

**B. La dépense courante de santé (DCS)**

La **dépense courante de santé** (DCS) constitue l'agrégat global des Comptes de la santé : elle regroupe toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. Cette dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle n'intègre pas les dépenses en capital des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Plus précisément, la dépense courante de santé (au sens français) comprend :

- la **consommation de soins et de biens médicaux** (CSBM) [fiches A], qui en représente près des trois quarts ;
- les soins de longue durée (7,7 %) : ceux-ci incluent les soins aux personnes âgées en établissements et à domicile (fiche B2) et les soins aux personnes handicapées en établissements (fiche B3) ;
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail – 5,2 %) [fiche B4] ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,2 %) : elles correspondent aux dépenses d'indemnisation de l'ONIAM et aux soins aux personnes en difficulté sociale (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes) ;
- les dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective (2,2 %) [fiche B5] ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,6 %) : les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles, la recherche médicale et pharmaceutique, la formation des professionnels de la santé (fiche B6) ;
- les coûts de gestion du système de santé (5,8 %) [fiche B7].

La dépense courante de santé est ainsi évaluée pour l'année 2014 à 256,9 milliards d'euros, soit +2,2 % par rapport à 2013 (tableau B1.1). Cela représente environ 3 900 euros par habitant. Elle s'établit à 12,0 % du PIB cette même année, après 11,9 % en 2013.

En 2014, la dépense courante de santé progresse plus lentement que sa principale composante, la consommation de soins et de biens médicaux (+2,2 % contre +2,5 %), en raison de la forte augmentation des remises conventionnelles : celles-ci viennent en effet diminuer la dépense courante de santé de 1,1 milliard en 2014 (contre -0,4 milliard en 2013).

En revanche, entre 2006 et 2014, la dépense courante de santé était légèrement plus dynamique en moyenne que la CSBM (+2,8 % par an contre +2,7 %). Les soins de longue durée ont fortement progressé (+5,4 % en moyenne annuelle). Les coûts de gestion et les indemnités journalières ont, eux, évolué à un rythme proche de la CSBM (respectivement +2,9 % et +2,7 % par an). En revanche, les dépenses de prévention institutionnelle n'ont crû que faiblement (+1,2 % par an), de même que la recherche médicale et pharmaceutique (+0,8 % par an).

Par conséquent, la structure de la dépense courante de santé s'est légèrement déformée entre 2006 et 2014 (graphiques B1.3 et B1.4) : les soins de longue durée ont progressé de 1,3 point, au détriment de la part de la CSBM (-0,7 point), de celle de la prévention (-0,3 point) et de celle 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 parts de DCS.

### DÉPENSE COURANTE DE SANTÉ, SENS FRANÇAIS ET INTERNATIONAL

La DCS au sens international (cf. fiche E.1) est égale à la DCS au sens français :

- elle est augmentée de certaines prestations en faveur de l'autonomie des personnes âgées et handicapées (allocation personnalisée à l'autonomie – APA, prestation de compensation du handicap – PCH, allocation compensatrice pour tierce personne – ACTP) ;
- elle est diminuée des indemnités journalières, des dépenses de prévention environnementale et alimentaire, de la recherche et de la formation.

Par ailleurs, les remises conventionnelles n'étaient pas intégrées dans la version précédente des Comptes de la santé qui ont servi à la dernière remise à l'OCDE. De plus, à la suite d'une modification méthodologique, le double compte concernant la recherche pharmaceutique n'est plus retiré de la DCS (cf. annexe 2).

### POUR EN SAVOIR PLUS

Se reporter à l'annexe 1.

B1.1 Dépense courante de santé (au sens français)

Montants en millions d'euros

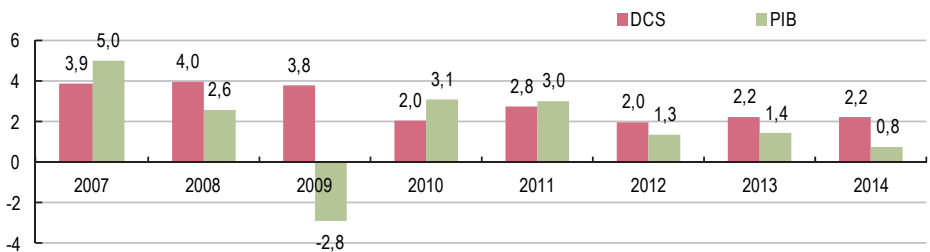
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Dépense courante de santé</b>	<b>205 194</b>	<b>213 109</b>	<b>221 563</b>	<b>229 902</b>	<b>234 559</b>	<b>241 022</b>	<b>245 810</b>	<b>251 323</b>	<b>256 882</b>
Évolution (en %)		3,9	4,0	3,8	2,0	2,8	2,0	2,2	2,2
DCS (en % du PIB)	11,1	11,0	11,1	11,9	11,7	11,7	11,8	11,9	12,0
<b>CSBM</b>	<b>153 655</b>	<b>159 772</b>	<b>164 762</b>	<b>169 901</b>	<b>173 570</b>	<b>178 373</b>	<b>182 178</b>	<b>185 909</b>	<b>190 636</b>
<b>Soins de longue durée</b>	<b>12 938</b>	<b>13 852</b>	<b>15 154</b>	<b>16 561</b>	<b>17 205</b>	<b>17 843</b>	<b>18 491</b>	<b>19 181</b>	<b>19 658</b>
Soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 017	1 106	1 211	1 311	1 334	1 398	1 469	1 538	1 563
Soins aux personnes âgées en établissements	5 016	5 466	6 246	7 214	7 617	7 914	8 267	8 595	8 804
Soins aux personnes handicapées en étab.	6 904	7 279	7 697	8 035	8 255	8 531	8 755	9 049	9 291
<b>Indemnités journalières</b>	<b>10 748</b>	<b>11 001</b>	<b>11 594</b>	<b>12 144</b>	<b>12 619</b>	<b>12 827</b>	<b>12 764</b>	<b>12 816</b>	<b>13 342</b>
<b>Autres dépenses en faveur des malades*</b>	<b>307</b>	<b>381</b>	<b>413</b>	<b>433</b>	<b>469</b>	<b>538</b>	<b>588</b>	<b>628</b>	<b>639</b>
<b>Prévention institutionnelle</b>	<b>5 227</b>	<b>5 406</b>	<b>5 643</b>	<b>6 397</b>	<b>5 700</b>	<b>5 704</b>	<b>5 700</b>	<b>5 789</b>	<b>5 757</b>
Prévention individuelle	3 006	3 148	3 244	3 381	3 331	3 357	3 364	3 512	3 506
Prévention collective	2 220	2 258	2 399	3 017	2 369	2 347	2 336	2 277	2 251
<b>Dépenses en faveur du système de soins</b>	<b>10 447</b>	<b>10 500</b>	<b>11 201</b>	<b>11 241</b>	<b>11 418</b>	<b>11 651</b>	<b>11 812</b>	<b>12 205</b>	<b>11 904</b>
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	2 092	1 715	1 929	2 006	2 152	2 238	2 386	2 573	2 394
<i>Dont remises conventionnelles</i>	-185	-359	-260	-220	-245	-324	-330	-428	-1 106
Recherche médicale et pharmaceutique	7 035	7 243	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 644	7 497
Formation	1 320	1 542	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 988	2 012
<b>Coûts de gestion de la santé</b>	<b>11 873</b>	<b>12 198</b>	<b>12 797</b>	<b>13 225</b>	<b>13 578</b>	<b>14 086</b>	<b>14 276</b>	<b>14 794</b>	<b>14 947</b>

\*Les autres dépenses en faveur des malades correspondent aux indemnités de l'ONIAM et aux soins aux personnes en difficultés sociales (centres de cure en alcoologie, appartements de coordination thérapeutique et centres de soins spécialisés aux toxicomanes).

Source : DREES – Comptes de la santé.

