

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante  
de santé et son financement

Comparaisons  
internationales

Annexes

Tableaux détaillés



# Les dépenses de santé en 2018

En 2018, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 203,5 milliards d'euros. Elle continue de ralentir : sa croissance est de 1,5 %, après 1,7 % en 2017. Ce ralentissement s'explique principalement par la nette décélération des soins hospitaliers. Le premier facteur de croissance de la CSBM devient en 2018 les soins de ville, qui n'en représentent pourtant qu'un peu plus du quart.

La participation des ménages au financement de la CSBM continue de diminuer pour atteindre 7,0 % en 2018, après 7,5 % en 2017. Cette baisse s'explique par des tendances structurelles telles que le vieillissement – accroissant les effectifs de personnes exonérés du ticket modérateur – mais aussi par des mesures de régulation de la dépense en santé (mécanismes de modérations des dépassements d'honoraires par exemple). Enfin, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis 2016 s'accompagne d'une meilleure prise en charge de l'optique et des soins dentaires prothétiques par les organismes complémentaires.

Avec une part de sa richesse nationale consacrée à la santé un peu supérieure à la moyenne des pays de l'UE-15, la France est le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

## La consommation de soins et de biens médicaux ralentit de nouveau du fait de la composante hospitalière

En 2018, la consommation de soins et biens médicaux (CSBM) poursuit son ralentissement avec une croissance en valeur de 1,5 %, après 1,7 % en 2017 et +2,1% en 2016 (*graphique 1*). Elle atteint ainsi 203,5 milliards d'euros, soit 8,6 % du PIB et 3 037 euros par habitant. La part du PIB consacrée aux dépenses de santé en France est légèrement supérieure à la moyenne de l'Union européenne des Quinze (UE-15), tout comme en Allemagne et en Suède. En revanche, elle est inférieure à la moyenne dans les pays du sud de l'Europe.

En 2017 et 2018, la CSBM en valeur évolue de façon nettement moins dynamique qu'au cours de la période 2009-2016, où elle progressait en moyenne de 2,1 %. Ce rythme ralenti s'explique principalement par des volumes nettement moins allants ces deux dernières années que les années précédentes. C'est en volume que le contraste entre les années 2017-2018 et les années 2009-2016 est le plus marqué. En 2018, si les volumes augmentent de 1,7 %, l'indice de prix se replie de 0,2 %, principalement sous l'effet de la baisse du prix des médicaments.

Le ralentissement récent de la CSBM (en valeur) s'explique principalement par la nette décélération des **soins hospitaliers** qui, après avoir progressé de 1,6 % en 2017, n'augmentent que de 0,8 % en 2018. Ainsi, alors qu'ils représentent de manière structurelle près de la moitié de la CSBM (46,4 % en 2018), ils n'en sont que le deuxième facteur de croissance pour la première fois sur longue période. Les volumes de soins hospitaliers progressent à un rythme plus ralenti depuis 2017 et les prix hospitaliers se sont fortement infléchis en 2018 (+0,0, après +0,7% en 2017). Ce ralentissement des soins hospitaliers s'observe dans le secteur public comme dans le secteur privé. Le **secteur public**, qui pèse environ 77 % des 95 milliards d'euros des soins hospitaliers, progresse de 0,8 % en 2018 (après 1,7 % en 2017), contre 2,4 % entre 2009 et 2016. Le ralentissement de 2018 s'explique principalement par une masse salariale moins dynamique que par le passé. Le **secteur privé**, qui représente environ 23 % des soins hospitaliers, ralentit aussi, principalement du fait de volumes amortis.

## Les soins de ville deviennent le premier facteur de croissance des dépenses de santé en 2018

La consommation de **soins de ville** (médecins en cabinets libéraux, auxiliaires médicaux, etc.) est dynamique en 2018 avec une croissance de 2,9 % (après 2,6 % en 2017). Ils atteignent 55 milliards d'euros, soit 27,0 % de la CSBM. Avec ce dynamisme, couplé au ralentissement des soins hospitaliers, les soins de ville expliquent ainsi plus de la moitié de la croissance de la CSBM.

