

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)

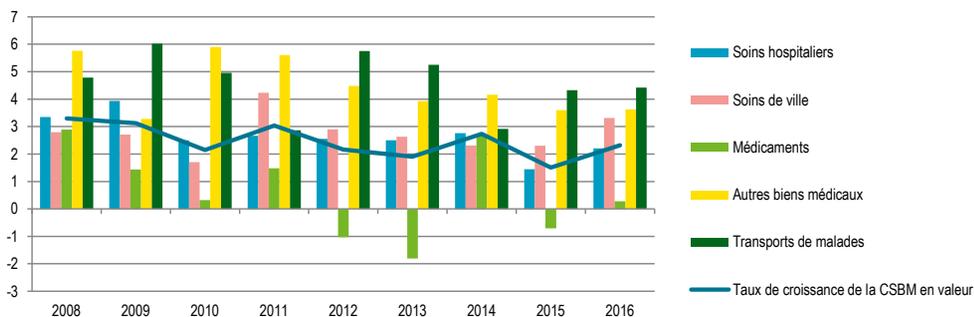
La consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes pris en charge au titre des affections 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 %.

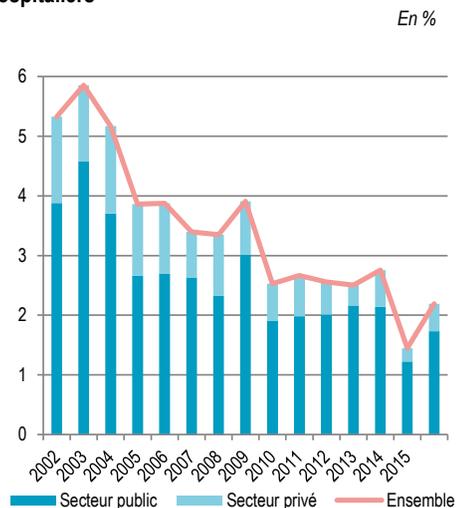
Les soins hospitaliers augmentent de 2,2 % en 2016

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

En %



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 y 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.

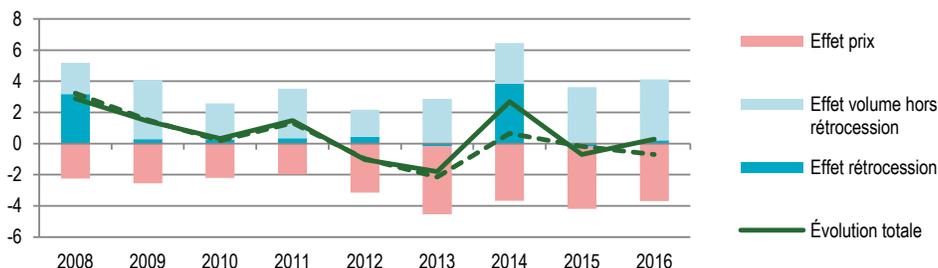
⁶ Cette dépense comprend les honoraires des médecins en cabinets libéraux et en dispensaires (tarifs opposables, dépassements et forfaits médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus 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 remboursements, 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 %.

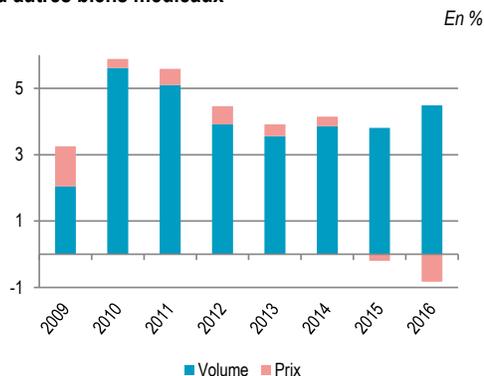
En revanche, la dépense d'optique médicale, qui progressait fortement dans les années 2000, a nettement ralenti depuis 2013. La modération de la dépense tient à la fois au ralentissement des prix et des volumes. En 2016, la dépense

¹⁰ 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)

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.

