

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante
de santé et son financement

Comparaisons
internationales

Éclairages

Annexes

Tableaux détaillés

> Les dépenses de santé en 2017

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 199,3 milliards d'euros, soit environ 2 977 euros par habitant. Elle représente 8,7 % du PIB, en léger repli (-0,1 point) par rapport à 2016. Sa croissance s'infléchit nettement à +1,3 % en 2017 (après 2,0 % en 2016), en raison du fort ralentissement des soins hospitaliers.

La CSBM est financée à 77,8 % par la Sécurité sociale. Cette part a progressé de 0,2 point en moyenne par an entre 2008 et 2017, notamment du fait de la hausse du nombre d'assurés exonérés du ticket modérateur liée au vieillissement de la population et au développement des pathologies chroniques.

Parallèlement, la part des organismes complémentaires (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances) diminue de 0,2 point en 2017 pour atteindre 13,2 %, après deux années de stabilité.

La part du reste à charge direct des ménages dans la CSBM poursuit son mouvement de baisse régulière depuis 2008 et s'établit à 7,5 % en 2017.

La dépense de prévention non institutionnelle – à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programmes de santé publics – a été estimée sur la base de l'ensemble des dépenses des régimes d'assurance maladie. Elle représente au moins 9,1 milliards d'euros de dépenses au sein de la CSBM en 2016, dont environ 42 % sous forme de médicaments (antihypertenseurs, contraceptifs, etc.). Elle s'ajoute aux 5,8 milliards d'euros de dépenses de prévention institutionnelle, non comptabilisées dans la CSBM.

En France, la dépense courante de santé au sens international (DCSi) – qui recouvre la CSBM majorée notamment des dépenses de soins de longue durée et des subventions au système de soins – s'établit à 11,5 % du PIB en 2016, soit 1,1 point de plus que la moyenne de l'UE-15. Les dépenses de santé repartent à la hausse dans l'UE-15, mais de manière modérée (+1,8 % de 2013 à 2016). Au sein des pays de l'OCDE, la France est le pays où le reste à charge des ménages est le plus limité en part de la DCSi.

Une dynamique de la consommation de soins et de biens médicaux historiquement basse en 2017, à +1,3 %

En 2017, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [encadré 1] est évaluée à 199,3 milliards d'euros, soit 2 977 euros par habitant. La CSBM représente ainsi 8,7 % du PIB (-0,1 point par rapport à 2016) et 12,5 % de la consommation effective des ménages² en 2017. Bien qu'en hausse de 1,3 % par rapport à 2016, elle ralentit fortement et atteint en 2017 sa plus faible croissance depuis dix ans (graphique 1). Ce ralentissement provient d'une forte inflexion des volumes (+1,4 point en 2017 contre +2,9 points en 2016) qui fait plus que compenser les effets prix (-0,1 point en 2017 contre -0,9 point en 2016).

Au début des années 2000, la CSBM progressait à un rythme soutenu, de l'ordre de 5,0 % par an. Depuis 2008, sa progression annuelle est tendanciellement orientée à la baisse, passant d'un taux de 3,2 % en 2008 à 1,3 % en 2017. Ce mouvement tendanciel est ponctué d'à-coups. En 2014, la CSBM augmente de 2,7 % (contre 1,9 % en 2013 et 1,4 % en 2015) du fait de l'introduction de nouveaux traitements innovants et onéreux contre le virus de l'hépatite C. En 2015, le ralentissement de la CSBM résulte à la fois de la baisse des prix des biens et services de santé (-0,8 %), et de la modération des volumes (+2,3 %, contre plus de 3,1 % un an plus tôt). Depuis 2010, les prix jouent à la baisse sur l'évolution de cet agrégat, plus particulièrement pour les médicaments et, dans une moindre mesure, à l'hôpital. Toutefois, alors que les prix avaient fortement réduit la dynamique globale en 2015 et en 2016, ce n'est plus le cas en

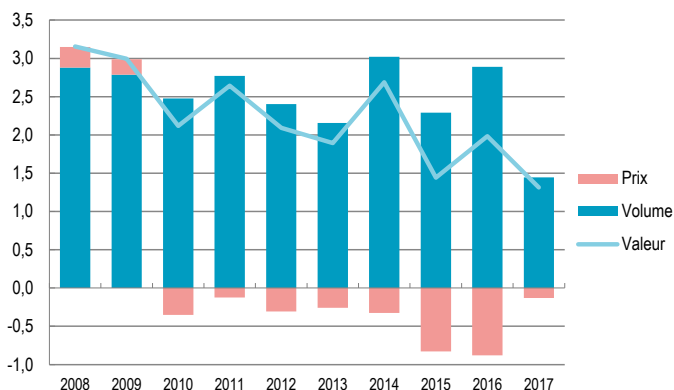
2. La consommation effective des ménages inclut tous les biens et services acquis par les résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part (y compris les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individuelle, donnent lieu à des transferts sociaux en nature en provenance des administrations publiques ou des institutions sans but lucratif au service des ménages [ISBLSM]).

2017 : la baisse de prix sur les médicaments remboursables, moindre qu'en 2016, est en partie compensée par une hausse du prix des médecins consécutive aux revalorisations de leurs honoraires.

En 2017, toutes les composantes de la CSBM progressent à rythme moindre qu'en 2016, à l'exception des médicaments, quasiment stables pour la deuxième année consécutive (*graphique 2*). Le ralentissement est particulièrement marqué pour les soins hospitaliers, jusqu'alors principal facteur de croissance de la CSBM de 2010 à 2016, leur contribution moyenne étant de 1,0 point par an en moyenne, suivis des soins de ville (environ 0,8 point par an). En 2017, les soins de ville deviennent le premier facteur de croissance de la CSBM devant les soins hospitaliers, avec des contributions respectives de 0,4 point et de 0,7 point de croissance. Les autres biens médicaux ralentissent aussi notablement, leur croissance fléchissant de 3,6 % en 2016 à 2,3 % en 2017, de même que les transports sanitaires (de 4,4 % en 2016 à 3,5 % en 2017).

Graphique 1 Partage de l'évolution de la CSBM en valeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Encadré 1 La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

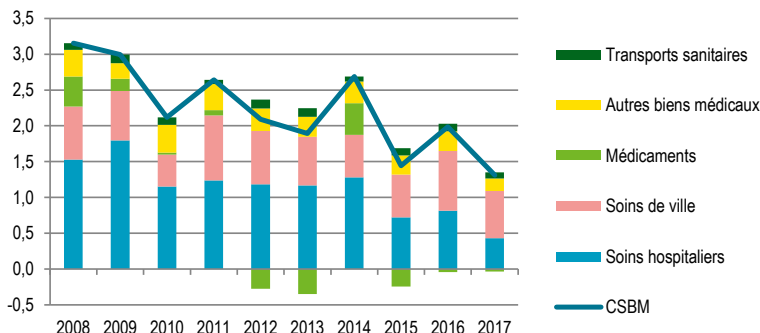
La consommation de soins et de biens médicaux représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD) ; elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense relatives notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisés dans la dépense courante de santé (DCS) [*encadré 2*].

Plus précisément, la CSBM comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissements privés, pour 46,6 % du total ;
- la consommation de soins de ville : les soins réalisés en cabinets libéraux et en dispensaires, la consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires et les soins réalisés en cures thermales, pour 26,8 % du total ;
- la consommation de transports sanitaires, 2,5 % du total ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, qui représente 16,3 % de la dépense ;
- et la consommation d'autres biens médicaux (y compris optique médicale), pour 7,8 % de la dépense.