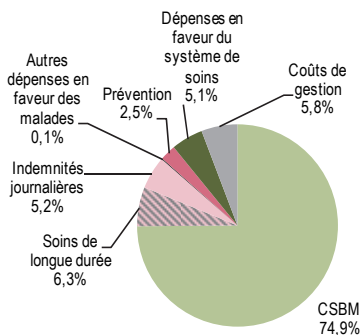
B1.2 Taux de croissance en valeur de la dépense courante de santé et du PIB

En %



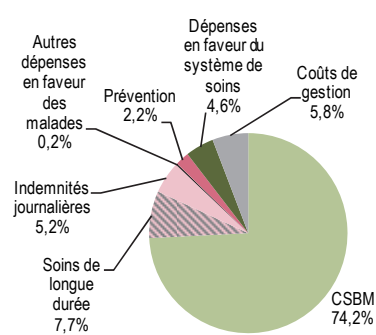
Source : DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB.

B1.3 Structure de la DCS en 2006



Source : DREES – Comptes de la santé.

B1.4 Structure de la DCS en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé

Les soins de longue durée aux personnes âgées s'élevaient à 10,4 milliards d'euros en 2014. Ils regroupent les soins délivrés :

- dans le secteur hospitalier public au sein des unités de soins de longue durée (USLD – 15 % de la dépense) ;
- dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées [dépendantes] (EHPA[D] – 75 % de la dépense) ;
- à domicile par différents professionnels de santé (services de soins infirmiers à domicile [SSIAD] – 10 % de la dépense).

L'objectif global de dépenses médico-sociales (OGD) pour personnes âgées regroupe la contribution de l'Assurance maladie et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) au financement des EHPA, EHPAD et SSIAD. Il est sous-consommé pour la quatrième année consécutive (-35 millions d'euros en 2014), à la suite notamment des gels de crédits mis en œuvre afin de garantir le respect de l'ONDAM.

En 2014, 8,8 milliards d'euros ont été consacrés aux **soins de longue durée aux personnes âgées hébergées en établissement** (tableau B2.1). Jusqu'en 2009, le rythme de croissance de ces soins a été très élevé (+12,3 % par an en moyenne entre 2004 et 2009) à la suite des plans de médicalisation et de développement des capacités d'accueil des EHPAD. Il est plus faible depuis : il s'est élevé à +4,5 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2013. L'année 2014 est marquée par une progression inférieure (+2,4 %) [graphique B2.2]) à la suite d'un ONDAM médico-social plus contraint.

Les **soins en EHPA ou EHPAD**, qui s'élevaient à 7,8 milliards d'euros en 2014, sont en hausse de 3,1 % par rapport à 2013. Leur montant a presque triplé depuis 2004 en lien avec la forte expansion de la capacité d'accueil de ces établissements. En effet, le nombre de lits en EHPAD est passé de 200 800 en 2004 à 570 700 en 2014 (graphique B2.3). Cette évolution tient à trois facteurs :

- le basculement des EHPA vers les EHPAD : entre 2004 et 2014, le nombre de lits en EHPA a diminué de 230 000 à 40 600 ;

- la conversion en EHPAD de certaines USLD : ainsi, les USLD ont une capacité de 31 300 lits en 2014, contre près de 76 800 en 2004 ;
- la forte croissance de la demande, compte tenu de l'augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes.

Le nombre de personnes âgées très dépendantes (classées en **GIR** 1 ou 2) parmi l'ensemble des personnes âgées soignées en EHPAD augmente régulièrement : il est passé de 47 % en 2003 à 51 % fin 2007, pour s'établir à 55 % en 2012.

Les EHPA appartiennent très majoritairement au secteur public ou au secteur privé à but non lucratif : 686 établissements sur 723 en 2014. C'est également le cas pour les EHPAD : 3 003 établissements relèvent du secteur public, 2 202 du privé à but non lucratif et 1 738 du privé à but lucratif. Malgré une croissance plus rapide du secteur privé au cours des années récentes, les établissements publics ou à but non lucratif restent encore largement majoritaires.

En 2014, la dépense de **soins délivrés en USLD** s'élève à environ 980 millions d'euros, en baisse de 2,7 % par rapport à 2013. Après avoir fortement baissé dans la période de mise en œuvre de la réforme des USLD (-10,2% en moyenne annuelle entre 2007 et 2010), cette dépense demeure depuis voisine de 1 milliard d'euros.

Les **services de soins infirmiers à domicile pour personnes âgées (SSIAD)** assurent des soins favorisant la prise en charge à domicile, et non en institution. Ces soins sont assurés par des infirmiers et aides-soignants salariés et par des infirmiers libéraux rémunérés à l'acte (cf. fiche A11).

La dépense totale liée à ces soins s'établit à près de 1,6 milliard d'euros en 2014, soit une progression de 1,7 % très inférieure à sa tendance passée. 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.

Les SSIAD ont bénéficié à 121 000 personnes en 2014 contre 117 000 en 2013 (+3,0 %), soit une augmentation moins marquée qu'entre 2004 et 2012 (+5,8 %).

### DÉFINITIONS

**GIR** : groupes iso-ressources ; au nombre de six, ils regroupent les malades en fonction de leur degré de perte d'autonomie.

### POUR EN SAVOIR PLUS

S. Volant S., 2014, « L'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2011 », *Études et Résultats*, n° 877, DREES, février.

Buyck J.-F., Casteran-Sacreste B., Cavillon M., Lelièvre F., Tuffreau F., Mikol F., 2014 « La prise en charge en médecine générale des personnes âgées dépendantes vivant à domicile », *Études et Résultats*, n° 869, DREES, février.

Marquier R., 2013 « Une décennie d'aide sociale des départements aux personnes âgées dépendantes (2001-2010) », *Dossier Solidarité Santé*, n° 39, DREES, avril.

Ramos-Gorand M., 2013, « Accessibilité de l'offre en établissements d'hébergement pour personnes âgées : enjeux territoriaux », *Dossier Solidarité Santé*, n° 36, DREES, janvier.

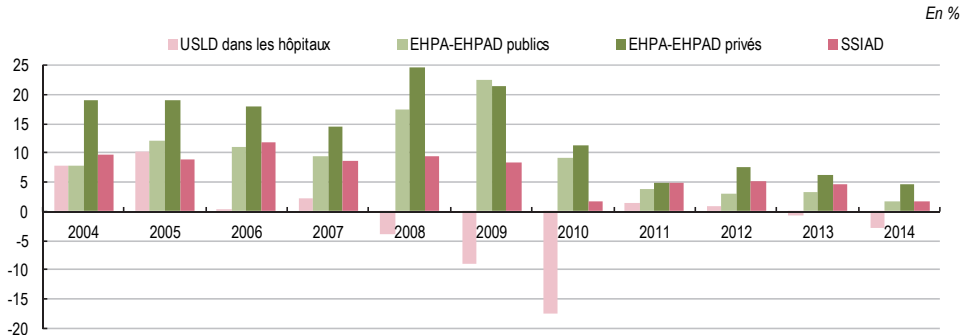
### B2.1 Dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées

Montants en milliards d'euros

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Soins de longue durée aux personnes âgées</b>	<b>4,9</b>	<b>5,5</b>	<b>6,0</b>	<b>6,6</b>	<b>7,5</b>	<b>8,5</b>	<b>9,0</b>	<b>9,3</b>	<b>9,7</b>	<b>10,1</b>	<b>10,4</b>
<i>Evolution (en %)</i>	10,4	12,6	10,1	8,9	13,5	14,3	5,0	4,0	4,6	4,1	2,3
<b>Soins en établissements pour personnes âgées</b>	<b>4,0</b>	<b>4,6</b>	<b>5,0</b>	<b>5,5</b>	<b>6,2</b>	<b>7,2</b>	<b>7,6</b>	<b>7,9</b>	<b>8,3</b>	<b>8,6</b>	<b>8,8</b>
Soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)	1,2	1,3	1,3	1,4	1,3	1,2	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Soins en EHPA-EHPAD publics	1,8	2,0	2,2	2,4	2,8	3,4	3,8	3,9	4,0	4,2	4,2
Soins en EHPA-EHPAD privés à but non lucratif	0,7	0,8	0,9	1,0	1,2	1,5	1,7	1,7	1,9	2,0	2,1
Soins en EHPA-EHPAD privés à but lucratif	0,4	0,5	0,6	0,7	0,9	1,1	1,2	1,3	1,4	1,5	1,5
<b>Services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) pour personnes âgées</b>	<b>0,8</b>	<b>0,9</b>	<b>1,0</b>	<b>1,1</b>	<b>1,2</b>	<b>1,3</b>	<b>1,3</b>	<b>1,4</b>	<b>1,5</b>	<b>1,5</b>	<b>1,6</b>

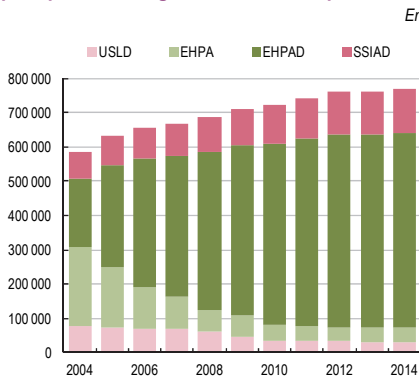
Source : Comptes de la santé, à partir de données CNAMTS.

