,5	26,3
Soins de médecins et de sages-femmes	9,3	15,3	14,4	12,2	10,4
Soins d'auxiliaires médicaux	7,9	6,4	4,2	8,2	7,7
Soins dentaires	2,4	17,0	13,6	15,2	5,6
Laboratoires d'analyses	2,0	4,1	3,2	0,9	2,2
Transports de malades	2,9	0,7	1,5	0,7	2,4
Médicaments en ambulatoire	15,3	16,1	17,4	35,1	17,1
Autres biens médicaux en ambulatoire *	4,3	22,6	4,1	14,8	7,6
CSBM	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

* Y compris optique.

Source > DREES, comptes de la santé.

La part prise en charge par la Sécurité sociale augmente de nouveau en 2016

Le taux moyen de prise en charge par la Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la CAMIEG et de l'Alsace-Moselle) s'élève à 77,0 % en 2016 (tableau 1).

Entre 2004 (77,4 %) et 2011 (75,9 %), ce taux a diminué, sous l'effet des mesures d'économies mises en œuvre (fiche 24). Depuis 2012, la tendance s'est inversée, en raison du dynamisme des dépenses les mieux prises en charge (soins hospitaliers, soins infirmiers, transports, médicaments coûteux) et de la progression des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD). Ces deux facteurs structurels se conjuguent au vieillissement de la population.

En 2016, la tendance à la hausse se poursuit et le taux de prise en charge par la Sécurité sociale atteint 77,0 %.

Les **soins hospitaliers** sont caractérisés par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement (91,4 %), une part très stable depuis cinq ans (tableau 2).

Les dépenses de **soins de ville** sont prises en charge à 64,8 % par la Sécurité sociale en 2016. Cette part augmente depuis 2012, sous l'effet des facteurs structurels précédemment mentionnés. Sa croissance est également portée par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), dont la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement, ainsi que par le ralentissement de la hausse des dépassements d'honoraires des médecins et le recul des honoraires libres des dentistes (fiches 3, 4 et 10).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments**, s'élève à 68,9 % en 2016. Cette part a augmenté de 2009 à 2014, en raison notamment de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes totales augmente (fiche 15). En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a fait augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014. En 2015, ce taux diminue de 0,2 point, à la fois en raison de déremboursements de

médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables (fiche 13).

Pour les **autres biens médicaux**, la part de la Sécurité sociale s'établit à 43,8 % en 2016, en hausse de 0,8 point en un an. Ces dernières années, la croissance de cette part découle d'un effet de structure : l'optique (dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est très faible, de 3,3 % en 2016) croît moins vite que les autres biens médicaux hors optique, pris en charge en moyenne à un taux bien supérieur (71,6 % en 2016). Cet effet de structure l'emporte sur la baisse des niveaux de remboursement par la Sécurité sociale pour les autres biens médicaux (optique [fiche 16] et hors optique).

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

La Sécurité sociale consacre près de 153 milliards d'euros au financement de la CSBM

En 2016, le financement de la CSBM par la Sécurité sociale s'élève à 152,8 milliards d'euros, en croissance de 2,5 % par rapport à 2015. Sur ce champ, les soins hospitaliers constituent le principal poste de dépense de la Sécurité sociale (55,2 % de ses dépenses [graphique 1]), suivis des soins de ville (22,2 %), des médicaments (15,3 %), des autres biens médicaux (4,3 %) et des transports de malades (2,9 %). Cette structure se déforme : depuis 2010, la part consacrée aux médicaments diminue au profit des autres biens médicaux et des soins de ville.

En 2016, le financement de la CSBM représente 26,2 % des dépenses totales de la Sécurité sociale toutes fonctions confondues (santé, vieillesse, famille, etc. [graphique 2]). Après un point bas à 25,2 % atteint en 2012, la part des dépenses de la Sécurité sociale consacrées à la consommation de soins et de biens médicaux remonte depuis 2014, dans un contexte de stabilisation des copaiements et de faible inflation modérant les autres dépenses (indemnités journalières, allocations familiales, pensions, etc.).

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

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

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% de la dépense 2016
Ensemble	135 593	138 724	141 842	146 577	149 101	152 802	77,0
<i>évolution</i>	2,4%	2,3%	2,2%	3,3%	1,7%	2,5%	
Soins hospitaliers	75 185	77 073	78 951	81 165	82 487	84 408	91,4
Soins de ville	28 828	29 796	30 749	31 760	32 705	33 864	64,8
Soins de médecins	12 769	12 862	13 107	13 525	13 846	14 270	69,1
Soins d'auxiliaires médicaux	9 327	9 964	10 611	11 141	11 623	12 138	81,0
Soins de dentistes	3 372	3 397	3 413	3 462	3 580	3 677	33,2
Autres soins et contrats	289	542	584	616	632	668	38,2
Analyses	3 072	3 030	3 034	3 017	3 024	3 112	70,2
Transports de malades	3 577	3 783	3 976	4 095	4 278	4 471	93,0
Médicaments	22 923	22 755	22 514	23 561	23 336	23 416	68,9
Autres biens médicaux	5 079	5 317	5 652	5 995	6 295	6 643	43,8
Optique	197	197	200	204	211	201	3,3
Autres	4 882	5 120	5 452	5 791	6 084	6 442	71,6

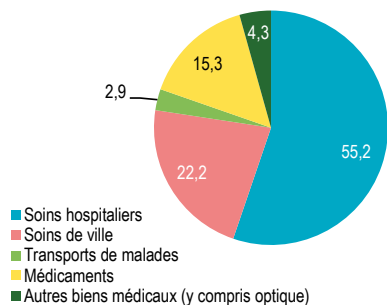
Source > DREES, comptes de la santé.

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

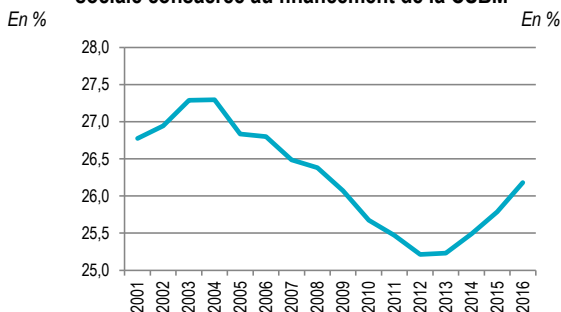
En %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble	75,9	76,0	76,2	76,7	76,8	77,0
Soins hospitaliers	91,2	91,1	91,1	91,1	91,3	91,4
Soins de ville	63,0	63,3	63,7	64,3	64,7	64,8
Transports de malades	92,9	92,9	92,7	92,8	92,9	93,0
Médicaments	67,0	67,2	67,7	69,0	68,8	68,9
Autres biens médicaux (y compris optique)	40,7	40,8	41,7	42,4	43,0	43,8

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 1 Structure de financement de la CSBM par la Sécurité sociale

Source > DREES, comptes de la santé.

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

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

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

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

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'établit à 198,5 milliards d'euros en 2016.

Elle est essentiellement constituée de **la dépense remboursée**, qui représente les prestations versées par les organismes de Sécurité sociale (152,8 milliards d'euros, soit 77,0 % de la CSBM) et par l'État (aide médicale d'État, invalides de guerre, soins urgents des personnes en situation irrégulière – 0,8 milliard d'euros, soit 0,4 % de la CSBM). Au total, la dépense remboursée s'établit à 153,6 milliards d'euros en 2016 (tableau).

Le quart restant de la CSBM est pris en charge par les ménages, les organismes complémentaires et les organismes (de base et complémentaires) assurant des remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire. Il peut être subdivisé en trois grands ensembles de dépenses.

- **Le ticket modérateur, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises** représentent 21,1 milliards d'euros en 2016, soit 10,6 % 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 (3,2 milliards d'euros) et de la différence entre la dépense réellement facturée et la base de remboursement des prothèses dentaires et des biens médicaux (12,2 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 190,2 milliards d'euros, soit 95,8 % 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 d'envoi de feuilles de soins aux caisses. La **dépense non remboursable** est principalement constituée de médicaments, de certains soins dentaires (parodontologie, implants), des soins de praticiens non conventionnés ou encore d'ostéopathie, etc. La **CSBM** est égale à la somme de la dépense présentée et de la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (8,4 milliards d'euros, soit 4,2 % de la CSBM).

La structure des dépenses diffère fortement selon le type de soins considéré

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

La part prise en charge par l'assurance maladie et l'État atteint 65,1 % 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 malades). Le ticket modérateur, les franchises et les participations forfaitaires représentent 16,0 % de cette consommation. Ils s'ajoutent aux dépassements et à la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement, qui constituent respectivement 13,7 % et 5,2 % des dépenses de soins de ville.

Sur le médicament, la Sécurité sociale et l'État prennent en charge 69,2 % de la dépense en 2016, tandis que le ticket modérateur et les franchises représentent au total 16,4 % de la consommation. Par ailleurs, les médicaments non remboursables et l'automédication (médicaments remboursables non prescrits), et marginalement les médicaments non présentés au remboursement, représentent au total 14,4 % de la consommation en 2016.

La fraction des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et l'État pour les autres biens médicaux atteint 44,0 % en 2016 : la part remboursée est très faible pour l'optique (3,3 %) et nettement plus importante pour les autres biens (71,6 %). Les dépassements par rapport à la base de remboursement sont très importants sur ce poste (principalement pour l'optique) puisqu'ils représentent en valeur la moitié de la consommation.

Enfin, les transports de malades sont les dépenses les plus fortement prises en charge par l'assurance maladie et l'État : leur taux de prise en charge atteint 93,3 %. Ce haut niveau de remboursement s'explique par la proportion très importante de patients en affection de longue durée (ALD), remboursés à 100 %, qui ont recours à ce service.

Tableau Décomposition de la CSBM par type de dépenses en 2016

En milliards d'euros

	Dépense de base remboursée (S.S. + Etat)* (1)	Ticket modérateur, forfait journalier, 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	84,9	5,9	90,8	1,0	91,8	0,5	92,3
Soins hospitaliers - Sect. public	66,2	5,1	71,3	0,0	71,3	0,0	71,3
Soins hospitaliers - Sect. privé	18,8	0,8	19,5	1,0	20,5	0,5	21,0
Soins de ville	34,0	8,4	42,4	7,1	49,5	2,7	52,2
Soins de médecins	14,3	3,9	18,2	2,1	20,4	0,4	20,7
Soins d'auxiliaires médicaux	12,2	2,1	14,2	0,1	14,3	1,0	15,3
Soins de dentistes	3,7	1,1	4,8	4,9	9,7	1,4	11,1
Autres soins et contrats	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7	0,0	0,7
Analyses	3,1	1,3	4,4	0,0	4,4	0,0	4,4
Transports de malades	4,5	0,2	4,7	0,0	4,7	0,1	4,8
Médicaments	23,5	5,6	29,1	0,0	29,1	4,9	34,0
Autres biens médicaux ***	6,7	1,0	7,7	7,3	15,0	0,2	15,2
CSBM	153,6	21,1	174,7	15,5	190,2	8,4	198,5

* Sécurité sociale : régimes de base et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de la CAMIEG ; pour la CAMIEG, on ne distingue pas la part prise en charge de la dépense reconnue de la part correspondant à la prise en charge de certains dépassements. Les dépenses remboursées par les organismes de base au titre de la CMU-C ne sont pas incluses ici mais dans la deuxième colonne (voir ci-dessous).

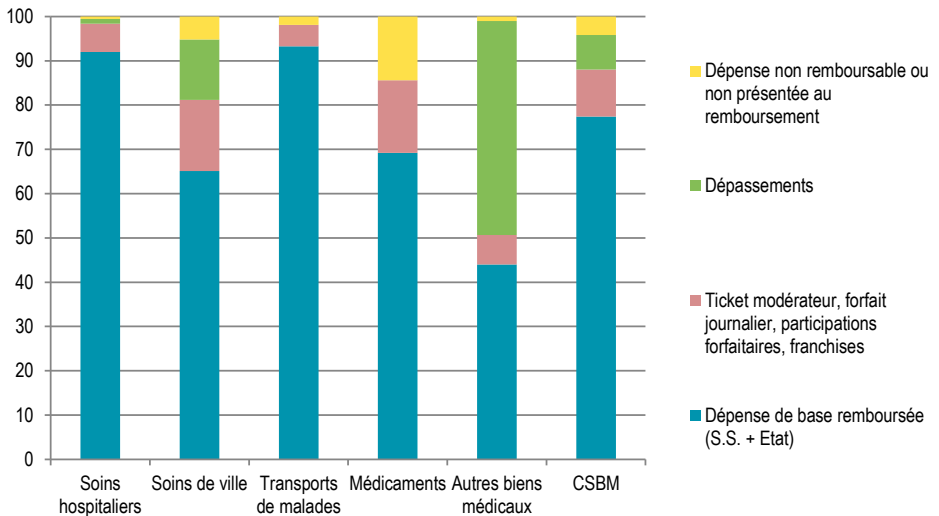
** Y compris remboursements au titre de la CMU-C organismes de base.

*** Y compris optique.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique Part des différents types de dépenses dans la CSBM, selon le poste de soins en 2016

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires (OC) regroupent les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. Ces organismes ont versé au total 26,4 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux en 2016 (tableau) et financent ainsi 13,3 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Les prestations versées par les OC ont augmenté en 2016 (+1,5 %), soit un rythme de croissance moins élevé que de lui de la CSBM (+2,2 %) [fiche 1] et ce, pour la troisième année consécutive. Cela s'explique en partie par la réforme des « contrats responsables » instaurée en 2015. La part du financement des OC dans la CSBM continue de diminuer depuis son point haut atteint en 2013 (13,7 %).

Des OC très présents en optique et en dentaire

Les OC financent 74,0 % de la dépense en **optique**. Ce poste de dépense est en effet peu pris en charge par l'assurance maladie de base. Les OC financent également 41,3 % des **soins dentaires** et sont particulièrement présents sur les prothèses dentaires, les soins dentaires curatifs restant bien pris en charge par l'assurance maladie de base. En optique et en dentaire, les prestations versées par les OC ont ralenti depuis 2013. Les OC ont en effet mis en place des dispositifs (limitation des garanties les plus généreuses, réseaux de soins) qui visent à inciter les assurés à modérer leur consommation ou à s'orienter vers des produits moins onéreux, en échange d'un meilleur remboursement. La part prise en charge par les OC s'est donc parallèlement accrue (graphique 1). Depuis 2015, ce phénomène est accentué par la réforme des contrats responsables (remboursements des lunettes limités à une fois tous les deux ans).

En 2016, les OC prennent en charge 16,5 % 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 au cours des deux dernières années. La législation sur les contrats responsables impose en effet aux OC de plafonner les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins.

Les OC prennent en charge 12,5 % de la dépense de **médicaments** en 2016. Cette prise en charge baisse également depuis plusieurs années en raison des franchises (2008), des déremboursements et du fait que la part des médicaments remboursés à 100 % dans les ventes totales augmente.

La participation des OC aux **soins hospitaliers**, largement financés par l'assurance maladie, est nettement plus réduite (5,1 % des dépenses en 2016). Elle a reculé en 2016 en raison des plafonds sur les remboursements des dépassements d'honoraires. Leur participation aux **transports de malades** est également faible (3,7 % en 2016). Enfin, les OC prennent également 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 des soins de santé (ostéopathie, etc.). L'ensemble de ces **prestations connexes à la santé**, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent 1,6 milliard d'euros en 2016 (tout comme en 2015).

Des contrats collectifs en légère hausse du fait de la généralisation de la complémentaire d'entreprise

Un contrat de complémentaire santé **individuel** est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat **collectif** est souscrit par un employeur au profit d'un groupe de salariés. En 2016, la moitié des prestations servies par les OC sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats individuels et l'autre moitié au titre de contrats collectifs. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016 a donc légèrement accru l'importance des contrats collectifs, puisque ceux-ci ne représentaient que 48 % des prestations versées par les OC sur le champ de la CSBM en 2015. En 2016, les versements des mutuelles représentent 51,6 % des versements des OC, ceux des sociétés d'assurances 28,6 % et ceux des institutions de prévoyance 19,8 %. La part des mutuelles recule depuis plusieurs années (graphique 2). Ce recul s'est accentué en 2016 sous l'effet de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.

Les cotisations collectées sont la principale ressource des OC. 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'échelles, les contrats collectifs permettent le plus souvent de reverser une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels. De plus, les garanties des contrats collectifs sont en général plus avantageuses pour les assurés. Ainsi, pour un euro de cotisation, les contrats collectifs offrent en moyenne une meilleure prise en charge de l'optique et des soins dentaires (graphique 3).

Pour en savoir plus

- > Barlet M. et al., 2016, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016*, coll. Panoramas de la Drees – Santé.
- > Montaut A., 2017, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2016 », DREES.

Tableau Financement des organismes complémentaires en 2016

En millions d'euros

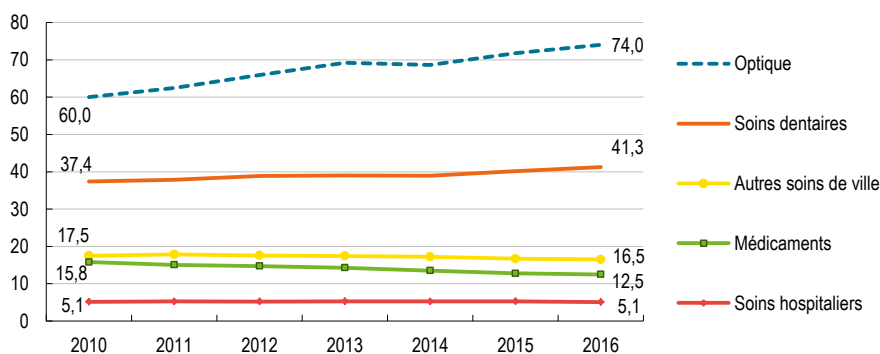
	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 591	7 533	5 227	26 351	13,3
Soins hospitaliers	2 612	1 327	762	4 702	5,1
Soins de ville	5 661	3 225	2 379	11 266	21,7
Médecins	1 954	1 260	806	4 019	19,4
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 171	1 202	1 106	4 479	41,3
Auxiliaires médicaux	968	445	275	1 688	11,0
Laboratoires d'analyses	569	318	192	1 079	24,3
Médicaments	2 370	1 176	704	4 251	12,5
Autres biens médicaux	2 838	1 754	1 364	5 956	39,3
Optique	2 044	1 403	1 120	4 567	74,0
Prothèses, orthèses, pansements...	795	351	244	1 390	15,5
Transports de malades	109	50	17	177	3,7
Prestations connexes à la santé	866	476	259	1 601	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	688	342	199	1 229	
Prestations à la périphérie des soins de santé	178	134	60	372	

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

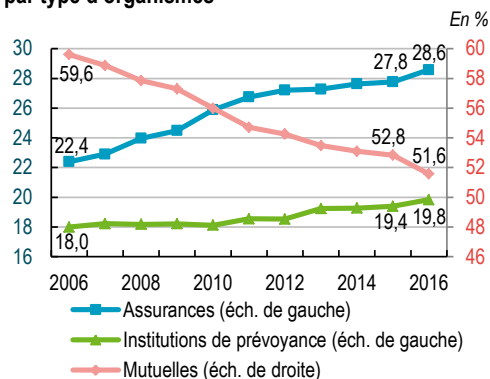
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Part des organismes complémentaires dans quelques postes de la CSBM, 2010 à 2016

En %



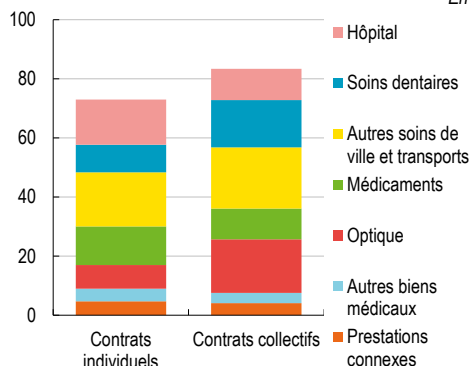
Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution des parts de marché par type d'organismes

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Décomposition des prestations versées par les OC par type de soins en 2015

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Le reste à charge (RAC) des ménages est évalué à 16,5 milliards d'euros pour l'année 2016, soit 8,3 % de la CSBM (tableau) ou 248 euros par habitant.

La baisse de la part du reste à charge dans la CSBM se poursuit en 2016

Le reste à charge des ménages en proportion de la CSBM a connu quelques fluctuations ces dix dernières années, notamment de légers ressauts les années où des mesures significatives de régulation de la dépense portant sur les assurés ont été prises : participations forfaitaires en 2005, déremboursements de médicaments à partir de 2006, franchises en 2008, etc. Toutefois, le reste à charge des ménages tend à diminuer, du fait de facteurs structurels tels que la plus grande dynamique des postes de dépense les mieux remboursés (soins infirmiers, médicaments rétrocédés ou transports de malades) et de la progression des effectifs de personnes exonérées du ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD). Il revient ainsi à 8,3 % de la CSBM en 2016 (graphique 2), après 8,4 % en 2015. Les ménages consacrent en moyenne 1,2 % de leur revenu disponible brut (RDB) à ce reste à charge en 2016, soit une part stable par rapport à l'année précédente.

Un reste à charge contrasté par poste de dépense

C'est pour les transports sanitaires et l'hôpital (2,3 % pour ces deux postes de dépense) que les restes à charge des ménages sont les plus faibles en 2016 (graphique 1). Ils sont plus importants pour les autres biens médicaux (16,1 %), les médicaments (17,1 %) et les soins de ville (11,6 %). En termes relatifs, le niveau de RAC le plus élevé est celui des soins dentaires, pour lesquels les ménages supportent 22,7 % de la dépense, devant l'optique (21,5 %) en 2016.

Compte tenu des taux de prise en charge très variables d'un poste à l'autre, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la CSBM : les soins hospitaliers, qui représentent près de la moitié de la CSBM, occupent une faible part dans le reste à charge des ménages (12,9 % du RAC) [graphique 3]. En revanche, les autres biens médicaux (14,8 %), les soins de ville (36,5 %) et les médicaments (35,1 %) représentent une part plus importante dans le RAC des ménages que dans la CSBM.

Le reste à charge augmente sur les médicaments, mais baisse sur les soins de ville et les autres biens médicaux

Le reste à charge supporté par les ménages sur le champ des **soins hospitaliers** est relativement stable depuis 2011 (autour de 2,4 % en moyenne).

Le RAC **soins de ville**, qui s'établissait à 12,8 % en 2011, diminue lentement depuis 2012 en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages (graphique 1), pour s'établir à 11,6 % de la dépense en 2016. Son repli est accentué en 2015 par la modération des dépassements d'honoraires (fiches 3, 4 et 10). Le RAC sur les soins de ville se stabilise en 2016.

À l'inverse, le reste à charge sur les **médicaments** est passé de 16,7 % en 2011 à 17,1 % en 2016. En 2014, le recul ponctuel (-0,6 point) est essentiellement imputable à l'introduction de nouveaux traitements coûteux contre l'hépatite C, entièrement financés par l'Assurance maladie. En 2015, le reste à charge sur les médicaments repart à la hausse (+0,8 point) compte tenu de mesures de déremboursement de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables. En 2016, la hausse du RAC est plus modérée (+0,15 point), le dynamisme des médicaments non remboursables étant moindre (fiche 13).

Le reste à charge des ménages sur les **autres biens médicaux** diminue nettement, de 23,0 % en 2011 à 16,1 % en 2016. Cette baisse globale est liée à la montée en charge du rôle des complémentaires santé dans la prise en charge de l'optique médicale (fiche 16).

Enfin, bien que toujours très faible, le reste à charge des ménages sur les **transports sanitaires** augmente depuis 2011, pour atteindre 2,3 % de la dépense en 2016.

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, 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 7,0 % en 2015, soit 1,3 point de moins que le reste à charge au sens français, les éléments de la DCSi non compris dans la CSBM étant très majoritairement financés par des fonds publics.

Reste à charge des ménages

Il s'agit du montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire.

Tableau Reste à charge des ménages

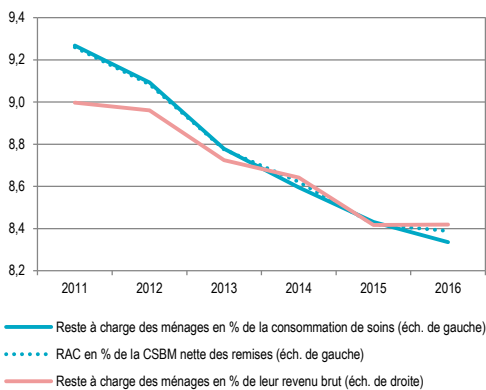
En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	% de la CSBM 2016
Ensemble	16 520	16 559	16 291	16 385	16 262	16 549	8,3
Soins hospitaliers	2 009	2 135	2 103	2 182	2 032	2 137	2,3
Soins de ville	5 855	5 914	5 952	5 912	5 881	6 046	11,6
Soins de médecins	2 051	1 999	1 953	1 897	1 986	2 017	9,8
Soins d'auxiliaires médicaux	965	1 082	1 131	1 236	1 274	1 365	9,1
Soins de dentistes	2 703	2 684	2 707	2 638	2 476	2 516	22,7
Autres soins et contrats	7	6	5	5	10	0	--
Analyses	129	143	155	136	135	148	3,3
Transports de malades	65	72	86	91	108	113	2,3
Médicaments	5 722	5 704	5 558	5 504	5 745	5 812	17,1
Autres biens médicaux	2 869	2 734	2 593	2 696	2 497	2 442	16,1
Optique	1 900	1 772	1 591	1 635	1 451	1 329	21,5
Autres	969	962	1 002	1 061	1 046	1 112	0,1

Source > DREES, comptes de la santé. Autres biens médicaux y compris, ici, optique.

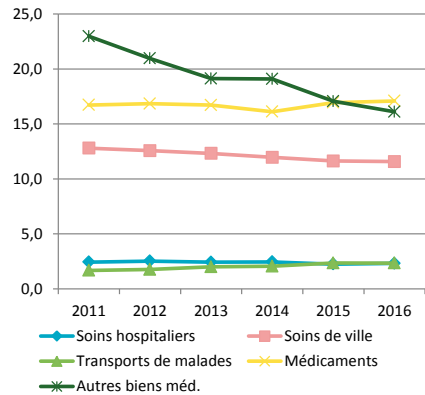
Graphique 1 Reste à charge des ménages dans la CSBM et dans leur revenu disponible brut

En %



Graphique 2 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

En %

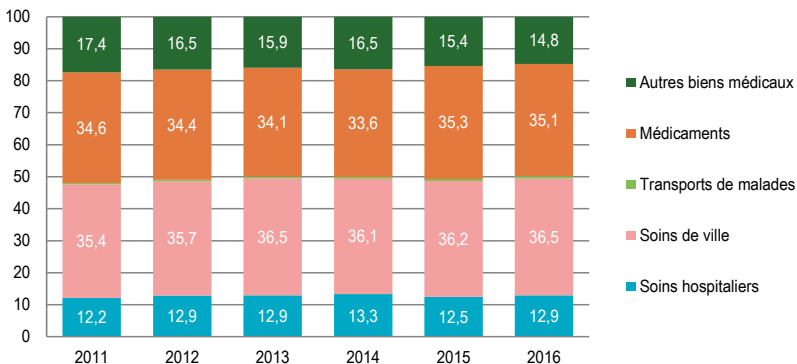


Sources > DREES, comptes de la santé, INSEE, comptes nationaux.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Structure du reste à charge des ménages

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

La **CSBM** représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels et qui concourent au traitement 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 2016, la CSBM s'élève à 198,5 milliards d'euros (tableau 1).

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), outil de régulation des dépenses de l'assurance maladie, est déterminé chaque année par le Parlement lors du vote de la loi de financement de la Sécurité sociale. Sa réalisation a été évaluée, à titre provisoire, à 185,2 milliards en 2016 lors de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juillet 2017 (tableau 2). Depuis 2014 et jusqu'en 2016 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, des hôpitaux locaux, 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 ;
- celles 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 compris dans la dépense courante de santé (DCS) :

- des IJ de maladie et d'accidents du travail (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...), car elles sont considérées comme une dépense d'investissement et non comme une dépense courante ;
- les dépenses des assurés français à l'étranger.

En revanche, la DCS inclut en plus de l'ONDAM les dépenses d'indemnités journalières de maternité, de la SNCF et de la RATP, les dépenses de prévention, de formation et de recherche pharmaceutique, ainsi que les coûts de gestion du système de santé. La DCS au sens français s'élève ainsi, en 2016, à 266,6 milliards d'euros.

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 produits (valorisés aux coûts de leurs facteurs de production), qui correspond principalement aux charges des hôpitaux publics. En revanche, l'ONDAM comptabilise le financement des hôpitaux publics (*i.e.* leurs produits).

Pour en savoir plus

> Annexe 1 sur les agrégats des comptes de la santé.

> Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – Résultats 2016, prévisions 2017 », juillet.

Tableau 1 CSBM et DCS (au sens français)

En milliards d'euros

	2016	dont Sécurité sociale au sens des comptes de la santé (1)
Soins hospitaliers	92,4	84,4
Secteur public (2)	71,3	65,7
Secteur privé	21,1	18,7
Soins ambulatoires	106,2	68,4
Soins de ville	52,2	33,9
Médicaments	34,0	23,4
Autres biens médicaux	15,2	6,6
Transports de malades	4,8	4,5
CSBM	198,5	152,8
Soins de longue durée	20,3	20,3
SSIAD	1,6	1,6
Soins aux personnes âgées en étab.	9,1	9,1
Soins aux pers. handicapées en étab.	9,6	9,6
Indemnités journalières (3)	14,0	14,0
Autres dépenses de santé	0,7	0,7
Prévention institutionnelle	5,8	0,8
Dépenses en faveur du système de soins	12,0	2,3
Subventions au système de soins nettes des remises	2,2	2,2
Recherche médicale et pharmaceutique	7,6	0,0
Formation des professionnels de santé	2,2	0,2
Coût de gestion de la santé	15,3	7,4
Dépense courante de santé (DCS)	266,6	198,3

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

2. Y compris déficit des hôpitaux publics.

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

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 ONDAM

En milliards d'euros

	2016
ONDAM Ville - Hôpital	162,6
Soins hospitaliers	77,6
y c. FMESPP	0,0
y c. USLD (1)	1,0
Soins de ville	85,1
y c. indemnités journalières maladie et AT (1) (2)	10,8
y c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2,6
y c. Fonds d'action conventionnelle (FAC)	0,2
FIR	3,0
ONDAM médico-social	17,9
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées (1)	8,8
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	9,2
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)	1,6
ONDAM total	185,2

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

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

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

Source > Rapport de la CCSS de juillet 2017.

Tableau 3 Passage de la CSBM à l'ONDAM

En milliards d'euros

	2016
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	152,8
- Prestations complémentaires obligatoires Alsace-Moselle et CAMIEG	-0,7
Part de la CSBM sur le champ de l'ONDAM	152,1
Postes de l'ONDAM retracés dans la DCS	32,5
- Remises conventionnelles sur médicaments et dispositifs médicaux	-1,2
+ FIR non compris dans la CSBM (FIR prévention et FIR subvention au système de soins)	0,5
+ Indemnités journalières maladie et accidents du travail (Hors IJ maternité, IJ SNCF et RATP)	10,8
+ ONDAM personnes âgées + USLD	9,7
+ ONDAM personnes handicapées	9,2
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,6
+ Autres prises en charge incluses dans la DCS (2)	0,9
Socle commun de la DCS et de l'ONDAM	184,6
Dépenses de l'ONDAM hors CSBM et hors DCS	0,6
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,3
+ Autres prises en charge non incluses dans la DCS (3) - participation UNOCAM	0,6
- Écart d'évaluation	-0,3
ONDAM	185,2

1. Y compris déficit des hôpitaux publics.

2. 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.

3. Soins des ressortissants français à l'étranger.

Sources > DREES, comptes de la santé ; CCSS de juillet 2017 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 2016, 11 % de ses bénéficiaires ont choisi de confier la gestion de leur CMU-C à un organisme complémentaire et 89 % à leur régime de base. La proportion de personnes ayant confié la gestion à un organisme complémentaire est en recul régulier depuis 2012 (elle s'établissait alors à 15,3 %).

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 entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 % (ce taux de majoration a été graduellement augmenté). L'ACS permet à son bénéficiaire de réduire le coût d'une complémentaire santé classique via un « chèque santé ». Les bénéficiaires de l'ACS, comme ceux de la CMU-C, bénéficient du tiers-payant intégral et sont également exonérés des participations forfaitaires et des franchises. Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour améliorer la lisibilité du système et la qualité de la couverture, les contrats ACS souscrits ou renouvelés doivent être choisis dans la liste des 11 groupements d'organismes complémentaires sélectionnés par les pouvoirs publics lors d'un appel d'offres.

La CMU-C et l'ACS sont toutes deux gérées par le Fonds CMU. En 2016, 5,5 millions de personnes ont bénéficié de la CMU-C et 1,1 million ont souscrit un contrat avec l'ACS (tableau 1). Les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS ont augmenté en 2016, soutenus, dans le cas de l'ACS, par la réforme des contrats labellisés en juillet 2015 et par la campagne de communication qui l'a accompagnée. Toutefois, le non-recours à ces deux dispositifs reste important, puisque les deux tiers des

personnes éligibles à l'ACS et un tiers de celles éligibles à la CMU-C n'y recourent pas.

Le financement du Fonds CMU repose principalement sur les organismes complémentaires

Depuis 2013, les ressources du Fonds CMU sont stables, proches de 2,5 milliards d'euros chaque année (graphique). Elles sont principalement constituées des produits de la taxe de solidarité additionnelle prélevée sur les contrats de complémentaire santé (2,2 milliards en 2016), complétées par une fraction des recettes de la taxe sur le tabac (0,3 milliard d'euros en 2016).

Le Fonds CMU rembourse les dépenses de la CMU-C prises en charge par les organismes gestionnaires (régimes de base ou organismes complémentaires) 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 (412 euros en 2016).

En 2016, 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). Contrairement aux dépenses moyennes des bénéficiaires de la CMU-C gérés par le régime des indépendants (337 euros par an et par bénéficiaire en 2016), le régime agricole (350 euros), et par les organismes complémentaires (372 euros), les dépenses moyennes pour les bénéficiaires de la CMU-C gérés par le régime général (417 euros) excèdent le plafond de 412 euros. Le Fonds CMU effectue alors un versement complémentaire au régime général en compensation, qui s'élève à 21 millions d'euros en 2016.

Par ailleurs, le Fonds CMU a versé 233 millions d'euros aux organismes complémentaires qui gèrent des bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que 313 millions d'euros à ceux qui gèrent les bénéficiaires de l'ACS. Dans la pratique, pour les organismes complémentaires, les prestations légales ne sont pas directement versées par le Fonds, mais déduites du montant dû au titre de la taxe de solidarité additionnelle (« avoirs sur taxe »).

Pour en savoir plus

- > **Fonds CMU**, 2017, Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2016.
- > **Fonds CMU**, 2016, La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire, 2014 - 2015.
- > **Fonds CMU**, 2016, Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide.

Tableau 1 Nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS de 2008 à 2016

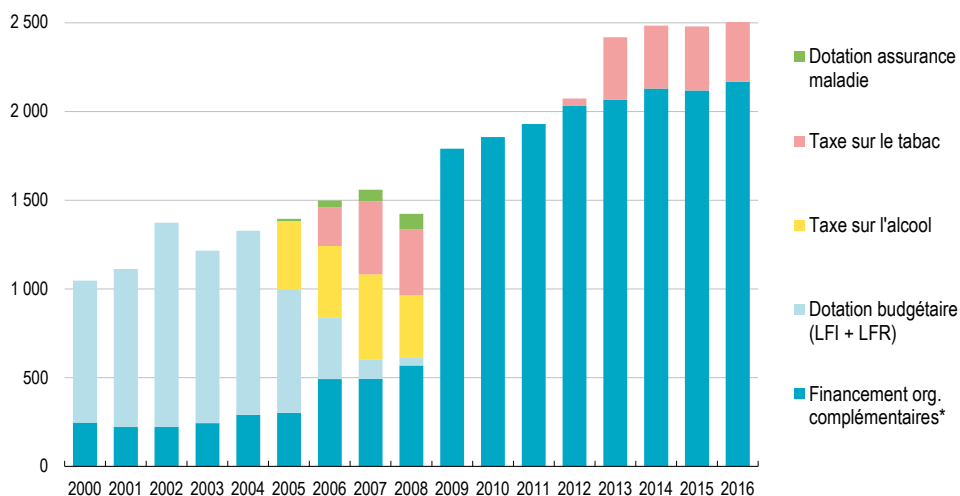
En millions de personnes

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Bénéficiaires de la CMU-C	4,2	4,2	4,3	4,4	4,5	4,9	5,2	5,4	5,5
Bénéficiaires d'un contrat ACS	0,4	0,5	0,5	0,6	0,8	0,9	0,9	1,0	1,1

Source > Rapports d'activité du Fonds CMU.

Graphique Évolution du financement du Fonds CMU entre 2000 et 2016

En millions d'euros



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

Source > Rapports d'activité du Fonds CMU.

Tableau 2 Compte du Fonds CMU en 2016

En millions d'euros

Charges		Produits	
Total charges	2 530	Total produits	2 558
Versements aux régimes de base au titre de la CMU-C	1 960	Taxe versée par les OC	2 185
Versement compensatoire au régime général	21		
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires CMU-C	233	Taxe sur le tabac	354
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires ACS	313		
Dotation aux provisions	2	Reprise sur provisions	20
Gestion administrative	1		
Résultat			
Résultat (ex cédent)	28		

Source > Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2016.

33

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés

> Dépenses et acteurs du système de santé

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

La première partie précise la définition de la DCS (fiche 31), puis détaille les unes après les autres les principales composantes qu'elle comprend en sus de la CSBM (fiches 32 à 37) : les soins de longue durée aux personnes âgées et aux personnes handicapées, les indemnités journalières, les dépenses de prévention institutionnelle, la formation et la recherche et, enfin, les coûts de gestion du système.

La seconde partie (fiches 38), intitulée les ménages et leur santé, présente l'opinion des Français sur l'assurance maladie et le système de soins.

