

C. Le financement de la santé

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la CSBM avec 76,6 % de la dépense en 2014. Entre 2006 et 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement a légèrement diminué, passant de 76,8 % en 2006 à 75,9 % en 2011. Cela résulte notamment des mesures d'économies mises en œuvre telles que l'instauration des franchises sur les médicaments, les soins d'auxiliaires et les transports de malades, les hausses du forfait journalier hospitalier et le déremboursement de médicaments à service médical rendu insuffisant. À partir de 2012, la tendance s'inverse : la part de la Sécurité sociale augmente à nouveau pour atteindre 76,6 % en 2014. Cela s'explique, d'une part, par le dynamisme des dépenses les mieux prises en charge par l'Assurance maladie (soins hospitaliers, soins d'infirmiers, transports, médicaments coûteux – en particulier rétrocession hospitalière) et, d'autre part, par la progression des effectifs d'assurés exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée (ALD). Par ailleurs, l'introduction des nouveaux médicaments contre l'hépatite C explique la majorité de l'augmentation de la part de la Sécurité sociale en 2014.

L'État et la CMU-C, organismes de base, prennent en charge 1,4 % de la CSBM en 2014, comme en 2006.

La part des organismes complémentaires a augmenté jusqu'en 2013, résultat d'évolutions de sens contraire sur les différents postes. En revanche, la part des organismes complémentaires diminue 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 atteint 8,5 % de la CSBM en 2014.

Le **secteur hospitalier** est caractérisé par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans le financement de ses dépenses : 91,1 % en 2014. Cette part a pourtant reculé d'un point depuis 2006. Ce recul est dû aux augmentations du forfait journalier en 2007 et en 2010, ainsi qu'au 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.

Les dépenses de **soins de ville** sont prises en charge à près des deux tiers par la Sécurité sociale (63,9 % en 2014). Entre 2006 et 2011, cette part a diminué de 0,7 point, sous l'effet dès 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 réaugmente pour les soins de ville, portée notamment par la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP), supplément de rémunération nouvellement créé versé aux médecins adhérents au dispositif, dont la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement.

Cette dépense devrait à moyen terme permettre une plus grande modération des prescriptions, une poursuite de la hausse des prescriptions de génériques et un meilleur suivi des patients en ALD (diabète notamment).

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** atteint 69,1 %. Cette part avait nettement diminué entre 2006 et 2008, en raison d'importants déremboursements 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 repart à la hausse, en lien avec le remboursement des médicaments coûteux. Elle augmente fortement en 2014 (+1,4 point en un an) avec l'introduction des nouveaux traitements contre l'hépatite C.

Symétriquement, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué de 2,8 points entre 2006 et 2014.

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 %, avec l'instauration de la franchise en 2008. Il diminue légèrement en 2014 (15,9 %).

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. Les biens médicaux constituent le domaine où interviennent le plus les organismes complémentaires, qui prennent en charge une part équivalente de cette dépense (38,9 %). L'optique y tient une place prépondérante et représente près des trois quarts de leurs remboursements sur ce poste. La part de la Sécurité sociale et surtout celle des organismes complémentaires 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 ALD et au développement de l'hospitalisation à domicile. Pour les organismes complémentaires, outre l'effet structure de population, 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 LPP) et à une prise en charge en progression des montants facturés au-delà des tarifs opposables. 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.

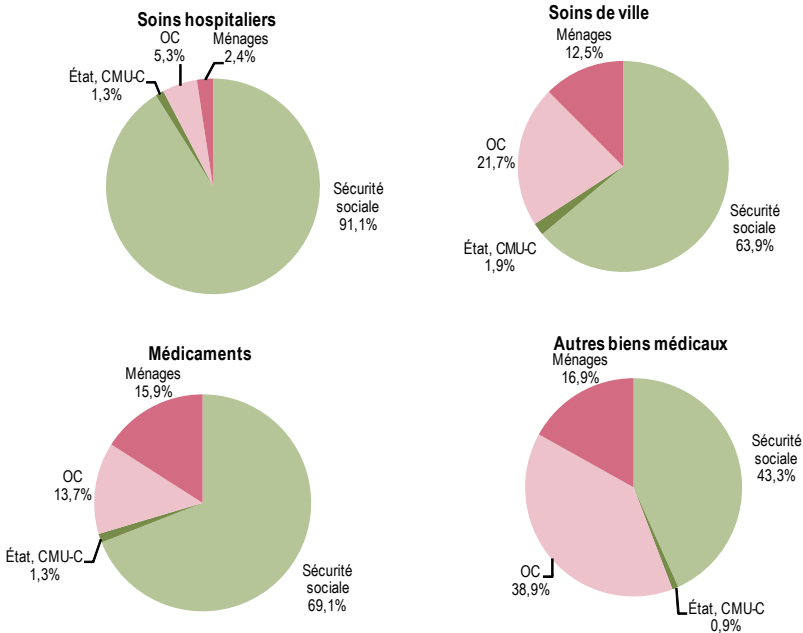
Enfin, c'est pour les **transports de malades** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses à hauteur de 93,0 % en 2014 des montants engagés. Si cette part est proche de celle de 2006 (92,7 %), elle a néanmoins diminué de 0,8 point en 2008 avec la mise en place d'une franchise, et augmenté ensuite en raison de la restructuration des tarifs. La part prépondérante de la Sécurité sociale s'explique par la proportion importante du nombre de patients en ALD ayant recours à ces services. Le reste à charge des ménages sur ce poste y est donc le plus faible (1,8 % en 2014).