### B2.2 Taux d'évolution en valeur des soins de longue durée aux personnes âgées



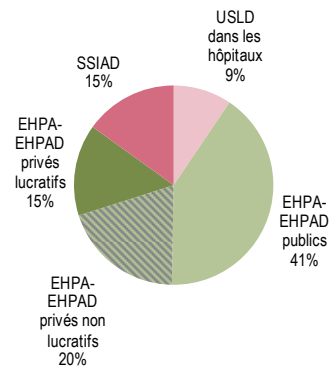
Source : Comptes de la santé, à partir de données CNAMTS.

### B2.3 Capacité des établissements d'hébergement pour personnes âgées et nombre de places en SSIAD



Sources : CNAMTS ; DREES – SAE.

### B2.4 Répartition des dépenses de soins de longue durée aux personnes âgées en 2014



Source : CNAMTS

Les soins aux personnes handicapées s'élevèrent à 9,3 milliards d'euros en 2014 (*tableau B3.1*), en hausse de 2,7 %. Le montant de ces dépenses correspond à l'objectif global de dépenses (OGD) médico-social pour les personnes handicapées, c'est-à-dire à la somme des financements de l'Assurance maladie (9,0 milliards d'euros en 2014) et de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA, 0,3 milliard d'euros),

Le rythme de croissance des soins de longue durée pour personnes handicapées était très supérieur à celui de la dépense courante de santé jusqu'en 2005, en lien avec un très fort accroissement des capacités d'hébergement, notamment pour les enfants et adolescents handicapés. Ainsi, l'OGD personnes handicapées augmentait de 7,0 % par an en moyenne entre 2000 et 2005. Toujours soutenue mais plus faible 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. Enfin, depuis 2010, celle-ci faiblit de nouveau et s'élève à 3,0 % en moyenne annuelle sur 2010-2014, en lien avec le resserrement des taux de progression aux ONDAM sous-jacents votés par le Parlement.

En 2014, sur les 9,3 milliards de dépenses pour personnes handicapées (*tableau B3.2*) :

- 6,9 milliards d'euros sont dévolus aux soins dispensés à des enfants et des adolescents, ce qui représente près de 74 % de la dépense totale de soins de longue durée aux personnes handicapées. La majorité de cette dépense concerne l'accueil en établissement avec ou sans hébergement (85 %), une plus faible part étant consacrée aux services (15 %) ;
- 2,3 milliards d'euros sont constitués de soins dispensés à des adultes, soit environ 24 % de la dépense totale de soins de longue durée aux personnes handicapées. 95 % de la dépense médico-sociale en faveur des adultes handicapés est consacrée aux établissements, et 5 % aux services ;
- 0,2 milliard d'euros, soit 2 % de la dépense, sont versés à des établissements et services qui reçoivent à la fois adultes et enfants handicapés (comme les SSIAD).

Les établissements pour enfants et adolescents handicapés offrent 146 000 places fin 2013. Les plus

nombreux sont les instituts médico-éducatifs (**IME**), qui accueillent et accompagnent des enfants et adolescents présentant un déficit intellectuel, avec près de 66 000 places, et les instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (**ITEP**), qui accueillent des enfants et adolescents présentant des difficultés psychologiques dont l'expression perturbe leur apprentissage, avec un peu moins de 15 000 places (*graphique B3.3*). Ils regroupent à eux seuls plus de la moitié des places. Viennent ensuite les établissements pour jeunes déficients sensoriels (**EJDS** – 7 300 places), les instituts d'éducation motrice (**IEM** – 7 000 places) et les établissements pour enfants polyhandicapés (**EP** – 5 400 places). Ces trois derniers types d'établissements accueillent des enfants qui y sont le plus souvent scolarisés.

Les services d'éducation spéciale et de soins à domicile (**SESSAD**) proposent, quant à eux, plus de 45 400 places. Ces services assurent un accompagnement personnalisé des enfants ou adolescents pour leur maintien dans leur milieu de vie habituel : 96 % des bénéficiaires sont scolarisés en milieu ordinaire.

Les établissements d'hébergement pour adultes handicapés offrent 146 600 places fin 2013. Parmi ceux-ci, les financements de l'Assurance maladie se dirigent surtout vers les structures médicalisées, qui accueillent les personnes lourdement handicapées ayant besoin d'une tierce personne pour effectuer les actes essentiels de la vie courante (*graphique B3.4*). Les maisons d'accueil spécialisées (**MAS** – 25 500 places) sont entièrement financées par l'Assurance maladie ; elles accueillent des personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou de polyhandicap. Les foyers d'accueil médicalisés (**FAM** – 23 100 places), financés partiellement par l'Assurance maladie, accueillent majoritairement des déficients intellectuels, psychiques et moteurs. Les foyers « occupationnels » sont des structures qui accueillent principalement des personnes qui ne peuvent travailler, ni en milieu ordinaire ni en milieu protégé. Ils s'adressent cependant à des personnes suffisamment autonomes pour avoir des occupations quotidiennes comme la participation à des activités ludiques et éducatives. En revanche, les foyers d'hébergement accueillent des personnes qui exercent une activité pendant la journée dans un milieu ordinaire et qui ont besoin d'un hébergement et d'un encadrement plus ou moins important selon leur autonomie.

#### POUR EN SAVOIR PLUS

Makdessi Y., 2013, « L'accueil des enfants handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », *Études et Résultats*, n° 832, DREES, février.

Mordier B., 2013 « L'accueil des adultes handicapés dans les établissements et services médico-sociaux en 2010 », *Études et résultats*, n° 833, DREES, février.

**B3.1 Dépenses de soins de longue durée aux personnes handicapées**

Montants en milliards d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Soins de longue durée aux personnes handicapées*</b>	4,7	5,3	6,2	6,9	7,7	8,3	8,5	8,8	9,0	9,3
Évolution (en %)						2,7	3,4	2,6	3,4	2,7
dont ONDAM pers. handicapées	4,7	5,3	6,2	6,6	7,4	7,9	8,3	8,4	8,7	9,0
dont contribution CNSA				0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3

\* Le montant de soins de longue durée aux personnes handicapées correspond à l'objectif global de dépenses (OGD).

Sources : Comptes de la santé, à partir de données DSS pour l'ONDAM, DGCS pour l'OGD.