La dépense courante de santé

La dépense courante de santé représente 12,0 % du PIB en 2016

La **dépense courante de santé** (DCS) au sens français, somme de toutes les dépenses « courantes »¹ engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé, s'établit à 266,6 milliards d'euros en 2016 (tableau 1). Elle comprend (tableau 2) :

- la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [fiche 1], qui en représente les trois quarts ;
- les soins de longue durée (7,6 %) : soins aux personnes âgées en établissements et à domicile (fiche 32) et soins aux personnes handicapées en établissements (fiche 33) ;
- les indemnités journalières : maladie, maternité et accidents du travail (5,3 %) [fiche 34] ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,2 %) : dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et soins aux personnes en difficulté sociale ;
- les dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective (2,2 %) [fiche 35] ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,5 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de santé (fiche 36), ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles (encadré) ;
- les coûts de gestion du système (5,7 %) [fiche 37].

Une croissance supérieure au PIB en 2016

En 2016, le taux de croissance de la DCS s'élève à +2,0 % (graphique 1). Il progresse plus vite que le PIB en valeur (+1,6 %), renouant ainsi avec les années 2012-2014 et avec la période précédant la crise au cours de laquelle la DCS croissait plus vite que ce dernier.

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. En 2016, la DCS progresse un peu plus lentement que la CSBM (+2,0 %, contre +2,3 %).

Cette moindre croissance est principalement liée à la hausse significative des remises conventionnelles, enregistrées en moindres dépenses dans les comptes de la santé (encadré), qui entraîne, pour l'exercice 2016, une baisse globale de 0,5 % des dépenses en faveur du système de soins.

Les soins de longue durée ainsi que les coûts de gestion progressent de 1,1 %, soit un rythme d'évolution inférieur à celui de la CSBM.

Les dépenses de prévention progressent légèrement en 2016 (+0,2 % par rapport à 2015).

Les indemnités journalières versées au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité (fiche 34) ainsi que les autres dépenses en faveur des malades progressent à un rythme plus rapide que la CSBM (respectivement +3,0 % et +5,4 %).

Compte tenu de ces dynamiques différenciées par poste de dépenses, la structure de la DCS s'est légèrement déformée entre 2005 et 2016 (tableau 2) : la part des soins de longue durée a progressé de 1,5 point, au détriment de celles de la majorité des autres postes (hormis les autres dépenses en faveur des malades).

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). Le montant de ces subventions (net des remises) est évalué à 2,2 milliards d'euros pour l'année 2016 (en baisse de 8,4 % par rapport à 2015).

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 660 millions d'euros en 2016.

¹ La dépense de santé est dite « courante » ; elle n'intègre pas les dépenses d'investissement en capital (formation brute de capital fixe [FBCF]) des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Tableau 1 Évolution de la décomposition de la dépense courante de santé

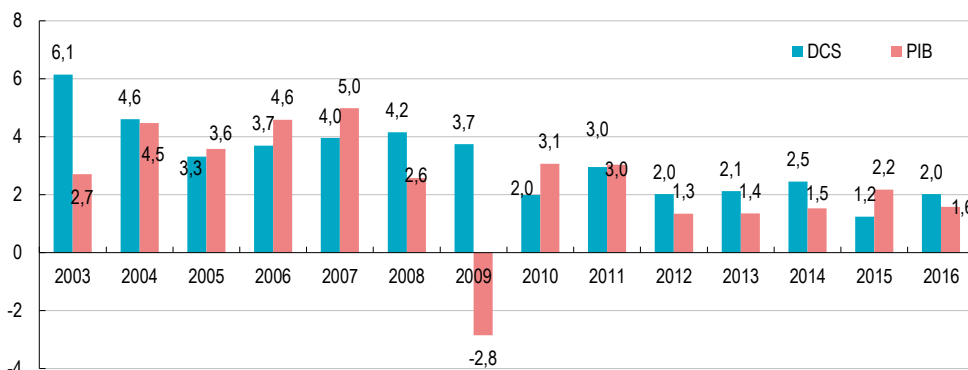
	Montants (en millions)							Évolution 16/15 (en %)
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
CSBM	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 043	198 538	2,3
Soins de longue durée	17 205	17 843	18 491	19 186	19 658	20 070	20 297	1,1
SSIAD	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563	1 583	1 597	0,9
Soins aux personnes âgées en établissements	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804	8 995	9 146	1,7
Soins aux personnes handicapées en établissements	8 255	8 531	8 755	9 054	9 291	9 492	9 554	0,7
Indemnités journalières	12 621	12 829	12 766	12 816	13 353	13 606	14 019	3,0
Autres dépenses en faveur des malades	469	538	588	628	631	622	656	5,4
Prévention institutionnelle	5 725	5 694	5 694	5 836	5 818	5 751	5 761	0,2
Prévention individuelle	3 332	3 319	3 325	3 513	3 533	3 546	3 562	0,5
Prévention collective	2 393	2 374	2 369	2 323	2 285	2 206	2 199	-0,3
Dépenses en faveur du système de soins	11 392	11 678	11 879	12 215	12 118	12 071	12 013	-0,5
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 114	2 218	2 408	2 574	2 394	2 354	2 155	-8,4
<i>Dont subventions au système de soins*</i>	2 397	2 562	2 716	3 001	3 500	3 275	3 405	4,0
<i>Dont remises conventionnelles</i>	-283	-344	-308	-427	-1 106	-921	-1 250	35,7
Recherche médicale et pharmaceutique	7 349	7 454	7 430	7 495	7 515	7 521	7 625	1,4
Formation	1 928	2 005	2 041	2 146	2 196	2 196	2 233	1,7
Coûts de gestion de la santé	13 898	14 408	14 610	15 128	15 326	15 115	15 283	1,1
Dépense courante de santé (DCS)	234 786	241 731	246 629	251 881	258 063	261 279	266 568	2,0
Évolution en %	1,99	2,96	2,03	2,13	2,45	1,25	2,02	
DCS en % du PIB	11,7	11,7	11,8	11,9	12,0	11,9	12,0	

* Ces subventions ne comprennent que la partie des dotations non comptabilisées ailleurs : ainsi ; les dotations versées à l'INPES ou à l'EPRUS (ces deux organismes ont été intégrés à l'Agence nationale de santé publique en 2016) sont comptabilisées en dépenses de prévention, celles versées à la HAS ou à l'ATIH sont retracées dans les coûts de gestion du système de santé.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Taux de croissance en valeur de la dépense courante de santé et du PIB

En %



Sources > DREES pour la DCS ; INSEE pour le PIB.

Tableau 2 Structure de la dépense courante de santé

En %

	2005	2011	2012	2013	2014	2015	2016
CSBM	74,9	73,9	74,0	73,9	74,1	74,3	74,5
Soins de longue durée	6,1	7,4	7,5	7,6	7,6	7,7	7,6
Indemnités journalières	5,4	5,3	5,2	5,1	5,2	5,2	5,3
Autres dépenses en faveur des malades	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Prévention institutionnelle	2,5	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2
Dépenses en faveur du système de soins	4,8	4,8	4,8	4,8	4,7	4,6	4,5
Coût de gestion de la santé	6,1	6,0	5,9	6,0	5,9	5,8	5,7
DCS	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

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

La Sécurité sociale finance plus des trois quarts de la CSBM (77,0 %) [fiche 25]. En 2016, elle prend en charge 66,8 % de la dépense courante de santé « hors CSBM », soit 45,5 milliards d'euros (tableau 3).

Sur ce périmètre « hors CSBM », la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement de certaines dépenses (soins de longue durée, indemnités journalières, subventions au système de santé). Elle est toutefois nettement moins présente sur les champs de la prévention institutionnelle, individuelle et collective, et de la formation en santé (des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux), qu'elle finance respectivement à hauteur de 13,6 % et 8,2 %.

Par ailleurs, alors qu'elle finance près des trois quarts de la DCS, la Sécurité sociale ne représente qu'un peu moins de la moitié du coût de gestion global du système de santé français. Elle n'intervient toutefois pas 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.

Le secteur privé (y compris ménages) finance 18,9 % des dépenses courantes de santé « hors CSBM » en 2016. Il finance plus de la moitié des dépenses au titre de la recherche médicale et pharmaceutique, et représente à lui seul un peu plus de la moitié des coûts de gestion totaux du système et le tiers des dépenses de prévention institutionnelle.

L'État et les collectivités locales financent 14,2 % de la dépense courante de santé « hors CSBM ». Ils interviennent principalement dans le financement de la formation (83,9 % du total de ce poste), de la prévention institutionnelle (58,9 %) et de la recherche médicale et pharmaceutique (48,0 %).

Une déformation de la structure de financement par acteur depuis 2010

Si la part de la Sécurité sociale dans le financement de la dépense « hors CSBM » est relativement stable depuis 2010 (environ 67 % pour l'ensemble de la période) [graphique 2], la structure par poste de dépense fin s'est légèrement déformée depuis 2010. En effet, dans le champ de la prise en charge de la Sécurité sociale, la part des soins de longue durée a augmenté de 2,6 points, au détriment de celles des autres postes (en particulier, les coûts de gestion et les indemnités journalières).

La part de financement assurée par le secteur privé sur le champ de la dépense « hors CSBM » a progressivement augmenté depuis 2010 (+1,0 point au total). 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 en sens contraire sur la répartition du financement entre les secteurs public et privé :

- la structure de financement de la prévention (principal poste de dépense du secteur privé) se modifie légèrement au détriment de l'État et des collectivités locales qui assurent, en 2016, 58,9 % de cette dépense totale (en baisse de 1,8 point par rapport à 2010). Symétriquement, la part du secteur privé augmenté de 2,3 points au cours de la même période ;
- ce premier effet est légèrement atténué par la hausse de la part des financements publics dans la structure de financement de la recherche médicale et pharmaceutique.

Dépense courante de santé, sens français et international

La DCS au sens international (fiche 39) est 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.

Tableau 3 Financement de la dépense courante de santé en 2016

En millions d'euros

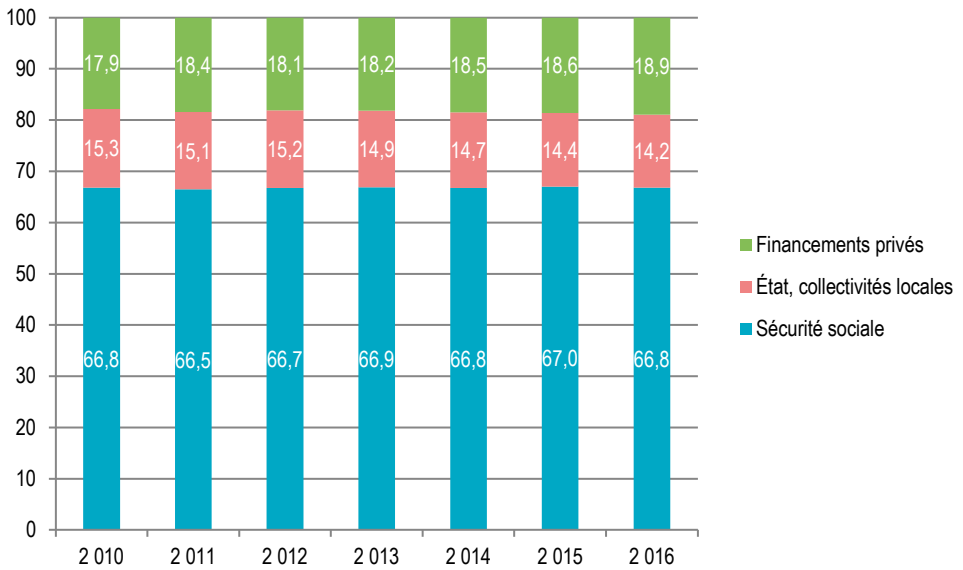
	Sécurité sociale	État, collectivités locales	Financements privés *	Tous financeurs confondus	Part de la Sécurité sociale dans le total
Consommation de soins et de biens médicaux	152 802	2 835	42 901	198 538	77,0
Dépense hors CSBM	45 464	9 688	12 877	68 030	66,8
Soins de longue durée	20 297	0	0	20 297	100,0
Indemnités journalières	14 019	n.d	n.d	14 019	100,0
Prévention institutionnelle	781	3 392	1 588	5 761	13,6
Dépenses en faveur du système de soins	2 337	5 536	4 140	12 013	19,5
<i>Formation</i>	182	1 873	178	2 233	8,2
<i>Subventions au système de soin</i>	3 405	0	0	3 405	100,0
<i>Recherche médicale et pharmaceutique</i>	0	3 663	3 962	7 625	0,0
Coût de gestion de la santé	7 375	759	7 149	15 283	48,3
Autres dépenses en faveur des malades	656	0	0	656	100,0
Dépense courante de santé	198 266	12 523	55 778	266 568	74,4

* Il s'agit du financement assuré par les mutuelles, les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance, les ménages et les industries pharmaceutiques.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution de la structure de la dépense courante de santé « hors CSBM » par financeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2016, les soins de longue durée aux personnes âgées s'élèvent à 10,7 milliards d'euros. Ils regroupent les soins délivrés dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD) pour 9,3 % de la dépense [graphique 3], dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPA et EHPAD), pour 76 % de la dépense et à domicile, par des services de soins infirmiers (SSIAD) pour 15 % de la dépense. L'objectif global de dépenses médico-sociales pour personnes âgées (OGD), qui correspond au montant des soins délivrés aux personnes âgées en établissements et services médico-sociaux, s'élève à 9,7 milliards d'euros en 2016. Il regroupe les contributions de l'assurance maladie (8,7 milliards) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA), pour 1,0 milliard, au financement des EHPA, EHPAD et SSIAD. Il est sous-consommé (de 25 millions d'euros en 2016) pour la sixième année consécutive.

Bien qu'en hausse, les soins de longue durée aux personnes âgées ralentissent depuis quatre ans

Portés par le vieillissement de la population, les soins de longue durée aux personnes âgées augmentent ces dernières années mais à des rythmes différents (tableau). Entre 2004 et 2009, les dépenses progressaient de l'ordre de 12 % par an. Durant cette période, la part de l'hôpital diminue tandis que se développent les établissements d'hébergement pour personnes âgées, dépendantes ou non, et les services infirmiers à domicile (graphique 1). L'année 2010 a connu un fort ralentissement : les soins de longue durée aux personnes âgées progressent ainsi de 5 %. Le rythme se stabilise ensuite légèrement au-dessus de 4 % avant de ralentir en 2014 (2,3 %) et 2015 (2,0 %). Progressant de 1,6 % en 2016, les dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées continuent de ralentir. Ce ralentissement s'explique par la composante des USLD qui, après une année 2015 atypique (+3,9 %), reprennent leur tendance à la contraction en 2016 (-2,1 %). Ce fort ralentissement des USLD l'emporte sur la légère accélération que connaissent les soins en établissements publics (+2,1 % en 2016 après +1,8 %) et en établissements privés (+2,3 % en 2016 après +2,1 %).

Au 1^{er} janvier 2016, la loi sur l'adaptation de la société au vieillissement améliore la lisibilité des tarifications des prestations des établissements d'accueil de personnes âgées (définition d'un panier de prestations commun, affichage des tarifs, simulateurs de reste à charge, etc.).

Prédominance des soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement

En 2016, 9,1 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 établissement se répartit pour 11 % en soins en USLD et pour 89 % en établissements d'hébergement. La dépense en USLD n'évoluant quasiment plus depuis 2010, toute la dynamique de ce poste provient des dépenses en établissements. En termes de finalité économique, ce sont les établissements d'accueil public qui sont majoritaires avec 41 % de la dépense totale (graphique 3). Les établissements privés (à but lucratif ou non) représentent 35 % de la dépense. Sur moyenne période, la part des établissements publics recule tendanciellement au profit des établissements privés tant à but non lucratif qu'à but lucratif.

Les capacités d'accueil des personnes âgées dépendantes progressent et se transforment

En 2016, 584 000 lits sont proposés en établissements pour personnes âgées dépendantes contre 38 000 en établissements pour personnes âgées non dépendantes (graphique 2). Depuis dix ans, le nombre de de places en EHPA a fortement diminué, de 124 000 en 2006 à 47 000 en 2010. Inversement, le nombre de places en EHPAD a fortement augmenté : de 373 000 places en 2006 à 563 000 en 2012. Ce changement radical dans la structure s'explique en premier lieu par des transferts entre EHPA et EHPAD et des conversions d'USLD en EHPAD, ainsi que par un facteur vieillissement : la proportion de personnes âgées très dépendantes (classées en GIR 1 et 2) s'accroît tendanciellement au sein de la population hébergée en institutions.

La croissance des services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées ralentit

Les services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD) assurent des soins favorisant la prise en charge à domicile plutôt qu'en institution. Ces soins sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés et par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte. La dépense totale liée à ces soins progresse de 0,9 % en 2016, pour s'établir à près de 1,6 milliard d'euros. La croissance des dépenses de SSIAD ralentit depuis 2013, année où elles progressaient alors de 4,6 %.

Pour en savoir plus

- > Brunel M. et Carrère A., 2017, « Incapacités et perte d'autonomie des personnes âgées en France : une évolution favorable entre 2007 et 2014 », *Les Dossiers de la Drees*, n° 13, mars.
- > Darcillon T., 2016, « Le compte de la dépendance de 2010 à 2014 », in *La protection sociale en France et en Europe en 2014*, coll. Panoramas de la Drees - Social.
- > Fizzala A., 2017, « Les durées de séjour en EHPAD », *Les Dossiers de la Drees*, n° 15, mai.

Tableau Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

Montants en milliards d'euros

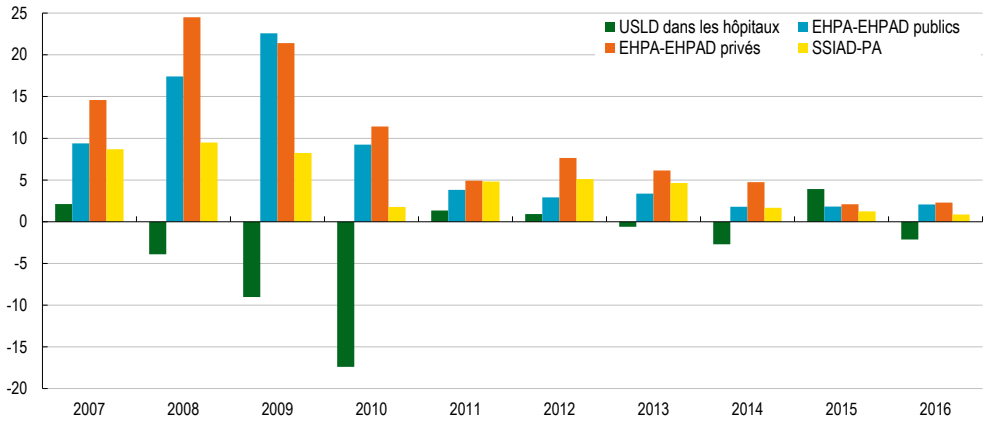
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Soins de longue durée aux personnes âgées	6,6	7,5	8,5	9,0	9,3	9,7	10,1	10,4	10,6	10,7
<i>Evolution en %</i>	8,9	13,5	14,3	5,0	4,0	4,6	4,1	2,3	2,0	1,6
Soins en établissements pour pers. âgées	5,5	6,2	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1
Soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)	1,4	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Soins en EHPA-EHPAD publics	2,4	2,8	3,4	3,8	3,9	4,0	4,2	4,2	4,3	4,4
Soins en EHPA-EHPAD privés à but non lucratif	1,0	1,2	1,5	1,7	1,7	1,9	2,0	2,1	2,1	2,1
Soins en EHPA-EHPAD privés à but lucratif	0,7	0,9	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,7
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées	1,1	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6

Note > Le montant des soins aux personnes âgées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personne âgée » de l'objectif global de dépenses médico-sociales(OGD).

Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAMTS.

Graphique 1 Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées

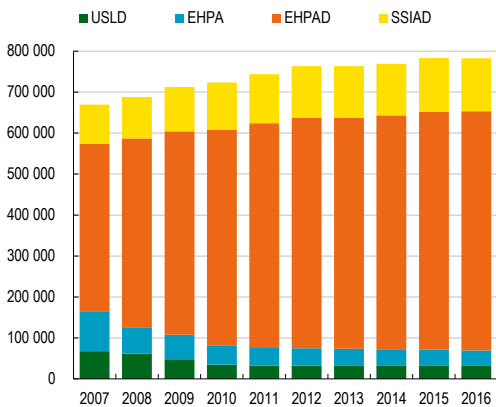
En %



Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données CNAMTS.

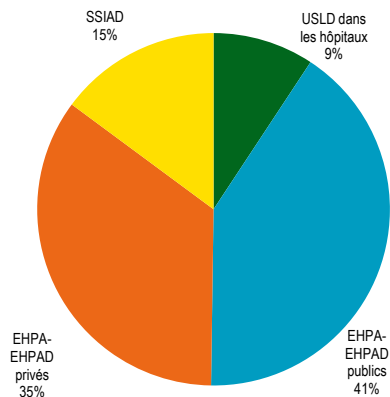
Graphique 2 Capacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places en SSIAD

En nombre de lits



Graphique 3 Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées en 2016

En %



Source > CNAMTS.

Note > La donnée USLD de 2016 est une estimation.

Sources > CNAMTS, DREES, SAE.

Les soins de longue durée aux personnes handicapées, qui correspondent ici aux soins dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) sont en hausse de 0,7 % en 2016 (contre 2,8 % en 2015) pour s'établir à 9,6 milliards d'euros (tableau 1). Le montant de ces dépenses correspond à l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes handicapées, composé d'une contribution de l'assurance maladie à travers l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) médico-social (9,2 milliards d'euros en 2016, en hausse de 1 %) et de l'apport de 0,4 milliard d'euros de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie sur ses ressources propres (CNSA).

La dynamique des soins en ESMS pour personnes handicapées diverge de celle de la CSBM en 2016. La CSBM accélère, son rythme de croissance passant de 1,5 % à 2,3 %, tandis que les soins en ESMS pour personnes handicapées ralentissent, même s'ils progressent cependant toujours à un rythme supérieur (2,8 %). Le ralentissement tendanciel des soins pour personnes handicapées provient du resserrement des taux de progression sous-jacents aux ONDAM votés par le Parlement. Malgré la modération de la dépense, le nombre de places continue de progresser, du fait du plan Autisme 2013-2017 et du schéma national pour les handicaps rares 2014-2018.

Une nette prédominance des dépenses en établissements pour enfants handicapés...

En 2016, les deux tiers des dépenses en ESMS pour personnes handicapées sont consacrés aux soins pour enfants et adolescents (6,4 milliards d'euros) [tableau 2]. La majorité de cette dépense concerne l'accueil en établissement avec ou sans hébergement (83 %), le reste (17 %) concerne les services. Les places en ESMS pour jeunes handicapés augmentent de 1 % en 2016 pour atteindre 156 000 places.

Les instituts médico-éducatifs (IME) et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP), qui accueillent des enfants atteints de déficience intellectuelle (IME) ou de troubles psychiques (ITEP), représentent à eux deux 56 % de la dépense pour enfants handicapés et 55 % des capacités d'accueil en 2016 (graphique).

Les établissements pour enfants polyhandicapés (EP) représentent 9 % des sommes consacrées et 4 % des capacités d'accueil. Leur coût élevé par place s'explique par un fort taux d'encadrement, le public accueilli souffrant d'un grave handicap à expressions multiples.

À l'inverse, les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) interviennent dans le milieu de vie des enfants et requièrent un taux d'encadrement relativement bas. Ils représentent 15 % de la dépense pour 32 % des places installées. La hausse des dépenses des SESSAD est soutenue : 4,1 % par an en moyenne entre 2010 et 2016. Globalement, les dépenses des services ont augmenté plus rapidement que celles des établissements, en raison de l'accent porté sur la scolarisation et le développement de l'autonomie des enfants, en particulier par le déploiement des SESSAD et des centres d'action médico-sociale précoce¹ (CAMSP).

...et un développement des ESMS pour adultes handicapés

Près d'un tiers (2,9 milliards d'euros) de l'OGD médico-social pour personnes handicapées est consacré aux adultes : 93 % aux établissements, 7 % aux services (tableau 2). Les dépenses de soins aux adultes handicapés² ont augmenté plus vite que celles aux enfants : 3,8 % par an en moyenne entre 2010 et 2016, contre 1,9 %. Cette progression est à rapprocher de l'amorce d'un rattrapage de l'offre des ESMS en faveur des adultes, d'une plus grande continuité de prise en charge des jeunes adultes handicapés, ou encore des enjeux liés au vieillissement des personnes handicapées (voir l'éclairage dans l'ouvrage cité en bibliographie). En 2016, les ESMS pour adultes handicapés offrent près de 86 000 places (soit 2 % de hausse).

Les maisons d'accueil spécialisé (MAS) et les foyers d'accueil médicalisé (FAM) sont majoritaires, regroupant plus de 81 % de la dépense pour adultes handicapés et 65 % des capacités d'accueil (graphique). Ensemble, ils contribuent de l'ordre de 3,2 points aux 3,8 % de croissance totale.

Les services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH), qui interviennent dans les milieux de vie des adultes handicapés, représentent 4 % de la dépense des ESMS en faveur des adultes et proposent 10 % des places. C'est le poste le plus dynamique, en hausse de 8,8 % par an entre 2010 et 2016. Ce dynamisme s'appuie entre autres sur le programme pluriannuel 2008-2012 de la CNSA qui vise notamment à favoriser le maintien des personnes en milieu ordinaire et à faire face au vieillissement des personnes handicapées et de leurs aidants. Il soutient aussi le développement des services de soins infirmiers (SSIAD-PH), dont les dépenses ont augmenté de 5,6 % par an entre 2010 et 2016.

¹ Les CAMSP et les CMPP suivent une logique de file active : le nombre d'enfants vus au moins une fois dans l'année est comptabilisé, mais pas le nombre de places installées. Leur capacité d'accueil n'est donc pas présentée.

² À l'inverse des ESMS pour enfants handicapés, il existe, pour les adultes, des ESMS intégralement financés par d'autres sources 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*, 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									
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Soins aux personnes handicapées*	7,3	7,7	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,2	9,5	9,6
Évolution (en %)	5,4	5,7	4,4	2,7	3,4	2,6	3,4	2,0	2,8	0,7
dont ONDAM pers. handicapées	7,0	7,4	7,7	7,9	8,3	8,4	8,7	9,0	9,1	9,2
dont Contribution CNSA	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4

Note > Le montant des soins aux personnes handicapées en établissements et services médico-sociaux correspond à la composante « personnes handicapées » de l'objectif global de dépenses (OGD) réalisé.

Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

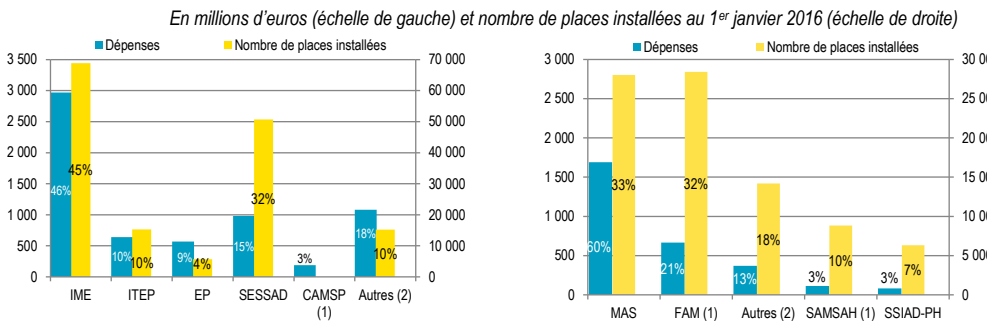
Tableau 2 Structure de la dépense des établissements et services médico-sociaux en faveur des personnes handicapées en 2010 et 2016

	2010		2016		Évolutions 2010-2016
	En millions d'euros	En %	En millions d'euros	En %	
Dépenses totales des soins de longue durée des personnes handicapées	8 255	100,0	9 554	100,0	2,5
Établissements et services à destination des enfants handicapés	5 725	69,4	6 424	67,2	1,9
Instituts médico-éducatifs (IME) ⁽¹⁾	2 587	45,2	2 969	46,2	2,3
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	648	11,3	640	10,0	-0,2
Établissements pour enfants polyhandicapés (EP)	481	8,4	567	8,8	2,8
Services d'éducation spécialisée et soins à domicile (SESSAD)	769	13,4	980	15,3	4,1
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	150	2,6	188	2,9	3,8
Autres établissements pour "enfance inadaptée" ⁽²⁾	1 090	19,0	1 080	16,8	-0,2
Établissements et services à destination des adultes handicapés	2 335	28,3	2 922	30,6	3,8
Maisons d'accueil spécialisé (MAS)	1 416	60,7	1 689	57,8	3,0
Foyers d'accueil médicalisé (FAM)	438	18,8	667	22,8	7,2
Services d'accompagnement médico-social (SAMSAH)	68	2,9	113	3,9	8,8
Services de soins infirmiers à domicile pour personnes handicapées (SSIAD PH)	60	2,6	83	2,9	5,6
Autres établissements pour adultes handicapés ⁽³⁾	352	15,1	370	12,7	0,8
Autres établissements et services ⁽⁴⁾	195	2,4	209	2,2	1,2

- Y compris les IME belges (des enfants handicapés sont accueillis dans des IME en Belgique faute de places disponibles en France).
- Comprennent les centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP), les instituts d'éducation motrice (IEM), les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés.
- Comprennent les centres de rééducation professionnelle (CRP), les centres de préorientation pour adultes handicapés (CPO), les unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle (UEROS).
- Comprennent les centres de ressources et les autres prestations médico-sociales.

Sources > TCDC des régimes obligatoires de l'assurance maladie, données de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS.

Graphique Montant de la dépense et capacité d'accueil par type d'établissements pour enfants et adolescents handicapés (à gauche) et pour adultes handicapés (à droite) en 2016



- La capacité d'accueil des CAMSP n'est pas présentée car ils suivent une logique de file active, non de places installées.
- Comprennent les CMPP, les IEM, les établissements d'éducation pour déficients sensoriels, les jardins d'enfants spécialisés, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux. Les CMPP suivant une logique de file active, non de places installées, leur capacité d'accueil n'est pas intégrée.

- Seules les fractions de dépenses des FAM et des SAMSAH prises en charge par la Sécurité sociale sont comptabilisées ici.
- Les autres établissements comprennent les CRP, CPO, les UEROS, l'accueil temporaire et les établissements expérimentaux.

Sources > TCDC des régimes obligatoires de l'assurance maladie et données de la Commission de répartition fournies par la CNAMTS pour les montants de la dépense ; STATISS 2016 pour la capacité d'accueil.

Les indemnités journalières (IJ) retracées dans les comptes de la santé recouvrent celles versées par les régimes de base d'assurance sociale (hors fonction publique) au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité. En 2016, elles s'élevaient à 14,0 milliards d'euros (tableau). L'évolution de ces dépenses est assez heurtée. 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). Entre 2006 et 2011, leur évolution redevient dynamique (+3,7 % par an). Après deux années de relative stabilité, elles augmentent en 2014 (+4,2 %). En 2016, leur croissance s'élevait à +3,0 % après +1,9 % en 2015. La dynamique des IJ 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 ;
- la part des seniors dans la population active. Ces derniers ont en effet des problèmes de santé plus marqués, qui nécessitent des arrêts plus longs que les salariés plus jeunes ;
- la précarité de l'emploi, car les salariés en CDD ou en période d'essai s'absentent significativement moins que les autres.

Une dynamique portée par la hausse du volume des indemnités journalières...

Les à-coups dans l'évolution des indemnités journalières s'expliquent par le rythme heurté du volume des indemnités « maladie » et « AT-MP » du régime général (graphiques 1 et 2) :

- leur forte progression jusqu'en 2003 s'explique en partie par l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom et donc par la hausse de la proportion des seniors dans la population active ;
- la forte baisse de 2003 à 2006 est imputée pour l'essentiel au développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et aux engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins ;
- en l'absence de mesures nouvelles, le volume des IJ reprend sa croissance à partir de 2007, portée notamment par le vieillissement de la population active ;
- le léger repli de la mi-2011 à la fin 2013 est lié à deux facteurs : la dégradation du marché du travail et le contexte épidémiologique favorable en 2011 et 2012 ;
- malgré une épidémie de grippe moins marquée qu'en 2013, les volumes des IJ augmentent en

2014. Cette reprise s'explique notamment par l'entrée en vigueur en 2014 de trois mesures : l'obligation faite aux caisses de Sécurité sociale de payer les IJ de mi-temps thérapeutique, l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles ;

- en 2015, malgré une décélération par rapport à 2014, l'effet volume reste significativement supérieur à la tendance des dix dernières années ;
- l'année 2016 est marquée par une accélération de la croissance des IJ « maladie » et « AT-MP » portée par un effet volume supérieur à la moyenne historique. En particulier, la hausse du volume des IJ « maladie » est à rapprocher du contexte épidémiologique défavorable de 2016 (une épidémie de grippe supplémentaire en décembre en plus de la grippe saisonnière de l'hiver 2015-2016).

...mais atténuée par un ralentissement des « prix »

La croissance du « prix » des indemnités « maladie » et « AT-MP » du régime général a nettement ralenti depuis la crise de 2009 (+1,3 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2016, contre +2,5 % entre 2000 et 2009) [graphique 1]. Le calcul du montant de l'IJ repose en effet sur le salaire des trois mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « maladie », et du mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « AT-MP ». Seule la part du salaire inférieure au seuil de 1,8 fois le smic est prise en compte dans le calcul du montant de l'IJ.

Les modes de calcul des IJ moins favorables adoptés les 1^{er} décembre 2010 et 1^{er} janvier 2012 ont induit des baisses de montants servis à salaire donné, qui se sont traduits par un ralentissement du « prix des IJ » par rapport au salaire net annuel moyen. En l'absence de mesures nouvelles depuis 2012, l'« effet prix » se stabilise au cours des années récentes.

La croissance globale est ralentie par la baisse des IJ maternité

Depuis 2010, du fait du léger recul observé du nombre de naissances, les indemnités journalières du risque « maternité » sont quasi stables. Leur diminution en 2016 (-1,6 %) résulte d'une baisse du nombre de naissances (-1,7 % en 2016).

In fine, la structure des indemnités journalières selon les différents risques reste assez constante entre 2008 et 2016 : les IJ « maladie » représentent toujours environ 55 % des dépenses, la part des IJ « AT-MP » passe de 21,3 % en 2008 à 22,1 % en 2016 et les IJ « maternité » représentent 24,0 % des indemnités en 2008, contre 22,3 % en 2016.

Tableau Dépense d'indemnités journalières

Montants en millions d'euros

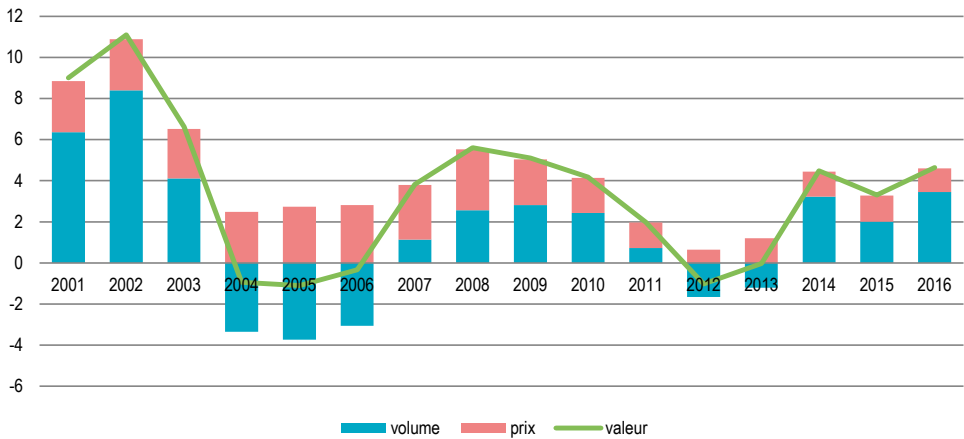
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble	11 003	11 596	12 146	12 606	12 829	12 766	12 816	13 353	13 606	14 019
Évolution (en %)	3,0	5,4	4,7	3,8	1,8	-0,5	0,4	4,2	1,9	3,0
Maladie	6 012	6 329	6 643	6 881	7 003	6 938	6 977	7 358	7 593	7 929
Évolution (en %)	2,7	5,3	4,9	3,6	1,8	-0,9	0,6	5,5	3,2	4,4
Maternité	2 646	2 788	2 887	2 995	2 987	3 017	3 033	3 077	3 031	2 981
Évolution (en %)	1,1	5,4	3,5	3,7	-0,3	1,0	0,5	1,5	-1,5	-1,6
Accidents du travail - maladies professionnelles	2 346	2 478	2 617	2 729	2 839	2 811	2 806	2 918	2 982	3 109
Évolution (en %)	5,9	5,6	5,6	4,3	4,0	-1,0	-0,2	4,0	2,2	4,3

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

Source > DREES, comptes de la santé.

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

En %

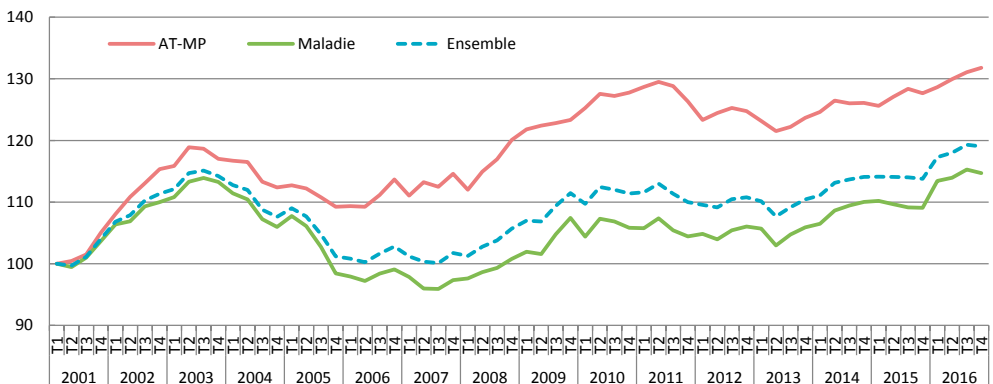


Champ > France métropolitaine, risques « maladie » et « accidents du travail-maladies professionnelles », assurés du régime général.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution du volume d'indemnités journalières du régime général rapportées à l'emploi salarié

Base 100 au T1 2001



Champ > France métropolitaine, risques « maladie » et « accidents du travail-maladies professionnelles », assurés du régime général.

