

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

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

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

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

Des fonctions de dépenses différenciées selon les prestataires de soins

La nomenclature de construction de la DCSi présente une ventilation des dépenses selon sa fonction (soins courants, services auxiliaires, etc.) et le prestataire (hôpital, médecin généraliste en cabinet de ville, etc.). Les prestataires ont tous une fonction prédominante mais concourent aussi

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

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

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

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

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

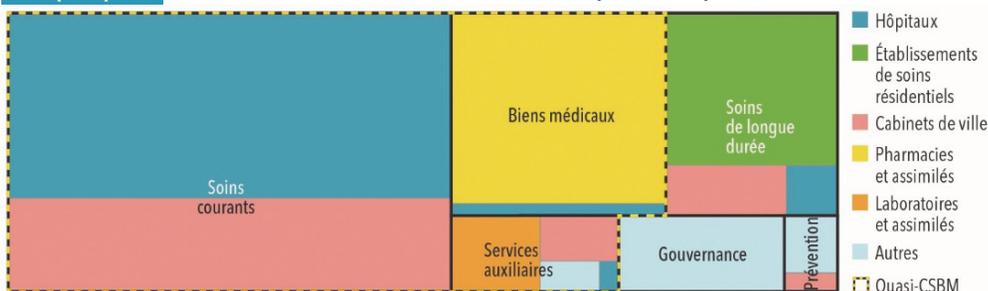
Tableau 1 Évolution de la dépense courante de santé au sens international

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

Note > L'ensemble des postes identifiés comme « quasi-CSBM » forment un agrégat conceptuellement très proche de la CSBM avec une surévaluation de l'ordre de 1 %. Voir annexe 1 pour plus de détails sur les postes.

Lecture > En 2018, la DCSi s'élève à 265,8 milliards d'euros, en hausse de 1,6 % par rapport à 2017. Les soins courants à l'hôpital progressent de 0,8 % en 2018 et représentent 35,6 % de la DCSi.

Sources > DREES, comptes de la santé pour la DCSi ; Insee pour le PIB.

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


Note > Les aires sont proportionnelles à la dépense totale. L'ensemble des postes identifiés comme « quasi-CSBM » forment un agrégat conceptuellement très proche de la CSBM avec une surévaluation de l'ordre de 1 %.

Lecture > En 2018, 67 % des soins courants sont délivrés à l'hôpital. Les soins de longue durée représentent 3 % des soins hospitaliers.

Sources > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Structure de la DCSi selon le financeur en 2018

En milliards d'euros

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

Note > « OC en contrats collectifs » et « OC en contrats individuels » désignent le financement des organismes complémentaires respectivement via des contrats collectifs et via des contrats individuels.

Lecture > En 2018, l'État finance pour 2,2 milliards d'euros de soins courants qui représentent 15,4 % des 14,3 milliards d'euros de financements de l'État et 1,5 % des 142,1 milliards d'euros de l'ensemble des soins courants.

Sources > DREES, comptes de la santé.