

D. L'articulation de la CSBM avec les principaux agrégats de dépense

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'établit à 190,6 milliards d'euros en 2014.

Elle est majoritairement constituée de **la dépense remboursée**, qui représente les prestations versées par les organismes de Sécurité sociale (146,0 milliards d'euros, soit 76,6 % de la CSBM) et par l'État (aide médicale d'État, invalides de guerre, soins urgents des personnes en situation irrégulière – 0,9 milliard d'euros, soit 0,5 % de la CSBM). Au total, la dépense remboursée s'établit à 146,9 milliards d'euros en 2014 (*tableau D1.1*).

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 dépense :

- **Le ticket modérateur, le forfait journalier, les participations forfaitaires et les franchises** représentent 21,0 milliards d'euros en 2014, soit 11,0 % de la CSBM. Ces éléments permettent 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 (2,9 milliards d'euros) et de la différence entre la dépense réellement facturée et la base de remboursement des prothèses dentaires et des biens médicaux (11,5 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 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 95,7 % 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... La **CSBM** est égale à la somme de la dépense présentée et de la dépense non remboursable ou non présentée au remboursement (8,2 milliards, soit 4,3 % de la CSBM).

La structure de ces dépenses diffère fortement selon le type de soins considéré (*graphique D1.2*) :

Les dépenses de soins hospitaliers sont principalement remboursées par l'Assurance maladie et l'État (91,8 % de la consommation – hors chambres particulières, non incluses dans la CSBM). En établissements de santé, le ticket modérateur et le forfait journalier représentent en moyenne 6,6 % de la consommation ; en revanche, les dépassements sont globalement faibles sur ce poste (1,0 %), de même que la dépense non remboursable ou non présentée (0,6 %).

Le taux global de remboursement de l'Assurance maladie et de l'État atteint 64,1 % de la consommation en 2014 sur les soins de ville au sens des Comptes de la santé (hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades). Les diverses participations financières représentent 16,3 % de cette consommation. Elles s'ajoutent aux dépassements et à la dépense non remboursable ou non présentée qui représentent respectivement 13,6 % et 6,0 % des dépenses de soins de ville.

Sur le médicament, le taux global de remboursement par la Sécurité sociale et l'État est de 69,3 % en 2014, tandis que le ticket modérateur et les franchises représentent 17,1 % de la consommation. Par ailleurs, les médicaments non remboursables et l'automédication (médicaments remboursables non prescrits), et marginalement les médicaments non présentés, représentent au total 13,6 % de la consommation en 2014.

La fraction des dépenses remboursées par la Sécurité sociale et l'État pour les autres biens médicaux atteint 43,5 % en 2014 : le taux de remboursement est très faible pour l'optique (4,2 %) et nettement plus important pour les autres biens (71,5 %). Les dépassements par rapport à la base de remboursement sont très importants sur ce poste (principalement pour l'optique) puisqu'ils représentent 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 remboursement est de 93,2 %. Ce haut niveau de prise en charge s'explique par la proportion très importante de patients en affection de longue durée (ALD), remboursés à 100 %, qui ont recours à ce service.

POUR EN SAVOIR PLUS

Éclairage « Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire (AMO) dans les dépenses de santé en France ? »