Sources > CNAMTS pour les indemnités journalières ; INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

La consommation de services de **prévention institutionnelle** s'élève, en 2016, à 5,9 milliards d'euros. Elle est composée de la prévention individuelle pour 3,7 milliards, en hausse de 0,7 %, et de la prévention collective pour 2,2 milliards, en repli de 0,3 % (tableau). La prévention institutionnelle représente environ 87 euros par habitant et 2,2 % de la dépense courante de santé. Cette dépense est dite « institutionnelle », car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux.

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes. La **prévention individuelle primaire** (51,4 % de la prévention institutionnelle en 2016) vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (graphique 1). La médecine du travail représente plus de la moitié (55 %) de ces dépenses. Les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) et du Planning familial, ainsi que la médecine scolaire, sont aussi incluses dans la prévention primaire. La vaccination organisée représente 4,5 % des dépenses de prévention individuelle primaire.

La **prévention individuelle secondaire** (11,2 % de la prévention institutionnelle en 2016) 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, la santé mentale, etc. Les différents plans Cancer qui se sont succédé ont permis de mettre l'accent sur le dépistage des tumeurs, dont les dépenses ont quasiment doublé entre 2003 et 2008 (91 millions d'euros en 2003, 172 millions en 2008). Depuis, les dépenses concernant le dépistage des tumeurs restent relativement stables. La prévention individuelle secondaire comprend également les bilans de santé réalisés en centres de santé financés par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et les collectivités locales ainsi que les bilans bucco-dentaires. Le budget consacré à ces derniers a triplé entre 2003 et 2016, porté par la campagne MTdents à destination des plus jeunes et, depuis 2013, des femmes enceintes.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non imputables au niveau individuel. On distingue :

- la **prévention collective à visée comportementale** (7,0 % de la prévention institutionnelle en 2016), qui comprend différents

programmes mis en place dans le but de participer à l'information et à l'éducation à la santé auprès de la population sur différentes thématiques (drogues, alcool, tabac, maladies infectieuses, vaccinations, nutrition, etc.). Ces programmes soutiennent, par exemple, les actions destinées à promouvoir la nutrition et l'activité physique, dont fait partie le Programme national nutrition santé (PNNS).

- La **prévention collective à visée environnementale** (30,4 % de la prévention institutionnelle en 2016) inclut l'hygiène du milieu, la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille ou d'alerte ou encore ceux mobilisés en cas d'urgence ou de crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation.

L'État et les collectivités locales sont les principaux financeurs de la prévention institutionnelle

En 2016, l'État et les collectivités locales financent 59 % des actions de prévention institutionnelle, la Sécurité sociale 14 % et le secteur privé 28 % (graphique 2). Toutefois, le secteur privé est le principal financeur de la prévention primaire (51 %) par ses crédits accordés à la médecine du travail. La Sécurité sociale finance des actions relevant de chacune des grandes catégories, mais surtout la prévention secondaire (via le FNPEIS). L'État et les collectivités locales restent le principal financeur de la prévention collective puisqu'ils financent plus de 81 % de ses actions.

La Sécurité sociale finance une part un peu plus importante que par le passé de la prévention institutionnelle (12,8 % en 2010, 13,6 % en 2016). La mise en place du Fonds d'intervention régional (FIR, voir annexe 4) en 2012, financé principalement par la Sécurité sociale et permettant aux agences régionales de santé (ARS) d'orienter leurs dépenses, a largement contribué à cette augmentation. En effet, une des missions du FIR est consacrée à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur du système de santé. La priorité est mise sur les addictions (tabac, alcool), notamment auprès des jeunes, sur l'information nutritionnelle pour lutter contre l'obésité et sur un meilleur dépistage des IST.

La **prévention institutionnelle** ne concerne qu'une partie des dépenses de prévention. Elle ne comptabilise pas les actes préventifs réalisés lors de consultations médicales ordinaires, inclus par ailleurs dans la CSBM. Une estimation partielle de la prévention non institutionnelle sur les soins de ville a abouti à une dépense de 9,3 milliards d'euros pour 2014 (voir éclairage « Une estimation partielle des dépenses de prévention » dans *Les dépenses de santé en 2015*, DREES).

Tableau Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

Montants en millions d'euros, évolution en moyenne annuelle (en %)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Evolution 2010-2016	Evolution 2015-2016
PREVENTION INDIVIDUELLE PRIMAIRE	2 806	2 818	2 824	2 952	2 974	2 988	3 019	1,2	1,0
Vaccins ¹	123	129	126	131	132	134	136	1,6	1,2
PMI - Planning familial	688	683	673	681	673	662	658	-0,7	-0,5
Médecine du travail	1512	1536	1527	1599	1619	1632	1645	1,4	0,8
Médecine scolaire	482	470	498	540	549	561	580	3,1	3,5
PREVENTION INDIVIDUELLE SECONDAIRE	632	610	604	665	667	659	654	0,6	-0,8
Dépistage des tumeurs	173	193	184	194	179	172	171	-0,3	-0,8
Dépistage VIH/Sida, hépatites, tuberculose et autres maladies infectieuses	203	160	161	198	210	205	204	0,1	-0,5
Dépistage autres pathologies	25	27	26	35	36	40	40	7,7	0,1
Examens de santé	181	180	182	184	184	185	181	0,0	-1,9
Bilans bucco-dentaires	49	50	51	56	58	58	58	2,8	0,7
PREVENTION COLLECTIVE	2 393	2 374	2 369	2 323	2 285	2 206	2 199	-1,4	-0,3
Actions sur les comportements : information, promotion et éducation à la santé	517	503	498	500	478	413	412	-3,7	-0,3
Campagnes en faveur des vaccinations*	24	24	24	24	24	23	23	-0,7	-0,5
Lutte contre les IST ² , santé sexuelle, contraception*	28	33	31	24	21	12	6	-21,8	-46,9
Lutte contre l'addiction*	105	101	98	93	83	77	76	-5,2	-0,8
Nutrition - santé*	27	15	17	17	18	16	16	-8,5	-0,3
Autres pathologies*	22	19	27	31	31	28	29	4,8	2,2
Autres actions d'information, promotion et éducation à la santé	311	311	301	311	302	257	262	-2,9	1,8
Actions sur l'environnement	1876	1871	1871	1823	1807	1792	1786	-0,8	-0,3
Hygiène du milieu (y compris lutte anti-vectorielle)	530	538	533	542	558	575	587	1,7	2,2
Prévention des risques professionnels	249	258	254	259	246	238	239	-0,7	0,7
Prévention et lutte contre la pollution	225	198	172	143	138	132	138	-7,8	4,9
Surveillance, veille, recherche, expertise, alerte	319	305	325	325	312	317	314	-0,2	-0,7
Urgences et crises	-28	26	42	49	40	25	20	+++	-19,3
Sécurité sanitaire de l'alimentation	582	546	544	505	512	506	486	-2,9	-3,9
ENSEMBLE PREVENTION INSTITUTIONNELLE	5 831	5 802	5 796	5 939	5 925	5 853	5 872	0,1	0,3
Évolution en %	-10,8	-0,5	-0,1	2,5	-0,2	-1,2	0,3		
Double-compte avec la CSBM ³	-106	-108	-102	-103	-107	-102	-110	0,7	8,3
PREVENTION INSTITUTIONNELLE HORS DOUBLE-COMPTE	5 725	5 694	5 694	5 836	5 818	5 751	5 761	0,1	0,2

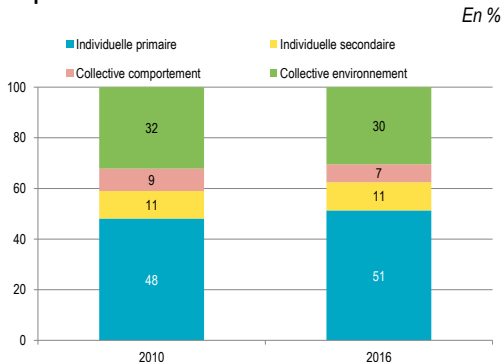
Note > *Ces différents postes ne prétendent pas couvrir l'ensemble des actions de prévention relevant de ces thématiques. En effet, des actions de prévention relatives à ces items peuvent être intégrées dans d'autres postes de la prévention institutionnelle, en particulier « les autres actions d'information, promotion et éducation à la santé » ou encore les actions de dépistage.

1. Concernent 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 547 millions d'euros en 2015. Le solde, financé par l'assurance maladie et les ménages, est inclus par ailleurs dans la CSBM.

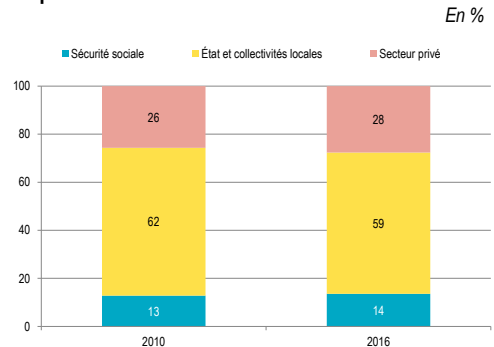
2. IST : infections sexuellement transmissibles.

3. Ces dépenses de prévention (vaccins, dépistages, etc.) réalisées au niveau individuel (i.e. en dehors du cadre institutionnel) sont incluses dans la CSBM. Elles sont retracées dans cette fiche mais non comptabilisées dans le poste de dépense « Prévention » de la DCS (annexe tableaux détaillés).

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (Direction générale de la santé, CNAMTS, CCMSA, RSI, INPES (Intégré à l'ANSP depuis 2016), ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, etc.).

Graphique 1 Structure des dépenses de prévention

Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (Direction générale de la santé, CNAMTS, CCMSA, RSI, INPES (intégré à l'ANSP depuis 2016), ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, etc.).

Graphique 2 Financement des dépenses de prévention

En 2016, les **dépenses de formation aux professions de santé** atteignent 2,2 milliards d'euros (tableau 1), en hausse de 1,7 % par rapport à 2015 où la dépense s'était repliée de -0,6 %. Les dépenses de formation continue des professionnels de santé représentent 9 % de la dépense totale. En effet, la majeure partie de la dépense concerne les études de santé (UFR [unité de formation et de recherche] santé, école de santé, école du service de santé des armées).

L'État et les régions sont les premiers financeurs

En 2016, l'État est le premier financeur en assurant 47 % du financement des dépenses de formation (graphique). L'État finance principalement les facultés assurant la formation initiale des médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens ainsi que la première année commune aux études de santé (PACES). En 2016, près de 224 000 futurs professionnels de santé sont ainsi en formation. De plus, le budget de l'État couvre le service de santé des armées qui inclut la formation initiale des médecins, infirmiers, pharmaciens et vétérinaires militaires.

En couvrant 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 au fonctionnement et à l'équipement des établissements privés.

En 2016, la Sécurité sociale couvre 8 % des dépenses de formation. À travers l'Agence nationale du développement professionnel continu des professionnels de santé (ADPC, ex-OGDPC), elle finance quasi exclusivement la formation continue des professions médicales exerçant en libéral, des professionnels de santé exerçant en centres de santé conventionnés et des médecins hospitaliers.

Le dernier contributeur est constitué des ménages qui couvrent 6 % de la dépense en 2015. Les dépenses concernent en premier lieu le règlement des droits d'inscription ou de scolarité des études de santé.

La structure de répartition par financeur évolue peu d'une année sur l'autre. Cependant, depuis 2010, la part de l'État diminue progressivement, tout en restant majoritaire. Parallèlement, la part des régions et celle de l'assurance maladie progressent, la part des ménages restant stable. Cette déformation s'expliquerait par le mouvement général de décentralisation de l'État vers les régions, combiné à la montée en puissance des effectifs d'auxiliaires médicaux dont la formation relève des régions.

Les dépenses de formation initiale progressent de près de 3 % par an depuis 2008

Entre 2008 et 2016, les dépenses de formation aux professions de santé progressent en moyenne de 2,9 % par an, mais de manière heurtée. Les dépenses pour la formation initiale en santé, qui représentent la plus grande partie de la dépense, progressent régulièrement d'environ 2,8 % par an. Cette dynamique s'explique principalement par la hausse du nombre d'étudiants en études de santé (de l'ordre de 2 % par an). En revanche, les dépenses de formation continue, bien que minoritaires, fluctuent significativement, ce qui génère le profil heurté de l'agrégat. Elles ont connu une phase basse entre 2010 et 2012 (entre 112 et 127 millions), avant de connaître un pic en 2014 (à 206 millions).

Des dépenses de recherche assez stables ces dernières années

La recherche en santé atteindrait près de 7,7 milliards d'euros en 2016, en hausse de 1,4 % par rapport à 2015, selon le compte provisoire construit sur des données partielles.

La structure de financement resterait stable, 49 % du total étant assurés par des financements publics. Ces financements publics se composent de deux masses équivalentes : 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 51 % de la dépense en recherche en santé. En 2016, 3,7 des 3,9 milliards d'euros dévolus à cette recherche proviennent de l'industrie pharmaceutique et de matériel médical.

Avertissement méthodologique

La méthodologie d'estimation des dépenses de formation a été revue depuis les éditions précédentes des comptes de la santé (voir Annexe 2 : les révisions de l'édition 2016 des comptes de la santé).

Par ailleurs, les dépenses relatives à la formation des internes ne sont pas comptabilisées dans les dépenses de formation, 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 », *Document de travail*, série Statistiques, DREES, n° 198.

Tableau 1 Structure des dépenses de formation aux professions de santé en 2016

Montants en millions d'euros, évolution en %

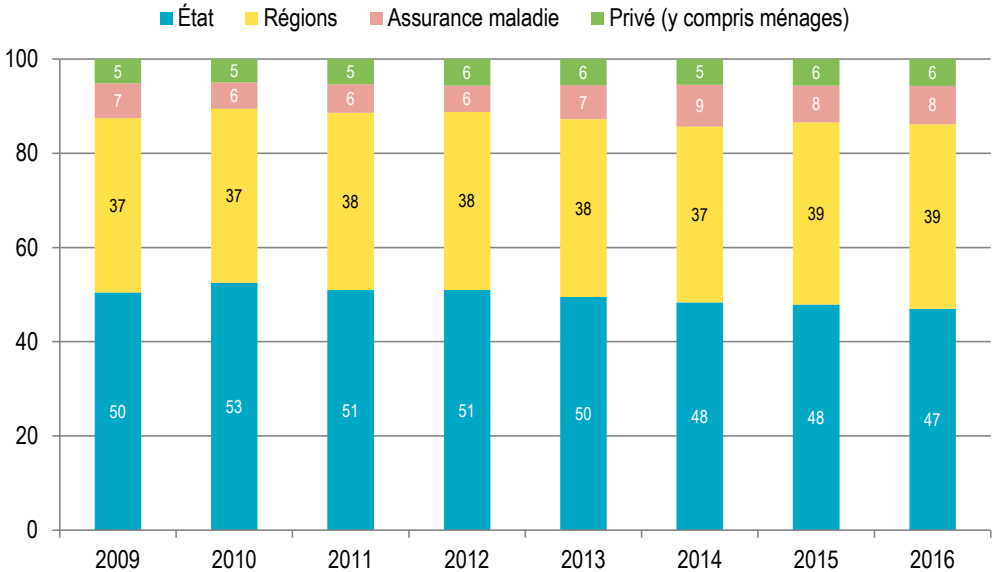
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Études de santé (UFR santé, écoles de santé, écoles du service de santé des armées)	1 484	1 634	1 763	1 816	1 878	1 917	1 981	2 003	2 012	2 036
Formation continue des professionnels de santé	112	141	146	112	127	122	165	206	184	197
Dépenses totales de formation	1 596	1 775	1 909	1 928	2 005	2 039	2 146	2 209	2 196	2 233
<i>Évolution (en %)</i>	23,9	11,2	7,5	1,0	4,0	1,7	5,2	2,9	-0,6	1,7

Note > L'UFR santé comprend les études de médecine, odontologie, pharmacie et PACES. Les écoles de santé comprennent les établissements de formation aux professions de : ambulanciers, infirmiers, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, techniciens de laboratoire médical, aides-soignants, pédicures-podologues, manipulateurs d'électroradiologie médicale, ergothérapeutes, psychomotriciens, auxiliaires de puériculture et préparateurs en pharmacie hospitalière.

Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données DREES, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Graphique Répartition des dépenses de formation aux professions de santé par financeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Les dépenses publiques et privées de recherche en santé

En millions d'euros

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Ensemble	7 243	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 548	7 582	7 588	7 694
<i>Évolution en %</i>	3,0	5,1	-2,1	-0,4	1,4	-0,4	0,7	0,5	0,1	1,4
Financements publics	3 116	3 401	3 344	3 498	3 490	3 620	3 673	3 678	3 681	3 732
Budget civil de recherche et de développement *	1 924	1 851	1 890	1 948	1 937	1 992	1 972	1 934	1 936	1 962
Universités et hôpitaux universitaires	1 192	1 550	1 454	1 550	1 553	1 628	1 701	1 744	1 745	1 769
Financements privés et associatifs	4 127	4 210	4 108	3 923	4 035	3 874	3 875	3 905	3 908	3 962
Industries pharmaceutique et de matériel médical	4 012	4 084	3 992	3 815	3 928	3 733	3 658	3 675	3 678	3 729
Secteur associatif	115	126	116	108	108	141	217	230	230	233

* Recherche en santé des organismes inscrits à la MIREs (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) et des financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR).

Note > Les dépenses de recherche clinique des hôpitaux universitaires sont 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 (annexe tableaux détaillés).

Source > DREES, comptes de la santé, à partir de données du ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 15,3 milliards d'euros en 2016, en hausse de 1,1 % par rapport à 2015 (tableau). Ils comprennent les frais de gestion :

- des **différents régimes de Sécurité sociale** ;
- des **organismes complémentaires** (OC) : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances, au titre de leur activité en santé ;
- du budget de fonctionnement du **ministère chargé de la Santé** (y compris celui des agences régionales de santé [ARS]) ;
- des financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des **opérateurs publics** contribuant au pilotage du système de santé (Haute Autorité de santé [HAS], Agence nationale d'appui à la performance [ANAP], Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière [CNG], Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales [ONIAM], Agence technique de l'information sur l'hospitalisation [ATIH], Fonds CMU).

Des coûts de gestion publics moins dynamiques que la CSBM

En 2016, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale, qui s'élèvent à 7,4 milliards d'euros, diminuent de 0,6 % (après -2,3 % en 2015). En une décennie, ce sont les frais qui ont connu la progression la plus lente (+0,9 % par an). Les coûts de gestion du ministère chargé de la Santé (0,6 milliard d'euros en 2016) diminuent de 2,7 %, après une année 2015 marquée par un transfert à l'Assurance maladie du financement de la rémunération de certains internes extrahospitaliers et de leurs maîtres de stage libéraux. Enfin, les frais de gestion des opérateurs publics (0,13 milliard d'euros) progressent de +2,5 %.

Au total, l'ensemble des coûts de gestion publics ont progressé de 0,9 % par an entre 2006 et 2016, soit un rythme bien en deçà du taux d'évolution de la CSBM (+2,6 % au cours de la période).

Les coûts de gestion des complémentaires se rapprochent de ceux supportés par la Sécurité sociale

Les coûts de gestion des OC s'élèvent à 7,2 milliards d'euros en 2016 : 3,7 milliards d'euros pour les mutuelles, 2,5 milliards pour les sociétés d'assurances et 1,0 milliard pour les institutions de prévoyance. L'augmentation atteint 4,2 % par an depuis 2006, si bien que les coûts de

gestion des organismes complémentaires santé pourraient à ce rythme dépasser ceux des régimes de base de Sécurité sociale dès 2017.

Toutefois, les coûts de gestion des OC (46 % du total) [graphique 1] ne sont pas directement comparables aux coûts des régimes de base (48 % du total). Les activités de ces deux catégories sont en effet à la fois différentes et imbriquées (voir rapport cité en bibliographie). Certaines activités ne relèvent que des régimes de base : délivrer des attestations de couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) ou des admissions en affection de longue durée (ALD) par exemple. Par ailleurs, les régimes de base reçoivent en première instance les feuilles de soins papier, plus coûteuses en gestion que les feuilles électroniques, puis les transmettent sous forme dématérialisée aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE. En revanche, les régimes de base obligatoires réalisent des économies d'échelle, tandis que le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et que la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux OC (réseau, publicité, etc.). Enfin, les OC interviennent directement dans le cas de soins non pris en charge par la Sécurité sociale (implants dentaires, ostéopathie, chambres particulières, etc.) ou traitent des feuilles de soins papier si la convention d'échange n'a pas été signée.

Les coûts de gestion des OC sont de trois sortes : les frais de **gestion des sinistres** correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des feuilles de soins), les frais d'**acquisition** sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers) et les frais d'**administration** retracent la gestion courante des contrats (encaissement des cotisations, mise à jour des dossiers, etc.).

Les contrats collectifs (souscrits par un employeur au profit d'un groupe de salariés) bénéficient de coûts de gestion réduits (graphique 2). En effet, l'entreprise souscriptrice fait office d'interlocuteur unique et d'intermédiaire, ce qui permet aux organismes de réduire leurs coûts d'acquisition et d'administration par rapport aux contrats individuels, souscrits directement par des particuliers. Les institutions de prévoyance, spécialisées sur la complémentaire santé d'entreprise, présentent donc les coûts de gestion les plus faibles en part des cotisations. Les sociétés d'assurances se caractérisent par des frais d'acquisition plus élevés, tandis que les mutuelles se démarquent par des frais d'administration plus importants.

Pour en savoir plus

- > Montaut A., 2017, « Complémentaire santé : un organisme d'assurances sur quatre gère exclusivement des contrats individuels en 2015 », *Études et Résultats*, DREES, n° 1004, mars.
- > Montaut A., 2017, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2016 », DREES.

Tableau Coûts de gestion du système de santé

Montants en millions d'euros, évolution en moyenne annuelle en %

	2006	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Év. 2006-2016 (en %)	Év. 2015-2016 (en %)
Ensemble	12 164	13 898	14 408	14 610	15 128	15 326	15 115	15 283	2,3	1,1
Régimes de Sécurité sociale *	6 759	7 654	7 617	7 613	7 806	7 597	7 422	7 375	0,9	-0,6
Organismes complémentaires **	4 728	5 454	5 950	6 112	6 386	6 784	6 920	7 149	4,2	3,3
- Mutuelles	2 620	2 873	3 056	3 207	3 320	3 472	3 534	3 657	3,4	3,5
- Sociétés d'assurances	1 518	1 912	2 134	2 123	2 283	2 437	2 469	2 492	5,1	0,9
- Institutions de prévoyance	589	669	759	782	784	875	916	1 001	5,4	9,3
Ministère chargé de la Santé ***	583	645	685	753	808	830	644	627	0,7	-2,7
Opérateurs publics ****	94	144	157	132	129	115	130	133	3,5	2,5

* CNAMTS, MSA, RSI et autres régimes de base ; CAMIEG. Pour toute la période, les coûts de gestion ne prennent pas en compte l'aide à la télétransmission, comptabilisée en subvention au système de soins. La totalité des coûts de gestion des risques maladie et maternité est prise en compte (voir annexe 2). Une partie des coûts de gestion du risque accidents du travail-maladies professionnelles n'est pas prise en compte, au titre des prestations pour invalidité permanente qui n'entrent pas dans le champ de la DCS.

** La contribution au Fonds CMU (transformée en 2011 en taxe de solidarité additionnelle) n'est pas incluse dans les frais de gestion des organismes complémentaires. La totalité des frais de gestion est prise en compte, y compris ceux afférents aux prestations connexes non incluses dans le champ de la DCS (chambres particulières, etc.).

*** Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les comptes de la santé :

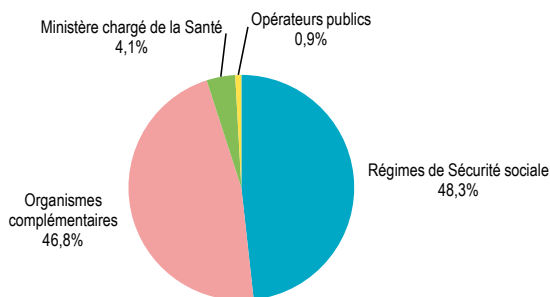
– le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
– le budget de fonctionnement des actions 11 (pilotage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire, offre de soins).

**** Sont incluses ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, ATIH, CNG, ANAP, Fonds CMU et ONIAM. Les financements des autres opérateurs publics en santé (ANSP, ABM, INTS et ANSM, hors coûts de gestion) sont comptabilisés avec la prévention (fiche 35).

Sources > DREES, comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, comptes de la protection sociale ; DSS, comptes de la Sécurité sociale et PLFSS annexe 8 ; DREES, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires.

Graphique 1 Structure des coûts de gestion du système de santé en 2016

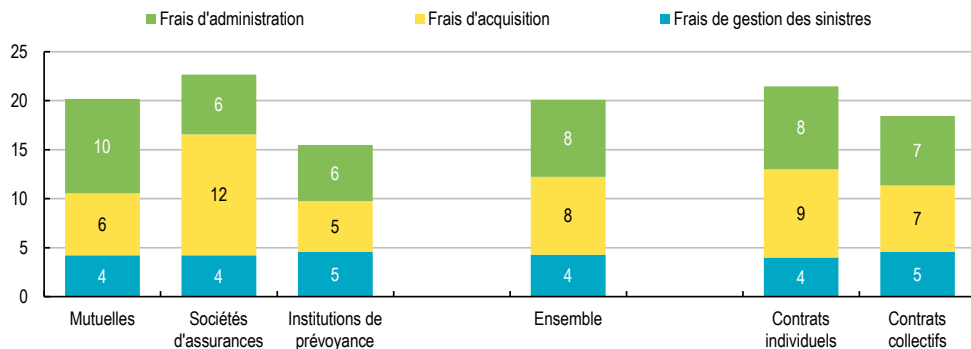
En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Coûts de gestion en santé des organismes complémentaires en 2016, selon leur nature

En % des cotisations perçues en frais de soins par l'organisme



Source > DREES, comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.

Les ménages et leur santé

Les inégalités de santé perçues : les moins acceptables mais pas les plus répandues

La couverture du risque maladie occupe une place particulière dans les représentations qu'ont les Français du système de protection sociale. Cette spécificité réside en premier lieu dans l'importance accordée à l'égalité en matière de soins. D'après le Baromètre d'opinion de la DREES (encadré), 1 personne sur 4 considère les inégalités d'accès aux soins comme les moins acceptables¹. Néanmoins, celles-ci sont rarement vues comme les plus prégnantes : seule 1 personne sur 10 estime qu'il s'agit du type d'inégalité le plus répandu, loin derrière les inégalités de revenu (4 personnes sur 10).

Une large majorité des personnes interrogées jugent en effet que chacun peut être soigné quel que soit son revenu ou son lieu d'habitation (graphique 1), conformément aux principes fondateurs de la Sécurité sociale. Elles sont toutefois moins nombreuses à être de cet avis concernant la durée d'attente ou la qualité des soins reçus : moins d'1 personne sur 2 considère que celles-ci ne diffèrent pas en fonction du niveau de revenu.

Le lieu de résidence est jugé plus déterminant encore : 6 personnes sur 10 sont d'avis que délais d'attente et qualité des soins varient en fonction du domicile. Ce sont le plus souvent les cadres supérieurs et professions libérales qui mettent en avant les inégalités spatiales (graphique 2).

Des soins jugés de bonne qualité

Quel que soit le pan du système de santé sur lequel elles sont interrogées, au plus 1 personne sur 7 s'en déclare insatisfaite (graphique 3). Les soins délivrés par les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les infirmiers sont particulièrement appréciés : plus de 8 personnes sur 10 s'en déclarent satisfaites. Seules les urgences hospitalières font exception, avec un mécontentement exprimé par plus d'1 personne sur 4. Il s'agit du seul domaine pour lequel le degré de satisfaction a notablement diminué depuis la première mesure disponible (64 % de personnes satisfaites en 2010, 54 % en 2016).

Parmi les personnes qui expriment une opinion, positive ou négative sur la qualité des soins, leurs avis convergent, qu'elles aient eu ou non recours à ces services directement ou pour leurs proches. Les femmes qui ont mobilisé les services d'une maternité font exception : elles sont trois fois plus nombreuses que les autres à y juger la qualité des soins et des services fournis insatisfaisante (7 % contre 2 %).

Les différences d'appréciation de la qualité des soins entre les ménages modestes et aisés² sont plus importantes qu'entre recourants et non-recourants aux services de santé. Les personnes en situation de pauvreté ont plus souvent que les ménages aisés une opinion défavorable de la qualité des soins délivrés par les hôpitaux (17 % contre 12 %), les dentistes (13 % contre 7 %), les cliniques privées (9 % contre 4 %) et les urgences (31 % contre 21 %). Ces divergences peuvent refléter des prises en charge de qualité inégale, mais aussi des différences dans le recours au soin, plus tardif chez les plus modestes, en raison d'un non-recours pour raison financière plus important et d'un moindre usage des dispositifs de prévention.

Une préoccupation croissante quant à l'évolution de l'état de santé de la population

Trois quarts de la population se déclarent en bonne santé. Cependant, il existe à ce sujet de nettes différences entre les ménages aisés et les ménages modestes, ou entre les cadres supérieurs-professions libérales et les ouvriers : la proportion de ceux qui ne se sentent pas en bonne santé varie du simple au double entre les moins et les plus aisés (37 % contre 21 %, respectivement).

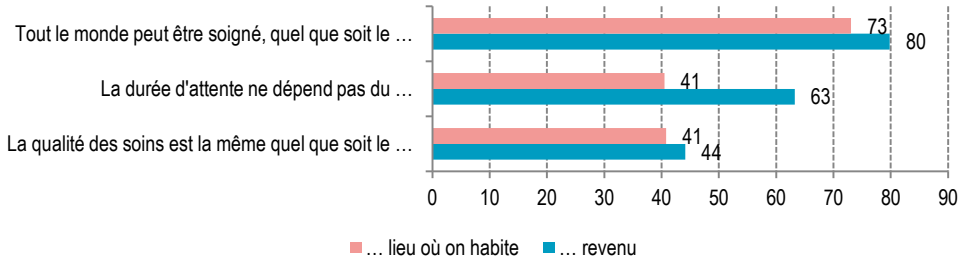
La part des personnes qui affirment être en bonne santé est relativement stable au cours des dernières années pour chacun de ces groupes sociaux. En revanche, de plus en plus de personnes estiment que l'état de santé de la population en général se dégrade (graphique 4). En 2016, cette idée réunit davantage d'adhésion que d'opinion contraire (44 % contre 36 %), alors que l'écart était inverse jusqu'en 2008. Cette appréciation générale varie elle aussi en fonction de la catégorie sociale. Par exemple, en 2016, plus de la moitié des personnes ayant un niveau de vie modeste estiment que l'état de santé global s'est dégradé, contre environ 4 personnes aisées sur 10.

¹ Les enquêtés indiquent l'inégalité qu'ils jugent la moins acceptable, puis celle qui leur paraît la plus répandue parmi les inégalités : de revenus / de logement / d'héritage familial / de type d'emploi / dans les études / d'accès aux soins / liées au fait d'avoir un emploi / liées à l'origine ethnique.

² En 2014, le seuil de pauvreté relative était fixé à 1 008 euros (INSEE). Ici, les revenus des ménages sont dits « modestes » lorsque le niveau de vie qu'ils déclarent est inférieur ou égal à 1 000 euros par mois et par unité de consommation et « aisés » lorsque ce niveau de vie s'élève à 2000 euros.

Graphique 1 Une perception nuancée des inégalités d'accès aux soins

En %



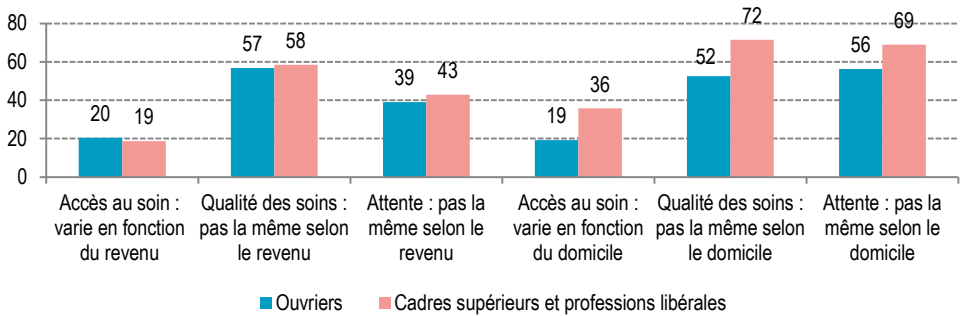
Lecture > En 2016, 80 % des personnes interrogées estiment qu'en France tout le monde peut être soigné, quel que soit son revenu.

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2016.

Graphique 2 Le soin : des inégalités spatiales plus prononcées d'après les cadres

En %



Note 1 > Pour faciliter la lecture des résultats, la comparaison présentée porte sur les seuls cadres et ouvriers.

Note 2 > Questions posées : « Êtes-vous d'accord ou pas avec les opinions suivantes ? Tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu (le lieu où il habite) / On a la même qualité de soins quel que soit son revenu (le lieu où l'on habite) / Les délais d'attente pour se faire soigner ne dépendent pas du revenu (du lieu où l'on habite).

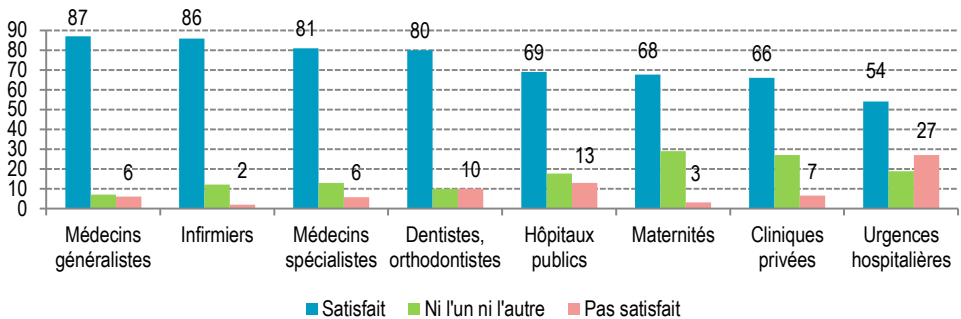
Lecture > En 2016, 57 % des ouvriers jugent que la qualité des soins reçus n'est pas la même suivant le revenu dont on dispose.

Champ > Cadres supérieurs/professions libérales et ouvriers en emploi de 18 ans ou plus et vivant en France métropolitaine.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2016.

Graphique 3 Une moins bonne image de la qualité des soins aux urgences

En %



Note > Les réponses « très satisfait » et « plutôt satisfait » d'un côté, et « plutôt insatisfait » et « très insatisfait » d'un autre, ont été regroupées. Les personnes ayant répondu spontanément « Je n'y suis jamais allé » ou « je ne connais pas » ont été écartées de l'analyse.

Lecture > 69 % des personnes qui ont exprimé un avis à ce sujet estiment que la qualité des soins ou des services assurés dans les hôpitaux publics est satisfaisante.

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2016.

Les indicateurs objectifs d'état de santé en France ne se sont pourtant pas dégradés au cours des années 2000 (voir le rapport sur L'état de santé de la population en France). Ce pessimisme ne semble pas davantage relever d'une appréhension vis-à-vis de maladies en particulier ou de l'évolution de la qualité de l'alimentation, par exemple : la préoccupation à propos du sida, du cancer, des épidémies en général ou des risques alimentaires a plutôt eu tendance à diminuer au cours de la dernière décennie (graphique 5).

Ce paradoxe pourrait donc s'expliquer plutôt par une aggravation de la situation économique et sociale : dans un contexte de crise depuis 2008, les plus modestes ont pu être confrontés à plus de difficultés pour se soigner, ce qui a pu attiser la crainte d'une dégradation générale de l'état de santé en France.

Un attachement renouvelé à une protection maladie universelle

En France, la couverture maladie a été conçue et instaurée dans l'immédiat après-guerre comme une assurance sociale³ obligatoire garantie par les pouvoirs publics⁴. Toutefois, sa dimension assurantielle bismarckienne s'est progressivement estompée au profit d'une logique plus universaliste. Ainsi, la population couverte par l'assurance maladie a été graduellement étendue aux affiliés de l'ensemble des régimes et à leurs ayants droit. Enfin, la couverture maladie universelle (CMU) a étendu, à partir de 2000, le champ de la couverture maladie à l'ensemble des résidents en situation régulière, lui conférant ainsi un caractère universel, parachévé par l'instauration de la « protection universelle maladie » en 2016, qui assouplit les conditions d'attribution de la CMU de base et en simplifie le renouvellement.

À contre-courant de ces évolutions, le souhait d'une restriction de la protection maladie aux seuls cotisants avait plus que doublé dans l'opinion entre 2010 et 2014, passant de 10 % à 23 %. Cette tendance s'est nettement inversée ensuite : le soutien à une limitation des prestations maladie aux seuls cotisants est retombé à 15 % en 2016 (graphique 6). En 2016, 2 personnes sur 3 se prononcent en faveur de l'universalité de la couverture maladie, plutôt que pour un système combinant un socle minimal et des prestations accrues pour les cotisants ou pour un ciblage vers les plus pauvres, voire une restriction aux seuls cotisants.

Une volonté croissante de préserver les caractéristiques de la branche maladie du système de Sécurité sociale

Ces dernières années, l'attachement au niveau des remboursements et des prestations s'est également

accru : la part des personnes favorables à une réduction des prestations maladies en échange d'une baisse de leurs impôts tend à diminuer depuis quatre ans (graphique 6). Elle concernait 1 personne sur 3 en 2012 et ne rassemble plus qu'1 personne sur 5 en 2016.