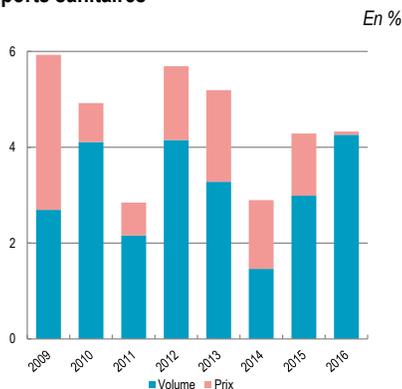
d'optique augmente de 0,5 % (après +1,2 % en 2015) pour s'établir à 6,2 milliards d'euros. En volume, le ralentissement est un peu moins marqué, la croissance passant de +1,6 % en 2015 à +1,0 % en 2016. En revanche, la baisse des prix s'accroît : -0,5 % en 2016 contre -0,3 % en 2015. Plusieurs éléments 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 (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).

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.

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

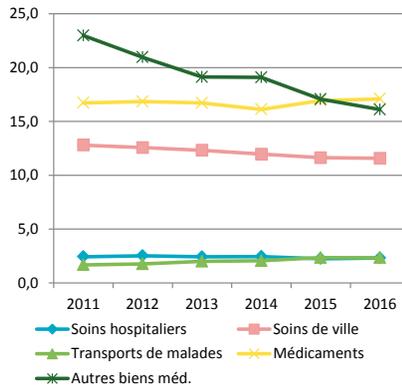
En %

	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 %



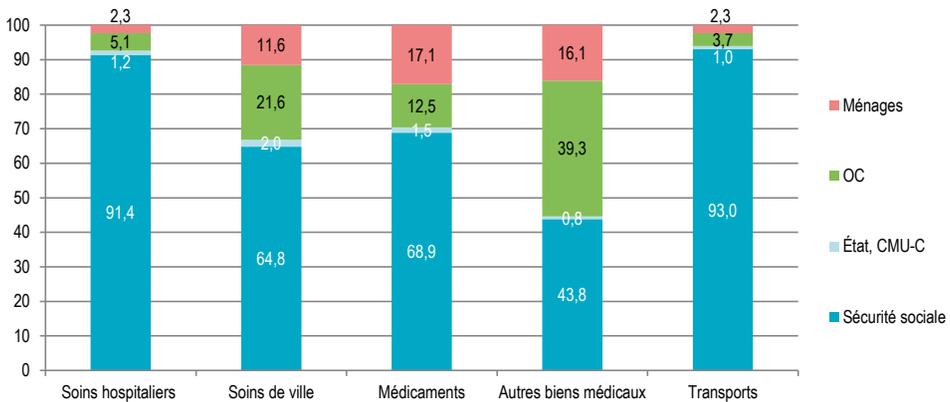
Source > DREES, comptes de la santé.

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.

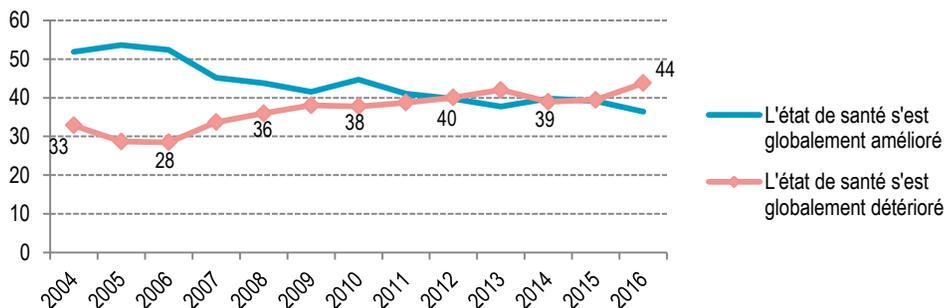
La qualité des soins délivrés par les médecins et les infirmiers particulièrement appréciée par les Français

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 lesquelles les Français sont interrogés, au plus 1 personne sur 7 ne 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

