RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Drees

PANORAMAS DE LA DREES
SANTÉ

Les dépenses de santé en 2020

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2021

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

PANORAMAS

STATISTIQUE PUBLIQUE
La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee

Les dépenses de santé en 2020

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2021

Les dépenses de santé en 2020 – édition 2021

Résultats des comptes de la santé

Sous la direction de Lucie Gonzalez, Geoffrey Lefebvre, Myriam Mikou
et Mickaël Portela

Comptes
Khadija Jabri, Salimeh Monirijavid, Thomas Renaud
avec Raphaële Adjerad, Caroline Lebrun

Rédaction
Raphaële Adjerad, Alex Amiotte-Suchet, Bénédicte Boisguerin, Khadija Jabri, Julie Latourelle, Edouard Maugendre, Myriam Mikou, Salimeh Monirijavid, Mickaël Portela, Thomas Renaud

Directeur de la publication
Fabrice Lenglart

Présidente de la commission des comptes de la santé
Dominique Polton

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

Secrétaire de rédaction
Elisabeth Castaing

Coordination et maquettage
Khadija Jabri, Julie Latourelle, Salimeh Monirijavid, Thomas Renaud

Organisation de la commission
Isabelle Philippon

Remerciements

La DREES tient à remercier les personnels des organismes privés et publics qui fournissent chaque année les données nécessaires à l'élaboration des comptes de la santé, en particulier la Direction de la Sécurité sociale (DSS), la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), la Direction générale des finances publiques (DGFiP), la Direction générale de l'offre de soins (DGOS), les entreprises du médicament (LEEM), la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF), la confédération du Planning familial, le Régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle (RLAM), la Mutualité sociale agricole (MSA), la Direction générale des collectivités locales (DGCL), la Fédération nationale des observatoires régionaux de santé (FNORS), le ministère de l'Éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche, le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information à la santé (FNPEIS) et le Fonds Complémentaire santé solidaire (CSS).

Avant-propos

Les comptes de la santé retracent les dépenses et analysent de façon détaillée la consommation finale effective de soins de santé en France et les financements correspondants, qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages. Ce panorama présente et analyse ces comptes et replace les principaux éléments dans une perspective internationale.

Chaque année, ses principaux enseignements sont présentés en septembre lors de la Commission des comptes de la santé, au ministre des Solidarités et de la Santé, à des représentants des professionnels de la santé, à des personnalités et acteurs du secteur de la santé et à un collège de personnalités qualifiées, composé de chercheurs et de spécialistes du domaine. Les travaux de cette commission s'inscrivent dans le cycle préparatoire sur le projet de loi de financement de la Sécurité sociale discuté par le Parlement à l'automne.

Élaborés par la DREES, les comptes de la santé constituent l'un des satellites des comptes nationaux de l'Insee, dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l'élaboration des comptes de la santé présentés dans les instances internationales (système SHA de l'OCDE, d'Eurostat et de l'OMS) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

Cet ouvrage est composé d'une vue d'ensemble synthétisant les éléments marquants de 2020, d'une fiche retraçant les mesures mises en œuvre en 2020 dans le cadre de la crise sanitaire liée à la Covid-19, et de trois chapitres de fiches. Le premier chapitre traite de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qu'il examine en détail pour certains volets de dépense et de son financement. Le deuxième chapitre est centré sur des indicateurs complémentaires des dépenses de santé : la dépense courante de santé au sens international (DCSi) et les indemnités journalières. Enfin, le dernier chapitre est consacré aux comparaisons internationales des dépenses de santé.

En raison des effets de la crise sanitaire sur le processus de production des comptes de la santé, le contenu du panorama a été adapté par rapport aux précédentes éditions. La priorité a été donnée à la production des données avec les mêmes exigences de qualité ainsi qu'à l'illustration des effets de la crise sanitaire sur les principaux indicateurs des comptes de la santé.

Sommaire

Les dépenses de santé en 2020 – édition 2021

Vue d'ensemble 8

La CSBM et son financement 23

La consommation de soins et de biens médicaux

Fiche 01 • **La consommation de soins et de biens médicaux** 26
Fiche 02 • Les nouvelles mesures mises en œuvre dans **le cadre de la crise sanitaire de 2020** 33

Les soins ambulatoires

Fiche 03 • **Les soins de médecins généralistes et spécialistes** 38
Fiche 04 • **Les soins de sages-femmes** 44
Fiche 05 • **Les soins infirmiers** 48
Fiche 06 • **Les soins des auxiliaires médicaux hors infirmiers** 52
Fiche 07 • **Les soins de dentistes** 57
Fiche 08 • **Les transports sanitaires** 62
Fiche 09 • Les laboratoires d'analyses 65
Fiche 10 • **Les cures thermales** 68

Les biens médicaux

Fiche 11 • **Les médicaments en ambulatoire** 72
Fiche 12 • **La structure des ventes de médicaments** d'officine 76
Fiche 13 • L'optique médicale 80
Fiche 14 • **Les biens médicaux hors optique médicale** 84

Les soins hospitaliers

Fiche 15 • **Les soins hospitaliers** 90
Fiche 16 • **Le secteur hospitalier** 96

Le financement de la CSBM

Fiche 17 • **Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux** 104
Fiche 18 • **Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale** 107
Fiche 19 • **Le financement par les organismes complémentaires** 110
Fiche 20 • **Le reste à charge des ménages** 116

La dépense courante de santé au sens international 121

La dépense courante de santé au sens international
Fiche 21 • **La dépense courante de santé au sens international et son financement** 124
Fiche 22 • **Les indemnités journalières** 134

Comparaisons internationales 137

Comparaisons internationales des fonctions de la dépense de santé
Fiche 23 • **Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge des ménages** 140
Fiche 24 • **Systèmes de santé et financement, perspectives internationales** 148
Fiche 25 • **Comparaisons internationales des médecins et infirmiers** 153
Fiche 26 • **Comparaisons internationales de** performances et d'accès **aux systèmes de soins** 157
Fiche 27 • **Comparaisons internationales des dépenses hospitalières** 165
Fiche 28 • **Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques** 173
Fiche 29 • **Comparaisons internationales des soins de longue durée** 177

Annexes 183

Annexe 1 • **Les agrégats des comptes de la santé** 184
Annexe 2 • **La méthodologie des comptes de la santé** 189
Annexe 3 • Les révisions de l'édition 2020 des **comptes de la santé** 193
Annexe 4 • Le partage volume/prix dans les comptes de **la santé** 199
Annexe 5 • Liste des sigles utilisés 204
Annexe 6 • Glossaire 207

Tableaux détaillés 217

Les dépenses de santé depuis 2010 218

1

Vue d'ensemble <

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé au sens international

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

Vue d'ensemble

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) s'élève à 209,2 milliards d'euros en 2020. Elle progresse de 0,4 %, le rythme de croissance le plus faible **jamais observé depuis 1950, du fait des effets de la crise sanitaire. Seuls quatre secteurs contribuent à la hausse des dépenses : les soins hospitaliers publics,** les dépenses des laboratoires d'analyses**, les soins infirmiers et les soins de sages-femmes. La participation des ménages au financement de la CSBM diminue fortement** pour atteindre 6,5 % en 2020, après 7,2 % en 2019. Cette baisse s'explique d'abord par des effets **de recomposition des dépenses : les secteurs où le reste à charge est le plus élevé (dentistes, optique médicale et masseurs-kinésithérapeutes) ont davantage subi la crise que les secteurs où il est plus faible. Elle est due également aux effets de la réforme du « 100 % santé «, mise** en œuvre par étapes successives **depuis 2019 et de la hausse des dotations d**e l'Assurance maladie en faveur **des établissements de santé publics pour faire face aux vagues épidémiques.**

La plus faible croissance de la consommation de soins et de biens médicaux jamais observée

En 2020, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) augmente de 0,4 % en valeur, après +2,0 % en 2019 et +1,5 % en 2018 (*graphique 1*). Il s'agit de la plus faible progression de ces dépenses jamais observée depuis 1950, première année disponible des comptes de la santé.

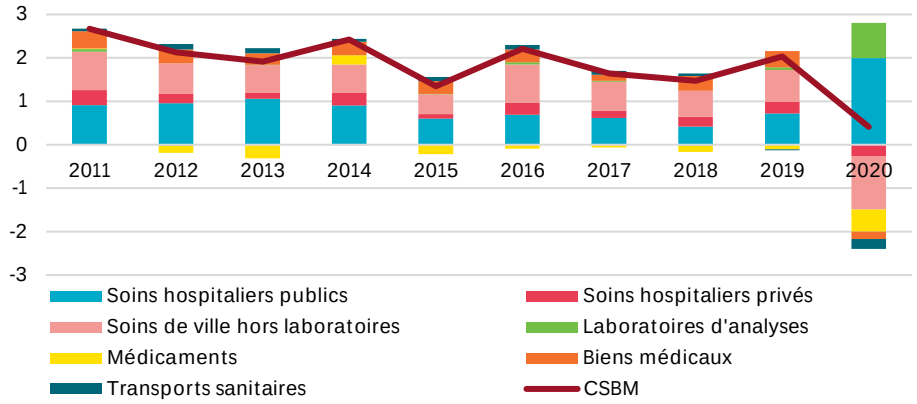
La croissance de la CSBM est intégralement portée par une hausse des prix en 2020 (+4,6 %). Les volumes de soins sont quant à eux en forte baisse (-4,0 %), de nombreux secteurs ayant subi une importante chute de leur activité lors du premier confinement entre le 17 mars et le 11 mai 2020 *(graphique 2)*.

La CSBM atteint 209,2 milliards d'euros en 2020, soit une dépense moyenne de 3 109 euros par habitant (*tableau 1*). La part de la CSBM dans le produit intérieur brut (PIB) progresse fortement : elle passe de 8,5 % en 2019 à 9,1 % en 2020, mais cette hausse résulte directement de la chute du PIB, la plus importante jamais enregistrée depuis l'après-guerre (-5,5 % en valeur en 2020), liée aux impacts de la crise sanitaire.

Au niveau agrégé, la croissance de la CSBM en 2020 est portée par quatre secteurs : les soins hospitaliers publics, qui contribuent à hauteur de +2,0 points à la croissance de la CSBM, les dépenses des laboratoires d'analyses (+0,8 point de contribution à la croissance), les soins infirmiers (+0,4 point) et les soins de sages-femmes. Tous les autres secteurs contribuent négativement à la croissance, en particulier les soins de ville hors laboratoires et soins infirmiers (-1,6 point) et les médicaments en ambulatoire (-0,5 point).

Graphique 1 Évolution de la CSBM en valeur (avec les contributions de ses principales composantes)

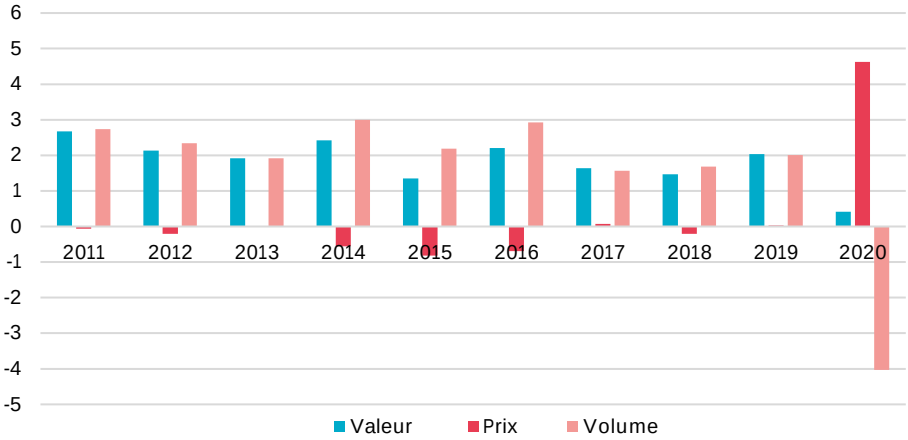
En %, contribution à la croissance en valeur en point de pourcentage



Lecture > En 2020, la CSBM progresse de 0,4 % en valeur. Le secteur hospitalier public contribue à hauteur de 2,0 points à la croissance de la CSBM. À l'inverse, les médicaments contribuent négativement à l'évolution de la CSBM à hauteur de -0,5 point en 2020.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution de la CSBM en valeur, en volume et en prix entre 2011 et 2020

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

Montants en millions d'euros, évolutions en %, contribution à l'évolution de la CSBM en point de %

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	Structure 2020 (part en %)	Évolution 2019-2020 (en %)	Contribution 2020 (en pp.)
Soins hospitaliers	82 317	92 048	93 602	94 909	96 921	100 536	48,1	3,7	1,7
Hôpitaux du secteur public	63 144	70 965	72 191	73 037	74 505	78 664	37,6	5,6	2,0
Hôpitaux du secteur privé	19 173	21 082	21 411	21 872	22 416	21 872	10,5	-2,4	-0,3
Soins ambulatoires	96 996	105 970	107 662	109 315	111 451	108 691	51,9	-2,5	-1,3
- Soins de ville *	47 644	53 949	55 309	56 463	58 093	57 212	27,3	-1,5	-0,4
Soins de médecins et de sages-femmes	19 366	21 232	21 707	22 181	22 673	21 589	10,3	-4,8	-0,5
Soins d'auxiliaires médicaux	13 019	16 718	17 293	17 866	18 551	18 360	8,8	-1,0	-0,1
Soins de dentistes	10 612	11 215	11 467	11 619	11 958	10 892	5,2	-8,9	-0,5
Laboratoires d'analyses	4 320	4 378	4 429	4 386	4 513	6 203	3,0	37,4	0,8
Cures thermales	326	405	413	410	398	169	0,1	-57,7	-0,1
- Médicaments	32 950	31 898	31 771	31 477	31 257	30 201	14,4	-3,4	-0,5
- Biens médicaux **	12 556	15 321	15 595	16 277	17 043	16 694	8,0	-2,0	-0,2
- Transports sanitaires	3 845	4 803	4 986	5 098	5 058	4 584	2,2	-9,4	-0,2
Consommation de soins et de biens médicaux	179 313	198 018	201 264	204 224	208 372	209 228	100,0	0,4	0,4
Part de la CSBM dans le PIB (en %)	8,7	8,9	8,8	8,6	8,5	9,1			
Évolution de la CSBM (en %) — Valeur	2,7	2,2	1,6	1,5	2,0	0,4			
Évolution de la CSBM (en %) — Prix	-0,1	-0,7	0,1	-0,2	0,0	4,6			
Évolution de la CSBM (en %) — Volume	2,7	2,9	1,6	1,7	2,0	-4,0			

* Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires habituellement inclus dans le périmètre des soins de ville des régimes d'assurance maladie.
** Optique, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques (VHP), aliments diététiques, matériels, pansements.
Lecture > En 2020, la CSBM progresse de 0,4 %. Compte tenu de leur poids dans la CSBM (48,1 %) et de leur croissance de 3,7 % en 2020, les soins hospitaliers contribuent à hauteur de 1,7 point à cette croissance de la CSBM.
Source > DREES, comptes de la santé.

Un recul prononcé des volumes de soins hospitaliers compte tenu des déprogrammations de soins lors de la première vague épidémique

En 2020, la consommation de soins hospitaliers, tous secteurs confondus, accélère, avec une croissance de 3,7 % après 2,1 % en 2019 (*graphique 3*). Elle s'élève à 100,5 milliards d'euros en 2020, soit 48 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Les soins hospitaliers publics progressent de 5,6 % en valeur pour s'élever à 78,7 milliards d'euros en 2020. Cette consommation est évaluée au travers des coûts de fonctionnement de l'hôpital public[1]. Son augmentation est essentiellement portée par celle des rémunérations qui bénéficient de primes exceptionnelles et de majorations des heures supplémentaires versées par l'Assurance maladie pour les personnels les plus exposés à l'épidémie, ainsi que des hausses de salaires mises en œuvre dans le cadre des accords du Ségur de la santé.

1 Le secteur hospitalier public, caractérisé par le caractère non-marchand de son activité, comprend l'ensemble des hôpitaux publics (civils et militaires) et les établissements privés à but non lucratif. Dans les comptes nationaux, la production des secteurs non marchands est estimée par la somme de leurs coûts de production, indépendamment de leur financement. La production des secteurs marchands, comme celle des cliniques privées par exemple, est, pour leur part, évaluée par les recettes qu'ils perçoivent en contrepartie des actes de soins qu'ils fournissent. Cette estimation de la production marchande exclut les subventions sur production, mais inclut les subventions sur produit (*annexe 2*).

Le reste de la hausse des dépenses est dû aux surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints par la Covid-19 (équipements pour la réanimation, tests diagnostiques, etc.).

Les soins hospitaliers privés, qui représentent 21,9 milliards d'euros, sont en baisse de 2,4 %.

La diminution de l'activité touche pratiquement tous les secteurs ; en particulier -5,7 % la MCO (médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie), -8,0 % pour les SSR (soins de suite et de réadaptation) et -8,6 % pour les honoraires perçus par les praticiens exerçant en cliniques.

Seuls l'hospitalisation à domicile (HAD) et les dépenses de médicaments en sus augmentent en 2020. La HAD reste en légère progression (+0,2 %), en lien avec le report d'une partie des actes d'hospitalisation vers le domicile. Les dépenses des médicaments de la liste en sus progressent fortement (+14,7 % en 2020), portées par le dynamisme des prescriptions de médicaments anti-cancéreux.

Si la consommation de soins hospitaliers publics progresse comptablement en valeur en raison de sa valorisation par les coûts, l'activité y recule en volume, tout comme dans le secteur privé, en raison des déprogrammations de soins non urgents lors de la première vague épidémique entre mars et mai 2020. La hausse liée aux séjours Covid-19 ne contrebalance pas la perte due aux déprogrammations, puisqu'ils n'ont représenté que 14 % des journées d'hospitalisations en MCO entre le 17 mars et le 11 mai 2020.

En fin d'année, l'activité hospitalière est de nouveau perturbée par l'arrivée de la deuxième vague épidémique, mais le recul est nettement moins marqué, les déprogrammations ayant été pilotées à un niveau plus territorialisé.

La baisse de l'activité hospitalière s'explique également par d'autres effets que la déprogrammation. En particulier, le recul plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans et pour les séjours liés à des motifs ORL, maladies infectieuses et maladies de l'appareil respiratoire est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. La baisse du nombre de séjours pour des pathologies graves et aiguës peut être liée à la fois à un moindre recours (par exemple, la peur d'être contaminé en se rendant à l'hôpital et/ou de participer à la saturation des services d'urgences) et à des difficultés d'accès aux soins (saturation des numéros d'urgence et/ou capacités réduites d'hospitalisation).

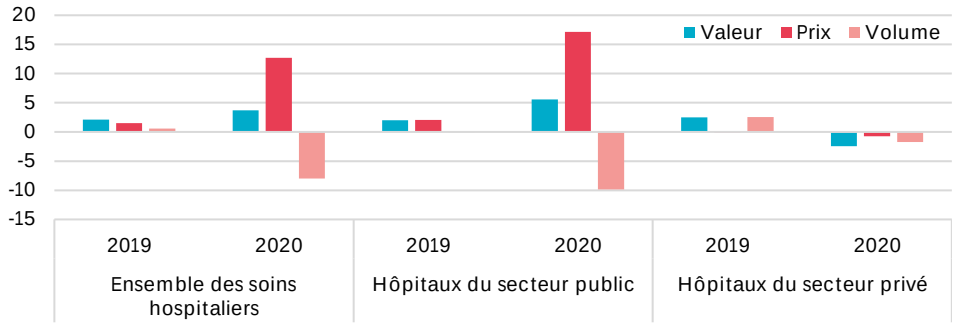
Ce recul de la consommation en volume (-8,0 %) alors que la valeur progresse se traduit par une forte accélération du prix de la consommation de l'ensemble des soins hospitaliers, qui augmentent de 12,7 % après +1,5 % en 2019.

En 2020, l'Assurance maladie a mis en place des aides pour soutenir les établissements de santé affectés par la crise sanitaire. Ces subventions versées sans être la contrepartie d'une production de soins de santé sont exclues de la consommation dans le cas des cliniques privées. En 2020, ces aides versées aux cliniques privés sont estimées à 1,0 milliard d'euros au titre de la garantie de financement[1], soit un montant supérieur à la baisse enregistrée sur la consommation de soins hospitaliers privés.

1 La garantie de financement versée aux établissements de santé assure un niveau de financement au moins égal à celui de l'année 2019. Pour le secteur privé, ces montants, soustraits de la CSBM, sont comptabilisés au sein des dépenses de gouvernance (*annexe 2*).

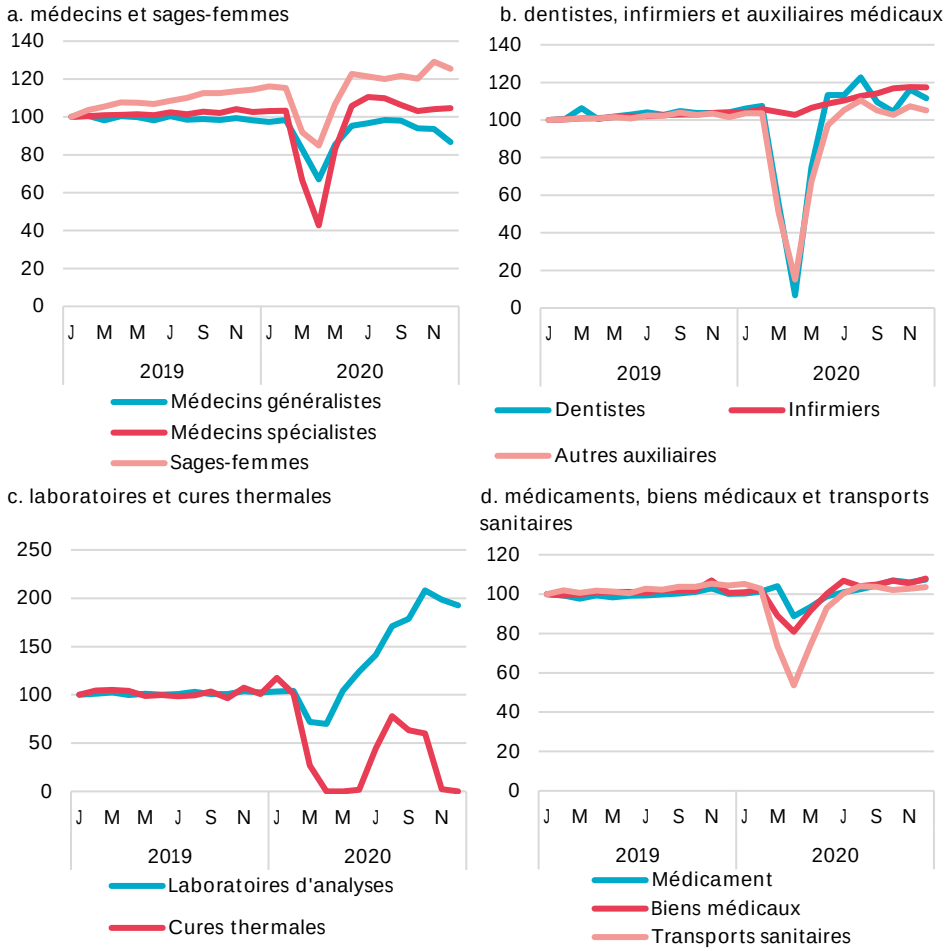
Graphique 3 Évolution de la consommation de soins hospitaliers

Évolution en %



Lecture > La consommation de soins hospitaliers progresse de 3,7 % en 2020 en valeur. Les prix des soins hospitaliers progressent de 12,7 % en 2020, alors que les volumes de soins hospitaliers diminuent de 8,0 %.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Évolution mensuelle de la dépense remboursable des principaux postes de la CSBM en 2019 et 2020



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés (CVS, CJO).
Champ > Assurés du régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

Portée par **l'intense campagne** de dépistage, la consommation **d'analyses et** de prélèvements en laboratoire bondit en 2020

La consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires bénéficie quant à elle des efforts déployés par le ministère en charge de la Santé en faveur du dépistage, dans le cadre de la stratégie du triptyque Tester-Alerter–Protéger de lutte contre la Covid-19. La consommation augmente ainsi de 37,4 % en valeur en 2020 pour s'établir à 6,2 milliards d'euros. Malgré une légère diminution des prix (-1,1 %), la mise en œuvre des tests PCR a contribué à la très forte progression du volume des analyses et des prélèvements (+39,0 % par rapport à 2019).
La consommation en laboratoires a dans un premier temps décliné en mars et en avril, avant d'amorcer une reprise à partir du mois de mai, lorsqu'a débuté la campagne de dépistage. L'activité progresse ensuite fortement de mois en mois jusqu'en octobre. Au dernier trimestre de l'année 2020, l'activité des laboratoires est ainsi deux fois supérieure à celle observée au mois de janvier 2020.

Les soins des médecins généralistes en baisse lors des deux vagues épidémiques

Les mesures sanitaires prises pour lutter contre la pandémie de Covid-19 ont fortement limité les déplacements chez les praticiens lors de la première vague épidémique. À l'exception des laboratoires d'analyses, l'activité baisse ou ralentit en 2020 pour la plupart des secteurs des soins de ville. Comme pour les établissements privés, l'Assurance maladie a mis en place des aides visant à garantir à chaque professionnel de santé libéral la capacité à faire face à ses charges fixes professionnelles et à lui permettre de reprendre son activité au terme de la crise. Ces aides ont représenté une enveloppe de 1,4 milliard d'euros en 2020.
La consommation de soins de médecins généralistes en ville diminue ainsi fortement en 2020 (-4,2 % en valeur) en lien avec forte baisse du volume de soins (-4,4 %). Elle s'établit à 9,5 milliards d'euros.
Après une forte chute de l'activité des médecins généralistes au mois d'avril 2020, en baisse de 31 % par rapport à celle du mois de janvier 2020 (en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrables) [*graphique 4*], elle se redresse ensuite avec la levée de mesures sanitaires le 11 mai 2020. Elle repart à la baisse lors de la deuxième vague épidémique fin 2020 (-11 % en décembre 2020 par rapport à janvier 2020).
Les restrictions de déplacement favorisent par ailleurs le recours à la téléconsultation, auparavant marginal. Celui-ci se développe chez les médecins généralistes et représente 4,1 % de leur dépense remboursable en 2020.

L'activité des médecins spécialistes et des dentistes fortement touchée par le premier confinement

Les médecins spécialistes en ville enregistrent eux aussi une baisse prononcée de leur activité sur l'année 2020 (-5,6 % en valeur, -6,3 % en volume). Au mois d'avril 2020, le recul de leur activité est plus fortement marqué que celui des généralistes (-59 % par rapport à celle du mois de janvier 2020) [*graphique 4*] mais la reprise à la levée des mesures sanitaires est plus nette et elle n'est pas perturbée par le deuxième confinement.
L'activité des dentistes est, pour sa part, pratiquement à l'arrêt au mois d'avril 2020, avec une baisse de 94 % par rapport à janvier 2020. Elle amorce une reprise à partir du mois de juin 2020, à un niveau légèrement plus élevé que celui observé avant crise, mais ce redémarrage ne permet pas d'absorber la perte d'activité subie lors du premier confinement. Au final sur l'année 2020, la consommation de soins de dentistes s'élève à 10,9 milliards d'euros, soit une baisse de 8,9 % en valeur (-9,7 % en volume).
Cette évolution s'observe par ailleurs dans le contexte de mise en œuvre progressive de la réforme du « 100% santé », entrée en vigueur en 2019, qui concerne notamment les prothèses dentaires (*encadré*).

Les **soins d'infirmiers en hausse,** portés par les prélèvements de tests PCR

En 2020, la consommation de soins infirmiers s'élève à 11,3 milliards d'euros, services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) inclus[1]. Elle

1 À compter de cette année, les dépenses des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) sont intégrées dans le poste des soins infirmiers, pour toutes les années de 2010 à 2020. Dans les précédentes éditions, elles étaient comptabilisées dans les soins de longue durée au sein de l'agrégat « dépense courante de santé au sens international » (*annexe 3*).

progresse de 7,2 % par rapport à l'année précédente, après +3,4 % en 2019. Contrairement aux autres praticiens libéraux, l'activité des infirmiers a peu été affectée par les mesures de restrictions sanitaires. À partir du mois de juin 2020, celle-ci redémarre et progresse fortement entre juin et octobre, portée par la demande de prélèvements nasopharyngés pour les tests PCR.

Touchés par les mesures de restrictions sanitaires, les soins de sages-femmes ralentissent en 2020. Ils progressent encore néanmoins de 5,8 % (après +12,8 % en 2019). La consommation de soins de sages-femmes s'élève ainsi à 0,4 milliard d'euros en 2020.

Elle reste structurellement soutenue par le Programme de retour à domicile organisé (PRADO), mis en place en 2013, dont l'objectif est de réduire la durée d'hospitalisation et d'assurer un suivi à domicile après l'accouchement par les sages-femmes.

Les soins des autres auxiliaires médicaux en panne au mois d'avril

L'activité des autres auxiliaires médicaux (masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et pédicures-podologues) a été très durement affectée par les mesures de restrictions sanitaires, avec une baisse de 85 % au mois d'avril par rapport à janvier 2020. La consommation de soins des autres auxiliaires médicaux s'élève finalement à 7,0 milliards d'euros en 2020, en baisse de 11,9 %.

Cinq mois d'arrêt complet de l'activité des cures thermales

En 2020, les dépenses de cures thermales s'effondrent avec une baisse de -57,7 %. Les établissements thermaux ont été fermés pendant cinq mois au cours de l'année 2020, lors des deux périodes de confinement. La fermeture intervenue en fin d'année a été particulièrement préjudiciable aux établissements thermaux, le pic d'activité des cures se situant à l'automne.

La consommation de médicaments en ambulatoire baisse pour la sixième année consécutive

La consommation de médicaments en ambulatoire (y compris rétrocessions hospitalières, rémunérations forfaitaires et remises conventionnelles[1]) s'élève en 2020 à 30,2 milliards d'euros, en baisse de 3,4 %. La diminution des dépenses de médicaments se poursuit ainsi pour la sixième année consécutive. Cette décroissance tendancielle est due à la conjonction de deux phénomènes qui tirent les dépenses de médicaments vers le bas :

- La baisse de prix des médicaments remboursables (-4,5 % par an en moyenne entre 2011 et 2020) due notamment à la progression continue de la pénétration des médicaments génériques, venant en substitution du médicament princeps.
- La dynamique des remises conventionnelles qui viennent minorer les dépenses et ont atteint 2,5 milliards d'euros en 2020, contre 1,6 milliard en 2019.

Ces deux phénomènes ne sont pas compensés par la hausse des volumes, ni par la hausse des honoraires de dispensation (HDD, 4,0 milliards d'euros en 2020 [*glossaire*]). Cette augmentation des HDD en 2020 est due à la fois à la poursuite des revalorisations des honoraires dans le cadre de la convention nationale signée entre l'Assurance maladie et les pharmaciens, mais aussi à de nouvelles facturations liées à la délivrance des masques par les pharmaciens aux professionnels de santé et aux particuliers dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19.

Le volume des dépenses de médicaments a quant à lui été peu touché par la mise en place des mesures de restrictions sanitaires au cours de l'année 2020.

Après une légère hausse des dépenses au mois de mars, liée aux achats de précaution effectués par les particuliers juste avant la mise en place du premier confinement, la consommation se réduit ensuite à partir du mois d'avril (-12 % par rapport au mois de janvier 2020) avant de retrouver en fin d'année un niveau au-dessus de celui d'avant-crise, porté par les achats de tests antigéniques en officine.

1 Pour la première fois dans les comptes de la santé, les remises conventionnelles sont intégrées dans la consommation de médicaments en ambulatoire, au sein de la CBSM. Ces remises conventionnelles correspondent à des rabais concédés par les laboratoires pharmaceutiques à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Le montant des remises vient ainsi minorer la valeur de la consommation de médicaments. Auparavant, cette moindre dépense était comptabilisée dans l'agrégat utilisé pour les comparaisons internationales (dépense de santé au sens international [DCSi]), au sein des dépenses de gouvernance (*annexe 3*).

Les dépenses de biens médicaux bénéficient du report d'une partie des soins vers l'hospitalisation à domicile

Les dépenses du poste des biens médicaux s'élèvent en 2020 à 16,7 milliards d'euros, en baisse de 2,0 % en 2020.

En lien avec la chute des ventes lors du premier confinement, l'optique médicale, qui constitue le tiers du poste, diminue de 7,3 % en 2020.

Les dépenses en prothèses et orthèses diminuent également (-8,1 %), probablement en partie du fait des déprogrammations d'actes chirurgicaux en établissements de santé.

À l'inverse, les dépenses de matériels et pansements poursuivent leur croissance en 2020 (+4,5 %), sans doute tirées par la hausse de l'hospitalisation à domicile qui entraine dans son sillage la consommation en équipements médicaux à domicile (lits médicaux, perfusion, matériels d'assistance respiratoire, etc.).

La consommation d'audioprothèses continue de croître mais à rythme inférieur à celui observé avant 2018 (+1,9 % en 2020, +0,2 % en 2019 contre +6,2 % en moyenne par an entre 2011 et 2018).

Les secteurs de l'audiologie et de l'optique médicale sont tous deux concernés par la mise en place de la réforme du « 100 % santé » (*encadré*). Au-delà du contexte particulier de 2020, le ralentissement des dépenses en audiologie est probablement la manifestation des premiers effets de cette réforme, qui a débuté en 2019, et qui se traduit par une baisse progressive des tarifs des aides auditives entrant dans la composition des paniers « 100 % santé ».

Les dépenses de transports sanitaires par VSL et par taxi baissent davantage que celles par ambulance

Le secteur des transports sanitaires en ambulatoire a lui aussi été fortement touché par les mesures de restrictions sanitaires prises lors du premier confinement. Leur consommation diminue de 9,4 % en 2020 pour s'élever à 4,6 milliards d'euros. Les dépenses de transports par VSL et par taxi ont davantage diminué (respectivement -17 % et -11 % en 2020) que celles par ambulance (-3%), la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 ayant été exclusivement effectuée par ambulance.

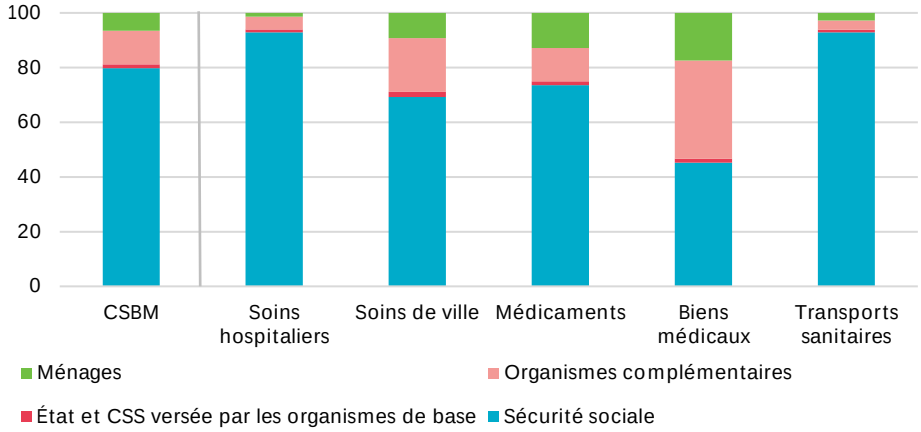
Une forte progression du financement des dépenses de santé par la Sécurité sociale

La crise sanitaire a entraîné une recomposition importante de la structure de consommation de soins et biens médicaux en 2020. Certaines dépenses présentant habituellement un reste à charge des ménages élevé, comme les dépenses d'optique, ont été fortement touchées par la crise. À l'inverse, les soins hospitaliers publics, financés en grande partie par l'assurance maladie obligatoire, ont progressé cette année. Au global, cette recomposition de la consommation a eu un effet important sur la structure du financement des dépenses de santé. Les effets de cette recomposition se sont conjugués aux effets des dernières réformes ou aux effets structurels observés depuis plusieurs années.

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) avec 79,8 % de la dépense prise en charge en 2020 (*graphique 5*). Avec la crise sanitaire, la prise en charge par la Sécurité sociale bondit de 1,9 point entre 2019 et 2020 et cette progression est généralisée à tous les grands secteurs de la CSBM. Elle provient en premier lieu de la crise sanitaire qui a engendré des dépenses supplémentaires majoritairement financées par la Sécurité sociale.

Graphique 5 Structure du financement des grands postes de la CSBM en 2020

Part en %



Lecture > En 2020, la Sécurité sociale finance 79,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le poste des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 92,8 % des dépenses.
Source > DREES, comptes de la santé.

Sur plus longue période, des facteurs structurels alimentent une participation croissante de la Sécurité sociale, en particulier le vieillissement de la population française qui accroît le nombre de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD). Plusieurs décisions réglementaires, notamment sur la prise en charge des traitements médicamenteux innovants et onéreux, ont aussi augmenté le financement apporté par la Sécurité sociale. En conséquence, la part de la CSBM prise en charge par la Sécurité sociale progresse en moyenne de 0,2 point par an entre 2011 et 2019, réduisant d'autant le reste à charge (RAC) des ménages.

La part des organismes complémentaires (OC), quant à elle, baisse fortement en 2020 pour s'établir à 12,3 %. Elle était auparavant et depuis une dizaine d'années assez stable, autour de 13,4 %. Les prestations des OC ont en effet fortement baissé en 2020 en raison du recul des dépenses en soins de ville et en biens médicaux, deux postes affectés négativement par la crise sanitaire. La prise en charge des dépenses de santé par les OC est très hétérogène : ils sont très présents sur certains postes – notamment en dentaire et en optique – et jouent un rôle mineur sur d'autres.

L'État et les organismes de base au titre de la complémentaire santé solidaire (CSS) financent une faible part des dépenses de santé, à hauteur de 1,4 % en 2020, après 1,5 % en 2019. L'intervention de l'État, avec les organismes de base au titre de la CSS, l'aide médicale de l'État, et la prise en charge des dépenses des anciens combattants s'inscrit dans une logique de solidarité, tandis que la participation de la Sécurité sociale relève davantage d'une logique assurantielle.

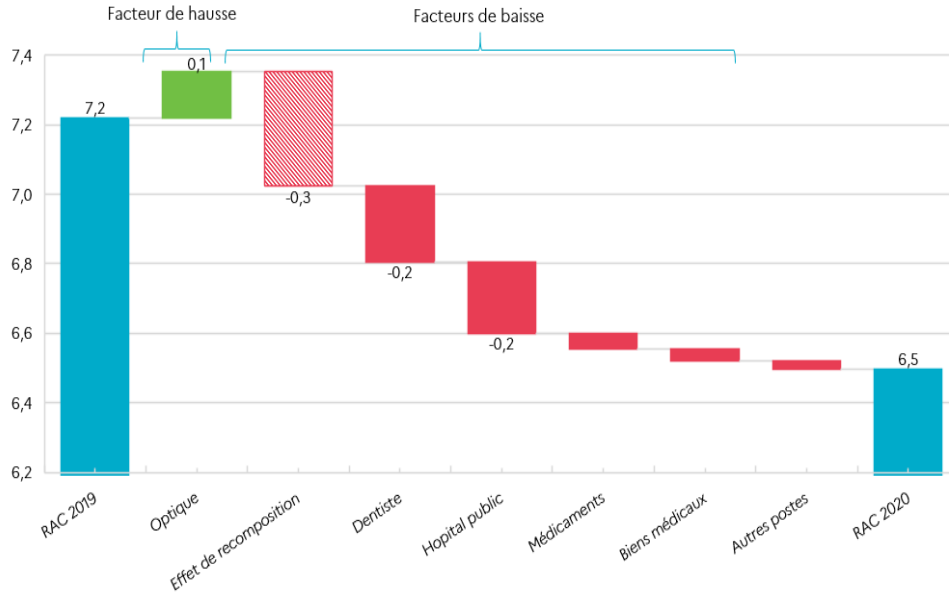
Obtenu par solde après intervention de la Sécurité sociale, de l'État et des organismes complémentaires, l'évolution du reste à charge des ménages découle de l'engagement des autres acteurs dans le financement des dépenses de santé. Au final, le RAC en santé des ménages diminue fortement en 2020, pour atteindre 6,5 % de la CSBM, après 7,2 % en 2019 et 7,4 % en 2018. La participation directe des ménages aux dépenses de santé s'élève ainsi à environ 13,6 milliards d'euros en 2020, soit environ 202 euros par habitant et par an.

Une baisse du RAC prononcée dans les soins de dentistes et les soins hospitaliers publics

La diminution globale du RAC des ménages en 2020 est quasi généralisée à toutes ses composantes. Seule l'optique médicale connaît une hausse du reste à charge des ménages et contribue à la hausse à l'évolution du RAC global, à hauteur de 0,1 point de pourcentage (*graphique 6*). La faible pénétration des équipements du « 100 % santé » en optique en 2020, combinée à une baisse de la prise en charge par l'Assurance maladie sur les produits au tarif libre, (*encadré*) explique en partie la hausse de 4,1 points du RAC en optique médicale qui s'élève à 27,4 % de la dépense en 2020.

Graphique 6 Décomposition de la baisse du reste à charge en 2020 par poste de dépense

Reste à charge 2019 et 2020 en % de la CSBM, contributions en point de pourcentage



Lecture > Le reste à charge (RAC) passe de 7,2 % de la CSBM en 2019 à 6,5 % en 2020. La hausse du RAC des ménages en optique médicale contribue à la hausse du RAC global à hauteur de 0,13 point de pourcentage tandis que la baisse du RAC pour les soins de dentistes en ambulatoire contribue à sa baisse pour 0,22 point de pourcentage.
Source > DREES, comptes de la santé.

La principale contribution à la baisse du RAC des ménages provient cette année de l'« effet de recomposition des dépenses », qui mesure la déformation des poids relatifs des différentes composantes de la dépense de santé (*graphique 6*). En 2020, cette déformation a été particulièrement forte du fait de l'impact de la crise sanitaire, beaucoup plus marqué sur les secteurs où le RAC est élevé (dentistes, optique médicale, médicaments et masseurs-kinésithérapeutes) que sur d'autres secteurs de la santé. Cette déformation de la structure de soins en faveur des secteurs où le RAC est le plus faible fait mécaniquement baisser le taux de RAC global pour une contribution de 0,33 point de pourcentage, soit presque la moitié de la baisse totale observée. Cet effet est certainement conjoncturel et la consommation devrait retrouver une structure proche de celle observée sur longue période une fois la crise passée, ce qui engendrera mécaniquement un effet de recomposition à la hausse sur le taux de RAC des ménages dans les années qui viennent.

En dehors de cet effet de recomposition, deux secteurs contribuent directement et de manière significative à la baisse de la part de la CBSM à la charge des ménages en 2020 (- 0,2 point chacun de contribution) :

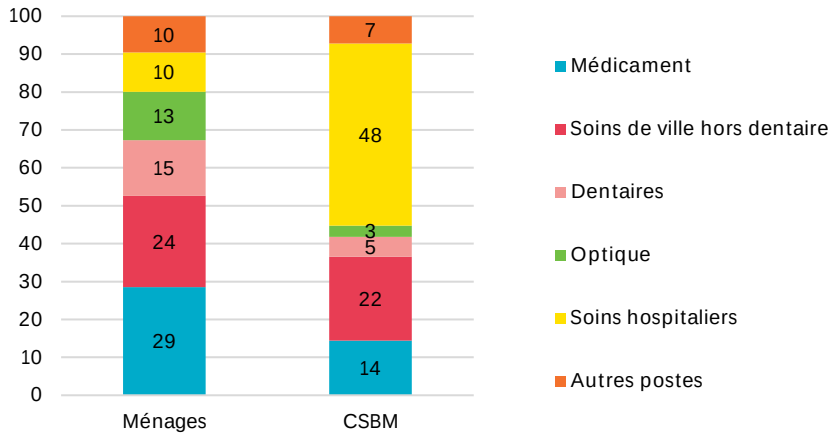
- Le RAC pour les soins de dentistes diminue de 3,8 points en 2020, en lien avec la mise en place de la réforme 100 % santé (*encadré*).
- Le RAC pour les soins hospitaliers publics reculent de 0,6 point en 2020. En effet, les dépenses supplémentaires à l'hôpital public ayant été prises en charge essentiellement par la Sécurité sociale, le financement des ménages a été réduit en proportion.

Une baisse du RAC pour les médicaments due à une diminution des dépenses de médicaments non remboursables

La consommation des médicaments en ambulatoire en 2020 est caractérisée par un net repli des dépenses de médicaments non remboursables (-10,1 % en 2020) et des médicaments remboursables achetés sans prescription (-9,4 %). La consommation de ces médicaments, dont les dépenses sont principalement à la charge des ménages, a été bouleversée par la mise en place des gestes barrières en mars 2020. Ces gestes ont réduit les pics épidémiques des autres maladies infectieuses (gastro-entérite, syndrome grippal) et les traitements médicamenteux d'appoint associés.
Ainsi, la baisse de 0,3 point du RAC des ménages sur le poste du médicament (de 13,1 % en 2019 à 12,8 % en 2020) est donc aussi liée à une modification de la structure de consommation des médicaments.

Graphique 7 Structure du reste à charge des ménages et de la CSBM en 2020

En %



Lecture > En 2020, les soins dentaires représentent 5 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et 15 % du reste à charge en santé des ménages.
Source > DREES, comptes de la santé.

Conséquence de la forte variabilité des taux de participation financière des ménages selon les postes, la structure du reste à charge des ménages diffère de celle de l'ensemble des dépenses. Ainsi, les soins hospitaliers composent 48 % de la CSBM mais seulement 10 % du reste à charge des ménages (*graphique 7*), conséquence de leur forte couverture par l'Assurance maladie. À l'inverse, les soins d'optique, faiblement pris en charge par la Sécurité sociale, représentent 13 % du RAC pour seulement 3 % de la dépense. De même, les soins dentaires représentent 15 % du RAC pour 5 % de la dépense.
Calculée à partir de la consommation réalisée, l'analyse du RAC des ménages n'éclaire que partiellement les enjeux du recours aux soins. Cette grandeur macroéconomique masque de grandes disparités entre ménages (selon l'âge, le revenu, le lieu de résidence, etc.).

Forte hausse des autres postes de dépenses hors CSBM

Si la CSBM correspond à la consommation de soins *stricto sensu*, un agrégat plus large est aussi produit dans le cadre des comptes de la santé : la dépense courante de santé au sens international (DCSi), utilisée pour les comparaisons internationales. Pour la présente édition des comptes de la santé, seule une version provisoire de la DCSi a été calculée pour l'année 2020.
La dépense courante de santé inclut les postes de la CSBM, mais aussi les dépenses de soins de longue durée, de prévention institutionnelle et les dépenses de gouvernance. Elle est estimée en 2020 à 284,5 milliards d'euros, soit une hausse de 4,6 % (contre 2,2 % en 2019). Cette accélération des dépenses en 2020 s'explique par le fort dynamisme des postes de la DCSi non pris en compte dans la CSBM.

Les dépenses de soins de longue durée, correspondant aux dépenses de soins en faveur des personnes âgées et handicapées, sont estimées à 46,2 milliards d'euros en 2020 (données provisoires). Elles progresseraient fortement en 2020, de 8,2 % par rapport à l'année 2019.

Les prestations versées par l'Assurance maladie à destination des établissements d'hébergements pour personnes âgées (Ehpad) sont particulièrement dynamiques (+21,8 % en 2020). Elles sont portées, comme pour les autres établissements de santé, par la prise en charge par l'Assurance maladie des surcoûts liés à l'épidémie (paiements des primes exceptionnelles et des hausses de salaires des personnels prévus par les accords du Ségur de la santé). La hausse des dépenses est moins importante pour les prestations versées au titre des personnes âgées à l'hôpital dans les unités de soins de longue durée (USLD) [+9,9 %], comme celles au titre des personnes handicapées en établissements (+6,4 %).

Le reste des dépenses de soins de longue durée est principalement composée des dépenses liées à prise en charge de la dépendance en Ehpad, hors gîte et couvert. Selon des données encore provisoires, cette dépense serait moins dynamique et progresserait de 3,1 % en 2020.