Un nombre de plus en plus réduit de personnes se prononce en faveur de la limitation de certains remboursements pour réduire le déficit de la branche maladie (1 personne sur 2 en 2012, 4 personnes sur 10 en 2016). Cette diminution est plus nette chez les personnes aisées. Ainsi, en 2014, 51 % des personnes appartenant à un ménage aisé approuvaient l'idée de limiter certains remboursements, tandis qu'en 2016 le soutien à cette mesure est devenu minoritaire (39 %). L'avis des personnes aisées s'est rapproché de celui des personnes dont le niveau de vie est faible (34 %).

L'opposition à d'autres types de réformes du système tend aussi à se renforcer, même pour celles soutenues par une majorité d'enquêtés. C'est le cas des mesures visant à modifier les habitudes des médecins pour qu'ils prescrivent moins de médicaments et d'examen (36 % de rejet en 2016, en hausse de 16 points par rapport à 2013). L'opposition à la limitation des tarifs des professionnels de santé s'accroît également, quoique dans une moindre mesure, en passant de 13 % en 2013 à 19 % en 2016.

Le Baromètre d'opinion de la DREES

Le Baromètre d'opinion de la DREES est une enquête annuelle de suivi de l'opinion des Français depuis 2000 sur la santé, les inégalités, la protection sociale et, depuis 2014, sur la cohésion sociale. L'enquête est effectuée en face à face d'octobre à décembre auprès d'un échantillon d'au moins 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération).

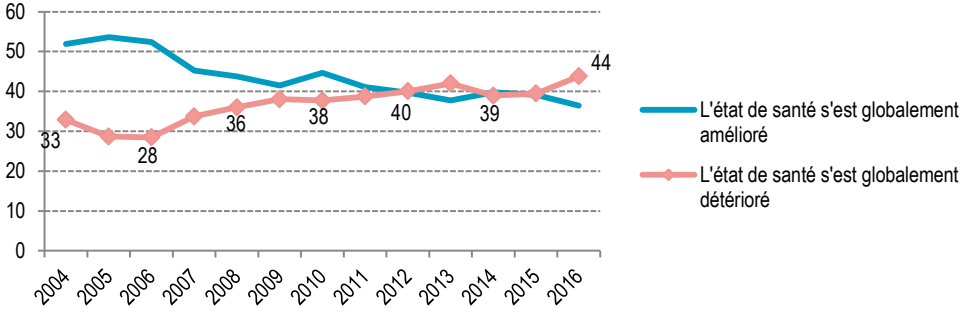
Les réponses à une enquête d'opinion sont sensibles à la formulation des questions ou à leur place dans le questionnaire. Elles permettent néanmoins de mener des comparaisons dans le temps et entre groupes sociaux. De telles variations donnent une information sur la manière dont les opinions évoluent en fonction de la conjoncture, des politiques mises en œuvre et du contexte médiatique. Toutefois, de trop petites variations peuvent ne refléter que des imperfections de mesure et ne sont donc pas analysées.

³ Au sens où les cotisations dues par les personnes couvertes sont proportionnelles à leur salaire et non aux risques qu'elles encourent, comme c'est le cas dans les logiques assurantielles pures.

⁴ Instituée officiellement par les ordonnances des 4 et 19 octobre 1945, la Sécurité sociale est reconnue comme « principe fondamental » par la Constitution de la V^e République, au même titre que le droit du travail et le droit syndical (article 34).

Graphique 4 Un pessimisme croissant vis-à-vis de l'état de santé de la population

En %



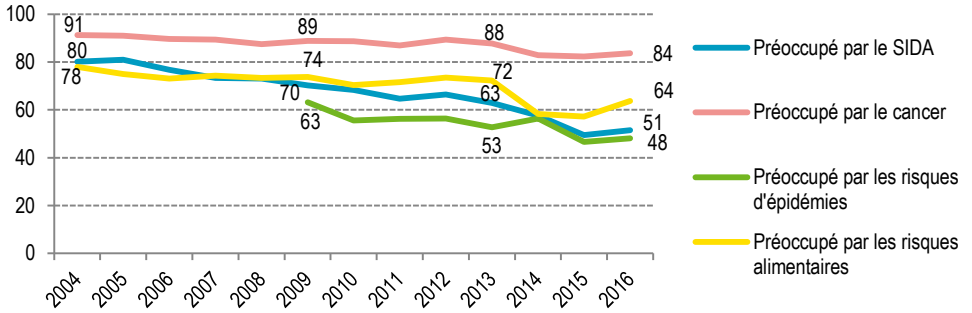
Lecture > En 2016, 44 % des personnes interrogées pensent que l'état de santé des Français s'est détérioré au cours des dernières années.

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2016.

Graphique 5 Une baisse générale de la préoccupation pour les questions de santé

En %



Lecture > En 2016, 64 % des personnes interrogées se déclarent préoccupées par les risques alimentaires.

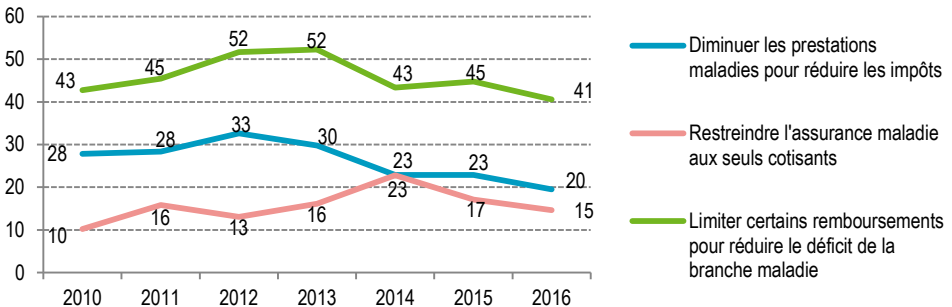
Note > Les résultats qui figurent dans ce graphique regroupent les réponses « beaucoup préoccupé » et « assez préoccupé ».

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2016.

Graphique 6 Moins de soutien à d'éventuelles restrictions de la couverture maladie

En %



Lecture > En 2016, 20 % des personnes interrogées sont favorables à une diminution des prestations maladies en échange d'une baisse de leurs impôts ou de leurs cotisations.

Champ > Personnes de 18 ans ou plus vivant en France métropolitaine.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2010-2016.

4

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés



Comparaisons internationales des dépenses de santé

Ce dernier chapitre de l'ouvrage présente des comparaisons internationales des dépenses de santé et des restes 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.

La première fiche (39) détaille la dépense courante de santé au sens international, dont le périmètre diffère de celui retenu en France. Les suivantes (fiches 40 à 44) dressent un panorama ciblé sur les principaux postes de dépenses : soins de médecins, soins dispensés par d'autres professionnels de santé, soins dentaires, médicaments et soins hospitaliers. Elles sont suivies de la fiche 45, qui détaille le concept élargi de soins de longue durée employé en comparaison internationale et de la fiche 46 qui analyse le niveau du reste à charge des ménages au niveau international.

Enfin, cette section présente le renoncement aux soins et ses différents motifs en comparaison internationale (fiche 47).

L'UE-15 dépense 10 % de son PIB pour la santé

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi) représentant 17 % du PIB en 2015 (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. En France, la DCSi s'établit à 11 % du PIB, comme en Suède, en Allemagne, aux Pays-Bas et au Japon, c'est-à-dire 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 au pays d'Europe centrale, sauf 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 (9 % en Espagne, en Italie et au Portugal, et 8 % en Grèce).

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA). Pour cet indicateur, la France se situe juste au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à un niveau proche du Canada ou du Japon. 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, Irlande, Luxembourg notamment). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

Une reprise récente et modérée de la croissance des dépenses de santé

Depuis la crise économique, les dépenses de santé ralentissent en 2010, en part de PIB comme à prix constant, dans un contexte de modération de la progression des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé (fiche 46). Les pays du sud de l'Europe (Espagne, Italie, Portugal et Grèce) et l'Irlande connaissent même une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2013, particulièrement marquée pour la Grèce (-9 % en moyenne par an au cours de cette période) et le Portugal (-3 %).

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, leur rythme étant toutefois plus modéré que lors de la période précédant la crise. En UE-15, les dépenses de santé augmentent de 2 % annuels en

moyenne entre 2013 et 2015, soit près de trois fois plus qu'entre 2009 et 2013. Ce rebond de la dépense 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 et aux États-Unis, la croissance réelle des dépenses de santé est deux fois plus rapide entre 2013 et 2015 qu'entre 2009 et 2013.

En revanche, le rythme de croissance des dépenses de santé diminue au Japon, ainsi qu'en Finlande et aux Pays-Bas.

Le système international des comptes de la santé

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

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

Dans ce chapitre sont considérés les pays suivants : 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.

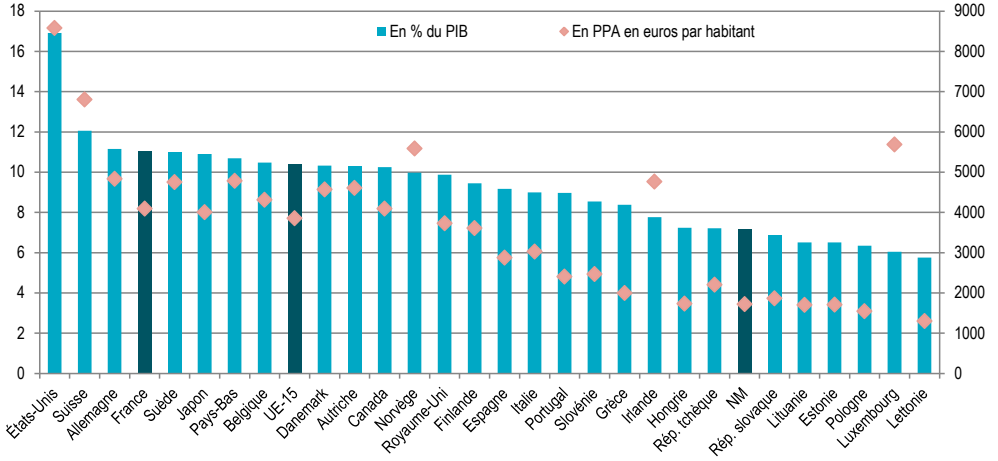
Les données sont révisées régulièrement, ce qui peut expliquer des écarts avec les chiffres publiés lors de la précédente édition de cet ouvrage.

Pour en savoir plus

- > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2016, consultables sur <http://stats.oecd.org/>.
- > OCDE, 2015, *Panorama de la santé 2015*, édition OCDE.
- > System of Health Accounts (SHA), consultable sur <http://www.oecd.org/els/health-systems/>.
- > Annexes sur la méthodologie des comptes de la santé.

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international en 2015

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



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

Graphique 2 Évolution annuelle moyenne réelle de la dépense courante de santé au sens international

Évolution annuelle moyenne de la DCSi en PPA en euros constants 2010, en %



Note > Les évolutions annuelles suivantes sont exclues du calcul en raison de ruptures de série : France 2005-2006, Suède 2010-2011, Italie 2011-2012, Royaume-Uni 2012-2013, Suisse 2009-2010, Japon 2010-2011. Les moyennes UE-15 et NM sont corrigées des ruptures de série.

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

Les densités médicales dépendent du rôle relatif des médecins et des autres professions de santé

En 2015, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants, atteint en moyenne 360 dans les pays de l'UE-15, hors Grèce et Portugal (graphique 1). Avec une densité de 310 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe en dessous de la moyenne de l'UE-15. La densité de médecins est plus faible en général dans les pays entrés dans l'UE à partir de 2004 (NM), en particulier en Pologne (230 médecins). Ces écarts de densités de médecins entre pays doivent être relativisés, car les rôles des médecins au sein du système de santé varient selon les pays. Ainsi, les pays du Sud de l'Europe (Espagne et Italie, mais également Portugal et Grèce, à partir de données plus anciennes) présentent des densités de médecins comparables aux pays nordiques, mais la présence des infirmiers y est moins développée (fiche 41). Aux États-Unis et au Canada, la densité de médecins est sensiblement plus faible que la moyenne de l'UE-15, mais les infirmiers y ont un rôle plus important qu'en France et se substituent en partie aux médecins pour certaines tâches (prescription de médicaments). Au-delà de la densité moyenne, une répartition géographique inégale ou des difficultés spécifiques à certaines spécialités médicales sont un sujet d'inquiétude pour la majorité des États ayant répondu au questionnaire de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé en 2016. Garantir l'accès aux soins dans les zones rurales ou reculées pose un défi, en particulier dans les pays géographiquement étendus comme le Canada, les États-Unis, les pays nordiques, mais également la France et l'Allemagne. Dans la plupart des pays, la répartition territoriale des médecins est régulée via l'offre de formation, et renforcée par des dispositifs d'incitations financières à s'installer dans les zones sous-dotées. En Allemagne, les incitations financières sont renforcées par une réglementation restreignant les installations dans les zones les mieux dotées. La Norvège, le Japon et le Canada ont également établi des centres de formation directement dans les zones sous-dotées, dans l'objectif d'accroître la probabilité d'installation des jeunes diplômés dans ces zones.

La densité médicale croît à un rythme ralenti

La densité de médecins augmente fortement depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme plus faible depuis les années 1990. Entre 2000 et 2015, le nombre de médecins augmente plus vite que la population dans la quasi-totalité des pays considérés ici. Pendant cette période, la densité augmente de 1,1 % par an en moyenne dans l'UE-15. Elle est particulièrement

dynamique en Suède et au Royaume-Uni (respectivement 2,2 % et 2,4 % par an). En revanche, la densité progresse très peu dans d'autres pays, notamment en Italie, en France et en Irlande. Pour quasiment tous les pays de l'OCDE, le *numerus clausus* est le principal levier utilisé pour réguler l'offre de soins par le biais des variations d'effectifs de médecins. Comme en France, les entrées en formation sont plus élevées qu'au début des années 2000 en Finlande, au Royaume-Uni et aux Pays-Bas. Certains pays recourent également, dans des proportions très variables, à des médecins formés à l'étranger (graphique 2). Le Canada, le Royaume-Uni et l'Irlande, où près d'un quart à plus d'un tiers des médecins sont formés à l'étranger, s'appuient notamment sur d'autres pays du Commonwealth où le niveau de vie moyen est plus faible. L'Irlande est en revanche confrontée au départ vers l'étranger des médecins qu'elle forme. En France, en Allemagne et en Belgique, les parts de médecins formés à l'étranger restent de l'ordre de 10 % en 2015, mais augmentent sensiblement depuis les années 2000.

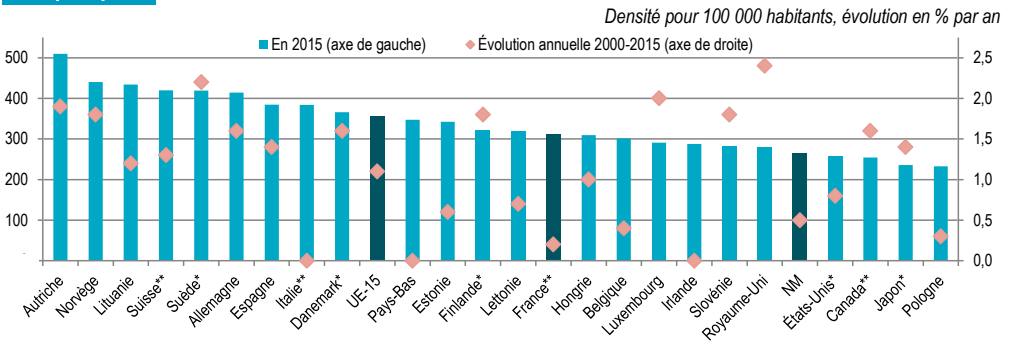
De plus en plus de spécialistes

Le rapport entre les effectifs de spécialistes et de généralistes est passé de 1,6 en moyenne en 2006 à 1,8 en 2015 dans les pays de l'UE-15 (hors Italie). Cette évolution s'inscrit dans une tendance de long terme, les progrès des technologies médicales conduisant à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. En 2015, dans tous les pays, sauf l'Irlande et le Portugal, les généralistes sont désormais moins nombreux que les spécialistes (graphique 3). En France et au Canada, les généralistes sont toutefois presque aussi nombreux que les spécialistes en 2015. Au cours des dernières années, ces deux pays ainsi que le Royaume-Uni ont mis en place des politiques visant à augmenter plus rapidement le nombre de généralistes que de spécialistes afin de renforcer les soins primaires. Dans les pays d'Europe de l'Est ayant adhéré à l'UE à partir de 2004 (NM), la part de médecins spécialistes est au contraire en baisse, mais à partir de niveaux très élevés, et qui restent bien supérieurs en 2015 à la moyenne de l'UE-15. Cette évolution traduit l'adaptation depuis les années 1990 des systèmes de santé hérités du modèle de l'Union soviétique, caractérisés par la prédominance de l'hôpital et la quasi-absence de soins primaires. Aux États-Unis, la faible part apparente de médecins généralistes doit être nuancée, car l'activité de certains médecins classés comme spécialistes est en réalité très proche de celle des médecins généralistes européens.

Pour en savoir plus

- > OCDE, 2016, *Health Workforce Policies in OECD Countries : Right Jobs, Right Skills, Right Places*, Édition OCDE.
- > OCDE, 2015, *Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE*, Édition OCDE.
- > OCDE, *Health Systems Characteristics*, enquêtes 2012 et 2016.

Graphique 1 Densité de médecins en exercice en 2015 et évolution depuis 2000



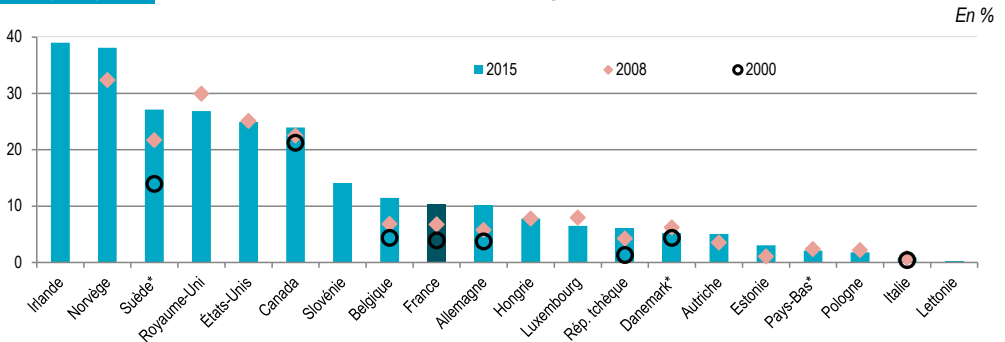
Note > * Données 2014 ; ** Évolution 2000-2015 des médecins professionnellement actifs ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années et sur les pays disponibles.

Les médecins dits en exercice exercent la médecine directement en contact des patients, dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral. La plupart des pays incluent les « internes » et les « résidents ».

Les médecins professionnellement actifs incluent également les médecins enseignants ou chercheurs, qui ne sont pas directement en contact des patients.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

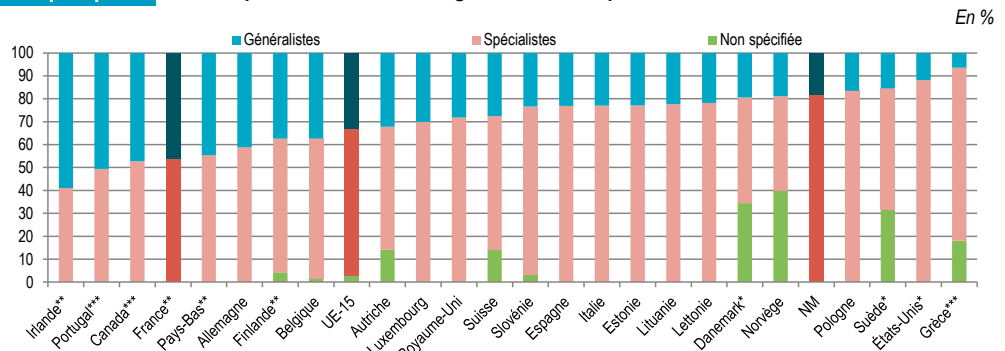
Graphique 2 Proportion des médecins formés à l'étranger en 2000, 2008 et en 2015



Note > * Données 2014.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 3 Parts respectives de médecins généralistes et spécialistes en exercice en 2015



Note > * Données 2014 ; ** Professionnellement actifs ; *** Habilités à exercer ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années et sur les pays disponibles.

Généralistes : médecins généralistes, médecins de soins primaires, médecins de famille, internes et résidents spécialisés en médecine générale ou pas encore spécialisés selon les pays (lorsqu'ils ne figurent pas dans la catégorie « autres »).

Spécialistes : Pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres, autres spécialistes médicaux et chirurgicaux.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Les effectifs d'infirmiers varient selon les pays en fonction des rôles qui leur sont confiés

Avec 990 infirmiers pour 100 000 habitants, la densité d'infirmiers est supérieure en France à la moyenne de l'UE-15 (900) et proche de celle du Canada et des Pays-Bas (graphique 1). Les densités sont sensiblement plus faibles dans les pays qui ont adhéré à l'UE depuis 2004 (NM, voir glossaire) ainsi qu'en Italie, en Espagne et en Grèce (environ 500 ou moins). À l'inverse, la Suisse, la Norvège et le Danemark comptent plus de 1 600 infirmiers pour 100 000 habitants.

Au Japon, en Finlande, au Danemark, en Suisse, aux États-Unis et au Luxembourg, on dénombre plus de quatre infirmiers pour un médecin (graphique 2). Le rôle des infirmiers au sein des systèmes de santé, et en particulier leur implication dans les soins de premier recours, est en effet assez variable selon les pays. En Finlande et en Suède, les soins primaires sont organisés autour de centres de santé réunissant des équipes pluridisciplinaires où les infirmiers ont notamment un rôle d'accueil et d'orientation et assurent des soins préventifs. De même, les infirmiers sont présents au sein des cabinets de groupe au Royaume-Uni, en nombre équivalent aux médecins. En Allemagne, les infirmiers exercent principalement à l'hôpital et n'ont quasiment aucun rôle dans les soins de ville, à l'exception de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. En revanche, en ville, les cabinets de médecins incluent en général un « assistant médical », métier qui n'a pas d'équivalent en France, mêlant des tâches d'infirmier et de secrétaire médical. En Italie et en Espagne, les infirmiers sont quasiment absents des soins de ville, qui sont assurés par des médecins. Le ratio du nombre d'infirmiers sur le nombre de médecins y est particulièrement faible et la densité de médecins relativement élevée (fiche 40).

En 2015, en moyenne au sein de l'UE-15, la densité des sages-femmes s'élève à 34 pour 100 000 habitants (graphique 3). Elle est nettement plus élevée en Suède (75) et en Pologne (60). Ces disparités peuvent être en partie liées à des structures démographiques différentes (fiche 6) ainsi qu'à une répartition des rôles entre sages-femmes et gynécologues variable entre pays.

Les rôles des infirmiers et des sages-femmes évoluent

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques, les régulateurs

sont amenés à repenser les coordinations entre professionnels et les frontières entre professions. Les sages-femmes sont désormais autorisées à prescrire des médicaments dans une minorité croissante de pays (Autriche, Belgique, Chypre, Espagne, Estonie, France et Irlande). Au Royaume-Uni, les infirmiers disposent désormais de compétences dans des domaines tels que la promotion de la santé, le suivi des maladies chroniques et assurent des consultations de premier recours. Ils sont autorisés à prescrire des médicaments d'une liste prédéfinie, soit de façon indépendante (comme en Irlande et aux États-Unis) ou complémentaire des médecins (également aux États-Unis), voire d'administrer des médicaments selon des protocoles prédéfinis.

Une démographie de ces deux professions plus dynamique en France que dans l'UE-15

La densité d'infirmiers augmente dans la plupart des pays de l'UE-15, sauf l'Irlande et la Grèce, où elle diminue alors que la pénurie d'infirmiers est reconnue. En France, la densité d'infirmiers a progressé de 3,2 % en moyenne par an entre 2010 et 2015, plus vite que dans les autres pays. Elle y dépasse désormais légèrement la moyenne de l'UE-15 (fiche 7).

La densité de sages-femmes pour 100 000 habitants progresse de 2,9 % en moyenne par an entre 2010 et 2015 en France, un des taux les plus dynamiques observés, derrière la Slovaquie, où la densité reste très faible, les Pays-Bas, le Japon et l'Estonie. La densité de sages-femmes baisse notamment au Royaume-Uni (-1,7 % par an) durant cette période.

Dans la majorité des pays européens, contrairement à la France, il n'existe pas de quotas infirmiers, mais parfois des ajustements en fonction des besoins de santé publique (Finlande, Grèce) ou des capacités de formation. L'Allemagne a ainsi accru l'offre de filières de niveau supérieur en université, en complément des formations classiques de l'enseignement professionnel.

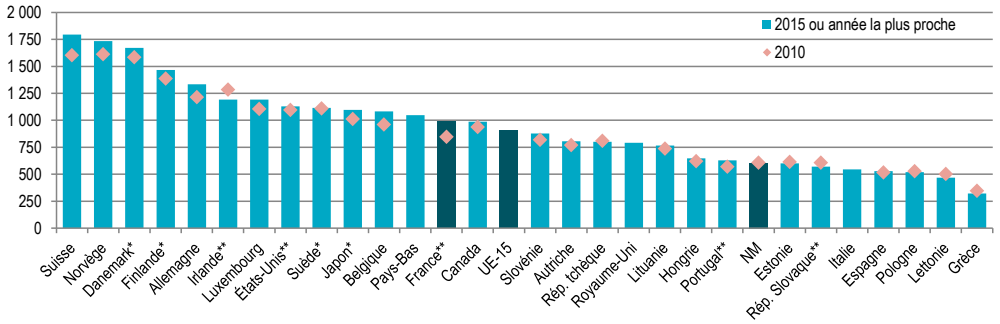
La proportion d'infirmiers formés à l'étranger est très hétérogène en Europe. Elle est de l'ordre de 15 % en Suisse et au Royaume-Uni. Le recours à du personnel formé à l'étranger est une des réponses aux difficultés rencontrées par les hôpitaux britanniques pour recruter du personnel infirmier (un poste sur dix y est vacant en 2014). En France et en Belgique, la part du personnel infirmier formé à l'étranger dans l'ensemble des effectifs infirmiers est en augmentation même si elle reste toujours faible (environ 3 %).

Pour en savoir plus

- > Bourgueil Y., Marel A., Mousquès J., 2005, « La participation des infirmières aux soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 95.
- > Delamaire M. et Lafortune G., 2010, « Les pratiques infirmières avancées : une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés », OCDE.
- > DREES, 2016, *Portrait des professionnels de santé*, coll. Panoramas de la Drees – Santé, juillet.
- > Ordre des sages-femmes, 2010, *Étude des régulateurs européens de sages-femmes*, deuxième édition.

Graphique 1 Personnel infirmier en exercice pour 100 000 habitants en 2010 et en 2015

Densité pour 100 000 habitants



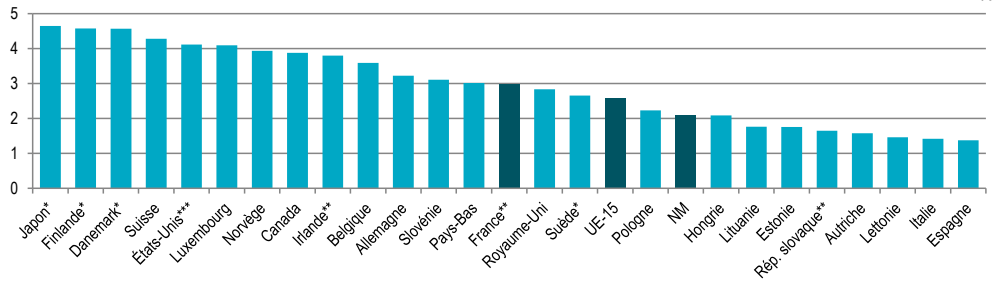
Note > * Données 2014 ; ** professionnellement actifs ; Moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles. Certains pays (Suisse, Royaume-Uni, Autriche, Grèce) ne comptabilisent que le personnel exerçant à l'hôpital ou dans le secteur public. L'Espagne inclut les sages-femmes.

Champ > UE-15, NM et Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 2 Rapport des effectifs d'infirmiers aux effectifs de médecins en exercice en 2015

En %



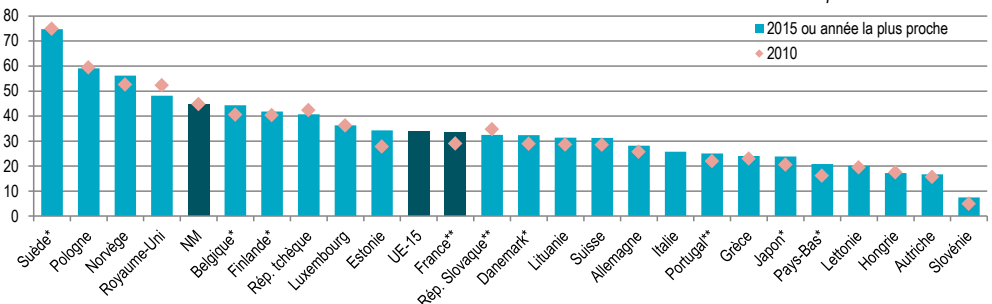
Note > * Données 2014 ; ** professionnellement actifs ; *** professionnellement actifs en 2014. Moyennes de l'UE calculées sur les dernières années et pays disponibles.

Champ > UE-15 (sauf Grèce et Portugal), NM (sauf République Tchèque) et Suisse, Norvège, États-Unis, Canada et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Graphique 3 Sages-femmes en exercice pour 100 000 habitants en 2010 et en 2015

Densité pour 100 000 habitants



Note > * Données 2014 ; ** professionnellement actifs ; Moyennes de l'UE calculées sur les dernières années et pays disponibles.

Champ > UE-15 (sauf Espagne et Irlande), NM et Suisse, Norvège et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

Les **personnels en exercice** sont directement en contact des patients, dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral ; les personnels **professionnellement actifs** incluent également les enseignants ou chercheurs, qui ne sont pas directement en contact des patients.

Les dépenses de soins dentaires par habitant varient du simple au quadruple dans l'UE-15

En 2015, les **dépenses courantes de santé au sens international (DCSi)** réalisées en cabinets dentaires s'élèvent en moyenne à 190 euros en PPA par habitant dans les pays de l'UE-15 (graphique 1). Elles sont bien inférieures (80 euros en PPA par habitant) dans les nouveaux États membres de l'UE (NM [voir glossaire]). L'Allemagne est le pays de l'UE-15 où ces dépenses sont les plus élevées (370 euros PPA par habitant), comme en Suisse et devant les États-Unis (330). En France, ces dépenses sont inférieures à la moyenne de l'UE-15 aussi bien en parts de PIB (0,5 % contre 0,6%) que par habitant (180 euros PPA par habitant).

En 2015, les soins curatifs dentaires représentent, en moyenne, un quart des dépenses totales de soins ambulatoires au sein de l'UE-15. Elles atteignent un tiers de ces dépenses en Allemagne, alors que les soins dentaires et leurs tarifs sont étroitement encadrés et que les assurés sont encouragés financièrement à pratiquer une bonne prévention des caries dentaires. Les soins curatifs sont principalement dispensés en cabinets dentaires dans la plupart des pays de l'UE-15. Toutefois, le rôle des centres de soins peut s'avérer important dans certains pays, comme en Finlande où seule la moitié des dépenses de soins dentaires correspond à des soins effectués en cabinets dentaires.

La part de la prévention et de la promotion de la santé bucco-dentaire dans les dépenses est mal renseignée et peu comparable entre pays, la plupart des pays enregistrant essentiellement dans leurs comptes des soins curatifs effectués dans les cabinets dentaires. Le système international des comptes de la santé ne permet pas d'appréhender les coûts de traitements évités par des mesures de prévention et de promotion de la santé bucco-dentaire efficaces.

Une couverture par les régimes publics et obligatoires très variable selon les pays

En 2015 au sein de l'UE-15, 39 % des dépenses réalisées en cabinets dentaires sont prises en charge par les régimes publics ou obligatoires, 16 % sont couvertes par

des régimes privés facultatifs, les 45 % restants sont à la charge des ménages (graphique 2). En France, l'importance relative des régimes publics ou obligatoires est moindre (35 %), sans pour autant que le reste-à-charge des ménages soit aussi élevé qu'en moyenne dans l'UE-15 : les assurances privées couvrent 46 % de cette dépense, soit un taux parmi les plus élevés au sein de l'OCDE. En Espagne, les ménages financent directement la quasi-totalité de leurs dépenses, dont le niveau est élevé par rapport à la moyenne européenne. Cette situation peut conduire à un renoncement aux soins, en particulier pour les plus pauvres (fiche 47).

Une offre de soins dentaires disparate dans les pays de l'OCDE

En 2015, le nombre de dentistes en exercice pour 100 000 habitants atteint 71 en moyenne dans l'UE-15 (graphique 3). En Europe, ces densités varient de un à trois entre la Pologne (33 pour 100 000 habitants) et la Lituanie, le Luxembourg ou l'Estonie (plus de 90 pour 100 000 habitants). La France se situe un peu en dessous de la moyenne de l'UE-15, avec une densité de 65 praticiens pour 100 000 habitants, soit un peu plus qu'au Canada ou aux États-Unis (61).

La densité de dentistes est à la hausse depuis 2010 dans la plupart des pays et particulièrement dans les pays d'Europe de l'Est et en Italie. Elle tend à décroître dans les pays nordiques et, dans une moindre mesure, en Suisse. Cette évolution est toutefois à mettre en regard du développement de la profession d'hygiénistes dentaires, non retracée dans ces statistiques, dont le ratio par rapport aux chirurgiens-dentistes est compris entre 0,2 en Suisse et 1,4 au Danemark, selon le *Council of European Dentists*. Cette profession existe dans la moitié des États membres, mais pas en France. Leurs études, leur formation et leur domaine de compétences varient considérablement dans l'Union européenne, mais partout où ils sont présents, ces professionnels sont actifs dans la prévention des caries et des parodontopathies et, de plus en plus, dans la thérapie parodontale non-chirurgicale et la thérapie de maintien, parfois de manière indépendante du chirurgien-dentiste.

Dans cette fiche, la DCSI est ventilée par prestataire de soins et non par fonction. Ainsi, la dépense de soins dentaires fait ici référence à la dépense effectuée en cabinets dentaires uniquement (exclusion des centres et des établissements de santé).

Définition

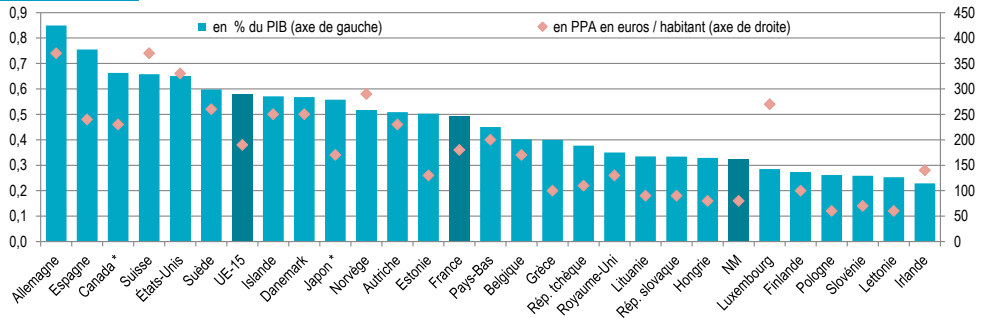
Les **dentistes en exercice** sont les dentistes exerçant directement au contact des patients, y compris stomatologues, chirurgiens-dentistes et spécialistes en chirurgie maxillo-faciale, salariés ou libéraux. La plupart des pays incluent aussi les « internes ». Les **dentistes professionnellement actifs** incluent également ceux qui ne sont pas directement au contact de patients, dans l'administration, la recherche ou participant à des actions de santé publique.

Pour en savoir plus

> **Luciak-Donsberger, C. et Eaton, K.**, « Dental Hygienists in Europe Trends towards Harmonization of Education and Practice since 2003 ». *International Journal of Dental Hygiene*, 7: 273–284, 2009. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1601-5037.2009.00402.x/abstract>

> **S Kravitz A., Alison Bullock, A. et Cowpe, J.**, « Council of European Dentists - EU Manual of Dental Practice 2015 », février 2015 <https://www.ondp.europa.cedmanual/2014/cedmanual2014completo.pdf>

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international dans les cabinets dentaires en 2015

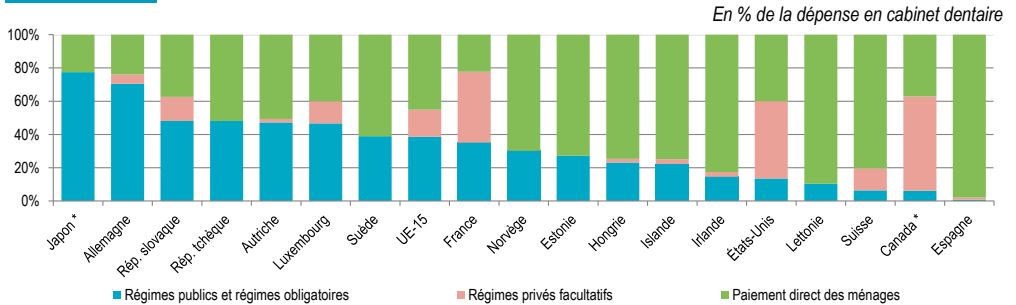


* Données 2014 ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles et sur les pays disponibles.

Champ > UE-15 (hors Italie et Portugal), NM (hors Bulgarie, Chypre, Croatie, Malte et Roumanie), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

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

Graphique 2 Répartition de la dépense courante de soins en cabinets dentaires par financeur en 2015



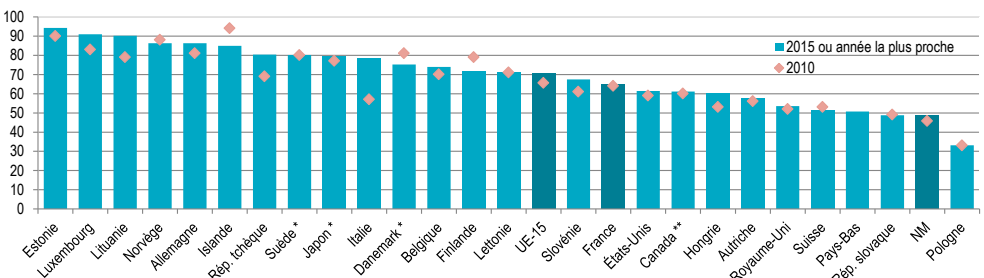
* Données 2014.