C1.1 Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM

	En %									
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	
Ensemble de la CSBM										
Sécurité sociale	76,8	76,7	76,2	76,2	76,2	75,9	76,1	76,3	76,6	
État, 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	12,8	13,0	13,2	13,3	13,5	13,6	13,7	13,7	13,5	
Ménages	9,0	9,0	9,3	9,2	9,1	9,1	8,9	8,7	8,5	
Soins hospitaliers										
Sécurité sociale	92,0	91,8	91,8	91,8	91,5	91,2	91,1	91,1	91,1	
État, CMU-C org. de base	1,1	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	
Organismes complémentaires	4,4	4,7	4,8	4,8	5,2	5,2	5,2	5,3	5,3	
Ménages	2,4	2,4	2,3	2,2	2,1	2,3	2,5	2,3	2,4	
Soins de ville*										
Sécurité sociale	63,4	63,3	62,8	62,6	62,6	62,6	63,0	63,4	63,9	
État, CMU-C org. de base	1,9	1,9	1,8	1,8	1,8	1,8	1,8	1,9	1,9	
Organismes complémentaires	21,0	20,9	21,6	21,7	21,8	22,3	22,2	22,0	21,7	
Ménages	13,8	13,9	13,9	13,9	13,8	13,3	13,0	12,8	12,5	
Médicaments										
Sécurité sociale	68,5	68,6	66,8	66,9	67,4	67,3	67,5	67,7	69,1	
État, CMU-C org. de base	1,5	1,4	1,3	1,2	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	
Organismes complémentaires	16,5	16,3	16,0	16,2	15,8	15,1	14,9	14,4	13,7	
Ménages	13,6	13,6	16,0	15,7	15,6	16,3	16,5	16,6	15,9	
Autres biens médicaux										
Sécurité sociale	41,7	42,5	43,1	42,0	42,3	41,8	42,0	42,6	43,3	
État, CMU-C org. de base	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	
Organismes complémentaires	32,6	32,7	33,7	34,6	34,9	36,5	38,6	39,2	38,9	
Ménages	24,9	24,0	22,4	22,6	22,1	21,0	18,6	17,4	16,9	
Transports de malades										
Sécurité sociale	92,7	92,7	91,9	92,1	92,0	93,1	93,1	92,9	93,0	
État, CMU-C org. de base	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9	0,9	0,9	1,0	
Organismes complémentaires	4,0	4,1	4,3	4,4	4,6	4,6	4,5	4,4	4,3	
Ménages	2,6	2,4	2,9	2,7	2,5	1,5	1,6	1,8	1,8	

* Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports de malades.
 Source : DREES – Comptes de la santé.

C1.2 Part de la Sécurité sociale dans les principaux postes de la CSBM en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé.

En 1950, la **Sécurité sociale**, créée à l'issue de la Seconde Guerre mondiale, prend en charge la moitié de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui ne représente alors qu'une faible part du PIB (2,6 %) [cf. *fiche A2*]. La part assumée par les administrations centrale et locales, via l'**aide médicale** notamment, est alors d'environ 12 %.

Entre 1950 et 1980, la couverture maladie s'est généralisée à l'ensemble des salariés, aux non-salariés et aux inactifs. La quasi-totalité de la population en bénéficie en 1980. La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM est ainsi passée de 50 % à 80 %, tandis que la part des administrations centrale et locales diminuait.

Cette prise en charge publique connaît ensuite une légère érosion, sous l'effet de plusieurs facteurs :

- l'évolution de la structure de consommation vers les produits moins remboursés (biens médicaux comme l'optique, les prothèses auditives, les orthèses...);
- la croissance continue des dépassements d'honoraires depuis la mise en place du secteur 2 ;
- diverses mesures de déremboursement dans le cadre de plans de redressement.

La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM recule ainsi de 79,9 % en 1980 à 77,3 % en 1990, puis décroît lentement jusqu'en 2006 (76,3 %) en base 2005. En base 2010, après avoir décliné légèrement de 2006 à 2011, la part de la Sécurité sociale retrouve en 2014 un niveau proche de 2006, en raison notamment de facteurs structurels qui poussent à l'accroissement de la prise en charge, comme la progression du nombre de personnes en affections de longue durée (ALD) prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Entre 1950 et 1980, l'**assurance maladie complémentaire** se développe lentement : elle couvre un tiers des assurés en 1960, la moitié en 1970 et les deux tiers en 1980. À cette date, ce sont encore principalement les salariés des grandes entreprises et les salariés aux plus hauts revenus qui en bénéficient. À partir de 1980, la couverture complémentaire s'impose dans le financement du système de soins. Un partage des rôles s'opère graduellement entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire

(AMC) : l'AMO prend en charge les risques les plus lourds (soins hospitaliers, soins des pathologies lourdes ou chroniques) tandis que l'AMC se concentre davantage sur les petits risques. Cette organisation rend économiquement viable l'activité des organismes complémentaires sans que ceux-ci recourent à la sélection de leurs adhérents, expliquant leur large diffusion auprès des Français.

L'AMC a été étendue avec la mise en place, en 2000, de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes ayant des revenus légèrement supérieurs au plafond de ressources de la CMU-C (aujourd'hui, jusqu'à 35 % supérieurs). Désormais l'assurance complémentaire couvre 95 % de la population depuis les années 2000 ; elle finance 13,5 % de la CSBM en 2014, qui représente une part bien plus importante du PIB (8,9 %).

La participation des **ménages** ne peut être distinguée de celle des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance sur longue période. La participation globale des ménages et des organismes complémentaires autres que les mutuelles est supérieure à 30 % en 1950 ; elle a diminué régulièrement jusqu'à 12 % en 1980, pour remonter à 15,2 % en 1990 et se stabiliser à 14,8 % jusqu'en 2006 (dont un tiers par les sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Depuis 2006, le reste à charge des ménages en santé, qui est isolé de celui des institutions de prévoyance et des assurances, tend à diminuer et s'établit à 8,5 % en 2014.

Symétriquement, la contribution de l'ensemble des organismes complémentaires s'accroît depuis 2006 : la part des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances dans la CSBM augmente de 0,7 point entre 2006 et 2014. Néanmoins, la répartition par type d'organisme se modifie, les mutuelles perdant des parts de marché au bénéfice des sociétés d'assurances et institutions de prévoyance. Ainsi, la part des mutuelles dans la CSBM se réduit de 7,7 % en 2006 à 7,2 % en 2014. À l'inverse, les autres organismes complémentaires voient leur part augmenter : les sociétés d'assurances passent de 2,9 % en 2006 à 3,7 % en 2014 et les institutions de prévoyance de 2,3 % en 2006 à 2,7 % en 2014.