Les dépenses de prévention institutionnelle[1] sont évaluées à 10,2 milliards d'euros en 2020, après 5,1 milliards en 2019. Ce doublement des dépenses est dû à l'inclusion de la dotation exceptionnelle de 4,8 milliards d'euros à l'Agence nationale de santé publique (ANSP ou Santé publique France) afin de financer notamment les achats de masques (3,0 milliards d'euros), d'équipements de protection (0,7 milliard d'euros), des médicaments et des vaccins (0,4 milliard d'euros), des respirateurs et matériels médicaux associés (0,3 milliard d'euros) ainsi que de financements du fonds d'intervention régional (FIR) dédiés à l'urgence sanitaire. En dehors de ces dépenses exceptionnelles, les dépenses de prévention sont en hausse de 2,3 % en 2020.

Les dépenses de gouvernance comprennent les frais de gestion des différents financeurs des dépenses de santé, ainsi que des subventions versées aux opérateurs de santé.

Les coûts de gestion du système de santé s'élèvent à 15,7 milliards d'euros en 2020, en progression de 1,9 %. La Sécurité sociale représente 46 % de ces coûts de gestion, les organismes complémentaires 48 %, l'État et les opérateurs publics les 6 % restants[2].

Enfin, les subventions au système de santé sont évaluées à 6,6 milliards d'euros en 2020 contre seulement 3,6 milliards en 2019. Leur forte progression est due à la mise en place de dispositifs exceptionnels dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19. Ces subventions exceptionnelles représentent en 2020 une enveloppe totale de 3,0 milliards d'euros distribuées aux professionnels de santé : 1,4 milliard d'euros au titre du DIPA (dispositif d'indemnisation de perte d'activité) ***[fiche 2]*** à destination des praticiens libéraux et 1,5 milliard au titre des garanties de financement aux cliniques privées et des établissements médico-sociaux.

Les médecins spécialistes ont été les principaux bénéficiaires du DIPA. Ils ont reçu le tiers des aides versées, suivis par les dentistes (avec un quart du montant du DIPA) et les médecins généralistes (un dixième de l'enveloppe).

Par convention dans les comptes de la santé, les hôpitaux publics sont considérés comme des services non marchands et ne peuvent recevoir de subventions.

---

1 La prévention institutionnelle, financée ou organisée par des fonds et programmes de prévention nationaux ou départementaux ne comptabilise pas les actes préventifs réalisés lors de consultations médicales ordinaires, inclus par ailleurs dans la CSBM. La dépense de prévention non institutionnelle sur le champ des soins de ville a été estimée à 9,1 milliards d'euros pour 2016 (voir « Comptes partiels de la prévention 2021-2016 dans l'édition 2018 de ce Panorama).

2 Les coûts de gestion entre les régimes de base et les organismes complémentaires ne peuvent être comparés directement. En effet, leurs activités respectives sont à la fois différentes et imbriquées. Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (admissions en affection de longue durée [ALD] notamment). Par ailleurs, les régimes de base effectuent un premier traitement administratif des demandes de remboursement avant de les transmettre sous forme dématérialisée aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE. En revanche, les régimes de base obligatoires peuvent plus facilement réaliser des économies d'échelle ; le secteur de la complémentaire santé étant beaucoup plus morcelé et la liberté de choix engendrant des frais supplémentaires spécifiques aux OC. Enfin, les OC interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale (ostéopathie, chambres particulières, etc.), traitent des feuilles de soins papier en l'absence de signature de la convention d'échange ou réalisent des actions complémentaires au remboursement (prévention, action sociale, etc.).

Encadré Mise en place de la réforme du « 100 % santé »

Le « 100 % santé » est une réforme visant à garantir et à améliorer l'accès aux soins, notamment financier, dans les secteurs du dentaire, de l'optique et des aides auditives. Cette réforme a été mise en place progressivement, à compter de janvier 2019, avec des calendriers propres à chacun des trois postes. Pour chacun d'entre eux ont été créés des paniers « 100 % santé » regroupant un ensemble de prestations de soins et d'équipements qui seront à terme, en 2021, intégralement remboursés par l'Assurance maladie et par les OC, sans reste à charge pour les ménages. Cette offre est accessible aux Français ayant adhéré à un contrat de complémentaire santé responsable. Les patients restent libres de choisir un équipement du panier « 100 % santé », sans reste à charge, ou un équipement à tarif libre. Depuis le 1er janvier 2020, tous les praticiens sont dans l'obligation de proposer un devis comportant au moins une offre « 100 % santé ».

Ce dispositif est mis en place progressivement depuis le 1er janvier 2019 dans le secteur des aides auditives et depuis le 1er janvier 2020 dans le secteur de l'optique. Les équipements d'optique sont divisés en deux classes de produits :

- Une classe A avec des équipements du panier « 100 % santé », comportant des montures et des verres ;
- Une classe B avec des équipements en dehors du panier « 100 % santé » dont les tarifs sont libres avec une prise en charge des montures dans la limite de 100 euros par les organismes complémentaires.

Pour le secteur dentaire, la mise en place de la réforme a débuté en avril 2019. Au 1er janvier 2020, le « 100 % santé » en dentaire permet ainsi d'être entièrement remboursé par l'Assurance maladie ou par les organismes complémentaires pour une offre en bridges et couronnes dentaires. À compter du 1er janvier 2021, le « 100 % santé » en dentaire est élargi aux prothèses amovibles. Il existe trois paniers pour les prothèses dentaires :

- Un panier « 100 % santé » où les couronnes, bridges et prothèses amovibles sont intégralement remboursés ;
- Un panier « au tarif maîtrisé » qui intègre toujours des couronnes, bridges et prothèses amovibles mais dont le reste à charge pour l'assuré est modéré ;
- Un panier « au tarif libre » pour lequel le reste à charge peut être plus important.

Tableau. Bilan de la réforme du « 100 % santé » en 2020

		Ensemble de la dépense (en millions d'euros)	Répartition par financeur (en %)			
			Assurance maladie	État et CSS organismes de base	Organismes complémentaires	Ménages
Audioprothèses	« Panier 100 % santé »	75	37,0	12,5	35,6	14,9
	Panier Tarif libre	1 205	16,6	0,2	22,4	60,8
	TOTAL	1 281	17,8	0,9	23,2	58,1
Optique	« Panier 100 % santé »	283	19,8	24,5	55,7	0,0
	Panier Tarif libre	6 012	0,4	0,5	70,3	28,7
	TOTAL	6 296	1,3	1,6	69,6	27,4
Prothèses dentaires	« Panier 100 % santé »	2 416	21,2	8,2	51,7	18,9
	Panier Tarif modéré	1 703	18,4	6,0	36,3	39,3
	Panier Tarif libre	1 835	13,5	0,4	65,7	20,5
	TOTAL	5 954	18,0	5,2	51,6	25,2

Source > DREES, Comptes de la santé.

En 2020, les dépenses en **audioprothèses** du panier 100 % santé représentent 75 millions d'euros sur une dépense totale en audioprothèses de 1,3 milliard d'euros (*tableau*). Les dépenses d'audiologie du panier « 100 % santé » ne représentent que 5,9 % de la dépense totale en 2020 mais 12,1 % du nombre d'appareils vendus, les audioprothèses 100 % santé étant moins onéreuses que celles proposées au tarif libre.

La répartition par financeur est très différente entre les deux paniers. Pour le panier « 100 % santé », le reste à charge des ménages s'élève à 14,9 % de la dépense. Il n'est pas nul, car la réforme du « 100 % santé » n'était pas encore totalement entrée en application en 2020 et ne sera totalement mise en place qu'en 2021. Pour les audioprothèses en tarif libre, les ménages prennent en charge 60,8 % de la dépense totale, soit un reste à charge pour ce panier de 0,7 milliard d'euros en 2020.

Les dépenses en **optique médicale** du panier « 100 % santé » représentent 283 millions d'euros pour une dépense totale de 6,3 milliards d'euros en 2020. De même, les dépenses du « 100 % santé » restent minoritaires, avec seulement 4,5 % de la dépense. En nombre d'appareils, le panier « 100 % santé » en optique représente un volume plus important, avec 20 % des verres simples, 11 % des verres complexes et 14 % des montures.

Sur le panier « 100 % santé », les organismes complémentaires prennent en charge 56 % de la dépense, l'État et la CSS versée par les organismes de base 25 % et les 20 % restants sont financés par l'Assurance maladie, le reste à charge des ménages étant nul par définition. La part versée par l'État sur le panier « 100 % santé » est particulièrement importante car les remboursements d'optique par la CSS ne portent que sur les équipements du panier « 100 % santé ».

Au global, le RAC des ménages s'élève en 2020 à 27,4 % de la dépense dans l'optique, en hausse de 4,1 points par rapport à 2019. Cette hausse est due à la faible pénétration des équipements « 100 % santé » combinée avec la baisse de la prise en charge de l'Assurance maladie sur les équipements hors « 100 % santé ».

Enfin, les dépenses dans le panier « 100 % santé » en **dentaire** sont estimées à 2,4 milliards d'euros en 2020, soit 41 % de la dépense totale en prothèses dentaires. Le panier à tarif modéré représente 29 % de la dépense et le panier au tarif libre 31 %.

En 2020, le panier « 100 % santé » représente 54 % des prothèses dentaires vendues. Sur le panier, le reste à charge est estimé à 19 % de la dépense. La mise en œuvre de la réforme n'est pas encore totalement achevée en 2020 : le prix limite de vente de certains produits du panier sera de nouveau abaissée au début de l'année 2021. Le reste à charge sur le panier à tarif modéré (qui correspond aux couronnes, bridges et prothèses dont les prix sont plus élevés que ceux du panier « 100 % santé ») est nettement plus élevé : il représente 39 % de la dépense. Enfin, le reste à charge sur le panier à tarif libre (qui comprend les autres actes prothétiques hors couronnes, bridges et prothèses) correspond à 19 % de la dépense.

Conformément à l'esprit de la réforme, la prise en charge par l'Assurance maladie diminue avec le type de panier : elle passe de 21 % pour le panier « 100 % santé », à 18 % pour le panier à tarif modéré et 13 % pour le panier au tarif libre.

Au global, le RAC des ménages baisse de 3,8 points sur les soins dentaires en 2020.

2

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement <

La dépense courante de santé au sens international

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

La consommation de soins et de biens médicaux

01 La consommation de soins et de biens médicaux

En 2020, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 209,2 milliards d'euros, soit 3**109 euros par habitant et 9,1 % du PIB. Fortement impactée par la crise sanitaire, elle augmente de 0,4 %, après +2,0 % en 2019.** Il s'agit de l'évolution la plus faible jamais obser**vée depuis 1950, première année disponible des comptes de la santé.**

En 2020, la CSBM est très fortement impactée par la crise sanitaire

En 2020, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à 209,2 milliards d'euros (*tableau 1*). Elle progresse moins vite en 2020 (+0,4 %) qu'en 2019 (+2,0 %). Il s'agit de la plus faible progression de la CSBM jamais observée depuis 1950. Avec la crise sanitaire, les volumes de soins ont baissé de 4,0 % en 2020 contre +2,0 % en 2019.

La CSBM comprend :

- la consommation de soins hospitaliers, y compris la totalité des honoraires perçus par les médecins libéraux en établissements privés, les consultations externes en établissements publics et les médicaments et biens médicaux en sus consommés en établissements (*graphique 1*), pour 48 % du total (***fiche 14***) ;
- la consommation de soins de ville, c'est-à-dire les soins médicaux et paramédicaux en cabinets libéraux, en dispensaires, les dépenses d'analyses de laboratoires et les cures thermales, pour 27 % du total (***fiches 3 à 10***) ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire, pour 14 % du total (***fiche 11***) ;
- la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire, pour 8 % du total (***fiches 13 et 14***) ;
- la consommation de transports sanitaires, pour 2 % du total (***fiche 8***).

En 2020, la structure de la CSBM a été affectée par la crise sanitaire (*graphique 2*). La part des soins hospitaliers dans la CSBM progresse de 1,5 point entre 2019 et 2020, poussée notamment par la hausse des dotations versées par l'Assurance maladie pour soutenir les établissements publics durant les vagues épidémiques. De même, la part des laboratoires d'analyses progresse de 0,8 point, en lien avec la campagne de tests PCR pour le dépistage du nouveau virus. À l'inverse, la part des soins de ville hors laboratoires dans la CSBM diminue de 1,3 point, de nombreux secteurs ayant subi de fortes baisses d'activité lors du premier confinement entre le 17 mars et le 11 mai 2020.

Malgré le fort ralentissement de la CSBM, sa part dans le PIB progresse nettement, de 0,5 point par rapport à 2019, pour atteindre 9,1 %, dans un contexte marqué par le plus fort recul du PIB depuis l'après-guerre. De même, compte tenu du fort recul de l'ensemble de la consommation effective des ménages, la part de la CSBM en son sein progresse fortement, de +0,6 point par rapport à l'année précédente, et atteint 13,1 % en 2020.

En 2020, les soins hospitaliers restent le premier facteur de croissance de la CSBM

Entre 2011 et 2019, la CSBM a progressé en moyenne de 1,9 % par an *(graphique 2)*. Au cours de cette période, les soins hospitaliers publics sont le principal facteur de croissance de la CSBM suivis par les soins de ville, sous l'effet de leurs poids prépondérants.

En 2020, seuls trois secteurs contribuent à la croissance de la CSBM en valeur :

- les soins hospitaliers publics, avec une contribution à la croissance de la CSBM de 2,0 points, portés par la hausse de la rémunération des personnels *(fiche 14)* ;
- les dépenses des laboratoires d'analyses, avec une contribution de +0,8 point ;
- les soins d'infirmiers, avec une contribution de +0,4 point, portés par la demande de prélèvements nasopharyngés pour les dépistages antigéniques et PCR.

Tous les autres secteurs de la CSBM jouent à la baisse. L'activité des dentistes, qui s'est pratiquement arrêtée lors du premier confinement, contribue à l'évolution de la CSBM à hauteur de 0,5 point à la baisse. Il en est de même pour les médecins libéraux (avec une baisse particulièrement marquée de l'activité des spécialistes).

Les dépenses de médicaments contribuent aussi à la baisse de la CSBM (-0,5 point), la diminution des dépenses se poursuivant pour la sixième année consécutive.

Enfin, les dépenses de cliniques privés contribuent à la baisse de la CSBM à hauteur de -0,3 point.

Tableau 1 Consommation de soins et de biens médicaux

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	Contribution 2020
Soins hospitaliers	82 317	92 048	93 602	94 909	96 921	100 536	3,7	1,7
Secteur public	63 144	70 965	72 191	73 037	74 505	78 664	5,6	2,0
Secteur privé	19 173	21 082	21 411	21 872	22 416	21 872	-2,4	-0,3
Soins ambulatoires	96 996	105 970	107 662	109 315	111 451	108 691	-2,5	-1,3
*– Soins de ville**	*47 644*	*53 949*	*55 309*	*56 463*	*58 093*	*57 212*	*-1,5*	*-0,4*
Soins de médecins et de sages-femmes	19 366	21 232	21 707	22 181	22 673	21 589	-4,8	-0,5
Soins d'auxiliaires médicaux	13 019	16 718	17 293	17 866	18 551	18 360	-1,0	-0,1
Soins de dentistes	10 612	11 215	11 467	11 619	11 958	10 892	-8,9	-0,5
Laboratoires d'analyses	4 320	4 378	4 429	4 386	4 513	6 203	37,4	0,8
Cures thermales	326	405	413	410	398	169	-57,7	-0,1
– Médicaments	*32 950*	*31 898*	*31 771*	*31 477*	*31 257*	*30 201*	*-3,4*	*-0,5*
*– Autres biens médicaux***	*12 556*	*15 321*	*15 595*	*16 277*	*17 043*	*16 694*	*-2,0*	*-0,2*
– Transports sanitaires	*3 845*	*4 803*	*4 986*	*5 098*	*5 058*	*4 584*	*-9,4*	*-0,2*
Ensemble	179 313	198 018	201 264	204 224	208 372	209 228	0,4	0,4
CSBM (en % du PIB)	8,7	8,9	8,8	8,6	8,5	9,1		
CSBM (en % de la consommation effective des ménages)	12,4	12,7	12,6	12,5	12,5	13,1		
Évolution (en %)	2,7	2,2	1,6	1,5	2,0	0,4		
Prix (en %)	-0,1	-0,7	0,1	-0,2	0,0	4,6		
Volume (en %)	2,7	2,9	1,6	1,7	2,0	-4,0		

* Dans les comptes de la santé, les soins de ville ne comprennent ni les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires habituellement inclus dans le concept de soins de ville des régimes d'assurance maladie.
** Optique, orthèses, prothèses, VHP (véhicules pour handicapés physiques), aliments, matériels, pansements.
Lecture > En 2020, la CSBM progresse de 0,4 %, dont 0,8 point provient des laboratoires d'analyses, qui augmentent de 37,4 % en un an.
Source > DREES, comptes de la santé.

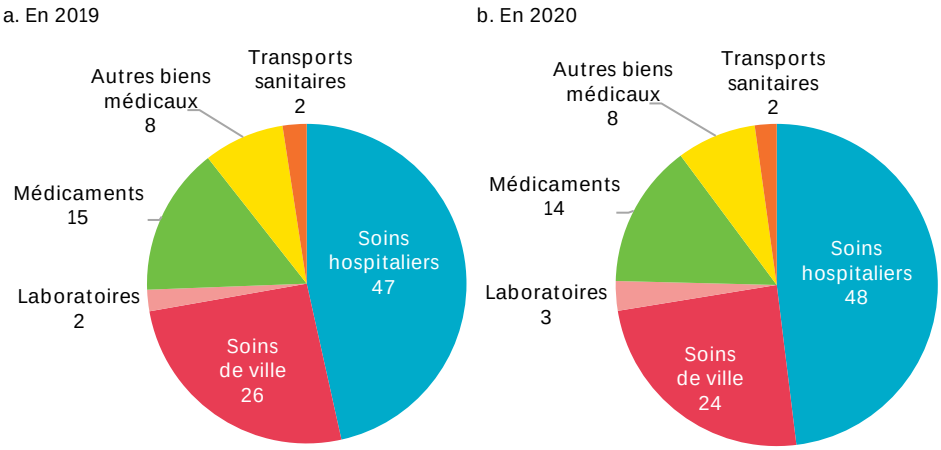
De fortes baisse des volumes de soins en 2020, y compris dans les soins hospitaliers publics

En 2020, la CSBM diminue fortement en volume (-4,0 % ; *graphique 3*), du fait principalement des soins hospitaliers (-3,7 points de contribution entre 2019 et 2020). Cette baisse est due aux déprogrammations de soins lors de la première vague épidémique.

Les soins de ville hors laboratoires d'analyses ainsi que les transports sanitaires contribuent également négativement à la croissance en volume de la CSBM, à hauteur de respectivement -1,3 et -0,2 point. Seules les contributions en volume des laboratoires progressent (+0,8 point) ainsi que celles des médicaments (+0,6 point). Cette progression des volumes des médicaments est liée à l'accroissement des honoraires des pharmaciens, en particulier avec la délivrance de nouveaux produits liés à la crise sanitaire (masques et tests antigéniques).

Graphique 1 Structure de la CSBM en 2019 et 2020

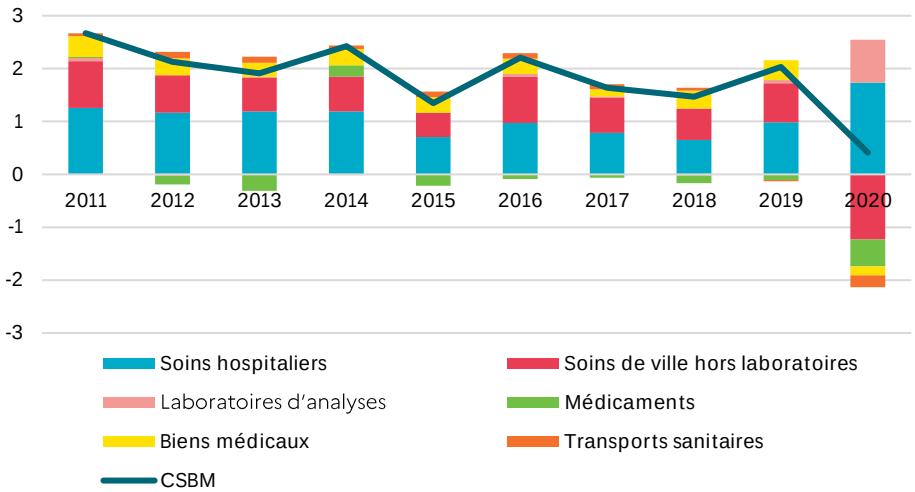
En %



Source > DREES, comptes de la santé (base 2014).

Graphique 2 Contribution à la croissance de la CSBM en valeur

En point de %



Source > DREES, comptes de la santé.

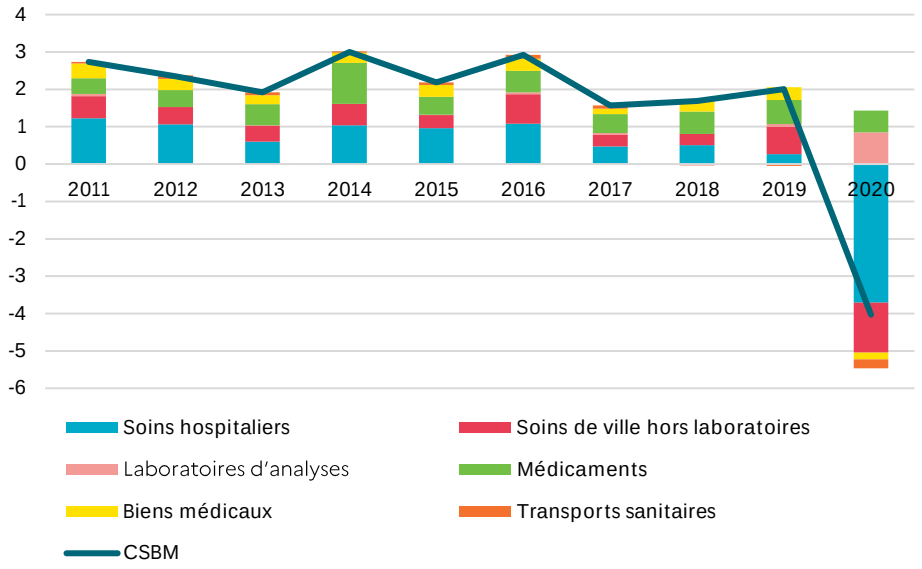
Le prix de la CSBM bondit en 2020

En 2020, le prix de la CSBM progresse fortement, de +4,6 % en 2020, alors qu'il était stable depuis 2017. Cette progression s'explique par la progression des prix des soins hospitaliers publics, avec une contribution à la hausse de 5,7 points. Elle est due à la hausse des dotations versées par l'Assurance maladie aux établissements publics, qui est un pur effet prix.

À l'inverse, les médicaments contribuent à la baisse au prix de la CSBM en 2020 (-1,1 point). Cette baisse est due en partie à la progression de la pénétration des médicaments génériques, venant remplacer les médicaments princeps. Elle est également liée à la progression continue des remises conventionnelles, qui viennent minorer le prix des dépenses de médicaments.

Graphique 3 Contribution à la croissance de la CSBM en volume

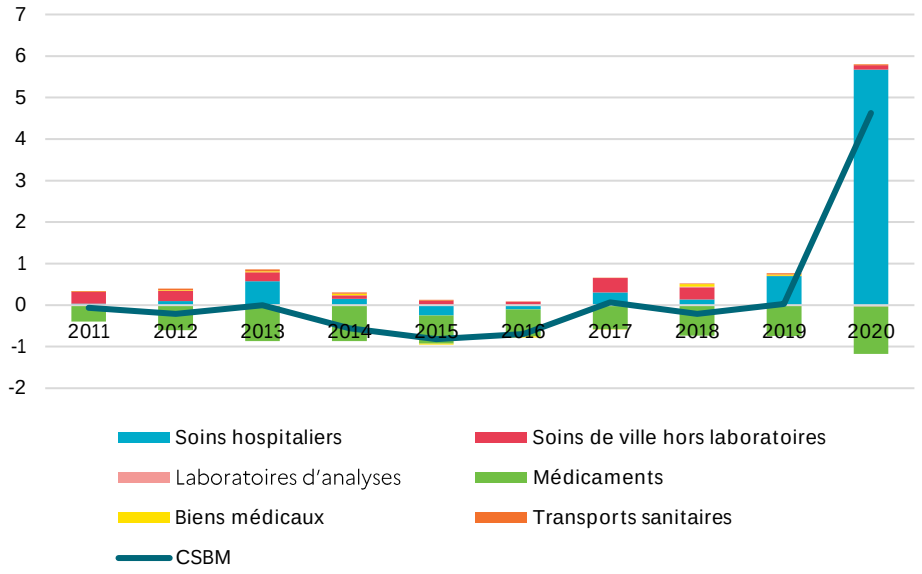
En point de %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Contribution à la croissance de la CSBM en prix

En point de %



Source > DREES, comptes de la santé.

De 1950 à 1985, le système de santé se développe et la dépense s'accroît vite

Entre 1950 et 2020, les dépenses de santé ont progressé en France à un rythme annuel moyen bien supérieur à celui du PIB. De ce fait, la part de la CSBM dans la production nationale a été multipliée par 3,6 au cours de la période, passant de 2,5 % à 9,1 % du PIB (*graphique 5*).

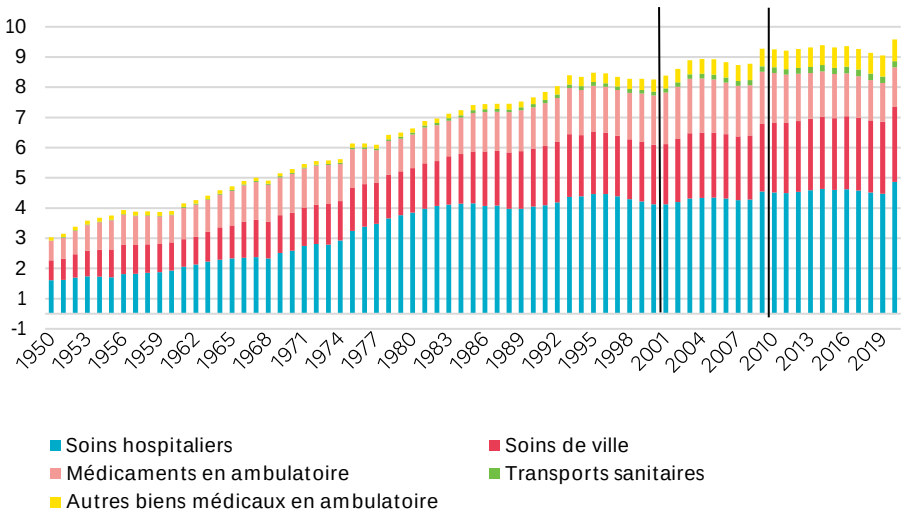
Entre 1950 et 1985, la part de la CSBM dans le PIB progresse de 4,4 points. Durant cette période, le système de santé se déploie : le développement et l'extension de la Sécurité sociale rend solvable la demande de soins, stimulant en retour le développement de l'offre. La couverture maladie obligatoire se généralise progressivement et la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM passe ainsi de 50,9 % en 1950 à 78,6 % en 1985.

Toutes les composantes de la CSBM sont très dynamiques pendant cette période. Les volumes de médicaments consommés progressent très fortement (+10,4 % en moyenne annuelle entre 1950 et 1985) (*graphique 6*). La dépense hospitalière augmente nettement, dans un contexte d'importants programmes de construction de nouveaux hôpitaux. En matière de soins de ville, le volume de la dépense progresse de 6,6 % par an en moyenne, en raison d'effets d'offre (hausse du nombre de médecins, recours croissant aux spécialistes, innovations technologiques, etc.) et de demande. Les assurances complémentaires participent également au financement de cette demande : leur taux de couverture de la population passe de 31,0 % en 1960 à 69,0 % en 1980.

Compte tenu des dynamiques différenciées des prix et des volumes par poste, la structure de la CSBM se déforme *(graphique 7)* : la part de la dépense hospitalière dans la CSBM s'accroît fortement, passant de 43,7 % à 52,9 % entre 1950 et 1985. En revanche, durant cette période, la part des médicaments recule de 25,6 % à 18,5 % et celle des soins de ville baisse légèrement, de 26,2 % à 24,9 %.

Graphique 5 La CSBM et ses principaux postes en pourcentage du PIB depuis 1950

En % du PIB



Note > Rupture de série entre les années 2000 et 2001 et entre les années 2009 et 2010.
Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000; base 2014 pour la période 2001-2009 ; base 2020 pour la période 2010-2020).

Dès le milieu des années 1980, et plus encore depuis 2005, un renforcement graduel de la régulation de la dépense de santé

La croissance de la CSBM se réduit dès le début des années 1980, en particulier celle des soins hospitaliers. En effet, plusieurs mesures de limitation des dépenses de santé sont introduites dans un contexte de déficits récurrents de la branche maladie. En 1984, la dotation globale hospitalière est instaurée. En 1986, le plan Séguin limite l'exonération du ticket modérateur des patients en affection de longue durée (ALD) aux seules dépenses liées à ces affections.

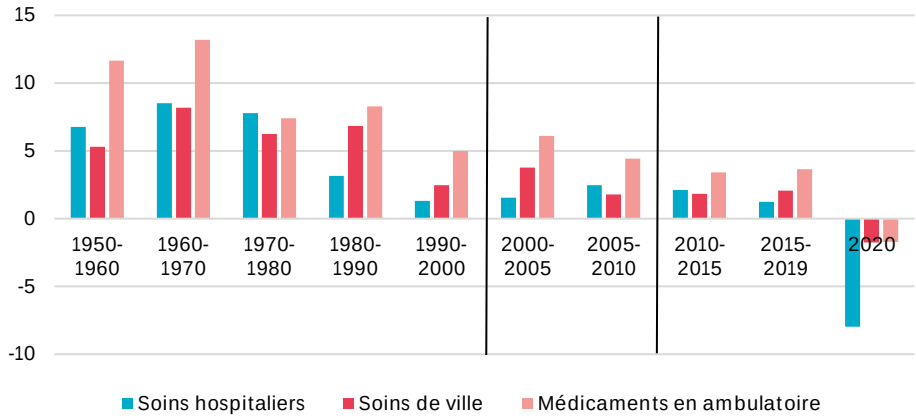
Par la suite, les plans de financement de la Sécurité sociale, remplacés chaque année à partir de 1997 par les lois de financement de la Sécurité sociale (LFSS), ont pour objectif annuel de limiter la croissance des dépenses d'Assurance maladie *via* la définition des objectifs nationaux de progression des dépenses d'Assurance maladie (Ondam).

À partir du milieu des années 2000, des mesures organisationnelles (tarification à l'activité pour les soins hospitaliers à partir de 2004, parcours de soins coordonné en 2004, promotion des médicaments génériques) et de régulation financière accrue du système (participations forfaitaires en 2005 et franchises médicales en 2008, renforcement graduel de la maîtrise médicalisée, des déremboursements et des baisses de prix de certains médicaments, etc.) sont instaurées.

Ainsi, la part des dépenses de santé dans le PIB, proche de 6,9 % du PIB entre 1985 et 1988, progresse beaucoup plus lentement qu'auparavant lors des périodes de croissance économique. En revanche, les périodes de ralentissement ou de récession économique provoquent des ressauts de la CSBM dans le PIB : entre 1992 et 1993, celle-ci gagne 0,4 point de PIB, entre 2001 et 2004 0,5 point de PIB, en 2009, 0,5 point. Enfin, une nouvelle hausse, de 0,5 point, est enregistrée en 2020, à 9,1 point du PIB.

Graphique 6 Taux de croissance annuels moyens des principaux postes de la CSBM, en volume

En %



Note > Rupture de série entre les années 2000 et 2001 et entre les années 2009 et 2010.
Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2009 ; base 2020 pour la période 2010-2020).

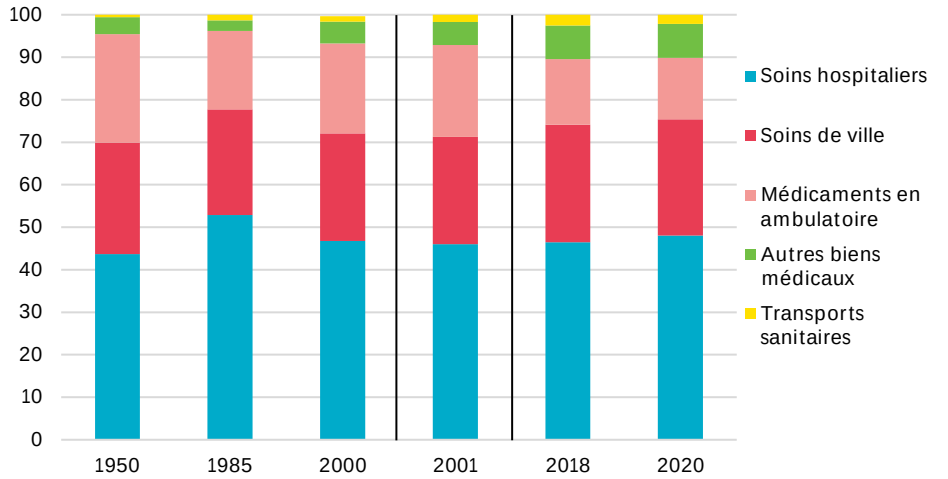
Une structure de la CSBM affectée par la crise sanitaire

Sous l'effet notamment des mesures de régulation, la part des soins hospitaliers dans la CSBM a reculé entre 1985 et 2000 (*graphique 7*). À l'inverse, la part des dépenses d'autres biens médicaux et de transports sanitaires a très fortement augmenté (de 4 % à 7 % de la CSBM), du fait notamment de l'accroissement rapide de leurs prix depuis 1985 (+3,2 % en moyenne pour les transports sanitaires ; +3,0 % en moyenne pour les autres biens médicaux). De même, la part des médicaments a connu elle aussi une nette augmentation entre 1985 et 2000 (+3 points), principalement en raison de la hausse des volumes consommés et de la diffusion de traitements nouveaux. En revanche, la part des soins de ville dans la CSBM est restée relativement stable, à environ 25 %.

Entre 2001 et 2019, malgré l'innovation thérapeutique, la part des médicaments en ambulatoire recule (-7 points, à la suite des mesures de régulation de l'Assurance maladie) au profit des autres biens médicaux et des transports sanitaires (+3 points) et des soins de ville (+3 points). En 2020, la crise sanitaire modifie une nouvelle fois la structure de la CSBM avec une hausse de la part des soins hospitaliers (+1,5 point) et des dépenses des laboratoires (+0,8 point). ■

Graphique 7 Structure de la CSBM, en valeur

En %



Note > Rupture de série entre les années 2000 et 2001 et entre les années 2009 et 2010.
Source > DREES, comptes de la santé (base 2010 pour la période 1950-2000 ; base 2014 pour la période 2001-2009 ; base 2020 pour la période 2010-2020).

Pour en savoir plus

> Soual, H. (2017, juillet). Les dépenses de santé depuis 1950. DREES, *Études et Résultats*, 1017.

02 Les nouvelles mesures mises en œuvre dans le cadre de la crise sanitaire de 2020

En réponse à la crise sanitaire, un soutien financier massif a été déployé en 2020 afin de garantir la protection des personnes, des soignants et du système de santé dans son ensemble. Cette fiche retrace les mesures et les dépenses exceptionnelles mises en œuvre dans le cadre de l'urgence sanitaire.

L'accompagnement des professionnels de santé

Le secteur libéral

Les mesures de restrictions de déplacement et d'activité mises en place lors du premier confinement, le 17 mars 2020, se sont traduites par une chute brutale de la fréquentation de certains professionnels de santé. Afin de préserver les capacités du système de santé dans la durée, le gouvernement a mis en place un dispositif exceptionnel d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA).

Cet accompagnement économique, qui vise à garantir la capacité des professionnels de santé à faire face à leurs charges fixes, couvre la période de mars à juin 2020. Il a été réactivé pour les seuls professionnels libéraux exerçant au sein d'établissements de santé pour les mois d'octobre à décembre 2020. L'Assurance maladie intègre dans le calcul des charges à couvrir au titre du DIPA, pour les généralistes, sages-femmes et infirmiers, une majoration forfaitaire de 700 euros par mois afin de couvrir les frais d'adaptation de leur activité aux mesures de distanciation et pour l'achat d'équipements de protection individuels.

Au total, la dépense prise en charge par l'Assurance maladie au titre du DIPA pour les professionnels de santé exerçant en ville s'élève à 1,4 milliard d'euros en 2020. Au sein des comptes de la santé, cette dépense de gouvernance est considérée comme une subvention au système de santé, hors CSBM *(annexe 2)*. Les médecins spécialistes et les dentistes, qui ont subi les plus fortes baisses d'activité, ont reçu respectivement 32 % et 25 % de l'enveloppe du DIPA.

Les revalorisations salariales

Au sein des établissements de santé et des établissements médico-sociaux, les primes et revalorisations des heures supplémentaires du personnel soignant (hors mesures « Ségur de la santé ») dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire se sont élevées à 2,4 milliards d'euros.

Tableau 1 Montants versés aux professionnels de santé en ville au titre du DIPA

En millions d'euros

	Prestations versées au titre du DIPA **(en millions d'euros)**	Part (en %)	Nombre de praticiens[1]	Montant moyen versé par praticien (en euros)
Médecins généralistes	173	11,9	66 634	2 593
Médecins spécialistes	471	32,5	61 968	7 597
Sages-femmes	3	0,2	7 637	378
Dentistes	362	25,0	37 077	9 769
Infirmiers	42	2,9	131 575	320
Masseurs-kinésithérapeutes	146	10,1	75 551	1 931
Orthophonistes	14	1,0	23 899	605
Orthoptistes	2	0,2	3 965	597
Pharmaciens	82	5,7	29 980	2 747
Transports sanitaires	153	10,5	n.d.	n.d.
TOTAL	1 449	100,0	n.d.	n.d.

1. Praticiens au statut libéral ou mixte. Les praticiens salariés ne pouvaient pas bénéficier du dispositif.

Note > Le montant des prestations versées au titre du DIPA est tiré des tableaux centraux de comptabilité (TCDC) des régimes obligatoires de l'Assurance maladie ; la répartition par professionnels de santé a été calculée grâce aux données statistiques mensuelles de la CNAM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépenses médicales supplémentaires

Les tests de dépistage

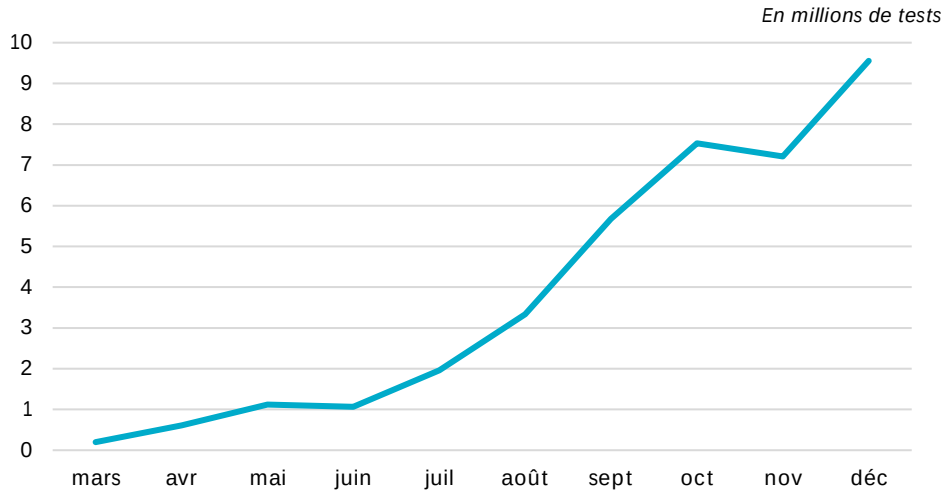
En 2020, le coût des dispositifs de dépistage (tests PCR et tests antigéniques, prélèvements inclus) effectués en ville est estimé à 2,2 milliards d'euros. Celui des tests en établissements de santé est estimé à 0,4 milliard d'euros.

À compter de fin juillet, les tests PCR sont pratiqués sans ordonnance et sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Ce type de test est effectué en laboratoire mais les prélèvements nécessaires à leur réalisation peuvent être faits par des médecins biologistes, des sages-femmes, des masseurs-kinésithérapeutes ainsi que par des infirmiers.

Dans le contexte de reprise épidémique à l'automne, l'arrivée sur le marché des tests rapides antigéniques à la fin du mois de septembre a permis de compléter la stratégie de diagnostic. Ces tests ont été délivrés gratuitement aux pharmaciens, médecins, laboratoires d'analyses, sages-femmes, masseurs-kinésithérapeutes, dentistes et sages-femmes.

Au total, en 2020, plus de 38 millions de tests ont été réalisés que ce soit en ville ou à l'hôpital.

Graphique 1 Nombre de tests antigéniques et PCR



Champ > Ces données regroupent l'ensemble des tests effectués en ville ou à l'hôpital.
Lecture > Au mois de décembre 2020, 9,6 millions de tests PCR ou antigéniques ont été réalisés en France, en ville (officines, laboratoires ou praticiens libéraux) ou à l'hôpital.
Champ > France.
Source > Enquête SIDEP.

Les masques

Le montant des achats de masques par la France est estimé à 6 milliards d'euros au cours de l'année 2020. Plus des trois quarts des achats de masques ont été importés. Une part importante de ces achats (estimée à 2 milliards d'euros) a été stockée par les entreprises et les administrations (en particulier par Santé publique France) au cours de l'année 2020. Ainsi, la consommation totale de masques au cours de l'année 2020 est estimée à 4 milliards d'euros.

La distribution gratuite de masques opérée par l'État à compter de mars 2020 (aux personnes atteintes de la Covid-19, personnes fragiles, professionnels de santé…) s'est achevée en octobre. À partir de cette date, l'approvisionnement et la délivrance s'effectuent à partir de stocks achetés par les pharmaciens d'officine. L'Assurance maladie prend en charge cette dépense en cas de prescription médicale. Pour le seul régime général, ce sont plus de 140 millions d'euros qui ont été remboursés au titre de la délivrance de masques.

Pour l'année 2020, la Caisse nationale de l'assurance maladie (CNAM) estime à 230 millions d'euros la rémunération des pharmaciens au titre des prélèvements de tests antigéniques et de la distribution des masques.

La téléconsultation

La période de confinement s'est accompagnée d'une modification des pratiques des professionnels de santé et des patients.

En effet, afin de faciliter le recours aux soins durant la crise et de protéger au mieux les professionnels de santé et les assurés, la télémédecine s'est fortement développée. Elle représente près de 25 % des consultations médicales au cours du premier confinement *(fiche 2)*. Ces téléconsultations ont fait l'objet d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie et ont été ouvertes à différentes catégories de professionnels de santé. La CNAM estime à 410 millions d'euros le coût de leur prise en charge sur l'ensemble de l'année 2020, tous professionnels confondus.

Par ailleurs, à compter du 1er mai 2020, des consultations longues en présentiel ou à distance (tarifées à 46 euros), également exonérées du ticket modérateur, ont été mises en place pour les personnes vulnérables n'ayant pas consulté durant le premier confinement. Le coût lié à l'exonération de ticket modérateur pour les téléconsultations et à la mise en place des consultations longues pour les personnes vulnérables est estimé à 0,1 milliard d'euros.

Les dotations à l'Agence nationale de santé publique et au fonds d'investissement régional

L'Assurance maladie a alloué une dotation supplémentaire à l'Agence nationale de santé publique (Santé publique France) de 4,8 milliards d'euros pour lui permettre de financer notamment les achats de masques (3,0 milliards d'euros), d'équipements de protection (0,7 milliard d'euros), des médicaments et des vaccins (0,4 milliard d'euros), des respirateurs et matériels médicaux associés (0,3 milliard d'euros). Au sein des comptes de la santé, cette dépense est comptabilisée comme une dépense de prévention, hors CSBM *(fiche 21)*.

Par ailleurs, le fonds d'investissement régional (FIR) a été doté d'une enveloppe supplémentaire de 0,3 milliard d'euros afin de garantir la gestion de financement local des agences régionales de santé (ARS).

Les indemnités journalières

Avec la crise sanitaire, un nouveau dispositif d'indemnités journalières a été mis en place afin de couvrir les assurés dans l'incapacité de poursuivre leur activité professionnelle compte tenu des restrictions de déplacements. Sont notamment couverts par ce dispositif les parents d'enfants sans mode de garde (du fait des fermetures des crèches et des établissements solaires) ainsi que les assurés considérés comme particulièrement à risque (ou vivant avec des personnes vulnérables).

Ce dispositif exceptionnel a également été étendu aux professionnels libéraux (avant la crise, seuls les artisans, commerçants et exploitants agricoles bénéficiaient d'indemnités journalières en cas d'arrêt de travail pour cause de maladie) et a été octroyé sans condition d'ouverture de droits et sans application de délai de carence (correspondant aux trois premiers jours d'arrêt dans le droit commun). À partir du 1er mai 2020, le mécanisme d'activité partielle (financé par l'État et l'Assurance chômage) vient se substituer à l'extension des indemnités journalières pour les salariés du secteur privé, seuls les travailleurs indépendants et les non-salariés agricoles restant couvert par ce dispositif exceptionnel.

Le surcoût de ce dispositif dérogatoire pour les assurés relevant du régime général (y compris professionnels libéraux concernés par la mesure et annulation des jours de carence) est estimé à 1,7 milliard d'euros. Au total, les indemnités journalières versées par l'ensemble des régimes obligatoires au titre de la maladie augmentent de 19,4 % (après +4,2 % en 2019).

La compensation de perte de recettes des établissements de santé et établissements médico-sociaux

La déprogrammation des interventions non urgentes, décidée afin d'optimiser la capacité sanitaire pour des pathologies dont la prise en charge était prioritaire, a eu un impact sur l'organisation des établissements publics et privés et sur leurs recettes. Une garantie de financement a été mise en place pour l'ensemble des établissements sanitaires afin de leur assurer un niveau de recette minimal pour l'activité de soins couvrant la période de mars à décembre 2020.

Le montant versé au titre de cette garantie de financement est estimé à 1,0 milliard d'euros pour les cliniques privées. Le traitement comptable de ces garanties de financement est différencié entre les secteurs public et privé en raison des conventions spécifiques au cadre de la comptabilité nationale *(annexe 2)*.

Un système de compensation des pertes de recettes a été également mis en place pour les établissements médico-sociaux, se traduisant par le versement de 0,5 milliard d'euros.

La contribution exceptionnelle des organismes complémentaires

La loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 a mis en œuvre une contribution exceptionnelle, au titre des années 2020 et 2021, à la charge des organismes complémentaires.

En effet, compte tenu de la baisse des soins pendant les périodes de confinement, ces organismes ont enregistré de moindres dépenses. Ils sont mis à contribution afin de financer une partie des dépenses supplémentaires prises en charge par l'Assurance maladie. Cette taxe s'est élevée à près de 1 milliard d'euros en 2020 *(fiche 19).* S'agissant d'un transfert des organismes complémentaires au bénéfice de l'Assurance maladie, ce montant n'est pas comptabilisé dans les comptes de la santé. ■

Pour en savoir plus

> Projet de loi de financement Sécurité sociale pour 2021 (2020, septembre).

> Commission des comptes de la Sécurité sociale (2021, juin). *Les comptes de la sécurité sociale, résultats 2020, prévisions 2021*.

> **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2021, juillet). *Rapport Charges et produits pour l'année 2022*.

> Les comptes de la nation en 2020 **(2021, mai).** Insee, *Insee première,* 1860.