Graphique 2 Évolution de la CSBM selon ses principales composantes, en valeur

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins hospitaliers ralentissent fortement, avec une croissance de 0,9 % en 2017, après 1,7 % en 2016

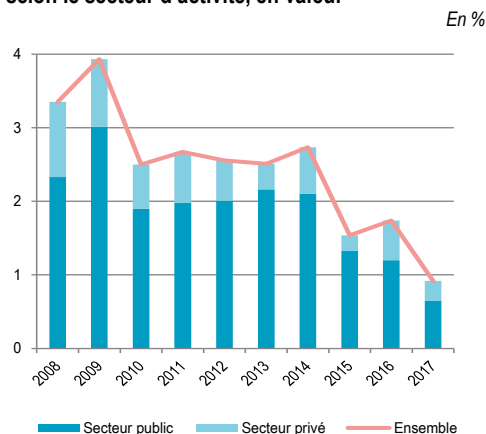
En 2017, la consommation de soins hospitaliers (établissements publics et privés, hors soins de longue durée) s'élève à 92,8 milliards d'euros (voir fiche 18). La croissance totale de ces dépenses, qui représentent 46,6 % de la CSBM, ralentit fortement à 0,9 % en valeur en 2017, après 1,7 % en 2016 (graphique 3). Ce ralentissement s'explique par une forte baisse de la croissance des volumes (de 2,3 % à 0,9 %), les prix étant stables en 2017 tous secteurs confondus.

Dans le **secteur public**, la consommation de soins s'élève à 71,5 milliards d'euros en 2017, soit 77 % du poste des soins hospitaliers. Cette consommation ralentit : +0,8 % en 2017, après +1,6 % en 2016, compte tenu notamment du resserrement de l'Ondam (objectif national de dépenses d'Assurance maladie) hospitalier. Cette très faible dynamique observée depuis 2015 contraste avec celle de 2010-2014 (+2,7 % en moyenne par an) et plus encore avec celle de la période antérieure (+3,9 % en 2008-2009). Ce ralentissement est entièrement imputable aux volumes, l'indice de prix du secteur public évoluant de 0,4 % en 2017 contre -0,3 % en 2016.

La consommation de soins dans le **secteur privé** (21,4 milliards d'euros, soit 23 % de la consommation de soins hospitaliers) ralentit également, à +1,2 % en 2017, après 2,4 % en 2016. Les prix dans le secteur privé continuent de baisser de 1,4 %, comme en 2016. Ce recul est à rapprocher de la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires et au CICE³, ainsi que de la modération des dépassements d'honoraires des praticiens (+2,2 %, après +4,2 % en 2015). La réforme des contrats responsables a en effet limité la prise en charge de ces dépassements par les organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance).

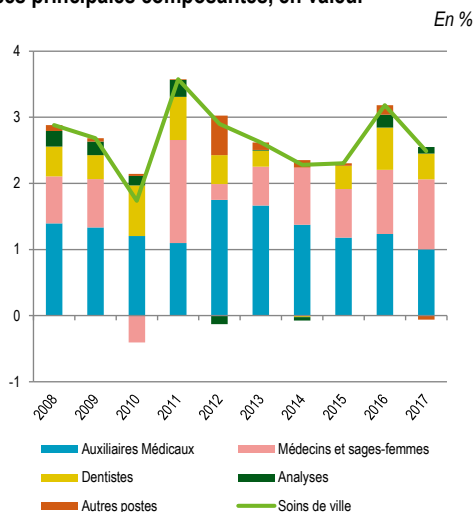
3. Le crédit d'impôt pour la compétitivité et l'emploi (CICE) est un avantage fiscal pour les entreprises, équivalent à une réduction de cotisations sociales, déduit de l'impôt sur les sociétés dû au titre de l'année en cours. Dans le champ des établissements de santé, il bénéficie aux cliniques, mais cet avantage concurrentiel a été neutralisé par les pouvoirs publics depuis 2015 par des baisses de tarifs des séjours de ce secteur (voir fiche 23).

Graphique 3 Évolution des soins hospitaliers selon le secteur d'activité, en valeur



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Évolution des soins de ville selon ses principales composantes, en valeur



Note > « Autres postes » comprend les cures thermales, les autres soins et contrats.

Source > DREES, comptes de la santé.

Malgré un léger ralentissement, les soins de ville sont en 2017 le premier contributeur à la croissance de la CSBM

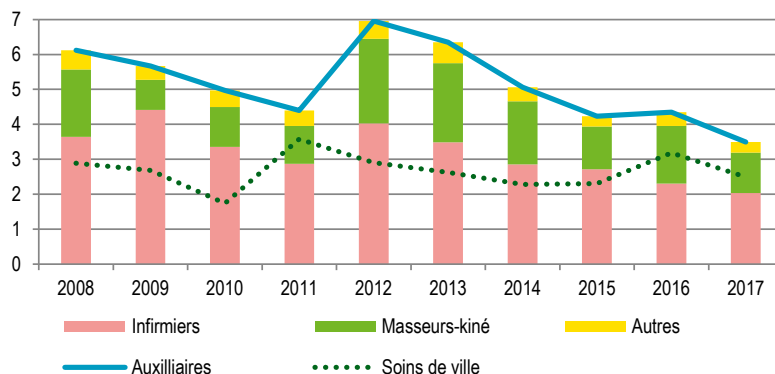
Les soins de ville, qui recouvrent les soins en cabinets libéraux et en dispensaires, les analyses de biologie ainsi que les cures thermales⁴, s'élèvent à 53,4 milliards d'euros en 2017. En hausse de 2,5 % (graphique 4), leur croissance reste en 2017 très proche de la moyenne des dernières années (2,7 % par an entre 2009 et 2016). S'ils représentent seulement 26,8 % du total de la CSBM, ils deviennent le premier contributeur à sa croissance en 2017, portés principalement par le dynamisme des soins des auxiliaires médicaux, des médecins et des sages-femmes.

Les **soins d'auxiliaires médicaux** (15,5 milliards d'euros) sont composés de soins d'infirmiers⁵ (qui s'élèvent à 8,2 milliards d'euros), de soins de masseurs-kinésithérapeutes (6,0 milliards d'euros) et des soins des autres auxiliaires médicaux (orthophonistes, orthoptistes et pédicures, pour 1,3 milliard d'euros). Ces soins sont toujours très dynamiques en 2017 (3,5 %, après 4,3 % en 2016) [voir fiches 7 à 9]. Comme les années précédentes, ils progressent plus vite que les soins de ville dans leur ensemble (graphique 5). Ce dynamisme s'explique principalement par les soins des infirmiers (2,0 points de croissance de l'agrégat en 2017) et des masseurs-kinésithérapeutes (1,2 point de croissance de l'agrégat). En 2017, comme depuis 2014, cette forte croissance en valeur est portée exclusivement par la hausse des volumes. Aucun effet prix n'est enregistré pour ce poste depuis les dernières revalorisations de leurs actes datant de la mi-2012⁶.

4. Ils n'incluent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transport sanitaires, habituellement inclus dans le concept de soins de ville employé par les régimes d'assurance maladie. Ces dépenses sont comptabilisées à part dans la CSBM.
 5. Au sein de la CSBM, les soins infirmiers ne comprennent pas les services de soins infirmiers à domicile ([Ssiad], 1,6 milliard d'euros en 2017) qui ont été regroupés avec les soins de longue durée (dans la DCS) compte tenu de leur nature spécifique.
 6. L'indice de prix ne suit que les changements de valeur des lettres-clés : les changements de coefficients se traduisent uniquement par des modifications des volumes.

Graphique 5 Évolution de la consommation de soins d'auxiliaires médicaux, en valeur

En %



Note > La catégorie « Autres » recouvre les orthophonistes, les orthoptistes et les pédicures-podologues.

Source > DREES, comptes de la santé.

La consommation de **soins de médecins généralistes en ville**⁷ s'élève à 8,9 milliards d'euros et progresse de 1,4 % en 2017 (après 1,2 % en 2016) [voir fiche 3]. Ce dynamisme est largement imputable à des prix en hausse de 2,5 %, alors qu'en volume ces soins se replient de 1,0 %. La hausse des prix s'explique par la nouvelle convention signée en août 2016 qui prévoit plusieurs hausses de tarifs, notamment celle de la consultation à 25 euros, en vigueur depuis le 1^{er} mai 2017. Le repli du volume doit être mis en regard du dynamisme de 2016, année atypique (+0,9 %), du fait de la survenue de deux épisodes de grippe (en début et fin d'année), contre un seul d'intensité modérée en 2017. La rémunération de praticien est également soutenue par l'introduction et la revalorisation de contrats tels que la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) ; cette part forfaitaire pourrait atteindre 13 % de la rémunération des généralistes en 2017, soit le double de son niveau de 2008.