Note > Seule est présentée ici la répartition de la dépense courante par financeur dans les pays où le financement n'est pas trop différent selon que les soins sont dispensés en cabinets dentaires ou dans des centres ou des établissements de santé. Ainsi, en Belgique ou au Danemark, la couverture par les régimes publics ou obligatoires représente respectivement 55 % et 35 % si on ne tient compte que des soins en cabinets dentaires alors qu'elle se limite respectivement à 43 % et 20 % pour l'ensemble des soins dentaires curatifs (y compris centres ou établissements de santé). À l'inverse, en Finlande, la prise en charge publique/obligatoire est nettement supérieure en prenant en compte les autres prestataires et par conséquent le reste-à-charge des ménages moindre (59 % contre 82 %) ; c'est également le cas dans plusieurs NM.

Champ > UE-15 (hors données manquantes : Grèce, Irlande, Portugal et Espagne), NM (hors Bulgarie, Chypre, Croatie, Malte et Roumanie), Japon, Canada et États-Unis.

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

Graphique 3 Nombre de dentistes en exercice pour 100 000 habitants en 2010 et en 2015



* Données 2014 ; ** Données 2013 ; moyennes de l'UE calculées sur les dernières années disponibles et sur les pays disponibles.

Champ > UE-15 (hors Italie et Portugal), NM (hors Bulgarie, Chypre, Croatie, Malte et Roumanie), Suisse, Norvège, Canada, États-Unis et Japon.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

En Allemagne, des dépenses pharmaceutiques par habitant très supérieures à la moyenne UE-15

En 2015, au sein des pays de l'OCDE comparés ici (pays européens, États-Unis, Canada et Japon), les **dépenses pharmaceutiques** dans le secteur ambulatoire représentent de 0,5 % (Luxembourg) à 2,2 % du PIB (Grèce) [graphique 1]. Consacrant 1,6 % de son PIB aux dépenses pharmaceutiques en 2015, la France se trouve dans la moyenne des pays de l'Union européenne, comme l'Allemagne, l'Italie ou l'Espagne.

Exprimées en parité du pouvoir d'achat (PPA), les dépenses pharmaceutiques ambulatoires par habitant sont nettement plus variables. Aux États-Unis, ces dépenses sont deux fois plus élevées qu'en moyenne dans l'UE-15. L'Allemagne est le pays de l'UE-15 qui dépense le plus à ce titre par habitant (29 % de plus que la moyenne, contre 12 % pour la France). La régulation du prix des médicaments peut apporter un éclairage sur ces écarts. La loi AMNOG, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2011 en Allemagne, fixe des tarifs de remboursement des médicaments dans un délai de douze mois après leur commercialisation sur le marché. L'introduction sur le marché allemand des nouveaux médicaments, y compris les plus innovants et les plus chers, se fait donc à prix libre la première année. À l'inverse, l'accès au marché français nécessite des délais plus longs (malgré l'existence d'une procédure accélérée pour les innovations thérapeutiques), mais les prix sont négociés entre les industriels et l'État avant la commercialisation.

En France, une moindre participation des ménages et un rôle plus important de l'assurance privée

La grande majorité des dépenses de médicaments concerne des médicaments délivrés sur ordonnance. La part de l'automédication dans ces dépenses est toutefois très disparate : elle s'élève à 30 % en moyenne dans les NM, contre 15 % en moyenne dans l'UE-15. Le poids de l'automédication résulte, en partie, de la politique du médicament. Les contraintes budgétaires auxquelles sont confrontés les États depuis plusieurs années les ont conduits à rechercher des voies d'amélioration de l'efficacité, y compris en redéfinissant le panier des biens qui bénéficient d'une prise en charge publique. Outre ces politiques de rationalisation de la prise en charge, des mesures reportant une partie du financement sur les ménages ont été adoptées, en particulier dans les pays les plus touchés par la crise : l'Espagne (réforme du ticket modérateur « copago », en 2012), la Grèce et l'Irlande, entre autres, ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques.

Les structures de financement des dépenses pharmaceutiques restent toutefois très différentes entre pays. En 2015, en moyenne dans les pays de l'UE-15 et en France, les fonds publics couvrent environ 70 % des dépenses pharmaceutiques, alors qu'ils représentent seulement 45 % de ces dépenses dans les NM et moins de 40 % au Canada et aux États-Unis (graphique 2), pays où l'assurance privée occupe une part importante dans le

financement des dépenses de santé. Parmi les pays de l'UE-15, le financement par les régimes publics ou obligatoires est plus important en Allemagne et au Luxembourg, où il représente plus de 80 % du total.

En moyenne au sein de l'UE-15, l'assurance privée prend en charge moins de 2 % des dépenses pharmaceutiques, laissant plus de 28 % à la charge des ménages. Ce reste à charge est très supérieur à celui des soins hospitaliers (3 %) ou des soins ambulatoires (20 %). Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France – qui se distingue par une couverture supérieure par l'assurance privée de la dépense pharmaceutique – en Allemagne et au Luxembourg, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins (fiche 47).

Le recul des ventes officinales par habitant se poursuit en France, à partir de niveaux élevés

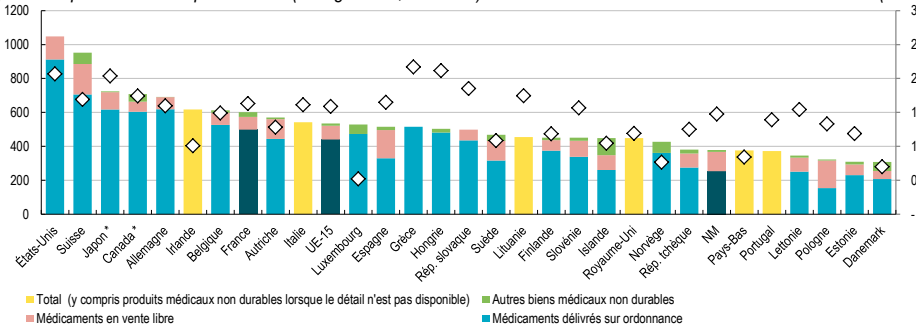
Les écarts de dépenses pharmaceutiques entre pays proviennent de différences importantes quant au volume, à la structure de la consommation, à la politique de prix et de remboursement des médicaments, ou à la politique du générique. En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières, tant au niveau du prescripteur que de la distribution, afin que soient privilégiés les traitements les moins coûteux.

La maîtrise de la dépense s'est traduite depuis 2008 par des baisses de prix fabricants dans la plupart des pays européens et particulièrement, parmi les pays analysés ici, en Italie, en Espagne et surtout en France, avec un recul des ventes réalisées en officines. Qu'elles soient exprimées en prix fabricant hors taxes ([CAHT] chiffre d'affaires hors taxes) ou en unités standards par habitant, ces ventes ne poursuivent leur baisse qu'en France en 2015 (-2 % par rapport à 2014 [graphique 3]). En 2015, la consommation croît très rapidement aux Pays-Bas (+5 %), au Royaume-Uni (+6 %) et surtout en Norvège (+8 %). En France, la consommation par habitant en volume reste néanmoins supérieure à celle de ses voisins européens. En revanche, en CAHT par habitant, c'est en Allemagne que la consommation est la plus élevée des huit pays (38 % de plus qu'en France en euros courants, en hausse de 5 % en un an). L'écart franco-allemand en matière de dépense continue de se creuser notamment du fait de l'importance des baisses de prix menées en France. Il s'explique aussi par la délivrance en officines, dans tous les pays dont la croissance 2015 est élevée, des nouveaux antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C mis sur le marché entre 2014 et 2015, ainsi que, en Allemagne, de certains anticorps monoclonaux (MAB) utilisés pour lutter contre les cancers et les désordres immunologiques et inflammatoires (ces produits ne le sont délivrés qu'à l'hôpital en France).

Graphique 1 Dépenses pharmaceutiques en 2015

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

En % du PIB (losanges)

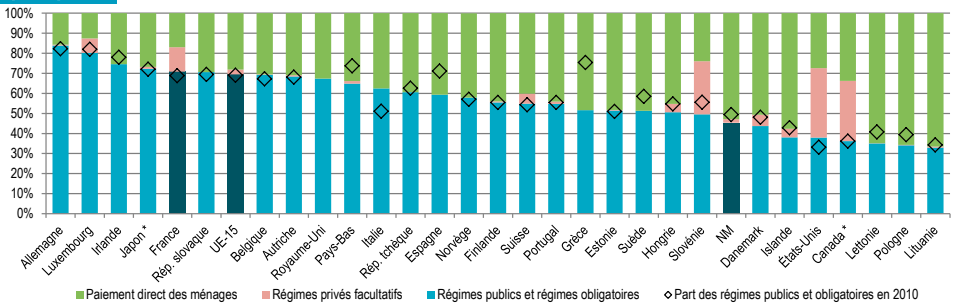


* Données 2014.

Champ > UE-15, NM (voir glossaire, hors Bulgarie, Chypre, Croatie, Malte et Roumanie), 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 2015



* Données 2014.

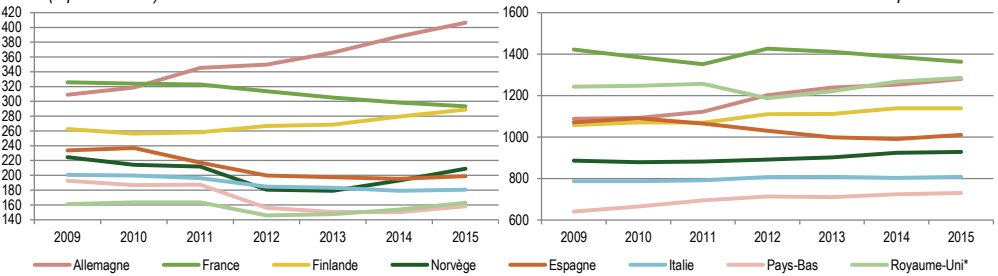
Champ > Les pays disponibles de l'UE-15 et des NM (voir glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

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

Graphique 3 Chiffre d'affaires hors taxes (CAHT) et quantités vendues par habitant en officines en 2015

CAHT (€ 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 2015 ; OCDE 2015 pour la population.

Définition et précision méthodologique

Dépenses pharmaceutiques issues du Système international des comptes de la santé (SHA) : elles incluent les achats de médicaments sur ordonnance délivrés en ville, l'automédication et les achats d'autres produits de santé non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins et autres dispositifs de contraception. Elles comprennent les médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires (tels que les médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C commercialisés en 2014 en France par exemple). NB : seules les dépenses pharmaceutiques ambulatoires sont comparées dans cette fiche.

Pour en savoir plus

Base de données « OECD.Stat », consultable sur <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

> OCDE, 2015, « [Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE](#) », Édition OCDE.

> OCDE, 2010, « [Optimiser les dépenses de santé](#) », Études de l'OCDE sur les politiques de santé.

En 2015, les **soins hospitaliers** publics et privés (hors soins de longue durée aux personnes âgées) et les **hospitalisations de jour** représentent 38 % de la **dépense individuelle de soins et de biens médicaux** en moyenne dans l'UE-15. En France, la part des dépenses hospitalières (41 %) est supérieure à la moyenne de l'UE-15 (graphique 1). Parmi les pays de l'UE-15, elle est plus élevée encore en Norvège (42 %), en Autriche, en Grèce, en Belgique (43 %) et en Irlande (44 %). En revanche, soins hospitaliers et hospitalisations de jour représentent moins de 30 % des dépenses individuelles de soins et de biens médicaux au Portugal, au Canada et aux États-Unis. La faible part des dépenses hospitalières aux États-Unis doit toutefois être relativisée, car les honoraires des médecins indépendants exerçant en milieu hospitalier sont inclus dans les soins ambulatoires.

Lorsqu'on exclut l'hospitalisation de jour, la part des soins hospitaliers dans la consommation individuelle de soins et de biens médicaux passe à 36 % en France et à 34 % dans l'UE-15 (fiche 19). La France passe alors de la 6^e à la 8^e position des pays comparés dans cette fiche.

Une recherche d'efficacité accrue : réduction du nombre de lits, taux d'occupation plus élevé et durées d'hospitalisation plus courtes

Au cours des dernières décennies, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire certaines dépenses hospitalières en raccourcissant la durée des séjours, dont les coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et les services de proximité, qui prennent le relais après les interventions. Par exemple, dans la majorité des pays considérés, plus de 95 % des opérations de la cataracte sont réalisées en ambulatoire ou en hospitalisation de jour (contre 90 % en France).

Le développement de la chirurgie ambulatoire est en partie à l'origine de la réduction du nombre de

lits de soins aigus observée dans tous les pays entre 2000 et 2015 (graphique 2). Au cours de cette période, le nombre de lits pour 1 000 habitants est passé de 5,0 à 4,0 au sein de l'UE-15 (hors Royaume-Uni et Pays-Bas), de 3,0 à 2,5 aux États-Unis et de 9,8 à 7,9 au Japon. Entre 2000 et 2015, la dotation de lits en France a diminué de 5,1 à 4,1 lits pour 1 000 habitants, ce qui la place dans la moyenne de l'UE-15 pour l'ensemble de la période.

La réduction du nombre de lits à l'hôpital s'est accompagnée d'une augmentation de leur **taux d'occupation** dans certains pays (Estonie, Irlande, Grèce, Italie, Portugal). Dans la plupart des pays, le taux d'occupation des lits est toutefois en baisse. Pour les dernières années disponibles, le taux d'occupation des lits atteint plus de 90 % au Canada et en Irlande ; à l'inverse, il est particulièrement faible aux États-Unis (63 %) et au Portugal (64 %). La France se situe dans une position intermédiaire, avec un taux d'occupation des lits d'hôpital de 75 % en 2014 (dernière année disponible), comme en 2000.

La **durée moyenne d'hospitalisation** en soins aigus est souvent utilisée comme un indicateur d'efficacité du système hospitalier. Toutefois, si un court séjour semble diminuer la dépense d'hospitalisation, il exige souvent une intensité de services plus élevée, donc un coût journalier supérieur. En 2015, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte (graphique 2) : 5,7 jours (fiche 20), un peu plus qu'aux États-Unis (5,5 jours), mais nettement moins qu'en Allemagne (7,6 jours) ou au Canada (7,4 jours). Cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France entre 2000 et 2014, car déjà faible, alors qu'elle a parfois baissé considérablement dans les autres pays de l'OCDE. Au Japon, la durée moyenne des séjours est passée de 25,1 à 16,5 jours pendant cette période. Cette durée atypiquement longue peut être rapprochée du mode de prise en charge de la dépendance sévère dans ce pays. Dans l'UE, elle a baissé de plus de trois jours en Lettonie, en République slovaque, en Norvège, aux Pays-Bas et en Allemagne.

Définitions

La dépense individuelle de soins et de biens médicaux retenue dans cette comparaison comprend la consommation de soins hospitaliers, de soins ambulatoires, de médicaments, d'autres biens médicaux, ainsi que de transports des malades. Elle correspond à la DCSI (fiche 31) hors soins de longue durée, dépenses de prévention, de gouvernance et d'administration.

Les soins hospitaliers sont définis par l'OCDE comme les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement ou des soins, pour un séjour prévu d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement.

Les hospitalisations de jour désignent les services médicaux et paramédicaux planifiés délivrés à des patients qui ont été officiellement admis, mais avec une sortie le jour même.

Lits de soins aigus : il s'agit uniquement des lits réservés aux soins curatifs, hors soins psychiatriques, soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

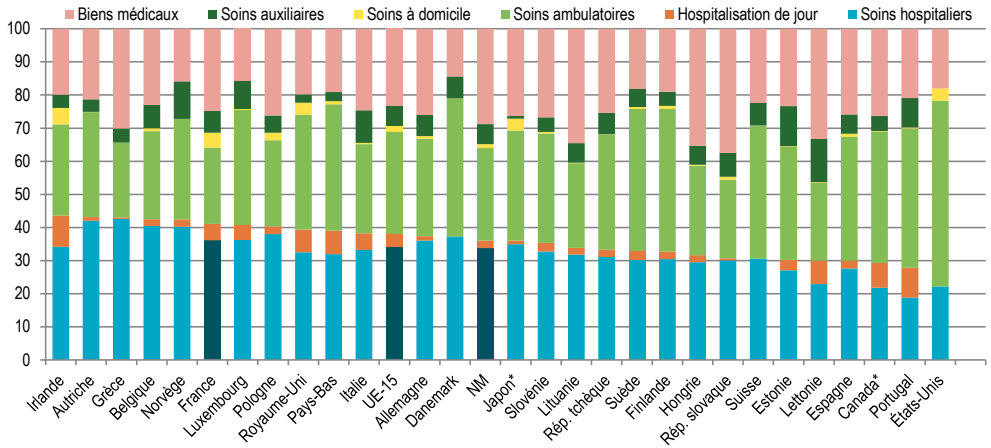
Pour en savoir plus

> OCDE, 2015, *Panorama de la santé 2015*, édition OCDE.

> Fiches 19, 20 et 21 (France) et Programme de qualité et d'efficacité « maladie », France (PLFSS pour 2017, indicateurs n°11, 4-8, 4-10).

Graphique 1 Dépense individuelle de soins et de biens médicaux par type de soins en 2015

En %



* Données 2014.

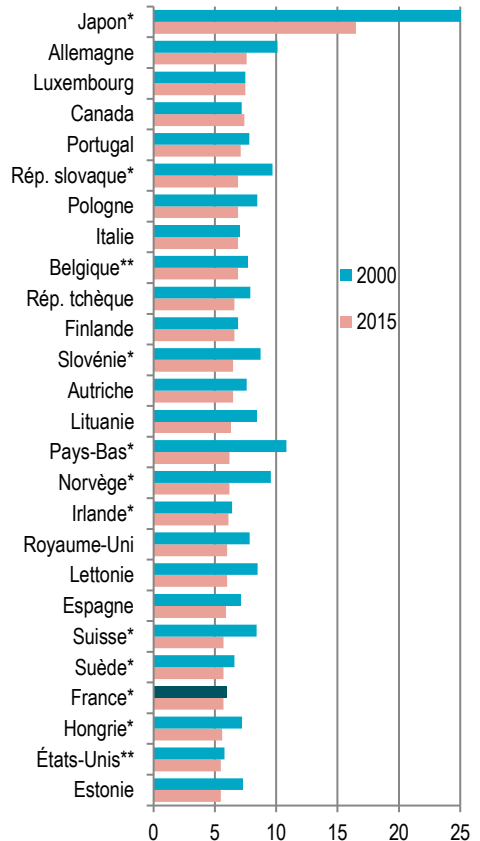
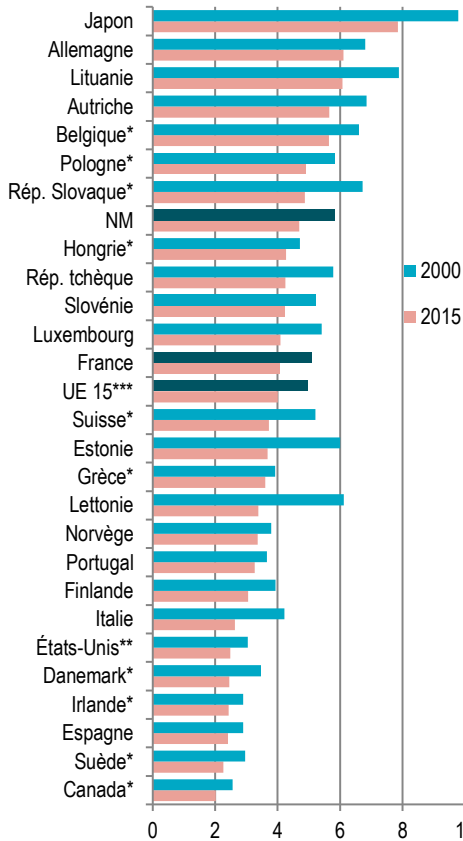
Note > Aux États-Unis, les soins en milieu hospitalier facturés par des médecins indépendants sont inclus dans les soins ambulatoires.

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

Graphique 2 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2000 et 2015

Nombre de lits pour 1 000 habitants

Durée moyenne par séjour (nombre de jours)



* Données 2000 corrigées des ruptures de série ; ** Données 2014 ; *** Hors Royaume-Uni et Pays-Bas, non disponibles.

* Données 2000 corrigées des ruptures de série ; ** Données 2014.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé.

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 dépendantes mais aussi aux personnes handicapées en longue maladie.

Les soins de longue durée regroupent à la fois les services de soins de longue durée qui relèvent de la santé (Long-Term Health Care, HC.3) mais aussi les services sociaux d'aide à la personne connexes à la santé (Long-Term Social Care, HCR.1). Ces derniers sont cependant exclus par convention de la dépense courante de santé au sens international (tableau 1).

Soins et services sociaux de longue durée : une distinction fragile

La distinction entre soins et services sociaux de longue durée est délicate :

– 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) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

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 pouvant faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux.

Ces difficultés de classement fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet. Celles-ci sont présentées sur les seuls soins de longue durée, les services sociaux de longue durée étant beaucoup moins bien renseignés par de nombreux pays.

Les **soins de longue durée en établissements** présentés ici sont constitués des soins :

- en unités de soins de longue durée (USLD) ;

- en établissements pour personnes âgées, dépendantes ou non (EHPA, EHPAD) ;
- en établissements pour personnes handicapées ;
- estimés au titre des AVQ dans le cadre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en établissement.

Les dépenses de **soins de longue durée à domicile** comprennent les soins infirmiers et les soins de kinésithérapie (fondés sur les estimations du compte de la dépendance élaboré par la DREES), les forfaits de soins en SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), et une estimation des AVQ de l'APA à domicile.

Outre les AIVQ de l'APA, les **services sociaux de longue durée** sont notamment constitués de l'aide sociale des départements et de l'action sociale fournie par différents acteurs, dont les caisses de Sécurité sociale (aides ménagères notamment) et les collectivités territoriales, et des prestations de dépendance des organismes complémentaires.

37,5 milliards d'euros consacrés aux soins et services sociaux de longue durée en France

Les dépenses de soins et services sociaux de longue durée s'élèvent ainsi à 37,5 milliards d'euros en 2015, en hausse de 2,2 % par rapport à 2014 (tableau 2). Cette évolution est portée par celle des services sociaux de longue durée.

Près de la moitié de cette dépense est constituée des soins de longue durée en établissements (19,3 milliards d'euros en 2015, en partie décrits dans les fiches 32 et 33), une part stable depuis 2006. Les services sociaux de longue durée progressent de 2,3 % par rapport à 2014. Ils représentent 32,6 % de ces dépenses en 2015, soit 12,2 milliards d'euros. Enfin, les soins de longue durée à domicile progressent plus faiblement (+1,0 % en 2015). Ils représentent 16,1 % du total en 2015 (6,0 milliards d'euros), contre 14,5 % (3,7 milliards d'euros) en 2006.

Une part des dépenses de santé consacrée aux soins de longue durée très variable selon les pays

Malgré les réserves liées à leur mesure (encadré), la part des dépenses de soins de longue durée dans la dépense courante de santé varie d'à peine plus de 0 % à 26 % en 2014 selon les pays (graphique). Elle est la plus élevée dans les pays d'Europe du Nord (Norvège, Suède et Pays-Bas notamment) et au Benelux. Avec 10,7 % de la DCSi consacrés aux soins de longue durée, la France se situe dans une position intermédiaire, en deçà notamment du Royaume-Uni et de l'Allemagne. Cette part est souvent sensiblement plus faible dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.

Tableau 1 Dépenses de soins et services sociaux de longue durée en France en 2015, selon les nomenclatures française et internationale

Montant en millions d'euros

	Inclus dans la DCSi (HC3)		Dépenses connexes (hors DCSi - HCR1)	Ensemble
	Soins de longue durée en établissements	Soins de longue durée à domicile	Services sociaux de longue durée	
Sur le champ de la CSBM				
Soins d'auxiliaires médicaux		1 412		1 412
Sur le champ de la DCS, hors CSBM				
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)		1 583		1 583
Soins pers. âgées en établissement (y compris USLD)	8 995			8 995
Soins pers. Handicapées en établissement	9 492			9 492
Dépenses hors des comptes de la santé				
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AVQ	767	969		1 735
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) pour AIVQ			3 794	3 794
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) et prestation de compensation du handicap (PCH)		2 084		2 084
Aide sociale aux personnes âgées			3 037	3 037
Aide sociale aux personnes handicapées			5 355	5 355
Ensemble	19 254	6 048	12 186	37 488

AVQ : activités essentielles de la vie quotidienne ; AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne.

Note > Seuls les soins issus de la CSBM correspondent à une dépense tous financeurs. Les autres postes correspondent aux aides versées aux ménages. Les dépenses ventilées dans ce tableau ne comprennent pas les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes). En 2015, les dépenses de soins de longue durée à domicile ont été révisées : elles se fondent désormais sur les estimations du compte de la dépendance élaboré par la DREES.

Source > DREES, réponse à SHA 2017 (à partir des comptes de la santé, édition 2016, des comptes de la protection sociale, édition 2017, et du compte de la dépendance dont la méthodologie est détaillée dans l'édition 2016 des comptes de la protection sociale).

Tableau 2 Évolution des dépenses françaises de soins et services sociaux de longue durée au sens international

Montants en milliards d'euros, évolution en %

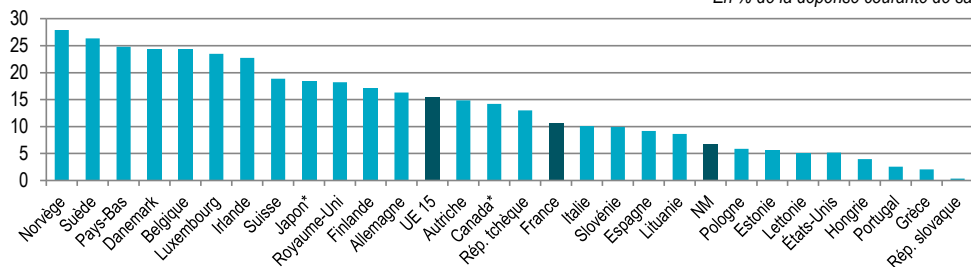
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Soins de longue durée en établissements	12,4	13,3	14,5	15,9	16,5	17,1	17,7	18,4	18,8	19,3
Évolution		6,9	9,4	9,3	4,1	3,6	3,6	3,7	2,5	2,2
Soins de longue durée à domicile	3,7	3,9	4,4	4,8	5,2	5,4	5,7	5,8	6,0	6,0
Évolution		6,9	12,2	9,1	6,9	5,0	4,3	3,0	2,6	1,0
Services sociaux de longue durée	9,4	9,8	9,8	10,3	10,7	11,3	11,6	11,7	11,9	12,2
Évolution		4,3	0,6	5,2	4,0	5,0	2,6	1,4	1,7	2,3
Ensemble	25,5	27,0	28,8	31,0	32,4	33,8	35,0	36,0	36,8	37,5

Note > Les dépenses ventilées dans ce tableau ne comprennent pas les soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes). En 2015, les dépenses de soins de longue durée à domicile ont été révisées. Elles sont désormais approximées par les estimations du compte de la dépendance.

Source > DREES, réponse à SHA 2017 (à partir des comptes de la santé, édition 2016, et des comptes de la protection sociale, édition 2017).

Graphique Part des soins de longue durée (HC.3) dans la dépense courante de santé (DCSi) en 2015

En % de la dépense courante de santé



Note > Y compris soins aux personnes en difficulté sociale (centre de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centre de soins spécialisés aux toxicomanes).

Champ > Pays ayant fourni des données 2015 sur les soins de longue durée à l'OCDE. La moyenne NM 2004 ne prend en compte que les pays affichés.

Source > Statistiques de l'OCDE sur la santé 2017.

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 (fiche 47). Dans la plupart des pays, des exemptions partielles ou totales de participation financière sont prévues pour des populations spécifiques afin de garantir leur accès aux soins. Dans ceux présentés ici (pays européens, Canada, États-Unis et Japon), ces exemptions concernent certaines pathologies (maladies chroniques ou handicaps) associées à des dépenses très élevées. D'autres exemptions peuvent exister selon le revenu des ménages (par exemple en Allemagne, le plafonnement du **reste à charge** selon les ressources), pour certaines tranches d'âges (enfants et personnes âgées) ou pour les femmes enceintes.

15 % des dépenses courantes de santé payées directement par les ménages dans l'UE 15

En 2015, dans les pays de l'UE-15, 15 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi, [voir glossaire]) sont en moyenne à la charge des ménages (graphique 1). Le reste à charge est plus élevé (22 %) dans la plupart des États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 pour lesquels les données sont disponibles (NM, [voir glossaire]) et en Suisse (28 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le reste à charge des ménages est le plus limité (7 % de la DCSi).

Bien que la part du reste à charge dans la DCSi soit supérieure à celle constatée en France (environ 15 %) dans la plupart des pays scandinaves, en Allemagne et au Japon, les régimes publics ou obligatoires couvrent la majorité des dépenses restantes, le poids des assurances privées dans le financement de la DCSi étant quasiment nul dans ces pays. Aux États-Unis, la dépense est particulièrement élevée (du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées : les régimes publics ou obligatoires y représentent moins de la moitié du total de la DCSi.

Le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA, [voir glossaire]) est aussi très variable d'un pays à l'autre. Il atteint en moyenne 580 euros PPA dans l'UE-15 et 380 euros PPA dans les NM. C'est en France qu'il est le plus faible (280 euros PPA). Parmi les pays de l'UE-15, le reste à charge le plus important est constaté en Autriche et en Belgique. Hors

de l'UE, il est encore nettement supérieur en Norvège (800 euros PPA), aux États-Unis (950 euros PPA) et surtout en Suisse (1 930 euros PPA).

Un reste à charge variable selon la nature des soins

Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires représentent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention des assurances publiques et privées. Ces soins représentent plus d'un tiers du total (dont 7 % du total en cabinets médicaux et 13 % en cabinets dentaires, graphique 2). Ensuite, plus d'un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux (fiche 43). L'importance du poste médicament dans le reste à charge tient au fait que les participations financières des assurés sont généralement plus élevées sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. Viennent enfin les dépenses hospitalières. En France, en 2015, sur le champ de la DCSi, les dépenses pharmaceutiques représentent le principal poste de dépenses restant à la charge des patients (37 %) devant les soins ambulatoires (35 %).

Une moindre stabilité dans les pays les plus touchés par la crise sur la période récente

Entre 2007 et 2015, la part du reste à charge des ménages dans la DCSi est relativement stable. C'est notamment le cas en France, au Danemark, en Belgique et en Norvège. Cette relative stabilité entre 2007 et 2015 masque des évolutions différenciées avant et après le déclenchement de la crise (graphique 3). Les variations sont faibles sur l'ensemble de la période, notamment en Norvège, au Danemark et en France. Toutefois, dans les pays du sud de l'Europe en particulier, la part des dépenses financées par les ménages s'est réduite entre 2007 et 2009. Ce recul a alors été compensé par les financements publics. Les années suivantes, la situation s'est inversée, avec un accroissement des dépenses à la charge des ménages et un recul des financements publics dans les pays les plus touchés par la crise, à la suite des ajustements budgétaires opérés. Ainsi, le reste à charge des ménages a augmenté de 5 points en Espagne et de 3 points au Portugal entre 2009 et 2015.

Définitions

Le **reste à charge des ménages** (RAC) 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 qu'il est calculé par l'OCDE, il comprend leur participation au coût des soins (franchises...), l'automédication et les autres dépenses prises en charge directement par les ménages (dépassements d'honoraires médicaux...).

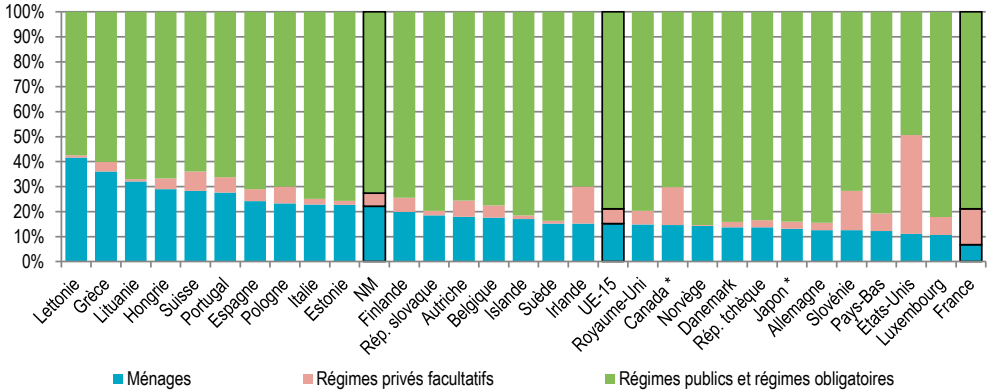
Pour en savoir plus

Base de données OCDE, *System of Health Accounts (SHA)*, consultable sur <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>

> OCDE, « [Panorama de la santé 2015 : Les indicateurs de l'OCDE](#) », Éditions OCDE, 2015.

Graphique 1 Financement des dépenses courantes de santé au sens international en 2015

En % des dépenses courantes de santé au sens international



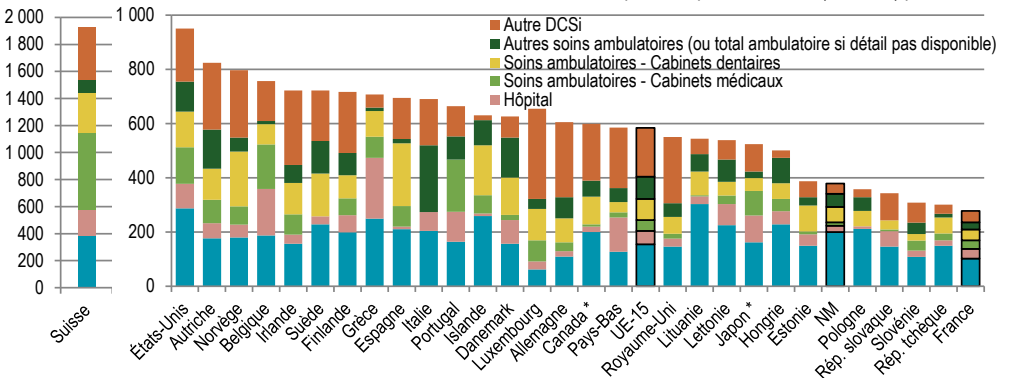
* Données 2014 pour la répartition des dépenses privées.

Champ > Les pays européens disponibles dont ceux 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 2015

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



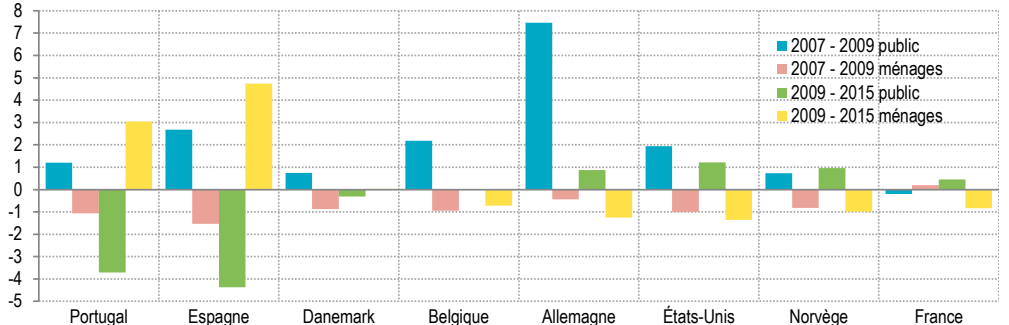
* Données 2014 pour la répartition des dépenses privées.

Champ > Les pays européens disponibles dont ceux 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 Évolution 2007-2015 de la part des financements publics et du reste à charge des ménages

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.

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

En 2015, 4 % de la population de l'Union européenne des Quinze (l'UE-15) renonce à des soins médicaux et près de 6 % à des soins dentaires (graphique 1). Les difficultés d'accès aux soins dans les pays de l'UE et les motifs sous-jacents sont appréhendés ici par des indicateurs de renoncement disponibles dans les enquêtes **SILC**, qui reposent sur des données déclaratives. Ces indicateurs permettent de comparer les taux de besoins non satisfaits d'examen et de traitements médicaux ou dentaires, du fait de contraintes financières, de problèmes d'offre (délais d'attente ou éloignement géographique) ou de considérations personnelles.

Les taux de renoncement déclarés aux soins médicaux sont élevés en Grèce (14 %), dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (NM-13, 10 %), en Suède (9 %) et en Italie (8 %). Ils sont légèrement inférieurs à la moyenne des pays de l'UE-15 en France et en Irlande (3 %), très faibles en Espagne et quasiment nuls aux Pays-Bas.

Des soins médicaux non satisfaits plus souvent pour raisons financières que pour d'autres motifs

Les raisons financières constituent le principal motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux. Au sein de l'UE-15, 4 personnes sur 10 déclarant renoncer à des soins le font en raison de leurs coûts trop élevés. Au sein des NM-13, cette proportion est un peu plus faible que dans l'UE-15. En Grèce et en Italie, le coût est de loin le principal motif de renoncement (dans huit cas sur dix). Dans ces deux pays, le renoncement aux soins pour raisons financières a considérablement augmenté depuis 2008 (respectivement +7 et +3 points). En France, les coûts trop élevés sont un motif de renoncement aux soins moins fréquemment avancés qu'en moyenne dans l'UE-15 (deux cas sur dix). Le reste à charge en santé y est en moyenne plus bas (fiche 46) et les réformes successives (couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]) ont amélioré la couverture santé d'une proportion croissante de personnes aux revenus les plus modestes. En particulier, l'évolution du dispositif ACS du 1^{er} juillet 2015 s'est traduite par une revalorisation du plafond de ressources et a permis aux personnes éligibles de bénéficier du tiers-payant intégral. Aux Pays-Bas (malgré l'existence d'une franchise annuelle obligatoire de 375 euros en 2015), au Royaume-Uni (où les soins sont gratuits) et en Suède (où la participation annuelle du patient aux frais de soins est plafonnée à 117 euros), le coût n'est quasiment pas évoqué pour expliquer le renoncement aux soins et aux examens médicaux.