Les soins ambulatoires

03 Les soins de médecins généralistes et spécialistes

La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes en ville s'élève **respectivement à 9,5 et 11,7** milliards d'euros **en 2020. Fortement marquée par les mesures de restriction sanitaire, elle baisse de 4,2 % pour les médecins généralistes et de 5,6 % pour les médecins spécialistes par rapport à 2019. Par ailleurs, les grandes tendances des années antérieures se poursuivent : la part des contrats dans la rémunération de la médecine de ville augmente tandis que les dépassements** d'honoraires sont en baisse pour les médecins généralistes. Le nombre de médecins **salariés et la part des soins prodigués en centre de santé continuent de progresser.**

La consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes recule en 2020

Un fort recul pour les médecins généralistes et spécialistes

La consommation de soins de médecins généralistes en ville (en cabinets libéraux ou en dispensaires, hors cliniques privées, dans une acceptation large comprenant l'ensemble des rémunérations forfaitaires) représente, en 2020, 9,5 milliards d'euros, soit 4,5 % de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle baisse fortement en 2020 (-4,2 % en valeur) après une faible hausse en 2019 (+0,8 %) (*tableau 1*). La forte baisse du volume de soins est à l'origine (- 4,4 %) de cette diminution. Les mesures sanitaires liées à la pandémie de Covid-19 et en particulier lors du premier confinement, plus strict, ont en effet fortement limité les déplacements chez les médecins généralistes.

La consommation de soins de médecins spécialistes en ville (en cabinets libéraux ou en dispensaires, hors cliniques privées, dans une acceptation large comprenant l'ensemble des rémunérations forfaitaires) enregistre en 2020 une baisse un peu plus prononcée (-5,6 %, après +3,1 % en 2019), portée par le recul du volume (-6,3 % en 2020). Elle s'élève à 11,7 milliards d'euros en 2020, soit 5,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

L'évolution des prix, qui découle de celle des tarifs des consultations, des actes ainsi que de celle des dépassements d'honoraires, est faible en 2020 pour les généralistes (+0,2 %) et un peu plus marquée pour les spécialistes (+0,8 %). Le ralentissement des prix se poursuit après les fortes hausses de 2017 et de 2018 liées à la revalorisation du tarif de la consultation de 23 à 25 euros au 1er mai 2017.

La part des rémunérations forfaitaires continue d'augmenter

Sur une période plus longue, la hausse de la part des contrats dans le revenu des médecins (ROSP, rémunération sur objectif de santé publique ; FPMT, forfait patientèle médecin traitant ; permanences de soins et autres contrats), engagée en 2018, se confirme. Le montant des contrats et assimilés augmente en 2020 pour les généralistes (de 1,5 milliard d'euros en 2019 à 1,7 en 2020), comme pour les spécialistes (de 105 millions à 156 millions d'euros). Ainsi, en 2020, ces rémunérations représentent 18 % de la consommation de soins de médecins généralistes (après 15 % en 2019).

Un dispositif d'indemnisation de la perte d'activité a été mis en place pendant le premier confinement

Le dispositif d'indemnisation pour perte d'activité (DIPA) visait à permettre aux médecins libéraux de continuer à assumer leurs charges fixes en cas de baisse d'activité pour être en mesure de reprendre leur activité par la suite. En 2020, ce dispositif a représenté 173 millions d'euros versés aux médecins généralistes et 471 millions versés aux médecins spécialistes. En intégrant la compensation liée au versement du DIPA[1], la baisse réelle des rémunérations des médecins est ainsi un peu moins forte (-2,4 % pour les généralistes et -1,8 % pour les spécialistes).

1 Dans les comptes de la santé, le DIPA n'est pas considéré comme une dépense de santé et n'est pas intégré à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Les montants versés sont comptabilisés en subvention et inclus au sein des dépenses de gouvernance du système de santé (hors CSBM).

Tableau 1 Consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes en ville

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2020 y compris DIPA[1]
Médecins généralistes	8 948	9 548	9 655	9 838	9 912	9 499	9 672
Honoraires et assimilés	8 668	9 035	9 185	8 455	8 391	7 802	
Contrats et assimilés	279	512	470	1 382	1 521	1 697	
Évolution (en %)	4,7	2,9	1,1	1,9	0,8	-4,2	-2,4
Prix (en %)	2,1	0,2	4,9	2,9	0,0	0,2	
Volume (en %)	2,6	2,6	-3,6	-0,9	0,8	-4,4	
Médecins spécialistes	10 243	11 387	11 729	11 994	12 366	11 673	12 144
Honoraires et assimilés	10 068	11 342	11 684	11 926	12 261	11 517	
Contrats et assimilés	175	45	45	68	105	156	
Évolution (en %)	3,1	3,0	3,0	2,3	3,1	-5,6	-1,8
Prix (en %)	2,1	0,4	1,4	1,9	1,0	0,8	
Volume (en %)	1,0	2,6	1,5	0,3	2,1	-6,3	

1.Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (*fiche 2*).
Note > En 2018, le forfait patientèle médecin traitant (FPMT) est mis en place. Il représente 800 millions d'euros en 2018 et classé dans le poste « contrats et assimilés ».
Lecture > En 2020, la consommation de soins de médecins spécialistes en ville s'élève à 11,7 milliards d'euros, dont 156 millions d'euros de contrats et assimilés versés par la Sécurité sociale.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

L'activité des spécialistes a le plus souffert lors du premier confinement, mais avec une reprise plus rapide que chez les généralistes

Les données mensuelles de consommation de soins de médecins généralistes et spécialistes des assurés du régime général permettent de mieux appréhender les effets des deux confinements de l'année 2020.

La consommation reste stable jusqu'en février 2020, puis chute fortement lors du premier confinement, le 17 mars 2020. De mars à mai 2020, l'activité des médecins généralistes et spécialistes baisse en moyenne de respectivement 19 % et 38 % par rapport à celle du mois de janvier 2020 (en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrables) et atteint un minimum en avril (-31 % pour les généralistes et -59 % pour les spécialistes) *(graphique 1)*. La consommation se redresse à partir du mois de juin avec la levée des restrictions à compter du 11 mai 2020. Elle reste toutefois en retrait de 2 % pour les généralistes par rapport à janvier 2020. Chez les spécialistes, la reprise est plus nette ; l'activité en juin 2020 est même légèrement plus élevée que celle du mois de janvier 2020. Ce rattrapage de l'activité se poursuit tout l'été pour les spécialistes. En revanche, la consommation chez les généralistes ne retrouve pas son niveau d'avant la pandémie et baisse de manière plus conséquente pendant le deuxième confinement (-11 % en décembre 2020 par rapport à janvier 2020).

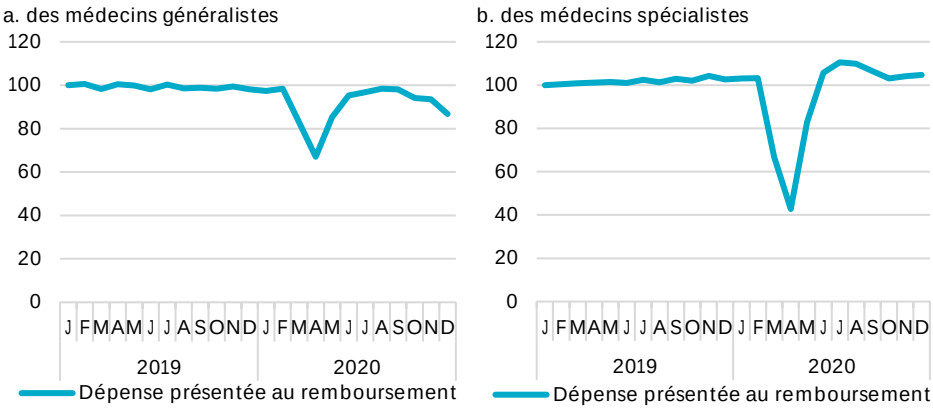
Le DIPA est venu compenser en partie la perte d'activité et soutenir la rémunération des médecins, essentiellement durant les mois de mai, juin et juillet 2020.

Une structure de la dépense très différente entre médecins généralistes et spécialistes

En 2020, les consultations composent les deux tiers de la dépense des médecins généralistes, les visites 9 %, les actes techniques 6 % et les contrats et forfaits 18 %. Cette répartition a évolué par rapport à celle de 2010. La part des consultations et des visites recule de respectivement 9 et 6 points au profit des contrats.

Pour les médecins spécialistes, les actes techniques représentent plus des trois quarts de la dépense en 2020 et les consultations 22 %. La part des actes techniques a augmenté de 5 points en dix ans.

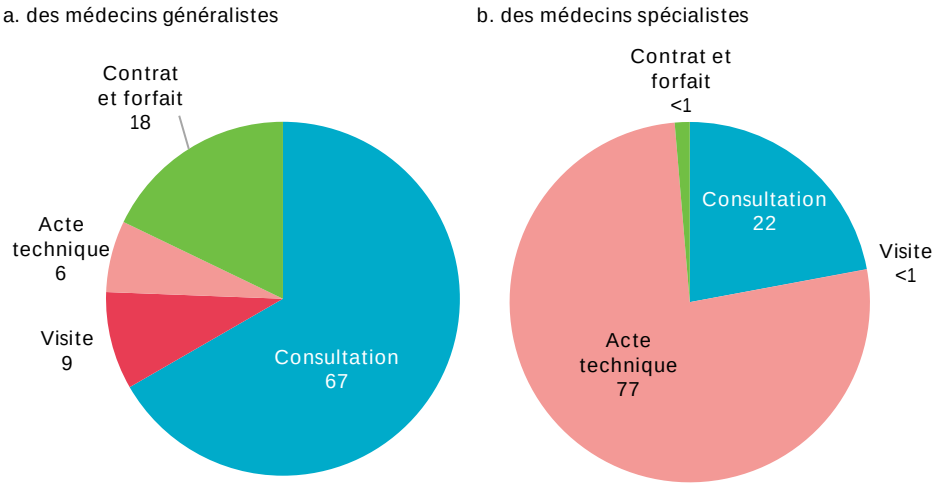
Graphique 1 Évolution mensuelle de la dépense remboursable des médecins en 2019 et 2020



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés (CVS, CJO).
Champ > Dépense présentée au remboursement hors contrats et assimilés, Assurés du régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

Graphique 2 Structure de la dépense de soins des médecins en 2020

En %



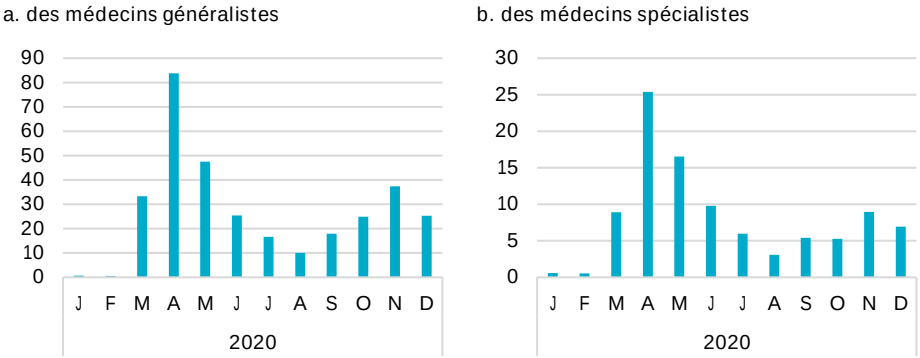
Source > DREES, comptes de la santé.

Le recours à la téléconsultation pendant **l'année 2020 reste limité**

Même si la consultation à distance existait avant la pandémie de Covid-19, son utilisation restait marginale. Elle a connu un certain essor pendant le premier confinement : en avril 2020, la dépense remboursable de soins en téléconsultations s'est élevée à 84 millions d'euros pour les généralistes et à 25 millions d'euros pour les spécialistes *(graphique 3)*. Ces derniers réalisant plus d'actes techniques que les généralistes, le recours à la téléconsultation est plus réduit. Le mois d'avril constitue un pic dans l'usage de la téléconsultation qui représente alors 20 % du total de la dépense remboursable chez les généralistes. La téléconsultation recule ensuite avec la levée des restrictions puis progresse de nouveau au mois de novembre, mais de façon nettement moins marquée.

Graphique 3 Évolution mensuelle de la dépense remboursable de soins en téléconsultation en 2020

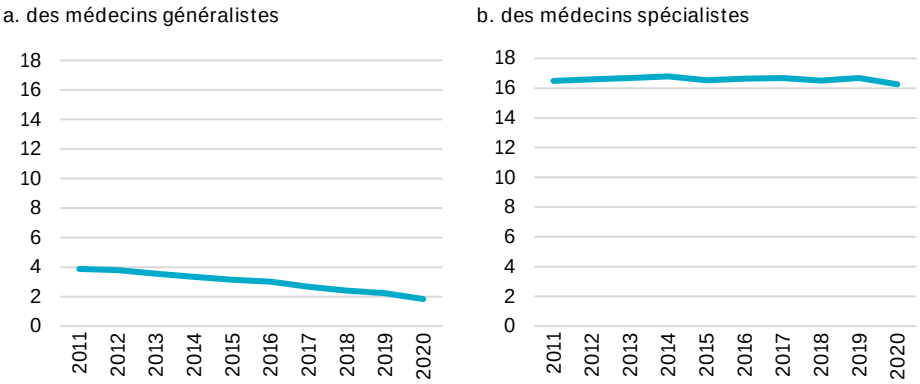
En millions d'euros



Champ > Affiliés au régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

Graphique 4 Part des dépassements dans la consommation des médecins

En %



Lecture > En 2020, les dépassements représentent 1,8 % de la consommation de soins des généralistes libéraux.
Source > DREES, comptes de la santé.

Les dépassements poursuivent leur repli chez les généralistes

Les dépassements ne représentent qu'une faible part des honoraires des médecins généralistes libéraux (1,8 % en 2020) *(graphique 4)*. Ils sont en repli depuis plusieurs années. En effet, le nombre de médecins généralistes libéraux de secteur 2 pratiquant des honoraires libres diminue tendanciellement (-11,8 % par an en moyenne entre 2010 et 2020 d'après les données de la Caisse nationale de l'Assurance maladie [CNAM]). Les accords signés en octobre 2012 entre l'Assurance maladie et trois syndicats de médecins afin de limiter les dépassements d'honoraires et d'améliorer l'accès aux soins pourraient également expliquer cette modération, tout comme la mise en place du contrat d'accès aux soins (CAS) en 2015 et des options pratiques tarifaires maîtrisées (Optam pour les médecins de secteur 2 et Optam-co pour les spécialistes en chirurgie ou en gynécologie-obstétrique) en 2017 *(glossaire)*.

À l'inverse, les dépassements d'honoraires continuent de représenter une part conséquente des honoraires des médecins spécialistes libéraux, 16,3 % en 2020, en légère baisse (-0,4 point) par rapport à 2019. Depuis 2010, la part des dépassements reste stable.

La part des soins effectués en centres de santé continue d'augmenter

La consommation de soins en centres de santé (héritiers des anciens dispensaires) représentait en 2010 1,5 % des soins chez les généralistes et 2,5 % des soins chez les spécialistes. Dix ans plus tard, cette proportion est passée à 3,1 % pour les généralistes et à 3,4 % pour les spécialistes. Alors que les centres de santé sont majoritairement urbains, ils permettent depuis quelques années d'étoffer l'offre médicale dans les zones les moins bien dotées grâce, notamment, à un fonctionnement attractif, une prise en charge de tous les publics, des amplitudes horaires plus faibles, un travail en équipe ou des délégations des tâches administratives.

Par ailleurs, une part importante de la consommation de soins des spécialistes libéraux est effectuée en clinique privée[1]. Les soins des médecins spécialistes réalisés en cliniques privées représentent 5,4 milliards d'euros en 2020, soit presque le tiers de la consommation en ville. Dans les comptes de la santé, cette partie est comptabilisée dans la consommation de soins effectués en cliniques privées.

Les médecins sont plus nombreux et de plus en plus souvent salariés

Après une croissance nulle en 2019, les effectifs de médecins augmentent de nouveau en 2020 mais à un rythme modéré de 1,0 % *(tableau 3)*. La progression régulière des effectifs au cours de la période 2012-2020, à un rythme de +0,6 % par an en moyenne, est surtout portée par celle des médecins salariés et en particulier par des médecins salariés hospitaliers.

Au cours de la période 2012-2020, le taux de croissance annuel moyen est en effet nul pour les médecins libéraux et mixtes mais de 1,5 % pour les médecins salariés. En 2020, le *numerus clausus* augmente de 1,7 % pour atteindre 9 361 places, après une forte hausse en 2019 (+7,5 %). Les effets de ces hausses mettront plusieurs années à se faire répercuter sur les effectifs de médecins, leur formation étant longue (de neuf à onze ans selon les spécialités).

Tableau 2 Effectifs de médecins par mode conventionnel et *numerus clausus*

	2012	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)	TCAM 2012/2020 (en %)
Ensemble	215 930	222 453	223 739	225 046	225 064	227 298	1,0	0,6
Médecins libéraux et mixtes	128 589	128 832	128 576	128 289	127 640	128 602	0,8	0,0
Médecins salariés	87 341	93 621	95 163	96 757	97 424	98 696	1,3	1,5
dont salariés hospitaliers	*60 817*	*66 691*	*68 160*	*69 491*	*69 959*	*70 804*	*1,2*	*1,9*
Numerus clausus	7 850	8 018	8 473	8 563	9 204	9 361	1,7	2,2

TCAM : taux de croissance annuel moyen.
Lecture > Au 1er janvier 2020, il y a 227 298 médecins en France, dont 98 696 médecins libéraux et mixtes et 70 804 médecins salariés.
Sources > DREES, RPPS 2012-2020, calculs DREES.

1 Par convention, les comptes de la santé évaluent la consommation de soins selon leur lieu d'exécution et non selon le statut du praticien.

Les dépenses de soins de médecins restant à la charge des ménages baissent

La Sécurité sociale finance, en 2020, 78,6 % de la consommation de soins des médecins généralistes. L'État (aide médicale de l'État, prise en charge des dépenses des anciens combattants et complémentaire santé solidaire versée par les organismes de base) en prend en charge 2,1 %. Les organismes complémentaires participent à hauteur de 13,0 % des dépenses et les ménages prennent en charge les 6,3 % restants, soit 601 millions d'euros en 2020.

La part prise en charge par les ménages a baissé entre 2011 et 2020. Le reste à charge représentait, en 2011, 10,1 % de la dépense des médecins généralistes contre 6,3 % en 2020, soit une baisse de 3,7 points.

La consommation de soins des médecins spécialistes est prise en charge à hauteur de 67,1 % par la Sécurité sociale, 0,9 % par l'État, 21,2 % par les organismes complémentaires et 10,7 % par les ménages.

Le reste à charge des ménages a aussi baissé pour ce poste entre 2011 et 2020. Il est passé de 13,0 % en 2011 à 10,7 % en 2020, soit une baisse de 2,2 points. ■

Tableau 3 Répartition des dépenses des auxiliaires médicaux par type de financeur en 2020

En millions d'euros

	Généralistes		Spécialistes	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	7 464	78,6	7 837	67,1
État, CSS organismes de base	203	2,1	106	0,9
Organismes complémentaires	1 231	13,0	2 477	21,2
Ménages	601	6,3	1 254	10,7
Ensemble	9 499	100,0	11 673	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

04 Les soins de sages-femmes

La consommation de soins de sages-femmes en ville, exerçant au sein de cabinets libéraux ou de centres de santé, s'élève à 417 millions d'euros en 2020.
Elle représente 0,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

La consommation de soins de sages-femmes ralentit en 2020

En 2020, la consommation de **soins de sages-femmes** s'élève à 417 millions d'euros. En incluant le dispositif d'aide exceptionnel mis en place pour soutenir le revenu des praticiens ayant subi une baisse d'activité lors du premier confinement, elle s'élèverait à 420 millions d'euros *(tableau 1)*.

Les dépenses de soins de sages-femmes ralentissent en 2020 (+5,8 % en valeur, contre +12,8 % en 2019) en raison d'une moindre hausse des volumes de soins (+5,3 %, après +12,3 % en 2019) *(graphique 1)*.

La consommation des soins de sages-femmes a été marquée par la période du premier confinement de mars à mai 2020, avec une baisse de l'activité de 18,5 % par rapport au mois de janvier 2020.

À compter du mois de juin, l'activité redémarre avec la levée des mesures sanitaires, à un niveau plus élevé que celui d'avant la crise. Ce rattrapage se poursuit tout l'été : l'activité entre juin et août 2020 est en moyenne 4,6 % plus élevée que celle du mois de janvier 2020. L'activité au dernier trimestre de l'année est aussi légèrement plus élevée que celle du mois de janvier et n'a donc pas été touchée par les mesures sanitaires prises lors du deuxième confinement.

Cette croissance est en partie portée par celle des prélèvements nasopharyngés pour les tests PCR. En effet, depuis mars 2020 les sages-femmes sont habilitées à pratiquer les tests PCR.

Un dispositif d'indemnisation de perte d'activité (DIPA) *[fiche 2]* a été mis en place lors du premier confinement et est venu compenser les pertes de revenus des sages-femmes entre mai et juillet *(graphique 2)*.

Une consommation très dynamique, du fait du PRADO et de la diversification des activités

Entre 2011 et 2019 la consommation de soins de sages-femmes a été particulièrement dynamique, augmentant de 10,6 % en moyenne annuelle au cours de cette période. L'année 2013 est marquée par la mise en œuvre du programme de retour à domicile organisé (PRADO) et de la revalorisation de certains actes.

L'objectif de ce programme est de réduire la durée du séjour en maternité après l'accouchement, en instaurant notamment deux visites à domicile d'une sage-femme après la naissance. Depuis 2013, le nombre de naissances en France a diminué de 1,8 % par an, l'effet du PRADO l'emporte toutefois au cours de la période sur ce pur facteur démographique.

L'activité des sages-femmes libérales est diversifiée : visites à domicile, actes infirmiers et non infirmiers, forfait de surveillance, préparation à l'accouchement, etc. À partir de 2013, du fait de la mise en place du PRADO, les visites à domicile associées à la surveillance après accouchement, ainsi que les actes non infirmiers se sont développés. Inversement, les actes infirmiers et les préparations à l'accouchement représentent une part de moins en moins importante de l'activité des sages-femmes. Les lois sur la santé de 2009 et 2016 ont élargi le champ de compétences des sages-femmes de la périnatalité à la gynécologie, suggérant un renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes en bonne santé.

La mise en œuvre de la loi du 26 janvier 2016 permet notamment aux sages-femmes de prescrire et de pratiquer des IVG médicamenteuses, et des vaccinations pour les parturientes, nouveau-nés ainsi que pour l'entourage. Elles sont également habilitées à prescrire des substituts nicotiniques. Cet élargissement de compétences intervient alors même que la population de gynécologues devrait continuer à baisser, selon les projections de la DREES. Une telle évolution des pratiques soutiendrait la progression de la consommation future de soins de sages-femmes.

Tableau 1 Consommation de soins de sages-femmes

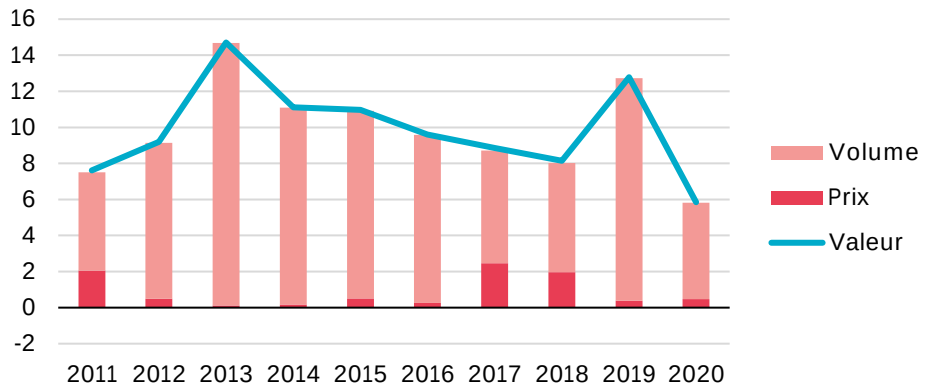
En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2020 y compris DIPA[1]
Consommation totale	175	297	323	349	394	417	420
Honoraires et assimilés	172	296	320	346	390	410	
Contrats et assimilés	3	0	3	4	4	7	
Évolution (en %)	7,6	9,6	8,9	8,1	12,8	5,8	6,6
Prix (en %)	2,1	0,3	2,5	2,0	0,4	0,5	So
Volume (en %)	5,5	9,3	6,2	6,1	12,3	5,3	So

1. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité *(fiche 2)*.
So : sans objet.
Sources > DREES, **comptes de la santé ;** Insee pour l'indice des prix à la consommation.

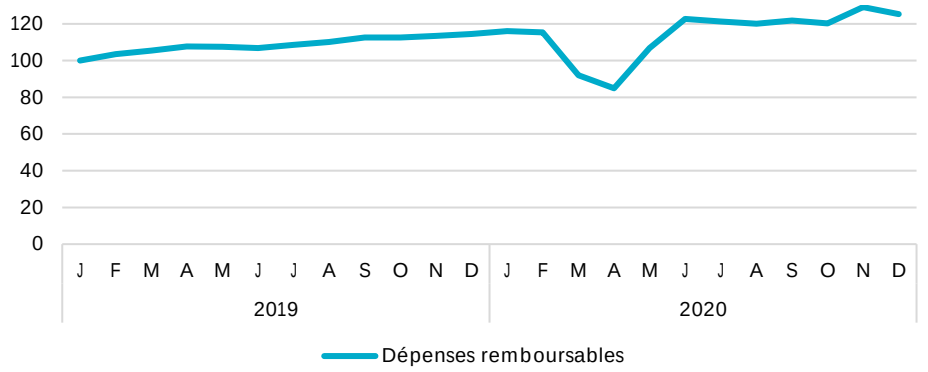
Graphique 1 Évolution de la consommation des soins de sages-femmes

En %



Sources > DREES, **comptes de la santé ;** Insee pour l'indice de prix à la consommation

Graphique 2 Évolution mensuelle de la dépense remboursable des soins de sages-femmes en 2019 et 2020



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés (CVS, CJO).
Champ > Assurés du régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

Plus d'un quart des sages-femmes exercent en libéral

En 2020, la croissance des effectifs de sages-femmes est en légère hausse (+1,0 % par rapport à 2019). Les effectifs salariés à l'hôpital en France métropolitaine continuent de diminuer (-1,8 %) pour atteindre 60,2 % du total. En revanche, entre 2019 et 2020, le nombre des sages-femmes exerçant en libéral augmente de 5,3 % pour atteindre 33,0 % du total en métropole *(tableau 2)*.

Par ailleurs, 4,3 % des soins de sages-femmes sont délivrés en centre de santé, une part en progression constante depuis 2014 (*graphique 3)*.

Les consultations constituent toujours la part la plus élevée des soins de sages-femmes, soit 91 % du total des soins. Le reste de la dépense est principalement constitué d'actes techniques *(graphique 4)*.

Tableau 2 Évolution des effectifs des sages-femmes

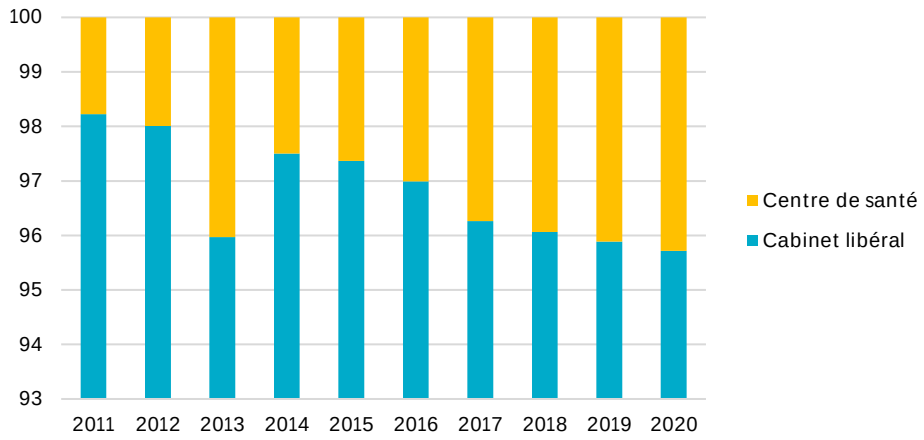
En %

	2011	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble des sages-femmes	-1,2	3,2	1,9	0,4	0,6	1,0
Salariés hospitaliers	0,2	0,3	-0,2	-2,3	-1,4	-1,8
Autres salariés	1,0	2,2	-0,4	2,9	2,3	5,5
Libéraux	15,4	11,4	7,7	6,1	4,3	5,3

Note > Les effectifs de l'année *n* correspondent aux professionnels de santé recensés au répertoire Adeli au 1er janvier *n*.
Champ > France.
Sources > DREES, Adeli 2012-2020.

Graphique 3 Lieu d'exécution des soins de sages-femmes

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Une dépense majoritairement prise en charge par la Sécurité sociale

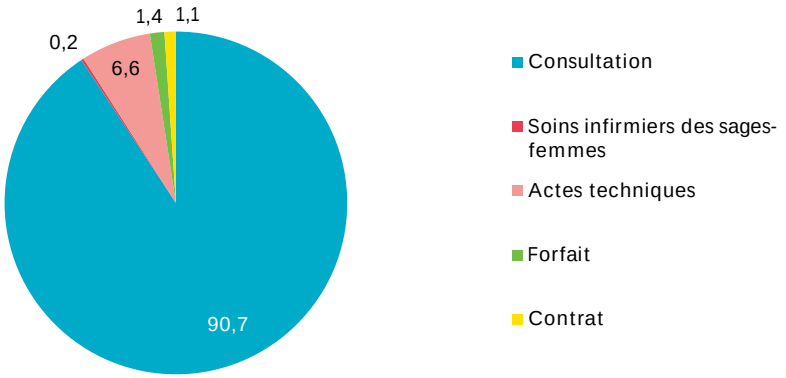
En 2020, la part de la prise en charge par la Sécurité sociale des soins de sages-femmes constitue le principal financeur, avec 91,0 % de la dépense *(tableau 3)*.

6,0 % sont pris en charge par les organismes complémentaires. Cette part augmente légèrement en 2020 (+0,1 point par rapport à 2019), de même que la part des ménages qui passe à 2,1 % en 2020, contre 2,0 % en 2019.

Enfin, la part attribuée à l'État connaît également une légère hausse (1,0 % en 2020 contre 0,9 % en 2019). ■

Graphique 4 Répartition des soins de sages-femmes en 2020

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins de sages-femmes par type de financeur en 2020

En millions d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	379	91,0
État et CSS organismes de base	4	1,0
Organismes complémentaires	25	6,0
Ménages	9	2,1
Ensemble	**417**	**100,0**

Source > DREES, comptes de la santé.

05 Les soins infirmiers

En 2020, la consommation de soins infirmiers s'élève à 11,3 milliards d'euros. **Elle progresse de 7,2 %** par rapport à l'année précédente, après +3,4 **% en 2019. Contrairement aux autres praticiens libéraux,** l'activité des infirmiers a peu **été touchée par les mesures de restrictions sanitaires. À partir du mois de juin 2020,** l'activité a même été très dynamique, portée **par la demande de prélèvements nasopharyngés.**

La croissance de l'activité en 2020 est portée par les prélèvements nasopharyngés

En 2020, la consommation de soins infirmiers[1] en ville (infirmiers libéraux ou salariés en centre de santé) s'élève à 11,3 milliards d'euros (*tableau 1*). Elle accélère par rapport à l'année précédente (+7,2 % en valeur, après +3,4 % en 2019). Les soins infirmiers représentent, en 2020, 5,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux.

En 2020, cette consommation de soins est également portée par les revalorisations d'actes accordées dans le cadre des avenants 5 et 6 à la convention nationale des infirmières et infirmiers libéraux[2].

La croissance des soins infirmiers a toujours été dynamique : +4,6 % en moyenne annuelle entre 2011 et 2019. Elle est portée par le vieillissement de la population et par le virage ambulatoire du système de soins (avec par exemple l'extension du programme d'aide au retour à domicile après hospitalisation [PRADO] depuis 2012).

Tableau 1 Consommation de soins infirmiers en ville

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2020 y compris DIPA[1]
Consommation totale	7 384	9 559	9 908	10 232	10 576	11 335	11 377
Évolution (en %)	5,4	3,8	3,7	3,3	3,4	7,2	7,6
Prix (en %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	So
Volume (en %)	5,4	3,8	3,7	3,3	3,4	7,2	So
dont Ssiad[2]	*1 462*	*1 674*	*1 721*	*1 738*	*1 759*	*1 879*	
Évolution (en %)	*5,0*	*1,1*	*2,8*	*1,0*	*1,2*	*6,8*	

1. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité ***(fiche 2)*.**
2. À compter de l'édition 2020, les services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) sont inclus dans le poste de soins infirmiers pour l'ensemble de la période 2010-2020.

So : sans objet.

Note > La consommation totale inclut la rémunération des infirmiers au titre des contrats et forfaits, qui représente 28 millions d'euros en 2020.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

1 Cette année, les dépenses des services de soins infirmiers à domicile (Ssiad) ont été intégrées dans le poste des soins infirmiers pour l'ensemble de la période 2010-2020. Dans les précédentes éditions, elles étaient comptabilisées dans les soins de longue durée aux personnes âgées au sein de l'agrégat « dépense courante de santé au sens international ». En 2020, les dépenses des Ssiad représentent 1,9 milliard d'euros, soit 16,6 % du poste des soins infirmiers. La dynamique des Ssiad étant différente de celle du reste des soins infirmiers, les évolutions ne sont pas comparables à celles publiées les années antérieures.

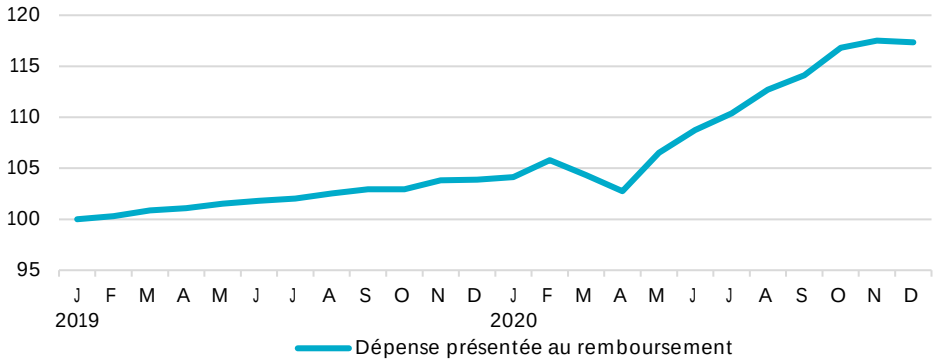
2 Comme pour d'autres postes de dépenses, l'indice des prix ne prend pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres clés. Ainsi, l'indice de prix, stable depuis 2014, ne traduit pas les hausses de prix qui ont pu intervenir sur certains actes et majorations.

Au cours de l'année 2020, la consommation de soins infirmiers poursuit sa croissance tendancielle jusqu'en février 2020, puis diminue au mois de mars lors du premier confinement. Cette baisse reste toutefois modeste puisque l'activité de mars à mai 2020 est en moyenne équivalente à celle du mois de janvier 2020. Globalement, la diminution de l'activité durant la première période de restriction sanitaire est très inférieure à celle observée pour les autres praticiens libéraux.

À partir du mois de juin, l'activité des infirmiers redémarre très fortement, avec un rythme de croissance mensuelle de 1,8 % entre juin et octobre 2020 (contre en moyenne 0,3 % par mois avant le début de la crise sanitaire). Cette croissance est portée par celle des prélèvements nasopharyngés pour les tests PCR *(graphique 2)*. L'activité stagne à partir du mois de novembre mais le niveau d'activité en décembre 2020 reste toutefois 13 % plus élevé que celui du mois de janvier 2020.

De ce fait, les infirmiers ont peu eu recours au dispositif d'aide mise en place durant le premier confinement pour compenser la perte d'activité (le DIPA[1]). Ce dispositif ne représente pour les infirmiers que 42 millions d'euros en 2020.

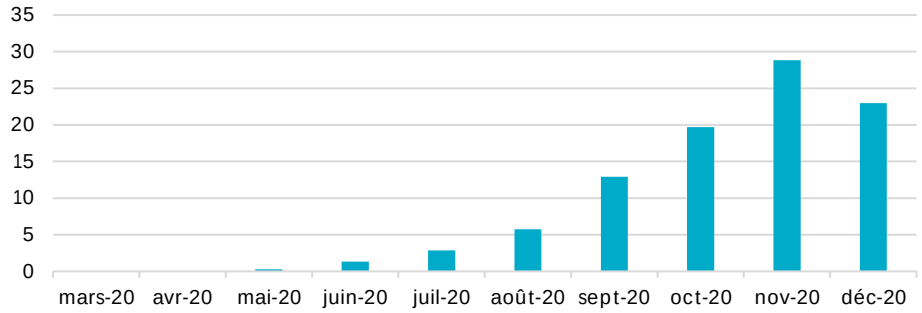
Graphique 1 Évolution mensuelle de la dépense remboursable des infirmiers en 2019 et 2020



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés.
Champ > Assurés du régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

Graphique 2 Remboursement au titre des prélèvements nasopharyngés au titre des tests RT-PCR réalisés par les infirmiers

En millions d'euros



Champ > France métropolitaine, assurés du régime général.
Source > CNAM.

1 Dans les comptes de la santé, le DIPA n'est pas considéré comme une dépense de santé et n'est pas intégré à la consommation de soins et de biens médicaux. Les montants versés sont comptabilisés en subventions et inclus au sein des dépenses de gouvernance du système de santé.

La structure de la dépense reste stable en 2020

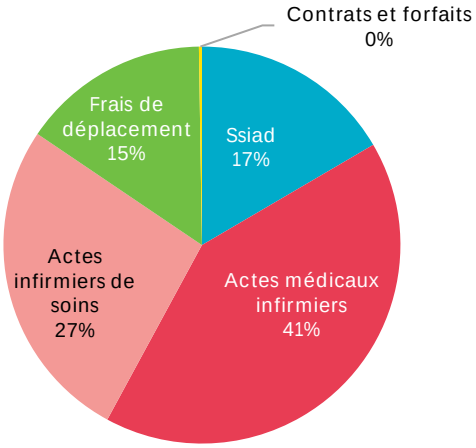
La structure de la consommation de soins infirmiers reste stable en 2020 : les actes médico-infirmiers (injections, pansements, etc.) représentent 41 % de la dépense, les actes infirmiers de soins (séances de soins, surveillance, etc.) 27 %, les frais de déplacement 15 % de la dépense et les Ssiad les 17 % restants *(graphique 3)*.
Par ailleurs, seule une très faible part des dépenses de soins infirmiers est effectuée en centre de santé. En 2020, elles ne représentent que 2,2 % de la dépense de soins infirmiers en ville.

Les effectifs des infirmiers progressent en moyenne de 3,0 % ar an entre 2016 et 2020

Au 1er janvier 2020, 744 000 infirmiers exercent leur activité en Fance. Les effectifs progressent de 3,0 % entre 2019 et 2020. La croissance des effectifs s'est légèrement infléchie à partir de l'année 2016 ; elle était de +3,9 % en moyenne annuelle entre 2012 et 2016, puis de +3,0 % entre 2016 et 2020 *(tableau 2)*.
L'exercice en libéral est minoritaire chez les infirmiers : au 1er janvier 2020, seulement 18 % d'entre eux pratiquent sous ce statut. 65 % des infirmiers sont salariés hospitaliers dans le secteur public ou privé et 18 % sont salariés d'une autre structure (centre de santé, établissement pour handicapés, établissement scolaire, etc.).

Graphique 3 Structure de la consommation de soins infirmiers en ville

En %



Champ > France.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Effectifs des infirmiers

	2012	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2020/2019 (en %)	Structure 2020 (en %)
Ensemble	567 363	660 611	681 459	700 988	722 572	744 307	3,0	100,0
Salariés hospitaliers	388 666	434 302	444 614	456 830	468 378	479 836	2,4	64,5
Libéraux	91 631	116 800	122 341	123 821	127 747	131 575	3,0	17,7
Autres salariés	87 066	109 509	114 504	120 337	126 447	132 896	5,1	17,9

Note > Les effectifs de l'année *n* correspondent aux professionnels de santé recensés au répertoire Adeli au 1er janvier *n*.
Champ > France.
Sources > DREES, Adeli 2012-2020.

La Sécurité sociale prend en charge 94 % des dépenses de soins infirmiers

Le financement des dépenses de soins infirmiers est principalement assuré par la Sécurité sociale, les Ssiad en particulier étant pris en charge à 100 %. En 2020, elle contribue à hauteur de 94,1 % de la dépense *(graphique 4)*. L'État contribue pour 0,5 % de la dépense (complémentaire santé solidaire versée par les organismes de base, aide médicale d'État et invalides de guerre) et les organismes complémentaires 4,3 %. Le reste à charge des ménages représente 1,1 % de la dépense, soit 127 millions d'euros en 2020. La structure du financement des soins infirmiers n'a pratiquement pas évolué sur les dix dernières années. ■

Graphique 4 Répartition des dépenses de soins infirmiers par type de financeur en 2020

En millions d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	10 665	94,1
État, CSS organismes de base	53	0,5
Organismes complémentaires	490	4,3
Ménages	127	1,1
Ensemble	11 335	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Millien, C. (2018, mai). 53 % d'infirmiers en plus entre 2014 et 2040, une forte hausse qui répond à la demande de soins. DREES, *Études et Résultats,* 1062.

> **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2018, juillet). Rapport Charges et produits pour l'année 2019. Partie 2.3.1 « Analyse du poste soins infirmiers : près des 2/3 des dépenses sont mobilisées pour la prise en charge de 3 groupes de pathologies ».

> **Caisse nationale de l'Assurance maladie** (2019, juillet). Rapport Charges et produits pour l'année 2020.

> Legendre, B., Aberki, C., Chaput, H. avec la collaboration de Gateaud, G. (2019, janvier). Infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes et sages-femmes : l'accessibilité s'améliore malgré des inégalités. DREES, *Études et Résultats,* 1100.

06 Les soins des auxiliaires médicaux hors infirmiers

En 2020, la consommation des soins des auxiliaires médicaux (hors infirmiers) s'élève à 7,0 milliards d'euros. Elle chute de 11,9 % par rapport à l'année précédente, **après +4,5 %** en 2019. L'activité de ces pra**ticiens a fortement été touchée par les mesures de restriction sanitaire dans des proportions différentes selon le poste de dépense considéré.**

Les dépenses des auxiliaires médicaux en forte baisse

La consommation de soins des autres auxiliaires médicaux (hors soins des infirmiers) s'élève, en 2020, à 7,0 milliards d'euros. Elle est en forte baisse en 2020 : -11,9 % après +4,5 % en 2019 *(tableau 1)*. Les dépenses des soins d'auxiliaires médicaux représentent, en 2020, 3,4 % de la consommation totale de soins et de bien médicaux.

Une activité durement touchée par le premier confinement pour l'ensemble des auxiliaires médicaux

L'activité des auxiliaires médicaux a été très durement affectée par les mesures de restriction sanitaire prises lors du premier confinement, le 17 mars 2020. En moyenne, l'évolution de l'activité de mars à mai 2020 est inférieure de 56 % à celle du mois de janvier 2020 *(graphique 1)*. Durant le mois d'avril 2020, intégralement passé en confinement, l'activité des auxiliaires chute de 85 % par rapport à celle de janvier 2020. Pour ce mois, la perte d'activité est plus prononcée pour les orthoptistes (-96 %) et les pédicures (-94 %) que pour les masseurs-kinésithérapeutes (-85 %) et les orthophonistes (-85 %). Globalement, l'activité se redresse à partir de la levée des mesures le 11 mai et retrouve son niveau d'avant la crise à partir du mois de juillet. Elle reste à ce niveau pour les masseurs-kinésithérapeutes sur le reste de l'année 2020.

Pour les orthophonistes, l'activité au troisième trimestre 2020 est légèrement plus élevée que celle du mois du janvier (+4 %), puis fléchit de nouveau en fin d'année lors de la mise en place du second confinement, le 30 octobre.

Pour les orthoptistes et les pédicures, l'activité repart à un niveau plus élevé que celui d'avant la crise. En moyenne, elle est respectivement +11 % et +4 % plus élevée sur les six derniers mois que celle du mois de janvier 2020.

Tableau 1 Consommation de soins des auxiliaires médicaux

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2020 y compris DIPA[1]
Consommation totale	5 635	7 159	7 385	7 634	7 975	7 025	7 187
Masseurs-kinésithérapeutes	4 641	5 877	6 058	6 224	6 453	5 687	5 833
Orthophonistes	855	1 090	1 126	1 152	1 204	1 018	1 033
Orthoptistes	123	161	167	219	275	277	279
Pédicures-podologues	16	31	35	39	44	42	42
Évolution (en %)	2,6	4,3	3,2	3,4	4,5	-11,9	-9,9
Prix (en %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	So
Volume (en %)	2,6	4,3	3,2	3,4	4,5	-11,9	So

1. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité *(fiche 2)*.

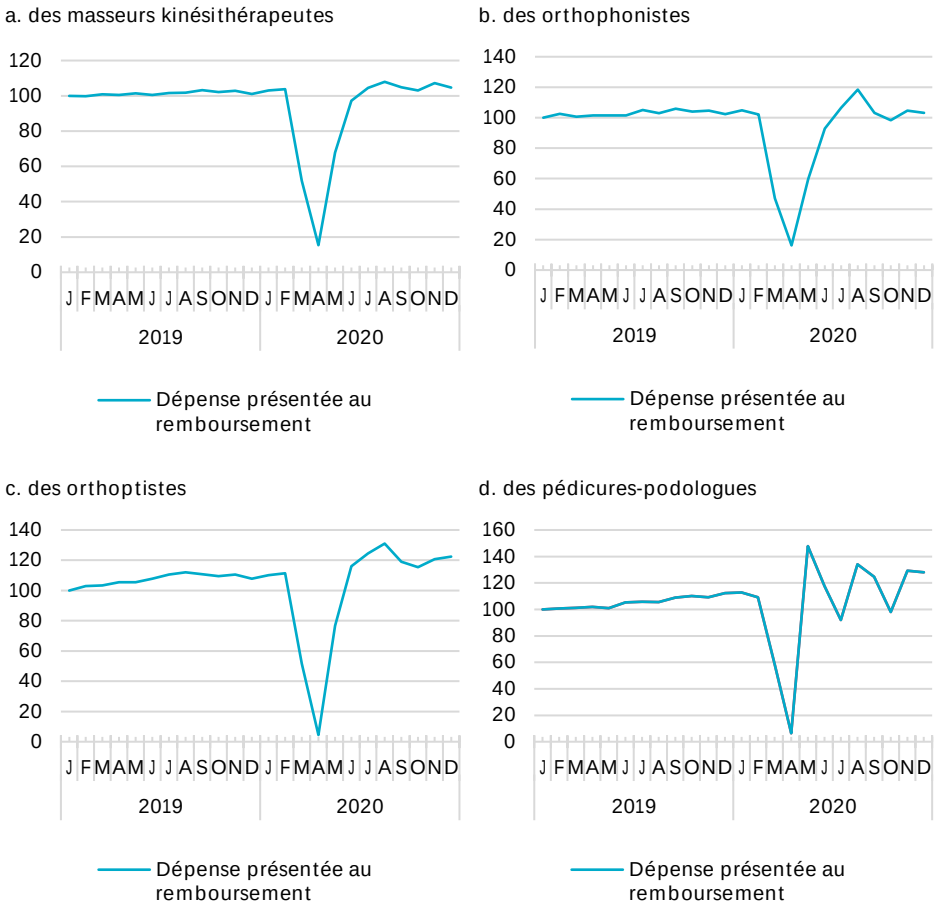
So : sans objet.

Note > L'activité des pédicures-podologues retrace uniquement les actes prescrits par un médecin et pris en charge par la Sécurité sociale.

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice de prix à la consommation.

L'Assurance maladie a mis en place une aide spécifique pour soutenir le revenu des praticiens touchés par la crise sanitaire : le dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA[1]) *[fiche 2]*. Parmi les auxiliaires médicaux, les masseurs kinésithérapeutes ont été les principaux bénéficiaires de ces aides. Dans l'ensemble, les auxiliaires médicaux ont bénéficié d'une enveloppe de 163 millions d'euros en 2020 au titre du DIPA.

Graphique 1 Évolution mensuelle de la dépense remboursable des auxiliaires médicaux en 2019 et 2020



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés (CVS, CJO).
Champ > France métropolitaine.
Source > CNAM.