La consommation de **soins de médecins spécialistes en ville** (11,9 milliards d'euros) connaît une croissance élevée de 3,4 % en 2017, après 3,3 % en 2016 et 2,6 % en 2015 (voir fiche 4). En 2017, cette croissance est principalement portée par les prix, qui progressent de 2,5 % (contre environ 0,3 % en moyenne par an entre 2012 et 2016) du fait des hausses de tarifs engagées depuis 2017 dans le cadre de la convention signée en août 2016 (notamment certaines majorations de consultations des spécialistes). En outre, le dynamisme des volumes de soins des médecins spécialistes reste porté depuis plusieurs années par l'augmentation du nombre d'actes techniques, de scanners et d'IRM, qui représentent une part croissante de leur activité.

La consommation de **soins de sages-femmes en ville** (0,3 milliard d'euros en 2017) reste très dynamique en 2017 malgré un léger ralentissement (+9,5 %, après +9,7 % en 2016) [voir fiche 6].

La consommation de **soins dentaires** s'élève à 11,3 milliards d'euros en 2017 (soit +1,8 %) [voir fiche 10]. Elle est nettement moins dynamique qu'en 2016 (+3,0 %), en raison principalement du ralentissement des volumes de soins (+1,3 % après +2,2 % en 2016). L'analyse de la dynamique réelle de la dépense de soins dentaires est perturbée par la difficulté de mesurer finement les soins non remboursables, depuis que les actes « hors nomenclature » ne figurent plus depuis 2004 dans les remontées d'information à l'Assurance maladie.

Après une année 2016 dynamique (+2,3 %), la consommation **d'analyses et de prélèvements en laboratoires** ralentit en 2017 (+1,2 %), à 4,5 milliards d'euros (voir fiche 12), en raison des baisses de cotations d'actes décidées dans le cadre du protocole d'accord entre l'Assurance maladie et les syndicats de professionnels biologistes signé en novembre 2016 qui ont pris effet à partir d'avril 2017. En 2016, la forte croissance de ce poste était entièrement portée par les volumes, en hausse de 3,2 %, dans un contexte de repli de 0,9 % des prix, lié aux précédentes mesures de régulation de la dépense. En 2017, la croissance de ce poste reste positive en raison notamment d'une forte hausse des analyses de la glande thyroïdienne survenue durant l'été suite au changement de formulation du médicament Levothyrox.

Enfin, **les autres soins et contrats**, qui regroupent les rémunérations forfaitaires versées par l'Assurance maladie à certains professionnels de santé (permanence des soins pour les médecins, rémunérations sur contrat – spécifiques à

7. Cette dépense comprend les honoraires des médecins en cabinets libéraux et en dispensaires (tarifs opposables, dépassements et forfaits médecin traitant), à l'exclusion des honoraires perçus lors de consultations en établissements privés (retracés dans la dépense hospitalière). Sont également exclus de cet agrégat les contrats et la rémunération sur objectifs de santé publique (retracés dans le poste « autres soins et contrats »), ainsi que les prises en charge de cotisations par l'assurance maladie dont bénéficient ces professionnels (retracées dans les subventions au système de soins).

chaque profession –, ROSP des médecins) et les honoraires des autres professionnels de santé⁸, s'élèvent à 0,7 milliard d'euros en 2017.

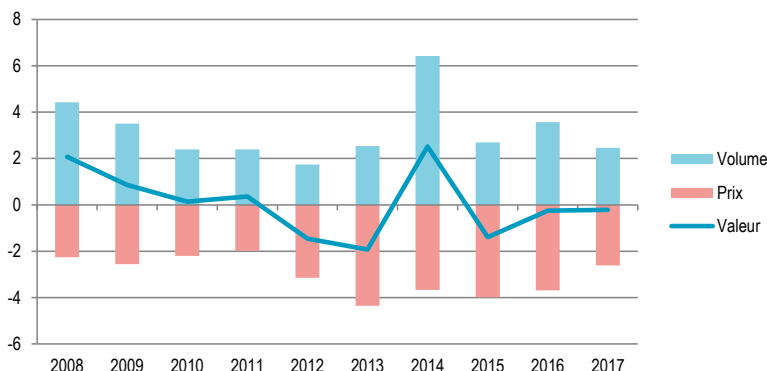
Depuis trois ans, la consommation de médicaments en ville tend à diminuer du fait des baisses des prix des spécialités remboursées

En 2017, la consommation de médicaments en ville⁹ s'élève à 32,6 milliards d'euros (voir fiche 13). Elle baisse pour la troisième année consécutive (-0,2 %), après la hausse de 2014 (2,5 %) [graphique 6]. Cette quasi-stabilité en valeur correspond à des volumes dynamiques (2,5 %) et à des prix en baisse (-2,6 %). La baisse des prix est très largement imputable à celle des tarifs administrés des spécialités remboursables, le prix des spécialités non remboursables continuant de progresser¹⁰. En effet, le prix des médicaments remboursables recule sensiblement depuis 2008 et ce recul s'amplifie depuis 2012 (-4,2 % en moyenne annuelle depuis 2012) du fait de la contribution croissante de ce secteur à la régulation de l'Ondam. Ce mouvement est accentué par l'« effet générique » : les prix baissent compte tenu du nombre croissant de spécialités génériquées et de leur plus grande diffusion, favorisée par des politiques de substitution actives. Toutefois, le taux de pénétration des génériques se stabilise en 2017, pour atteindre 76 % des unités vendues sur le champ du répertoire générique, et 36 % des boîtes de médicaments remboursables.

Auparavant très dynamique (5,0 % par an de 2001 à 2009), la progression des volumes de ventes est revenue à 2,2 % en moyenne par an entre 2010 et 2013 sous l'effet des campagnes de maîtrise médicalisée, d'actions de communication ciblées (sur les antibiotiques par exemple), de déremboursements de médicaments à service médical rendu insuffisant, etc. En 2014, la baisse des prix est exceptionnellement compensée par une forte hausse des volumes (+6,4 %), découlant du dynamisme des produits rétrocedés en raison de l'arrivée de traitements innovants contre le virus de l'hépatite C. Depuis 2015, la consommation de médicaments en ville recule en valeur, malgré des volumes dynamiques portés par des innovations, notamment dans le traitement du VIH.

Graphique 6 Partage de l'évolution de la consommation de médicaments, en valeur

En %



Champ > Consommation de médicaments en ambulatoire.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les autres biens médicaux ralentissent sous l'effet du repli de l'optique médicale

La consommation d'« autres biens médicaux » en ville¹¹ atteint 15,5 milliards d'euros en 2017 ; elle progresse de 2,3 % en 2017, contre 3,6 % en 2016. Elle comprend en particulier l'optique médicale pour 6,1 milliards d'euros, soit environ 40 % de cet agrégat. La consommation d'optique médicale se replie de 0,7 % en 2017 (voir fiche 16). Cette contraction s'explique par des volumes en baisse de 0,6 %, les prix restant quasi stables. La dépense d'optique médicale était très dynamique entre 2008 et 2012 (+4,6 % par an en moyenne), principalement grâce à des volumes en forte croissance (+4,1 % par an en moyenne). Elle a nettement ralenti en 2013, les effets de prix et de volume se conjuguant. Plusieurs éléments peuvent expliquer ce moindre dynamisme. Confrontés à des dépenses d'optique croissantes, certains organismes complémentaires ont limité leurs garanties ces dernières années. La réforme des contrats « responsables », entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, accentue ce phénomène : parmi les nouveaux critères à respecter pour bénéficier des aides fiscales et sociales prévues par la réglementation, les contrats ne peuvent désormais rembourser les dépenses d'optique qu'au maximum tous les deux ans. En outre, le développement récent des réseaux de soins et la libéralisation

8. « Option démographique » pour les orthophonistes, contrats divers pour les infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, etc.

9. Ce poste inclut la « rétrocession hospitalière », relative aux médicaments délivrés par les pharmacies hospitalières à des patients non hospitalisés.

10. Après une phase de progression atone entre 2014 et 2016 (+0,6 % en moyenne annuelle), leurs prix progressent de 2,5 % en 2017.

11. Cette catégorie se partage en une multitude de dispositifs divers inscrits à la liste des produits et prestations remboursables par l'assurance maladie (LPP) et l'optique médicale.

Vue d'ensemble > Les dépenses de santé en 2017

de la vente d'optique médicale par internet pourraient aussi contribuer à expliquer la plus grande modération des prix du secteur.

