

VUE D'ENSEMBLE

En 2014, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), c'est-à-dire la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, est évaluée à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 8,9 % du PIB en 2014 ; ce pourcentage croît légèrement depuis 2012. Sur la période 2006-2014, le rythme de croissance en valeur de la CSBM a connu un ralentissement sensible : il était de +4,0 % en 2007, il s'est établi à +3,1 % en 2008 et 2009, et reste inférieur à +3 % depuis cinq ans. Il est néanmoins légèrement plus élevé en 2014 (+2,5 %) qu'en 2013 et 2012.

Cette dépense est financée à 76,6 % par l'Assurance maladie. Cette part a crû de 0,7 point entre 2011 et 2014, en raison du dynamisme des dépenses qu'elle prend le plus en charge (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports sanitaires, médicaments coûteux – en particulier rétrocession hospitalière) et de la progression continue du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur. À l'inverse, phénomène nouveau, la part des organismes complémentaires diminue légèrement, et représente 13,5 % de la dépense en 2014.

Le reste à charge des ménages s'établit en 2014 à 8,5 %. Pour la troisième année consécutive, il baisse de 0,2 point, par contrecoup de l'évolution constatée sur les autres financeurs.

Quant à la dépense courante de santé (DCS), c'est-à-dire la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé, elle s'élève à 256,9 milliards d'euros en 2014, soit 12,0 % du PIB. Cette dépense représente environ 3 900 euros par habitant.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) en France représente 10,9 % du PIB en 2013, dernière année disponible en comparaison internationale. La France se place ainsi en sixième position au sein de l'OCDE, loin derrière les États-Unis et à un niveau très proche des Pays-Bas, de la Suisse, de la Suède et de l'Allemagne.

En 2014, la dynamique de la dépense de santé est portée par celle du médicament et le reste à charge des ménages continue de se réduire

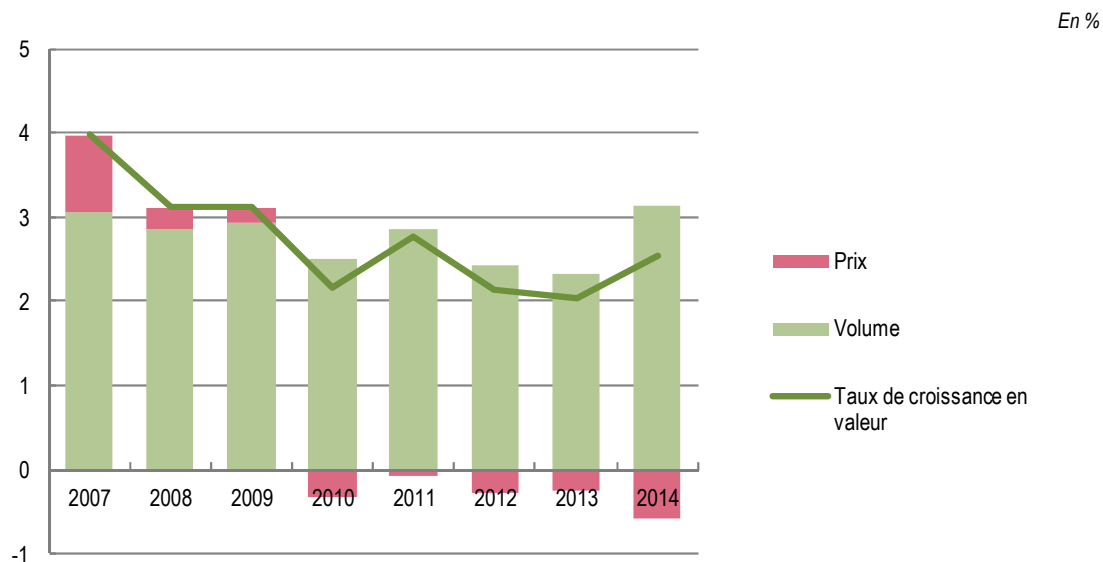
Une dépense de santé moyenne de 2 900 euros par habitant...

En 2014, la **consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)**, qui représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, est évaluée à 190,6 milliards d'euros, soit près de 2 900 euros par habitant.

Au début des années 2000, la CSBM progressait à un rythme de l'ordre de 5,0 % à 6,0 % par an. Suite aux mesures d'économie et de régulation prises depuis, sa croissance a sensiblement ralenti : elle était de +4,0 % en 2007 ; elle s'est établie à +3,1 % en 2008 et 2009 et reste inférieure à +3 % depuis cinq ans (*graphique 1*). Néanmoins, la CSBM croît légèrement plus rapidement en 2014 (+2,5 %) qu'en 2013 (+2,0 %) et en 2012 (+2,1 %). La légère accélération de 2014 est en partie due aux nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C qui dynamisent la consommation de médicaments.

La CSBM représente ainsi 8,9 % du PIB en 2014 ; ce pourcentage croît légèrement depuis 2012.

Graphique 1 – Taux de croissance de la CSBM



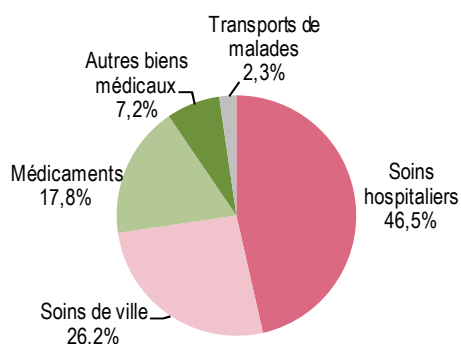
Source : DREES, *Comptes de la santé*.

La consommation de soins et de biens médicaux comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris les honoraires perçus par les médecins libéraux en établissement privé (qu'il s'agisse ou non d'une hospitalisation complète), pour 46,5 % du total (*graphique 2*);
- la consommation de soins de ville : soins en cabinets libéraux et en dispensaires, soins de laboratoires et cures thermales, pour 26,2 % du total¹ ;
- la consommation de médicaments, qui représente 17,8 % de la dépense ;
- la consommation d'autres biens médicaux, pour 7,2 % de la dépense ;
- et la consommation de transports de malades, 2,3 % du total.

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

Graphique 2 – Structure de la CSBM en 2014

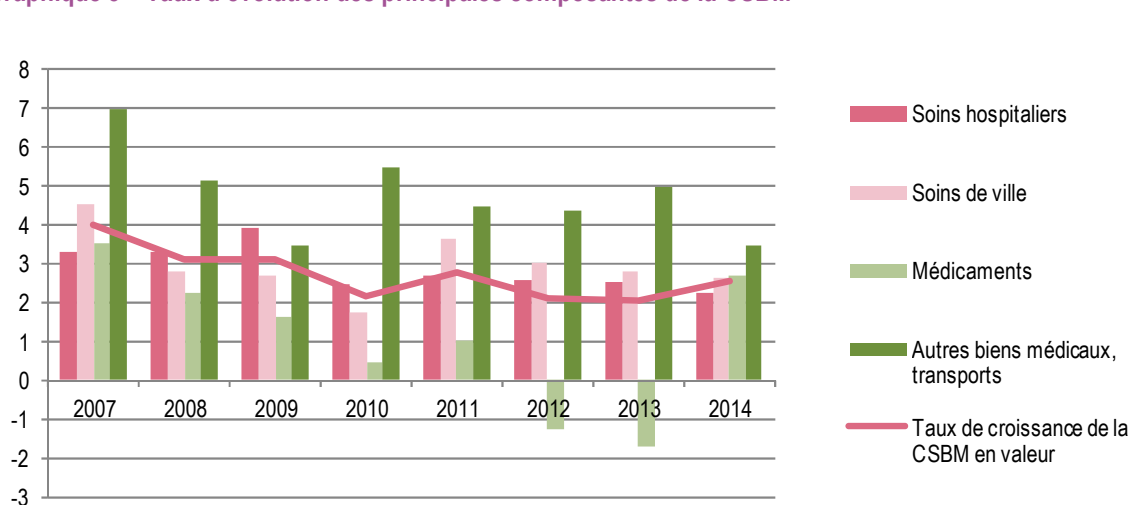


Source : DREES, Comptes de la santé.