1 Dans les comptes de la santé, le DIPA n'est pas considéré comme une dépense de santé et n'est pas intégré à la consommation de soins et de biens médicaux. Les montants versés sont comptabilisés en subventions et inclus au sein des dépenses de gouvernance du système de santé

Les soins de masso-kinésithérapie en baisse de près de 12 % en 2020

La consommation de soins de masso-kinésithérapie s'élève à 5,7 milliards d'euros en 2020, en baisse de 11,9 % par rapport à l'année 2019. Cette baisse intervient après une hausse moyenne de 4,2 % par an entre 2011 et 2019.

Après la revalorisation de certains actes (essentiellement sur des actes de rééducation) mise en œuvre au 1er juillet 2019[1], les actes des masseurs-kinésithérapeutes n'ont pas été revalorisés au cours de l'année 2020.

Le dynamisme de la consommation de soins de masso-kinésithérapie en valeur est donc porté par le dynamisme des volumes en partie lié au vieillissement de la population. Les actes de rééducation ostéo-articulaire (AMS) représentent en effet 67 % de la consommation de soins de masso-kinésithérapie en 2020 *(graphique 2)*. Ces actes, auxquels recourent les personnes âgées dépendantes, occupent une place de plus en plus importante dans la consommation de soins de masseurs-kinésithérapeutes (+3 points depuis 2011).

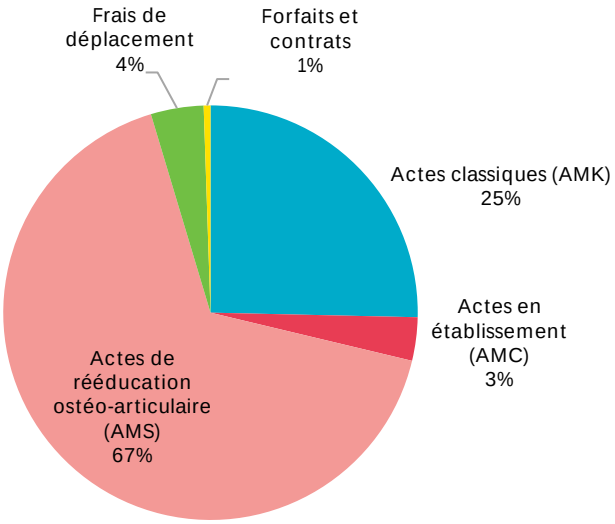
Au 1er janvier 2020, 91 485 masseurs-kinésithérapeutes exercent en France. 80 % d'entre eux exercent en libéral *(tableau 2)*.

En 2020, 65 % de la consommation de soins des masseurs-kinésithérapeutes est prise en charge par l'Assurance maladie *(tableau 3)*. Ce taux de prise en charge est légèrement inférieur à la moyenne des soins en ambulatoire (69 % en 2020).

Les organismes complémentaires financent 17 % de la dépense et l'État (CSS, AME et soins urgents) 1 %, laissant 17 % de la dépense à la charge des ménages, soit 973 millions d'euros en 2020.

Graphique 2 Structure de la dépense de soins des masseurs-kinésithérapeutes en 2020

En %



Sources > DREES, comptes de la santé ; CNAM.

1 Comme pour d'autres postes de dépense, l'indice des prix ne prend pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres clés. Ainsi, l'indice de prix, stable depuis 2014, ne traduit pas la hausse de prix qui ont pu intervenir sur certains actes et majorations.

Tableau 2 Effectifs des auxiliaires médicaux

	2017	2018	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)
Masseurs-kinésithérapeutes	84 448	89 048	89 164	91 485	2,6
dont libéraux	*66 256*	*70 424*	*71 052*	*73 229*	*3,1*
Orthophonistes	25 467	25 607	26 336	26 984	2,5
dont libéraux	*20 700*	*20 787*	*21 337*	*21 820*	*2,3*
Orthoptistes	4 643	4 876	5 185	5 506	6,2
dont libéraux	*2 940*	*3 014*	*3 123*	*3 242*	*3,8*
Pédicures-podologues	14 039	n.d.	n.d.	n.d.	
dont libéraux	*13 782*	*n.d.*	*n.d.*	*n.d.*	

Note > Les effectifs de l'année *n* correspondent aux professionnels de santé recensés aux répertoires Adeli au RPPS au 1er janvier *n*.
Champ > France.
Source > DREES, Adeli 2017-2020.

Tableau 3 Répartition des dépenses des auxiliaires médicaux par type de financeur en 2020

En millions d'euros

	Masseurs-kinésithérapeutes		Orthophonistes		Orthoptistes		Pédicures-podologues	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	3 695	65	686	67	142	51	39	91
État et CSS organismes de base	56	1	40	4	7	3	0	0
Organismes complémentaires	963	17	194	19	55	20	3	7
Ménages	973	17	100	10	73	26	1	2
Ensemble	5 687	100	1 018	100	277	100	42	100

Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins d'orthophonistes en très forte baisse en 2020

La consommation de soins d'orthophonie s'élève à 1,0 milliard d'euros en 2020, en baisse de 15,4 % par rapport à 2019. Cette baisse est entièrement portée par celle des volumes, en l'absence de revalorisation de la cotation de la lettre clé[1]. Auparavant, la consommation de soins des orthophonistes était dynamique, en hausse en moyenne de +4,4 % par an entre 2011 et 2019. Elle est portée par la demande croissante de traitement des troubles du langage écrit (dyslexie, dysorthographie, etc.).

Au 1er janvier 2020, près de 27 000 orthophonistes exercent en France. 81 % d'entre eux exercent en secteur libéral. Cette profession est quasi exclusivement féminine.

En 2020, la Sécurité sociale prend en charge 67 % de la dépense et l'État 4 % (CSS, AME et soins urgents). Les organismes complémentaires financent 19 % des soins d'orthophonistes et les ménages prennent en charge les 10 % restants, soit une dépense de 100 millions d'euros en 2020.

1 En juillet 2017, un avenant à la convention nationale des orthophonistes libéraux a été signé par la Fédération nationale des orthophonistes et l'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (Uncam). Cet accord prévoit les mises en œuvre progressives, entre 2018 et 2019, de plusieurs revalorisations de cotations d'actes du bilan orthophonique, ainsi que la mise en place de forfaits et majorations visant à valoriser l'activité des orthophonistes et à soutenir leur implication dans certaines prises en charge. L'indice des prix ne prend pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres clés : les changements de cotations se traduisent en conséquence par un pur effet de volume.

Les soins d'orthoptistes continuent de progresser, grâce à une activité très soutenue en fin d'année

Les soins d'orthoptistes, qui s'élèvent à 277 millions d'euros en 2020, progressent de 0,7 %, compte tenu du fort rebond de l'activité au cours des six derniers mois de l'année 2020. Cette augmentation est toutefois nettement inférieure à celles des deux années précédentes : +30,9 % en 2018 et +25,6 % en 2019. Ces progressions exceptionnelles résultent à la fois de la hausse du nombre d'actes (portée notamment par la création de nouveaux actes comme la mesure de l'acuité visuelle et de la réfraction avec ou sans dilatation) et de leur revalorisation en 2018. Comme pour les autres auxiliaires médicaux, cette revalorisation n'est pas captée par l'indice de prix.

Au 1er janvier 2020, 5 500 orthoptistes sont recensés en France. Les effectifs d'orthoptistes progressent de 5,8 % par an en moyenne entre 2017 et 2020. Seulement 59 % d'entre eux exercent dans le secteur libéral. Comme pour les orthophonistes, il s'agit d'une profession principalement féminine.

En 2020, la Sécurité sociale prend en charge 51 % de la dépense et l'État 3 %. Les organismes complémentaires financent 20 % des soins d'orthophonistes. La part à la charge des ménages est donc assez élevée sur ce poste : ces derniers prennent en charge 26 % de la dépense, soit un reste à charge de 73 millions d'euros en 2020. Celle-ci a légèrement progressé au cours des dix dernières années. En 2011, les ménages ne finançaient que 23 % de la consommation de soins des orthoptistes.

Les dépenses de soins de pédicures-podologues progressent rapidement

Les soins de pédicures-podologues pris en charge par l'Assurance maladie représentent une dépense de 42 millions d'euros en 2020, en baisse de 3,0 % après +10,4 % en 2019. En rapide progression, ils ont évolué en moyenne de 13,5 % par an entre 2011 et 2019.

En 2017 (dernière année disponible), 14 000 pédicures-podologues sont recensés en France métropolitaine. La plupart d'entre eux exercent dans le secteur libéral (98 % en 2017).

Les dépassements liés aux actes des pédicures-podologues ont baissé de façon marquée ces dernières années : ceux-ci représentent 6,4 % de la dépense en 2020 contre 37,3 % en 2011.

La Sécurité sociale finance 91 % de la dépense des pédicures-podologues en 2020. Les organismes complémentaires participent à hauteur de 7 % des dépenses et les ménages prennent en charge les 2 % restants, soit 1 million d'euros en 2020.

La part à la charge des ménages a baissé au cours des dix dernières années, elle représentait en 2011, 5 % de la dépense des pédicures-podologues. ■

Pour en savoir plus

> Les Asclépiades (2011). Étude sur les champs d'intervention des orthophonistes. *Étude*, DREES.

07 Les soins de dentistes

En 2020, la consommation de soins de dentistes, qui recouvre notamment les soins préventifs, prothétiques et conservateurs, dispensés en cabinet libéral et en centres de santé, représente 5,2 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle baisse fortement en 2020 (-8,9 %) pour s'établir à 10,9 milliards d'euros.

La consommation de soins de dentistes en fort recul en 2020

En 2020, la consommation de soins de dentistes s'élève à 10,9 milliards d'euros *(tableau 1)*. Les dépenses s'effondrent en 2020 (-8,9 % en valeur, après +2,9 % un an plus tôt) en raison d'une baisse des volumes de soins (-9,7 %, après +3,8 % en 2019).

La baisse des soins de dentistes a été particulièrement forte durant le premier confinement, de mars à mai 2020, avec une chute de l'activité de 57 % par rapport au mois de janvier 2020. Au mois d'avril, l'activité des dentistes s'est pratiquement arrêtée, avec une baisse de 94 % par rapport à janvier 2020. Elle redémarre à compter de juin, avec la levée des mesures sanitaires, et à un niveau plus élevé que celui d'avant la crise. Ce rattrapage se poursuit tout l'été : l'activité entre juin et août 2020 est en moyenne 9,6 % plus élevée que celle du mois de janvier 2020 *(graphique 1)*. L'activité au dernier trimestre de l'année est aussi légèrement plus élevée que celle du mois de janvier et n'a donc guère été affectée par les mesures sanitaires prises lors du deuxième confinement. En incluant le dispositif d'aide exceptionnel mis en place pour soutenir le revenu des praticiens ayant subi une baisse d'activité lors du premier confinement, les dépenses en soins de dentistes atteindraient 11,3 milliards d'euros, soit une baisse de 5,9 % par rapport à 2019.

Entre 2011 et 2019, la consommation de soins de dentistes progressait en moyenne de 1,5 % par an, portée par une progression dynamique en volume et les revalorisations tarifaires. Plusieurs mesures d'augmentation des tarifs ont eu lieu en 2013 et 2014, notamment la revalorisation de l'examen de prévention bucco-dentaire (de 25 à 30 euros en février 2013) et le passage du tarif de la consultation de 20 à 23 euros. La revalorisation de certains soins conservateurs et chirurgicaux et la mise en place de la classification commune des actes médicaux (CCAM), entrées en vigueur en juin 2014, ont soutenu les prix en 2014 et 2015.

La nouvelle convention dentaire qui accompagne la réforme du « 100 % santé », mise en place par étape à partir de 2019, a introduit le plafonnement des prix de certaines prothèses en contrepartie d'une revalorisation progressive des soins conservateurs. La baisse des prix constatée (-0,9 % par rapport à 2018) indique que les effets de la première mesure l'emportent sur ceux de la seconde en 2019.

Les volumes de soins de dentiste sont en forte baisse en 2020 (-9,7 %), après la hausse de 2019 (+3,8 %) *[graphique 2]*. Cette évolution est compensée en partie par un redémarrage des prix (+0,9 %).

Tableau 1 Consommation de soins de dentistes

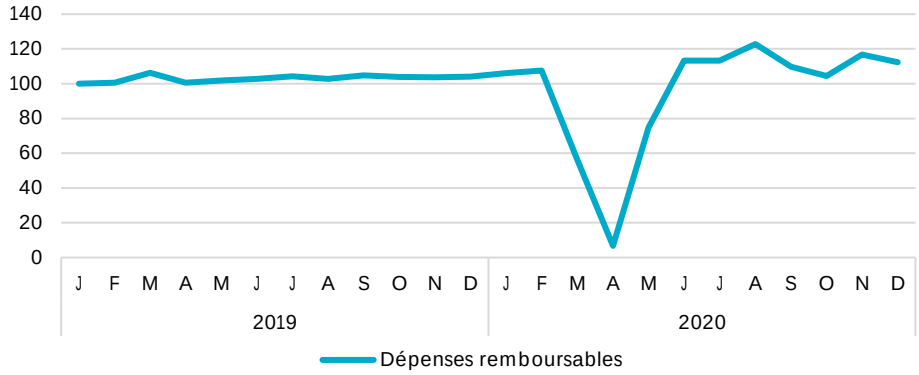
En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2020 y compris DIPA[1]
Consommation totale	10 612	11 215	11 467	11 619	11 958	10 892	11 254
Honoraires et assimilés	10 552	11 211	11 461	11 612	11 951	10 883	
Contrats et assimilés	60	5	6	7	7	9	
Évolution (en %)	2,9	3,7	2,2	1,3	2,9	-8,9	-5,9
Prix (en %)	1,1	0,7	0,5	0,7	-0,9	0,9	so
Volume (en %)	1,8	2,9	1,7	0,6	3,8	-9,7	so

1. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité *(fiche 2)*. Dans les comptes de la santé, le DIPA n'est pas considéré comme une dépense de santé et n'est pas intégré à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Les montants versés sont comptabilisés en subvention et inclus au sein des dépenses de gouvernance du système de santé (hors CSBM).

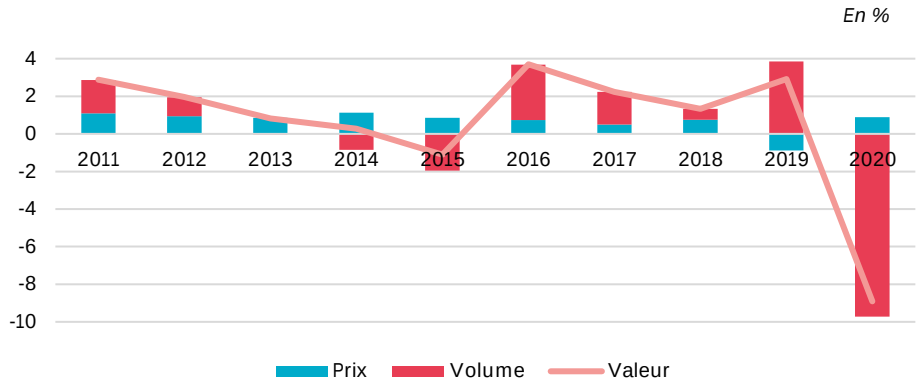
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution mensuelle de la dépense remboursable des soins de dentistes en 2019 et 2020



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des jours ouvrables et des variations saisonnières (CVS-CJO).
Champ > Assurés du régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

Graphique 2 Évolution de la consommation des soins de dentistes



Source > DREES, comptes de la santé.

Une hausse de la part du panier « 100 % santé » dans les soins dentaires

Hors contrats et rémunérations forfaitaires, les soins des dentistes sont composés en majorité de soins dentaires (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et prothèses : ils représentent 69,8 % de la dépense en 2020. Viennent ensuite l'orthodontie (10,8 %), la radiologie (7,1 %), la chirurgie (6,6 %), les consultations (5,6 %) et enfin les forfaits et les contrats regroupés au sein de la catégorie « autres » (0,1 %) *[graphique 3]*.

En 2020, les dépassements continuent de représenter une forte part des honoraires (42,7 %), même s'il y a une tendance à la baisse depuis 2016 *(graphique 4)*.

Tout comme les années précédentes, les organismes complémentaires sont les principaux financeurs des soins dentaires. Ils représentent 43,3 % de la dépense des soins dentaires. Leur part est en légère hausse par rapport à 2020, alors que celle des ménages diminue pour atteindre 18,3 %. La Sécurité sociale et l'État représentent respectivement 33,8 % et 4,6 % de la dépense des soins dentaires *(tableau 2)*.

Mise en place à partir du 1er janvier 2019, la réforme du « 100 % santé » introduit trois « paniers » pour les prothèses dentaires : un panier « 100 % santé » comprenant des couronnes, bridges et prothèses amovibles qui seront à terme intégralement prises en charge par l'Assurance maladie et les organismes

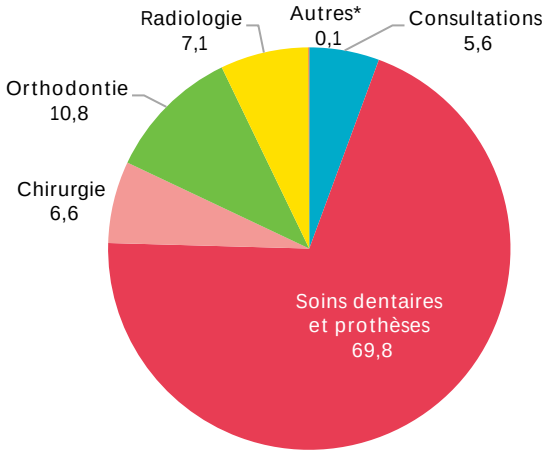
complémentaires, un panier au tarif maîtrisé dans lequel il peut y avoir un reste à charge modéré pour les ménages et un panier au tarif libre où le reste à charge peut être plus important.

En 2020, le panier « 100 % santé » représente 40,6 % de la dépense de prothèses. Il progresse ainsi de 10 points par rapport à 2019. Globalement, les organismes complémentaires financent la part la plus importante du panier « 100 % santé » en dentaire, avec une prise en charge de 51,7 % de la dépense, suivis de la Sécurité sociale (21,2 %), des ménages (18,9 %) et enfin de l'État (8,2 %) *[tableau 3]*. Le reste à charge n'est pas nul sur le panier « 100 % santé » car la réforme n'est pas encore totalement entrée en application en 2020.

Conformément à l'esprit de la réforme, la prise en charge par l'Assurance maladie diminue avec le type de panier : elle n'est que de 18,4 % pour le panier à tarif modéré et de 13,5 % pour le panier au tarif libre.

Graphique 3 Répartition des soins de dentistes en 2020

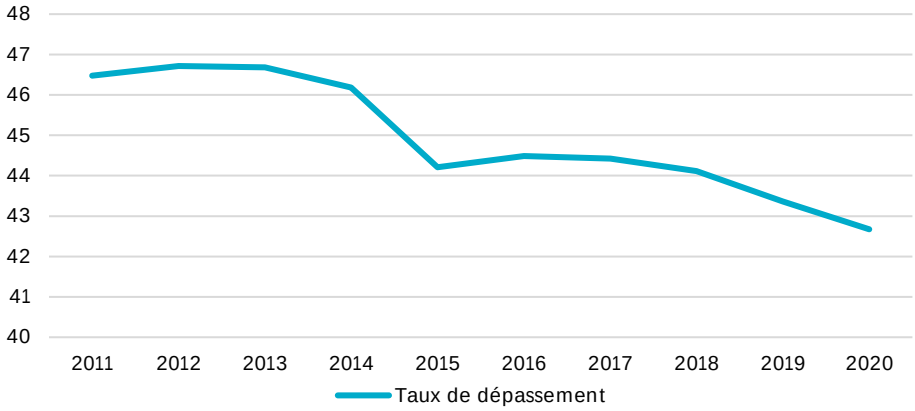
En %



*** Comprend les forfaits et les contrats.**
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Évolution du taux de dépassement des soins de dentistes

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Répartition des dépenses de soins de dentistes par type de financeur en 2020

En millions d'euros

	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	3 678	33,8
État et CSS org. de base	497	4,6
Organismes complémentaires	4721	43,3
Ménages	1997	18,3
Ensemble	10 892	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Décomposition de la consommation de prothèses dentaires par type de panier de soins et par financeur en 2020

En millions d'euros

	Panier « 100 % santé »		Panier tarif modéré		Panier tarif libre	
Sécurité sociale	511	21,2	313	18,4	247	13,5
État et CSS organismes de base	197	8,2	103	6,0	7	0,4
Organismes complémentaires	1 250	51,7	619	36,3	1 205	65,7
Ménages	457	18,9	669	39,3	376	20,5
Total	2 416	100,0	1 703	100,0	1 835	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Un recul des soins de dentistes en cabinet libéral

La part des soins dentaires effectués en cabinet libéral diminue depuis 2015 (de 90,9 % en 2015 à 87,3 % en 2020) au profit de ceux réalisés en centres de santé (12,7 % en 2020 contre 9,1 % en 2015 *(graphique 5)*. Cette évolution est soutenue par plusieurs dispositifs incitatifs mis en place par l'Assurance maladie pour favoriser l'installation des dentistes en centre de santé.

Corollaire de cette progression de l'activité en centre de santé, l'évolution du nombre de dentistes salariés bien plus dynamique (+9,6 % entre 2019 et 2020) que celles des dentistes libéraux (+0,7 % entre 2019 et 2020). L'exercice en libéral reste toutefois le plus fréquent. En 2020, 86,5 % des dentistes pratiquent leur activité sur ce mode d'exercice *(tableau 4)*. ■

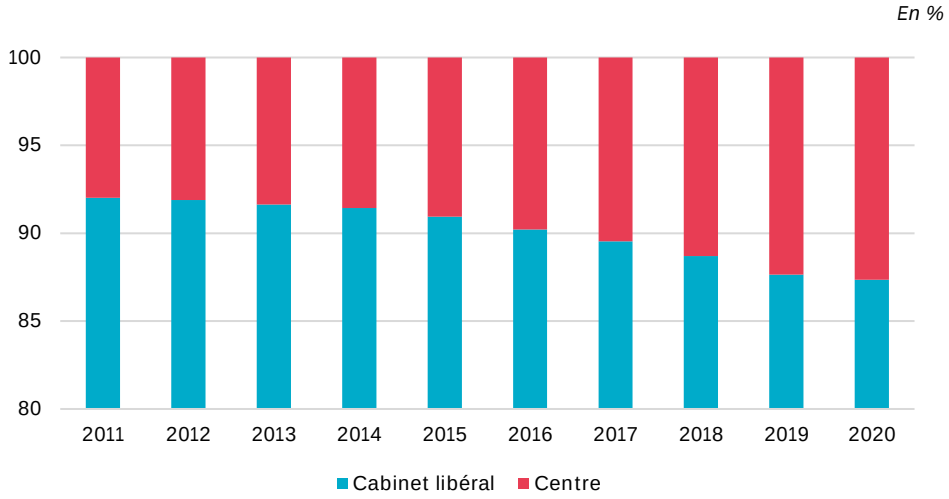
Encadré Tarification des soins de dentistes

Trois modes de tarification des soins dentaires coexistent :

- les consultations et les soins préventifs et conservateurs sont facturés au tarif opposable et pris en charge à 70 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Les dépassements ne sont pas autorisés sur ces types de soins ;
- les soins prothétiques et ceux d'orthodontie commencés avant le 16e anniversaire du patient sont facturés le plus souvent avec dépassements. L'AMO prend en charge 70 % du tarif opposable ;
- les soins de parodontologie, d'implantologie et ceux d'orthodontie débutés après 16 ans font l'objet d'honoraires totalement libres. Ces actes ne sont ni inscrits dans la classification commune des actes médicaux (CCAM), ni remboursés par l'AMO. Ils sont cependant partiellement pris en charge par certains organismes complémentaires.

Cette dernière catégorie de soins non remboursables se développe. Ils sont très mal mesurés par la statistique publique, en raison de leur non-inscription dans la CCAM. En conséquence, leur estimation dans les comptes de la santé est fragile.

Graphique 5 Répartition des soins de dentistes par lieu d'exécution



Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Effectif des dentistes

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2019-2020 (en %)
Ensemble des dentistes	40 599	41 581	41 978	42 049	42 143	42 843	1,7
Dentistes libéraux	36 809	36 993	37 153	37 012	36 833	37 077	0,7
Dentistes salariés	3 790	3 948	4 176	4 331	4 593	5 035	9,6
dont salariés hospitaliers	*360*	*640*	*649*	*706*	*717*	*731*	*2,0*

Source > DREES, comptes de la santé.

08 Les transports sanitaires

La consommation de transports sanitaires en ambulatoire diminue de 9,4 % en 2020 pour s'élever à 4,6 milliards d'euros. Ce **secteur a été fortement touché par les mesures de restrictions sanitaires prises lors du premier confinement entre mars** et mai 2020. L'activité retrouve **ensuite son** niveau d'avant crise à partir du second semestre de l'année 2020. Les dépenses de transports par VSL et par taxi **ont davantage diminué (respectivement -17 % et -11 % en 2020) que celles par ambulance (-3 %) ; la prise en charge des patients atteints de la Covid-19 ayant été exclusivement effectuée par ambulance.**

Une forte baisse des dépenses de transports sanitaires en 2020

En 2020, la consommation de transports sanitaires en ambulatoire s'élève à 4,6 milliards d'euros en valeur *(tableau 1)*. Elle représente 2,2 % de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux. Elle diminue de -9,4 %, après -0,8 % en 2019. Les prix des transports progressant légèrement en 2020 (+0,5 %), la chute est ainsi plus prononcée en volume (-9,8 %) *[graphique 1]*.

Entre 2011 et 2017, les dépenses de transports sanitaires progressaient rapidement, en moyenne de 4,1 % par an. À partir de l'année 2018, les dépenses marquent le pas et diminuent de à -0,8 % en 2019. Cette baisse est liée à un transfert de prise en charge de certains trajets de l'ambulatoire vers le secteur hospitalier[1] qui joue en année pleine sur 2019.

Tableau 1 Consommation de transports sanitaires

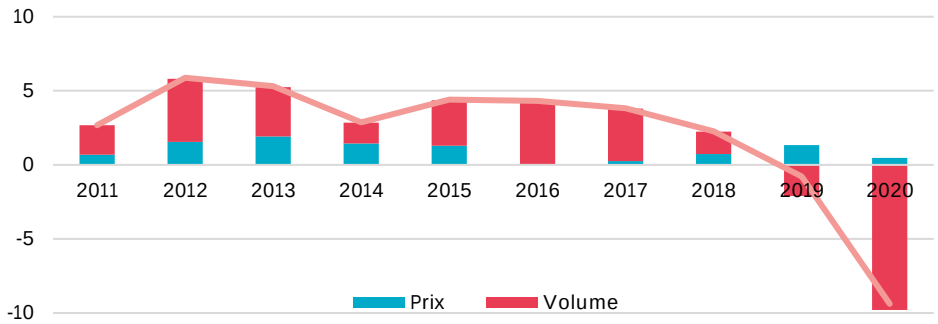
En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2020 yc DIPA*
Consommation	**3 845**	**4 071**	**4 287**	**4 410**	**4 604**	**4 803**	**4 986**	**5 098**	**5 058**	**4 584**	**4 737**
Évolution (en %)	2,7	5,9	5,3	2,9	4,4	4,3	3,8	2,3	-0,8	-9,4	-6,4
Prix (en %)	0,7	1,5	1,9	1,4	1,3	0,1	0,2	0,7	1,3	0,5	
Volume (en %)	2,0	4,3	3,3	1,4	3,1	4,2	3,6	1,5	-2,1	-9,8	

* Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité *(fiche 2)*.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution des dépenses de transports sanitaires entre 2011 et 2020

En %



Lecture > En 2020, les volumes de transport sanitaires ont baissé de 9,8 %.
Source > DREES, comptes de la santé.

1 L'article 80 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2017 prévoit, à compter du 1er octobre 2018, que le coût du transport des patients au sein d'un même établissement ou entre deux établissements, soit dorénavant à la charge de l'établissement prescripteur et non plus pris en charge par le secteur ambulatoire.

Une forte chute de l'activité durant le premier confinement

Au cours de l'année 2020, la consommation de transports sanitaires diminue à partir du mois de mars lors de la mise en place du premier confinement. L'activité de mars à mai 2020 est en moyenne inférieure de 36 % à celle du mois de janvier 2020 *(graphique 2)*. Au mois d'avril 2020, intégralement passé en confinement, la chute est encore plus prononcée : l'activité est en baisse de 48 % par rapport à janvier 2020.

L'activité redémarre à partir du mois de juin, mais ne retrouve son niveau d'avant la crise qu'à partir du mois d'août. Elle est stable sur le restant de l'année 2020. L'instauration du second confinement, le 30 octobre 2020, n'a ainsi pas eu d'impact sur l'activité de transport sanitaire en fin d'année 2020.

Afin de compenser les pertes d'activité lors du premier confinement, l'Assurance maladie a mis en place un dispositif d'aide à destination des soins en ambulatoires (le DIPA[1]). Ce dispositif représente une enveloppe d'aide de 153 millions d'euros pour les transports sanitaires en 2020. Dans les comptes de la santé, ce dispositif n'est pas considéré comme du soin, mais comme une subvention *(annexe 2)*.

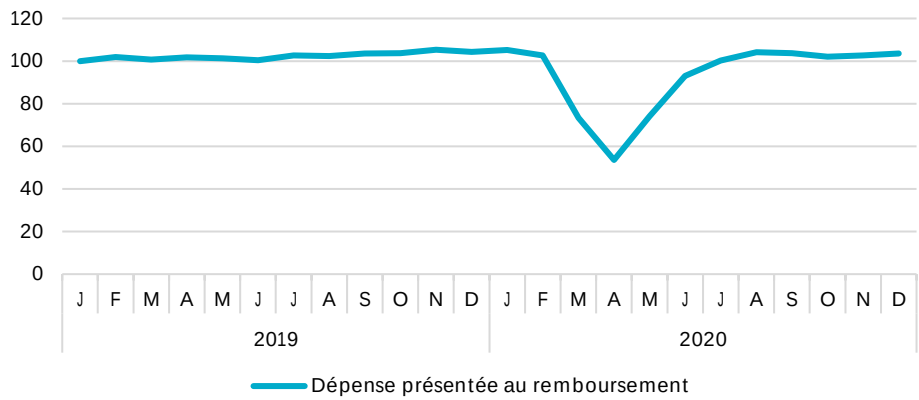
Une baisse d'activité plus prononcée pour les VSL et les taxis

La consommation de transports sanitaires combine plusieurs modes : les ambulances, les véhicules sanitaires légers (VSL), les taxis et les autres véhicules (service mobile d'urgence et de réanimation, véhicules personnels, transports en commun ou autres).

Les trajets en taxi, principal mode de transport, représentent 42 % de la dépense de transports sanitaires en 2020 *(graphique 3)*. Les trajets en ambulances constituent 37 % de la dépense ; les VSL 15 % et les autres véhicules 3 %. Le reste de la dépense est composé de contrats et indemnités (3 % de la dépense en 2020).

En 2020, les dépenses de transports par VSL et par taxi ont baissé de façon plus importante que celles par ambulance. La baisse de la consommation est de respectivement -17 % pour les VSL, -11 % pour les taxis, contre -3 % pour les ambulances. Une directive sanitaire a imposé que le transport des patients suspectés ou confirmés d'infection à la Covid-19 soit exclusivement réalisé en ambulance.

Graphique 2 Évolution mensuelle de la dépense remboursable des transports sanitaires en 2019 et 2020



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés (CVS-CJO).
Champ > Assurés du régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

1 Dans les comptes de la santé, le DIPA n'est pas considéré comme une dépense de santé et n'est pas intégré à la consommation de soins et de biens médicaux. Les montants versés sont comptabilisés en subventions et inclus au sein des dépenses de gouvernance du système de santé.

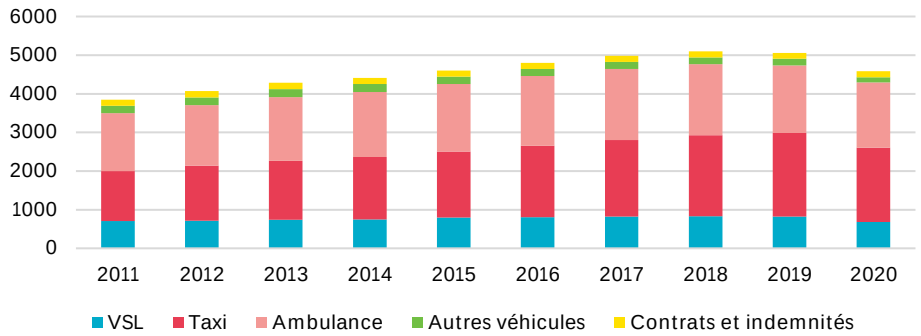
Entre 2011 et 2020, la part des dépenses par taxi croît continûment (+10 points), au détriment de la part des VSL (-4 %), des ambulances (-2 %) et des autres véhicules (-2 %).
Selon le mode de transport, la fixation du prix diffère. Les tarifs des transporteurs (ambulances et VSL) sont régulés *via* des conventions nationales signées avec l'Assurance maladie. Cette dernière détermine également les bases de remboursement des transports en véhicule personnel et des transports en commun. Concernant les taxis, les tarifs maximaux sont établis pour chaque département par un arrêté préfectoral.

Une prise en charge quasi intégrale des dépenses par la Sécurité sociale

Les dépenses de transports sanitaires sont essentiellement prises en charge par la Sécurité sociale. En 2020, elle finance 93 % de la dépense *(tableau 2)*. Cette prise en charge élevée s'explique par la part importante des transports de patients en affection de longue durée (ALD), exonérés du ticket modérateur.
L'État prend en charge 1 % des dépenses et les organismes complémentaires 3 %. Le reste à charge des ménages représente 3 % de la dépense, soit 125 millions d'euros en 2020.
Sur longue période, la part de la prise en charge des ménages a légèrement progressé, elle passe de 1,7 % en 2011 à 2,7 % en 2020. *A contrario*, celle des organismes com-plémentaires a légèrement diminué, de 4,6 % en 2011 à 3,4 % en 2020. ■

Graphique 3 Répartition de la dépense par mode de transport en 2011 et 2020

En millions d'euros



Lecture > En 2020, les trajets effectués en taxi représentent 42 % du total de la consommation de transports sanitaires.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Répartition des dépenses de transports sanitaires par financeur en 2020

	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	4 258	92,9
État, CSS organismes de base	45	1,0
Organismes complémentaires	156	3,4
Ménages	125	2,7
Ensemble	**4 584**	**100,0**

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Cour des comptes (2018, octobre). Rapport sur l'application de la loi de financement de la Sécurité sociale.

09 Les laboratoires d'analyses

Les consommations d'analyses et de prélèvements des laboratoires s'élèvent **à 6,2** milliards d'euros. La pandémie de Covi**d-19 a conduit à une très forte augmentation des besoins en analyses, en raison des campagnes de dépistage du nouveau virus.**

La consommation d'analyses et de prélèvements en laboratoires bondit en 2020

La consommation d'analyses et de prélèvements augmente de +37,4 % en valeur en 2020 pour s'établir à 6,2 milliards d'euros *(tableau 1)*. Son poids dans la consommation de soins et de biens médicaux passe ainsi de 2,2 % en 2019 à 3,0 % en 2020.

Cette hausse est liée à la forte progression du volume des analyses et prélèvements (+39,0 % par rapport à 2019), induite par la mise en œuvre des tests PCR dans le cadre de la lutte contre la Covid-19. Pour sa part, l'indice de prix des analyses et prélèvements diminue légèrement (-1,1 %).

Entre 2011 et 2019, le taux de croissance annuel moyen de la consommation d'analyses et de prélèvements était en légère hausse (+0,5 % par an en moyenne). Depuis 2014, le chiffre d'affaires des laboratoires au titre des actes remboursés est régulé par des accords prix – volume conclus entre les représentants des biologistes et l'Assurance maladie. Ces accords ont permis de contenir la dépense des actes des laboratoires soit par des baisses de cotation ciblées[1], soit par des actions de maîtrise médicalisée (par exemple, des campagnes d'information afin de limiter la prescription du dosage de la vitamine D).

La consommation en laboratoires portée par la réalisation des tests

L'augmentation de la consommation d'analyses en laboratoire est principalement liée aux tests PCR de dépistage de la Covid-19 : au cours de l'année 2020, 34,7 millions de tests PCR ont été effectués, en ville ou en établissements de santé. La très grande majorité d'entre eux a été réalisée en ville.

Tableau 1 Consommation d'analyses et de prélèvements de laboratoires

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Analyses de laboratoires	**4 320**	**4 273**	**4 293**	**4 267**	**4 275**	**4 378**	**4 429**	**4 386**	**4 513**	**6 203**
Évolution (en %)	2,5	-1,1	0,4	-0,6	0,2	2,4	1,2	-1,0	2,9	37,4
Prix (en %)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,9	0,9	-0,6	-1,1
Volume (en %)	2,5	-1,1	0,4	-0,6	0,2	2,4	2,1	-1,9	3,5	39,0
Nombre de laboratoires	**3 970**	**4 017**	**4 079**	**3 997**	**3 963**	**3 889**	**3 843**	**3 864**	**3 888**	**3 915**

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

1 Le prix d'un acte d'analyses est défini à l'aide de deux éléments : la lettre clé, à laquelle correspond un certain montant en euros ou tarif (par exemple dans les laboratoires, la lettre TB vaut 2,52 euros), multiplié par la cotation de cet acte (car chaque acte correspond à un certain nombre de lettres clés). Par exemple, un prélèvement sanguin par un technicien de laboratoire vaut 1,5 TB, soit 1,5 x 2,52 euros. L'indice des prix à la consommation de l'Insee (IPC) ne prend toutefois pas en compte les changements de cotation des actes mais uniquement la valorisation des lettres clés : les changements éventuels de cotation des actes se traduisent de ce fait par un pur effet de volume *(annexe 4)*. Les tarifs des laboratoires n'ayant pas été revalorisés entre 2004 et 2015, l'évolution des prix selon l'IPC apparaît donc nulle pour cette période.

La consommation en laboratoire décline au mois de mars et avril sous l'effet du premier confinement, puis amorce une reprise à partir du mois de mai, lorsque débute la campagne de dépistage *(graphique 1)*. L'activité progresse ensuite fortement de mois en mois jusqu'en octobre 2020. Au cours de ce mois, plus de 7,5 millions de tests ont été réalisés, ce qui représente un doublement de l'activité des laboratoires par rapport au mois d'octobre 2019 (en données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrables). L'activité se maintient en fin d'année à un niveau proche de celui observé au mois d'octobre 2020.

La Sécurité sociale finance plus de trois quart des dépenses en laboratoires

En 2020, la part des dépenses de laboratoires prise en charge par la Sécurité Sociale s'élève à 79,1 % du financement total, soit 8,5 points de plus qu'en 2019 *(tableau 2)*. La Sécurité sociale représentait depuis de nombreuses années une part stable de la consommation en laboratoires, aux alentours de 70 %. La prise en charge des tests PCR et antigéniques à 100 % par l'Assurance maladie à compter de la fin juillet 2020 a conduit à une augmentation de son poids dans le financement des dépenses de laboratoires. Celui des complémentaires santé (mutuelles, sociétés d'assurance et instituts de prévoyance) est de 17,2 %, en baisse de plus de 7 points par rapport à 2019.

Quant aux ménages, ils ont financé directement les laboratoires à hauteur de 138 millions d'euros en 2020, contre 121 millions en 2019, soit 2,2 % du total en 2020 contre 2,7 % en 2019.

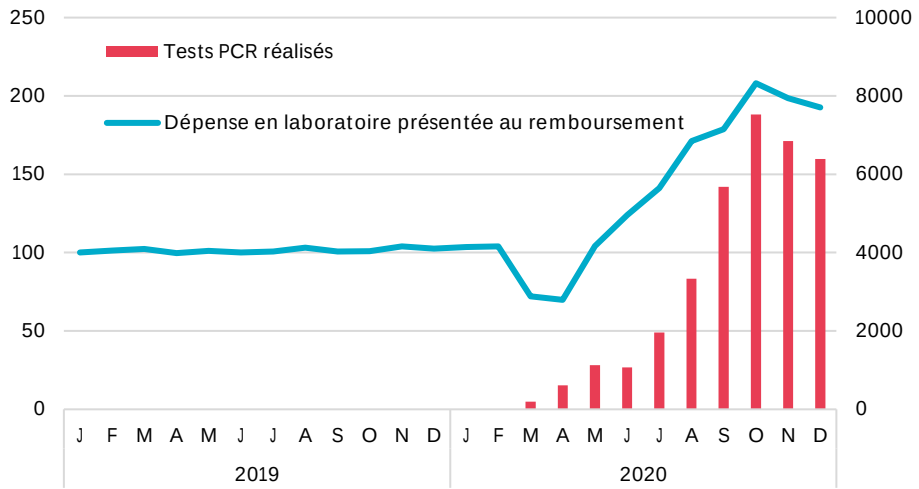
La baisse des parts restant à la charge des complémentaires santé et des ménages est la conséquence mécanique de l'augmentation du financement supportée par la Sécurité sociale.

Le nombre de laboratoires reste stable

Du point de vue de la structure du marché, le nombre de laboratoires, en légère baisse entre 2014 et 2017, augmente depuis modérément. En 2020, 3 915 laboratoires sont implantés en France *(tableau 1)*, en hausse de 0,7 % par rapport à 2019. La densité des laboratoires est stable depuis 2018 (5,8 pour 100 000 habitants) ■

Graphique 1 Évolution mensuelle des dépenses en laboratoires et du nombre de tests PCR réalisés en France en 2019 et 2020

Nombre de tests PCR réalisés, en milliers, échelle de gauche



Note > Base 100 en janvier 2019. Données corrigées des jours ouvrables et des variations saisonnières (CVS-CJO). Les données sur les tests incluent les tests réalisés à l'hôpital ou en ville. Les tests antigéniques étant en majorité réalisés hors laboratoires, ils sont exclus du champ.
Sources > CNAM pour la dépense en laboratoires ; DREES et SI-DEP pour le nombre de tests PCR.

Tableau 2 Répartition des dépenses de laboratoires par type de financeur en 2020

En millions d'euros

	Dépenses en 2019	Part (en %)	Dépenses en 2020	Part (en %)
Sécurité sociale	3 187	70,6	4 906	79,1
État, CSS org. de base	89	2,0	89	1,4
Organismes complémentaires	1 116	24,7	1 070	17,2
Ménages	121	2,7	138	2,2
Ensemble	4 513	100,0	6 203	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

10 Les cures thermales

La consommation de cures thermales s'élève à 0,2 milliard d'euros en 2020. **Les restrictions sanitaires liées à la pandémie de Covid-19 ont beaucoup touché les centres thermaux, dont** l'activité a fortement reculé **(-57,7 % en 2020).**

La consommation de cures thermales en très fort recul en 2020

La consommation de cures thermales couvre l'ensemble des soins médicaux (médecins, infirmiers, auxiliaires médicaux, etc.) mais exclut l'hébergement. En 2020, les dépenses de cures thermales baissent fortement, de 57,7 % en valeur et 58,1 % en volume. Entre 2011 et 2019, ces dépenses avaient en moyenne augmenté de 2,5 % par an en valeur *(tableau 1)*.

Les cures thermales fortement touchées par les mesures sanitaires

Au cours de l'année 2020, les centres thermaux ont été fermés dans le cadre des restrictions sanitaires du 17 mars à la mi-juin, puis du 25 octobre jusqu'à la fin de l'année. Les curistes, habituellement très nombreux en automne, n'ont pas pu se rendre en cure thermale en fin d'année 2020. Aux mois de novembre et décembre 2020, l'activité était ainsi à l'arrêt *(graphique 1)*.

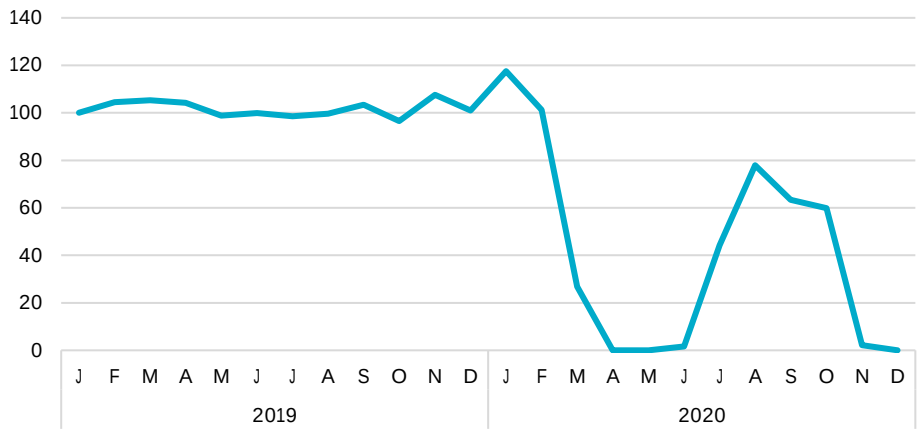
Tableau 1 Consommation de cures thermales

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020
Cures thermales	326	405	413	410	398	169
Évolution (en %)	1,1	4,4	1,9	-0,7	-2,9	-57,7
Prix (en %)	2,6	2,4	1,6	-0,1	0,5	1,0
Volume (en %)	-1,5	1,9	0,3	-0,6	-3,4	-58,1

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

Graphique 1 Évolution mensuelle de la dépense présentée au remboursement en cures thermales en France en 2019-2020



Note > Base 100 en janvier 2019. Données corrigées des jours ouvrables et des variations saisonnières (CVS-CJO).
Champ > Assurés du régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

La Sécurité sociale finance plus de 75 % des dépenses en cures thermales

76 % de la consommation de cures thermales, est financée par la Sécurité sociale, un chiffre en augmentation légère mais continue depuis 2010 (74 %). 22 % des dépenses sont prises en charge par les organismes complémentaires, le reste à charge des ménages reste marginal.

Le nombre d'établissements thermaux reste stable

En 2019, 910 stations thermales sont en activité en France pour 110 établissements thermaux. 850 médecins exercent dans les stations thermales d'après le Conseil national des établissements thermaux (CNETh) et près de 600 000 curistes ont bénéficié de cures thermales. ■

Les biens médicaux

11 Les médicaments en ambulatoire

La consommation de médicaments en ambulatoire baisse de 3,4 % en 2020 pour s'établir à 30,2 milliards d'euros. Cette diminution **est due à la baisse des prix des médicaments (-7,0 % en 2020), alors que les volumes poursuivent leur progression (+3,9 %). La dépense de médicaments représente 14,4 % de la consommation de soins et de biens médicaux en 2020, après 15,0 % en 2019.**

La consommation de médicaments en ambulatoire baisse pour la sixième année consécutive

La consommation de médicaments en ambulatoire (y compris rétrocessions hospitalières, rémunérations forfaitaires et remises[1]) s'élève, en 2020, à 30,2 milliards d'euros, en baisse de 3,4 % *(tableau 1)*. La diminution des dépenses de médicaments se poursuit ainsi pour la sixième année consécutive. Cette décroissance est due à la conjonction de deux phénomènes qui tirent les dépenses de médicaments vers le bas :

- La baisse des prix des médicaments remboursables. Leurs prix diminuent en moyenne de 4,2 % par an entre 2011 et 2019[2] *(graphique 1)*. En 2020, la baisse des prix reste conséquente, avec un recul de 7,0 %. Cette baisse s'explique par la progression continue du taux de pénétration des médicaments génériques, venant en substitution du médicament princeps. Cet affaiblissement tendanciel des prix des médicaments remboursables n'est pas compensé par la hausse tendancielle des prix sur les médicaments non remboursables, qui ne représentent que 8 % des dépenses totales de médicaments en 2020.
- La progression continue des remises conventionnelles qui viennent minorer les dépenses. Le montant de ces remises a fortement augmenté en dix ans, de 0,3 milliard d'euros en 2011 à 2,5 milliards d'euros en 2020.