La consommation de soins de médecins et de sages-femmes s'accélère nettement, passant de 2,6 % en 2017 à 4,0 % en 2018. Ils s'élèvent à 23 milliards d'euros<sup>1</sup>. Les **soins de médecins spécialistes**, qui représentent 12,4 milliards

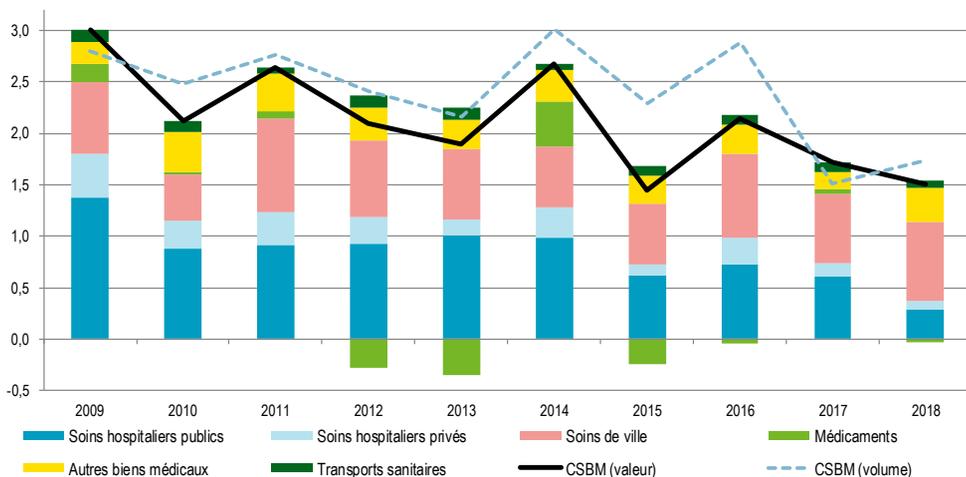
1. Ce montant comprend l'ensemble des honoraires des professionnels en cabinets libéraux ou en dispensaires ainsi que l'ensemble des rémunérations forfaitaires (forfait médecin traitant, majoration pour personnes âgées, rémunération sur objectif de santé publique, etc.). Sur ce périmètre, plus large que celui considéré habituellement, l'évaluation de la consommation n'est pas influencée par la modification

d'euros, sont en augmentation de 4,2 %. Cette hausse est principalement portée par le dynamisme des volumes (+2,2 %). Les prix sont quant à eux portés par des hausses de tarifs de certaines majorations<sup>1</sup>. La part des dépassements dans les honoraires des spécialistes du secteur 2 continue de diminuer en 2018. Les **soins des médecins généralistes** (environ 10 milliards d'euros) progressent de 3,9 % avec un effet volume de même ampleur que l'effet prix (+1,9 % pour les volumes et +2,0 % pour les prix). En 2018, plusieurs modalités de la rémunération des médecins ont été modifiées, favorisant une rémunération au forfait par rapport à une rémunération à l'acte. Ainsi, pour les médecins généralistes, la part des forfaits et contrats atteindrait près de 14 % et aurait fortement progressé depuis 2009 ; cette part est quasi négligeable chez les spécialistes. Les **soins des sages-femmes**, moins de 0,4 milliard d'euros, sont particulièrement dynamiques avec une croissance de 7,7 % liée à différents dispositifs (programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation [PRADO], extension du périmètre d'intervention, etc.) qui font plus que compenser la baisse de la natalité.

Les soins des auxiliaires médicaux sont le deuxième facteur de la croissance des soins de ville, en 2018, avec une augmentation de 3,7 %. Cette croissance est principalement stimulée par les **soins d'infirmiers** en hausse de 4,0 % intégralement imputable aux volumes. Ce dynamisme est largement lié au vieillissement de la population et au virage ambulatoire (extension du PRADO depuis 2012 par exemple). De plus, les **soins de masseurs-kinésithérapeutes** restent dynamiques à +2,7 % en 2018, en valeur comme en volume. Comme pour les soins infirmiers, le vieillissement de la population est un déterminant fondamental car il s'accompagne d'une hausse des effectifs de personnes en perte d'autonomie.

**Graphique 1** Évolution de la CSBM en valeur avec ses principales composantes et en volume

En %, contribution à la croissance en valeur en point de pourcentage



**Lecture >** En 2018, la CSBM progresse de 1,5 % en valeur dont 0,3 point s'explique par le secteur hospitalier public. En 2018, la CSBM progresse de 1,7 % en volume, le prix se contractant de 0,2 % (soit l'écart entre les progressions en valeur et en volume).  
**Source >** DREES, comptes de la santé.