Le poste « autres biens médicaux », outre l'optique médicale, est aussi composé pour 3,0 milliards d'euros de prothèses, orthèses, et véhicules pour handicapés physiques (VHP) et pour 6,3 milliards d'euros de matériels, aliments et pansements (voir fiche 17). Comme l'optique médicale, la croissance de la consommation des autres biens médicaux ralentit en 2017 : +4,3 % contre +6,1 % en 2016. Cette croissance est très largement portée par des volumes dynamiques, les prix étant stables en 2017.

Par ailleurs, la croissance des dépenses de **transports sanitaires**¹², qui s'élevaient à 5,0 milliards d'euros en 2017, ralentit elle aussi : elle est ramenée à 3,5 % en 2017 contre 4,4 % en 2016 (voir fiche 11). Cette inflexion est principalement le fait des volumes, dans un contexte d'évolution atone des prix en 2016 comme en 2017, en l'absence de mesures tarifaires. La structure de ce poste continue à se déformer progressivement : la part des dépenses de taxis dans la dépense remboursée (35,9 % en 2017) ne cesse de progresser au détriment de la part des dépenses de véhicules sanitaires légers (19,7 % en 2017), la part des transports en ambulance restant stable.

Le reste à charge des ménages en proportion de la CSBM diminue de nouveau et s'établit à 7,5 % en 2017

La Sécurité sociale demeure l'acteur majeur du financement de la CSBM, dont elle prend en charge 77,8 % de la dépense en 2017 (contre 77,5 % en 2016), soit 155,1 milliards d'euros (tableau 1) [voir fiche 25]. La part de la Sécurité sociale dans son financement est en hausse continue, de 0,3 point en moyenne par an, depuis un point bas en 2011 à 76,2 %. En 2017, elle atteint son plus haut point depuis plus de quinze ans.

Tableau 1 Structure du financement de la CSBM

	En %									
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Ensemble de la CSBM										
Sécurité sociale	76,2	76,3	76,3	76,2	76,3	76,6	77,1	77,3	77,5	77,8
État, CMU-C org. de base	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5	1,5
Organismes complémentaires	13,2	13,3	13,4	13,7	13,7	13,7	13,4	13,4	13,4	13,2
Ménages	9,4	9,2	9,0	8,9	8,7	8,3	8,1	7,9	7,6	7,5

Source > DREES, comptes de la santé.

Les prises en charge de l'État au titre des prestations versées aux invalides de guerre, des soins urgents¹⁵ ainsi que de l'aide médicale de l'État¹⁶ et des organismes de base au titre des soins des titulaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) représentent au total 1,5 % de la CSBM en 2017, soit un niveau comparable à celui de 2016.

La part des OC – mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances – dans la CSBM diminue de 0,2 point en 2017 pour atteindre 13,2 % (soit 26,3 milliards) [voir fiche 27]. Les prestations versées par les OC sont stables en 2017, alors que la CSBM progresse (1,3 %). Cette évolution est à rapprocher des effets de la réforme des « contrats responsables » de 2015, qui réduit ou plafonne la prise en charge des soins de médecins et d'optique par les OC. En outre, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, en 2016, renforce certaines évolutions tendanciennes, en particulier le fait que les sociétés d'assurances gagnent des parts de marché au détriment des mutuelles.

En conséquence, le reste à charge (RAC) des ménages en proportion de la CSBM continue de diminuer : il est passé de 9,4 % en 2008 à 7,5 % en 2017 (tableau 1)¹⁷. Il s'élève ainsi à 14,9 milliards d'euros, soit 223 euros par habitant (voir fiche 28). En 2008, le RAC des ménages dans la CSBM avait augmenté de 0,3 point en raison de l'instauration de franchises médicales et du déremboursement intégral des veinotoniques. Depuis 2008, il diminue du fait de facteurs structurels tels que la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée¹⁸. Dans le budget d'un ménage, l'effort consenti pour acquitter les dépenses de santé peut s'apprécier

¹². Les dépenses de transport sanitaires recouvrent différents types de modes de transports : services mobiles d'urgence et de réanimation (SMUR), ambulances, véhicules sanitaires légers (VSL), taxis, véhicules personnels ou autres moyens de transport (transports en commun notamment).

¹⁵. Destinés aux étrangers en situation irrégulière résidant en France, ces soins sont limités aux soins urgents dont l'absence mettrait en jeu le pronostic vital.

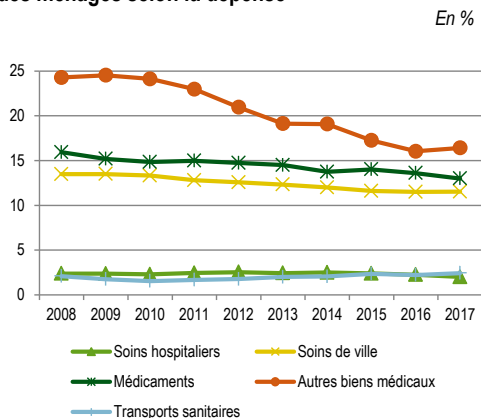
¹⁶. Destinée aux étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis plus de trois mois.

¹⁷. Plusieurs révisions méthodologiques ont été apportées dans l'édition 2018 des comptes de la santé afin d'en accroître l'exhaustivité du champ et la précision. L'ensemble des révisions opérées modifie les montants pris en charge par chacun des financeurs de la CSBM, et notamment l'estimation du reste à charge des ménages (voir annexe 3). Ces modifications techniques accentuent le profil de l'évolution du reste à charge sur les dix dernières années sans pour autant en modifier les tendances. À titre d'illustration, pour 2016, le reste à charge des ménages (7,6 % du total de la CSBM) est révisé à la baisse de 1,5 milliard d'euros par rapport à l'édition 2017 (8,3 % de la CSBM).

¹⁸. Grangier, J. (2018, septembre). Le vieillissement entraîne une hausse des dépenses de santé liées aux affections de longue durée. DREES, *Études et Résultats*, 1077.

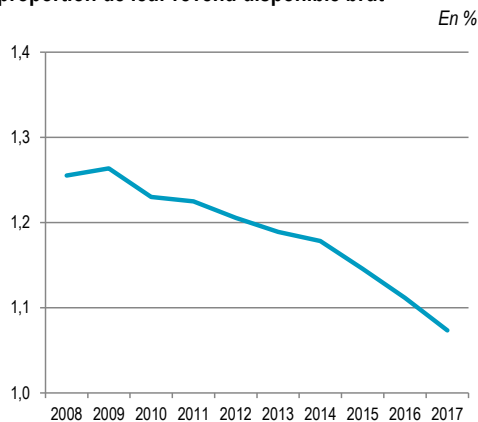
en rapprochant le RAC au revenu disponible brut : en 2017, le RAC représente 1,1 % du revenu disponible, en baisse tendancielle depuis 2008 (graphique 8).

Graphique 7 Niveau de reste à charge des ménages selon la dépense



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 8 Reste à charge des ménages en proportion de leur revenu disponible brut



Source > DREES, comptes de la santé.

Les niveaux de prise en charge par la Sécurité sociale varient fortement d'un poste de dépense à l'autre

Bien que globalement élevés, les niveaux de prise en charge de la dépense de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale recouvrent des disparités importantes d'un poste de dépense à l'autre (voir fiche 25).

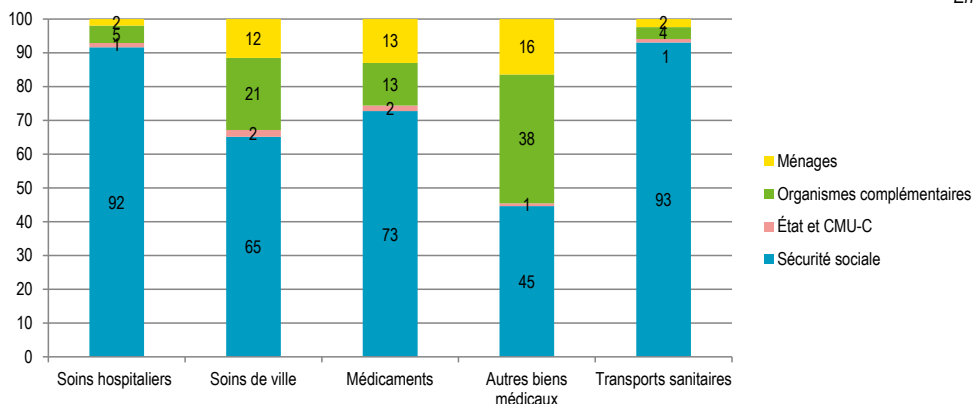
Ainsi, les **soins hospitaliers** se caractérisent par une part très largement majoritaire de la Sécurité sociale dans leur financement : 91,6 % en 2017 (graphique 9). À l'inverse, les OC prennent en charge une part réduite de ces dépenses (5,1 %). Le reste à charge des ménages s'établit à 2,0 % sur ce poste de dépenses en 2017 (graphique 7). Ces parts sont stables depuis 2008.