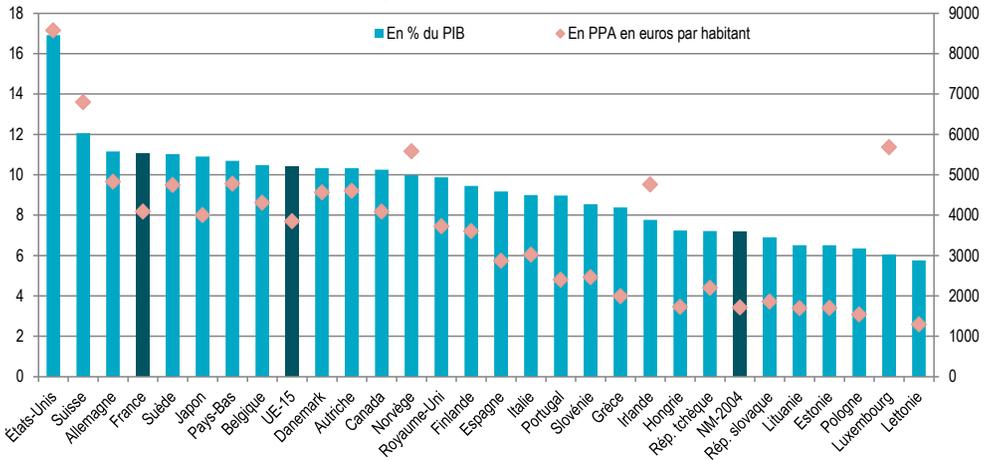
Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi [voir encadré 3]) qui représente 17 % de son PIB en 2015 et en particulier les dépenses les plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE. Près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

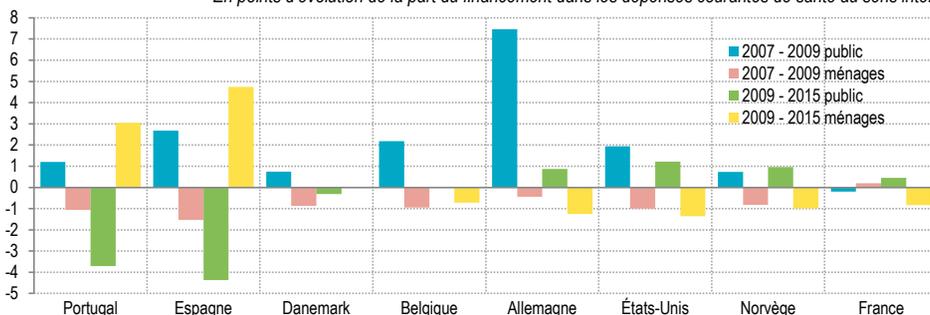
Dans la plupart des pays, des exemptions partielles ou totales de participations financières sont prévues pour des populations spécifiques, afin de garantir leur accès aux soins. Toutefois, en 2015 dans les pays de l'UE-15, 15 % de la dépense courante de santé au sens international reste en moyenne à 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'efficacité 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

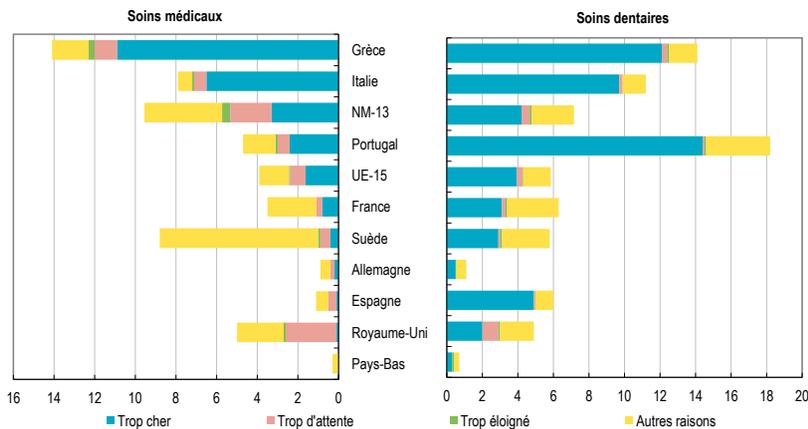
En 2015, 4 % de la population de l'UE-15 renonce à des soins médicaux et près de 6 % à des soins dentaires (fiche 47). Les taux de renoncement déclarés aux soins médicaux sont élevés en Grèce, dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004, en Suède et en Italie. Ils sont légèrement inférieurs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