Concernant les biens médicaux, la **consommation de médicaments** en ambulatoire est quasi stable en 2018 (-0,2 %). Cette quasi-stabilité résulte de prix en baisse de 3,1 % et de volumes en expansion (+3,0 %). La contraction des prix résulte principalement du fort resserrement des prix des spécialités remboursables (-3,7 %), qui représentent 83,1 % de la consommation. La vigueur des volumes est, elle aussi, largement imputable aux médicaments remboursables qui progressent de 4,6 % hors rétrocession hospitalière. La rétrocession hospitalière (i.e., les médicaments délivrés par une pharmacie d'hôpital à des patients non hospitalisés), qui avait été dynamique en 2017, pénalise la croissance des volumes de 1,5 point de pourcentage<sup>2</sup>. En 2018, la structure du marché du médicament reste stable avec 270 laboratoires fabricants qui alimentent environ 21 000 officines via 7 grossistes-répartiteurs.

de certaines modalités de rémunération en 2018 (suppression du forfait médecin traitant, modification du champ de la majoration pour personnes âgées, création d'un forfait patientèle médecin traitant, etc.), qui font suite la convention médicale d'août 2016.

1. Ces hausses de tarifs s'inscrivent dans le cadre de la convention signée par l'Assurance maladie et les médecins en 2016.  
 2. La bascule en 2018 de médicaments précédemment distribués par les pharmacies hospitalières vers les officines de ville, tels que des traitements contre l'hépatite C ou des traitements anticancéreux, n'affecte pas le montant du poste de consommation « médicaments » qui comprend l'ensemble des médicaments délivrés en dehors d'une hospitalisation. Il affecte cependant le montant de la rétrocession hospitalière.

## Vue d'ensemble > Les dépenses de santé en 2018

L'**optique** reste le deuxième poste de dépenses en biens médicaux après les médicaments. La consommation en optique s'élève à 6,4 milliards d'euros en 2018. Elle rebondit à 4,6 % – principalement portée par des volumes en hausse de 3,6 % – après plusieurs années de progression atone, voire de contraction en 2017. Ce dynamisme est largement imputable à une hausse des remboursements par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances ou institutions de prévoyance). Cette hausse s'expliquerait par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise initiée en 2016, qui s'est accompagnée d'une augmentation de la part des contrats collectifs au détriment des contrats individuels<sup>1</sup>. Or, les contrats collectifs ont un taux global de « retour sur cotisations » plus élevé et sont nettement plus couvrants pour l'optique. Ainsi, avec des assurés plus solvables, la demande serait stimulée, entraînant une hausse des volumes et des prix.

Enfin, les **transports sanitaires** ralentissent à 2,6 % en 2018, en partie du fait d'un transfert de prise en charge d'une partie des trajets en ambulance de la ville vers le secteur hospitalier. Si ce report modère mécaniquement le poste, la consommation reste dynamique. La déformation tendancielle de la structure des transports, où les taxis prennent une part de plus en plus importante au détriment des véhicules sanitaires légers (VSL), se prolonge en 2018. Ainsi, les taxis représentent 46 % (+3 points par rapport à 2013) des trajets contre 32 % pour les VSL (-2 points par rapport à 2013). La part des ambulances reste à peu près stable.

### La participation des ménages à la CSBM continue de diminuer en 2018

Le **reste à charge** (RAC) en santé des ménages, en proportion de la CSBM, continue de diminuer en 2018 pour s'établir à 7,0 %, après 7,5 % en 2017 et 7,7 % en 2016. Cette participation directe des ménages aux dépenses de santé s'élève à 14,3 milliards d'euros en 2018, ce qui correspond à environ 210 euros par habitant par an. Cette part de la dépense de santé financée par les ménages est la plus faible des pays de l'OCDE, nettement en-dessous de la moyenne des pays de l'Union européenne.