Près des deux tiers des **soins de ville** sont pris en charge par la Sécurité sociale (65,1 % en 2017). Cette part augmente depuis 2012, en raison de la croissance des exonérations liées à des ALD et à l'introduction de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : l'Assurance maladie assure l'intégralité du financement de ce supplément de rémunération des médecins. Cette croissance s'est infléchie depuis 2016. Les organismes complémentaires financent 21,3 % des soins de ville en 2017. Cette prise en charge a reculé ces dernières années. Le reste à charge en soins de ville diminue depuis 2008, en l'absence de mesure tarifaire notable affectant la participation des ménages : il s'établit à 11,5 % de la dépense en 2017.

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de **médicaments** s'élève à 72,7 % en 2017. Cette part augmente depuis 2008 du fait de la déformation de la structure de consommation des médicaments : la part des médicaments remboursés à 100 % (parmi lesquels figurent les plus coûteux) dans les ventes totales augmente au fil du temps. En particulier, l'introduction des traitements contre l'hépatite C a fait notablement augmenter le taux de prise en charge des médicaments par la Sécurité sociale en 2014. Les OC prennent en charge 13,0 % de la dépense de médicaments en 2017. Cette prise en charge baisse également depuis plusieurs années en raison des franchises médicales (2008), de vagues successives de déremboursements et du fait que la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie s'accroît dans le total de la consommation. De même, le reste à charge des ménages pour les médicaments diminue tendanciellement depuis 2008 : il atteint 13,0 % en 2017, contre 15,9 % neuf ans plus tôt. Il a toutefois légèrement augmenté en 2015, compte tenu de mesures de déremboursement de médicaments à service médical rendu jugé insuffisant à compter du 1^{er} mars et du dynamisme des autres médicaments non remboursables.

Graphique 9 Structure de financement des grands postes de la CSBM en 2017

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

S'agissant des **autres biens médicaux**, la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible, avec 44,6 % de la dépense en 2017, en hausse de 0,7 point sur un an. Ces dernières années, la croissance de cette part découle d'un effet de structure : l'optique dont le taux de prise en charge par la Sécurité sociale est extrêmement faible (4,4 % en 2017) croît moins vite que les autres types de biens médicaux, pris en charge en moyenne à un taux bien supérieur (72,1 % en 2017). Cet effet de structure l'emporte sur la baisse des niveaux de remboursement par la Sécurité sociale et conduit à une amélioration de la prise en charge des autres biens médicaux dans leur ensemble par l'Assurance maladie. Cependant, les autres biens médicaux sont le poste pour lequel les OC interviennent proportionnellement le plus, puisqu'ils financent 38,2 % de cette dépense en 2017. Cette part progresse en moyenne de 0,6 point par an depuis 2008 et ces organismes couvrent désormais en moyenne 73,1 % de la dépense d'optique. Toutefois, les prestations versées par les OC à ce titre ralentissent tendanciellement depuis 2008, compte tenu des changements réglementaires et des évolutions du marché évoquées précédemment. En conséquence de cette meilleure prise en charge des autres biens médicaux (y compris optique) tant par la Sécurité sociale que par les organismes complémentaires, le taux de reste à charge des ménages diminue nettement sur ce poste, de 24,3 % en 2008 à 16,4 % en 2017.

Enfin, c'est pour les **transports sanitaires** que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 93,1 % en 2017. La proportion importante du nombre de patients en affection de longue durée (ALD) ayant recours à ces services explique cette prépondérance de la Sécurité sociale. Le reste à charge des ménages sur ce poste est donc très faible (2,4 % en 2017), de même que la part des organismes complémentaires (3,5 %).

Encadré 2 14,9 milliards d'euros consacrés à la prévention en 2016

Les comptes de la santé retracent chaque année la prévention dite « institutionnelle », hors CSBM, dans la dépense courante de santé (DCS). La prévention institutionnelle est celle financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux. Estimée à 5,8 milliards d'euros en 2016, elle ne représente toutefois qu'une partie des dépenses de santé à visée préventive.

Au sein de la CSBM, certains actes ou traitements ont une visée préventive : suivi de l'hypertension artérielle et du diabète, suivi médical des enfants, surveillance gynécologique, vaccins, etc. Une estimation basse de ces dépenses préventives sanitaires « non institutionnelles » s'élève à 9,1 milliards d'euros en 2016 (voir l'éclairage « Comptes partiels de la prévention 2012-2016 » dans cet ouvrage). Sur ces dépenses, l'Assurance maladie en prendrait en charge 6,6 milliards d'euros en 2016, soit un taux de remboursement moyen de 73 %.

Parmi les dépenses de prévention de la CSBM qui ont pu être estimées, la consommation de médicaments à titre préventif occupe la première place (42 %), suivie des consultations, visites et actes à visée préventive réalisés par les médecins (27 %). Sur ces 9,1 milliards d'euros, 2,9 milliards concernent des actions destinées à éviter la survenue d'une maladie ou d'un état indésirable, 2,2 milliards sont consacrés aux actions de dépistage et 4,1 milliards sont dépensés pour la prise en charge de facteur de risques ou de formes précoces de maladies.

À périmètre constant, les dépenses totales de prévention (14,9 milliards d'euros en 2016), qu'elles soient institutionnelles ou non, auraient diminué en moyenne de 1,0 % par an entre 2012 et 2016. Cette baisse se concentre sur les seules dépenses de prévention non institutionnelle (1,9 % par an en moyenne). Elle s'explique principalement par des baisses de prix en matière de biologie et de médicament, les volumes restant globalement stables.

En 2016, la croissance de la dépense courante de santé est supérieure au PIB en valeur

La dépense courante de santé (DCS) s'établit à 271,1 milliards d'euros en 2017, soit 11,8 % du PIB (*encadré 3*) [voir fiche 31]. Depuis 2009, cette part oscille entre 11,7 % et 12,0 %. L'évolution de la DCS est fortement liée à celle de la consommation de soins et de biens médicaux, qui en représente les trois quarts. De fait, la CSBM 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 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.

Encadré 3 La dépense courante de santé

La dépense courante de santé (DCS) au sens français est la somme de toutes les dépenses « courantes » engagées par les financeurs publics et privés pour la fonction santé. La dépense de santé est dite « courante » parce qu'elle exclut les dépenses d'investissement en capital (formation brute de capital fixe [FBCF]) des établissements de santé et des professionnels libéraux. Outre la CSBM (*encadré 1*), la DCS comprend (*tableau 2*) :

- les soins de longue durée* (8,2 %) : les **soins aux personnes âgées** (voir fiche 32) regroupent les soins délivrés au sein des unités de soins de longue durée, dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ou non (Ehpa[d]) et ceux délivrés par les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad). Les **soins de longue durée aux personnes handicapées** (voir fiche 33) correspondent aux soins délivrés dans les établissements et services médico-sociaux (ESMS) ;
- les indemnités journalières (maladie, maternité et accidents du travail) en cas d'arrêt de 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 (2,2 %) [voir fiche 35], composée de la prévention individuelle primaire, qui vise à éviter l'apparition ou l'extension des maladies (vaccins etc.), la prévention individuelle secondaire, qui tend à repérer les maladies avant leur développement (dépistages etc.), la prévention collective à visée comportementale (lutte contre les addictions, éducation à la santé, etc.) et environnementale (lutte contre la pollution, sécurité sanitaire de l'alimentation, prévention des risques professionnels, etc.). Par opposition à celle mesurée au sein de la CSBM [*encadré 2*], cette prévention est dite « institutionnelle » car financée ou organisée par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux ;
- les dépenses en faveur du système de soins (4,6 %) : la recherche médicale et pharmaceutique et la formation des professionnels de la santé (voir fiche 36), ainsi que les subventions au système de soins, nettes des remises conventionnelles ;
- les coûts de gestion du système (5,8 %) [voir fiche 37].