D1.1 CSBM et dépense remboursée par la Sécurité sociale et l'État en 2014

En milliards d'euros

	Dépense de base remboursée (S.S. + État)*	Ticket modérateur forfait journalier, participations forfaitaires, franchises**	Dépense reconnue	Dépassements	Dépense présentée au remboursement	Dépense non remboursable ou non présentée au remboursement	CSBM
Soins hospitaliers	81,3	5,9	87,2	0,9	88,1	0,5	88,6
Soins hospitaliers - Sect. public	63,2	5,0	68,3	0,0	68,3	0,0	68,3
Soins hospitaliers - Sect. privé	18,1	0,8	18,9	0,9	19,8	0,5	20,3
Soins de ville	32,0	8,1	40,2	6,8	47,0	3,0	50,0
Soins de médecins	13,5	3,9	17,4	1,9	19,4	0,8	20,1
Soins d'auxiliaires médicaux	11,2	1,9	13,0	0,1	13,1	1,0	14,1
Soins de dentistes	3,5	1,1	4,6	4,8	9,3	1,3	10,6
Autres soins et contrats	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9	0,0	0,9
Analyses	3,0	1,2	4,2	0,0	4,2	0,0	4,2
Transports de malades	4,1	0,2	4,3	0,0	4,3	0,1	4,4
Médicaments	23,5	5,8	29,3	0,0	29,3	4,6	33,9
Autres biens médicaux ***	6,0	1,0	7,0	6,8	13,8	0,0	13,8
CSBM	146,9	21,0	168,0	14,5	182,5	8,2	190,6

* 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 colonne suivante.

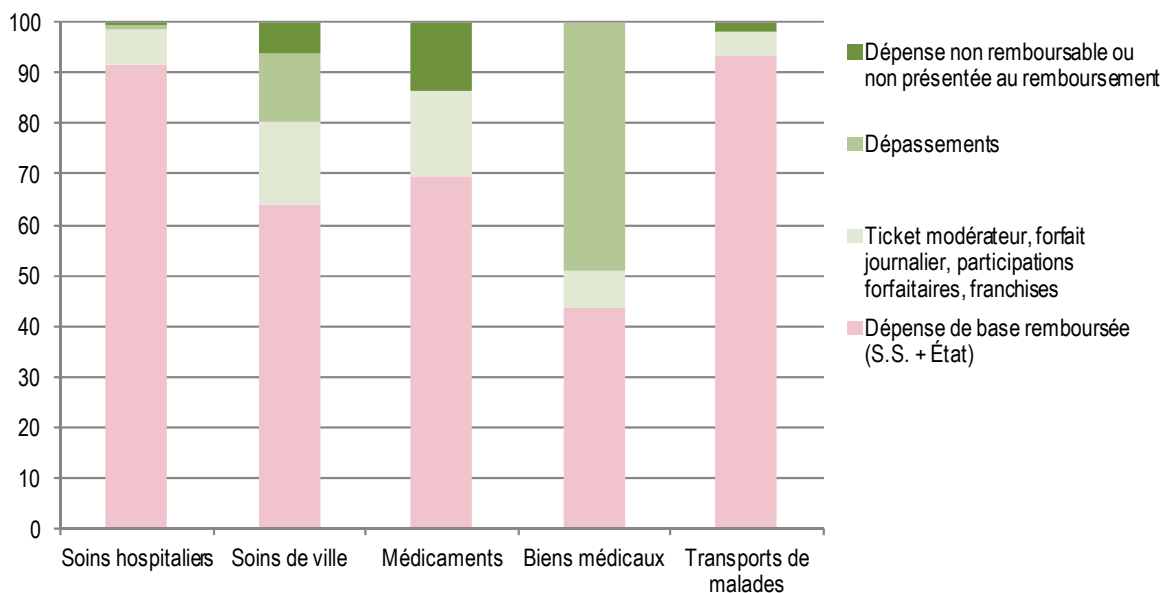
** Y compris remboursements au titre de la CMU-C organismes de base.

*** Pour les « autres biens médicaux », les Comptes de la santé ne retracent que les biens présentés au remboursement.

Source : DREES – Comptes de la santé.

D1.2 Part des différentes composantes de la dépense dans la CSBM selon le type de soins en 2014

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 provisoire de l'état de santé. Elle recouvre l'ensemble de ces soins, que ceux-ci soient financés par la Sécurité sociale, l'État, les organismes complémentaires ou les ménages eux-mêmes. Elle s'élève à 190,6 milliards d'euros en 2014 (*tableau D1.1*).

