

Les organismes de Sécurité sociale sont les premiers financeurs des dépenses de santé, puisqu'ils ont pris en charge 77,8 % de la consommation de soins et biens médicaux en 2017. Arrivent en deuxième position les organismes complémentaires (13,2 %). Leur part dans le financement a légèrement diminué depuis 2013 en raison notamment de la réforme des contrats responsables ainsi que des mesures prises par les organismes pour limiter leurs dépenses. En 2017, l'État finance aussi 1,5 % des dépenses de santé, via différents dispositifs. En définitive, 7,5 % des dépenses de santé restent à la charge des ménages.

Trois types d'organismes de complémentaire santé

En France, une complémentaire santé est un contrat privé d'assurance dont l'objet principal est le remboursement de tout ou partie des frais médicaux des ménages non pris en charge par les organismes de Sécurité sociale et par l'État. Trois catégories d'organismes complémentaires peuvent gérer de tels contrats : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. En parallèle, les pouvoirs publics ont mis en place deux dispositifs permettant aux plus modestes d'accéder à une complémentaire santé : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005.

Les organismes de Sécurité sociale, acteurs majeurs du financement des dépenses de santé

Les organismes de Sécurité sociale sont les acteurs majeurs du financement des dépenses de santé. Ils ont en effet versé 155,1 milliards d'euros de prestations en 2017, soit 77,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Jusqu'en 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM s'est régulièrement érodée à la marge (*graphique 1*) en raison de mesures d'économies mises en place par l'Assurance maladie. Depuis 2011, elle augmente sous les effets du dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par les organismes de Sécurité sociale (soins hospitaliers, médicaments coûteux, etc.), du vieillissement de la population et de la progression du nombre de personnes en affection de longue durée (ALD).

Les organismes complémentaires financent 13,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux

Les organismes complémentaires interviennent sur l'ensemble du panier de soins remboursables. Ils prennent notamment en charge les tickets modérateurs et certains dépassements de tarifs de référence. Leur part dans le financement de l'optique, du dentaire et des audioprothèses (voir fiches 20 et 22) est particulièrement élevée.

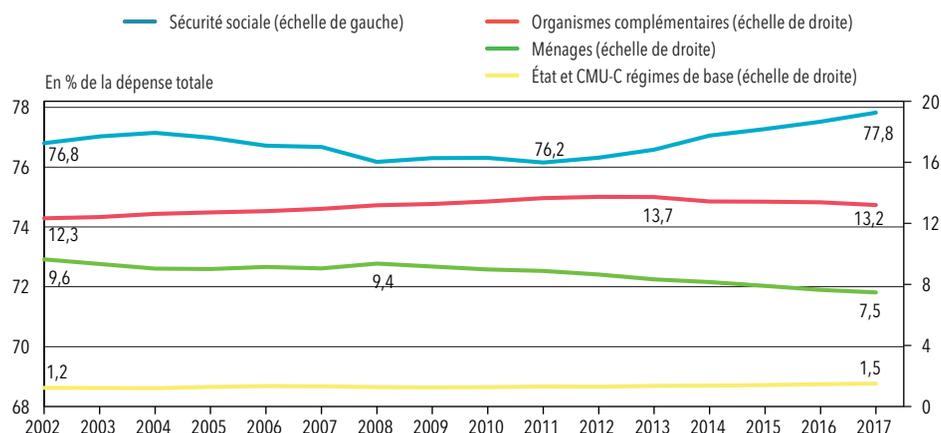
En 2017, les organismes complémentaires ont pris en charge 26,3 milliards d'euros de la CSBM, soit 13,2 % de cette dépense. Ils ont financé une part croissante de la CSBM jusqu'en 2013 où leur part culminait à 13,7 %. Les prestations qu'ils versent sont stables entre 2016 et 2017. De 2014 à 2016, elles avaient augmenté, mais moins vite que l'ensemble des dépenses (*graphique 2*). Aussi leur part dans le financement de la CSBM recule-t-elle légèrement depuis cette date (*encadré 1*). Deux facteurs peuvent expliquer ce recul. Outre le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par la Sécurité sociale, les organismes complémentaires ont mis en place des actions afin de modérer leurs dépenses (réseaux de soins aux tarifs négociés (fiche 09), « bonus » pour inciter les assurés à modérer leur consommation, etc.). La réforme des contrats responsables en 2015 a globalement accentué ce mouvement (prise en charge de l'optique pour les adultes une année sur deux, etc.). Hors du champ de la CSBM, les organismes ont aussi versé, en 2017, 1,7 milliard d'euros pour des prestations à la périphérie du système de soins (chambre particulière à l'hôpital, médecines alternatives, etc.).

En 2017, les mutuelles restent l'acteur principal du marché de la complémentaire santé, avec, à elles seules, 51 % des prestations des organismes complémentaires sur le champ de la CSBM (graphique 3). Elles perdent toutefois des parts de marché depuis de nombreuses années (-9 points depuis 2002), au profit quasi exclusif des sociétés d'assurances.