Confirmée en 2018, la baisse du RAC s'explique par des **facteurs structurels** qui impliquent une participation croissante de la **Sécurité sociale**. Avec le vieillissement de la population française, les effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD) – cancer, diabète, etc. – sont particulièrement dynamiques. De plus, plusieurs **décisions réglementaires**, notamment la prise en charge par la Sécurité sociale de traitements médicamenteux innovants et onéreux, ont augmenté les financements apportés par la Sécurité sociale. En conséquence, la part de la CSBM prise en charge par la Sécurité sociale progresse quasi continûment depuis 2009 pour atteindre 78,1 % en 2018, ce qui contribue à réduire le RAC des ménages.

Outre le rôle de la Sécurité sociale, l'intervention des **organismes complémentaires** (OC) influence également le RAC. En 2018, la participation des OC s'élève à 13,4 % en 2018 contre 13,1 % en 2017. Cette hausse pourrait être la conséquence de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 qui s'est globalement accompagnée de contrats plus couvrants en optique et en dentaire. Sur ces deux postes, le reste à charge des ménages est historiquement relativement élevé. La réforme « 100 % Santé », mise en place progressivement à partir de janvier 2019, propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : aides auditives, optique et dentaire. À terme, les paniers « 100 % santé » regrouperont des actes et des biens intégralement remboursés par l'Assurance maladie et les OC. Cette réforme devrait donc modifier le taux de prise en charge des OC sur ces postes de soins.

Enfin, l'État et les organismes de base au titre de la CMU-C financent également la dépense de santé, pour une part très faible (1,5 % en 2018) mais croissante sur longue période (1,3 % en 2009). Si la Sécurité sociale répond plutôt à une logique assurantielle, l'intervention de l'État avec les organismes de base au titre de la CMU-C s'inscrit plutôt dans une logique de solidarité (aide médicale d'urgence, etc.).

### La participation des ménages est loin d'être uniforme selon les postes de dépenses

Selon les postes de dépenses, les différents acteurs – la Sécurité sociale, l'État, les OC – interviennent différemment, impliquant de larges différences de restes à charge pour les ménages (*graphique 2*). Il s'agit de restes à charge moyens pour l'ensemble des ménages : ils peuvent donc masquer de fortes disparités selon le profil des patients (âge, état de santé, etc.).

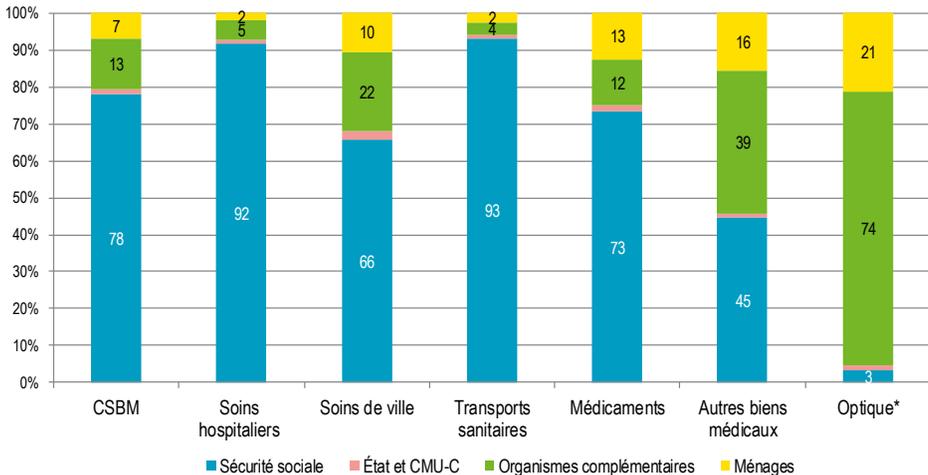
Le poste de dépenses pour lequel les ménages sont le plus mis à contribution est l'**optique**, avec un RAC qui atteint 21,1 %. Pour ce poste, la participation des OC est structurellement très haute et en progression en 2018 pour atteindre 74,2 %, largement au-dessus de leur participation globale au financement de la CSBM à 13,4 %. Enfin, la Sécurité sociale intervient très faiblement (4,7 % de la dépense).

1. Un contrat de complémentaire santé individuel est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat collectif est souscrit par une personne morale au profit d'un groupe de personnes physiques.