Ces deux phénomènes ne sont pas compensés par la hausse des volumes (en moyenne +3,7 % par an entre 2011 et 2020) ni par la hausse des honoraires de dispensation (HDD). Ces derniers, qui s'élèvent à 4,0 milliards d'euros en 2020, correspondent à la rémunération des pharmaciens lors de la délivrance des médicaments. Ils ont fortement progressé sur les deux dernières années : +13,2 % en 2020 après +32,6 % en 2019. En 2019, la progression est due à la mise en place de trois nouveaux honoraires de dispensation pour l'exécution d'ordonnances. En 2020, la hausse est due à la fois à la poursuite des revalorisations des honoraires dans le cadre de la convention nationale signée entre l'Assurance maladie et les pharmaciens, mais aussi à de nouvelles facturations liées à la délivrance des masques par les pharmaciens aux professionnels de santé et aux particuliers dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19.

Une activité dynamique au dernier trimestre 2020, portée par les tests antigéniques

Le volume des dépenses de médicaments a été peu touché par la mise en place des mesures de restriction sanitaire au cours de l'année 2020. Par rapport au mois de janvier 2020, la consommation de médicaments progresse même de 4 % au mois de mars 2020. Ce rebond s'explique par des achats de précaution

1 Pour la première fois cette année, les remises sont intégrées dans la consommation de médicaments en ambulatoire. Ces « remises conventionnelles » sont négociées chaque année entre les laboratoires pharmaceutiques et le Conseil économique des produits de santé (CEPS) pour le compte de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Dans cette nouvelle édition des comptes de la santé, elles sont considérées comme un rabais sur le prix payé pour l'achat des médicaments, résultat d'une négociation entre producteur et acheteur. Le montant des remises vient ainsi minorer la valeur de la consommation de médicaments. Sont prises en compte les remises ATU (médicament sous autorisation temporaire d'utilisation) et les remises sur les produits qui peuvent facilement être rattachées à un médicament particulier. Sont par contre exclues les remises globales, calculées sur les plafonds de chiffres d'affaires des fabricants qui ne sont pas individualisables ; elles représentent en 2020 moins de 1 % des remises *(annexe 3)*.
Ces remises constituent un pur effet prix intégrées dans le calcul de l'indice de prix des médicaments. Dans les comptes de la santé, la consommation de médicaments est donc valorisée au prix public, net des remises conventionnelles.

2 La diminution du prix des spécialités remboursables n'est pas parfaitement appréhendée du fait du mode de calcul de l'indice (à qualité constante) *[annexe 4]* mais elle retrace l'effet des actions entreprises pour maîtriser les prix : fortes baisses ciblées, grands conditionnements, etc.

effectués par les particuliers juste avant la mise en place du premier confinement, le 17 mars 2020. La consommation se réduit ensuite à partir du mois d'avril. Les dépenses du mois d'avril sont 12 % plus faibles que celles de janvier 2020. Cette baisse des dépenses reste cependant modeste par rapport à d'autres postes de la consommation de soins et de biens médicaux, pour lesquels la chute de l'activité a été bien plus forte. Les dépenses de médicaments se redressent ensuite avec la levée des restrictions le 11 mai 2020 et retrouvent leur niveau d'avant la crise à partir de juin. À compter du mois de septembre, l'activité se maintient au-dessus de celle observée en début d'année, portée par les achats de tests antigéniques en officine. Sur le dernier trimestre 2020, l'activité est en moyenne 6 % plus élevée que celle du mois de janvier 2020.

Tableau 1 Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris remises et rétrocessions hospitalières)

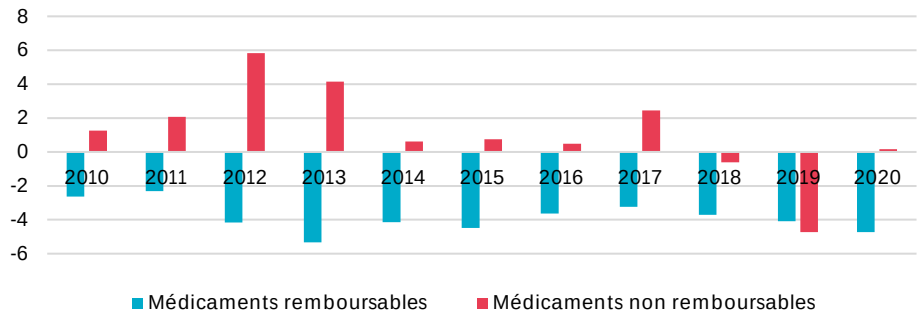
En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2020 yc DIPA*
Ensemble	**32 950**	**31 898**	**31 771**	**31 477**	**31 257**	**30 201**	**30 284**
Médicaments remboursables	30 218	29 635	29 740	29 798	30 080	30 289	
dont médicaments rétrocédés	*1 525*	*2 936*	*3 187*	*2 636*	*2 405*	*2 115*	
dont honoraires de dispensation (HDD)	*0*	*2 728*	*2 693*	*2 658*	*3 526*	*3 990*	
Médicaments non remboursables	2 908	2 806	2 746	2 810	2 573	2 314	
Rémunérations forfaitaires hors HDD	82	331	386	333	242	99	
Remises	-257	-875	-1 101	-1 465	-1 639	-2 501	
Évolution (en %)	0,1	-0,5	-0,4	-0,9	-0,7	-3,4	-3,1
Prix (en %)	-2,1	-3,9	-3,4	-4,5	-4,6	-7,0	So
Volume (en %)	2,2	3,5	3,2	3,8	4,1	3,9	So

* Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité ***(fiche 2).*** Dans les comptes de la santé, le DIPA n'est pas considéré comme une dépense de santé et n'est pas intégré à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Les montants versés sont comptabilisés en subvention et inclus au sein des dépenses de gouvernance du système de santé (hors CSBM).
So : sans objet.
Note > Les dépenses du Fonds de financement de l'innovation thérapeutique ***(glossaire)*** relatives aux médicaments rétrocédés sont directement intégrées dans ce poste.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix.

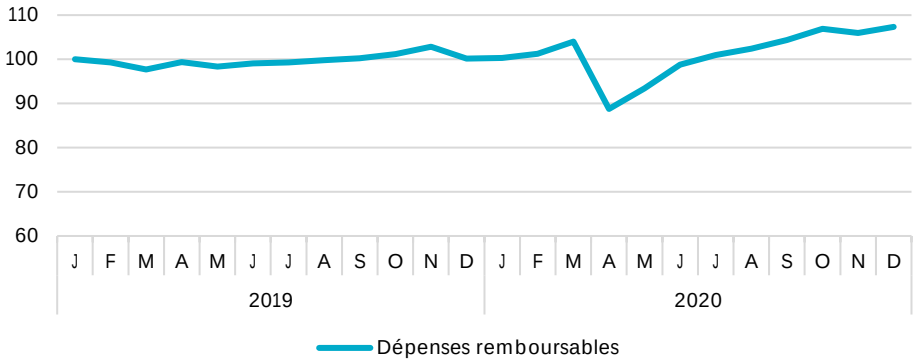
Graphique 1 Évolution annuelle de l'indice de prix des médicaments remboursables et non remboursables (hors remises conventionnelles)

En %



Note > L'indice des prix à la consommation (IPC) est calculé chaque année par l'Insee à qualité constante. L'innovation, souvent coûteuse, n'est de ce fait, pas retracée dans cette évolution.
Lecture > En 2020, l'indice de prix des médicaments remboursables a diminué de 4,7 %.
Champ > France métropolitaine.
Source > Insee.

Graphique 2 Évolution mensuelle de la dépense remboursable des médicaments en 2019 et 2020



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières et des jours ouvrés (CVS, CJO).
Champ > Assurés du régime général, France métropolitaine.
Source > CNAM.

9 % des dépenses de médicaments en ambulatoire ne sont pas présentées au remboursement

Hors remises conventionnelles, les médicaments présentés au remboursement ne représentent que 91 % des achats de médicaments en ambulatoire *(tableau 2)*. Les dépenses non présentées au remboursement représentent en 2020 3,0 milliards d'euros. Elles sont constituées des médicaments non remboursables pour 2,3 milliards d'euros et des médicaments achetés sans prescription pour 0,7 milliard d'euros.

La consommation de médicaments comprend, en plus des médicaments dispensés en ambulatoire, des médicaments facturés « en sus » dans les hôpitaux et les cliniques[1] ; ce poste représente, en 2020, 5,0 milliards d'euros de dépenses. Ces médicaments de la « liste en sus », innovants et très coûteux, sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie en plus du forfait d'hospitalisation. Aux dépenses de ces médicaments « en sus » viennent se retrancher des remises conventionnelles spécifiques, d'un montant de 1,5 milliard d'euros en 2020.

Près des trois quarts de la dépense prise en charge par l'Assurance maladie

En 2020, la Sécurité sociale finance 73,6 % de la dépense de médicaments en ambulatoire. L'État (incluant la CSS versée par les organismes de base) prend en charge 1,4 % et les organismes complémentaires 12,2 %. Le reste à charge des ménages représente 12,8 % de la dépense, soit 3,9 milliards d'euros en 2020.

La part des dépenses à la charge des organismes complémentaires a baissé, entre 2011 et 2020, de 3,4 points tout comme celle restant à la charge des ménages (-2,0 points). En parallèle, la part de la Sécurité sociale dans le financement global a progressé de 5,3 points entre 2011 et 2020.

Une stabilité des effectifs de pharmaciens

Au 1er janvier 2018, 73 000 pharmaciens sont en activité et inscrits à l'Ordre. Sur la période récente, les effectifs sont restés pratiquement stables (en moyenne +0,1 % par an entre 2011 et 2018). Sous hypothèses de comportements et de législations constants, les effectifs progresseraient de 8 % entre 2018 et 2040 selon le modèle de projection des effectifs de pharmaciens de la DREES. ■

1 Ces médicaments de la liste en sus ne correspondent pas à la consommation de médicaments en établissements car la délivrance de médicaments en établissements est incluse dans la tarification des actes et n'est pas individualisable.

Tableau 2 Structure de la consommation de médicaments en ambulatoire et médicaments en sus 2020

En millions d'euros

<table>
<tr><th colspan="10">Consommation de médicaments en ambulatoire et médicaments en sus (y compris remises)
33 673</th></tr>
<tr><th colspan="6">Consommation de médicaments en ambulatoire (y compris remises)
30 201</th><th colspan="4">Consommation de médicaments en sus (y compris remises)
3 472</th></tr>
<tr><th colspan="4">Achats de médicaments en ambulatoire (hors remises)
32 702</th><th colspan="2">Remises conventionnelles
-2 501</th><th colspan="2">Médicaments en sus (hors remises)
4 995</th><th colspan="2">Remises conventionnelles
-1 523</th></tr>
<tr><td>Dépense présentée au remboursement</td><td>29 711</td><td rowspan="2">Dépense non présentée au remboursement</td><td>2 991</td><td rowspan="7">Remises conventionnelles</td><td rowspan="7">-2 501</td><td rowspan="2">Délivrés à l'hôpital</td><td rowspan="2">4 170</td><td rowspan="2">Remises conventionnelles à l'hôpital</td><td rowspan="2">-1 264</td></tr>
<tr><td>Prestations de la Sécurité sociale</td><td>24 488</td><td>Médicaments non remboursables</td><td>2 314</td></tr>
<tr><td>Prestations de l'État</td><td>84</td><td rowspan="5">Médicaments remboursables non présentés au remboursement ou achetés sans prescription</td><td rowspan="5">677</td><td rowspan="5">Délivrés en clinique</td><td rowspan="5">825</td><td rowspan="5">Remises conventionnelles en clinique</td><td rowspan="5">-259</td></tr>
<tr><td>Prestations des organismes de base au titre de la CSS</td><td>334</td></tr>
<tr><td>Ticket modérateur</td><td>4 038</td></tr>
<tr><td>Franchise</td><td>668</td></tr>
<tr><td>Contrat et rémunérations forfaitaires</td><td>99</td></tr>
</table>

Champ > France.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Répartition des dépenses de médicaments par financeur en 2020

	En 2020		En 2011	
	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)	Dépenses (en millions d'euros)	Part (en %)
Sécurité sociale	22 224	73,6	22 505	68,3
État, CSS organismes de base	418	1,4	404	1,2
Organismes complémentaires	3 685	12,2	5 148	15,6
Ménages	3 874	12,8	4 893	14,9
Ensemble	**30 201**	**100,0**	**32 950**	**100,0**

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Millien, C., (2019, mars). 8 % de pharmaciens en plus entre 2018 et 2040, et une densité stabilisée. DREES, Études et Résultats, 1110.

12 La structure des ventes de médicaments d'officine

En 2020, le chiffre d'affaires des médicaments d'officine atteint 21,2 milliards d'euros. **Il est composé à 92 % de spécialités remboursables, en hausse de 1,9 % depuis 2019, principalement du fait du poids croissant des médicaments remboursés à 100 %. La quantité de génériques augmente peu (+1,2** % d'unités vendues). Le chiffre d'affaires des spécialités non remboursables diminue quant à lui de 11,9 **%.**

Un chiffre d'affaires en progression en 2020

En 2020, le marché des médicaments vendus aux officines[1] se compose de 13 500 présentations de médicaments différentes et représente un chiffre d'affaires (CA) de 21,2 milliards d'euros en France métropolitaine, valorisés aux prix catalogue des laboratoires (hors taxes) *[tableau 1]*. Après deux années d'augmentation du CA des ventes aux officines (+2,5 % en 2018 et +2,0 % en 2019), il stagne en 2020 (+0,6 %).

Ce marché se compose de spécialités remboursables, à hauteur de 81 % du nombre de présentations et de 92 % du chiffre d'affaires, et de spécialités non remboursables. La valeur des ventes aux officines de médicaments remboursables augmente en 2020, atteignant 19,5 milliards d'euros et retrouvant ainsi son niveau de 2011. Entre 2011 et 2020, ces ventes présentent un profil « en U », avec une stabilisation autour de 18,0 milliards d'euros entre 2015 et 2017. Pour sa part, le chiffre d'affaires des spécialités non remboursables diminue de 11,9 % en 2020, à 1,7 milliard d'euros.

Tableau 1 Ventes de médicaments d'officine

En milliards d'euros

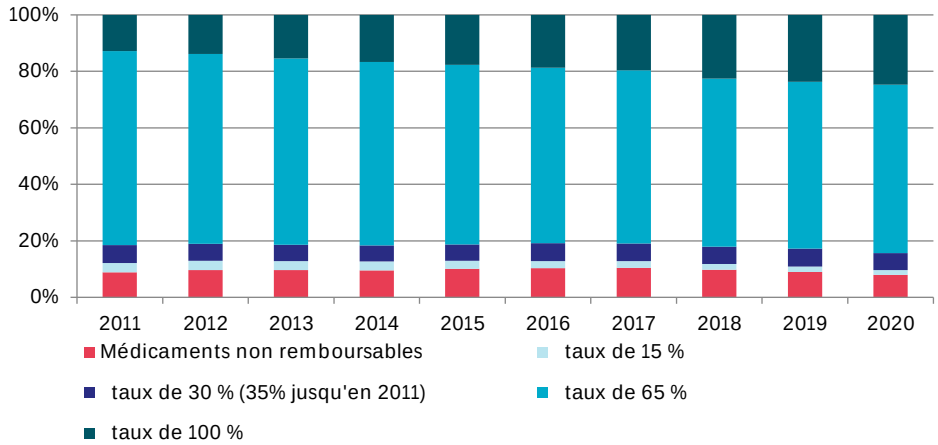
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble des médicaments	21,4	20,9	20,4	20,0	20,0	20,1	20,1	20,6	21,0	21,2
Évolution (en %)	0,2%	-2,4%	-2,3%	-2,0%	0,1%	0,2%	0,3%	2,5%	2,0%	0,6%
Médicaments non remboursables	1,9	2,0	2,0	1,9	2,0	2,1	2,1	2,0	1,9	1,7
Évolution (en %)	-0,8%	6,6%	-3,0%	-3,0%	7,1%	2,1%	1,6%	-4,8%	-5,5%	-11,9%
Médicaments remboursables	19,5	18,9	18,4	18,1	18,0	18,0	18,0	18,6	19,1	19,5
Évolution (en %)	0,3%	-3,3%	-2,2%	-1,9%	-0,6%	-0,1%	0,1%	3,3%	2,8%	1,9%

Champ > Ventes en officines pharmaceutiques en France métropolitaine, hors homéopathie remboursable.
Sources > GERS ; traitements DREES.

1 L'analyse réalisée ici porte sur le marché pharmaceutique du point de vue des laboratoires exploitants en France métropolitaine (hors homéopathie remboursable) : elle ne s'intéresse pas à la consommation finale de médicaments mais aux ventes des laboratoires qui les commercialisent auprès des pharmacies de ville (officines), par l'intermédiaire ou non de grossistes-répartiteurs. Les montants présentés sont donc des montants hors taxes et hors remises commerciales et ne comprennent pas les ventes de médicaments rétrocédés, i.e. délivrés par les pharmacies à usage intérieur (PUI) et les pharmacies hospitalières à des patients ambulatoires.

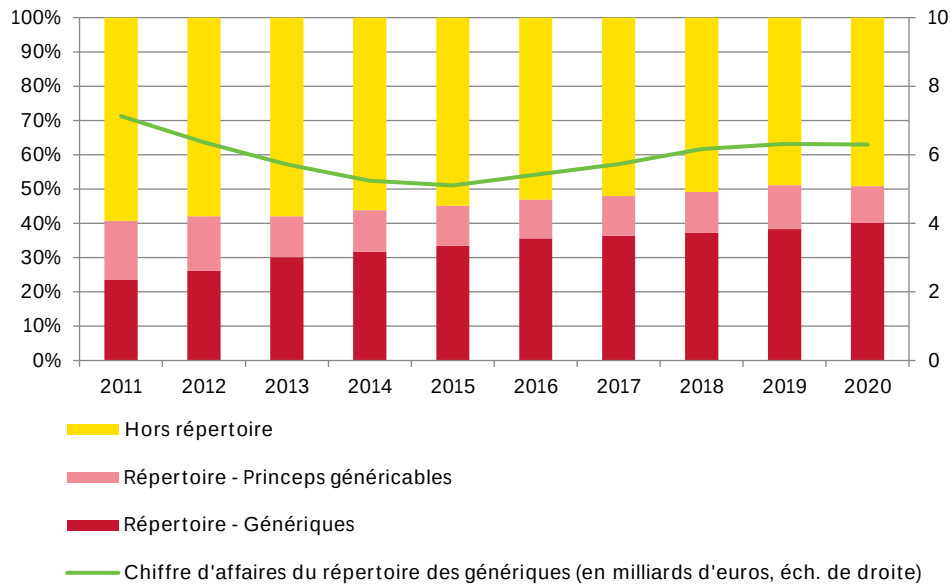
Graphique 1 Parts de marché des médicaments vendus aux officines selon leur taux de remboursement

En %



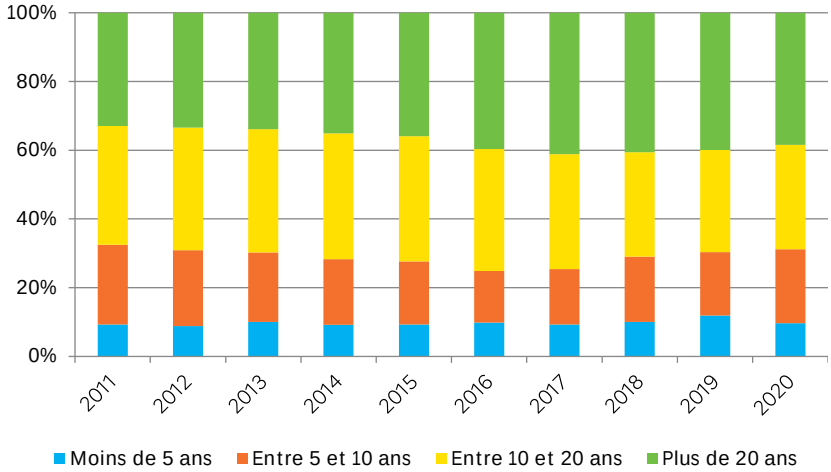
Note > Les parts de marché sont calculées sur le chiffre d'affaires. Le taux de remboursement de 30 % était de 35 % jusqu'en 2011.
Lecture > En 2020, les médicaments remboursés à 100 % représentent 24,7 % du marché.
Champ > Ventes aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.
Source > GERS ; traitements DREES.

Graphique 2 Ventilation du nombre de boîtes (en %) et CA des médicaments remboursables (en milliard d'euros)



Lecture > En 2020, les médicaments inscrits au répertoire générique représentent 50,9 % du nombre de boîtes vendues, dont 40,2 % pour les seuls génériques. Le chiffre d'affaires des médicaments du répertoire générique atteint 6,3 milliards d'euros en 2020.
Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.
Source > GERS ; club CIP ; traitements DREES.

Graphique 3 Parts de marché des médicaments remboursables vendus aux officines selon leur classe d'âge



En %

Note > L'âge du médicament est calculé au 31 décembre de l'année considérée. En raison d'une remontées de données incomplète sur l'année 2020, la ventilation des chiffres d'affaires a été effectuée sur 96% du montant global des médicaments remboursables.
Lecture > En 2020, les médicaments âgés de 20 ans ou plus représentent 38,4 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables.
Champ > Ventes de médicaments remboursables aux officines pharmaceutiques en France métropolitaine.
Source > GERS ; club CIP ; traitements DREES.

Une forte hausse des médicaments remboursés à 100 %

Le chiffre d'affaires des médicaments remboursés à 100 %, prescrits en cas de pathologies lourdes et graves, connaît une forte hausse en 2020 (+5,0 %, soit 251 millions d'euros) et représente 24,7 % du chiffre d'affaire total. Celle-ci s'explique en partie par l'augmentation du chiffre d'affaires de nouveaux médicaments anticancéreux (pour le traitement du cancer bronchique, leucémie, prostate, sein) et de nouveaux médicaments indiqués dans le traitement du VIH. La part de marché de ces spécialités a doublé depuis 2011, passant de 12,8 % en 2011 à 24,7 % en 2020 *(graphique 2)*.

Les médicaments remboursés au taux de 65 % représentent 60 % du chiffre d'affaires total en 2020. La valeur des ventes de ces médicaments est en augmentation de 1,6 % (soit 200 millions d'euros) entre 2019 et 2020.

Les chiffres d'affaires des médicaments remboursés à 15 % et à 35 % sont quant à eux en baisse, respectivement de 9,9 % et 4,0 %, à la suite de la diminution de prescription de certains antidiabétiques, anti-inflammatoires ainsi que des médicaments contre l'incontinence et les problèmes d'hypertrophie de la prostate.

Une progression modeste des génériques

En 2020, le nombre d'unités vendues de médicaments génériques est en légère hausse (+1,2 %) avec près de 943 millions de boîtes vendues. Les génériques représentent désormais 40,2 % des boîtes de médicaments du champ remboursable ; cette part a presque doublé depuis 2011. Ils représentent, par ailleurs, 80 % des unités vendues pour les médicaments du répertoire générique *(graphique 2)*.

Dans le même temps, la part du nombre de boîtes vendues de princeps généricables a diminué, passant de 17,3 % à 10,6 % des médicaments remboursables entre 2011 et 2020. La part du nombre de boîtes de médicaments du répertoire générique parmi les médicaments remboursables s'établit à 50,9 %, soit 10 points de plus qu'en 2011.

En 2020, le chiffre d'affaires du répertoire générique s'élève à 6,3 milliards d'euros, et représente 32 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables, une part relativement stable depuis 2017.

Par ailleurs, les médicaments génériques soumis au mécanisme du tarif forfaitaire de remboursement représentent désormais un chiffre d'affaires de 1,3 milliard d'euros, soit

6,7 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des médicaments remboursables et 20,9 % du chiffre d'affaires du répertoire des génériques.

Une consommation accrue des molécules plus récentes

En 2020, les médicaments âgés[1] de plus de vingt ans représentent 38,4 % du chiffre d'affaires des médicaments remboursables[2] *(graphique 3)*, suivis par ceux mis sur le marché depuis dix à vingt ans (30 % du marché). Les médicaments de moins de dix ans comptent désormais pour près d'un tiers du chiffre d'affaires du champ considéré, en progression de 6 points par rapport à 2017. Cela est comparable à la part de marché observée pour ces médicaments il y a dix ans. ■

Pour en savoir plus

- **Caisse nationale de l'Assurance m**aladie (2018, juillet). *Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses*. Propositions de l'Assurance maladie pour 2019.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale (juin 2021). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2018, prévisions 2019*. Éclairage « Le marché du médicament en officine de ville en France en 2020 », pp. 128 à 131.
- Comité économique des produits de santé (CEPS) (2020, septembre). Rapport d'activité 2019.

1 Par convention, l'âge du médicament est calculé à partir de la première date de commercialisation de la substance active (ou, le cas échéant, de la combinaison) composant le médicament. Ainsi, les médicaments génériques ont par construction ici le même âge que le premier princeps commercialisé.

2 En raison d'une remontée des données incomplète sur l'année 2020, la ventilation des chiffres d'affaires a été effectuée sur 96 % du montant global des médicaments remboursables.

13 L'optique médicale

En 2020, la consommation de soins d'optique s'élève à 6,3 **milliards** d'euros. **Elle représente 3,0 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux. Elle diminue de 7,3** % par rapport à l'année précédente, après une hausse de 6,8 **% en 2019. Les dépenses couvertes au titre de la réforme du « 100 % santé » représentent 4,5** % de la consommation d'optique médicale en 2020.

La consommation d'optique médicale diminue en 2020

La dépense d'optique médicale varie beaucoup d'une année à l'autre. En 2011, elle progresse vivement, avec une croissance de l'ordre de 4,7 %, principalement tirée par les volumes (*tableau 1 et graphique 1*). L'année 2013 a été, en revanche, marquée par un fort ralentissement en volume (+0,4 %) et en valeur (+0,9 %). En 2014, la croissance en valeur se stabilise à 1,0 % mais ralentit à nouveau en volume, à 0,2 %. La consommation reprend en 2015 mais le prix de l'optique baisse de 0,3 %. Cette diminution pourrait provenir de la libéralisation de la vente d'optique médicale intervenue à partir de 2014 : des points de vente en ligne apparaissent, principalement pour les lentilles correctrices. La baisse des prix qui se confirme et le faible dynamisme des volumes conduisent à une quasi-stagnation de la consommation d'optique médicale en 2016. Cette atonie s'expliquerait par l'introduction des contrats « responsables » en 2015 : les organismes complémentaires (OC) bénéficient d'aides fiscales et s'engagent en contrepartie, notamment, à plafonner la prise en charge des lunettes et à limiter leur renouvellement. Ces mécanismes visaient à influencer les comportements de consommation et à modérer les prix du secteur. La tendance récente se confirme en 2017, avec des prix atones et une baisse de la consommation en volume et en valeur, pour la première fois depuis quinze ans.

En 2018, les volumes et les prix repartent à la hausse (respectivement +3,2 % et +1,2 %). La vigueur des volumes est stimulée par les prestations versées par les OC. En effet, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise mise en place en 2016, a modifié la structure des contrats en faveur d'une meilleure couverture en optique (*fiche 19)*. Cette hausse des garanties stimulerait la consommation et les prix. Ainsi, les prestations versées par les OC au titre de l'optique rebondissent en 2018 (+6,6 %) et 2019 (+3,5%). De plus, plusieurs OC ont développé des réseaux de soins : en échange de tarifs plus modérés, les opticiens partenaires s'assurent un volume de clientèle. La possible montée en charge de ce dispositif expliquerait aussi le dynamisme de 2018, et la hausse de la part financée par les OC.

En 2020, la consommation d'optique médicale diminue fortement de 7,3 % pour s'établir à 6,3 milliards d'euros. Les prix restant orientés à la hausse (+0,6 %), cette baisse repose sur un fort recul des volumes (-7,9 %), les soins d'optique ayant été particulièrement impactés par la période du premier confinement (*graphique 2*).

La structure de la consommation d'optique médicale reste relativement stable en 2020 : les verres représentent 67 % de la dépense, les montures 27 %, les lentilles et les examens 6 % de la dépense *(graphique 3)*. La quasi-totalité de ces dépenses (98 %) est réalisée auprès des opticiens. *(graphique 4)*.

Tableau 1 Consommation d'optique médicale

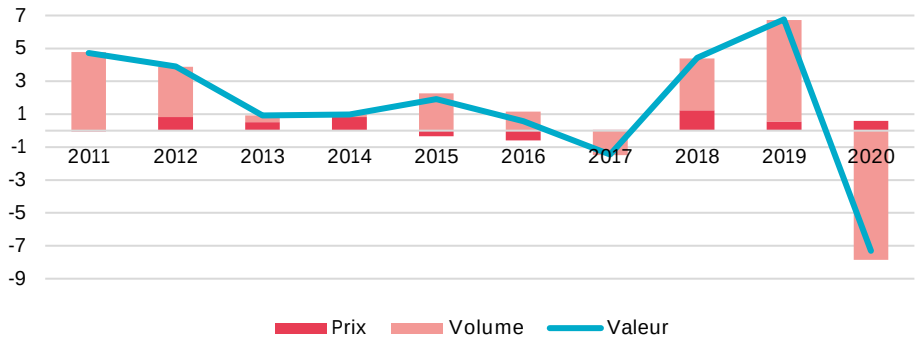
En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020
Consommation totale	5 693	6 181	6 091	6 362	6 792	6 296
Évolution (en %)	4,7	0,6	-1,4	4,4	6,8	-7,3
Prix (en %)	-0,1	-0,6	0,1	1,2	0,6	0,6
Volume (en %)	4,8	1,2	-1,5	3,2	6,2	-7,9

Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour l'indice des prix à la consommation.

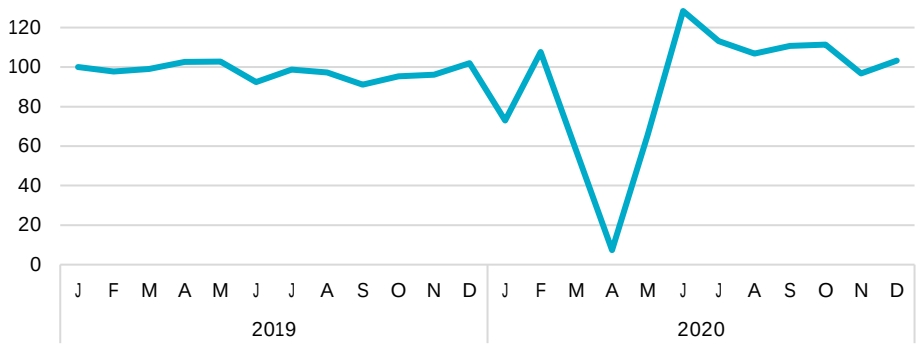
Graphique 1 Évolution de la consommation des soins d'optique médicale

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Évolution mensuelle de la dépense de soins d'optique en 2019 et 2020



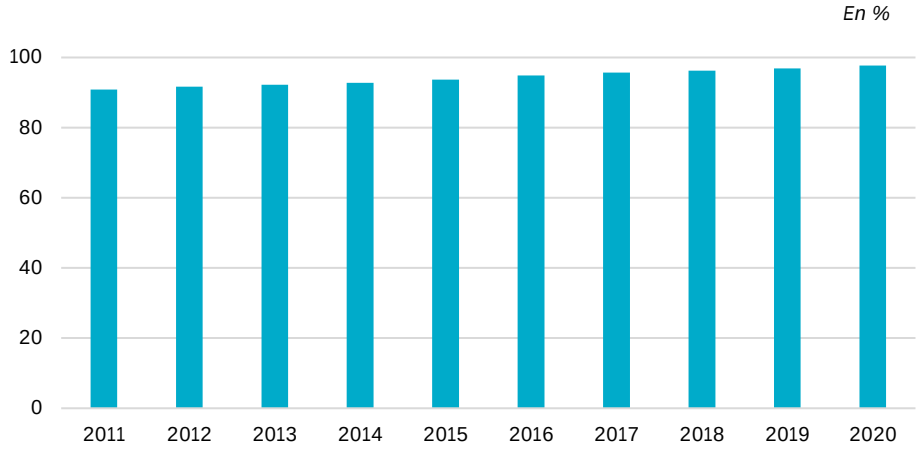
Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières (CVS).
Champ > France.
Source > SNDS ; calculs DREES.

Graphique 3 Répartition de la consommation d'optique médicale en 2020

En %

Champ > France.
Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 4 Part de la consommation d'optique médicale réalisée auprès des opticiens



Note > Les principaux autres lieux d'exécution sont des achats directs auprès des entreprises.
Source > DREES, comptes de la santé.

Les organismes complémentaires financent près de 70 % de la consommation d'optique médicale

Les organismes complémentaires prennent en charge 69,6 % de la dépense d'optique médicale et en restent ainsi les principaux financeurs. Cette part est en baisse par rapport à 2019 (-2,7 points), compensée par la forte hausse de celle des ménages (+4,1 points) qui atteint 27,4 % en 2020. L'État et la Sécurité sociale financent respectivement 1,6 % et 1,3 % de la dépense d'optique médicale *(tableau 2)*.

L'année 2020 est également marquée, depuis le 1er janvier, par la mise en œuvre des mesures du « 100 % santé » en optique. Cette réforme conduit à classer les équipements d'optique suivant deux paniers : un panier A, dit « 100 % santé », correspondant à une offre à tarifs maîtrisés et à reste à charge nul pour les ménages, et un panier B à tarifs libres. Ces paniers proposent un large choix d'équipements comprenant des verres et des montures.

En 2020, le panier « 100 % santé » représente 4,5 % de la dépense des soins d'optiques. En nombre d'appareils, le panier « 100 % santé « représente un volume plus important, avec 20 % des verres simples, 11 % des verres complexes et 14 % des montures.

Globalement, les organismes complémentaires financent la part la plus importante de la consommation de ce panier « 100 % santé » avec un taux de 55,7 % *(tableau 3)*, suivi de l'État avec 24,5 % et de la Sécurité sociale avec 19,8 %, le reste à charge des ménages étant nul par définition.

Sur les équipements du panier au tarif libre, le reste à charge des ménages atteint 28,8 % de la dépense. ■

Précisions méthodologiques

Le champ de la consommation d'optique médicale dans les comptes de la santé couvre des produits remboursables (verres et montures notamment) et des produits non remboursables (la plupart des lentilles correctrices, etc.). En raison du caractère atypique de sa structure de financement (faible poids des financeurs publics), ce poste présente la particularité d'être construit à partir de données statistiques, contrairement aux autres postes de soins ambulatoires de la CSBM, construits à partir de données comptables.

L'optique médicale correspond au chapitre 2 du titre II de la Liste des produits et prestations (LPP). Il comprend :

- les verres, montures et lentilles correctrices remboursables ;
- les lentilles correctrices non remboursables.

À l'inverse, sont hors du champ des comptes de la santé :

- les lunettes solaires de vue non remboursables ;
- les lentilles esthétiques ;
- les produits d'entretien des lunettes et lentilles.

Tableau 2 Décomposition de la consommation d'optique médicale par type de panier de soins et par financeur en 2020

En millions d'euros

	Optiques « 100 % santé »		Optiques tarif libre		Ensemble de l'optique médicale	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	56	19,8	27	0,4	83	1,3
État et CSS organismes de base	69	24,5	32	0,5	101	1,6
Organismes complémentaires	158	55,7	4 224	70,3	4 384	69,6
Ménages	0	0,0	1 730	28,8	1 727	27,4
Ensemble	283	100,0	6 012	100,0	6 296	100,0

Note > Les données sont provisoires, elles pourront être révisées l'année prochaine.
Source > DREES, comptes de la santé.

14 Les biens médicaux hors optique médicale

La consommation de biens médicaux hors optique médicale représente 10,4 milliards d'euros en 2020. Elle progresse de 1,4 % par rapport à 2019. La mise en place de la réforme « 100 % santé » en 2019 sur les audioprothèses a freiné fortement la croissance des dépenses de ce poste, même si la part de marchédes audiopro thèses du panier « 100 % santé » reste encore modeste. En 2020, le reste à charge des ménages représente 14,9 % des dépenses sur les audioprothèses « 100 % santé » contre 60,8 % pour les audioprothèses en tarif libre.

La consommation de biens médicaux hors optique ralentit en 2020

La dépense en biens médicaux hors optique médicale[1] consommée en ville augmente de 1,4 % par rapport à 2019, pour un montant de 10,4 milliards d'euros en 2020 *(tableau 1)*. Cette dépense ralentit par rapport aux années précédentes, où elle progressait en moyenne de 5,1 % par an entre 2011 et 2019.

En 2020, la consommation des autres biens médicaux représente 5,0 % de la consommation totale de soins et de biens médicaux (CSBM).

En 2020, les matériels, aliments et pansements représentent les deux tiers de la dépense en autres biens médicaux ; les orthèses et prothèses 17 %, les audioprothèses 12 % et les véhicules pour personnes handicapées (VHP) 2 % de la dépense.

La catégorie des « matériels, aliments et pansements » est très vaste et inclut entre autres les matériels d'assistance respiratoire, les produits de traitement du métabolisme (principalement pour le diabète) et les dispositifs de maintien à domicile (lits médicaux, perfusions, etc.). Les dépenses de ce poste sont restées dynamiques (+4,5 % en 2020). L'hospitalisation à domicile a fortement progressé en 2020 avec la crise sanitaire et tire à la hausse la consommation en équipements médicaux à domicile.

Tableau 1 Consommation des biens médicaux, hors optique médicale

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020
Consommation totale	6 863	9 140	9 504	9 915	10 251	10 398
Prothèses et orthèses	1 304	1 729	1 796	1 856	1 934	1 778
Audioprothèses	822	1 081	1 158	1 254	1 257	1 281
Matériels, aliments et pansements	4 578	6 141	6 350	6 593	6 822	7 127
Véhicules pour handicapés physiques	159	188	198	212	237	213
Évolution (en %)	6,7	6,2	4,0	4,3	3,4	1,4
Prix (en %)	0,1	-0,3	-0,1	0,4	0,2	-0,1
Volume (en %)	6,6	6,5	4,1	3,9	3,2	1,5

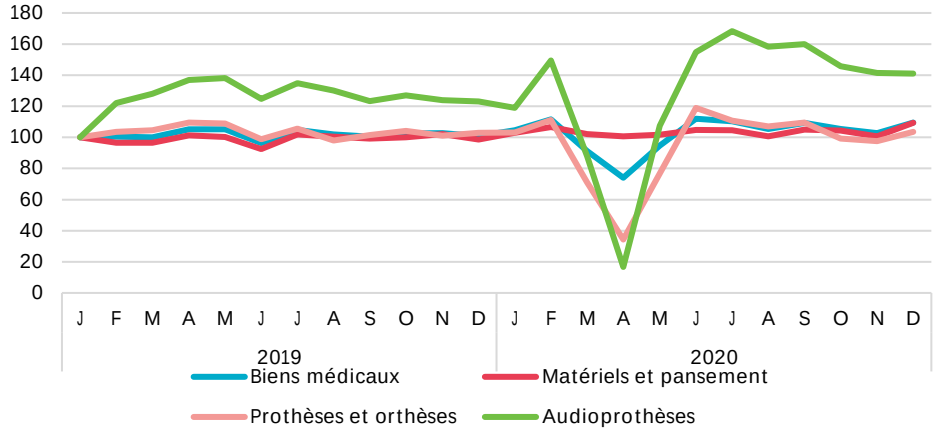
Source > DREES, comptes de la santé.

1 Le poste « autres biens médicaux hors optique médicale » est très hétérogène. Il inclut environ 4 000 références de la liste des produits et prestations (LPP), à l'exclusion de l'optique médicale *(fiche 13)*. La dépense d'optique médicale représente, en 2020, 37,7 % de la dépense totale en biens médicaux.

La distribution des produits de la LPP est essentiellement assurée par les pharmaciens, les opticiens, les audioprothésistes, les orthoprothésistes, les pédicures-podologues et les prestataires du maintien à domicile.

Dans cette fiche, ne sont pris en compte que les biens médicaux délivrés en ville ; la part consommée à l'hôpital et en clinique étant comptabilisée dans les dépenses des établissements de santé. Les dépenses de dispositifs médicaux facturés en sus dans les établissements de santé représentent, en 2020, 1,9 milliard d'euros.

Graphique 1 Évolution mensuelle de la dépense d'autres biens médicaux et de ses principaux postes



Note > Base 100 en janvier 2019, données corrigées des variations saisonnières (CVS).
Champ > France.
Source > SNDS ; calculs DREES.

Les « prothèses et orthèses » regroupent des dispositifs internes ou externes de compensation ou de remplacement des fonctions corporelles, à l'exclusion des audioprothèses, comptabilisées à part. Les dépenses baissent de 8,1 % en 2020, probablement en partie à cause des déprogrammations d'actes chirurgicaux en établissements de santé avec la crise sanitaire.

Les « audioprothèses » rassemblent tous les appareils auditifs correcteurs de surdité. Leur consommation ralentit à partir de l'année 2019 (+0,2 % en 2019 et +1,9 % en 2020). Auparavant, les dépenses progressaient en moyenne de 6,2 % par an entre 2011 et 2018. Ce ralentissement de la croissance des dépenses intervient en parallèle de la mise en œuvre de la réforme du « 100 % santé » en audiologie (*encadré*).

Enfin, les dépenses en véhicules pour personnes handicapées (VHP) chutent de 10,5 % en 2020, contre une augmentation de 5,1 % par an en moyenne entre 2011 et 2019.

En 2020, les évolutions en valeur s'expliquent essentiellement par l'effet des volumes. Les évolutions des prix restent en effet très contenues pour la plupart des biens médicaux : +0,1 % en 2020 pour les matériels, aliments et pansements ; -0,1 % pour les orthèses, prothèses ; -0,3 % pour les VHP. Seuls les prix des audioprothèses affichent un net repli (-1,3 %) probablement en lien avec la réforme du « 100 % santé ».

Les dépenses d'audioprothèses dynamiques en fin d'année 2020

Au cours de l'année 2020, les dépenses des biens médicaux chutent lors du premier confinement, intervenu le 17 mars 2020. L'activité au mois d'avril, intégralement passé en confinement, est 29 % plus faible que celle du mois de janvier 2020 *(graphique 1)*. Les audioprothèses, prothèses et orthèses ont été le plus durement touchées par la mise en place des mesures de restriction sanitaire (respectivement -86 % et -67 % des dépenses entre le mois d'avril et le mois de janvier 2020). *A contrario*, les dépenses en matériels et pansements se maintiennent : la perte d'activité au mois d'avril n'est que de -2 % par rapport à janvier 2020.

Dès la levée des mesures, les dépenses en biens médicaux repartent à la hausse et se stabilisent à leur niveau d'avant la crise dès le mois de juin 2020 sans effet apparent de compensation de la période du confinement. Seules les dépenses en audioprothèses affichent un rebond marqué avec un niveau d'activité au second semestre 2020 28 % plus important que celui observé en janvier 2020. Pour les autres biens médicaux, l'activité de fin d'année reste stable à son niveau d'avant la crise ; la mise en place du deuxième confinement en fin d'année 2020 n'ayant pas eu d'influence sur l'activité.

Encadré La réforme « 100 % santé » sur les audioprothèses

La réforme « 100 % santé » en audiologie vise à garantir, à partir du 1er janvier 2021, un financement entièrement pris en charge par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires sur un panier d'audioprothèses. Le panier « 100 % santé » en audiologie comprend un large éventail d'aides auditives (intra-auriculaires, à écouteur déporté ou contours d'oreille) et de garanties associées. La réforme a été mise en place à partir du 1er janvier 2019 par un plafonnement progressif des produits « 100 % santé ». Au 1er janvier 2021, date à laquelle la réforme sera pleinement entrée en application, le reste à charge sera de 0 euro sur les produits « 100 % santé ». Les patients restent libres de choisir un équipement du panier « 100 % santé », sans reste à charge ou un équipement à tarif libre, non soumis au « 100 % santé ». Depuis le 1er janvier 2020, tous les audioprothésistes doivent obligatoirement proposer un devis comportement au moins une offre « 100 % santé ».

Dans le contexte de la mise en place de la réforme du « 100 % santé », la progression de la dépense en audioprothèses a ralenti en 2019 (+0,2 %) et 2020 (+1,9 %) après une période marquée par une évolution dynamique de +6,2 % en moyenne par an entre 2011 et 2018.

En 2020, les dépenses en audioprothèses du panier « 100 % santé » représentent 75 millions d'euros pour une dépense totale en audioprothèses de 1 281 millions d'euros. Les dépenses d'audiologies sur le panier « 100 % santé » restent ainsi encore très minoritaires en 2020 : elles ne représentent que 5,9 % de la dépense totale mais 12,1 % du nombre d'appareils vendus en 2020 ; les audioprothèses « 100 % santé » étant nettement moins onéreuses que celles du tarif libre.

La répartition par financeur est très différente entre les deux paniers. Pour le panier « 100 % santé », la Sécurité sociale et les organismes complémentaires prennent en charge chacun plus du tiers de la dépense, l'État (dont la CSS versée par les organismes de base) 12,5 % et les ménages 14,9 %. Le reste à charge des ménages n'est pas nul en 2020, car la réforme « 100 % santé » n'était pas encore totalement entrée en application en 2020.

Pour les audioprothèses au tarif libre, les ménages prennent en charge 60,8 % de la dépense totale, soit un reste à charge de 733 millions d'euros en 2020.

Tableau 2 Répartition des dépenses d'audioprothèses « 100 % santé » et tarif libre par type de financeur en 2020

En millions d'euros

	Total audioprothèses		Audioprothèses « 100% santé »		Audioprothèses tarif libre	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	228	17,8	28	37,0	200	16,6
État et CSS organismes de base	12	0,9	9	12,5	3	0,2
Organismes complémentaires	297	23,2	27	35,6	270	22,4
Ménages	744	58,1	11	14,9	733	60,8
Total	1 281	100,0	75	100,0	1 205	100,0
Nombre d'appareils vendus (en milliers)	815,8		98,5		717,3	

Source > DREES, comptes de la santé.

Près des trois quarts de la dépense prise en charge par **l'assurance maladie** obligatoire

Les biens médicaux hors optique médicale sont pris en charge à 71,9 % par la Sécurité sociale, 1,2 % par l'État (dont CSS versée par les organismes de base) et 15,6 % par les organismes complémentaires *(tableau 3)*. Les ménages financent les 11,3 % restants, soit un reste à charge de 1,2 milliard d'euros en 2020.

La part à la charge des ménages est bien plus élevée pour les prothèses, audioprothèses, orthèses et VHP que pour les matériels, aliments et pansements (respectivement 20,5 % contre 7,1 % en 2020).

Entre 2011 et 2020, la part à la charge des ménages a baissé de 4,5 points *(graphique 2)*. Cette évolution a été compensée par la hausse de la contribution de la Sécurité sociale qui progresse de 1,3 point et de celle des organismes complémentaires qui progresse de 2,9 points. ■

Tableau 3 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux, hors optique médicale, par type de financeur en 2020

En millions d'euros

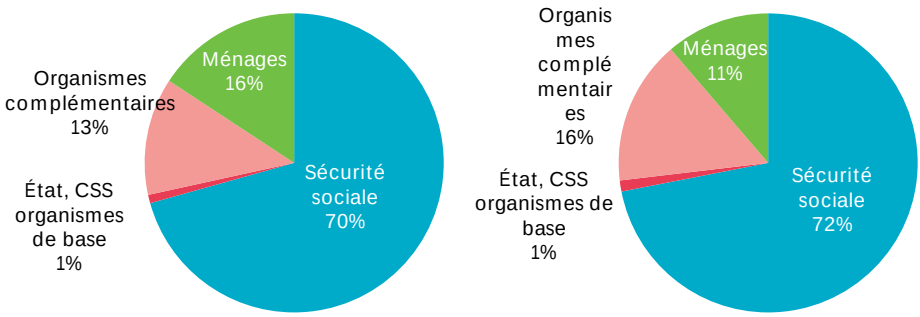
	Autres biens médicaux		Matériel, aliments et pansements		Prothèses, audioprothèses, orthèses et VHP	
	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)	Dépenses	Part (en %)
Sécurité sociale	7 480	71,9	6 063	85,1	1 417	43,3
État et CSS organismes de base	124	1,2	83	1,2	41	1,3
Organismes complémentaires	1 622	15,6	478	6,7	1 144	35,0
Ménages	1 173	11,3	503	7,1	670	20,5
Total	10 398	100,0	7 127	100,0	3 271	100,0

Source > DREES, comptes de la santé.