**B3.2 Structure 2014 de la dépense de soins de longue durée aux personnes handicapées et évolution par rapport à 2013**

En %

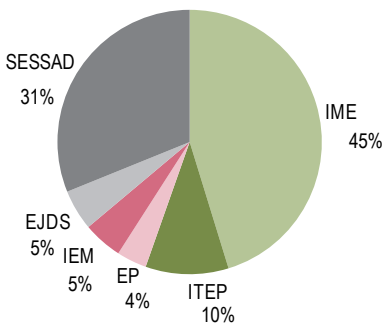
	2013	2014	Évolution 2013-2014 (en %)
<b>Établissements et services à destination des enfants handicapés</b>	<b>73,6</b>	<b>73,8</b>	<b>3,2</b>
Instituts médico-éducatifs (IME)	16,6	16,4	
Instituts thérapeutiques éducatifs et pédagogiques (ITEP)	4,9	4,5	
Établissements pour enfants poly handicapés (EP)	2,2	2,1	
Autres établissements pour enfance inadaptée	38,7	39,5	
Centre d'action médico-sociale précoce (CAMSP)	1,8	1,8	
Services d'éducation spécialisée et soins à domicile (SESSAD)	9,4	9,5	
<b>Établissements et services à destination des adultes handicapés</b>	<b>24,4</b>	<b>24,2</b>	<b>1,9</b>
Maisons d'accueil spécialisées (MAS)	14,4	14,5	
Services d'accompagnement médico-social (SAMSAH)	1,0	1,0	
Foyers d'accueil médicalisés (FAM)	6,3	6,4	
Unités d'évaluation, de réentrainement et d'orientation sociale et socio-professionnelle (UEROS)	0,3	0,3	
Autres établissements pour adultes handicapés	2,5	2,0	
<b>Autres établissements et services*</b>	<b>2,0</b>	<b>2,0</b>	<b>6,6</b>
<b>Dépenses totales des soins de longue durée des personnes handicapées</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

\*Les autres établissements et services comprennent les services à domicile pour personnes handicapées, les centres de ressources et les autres prestations médico-sociales.

Source : Comptes de la santé.

**B3.3 Répartition des places d'accueil pour enfants handicapés par type d'établissements**

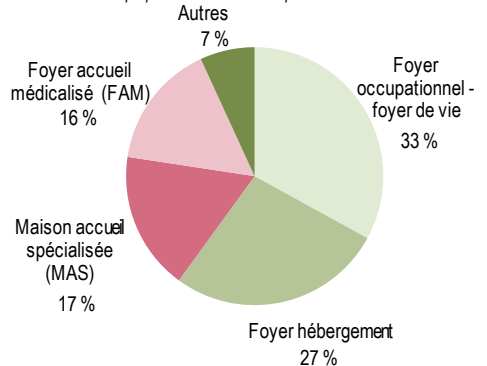
En proportion du nombre de places au 31 décembre 2013



Source : DREES – STATISS.

**B3.4 Répartition des places d'accueil pour adultes handicapés par type d'établissements**

En proportion du nombre de places au 31 décembre 2013



Source : DREES – STATISS.

Les **indemnités journalières** (IJ) venant compenser la perte de salaire en cas d'arrêt de travail retracées dans les Comptes de la santé recouvrent celles versées par les régimes de base d'assurance sociale (hors Fonction publique) au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité. En 2014, elles s'élèvent à 13,3 milliards d'euros (*tableau B4.1*).

Après avoir fortement augmenté au début des années 2000 (+8,2 % par an entre 2000 et 2003), elles ont nettement ralenti ensuite (+0,3 % par an entre 2003 et 2006) pour reprendre à nouveau entre 2006 et 2011 (+3,6 % par an). Après deux années de relative stabilité, elles repartent à la hausse en 2014 (+4,1 %).

La dynamique des IJ est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui sont à la base du calcul des indemnités journalières ;
- 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.

Les à-coups dans l'évolution des indemnités journalières depuis 2000 s'expliquent par le rythme heurté du volume des indemnités « maladie » et « AT-MP » du régime général (*graphiques B4.2 et B4.4*) :

- leur forte progression jusqu'en 2003 s'explique en partie par l'arrivée à 55 ans des premières générations du baby-boom et donc par la hausse de la proportion des seniors dans la population active ;
- la forte baisse de 2003 à 2006 est imputée pour l'essentiel au développement des contrôles des arrêts de travail par la CNAMTS et aux engagements de maîtrise médicalisée de la part des médecins ;
- en l'absence de mesures nouvelles, le volume des IJ reprend sa croissance à partir de 2007, portée notamment par le vieillissement de la population active ;
- le léger repli de la mi-2011 à la fin 2013 est lié à deux facteurs : la dégradation du marché du travail et le contexte épidémiologique favorable en 2011 et 2012 ;

- malgré une épidémie de grippe moins marquée qu'en 2013, les volumes des IJ reprennent en 2014. La croissance est portée par une durée moyenne des arrêts plus importante, le nombre d'arrêts n'ayant que peu augmenté. Notamment, les IJ « maladie » de plus de trois mois ont augmenté plus vite que les autres arrêts. Cette reprise des volumes s'explique notamment par l'entrée en vigueur en 2014 de trois mesures : l'obligation faite aux caisses de Sécurité sociale de payer les IJ de mi-temps thérapeutique, l'assouplissement des conditions d'ouverture de droits aux IJ de longue durée et la création d'IJ « maladie » pour les exploitants agricoles.

La croissance du « prix » des indemnités journalières a nettement ralenti depuis la crise de 2009 (+1,4 % en moyenne annuelle entre 2009 et 2014 contre +2,6 % en moyenne annuelle entre 2000 et 2008) [*graphique B4.2*]. Le calcul du montant de l'IJ repose en effet sur le salaire des trois mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « maladie », et du mois précédant l'arrêt de travail pour les IJ « AT-MP ». Seule la part du salaire inférieure au seuil de 1,8 fois le SMIC est prise en compte dans le calcul du montant de l'IJ. Ainsi, le prix des IJ peut croître plus vite que le **salaire net annuel moyen** lorsque la croissance du SMIC est plus rapide que celle du salaire moyen. C'est le cas globalement sur la période 2000-2009 (*graphique B4.3*) et particulièrement en 2009, année où le salaire moyen a stagné. Les modes de calcul des IJ moins favorables adoptés les 1<sup>er</sup> décembre 2010 et 1<sup>er</sup> janvier 2012 ont induit des baisses de montants servis à salaire donné, qui se sont traduits par un ralentissement du prix des IJ par rapport au salaire net annuel moyen.

Les indemnités journalières du risque « maternité » ont gardé un rythme de croissance de 3,8 % par an en moyenne entre 2000 et 2010. Depuis 2011, en lien avec le léger recul observé du nombre de naissances, elles sont quasi stables : entre 2010 et 2013, elles augmentent de 0,4 % seulement en moyenne annuelle. Leur augmentation en 2014 (+1,9 %) est à rapprocher de la stabilisation du nombre de naissances.

*In fine*, la structure des indemnités journalières selon les différents risques reste stable entre 2006 et 2014 : les IJ « maladie » représentent toujours environ 55 % des dépenses, la part des IJ « AT-MP » passe de 20,7 % en 2006 à 21,8 % en 2014 et les IJ « maternité » représentent 24,4 % des indemnités en 2006, contre 23,2 % en 2014.

### DÉFINITION

Le **salaire moyen en équivalent temps plein** est calculé en prenant en compte tous les postes de travail des salariés (y compris les postes à temps partiel). Chaque poste de travail est pris en compte au prorata de son volume horaire de travail rapporté à celui d'un poste à temps complet.

### POUR EN SAVOIR PLUS

Marbot C., Pollak C., « Les grossesses expliquent 37 % des différences d'arrêt maladie indemnisés entre femmes et hommes âgés de 21 à 45 ans », éclairage dans cet ouvrage.

« La dynamique récente des dépenses d'indemnités journalières », fiche CCSS n°2-4, septembre 2013.

Rapport sur les arrêts de travail et les indemnités journalières, MECS, avril 2013.



**B4.1 Dépenses d'indemnités journalières**

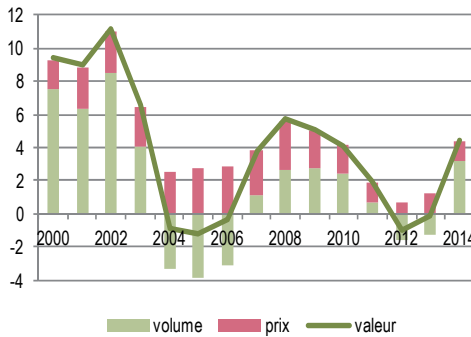
Montants en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Ensemble</b>	10 748	11 001	11 594	12 144	12 619	12 827	12 764	12 816	13 342
Évolution (en %)		2,4	5,4	4,8	3,9	1,6	-0,5	0,4	4,1
Maladie	5 905	6 012	6 329	6 643	6 880	7 001	6 936	6 977	7 345
Évolution (en %)		1,8	5,3	4,9	3,6	1,8	-0,9	0,6	5,3
Maternité	2 618	2 643	2 786	2 885	2 994	2 987	3 017	3 033	3 089
Évolution (en %)		1,0	5,4	3,6	3,8	-0,2	1,0	0,5	1,9
Accidents du travail - maladies professionnelles	2 226	2 346	2 478	2 617	2 745	2 839	2 811	2 806	2 907
Évolution (en %)		5,4	5,6	5,6	4,9	3,4	-1,0	-0,2	3,6

Champ : France entière, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors Fonction publique (donnée non disponible).  
Source : DREES – Comptes de la santé.