DÉFINITIONS

Aide médicale : l'assistance médicale gratuite (AMG) a été créée en 1893 pour que les plus pauvres puissent bénéficier gratuitement de soins de santé. Elle a subi plusieurs évolutions, en devenant notamment l'aide médicale départementale. Elle se retrouve aujourd'hui dans les deux dispositifs que sont la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide médicale de l'État (AME).

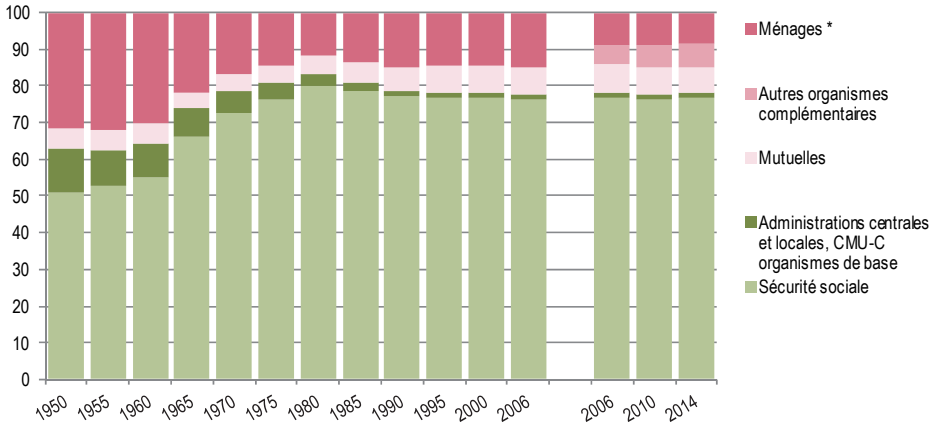
Organismes complémentaires : mutuelles (retracées dans les Comptes de la santé depuis 1950), sociétés d'assurances et institutions de prévoyance (distinguées plus récemment dans les Comptes de la santé).

POUR EN SAVOIR PLUS

Le Garrec M.-A., Koubi M., Fenina A., 2013, « 60 années de dépenses de santé : une rétropolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010 », *Études et Résultats*, n° 831, DREES, février.

C2.1 Structure de financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

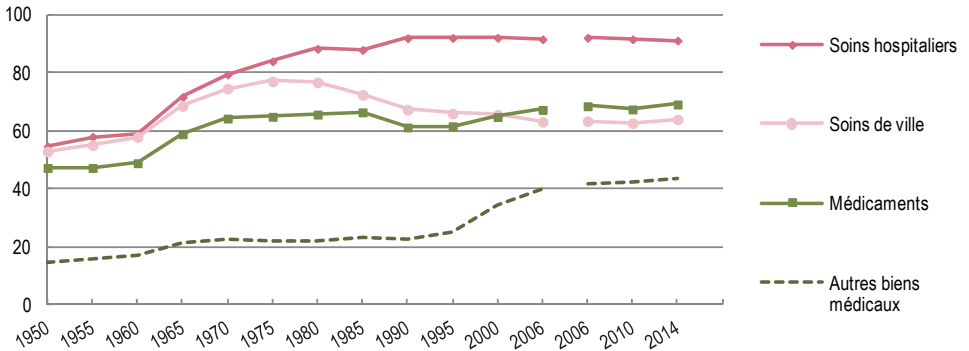
En %



* Ici, ménages y compris autres organismes complémentaires (assurances et institutions de prévoyance) antérieurement à la base 2010.
 Source : DREES – Comptes de la santé, base 2005 de 1950 à 2006 et base 2010 de 2006 à 2014.

C2.2 Part de la Sécurité sociale dans la CSBM

En %



Source : DREES – Comptes de la santé, base 2005 de 1950 à 2006 et base 2010 de 2006 à 2014.

En 2014, la part de la **Sécurité sociale** dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 76,6 %, soit 146,1 milliards d'euros.

Sur ces 146,1 milliards pris en charge par la Sécurité sociale, plus de la moitié (55,2 %) sont des soins hospitaliers avec près de 43 % qui relèvent de l'hôpital public. En effet, la part de la Sécurité sociale dans le financement des dépenses des soins hospitaliers est très élevée et atteint 91,1 % en 2014.

Les soins de ville représentent 21,9 % de la dépense de la Sécurité sociale au sein de la CSBM. Ceux-ci sont financés à près des deux tiers par la Sécurité sociale.

Les médicaments de ville (vendus dans les officines pharmaceutiques ou en rétrocession hospitalière) constituent le 3^e poste le plus important des dépenses de l'Assurance maladie dans la CSBM à hauteur de 16,0 % en 2014. La part de la Sécurité sociale dans la dépense de médicaments s'élève, elle, à 69,1 %.

La Sécurité sociale finance en proportions équivalentes la CSBM et la dépense courante de santé (DCS) au sens français, soit trois quarts de ces dépenses, équivalents à 190,1 milliards d'euros. Parmi les dépenses venant s'ajouter à la CSBM, les plus importantes sont les soins de longue durée, les indemnités journalières et les coûts de gestion de la Sécurité sociale.

La Sécurité sociale est nettement moins présente sur la prévention institutionnelle (cf. *fiche B5*) et la formation en santé ; elle ne finance pas la recherche pharmaceutique. En effet, ces postes sont davantage du ressort de l'administration.

Symétriquement, **l'État, les collectivités locales et les dépenses de CMU-C des organismes de base** (prestations au titre de la CMU-C versées aux bénéficiaires de cette aide qui ont choisi un régime de base pour leur affiliation), correspondant aux financements publics, représentent une part bien plus faible de la CSBM : ils en financent 1,4 %. Ils ont en revanche une part proportionnellement plus importante dans le financement de la DCS au sens français (4,9 %). Le cumul des financements État, collectivités locales et CMU-C organismes de base représente ainsi 12,6 milliards d'euros en 2014.

Parmi ces 12,6 milliards, 27,6 % sont consacrés aux dépenses de prévention et 28,5 % à la recherche

médicale et pharmaceutique. La formation des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux en représente 15,0 % et les coûts de gestion du système de santé 7,5 %.