Graphique 2 Répartition des dépenses d'autres biens médicaux par type de financeur

a. en 2011 b. en 2020

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Les soins hospitaliers

15 Les soins hospitaliers

Les dépenses de soins hospitaliers s'élèvent à 100,5 **milliards** d'euros en 2020. **Elles progressent de 3,7 %, malgré une forte baisse du volume de soins (-8,0 %).** L'activité a été fortement touchée par **la crise sanitaire, entraînant des déprogrammations de soins non urgents durant le premier confinement. Dans le secteur public, les dépenses progressent de 5,6 % en 2020, essentiellement à c**ause d'une hausse des rémunérations des personnels. Dans le secteur privé, **les dépenses, comptabilisées hors subventions exceptionnelles, baissent de 2,4 %.**

Une forte hausse des dépenses liées à la crise sanitaire

En 2020, la consommation de soins hospitaliers, tous secteurs confondus, accélère avec une croissance de 3,7 %, après 2,1 % en 2019 (*tableau 1)*. Elle s'élève à 100,5 milliards d'euros, soit 48 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Cette accélération est portée par le secteur public dont la production de soins augmente de 5,6 % en 2020, tandis que le secteur privé recule de 2,4 %.

Cette divergence est en partie liée à la différence de comptabilisation des dépenses entre les deux secteurs. Dans les comptes de la santé, le secteur public est considéré comme un service non marchand et ses dépenses sont estimées par la somme de ses coûts de production, indépendamment de ses recettes *(annexe 2)*. Le secteur hospitalier privé, pour sa part, est un service marchand. Les services de soins qu'il produit sont évalués à l'aune du prix facturé par ces établissements en contrepartie des soins délivrés, et les subventions à la production reçues sans contrepartie sont, quant à elles, exclues.

Or, en 2020, l'Assurance maladie a accordé des aides financières afin de soutenir les établissements de santé touchés par la crise sanitaire. Ces aides sont indirectement intégrées dans les facteurs de production pour le secteur public dans la mesure où elles ont contribué à faire face aux coûts de fonctionnement. Elles sont en revanche exclues dans le cas des cliniques privées. En incluant les aides versées aux cliniques privés en 2020 (estimées à 1,0 milliard d'euros au titre de la garantie de financement[1]), les dépenses en cliniques privées progresseraient de 2,2 % en 2020.

Tableau 1 Consommation de soins hospitaliers

En millions d'euros

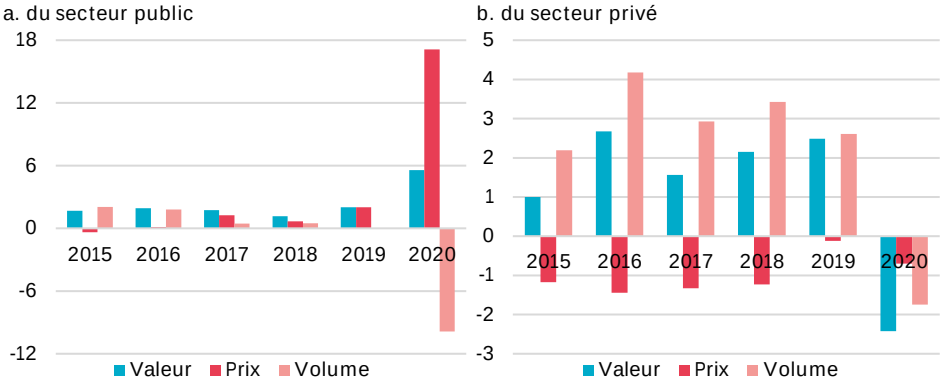
	2011	2016	2017	2018	2019	2020	2020 y compris DIPA[1]
Ensemble	82 317	92 048	93 602	94 909	96 921	100 536	
Évolution (en %)	2,7	2,1	1,7	1,4	2,1	3,7	
Prix (en %)	0,1	-0,2	0,7	0,3	1,5	12,7	
Volume (en %)	2,7	2,3	1,0	1,1	0,6	-8,0	
Secteur public	63 144	70 965	72 191	73 037	74 505	78 664	
Évolution (en %)	2,6	1,9	1,7	1,2	2,0	5,6	
Prix (en %)	0,1	0,1	1,3	0,7	2,0	17,1	
Volume (en %)	2,5	1,8	0,5	0,5	0,0	-9,9	
Secteur privé	19 173	21 082	21 411	21 872	22 416	21 872	22 916
Évolution (en %)	3,3	2,7	1,6	2,2	2,5	-2,4	2,2
Prix (en %)	0,1	-1,3	-1,3	-0,9	-0,1	-0,7	
Volume (en %)	3,2	4,1	2,9	3,1	2,6	-1,7	

1. Dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (*fiche 2*).
Note > Données révisées par rapport à l'édition précédente (*annexe 3*).
Source > DREES, comptes de la santé.

1 La garantie de financement versée aux établissements de santé assure un niveau de financement au moins égal à celui de l'année 2019.

Graphique 1 Évolution de la consommation de soins hospitaliers

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Une baisse des volumes d'activité

Globalement, sur l'ensemble des deux secteurs, la progression des dépenses est intégralement portée par une hausse soutenue des prix (+12,7 % en 2020), alors que les volumes de soins s'effondrent (-8,0 %). Pour le secteur public, la baisse des volumes est prononcée (-9,9 % en 2020) ; elle est de plus faible ampleur pour le secteur privé (-1,7 %).

La baisse des volumes de soins est notamment liée aux déprogrammations de soins non urgents intervenues lors de la première vague épidémique entre mars et mai 2020. L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) estime, pour l'ensemble des secteurs, que l'activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) au mois d'avril 2020 est 53 % plus faible que celle d'avril 2019 (en évolution corrigée des jours ouvrables). La hausse d'activité liée aux séjours Covid-19 est loin de contrebalancer la baisse d'activité liée aux déprogrammations puisque les journées d'hospitalisation des patients atteints du Covid-19 en MCO n'ont représenté que 14 % des journées d'hospitalisation en MCO entre le 17 mars et le 11 mai 2020.

L'activité hospitalière retrouve presque son niveau habituel entre juin et septembre 2020. Puis, elle est de nouveau perturbée par l'arrivée de la deuxième vague épidémique en fin d'année. L'activité MCO recule de respectivement -14 % et de -8 % aux mois de novembre et décembre 2020 (calcul ATIH). Au cours de cette période, la gestion des déprogrammations a été plus territorialisée et a entraîné globalement une moindre baisse de l'activité.

En parallèle, la hausse du nombre de journées d'hospitalisation à domicile (HAD) de 10,9 % en 2020 (calcul ATIH) traduit le report à domicile d'une partie de l'activité.

La baisse de l'activité hospitalière s'explique également par d'autres effets que la déprogrammation. En particulier, le recul plus marqué chez les enfants de 2 à 14 ans et pour les séjours liés à des motifs ORL, maladies infectieuses et maladies de l'appareil respiratoire est probablement dû à l'application des mesures sanitaires et des gestes barrières. La baisse du nombre de séjours pour des pathologies graves et aiguës peut être liée à la fois à un moindre recours (par exemple, la peur d'être contaminé en se rendant à l'hôpital et/ou de participer à la saturation des services d'urgences) et à des difficultés d'accès aux soins (saturation des numéros d'urgence et/ou capacités réduites d'hospitalisation).

Encadré La mesure du volume d'activité à l'hôpital public

Les comptes de la santé proposent, pour chaque poste de la consommation de biens et de services médicaux, un partage de la croissance entre un effet qui traduit l'évolution des prix et un effet dit « volume » qui reflète l'évolution des quantités et de la qualité des biens ou des services consommés (*annexe 4*).
L'activité des hôpitaux publics étant considérée comme non marchande (*annexe 2*), l'estimation de la valeur et du partage volume-prix de ce poste repose sur des méthodologies spécifiques.
La valeur des soins délivrés à l'hôpital public est ainsi estimée par la somme des coûts de production plutôt que par les montants facturés à l'Assurance maladie, à l'État et aux patients. L'estimation du volume d'activité est calculée à partir des données sur le nombre de séjours fournies par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH). L'effet volume est donc identifié à l'effet quantité, la qualité des soins étant réputée constante d'une année sur l'autre. La croissance en valeur résultant de la combinaison de la croissance du volume et de celle des prix, l'évolution des prix des soins hospitaliers public est déduite de celles de la valeur et du volume.
Pour cette édition des comptes de la santé, le volume d'activité a été estimé à méthodologie inchangée par rapport aux éditions précédentes. Le contexte exceptionnel lié à la crise sanitaire pourrait cependant justifier une adaptation méthodologique. En effet, la croissance en volume doit aussi refléter l'évolution de la qualité des biens ou de services consommés. Or, en 2020, la crise sanitaire a entraîné une prise en charge spécifique des patients atteints de la Covid-19 et plus largement une réorganisation de l'activité hospitalière mesurée de manière imparfaite dans les indicateurs d'activité usuels. Une partie des surcoûts générés par la crise sanitaire pourrait être interprétée comme un « effet qualité », qui viendrait s'ajouter à l'» effet quantité » dans la croissance en volume. À titre d'illustration, l'intégration des primes versées aux personnels hospitaliers dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire dans l'effet volume modifierait le partage volume-prix d'environ 1,5 point (à la hausse sur le volume et à la baisse sur les prix).
Des travaux seront menés conjointement avec l'INSEE afin de fournir une estimation de cet effet qualité dans la prochaine publication des comptes de la santé.

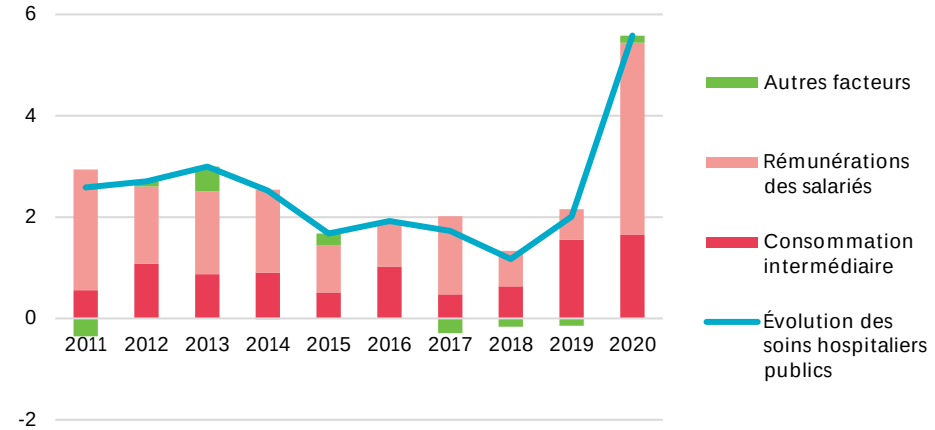
Une hausse des rémunérations des personnels hospitaliers publics

La forte hausse des dépenses dans le secteur public s'expliquerait, selon des données provisoires, par une accélération de la rémunération des salariés (contribution à hauteur de deux tiers de la hausse, *graphique 2*). Deux facteurs expliquent cette progression des salaires. D'une part, les premiers effets de la mise en œuvre des mesures des accords du Ségur de la santé, qui ont octroyé des augmentations aux personnels de la fonction publique hospitalière (+90 euros nets mensuels au 1er septembre 2020, suivi par une seconde hausse de +93 euros nets mensuels au 1er décembre 2020). D'autre part, le versement en 2020 par l'Assurance maladie d'une prime Covid-19 de 1 500 euros à l'ensemble des personnels de l'hôpital dans les départements les plus exposés à l'épidémie et de 500 euros dans les autres départements. Les heures supplémentaires ont aussi été majorées de 50 % pendant l'état de crise sanitaire.

Les consommations intermédiaires, soutenues par les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints par la Covid-19 (équipements pour la réanimation, tests diagnostiques, etc.), contribuent pour un tiers à la hausse des dépenses.
Sur les dix dernières années, la consommation de soins hospitaliers du secteur public a progressé en moyenne de 2,7 % par an entre 2011 et 2014, puis a ralenti entre 2015 et 2019 sur un rythme moyen annuel de +1,7 %.
Ce ralentissement s'explique d'abord par un tassement des prix en 2015 et 2016, puis par le ralentissement des volumes de soins en MCO à partir de 2017 (progression des volumes de 2,7 % en moyenne par an entre 2014 et 2016, puis de 1,1 % par an entre 2017 et 2019, *graphique 3*). En psychiatrie (PSY) et soins de suite et de réadaptation (SSR), les volumes de soins baissent de façon continue depuis 2016 (respectivement -2,7 % et -1,4 % par an entre 2016 et 2019). Cette baisse des volumes s'amplifie en 2020 (-15,6 % en PSY et -12,6 % en SSR).

Graphique 2 Évolution en valeur de la consommation de soins hospitaliers dans le secteur public et ses principaux déterminants

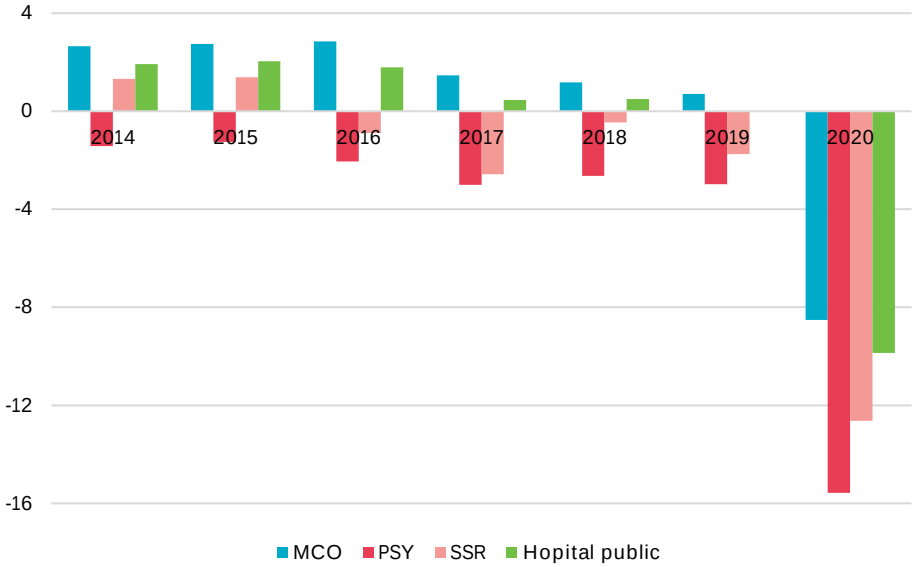
En %



Note > Le poste « Autres facteurs » regroupe la consommation de capital fixe et les impôts nets des subventions à la production.
Lecture > La consommation de soins hospitaliers dans le secteur public progresse de 5,6 % en 2020, dont 3,8 points s'expliquent par la hausse des rémunérations (salaires et cotisations).
Champ > France.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee, retraitements DREES.

Graphique 3 Évolution du volume par domaine d'activité dans les soins hospitaliers publics

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

Une baisse des soins hospitaliers privés

Dans le secteur privé, la baisse des dépenses touche pratiquement tous les secteurs d'activité, à l'exception de la HAD et des dépenses de médicaments en sus (*tableau 2*). Les dépenses baissent de 5,7 % en MCO en 2020, de 8,0 % en SSR, et de 2,6 % en PSY, tandis que les honoraires perçus par les praticiens exerçant en cliniques reculent de 8,6 %. Seule la HAD reste en progression en 2020 (+0,2 %), ainsi que les dépenses des médicaments de la liste en sus (+14,7 % en 2020), compte tenu du dynamisme des prescriptions de médicaments anti-cancéreux pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Enfin, les dotations, versées par l'Assurance maladie sous réserve de réalisations d'objectifs (MIGAC, IFAQ et coefficient prudentiel) ont fortement progressé en 2020. Elles passent de 0,3 milliard d'euros en 2019 à 1,1 milliard en 2020. De fait, l'Assurance maladie a financé à travers ces dotations une partie du surcoût engendré par la prise en charge des patients atteints de la Covid-19[1].

Pour la dixième année consécutive, les prix des soins en clinique baissent (-0,7 % en 2020). Cette tendance s'explique notamment par la modération des frais de séjour, liée aux baisses tarifaires dans le secteur privé. Celles-ci seraient en partie amorties par les effets de nouveaux dispositifs fiscaux et sociaux (pacte de responsabilité, crédits d'impôt compétitivité emploi et crédits d'impôt sur la taxe sur les salaires)..

Tableau 2 Décomposition de la dépense des soins hospitaliers dans le secteur privé en 2019 et 2020

	2019 (en millions d'euros)	2020 (en millions d'euros)	Répartition en 2020 (en %)	Évolution 2019/2020 (en %)
MCO	8 300	7 827	35,8	-5,7
PSY	840	819	3,7	-2,6
SSR	2 438	2 242	10,3	-8,0
Hospitalisation à domicile	654	655	3,0	0,2
Médicaments en sus	494	566	2,6	14,7
Dispositifs médicaux en sus	954	864	4,0	-9,4
Forfaits et assimilés*	1 683	1 615	7,4	-4,1
Dotations**	322	1 128	5,2	250,8
Honoraires	6 732	6 156	28,1	-8,6
Secteur privé	22 416	21 872	100,0	-2,4

* forfait activités isolés, forfait annuel prélèvements d'organes, forfait urgences, dialyse, forfait journalier, forfait CSS, forfait IVG et forfait établissements situés à l'étranger.
** MIGAC, IFAQ et coefficient prudentiel, hors subventions versées au titre de la garantie de financement.
Champ > France.
Source > DREES, comptes de la santé.

Une hausse du financement pris en charge par l'Assurance maladie

La Sécurité sociale est le principal financeur des soins hospitaliers (*tableau 3*). Elle prend en charge 93,9 % de la dépense de soins hospitaliers publics et 88,9 % de celle du secteur privé. Cette part a fortement progressé en 2020 : elle augmente de 1,3 point dans le secteur public et de 0,4 point pour le secteur privé.

La progression du financement par la Sécurité sociale est liée à la hausse des dotations versées aux secteurs hospitaliers publics et privés afin de lutter contre l'épidémie de Covid-19.

Les autres acteurs financent une part plus modeste : entre 4 % et 6 % selon le secteur pour les organismes complémentaires, un peu plus de 1 % pour l'État (AME et CSS versée par les organismes de base).

Le reste à charge des ménages représente, en 2020, 0,7 % de la dépense pour les soins hospitaliers public et 4,0 % dans le secteur privé. Cette part est stable pour le secteur privé et baisse de 0,6 point en 2020 dans le secteur public. ■

1 Ces dotations n'incluent pas les montants versés au titre de la garantie de financement.

Tableau 3 Répartition des dépenses de soins hospitaliers publics par financeur en 2020

En millions d'euros

	Secteur public			Secteur privé		
	Dépenses	Part en 2020 (en %)	Part en 2019 (en %)	Dépenses	Part en 2020 (en %)	Part en 2019 (en %)
Sécurité sociale	73 888	93,9	92,6	19 450	88,9	88,5
État, CSS organismes de base	959	1,2	1,4	196	0,9	0,9
Organismes complémentaires	3 273	4,2	4,7	1 353	6,2	6,5
Ménages	545	0,7	1,3	873	4,0	4,0
Ensemble	78 664	100,0	100,0	21 872	100,0	100,0

Champ > France.
Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Naouri, D. (2021, septembre). En 2020, le nombre de séjours hospitaliers hors Covid-19 a diminué de 13 % par rapport à 2019. DREES, *Études et Résultats*, 1204.
> Commission des comptes de la Sécurité sociale (2021, juin). *Les comptes de la Sécurité sociale, résultats 2020, prévisions 2021*.
> Toutlemonde, F. **(dir.)** (2021, juillet). *Les établissements de santé – édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> Dans ce même ouvrage, voir annexe 2 « La méthodologie des comptes de la santé »

> https://www.atih.sante.fr/statistiques-en-ligne pour les extractions de données hospitalières.

16 Le secteur hospitalier

Le secteur hospitalier comprend un peu plus de 3 000 établissements de santé. Depuis près de vingt ans, l'hospitalisation partielle se développe, tandis que l'hospitalisation complète (avec nuitée) recule. D'autres alternatives se développent, comme les séances ou l'hospitalisation à domicile. Le secteur public offre 74 % des capacités d'accueil et concentre 85 % des 1,3 million de postes du personnel hospitalier. La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'Ondam, avec une participation des patients qui varie entre secteur public et secteur privé.

Le secteur public concentre deux tiers des établissements de santé

Le secteur hospitalier couvre les soins prodigués dans les établissements de santé (qui se caractérisent par le fait de relever d'une autorisation de soins délivrée par leur agence régionale de santé), à distinguer des soins dispensés en cabinets de ville. Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public couvrent les établissements publics (hôpitaux civils ou militaires) et les établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC, ex-DG). Le secteur privé se compose, quant à lui, des établissements à but lucratif (parfois appelés « cliniques privées ») ainsi que des ESPIC ayant opté pour le régime conventionnel, anciennement encadrées par un objectif national quantifié (ESPIC, ex-OQN). Selon l'enquête Statistique annuelle des établissements de santé (SAE), la France comptabilise un peu plus de 3 000 établissements de santé, dont environ 2 000 établissements publics ou privés à but non lucratif et 1 000 établissements privés à but lucratif. Les établissements publics sont globalement plus importants que les établissements privés en matière de places, d'effectifs, d'activité, etc.

Les secteurs public et privé se distinguent par leur offre, leur activité et leur patientèle

Les activités des établissements hospitaliers peuvent être regroupées en trois disciplines principales :

- la discipline de « médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie » (MCO) correspond à l'activité la plus répandue ;
- la discipline de « psychiatrie » (PSY) accueille des patients souffrant de troubles psychiques à l'hôpital ou en centre d'accueil de jour ;
- la discipline des « soins de suite et de réadaptation » (SSR) concerne les soins faisant suite à des lésions traumatiques, des poses de prothèses, etc.

Par ailleurs, les unités de soins de longue durée (USLD), qui relèvent quasi exclusivement du secteur public, forment une composante spécifique de l'offre de soins hospitaliers : elles prennent en charge des patients qui présentent une faible autonomie, du fait de leur âge ou de leur parcours de santé, nécessitant des soins souvent peu techniques mais sur une longue durée. Pour cette raison, dans tous les pays de l'OCDE, les comptes de la santé regroupent l'analyse des USLD avec celle des Ehpad (qui ne sont pas juridiquement des établissements de santé).

Chaque année, environ 13 millions de patients sont hospitalisés dans les trois disciplines. Leur hospitalisation comporte très majoritairement un unique épisode de soins dans l'année, composé d'un ou de deux séjours successifs (un séjour en MCO suivi d'un séjour en SSR, par exemple). Outre les compétences médicales mobilisées (plus ou moins d'actes techniques par exemple), les trois disciplines comme les deux grands secteurs juridiques (public et privé) ont des modalités de prise en charge spécifiques, qui peuvent être notamment réalisées en hospitalisation complète (séjour avec nuitées) ou en hospitalisation partielle (séjour sans nuitée). Le secteur public offre 74 % des capacités d'accueil, tant en hospitalisation partielle qu'en hospitalisation complète *(tableau 1)*.

En hospitalisation complète, le secteur public représente une plus grande part des lits en MCO (78 %) qu'en PSY (74 %) ou en SSR (67 %). Mais en termes d'activité, c'est en psychiatrie que la part du secteur public est la plus élevée (79 % du total des séjours d'hospitalisation complète) *(graphique 1)*.

En hospitalisation partielle, le secteur public concentre 61 % des places en MCO, 93 % en PSY et 64 % en SSR. Les cliniques privées recourent toutefois davantage à l'hospitalisation partielle en MCO, notamment en chirurgie, si bien que le secteur privé réalise 49 % des journées d'hospitalisation partielle en MCO, alors qu'il ne

représente que 39 % des places. Tous secteurs confondus, les trois disciplines se distinguent également par la durée moyenne de séjour (DMS) observée en hospitalisation complète : de 5,5 jours en MCO, elle atteint 29,6 jours en PSY et 31,6 en SSR. Dans le public, la DMS est plus longue que dans le privé pour les séjours de MCO, mais elle est plus courte pour les séjours de SSR et surtout pour ceux de PSY *(graphique 2).*

L'hospitalisation partielle gagne du terrain

Depuis 2002, l'hospitalisation partielle se développe, tandis que l'hospitalisation complète recule. Ce phénomène, qualifié de « virage ambulatoire », se traduit par une hausse du nombre de places en hospitalisation partielle (de +3,0 % par an en moyenne depuis 2002) et une diminution du nombre de lits en hospitalisation complète (-0,5 % par an en moyenne depuis 2002). Ces évolutions concernent les trois disciplines, à l'exception des SSR où le nombre de lits en hospitalisation complète progresse aussi. La baisse du nombre de lits en hospitalisation complète est principalement le fait du secteur public. Dans le secteur privé, le nombre de lits se replie également en MCO, mais il progresse en PSY et en SSR. La hausse des places en hospitalisation partielle est commune aux deux secteurs, même si elle est proportionnellement plus élevée dans le secteur privé.

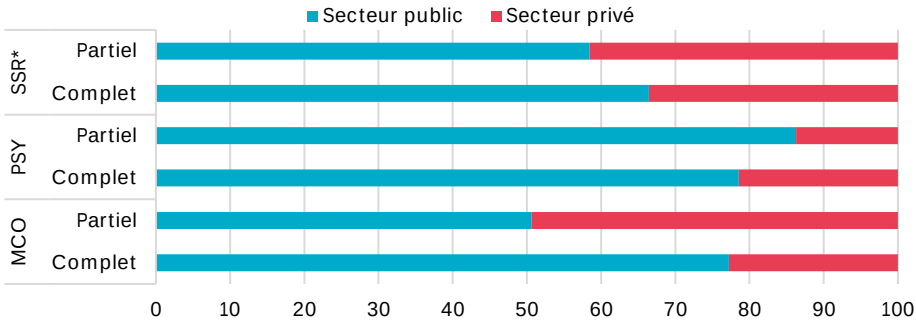
Tableau 1 Capacité d'accueil des établissements de santé en lits et en places en 2019

	Hospitalisation partielle (en places)			Hospitalisation complète (en lits)		
	Secteur public	Secteur privé	Ensemble	Secteur public	Secteur privé	Ensemble
Ensemble	57 963	20 757	78 720	267 431	94 212	361 643
MCO	20 754	13 038	33 792	156 637	45 334	201 971
PSY	27 578	2 189	29 767	40 583	14 408	54 991
SSR	9 631	5 530	15 161	70 211	34 470	104 681

Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatrie ; SSR : soins de suite et de réadaptation. Les hospitalisations complètes excluent les soins de longue durée.
Champ > France, y compris hôpitaux militaires.
Source > DREES, SAE 2019, traitement DREES.

Graphique 1 Répartition des séjours d'hospitalisation complète et des journées d'hospitalisation partielle, par discipline et par statut juridique, en 2019

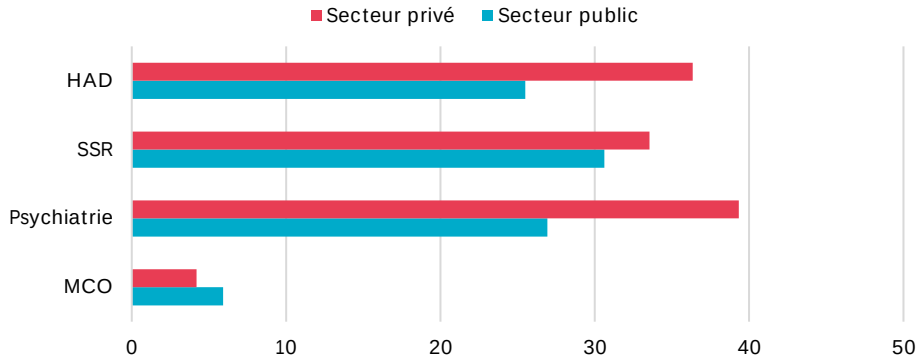
En %



* Y compris les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS) temporaires.
Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; PSY : psychiatire ; SSR : soins de suite et de réadaptation. On parle de séjours pour l'hospitalisation à temps complet et de journées pour l'hospitalisation à temps partiel. Les soins de longue durée ne sont réalisés qu'à temps complet.
Champ > France, y compris hôpitaux militaires.
Sources > ATIH, PMSI-MCO et PMSI-SSR 2019, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR ; DREES, SAE 2019, traitements DREES, pour la discipline de psychiatrie.

Graphique 2 Durée moyenne de séjour en hospitalisation complète en 2019

En jours



Note > MCO : médecine, chirurgie, obstétrique, odontologie ; SSR : soins de suite et de réadaptation ; HAD : hospitalisation à domicile.
Champ > France, y compris hôpitaux militaires.
Sources > ATIH, PMSI-MCO, PMSI-SSR et PMSI-HAD 2019, traitements DREES, pour l'activité de court séjour et de SSR et de HAD ; DREES, SAE 2019, traitements DREES, pour la psychiatrie.

Les alternatives à l'hospitalisation, avec ou sans nuitée, se développent

En parallèle du virage ambulatoire se développe l'hospitalisation à domicile (HAD), un système organisé et coordonné de soins complexes et continus entre l'hôpital et le médecin traitant. L'HAD permet ainsi d'éviter ou de raccourcir une hospitalisation en MCO ou en SSR. En 2019, près de 20 000 patients peuvent être pris en charge simultanément et cette capacité d'accueil en HAD progresse de 6,7 % par rapport à 2018.

Autres alternatives à l'hospitalisation, 14,2 millions de séances de chimiothérapie, de radiothérapie et de dialyse ont été effectuées en 2019. Ces formes de prise en charge se développent rapidement, progressant en moyenne de 3,0 % par an entre 2013 et 2019. Plus de six séances sur dix ont lieu dans le secteur public. Enfin, en 2019, les 697 structures des urgences françaises ont pris en charge 22,0 millions de passages soit 1,0 % de plus qu'en 2018, ce qui confirme le léger ralentissement observé depuis 2017.

Le secteur public comprend une part plus importante de postes de personnel non soignant

Le secteur public concentre 85 % des 1,3 million de postes du personnel hospitalier. La structure des postes du secteur public diffère de celle du privé sur trois aspects principaux. D'une part, les postes de personnels soignants sont composés de 26 % de postes de médecins dans le secteur privé, contre 19 % dans le secteur public, où le personnel soignant comprend une plus grande proportion de postes d'infirmiers et d'aides-soignants *(graphique 3)*. D'autre part, les médecins du secteur public sont presque exclusivement salariés, tandis que leurs confrères du secteur privé sont très majoritairement libéraux. Enfin, les postes de personnels non soignants représentent 27 % de l'ensemble des postes dans le secteur public, contre 19 % dans le secteur privé. Cet écart peut être lié à plusieurs facteurs : la part plus élevée d'hospitalisation complète et de prises en charge complexes dans le public nécessite de recourir davantage au personnel des services techniques, tandis que la sous-traitance des postes techniques et ouvriers pourrait être plus développée dans le privé. En revanche, la part des postes de personnels administratifs est sensiblement la même dans les deux secteurs (un peu supérieure à 10 %).

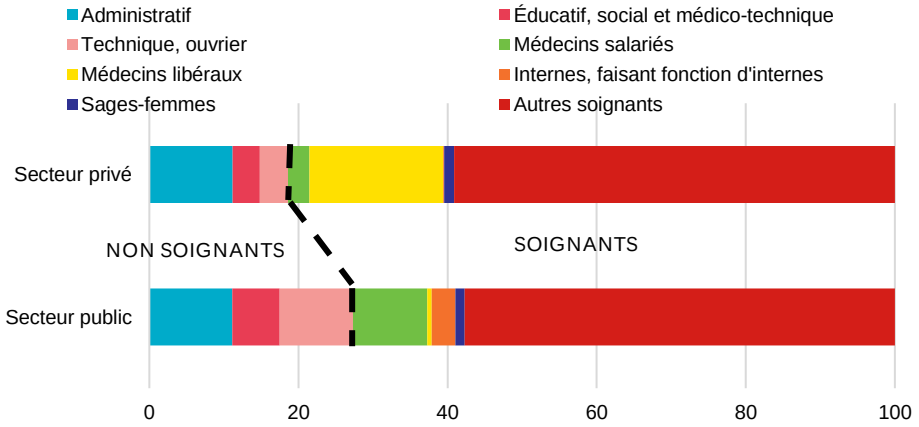
La dépense hospitalière est pilotée dans le cadre de l'Ondam

Le financement du secteur hospitalier suit très majoritairement une logique de tarification à l'activité (T2A). Lorsqu'un patient est admis à l'hôpital, son séjour est codifié dans une catégorie appelée « groupe homogène de séjour » (GHS) à partir de l'ensemble des actes qu'il reçoit, de la durée de son séjour, de la complexité de son état de santé, etc. Pour chaque GHS, l'Assurance maladie (AM) fixe un tarif de référence pour les établissements du secteur public et un tarif pour ceux du secteur

privé. Ces tarifs, souvent compris entre quelques centaines et quelques milliers d'euros, servent de base au financement du séjour par l'AM. L'existence d'un tarif par secteur s'explique par le fait que, dans le privé, ce tarif ne couvre pas les honoraires des médecins exerçant en libéral, alors qu'il englobe tous les soins dans le secteur public. Le financement des établissements de santé par l'AM pour un séjour correspond usuellement à 80 % du tarif fixé. Ces mécanismes de tarification permettent d'articuler la description des hôpitaux en termes d'activité (séjours, durée, patientèle, etc.) et de comptabilité *(schéma 1).* De plus, l'AM peut fournir un financement additionnel dans des cas spécifiques, tels que la prise en charge des médicaments innovants. La dépense hospitalière, c'est-à-dire l'ensemble du financement des hôpitaux par l'AM, principalement *via* ce mécanisme de tarif, est pilotée chaque année par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam) hospitalier. Mis en œuvre dès 2002 par les pouvoirs publics, les plans d'investissement nationaux se sont succédé (plans « Hôpital 2007 », « Hôpital 2012 », « Ma santé 2022 » avec notamment le « Plan d'urgence 2019 » et le « Ségur de la santé » en 2020) afin de restructurer le parc, moderniser les équipements et renforcer l'attractivité des métiers. La principale source de financement des hôpitaux publics est l'AM (78 % des res-sources du budget principal, qui regroupe les activités de court et de moyen séjours ainsi que de psychiatrie) et le principal poste de dépense concerne le personnel (65 % des dépenses liées au budget principal). Les hôpitaux publics sont déficitaires depuis 2013, leur rentabilité moyenne, qui rapporte le résultat net aux recettes, étant de -0,7 %. L'effort d'investissement progresse légèrement en 2019 (4,7 % des recettes, après 4,6 % en 2018), pour la première fois depuis 2009. Le taux d'endettement (part des dettes au sein des ressources stables) diminue, une situation inédite depuis 2002 : il atteint 51,4 % en 2019, après 51,7 % en 2018. Le secteur privé est globalement excédentaire. Son effort d'investissement repart à la hausse et son taux d'endettement se réduit depuis 2013.

Graphique 3 Structure des postes hospitaliers en 2019

En %

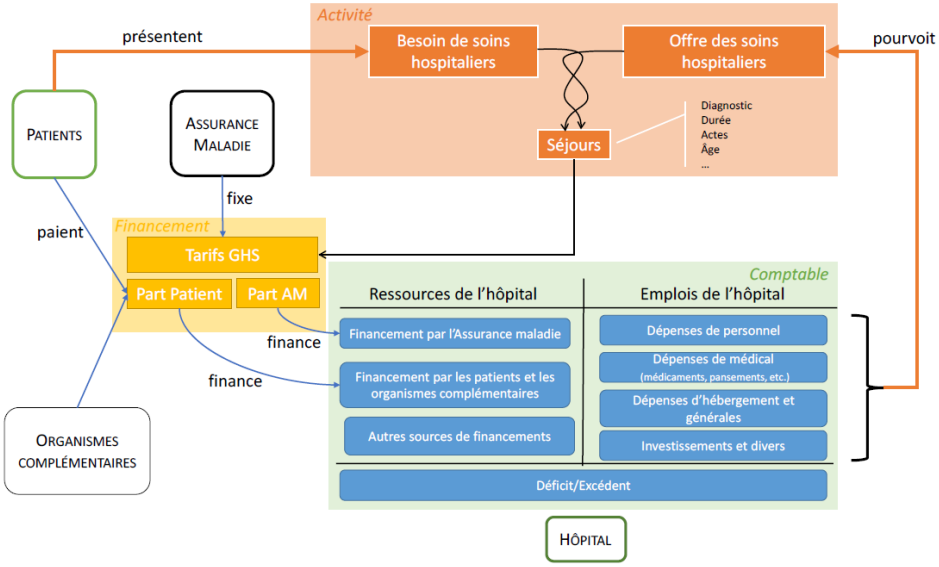


Note > Dans la légende, la catégorie « Autres soignants » regroupe le personnel d'encadrement du personnel soignant hors médecin (les infirmiers, les aides-soignants, les agents de services hospitaliers, les psychologues et les rééducateurs). Les personnels faisant fonction d'internes sont le plus souvent des médecins diplômés hors Union européenne, inscrits à l'université en vue d'acquérir une spécialisation complémentaire et qui, dans le cadre de leurs obligations de stage pratique, assurent des fonctions d'internes.
Ces données comptabilisent les postes rémunérés simultanément par plusieurs établissements ; elles ne sont pas corrigées des doublons.
Champ > France, y compris hôpitaux militaires.
Source > DREES, SAE 2019.

La participation des patients varie selon le secteur

Au-delà du financement de l'AM, les établissements sont financés par les ménages (patients), directement ou *via* les organismes complémentaires *(tableau 2)*. Ces paiements comportent deux volets : l'hébergement et les soins. Premièrement, la participation aux frais d'hébergement est calculée grâce au forfait journalier hospitalier (FJH) multiplié par la durée du séjour. Deuxièmement, la participation aux soins dépend du secteur. Dans le secteur public, cette participation aux soins est usuellement payée selon la durée du séjour *via* un tarif journalier de prestation (TJP) qui est propre à chaque établissement. Dans le secteur privé, la participation du patient aux soins généraux est usuellement de 20 % du tarif de référence du séjour. Les honoraires des médecins (chirurgiens par exemple) sont facturés en sus, et sont, comme tout honoraire, pris en charge partiellement par l'AM. Ces grands principes de tarification connaissent des exceptions : dispositif ALD (affection de longue durée), accidenté du travail, maternité, actes coûteux, etc. Le reste à charge des ménages à l'hôpital comprend l'ensemble des paiements des patients (y compris honoraires libéraux), éventuellement réduit d'une participation des organismes complémentaires. Les frais con-nexes au séjour, tels que la facturation d'une chambre particulière, ne sont pas compris dans l'activité de santé en comptabilité nationale ***(annexe 2)***. La consommation de soins hos-pitaliers dans les secteurs public et privé suit des logiques différentes. Afin de rendre compte de la dimension lucrative, dans le secteur privé, la consommation est évaluée à partir des factures adressées aux patients et à l'AM. La logique marchande de ce secteur assure que ces ressources couvrent *a minima* les coûts engendrés par l'activité (personnel, produits médicaux, entretien, chauffage, réparation, etc.). Dans le secteur public, la consommation est évaluée à partir des coûts nécessaires à l'activité, car la logique non marchande ne garantit pas que les factures adressées aux tiers couvrent les coûts. ■

Schéma 1 Articulation simplifiée des concepts d'analyse de l'activité et de la comptabilité des hôpitaux



Note > Ce schéma se concentre sur le mode central de financement. Il ne rend pas compte de l'ensemble des modalités de financement (médicaments de la liste en sus, Migac, AME, etc.) des établissements pour l'activité de soins. Il ne rend pas non plus compte des autres activités de l'hôpital (hôtellerie au-delà du nécessaire aux soins, activité d'enseignement, activité de recherche, etc.).
Champ > Tarification à l'activité (T2A), activité de soins.
Source > DREES.

Tableau 2 Modalités générales de tarification du patient en hospitalisation complète

Patient	Secteur	Séjour		Médecins libéraux	
		Assurance maladie	Patient (et complémentaire)	Assurance maladie	Patient (et complémentaire)
Patient sans motif d'exonération	Public	80 % du tarif de référence public	max(20 % x TJP x durée ; FJH x durée) + FJH	Aucun	Aucun
	Privé	80 % du tarif de référence privé	max(20% x tarif de référence privé ; FJH x durée) + FJH	70 % du tarif de remboursement	30 % du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient avec séjour comprenant un acte coûteux (hors patient en ALD)	Public	100 % du tarif de référence public - part patient	24 € + FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - part patient	24 € + FJH x (durée + 1)	70 % du tarif de remboursement	30 % du tarif de remboursement + dépassement d'honoraires
Patient en ALD ou en invalidité	Public	100 % du tarif de référence public - part patient	FJH x (durée + 1)	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé - part patient	FJH x (durée + 1)	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires
Patient en maternité ou en ATMP	Public	100 % du tarif de référence public	0	Aucun	Aucun
	Privé	100 % du tarif de référence privé	0	100 % du tarif de remboursement	Dépassement d'honoraires

TJP : tarif journalier de prestation, FJH : forfait journalier hospitalier, ALD : affection de longue durée, ATMP : accident du travail et maladie professionnelle, durée en jours. Le terme « +1 « correspond au forfait journalier de sortie.
Champ > Tarification à l'activité (T2A), activité de soins.
Source > DREES.

Pour en savoir plus

> Toutlemonde, F. (dir.) (2021, juillet). *Les établissements de santé – édition 2021.* Paris, France : DREES coll. Panoramas de la DREES-Santé.

Le financement de la CSBM

17 Le financement de la consommation de soins et de biens médicaux

La crise sanitaire modifie la répartition de prise en charge entre les différents acteurs des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). L'Assurance maladie reste cependant le principal financeur : en 2020, elle prend en charge 79,8 % de ces dépenses. Les organismes complémentaires participent à hauteur de 12,3 % et le reste à charge des ménages s'élève à 6,5 % de la CSBM.
Le financement par l'Assurance maladie s'accroît de 1,9 point entre 2019 et 2020, principalement en raison de la hausse des coûts dans le secteur hospitalier due à la crise sanitaire, ainsi que de la prise en charge à 100 % des tests PCR dans les soins de ville.

La prise en charge par les financeurs publics augmente fortement en 2020

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) avec 79,8 % de la dépense prise en charge en 2020 *(tableau 1)*. Les organismes complémentaires (OC) prennent en charge 12,3 % de la dépense en 2020, l'État[1] et les organismes de base au titre de la complémentaire santé solidaire (CSS) 1,4 % et les ménages 6,5 %.
En 2020, la crise sanitaire modifie la répartition du financement de la CSBM entre les différents acteurs. La prise en charge par la Sécurité sociale bondit de 1,9 point entre 2019 et 2020, tandis que baissent les parts des organismes complémentaires (-1,1 point), des ménages (-0,7 point) et de l'État (-0,1 point). Cette progression de la prise en charge par la Sécurité sociale est généralisée à tous les grands secteurs de la CSBM, à l'exception des transports sanitaires.
Sur plus longue période, l'évolution de la structure de financement de la CSBM est liée à des phénomènes de fond, tels que le vieillissement de la population qui entraîne une progression des effectifs de personnes en affection de longue durée (ALD) ou la déformation progressive de la consommation vers les soins les mieux remboursés. Elle est également affectée par les différentes mesures législatives portant sur l'Assurance maladie (mesures d'économie, remboursement de nouveaux actes, etc.). Au total, les effets favorables à une moindre participation financière des ménages tendent à l'emporter. Entre 2011 et 2019, la participation des ménages baisse en moyenne de 0,2 point par an. À l'inverse, la proportion des dépenses prise en charge par la Sécurité sociale augmente de 0,2 point par an en moyenne. Celle des OC et celle de l'État et des organismes de base au titre de la CSS évoluent peu.

Une forte hausse des financements publics dans le secteur hospitalier et les soins de ville

Les dépenses du secteur hospitalier se caractérisent par une prise en charge très élevée de la Sécurité sociale (92,8 % en 2020, après 91,7 % en 2019). La forte progression de la participation en 2020 est liée à la hausse des dotations prises en charge par la Sécurité sociale pour soutenir les établissements de santé durant la crise sanitaire. En parallèle, le reste à charge des ménages représente 1,4 % des dépenses de ce poste en 2020, une proportion très inférieure au reste à charge moyen pour le reste de la CSBM.
Sur le champ des soins de ville, la part de la Sécurité sociale augmente fortement en 2020, passant de 66,5 % en 2019 à 69,2 % en 2020. Cette progression est en grande partie due à la hausse de la prise en charge des dépenses des laboratoires (+8,5 points entre 2019 et 2020) en lien avec le remboursement à 100 % des tests PCR à partir du 28 mai 2020. Les OC prennent en charge 19,7 % de la dépense en soins en ville en 2020. Cette prise en charge est même bien plus élevée pour la consommation de soins de dentistes : en 2020, ils financent 43,3 % de la dépense de ce poste (*fiche 19*). Le reste à charge des ménages représente 9,2 % des soins de ville, en baisse continue depuis 2011, sous l'effet notamment de la modération des dépassements d'honoraires.

1 Les dépenses de l'État recouvrent les prestations versées aux invalides de guerre et aux personnes en situation irrégulière : soins d'urgence, aide médicale de l'État (AME).

Tableau 1 Évolution de la structure du financement des grands postes de la CSBM entre 2011 et 2020

En %

	2011	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble de la CSBM							
Sécurité sociale	76,3	77,3	77,5	77,8	77,8	77,9	79,8
État, CSS organismes de base	1,2	1,3	1,4	1,3	1,4	1,5	1,4
Organismes complémentaires	13,5	13,4	13,3	13,1	13,4	13,4	12,3
Ménages	8,9	8,0	7,8	7,8	7,4	7,2	6,5
Soins hospitaliers							
Sécurité sociale	91,3	91,3	91,6	91,8	91,6	91,7	92,8
État, CSS organismes de base	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,3	1,1
Organismes complémentaires	5,2	5,2	5,1	5,0	5,2	5,1	4,6
Ménages	2,2	2,3	2,1	2,0	1,9	1,9	1,4
Soins de ville*							
Sécurité sociale	63,8	65,4	65,5	65,7	66,3	66,5	69,2
État, CSS organismes de base	1,5	1,7	1,7	1,7	1,9	2,0	1,8
Organismes complémentaires	21,5	21,0	20,9	20,6	21,0	20,9	19,7
Ménages	13,2	11,9	11,9	12,0	10,8	10,6	9,2
Médicaments							
Sécurité sociale	68,3	71,0	71,4	72,0	71,8	72,6	73,6
État, CSS organismes de base	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,4	1,4
Organismes complémentaires	15,6	13,5	13,3	12,9	12,9	12,9	12,2
Ménages	14,9	14,2	14,0	13,7	13,8	13,1	12,8
Autres biens médicaux**							
Sécurité sociale	40,3	42,7	43,5	44,3	44,3	43,9	45,3
État, CSS organismes de base	0,7	1,0	1,0	1,0	1,1	1,1	1,3
Organismes complémentaires	35,4	38,6	38,8	37,8	38,5	38,5	36,0
Ménages	23,5	17,7	16,7	16,8	16,2	16,5	17,4
Transports sanitaires							
Sécurité sociale	92,8	92,9	92,9	92,9	92,9	93,0	92,9
État, CSS organismes de base	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0	1,0
Organismes complémentaires	4,6	3,8	3,7	3,5	3,6	3,9	3,4
Ménages	1,7	2,4	2,4	2,7	2,5	2,2	2,7

* Soins de ville au sens de la CSBM : hors honoraires en cliniques privées, hors biens médicaux et transports sanitaires.
** Y compris optique.
Lecture > En 2020, la Sécurité sociale finance 79,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Sur le seul champ des soins hospitaliers, la Sécurité sociale finance 92,8 % des dépenses.
Source > DREES, comptes de la santé.