**B4.2 Évolution des indemnités journalières maladie et AT-MP du régime général**

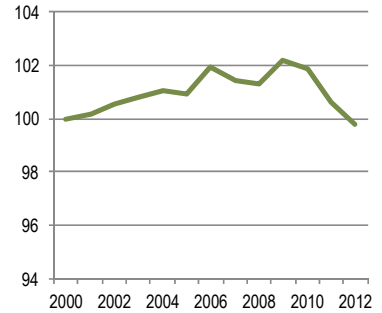
En %



Champ : France métropolitaine, risques « maladie » et « accident du travail », assurés du régime général.  
Source : CNAMTS, calculs DREES.

**B4.3 Évolution du prix des indemnités journalières du régime général rapporté au salaire net annuel moyen en ETP\***

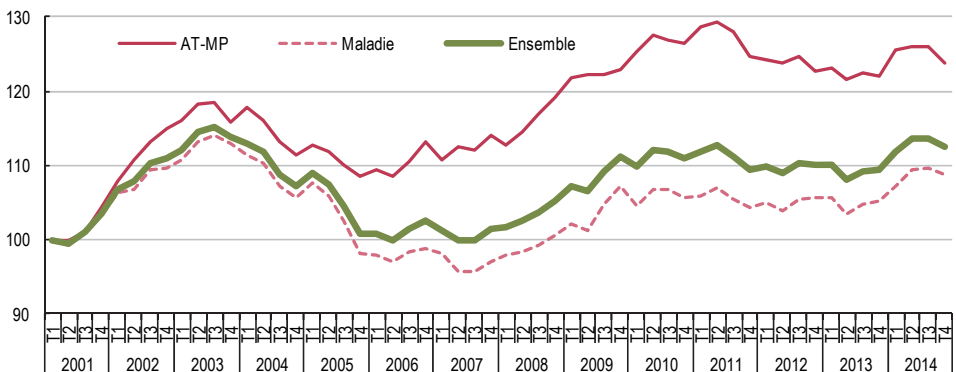
Base 100 en 2000



\*ETP : Équivalent temps plein  
Champ : France métropolitaine, risques « maladie » et « accident du travail », assurés du régime général.  
Sources : CNAMTS ; INSEE, calculs DREES.

**B4.4 Évolution du volume d'indemnités journalières du régime général rapporté à l'emploi salarié**

Base 100 au premier trimestre 2001



Champ : France métropolitaine, risques « maladie » et « accidents du travail – maladies professionnelles », assurés du régime général.  
Sources : CNAMTS pour les indemnités journalières, INSEE pour l'emploi salarié, calculs DREES.

La consommation de services de **prévention institutionnelle** ou organisée s'élève à 5,9 milliards d'euros en 2014, dont 3,6 milliards pour la prévention individuelle et 2,3 milliards pour la prévention collective (*tableau B5.1*). La prévention institutionnelle représente environ 90 euros par habitant et 2,3 % de la dépense courante de santé. Elle est dite institutionnelle car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux, contrairement à la prévention effectuée au jour le jour (par les médecins traitants par exemple).

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement des personnes. La **prévention individuelle primaire** vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies. La vaccination en est l'exemple type. Selon l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), la consommation de vaccins se monte à 574 millions d'euros en 2014. Mais ne sont présentées ici que les seules dépenses de vaccination « organisée » financées par les collectivités locales et le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire (FNPEIS), soit 109 millions en 2014. Le solde, financé par l'Assurance maladie et les ménages, est inclus par ailleurs dans la CSBM. La prévention primaire comprend également les actions de la protection maternelle et infantile (PMI) et du planning familial, ainsi que la médecine scolaire et la médecine du travail. Cette dernière représente à elle seule 28% de l'ensemble des dépenses de prévention institutionnelle.

La **prévention individuelle secondaire** tend à repérer les maladies avant leur développement, ce qui exclut les traitements des facteurs de risques (hypertension, diabète...). Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles, la tuberculose, les hépatites... Avec les Plans cancer 2003-2007, 2009-2013, les dépenses de dépistage des tumeurs ont doublé, passant de 91 millions d'euros en 2003 à 179 millions d'euros en 2014. En outre, de nouveaux crédits ont été alloués pour ce dépistage avec le Plan cancer 2014-2019. Les examens de santé font également partie de la prévention secondaire, comme les bilans bucco-dentaires. Le budget consacré à ces derniers a triplé entre 2003 et 2014, avec la campagne MTdents destinée aux plus jeunes : en 2012, le taux de participation atteignait 35 %. Depuis 2014, le programme se concentre sur les écoles situées en réseau d'éducation prioritaire et s'étend aux femmes enceintes. Ces dernières peuvent bénéficier d'un examen bucco-dentaire et d'une action de prévention pour le futur enfant pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

La **prévention collective** correspond aux dépenses non imputables à un individu. On distingue :

- la **prévention collective à visée comportementale**, qui comprend la lutte contre les addictions (drogues, alcool, tabac), les campagnes en faveur des vaccinations et des dépistages, ainsi que l'éducation à la santé. Ces dépenses soutiennent, par exemple, le Programme national nutrition santé (PNNS) dont les dépenses ont presque doublé depuis 2011 dans le cadre de son volet 2011-2015 (12 millions d'euros en 2014).
- la **prévention collective à visée environnementale**, qui inclut l'hygiène du milieu, la lutte contre la pollution, la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille, d'alerte ou qui ont vocation à être mobilisés en cas d'urgence ou de crise, ainsi que la sécurité sanitaire de l'alimentation.

L'État et les collectivités locales ont financé 61% de la prévention institutionnelle en 2014, la Sécurité sociale 12 % et le secteur privé 27 % (*graphique B5.3*). Si l'État et les collectivités locales sont des acteurs majeurs de toutes les catégories de prévention, le secteur privé finance 51 % de la prévention primaire (*via* la médecine du travail et le planning familial essentiellement). La Sécurité sociale est aussi présente dans toutes les catégories ; elle finance notamment 40 % de la prévention secondaire (MTdents et examens de santé préventifs gratuits par exemple). Entre 1995 et 2012, la part de la Sécurité sociale est restée stable, sauf en 2009 en raison de la part exceptionnelle dans la prévention des vaccins contre la grippe H1N1. En revanche, la part de l'État et des collectivités locales a diminué, au profit du secteur privé. Néanmoins, au niveau local, la mise en place du fonds d'intervention régional (FIR) en 2012 offre aux agences régionales de santé (ARS) la possibilité de consacrer davantage de crédits au bénéfice de la prévention.

Les dépenses de prévention collective sont proches, en 2014, de leur niveau de 2003. Par conséquent, la structure des dépenses évolue en faveur de la prévention individuelle, primaire et secondaire, qui ont progressé respectivement de 2,3 % et 3,3 % par an depuis 2003, au détriment de la prévention collective.

Le projet de loi de modernisation du système de santé voté en avril 2015 lance de nouveaux programmes de prévention institutionnelle. La priorité est mise sur les pratiques addictives (tabac, alcool) notamment auprès des jeunes, sur l'information nutritionnelle pour lutter contre l'obésité et sur un meilleur dépistage des MST.