... à la dynamique soutenue par le médicament en 2014

Quatre des cinq composantes de la CSBM progressent moins vite en 2014 qu'en 2013 : les soins hospitaliers, les soins de ville, les dépenses d'autres biens médicaux et celles de transports (*graphique 3*). En revanche, après deux années historiques de recul en 2012 et 2013, les dépenses de médicaments en valeur repartent à la hausse en 2014. Cette rupture est due à l'introduction des traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, qui accroissent de plus de 80 % le montant de la rétrocession hospitalière.

Graphique 3 – Taux d'évolution des principales composantes de la CSBM



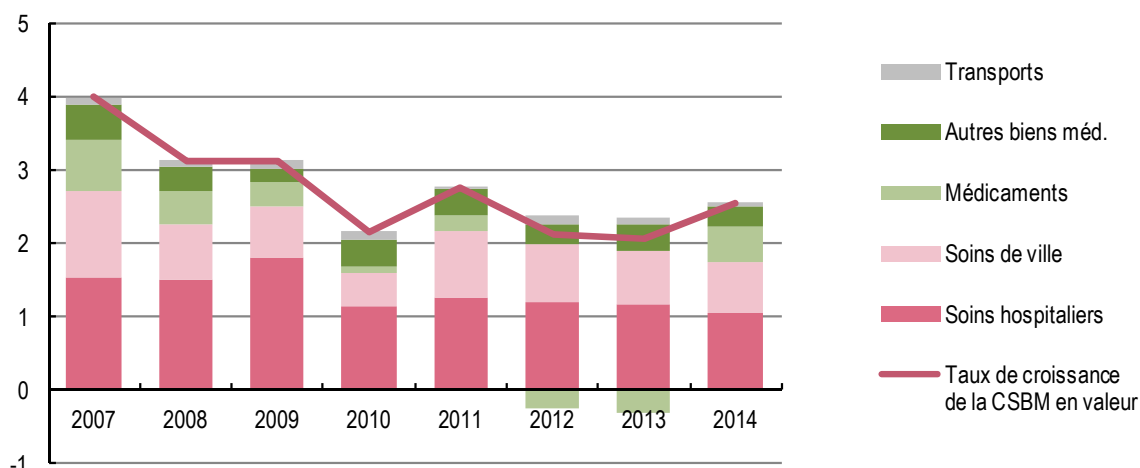
Source : DREES, Comptes de la santé.

À l'image des années précédentes, ce sont les soins hospitaliers qui ont le plus contribué² à la croissance en valeur de la consommation de soins et de biens médicaux en 2014 (+1,0 point) [*graphique 4*], compte tenu de leur poids important dans la consommation. Viennent ensuite les soins de ville (+0,7 point). En 2014, la contribution des médicaments est positive (+0,5 point). Enfin, la croissance de la CSBM est tirée à la hausse par les transports sanitaires et les autres biens médicaux (+0,3 point pour l'ensemble des deux), postes de consommation de poids relativement modestes (9,5 % de la CSBM à eux deux) mais dynamiques.

² La contribution de chaque poste à la croissance de la CSBM s'obtient en pondérant son taux de croissance par sa part au sein de cet agrégat.

Graphique 4 – Contributions à la croissance en valeur de la CSBM

En %



Source : DREES, Comptes de la santé.

En baisse depuis 2010, le prix moyen de la CSBM recule à nouveau en 2014, de 0,6 %. En cumulé, le prix de la CSBM a diminué de 1,5 % en cinq ans, sous l'effet de la baisse du prix des médicaments³, que n'ont pas compensé les hausses de prix des soins de ville et à l'hôpital. Le recul du prix des médicaments s'était en effet amplifié entre 2011 et 2013 (-4,4 % en 2013, après -3,2 % en 2012 et -2,0 % en 2011) du fait des baisses de prix toujours importantes et de la généralisation de médicaments très consommés. En 2014, les moindres tombées de brevets et la stabilisation du taux de pénétration des génériques expliquent la légère modération de la baisse des prix du médicament, qui reste néanmoins importante (-3,7 %).

L'augmentation en volume de la CSBM, qui se déduit de ses évolutions en valeur déflatées par son prix, atteint +3,1 % en 2014. Elle progresse donc plus fortement en 2014 qu'en 2012 (+2,4 %) et 2013 (+2,3 %), portée par le dynamisme de la consommation de médicaments (+6,6 % en volume). Les volumes des soins de ville et des soins hospitaliers progressent tous deux au même rythme en 2014 (+2,3 %). Par rapport à 2013, leur évolution est plus dynamique (respectivement +2,0 % et +1,9 %).

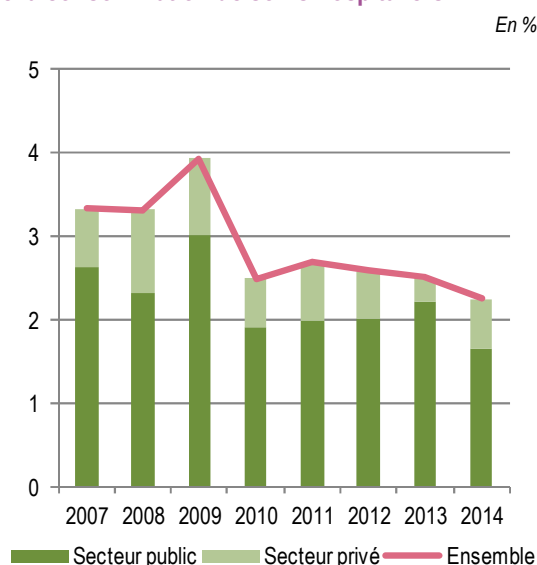
Les soins hospitaliers progressent moins vite que les années précédentes

La croissance totale des dépenses du secteur hospitalier s'établit, en 2014, à 2,3 % en valeur comme en volume, soit un rythme de croissance légèrement plus faible qu'en 2013 (+2,5 %) et 2012 (+2,6 %) [graphique 5].

- Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 68,3 milliards d'euros en 2014. Elle progresse de 2,2 % en valeur après +2,9 % en 2013. Cette croissance est en net retrait par rapport à celles enregistrées au début des années 2000, en raison de la moindre progression du coût des facteurs de production.
- Dans le **secteur privé** hospitalier, la consommation de soins atteint 20,3 milliards d'euros. Dans 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. Son rythme de croissance, atypiquement bas en 2013 (+1,3 %), est plus élevé en 2014 (+2,6 %). La croissance de la consommation de soins hospitaliers privés est portée par la croissance des honoraires (+4,1 % en 2014). En revanche, les frais de séjour augmentent plus faiblement (+2,0 %).