La CSBM regroupe :

- la consommation de soins hospitaliers (hors USLD), y compris les consultations externes des médecins hospitaliers publics, la totalité des honoraires des médecins libéraux perçus en établissement privé ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins, les dentistes, les auxiliaires médicaux, les analyses médicales et les cures thermales et autres soins et contrats) ;
- la consommation de transports de malades ;
- la consommation de médicaments et d'autres biens médicaux.

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est un outil de régulation des dépenses de l'Assurance maladie. Depuis 1997, il 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 177,9 milliards en 2014 lors de la Commission des comptes de la Sécurité sociale de juin 2015 (*tableau D1.2*).

Depuis 2014, 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 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 regroupent les dépenses relatives 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 établissement de santé qui concernent les soins de suite et de réadaptation, les soins de psychiatrie des établissements publics et privés, les hôpitaux locaux, les 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 et celles pour personnes handicapées ;

- 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 ;
- les dépenses du fonds d'intervention régional (FIR).

Le champ de la CSBM diffère de celui de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). 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 DCS :

- des indemnités journalières (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 (FIR autre 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 médicaments (et dispositifs médicaux) versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie, 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 (dépenses d'investissement...) :

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

Par ailleurs, le très faible écart d'évaluation entre la CSBM et l'ONDAM est en grande partie lié à la différence de concept sur l'hôpital public.

Enfin, 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 2014 à 256,9 milliards d'euros.

POUR EN SAVOIR PLUS

Annexe 1 de ce rapport.

Rapport à la Commission des comptes de la Sécurité sociale – résultats 2014, prévisions 2015, juin 2015.

D2.1 Dépense courante de santé (au sens français)

	En milliards d'euros	
	2014	dont Sécurité sociale au sens des Comptes de la santé (1)
CSBM	190,6	146,1
Soins hospitaliers	88,6	80,7
Secteur public (2)	68,3	62,6
Secteur privé	20,3	18,0
Soins ambulatoires	102,1	65,4
Soins de ville	50,0	31,9
Médicaments	33,9	23,4
Autres biens médicaux	13,8	6,0
Transports de malades	4,4	4,1
Dépense courante de santé (DCS)	256,9	190,1
CSBM	190,6	146,1
Soins de longue durée	19,7	19,7
SSIAD	1,6	1,6
Soins aux personnes âgées en étab.	8,8	8,8
Soins aux pers. handicapées en étab.	9,3	9,3
Indemnités journalières (3)	13,3	13,3
Autres dépenses de santé	0,6	0,0
Prévention institutionnelle	5,8	0,7
Dépenses en faveur du système de soins	11,9	2,4
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,4	2,4
Recherche médicale et pharmaceutique	7,5	0,0
Formation des professionnels de santé	2,0	0,0
Coût de gestion de la santé	14,9	7,2

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

(2) Y compris le déficit des hôpitaux publics.

(3) IJ des régimes de base, hors Fonction publique (non disponibles).

Source : DREES – Comptes de la santé.

D2.2 ONDAM

	En milliards d'euros
	2014
ONDAM Ville - Hôpital	155,6
Soins hospitaliers	74,8
y. c. FMESPP	0,1
y. c. USLD (1)	1,0
Soins de ville	80,8
y. c. indemnités journalières maladie et AT (1) (2)	10,0
y. c. cotis. sociales des professionnels de santé (1)	2,6
y. c. Fonds d'action conventionnelle (FAC)	0,1
FIR	3,0
ONDAM médico-social	17,5
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes âgées (1)	8,5
Contribution de l'Assurance maladie aux dépenses en étab. et services pour personnes handicapées (1)	9,0
Autres prises en charge	1,7
FIQCS (1) + Soins des ressortissants français à l'étranger + Établissements médico-sociaux hors champ CNSA (1) (3) + autres dotations aux fonds (1)	
ONDAM total	177,9

(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 juin 2015.