* Le périmètre des soins de longue durée retenu ici au niveau français est purement sanitaire, au contraire de la définition retenue au niveau international (voir fiche 47) où certaines dépenses connexes, notamment sociales ou d'hébergement, peuvent également être intégrées.

Tableau 2 Dépense courante de santé (au sens français)

Montants en milliards d'euros

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Structure 2017 (%)
1- CSBM	164,9	169,9	173,5	178,0	181,8	185,2	190,2	192,9	196,5	199,3	73,5
2- Soins de longue durée	15,2	16,6	17,2	17,8	18,5	19,2	19,7	20,1	20,3	22,3	8,2
Ssiad	1,2	1,3	1,3	1,4	1,5	1,5	1,6	1,6	1,6	1,6	0,6
Soins aux pers. âgées en étab.	6,2	7,2	7,6	7,9	8,3	8,6	8,8	9,0	9,1	9,3	3,4
Soins aux pers. handicapées en étab.	7,7	8,0	8,3	8,5	8,8	9,0	9,3	9,5	9,6	11,3	4,2
3- Indemnités journalières	11,6	12,1	12,6	12,8	12,8	12,8	13,4	13,6	14,0	14,5	5,3
4- 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	0,3
5- Prévention institutionnelle	5,7	6,4	5,7	5,7	5,7	5,8	5,8	5,8	5,8	6,0	2,2
6- 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	4,6
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	0,6
Recherche médicale et pharmaceutique	8,2	8,0	8,0	8,1	8,1	8,2	8,3	8,3	8,4	8,7	3,2
Formation médicale	1,8	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,2	2,1	2,3	2,3	0,9
7- 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	5,8
Dépense courante de santé (1+...+7)	222,8	230,9	235,4	241,7	246,5	251,7	257,8	260,9	265,2	271,1	100,0

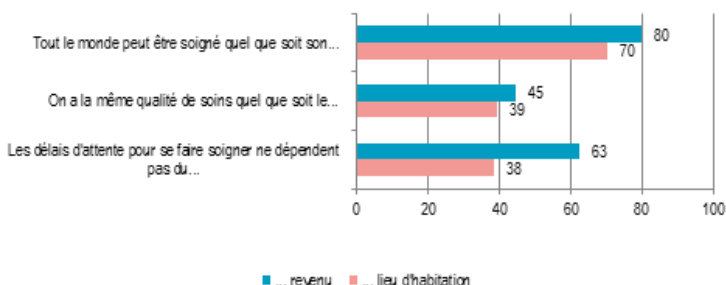
Source > DREES, comptes de la santé.

Pour les Français, l'accès aux soins est la principale inégalité à corriger

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES¹⁹, les Français sont très sensibles aux inégalités d'accès aux soins : c'est l'inégalité la plus souvent citée comme étant la moins acceptable et cette sensibilité s'est accrue depuis deux à trois ans. Même si huit Français sur dix pensent que le système actuel permet à tout le monde d'être soigné quel que soit son revenu, certaines inégalités d'accès aux soins sont pointées (graphique 10). Plus de la moitié des Français pensent ainsi que la qualité des soins dépend du niveau de revenu et six sur dix estiment que les délais d'attente dépendent du lieu d'habitation. Les Français sont également critiques concernant l'accessibilité géographique des soins. Plus d'un tiers pensent qu'il n'y a pas assez de médecins généralistes à proximité de chez eux. Ce constat se vérifie particulièrement dans les territoires ruraux.

Graphique 10 Les inégalités d'accès aux soins selon le lieu d'habitation sont davantage soulignées que celles selon le revenu

En %



Note > Réponses à la question « Êtes-vous d'accord ou pas avec les opinions suivantes ? En France... ». Les modalités de réponse proposées sont : « Plutôt d'accord » et « Plutôt pas d'accord ». Pour chaque question, les personnes qui ne se prononcent pas (exclues du champ du graphique) représentent moins de 1 % des répondants en 2017, proportions restées stables dans le temps.

Lecture > En 2017, 80 % des personnes interrogées sont d'accord avec le fait que tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu.

Champ > Personnes habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus.

Source > DREES, Baromètre d'opinion, 2017.

19. Pour plus de détails, voir l'éclairage « L'opinion des Français sur l'accès aux soins et l'Assurance maladie » dans cet ouvrage.

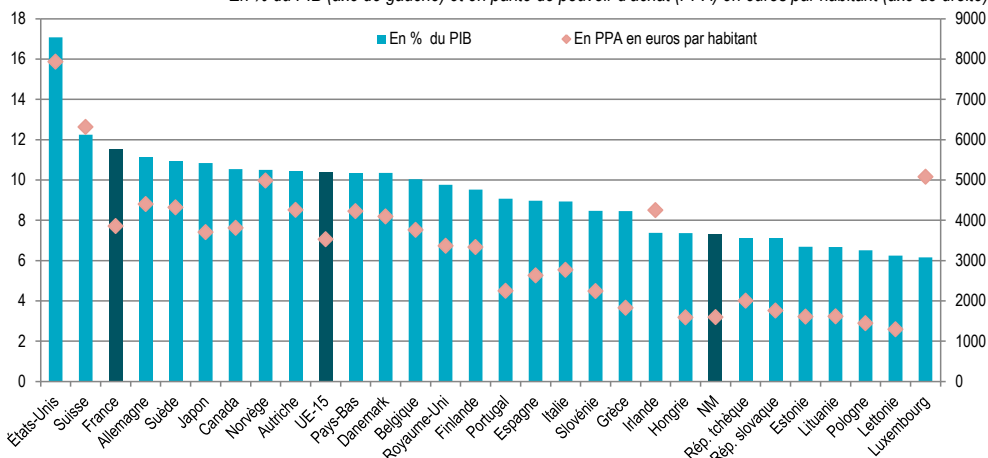
En France, la dépense de santé en part de PIB est parmi les plus élevées de l'Union européenne

Avec une dépense courante de santé au sens international (DCSi [voir glossaire et encadré 4]) représentant 17 % de son PIB en 2016 (graphique 11) et en particulier des dépenses plus élevées dans les secteurs des soins ambulatoires et des produits pharmaceutiques, les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE). Près de cinq points derrière les États-Unis, la Suisse et la France dépassent environ 12 % de leur PIB pour la santé, devant l'Allemagne et la Suède (11 %), qui se situent à un niveau supérieur de 1 point à la moyenne de l'UE-15 (10 %) [voir fiche 43]. Il existe une division géographique marquée en Europe au regard des dépenses de santé : à l'exception du Luxembourg et de l'Irlande, tous les pays de l'UE-15 consacrent plus de 8 % de leurs ressources à la santé, alors que les pays membres de l'UE ayant adhéré à partir de 2004 (NM [voir glossaire]) y consacrent en moyenne 7 % de leurs ressources. Au sein de l'UE-15, les dépenses de santé sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (8 % à 9 % du PIB).

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque l'indicateur de comparaison retenu est la dépense courante de santé par habitant, exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA). Pour cet indicateur, la France se situe juste au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Danemark. Les écarts relatifs de pouvoir d'achat entre les pays font que la dépense en PPA ressort à des niveaux plus élevés aux États-Unis et chez quelques-uns de nos voisins européens (Suisse, Luxembourg, Norvège, mais aussi dans une moindre mesure dans d'autres pays tels que l'Allemagne, la Suède ou les Pays-Bas notamment). En PPA, les dépenses de santé par habitant sont deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en France.

Graphique 11 Dépense courante de santé au sens international en 2016

En % du PIB (axe de gauche) et en parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant (axe de droite)



Note > À partir de l'édition 2018, les dépenses d'hébergement des personnes dépendantes en établissements de soins de longue durée sont incluses dans la DCSi française (voir annexe 5).