³ Les indices de prix des médicaments, calculés par l'INSEE, ne retracent pas le fait qu'ils soient plus coûteux ; les médicaments innovants intègrent l'échantillon suivi l'année suivant leur mise sur le marché.

Graphique 5 – Taux d'évolution de la consommation de soins hospitaliers



Source : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 6 – 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 transports sanitaires, les médicaments et les autres biens médicaux.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Les auxiliaires médicaux expliquent la moitié de la croissance des soins de ville

En 2014, la consommation de soins de ville s'élève à 50,0 milliards d'euros. Après une évolution particulièrement faible en 2010 (+1,7 %) en raison d'un contexte épidémiologique favorable et de l'absence de revalorisation notable, la croissance en valeur de ces soins avait repris en 2011 (+3,6 %). Elle est moins rapide depuis (+3,1 % en 2012, +2,8 % en 2013 et +2,6 % en 2014) [graphique 6]. Depuis trois ans, les soins d'auxiliaires médicaux sont à l'origine de plus de la moitié de la croissance des soins de ville alors qu'ils ne représentent qu'un quart de cet agrégat (27,6 %).

En effet, les soins des auxiliaires médicaux sont très dynamiques, qu'ils soient délivrés par les infirmiers ou les masseurs-kinésithérapeutes. Ils progressent au global de +5,4 % en volume. En comparaison, les évolutions des autres postes composant les soins de ville sont bien moindres : le volume des soins de médecins et de sages-femmes progresse de 2,0 % et celui des soins des dentistes recule de 1,2 %. Le volume des analyses qui avait reculé pour la première fois depuis quinze ans en 2012, recule à nouveau de 0,4 % en 2014, après une stabilité en 2013.

Après avoir augmenté de 1,1 % en 2011 en raison de la hausse tarifaire de la consultation de généraliste, le prix des soins de ville a progressé plus faiblement en 2012 (+0,9 %) et en 2013 (+0,8 %). Sa hausse ralentit encore en 2014 (+0,3 %).

- En 2014, la consommation de **soins de médecins généralistes de ville**⁴ (en cabinets libéraux et en dispensaires) est évaluée à 8,7 milliards d'euros, en augmentation depuis deux ans (+1,5 % après +0,6 % en 2013 et -0,7 % en 2012).
En 2014, la consommation en volume augmente (+1,3 %, après +0,4 % en 2013) en lien avec la montée en charge du forfait médecin traitant et l'extension aux personnes de plus de 80 ans (au lieu des 85 ans ou plus) de la majoration personnes âgées depuis le 1^{er} juillet 2014. La croissance des prix⁵ est, quant à elle, restée faible depuis 2012 : +0,2 % en 2014, +0,1 % en 2013 et +0,5 % en 2012.
- La consommation de **soins de spécialistes en ville** est évaluée à 11,1 milliards d'euros ; elle poursuit sa croissance (+2,6 % en 2014, après +2,3 % en 2013 et +1,6 % en 2012).

4 Cette dépense comprend les honoraires des médecins (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 allègements de cotisations (retracés dans les subventions au système de soins).

5 L'indice INSEE de prix des médecins est commun aux généralistes, aux spécialistes et aux sages-femmes.

La croissance des volumes s'établit à 1,4 % en moyenne annuelle entre 2007 et 2014. Cette progression est portée par l'augmentation du nombre d'actes techniques, notamment de scanners et d'IRM (dont les volumes ont connu une croissance de 10 % en moyenne annuelle de 2006 à 2014).

- La consommation de **soins de sages-femmes en ville** s'élève à 242 millions d'euros en 2014. Elle est particulièrement dynamique (+6,7 % par an entre 2006 et 2012). Ces deux dernières années, la croissance a été encore plus forte (+15,5 % en 2013 et +10,7 % en 2014) sous l'effet de la montée en charge du Programme de retour à domicile organisé (PRADO), qui instaure la visite à domicile d'une sage-femme après la sortie de la maternité.
- Les **soins d'auxiliaires médicaux** s'élèvent à 13,8 milliards d'euros. Cette dépense est composée de soins d'infirmiers⁶ (qui représentent 52 % du total), de kinésithérapeutes (pour 40 % du total) et d'autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes et pédicures, pour près de 9 % du total). Les soins d'auxiliaires médicaux sont dynamiques, mais progressent moins vite qu'en 2013 (+5,4 % après +6,4 %). Les soins infirmiers augmentent de 5,6 % (après +6,8 % en 2013) et ceux des kinésithérapeutes de 5,3 % (après +5,7 %). Le prix de ce poste est resté stable en 2014, après +2,2 % en 2013, les dernières revalorisations datant de la mi-2012.
- Le montant de la consommation de **soins dentaires** s'élève à 10,6 milliards d'euros en 2014, soit une légère baisse par rapport à 2013 (-0,1 %). Après avoir fortement augmenté au début des années 2000, ce poste progresse moins rapidement depuis 2005. Toutefois, sa dynamique réelle est difficile à appréhender : les actes hors nomenclature dentaire (par exemple, l'orthodontie pour les assurés de plus de 16 ans, les implants dentaires) se développent et échappent à la statistique publique. Depuis 2009, le prix des soins dentaires progresse de 1,0 % environ chaque année (en particulier, +1,1 % en 2014). Plusieurs mesures d'augmentation des tarifs ont eu lieu en 2013 et 2014 : l'examen de prévention bucco-dentaire des jeunes a été revalorisé de 25 à 30 euros en février 2013, le tarif de la consultation a été porté de 20 à 23 euros. La revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la rénovation de la nomenclature des actes dentaires sont, quant à elles, entrées en vigueur en juin 2014. Dans le même temps, les volumes, qui progressaient modérément ces dernières années, ont reculé de 1,2 % en 2014.
- En 2014, la consommation **d'analyses et de prélèvements en laboratoires** s'élève à 4,2 milliards d'euros et diminue à nouveau (-0,4 %) après une stabilité en 2013 et un premier recul en 2012 (-1,3 %). Ce dernier était dû à une nouvelle diminution de cotation de certains actes, ainsi qu'aux mouvements de grève intervenus en février puis en novembre 2012. Le repli en 2014 est à rapprocher de la recommandation de la Haute Autorité de santé visant à réduire les dosages de vitamine D et de la poursuite des baisses de cotation d'actes.
- 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 des pharmaciens) et les honoraires des autres professionnels de santé. En 2014, les autres soins et contrats s'élèvent à 866 millions d'euros, soit 18,8 % de plus qu'en 2013. La ROSP en est le principal poste. 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. Les médecins concernés par la ROSP ont perçu à ce titre en moyenne 4 215 euros pour l'année 2014. Cela représente une dépense totale pour l'Assurance maladie d'environ 400 millions d'euros, en forte augmentation depuis deux ans (elle atteignait 350 millions en 2013, après 290 millions en 2012). La délivrance de médicaments génériques donne lieu également à une ROSP pharmaciens. Son montant a plus que doublé depuis sa création : de 74 millions d'euros en 2012, il atteint 154 millions d'euros en 2014.

