

La dépense courante de santé représente 11,8 % du PIB en 2017

La **dépense courante de santé** (DCS) au sens français, qui comprend toutes les dépenses « courantes »¹ engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé, s'établit à 271,1 milliards d'euros en 2017 (*tableau 1*). Composée pour 73,5 % en 2017 par la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [voir fiche 1], elle comprend en sus (*tableau 2, graphique 4*) :

- les soins de longue durée (8,2 %) : soins aux personnes âgées en établissements et à domicile (voir fiche 32) et soins aux personnes handicapées en établissements (voir fiche 33) ;
- les indemnités journalières pour arrêts de travail versées en cas de maladie, de maternité et d'accidents du travail (5,3 %) [voir fiche 34] ;
- les autres dépenses en faveur des malades (0,3 %) : dépenses d'indemnisation de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) et soins aux personnes en difficulté sociale ;
- les dépenses de prévention institutionnelle, individuelle et collective (2,2 %) [voir fiche 35] ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,6 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de santé (voir fiche 36), ainsi que les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles (*encadré*) ;
- les coûts de gestion du système (5,8 %) [voir fiche 37].

Une croissance inférieure au PIB en 2017

En 2017, la croissance de la DCS s'élève à 2,2 % (*graphique 1*). La DCS progresse moins vite que le PIB en valeur (2,8 %), rompant ainsi avec la période 2012-2016 au cours de laquelle la DCS augmentait à un rythme plus élevé que celui du PIB (exception faite de l'année 2015). La part de la DCS dans le PIB diminue donc légèrement (-0,1 point), à 11,8 % du PIB en 2017.

L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la CSBM. De fait, cette dernière constitue le premier contributeur à la croissance de la DCS (1,1 point) devant les soins de longue durée (0,7 point). Toutefois, en 2017, la DCS accélère tandis que la CSBM ralentit, si bien que la DCS progresse désormais plus vite que la CSBM (2,2 %, contre 1,4 %).

En effet, le ralentissement de la composante hospitalière de la CSBM (voir fiche 1) contraste avec l'accélération de plusieurs postes de la DCS. En particulier, les soins de

longue durée progressent de 9,7 % (contre 1,1 % en 2016), du fait d'un effet de périmètre concernant les soins aux personnes handicapées en établissement (voir fiche 33) et les indemnités journalières augmentent de 3,0 % en raison du dynamisme des arrêts maladie. Enfin, tant les coûts de gestion du système de soins (+3,6 %) que les dépenses de prévention institutionnelle (+4,0 %) progressent à un rythme supérieur à celui de la CSBM en 2017.

Compte tenu de ces dynamiques différenciées par poste de dépenses, la structure de la DCS s'est légèrement déformée entre 2008 et 2018 (*tableau 2*) : la part des soins de longue durée a progressé de 1,4 point, au détriment principalement de la CSBM.

Les subventions au système de soins comprennent la prise en charge par l'Assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé (dites « cotisations PAM »), les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, les participations de l'Assurance maladie à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine, etc.), et l'aide à la télétransmission.

De ces subventions sont déduites les remises conventionnelles, versées par les laboratoires pharmaceutiques et les producteurs de dispositifs médicaux aux caisses de Sécurité sociale (celles-ci venant réduire le coût des biens médicaux, elles sont enregistrées dans les comptes de la santé en moindres dépenses). D'un montant de l'ordre de 200 à 400 millions d'euros entre 2001 et 2013, ces remises ont fortement crû depuis 2014 et atteindraient 1,4 milliard d'euros en 2017 (*graphique 2*), les traitements innovants (contre l'hépatite C, etc.) ayant donné lieu à des remises supplémentaires. Les remises, qui viennent réduire la dépense courante de santé, sont comptablement retracées dans les subventions au système de soins et non dans la consommation de médicaments. Le montant de ces subventions, nettes des remises, est évalué à 1,5 milliard d'euros pour l'année 2017, en baisse de 20,8 % par rapport à 2016.

Les autres dépenses en faveur des malades correspondent aux indemnités de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (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). Elles s'établissent à près de 0,7 milliard d'euros en 2017.

1. La dépense de santé est dite « courante » car elle n'intègre pas les dépenses d'investissement en capital (formation brute de capital fixe [FBCF]) des établissements de santé et des professionnels libéraux.