Deux dispositifs d'aide à la complémentaire santé

La CMU-C est une complémentaire santé gratuite attribuée sous condition de ressources (voir fiche 16). En 2017, 90 % des bénéficiaires de la CMU-C en ont confié la gestion à leur régime de base et 10 % à un organisme complémentaire. L'ACS (voir fiche 17) est

Graphique 1 Part des différents financeurs de la consommation de soins et de biens médicaux de 2002 à 2017



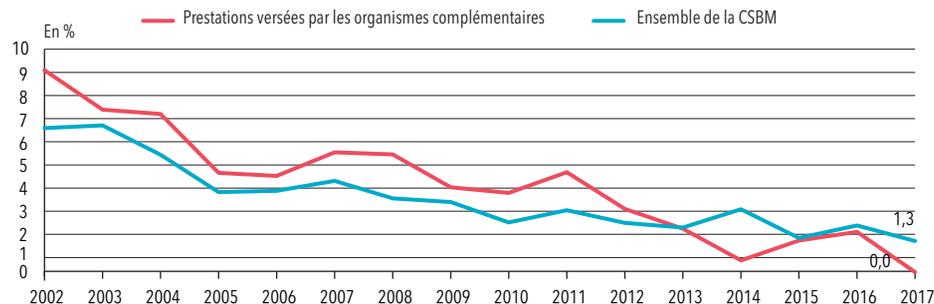
Note > Lorsque le bénéficiaire a choisi un régime de base pour gérer sa CMU-C, ses dépenses liées à la CMU-C sont comptabilisées dans « État et CMU-C régimes de base ». Lorsqu'il a choisi un organisme complémentaire, elles sont incluses dans « organismes complémentaires ».

Lecture > En 2017, les organismes complémentaires prennent en charge 13,2 % de la CSBM (échelle de droite), tandis que la Sécurité sociale prend en charge 77,8 % de la CSBM (échelle de gauche).

Champ > Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Source > DREES, Comptes de la santé.

Graphique 2 Croissance annuelle de l'ensemble de la CSBM et des prestations santé versées par les organismes complémentaires



Lecture > En 2017, le niveau des prestations versées par les organismes complémentaires est stable, alors que les prestations de l'ensemble de la CSBM augmentent de 1,3 %.

Champ > Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Source > DREES, Comptes de la santé.

une aide financière au paiement des cotisations d'un contrat de complémentaire santé privé. Elle s'adresse aux personnes dont les revenus sont modestes mais supérieurs jusqu'à 35 % au seuil d'éligibilité à la CMU-C. Depuis le 1^{er} juillet 2015, les contrats éligibles à l'ACS doivent faire partie de la liste des contrats homologués par les pouvoirs publics après un appel d'offres.

Ces deux dispositifs sont financés par le Fonds CMU, à l'aide du produit de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, collectée par les organismes complémentaires à son profit (2,6 milliards d'euros en 2017). Cette taxe devient l'unique source de financement du Fonds CMU en 2017, ce dernier ne recevant plus de fraction du produit de la

taxe sur le tabac. En 2017, le Fonds CMU a reversé 2,5 milliards d'euros aux régimes de base et aux organismes complémentaires au titre de leur gestion de la CMU-C et de l'ACS.

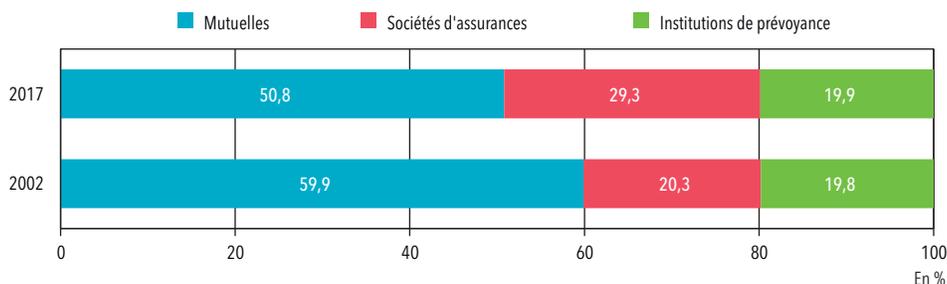
Par ailleurs, l'État intervient également dans la prise en charge des soins de santé à travers différents dispositifs (aide médicale d'État pour les personnes en situation irrégulière, par exemple). Au total, en 2017, l'État (y compris la CMU-C prise en charge par les régimes de base) a financé 1,5 % de la CSBM.

Après remboursement de ces différents acteurs du système de santé, 7,5 % de la CSBM reste donc à la charge des ménages. Ce reste à charge diminue depuis 2008, date à laquelle il s'élevait à 9,4 % de la CSBM. ■

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

La CSBM représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Il s'agit des soins hospitaliers, des soins de ville, c'est-à-dire en cabinets libéraux ou en dispensaires (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, laboratoires, etc.), le transport de malades, les médicaments en ambulatoire et les autres biens médicaux (y compris l'optique). Contrairement à d'autres mesures de la dépense de santé, la CSBM n'inclut pas certains soins, considérés périphériques du système de santé (recours à un ostéopathe, à un psychologue, etc.) ou relevant davantage du confort que du soin (chambre particulière à l'hôpital, par exemple). Les organismes complémentaires les prennent parfois en charge. Enfin, la CSBM n'intègre pas les dépenses relatives aux soins de longue durée, ni les coûts de gestion et de fonctionnement du système de santé.

Graphique 3 Répartition des prestations santé versées par les trois catégories d'organismes complémentaires en 2002 et 2017, sur le champ de la CSBM



Lecture > En 2017, 50,8 % des prestations santé des organismes complémentaires ont été versées par des mutuelles.

Champ > Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Source > DREES, Comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > **Fonds CMU** (2017). Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, *Rapport d'activité 2017*.
- > **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J.-C., Mikou, M. et Ferretti, C.** (2018). *Les dépenses de santé en 2017. Résultats des comptes de la santé (édition 2018)*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DRESS-santé.
- > **Grangier, J., Mikou, M., Roussel, R., Solard, J.** (2017, septembre). Les facteurs démographiques contribuent à la moitié de la hausse des dépenses de santé de 2011 à 2015. DREES, *Études et Résultats*, 1025.