Cette somme inclut également les prestations versées aux invalides de guerre, les soins d'urgence, ainsi que les prestations versées au titre de l'aide médicale de l'État (AME – voir encadré).

Figurent enfin les prestations versées aux bénéficiaires de la CMU complémentaire affiliés aux régimes de base. La CMU-C, dispositif en faveur des ménages à revenus modestes et attribué sous certains critères (cf. *fiche C5*), est financée par le Fonds CMU, organismes divers d'administration centrale (ODAC). Le montant versé par les organismes de base au titre de la CMU-C s'est élevé à 1,8 milliard d'euros en 2014, soit 6,7 % de plus qu'en 2013 (notamment lié aux revalorisations des plafonds des 1^{er} juillet 2013 et 2014). Le montant versé par les organismes complémentaires au titre de la CMU-C est en revanche inclus dans les financements des OC.

Au final, sur les 12,6 milliards d'euros pris en charge par l'État, les collectivités locales et les organismes de base au titre de la CMU-C :

- 2,5 milliards d'euros sont pris en charge par les collectivités locales, dont 1,7 milliard en prévention institutionnelle ;
- 8,3 milliards d'euros sont pris en charge par l'État, dont 1,8 milliard en prévention institutionnelle ;
- 1,8 milliard d'euros sont pris en charge par les organismes de base au titre de la CMU-C.

L'aide médicale de l'État

L'AME est destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois et disposant de ressources inférieures à un plafond fixé selon la composition du foyer.

Au 31 décembre 2014, on comptait 294 300 bénéficiaires, dont 274 100 en France métropolitaine et 20 200 dans les DOM. Il s'est accru de 6,4 % par an en moyenne entre 2007 et 2013. En 2014, il augmente de 4,2 %.

Le montant des prestations versées par l'État au titre de l'AME a crû de 7,4 % entre 2007 et 2013. En 2014, l'AME augmente faiblement (+1,6 %). Les prestations s'élèvent en 2014 à 720 millions d'euros (dont 563 millions au titre de 2014 et 157 millions au titre des années antérieures).

FINANCEMENT DES HÔPITAUX PUBLICS

Les Comptes de la santé évaluent la prestation hospitalière au coût de ses facteurs de production (cf. *annexe 2.b*). Ils retracent également chacun des financements courants reçus (paiements partiels des ménages et organismes complémentaires, transferts de l'État, transferts des caisses de Sécurité sociale, etc.). Or, l'ensemble des financements courants est inférieur à la prestation. Le compte est équilibré en imputant le solde à la Sécurité sociale, principal financeur des hôpitaux publics.

POUR EN SAVOIR PLUS

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

C3.1 Part des financements publics dans la CSBM et dans la DCS en 2014

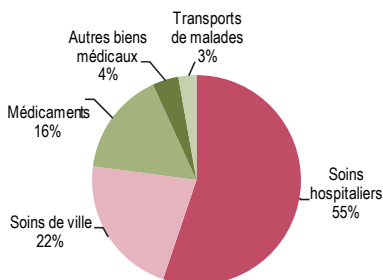
	Dépenses, tous financeurs confondus En millions €	Dont dépenses Sécurité sociale (1)		Dont dépenses État, collectivités locales, CMU-C org. de base	
		En millions €	En % du total	En millions €	En % du total
Soins hospitaliers	88 573	80 672	91,1	1 117	1,3
Hôpitaux du secteur public	68 267	62 638	91,8	1 012	1,5
Hôpitaux du secteur privé	20 306	18 034	88,8	105	0,5
Soins ambulatoires	102 063	65 405	64,1	1 585	1,6
Soins de ville	49 963	31 928	63,9	966	1,9
dont soins de médecins	20 141	13 472	66,9	380	1,9
dont soins d'auxiliaires	14 120	11 148	79,0	126	0,9
dont soins de dentistes	10 595	3 446	32,5	371	3,5
dont laboratoires d'analyses	4 241	3 001	70,8	89	2,1
dont autres soins et contrats	866	862	99,5	0	0,0
Médicaments en ville	33 903	23 415	69,1	450	1,3
Autres biens médicaux en ville	13 800	5 975	43,3	128	0,9
Transports de malades	4 396	4 088	93,0	42	0,9
CSBM	190 636	146 077	76,6	2 702	1,4
Soins de longue durée	19 658	19 658	100,0	0	0,0
Indemnités journalières	13 342	13 342	100,0	0	0,0
Prévention	5 757	711	12,3	3 490	60,6
Subventions au système de soins	2 394	2 394	100,0	0	0,0
Recherche médicale et pharmaceutique	7 497	0	0,0	3 602	48,0
Formation	2 012	17	0,9	1 895	94,2
Coût de gestion de la santé	14 947	7 227	48,4	946	6,3
Autres dépenses de santé	639	639	100,0	0	0,0
Dépense courante de santé	256 882	190 066	74,0	12 635	4,9

Note de lecture : 91,1% du total des soins hospitaliers sont financés par la Sécurité sociale, c'est-à-dire 80,4 milliards d'euros sur les 88,3 milliards d'euros de dépenses totales des soins hospitaliers.

(1) Y compris déficit implicite des hôpitaux publics (voir encadré) et régimes complémentaires d'Alsace-Moselle et de la CAMEIG.

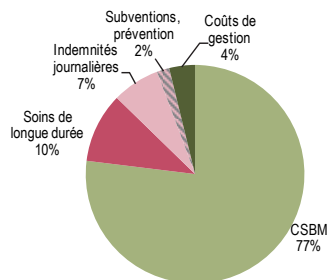
Source : DREES – Comptes de la santé.

C3.2 Répartition des financements de la Sécurité sociale par poste de la CSBM en 2014



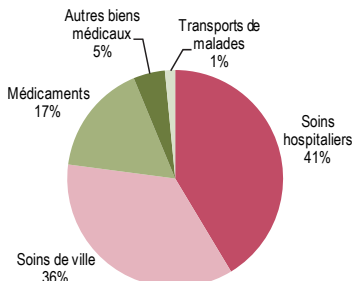
Source : DREES – Comptes de la santé.