De longs délais d'attente peuvent également constituer un problème d'accès aux soins ou une éventuelle perte de chances si l'état du malade s'aggrave du fait du traitement différé de la maladie. Les listes d'attente sont citées dans environ deux cas de renoncement sur dix aussi bien dans l'UE-15 que dans les NM-13. Ce motif n'est pas du tout

évoqué aux Pays-Bas et très peu dans les pays d'Europe du Sud et en France. Il représente un tiers des motifs de renoncement aux soins médicaux en Pologne et 8 cas sur 10 en Finlande. Au Royaume-Uni, la proportion de la population déclarant renoncer aux soins médicaux est plus faible (5 %) ; dans la moitié des cas, les listes d'attente en sont la cause. Si les listes d'attente ont constitué un problème majeur en Finlande comme au Royaume-Uni jusqu'au début des années 2000, d'importantes mesures ont été prises depuis plusieurs années pour réduire les délais d'attente dans ces deux pays. Elles ont permis de réduire les délais, en particulier pour les soins hospitaliers en Finlande. Au Royaume-Uni, après l'introduction par le National Health Service (NHS) en 2010 d'un objectif de délai maximum de 18 semaines d'attente pour des traitements non urgents, le nombre de patients en attente depuis plus de 52 semaines est passé de 240 000 en 2008 à moins de 500 chaque année pour la période 2012-2014. Il repart toutefois à la hausse en 2015. L'éloignement géographique ne constitue généralement pas un motif de renoncement dans l'UE-15 mais touche plus les NM-13, pour lesquels il représente quatre cas de renoncement sur dix. Les autres motifs avancés relèvent plus de décisions personnelles, d'un refus ou d'une défiance à l'égard du système de santé que de contraintes liées à l'accès. L'attentisme n'est avancé en moyenne par les résidents de l'UE-15 que dans un cas de renoncement sur dix. Les cas de la Suède et de la France sont à cet égard particuliers : 4 personnes interrogées sur 10 déclarent préférer attendre et voir si le problème de santé se résout de lui-même.

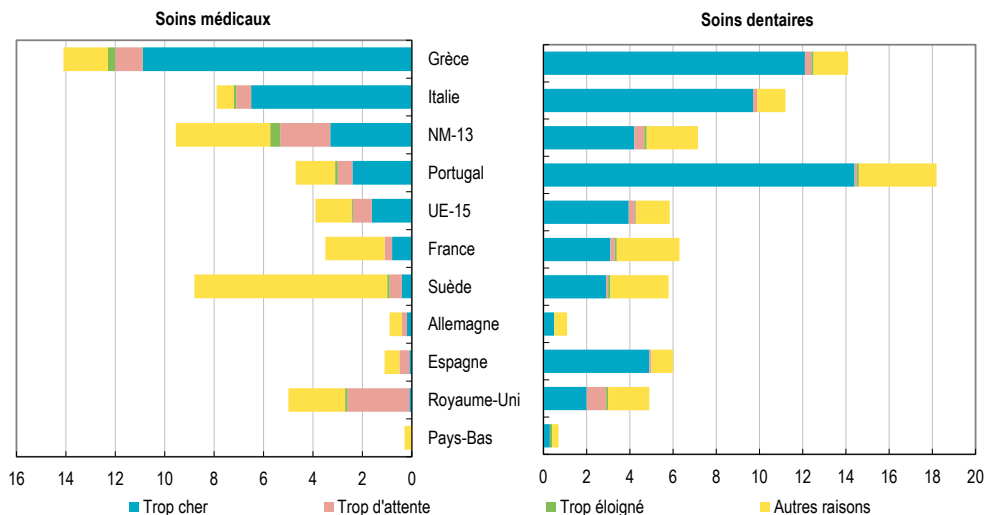
Plus de renoncement encore pour raisons financières dans le cas des soins dentaires

Les écarts entre pays sont plus prononcés en matière de soins dentaires non satisfaits et révélateurs d'une moindre couverture publique que pour les soins médicaux. Pour ces soins, le taux de renoncement se situe au niveau de la moyenne de l'UE-15 dans les pays scandinaves, en Irlande, en France et en Espagne (6 %). Il est légèrement inférieur au Royaume-Uni (5 %) et particulièrement faible aux Pays-Bas et en Allemagne (1 %). En revanche, il est nettement supérieur à la moyenne européenne dans de nombreux pays du sud de l'Europe (Portugal 18 %, Grèce 14 % et Italie 11 %).

Les comparaisons internationales des déclarations de renoncement aux soins doivent être effectuées avec prudence, car la formulation des questions peut varier entre pays. En outre, les résultats peuvent être influencés par des facteurs socioculturels, des attentes différentes, ou refléter le mécontentement de patients en réaction à des réformes du système de santé. Des écarts ou des évolutions de moins de deux points ne peuvent être interprétés comme significatifs.

Graphique 1 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2015

En %

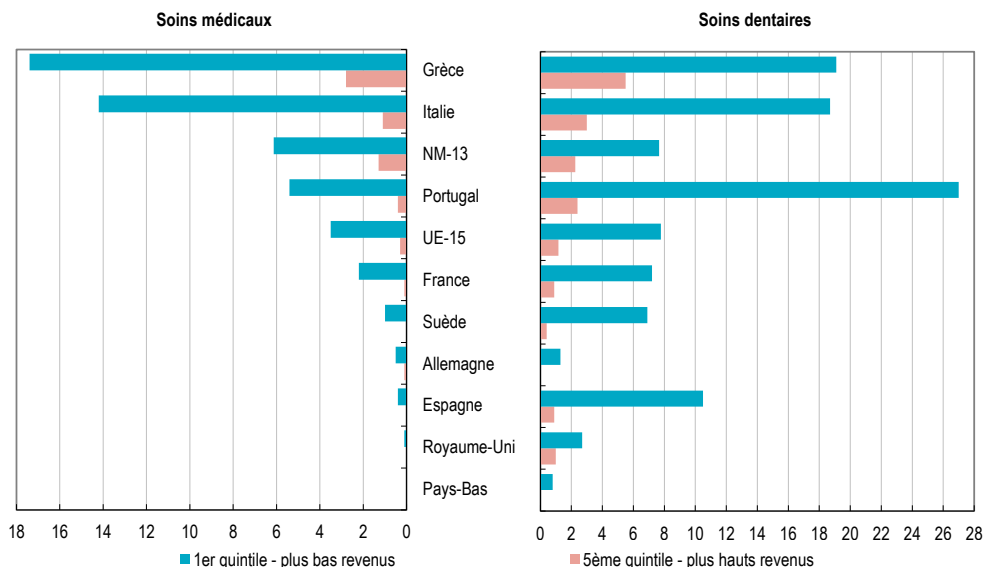


Lecture > 14 % des Grecs déclarent des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits en 2015. Le motif de ce renoncement est le coût trop élevé pour 11 % d'entre eux, les listes d'attente pour moins de 1 %, la distance n'intervient quasiment pas et d'autres raisons telles que l'attente, la défiance vis-à-vis des médecins etc., pour 1 %.

Source > Eurostat, EU-SILC 2015, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 2 Besoins non satisfaits pour raisons financières, par type de soins et en fonction du revenu disponible équivalent en 2015

En %



Lecture > En France, en 2015, 1 % des 20 % de la population les plus riches et 7 % des 20 % les plus pauvres déclarent renoncer à des soins dentaires pour des raisons financières.

Source > Eurostat, EU-SILC 2015, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Le coût élevé des soins dentaires est la principale cause de renoncement évoquée au sein de l'UE-15 (en moyenne deux fois sur trois). C'est le cas en particulier dans les pays du sud de l'Europe. En Italie, les dépenses de prothèses dentaires sont en effet intégralement à la charge du bénéficiaire. C'est également le cas pour les autres soins dentaires, sauf en cas de grande vulnérabilité sociale ou sanitaire donnant droit à la gratuité. À l'opposé, en Allemagne, les tarifs des soins dentaires sont encadrés et seules les prothèses ne sont pas couvertes à 100 % pour les plus de 18 ans. De plus, le ticket modérateur sur les soins dentaires (10 euros par trimestre et par cabinet) a été supprimé en 2013.

L'éloignement et les listes d'attentes sont peu évoqués en Europe comme motifs de renoncement à des soins ou à des examens dentaires. Le Royaume-Uni fait exception : ce dernier motif est avancé par 2 personnes sur 10 qui déclarent renoncer à ces soins. En effet, au Royaume-Uni, alors que les coûts des soins dentaires du NHS sont limités (participations forfaitaires plafonnées), la forte demande conduit à des listes d'attente parfois très longues. L'alternative reste le recours aux traitements effectués dans le secteur privé qui sont très coûteux, ce qui peut également expliquer le taux de renoncement pour raisons financières.

En revanche, en Europe, parmi les autres motifs de renoncement, la peur est plus fréquemment mentionnée que pour les soins médicaux et l'attentisme l'est moins souvent.

Des taux de renoncement pour raisons financières très différenciés selon les revenus et les pays

En moyenne, dans l'UE-15, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût atteint 3 % pour les personnes à plus bas revenus (1^{er} quintile), tandis qu'il est quasiment nul pour celles qui disposent des revenus les plus élevés (5^e quintile). Pour les soins dentaires, le taux de renoncement aux deux extrémités de la distribution des revenus et l'écart entre le 1^{er} et le 5^e quintile est plus élevé que pour les soins médicaux (respectivement 8 % et 1 %) [graphique 2].

Parmi les pays analysés ici, les plus grandes disparités entre les bas et les hauts revenus sont observées dans les pays du sud : la Grèce et l'Italie affichent de très grandes disparités pour les deux types de soins, alors que

celles-ci sont importantes seulement pour les soins dentaires en Espagne et au Portugal. Les personnes à bas revenus renoncent fréquemment aux soins dentaires au Portugal (27 %), en Grèce, en Italie (19 %) et en Espagne (10 %). Pourtant, des populations bien identifiées, dont les plus jeunes et les plus démunis, bénéficient d'une prise en charge des prothèses dentaires, partielle en Espagne ou totale en Grèce. En Suède comme en France, le taux de renoncement des plus démunis est inférieur à la moyenne de l'UE-15 pour les soins médicaux et proche de la moyenne pour les soins dentaires. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont les seuls pays où le renoncement aux soins médicaux est faible aux deux extrémités de la distribution de revenus. La gratuité des soins au Royaume-Uni pourrait expliquer cette absence d'écart. Aux Pays-Bas, une franchise annuelle s'applique à toute personne de plus de 18 ans, pour les soins médicaux et certains médicaments, sans toutefois que cela semble affecter le niveau de recours aux soins.

Le statut d'activité, corrélé aux ressources, affecte les motifs de renoncement

Au sein de l'UE-15, l'écart de taux de renoncement aux soins médicaux pour raisons financières est en moyenne très faible entre les chômeurs (3 %) et les personnes qui occupent un emploi, les retraités et les autres inactifs (2 %) [graphique 3].

Les disparités entre chômeurs et personnes en emploi sont particulièrement importantes en Grèce et en Italie. Dans ces deux pays, la proportion des chômeurs déclarant des besoins non satisfaits en raison du coût excède de 5 points celle des actifs. Dans les pays de l'UE-15 analysés ici, les retraités ne déclarent pas plus de difficultés d'accès aux soins au motif de coûts élevés que les personnes occupant un emploi, sauf en Grèce. Parmi les NM-13, le renoncement aux soins médicaux pour raisons financières est surtout le fait des chômeurs et des retraités.

Les disparités sont plus marquées encore pour les soins dentaires : 8 % des chômeurs déclarent y renoncer pour des raisons financières, alors que ce renoncement concerne 4 % du reste de la population aussi bien dans l'UE-15 que dans les NM-13.

SILC (Statistics on Income and Living Conditions) ou **SRCV** (Statistiques sur les revenus et conditions de vie) : Enquête réalisée dans les pays membres de l'UE. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Pour en savoir plus

- > DREES, 2012, « Renoncement aux soins : Actes du colloque du 22 novembre 2011, à Paris.
- > Eurostat, Base de données « SILC 2004-2015 », consultable sur <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.
- > OCDE, 2015, « Besoins en soins médicaux et dentaires non satisfaits », in *Panorama de la santé 2015: Les indicateurs de l'OCDE*, OECD Publishing, Paris.
- > Siciliani L., M. Borowitz and V. Moran (eds.), 2013, « *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* », OECD Publishing, Paris. ».
- > Sireyjol A., 2016, « La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes - Impact redistributif de deux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé », *Les Dossiers de la Drees*, DREES, n°7, octobre.

Tableau Besoins autodéclarés d'examens ou de soins médicaux non satisfaits, par statut d'activité en 2015

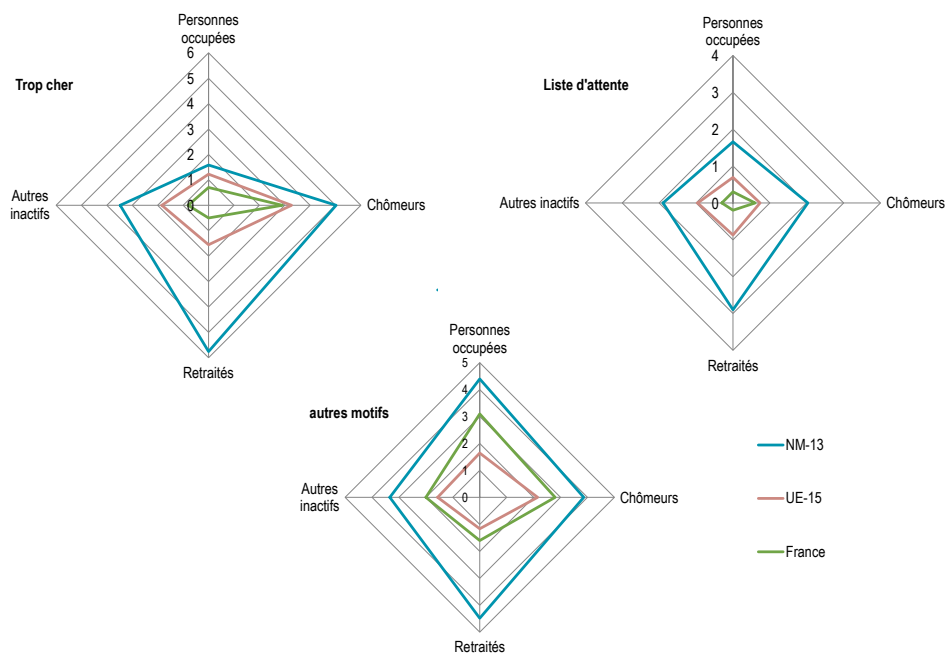
En %

	Statut d'activité				Ensemble de la population
	Personnes occupées	Chômeurs	Retraités	Autres inactifs	
Grèce	11	17	18	13	14
NM-13	8	11	13	9	10
Suède	9	18	6	12	9
Italie	6	13	8	9	8
Royaume-Uni	5	6	5	7	5
Portugal	4	7	5	5	5
UE-15	4	6	4	4	4
France	4	6	2	3	4
Espagne	1	1	1	1	1
Allemagne	1	2	1	1	1
Pays-Bas	0	0	0	0	0

Source > Eurostat, EU-SILC 2015, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 3 Besoins autodéclarés d'examens ou de soins médicaux non satisfaits, par motif et par statut d'activité en 2015

En %



Note > En moyenne au sein des NM-13, 5 % des chômeurs et 2 % des personnes occupées renoncent à des soins ou des examens médicaux pour des raisons financières. Dans ces pays, les retraités renoncent plus à des soins médicaux en raison des listes d'attente que les autres (3 % contre 2 %).

Source > Eurostat, EU-SILC 2015, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

5

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
Annexes
Tableaux détaillés

> Les indices de prix de la santé

Hélène Soual (DREES)

En dix ans, le prix de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) a peu varié, retrouvant en 2015 son niveau de 2005. Cette relative stabilité tient à la baisse du prix des médicaments qui compense les hausses de prix des autres postes. Dans un contexte où de coûteuses innovations thérapeutiques voient le jour, le recul du prix des médicaments fait l'objet de débats, plus spécifiquement, le partage entre évolutions des prix et des volumes.

Deux familles d'indices coexistent en effet : l'indice de prix à la consommation (IPC) calculé par l'INSEE, et les indices de la CNAMTS. Différant en termes de champ, de sources et de méthodologie, elles sont pourtant complémentaires. Sur le champ des soins ambulatoires (soins de médecins, médicaments, transports...), les comptes de la santé utilisent l'IPC qui couvre la totalité de la dépense, y compris les dépassements et la dépense non remboursable.

Pour la plupart des postes, la qualité des données issues des feuilles de soins de l'assurance maladie permet un suivi fin des prix. Toutefois, il n'existe pas encore de codage affiné pour les actes paramédicaux. Certaines hausses de prix sur ce poste ne sont ainsi pas décelables dans les données dont dispose la statistique publique. Sur le champ des médicaments se pose la question du coût de l'innovation. Lors de l'apparition d'une nouvelle spécialité, l'intégralité de la hausse de prix facial est comptabilisée comme une amélioration de la qualité donc une hausse du volume, en l'absence d'une méthodologie permettant de distinguer l'effet qualité de la pure hausse de prix.

Dans les comptes de la santé est fournie la valeur des soins et biens consommés. Celle-ci intègre donc deux aspects : les quantités échangées 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.

Le partage volume-prix des soins hospitaliers étant un sujet très spécifique¹, la présente étude analyse uniquement le partage volume-prix des soins ambulatoires². Sur ce champ deux familles d'indices de prix coexistent, chacune ayant ses spécificités de périmètre et de méthodologie (encadré 1).

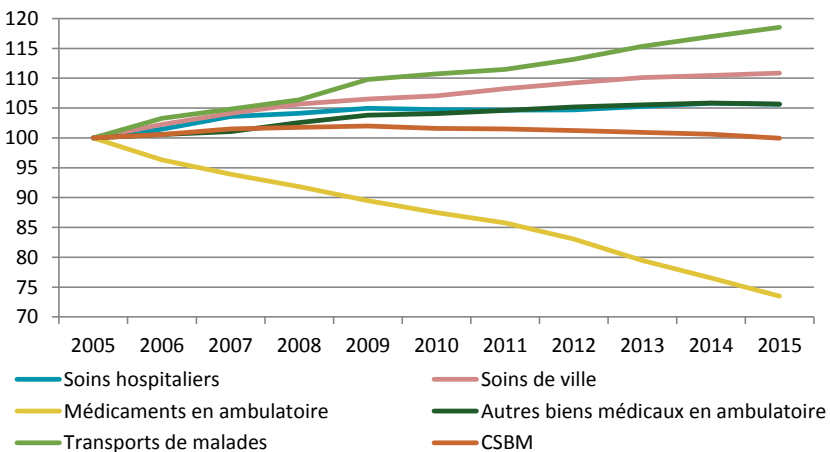
- L'indice des prix à la consommation (IPC) est produit par l'INSEE. Il est utilisé en comptabilité nationale et dans les comptes de la santé, compte satellite. Il vise à couvrir l'ensemble des dépenses de consommation des ménages, y compris la prise en charge par les administrations publiques. Il englobe donc la totalité de la consommation de soins ambulatoires.
- La CNAMTS calcule également des indices de prix afin de suivre l'évolution en volume des dépenses de santé remboursables des assurés du régime général. Ils sont donc calculés sur un champ plus restreint que l'IPC à savoir hors dépassements et dépenses non remboursables.

Le prix de la CSBM est resté relativement stable ces dix dernières années

Dans les comptes de la santé, les évolutions des prix sont calculées à l'aide de l'indice des prix à la consommation de l'INSEE. Ainsi, entre 2005 et 2015, le prix de la CSBM a faiblement évolué : il a augmenté de 0,5 % par an en moyenne jusqu'en 2009, puis diminué de 0,3 % par an jusqu'en 2015, retrouvant ainsi en fin de période son niveau initial (graphique 1). Toutefois, cette relative stabilité masque de fortes variations au sein des postes qui composent la CSBM. Les prix des transports de malades ont été les plus dynamiques (+1,7 % par an en moyenne), en lien avec les revalorisations tarifaires. Ceux des soins de ville (+1,0 % par an) ont progressé légèrement moins vite que le prix du PIB (+1,2 % par an). Au sein de ce poste, les prix des honoraires des médecins et des dentistes ont été plus dynamiques, portés jusqu'au début des années 2010 par la croissance des dépassements d'honoraires. Les prix des autres biens médicaux et des soins hospitaliers l'ont été peu (respectivement +0,6 % et +0,5 % par an). Enfin, la nette baisse du prix des médicaments (-3,0 % par an) annule la croissance des autres postes. En revanche, si les médicaments remboursables enregistrent de fortes baisses de prix, les médicaments non remboursables se renchérissent très nettement.

Graphique 1 Indice de prix des principaux postes de la CSBM

Base 100 en 2005



Source > DREES, comptes de la santé.

1. Dans le secteur public hospitalier, les prix ne sont pas directement observables car la part tarifaire des séjours n'est pas représentative de leur coût réel. Deux approches sont possibles : soit par les coûts de production (méthode input) soit par une mesure directe de la quantité de service fournie (méthode output). Depuis quelques années, la méthode output a été implémentée dans les comptes de la santé. Dans le secteur privé, où la tarification à l'activité constitue une part plus importante du coût des soins, les comptes de la santé utilisent l'indice calculé par la CNAMTS sur la part tarifaire des séjours.

2. Les soins ambulatoires comprennent les soins de médecins, de sages-femmes, d'auxiliaires médicaux, les soins dentaires, les analyses biologiques, les cures thermales, les transports de malades, les médicaments et les autres biens médicaux.

Encadré 1 L'IPC et les indices de la CNAMTS : méthodologies comparées**L'IPC : l'atout d'un champ très large**

L'IPC est produit mensuellement par la division des prix à la consommation de l'INSEE. Il vise à estimer chaque mois la variation moyenne des prix d'un panier fixe de biens et de services représentatifs de la consommation annuelle des ménages sur le territoire français. Le panier est réévalué chaque année. Sur le champ de la santé, l'IPC est représentatif de l'évolution des prix bruts (prestation de l'assurance maladie + ticket modérateur + dépassement + dépense non remboursable³) en France entière.

L'IPC est un indice de Laspeyres (voir encadré 3) qui agrège 30 000 variétés élémentaires. Les pondérations utilisées pour établir les moyennes des indices élémentaires représentent la part des dépenses associées au poste concerné au sein de l'ensemble des dépenses de consommation des ménages couvertes par l'IPC. Elles sont mises à jour chaque année à partir de l'évaluation de la dépense de consommation des ménages mesurée par la Comptabilité nationale.

Sur le champ total de la consommation des ménages, les indices de prix de 250 regroupements sont publiés chaque mois. La nomenclature de l'IPC, établie au niveau européen, l'ECOICOP (European Classification Of Individual Consumption according to purpose), classe les biens et services de santé en 12 postes.

Les indices de la CNAMTS : l'avantage des données exhaustives

Les indices de prix de la CNAMTS répondent à un objectif différent : il s'agit de suivre l'évolution en volume des prestations du régime général, afin d'analyser et de suivre finement la conjoncture des dépenses de l'assurance maladie, et de les prévoir.

Le champ d'analyse est ainsi plus restreint que celui de l'IPC : il s'agit des dépenses du régime général, en France métropolitaine. Le calcul des indices est effectué sur la dépense remboursée, et sur la dépense remboursable. Il mobilise les données exhaustives des feuilles de soins présentées au remboursement par les assurés du régime général en France métropolitaine. Contrairement à l'IPC, les indices de la CNAMTS sont donc calculés hors dépassements et hors dépenses non remboursables. L'écart de champ par rapport à l'IPC peut donc être important sur les postes donnant régulièrement lieu à dépassement (soins de médecins, soins dentaires prothétiques et orthodontie commencée avant 16 ans, LPP) et sur les postes comprenant des dépenses non remboursables hors soins dentaires (médicaments, LPP).

Les séries en date de soins, tout comme celles en date de remboursement, font l'objet de calculs d'indices par la CNAMTS.

La méthodologie utilisée varie selon les postes, afin de prendre en compte à la fois l'effet des tarifs (revalorisation d'une lettre clé ou d'un code CCAM), et les changements de cotations d'un acte (*infra*).

Pour la plupart des postes, les indices sont des indices de Laspeyres, chaînés mensuellement, et non annuellement comme ceux de l'INSEE.

³ Les dépenses non remboursables entrent théoriquement dans le champ de l'IPC, mais certaines ne sont pas suivies en pratique, faute de données. C'est le cas en particulier des soins dentaires non remboursables qui ne font pas l'objet d'une feuille de soin. Selon les règlements européens, l'IPC doit suivre toute dépense représentant plus d'un millième de la consommation des ménages.

Tableau Caractéristiques générales des indices de prix de l'IPC et de la CNAMTS

	IPC INSEE	Indices CNAMTS
	Comptes de la santé	Suivi conjoncturel
Type d'indice	Laspeyres chaîné annuellement	Laspeyres chaîné mensuellement
Champ géographique	France entière	France métropolitaine
Champ des assurés couverts	Soins : les feuilles de soin utilisées portent sur le régime général seul Transport et biens médicaux : les prix relevés couvrent l'ensemble du territoire	Régime général seul
Dépense suivie	Dépense totale	Dépense remboursable
Périodicité	Mensuelle	Mensuelle
Délai de publication	15 jours après la fin du mois	30 jours après la fin du mois en date de remboursement, 90 jours en date de soins
Dates de soins / Dates de remboursement	Les feuilles de soins utilisées sont en date de remboursement, à condition que la date de soin soit éloignée de moins de trois mois	Les indices sont calculés sur les séries en dates de soins et en dates de remboursement
Niveau de détail publié	12 postes élémentaires publiés, ainsi que leurs agrégations	Environ 125 séries publiées
Profondeur historique	Depuis 1990 pour la plupart des séries	Depuis 1994 pour la plupart des séries
Politique de révision	Les indices sont figés dès la publication de l'indice définitif à M+15 jours	Les indices peuvent être révisés depuis 1994

Les prix dans les comptes de la santé sont majoritairement calculés à partir de l'indice des prix à la consommation

L'IPC et la CNAMTS produisent des indices fiables et pertinents : calculés à partir de sources de données de qualité, selon une nomenclature fine adaptée aux comptes de la santé, dans des délais de production très courts. Par ailleurs, l'IPC répond à toutes les exigences méthodologiques d'Eurostat, l'Institut européen de statistiques.

Dans les comptes de la santé, le choix a été fait de suivre principalement l'IPC pour calculer les prix de la CSBM. Ce choix tient notamment à la différence de champ entre l'IPC et les indices produits par la CNAMTS.

L'IPC suit le prix d'un panier de biens représentatif de la consommation des ménages, concept qui englobe l'ensemble de la CSBM, tous financeurs confondus. La CNAMTS s'intéresse en revanche à deux autres champs : d'une part la prestation versée par l'assurance maladie, c'est-à-dire hors participation des ménages et des organismes complémentaires, et d'autre part la base de remboursement, c'est-à-dire la dépense y compris ticket modérateur et franchise, mais hors dépassements et dépenses non remboursables. Sur certains postes de soins, la base de remboursement est très proche de la dépense totale. C'est par exemple le cas pour certains soins d'auxiliaires médicaux, pour les analyses médicales et pour les transports sanitaires car les dépassements et dépenses non remboursables représentent une faible part de la dépense (graphique 2). À l'inverse, l'écart de champ est plus important pour les soins médicaux et dentaires, ou encore pour les médicaments et les autres biens médicaux. L'écart de champ se traduit par une divergence des indices de prix d'autant plus forte que :

- la part des dépenses au-delà du tarif opposable⁴ est importante,
- les dépenses au-delà du tarif opposable ont une dynamique de prix différente de la base de remboursement.

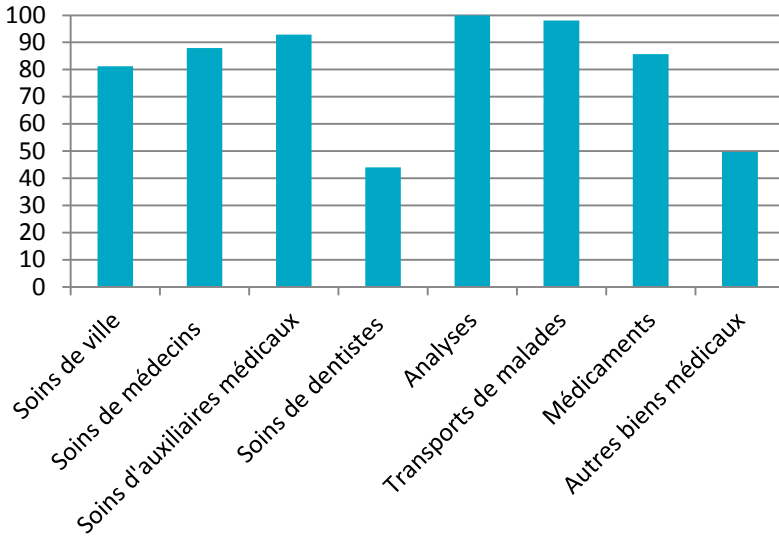
Cette différence de champ fait de l'IPC l'indice le plus adéquat pour construire les prix des comptes de la santé.

Ci-après, les indices de la CNAMTS sont confrontés à ceux de l'IPC pour compléter l'analyse du partage volume-prix.

⁴ Le tarif opposable est le tarif fixé par la Sécurité sociale pour un certain nombre d'actes. Les dépenses au-delà du tarif opposable comprennent les dépassements d'honoraire ou l'écart constaté entre le coût de l'optique et la base de remboursement de la Sécurité sociale.

Graphique 2 Part de la base de remboursement au sein de la dépense de soins ambulatoires

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins médicaux : un suivi détaillé, qui distingue les consultations et les actes techniques

Pour l'IPC comme pour les indices de la CNAMTS, le choix a été fait de traiter séparément les consultations, les visites d'une part, et les actes techniques d'autre part. Chacun distingue également les soins de généralistes et les soins de spécialistes⁵. Pour un type de médecin donné, les consultations, les visites et chacun des actes techniques constituent donc autant de séries élémentaires pour lesquelles un prix moyen est mesuré. L'IPC distingue de plus les médecins selon leur secteur de conventionnement, afin de dissocier les pures évolutions de prix (c'est-à-dire les modifications du tarif conventionnel ou de la part des dépassements parmi les médecins du secteur 2) des changements de structure de consommation (report des patients vers les médecins de secteur 1 ou de secteur 2). En effet, l'IPC étant un indice calculé à qualité constante, il cherche à définir les variétés de biens et de services les plus homogènes possibles. Dans cette optique, une consultation de généraliste de secteur 1 n'est pas parfaitement assimilable à une consultation de généraliste de secteur 2.

Pour l'IPC comme pour les indices de la CNAMTS, l'indice global est calculé en pondérant chaque indice élémentaire par son poids dans la consommation totale de soins de médecins.

Les changements de cotation d'actes paramédicaux : une prise en compte délicate dans l'indice de prix

Si le principe du calcul est très proche pour les deux familles d'indices (indices de Laspeyres chaînés mensuellement ou annuellement), certains ajustements diffèrent entre l'IPC et les indices de la CNAMTS, notamment du fait de l'utilisation de sources distinctes. Les soins d'auxiliaires médicaux et les médicaments en sont deux illustrations.

Les feuilles de soins sont la principale donnée source dont disposent l'INSEE et la CNAMTS pour le suivi du prix des auxiliaires médicaux. Or, pour ces professions de santé, le codage des actes est peu précis⁶ : en l'absence de nomenclature détaillée, seule la lettre clé et le nombre de coefficients correspondants sont renseignés. L'analyse des feuilles de soins ne permet donc pas de retracer quels actes ont été pratiqués. Le prix d'un acte (fixé par l'assurance maladie) varie dans deux cas : soit la lettre clé est revalorisée, soit la cotation de l'acte (*i.e.* le coefficient appliqué à la lettre clé) est modifiée. Dans le premier cas, la hausse de prix sera automatiquement captée dans l'indice de prix, mais dans le second cas, il n'est pas possible, en l'absence d'information supplémentaire, de distinguer la hausse du nombre d'actes pratiqués (que l'on souhaite retracer dans l'indice de volume) de la hausse du coefficient appliqué (que l'on souhaiterait retracer dans les prix).

⁵ La distinction entre médecins généralistes et médecins spécialistes est publiée depuis janvier 2016 par l'IPC. Les séries commencent en janvier 2015.

⁶ À la différence des médecins et dentistes, les actes des auxiliaires médicaux n'ont pas de classification commune des actes médicaux (CCAM). Ils sont donc codés selon le principe lettre clé x coefficient. Par exemple, un pansement courant réalisé par un infirmier est tarifé 2xAMI, où AMI (pour acte médical infirmier) vaut 3,15 euros en métropole. De même, la pose d'une sonde gastrique est codée 3 AMI. Une même lettre clé recouvre donc des actes très variés.

La CNAMTS dispose de données et d'expertises complémentaires pour établir des chiffrages *ex ante* (revus *ex post*) de ces mesures, ce qui lui permet de mieux capter ce type de hausses de prix. Cette solution assure un suivi plus complet de l'évolution des prix, mais elle reste tributaire de chiffrages souvent difficiles à établir finement. Toutefois, elle ne saurait être améliorée en l'absence de cotation détaillée par type d'acte paramédical.

Génériques et innovations : deux questions clés pour le prix du médicament

Les méthodologies de l'IPC et de la CNAMTS diffèrent également en ce qui concerne le médicament, poste particulièrement sensible du fait de la sortie de nouveaux produits coûteux. La comparaison des méthodologies s'applique uniquement au champ des médicaments remboursables, sachant que l'IPC – contrairement aux indices de la CNAMTS – suit également les spécialités non remboursables.

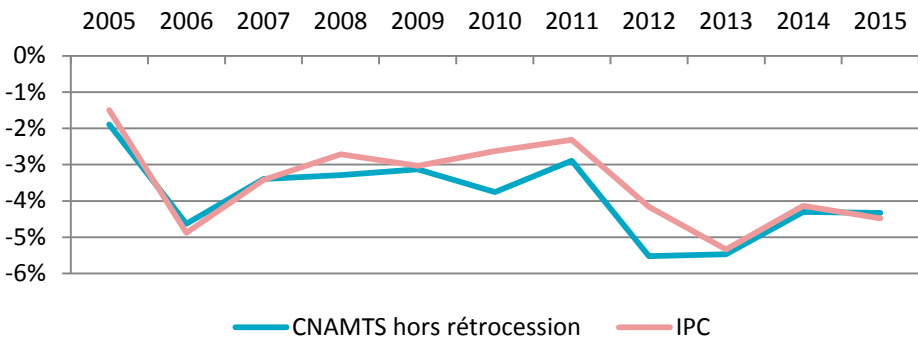
Au sein de l'IPC, chaque variété élémentaire de l'indice correspond à une seule dénomination commune internationale (DCI), c'est-à-dire une classe regroupant les spécialités contenant la même molécule, mais selon des dosages et conditionnements variés. Il s'agit donc d'un maillage très fin. Les variétés sont modulables en cours d'année, ce qui permet d'intégrer un nouveau générique dès son entrée sur le marché. En effet, puisqu'il s'agit du même principe actif que le princeps, il s'ajoute à une variété déjà existante. En revanche, l'innovation thérapeutique se traduit par l'introduction d'une nouvelle variété, qui ne contribue à la variation de l'indice de prix que l'année qui suit sa création. En d'autres termes, le prix élevé des médicaments innovants est intégralement interprété par l'IPC l'année de son introduction comme une amélioration de la qualité des médicaments et se traduit par une hausse de l'indice de volume, à quantité vendue donnée (voir encadré 2). À ce jour, il n'y a pas d'alternative à cette convention car cela nécessiterait de distinguer quelle part du prix du médicament innovant est attribuable à sa qualité, et quelle part s'interprète comme une pure hausse de prix par rapport aux autres spécialités du marché.

La méthodologie de la CNAMTS repose sur une définition plus fine des indices élémentaires : chaque présentation de médicament constitue une variété élémentaire de l'indice. Du fait de ce raisonnement par présentation et non par DCI, lors de l'introduction d'un générique, la baisse de prix que subit le princeps est bien prise en compte directement dans l'indice de prix de la CNAMTS, mais la substitution vers les génériques est enregistrée automatiquement comme un effet volume car ce sont deux médicaments différents. Pour corriger ce manque, un ajustement spécifique est effectué en utilisant le taux de substitution entre princeps et génériques. La CNAMTS traite pareillement à l'INSEE les innovations thérapeutiques. Néanmoins comme le panier de la CNAMTS est mis-à-jour tous les mois l'effet qualité serait plus circonscrit dans le temps.

Les indices de la CNAMTS et de l'IPC sur le champ comparable des médicaments remboursables sont en définitive très proches (graphique 3). Leurs évolutions divergent néanmoins en 2010 et 2012, en lien avec la générication de médicament très consommés fin 2009 et en 2012.

Graphique 3 Indices de prix des médicaments remboursables

Évolutions en %



Sources > IPC, CNAMTS.

Encadré 2 La prise en compte de l'innovation dans l'IPC

L'IPC est conçu comme une mesure de l'évolution « pure » du prix des produits consommés par les ménages, c'est-à-dire à qualité constante des produits. Il se fonde sur le suivi mensuel des prix d'un panier de biens représentatif de la consommation des ménages. Le principe du calcul de l'indice est de comparer les prix de produits strictement identiques à des dates différentes. Toutefois, le panier suivi évolue au cours du temps compte tenu de l'apparition et de la disparition de certains produits.

Lorsqu'un nouveau produit apparaît (par exemple une nouvelle technologie), son prix de lancement est généralement élevé, avec de faibles quantités vendues, puis l'optimisation de la production et l'accroissement des ventes permettent une baisse des prix. Enfin, lorsque le produit atteint sa « maturité », son prix se stabilise. Il importe donc d'intégrer assez rapidement les nouveaux produits dans l'IPC, sinon ne serait retenue dans l'indice que la stabilité des prix des produits « matures ». Les nouveaux produits sont intégrés dans l'indice à l'occasion de la mise à jour annuelle des variétés en décembre, dès que leur part de marché atteint un niveau significatif (1 millième de la consommation des ménages selon le règlement européen⁷). Le biais lié à une prise en compte tardive d'un nouveau produit est en règle générale limité par leur faible poids lors de la phase de lancement⁸. Toutefois, dans le cas des médicaments, les spécialités innovantes peuvent se développer très rapidement à partir de leur autorisation de mise sur le marché.