Les transports de malades, dynamiques depuis 2006, ont une croissance plus modérée en 2014

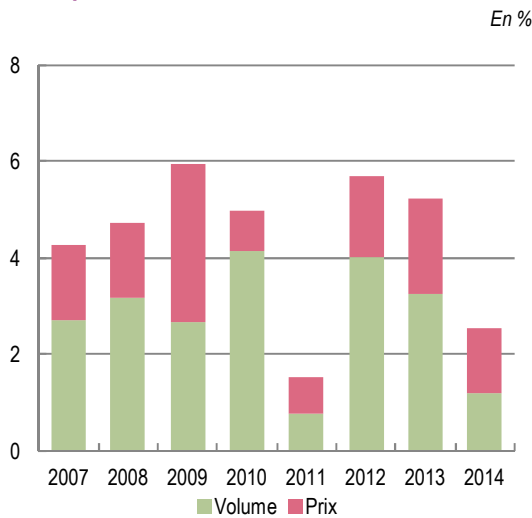
Ces dépenses recouvrent différents types de transports de malades : service mobile d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres moyens de transport (transports en commun notamment). Elles s'élèvent à 4,4 milliards d'euros en 2014.

Les transports sanitaires constituent un poste très dynamique (+4,7 % en moyenne annuelle entre 2006 et 2013). En 2012 et 2013, ces dépenses de transport ont progressé de plus de 5,0 % par an, portées par une reprise des volumes et des prix (revalorisation de +2,6 % des tarifs des taxis en 2013, revalorisations successives des tarifs des ambulances et des VSL en 2012 et 2013). En 2014, les volumes et les prix ont ralenti. Les tarifs conventionnels des

⁶ Les soins infirmiers ne comprennent pas les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD – 1,6 milliard d'euros en 2014) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée compte tenu de leur nature.

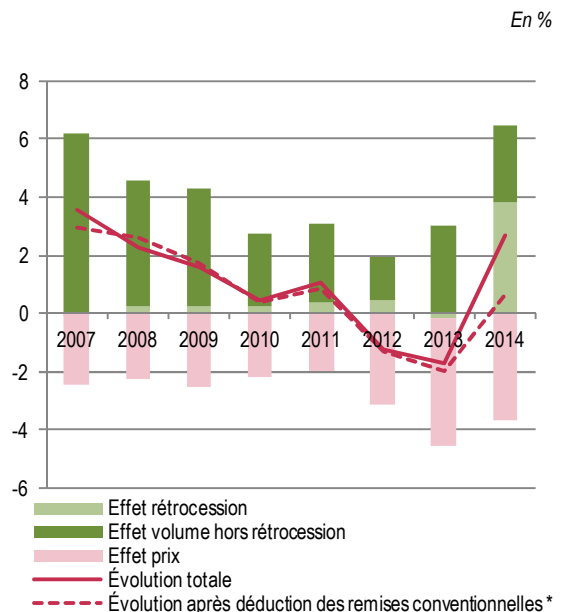
transporteurs n'ont pas évolué, mais les tarifs de taxis ont été revalorisés de 3,9 % au 1^{er} janvier 2014. La dépense de transport en valeur progresse ainsi de 2,6 % par rapport à 2013 (*graphique 7*).

Graphique 7 – Taux d'évolution des dépenses de transports



Source : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 8 – Évolution de la consommation de médicaments



* L'ensemble des remises est déduit de la consommation de médicaments en ville. Cependant, une part d'entre elles devrait l'être de la dépense hospitalière.

Source : DREES, Comptes de la santé.

La rétrocession hospitalière dynamise la consommation de médicaments

En 2014, la consommation de médicaments en ville, qui s'élève à 33,9 milliards d'euros, augmente de 2,7 %, après deux années marquées par des baisses historiques (-1,3 % en 2012 et -1,7 % en 2013). Cette hausse est portée par le dynamisme des médicaments rétrocedés (+83 % en 2014), sans lesquels la consommation globale de médicaments reculerait de 1,4 % en valeur (*graphique 8*). La rétrocession hospitalière a été, en effet, marquée en 2014 par l'arrivée de nouveaux traitements innovants contre le virus de l'hépatite C, générant plus de 1,1 milliard d'euros de dépenses⁷.

Les volumes de vente, dont la croissance était de 5,0 % en moyenne annuelle de 2007 à 2009, progressaient moins vite depuis 2010 (entre +2,0 % et +3,0 %), en lien avec la baisse des prescriptions et la modification des comportements, sous l'effet des mesures de maîtrise des dépenses. L'évolution de 2014 rompt avec la tendance des dernières années, puisqu'elle est marquée par une hausse significative des volumes (+6,6 %) en lien avec le dynamisme des produits rétrocedés. Hors rétrocession, la croissance des volumes reste toutefois proche de la tendance récente (+2,5 %).

Calculé à qualité constante par l'INSEE, excluant donc les nouveaux médicaments, le prix des médicaments diminue de 3,7 % en 2014, à la suite de la baisse du prix des spécialités remboursables (-4,1 %). Leur prix recule depuis 1999, et ce de façon plus marquée depuis 2012. La diminution des prix des spécialités remboursables est due à la fois aux actions de maîtrise des prix (baisse de prix, instauration de tarifs forfaitaires de responsabilité [TFR], renforcement de la mesure « tiers-payant contre génériques »), à l'augmentation du nombre de spécialités génériquées, et pour celles-ci, à la substitution croissante des génériques aux princeps. L'impact de la générication est toutefois moins marqué en 2014 du fait de moindres tombées de brevets et d'un taux de pénétration des génériques stable. En revanche, le prix des spécialités non remboursables continue de progresser (+0,6 % en 2014 et +3,4 % par an depuis 1999).

Les autres biens médicaux progressent toujours vivement

L'ensemble du poste « autres biens médicaux » est très hétérogène : sa nomenclature, la liste des produits et prestations (LPP) contient près de 4 000 références. La consommation totale des autres biens médicaux en ville regroupe les dépenses de soins ambulatoires au titre de la LPP et des produits d'origine humaine (POH) comme le

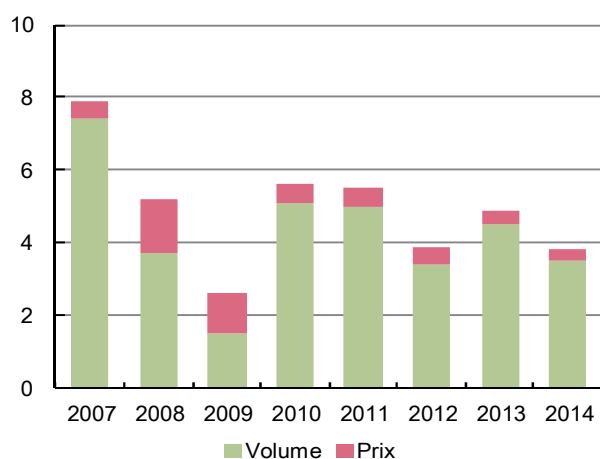
⁷ Ils ont cependant donné lieu à des remises conventionnelles supplémentaires (cf. poste « subventions au système de soins » plus loin).

plasma ou les plaquettes. Elle atteint 13,8 milliards d'euros en 2014 (soit 3,8 % de plus qu'en 2013) [graphique 9], dont 5,8 milliards d'euros pour l'optique, 2,6 milliards d'euros pour les prothèses, orthèses, et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et 5,4 milliards d'euros de matériels, aliments et pansements. Les POH représentent une dépense très faible (2 millions d'euros en 2014).

La catégorie « matériels, aliments et pansements » (matériels d'assistance respiratoire, produits traitant du métabolisme [diabète], dispositifs de maintien à domicile [lits médicaux, perfusions]...) constitue, de tous les soins et biens médicaux, le poste le plus dynamique. Ses dépenses ont progressé de 6,3 % en moyenne annuelle depuis 2006.