D2.3 Passage de la CSBM à l'ONDAM

	En milliards d'euros
	2014
Part de la CSBM financée par la Sécurité sociale (1)	146,1
- Prestations complémentaires obligatoires Alsace-Moselle et CAMIEG	-0,6
Part de la CSBM sur le champ de l'ONDAM	145,5
Postes de l'ONDAM retracés dans la DCS	31,6
- Remises conventionnelles sur médicaments et dispositifs médicaux	-1,1
+ 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)	10,0
+ ONDAM personnes âgées + USLD	9,5
+ ONDAM personnes handicapées	9,0
+ Prise en charge des cotisations des professionnels de santé	2,6
+ Autres prises en charge incluses dans la DCS (2)	1,1
Socle commun de la DCS et de l'ONDAM	177,1
Dépenses de l'ONDAM hors CSBM et hors DCS	0,8
+ Dotations à différents fonds (FMESPP, FAC)	0,2
+ Autres prises en charge non incluses dans la DCS (3)	0,7
+ Prestations diverses	0,0
- Écart d'évaluation	-0,1
ONDAM	177,9

(1) Y compris le 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, à l'ATIH...

(3) Soins des ressortissants français à l'étranger.

Sources : DREES, Comptes de la santé ; CCSS de juin 2015 pour l'ONDAM.

Le marché pharmaceutique correspond au chiffre d'affaires hors taxes des entreprises du médicament. Il est donc valorisé aux prix fabricants hors taxes.

Le marché pharmaceutique français représente 53,1 milliards d'euros en 2014 (*graphique D3.1*). Au sein de ce marché, les importations représentent 19 milliards d'euros en 2014, soit plus du tiers du marché total.

Les exportations représentent un peu moins de la moitié du marché français (25,0 milliards). Le reste, les ventes en France entière, s'élève à 28,1 milliards d'euros, dont les trois quarts sont destinés aux officines, et un quart aux établissements de santé (*figure D3.2*).

En 2014, le marché des officines représente 20,7 milliards d'euros. Il est constitué à 91 % en valeur de médicaments remboursables et à 9 % de médicaments non remboursables (respectivement 19 et 2 milliards d'euros). Ces montants sont valorisés au prix fabricant hors taxes, qui est plus bas que le prix public.

Du marché du médicament à la consommation totale

À la différence du marché pharmaceutique, la consommation de médicaments est valorisée au prix public dans les Comptes de la santé. Ce prix inclut notamment la TVA, ainsi que les marges des grossistes répartiteurs et des distributeurs pour les produits délivrés en officine.

La consommation totale de médicaments s'élève en 2014 à 38,5 milliards d'euros TTC, dont 33,9 milliards en ville et environ 4,6 milliards à l'hôpital. Les médicaments rétrocédés, c'est-à-dire délivrés par les pharmacies hospitalières pour des patients non hospitalisés, sont comptabilisés avec la consommation en ville. Leur montant a progressé de plus de 50 % en 2014 à la suite de l'introduction de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, disponibles exclusivement en rétrocession. En ville, les médicaments remboursables représentent 81 % de la consommation, les médicaments non remboursables 11 % et les médicaments rétrocédés 8 %.

De la consommation totale au remboursement de l'Assurance maladie

Si les médicaments rétrocédés 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 intégralement à la charge des ménages et des organismes complémentaires, de même que les médicaments remboursables acquis sans prescription d'un professionnel de santé (*figure D3.3*).

D'autre part, les assurés et les organismes complémentaires prennent également en charge le ticket modérateur sur les produits remboursables achetés sur ordonnance. Le taux de remboursement de l'Assurance maladie varie en effet entre 15 % et 100 % selon les spécialités. De plus, les achats de médicaments donnent lieu à une franchise qui est à la charge du patient et ne peut être remboursée par les organismes complémentaires. La franchise s'élève à 0,5 euro par boîte de médicament, sous un plafond annuel de 50 euros par patient (plafond commun aux médicaments, actes paramédicaux et transports sanitaires).