Tableau 1 Évolution de la décomposition de la dépense courante de santé

	Montants (en milliards d'euros)											Évolution 17/16 (%)
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017		
CSBM	164,9	169,9	173,5	178,0	181,8	185,2	190,2	192,9	196,5	199,3	1,4	
Soins de longue durée	15,2	16,6	17,2	17,8	18,5	19,2	19,7	20,1	20,3	22,3	9,7	
Ssiad	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	2,7	
Soins aux personnes âgées en établissements	6,2	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	2,2	
Soins aux personnes handicapées en établissements	7,7	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,3	9,5	9,6	11,3	18,1*	
Indemnités journalières (a)	11,6	12,1	12,6	12,8	12,8	12,8	13,4	13,6	14,0	14,5	3,0	
Autres dépenses en faveur des malades	0,4	0,4	0,5	0,5	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,7	2,1	
Prévention institutionnelle	5,7	6,4	5,7	5,7	5,7	5,8	5,8	5,8	5,8	6,0	4,0	
Prévention individuelle	3,3	3,4	3,3	3,3	3,3	3,5	3,5	3,5	3,6	3,7	2,5	
Prévention collective	2,4	3,1	2,4	2,4	2,4	2,3	2,3	2,2	2,2	2,3	6,3	
Dépenses en faveur du système de soins	11,9	11,9	12,1	12,3	12,6	12,9	12,9	12,7	12,6	12,5	-0,7	
Subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles	1,9	2,0	2,1	2,2	2,4	2,6	2,4	2,3	1,9	1,5	-20,8	
<i>Dont subventions au système de soins (b)</i>	2,2	2,2	2,4	2,6	2,7	3,0	3,5	3,3	3,1	2,9	-8,8	
<i>Dont remises conventionnelles</i>	-0,3	-0,2	-0,3	-0,3	-0,3	-0,4	-1,1	-0,9	-1,2	-1,4	9,5	
Recherche médicale et pharmaceutique	8,2	8,0	8,0	8,1	8,1	8,2	8,3	8,3	8,4	8,7	2,9	
Formation	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,3	2,3	2,5	
Coûts de gestion de la santé	13,1	13,6	13,9	14,4	14,6	15,1	15,3	15,2	15,3	15,8	3,6	
Dépense courante de santé (DCS)	222,8	230,9	235,4	241,7	246,5	251,7	257,8	260,9	265,2	271,1	2,2	
Évolution en %	4,1	3,6	2,0	2,7	2,0	2,1	2,4	1,2	1,6	2,2		
DCS en % du PIB	11,2	11,9	11,8	11,7	11,8	11,9	12,0	11,9	11,9	11,8		

* La très forte évolution des soins aux personnes handicapées en établissements (18,1 %) s'explique notamment par l'extension du périmètre d'action de ce poste aux établissements et services d'aide par le travail (Esat).

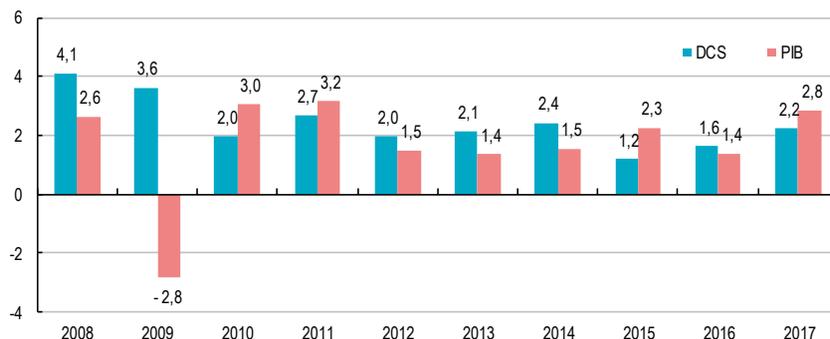
(a) Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de bases (hors fonction publique).

(b) Ces subventions ne comprennent que la partie des dotations non comptabilisée ailleurs : les dotations versées à l'Inpes ou à l'Eprus (organismes intégrés à l'Agence nationale de santé publique en 2016) sont comptabilisées par convention en dépenses de prévention, tandis que celles versées à la HAS ou à l'ATIH sont retracées dans les coûts de gestion du système de santé.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 1 Taux de croissance en valeur de la dépense courante de santé et du PIB

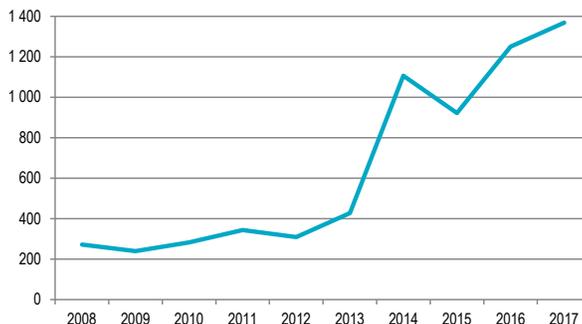
En %



Sources > DREES pour la DCS ; Insee pour le PIB.