**Les médicaments** constituent le deuxième poste pour lequel la part restant à la charge des ménages est la plus élevée. Le reste à charge pour les médicaments continue de reculer en 2018 pour atteindre 12,6 % du fait de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % s'accroît. Cette tendance repose d'abord sur le vieillissement de la population, qui s'accompagne une progression des personnes exonérées de ticket modérateur *via* la dispositif d'affectation de longue durée (ALD). De plus, l'arrivée régulière de nouveaux traitements innovants (contre le cancer, l'hépatite C, etc.) stimule la participation de la Sécurité sociale qui les rembourse intégralement. Ainsi, en parallèle de la baisse du reste à charge des ménages pour leur consommation de médicaments, la part des OC diminue de 16,2 % en 2009 à 12,5 % en 2018, tandis que les administrations publiques (Sécurité sociale, État et organismes de base en charge de la CMU-C) interviennent de plus en plus, de 68,6 % en 2009 à 74,9 % en 2018.

**Graphique 2** Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2018

En %



\* Le poste « optique » est inclus dans le poste « autres biens médicaux » et en représente 40 %.

**Lecture** > En 2018, la Sécurité sociale finance 78 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 92 % des dépenses.

**Source** > DREES, comptes de la santé.

Ensuite, les ménages financent directement 10,5 % des **soins de ville** en 2018 (soins de médecins, soins d'infirmiers, analyses de laboratoires, etc.). Cette participation baisse continuellement depuis 2009 où elle s'élevait à 13,5 %. Les dépenses des ménages se concentrent principalement sur les soins de médecins *via* les dépassements d'honoraires, et de dentistes *via* les soins prothétiques. Les autres composantes (auxiliaires médicaux, laboratoires, etc.) sont quant à elles très bien prises en charge par la Sécurité sociale.

Pour les médecins, les **dépassements d'honoraires** sont majoritairement réalisés par les spécialistes. Afin de les limiter, deux options de pratique tarifaire maîtrisée (Optam et Optam-co) ont été introduites le 1<sup>er</sup> janvier 2017<sup>1</sup> : les médecins spécialistes s'engagent à limiter leurs dépassements en contrepartie du versement d'une prime ou d'une revalorisation des tarifs de certains actes techniques. De plus, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015, dans le cadre de la réglementation des contrats « responsables », les remboursements des organismes complémentaires sont plafonnés, à 100 % du tarif de la Sécurité sociale pour les médecins hors dispositifs depuis 2017.

Concernant les soins de dentistes, si les soins dentaires conservateurs (consultation usuelle, détartrage, etc.) sont très bien pris en charge la Sécurité sociale, les **soins dentaires prothétiques** ne le sont pas ou très peu, laissant un large champ d'intervention pour les OC. Ainsi, comme pour l'optique, la participation des OC aux soins dentaires est structurellement haute et en progression en 2018 pour atteindre 42,2 %. Comme pour l'optique, la bascule d'assurés de contrats individuels vers des contrats collectifs à la suite de la généralisation de la complémentaire d'entreprise accroît le niveau de couverture global sur ce poste. Avec une participation de 37,6 % des administrations publiques, le reste à charge des ménages sur les soins dentaires s'élève à 20,2 % de la dépense.

Enfin, les **soins hospitaliers** sont et demeurent un poste de très forte intervention des pouvoirs publics qui en financent 92,9 % en 2018, soit le même niveau qu'en 2009. Les organismes complémentaires interviennent peu, mais de manière croissante : ils couvrent 5,2 % de la dépense en 2018 contre 4,8 % en 2009. Ainsi, les soins hospitaliers sont le poste de

1. Ces deux dispositifs de modulation des dépassements d'honoraires (Optam et Optam-co) remplacent le dispositif précédent appelé « contrat d'accès aux soins » (CAS) datant de 2012.

## Vue d'ensemble > Les dépenses de santé en 2018

dépenses où le reste à charge moyen des ménages est le plus faible en proportion de la dépense : 1,9 % en 2018 (contre 2,4 % en 2009).