Concernant la dépense de médicaments, la part de la Sécurité sociale a fortement augmenté depuis 2011 (+0,6 point en moyenne par an) en raison notamment de l'accroissement du remboursement des médicaments innovants. Symétriquement, la part des médicaments prise en charge par les OC a diminué, comme le reste à charge des ménages (respectivement -0,4 point et -0,2 point en moyenne par an depuis 2011).

C'est sur le poste des autres biens médicaux que la contribution de la Sécurité sociale est la plus faible (45,3 % en 2020) et celle des OC la plus forte (36,0 %). L'optique médicale, représentant le tiers des dépenses de ce poste, se distingue par de très faibles remboursements de la Sécurité sociale (1,3 % en 2020) *[fiche 19]*, compensés par des prises en charge élevées de la part des OC (69,6 % en 2020). La part de la Sécurité sociale progresse de 1,4 point pour les autres biens médicaux entre 2019 et 2020 à la faveur d'une hausse de la prise en charge sur les matériels et les pansements. La part des OC baisse de 2,5 points en 2020, principalement sur

le poste de l'optique, avec la baisse de la prise en charge sur les produits en dehors du panier 100 % santé.

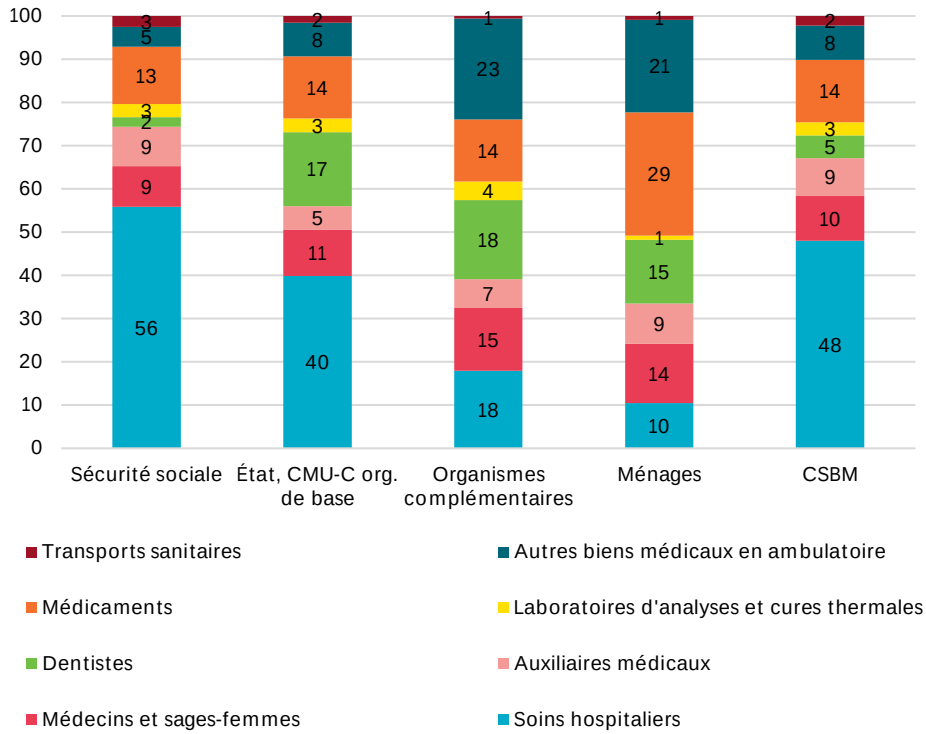
Enfin, c'est sur le poste des transports sanitaires que la Sécurité sociale prend en charge la part la plus importante des dépenses, à hauteur de 92,9 % en 2020, compte tenu du nombre important de patients en ALD ayant recours à ces services. La part du financement prise en charge par les OC et les ménages sur ce poste y est donc très faible (respectivement 3,4 % et 2,7 %).

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

La décomposition du financement par poste diffère selon les acteurs du système de santé. Les soins hospitaliers constituent le premier poste de dépense pour la Sécurité sociale d'une part, pour l'État et les organismes de base gérant la CSS d'autre part. Ils représentent respectivement 55,9 % et 39,8 % de leur dépense totale en 2020 *(graphique 1)*. Pour les OC et les ménages, la première place revient aux soins de ville. En leur sein, les soins de dentistes représentent, tant pour les OC que pour les ménages, une part importante de leur dépense (respectivement 18,3 % et 14,7 %). Cela est à rapprocher du faible niveau de remboursement par la Sécurité sociale sur ce poste, qui ne représente à l'inverse que 2,2 % de ses dépenses sur le champ de la CSBM. Enfin, les médicaments représentent 28,5 % du reste à charge des ménages, contre environ 14 % pour les autres financeurs. ■

Graphique 1 Structure de la dépense des financeurs de la CSBM en 2020

En %



Lecture > En 2020, 55,9 % des dépenses de Sécurité sociale sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) concernent des soins hospitaliers.
Source > DREES, comptes de la santé.

18 Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale

En 2020, la Sécurité sociale finance 167,0 milliards d'euros, soit 79,8 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). La crise sanitaire a sensiblement modifié la répartition de la prise en charge entre les différents acteurs. La part prise en charge par la Sécurité sociale a augmenté de 1,9 point par rapport à 2019.

En 2020, la part prise en charge par la Sécurité sociale augmente de nouveau

La Sécurité sociale (y compris régimes complémentaires de la Camieg et de l'Alsace-Moselle) finance 167,0 milliards d'euros de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2020, soit 79,8 %. Les prestations de la Sécurité sociale augmentent ainsi de 2,9 % en un an, après +2,1 % en 2019 *(tableau 1)*. Depuis 2012, le taux moyen de prise en charge de la CSBM par la Sécurité sociale augmente continûment *(tableau 2)*. Cette hausse tendancielle s'explique notamment par la forte progression des effectifs de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD). Celle-ci découle du vieillissement de la population et de la plus forte prévalence d'ALD à âge donné. La forte hausse constatée en 2020 est à rapprocher des effets de la crise sanitaire. Les dépenses supplémentaires ou en forte progression en raison de la crise, telles que les tests de dépistage ou les soins hospitaliers à l'hôpital, ont en effet été financées en grande partie par la Sécurité sociale.

Le taux de prise en charge par la Sécurité sociale reste très variable selon le poste de soins

Les soins hospitaliers sont caractérisés par une part particulièrement élevée de la Sécurité sociale dans leur financement (92,8 % en 2020). Ce taux est plus élevé dans le secteur public (93,9 %) que dans le secteur privé (88,9 %) en raison des dépassements d'honoraires plus fréquents dans le secteur privé. Ces taux élevés peuvent s'expliquer par le fait que les assurés en ALD, exonérés d'une part importante du ticket modérateur, consomment proportionnellement plus de soins hospitaliers que les autres assurés.

Les dépenses de soins de ville sont prises en charge à 69,2 % par la Sécurité sociale en 2020. Cette part augmente depuis 2011, du fait de l'expansion du dispositif des ALD, mais également du ralentissement des dépassements d'honoraires des médecins *(fiche 3)*. La montée en charge progressive des différents paiements forfaitaires versés aux médecins (rémunération sur objectifs de santé publique, forfait patientèle médecin traitant, etc.), intégralement financés par la Sécurité sociale, stimule aussi cette hausse.

La part de la Sécurité sociale dans la dépense de médicaments en ville augmente de 1,0 point pour s'élever à 73,6 % en 2020. Cette part croît continûment depuis 2011, en raison notamment de la déformation de la structure de consommation des médicaments en faveur des plus coûteux, pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale.

Après une légère baisse en 2019, la prise en charge par la Sécurité sociale des autres biens médicaux augmente de nouveau de 1,4 point pour atteindre 45,3 %. Cette hausse s'explique par le dynamisme relatif de la consommation des autres biens médicaux hors optique, en augmentation de 1,4 % en 2020, par rapport à la consommation d'optique médicale, en baisse de -7,3 %. Les autres biens médicaux hors optique bénéficient d'une prise en charge élevée (71,9 % en 2020) alors que la consommation d'optique médicale est faiblement prise en charge par la Sécurité sociale (1,3 % en 2020).

Enfin, la part prépondérante de la Sécurité sociale dans la dépense de transports sanitaires (92,9 % en 2020) s'explique par la proportion importante du nombre de patients en ALD ayant recours à ces service

Tableau 1 Financement de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble	136 748	153 528	156 632	158 962	162 362	167 000
Évolution (en %)	*2,4*	*2,5*	*2,0*	*1,5*	*2,1*	*2,9*
Soins hospitaliers	75 195	84 297	85 883	86 969	88 853	93 338
Hôpitaux du secteur public	58 079	65 520	66 830	67 533	69 011	73 888
Hôpitaux du secteur privé	17 116	18 778	19 053	19 436	19 842	19 450
Soins de ville	30 418	35 342	36 314	37 435	38 639	39 618
Soins de médecins et de sages-femmes	13 075	14 689	15 068	15 702	16 131	15 680
Soins d'auxiliaires médicaux	10 641	13 593	14 064	14 524	15 056	15 226
Soins de dentistes	3 420	3 676	3 750	3 811	3 965	3 678
Laboratoires d'analyses et cures thermales	3 282	3 383	3 432	3 398	3 486	5 035
Transports sanitaires	3 569	4 463	4 634	4 738	4 703	4 258
Médicaments en ambulatoire	22 505	22 762	22 888	22 609	22 682	22 224
Autres biens médicaux	5 061	6 664	6 912	7 212	7 486	7 563
Optique	212	225	222	231	243	83
Autres biens médicaux hors optique	4 849	6 439	6 690	6 981	7 243	7 480
Montant total de la CSBM	179 313	198 018	201 264	204 224	208 372	209 228

Lecture > En 2020, la Sécurité sociale finance la CSBM à hauteur de 167,0 milliards d'euros.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Financement par la Sécurité sociale des principaux postes de la CSBM

En %

	2011	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble	76,3	77,5	77,8	77,8	77,9	79,8
Soins hospitaliers	91,3	91,6	91,8	91,6	91,7	92,8
Soins de ville	63,8	65,5	65,7	66,3	66,5	69,2
Transports sanitaires	92,8	92,9	92,9	92,9	93,0	92,9
Médicaments	68,3	71,4	72,0	71,8	72,6	73,6
Autres biens médicaux (y compris optique)	40,3	43,5	44,3	44,3	43,9	45,3

Lecture > En 2020, la Sécurité sociale finance 92,8 % du total des dépenses de soins hospitaliers.
Source > DREES, comptes de la santé.

Le financement de la CSBM par la Sécurité sociale accélère en raison de la progression des soins hospitaliers

Porté par le dynamisme du financement des hôpitaux du secteur public (73,9 milliards d'euros, après 69,0 milliards d'euros en 2019), le poste des soins hospitaliers est celui qui contribue le plus à la croissance du financement de la Sécurité sociale en 2020 (+2,8 points). L'hôpital, dont la quasi-totalité des dépenses est prise en charge par la Sécurité sociale (92,8 %) *[tableau 2]*, a en effet connu une très forte progression de ses dépenses en 2020 dans le contexte de crise sanitaire *(fiche 14)*.

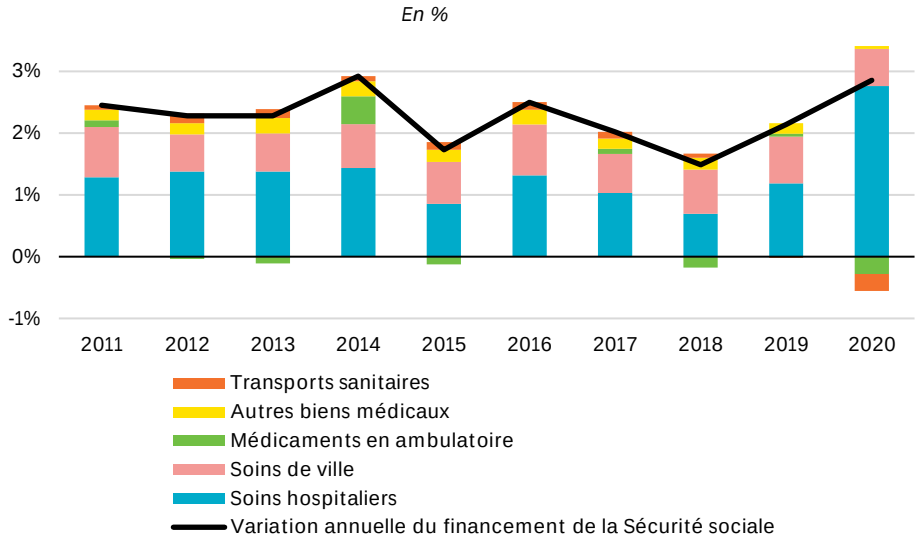
Les soins de ville contribuent également à la croissance du financement de la Sécurité sociale (+0,6 point), en raison principalement de la hausse de la prise en charge des dépenses des laboratoires du fait du remboursement à 100 %

par la Sécurité sociale des tests PCR à compter de la fin mai 2020. Si le financement des soins d'auxiliaires médicaux, portés par la demande de prélèvements nasopharyngés réalisés par des infirmiers a augmenté, celui des autres secteurs des soins de ville (médecins, sages-femmes et dentistes) a nettement baissé, les soins exécutés en ville ayant nettement baissé lors du premier confinement.

Les médicaments en ville contribuent négativement à la croissance du financement de la consommation de soins et de biens médicaux par la Sécurité sociale (-0,3 point). Les remises conventionnelles[1], en forte progression en 2020, viennent minorer le financement des médicaments par la Sécurité sociale *(fiche 10).*

Le poste des autres biens médicaux contribue positivement mais marginalement à la croissance du financement de la CSBM par la Sécurité sociale. À l'inverse, les transports sanitaires, dont l'activité est en net recul en 2020, contribuent négativement (-0,3 point). ■

Graphique 1 Évolution des dépenses prises en charge par la Sécurité sociale et ses principales contributions



Lecture > En 2020, l'évolution annuelle du financement de la Sécurité sociale est de +2,9 %. Les soins hospitaliers contribuent pour 2,8 points à cette hausse.
Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Adjerad, R., Courtejoie, N. (2021, mai). Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats,* 1192.

> Adjerad, R., Courtejoie, N. (2021, janvier). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. DREES, *Études et Résultats,*1180.

> Adjerad, R., Courtejoie, N. (2020, novembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats,* 1171.

1 À compter de la présente édition des comptes de la santé, les remises conventionnelles, jusque-là comptabilisées dans la DCSi mais hors CSBM, sont désormais déduites de la CSBM *(annexe 3).*

19 Le financement par les organismes complémentaires

Les organismes complémentaires (OC) regroupent les mutuelles, les sociétés d'assurances et les institutions de prévoyance. La **part des OC dans le financement** de la CSBM diminue fortement en 2020 pour s'établir à 12,3 **%, après 13,4 % en 2019.** Les postes d'optique, d'audioprothèses et de prothèses dentaires, concernés **par la réforme du « 100 % santé » mise en place par étapes entre 2019 et 2021, représentent en 2020 30 % des dépenses financées par les organismes complémentaires.**

Les prestations versées par les OC dans le champ de la CSBM baissent de 2,2 milliards **d'euros** en 2020

Les prestations en soins et biens médicaux versées par les organismes complémentaires s'élèvent à 25,7 milliards d'euros en 2020 après 27,9 milliards en 2019. Elles baissent donc de 7,8 % en 2020 *(tableau 1).*

Cette baisse de 2,2 milliards d'euros des prestations versées par les organismes complémentaires dans le contexte de la crise sanitaire se décompose en 0,9 milliard pour les soins de ville, 0,4 milliard pour les soins hospitaliers, 0,3 milliard pour les médicaments et 0,6 milliard pour les autres biens médicaux *(tableau 1).*

Les OC prennent également en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cure thermale (chambre particulière, télévision ou téléphone, etc.) et des prestations à la périphérie du système de soins (ostéopathie, etc.). Ces prestations connexes à la santé, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, représentent 1,8 milliard d'euros en 2020. Elles enregistrent également une baisse, de 0,1 milliard d'euros *(tableau 1).* Dans le cadre de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2021, a été mise en place une contribution exceptionnelle à la prise en charge des dépenses liées à la gestion de l'épidémie de Covid-19 applicable aux OC. Elle vise à financer l'Assurance maladie, en prenant en compte les moindres dépenses des OC constatées pendant la crise sanitaire, du fait de la baisse de l'activité de soins ainsi que des mesures des pouvoirs publics pour garantir une prise en charge à 100 % par l'assurance maladie obligatoire de certaines dépenses. Le taux de cette contribution exceptionnelle a été fixé à 2,6 % au titre des cotisations santé perçues en 2020 et à 1,3 % pour celles collectées en 2021, ce qui représente un montant total d'environ 1,5 milliard d'euros[1].

La prise en charge des dépenses **de laboratoires d'analyses et de cures** diminue de 7 points

En 2020, les OC prennent en charge 14,1 % de la dépense en soins de ville hors soins dentaires (soins de médecins, d'auxiliaires médicaux, cures thermales et laboratoires d'analyses médicales). Cette prise en charge a diminué entre 2015 et 2018, à la suite de la réforme des contrats responsables, qui limite les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins. Elle connaît une forte baisse en 2020, principalement due aux postes de soins de médecins et d'auxiliaires médicaux.

En particulier, le taux de prise en charge des soins d'auxiliaires médicaux par les OC a diminué de 1,1 point. Cela s'explique par un effet de structure, les soins de masseur-kinésithérapeute ayant davantage diminué que les soins infirmiers, dont la prise en charge par les OC est plus faible.

Les OC prennent en charge 17,4 % de la dépense en laboratoires d'analyses et soins en cures thermales en 2020, après 24,7 % en 2019. Cette baisse est principalement due à la prise en charge à 100 % par la Sécurité sociale des tests de dépistage de la Covid-19.

Les OC prennent en charge 12,2 % de la dépense de médicaments en 2020. Cette prise en charge baisse continûment depuis 2010 en raison notamment des mesures successives de déremboursements et de l'augmentation de la part des médicaments remboursés à 100 % par l'Assurance maladie dans la consommation totale.

1 La contribution exceptionnelle des organismes complémentaires au titre de 2020 et de 2021 a été comptabilisée comme provisions pour sinistres par les organismes complémentaires. Il ne s'agit donc pas d'une prestation pour sinistre, et donc à ce titre, elle n'est pas comptabilisée comme prestations dans les comptes de la santé *(fiche 2).*

Les prestations des OC sur la pharmacie non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire restent très minoritaires par rapport à celles relatives aux médicaments remboursables.

La participation des OC au financement des soins hospitaliers et des transports sanitaires, très largement assuré par l'Assurance maladie, est nettement plus réduite (respectivement 4,6 % et 3,4 % de ces dépenses en 2020).

Tableau 1 Financement des organismes complémentaires en 2020

En millions d'euros

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Ensemble	Ensemble 2019	Évolution 2019-2020 (%)	Part prise en charge par les OC en 2020 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2019 (en %)
CSBM	12 270	8 724	4 743	25 737	27 900	-7,8	12,3	13,4
Soins hospitaliers	2 496	1 487	642	4 626	4 983	-7,2	4,6	5,1
Soins de ville	5 142	3 961	2 161	11 264	12 134	-7,2	19,7	20,9
Médecins	1 666	1 344	722	3 732	4 201	-11,2	17,3	18,5
Auxiliaires médicaux	893	558	253	1 705	1 921	-11,2	9,3	10,4
Soins dentaires (y compris prothèses)	2 064	1 688	968	4 721	4 801	-1,7	43,3	40,1
Laboratoires d'analyses et soins en cures	518	371	218	1 107	1 212	-8,7	17,4	24,7
Médicaments	1 895	1 160	631	3 685	4 025	-8,5	12,2	12,9
Autres biens médicaux	2 647	2 067	1 292	6 006	6 562	-8,5	36,0	38,5
Audioprothèses	214	71	12	297			23,2	
Optique	1 778	1 571	1 036	4 384	4 913	-10,8	69,6	72,3
Prothèses hors audiologiques et dentaires, orthèses, pansements, etc.	655	425	245	1 325			14,5	
Transports sanitaires	90	49	17	156	195	-19,7	3,4	3,9
Prestations connexes à la santé	862	662	262	1 786	1 906	-6,3		
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	641	380	162	1 183	1 308	-9,6		
Prestations à la périphérie des soins de santé	221	282	100	603	598	0,9		

Note > Y compris prestations CMU-C versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc. et prestations individuelles de prévention. Les soins hospitaliers sont hors USLD.
Source > DREES, comptes de la santé.

La participation OC en dentaire augmente en 2020, tandis que celle en optique diminue, deux postes concernés par le « 100 % santé »

La réforme du « 100 % santé » propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements dans un panier spécifique pour trois postes de soins : dentaire, aides auditives et optique. La réforme a été mise en place progressivement, à compter de janvier 2019, avec des calendriers propres à chacun des trois postes. À terme en 2021, les paniers « 100 % santé » regrouperont des actes intégralement remboursés par l'Assurance maladie et par les OC. Pour la première fois en 2020, les prestations des OC ventilées dans les différents paniers figurent dans les données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et donc dans les données des comptes de la santé.

En 2020, les OC financent 43,3 % des soins dentaires[1] *(graphique 1),* en augmentation de 3,2 points sur un an. Début 2020, les trois paniers en dentaire ont été mis en place : le panier à tarif libre, le panier à tarif modéré et le panier « 100 % santé », pour lequel les contrats responsables des organismes complémentaires couvrent une partie des soins prothétiques. Cela expliquerait l'augmentation de la part prise en charge par les organismes complémentaires en 2020. Si cette part augmente, le montant des prestations versées par les OC en soins dentaires enregistre néanmoins une baisse de 1,7 %. Cela s'explique par la diminution plus importante de la dépense totale (sous l'impact de la crise sanitaire) que celle des prestations des OC sur ce poste de soins. Au total, sur 2020, les OC prennent en charge 52 % des dépenses du panier « 100 % santé », 36 % des dépenses du panier à tarif modéré et 66 % du panier à tarif libre *(tableau 2).*

La réforme du « 100 % santé » en optique est mise en œuvre en 2020 et les contrats responsables des organismes complémentaires couvrent une partie des biens du panier « 100 % santé ».

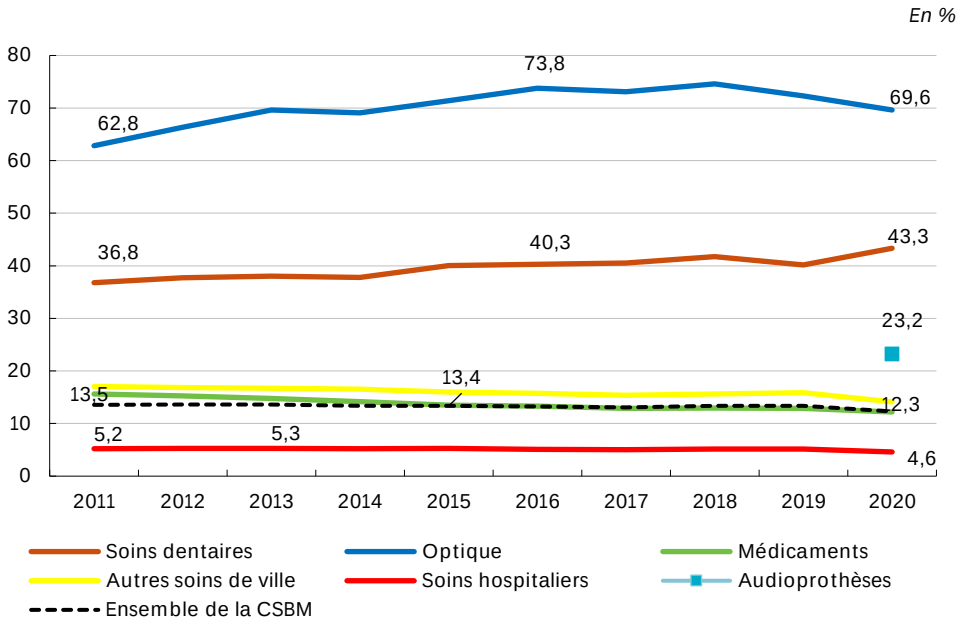
Les OC financent 69,6 % de la dépense en optique : 56 % pour la dépense du panier « 100 % santé » et 70 % pour le reste de la dépense *(tableau 2).* Néanmoins, en raison de la crise sanitaire, les prestations des OC en optique enregistrent une forte chute de 10,8 %.

En audiologie, la réforme du « 100 % santé » n'est entièrement entrée en vigueur que début 2021. Les prix des audioprothèses ont été plafonnés par étapes en 2019, puis en 2020. Pour la première fois en 2020, les prestations des OC en audioprothèses figurent dans les données de l'ACPR. Elles s'élèvent à 297 millions d'euros en 2020. Les OC prennent en charge 36 % de la dépense sur le panier du « 100 % santé » et 22 % sur le panier hors « 100 % santé ».

Au total, sur l'ensemble des biens médicaux hors médicaments, les OC financent 36,0 % de la dépense en biens médicaux hors médicaments.

1 Les soins dentaires sont constitués des honoraires (consultations, soins dentaires, etc.) et des prothèses dentaires.

Graphique 1 Parts versées par les organismes complémentaires pour les principaux postes de la CSBM, entre 2011 et 2020



Note > Les prestations versées par les organismes complémentaires représentent 4,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux en soins hospitaliers en 2020.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Financement du « 100 % santé » en 2020

En millions d'euros

Poste du « 100 % santé »	Panier	Prestations OC	CSBM	Part prise en charge par les OC (en %)
Optique	Panier « 100 % santé »	158	283	56
	Panier hors « 100 % santé »	4 226	6 012	70
Audioprothèses	Panier « 100 % santé »	27	75	36
	Panier hors « 100 % santé »	270	1 205	22
Prothèses dentaires	Panier « 100 % santé »	1 250	2 416	52
	Panier tarif modéré	619	1 703	36
	Panier tarif libre	1 205	1 835	66
Total		7 755	13 531	57

Note > Les prestations sur les paniers en prothèses dentaires incluent les prestations dentaires en centres de santé. Le panier tarif libre en dentaire inclut les prothèses non prises en charge par l'AMO. Les prestations hors « 100 % santé » en optique incluent les biens du panier à tarif libre et les biens non pris en charge par l'AMO.
Source > DREES, comptes de la santé.

Une baisse du ratio de prestations sur cotisations en 2020 sur le champ de la CSBM

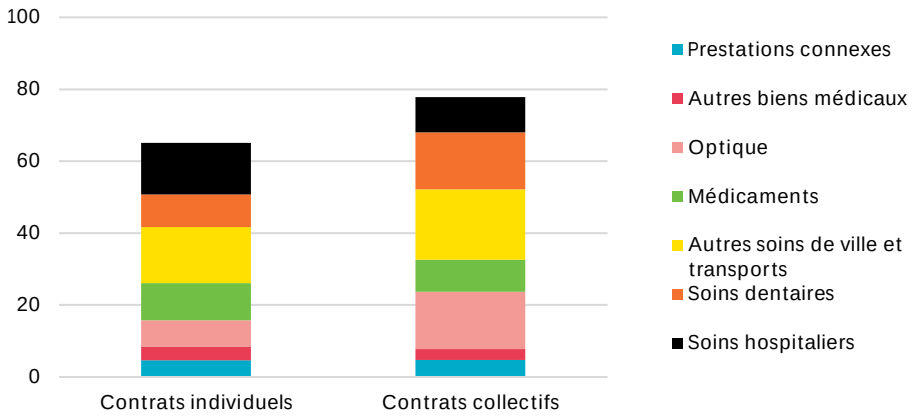
En 2020, 47 % des prestations servies par les OC sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats individuels et 53 % au titre de contrats collectifs[1]. Les cotisations collectées (ou primes) sont la principale ressource des OC pour leur activité santé. La plus grande partie de ces cotisations est reversée aux assurés sous forme de prestations ; le reste représente principalement les frais de fonctionnement des organismes. Compte tenu des économies d'échelle, les contrats collectifs permettent de reverser une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels. En 2020, en raison de la baisse des prestations des OC, les ratios des prestations sur cotisations ont baissé dans l'ensemble. Il s'agit de prestations nettes de recours (hors variations de provisions), donc la contribution exceptionnelle des OC ne rentre pas dans ce total. Ces ratios s'élèvent à 61 % et 74 % respectivement pour les contrats individuels et collectifs en 2020, contre 66 % et 80 % en 2019. Pour 100 euros de cotisation, les contrats collectifs reversent en moyenne 16 euros en optique ainsi qu'en dentaire, contre respectivement 7 et 9 euros en individuel *(graphique 2)*. Les contrats individuels reversent en revanche plus de prestations en soins hospitaliers et médicaments que les contrats collectifs. En effet, les retraités, plus consommateurs de ces deux types de soins, sont majoritairement couverts par des contrats individuels, tandis que les contrats collectifs couvrent principalement des salariés d'entreprises et leurs ayants droit.

La part des mutuelles et des institutions de prévoyance dans les prestations versées diminue au profit des sociétés d'assurances

En 2020, 48 % des prestations des OC ont été versées par des mutuelles, 34 % par des sociétés d'assurances et 18 % par des institutions de prévoyance (*graphique 3*). Les mutuelles perdent des parts de marché depuis plusieurs années au profit principalement des sociétés d'assurances. Ces dernières, profitant de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, ont nettement accru leur part de marché entre 2016 et 2020. ■

Graphique 2 Prestations versées selon le type de soins et de contrat en 2020

En % des cotisations collectées HT

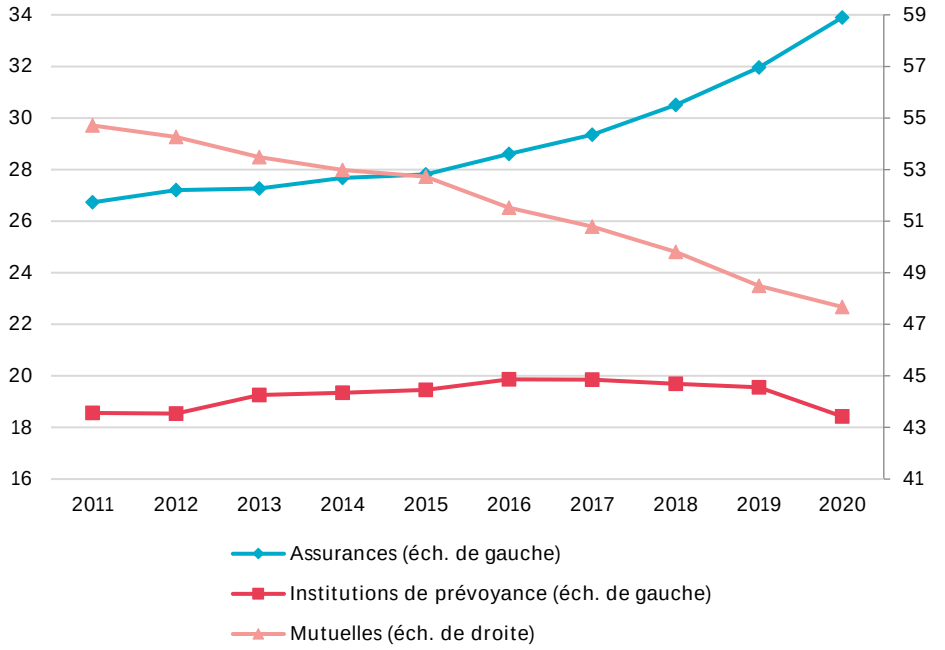


Note > Les prestations versées en soins dentaires pour les contrats collectifs représentent 16 % des cotisations collectées hors taxe pour ces mêmes contrats en 2020.
Source > DREES, comptes de la santé.

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

Graphique 3 Parts de marché par type d'organisme entre 2011 et 202

En % des prestations versées



Note > Les mutuelles versent 48 % du total des prestations des OC sur le champ de la CSBM en 2020, contre 55 % en 2011.
Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Adjerad, R. (2020, décembre). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport DREES.

> Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., *et al.* (dir) (2019), La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2019. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES Santé.

20 Le reste à charge des ménages

Le reste à charge (RAC) des ménages en santé correspond au montant de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) directement financée par les ménages après intervention de l'Assurance maladie, de l'État **et des organismes complémentaires (OC). En 2020, il est évalué à 13,6** milliards d'euros, **soit 6,5 % de la CSBM ou encore 202 euros par habitant.**

Depuis dix ans, la part du reste à charge dans la CSBM diminue du fait de facteurs structurels

En 2011, le reste à charge (RAC) en santé des ménages représentait 8,9 % de la CSBM. Il ne tient pas compte des cotisations aux régimes de base et complémentaires, ni des autres ressources (impôts et taxes, etc.) affectées à l'Assurance maladie. Depuis dix ans, cette part diminue tendanciellement avec la forte progression du nombre de personnes exonérées de ticket modérateur au titre des affections de longue durée (ALD), qui découle du vieillissement de la population. Cette expansion des ALD augmente la prise en charge par la Sécurité sociale, contribuant en parallèle à une modération de la part de la CSBM restant à la charge des ménages.

Tableau 1 Reste à charge des ménages

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble	16 042	15 507	15 631	15 043	15 041	13 589
Soins hospitaliers	**1 843**	**1 965**	**1 872**	**1 837**	**1 849**	**1 418**
Secteur public	1 191	1 208	1 085	1 041	945	545
Secteur privé	652	756	787	796	905	873
Soins de ville	**6 284**	**6 420**	**6 653**	**6 092**	**6 164**	**5 272**
Soins de médecins et de sages-femmes	2 230	2 280	2 402	2 112	1 995	1 865
Soins d'auxiliaires médicaux	957	1 379	1 401	1 378	1 405	1 273
Soins de dentistes	2 996	2 627	2 666	2 470	2 644	1 997
Laboratoires d'analyses et cures thermales	101	134	184	131	121	137
Transports sanitaires	**67**	**118**	**133**	**129**	**112**	**125**
Médicaments en ambulatoire	**4 893**	**4 452**	**4 351**	**4 354**	**4 101**	**3 874**
Autres biens médicaux	**2 955**	**2 552**	**2 622**	**2 632**	**2 814**	**2 900**
Optique	1 874	1 353	1 372	1 336	1 583	1 727
Autres biens médicaux hors optique	1 082	1 199	1 250	1 296	1 231	1 173

Source > DREES, comptes de la santé.

En 2020, une importante baisse du RAC avec la crise sanitaire

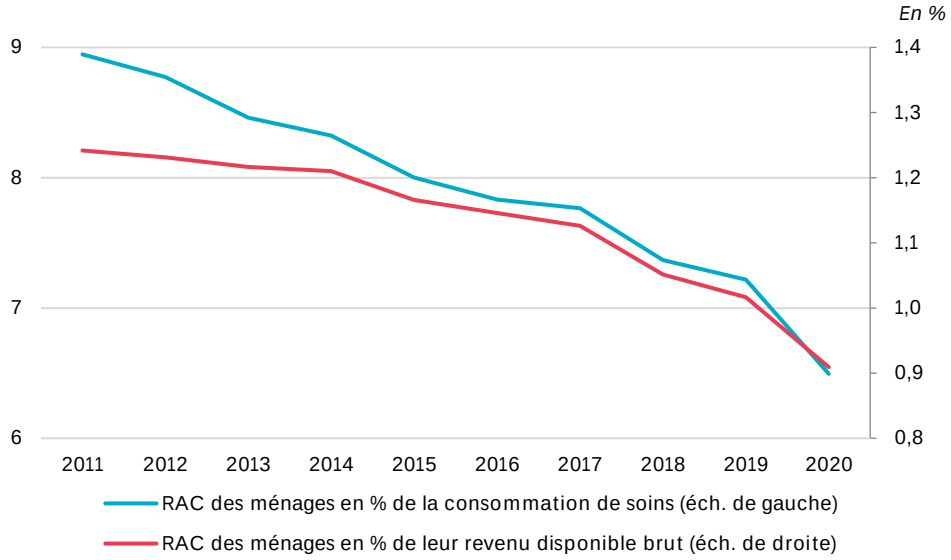
En 2020, le RAC des ménages représente une dépense de 13,6 milliards d'euros. Il représente un peu moins de 0,9 % du revenu disponible brut (RDB) des ménages en 2020 (*graphique 1*). Avec la crise sanitaire, il baisse de 0,7 point, passant de 7,2 % en 2019 à 6,5 % en 2020 *(tableau 1)*. Cette baisse est quasi-généralisée à toutes les composantes de la consommation, l'optique médicale mise à part. Dans l'optique médicale, le RAC progresse de 4,1 points, passant de 23,3 % en 2019 à 27,4 % en 2020. Cette hausse est due à la faible pénétration des équipements 100 % santé optique en 2020, combinée à une baisse de la prise en charge par l'Assurance maladie sur les produits au tarif libre (*fiche 13*).

À l'inverse, deux secteurs contribuent fortement à la baisse du RAC (-0,2 point chacun de contribution) :

- Le RAC pour les soins de dentistes diminue de 3,8 points en 2020, en lien avec la mise en place de la réforme 100 % santé (*Vue d'ensemble - Encadré)*.
- Le RAC pour les soins hospitaliers publics reculent de 0,6 point en 2020. En effet, les dépenses supplémentaires à l'hôpital public ayant été prises en charge essentiellement par la Sécurité sociale, le financement des ménages a été réduit en proportion.

Il reste que la principale contribution à la baisse du RAC est due à un effet de structure. En effet, en 2020, sous l'effet de la crise sanitaire, la structure de soins s'est nettement déformée en faveur des secteurs où le RAC est le plus faible (dépenses hospitalières), aux dépens des secteurs où il est plus élevé. Cette déformation fait mécaniquement baisser le RAC global. Cet effet de structure est particulièrement élevé (-0,3 point) : il contribue à près de la moitié de la baisse globale du taux de RAC en 2020.

Graphique 1 Reste à charge des ménages dans la CSBM et dans leur revenu disponible brut



Lecture > En 2020, le reste à charge des ménages représente 6,5 % de la CSBM et 0,9 % de leur revenu disponible brut.
Sources > DREES, comptes de la santé ; Insee pour le revenu disponible brut.

Le reste à charge est contrasté par poste de dépense

Compte tenu des taux de prise en charge très variables d'un poste à l'autre, la structure du RAC des ménages diffère fortement de celle de la CSBM. Les soins hospitaliers – qui représentent près de la moitié de la CSBM – occupent une faible part dans le RAC des ménages (10,4 %) *[graphique 2]*. À l'opposé, les dépenses en optique médicale représentent 12,7 % du RAC pour seulement 3,0 % de la CSBM. De même les soins dentaires (14,7 % du RAC) et les médicaments occupent une part plus élevée dans le RAC des ménages que dans la CSBM.

C'est à l'hôpital et pour les transports sanitaires que les restes à charge des ménages en santé sont les plus faibles en 2020. Les ménages contribuent à hauteur respectivement de 1,4 % et 2,7 % de ces dépenses *(graphique 3)*.

Les RAC sont plus importants pour les soins de ville (9,2 %), les médicaments en ambulatoire (12,8 %) et les autres biens médicaux (17,4 %). Le RAC le plus élevé en proportion de la dépense est celui de l'optique (inclus dans les autres biens médicaux) : les ménages financent directement 27,4 % de cette dépense en 2020.

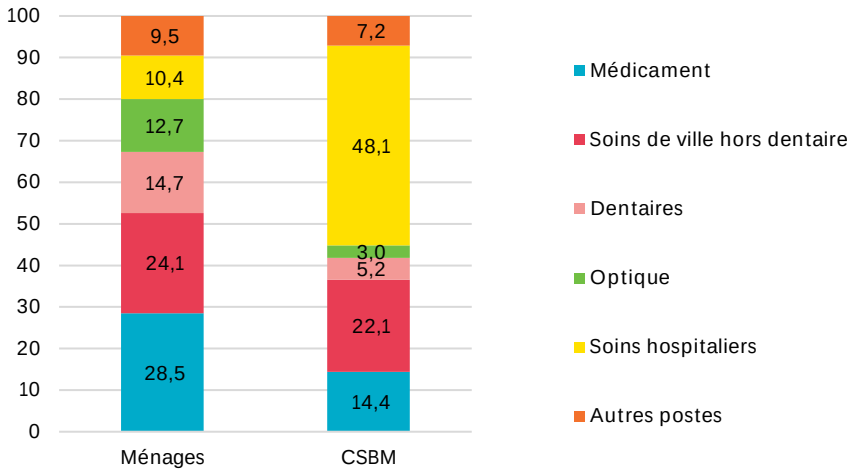
La part des dépenses restant à la charge des ménages diminue en 2020, **sauf pour l'optique**

La part de la dépense hospitalière à la charge des ménages est relativement stable entre 2011 et 2015 (en moyenne autour de 2,3 %) et a tendance à diminuer depuis. Cet effet provient principalement du secteur public et de l'expansion du dispositif des ALD. Cet effet baissier lié aux ALD est plus que contrebalancé, dans le secteur privé, par la hausse de la part des dépassements d'honoraires des praticiens en cliniques (*fiche 3*). En 2020, dans le contexte de la crise sanitaire, le RAC des ménages en soins hospitaliers a atteint un minimum historique. Il représente 1,4 % de la consommation totale de ce poste, soit une baisse de 0,5 point par rapport à 2019. Les ménages ont effet moins dépensé au sein du secteur privé (-3,5 % par rapport à 2019) mais surtout du secteur public (-42,3 %).

Depuis 2011, la part du RAC des ménages dans les soins de ville diminue de 0,4 point par an en moyenne et atteint 9,2 % en 2020. Son repli particulièrement important en 2020 (-1,4 point) dépasse les fortes baisses observées en 2015 et en 2018 (respectivement -0,8 point et –1,2 point).

Graphique 2 Structure du reste à charge des ménages et de la CSBM en 2020

En %



Lecture > En 2020, le reste à charge pour les soins dentaires représente 14,7 % du reste à charge en santé des ménages.
Source > DREES, comptes de la santé.

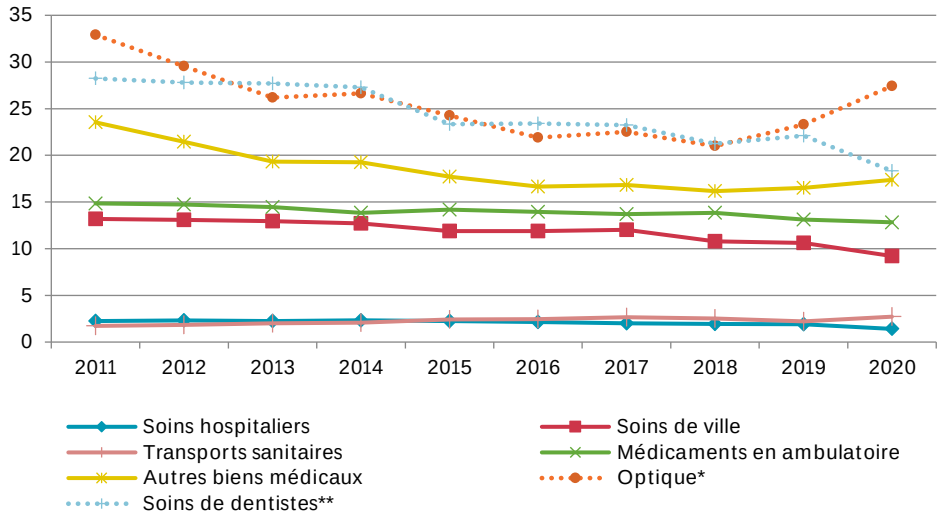
La part de la dépense de médicaments en ambulatoire financée par les ménages recule aussi depuis dix ans, pour s'établir à 12,8 % en 2020. Entre 2016 et 2018, la part du RAC des ménages avait diminué sous l'effet de la déformation de la structure de consommation des médicaments. En 2019, la baisse marquée de la part du RAC (-0,7 point) pourrait s'expliquer par le remboursement progressif des substituts nicotiniques[1] qui contribue à la hausse des dépenses de médicaments remboursable et au recul des dépenses de médicaments non remboursables.

En 2020, le RAC diminue de nouveau mais dans une proportion moindre qu'en 2019 (-0,3 point). La baisse du RAC dans le secteur des médicaments s'explique par un net repli des dépenses de médicaments non remboursables (-10,1 % en 2020) et des médicaments remboursables achetés sans prescription (-9,4 %). La consommation de ces médicaments, dont les dépenses sont principalement à la charge des ménages, a été bouleversée par la mise en place des gestes barrières en mars 2020. Ces gestes ont réduit les pics épidémiques des autres maladies infectieuses (gastro-entérite, syndrome grippal) et les traitements médicamenteux d'appoint associés.

À partir de 2019, la mise en place par étape des paniers sans reste à charge en audiologie, en optique grâce à la réforme « 100 % santé[2] » modifie la répartition des prises en charge sur ces postes (*fiches 13 et 14, glossaire*). Néanmoins, s'agissant de l'optique, la faible pénétration des équipements du panier « 100 % santé », combinée à une baisse de la prise en charge par l'Assurance maladie sur les produits au tarif libre, entrainent une hausse sensible du RAC sur ce poste, de 4,1 points en 2020. ■

Graphique 3 Reste à charge des ménages pour les principaux postes de la CSBM

En % de la consommation par poste



* Le poste « optique » est inclus dans le poste « autres biens médicaux ».
** Le poste « soins de dentistes » est inclus dans le poste « soins de ville » et comprend notamment les prothèses dentaires.
Lecture > En 2020, le reste à charge des ménages représente 9,2 % de la consommation de soins de ville.
Source > DREES, comptes de la santé.

1 Depuis le 1er janvier 2019, le forfait annuel de remboursement des substituts nicotiniques (150 euros par an et bénéficiaire) a été remplacé par une prise en charge de l'Assurance maladie et les organismes complémentaires des substituts nicotiniques dans les mêmes conditions que les médicaments remboursables.

2 La réforme « 100 % santé «, mise en place progressivement à partir de janvier 2019, propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements regroupés des paniers spécifiques pour trois postes de soins : aides auditives, optique et dentaire. Les paniers « 100 % santé « regrouperont des actes sans reste à charge, intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires.

3

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé au sens international

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

La dépense courante de santé au sens international

21 La dépense courante de santé au sens international et son financement

D'après une estimation provisoire, la dé**pense courante de santé au sens international (DCSi) progresserait de 4,6** % en 2020 pour s'établir à **284,5 milliards** d'euros, soit 12,4 **% du PIB. Les soins de longue durée (SLD) représentent 16,2 % de la DCSi et contribuent pour 1,3 point à sa croissance. Les dépenses de gouvernance du système de soins représentent 7,9 % de la DCSi en 2020, dont 5,5 % pour les coûts de gestion et 2,3 % pour les subventions versées par les administrations publiques. La prévention institutionnelle représente quant à elle 3,6 %. Les dépenses de prévention et de subventions sont en très forte progression en 2020 en raison des dépenses exceptionnelles liées à la gestion de la crise sanitaire.**

La dépense courante de santé représente 12,4 % du PIB en 2020

La dépense courante de santé au sens international (DCSi[1]) correspond à la consommation finale effective (c'est-à-dire l'ensemble de la consommation finale, qu'elle soit financée directement ou non par les ménages) des services sanitaires et de biens médicaux, que cette consommation soit individuelle (comme une consultation médicale) ou collective (comme une campagne de prévention). Elle est qualifiée de « courante » car elle exclut tout ce qui n'est pas de la consommation, notamment les dépenses d'investissement ou les revenus de remplacement (comme les indemnités journalières).
La DCSi, seul agrégat harmonisé au niveau international, est plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). Elle s'établit à 284,5[2] milliards d'euros en 2020, soit 12,4 % du PIB (*tableau 1*).
En 2020, la DCSi augmenterait de 4,6 %. La faible progression des dépenses en soins courants est contrebalancée par la croissance très forte des dépenses des soins de longue durée, de prévention et de gouvernance du fait de la crise sanitaire.
Les soins courants, premier poste de la DCSi (plus de la moitié du total), ralentissent en 2020 (+0,7 % après 2,4 %) principalement du fait de la baisse d'activité des soins en ville lors des périodes de confinement. Ils contribueraient donc peu à la croissance de la DCSi en 2020 (0,4 point).
Les soins de longue durée (SLD), qui représentent quant à eux 16,2 % de la DSCi en 2020, contribueraient pour 1,3 point à la hausse totale.
Les dépenses de gouvernance du système de soins (7,9 % de la DSCi) comprennent les frais de gestion de l'Assurance maladie et des organismes complémentaires ainsi que les subventions au système de santé. Portées par les mesures de soutien des professionnels de santé lors de la crise sanitaire, elles contribueraient pour 1,2 point à la croissance de l'agrégat en 2020.
Enfin, la prévention institutionnelle (3,5 % du total) contribuerait pour 1,9 point à la croissance de la DCSi en 2020. Elle correspond en période courante aux actions de prévention organisées ou financées par des fonds ou des programmes nationaux ou départementaux : campagnes de promotion de la vaccination, financement des centres de dépistages, action d'éducation à la santé sexuelle, etc. En 2020, la prévention regroupe également les dépenses exceptionnelles engagées dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire (essentiellement par Santé publique France).