C3.3 Répartition des financements de la Sécurité sociale par poste de la DCS en 2014



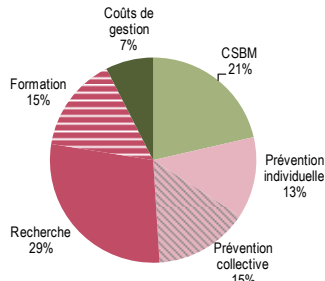
Source : DREES – Comptes de la santé.

C3.4 Répartition des autres financements publics par poste de la CSBM en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé.

C3.5 Répartition des autres financements publics par poste de la DCS en 2014



Source : DREES – Comptes de la santé.

Les **organismes complémentaires** (OC), qui couvrent 95 % des ménages en 2012 selon l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES, regroupent les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. Ils ont versé au total 25,7 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux en 2014 (*tableau C4.1*) et financent ainsi 13,5 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM).

Le financement des OC dans la CSBM a augmenté pendant plusieurs années (il représentait 12,8 % de la CSBM en 2006) pour atteindre 13,7 % de la CSBM en 2012. Après s'être stabilisé en 2013, il recule de 0,2 point en 2014. La prise en charge par les OC des autres biens médicaux (optique, prothèses, matériels, pansements...), qui expliquait principalement cette hausse, s'est en effet stabilisée depuis 2012.

Les **autres biens médicaux** sont le poste où les OC interviennent proportionnellement le plus. En 2014, ils financent 38,9 % de la dépense en biens médicaux (*graphique C4.2*) contre 32,9 % en 2006 (et environ 26 % en 2000). Cette prise en charge par les OC a augmenté pendant de nombreuses années, avec la baisse des taux de remboursement par l'Assurance maladie sur les produits de la LPP et la hausse des montants facturés au-delà des tarifs opposables. Elle se stabilise depuis 2012.

Les OC financent également 21,7 % des **soins de ville** (soins de médecins, d'auxiliaires, soins dentaires et dépenses de laboratoires). Cette participation a peu augmenté depuis 2006 : les mesures d'économie mises en place par l'Assurance maladie (franchises, pénalisations en cas de non-respect du parcours de soins...) n'ont pas été intégralement reportées sur les organismes complémentaires, car ceux-ci proposent 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 instaurées par l'Assurance maladie afin de modérer la croissance de la dépense de santé.

Les OC prennent en charge 13,7 % de la dépense de **médicaments** en 2014. Cette prise en charge est en baisse depuis plusieurs années. Avec l'instauration d'une franchise de 0,50 euro par boîte en 2008, la part des ménages a augmenté, ce qui a réduit mécaniquement la part des autres financeurs. Comme de nombreuses

mutuelles ne prennent pas en charge les médicaments dont le service médical rendu est jugé faible ou insuffisant et que de nombreux médicaments ont été déclassés depuis 2006, les mesures de remboursements ont également réduit la contribution des OC.

La participation des OC aux **soins hospitaliers** est plus réduite (5,3 % des dépenses en 2014), mais en hausse sur moyenne période. Elle s'élevait à 4,4 % en 2006. Elle a notamment augmenté en 2008 avec la prise en charge par les OC de la participation de 18 euros sur les actes lourds et en 2010 avec l'augmentation de 2 euros du forfait journalier hospitalier. Depuis 2010, la participation des OC est plutôt stable. Leur participation aux **transports de malade** est également faible (4,3 % en 2014).

Enfin, les OC prennent également en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cure thermale et des prestations à la périphérie des soins de santé (ostéopathie, psychothérapie, prévention...). L'ensemble de ces **prestations connexes à la santé**, qui ne font pas partie du champ de la dépense courante de santé, représentent 1,4 milliard d'euros en 2014.

En 2014, les versements des mutuelles représentent 53 % des versements des OC, ceux des sociétés d'assurances 27 % et ceux des institutions de prévoyance 19 %. La part des mutuelles a reculé depuis 2006, principalement au profit de celle des sociétés d'assurances (*graphique C4.3*).

Les cotisations collectées sont la principale ressource des OC. Une grande partie de ces cotisations est reversée aux assurés sous forme de prestations. Le reste représente principalement les frais de fonctionnement des organismes. Les institutions de prévoyance sont la catégorie qui reverse la plus grande part des cotisations sous forme de prestations (*graphique C4.4*), ce qui s'explique surtout par la prépondérance dans leur portefeuille des contrats collectifs (complémentaire santé d'entreprise) dont les garanties sont souvent plus avantageuses pour les assurés. De ce fait, les institutions de prévoyance offrent aussi la prise en charge proportionnellement la plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux, notamment de l'optique, généralement mieux couverts par les contrats collectifs.

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, *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé – rapport 2014*, DREES, juin.

Garnero M., Le Palud V., 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et Résultats*, n° 850, DREES, avril.

Le Palud V., 2013, « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs ? », *Études et Résultats*, n° 837, DREES, septembre.

C4.1 Financement des organismes complémentaires en 2014

	Mutuelles *	Sociétés d'assurances *	Institutions de prévoyance *	Ensemble	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13 647	7 041	4 994	25 682	13,5%
Soins hospitaliers	2 542	1 382	740	4 663	5,3%
Soins de ville	5 699	2 908	2 220	10 827	21,7%
Médecins	2 121	1 134	761	4 016	19,9%
Soins dentaires	2 058	1 034	1 017	4 109	38,8%
Auxiliaires médicaux	939	429	248	1 615	11,4%
Laboratoires d'analyses	581	311	194	1 086	25,6%
Médicaments	2 651	1 294	689	4 635	13,7%
Autres biens médicaux **	2 643	1 399	1 327	5 369	38,9%
Transports de malades	112	58	18	188	4,3%
Prestations connexes à la santé	766	410	242	1 418	
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure***	649	374	190	1 213	
Prestations à la périphérie des soins de santé****	117	36	53	205	

* Y compris prestations CMU-C versées par ces organismes.