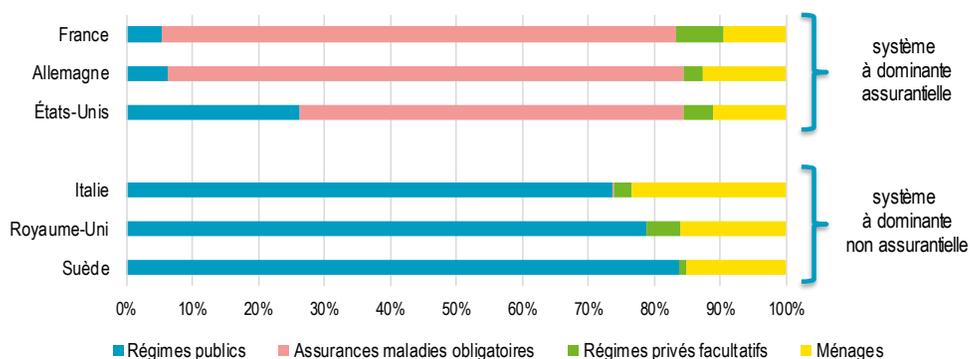
Une approche complémentaire à l'examen des restes à charge en part de la dépense de chaque poste consiste à examiner la **répartition du reste à charge** des ménages entre les différents postes. Ainsi, les soins de ville, comprenant les dépassements d'honoraires et les soins dentaires prothétiques, représentent environ 40 % de la participation des ménages. Les médicaments représentent un peu moins de 30 %. Les autres biens médicaux, comprenant l'optique, sont le troisième poste (18 %). Enfin, malgré la très forte intervention publique, les soins hospitaliers représentent 13 % du reste à charge des ménages. Cette répartition ne détonne pas par rapport aux autres pays de l'OCDE.

### La France fait partie des pays dans lesquels l'assurance maladie obligatoire a un rôle prépondérant

Pour effectuer des comparaisons internationales, il est nécessaire de se fonder sur un agrégat plus large que la CSBM : la « dépense courante de santé au sens international » (DCSi) est le seul agrégat harmonisé entre les pays de l'OCDE<sup>1</sup>. Au sein des pays de l'OCDE, une des caractéristiques du système de financement français est d'être à **dominante assurantielle** (graphique 3). Ainsi, comme en Allemagne, l'affiliation est obligatoire et les prestations versées le sont en contrepartie de cotisations. Ce rôle clé des régimes obligatoires est combiné à une offre de soins majoritairement libérale avec une rémunération essentiellement à l'acte, qui peut coexister avec des hôpitaux publics. Les assurés ont la liberté de choix de leur praticien et de leur établissement de santé. De plus, les dépenses de santé sont remboursées dans la limite d'un montant de base défini par les pouvoirs publics, dit « tarif de référence ». Ainsi, en France, comme en Allemagne notamment, les régimes publics et d'assurances maladies obligatoires financent plus de 80 % de la DCSi en 2017.

### Graphique 3 Comparaison internationale du financement des dépenses de santé en 2017

En % de la dépense courante de santé internationale



**Lecture** > En Allemagne, les régimes publics financent 6 % des dépenses de santé (évaluées par l'agrégat de dépense courante de santé internationale).

**Note** > Le système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement par lesquels les services de santé sont payés et obtenus par les individus. Les régimes publics désignent des systèmes gouvernementaux (nationaux, régionaux ou locaux) qui couvrent automatiquement une certaine population et dont le financement est non contributif. Les assurances maladies obligatoires se caractérisent par le conditionnement de l'affiliation des assurés au paiement de contributions (qui peuvent être payées par un tiers). Elles peuvent être publiques ou privées, et leur financement n'est pas nécessairement intégralement contributif. Les régimes privés facultatifs comprennent des assurances non obligatoires, des financements d'entreprises ou d'ONG. Enfin, le financement par les ménages correspond aux paiements des soins restant à la charge des ménages après intervention du système de santé ou des assurances maladie obligatoires et complémentaires.

**Source** > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).

Parmi les pays à dominante assurantielle, la France se caractérise en second lieu par une **forte intervention des organismes complémentaires**, c'est-à-dire de régimes privés. Les régimes privés facultatifs<sup>2</sup> couvrent 7 % de la DCSi en France contre seulement 3 % en Allemagne. De plus, la France se distingue par un niveau élevé de régulation de ce

1. La dépense courante de santé au sens international est un agrégat plus large que la CSBM qui comprend, en sus, les soins de longue durée et certaines prestations pour personnes âgées ou handicapées, des dépenses de prévention, diverses dépenses liées au système de santé et les coûts de gestion. Cette dépense est dite « courante » car elle ne comporte pas de dépenses d'investissement. Cet agrégat est harmonisé au niveau de l'OCDE et permet donc des comparaisons internationales.