### DÉFINITIONS

**Prévention institutionnelle** : il ne s'agit que d'une partie des dépenses de prévention, hors prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluse par ailleurs dans la CSBM. Une estimation partielle de la prévention non institutionnelle sur les soins de ville a abouti à une dépense de 8,5 milliards d'euros pour 2012 (*cf.* éclairage du rapport des Comptes de la santé 2014, « Une estimation partielle des dépenses de prévention au sein de la consommation de soins et de biens médicaux en 2012 »).

### POUR EN SAVOIR PLUS

« MT dents, ce n'est pas fini ! », 2014, site de l'Assurance maladie, Point d'information, décembre.

« Qu'y a-t-il dans la loi de santé ? », 2015, site du ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, mars.

## B5.1 Dépenses de prévention institutionnelle

Montants en millions d'euros, évolutions en moyenne annuelle

	2003	2007	2010	2011	2012	2013	2014	Évolution 2003-2014 (en %)
<b>Dépense totale de prévention (1)</b>	<b>5 038</b>	<b>5 487</b>	<b>5 806</b>	<b>5 812</b>	<b>5 802</b>	<b>5 892</b>	<b>5 864</b>	<b>1,4</b>
Évolution (en %)				0,1	-0,2	1,5	-0,5	
<b>Prévention individuelle primaire</b>	<b>2 282</b>	<b>2 599</b>	<b>2 791</b>	<b>2 800</b>	<b>2 807</b>	<b>2 928</b>	<b>2 947</b>	<b>2,4</b>
Vaccins	94	106	109	111	109	108	109	1,3
PMI - Planning familial	599	653	688	683	673	681	670	1,0
Médecine du travail	1 272	1 407	1 512	1 536	1 527	1 599	1 619	2,2
Médecine scolaire	316	434	482	470	498	540	549	5,2
<b>Prévention individuelle secondaire</b>	<b>474</b>	<b>630</b>	<b>646</b>	<b>665</b>	<b>660</b>	<b>686</b>	<b>666</b>	<b>3,1</b>
Dépistage des tumeurs	91	159	173	193	184	193	179	6,3
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	169	222	208	211	208	216	209	0,0
Dépistage autres pathologies	30	42	34	31	35	38	37	1,9
Examens de santé	165	175	181	180	182	184	183	0,9
Bilans bucco-dentaires	19	32	49	50	51	56	58	10,9
<b>Prévention collective</b>	<b>2 282</b>	<b>2 258</b>	<b>2 369</b>	<b>2 347</b>	<b>2 336</b>	<b>2 277</b>	<b>2 251</b>	<b>-0,1</b>
<b>À visée comportementale</b>	<b>401</b>	<b>485</b>	<b>511</b>	<b>493</b>	<b>483</b>	<b>476</b>	<b>459</b>	<b>1,2</b>
Campagne en faveur des vaccinations	24	25	24	24	24	24	24	0,3
Lutte contre les addictions	89	92	118	116	115	109	101	1,1
Information, promotion, éducation à la santé	289	368	369	353	344	343	334	1,3
<b>À visée environnementale</b>	<b>1 881</b>	<b>1 773</b>	<b>1 858</b>	<b>1 854</b>	<b>1 852</b>	<b>1 801</b>	<b>1 792</b>	<b>-0,4</b>
Hygiène du milieu (2)	402	497	530	538	533	536	553	2,9
Prévention des risques professionnels	210	224	249	258	254	259	246	1,5
Prévention et lutte contre la pollution	250	145	225	198	172	143	138	-5,3
Observation, veille, recherche, règlements (3)	199	260	301	287	307	309	304	3,9
Urgences et crises (EPRUS depuis 2007)	6	93	-28	26	42	48	39	19,3
Sécurité sanitaire de l'alimentation	814	553	582	546	544	505	512	-4,1
<b>Double-compte avec la CSBM (4)</b>	<b>-37</b>	<b>-81</b>	<b>-106</b>	<b>-108</b>	<b>-102</b>	<b>-103</b>	<b>-107</b>	
<b>Prévention hors double-compte</b>	<b>5 001</b>	<b>5 406</b>	<b>5 700</b>	<b>5 704</b>	<b>5 700</b>	<b>5 789</b>	<b>5 757</b>	<b>1,3</b>

(1) L'ensemble des dépenses de prévention ont été réévaluées pour l'édition de ce rapport.

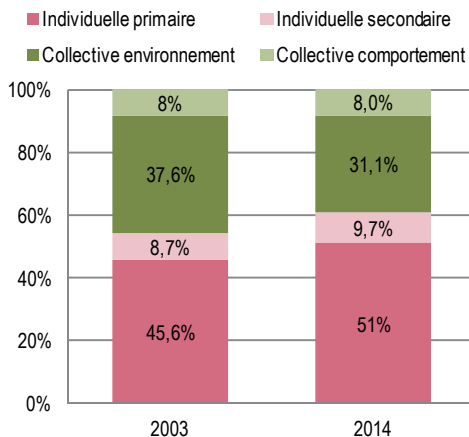
(2) Y compris lutte anti-vectorielle, dont notamment la lutte contre les moustiques vecteurs de paludisme dans les DOM-TOM.

(3) Rédaction, mise en application des règlements concernant la veille et la sécurité sanitaire, recherche en prévention.

(4) Certaines dépenses de la prévention secondaire (vaccins, dépistages) déjà incluses dans la CSBM sont retranchées afin d'éviter un double-compte.

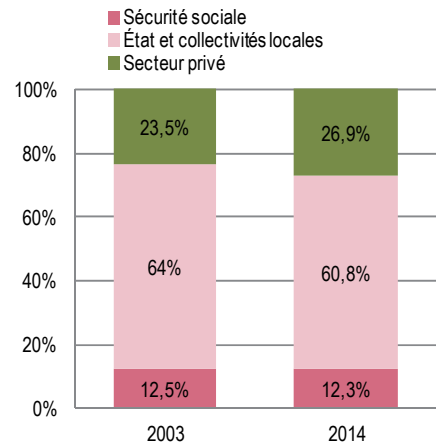
Source : Comptes de la santé.

## B5.2 Répartition des dépenses de prévention



Source : Comptes de la santé.

## B5.3 Financement des dépenses de prévention



Source : Comptes de la santé.

Les dépenses courantes en faveur du système de soins comprennent :

- les subventions au système de soins ;
- la recherche médicale et pharmaceutique ;
- la formation des personnels médicaux.

Les **subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles** s'élèvent à 2,4 milliards d'euros en 2014, en diminution de 6,9 % par rapport à 2013 (*tableau B6.1*). Elles comprennent :

- la prise en charge par l'Assurance maladie de certaines cotisations sociales des professionnels de santé (ou cotisations PAM), soit 2,6 milliards d'euros en 2014. Mise en place en 1960 pour les médecins, elle avait pour but de les inciter à choisir le secteur 1 (honoraires sans dépassements, sauf exceptions). Depuis, ce dispositif a été étendu à d'autres professions de santé (auxiliaires médicaux, dentistes, sages-femmes...);
- les dotations versées par l'Assurance maladie pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (548 millions d'euros en 2014) : à l'origine versées au Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), la part régionale de ces dotations a été transférée au Fonds d'intervention régionale (FIR) en 2012, et le FIQCS qui gérait la part nationale des crédits a été supprimé en 2014. Ceux-ci sont désormais versés directement par l'Assurance maladie aux différents acteurs ;
- les participations de l'Assurance maladie à divers opérateurs de la santé (219 millions d'euros en 2014), tels que l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), le Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS) et l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS) ;
- l'aide à la télétransmission, subvention versée aux professionnels de santé, hors médecins, qui transmettent numériquement les feuilles de soins électroniques, soit 139 millions d'euros en 2014 ;
- les remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques à l'Assurance maladie. Entre 2006 et 2013, ces remises avoisinaient 200 à 400 millions d'euros par an. Les traitements innovants contre le VHC introduits en 2014 ont donné lieu à des remises supplémentaires, portant leur montant total à environ 1,1 milliard d'euros. Ces montants viennent réduire le coût des soins et sont donc enregistrés en moindre dépense de santé.