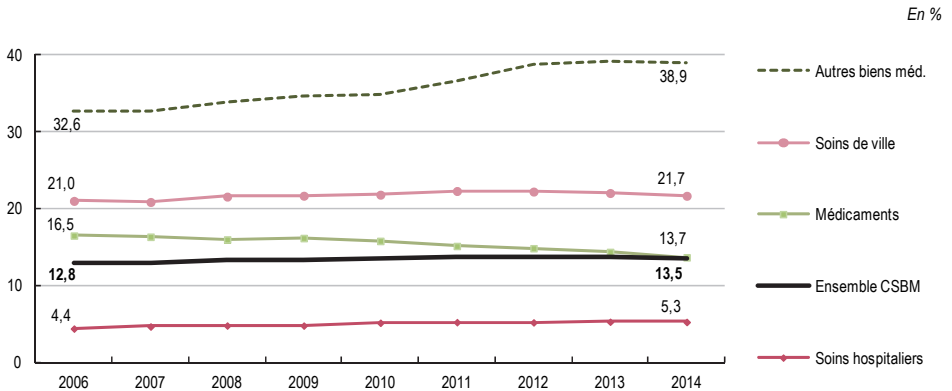
** Optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques, petits matériels et pansements.

*** Chambres particulières, frais de long séjour...

**** Ostéopathie, psychothérapie, acupuncture, prévention...

Source : DREES – Comptes de la santé.

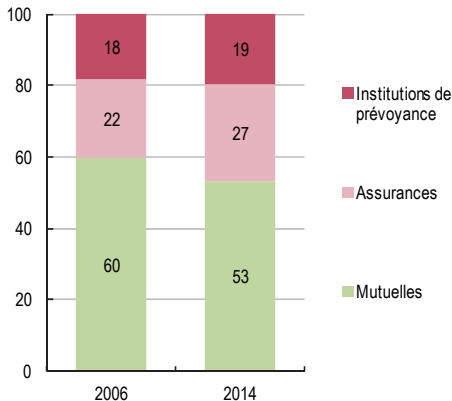
C4.2 Évolution de la part des organismes complémentaires dans le financement des postes de la CSBM



Source : DREES, Comptes de la santé.

C4.3 Évolution du financement par type d'organisme

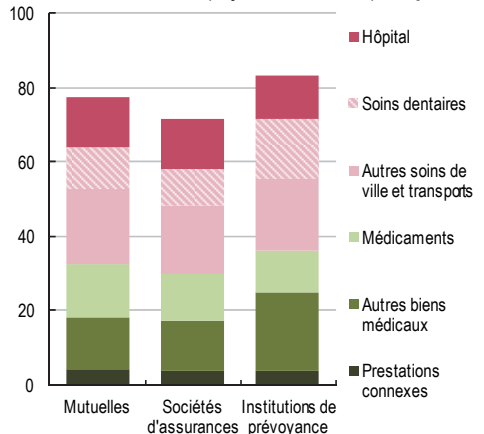
En % du financement de la CSBM par les OC



Source : DREES – Comptes de la santé.

C4.4 Décomposition des prestations versées par les OC par type de soins

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



Source : DREES – Comptes de la santé et rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

La CMU-C et l'ACS, deux dispositifs pour favoriser l'accès aux soins des plus modestes

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est un dispositif en faveur des ménages à revenus modestes. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Elle offre la prise en charge complémentaire des soins (ticket modérateur) à hauteur de 100 % des tarifs de responsabilité des régimes de base d'assurance maladie. Elle prend également en charge le forfait journalier hospitalier sans limite de durée et les différentes participations forfaitaires et franchises ainsi que, dans certaines limites, des dépassements de tarifs sur les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives et d'autres dispositifs médicaux. Sa gestion peut être assurée par les régimes de base ou les organismes dispensant des couvertures complémentaires santé. En 2014, 13,6 % des bénéficiaires ont choisi de confier la gestion de leur CMU-C à un organisme complémentaire, proportion en léger recul depuis deux ans (14,7 % en 2013 et 15,3 % en 2012).

Ce dispositif a été complété en 2005 par l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour les personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. L'ACS permet à son bénéficiaire de réduire la cotisation de son contrat d'assurances complémentaire santé. Cette réduction varie de 100 euros annuels pour les moins de 16 ans à 550 euros annuels pour les 60 ans ou plus. Les bénéficiaires de l'ACS sont également exonérés des participations forfaitaires et franchises. Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour donner droit à l'ACS, les contrats souscrits ou renouvelés doivent être choisis dans la liste des 11 contrats individuels sélectionnés par les pouvoirs publics lors d'un appel d'offres.

Les plafonds de ressources retenus pour l'attribution de la CMU-C et de l'ACS ont été relevés de 0,6 % au 1^{er} juillet 2014. Le nombre de bénéficiaires de la CMU-C s'élève à 5,2 millions en 2014 (en hausse de 6,0 % par rapport à 2013) tandis que les effectifs de bénéficiaires d'attestations ACS progressent de 4,0 % en 2014 pour s'établir à 1,2 million.

Le financement du Fonds CMU repose principalement sur les organismes complémentaires

Entre 2000 et 2004, les ressources du Fonds CMU étaient principalement composées d'une dotation budgétaire (*graphique C5.1*) complétée par une contribution de la part des organismes complémentaires

(prélèvement de 1,75 % des cotisations collectées au titre des contrats de complémentaire santé). Entre 2005 et 2008, une partie des recettes des taxes sur l'alcool et le tabac ont été affectées au financement du Fonds, remplaçant progressivement la dotation budgétaire. En 2009, le taux de la contribution des OC est passé à 5,9 % des cotisations en santé et cette contribution est devenue l'unique source de financement du Fonds CMU. En 2011, la contribution des OC a été transformée en taxe, la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurances (TSA). Depuis 2012, une partie des recettes de la taxe sur le tabac est à nouveau affectée au financement du Fonds. Ainsi, en 2014, le Fonds CMU a perçu 2,1 milliards d'euros au titre de la taxe CMU et 354 millions au titre de la taxe sur le tabac (*tableau C5.2*).