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

Encadré 4 Le système international des comptes de la santé

Pour permettre une comparaison internationale des dépenses de santé, le *System of Health Accounts* (SHA) a été développé. Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et Eurostat.

L'agrégat le plus pertinent pour les comparaisons internationales est la **dépense courante de santé au sens international (DCSi)**, qui correspond à la dépense de consommation finale de biens et de services de santé. Cet agrégat comprend les dépenses hospitalières, celles de soins de ville, de transports et de biens médicaux, ainsi que les dépenses de soins de longue durée (dans une acception plus large que celle retenue en France pour les comptes de la santé), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins nettes des remises conventionnelles versées par l'industrie pharmaceutique et des dispositifs médicaux, et une partie de la prévention institutionnelle et des coûts de gestion du système de soins. Pour l'imbrication avec les concepts de CSBM et de DCS au sens français, voir l'annexe 1.

Les données de la DCSi sont révisées régulièrement par les pays membres de l'OCDE, ce qui peut expliquer des écarts avec les chiffres publiés lors de la précédente édition de cet ouvrage. En particulier, le périmètre français a été révisé pour l'édition 2018 afin d'inclure en sus les frais d'hébergement en établissements de soins de longue durée (voir annexe 5).

Les pays de l'OCDE comparés dans cet ouvrage comprennent les 15 pays ayant adhéré à l'Union européenne avant 2004 (UE-15), les autres pays de l'Union européenne pour lesquels les données de l'OCDE sont disponibles, désignés par NM (Estonie, Lettonie, Lituanie, République tchèque, République slovaque, Slovénie, Hongrie, Pologne), la Suisse, la Norvège, le Canada, les États-Unis et le Japon.

Les dépenses de santé repartent à la hausse en Europe, mais de manière modérée depuis 2013

Les dépenses de santé ralentissent à compter de 2010, en part de PIB comme à prix constants, dans un contexte de modération de la hausse des financements publics (État et Sécurité sociale) qui constituent la principale ressource des systèmes de santé. Les pays du sud de l'Europe et l'Irlande connaissent même une diminution des dépenses de santé en termes réels entre 2009 et 2013.

Depuis 2014, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques, leur rythme étant toutefois plus modéré que lors de la période précédant la crise. Dans l'UE-15, elles augmentent de 2 % par an en moyenne entre 2013 et 2016, contre 1 % entre 2009 et 2013. Ce rebond des dépenses de santé en moyenne au niveau de l'UE-15 est dû à la fois à une croissance plus dynamique des dépenses dans certains pays (Allemagne, Royaume-Uni, Suède) et à un retour à une croissance réelle positive dans les pays du sud de l'Europe, notamment en Espagne et en Italie. De même, parmi les NM, la croissance réelle des dépenses de santé est deux points plus rapide entre 2013 et 2016 qu'entre 2009 et 2013, mais reste nettement inférieure à celle des années 2003 à 2007 (-2 points). En revanche, aux États-Unis, la croissance moyenne des dépenses de santé de 2013 à 2016 retrouve sa tendance d'avant la crise, proche de 4 % annuels.

Le financement des systèmes de santé diffère entre les pays de l'OCDE

Dans la totalité des pays de l'OCDE considérés ici, les **régimes publics** et l'**assurance maladie obligatoire** financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé (voir fiche 38).

Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au Royaume-Uni, en Irlande et au Canada, l'État assure **un service national de santé** financé par l'impôt. Les administrations centrales, régionales ou locales financent plus de la moitié des dépenses courantes de santé, et cette part dépasse 80 % au Danemark et en Suède (*graphique 12*). Les résidents sont couverts automatiquement, mais le parcours de soins est très encadré.

Dans les systèmes à dominante assurantielle, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, en France, en Allemagne, en République slovaque ou au Japon, plus de 75 % de l'ensemble des dépenses de santé sont couvertes par **les régimes d'assurance maladie obligatoire**.

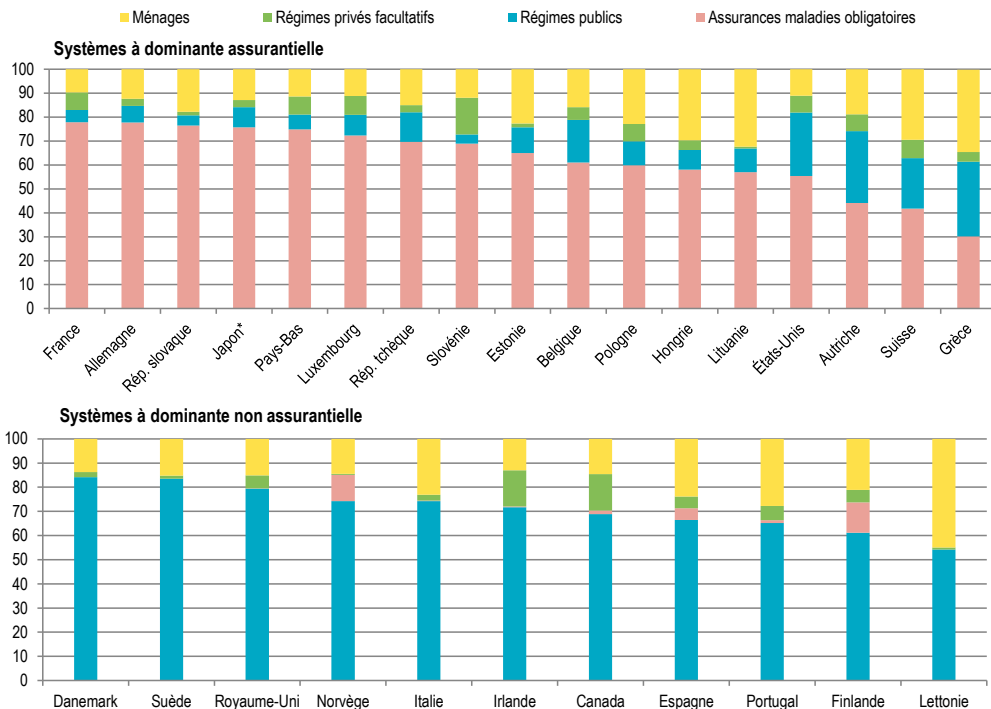
Les assurances maladie sont généralement publiques. Dans ce cas, les prestations maladie sont gérées par des caisses de sécurité sociale et les cotisations sociales sont le plus souvent assises sur les revenus d'activité. Même si les assurances maladie publiques sont en grande partie financées par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes des dispositifs peut également provenir des transferts publics. Ainsi, au Japon, 45 % des recettes de l'assurance maladie obligatoire proviennent des transferts publics, 35 % en Belgique et 37 % au Luxembourg. Par ailleurs dans certains pays, comme en Suisse et aux Pays-Bas, la gestion du système d'assurance maladie obligatoire est confiée aux assureurs privés, mis en concurrence.

Les dépenses d'administration du système de soins²⁰, tous acteurs publics et privés confondus, sont très disparates entre pays de l'OCDE. Les plus importantes sont généralement observées dans les pays à dominante assurantielle, au premier rang desquels les États-Unis (8,3 % de la DCSI) et la France (5,7 %).

20. Frais d'administration des politiques gouvernementales, supervision des fournisseurs de soins, recouvrement des financements et frais de gestion du système de soins etc.

Graphique 12 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2016

En % de la dépense courante de santé internationale



* Données 2015.

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 maladie 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).

En France, la part des dépenses courantes de santé à la charge des ménages est la plus faible des pays de l'OCDE

En 2016, 16 % des dépenses courantes de santé au sens international restent en moyenne à la charge des ménages au sein de l'UE-15. Les restes à charge les plus élevés sont atteints dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (22 % en moyenne) et en Suisse (30 %). La France est, parmi les pays comparés ici, celui où le reste à charge des ménages est le plus limité en part de la DCSI (10 %). Dans la plupart des pays scandinaves, en Allemagne et au Japon, où les régimes publics ou obligatoires couvrent une part plus importante des dépenses (environ 85 %) et les assurances privées une part quasi nulle, le reste à charge est un peu supérieur à ce niveau. Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) a conduit à une profonde réforme du système, dont la structure de financement est désormais proche de celle constatée en France. Toutefois, la dépense de soins y est particulièrement élevée du fait d'honoraires de médecins et de prix des produits de santé bien supérieurs à ceux pratiqués dans les autres pays. Dès lors, le reste à charge par habitant exprimé en parité de pouvoir d'achat (PPA, [voir glossaire]) est nettement supérieur aux États-Unis (880 euros PPA, [graphique 13]) à celui des autres pays comparés ici, à l'exception de la Suisse (1 870 euros PPA). Il est également supérieur en Norvège (720 euros PPA) à celui constaté dans les pays de l'UE (en moyenne 550 euros PPA dans l'UE-15 et 360 euros PPA dans les NM). Au sein de l'UE-15, avec 380 euros PPA de dépenses annuelles à la charge des ménages, c'est en France qu'il est le plus faible.