L'introduction du nouveau produit se fait par méthode de « chaînage », c'est-à-dire que le niveau du prix du nouveau produit n'est pas comparé aux prix des autres produits proches. Seule son évolution est prise en compte. La convention sous-jacente est que la différence de niveau de prix entre anciens et nouveaux produits est entièrement attribuable à la différence de qualité entre ces produits.

Le cas de l'innovation thérapeutique est traité selon ces principes : une nouvelle molécule est intégrée dans l'IPC au début de l'année qui suit sa commercialisation, et la différence de prix entre ancienne et nouvelle molécules est imputée en totalité à une différence de qualité.

Toutefois, dans ce domaine spécifique, cette convention présente au moins deux limites :

- d'une part, le marché du médicament fait intervenir plusieurs acteurs et l'information y est asymétrique : le Comité économique des produits de santé (CEPS) fixe les prix mais ne paye pas, l'assurance maladie paye l'essentiel du prix mais ne prend pas la décision de consommation, le médecin possède l'information sur le produit et décide de la possibilité de consommer, et le patient est le consommateur plus ou moins informé ;
- d'autre part, la santé est un bien supérieur : le consentement à payer peut-être extrêmement fort.

Ces deux éléments complexifient considérablement l'arbitrage utilité/consentement à payer et rendent la convention habituelle discutable

En revanche, un médicament générique est intégré en cours d'année à la variété à laquelle il appartient (déterminée par sa DCI). L'écart de prix entre générique et princeps au moment de l'intégration est interprétée comme un pur effet prix, et non un effet qualité.

Des réflexions et des améliorations permanentes

Le calcul des indices de l'IPC et de la CNAMTS a pu être affiné sur différents points ces dernières années, notamment sur les soins dentaires (apparition du codage affiné), sur les médecins (distinction entre généralistes et spécialistes dans l'IPC depuis 2016) ou sur les médicaments rétrocedés⁹ (création d'un indice spécifique par la CNAMTS). Ces améliorations sont souvent conditionnées par la disponibilité des données.

Les choix effectués pour la construction des prix dans les comptes de la santé sont eux aussi régulièrement questionnés et revus. Le partage volume-prix effectué actuellement sur les auxiliaires médicaux pourrait par exemple être amélioré avec le concours de la CNAMTS, pour mieux prendre en compte les changements de cotations. Sur les médicaments, la question du prix de l'innovation ne semble pas soluble. Un indice différent semble difficilement envisageable, dans la mesure où aucune autre méthodologie pertinente n'a été identifiée. En dehors du champ des soins ambulatoires analysés ici, des réflexions pourraient également être menées dans le cadre des comptes de la santé sur les cliniques, sachant qu'un indice de volume calculé à partir de données d'activité est déjà utilisé dans les comptes pour effectuer le partage volume-prix des hôpitaux publics.

⁷ Règlement (CE) n° 1749/96 paru au J.O. des Communautés européennes n° L229 du 10/9/96 (annexe 6).

⁸ Pour comprendre l'indice des prix, édition 1998, Insee Méthodes n° 81-82

⁹ Certains médicaments sont délivrés uniquement par les pharmacies hospitalières. Ce mode de distribution qui concerne des traitements innovants et très coûteux est appelé « rétrocession ».

Encadré 3 La construction de l'indice de Laspeyres

Notations :

i désigne un produit élémentaire, q une quantité, p un prix, V une valeur. Pour chaque produit élémentaire, on a $V=p.q$.

L'indexation 0 est relative à l'année de référence considérée (en pratique, il s'agit de l'année $t-1$). L'absence d'indexation renvoie à l'année t . On appelle coefficient de pondération du produit j en la date t la part des dépenses associées au produit j dans l'ensemble des dépenses de consommation des ménages du panier total considéré. Ce coefficient s'écrit :

$$\alpha_{j,t} = \frac{p_{j,t}q_{j,t}}{\sum_{j=1}^n p_{j,t}q_{j,t}}$$

L'indice de Laspeyres associé aux prix correspond à la dépense courante exprimée en quantités de la date de référence sur la dépense de la date de référence. Il traduit l'évolution de la valeur si les quantités étaient restées inchangées et si seuls les prix s'étaient modifiés.

$$I(P)_{\frac{t}{t_0}} = \sum_{j=1}^n \alpha_{j,t_0} \frac{p_{j,t}}{p_{j,t_0}} = \frac{\sum_{j=1}^n p_{j,t}q_{j,t_0}}{\sum_{j=1}^n p_{j,t_0}q_{j,t_0}}$$

Ce calcul permet de passer des très nombreuses variétés élémentaires (30 000 dans l'IPC) aux regroupements publiés (250 postes pour l'IPC, dont 12 relatifs à la santé), ou à l'indice synthétique sur l'ensemble du champ.

Pour en savoir plus

- > **Caillaud, A. et al.**, 1998, « Pour comprendre l'indice des prix, édition 1998 », Insee Méthodes n° 81-82, Insee.
- > **Guédès, D.**, 2004, « Impact des ajustements de qualité dans le calcul de l'indice des prix à la consommation », Document de travail, Insee, n° F0404.
- > **Insee**, 2016, « IPC : Note méthodologique simplifiée » (disponible sur <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2593481#documentation>).

6

Vue d'ensemble
La CSBM et son financement
Dépenses et acteurs
du système de santé
Comparaisons
internationales
Éclairage
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 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 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. Elle couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale d'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

Plus précisément, la CSBM regroupe :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés ;
- 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 de malades ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux (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 global 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 pour les malades : soins de longue durée aux personnes âgées ou handicapées en établissement, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et indemnités journalières (maladie, maternité et AT/MP) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les dépenses pour le système de soins : subventions, formation et recherche médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé ;
- les dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) et les soins aux personnes en difficulté sociale.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) et la dépense totale de santé (DTS)

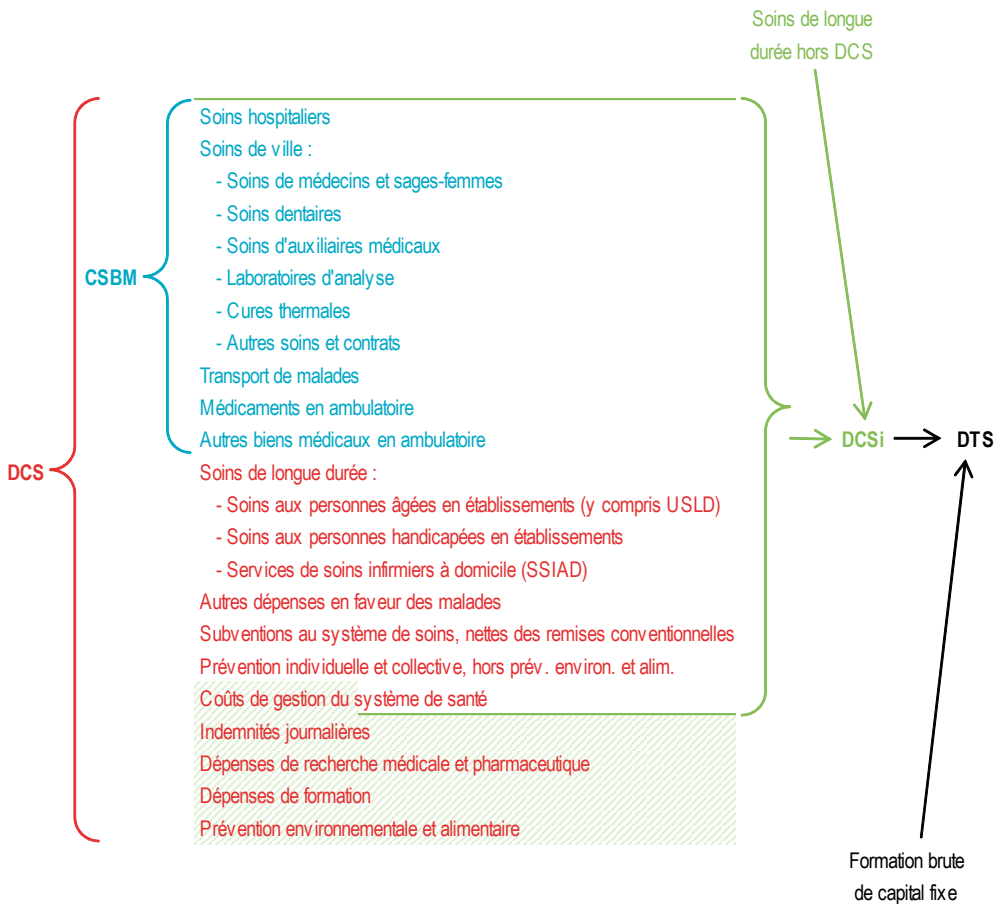
Les comptes de la santé servent de base à la réponse de la France au System of Health Accounts (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS.

La définition internationale de la dépense courante de santé (DCSi) correspond à la DCS au sens français diminuée des indemnités journalières (y compris coûts de gestion afférents à celles-ci), d'une partie des dépenses de prévention (sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention liée à l'environnement), du coût de la formation et de la recherche médicale, et augmentée de certaines dépenses de prise en charge du handicap et de la dépendance : ces soins de longue durée additionnels correspondent à une partie de l'allocation personnalisée d'autonomie, et à la prestation de compensation du handicap.

C'est le concept de DCSi qui prime désormais sur celui de dépense totale de santé (DTS) pour effectuer des comparaisons internationales. La DTS correspond à la DCSi augmentée des dépenses d'investissement en capital au titre du système de soins (formation brute de capital fixe - FBCF). Or, certains pays de l'OCDE (Belgique, Luxembourg, Suisse par exemple) ne comptabilisent pas la FBCF dans leur DTS, ce qui limite la comparabilité de cet agrégat.

La DCSi s'élève à 241,4 milliards d'euros en 2015 : la totalité de la CSBM et environ les deux tiers de la DCS, auxquels s'ajoutent 3,8 milliards au titre des soins de longue durée additionnels. La DTS, qui englobe la DCSi et la formation brute de capital fixe (13,2 milliards), atteint 254,6 milliards d'euros en 2015.

Schéma Imbrication des concepts de DTS, DCS au sens français et DCS au sens international



Note > Pour l'évaluation de la DCSi, les coûts de gestion sont réduits du montant des frais de gestion sur indemnités journalières (frais de gestion évalués conventionnellement à *minima*, faute de données plus précises, au prorata des dépenses correspondantes). Les soins de longue durée ajoutés à la DCS pour l'évaluation de la DCSi correspondent à une partie de l'APA (aide personnalisée pour l'autonomie) et à l'ACTP (allocation compensatrice pour tierce personne). Les recouvrements des notions de soins et de services sociaux de longue durée avec la DCS et la DCSi sont détaillés dans la fiche 45.

Annexe 2

Les révisions de l'édition 2017 des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions méthodologiques sont apportées aux comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité du champ et la précision.

Rétropolation en base 2010

Dans l'édition 2016, les comptes de la santé avaient été rétrolés en base 2010 pour la période 2001 à 2005. Cette année, ce travail a été poursuivi pour la période 1950 à 2000. Désormais, les comptes de la santé sont calculés à méthodologie constante depuis 1950.

Indemnités journalières

La méthodologie de l'estimation des dépenses d'indemnités journalières a été affinée notamment concernant l'articulation entre le régime général et le régime d'Alsace-Moselle. Pour l'année 2015, il en résulte une révision à la baisse de 45,8 millions d'euros sur le poste des indemnités journalières.

Annexe 3

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 de soins ambulatoires, l'absence d'un prix avec une signification économique pour les soins hospitaliers implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. Dans ce cas, la comptabilité nationale utilise les coûts de production afin d'évaluer les services fournis gratuitement ou à des prix dits « non marchands ». La méthodologie est donc différente selon le type de soins considéré.

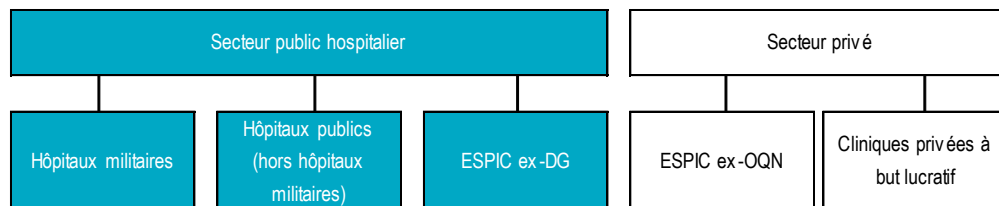
Les soins hospitaliers

Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public sont composés :

- des hôpitaux publics *stricto sensu* ;
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés, d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG).

Le secteur privé est, 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]...) ne concourent pas au traitement d'une perturbation temporaire de l'état de santé. Ils sont donc 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 sommant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommations de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). À cette production sont retirées les ventes résiduelles (par exemple, mise à disposition de personnel facturé, majoration pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, prestations au titre des conventions internationales...), 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.

Facteurs de production tirés des emplois

- Consommation intermédiaire
- Rémunération des salariés
- Impôts sur la production nets des subventions
- Consommation de capital fixe

- Production vendue ou réutilisée

- Ventes résiduelles
- Production pour emploi final propre
- Production non marchande de services non sanitaires et corrections

= 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 à l'origine sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, RSI, MSA, et douze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les remboursements effectués par l'assurance maladie aux assurés, aux professionnels de santé, aux distributeurs de bien médicaux et aux établissements de santé. 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 provisoire.

Les statistiques complémentaires de la CNAMTS, du RSI et de la MSA renseignant à la fois 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 fournies par les entreprises du médicament (LEEM), et celles de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA). 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 Éclairage dans l'édition 2015 des comptes de la santé « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

Annexe 4

Le Fonds d'intervention régional

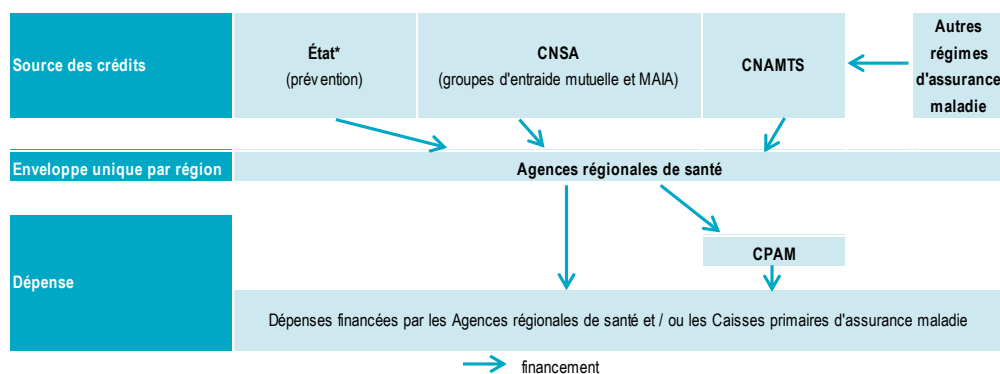
Le Fonds d'intervention régional (FIR), créé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) de 2012, est un organe de financement du système de soins à l'échelon régional. Il regroupe, depuis 2012, différents crédits portant sur les domaines de la performance, de la continuité et de la qualité des soins et de la prévention. Ces crédits, auparavant dispersés en plusieurs entités, sont désormais regroupés dans une enveloppe unique par région, pour une plus grande souplesse de gestion (ceux-ci étant partiellement fongibles, au bénéfice de la prévention, et donc susceptibles d'être en partie réaffectés entre missions en fonction des priorités régionales).

En 2012, 1,3 milliard d'euros de dotations ont été attribués au FIR (il s'agissait d'une année incomplète, le FIR ayant été créé au 1^{er} mars). Le périmètre du Fonds a été élargi en 2013 aux aides à la contractualisation et aux missions d'intérêt général des établissements de santé, aux groupes d'entraide mutuelle et aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer (MAIA)... L'enveloppe allouée au FIR atteint 3,3 milliards d'euros en 2016 et 3,4 milliards en 2017.

Jusqu'en 2016 (voir note du graphique 1), les crédits attribués aux FIR proviennent de trois sources : à titre principal, de l'assurance maladie (93 % des crédits en 2016), mais aussi de l'État (au titre de la prévention, près de 3 % des crédits) et de la Caisse nationale pour la solidarité et l'autonomie (CNSA, 4 % des crédits). Seuls les crédits de l'assurance maladie sont inclus dans le champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), dont ils constituent un sous-objectif spécifique depuis 2014.

Gérés par les agences régionales de santé (ARS), les crédits du FIR sont versés, selon les cas, par les ARS ou par les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM, graphique 1).

Graphique 1 Le circuit des dépenses du FIR en 2016



Note > * A compter de l'année 2017, les ressources du fonds d'intervention régional ne sont plus constituées que d'une dotation des régimes obligatoires de base d'assurance maladie, d'une dotation de la caisse nationale de solidarité et d'autonomie et le cas échéant de toute autre dotation ou subvention prévue par une disposition législative ou réglementaire (circulaire du 5 mai 2017). Le FIR n'est donc plus alimenté par les crédits État du programme 204. L'impact est en revanche neutralisé sur le FIR par une augmentation équivalente de la contribution assurance maladie au fonds.

Source > Schéma réalisé d'après le rapport à la CCSS de juin 2014.

Dans les comptes de la santé, les dépenses du FIR sont retracées dans la consommation du soin concerné. Ainsi, en 2016, 77 % des crédits attribués aux FIR ont servi à financer la consommation de soins en hôpital public, 3 % la consommation de soins en hôpital privé et 5 % la consommation de soins de ville au titre de la permanence des soins ambulatoires et des contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins des transporteurs sanitaires. Les autres dépenses du FIR (soit 15 % du total) ne font pas partie du champ de la consommation de soins et de biens médicaux, mais de celui de la dépense courante de santé. Il s'agit de dépenses au titre de la prévention et de subventions au système de soins (notamment soutien aux réseaux de santé et dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés [FMESP]).

Annexe 5

Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
AcBUS : accord de bon usage des soins
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : automatisation des listes
AFIPA : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
AFSSAPS : Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (aujourd'hui remplacée par l'ANSM)
AIS : actes infirmiers de soins
AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne
ALD : affection de longue durée
AMC : assurance maladie complémentaire
AME : aide médicale de l'État
AMI : actes médicaux infirmiers
AMK : actes de masso-kinésithérapie
AMM : autorisation de mise sur le marché (des médicaments)
AMO : assurance maladie obligatoire
AMOS : assurance maladie – Offre de soins (base de données de l'assurance maladie)
AMY : actes d'orthoptie
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARS : agence régionale de santé
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT/MP : accidents du travail-maladies professionnelles
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTC : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
CAMIEG : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CAPI : Contrat d'amélioration des pratiques individuelles
CCAM : Classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CEPS : Comité économique des produits de santé
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CLEISS : Centre des liaisons européennes et internationales de sécurité sociale
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire
CNAMTS : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
CNETh : Conseil national des exploitants thermaux

CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNS : Comptes nationaux de la santé
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CNSE : Centre national des soins à l'étranger
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPO : centres de préorientation pour adultes handicapés
CPS : Comptes de la protection sociale
CRP : centres de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CTIP : centre technique des institutions de prévoyance

D

DCS : dépense courante de santé (au sens français)
DCSi : dépense courante de santé au sens international
DGFIP : Direction générale des finances publiques
DGH : dotation globale hospitalière
DMI : dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTS : dépense totale de santé (données internationales)

E

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EJDS : établissement pour jeunes déficients sensoriels
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EPHMRA : European Pharmaceutical Marketing Research Association (code des classes thérapeutiques pour les médicaments)
EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (devenu Santé publique France)
ESPIC : établissement de santé privé d'intérêt collectif
ETP : équivalent temps plein

F

FAC : Fonds d'action conventionnelle (de la CNAMTS)
FAM : foyers d'accueil médicalisé
FBCF : formation brute de capital fixe
FFI : médecin « faisant fonction d'interne »
FFSA : Fédération française des sociétés d'assurances
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR : Fonds d'intervention régionale
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNMF : Fédération nationale de la mutualité française
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistique (médicament)
GHM : groupe homogène de malades (en établissement de santé)
GHS : groupe homogène de séjours (en établissement de santé)
GIR : groupes iso-ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé
HCAAM : Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie
HCSP : Haut Conseil en santé publique

I

IEM : institut d'éducation motrice
IFSI : institut de formation aux soins infirmiers
IJ : indemnités journalières
IME : institut médico-éducatif
INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (devenu Santé publique France)
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)
IP : institution de prévoyance
IPC : indice des prix à la consommation (INSEE)
IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
ISBLSM : institutions sans but lucratif au service des ménages
ITEP : institut thérapeutique éducatif et pédagogique

L

LEEM : les entreprises du médicament
LPP : liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : maisons d'accueil spécialisé
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
MECSS : mission d'évaluation et de contrôle des lois de financement de la Sécurité sociale
MIGAC : mission d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIRES : mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur »
MSA : Mutualité sociale agricole

N

NGAP : nomenclature générale des activités professionnelles

O

OC : organismes complémentaires
OCDE : organisation de coopération et de développement économiques
ODMCO : objectif de dépenses d'assurance maladie des activités de maladie, chirurgie, obstétrique et odontologie
OGD : objectif global de dépenses (médico-sociales)
OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu.
OMAR : outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge
OMS : Organisation mondiale de la santé
ONDAM : objectif national de dépenses d'assurance maladie
ONIAM : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
ONDPS : Observatoire national des professions de santé
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 : parités de pouvoir d'achat
PQE : programmes de qualité et d'efficacité (annexe 1 au PLFSS)
PSCE : enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise de l'IRDES
PSPH : établissement de santé « participant au service public hospitalier »
PUMa : protection universelle maladie

R

RAC : reste à charge
RG : régime général (de l'assurance maladie)
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
RSI : Régime social des indépendants

S

SAE : Statistique annuelle des établissements de santé
SAMSAH : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : service 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
SNIIRAM et **SNIR** : Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie

Annexe 5 > Liste des sigles utilisés

SPS : enquête Santé et Protection sociale de l'IRDES

SSA : service de santé des armées

SSIAD : services de soins infirmiers à domicile

SSR : soins de suite et de réadaptation

T

T2A : tarification à l'activité

TFR : tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)

TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)

TM : ticket modérateur

U

UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement
et d'orientation sociale et socio-professionnelle

UFR : unité de formation et de recherche

USLD : unité de soins de longue durée

V

VHP : véhicule pour handicapé physique

VSL : véhicule sanitaire léger

Annexe 6

Glossaire

Aide à la télétransmission : subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soin électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue en 2012 une composante de la rémunération sur objectif de santé publique (ROSP).

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant versé est croissant avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire) ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, l'ACS est en outre réservée à des contrats de complémentaires santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix.

Automatisation Des Listes (ADELI) : système d'information national dénombrant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

Aide médicale 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 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.

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 d'assurances maladie de base et complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C gérés par leur caisse d'assurance maladie sont regroupées dans l'item « CMU-C organismes de base », le système d'information ne permettant pas de distinguer ces deux composantes. 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.

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 temporaire de l'état de santé.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : cf. 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, en plus des biens et des services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle des administrations publiques ou des ISBLSM, donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Dépenses de consommation finale des ménages : comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques : recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéfice ultime revient aux ménages (dépenses d'éducation et de santé pour l'essentiel, mais aussi de culture, d'aides au logement, etc.).

La dépense de consommation finale des administrations publiques est ainsi séparée entre les dépenses individualisables et les dépenses collectives.

Dépense courante de santé (DCS), dépense courante de santé au sens international (DCSi) et dépense totale de santé (DTS) : cf. annexe 1.

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 à compter de 2012.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, 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 incitatifs (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

Hospitalisation complète : séjours de plus d'un jour.

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.

NM : 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.

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.

Personnel soignant (hôpital) : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

Parité de pouvoir d'achat : voir Standards de pouvoir d'achat.

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.

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 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.

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) : en comptabilité nationale, la formation du revenu des ménages fait l'objet d'une analyse en trois temps :

- 1) Le compte d'affectation des revenus primaires retrace les revenus liés à la participation des ménages au processus de production.
- 2) Le compte de distribution secondaire des revenus montre comment le solde des revenus primaires est modifié par les opérations de redistribution : impôts courants sur le revenu et le patrimoine, cotisations et prestations sociales en espèces, etc. Le solde de ce compte est le revenu disponible brut (RDB), qui représente ainsi le revenu courant après impôt pouvant être réparti par les ménages entre dépense de consommation finale et épargne.
- 3) Le compte et redistribution du revenu en nature retrace les prestations sociales en nature et les services collectifs individualisables (éducation, etc.). Son solde est le **revenu disponible brut ajusté (RDBA)**, qui, contrairement au RDB, tient compte des transferts sociaux en nature.

Rémunération sur Objectifs de Santé Publique (ROSP) : dispositif de rémunération à la performance a été mis en œuvre 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 portent sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portent notamment sur la délivrance de médicaments génériques. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre duquel elle a été versée.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes. Il remplace le répertoire ADELI depuis novembre 2011.

Rétrocession : la rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Santé publique France : établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, l'agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et 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) : son cadre est fixé par la loi de modernisation du système de santé de janvier 2016. Cette base de données médico-administratives en cours de construction est constituée essentiellement des bases rassemblées par la CNAMTS (SNIIR-AM, PMSI), qui seront complétées par des bases de taille plus réduite (causes de décès, données sur le handicap 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 les conditions définies par la loi.

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 (SNIIR-AM) : 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.

Système national des données de santé (SNDS) : depuis le 1^{er} avril 2017, est entré en vigueur le SNDS, suite au décret du 26 décembre 2016 relatif au traitement de données à caractère personnel. Le SNDS rassemble et met à disposition la plupart des bases de données en santé qui existaient, jusqu'alors, indépendamment (SNIIRAM, PMSI, données de mortalité du CepiDC, données liées au handicap issues des maisons départementales des personnes handicapées et, à terme, données provenant des « complémentaires santé »).

Standards de pouvoir d'achat (SPA) : les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont un taux de conversion qui vise à éliminer les différences de niveaux de prix entre pays. Les PPA expriment le rapport entre la quantité d'unités monétaires nécessaire dans des pays différents pour se procurer le même panier de biens et de services. Pour la procédure de calcul de la PPA, il est nécessaire de choisir une valeur de référence, usuellement une monnaie, dont la valeur est fixée à 1. L'Institut européen des statistiques, Eurostat, utilise le standard de pouvoir d'achat (SPA) comme unité monétaire fictive de référence.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'assurance maladie sur la base du prix du générique.

Unité standard (médicament) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée...).

Note : Les définitions concernant la comptabilité nationale sont en grande partie issues du site Insee.fr.



Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

Dépenses et acteurs
du système de santé

Comparaisons
internationales

Éclairage

Annexes

Tableaux détaillés

Tableaux détaillés 1

Consommation de soins et de biens médicaux

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
1-Soins hospitaliers	55 767	58 739	62 177	65 392	67 916	70 549	72 946	75 390	78 355	80 315	82 457	84 564	86 680	89 069	90 360	92 350
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	68 635	69 724	71 290
Hôpitaux du secteur privé	12 120	12 927	13 673	14 583	15 368	16 167	16 706	17 451	18 144	18 614	19 163	19 612	19 901	20 434	20 635	21 060
2-Soins ambulatoires	65 089	69 380	73 976	77 815	80 098	82 698	86 495	89 309	91 480	93 161	96 284	98 036	99 391	102 089	103 683	106 188
• Soins de ville	30 389	32 778	34 963	36 394	37 494	39 081	40 856	41 997	43 135	43 873	45 727	47 051	48 291	49 406	50 541	52 216
Soins de médecins et de sages-femmes	13 904	14 865	15 697	16 091	16 488	17 054	17 748	18 030	18 340	18 161	18 912	19 019	19 303	19 734	20 092	20 643
- Médecins généralistes	6 736	7 171	7 712	7 559	7 791	7 962	8 311	8 374	8 414	8 147	8 565	8 496	8 542	8 663	8 714	8 830
- Médecins spécialistes	7 068	7 589	7 871	8 422	8 578	8 965	9 310	9 520	9 778	9 855	10 175	10 334	10 542	10 829	11 108	11 520
- Sages-femmes	100	106	113	110	118	128	127	136	148	160	172	189	219	243	269	293
Soins d'auxiliaires médicaux	6 085	6 658	7 177	7 669	8 009	8 565	9 230	9 774	10 341	10 850	11 521	12 322	13 105	13 768	14 350	14 987
- Infirmiers	2 748	3 005	3 314	3 554	3 735	4 025	4 365	4 691	5 131	5 477	5 893	6 357	6 787	7 161	7 534	7 863
- Masseurs-kinésithérapeutes	2 813	3 055	3 208	3 423	3 555	3 781	4 070	4 239	4 326	4 441	4 634	4 913	5 191	5 429	5 595	5 847
- Autres	524	598	655	691	719	759	794	844	883	932	993	1 051	1 126	1 179	1 220	1 277
Soins de dentistes	7 262	7 776	8 316	8 614	8 762	9 055	9 315	9 500	9 654	9 988	10 280	10 480	10 595	10 584	10 757	11 073
Analyses	2 824	3 158	3 451	3 675	3 788	3 885	4 018	4 112	4 198	4 258	4 393	4 335	4 340	4 315	4 315	4 433
Cures thermales (forfait soins)	303	308	313	311	310	308	322	320	320	328	332	353	364	387	396	412
Autres soins et contrats (y compris ROSP médecins)	11	12	9	34	138	214	224	262	282	288	290	543	584	616	632	668
• Transports de malades	2 070	2 254	2 430	2 648	2 825	3 079	3 212	3 365	3 568	3 745	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 807
• Médicaments en ambulatoire	26 113	27 278	28 971	30 522	31 006	31 173	32 204	33 134	33 611	33 720	34 217	33 864	33 253	34 147	33 906	34 002
Achats de médicaments	26 113	27 278	28 971	30 522	31 006	31 173	32 202	33 094	33 571	33 680	34 177	33 741	33 029	33 921	31 549	30 711
Rémunérations forfaitaires et contrats des pharmaciens							2	41	39	40	40	123	225	227	2 358	3 291
• Autres biens médicaux en ambulatoire	6 517	7 070	7 612	8 252	8 773	9 364	10 223	10 812	11 166	11 825	12 488	13 047	13 559	14 123	14 632	15 163
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	6 170
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	1 013	1 106	1 214	1 340	1 506	1 639	1 765	1 889	1 973	2 078	2 232	2 306	2 421	2 590	2 748	2 913
Matériels, aliments et pansements	1 921	2 226	2 500	2 808	3 027	3 284	3 636	3 957	4 000	4 271	4 530	4 793	5 133	5 466	5 743	6 079
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	120 856	128 118	136 153	143 207	148 014	153 246	159 440	164 699	169 836	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 043	198 538

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
1-Soins hospitaliers	105,3	105,9	105,2	103,9	103,9	103,4	103,4	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,8	101,4	102,2
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	102,8	101,6	102,2
Hôpitaux du secteur privé	106,7	105,8	106,7	105,4	105,2	103,3	104,5	104,0	102,6	102,9	102,3	101,5	102,7	101,0	102,1
2-Soins ambulatoires	106,6	106,6	105,2	102,9	103,2	104,6	103,3	102,4	101,8	103,4	101,8	101,4	102,7	101,6	102,4
● Soins de ville	107,9	106,7	104,1	103,0	104,2	104,5	102,8	102,7	101,7	104,2	102,9	102,6	102,3	102,3	103,3
Soins de médecins et de sages-femmes	106,9	105,6	102,5	102,5	103,4	104,1	101,6	101,7	99,0	104,1	100,6	101,5	102,2	101,8	102,7
- Médecins généralistes	106,5	107,5	98,0	103,1	102,2	104,4	100,8	100,5	96,8	105,1	99,2	100,5	101,4	100,6	101,3
- Médecins spécialistes	107,4	103,7	107,0	101,9	104,5	103,9	102,2	102,7	100,8	103,2	101,6	102,0	102,7	102,6	103,7
- Sages-femmes	106,0	107,5	97,4	107,2	107,7	99,2	107,7	108,5	108,2	107,5	109,8	115,8	111,1	110,9	108,8
Soins d'auxiliaires médicaux	109,4	107,8	106,9	104,4	106,9	107,8	105,9	105,8	104,9	106,2	107,0	106,4	105,1	104,2	104,4
- Infirmiers	109,3	110,3	107,2	105,1	107,7	108,5	107,5	109,4	106,7	107,6	107,9	106,8	105,5	105,2	104,4
- Masseurs-kinésithérapeutes	108,6	105,0	106,7	103,8	106,4	107,6	104,1	102,1	102,6	104,4	106,0	105,7	104,6	103,1	104,5
- Autres	114,2	109,5	105,5	104,0	105,5	104,6	106,3	104,6	105,6	106,6	105,8	107,1	104,7	103,5	104,6
Soins de dentistes	107,1	106,9	103,6	101,7	103,3	102,9	102,0	101,6	103,5	102,9	101,9	101,1	99,9	101,6	102,9
Analyses	111,8	109,3	106,5	103,1	102,6	103,4	102,3	102,1	101,4	103,2	98,7	100,1	99,4	100,0	102,7
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	103,2	106,4	102,3	103,9
Autres soins et contrats (y compris ROSP médecins)	105,7	77,9	365,1	406,8	155,3	104,7	117,0	107,9	102,0	100,6	187,2	107,7	105,5	102,5	105,7
● Transports de malades	108,9	107,8	109,0	106,7	109,0	104,3	104,8	106,0	105,0	102,9	105,8	105,3	102,9	104,3	104,4
● Médicaments en ambulatoire	104,5	106,2	105,4	101,6	100,5	103,3	102,9	101,4	100,3	101,5	99,0	98,2	102,7	99,3	100,3
Achats de médicaments	104,5	106,2	105,4	101,6	100,5	103,3	102,8	101,4	100,3	101,5	98,7	97,9	102,7	93,0	97,3
Rémunérations forfaitaires et contrats des pharmaciens							+++	96,6	100,4	100,5	310,1	182,0	101,0	1040,0	139,6
● Autres biens médicaux en ambulatoire	108,5	107,7	108,4	106,3	106,7	109,2	105,8	103,3	105,9	105,6	104,5	103,9	104,2	103,6	103,6
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	100,5
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	109,1	109,8	110,4	112,4	108,9	107,7	107,0	104,4	105,3	107,4	103,3	105,0	107,0	106,1	106,0
Matériels, aliments et pansements	115,9	112,3	112,3	107,8	108,5	110,7	108,8	101,1	106,8	106,1	105,8	107,1	106,5	105,1	105,9
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	106,0	106,3	105,2	103,4	103,5	104,0	103,3	103,1	102,1	103,0	102,2	101,9	102,7	101,5	102,3

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 3 Indices de prix de la CSBM

Indices de prix : base 100 année précédente

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
1-Soins hospitaliers	103,7	104,6	103,3	101,4	101,5	102,1	100,5	100,8	99,8	99,9	100,0	100,6	100,5	99,4	100,2
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	100,7	99,5	100,6
Hôpitaux du secteur privé	104,1	104,3	103,7	102,4	100,5	101,8	101,0	100,5	100,6	100,6	100,3	99,7	99,8	98,9	98,7
2-Soins ambulatoires	101,0	101,6	100,1	100,4	99,8	100,0	100,1	99,7	99,5	99,9	99,4	99,0	99,0	98,9	98,8
• Soins de ville	102,7	103,4	100,8	101,4	102,3	101,8	101,5	100,8	100,5	101,1	100,9	100,8	100,3	100,4	100,2
Soins de médecins et de sages-femmes	106,2	105,4	101,1	102,7	104,3	103,0	101,5	100,2	100,3	102,1	100,5	100,1	100,2	100,5	100,3
Soins d'auxiliaires médicaux	104,5	103,2	101,3	100,0	100,0	100,8	101,7	101,8	100,3	100,0	101,8	102,1	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
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
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
Autres soins et contrats (y compris ROSP)	106,2	103,9	100,4	100,2	100,2	100,3	100,2	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
• Transports de malades	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
• 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
• Autres biens médicaux en ambulatoire	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	99,2
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
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	99,7
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	98,6
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	102,2	103,0	101,5	100,8	100,6	100,9	100,3	100,2	99,6	99,9	99,7	99,7	99,7	99,1	99,4

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
1-Soins hospitaliers	101,5	101,2	101,8	102,5	102,4	101,3	102,8	103,1	102,7	102,7	102,5	101,9	102,3	102,1	102,0
Hôpitaux du secteur public	101,3	101,1	101,5	102,3	101,7	101,3	102,6	103,0	103,0	102,8	102,7	102,0	102,1	102,0	101,6
Hôpitaux du secteur privé	102,4	101,4	102,8	102,9	104,7	101,5	103,4	103,4	102,0	102,4	102,1	101,7	102,9	102,1	103,4
2-Soins ambulatoires	105,6	104,9	105,1	102,6	103,5	104,6	103,2	102,8	102,4	103,5	102,4	102,4	103,8	102,7	103,7
• Soins de ville	105,0	103,2	103,2	101,6	101,9	102,7	101,3	101,9	101,2	103,1	102,0	101,8	102,0	101,9	103,1
Soins de médecins et de sages-femmes	100,7	100,2	101,4	99,7	99,2	101,0	100,1	101,5	98,7	102,0	100,1	101,4	102,1	101,3	102,5
Soins d'auxiliaires médicaux	104,7	104,5	105,5	104,4	106,9	106,9	104,1	103,9	104,6	106,2	105,0	104,2	105,1	104,2	104,4
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
Analyses	109,5	107,7	106,5	103,1	102,6	103,4	102,3	102,1	101,4	103,2	98,7	100,1	99,4	100,0	103,6
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	101,4	104,5	101,1	101,1
Autres soins et contrats (y compris ROSP)	99,5	74,9	363,5	406,0	154,9	104,4	116,9	107,8	102,0	100,6	187,2	107,7	105,5	102,5	105,7
• Transports de malades	106,7	105,8	108,4	104,7	105,6	102,8	103,3	102,7	104,1	102,2	104,2	103,3	101,5	103,0	104,3
• Médicaments en ambulatoire	105,7	106,7	106,6	102,8	104,4	105,9	105,3	104,1	102,6	103,5	102,2	102,7	106,6	103,4	104,1
• Autres biens médicaux en ambulatoire	107,3	105,9	106,9	105,2	106,2	108,6	104,2	102,0	105,6	105,1	103,9	103,6	103,9	103,8	104,5
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	101,0
Orthèses et prothèses externes et véhicules pour handicapés physiques	108,6	109,3	109,6	112,0	108,7	107,6	106,6	104,3	104,4	107,2	103,8	104,8	107,0	106,3	106,3
Matériels, aliments et pansements	114,9	111,1	111,5	107,3	107,2	110,4	106,7	99,2	106,7	104,8	105,0	106,7	106,5	105,1	107,3
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	103,7	103,2	103,6	102,5	103,0	103,1	103,0	102,9	102,5	103,1	102,4	102,2	103,1	102,4	102,9