La **recherche médicale et pharmaceutique** a été évaluée à 7,6 milliards d'euros en 2013. Pour le compte provisoire de l'année 2014, comme pour les années précédentes, cette dépense est évaluée sur la base d'éléments partiels. Elle s'élevait à 7,5 milliards

d'euros, soit près de 2 % de moins qu'en 2013 (*tableau B6.2*).

Ces dépenses comprennent :

- la part consacrée à la santé par tous les organismes inscrits à la MIREs (mission interministérielle recherche et enseignement supérieur) : Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), Institut Pasteur, Institut Curie, Centre national de la recherche scientifique (CNRS) etc., hors dépenses des universités ;
- la part liée à la santé dans les financements de l'Agence nationale de la recherche (ANR) – ces deux parts représentent 1,9 milliard d'euros de financement en 2014 ;
- la part consacrée à la santé dans les dépenses de recherche des universités ;
- les dépenses de recherche clinique dans les hôpitaux universitaires – au total, 1,7 milliard d'euros de recherche universitaire en 2014 ;
- les dépenses de recherche de l'industrie pharmaceutique et de l'industrie du matériel médical (3,7 milliards d'euros en 2014) ;
- la part liée à la santé dans les dépenses de recherche du secteur associatif (contribution au financement de la recherche médicale des grandes associations caritatives, soit 0,2 milliard d'euros en 2014).

En 2000, les financements publics et privés de la recherche médicale et pharmaceutique étaient équivalents ; la place du secteur privé, et notamment de l'industrie pharmaceutique, a progressé jusqu'en 2007 où elle atteint 57 %, pour revenir progressivement à 52 % depuis 2012 (*graphique B6.3*).

En 2014, les **dépenses de formation des personnels médicaux** atteignent 2,0 milliards d'euros, soit 1,2 % de plus qu'en 2013. Leur progression est modérée depuis cinq ans, après plusieurs années de forte hausse qui est principalement due à :

- une augmentation du coût unitaire de l'étudiant dans les unités de formation et de recherche (UFR) de médecine ou de chirurgie dentaire ;
- une hausse des coûts des formations sanitaires observée après la décentralisation de l'État vers les régions des crédits consacrés aux formations d'auxiliaires médicaux à partir de 2005.

L'État et les régions assurent l'essentiel du financement de la formation ; la Sécurité sociale y contribue également, en prenant en charge le financement de la formation continue des médecins. Les ménages règlent les droits d'inscription ou de scolarité. Divers organismes tels les écoles privées de formation des auxiliaires médicaux ou l'Institut Pasteur autofinancent la formation qu'ils dispensent.

### SUBVENTIONS AU SYSTÈME DE SOINS

Seule une partie des dotations à divers organismes est comptabilisée. En effet, les dotations versées à l'INPES ou à l'EPRUS sont comptabilisées par convention en dépenses de prévention, celles versées à la HAS ou à l'ATIH sont retracées dans les coûts de gestion du système de santé. S'agissant du FIR, les autres actions du fonds sont décrites à la fiche A20.

## B6.1 Les dépenses en faveur du système de soins

Montants en millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Ensemble</b>	7 582	8 852	9 331	10 447	11 201	11 241	11 418	11 651	11 812	12 058	11 904
Évolution (en %)						0,4	1,6	2,0	1,4	2,1	-1,3
<b>Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles</b>	1 353	1 704	1 754	2 092	1 929	2 006	2 152	2 238	2 386	2 573	2 394
PAM *	1 613	1 719	1 957	2 086	1 880	1 958	2 040	2 165	2 312	2 452	2 594
FIR, FIQCS et autres participations **	5	73	92	122	231	191	228	250	276	413	768
Aide à la télétransmission***	10	41	53	69	79	77	129	147	128	136	139
Remises conventionnelles****	-274	-129	-349	-185	-260	-220	-245	-324	-330	-428	-1 106
<b>Recherche médicale et pharmaceutique</b>	5 422	6 275	6 610	7 035	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 644	7 497
<b>Formation des personnels médicaux</b>	807	873	967	1 320	1 660	1 784	1 844	1 888	1 932	1 988	2 012

\* PAM : Prise en charge par l'Assurance maladie de cotisations sociales des professionnels de santé.

\*\* Principalement participations à l'Organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC), au Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers (CGOS), à l'Institut national de la transfusion sanguine (INTS). FIR : amélioration de la qualité et de la coordination des soins uniquement.

\*\*\* À partir de 2012, l'aide à la télétransmission des médecins est incluse dans la ROSP. Elle est donc retracée dans le poste "Autres soins et contrats" des soins de ville, et n'apparaît plus dans les dépenses en faveur du système de soins.

\*\*\*\* Remises conventionnelles versées par les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de dispositifs médicaux aux caisses d'assurance maladie.

Source : DREES – Comptes de la santé, à partir de données DREES, ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

## B6.2 Recherche médicale et pharmaceutique

Montants en millions d'euros

	2000	2002	2004	2006	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Ensemble</b>	5 422	6 275	6 610	7 035	7 611	7 451	7 421	7 525	7 494	7 644	7 497
Évolution (en %)						-2,1	-0,4	1,4	-0,4	2,0	-1,9
<b>Financements publics</b>	2 662	3 049	3 171	3 097	3 401	3 344	3 498	3 490	3 620	3 673	3 602
Budget civil de recherche et développement *	1 708	1 994	2 001	1 961	1 851	1 890	1 948	1 937	1 992	1 972	1 934
Universités et hôpitaux universitaires	954	1 055	1 170	1 136	1 550	1 454	1 550	1 553	1 628	1 701	1 668
<b>Financements privés et associatifs</b>	2 760	3 226	3 439	3 938	4 210	4 108	3 923	4 035	3 874	3 971	3 895
Industrie pharmaceutique et industrie de matériel médical	2 641	3 108	3 311	3 810	4 084	3 992	3 815	3 928	3 733	3 755	3 683
Secteur associatif	119	118	128	128	126	116	108	108	141	217	213

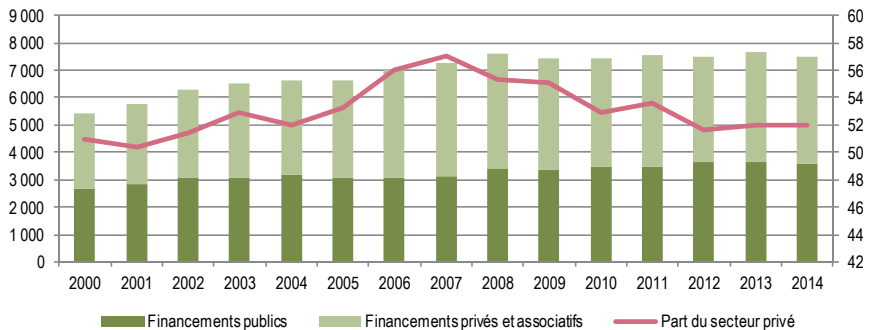
\* Recherche en santé des organismes inscrits à la MIREs et des financements de l'ANR.

Source : DREES – Comptes de la santé, à partir de données du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

## B6.3 Répartition de la recherche médicale et pharmaceutique par financement

En millions d'euros

En %



Source : DREES – Comptes de la santé, à partir de données du ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche.

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 14,9 milliards d'euros en 2014, soit 1,0 % de plus qu'en 2013. Ils comprennent les frais de gestion :

- des **différents régimes de Sécurité sociale**, y compris les contributions versées aux agences régionales de santé (ARS) et les coûts de gestion de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) ;
- des **organismes complémentaires** : mutuelles, institutions de prévoyance et assurances, au titre de leur activité en santé ;
- du budget de fonctionnement du **ministère chargé de la Santé** (y compris celui des ARS) ;
- des financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des **opérateurs publics** contribuant au pilotage du système de santé : Haute Autorité de santé (HAS), Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière (CNG), Agence nationale d'appui à la performance (ANAP), Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM), Fonds CMU. Les dépenses au titre des autres opérateurs publics tels que l'Institut de veille sanitaire (InVS) ou l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) sont comptabilisés en tant que dépenses de prévention (fiche B.5).

En 2014, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale s'élèvent à 7,1 milliards d'euros, soit une diminution de 3,1 % par rapport à 2013. 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 tous progressé en moyenne de 4,6 % à 4,7 % par an sur cette période.