Graphique 9 – Taux d'évolution des dépenses d'autres biens médicaux

En %



Source : DREES, Comptes de la santé

Le reste à charge des ménages s'établit à 8,5 % en 2014

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM avec une prise en charge de 76,6 % de la dépense en 2014, soit 146,1 milliards d'euros (tableau 1). Entre 2006 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement avait légèrement diminué, passant de 76,8 % en 2006 à 75,9 % en 2011. Entre 2011 et 2014, elle a progressé de 0,7 point.

Les prises en charges de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents⁸ ainsi que de l'aide médicale de l'État (AME⁹) et des organismes de base au titre de la CMU-C représentent au global 1,4 % de la CSBM en 2014.

La part des organismes complémentaires (OC – mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) a augmenté jusqu'en 2013. La hausse était principalement portée par la prise en charge par les OC des autres biens médicaux, notamment de l'optique. Cependant, cette prise en charge s'est stabilisée depuis 2012. La part des organismes complémentaires dans la CSBM diminue légèrement en 2014, en lien avec l'augmentation de celle de la Sécurité sociale.

Enfin, le reste à charge des ménages, qui a augmenté de 2006 à 2008 (pour atteindre alors 9,3 %), diminue depuis : il s'établit à 8,5 % de la CSBM en 2014, en baisse de 0,2 point pour la troisième année consécutive. Il est évalué à 16,2 milliards d'euros pour l'année 2014 (graphique 10).

Ces évolutions sont à mettre en lien avec le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par l'Assurance maladie (notamment les soins hospitaliers, les médicaments coûteux, etc.) et avec la progression des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD).

⁸ 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.

⁹ 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

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
Sécurité sociale ⁽¹⁾	76,8	76,7	76,2	76,2	76,2	75,9	76,1	76,3	76,6
État et CMU-C org. de base	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4
Organismes complémentaires ⁽²⁾	12,8	13,0	13,2	13,3	13,4	13,6	13,7	13,7	13,5
dont mutuelles	7,7	7,6	7,6	7,6	7,5	7,5	7,4	7,3	7,2
dont sociétés d'assurances	2,9	3,0	3,2	3,3	3,5	3,6	3,7	3,7	3,7
dont Institutions de prévoyance	2,3	2,4	2,4	2,4	2,4	2,5	2,5	2,6	2,6
Ménages	9,0	9,0	9,3	9,2	9,1	9,1	8,9	8,7	8,5
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

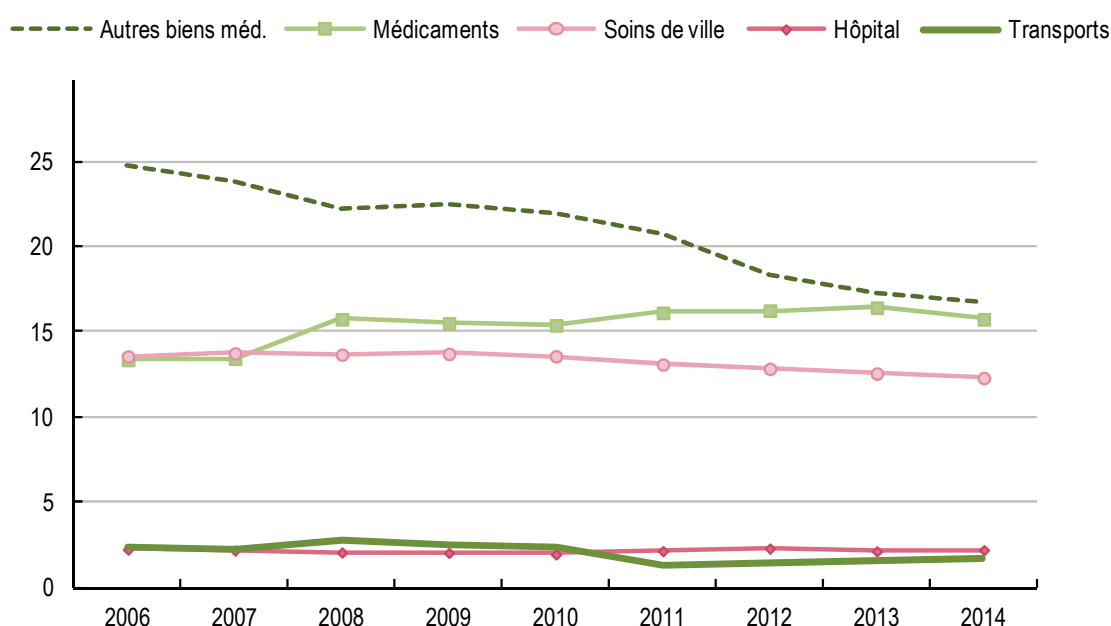
(1) Y compris déficit des hôpitaux publics, régimes Alsace Moselle et CAMIEG.

(2) Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

Source : DREES, Comptes de la santé.

Graphique 10 – 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 varient fortement d'un poste de dépense à l'autre

La part de la Sécurité sociale varie très fortement d'un poste de dépense à l'autre, d'un peu moins d'un tiers pour les soins dentaires à plus de 90 % pour les soins hospitaliers et les transports sanitaires¹⁰.

Les **soins hospitaliers** se caractérisent par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement : 91,1 % en 2014 (*graphique 11*). Cette part a pourtant reculé d'un point depuis 2006 en lien avec les augmentations du forfait journalier en 2007 et en 2010, ainsi qu'avec le relèvement de 91 à 120 euros 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 organismes complémentaires (OC), qui a augmenté de 0,9 point entre 2006 et 2014 sur le champ hospitalier. Sur ce champ, le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 2,4 % en 2014, comme en 2006.

10 Cf. dossier « Quelle part représente l'assurance maladie obligatoire dans les dépenses de santé en France ? »

Graphique 11 – Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2014



Source : DREES, Comptes de la santé.

Les **soins de ville** sont pris en charge à près des deux tiers par la Sécurité sociale (63,9 % en 2014) [graphique 11]. Entre 2006 et 2011, cette part a diminué de 0,7 point, sous l'effet en 2008 de la pénalisation accrue des assurés ne respectant pas le parcours de soins et de la mise en place de franchises sur les actes d'auxiliaires médicaux. À partir de 2012, la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau au sein des soins de ville, portée notamment par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP). Ce supplément de rémunération nouvellement créé est versé aux médecins adhérents au dispositif, et l'Assurance maladie en assure l'intégralité du financement.

Les organismes complémentaires financent 21,7 % des soins de ville en 2014. Cette participation a peu augmenté depuis 2006, les OC proposant principalement des « contrats responsables », qui encouragent le respect du parcours de soins coordonné et ne prennent pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires. L'intervention des OC est élevée sur les soins dentaires et plus faible pour les soins d'auxiliaires médicaux.

Le reste à charge des ménages sur les soins de ville est, quant à lui, resté stable aux alentours de 13,8 % de 2006 à 2010. Conséquence de la croissance de la part de la Sécurité sociale, le reste à charge baisse depuis 2011 et atteint 12,5 % de la dépense en 2014. Ce recul est favorisé par la moindre progression des dépassements d'honoraires de médecins.