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableaux détaillés 2

Dépense courante de santé

Tableau 1 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
1-Soins hospitaliers	55 767	58 739	62 177	65 392	67 916	70 549	72 946	75 390	78 355	80 315	82 457	84 564	86 680	89 069	90 360	92 350
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	68 635	69 724	71 290
Hôpitaux du secteur privé	12 120	12 927	13 673	14 583	15 368	16 167	16 706	17 451	18 144	18 614	19 163	19 612	19 901	20 434	20 635	21 060
2-Soins ambulatoires	65 089	69 380	73 976	77 815	80 098	82 698	86 495	89 309	91 480	93 161	96 284	98 036	99 391	102 089	103 683	106 188
Soins de ville	30 389	32 778	34 963	36 394	37 494	39 081	40 856	41 997	43 135	43 873	45 727	47 051	48 291	49 406	50 541	52 216
Transports de malades	2 070	2 254	2 430	2 648	2 825	3 079	3 212	3 365	3 568	3 745	3 852	4 074	4 288	4 413	4 604	4 807
Médicaments en ambulatoire	26 113	27 278	28 971	30 522	31 006	31 173	32 204	33 134	33 611	33 720	34 217	33 864	33 253	34 147	33 906	34 002
Autres biens médicaux en ambulatoire*	6 517	7 070	7 612	8 252	8 773	9 364	10 223	10 812	11 166	11 825	12 488	13 047	13 559	14 123	14 632	15 163
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	120 856	128 118	136 153	143 207	148 014	153 246	159 440	164 699	169 836	173 477	178 741	182 600	186 071	191 158	194 043	198 538
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	19 186	19 658	20 070	20 297
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
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
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	9 054	9 291	9 492	9 554
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	13 606	14 019
5-Autres dépenses en faveur des malades	38	38	173	211	251	307	381	413	433	469	538	588	628	631	622	656
6-Prévention	4 199	4 717	4 995	4 935	4 990	5 233	5 394	5 688	6 425	5 725	5 694	5 694	5 836	5 818	5 751	5 761
Prévention individuelle	2 380	2 488	2 684	2 854	2 880	3 010	3 134	3 254	3 371	3 332	3 319	3 325	3 513	3 533	3 546	3 562
Prévention collective	1 819	2 228	2 311	2 081	2 110	2 223	2 259	2 434	3 054	2 393	2 374	2 369	2 323	2 285	2 206	2 199
7-Dépenses en faveur du système de soins	8 011	8 752	9 036	9 222	9 477	10 354	10 500	11 258	11 279	11 392	11 678	11 879	12 215	12 118	12 071	12 013
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 515	1 704	1 737	1 754	1 865	2 069	1 705	1 918	1 987	2 114	2 218	2 408	2 574	2 394	2 354	2 155
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	3 500	3 275	3 405
Remises conventionnelles	-183	-129	-190	-349	-409	-207	-369	-271	-239	-283	-344	-308	-427	-1 106	-921	-1 250
Recherche médicale et pharmaceutique	5 686	6 196	6 413	6 524	6 559	6 996	7 200	7 565	7 383	7 349	7 454	7 430	7 495	7 515	7 521	7 625
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	2 196	2 233
8-Coût de gestion de la santé	10 982	11 322	11 855	12 044	12 132	12 164	12 508	13 118	13 554	13 898	14 408	14 610	15 128	15 326	15 115	15 283
Dépense courante de santé (1+...+8)	161 945	172 275	182 856	191 272	197 620	204 929	213 078	221 926	230 233	234 786	241 731	246 629	251 881	258 063	261 279	266 568

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 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
1-Soins hospitaliers	105,3	105,9	105,2	103,9	103,9	103,4	103,4	103,9	102,5	102,7	102,6	102,5	102,8	101,4	102,2
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	102,8	101,6	102,2
Hôpitaux du secteur privé	106,7	105,8	106,7	105,4	105,2	103,3	104,5	104,0	102,6	102,9	102,3	101,5	102,7	101,0	102,1
2-Soins ambulatoires	106,6	106,6	105,2	102,9	103,2	104,6	103,3	102,4	101,8	103,4	101,8	101,4	102,7	101,6	102,4
Soins de ville	107,9	106,7	104,1	103,0	104,2	104,5	102,8	102,7	101,7	104,2	102,9	102,6	102,3	102,3	103,3
Transports de malades	108,9	107,8	109,0	106,7	109,0	104,3	104,8	106,0	105,0	102,9	105,8	105,3	102,9	104,3	104,4
Médicaments en ambulatoire	104,5	106,2	105,4	101,6	100,5	103,3	102,9	101,4	100,3	101,5	99,0	98,2	102,7	99,3	100,3
Autres biens médicaux en ambulatoire*	108,5	107,7	108,4	106,3	106,7	109,2	105,8	103,3	105,9	105,6	104,5	103,9	104,2	103,6	103,6
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	106,0	106,3	105,2	103,4	103,5	104,0	103,3	103,1	102,1	103,0	102,2	101,9	102,7	101,5	102,3
3-Soins de longue durée	106,6	107,5	109,6	110,1	106,5	107,1	109,4	109,3	103,9	103,7	103,6	103,8	102,5	102,1	101,1
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
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
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	102,6	102,2	100,7
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	101,9	103,0
5-Autres dépenses en faveur des malades	100,0	451,6	122,0	119,2	122,2	124,0	108,6	104,7	108,3	114,8	109,3	106,8	100,5	98,6	105,4
6-Prévention	112,3	105,9	98,8	101,1	104,9	103,1	105,5	113,0	89,1	99,5	100,0	102,5	99,7	98,9	100,2
Prévention individuelle	104,6	107,9	106,4	100,9	104,5	104,1	103,8	103,6	98,8	99,6	100,2	105,7	100,6	100,3	100,5
Prévention collective	122,5	103,7	90,1	101,4	105,4	101,6	107,7	125,5	78,4	99,2	99,8	98,1	98,4	96,5	99,7
7-Dépenses en faveur du système de soins	109,3	103,2	102,1	102,8	109,2	101,4	107,2	100,2	101,0	102,5	101,7	102,8	99,2	99,6	99,5
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	112,5	102,0	101,0	106,3	111,0	82,4	112,5	103,6	106,4	104,9	108,6	106,9	93,0	98,3	91,6
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	116,6	93,6	104,0
Remises conventionnelles	70,5	147,3	183,7	117,2	50,7	177,9	73,5	88,0	118,4	121,6	89,6	138,5	259,2	83,3	135,7
Recherche médicale et pharmaceutique	109,0	103,5	101,7	100,5	106,7	102,9	105,1	97,6	99,5	101,4	99,7	100,9	100,3	100,1	101,4
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	99,4	101,7
8-Coût de gestion de la santé	103,1	104,7	101,6	100,7	100,3	102,8	104,9	103,3	102,5	103,7	101,4	103,5	101,3	98,6	101,1
Dépense courante de santé (1+...+8)	106,4	106,1	104,6	103,3	103,7	104,0	104,2	103,7	102,0	103,0	102,0	102,1	102,5	101,2	102,0

* Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableaux détaillés 3

Dépense courante de santé par type de financeur

Tableau 1 DCS par type de financement en 2001

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	51 589	510	1 234	456	377	1 601		55 767
Hôpitaux du secteur public	40 846	464	901	315	260	861		43 647
Hôpitaux du secteur privé	10 743	46	333	141	117	739		12 120
2-Soins ambulatoires	41 478	1 019	7 682	2 479	2 380	10 051		65 089
Soins de ville	19 896	510	3 630	1 346	1 181	3 826		30 389
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	9 882	251	1 441	550	459	1 381		13 964
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	5 076	59	520	158	116	398		6 327
Soins dentaires	2 788	149	1 330	471	509	2 016		7 262
Laboratoires d'analyses	2 141	51	340	167	97	29		2 824
Autres soins et contrats	9					2		11
Transports de malades	1 968	14	49	13	12	14		2 070
Médicaments en ambulatoire	17 269	438	2 982	864	797	3 762		26 113
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	2 345	57	1 020	256	390	2 450		6 517
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	93 067	1 529	8 916	2 935	2 757	11 652		120 856
3-Soins de longue durée	8 787							8 787
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	640							640
Soins aux personnes âgées en établissement	3 096							3 096
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 051							5 051
4-Indemnités journalières	9 071							9 071
5-Autres dépenses en faveur des malades	38							38
6-Prévention	600	2 510					1 089	4 199
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 515	3 508				84	2 905	8 011
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 515							1 515
Subventions au système de soins	1 698							1 698
Remises conventionnelles	-183							-183
Recherche médicale et pharmaceutique		2 786					2 900	5 686
Formation		722				84	5	810
8-Coût de gestion de la santé	6 534	541	2 273	1 108	522		3	10 982
Dépense courante de santé (1+...+8)	119 613	8 088	11 189	4 043	3 279	11 735	3 997	161 945

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 2 DCS par type de financement en 2002

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	54 389	580	1 325	541	384	1 520		58 739
Hôpitaux du secteur public	42 863	461	967	373	265	883		45 812
Hôpitaux du secteur privé	11 526	119	358	168	119	637		12 927
2-Soins ambulatoires	44 490	990	8 188	2 682	2 758	10 272		69 380
Soins de ville	21 323	513	3 882	1 477	1 504	4 078		32 778
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	10 485	253	1 456	590	592	1 551		14 927
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	5 567	55	538	169	134	441		6 904
Soins dentaires	2 869	151	1 502	552	669	2 033		7 776
Laboratoires d'analyses	2 392	55	386	165	109	52		3 158
Autres soins et contrats	10					2		12
Transports de malades	2 144	14	52	11	7	26		2 254
Médicaments en ambulatoire	18 363	407	3 094	884	717	3 812		27 278
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	2 660	55	1 161	309	529	2 356		7 070
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	98 879	1 570	9 513	3 223	3 142	11 792		128 118
3-Soins de longue durée	9 363							9 363
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	705							705
Soins aux personnes âgées en établissement	3 337							3 337
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 322							5 322
4-Indemnités journalières	9 964							9 964
5-Autres dépenses en faveur des malades	38							38
6-Prévention	621	2 960					1 135	4 717
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 704	3 733				85	3 231	8 752
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 704							1 704
Subventions au système de soins	1 833							1 833
Remises conventionnelles	-129							-129
Recherche médicale et pharmaceutique		2 970					3 226	6 196
Formation		762				85	5	852
8-Coût de gestion de la santé	6 632	573	2 362	1 197	552		6	11 322
Dépense courante de santé (1+...+8)	127 201	8 836	11 874	4 420	3 694	11 877	4 372	172 275

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 3 DCS par type de financement en 2003

En millions d'euros

Postes de dépense	Financeurs		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	57 789	605	1 427	570	395	1 392		62 177
Hôpitaux du secteur public	45 384	483	1 042	393	272	930		48 504
Hôpitaux du secteur privé	12 405	121	385	177	122	462		13 673
2-Soins ambulatoires	47 637	1 061	8 686	2 971	2 939	10 683		73 976
Soins de ville	22 857	557	4 131	1 678	1 556	4 184		34 963
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 105	262	1 524	661	637	1 570		15 759
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	6 044	57	559	187	131	450		7 427
Soins dentaires	3 081	175	1 637	642	672	2 110		8 316
Laboratoires d'analyses	2 619	63	413	188	116	53		3 451
Autres soins et contrats	8					1		9
Transports de malades	2 310	16	54	12	9	29		2 430
Médicaments en ambulatoire	19 519	429	3 161	898	776	4 188		28 971
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	2 952	59	1 338	383	598	2 283		7 612
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	105 426	1 665	10 113	3 541	3 333	12 075		136 153
3-Soins de longue durée	10 063							10 063
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	763							763
Soins aux personnes âgées en établissement	3 645							3 645
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	5 655							5 655
4-Indemnités journalières	10 581							10 581
5-Autres dépenses en faveur des malades	173							173
6-Prévention	625	3 184					1 186	4 995
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 737	3 770				86	3 443	9 036
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 737							1 737
Subventions au système de soins	1 927							1 927
Remises conventionnelles	-190							-190
Recherche médicale et pharmaceutique		2 974					3 439	6 413
Formation		796				86	4	886
8-Coût de gestion de la santé	6 940	597	2 445	1 296	568		8	11 855
Dépense courante de santé (1+...+8)	135 545	9 216	12 558	4 837	3 902	12 161	4 638	182 856

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 4 DCS par type de financement en 2004

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	60 753	567	1 526	645	383	1 518		65 392
Hôpitaux du secteur public	47 591	443	1 114	445	264	952		50 809
Hôpitaux du secteur privé	13 162	124	412	200	119	566		14 583
2-Soins ambulatoires	50 152	1 157	9 126	3 327	3 136	10 917		77 815
Soins de ville	23 712	616	4 359	1 795	1 654	4 257		36 394
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 399	275	1 580	710	667	1 522		16 153
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	6 327	71	605	226	157	532		7 918
Soins dentaires	3 177	200	1 712	654	705	2 166		8 614
Laboratoires d'analyses	2 778	71	462	205	124	36		3 675
Autres soins et contrats	31					2		34
Transports de malades	2 490	18	61	22	11	45		2 648
Médicaments en ambulatoire	20 672	458	3 253	1 062	815	4 262		30 522
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	3 279	65	1 453	447	656	2 352		8 252
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	110 905	1 724	10 652	3 972	3 519	12 435		143 207
3-Soins de longue durée	11 026							11 026
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	837							837
Soins aux personnes âgées en établissement	4 031							4 031
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 158							6 158
4-Indemnités journalières	10 627							10 627
5-Autres dépenses en faveur des malades	211							211
6-Prévention	627	3 081					1 228	4 935
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 754	3 937				88	3 443	9 222
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 754							1 754
Subventions au système de soins	2 103							2 103
Remises conventionnelles	-349							-349
Recherche médicale et pharmaceutique		3 085					3 439	6 524
Formation		852				88	4	944
8-Coût de gestion de la santé	6 927	599	2 507	1 408	582		20	12 044
Dépense courante de santé (1+...+8)	142 077	9 342	13 159	5 380	4 101	12 523	4 691	191 272

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 5 DCS par type de financement en 2005

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	62 865	727	1 658	724	394	1 548		67 916
Hôpitaux du secteur public	48 936	556	1 210	500	272	1 074		52 548
Hôpitaux du secteur privé	13 929	171	448	224	122	474		15 368
2-Soins ambulatoires	51 604	1 178	9 583	3 482	3 074	11 177		80 098
Soins de ville	24 144	683	4 580	1 819	1 604	4 664		37 494
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 435	288	1 669	747	634	1 776		16 550
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	6 616	75	650	235	159	521		8 257
Soins dentaires	3 161	253	1 757	637	685	2 268		8 762
Laboratoires d'analyses	2 796	67	504	200	125	97		3 788
Autres soins et contrats	136					2		138
Transports de malades	2 653	22	67	28	13	42		2 825
Médicaments en ambulatoire	21 259	404	3 346	1 128	795	4 075		31 006
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	3 547	70	1 590	506	663	2 397		8 773
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	114 469	1 905	11 241	4 206	3 468	12 725		148 014
3-Soins de longue durée	12 143							12 143
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	911							911
Soins aux personnes âgées en établissement	4 569							4 569
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 663							6 663
4-Indemnités journalières	10 612							10 612
5-Autres dépenses en faveur des malades	251							251
6-Prévention	681	3 057					1 252	4 990
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 865	4 001				83	3 529	9 477
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 865							1 865
Subventions au système de soins	2 274							2 274
Remises conventionnelles	-409							-409
Recherche médicale et pharmaceutique		3 034					3 524	6 559
Formation		966				83	4	1 054
8-Coût de gestion de la santé	6 854	620	2 576	1 473	584		25	12 132
Dépense courante de santé (1+...+8)	146 875	9 583	13 817	5 679	4 052	12 809	4 806	197 620

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 6 DCS par type de financement en 2006

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes d'é base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	64 930	791	1 859	830	419	1 721		70 549
Hôpitaux du secteur public	50 383	590	1 357	572	289	1 191		54 382
Hôpitaux du secteur privé	14 547	201	502	257	130	530		16 167
2-Soins ambulatoires	53 103	1 266	9 880	3 581	3 126	11 741		82 698
Soins de ville	25 010	737	4 755	1 878	1 636	5 065		39 081
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	11 624	309	1 744	780	659	2 001		17 116
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	7 073	80	690	232	161	576		8 811
Soins dentaires	3 241	276	1 799	651	693	2 393		9 055
Laboratoires d'analyses	2 860	72	522	215	123	93		3 885
Autres soins et contrats	211					2		214
Transports de malades	2 880	24	77	32	14	52		3 079
Médicaments en ambulatoire	21 413	430	3 276	1 104	758	4 194		31 173
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	3 801	75	1 773	568	717	2 431		9 364
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	118 033	2 057	11 740	4 411	3 545	13 462		153 246
3-Soins de longue durée	12 938							12 938
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 017							1 017
Soins aux personnes âgées en établissement	5 016							5 016
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	6 904							6 904
4-Indemnités journalières	10 687							10 687
5-Autres dépenses en faveur des malades	307							307
6-Prévention	711	3 231					1 290	5 233
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 069	4 261				81	3 942	10 354
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 069							2 069
Subventions au système de soins	2 277							2 277
Remises conventionnelles	-207							-207
Recherche médicale et pharmaceutique		3 058					3 938	6 996
Formation		1 203				81	4	1 288
8-Coût de gestion de la santé	6 759	652	2 620	1 518	589		25	12 164
Dépense courante de santé (1+...+8)	151 505	10 201	14 360	5 929	4 134	13 543	5 258	204 929

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 7 DCS par type de financement en 2007

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	66 973	798	2 004	929	474	1 767		72 946
Hôpitaux du secteur public	52 031	681	1 443	632	322	1 131		56 240
Hôpitaux du secteur privé	14 942	117	561	297	152	636		16 706
2-Soins ambulatoires	55 617	1 312	10 187	3 813	3 300	12 264		86 495
Soins de ville	26 161	768	4 886	1 972	1 728	5 342		40 856
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 129	321	1 793	810	678	2 083		17 813
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	7 615	83	691	239	174	685		9 487
Soins dentaires	3 292	289	1 838	691	736	2 469		9 315
Laboratoires d'analyses	2 905	75	564	232	141	100		4 018
Autres soins et contrats	220					4		224
Transports de malades	3 006	25	82	35	16	47		3 212
Médicaments en ambulatoire	22 255	442	3 371	1 133	765	4 237		32 204
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	4 196	77	1 848	673	791	2 638		10 223
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	122 591	2 111	12 191	4 743	3 774	14 031		159 440
3-Soins de longue durée	13 852							13 852
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 106							1 106
Soins aux personnes âgées en établissement	5 466							5 466
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	7 279							7 279
4-Indemnités journalières	11 003							11 003
5-Autres dépenses en faveur des malades	381							381
6-Prévention	737	3 324					1 332	5 394
7-Dépenses en faveur du système de soins	1 813	4 479				77	4 132	10 500
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 705							1 705
Subventions au système de soins	2 074							2 074
Remises conventionnelles	-369							-369
Recherche médicale et pharmaceutique		3 072					4 127	7 200
Formation	108	1 407				77	4	1 596
8-Coût de gestion de la santé	6 935	684	2 650	1 607	609		24	12 508
Dépense courante de santé (1+...+8)	157 311	10 598	14 841	6 349	4 383	14 108	5 488	213 078

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 8 DCS par type de financement en 2008

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes d'é base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	69 187	797	2 069	1 052	495	1 790		75 390
Hôpitaux du secteur public	53 577	724	1 489	716	337	1 097		57 939
Hôpitaux du secteur privé	15 610	73	579	337	158	693		17 451
2-Soins ambulatoires	56 447	1 283	10 518	4 162	3 459	13 439		89 309
Soins de ville	26 679	762	5 143	2 177	1 804	5 432		41 997
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 252	319	1 866	877	682	2 098		18 094
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	7 993	85	752	264	181	755		10 030
Soins dentaires	3 281	285	1 923	773	796	2 443		9 500
Laboratoires d'analyses	2 896	73	603	264	145	131		4 112
Autres soins et contrats	257					5		262
Transports de malades	3 126	26	90	42	17	65		3 365
Médicaments en ambulatoire	22 109	417	3 339	1 168	764	5 337		33 134
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	4 533	79	1 946	775	873	2 605		10 812
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	125 634	2 080	12 587	5 215	3 954	15 229		164 699
3-Soins de longue durée	15 154							15 154
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 211							1 211
Soins aux personnes âgées en établissement	6 246							6 246
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	7 697							7 697
4-Indemnités journalières	11 596							11 596
5-Autres dépenses en faveur des malades	413							413
6-Prévention	769	3 522					1 397	5 688
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 055	4 901				87	4 215	11 258
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 918							1 918
Subventions au système de soins	2 189							2 189
Remises conventionnelles	-271							-271
Recherche médicale et pharmaceutique		3 354					4 210	7 565
Formation	137	1 547				87	4	1 775
8-Coût de gestion de la santé	7 371	705	2 664	1 737	620		21	13 118
Dépense courante de santé (1+...+8)	162 992	11 209	15 251	6 952	4 573	15 316	5 632	221 926

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 9 DCS par type de financement en 2009

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	71 912	840	2 155	1 100	500	1 848		78 355
Hôpitaux du secteur public	55 666	765	1 562	748	340	1 130		60 211
Hôpitaux du secteur privé	16 246	75	593	352	160	718		18 144
2-Soins ambulatoires	57 696	1 296	10 763	4 421	3 607	13 697		91 480
Soins de ville	27 346	773	5 227	2 309	1 887	5 594		43 135
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 349	328	1 902	923	694	2 208		18 404
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	8 477	85	794	278	195	768		10 597
Soins dentaires	3 290	286	1 927	840	834	2 478		9 654
Laboratoires d'analyses	2 954	74	604	269	164	134		4 198
Autres soins et contrats	275					7		282
Transports de malades	3 322	28	92	47	20	58		3 568
Médicaments en ambulatoire	22 452	413	3 429	1 223	767	5 327		33 611
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	4 575	82	2 014	842	933	2 719		11 166
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	129 607	2 137	12 917	5 522	4 107	15 546		169 836
3-Soins de longue durée	16 561							16 561
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 311							1 311
Soins aux personnes âgées en établissement	7 214							7 214
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 035							8 035
4-Indemnités journalières	12 146							12 146
5-Autres dépenses en faveur des malades	433							433
6-Prévention	901	4 080					1 444	6 425
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 128	4 945				93	4 112	11 279
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1 987							1 987
Subventions au système de soins	2 226							2 226
Remises conventionnelles	-239							-239
Recherche médicale et pharmaceutique		3 275					4 108	7 383
Formation	141	1 670				93	5	1 909
8-Coût de gestion de la santé	7 704	733	2 662	1 812	625		18	13 554
Dépense courante de santé (1+...+8)	169 480	11 895	15 579	7 334	4 732	15 639	5 575	230 233

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 10 DCS par type de financement en 2010

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	73 469	884	2 343	1 253	534	1 833		80 315
Hôpitaux du secteur public	56 911	800	1 687	852	363	1 088		61 701
Hôpitaux du secteur privé	16 558	83	656	401	171	745		18 614
2-Soins ambulatoires	58 898	1 316	10 710	4 782	3 689	13 766		93 161
Soins de ville	27 826	788	5 244	2 497	1 915	5 602		43 873
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 294	321	1 862	980	685	2 084		18 227
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	8 932	88	797	309	208	779		11 112
Soins dentaires	3 318	305	1 954	917	863	2 631		9 988
Laboratoires d'analyses	2 999	75	631	291	159	103		4 258
Autres soins et contrats	283					5		288
Transports de malades	3 485	31	103	53	20	54		3 745
Médicaments en ambulatoire	22 709	413	3 265	1 294	759	5 279		33 720
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	4 878	84	2 098	938	995	2 831		11 825
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	132 368	2 199	13 053	6 035	4 223	15 599		173 477
3-Soins de longue durée	17 205							17 205
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 334							1 334
Soins aux personnes âgées en établissement	7 617							7 617
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 255							8 255
4-Indemnités journalières	12 621							12 621
5-Autres dépenses en faveur des malades	469							469
6-Prévention	799	3 477					1 449	5 725
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 222	5 151				91	3 928	11 392
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 114							2 114
Subventions au système de soins	2 397							2 397
Remises conventionnelles	-283							-283
Recherche médicale et pharmaceutique		3 426					3 923	7 349
Formation	107	1 725				91	5	1 928
8-Coût de gestion de la santé	7 654	761	2 873	1 912	669		28	13 898
Dépense courante de santé (1+...+8)	173 338	11 588	15 926	7 948	4 892	15 690	5 405	234 786

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 11 DCS par type de financement en 2011

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	75 185	946	2 385	1 318	615	2 009		82 457
Hôpitaux du secteur public	58 165	858	1 729	896	424	1 222		63 294
Hôpitaux du secteur privé	17 019	88	656	422	191	787		19 163
2-Soins ambulatoires	60 408	1 371	10 915	5 184	3 895	14 510		96 284
Soins de ville	28 828	823	5 480	2 717	2 024	5 855		45 727
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 769	338	1 996	1 088	735	2 053		18 978
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	9 327	93	840	338	219	970		11 786
Soins dentaires	3 372	315	2 006	982	902	2 703		10 280
Laboratoires d'analyses	3 072	76	638	310	168	129		4 393
Autres soins et contrats	289							290
Transports de malades	3 577	34	100	57	19	65		3 852
Médicaments en ambulatoire	22 923	423	3 065	1 324	760	5 722		34 217
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	5 079	92	2 269	1 086	1 093	2 869		12 488
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	135 593	2 317	13 299	6 502	4 509	16 519		178 741
3-Soins de longue durée	17 843							17 843
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 398							1 398
Soins aux personnes âgées en établissement	7 914							7 914
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 531							8 531
4-Indemnités journalières	12 829							12 829
5-Autres dépenses en faveur des malades	538							538
6-Prévention	723	3 492					1 479	5 694
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 340	5 196				101	4 041	11 678
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 218							2 218
Subventions au système de soins	2 562							2 562
Remises conventionnelles	-344							-344
Recherche médicale et pharmaceutique		3 419					4 035	7 454
Formation	122	1 777				101	6	2 005
8-Coût de gestion de la santé	7 617	808	3 056	2 134	759		34	14 408
Dépense courante de santé (1+...+8)	177 483	11 813	16 355	8 637	5 268	16 620	5 554	241 731

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 12 DCS par type de financement en 2012

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes d'é base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	77 073	956	2 460	1 276	663	2 135		84 564
Hôpitaux du secteur public	59 667	861	1 783	868	458	1 315		64 952
Hôpitaux du secteur privé	17 406	96	676	408	206	819		19 612
2-Soins ambulatoires	61 651	1 393	11 087	5 518	3 962	14 424		98 036
Soins de ville	29 796	845	5 581	2 875	2 041	5 914		47 051
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	12 862	343	2 059	1 121	705	2 000		19 089
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	9 964	100	868	366	219	1 087		12 604
Soins dentaires	3 397	326	2 057	1 077	939	2 684		10 480
Laboratoires d'analyses	3 030	76	597	312	177	143		4 335
Autres soins et contrats	542					1		543
Transports de malades	3 783	35	112	53	19	72		4 074
Médicaments en ambulatoire	22 755	415	2 946	1 320	725	5 704		33 864
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	5 317	98	2 448	1 270	1 178	2 734		13 047
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	138 724	2 350	13 547	6 794	4 625	16 559		182 600
3-Soins de longue durée	18 491							18 491
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 469							1 469
Soins aux personnes âgées en établissement	8 267							8 267
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	8 755							8 755
4-Indemnités journalières	12 766							12 766
5-Autres dépenses en faveur des malades	588							588
6-Prévention	739	3 488					1 467	5 694
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 522	5 369				106	3 883	11 879
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 408							2 408
Subventions au système de soins	2 716							2 716
Remises conventionnelles	-308							-308
Recherche médicale et pharmaceutique		3 556					3 874	7 430
Formation	113	1 813				106	9	2 041
8-Coût de gestion de la santé	7 613	846	3 207	2 123	782		39	14 610
Dépense courante de santé (1+...+8)	181 444	12 052	16 754	8 917	5 408	16 665	5 389	246 629

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 13 DCS par type de financement en 2013

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	78 951	1 044	2 511	1 373	698	2 103		86 680
Hôpitaux du secteur public	61 307	939	1 821	947	474	1 291		66 779
Hôpitaux du secteur privé	17 644	105	691	426	223	812		19 901
2-Soins ambulatoires	62 891	1 467	11 087	5 563	4 196	14 188		99 391
Soins de ville	30 749	889	5 654	2 897	2 151	5 952		48 291
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 107	362	2 081	1 132	740	1 954		19 375
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	10 611	105	918	399	228	1 135		13 396
Soins dentaires	3 413	341	2 078	1 061	994	2 707		10 595
Laboratoires d'analyses	3 034	81	577	305	188	155		4 340
Autres soins et contrats	584					1		584
Transports de malades	3 976	39	113	56	18	86		4 288
Médicaments en ambulatoire	22 514	437	2 764	1 290	691	5 558		33 253
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	5 652	103	2 557	1 319	1 335	2 593		13 559
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	141 842	2 511	13 598	6 935	4 893	16 291		186 071
3-Soins de longue durée	19 186							19 186
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 538							1 538
Soins aux personnes âgées en établissement	8 595							8 595
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 054							9 054
4-Indemnités journalières	12 816							12 816
5-Autres dépenses en faveur des malades	628							628
6-Prévention	865	3 431					1 540	5 836
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 729	5 493				109	3 885	12 215
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 574							2 574
Subventions au système de soins	3 001							3 001
Remises conventionnelles	-427							-427
Recherche médicale et pharmaceutique		3 621					3 875	7 495
Formation	155	1 872				109	10	2 146
8-Coût de gestion de la santé	7 806	898	3 320	2 283	784		39	15 128
Dépense courante de santé (1+...+8)	185 872	12 333	16 918	9 218	5 677	16 400	5 463	251 881

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 14 DCS par type de financement en 2014

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	81 165	1 038	2 579	1 380	726	2 182		89 069
Hôpitaux du secteur public	63 079	931	1 870	952	494	1 310		68 635
Hôpitaux du secteur privé	18 086	107	709	428	232	872		20 434
2-Soins ambulatoires	65 412	1 563	11 012	5 693	4 206	14 203		102 089
Soins de ville	31 760	938	5 638	2 963	2 194	5 912		49 406
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 525	381	2 085	1 171	752	1 898		19 812
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	11 141	112	927	418	241	1 239		14 078
Soins dentaires	3 462	361	2 048	1 067	1 008	2 638		10 584
Laboratoires d'analyses	3 017	85	579	308	192	136		4 315
Autres soins et contrats	616					1		616
Transports de malades	4 095	41	113	55	17	91		4 413
Médicaments en ambulatoire	23 561	473	2 649	1 278	682	5 504		34 147
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	5 995	111	2 612	1 396	1 314	2 696		14 123
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	146 577	2 601	13 590	7 073	4 932	16 385		191 158
3-Soins de longue durée	19 658							19 658
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 563							1 563
Soins aux personnes âgées en établissement	8 804							8 804
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 291							9 291
4-Indemnités journalières	13 353							13 353
5-Autres dépenses en faveur des malades	631							631
6-Prévention	835	3 417					1 566	5 818
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 591	5 502				111	3 915	12 118
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 394							2 394
Subventions au système de soins	3 500							3 500
Remises conventionnelles	-1 106							-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique		3 610					3 905	7 515
Formation	196	1 892				111	10	2 209
8-Coût de gestion de la santé	7 597	945	3 472	2 437	875			15 326
Dépense courante de santé (1+...+8)	191 242	12 465	17 063	9 510	5 807	16 496	5 480	258 063

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 15 DCS par type de financement en 2015

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	82 487	1 077	2 645	1 367	751	2 032		90 360
Hôpitaux du secteur public	64 181	965	1 918	943	511	1 206		69 724
Hôpitaux du secteur privé	18 307	111	727	424	240	826		20 635
2-Soins ambulatoires	66 613	1 644	11 070	5 840	4 285	14 231		103 683
Soins de ville	32 705	990	5 675	3 047	2 243	5 881		50 541
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	13 846	402	2 026	1 201	708	1 988		20 171
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	11 623	119	950	443	250	1 282		14 667
Soins dentaires	3 580	381	2 145	1 110	1 065	2 476		10 757
Laboratoires d'analyses	3 024	89	554	293	220	135		4 315
Autres soins et contrats	632					1		632
Transports de malades	4 278	43	106	50	18	108		4 604
Médicaments en ambulatoire	23 336	495	2 432	1 195	705	5 745		33 906
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	6 295	116	2 857	1 548	1 319	2 497		14 632
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	149 101	2 721	13 715	7 208	5 036	16 262		194 043
3-Soins de longue durée	20 070							20 070
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 583							1 583
Soins aux personnes âgées en établissement	8 995							8 995
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 492							9 492
4-Indemnités journalières	13 606							13 606
5-Autres dépenses en faveur des malades	622							622
6-Prévention	798	3 380				0	1 574	5 751
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 526	5 514				111	3 920	12 071
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 354							2 354
Subventions au système de soins	3 275							3 275
Remises conventionnelles	-921							-921
Recherche médicale et pharmaceutique		3 613					3 908	7 521
Formation	172	1 900				111	12	2 196
8-Coût de gestion de la santé	7 422	774	3 534	2 469	916		0	15 115
Dépense courante de santé (1+...+8)	194 145	12 388	17 249	9 677	5 952	16 374	5 494	261 279

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Tableau 16 DCS par type de financement en 2016

En millions d'euros

Postes de dépense	Publics		Privés					TOTAL
	Sécurité sociale (a)	Etat, collectivités locales et CMU-C organismes de base	Mutuelles (b)	Sociétés d'assurances (b)	Institutions de prévoyance (b)	Ménages	Autres	
1-Soins hospitaliers	84 408	1 103	2 612	1 327	762	2 137		92 350
Hôpitaux du secteur public	65 687	981	1 894	916	518	1 295		71 290
Hôpitaux du secteur privé	18 721	122	718	411	244	842		21 060
2-Soins ambulatoires	68 394	1 732	10 979	6 206	4 465	14 412		106 188
Soins de ville	33 864	1 040	5 661	3 225	2 379	6 046		52 216
Soins de médecins et de sages-femmes (c)	14 270	420	1 954	1 260	806	2 017		20 726
Soins d'auxiliaires médicaux (c)	12 138	126	968	445	275	1 365		15 317
Soins dentaires	3 677	400	2 171	1 202	1 106	2 516		11 073
Laboratoires d'analyses	3 112	94	569	318	192	148		4 433
Autres soins et contrats	668					1		668
Transports de malades	4 471	46	109	50	17	113		4 807
Médicaments en ambulatoire	23 416	523	2 370	1 176	704	5 812		34 002
Autres biens médicaux en ambulatoire (d)	6 643	122	2 838	1 754	1 364	2 442		15 163
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	152 802	2 835	13 591	7 533	5 227	16 549		198 538
3-Soins de longue durée	20 297							20 297
Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 597							1 597
Soins aux personnes âgées en établissement	9 146							9 146
Soins aux personnes handicapées en établissement et services	9 554							9 554
4-Indemnités journalières	14 019							14 019
5-Autres dépenses en faveur des malades	656							656
6-Prévention	781	3 392				0	1 588	5 761
7-Dépenses en faveur du système de soins	2 337	5 536				163	3 977	12 013
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 155							2 155
Subventions au système de soins	3 405							3 405
Remises conventionnelles	-1 250							-1 250
Recherche médicale et pharmaceutique		3 663				0	3 962	7 625
Formation	182	1 873				163	15	2 233
8-Coût de gestion de la santé	7 375	759	3 657	2 492	1 001			15 283
Dépense courante de santé (1+...+8)	198 266	12 523	17 247	10 025	6 229	16 713	5 565	266 568

(a) Y compris déficit des hôpitaux publics.

(b) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

(c) Y compris cures thermales.

(d) Optique, prothèses, orthèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

Source > DREES, Comptes de la santé.

Les dépenses de santé en 2016

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2017

En 2016, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 198,5 milliards d'euros. Son taux de croissance s'élève à 2,3 %. Elle progresse plus vite que le PIB (+1,6 %) renouant ainsi avec les années 2012-2014 et avec la période précédant la crise au cours de laquelle la CSBM croissait plus vite que ce dernier. La France consacre au total 11 % de son PIB à la santé, tout comme la Suède, l'Allemagne et les Pays-Bas.

La Sécurité sociale finance plus des trois quarts de la CSBM, et les organismes complémentaires 13,3 %. La part restant à la charge des ménages recule pour la cinquième année consécutive et atteint 8,3 % en 2016. Les ménages consacrent ainsi un peu moins de 250 euros par habitant à leur consommation de santé, soit moins que la plupart de leurs voisins européens.

Les dépenses de santé en 2016 – édition 2017 présentent également un dossier traitant des indices de prix des Comptes nationaux de la santé.

Dans la même collection **SANTÉ**

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

drees.solidarites-sante.gouv.fr