En 2014, les frais de gestion des opérateurs publics (0,14 milliard d'euros) suivent leur tendance récente : +4,6 % par rapport à 2013. Les coûts de gestion du ministère chargé de la Santé sont de 0,9 milliard d'euros en 2014, en augmentation de 5,2 % par rapport à 2013.

Les coûts de gestion des organismes complémentaires (OC) s'élèvent à 6,8 milliards d'euros en 2014, soit +5,1 % par rapport à 2013. Ainsi, les coûts de gestion des mutuelles s'élèvent à 3,4 milliards d'euros,

2,4 milliards d'euros pour les sociétés d'assurances et 0,9 milliard d'euros pour les institutions de prévoyance.

Il est difficile de comparer les frais de gestion des organismes complémentaires (45 % du total) avec ceux des régimes de base (48 % du total). Les activités de ces deux catégories sont, en effet, à la fois différentes et imbriquées. Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer les attestations CMU-C et ACS ou les admissions en ALD par exemple). Ces régimes de base reçoivent par ailleurs davantage de feuilles de soins papier, plus coûteuses en gestion que les feuilles de soins électroniques, puis transmettent ensuite l'ensemble de ces flux de façon dématérialisée aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE. Mais ces derniers peuvent également intervenir directement dans le cas de soins non pris en charge par l'Assurance maladie (implants dentaires, soins d'ostéopathie...) ou traiter des feuilles de soins papiers si la convention d'échange n'a pas été signée. Enfin, les régimes de base obligatoires réalisent des économies d'échelle tandis que le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et que la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux OC (réseau, publicité...).

Les coûts de gestion des organismes complémentaires peuvent être de trois sortes : les frais de **gestion des sinistres** correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des dossiers et des contentieux), les frais d'**acquisition** sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers) et les frais d'**administration** retracent la gestion courante des contrats (encaissement des cotisations, administration des placements, réassurance...). Les institutions de prévoyance constituent la catégorie d'organismes pour laquelle les coûts de gestion représentent la plus faible part des cotisations (14 %), devant les mutuelles (19 %) et les sociétés d'assurances (23 %, *graphique B7.3*), en raison notamment d'une part plus importante de contrats collectifs. Les coûts de gestion moins élevés des institutions de prévoyance s'expliquent, en effet, par leur spécialisation sur la complémentaire santé d'entreprise : en faisant office d'interlocuteur unique et d'intermédiaire, l'entreprise peut permettre aux organismes de réduire leurs coûts d'acquisition et d'administration. Les sociétés d'assurances se caractérisent par des frais d'acquisition plus élevés tandis que les mutuelles se démarquent par des frais d'administration plus importants.

### COÛTS DE GESTION DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ

Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les Comptes de la santé :

- le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires et sociales), pour sa partie santé uniquement ;
- le budget de fonctionnement des actions 11 (pilotage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire, offre de soins).

### POUR EN SAVOIR PLUS

Jacod O., Montaut A., 2015, « Le marché de l'assurance complémentaire santé, des excédents dégagés en 2013 », *Études et Résultats*, n°919, DREES, juin.

Montaut A., 2015 rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, DREES, mai.

### B7.1 Coûts de gestion du système de santé

Montants en millions d'euros

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
<b>Ensemble</b>	<b>11 844</b>	<b>12 180</b>	<b>12 769</b>	<b>13 190</b>	<b>13 517</b>	<b>14 046</b>	<b>14 276</b>	<b>14 794</b>	<b>14 947</b>
<i>Évolution (en %)</i>		2,8	4,8	3,3	2,5	3,9	1,6	3,6	1,0
<b>Régimes de Sécurité sociale *</b>	<b>6 379</b>	<b>6 544</b>	<b>6 941</b>	<b>7 243</b>	<b>7 177</b>	<b>7 150</b>	<b>7 158</b>	<b>7 336</b>	<b>7 111</b>
<b>Organismes complémentaires **</b>	<b>4 728</b>	<b>4 865</b>	<b>5 021</b>	<b>5 099</b>	<b>5 454</b>	<b>5 952</b>	<b>6 156</b>	<b>6 448</b>	<b>6 773</b>
- Mutuelles	2 620	2 650	2 664	2 662	2 873	3 046	3 209	3 380	3 444
- Sociétés d'assurances	1 518	1 607	1 737	1 812	1 912	2 137	2 157	2 284	2 440
- Institutions de prévoyance	589	609	620	625	669	769	790	784	890
<b>Ministère chargé de la Santé</b>	<b>644</b>	<b>680</b>	<b>696</b>	<b>714</b>	<b>742</b>	<b>787</b>	<b>830</b>	<b>881</b>	<b>927</b>
<b>Opérateurs publics ***</b>	<b>94</b>	<b>91</b>	<b>111</b>	<b>134</b>	<b>144</b>	<b>157</b>	<b>132</b>	<b>129</b>	<b>135</b>

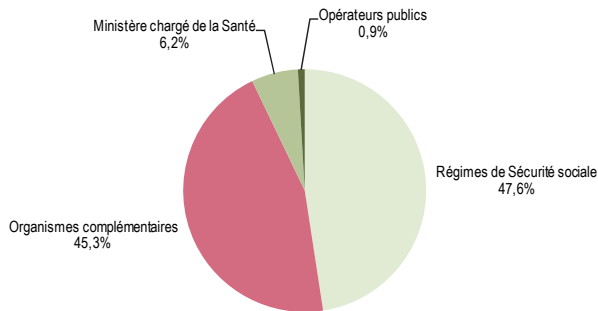
\* Cnamts, MSA, RSI et autres régimes de base ; Camieg. Sur toute la période, les coûts de gestion ne prennent pas en compte l'aide à la télétransmission, comptabilisée en subvention au système de soins.

\*\* La contribution au Fonds CMU (transformée en 2011 en taxe de solidarité additionnelle) n'est pas incluse dans les frais de gestion des organismes complémentaires.

\*\*\* Sont incluses ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, Atih, Cng, Anap, Fonds CMU et Oniam. Les financements des autres opérateurs publics sont comptabilisés avec la prévention (Invs, Abm, Ints, Ansm, Eprus et Inpes hors coûts de gestion).

Source : DREES – Comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, Comptes de la protection sociale ; DSS, comptes de la Sécurité sociale et PLFSS annexe 8 ; DREES, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires.

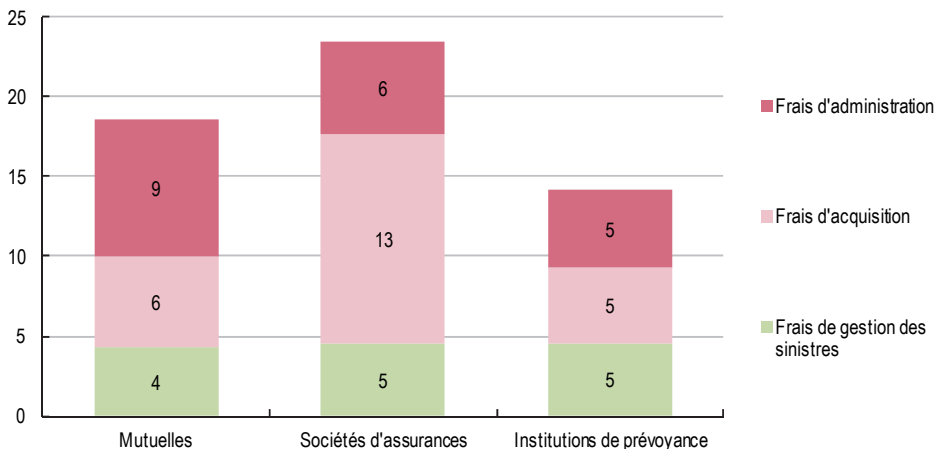
### B7.2 Structure des coûts de gestion du système de santé en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé.

### B7.3 Coûts de gestion en santé des organismes complémentaires en 2014 selon leur nature

En % des cotisations perçues en frais de soins par l'organisme



Source : DREES – Comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.