Le Fonds CMU rembourse les organismes gérant la CMU-C sous forme de forfaits

Le Fonds CMU rembourse les dépenses de la CMU-C prises en charge par les organismes gestionnaires (régimes de base ou organismes complémentaires) sous la forme d'un forfait appelé « participation légale ». Du 1^{er} janvier 2009 à fin 2012, ce forfait était fixé à 370 euros par an et par bénéficiaire, ces organismes gestionnaires assurant la charge d'un éventuel surcoût. Depuis le 1^{er} janvier 2013, les organismes sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (405 euros en 2014).

En 2014, le Fonds CMU a ainsi versé 1,9 milliard d'euros aux régimes de base au titre de leur gestion de la CMU-C, dont 1,7 milliard de participations légales et 0,2 milliard de versement complémentaire à la CNAM. En effet, contrairement au régime agricole et au régime des indépendants, les dépenses pour les bénéficiaires de la CMU-C gérés par le régime général sont supérieures au plafond de 405 euros puisqu'elles s'élèvent en moyenne à 427 euros par bénéficiaire. Il a donc été décidé depuis 2013 que le Fonds CMU effectuerait en compensation un versement complémentaire à la CNAM, dans la limite des dépenses réellement engagées par celle-ci.

Le Fonds CMU a aussi versé 278 millions d'euros aux organismes complémentaires qui gèrent des bénéficiaires de la CMU-C ainsi que 275 millions d'euros à ceux qui gèrent des bénéficiaires de l'ACS. En pratique, pour les organismes complémentaires, les prestations légales ne sont pas directement « versées » par le Fonds, elles sont déduites du montant dû au titre de la taxe TSA (« avoirs sur taxe »).

POUR EN SAVOIR PLUS

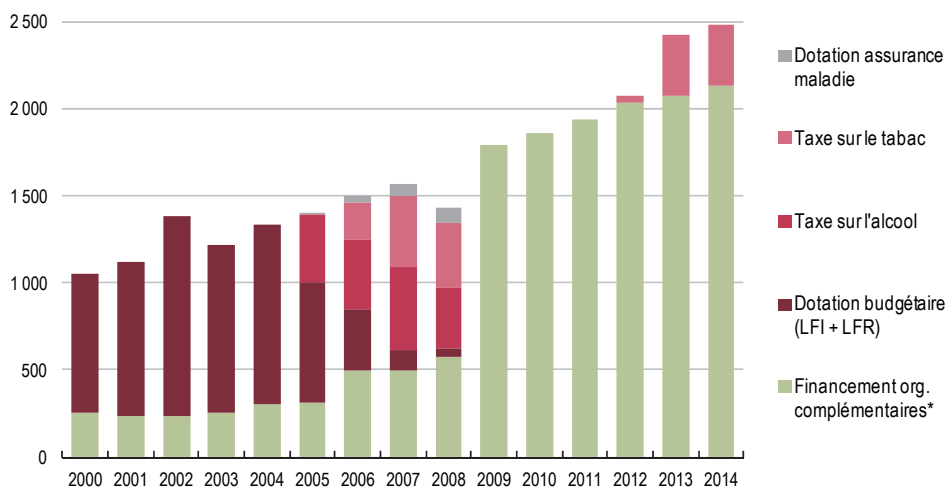
Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2014, mai 2015, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire, novembre 2014, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide à la complémentaire santé en 2014, juin 2015, consultable sur www.cmu.gouv.fr.

C5.1 Évolution du financement du Fonds CMU entre 2000 et 2014

En millions d'euros



* Contribution CMU-C avant 2011, puis taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance depuis 2011.

Source : Rapports d'activité du Fonds CMU.

C5.2 Compte du Fonds CMU en 2014

En millions d'euros

Charges		Produits	
Total charges	2 468	Total produits	2 493
Versements aux régimes de base au titre de la CMU-C	1 895	Taxe versée par les OC	2 130
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires CMU-C	278	Taxe sur le tabac	354
Avoirs sur taxe accordés aux organismes complémentaires au titre de leurs bénéficiaires ACS	275		
Dotation aux provisions	19	Reprise sur provisions	9
Gestion administrative	1		
Résultat			
Résultat (ex-cédent)	25		

Source : Rapport d'activité du Fonds CMU pour l'année 2014.

Le **reste à charge** (RAC) des ménages est évalué à 16,2 milliards d'euros pour l'année 2014, soit 8,5 % de la CSBM (tableau C6.1).

Selon le soin considéré, la part restant à la charge des ménages est très différente : c'est pour les transports sanitaires que le reste à charge des ménages est le plus faible en 2014 (1,8 %), suivi de l'hôpital (2,4 %). En revanche, il est plus important pour les autres biens médicaux (16,9 %), les médicaments (15,9 %) et les soins de ville (12,5 %). Le reste à charge élevé sur ce dernier poste s'explique notamment par les soins dentaires, pour lesquels les ménages supportent un quart de la dépense.

Du fait de ces taux de prise en charge différenciés par poste, alors que les soins hospitaliers représentent près de la moitié de la CSBM, ils occupent une faible part dans le reste à charge des ménages (13 % du RAC) [graphique C6.4]. En revanche, les autres biens médicaux (14 %), les médicaments (33 %) et les soins de ville (39 %) représentent une part plus importante du RAC des ménages que leur poids dans la CSBM.

Le reste à charge des ménages a légèrement progressé entre 2006 et 2008, où il atteignait 9,3 % de la CSBM. Il diminue depuis, et s'est notamment établi à 8,9 % en 2012, 8,7 % en 2013, et atteint 8,5 % en 2014.

Il représente 1,21 % du revenu disponible brut (RDB) des ménages en 2014, après avoir connu un pic à 1,25 % en 2009 (le décalage avec le pic constaté en proportion de la CSBM est dû à la stagnation du RDB constatée cette année-là à la suite de la crise). Le reste à charge en proportion du RDB diminue moins vite que le reste à charge exprimé en proportion de la CSBM, qui croît plus vite que le revenu (graphique C6.3).

La diminution du reste à charge des ménages est liée à des facteurs structurels tels que la croissance plus dynamique des postes de dépense les mieux remboursés (soins d'infirmiers, médicaments rétrocedés ou transports de malades) et la progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD).