Enfin, les médicaments non présentés au remboursement ne peuvent, par définition, être remboursés.

Le montant des dépenses de médicaments remboursées par l'Assurance maladie en soins de ville s'élève ainsi à 23,4 milliards d'euros en 2014, dont 20,5 milliards pour les médicaments délivrés en officine et 2,9 milliards pour les médicaments rétrocédés. 450 millions d'euros de dépenses sont par ailleurs pris en charge par les pouvoirs publics à des titres divers (CMU-C, aides d'urgence...). Le solde de 10,0 milliards d'euros est laissé à la charge des ménages et des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

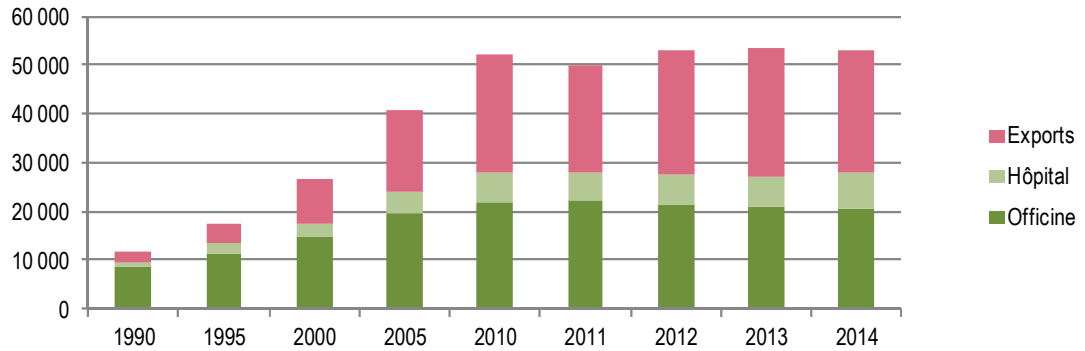
POUR EN SAVOIR PLUS

Bilan économique des entreprises du médicament, LEEM, 2015.

Pilorge C., 2015, « En 2014, la décroissance du marché de ville des médicaments remboursables hors rétrocession se poursuit mais faiblit », éclairage dans cet ouvrage.

D3.1 Le marché du médicament en France

En millions d'euros



Source : LEEM – GERS

D3.2 Du marché pharmaceutique à la consommation totale en 2014 en France

En milliards d'euros

Marché pharmaceutique (chiffre d'affaires HT, prix fabricant) 53,1	Exports 25,0	Ventes en France 28,1		
		Officine : 20,7		Hôpital : 7,4
		Médicaments remboursables *	Médicaments non remboursables	
dont imports 19		18,7	1,9	

Consommation totale (ville : prix public) 38,5	Ville : 33,9			Hôpital **: 4,6
	Médicaments remboursables	Médicaments non remboursables	Médicaments rétrocedés	
	27,3	3,7	2,9	

Champ : France entière.

* Dont 0,2 Md€ de médicaments homéopathiques ajoutés aux données du GERS. Ce montant est ajouté ici, contrairement à la fiche A18.

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

Sources : LEEM – GERS pour le marché pharmaceutique ; calculs DREES – Comptes de la santé pour la consommation.

D3.3 Structure de la consommation de médicaments en ville en 2014

En millions d'euros

Consommation totale de médicaments en ville		33 903
Dépense reconnue	29 306	Autres dépenses de médicaments 4 597
Remboursement de l'assurance maladie (y compris rétrocession)	23 415	Médicaments non remboursables
Remboursement de l'État et des collectivités locales	92	Médicaments remboursables non présentés au remboursement ou achetés sans prescription
Remboursement de la CMU-C organismes de base	358	890
Ticket modérateur, franchises	5 442	

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

Champ : France entière.

Source : DREES – Comptes de la santé.