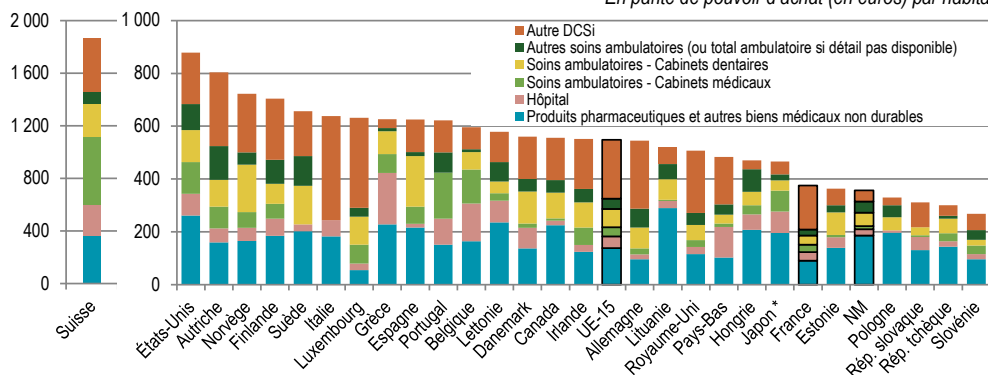
Dans les pays de l'UE-15, les soins ambulatoires représentent le principal poste de dépenses qui reste à la charge directe des ménages après intervention de l'État et des assurances publiques et privées. Ces soins représentent près d'un tiers du total (dont 6 % du total en cabinets médicaux et 12 % en cabinets dentaires). Ensuite, un quart du reste à charge des ménages est constitué de dépenses de produits pharmaceutiques et d'autres biens médicaux (voir fiche 45). L'importance du poste médicament tient au fait que les participations financières exigées des assurés sont généralement

Vue d'ensemble > Les dépenses de santé en 2017

plus élevées sur ce poste, à l'absence de prise en charge de certaines spécialités et au non-remboursement de l'automédication. Viennent enfin les dépenses hospitalières, qui représentent 8 % du reste à charge. La France se singularise par le fait que les dépenses pharmaceutiques représentent en 2016 le principal poste de dépenses restant à la charge des patients (24 %), devant les soins ambulatoires (23 %).

Graphique 13 Reste à charge des ménages par catégorie de dépenses en 2016

En parité de pouvoir d'achat (en euros) par habitant



* Données 2015 pour la répartition des dépenses privées.

Champ > Les pays européens disponibles de l'UE-15 et des NM (voir glossaire), le Japon, les États-Unis et le Canada.

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

Les densités de médecins et d'infirmiers dépendent de leurs rôles respectifs dans l'offre de soins

En 2016, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants, atteint en moyenne 360 dans les pays de l'UE-15, hors Grèce et Portugal. Avec une densité de 310 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe en dessous de cette moyenne. Les écarts de densités de médecins entre pays doivent cependant être relativisés, car les rôles des médecins varient selon les systèmes de santé. Ainsi, les pays du sud de l'Europe (Espagne et Italie, mais également Portugal et Grèce) présentent des densités de médecins comparables aux pays nordiques, mais la présence des infirmiers y est moins développée (voir fiche 42). Aux États-Unis et au Canada, la densité de médecins est sensiblement plus faible que la moyenne de l'UE-15. Toutefois, les infirmiers y exercent un rôle plus important qu'en France et se substituent en partie aux médecins pour certaines tâches (prescription de médicaments notamment).

Avec 1 020 infirmiers pour 100 000 habitants, la densité d'infirmiers est supérieure en France à la moyenne de l'UE-15 (900) et proche de celle du Canada et des Pays-Bas. Les densités d'infirmiers sont sensiblement plus faibles dans les pays qui ont adhéré à l'UE depuis 2004, ainsi qu'en Italie, en Espagne et en Grèce (600 ou moins). À l'inverse, la Norvège, la Suisse et le Danemark comptent plus de 1 600 infirmiers pour 100 000 habitants.

De plus en plus de médecins spécialistes dans l'UE-15

Le rapport entre les effectifs de médecins spécialistes et généralistes est passé de 2,1 en moyenne en 2006 à 2,4 en 2016 dans les pays de l'UE-15. Cette évolution s'inscrit dans une tendance de long terme, les progrès des technologies médicales conduisant à une spécialisation toujours plus grande de la médecine. En 2016, dans tous les pays, sauf l'Irlande et le Portugal, les généralistes sont moins nombreux que les spécialistes, le plus souvent dans des proportions marquées. En France, aux Pays-Bas et au Canada toutefois, les généralistes sont presque aussi nombreux que les spécialistes. En effet, au cours des dernières années, la France, le Canada ainsi que le Royaume-Uni ont mis en place des politiques visant à augmenter plus rapidement le nombre de généralistes que de spécialistes afin de renforcer les soins primaires. Aux Pays-Bas, les médecins de ville sont exclusivement des généralistes.

Dans les pays d'Europe de l'Est ayant adhéré à l'UE à partir de 2004 (NM), la part de médecins spécialistes est au contraire en baisse, mais à partir de niveaux très élevés, et qui restent bien supérieurs en 2016 à la moyenne de l'UE-15. Cette évolution traduit l'adaptation depuis les années 1990 des systèmes de santé hérités du modèle de l'Union soviétique, caractérisés par la prédominance de l'hôpital et la quasi-absence de soins primaires. Aux États-Unis, la faible part apparente des médecins généralistes doit être nuancée, car l'activité de certains médecins classés comme spécialistes est en réalité très proche de celle des médecins généralistes européens.

Des pratiques infirmières très variables dans l'OCDE mais partout en évolution

Au Japon, au Danemark, en Finlande, aux États-Unis, au Luxembourg et en Suisse, on dénombre plus de quatre infirmiers par médecin. Le rôle des infirmiers au sein des systèmes de santé, et en particulier leur implication dans les soins de premier recours, varie sensiblement selon les pays. En Finlande et en Suède, les soins primaires sont organisés autour de centres de santé réunissant des équipes pluridisciplinaires où les infirmiers jouent notamment un

rôle d'accueil et d'orientation et assurent des soins préventifs. De même, les infirmiers sont présents avec les médecins au sein des cabinets de groupe au Royaume-Uni. En Italie, en Espagne et en Allemagne, les infirmiers exercent principalement à l'hôpital et n'exercent quasiment aucun rôle dans les soins de ville, à l'exception de la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes dans ce dernier pays. En revanche, en ville, les cabinets de médecins allemands incluent en général un « assistant médical », métier qui n'a pas d'équivalent en France, mêlant des tâches d'infirmier et de secrétaire médical. Le ratio du nombre d'infirmiers sur le nombre de médecins y est ainsi particulièrement faible et la densité de médecins relativement élevée (voir fiche 41).

Dans un contexte de vieillissement de la population et d'augmentation des maladies chroniques, les régulateurs sont amenés à repenser les coordinations et les frontières entre professionnels de santé. Au Royaume-Uni, les infirmiers disposent désormais de compétences dans des domaines tels que la promotion de la santé, le suivi des maladies chroniques et assurent des consultations de premier recours. Ils sont autorisés à prescrire des médicaments d'une liste prédéfinie, soit de façon indépendante (comme en Irlande et aux États-Unis) ou complémentaire des médecins (également aux États-Unis), voire d'administrer des médicaments selon des protocoles prédéfinis. En France, le contour de la profession d'infirmier en « pratique avancée » (IPA) a été précisé en 2018. Ils exerceront au sein d'une équipe de soins coordonnée par un médecin, notamment pour le suivi des maladies chroniques.