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** atteint 69,1 % en 2014 (graphique 11). Cette contribution avait nettement diminué entre 2006 et 2008, en raison d'importants remboursements intervenus en 2006 et de la mise en place d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008. À partir de 2009, cette part augmente, en lien avec le remboursement des médicaments coûteux, et ce malgré le passage, en 2010, de certains médicaments à faible service médical rendu de 35 % à 15 % et l'abaissement de 35 % à 30 % intervenu en 2011 du taux intermédiaire de remboursement. La part de la Sécurité sociale dans les médicaments augmente fortement en 2014 (+1,4 point en un an) avec l'introduction des nouveaux traitements contre l'hépatite C intégralement pris en charge par l'Assurance maladie.

Symétriquement, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué de 2,8 points entre 2006 et 2014. En effet, l'instauration de la franchise en 2008 a fait augmenter la part des ménages et a réduit mécaniquement la part des autres financeurs. De nombreuses mutuelles ne prenant pas en charge les médicaments dont le service médical rendu est jugé faible ou insuffisant, les mesures de remboursements ont également réduit la contribution des OC.

Le reste à charge des ménages sur le médicament a augmenté de 3,1 points entre 2006 et 2013, passant de 13,6 % à 16,6 %. Il diminue légèrement en 2014 (15,9 %). Si la tendance à l'augmentation était principalement portée par

l'impact de la franchise et des remboursements, les évolutions contrastées du reste à charge s'expliquent également par des changements sur l'automédication : celle-ci a progressé en début de période (+2,4 % par an en moyenne entre 2006 et 2010), avant de régresser (-1,0 % entre 2011 et 2013) et d'augmenter à nouveau en 2014 (+2,4 %). Enfin, le recul du reste à charge en 2014 est essentiellement imputable au contrecoup de la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale de nouveaux médicaments coûteux.

C'est pour les **autres biens médicaux** que la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible, avec 43,3 % de la dépense en 2014 (*graphique 11*). À l'inverse, ils constituent le domaine où interviennent le plus les organismes complémentaires, qui prennent en charge une part quasi équivalente de cette dépense (38,9 %). L'optique y tient une place prépondérante, et représente près des trois quarts des remboursements des OC sur ce poste. La part de la Sécurité sociale et surtout celle des organismes complémentaires sur ce type de dépenses ont augmenté depuis 2006. Pour la Sécurité sociale, cette hausse est liée au vieillissement de la population, à l'augmentation du nombre d'assurés en affection de longue durée (ALD), et au développement de l'hospitalisation à domicile. Pour les organismes complémentaires, la hausse est liée à la baisse des taux de remboursement par l'Assurance maladie (passés de 65 % à 60 % en mai 2011 sur les produits de la liste des produits et prestations (LPP) et à une meilleure prise en charge des montants facturés au-delà des tarifs opposables. Néanmoins, la prise en charge des organismes complémentaires se stabilise depuis 2012.

En parallèle, le reste à charge des ménages sur ce poste s'est progressivement réduit, passant de 24,9 % en 2006 à 16,9 % en 2014, soit une diminution de 8 points en huit ans.

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 % des montants engagés en 2014. Si cette part est proche de celle de 2006 (92,7 %), elle a néanmoins diminué de 0,8 point en 2008 avec la mise en place d'une franchise, puis a augmenté en raison de la restructuration des tarifs et de l'augmentation des bénéficiaires en ALD. La proportion importante du nombre de patients en ALD ayant recours à ces services explique la part prépondérante de la Sécurité sociale. Le reste à charge des ménages sur ce poste est donc faible (1,8 % en 2014), de même que la part des organismes complémentaires (4,3 %).

Un reste à charge individuel après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire moins concentré que la dépense de santé¹¹

Au niveau individuel, les dépenses restant à la charge des ménages après remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), et avant remboursement des organismes complémentaires, sont inégalement réparties au sein de la population. Le reste à charge après AMO cumulé entre 2008 et 2013 s'élève à 2 820 euros en moyenne, soit 470 euros par an. Un dixième de la population présente un reste à charge cumulé supérieur à 6 290 euros avec, comme principales composantes, les soins dentaires, les médicaments et les séjours hospitaliers. L'âge, le fait d'être pris en charge pour une affection de longue durée ou d'avoir été hospitalisé expliquent ces forts restes à charge cumulés. Toutefois, leur distribution est plus inégale une année donnée que sur l'ensemble de la période : ce ne sont pas toujours les mêmes assurés qui pâtissent des restes à charge les plus élevés. Pour autant, les 5 % de la population qui subissent les restes à charge cumulés les plus élevés endossent 20 % du montant total des restes à charge cumulés.

La solidarité entre ceux qui dépensent le plus et ceux qui dépensent le moins est bien opérée par l'assurance maladie obligatoire, notamment grâce aux mécanismes d'exonération de participations financières. En effet, entre 2008 et 2013, les assurés ayant les plus faibles dépenses, qui constituent 50 % de la dépense totale, concentrent 76 % des restes à charge cumulés et représentent près de 90 % de la population. En revanche, les assurés avec les plus fortes dépenses qui concentrent l'autre moitié des dépenses totales supportent seulement 24 % du total des restes à charge cumulés sur 2008-2013 et représentent un peu plus de 10 % de l'ensemble des assurés.

La dépense courante de santé au sens français représente 12,0 % du PIB en 2014, la CSBM 8,9 %

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 des établissements de santé et des professionnels libéraux (formation brute de capital fixe – FBCF).

11 Cf. dossier « Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire – Analyse longitudinale (2008-2013) ».

Outre la CSBM, la dépense courante de santé comprend (tableau 2) :

- les soins de longue durée, composés des soins aux personnes âgées et handicapées en établissement et des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) ;
- les indemnités journalières versées par l'Assurance maladie ;
- d'autres dépenses en faveur des malades (indemnisation de l'ONIAM et soins aux personnes en difficultés sociales) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle ;
- les subventions au système de soins ;
- les dépenses de recherche ;
- les dépenses de formation médicale ;
- les coûts de gestion du système de santé.

La dépense courante de santé s'établit à 256,9 milliards d'euros en 2014, en progression de 2,2 % par rapport à 2013. Son évolution est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. Après l'épisode de 2009 pendant lequel sa croissance avait été amplifiée par le surcroît de dépenses liées à la grippe H1N1, elle a retrouvé depuis un rythme proche de celui de la CSBM.

Tableau 2 – Dépense courante de santé (au sens français)

	Valeur (en milliards d'euros)		Taux d'évolution 2006-2014 en moyenne annuelle (en %)	Taux d'évolution 2013-2014 (en %)
	2006	2014		
1- CSBM	153,7	190,6	2,4	2,5
2- Soins de longue durée	12,9	19,7	5,0	2,5
SSIAD	1,0	1,6	5,3	1,7
Soins aux pers. âgées en étab.	5,0	8,8	7,0	2,4
Soins aux pers. handicapées en étab.	6,9	9,3	3,4	2,7
3- Indemnités journalières	10,7	13,3	2,2	4,1
4- Autres dépenses en faveur des malades	0,3	0,6	9,3	1,7
5- Prévention institutionnelle	5,2	5,8	1,3	-0,5
6- Dépenses en faveur du système de soins	10,4	11,9	2,0	-2,5
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2,1	2,4	2,6	-6,9
Recherche médicale et pharmaceutique	7,0	7,5	1,0	-1,9
Formation médicale	1,3	2,0	5,2	1,2
7- Coût de gestion de la santé	11,9	14,9	2,8	1,0
Dépense courante de santé (1+...+7)	205,2	256,9	2,6	2,2

Source : DREES, Comptes de la santé.