Graphique 2 Montants annuels des remises sur médicaments et dispositifs médicaux

En millions d'euros



Note > Les remises sur dispositifs médicaux sont de qualité fragile et ne sont donc pas isolées ici.

Sources > DSS ; traitements DREES (montants 2016 et 2017 estimés).

Une répartition de la dépense très contrastée d'un financeur à l'autre

La Sécurité sociale finance plus des trois quarts de la CSBM (77,8 %) [voir fiche 25]. En 2017, elle prend en charge 66,3 % de la dépense courante de santé « hors CSBM », soit 47,6 milliards d'euros (tableau 3).

Sur ce périmètre « hors CSBM », la Sécurité sociale assure l'intégralité du financement de certaines dépenses (soins de longue durée, indemnités journalières, subventions au système de santé). Elle est toutefois nettement moins présente sur les champs de la prévention institutionnelle, individuelle et collective, et de la formation en santé (des médecins, dentistes, pharmaciens et auxiliaires médicaux), qu'elle finance respectivement à hauteur de 12,8 % et 7,9 %. Enfin, elle n'intervient pas du tout dans le financement de la recherche médicale et pharmaceutique, ce poste étant du ressort de l'État, des collectivités locales ainsi que des financeurs privés.

Par ailleurs, alors qu'elle finance près des trois quarts de la DCS, la Sécurité sociale ne représente qu'un peu moins de la moitié du coût de gestion global du système de santé français.

Le secteur privé (organismes complémentaires, industrie pharmaceutique et ménages) finance 18,2 % des dépenses courantes de santé « hors CSBM » en 2017. Il finance un peu moins de la moitié des dépenses au titre de la recherche médicale et pharmaceutique, et représente à lui seul environ le tiers des dépenses de prévention institutionnelle et près de la moitié des coûts de gestion totaux du système de soins.

L'État et les collectivités locales financent 15,4 % de la dépense courante de santé « hors CSBM ». Ils

interviennent principalement dans le financement de la formation des professionnels de santé (86,8 % du total de ce poste), de la prévention institutionnelle (60,3 %) et de la recherche médicale et pharmaceutique (52,9 %).

Peu d'évolutions de la structure de financement par acteur depuis 2010

Si la part de la Sécurité sociale dans le financement de la 2008 « hors CSBM » est relativement stable depuis 2010 (environ 66 % pour l'ensemble de la période) [graphique 3], la structure par poste fin de dépense s'est légèrement déformée depuis 2008. En effet, dans le champ de la prise en charge de la Sécurité sociale (hors CSBM), la part des soins de longue durée a augmenté de 6,3 points, au détriment des indemnités journalières et des coûts de gestion notamment.

La part de financement assurée par le secteur privé sur le champ de la dépense « hors CSBM » fluctue légèrement, entre 18 % et 19 %, selon le degré de prise en charge des dépenses par l'État et les collectivités locales. Elle est à rapprocher de deux facteurs liés à la répartition du financement entre les secteurs public et privé :

- la structure de financement de la prévention (principal poste de dépense du secteur privé, via la médecine du travail) se modifie légèrement au regard de l'intervention de l'État et des collectivités locales sur ce champ ;
- le financement de la recherche médicale et pharmaceutique fait aussi intervenir l'État, des collectivités et le secteur privé, à des degrés variables selon les dotations des agences publiques chargées de recherche (CNRS, Inserm, etc.) et les efforts alloués par les entreprises du secteur de la santé.

Méthodologie : dépense courante de santé, sens français et international

Jusqu'en 2017, l'OCDE diffusait un agrégat de DCS au sens international (voir fiche 43). Elle était égale à la DCS au sens français :

- 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) ;
- diminuée des indemnités journalières, des dépenses de prévention environnementale et alimentaire, de la recherche et de la formation.

En mars 2018, une note méthodologique de l'OCDE modifie le champ du poste sanitaire des soins de longue durée – *long-term care (health)* – en y incluant des dépenses d'hébergement des personnes dépendantes. Ces dépenses étaient jusqu'alors renseignées dans un poste complémentaire (non-inclus dans les agrégats publiés par l'OCDE) sous le label *long-term care (social)*, c'est-à-dire dans la composante dite sociale des soins de longue durée. Du fait de ce changement de périmètre appliqué pour les seules comparaisons internationales, les écarts entre la série « soins de longue durée » (publiée dans la partie France du présent ouvrage) et la série « *long-term care (health)* » de l'OCDE (reprise dans la partie internationale) sont plus marqués que dans les précédentes éditions de cet ouvrage. En effet, la définition retenue dans la partie France du présent ouvrage correspond à un champ sanitaire strict.