Le reste à charge des ménages sur les **soins hospitaliers** a diminué entre 2006 (2,4 %) et 2010 (2,1 %). À la suite de la hausse en 2010 du forfait journalier (porté de 16 à 18 euros), il augmente en 2011 (2,3 %). Il s'établit à 2,4 % en 2014.

Le reste à charge des **soins de ville** est resté stable aux alentours de 13,8 % de 2006 à 2010. En effet, sa tendance structurelle à la diminution est contrebalancée

par plusieurs mesures : augmentation du plafond de la participation forfaitaire en 2007, passant de 1 à 4 euros par jour ; accroissement de la pénalisation des assurés ne respectant pas le parcours de soins (le taux de remboursement est passé de 70 % à 50 %, puis à 30 % en 2009 pour les soins effectués hors du cadre du parcours coordonné) ; instauration de franchises en 2008 sur les actes des auxiliaires médicaux. En l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages, la part des soins de ville restant à leur charge reprend sa tendance à la baisse depuis 2011 et atteint 12,5 % de la dépense en 2014. Ce recul est accentué par la moindre progression des dépassements d'honoraires de médecins, conjugué à la montée en charge de la ROSP (qui accroît la prise en charge de la Sécurité sociale sur la dépense de soins de ville).

Le reste à charge sur les **médicaments** a augmenté de 2006 (13,6 %) à 2014 (15,9 %). Ceci est notamment dû à l'instauration de la franchise en 2008. Il a également légèrement été impacté par le passage en 2010 de certains médicaments à faible service médical rendu de 35 % à 15 % et le passage en 2011 de 35 % à 30 % du taux de remboursement des médicaments, même si ces deux mesures ont également pesé sur les organismes complémentaires. Par ailleurs, l'automédication 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 %). Elle explique également en partie les évolutions contrastées du reste à charge des ménages sur les médicaments. Enfin, le recul du reste à charge sur les médicaments en 2014 est essentiellement imputable à l'introduction de nouveaux traitements coûteux contre l'hépatite C, entièrement financés par l'Assurance maladie.

Quoique restant élevé en proportion de la dépense, le reste à charge des ménages sur les **autres biens médicaux** diminue. Il passe de 24,9 % en 2006 à 16,9 % en 2014 (graphique C6.2), en raison principalement des facteurs structurels précédemment mentionnés, et ce malgré la baisse des taux de prise en charge de 2011 (passage du taux de remboursement de 65 % à 60 %). Ce recul est accentué par le ralentissement des dépassements par rapport aux bases de remboursement sur plusieurs dispositifs médicaux depuis 2012 (notamment des prothèses).

Après avoir connu un à-coup en 2008 à la suite de l'instauration de franchises sur les transports sanitaires, le reste à charge des ménages sur les **transports**, tend aussi à baisser pour les mêmes raisons. Il revient ainsi de 2,6 % en 2006 à 1,8 % en 2014.

RESTE À CHARGE DES MÉNAGES

Il s'agit du montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaires.

La modification du niveau du reste à charge par rapport à l'an dernier résulte de révisions des taux moyen de remboursement (utilisation de taux plus détaillés) et des montants au titre des médicaments non remboursables (source LEEM), cf. annexe 2.

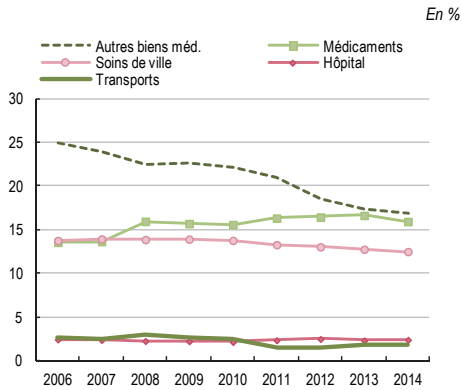
Les données de l'automédication sont fournies par l'Agence française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (AFIPA).

C6.1 Reste à charge des ménages

	En millions d'euros									% de la
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	dépense 2014
Ensemble	13 786	14 391	15 324	15 644	15 722	16 193	16 209	16 110	16 175	8,5
Soins hospitaliers	1 714	1 730	1 698	1 748	1 719	1 924	2 099	2 015	2 121	2,4
Soins de ville	5 434	5 754	5 884	6 064	6 108	6 105	6 173	6 211	6 242	12,5
Soins de médecins	2 208	2 361	2 423	2 556	2 435	2 359	2 324	2 305	2 273	11,3
Soins d'auxiliaires médicaux	698	819	889	907	934	950	1 054	1 099	1 230	8,7
Soins de dentistes	2 432	2 483	2 467	2 495	2 654	2 723	2 710	2 721	2 670	25,2
Autres soins et contrats	3	3	5	7	6	1	1	0	4	0,5
Analyses	92	88	101	100	79	70	84	85	65	1,5
Médicaments	4 222	4 398	5 258	5 261	5 249	5 550	5 524	5 491	5 404	15,9
Autres biens médicaux	2 337	2 430	2 385	2 476	2 552	2 557	2 351	2 317	2 328	16,9
Transports de malades	80	79	99	96	95	58	63	76	79	1,8

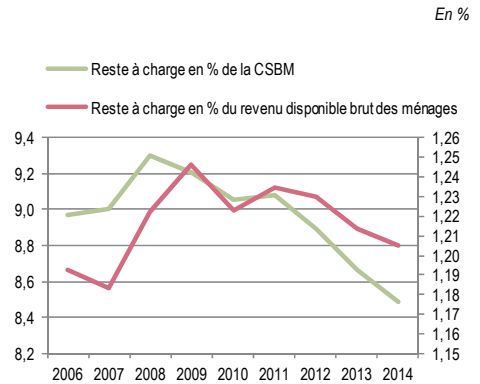
Source : DREES – Comptes de la santé.

C6.2 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM



Source : DREES – Comptes de la santé.

C6.3 Reste à charge des ménages dans la CSBM et dans le RDB des ménages



Note : Le RAC en % de la CSBM se lit sur l'échelle de gauche, le RAC en % du RDB sur l'échelle de droite.

Sources : DREES – Comptes de la santé ; INSEE – comptes nationaux.

C6.4 Évolution de la structure du reste à charge des ménages



Source : DREES – Comptes de la santé.