Les **soins de longue durée** se sont élevés à 19,7 milliards d'euros en 2014, dont 10,4 milliards pour les personnes âgées et 9,3 milliards pour les personnes handicapées.

Les **soins aux personnes âgées** regroupent les soins délivrés au sein des unités de soins de longue durée (15 % de la dépense) dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (EHPA[D] – 75 % de la dépense) et ceux délivrés à domicile par les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD – 10 % de la dépense).

Les soins aux personnes âgées en établissements ont fortement augmenté (+7,0 % par an depuis 2006), en lien avec l'expansion des capacités d'accueil. La progression est plus faible en 2014 (+2,4 %) à la suite d'un ONDAM médico-social plus contraint.

Les **services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD)** visent à favoriser la prise en charge à domicile plutôt qu'en institution. Après avoir progressé fortement jusqu'en 2009 (+9,4 % par an entre 2004 et 2009), la dépense augmente de façon moins soutenue depuis (+4,1 % par an entre 2009 et 2013) en lien avec le resserrement de la contrainte budgétaire. En 2014, l'évolution des SSIAD ralentit à nouveau (+1,7 % par rapport à 2013).

Les **soins aux personnes handicapées en établissements** ont progressé moins rapidement que ceux délivrés aux personnes âgées sur l'ensemble de la période. Entre 2006 et 2009, la croissance s'est établie à 5,2 % en moyenne annuelle, le développement de l'offre s'étant surtout concentré sur les divers services d'accompagnement, jusqu'ici très peu nombreux. Depuis 2010, la croissance s'élève à 3,0 % par an, en lien avec le resserrement des taux de progression sous-jacents aux ONDAM votés par le Parlement.

En 2014, les **dépenses d'indemnités journalières** (maladie, maternité et AT/MP) s'élèvent à 13,3 milliards d'euros. La dynamique de ces dépenses est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui servent de base de calcul des indemnités journalières (IJ) ;
- 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. Les seniors 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 ;
- des facteurs plus spécifiques à chacun des risques considérés (nombre de naissances pour les IJ maternité, nombre d'accidents du travail et de maladies professionnelles déclarées pour les IJ AT/MP, évolution de la morbidité pour les IJ maladie...).

Par ailleurs, l'abaissement à 1,8 SMIC du plafond de calcul des IJ maladie intervenu au 1^{er} janvier 2012 et le contexte épidémiologique favorable expliquent en partie le léger recul des indemnités journalières en 2012 (-0,5 %). Celles-ci progressent à nouveau faiblement en 2013 (+0,4 %). En 2014, elles repartent à la hausse (+4,1 %) en lien avec une durée moyenne des arrêts plus importante, leur nombre ayant peu augmenté.

La **prévention institutionnelle** (5,8 milliards d'euros) est composée de :

- la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (vaccins...) ;
- la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement (dépistages...) ;
- la prévention collective à visée comportementale (lutte contre les addictions, éducation à la santé...) et environnementale (lutte contre la pollution, sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention des risques professionnels...).

Les dépenses de prévention institutionnelle isolées ici ne comprennent pas les actes de prévention réalisés à l'occasion des consultations médicales ordinaires, qui sont comptabilisés par ailleurs dans la CSBM (cf. fiche B5). En 2014, les dépenses totales de prévention institutionnelle reculent (-0,5 %), après une augmentation de 1,6 % en 2013 et une stagnation en 2011 et 2012. Elles devraient augmenter de nouveau en 2015, au vu des budgets prévisionnels.

Depuis 2006, les dépenses totales de prévention ont progressé de 1,3 % en moyenne annuelle. Cette croissance globale masque cependant des évolutions contrastées : les dépenses de prévention individuelle, primaire et secondaire ont augmenté de 2,1 % en moyenne annuelle, au détriment de la prévention collective (+0,2 % par an), qui baisse depuis 2010.

Les **subventions au système de soins, nettes des remises conventionnelles**, comprennent principalement les cotisations sociales des professionnels de santé, les dotations versées par l'Assurance maladie pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. De ces subventions sont déduites les remises conventionnelles, versées par les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de dispositifs médicaux aux caisses de Sécurité sociale¹². Elles sont évaluées à 2,4 milliards d'euros pour l'année 2014, en diminution de 6,9 % par rapport à 2013. Cette diminution résulte uniquement des remises conventionnelles dont le montant a plus que doublé en 2014 (1,1 milliard d'euros), à la suite de l'introduction des traitements innovants contre l'hépatite C.

Les **dépenses de recherche médicale et pharmaceutique** s'élèvent à 7,5 milliards d'euros en 2014, soit près de 2 % de moins qu'en 2013. Leur taux de croissance est faible depuis 2006 : 1 % par an en moyenne. La part du secteur privé, qui diminuait depuis 2007, est stable depuis 2012.

Les dépenses de **formation des personnels médicaux** atteignent 2,0 milliards d'euros en 2014, soit 1,2 % de plus qu'en 2013. Leur progression est modérée depuis cinq ans (+2,4 % par an) après une très forte croissance entre 2006 et 2009 (+10,5 % par an) en lien avec, d'une part, l'augmentation du coût unitaire de l'étudiant dans les Unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire et, d'autre part, la hausse du coût des formations sanitaires (observée à la suite de la décentralisation de l'État vers les régions des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux à partir de 2005).

Enfin, les **coûts de gestion de la santé** (mesurés sur l'ensemble du système de soins : régimes de Sécurité sociale, organismes complémentaires, ministère chargé de la Santé et autres opérateurs publics) sont évalués à 14,9 milliards d'euros pour l'année 2014, soit 1,0 % de plus qu'en 2013. Cette faible croissance est liée à la diminution de 3,1 % des

12 Celles-ci venant réduire le coût des biens médicaux, elles sont enregistrées dans les Comptes de la santé en moindres dépenses.