2. Depuis 2016, les couvertures souscrites auprès d'OC (privés) dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sont considérées comme un régime d'assurance maladie obligatoire. La part de 7 % concerne donc l'intervention des OC en sus de cette disposition. Il y a donc eu une bascule en 2016 d'une partie des « régimes privés facultatifs » vers les « régimes maladie obligatoires ».

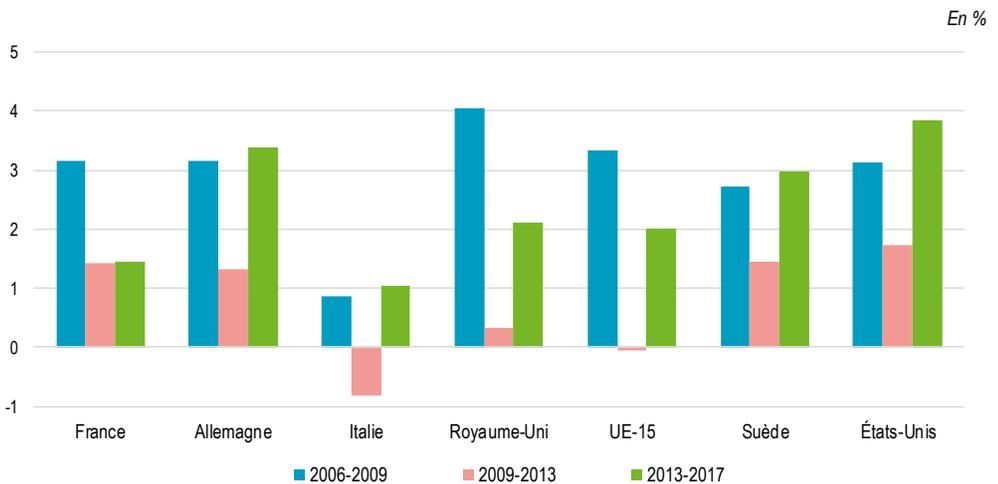
secteur privé par la puissance publique (contrats responsables, généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, réforme « 100 % santé », etc.).

À l'inverse, d'autres pays, comme l'Italie, le Royaume-Uni ou la Suède, ne fondent pas le financement de leur système de santé sur un mode assurantiel. Ils confient à l'État la mission de fournir un **service national de santé**, qui est financé par des impôts (et non des cotisations comme dans un mode assurantiel). Les administrations, centrales ou locales, y financent plus de la moitié des dépenses de santé. Dans ces pays, les médecins assurant les soins primaires exercent souvent dans des centres publics ou sont associés dans un cabinet. Ils sont généralement salariés ou payés à la capitation. Les résidents sont couverts automatiquement, mais le parcours de soins est très encadré. D'une manière générale, les pays dotés d'un service national de santé présentent des dépenses d'administration relativement moins importantes mais affichent des restes à charge globalement plus élevés.

### Les dépenses de santé en France restent stables ces dernières années, alors qu'elles augmentent dans l'UE-15

En France, les dépenses de santé (au sens de la DCSi) ont conservé une croissance stable entre les périodes 2009-2013 et 2013-2017, à +1,4 % en moyenne annuelle (*graphique 4*). Elles étaient auparavant nettement plus dynamiques avec une croissance de 3,1 % en moyenne entre 2006 et 2009. Si, comme en France, les dépenses ont fortement ralenti en moyenne au sein de l'Union européenne des Quinze (UE-15) entre les périodes d'avant (2006-2009) et d'après-crise (2009-2013), elles ont accéléré ces dernières années dans l'UE-15. Elles progressent ainsi de 2,0 % entre 2013 et 2017, après une croissance quasi nulle au cours de la période 2009-2013 (-0,1 %). Cette accélération dans l'UE-15 résulte de dépenses plus dynamiques dans certains pays (Allemagne, Suède, Royaume-Uni) et du retour à la croissance dans les pays du sud de l'Europe (Espagne, Italie).

**Graphique 4** Comparaison internationale des dépenses de santé (en monnaie nationale constante)



**Lecture** > Les dépenses de santé (évaluées par l'agrégat de dépense courante de santé internationale) en Allemagne ont progressé en euros constants de 3,4 % en moyenne annuelle entre 2013 et 2017.

**Source** > OCDE, Système international des comptes de la santé (SHA).