Tableau 2 Structure de la dépense courante de santé

	En %									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
CSBM	74,0	73,6	73,7	73,7	73,7	73,6	73,8	73,9	74,1	73,5
Soins de longue durée	6,8	7,2	7,3	7,4	7,5	7,6	7,6	7,7	7,7	8,2
Indemnités journalières	5,2	5,3	5,4	5,3	5,2	5,1	5,2	5,2	5,3	5,3
Autres dépenses en faveur des malades	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3
Prévention institutionnelle	2,6	2,8	2,4	2,4	2,3	2,3	2,3	2,2	2,2	2,2
Dépenses en faveur du système de soins	5,4	5,2	5,1	5,1	5,1	5,1	5,0	4,9	4,7	4,6
Coûts de gestion de la santé	5,9	5,9	5,9	6,0	5,9	6,0	5,9	5,8	5,8	5,8
Dépense courante de santé (DCS)	100,0									

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Financement de la dépense courante de santé en 2017

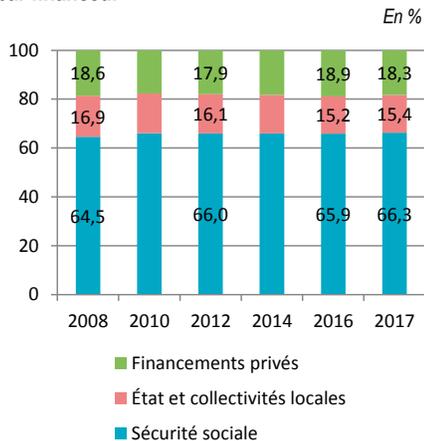
	En milliards d'euros				
	Sécurité sociale	État, collectivités locales	Financements privés *	Tous financeurs confondus	Part de la Sécurité sociale dans le total
Consommation de soins et de biens médicaux	155,1	3,0	41,2	199,3	77,8
Dépense hors CSBM	47,6	11,1	13,1	71,7	66,3
Soins de longue durée	22,3	0,0	0,0	22,3	100,0
Indemnités journalières**	14,5	n.d.	n.d.	14,5	100,0
Prévention institutionnelle	0,8	3,6	1,6	6,0	12,8
Dépenses en faveur du système de soins	1,7	6,6	4,2	12,5	13,5
<i>Formation</i>	0,2	2,0	0,1	2,3	7,9
<i>Subventions au système de soins</i>	1,5	0,0	1,4	2,9	52,4
<i>Recherche médicale et pharmaceutique</i>	0,0	4,6	4,1	8,7	0,0
Coût de gestion de la santé	7,7	0,9	7,3	15,8	48,5
Autres dépenses en faveur des malades	0,7	0,0	0,0	0,7	100,0
Dépense courante de santé	202,7	14,1	54,3	271,1	74,8

La colonne Sécurité sociale intègre également les dépenses prises en charge par le fonds CMU au titre des bénéficiaires de la CMU-C, ainsi que celles des régimes d'Alsace-Moselle et de la Camégie.

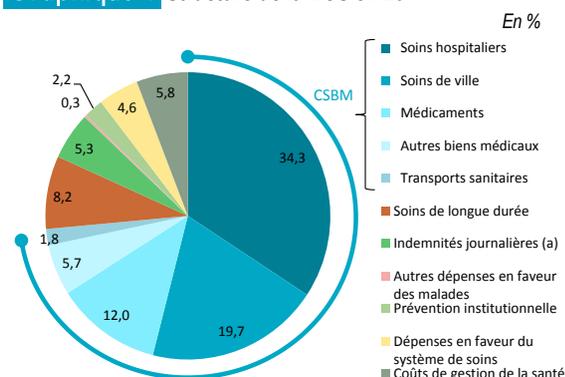
* Assurés par les mutuelles, les sociétés d'assurances, les institutions de prévoyance, l'industrie pharmaceutique et les ménages.

** Voir fiche 34 pour des éléments d'information sur les IJ versés par les organismes complémentaires. Les 14,5 milliards renseignés ici sont un miniorant des dépenses d'IJ tous financeurs confondus et la part de la Sécurité sociale mentionnée est donc un majorant.

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 3 Évolution de la structure de la dépense courante de santé « hors CSBM » par financeur

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Structure de la DCS en 2017

(a) Le champ retenu ici est constitué des indemnités journalières au titre de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes de base (hors fonction publique).

Source > DREES, comptes de la santé.