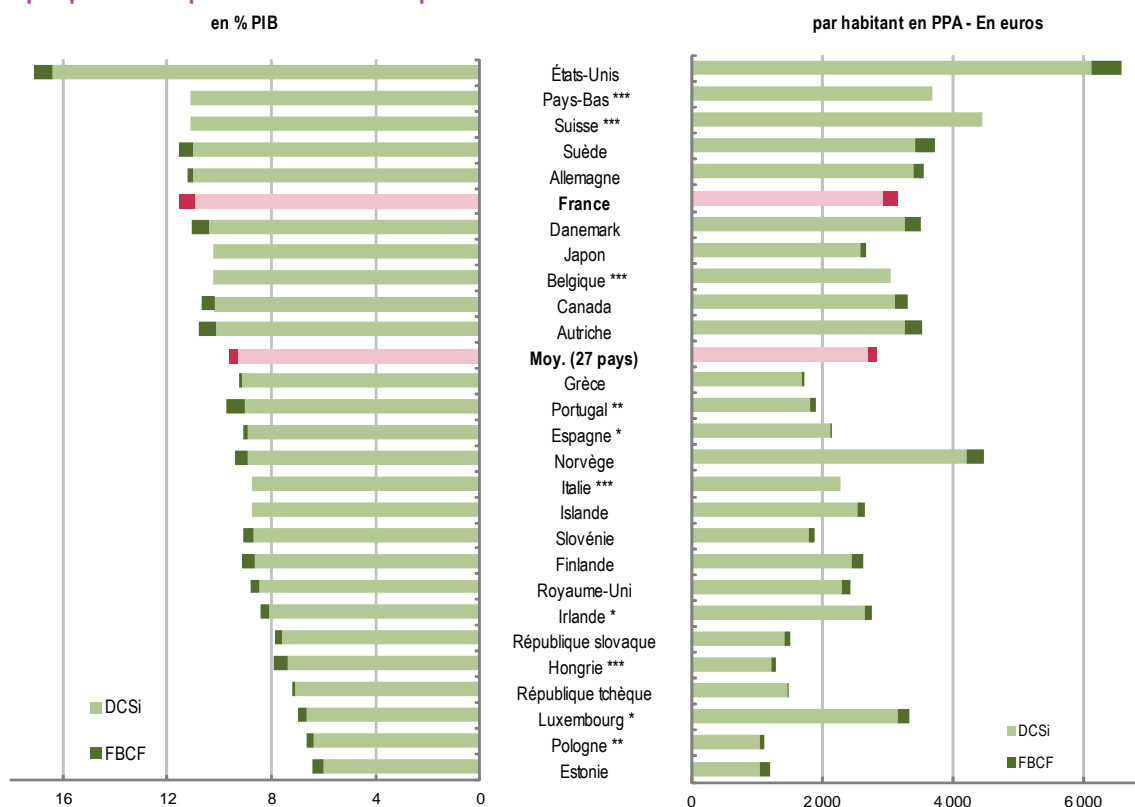
coûts de gestion des différents régimes obligatoires de Sécurité sociale. Entre 2006 et 2014, ce sont les frais qui ont connu la progression la plus lente (+1,4 % par an). Les frais de gestion des organismes complémentaires, du ministère chargé de la Santé et des opérateurs publics ont, en revanche, tous progressé en moyenne de 4,6 % à 4,7 % par an sur cette période.

Compte tenu de ces dynamiques différenciées par poste, la structure de la dépense courante de santé s'est légèrement déformée entre 2006 et 2014 : la part des soins de longue durée a progressé de 1,3 point, au détriment de celles de la CSBM (-0,7 point), de la prévention (-0,3 point) et des dépenses en faveur du système de soins (-0,5 point) dont la quasi-totalité est liée à la baisse de la part de la recherche médicale et pharmaceutique. Seuls les coûts de gestion et les autres dépenses en faveur des malades restent quasiment stables de 2006 à 2014 en part de la dépense courante de santé.

Le reste à charge de la France reste l'un des plus faibles dans l'OCDE en 2013

Avec une **dépense courante de santé** au sens international (DCSi) représentant 10,9 % du PIB en 2013, dernière année disponible en comparaison internationale, la France se place en 6^e position au sein de l'OCDE (*graphique 12*). La France arrive loin derrière les États-Unis (16,4 %), dont la dépense en parts de PIB est très supérieure à celle de tous les autres pays, mais à un niveau très proche des Pays-Bas, de la Suisse (11,1 %), de la Suède et de l'Allemagne (11,0 %). Un autre groupe de pays, composé du Danemark (10,4 %), du Japon, de la Belgique et du Canada (10,2 %), ainsi que de l'Autriche (10,1 %), suit avec des valeurs sensiblement supérieures à la moyenne des vingt-sept pays présentés (9,3 %).

Graphique 12 – Dépense courante et dépense totale de santé en 2013 au sens international



* Données 2012 ; ** % PIB données 2012 ; *** % PIB données 2011.

Note : Ce classement est établi à partir de la dépense courante de santé DCSi. La dépense totale de santé est égale à la DCSi augmentée des dépenses d'investissement (formation brute de capital fixe – FBCF).

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

La hiérarchie des pays est sensiblement modifiée lorsque l'on retient comme indicateur de comparaison la dépense courante de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA¹³) plutôt que la dépense en points de PIB.

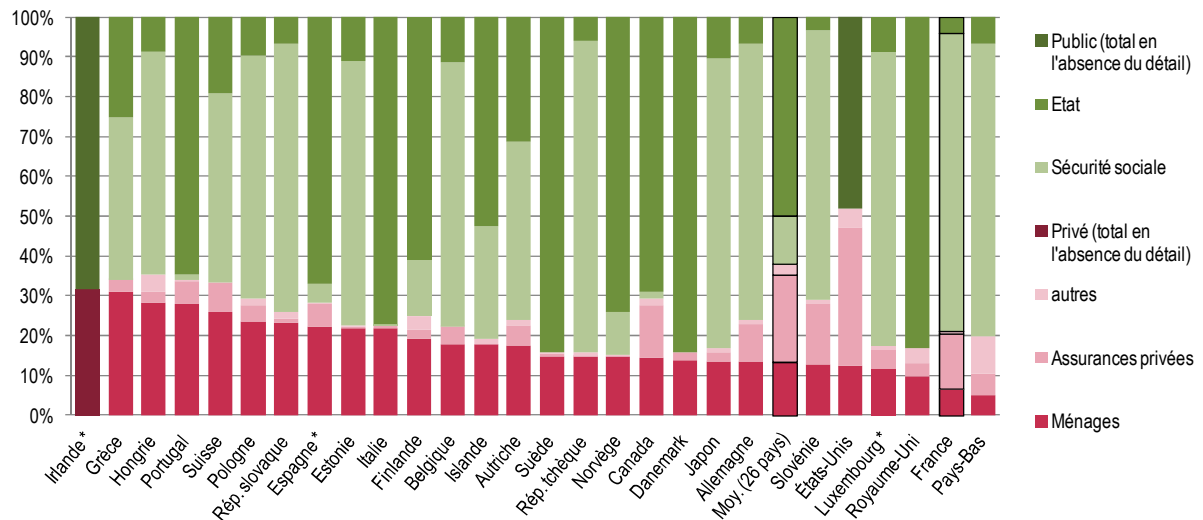
13 Les dépenses en parité de pouvoir d'achat permettent de comparer des pays de niveau de richesse différents.

Pour cet indicateur, la France se situe au 12^e rang parmi les vingt-sept pays comparés, soit un niveau légèrement supérieur à la moyenne de ces pays. Les écarts relatifs de richesse entre les pays font que la dépense en PPA est particulièrement élevée aux États-Unis, chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Norvège, Pays-Bas, Suède, Allemagne, Autriche, Danemark, Luxembourg et Belgique) et au Canada.

Le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat est également très différent d'un pays à l'autre (graphique 13). Après les Pays-Bas, dont le reste à charge est à prendre avec précaution selon l'OCDE¹⁴, c'est en France qu'il est le plus faible (avec un montant de 208 euros par habitant et par an) et au Royaume-Uni (242 euros).

Les États-Unis, bien que faisant partie des pays dont le reste à charge est le plus faible en proportion de la dépense courante de santé (12,3 %), arrivent en deuxième position pour l'importance de leur reste à charge en valeur absolue (809 euros par habitant et par an). En effet, la dépense y est atypiquement élevée (du fait surtout d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs) et, plus que partout ailleurs, couverte par des assurances privées, les dépenses publiques représentant moins de 50 % du total.

Graphique 13 – Financement des dépenses courantes de santé en 2013



*Données 2012.

Note : La moyenne est une moyenne pondérée par la population des 26 pays (tous les pays présentés à l'exception de l'Irlande pour laquelle le détail n'est pas disponible)

Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2015.

14 D'après l'OCDE, le reste à charge néerlandais serait sous-estimé, car il ne prendrait pas en compte la franchise annuelle payé par les patients.