La contribution des ménages aux SLD reste très importante en 2019

Les régimes obligatoires qui comprennent l'État et les collectivités locales, l'Assurance maladie obligatoire et les assurances privées obligatoires financent 83,7 % de la DCSi en 2019[3], les régimes facultatifs 7,0 % et les ménages 9,3 % (*tableau 2*).

1 Historiquement, la DREES construisait et analysait un agrégat appelé « dépense courante de santé » (DCS) qui englobait la CSBM sans correspondre à la DCSi. Depuis l'édition 2020 du Panorama des comptes de la santé, la DREES a décidé de ne plus produire la DCS pour favoriser la construction et l'analyse de la DCSi, seul agrégat harmonisé au niveau international. Pour éviter toutes ambiguïtés par rapport aux éditions précédentes du Panorama, cet agrégat est qualifié de DCS « au sens international ».
2 Certaines des composantes de la DCSi pour l'année 2020 indisponibles lors de la préparation du panorama ont été estimées à partir des tendances observées.
3 La répartition par financeurs n'a pas été estimée pour 2020, faute de données disponibles.

Bien que la contribution des ménages au financement des SLD soit très importantes (25 % de la dépense), ceux-ci restent principalement financés par les régimes d'assurance obligatoires (75 % de la dépense en 2019). Les régimes facultatifs ne prennent que marginalement en charge ce type de dépenses. Une 5e branche de la Sécurité sociale consacrée à « l'autonomie » a été créée le 7 août 2020 et prendra en charge à partir de 2021 une partie des dépenses en SLD. Enfin, la prévention institutionnelle et la gouvernance sont principalement financées par les régimes obligatoires (respectivement 67 % et 72 % en 2019).

Tableau 1 Évolution de la décomposition de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2018-2019 (en %)	Évolution 2019-2020 (en %)
HC.1+ HC.2 - Soins courants	127 184	135 939	138 576	140 926	144 318	145 321	2,4	0,7
HC.3 - Soins de longue durée	36 339	39 235	40 130	41 244	42 725	46 210 (*)	3,6	8,2
dont services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)	1 607	1 678	1 724	1 742	1 762	1 882	1,2	6,8
dont soins pers. âgées en établissements[1]	7 578	8 151	8 370	8 603	8 919	10 860	3,7	21,8
dont soins pers. handicapées en établissements (hors ESAT)[1]	8 977	9 550	9 490	9 653	9 908	10 547	2,6	6,4
dont soins de longue durée dans les hôpitaux (USLD)[1]	1 005	992	1 002	999	1 005	1 105	0,6	9,9
HC.4 - Services auxiliaires	10 827	11 737	12 103	12 253	12 385	13 508	1,1	9,1
HC.5 - Biens médicaux	45 697	47 219	47 367	47 754	48 300	46 895	1,1	-2,9
HC.6 – Prévention institutionnelle	4 679	4 754	4 950	4 986	5 079	10 199	1,9	100,8
HC.7 - Gouvernance	17 858	18 831	18 802	18 939	19 060	22 372	0,6	17,4
dont coûts de gestion	15 091	15 345	15 481	15 592	15 452	15 747	-0,9	1,9
dont subventions	2 768	3 485	3 321	3 347	3 608	6 625	7,8	83,6
DCSi	242 585	257 714	261 928	266 101	271 867	284 504	2,2	4,6
Part de la DCSi (en % du PIB)	11,5	11,5	11,4	11,3	11,2	12,4		

n.d. : non disponible.
(*) : Montant estimé qui sera révisé lors de la publication du Panorama des dépenses de santé en 2022 (*voir glossaire*).
1. N'inclut que la partie des dépenses financées par la Sécurité sociale. La CSBM correspond à la somme des soins courants, des SSIAD, des services auxiliaires et des biens médicaux, hors dépenses de soins d'infirmiers et de masseurs-kinésithérapeutes consacrées à la prise en charge de la dépendance. Elle exclut donc le reste des soins de longue durée (considérés en France comme des dépenses médico-sociales) et les dépenses de prévention et de gouvernance, qui ne sont pas des dépenses de soins *stricto sensu*.
Lecture > En 2020, la DCSi s'élèverait à 284,5 milliards d'euros.
Sources > DREES, comptes de la santé pour la DCSi ; Insee pour le PIB.

Tableau 2 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2019

En %

	HF.1 Régimes obligatoires*	HF.2 Régimes facultatifs**	HF.3 Ménages
HC.1+ HC.2 - Soins courants	90,1	5,1	4,7
HC.3 - Soins de longue durée	75,0	0,0	25,0
HC.4 - Services auxiliaires	87,1	6,2	6,7
HC.5 - Biens médicaux	76,2	10,1	13,7
HC.6 - Prévention institutionnelle	66,7	33,3	0,0
HC.7 - Gouvernance	72,1	27,9	0,0
TOTAL	83,7	7,0	9,3

* État et collectivités locales, Assurance maladie obligatoire, assurances privées obligatoires.
** Assurances privées facultatives, secteur associatif, entreprises.
Lecture > Les soins de longue durée sont financés à 75,0 % par les Régimes obligatoires et à 25,0 % par les ménages.
Source > DREES, comptes de la santé.

Une forte hausse des soins de longue durée en 2020

Les soins de longue durée représenteraient 46,2 milliards d'euros en 2020. Ils progressent fortement de 8,2 % en 2020. Ils correspondent aux services de soins infirmiers à domicile (SSIAD)[1], aux dépenses de soins en faveur des personnes âgées, notamment en établissements d'hébergement pour personnes âgées (Ehpad), ou en faveur des personnes handicapées, ainsi qu'aux dépenses médico-sociales associées.

Les prestations versées par l'Assurance maladie à destination des Ehpad sont particulièrement dynamiques (+21,8 % en 2020). Elles sont portées, comme pour les autres établissements de santé, par la prise en charge par l'Assurance maladie des surcoûts liés à l'épidémie (paiements des primes exceptionnelles et des hausses de salaires des personnels prévus par les accords du Ségur de la santé). La hausse des dépenses est moins importante pour les prestations versées au titre des personnes âgées à l'hôpital dans les unités de soins de longue durée (USLD) [+9,9 %], comme celles au titre des personnes handicapées en établissements (+6,4 %). Le reste des dépenses de soins de longue durée est principalement composée des dépenses liées à prise en charge de la dépendance en Ehpad, hors gîte et couvert. Selon des données encore provisoires, cette dépense serait moins dynamique et progresserait de 3,1 % en 2020.

Un doublement des dépenses de prévention institutionnelle en 2020

En 2020, les dépenses de prévention institutionnelle[2], financées ou organisées par des fonds et des programmes de prévention nationaux ou départementaux[3], s'élèvent à 10,2 milliards d'euros. Ces dépenses ont plus que doublé en 2020 (*tableau 3*), du fait de dotations supplémentaires dans le cadre de la crise sanitaire.

La prévention individuelle concerne les actions dont bénéficient individuellement les assurés.

La prévention individuelle primaire (32,0 % de la prévention institutionnelle en 2020) vise à éviter l'apparition ou l'extension d'états de santé indésirables (*graphique 1*). Elle progresse de 0,6 % en 2020. Les dépenses en médecine du travail, qui représentent plus de la moitié de ces dépenses, est évaluée à 1,7 milliard d'euros pour

1 À compter de l'édition 2021 du Panorama des comptes de la santé, cette dépense est imputée au sein du poste infirmier de la CSBM. Cette modification comptable ne sera reprise que l'année prochaine dans la DCSi, compte tenu des différences de calendriers de production des deux exercices.

2 Cette année, le périmètre des dépenses de prévention publiées dans les comptes de la santé a été revu afin de se conformer aux définitions adoptées au niveau international. Les dépenses de prévention liées à des actions sur l'environnement (hygiène du milieu, lutte contre la pollution et sécurité sanitaire de l'alimentation) ont été retirées du compte car elles n'entrent pas dans le champ de la DCSi.

3 La prévention institutionnelle ne comptabilise pas les actes préventifs réalisés lors de consultations médicales ordinaires, inclus par ailleurs dans la CSBM. Une estimation partielle de la prévention non institutionnelle sur les soins de ville a abouti à une dépense de 9,1 milliards d'euros pour 2016.

l'année 2020 et baisse de 1,5 % par rapport à 2019. Les dépenses de prévention individuelle primaire à destination des enfants représentent 1,4 milliard d'euros en 2020, en hausse de 1,5 %. Elles correspondent à la protection maternelle et infantile (PMI) et aux centres de planification et d'éducation familiale, ainsi qu'à la médecine scolaire. La vaccination organisée représente 0,2 milliard d'euros de dépenses en 2020 et augmente de 15,2 % par rapport à 2019.

La prévention individuelle secondaire (6,7 % de la prévention institutionnelle 2020) vise à repérer les maladies, par exemple par les dépistages. Elle n'inclut pas les tests de dépistage de la Covid-19, qui ont été dans cette publication[1] inclus dans les soins courants en 2020. Les dépenses de prévention individuelle secondaire représentent 0,7 milliard d'euros en 2020, en hausse de +2,4 %. Le dépistage organisé concerne les tumeurs, les infections sexuellement transmissibles (IST) et les hépatites, la tuberculose, ou d'autres pathologies comme la maladie d'Alzheimer, les troubles mentaux, etc. La prévention individuelle secondaire comprend également les bilans de santé réalisés en centres de santé financés par le Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaires (FNPEIS) et par les collectivités locales, ainsi que les bilans de prévention bucco-dentaires à destination des enfants, des jeunes et des femmes enceintes.

Les autres postes de prévention sont composés des actions collectives.

- La prévention collective à visée comportementale (5,9 % de la prévention institutionnelle en 2020) comprend différents programmes mis en place dans le but de participer à l'information et à l'éducation à la santé auprès de la population sur différentes thématiques (drogues, alcool, tabac, maladies infectieuses, vaccinations, nutrition, etc.). Ces programmes soutiennent, par exemple, les actions destinées à promouvoir la nutrition et l'activité physique, dont fait partie le Programme national nutrition santé (PNNS).
- Les actions de surveillance et d'observation (55,5 % en 2020). Elles comprennent les dépenses de la prévention des accidents du travail, les dispositifs et organismes de surveillance, de veille ou d'alerte ou encore ceux mobilisés en cas d'urgence ou de crise. Elles progressent fortement entre 2019 et 2020, de 0,6 à 5,7 milliards d'euros, compte tenu des dépenses exceptionnelles mises en place pour lutter contre l'épidémie de Covid-19. En particulier, ce poste inclut en 2020 la dotation exceptionnelle de 4,8 milliards d'euros à l'ANSP (Santé publique France). Cette dotation a permis de financer notamment les achats de masques (3,0 milliards d'euros), d'équipements de protection individuelle (0,7 milliard d'euros), de médicaments et de vaccins (0,4 milliard d'euros), de respirateurs et matériels médicaux associés (0,3 milliard d'euros).

L'État et les collectivités locales sont les principaux financeurs de la prévention institutionnelle

En 2020, l'État et les collectivités locales financent 69 % des actions de prévention institutionnelle, le secteur privé 16 %, la Sécurité sociale 8 % et le fonds d'intervention régional (FIR) 7 % (*graphique 2*). En 2020, la part financée par l'État et les collectivités locales à très fortement progressé (+27 points) en raison du versement de la dotation exceptionnelle à l'ANSP.

L'État et les collectivités locales restent les principaux financeurs de la prévention collective, prenant en charge 53 % des dépenses. Le secteur privé est le principal financeur de la prévention primaire (49 %) du fait des crédits accordés à la médecine du travail.

La Sécurité sociale finance des actions relevant de chacune des grandes catégories, mais surtout la prévention secondaire (via le FNPEIS).

Le FIR, mis en place en 2012, est financé principalement par la Sécurité sociale. La Sécurité sociale contribue donc également au financement de la prévention indirectement au travers du FIR dont l'une des missions est consacrée à la prévention des maladies, à la promotion de la santé, à l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire. En 2020, les dépenses de prévention du FIR progressent de 0,2 milliard d'euros en raison des surcoûts induits par la crise sanitaire.

La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 fait de la prévention le cœur du système de santé. La priorité est mise sur les addictions (tabac, alcool), notamment avec la création en 2017 d'un fonds de lutte contre le tabac dont les actions visent entre autres à éviter l'entrée dans le tabagisme des jeunes. La promotion de la santé et la prévention sont un des axes prioritaires de la stratégie nationale de santé 2018-2022.

1 Suivant les cas de figure, la nomenclature SHA classe les tests de dépistage en soins courants HC.1 (confirmation d'un diagnostic), en services auxiliaires HC.4 (démarche volontaire pour un voyage) ou en dépenses de prévention HC.6 (dépistage systématique). La mise en œuvre précise de cette nomenclature nécessite des informations auxiliaires indisponibles lors de la préparation de cet ouvrage.

Tableau 3 Estimation des dépenses de prévention institutionnelle

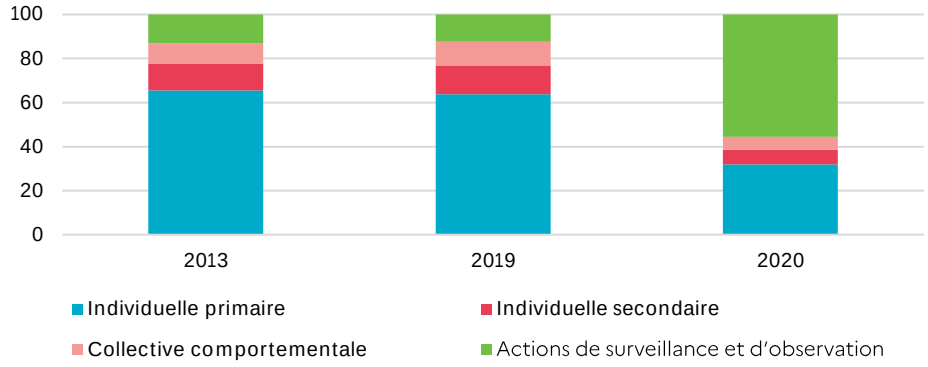
En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2020-2019 (en %)
Prévention individuelle primaire	**3 066**	**3 155**	**3 204**	**3 232**	**3 240**	**3 260**	**0,6**
Vaccins *	112	114	114	159	176	202	15,2
PMI - Planning familial	816	815	800	769	773	775	0,3
Médecine du travail	1 599	1 645	1 696	1 715	1 733	1 707	-1,5
Médecine scolaire	540	580	593	589	559	576	3,1
Prévention individuelle secondaire	**574**	**590**	**628**	**653**	**662**	**678**	**2,4**
Dépistage des tumeurs	142	151	143	156	148	160	8,3
Dépistage, lutte contre les maladies infectieuses	148	160	203	221	222	234	5,5
Dépistage autres pathologies	54	50	51	46	45	43	-4,7
Examens de santé	175	171	173	161	163	168	3,0
Bilans bucco-dentaires	56	59	58	69	85	73	-13,3
Prévention comportementale	**428**	**441**	**496**	**531**	**547**	**600**	9,7
Lutte contre les addictions	86	89	107	109	107	110	2,1
Nutrition-santé	11	15	18	23	26	25	-3,5
Information, promotion, éducation à la santé	254	252	278	283	284	335	18,0
Programme de suivi	77	85	93	116	130	130	0,3
Actions de surveillance et d'observation	**611**	**568**	**623**	**571**	**629**	**5 661**	**799,8**
Prévention des risques professionnels	276	251	289	234	285	321	12,6
Observation, veille, recherche, surveillance	301	286	299	296	294	284	-3,2
Urgences et crises	34	31	35	40	50	5 056	9 930,9
TOTAL PRÉVENTION INSTITUTIONNELLE	4 679	4 754	4 950	4 986	5 079	10 199	100,8
Évolution (en %)	**2,4**	**1,5**	**4,1**	**0,7**	**1,9**	**100,8**	

Note > En 2020, la dotation exceptionnelle Covid-19 à l'ANSP de 4,8 milliards d'euros est comptabilisée au sein de la catégorie « Urgences et crises ».
* Concernent uniquement les dépenses de vaccinations « organisées « financées par les collectivités locales et le FNPEIS.
Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP [ex-INPES], Santé publique France, ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

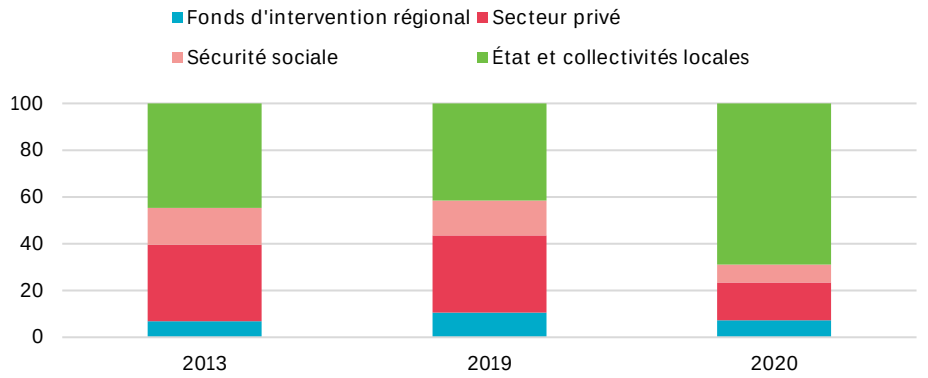
Graphique 1 Structure des dépenses de prévention institutionnelle

En %



Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP (ex-INPES), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

Graphique 2 Financement des dépenses de prévention institutionnelle



Sources > DREES, comptes de la santé, à partir de données diverses (DGS, CNAM, CCMSA, RSI, ANSP (ex-INPES), ministère de l'Éducation nationale, ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, DGCL, etc.).

Les coûts de gestion du système de santé

Les coûts de gestion du système de santé sont évalués à 15,7 milliards d'euros en 2020, en hausse de 1,9 % par rapport à 2019 (*tableau 4*). Ces coûts de gestion comprennent les frais de gestion :

- des différents régimes de Sécurité sociale (45 % de l'agrégat) [*graphique 3*] ;
- des organismes complémentaires (OC) : mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurances, au titre de leur activité en santé (48 % de l'agrégat) ;
- du budget de fonctionnement du ministère chargé de la Santé, y compris celui des agences régionales de santé (ARS) [5 % de l'agrégat] ;
- des financements publics ou prélèvements affectés au fonctionnement des opérateurs publics contribuant au pilotage du système de santé (1 % de l'agrégat) : HAS, Anap, CNG, Oniam, ATIH, Fonds CSS.

Les coûts de gestion recouvrent des dépenses différentes pour les régimes de Sécurité sociale et les organismes complémentaires

Les coûts de gestion des OC ne sont pas directement comparables à ceux des régimes de base. Les activités de ces deux catégories sont en effet à la fois différentes et imbriquées. Certaines activités ne relèvent que des régimes de base (délivrer des attestations de couverture par la complémentaire de solidarité santé [CSS] ou des admissions en affection de longue durée [ALD] par exemple). Par ailleurs, les régimes de base effectuent souvent un premier traitement administratif des demandes de remboursement – et peuvent recevoir en première instance des feuilles de soins papier, plus coûteuses à traiter que les feuilles électroniques – avant de les transmettre sous forme dématérialisée aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE. En revanche, les régimes de base obligatoires peuvent plus facilement réaliser des économies d'échelle ; le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux OC (multiplicité des contrats et des garanties, réseaux de soins, publicité, etc.). Enfin, les OC interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale (implants dentaires, ostéopathie, chambres particulières, etc.), traitent des feuilles de soins papier en l'absence de signature de la convention d'échange ou réalisent des actions complémentaires au remboursement (prévention, action sociale, etc.).

Tableau 4 Coûts de gestion du système de santé

En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2020-2019 (en %)
Régimes de Sécurité sociale*	7 732	7 221	7 258	7 155	6 911	7 159	3,6
Organismes complémentaires**	6 386	7 180	7 279	7 455	7 571	7 621	0,7
Mutuelles	3 320	3 682	3 624	3 693	3 639	3 696	1,6
Sociétés d'assurances	2 283	2 495	2 609	2 716	2 905	2 947	1,4
Institutions de prévoyance	784	1 004	1 046	1 046	1 027	978	-4,7
Ministère chargé de la Santé***	843	813	812	829	820	811	-1,1
Opérateurs publics****	129	131	132	152	150	155	3,8
Total	15 091	15 345	15 481	15 592	15 452	15 747	1,9

* CNAM, MSA et principaux autres régimes de base. Pour toute la période, les coûts de gestion ne prennent pas en compte l'aide à la télétransmission, comptabilisée en subvention au système de soins. La totalité des coûts de gestion des risques maladie et maternité est prise en compte (*annexe 1*). Une partie des coûts de gestion du risque accidents du travail-maladies professionnelles n'est pas prise en compte, car les prestations versées au titre de l'invalidité permanente n'entrent pas dans le champ de la DCSi.

** La contribution au Fonds CSS n'est pas incluse dans les frais de gestion des organismes complémentaires. La totalité des frais de gestion des organismes complémentaires est prise en compte, y compris ceux afférents aux prestations connexes non incluses dans le champ de la DCSi (chambres particulières, etc.). Les subventions d'exploitation sont retirées des coûts de gestion dans ce tableau.

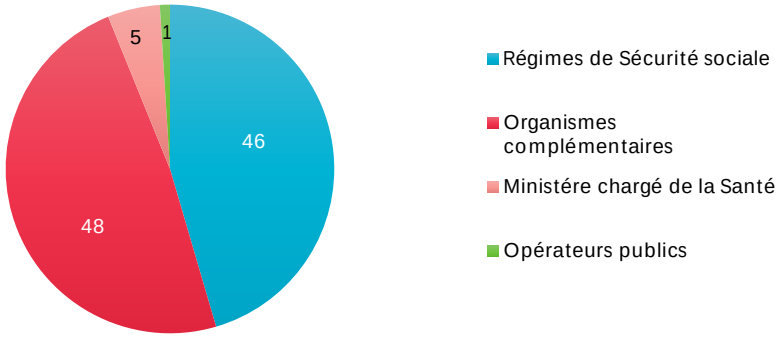
*** Il n'existe pas de budget unique pour le ministère chargé de la Santé, mais des budgets de programmes, qui concernent non seulement la santé, mais aussi l'action sociale. Ont été retenus pour les comptes de la santé : le budget du programme 124 (conduite des politiques sanitaires, sociales, du sport, de la jeunesse et de la vie associative), pour sa partie santé uniquement ; le budget de fonctionnement des actions 11 (pilotage de la politique de santé publique) et 19 (modernisation de l'offre de soins) du programme 204 (prévention, sécurité sanitaire et offre de soins).

**** Sont incluses ici les dépenses des opérateurs suivants : HAS, ATIH, CNG, Anap, Fonds CSS jusqu'en 2019 et Oniam. Les financements des autres opérateurs publics en santé (ANSP, ABM, INTS et ANSM, hors coûts de gestion) sont comptabilisés au sein des dépenses de prévention (*tableau 3*).

Sources > DREES, comptes de la santé. Tableau élaboré à partir de : DREES, comptes de la protection sociale et rapport sur la situation financière des organismes complémentaires ; DSS, comptes de la Sécurité sociale et annexe 8 du PLFSS pour 2020.

Graphique 3 Structure des coûts de gestion du système de santé en 2020

En %



Source > DREES, comptes de la santé.

En 2020, les coûts de gestion des différents régimes de Sécurité sociale augmentent de 3,6 % pour atteindre 7,2 milliards d'euros. Les coûts de gestion du ministère chargé de la Santé (0,8 milliard d'euros) ont diminué de 1,1 % en 2020, alors que les coûts de gestion des opérateurs publics (0,2 milliard d'euros) sont dynamiques (+3,8 %).

Les coûts de gestion des OC s'élèvent à 7,6 milliards d'euros en 2020 : 3,7 milliards d'euros pour les mutuelles, 2,9 milliards pour les sociétés d'assurances et 1,0 milliard pour les institutions de prévoyance. Entre 2013 et 2020, ils ont augmenté en moyenne de 2,6 % par an.

Les coûts de gestion des OC sont de trois sortes : les frais de gestion des sinistres correspondent à l'activité d'indemnisation des assurés (traitement des demandes de remboursement), les frais d'acquisition sont engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseau, de publicité, d'ouverture des dossiers) et les frais d'administration et autres charges techniques nettes retracent la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations (encaissement des cotisations, mise à jour des dossiers, etc.). Les contrats collectifs (souscrits par une personne morale au bénéfice d'un ensemble de personnes) bénéficient globalement de coûts de gestion réduits (*tableau 5*). En effet, l'entreprise souscriptrice fait office d'interlocuteur unique et d'intermédiaire, ce qui permet aux organismes de réduire leurs coûts d'acquisition et d'administration par rapport aux contrats individuels, souscrits directement par des particuliers. Les institutions de prévoyance, spécialisées sur la complémentaire santé d'entreprise, présentent donc les coûts de gestion les plus faibles en part des cotisations. Les sociétés d'assurances se caractérisent par des frais d'acquisition plus élevés, tandis que les mutuelles se démarquent par des frais d'administration plus importants.

Tableau 5 Coût de gestion en santé des organismes complémentaires en 2020, selon leur nature

En % des cotisations hors taxes perçues en santé par l'organisme

	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Frais de gestion des sinistres	4,1	4,2	4,5	3,9	4,6	**4,2**
Frais d'acquisition	6,3	12,0	4,7	8,8	7,3	**8,1**
Frais d'administration et autres charges techniques nettes	9,5	5,9	6,3	8,5	6,9	**7,7**
Ensemble frais de gestion	**20,0**	**22,1**	**15,4**	**21,2**	**18,7**	**20,0**

Lecture > En 2020, les frais de gestion des sinistres représentent 4,2 % des cotisations collectées en santé (frais de soins), quel que soit le type d'organisme complémentaire.
Sources > DREES, comptes de la santé à partir des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR.
Sources >

Les subventions au système de santé en forte progression en 2020 en raison de mesures exceptionnelles de soutien des professionnels de santé

Le montant des subventions au système de santé est évalué à 6,6 milliards d'euros pour l'année 2020 (*tableau 6*). Les subventions progressent de 83,6 % par rapport à 2019 sous l'effet des dispositifs exceptionnels mis en place dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19.

Ces subventions exceptionnelles représentent en 2020 une enveloppe de 3,0 milliards d'euros : 1,4 milliard d'euros au titre du dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA) à destination des praticiens libéraux et 1,5 milliard estimés au titre des garanties de financement aux cliniques privées et des établissements médico-sociaux (*annexe 2*). Dans les comptes de la santé, les hôpitaux publics sont considérés comme des services non marchands ; par convention, ils ne peuvent pas recevoir de subvention.

Les autres subventions comprennent la prise en charge par l'Assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé, les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (issues de la dotation du Fonds d'intervention régional), les participations de l'Assurance maladie à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine, etc.) et l'aide à la télétransmission. Au total, ces subventions pérennes représentent 3,6 milliards d'euros en 2020 (+0,7 % par rapport à 2019). ■

Tableau 6 Les subventions au système de soins

En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020	Évolution 2019/2020 (en %)
Subvention pérenne	2 768	3 485	3 321	3 347	3 608	3 633	0,7
Prise en charge des cotisations Praticiens et auxiliaires médicaux (PAM)	2 355	2 659	2 441	2 436	2 610	2 560	-1,9
Aides à la télétransmission	0	129	144	145	191	177	-7,1
Subventions régionales (enveloppe FIR)	348	571	603	625	652	710	9,0
Dotations aux fonds[1]	65	127	133	140	156	186	18,9
Subvention exceptionnelle liée à la lutte contre l'épidémie de Covid-19						2 993	So
Dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA)						1 449	So
Garanties de financement à destination des cliniques privées et des établissements médico-sociaux						1 544	So
Total subventions	2 768	3 485	3 321	3 347	3 608	6 625	83,6

So : sans objet
1. Institut national de transfusion sanguine, contribution du CNG au contrat d'engagement de service public, CGOS, Fond innovation, ASIP et autres participations.
Source > DREES, comptes de la santé.

22 Les indemnités journalières

Les versements effectués au titre d'indemnités journalières (IJ) par les régimes de base d'assurance sociale au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité, hors fonction publique, s'élèvent à 19,0 milliards d'euros en 2020. Ils sont très fortement impactés à la hausse par la crise sanitaire, tout comme les compléments d'IJ versés par les organismes complémentaires.

Les indemnités journalières (IJ) visent à compenser une perte de revenus d'activité liée à une situation médicale et ne constituent donc pas une dépense de soins à proprement parler. Les IJ n'interviennent donc pas dans le calcul des agrégats des comptes de la santé, centrés sur la consommation, mais elles constituent un poste de dépense pertinent dans l'analyse du système de santé.

Sur longue période, les IJ versées par les régimes de base d'assurance sociale au titre des risques maladie, accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) et maternité, hors fonction publique, progressent en moyenne de l'ordre de 2,5 % par an entre 2011 et 2019. Après une quasi-stabilité entre 2011 et 2013 (+0,0 % par an en moyenne), elles progressent à un rythme plus élevé à partir de 2014 (+3,4 % en moyenne par an). En 2020, en raison des effets de la crise sanitaire et des mesures exceptionnelles concernant les IJ, elles progressent au taux record de +19,4 % *(tableau 1)*.

La dynamique des IJ maladie en particulier est liée à plusieurs facteurs structurels :

- l'évolution des salaires, qui servent de base au calcul des IJ ;
- l'évolution de l'emploi, qui agit mécaniquement sur le volume des IJ avec un effet retard ;
- un effet de structure démographique lié au vieillissement de la population. La population active vieillit – la part des personnes actives de plus de 50 ans dans la population active a progressé de 4,1 points entre 2011 et 2020 – et les actifs les plus âgés ont des arrêts plus longs compte tenu d'une dégradation de l'état de santé avec l'âge. Ce phénomène est accentué par les réformes des retraites qui tendent à repousser l'âge effectif de cessation de l'activité ;
- la précarité de l'emploi, associée à un moindre recours aux IJ.

Les indemnités journalières de maladie bondissent en 2020

En 2020, les indemnités journalières du risque maladie progressent de 33,4 %, après +3,7 % en 2019. Cette hausse s'explique par la forte hausse du nombre d'arrêts maladie et par les mesures spécifiques concernant les IJ prises dans le cadre de la lutte contre la Covid-19. Ces mesures, notamment l'instauration d'indemnités journalières dérogatoires couvrant les assurés dans l'impossibilité de travailler compte tenu des restrictions de déplacement *(fiche 2)*, se sont traduites par un élargissement du champ traditionnel des IJ.

À l'inverse, les IJ versées au titre des accidents du travail-maladies professionnelles progressent à un rythme légèrement moins soutenu en 2020 (+6,3 % après +7,2 % en 2019).

Les IJ versées au titre de la maternité diminuent de 2,8 % en 2020 en lien avec la baisse de la natalité observée depuis quelques années.

6,4 milliards de compléments d'indemnités journalières versés en 2020

Les organismes complémentaires (OC) – mutuelles, sociétés d'assurances et instituts de prévoyance – versent 6,4 milliards d'euros de compléments d'indemnités journalières en 2020, soit 12,0 % de plus qu'en 2019 *(tableau 2)* en lien avec les effets de la crise sanitaire. Alors que les mutuelles sont le premier acteur parmi les OC sur le champ de la CSBM (*fiche 18*), elles sont minoritaires sur le champ IJ (9 % du total IJ versés par les OC). À l'inverse, les sociétés d'assurances versent 59 % des montants.

Cette structure de financement par famille d'OC évolue depuis 2012. La part des mutuelles et des sociétés d'assurances diminue (respectivement de -0,8 point et de -1,1 point entre 2012 et 2020) au profit des institutions de prévoyance (+1,9 point). ■

Tableau 1 Dépenses d'indemnités journalières

En millions d'euros

	2011	2016	2017	2018	2019	2020
Ensemble	13 078	14 280	14 748	15 292	15 929	19 021
Évolution (en %)	*1,6*	*2,9*	*3,3*	*3,7*	*4,2*	*19,4*
Maladie	7 001	7 926	8 216	8 512	8 826	11 778
Évolution (en %)	*1,8*	*4,3*	*3,7*	*3,6*	*3,7*	*33,4*
Accidents du travail – maladies professionnelles	2 839	3 120	3 286	3 499	3 752	3 986
Évolution (en %)	*3,4*	*4,0*	*5,3*	*6,5*	*7,2*	*6,3*
Maternité	3 239	3 234	3 245	3 281	3 351	3 257
Évolution (en %)	*-0,2*	*-1,3*	*0,4*	*1,1*	*2,1*	*-2,8*

Champ > France, ensemble des régimes de base d'assurance maladie, hors fonction publique (données non disponibles).
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Compléments d'indemnités journalières versés par les organismes complémentaires

En milliards d'euros

	2012	2016	2017	2018	2019	2020
Organismes complémentaires	5,1	5,1	5,2	5,6	5,7	6,4
Évolution (en %)		*0,0*	*3,0*	*6,8*	*1,9*	*12,0*
Mutuelles	0,5	0,4	0,4	0,5	0,5	0,5
Institutions de prévoyance	1,6	1,8	1,8	2,0	1,9	2,1
Sociétés d'assurances	3,1	2,9	3,0	3,1	3,3	3,7

Champ > Organismes complémentaires ayant rendu leurs comptes à l'ACPR au 31/12 de chaque année.
Source > DREES, comptes de la santé.

4

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé au sens international

Comparaisons internationales <

Annexes

Tableaux détaillés

Comparaisons internationales des fonctions de la dépense de santé

23 Comparaisons internationales de la dépense courante de santé et du reste à charge des ménages

La dépense courante de santé au sens international (DCSi) couvre un champ plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : en plus des dépenses liées à la consommation des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, la DCSi **comprend les dépenses liées à la gouvernance, à la prévention et aux soins de longue durée.** En tête des pays de l'OCDE, les États-**Unis consacrent près de 17 % de leur richesse nationale à la DCSi en 2019, la France six points de moins (11,2 %). Les soins courants représentent au minimum la moitié de la dépense dans tous les** pays étudiés, majoritairement portée par l'hôpi**tal. Les biens médicaux contribuent à une part importante de la DCSi dans les pays les moins riches.** Enfin, le reste à charge (RAC) des ménages s'élève à 9 **% de la DCSi en 2019, en** France, soit le niveau le plus faible au sein des pays de l'OCDE.

Le *System of Health Accounts* (SHA), permet une comparaison internationale de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Il est piloté par l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), Eurostat et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) [voir annexe 1].

L'Allemagne et la France consacrent à la santé les parts de PIB les plus élevées de l'Union européenne

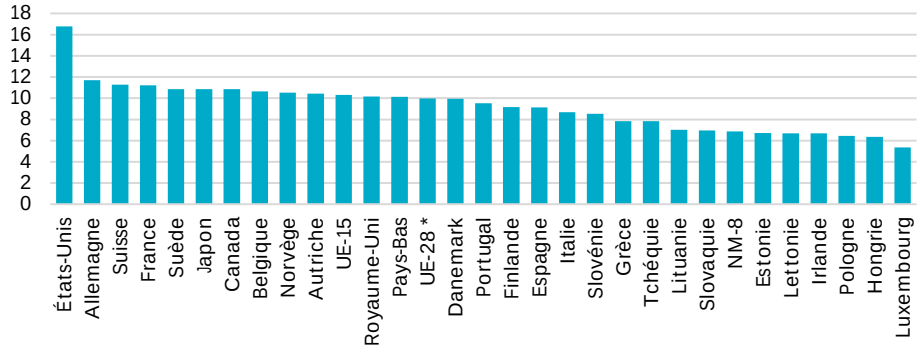
En 2019, avec une DCSi représentant 16,8 % de leur produit intérieur brut (PIB), les États-Unis sont de loin en tête des pays de l'OCDE *(graphique 1)*. Cinq points derrière, l'Allemagne dépense 11,7 % de son PIB pour la santé, devant la Suisse (11,3 %) et la France (11,2 %). En moyenne, les États membres de l'UE-28 consacrent 10 % de leur PIB aux dépenses de santé. Il existe néanmoins une division géographique marquée : les pays de l'UE-15 consacrent en moyenne 10,3 % de leurs PIB aux dépenses de santé, tandis que ces dernières sont plus faibles dans les pays du sud de l'Europe (entre 8 % et 9,5 %). Pour les nouveaux membres de l'UE membres de l'OCDE (NM) [voir glossaire], les dépenses de santé représentent en moyenne 6,9 % de leur PIB en 2019.

La hiérarchie des pays en tête du classement est sensiblement modifiée lorsque la DCSi est exprimée en parité de pouvoir d'achat (PPA), permettant ainsi de tenir compte des différences de pouvoir d'achat entre les pays, et par habitant. À l'aune de cet indicateur, la France se situe au 8e rang des pays de l'UE-28, et au 12e rang des pays étudiés, à un niveau proche du Canada, de la Belgique ou du Luxembourg *(graphique 2)*. La dépense de santé en PPA s'élève, en France, à 4 067 euros par habitant en 2019, soit deux fois moins qu'aux États-Unis (8 320 euros par habitant). L'écart est plus modéré avec l'Allemagne qui consacre seulement 959 euros PPA de plus par habitant.

La hiérarchie est encore modifiée en tenant compte des différences de pouvoir d'achat uniquement dans le secteur de la santé (la PPA santé [voir glossaire]). Cette mesure identifie un panier de produits et services de santé, standard pour un pays, comprenant les équipements, les médicaments et le personnel soignant afin de mesurer et de neutraliser les différences de consommation et de prix spécifiques au secteur de la santé. La Suisse, la Norvège, la Suède, le Luxembourg, le Canada, et les États-Unis sont des pays où les prix dans la santé sont de 30 % à 70 % supérieurs à ceux pratiqués en France (OCDE, 2019). Dans cette situation, les États-Unis conservent la dépense de santé la plus importante par habitant (environ 7 300 euros en PPA santé), mais l'écart avec la France (de 3 250 euros) est alors diminué. La France se situe alors au 9e rang des pays étudiés. La Suisse, pays où les biens et services de santé sont les plus onéreux dans l'OCDE, est rétrogradé au 10e rang, proposant finalement un volume de biens et services de santé équivalent à celui offert en France par habitant.

Graphique 1 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2019

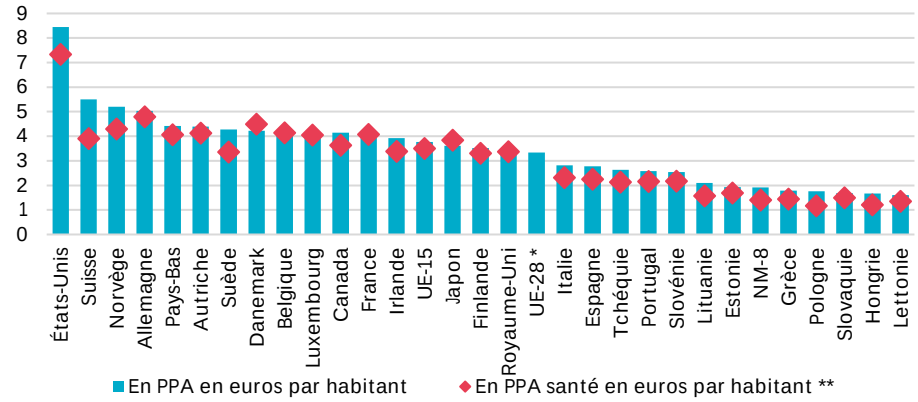
En % du PIB



* Les données pour les cinq pays de l'UE-28 non membres de l'OCDE, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, Malte et la Roumanie portent sur l'année 2018. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.
Note > Les données pour la France ont été actualisées pour l'année 2019 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des révisions décrites en annexe 3. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de cet ouvrage.
Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Dépense courante de santé au sens international (DCSi) en parité de pouvoir d'achat (PPA) par habitant en 2019

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



* Les données pour les cinq pays de l'UE-28 non membres de l'OCDE, la Bulgarie, la Croatie, Chypre, Malte et la Roumanie portent sur l'année 2018. Elles sont mises à disposition par Eurostat dans le respect de la convention SHA.
** Les PPA santé utilisées ici sont calculées et diffusées par l'OCDE pour l'année 2017 (OCDE, 2019). Nous faisons ici l'hypothèse qu'elles n'ont pas été modifiées entre 2017 et 2019.
Note > Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1).
Les données pour la France ont été actualisées pour l'année 2019 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des révisions décrites en annexe 3. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de cet ouvrage.
Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Des dépenses de santé concentrées dans les soins hospitaliers et de ville

La structure de la DCSi selon la fonction de la dépense varie considérablement d'un pays à un autre. Un peu plus de 68 % des dépenses de santé des États-Unis se rapportent aux soins courants, dont 48 % en cabinet de ville et 17 % pour les soins hospitaliers *(graphique 3)*. Parmi les autres pays, les soins courants sont plus proches de la moitié de la DCSi. En moyenne, les pays de l'UE-15 y consacrent 54 % de la dépense de santé, avec une majorité de soins courants hospitaliers (29 %). Les dépenses consacrées aux soins de ville sont plus élevées dans quelques pays de l'UE-15 comme le Portugal (39 %) ou la Finlande (34 %). À l'inverse, la France et la Grèce y consacrent une plus faible part de la DCSi (environ 18 %), au profit des soins à l'hôpital.

Les biens médicaux (produits pharmaceutiques et appareils médicaux) sont la troisième grande catégorie de dépenses de santé. Leur part est particulièrement importante dans les pays les plus pauvres de l'OCDE et dans ceux ayant une plus faible DCSi, comme les pays du sud de l'Europe ou les NM. Les prix de ces biens sont relativement homogènes entre les différents pays en comparaison des services médicaux (en particulier les salaires des professionnels de santé) [OCDE 2019]. Cette dépense, incompressible, représente pour ces pays une plus forte proportion de leurs dépenses de santé.

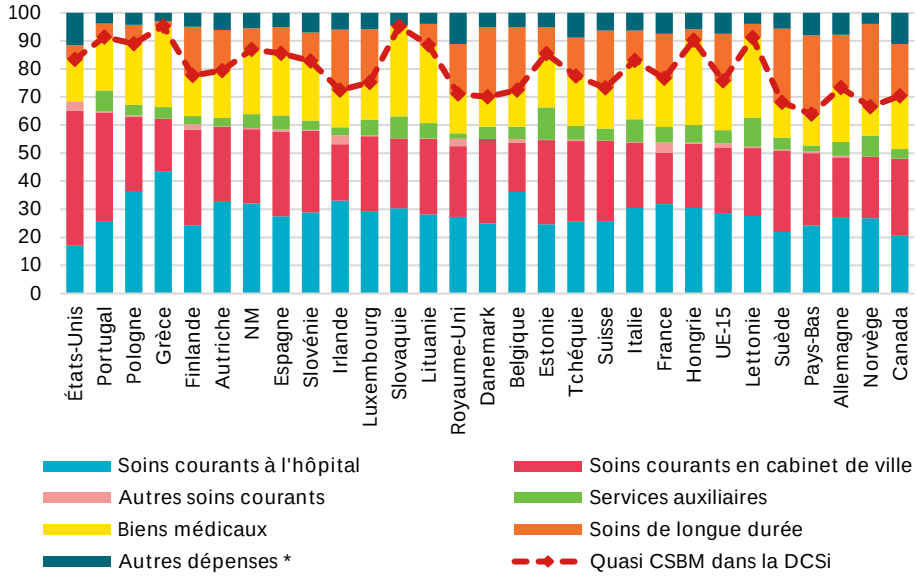
La somme des soins courants (à l'hôpital ou en ville), des biens médicaux et des services auxiliaires correspond à la quasi-consommation de soins et de biens médicaux (quasi-CSBM dans le graphique 3, voir annexe 1 et glossaire pour la définition de la quasi-CSBM dans la DCSi), la CSBM étant l'agrégat central des comptes de la santé en France. Elle caractérise les dépenses de santé qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé, par opposition aux soins de longue durée ou à la prévention. Les pays consacrent de 64 % (Pays-Bas) à 95 % (Slovaquie et Grèce) de la DCSi à la CSBM (77 % en France). L'essentiel de l'écart entre la CSBM et la DCSi correspond aux soins de longue durée à destination de la population en perte d'autonomie (personnes âgées et en situation de handicap). Des pays comme les Pays-Bas, la Norvège, la Suède et le Danemark y consacrent un quart ou plus du total des dépenses de santé, au contraire de la Slovaquie, de la Grèce et du Portugal qui y allouent moins de 5 %.

Le taux de croissance des dépenses de santé reste modéré depuis 2013

Les dépenses de santé ont ralenti à la suite de la crise économique de 2008-2009, dans un contexte de modération de la hausse des financements publics (État et sécurité sociale). Depuis 2013, les dépenses de santé sont à nouveau plus dynamiques au sein de l'ensemble des pays de l'OCDE. Dans les neuf pays étudiés ici, la DCSi à prix courants est croissante entre 2013 et 2019, et seules les dépenses de santé de l'Espagne et de l'Italie diminuent encore entre 2013 et 2014 *(graphique 4)*. Les dépenses de santé progressent de plus de 4 % par an entre 2013 et 2019 en Allemagne. La croissance est du même ordre aux États-Unis, avec néanmoins un dynamisme plus marqué à partir de 2014 et la mise en œuvre du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou Obamacare). L'Espagne et le Royaume-Uni connaissent également une croissance dynamique de leurs dépenses de santé, avec un peu plus de variations au cours de la période observée, voire une progression heurtée pour l'Espagne (notamment entre 2015 et 2016). La France et l'Italie ont des profils plus stables et une croissance de leurs dépenses à prix courants d'environ 2 % en moyenne par an. En France, cette progression est régulée par l'objectif national des dépenses d'Assurance maladie (Ondam). Pour l'Italie, les contraintes budgétaires nationales n'ont pas permis de réévaluer à la hausse les dotations minimales pour les actes médicaux réalisés à l'hôpital ou en cabinet de ville financées par l'État italien (malgré une volonté de réforme de cette dotation avec le *livelli essenziali di assistenza*).

Graphique 3 Structure de la DCSi selon la fonction de la dépense en 2019

En % de l'ensemble des dépenses



* Les autres dépenses correspondent à la prévention institutionnelle, à la gouvernance des systèmes de santé et aux autres dépenses non classées ailleurs.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Croissance économique et variation de la DCSi depuis 2007

Les évolutions des dépenses en biens et services de santé d'un pays peuvent être rapportées également à la croissance économique globale. Ce rapport permet d'évaluer l'effort national dans la santé. On assiste, ces dernières années, à un alignement de la croissance de ces dépenses sur celles de l'économie globale dans tous les pays de l'OCDE (OCDE, 2019). Dans le cas de la France, la croissance du PIB et de la DCSi se rejoignent en 2019 *(graphique 5)*.

La crise économique de 2008-2009 s'était traduite par une importante contraction des PIB, menant à une augmentation de la part des dépenses de santé dans le PIB entre 2007 et 2009. Puis, dans un contexte de modération des financements publics qui constituent la principale ressource des systèmes de santé, la part des dépenses dans le PIB s'est stabilisée au niveau d'après crise. Entre 2009 et 2019, cette part diminue même un peu en Italie et en France sans pour autant compenser la hausse observée à la suite de la crise. Dans les six autres pays étudiés, la croissance des dépenses de santé en part du PIB continue de progresser après la crise : de 0,03 point pour l'Espagne à +2 points pour la Suède entre 2009 et 2019.

C'est en France que la part de la dépense de santé à la charge des ménages est la plus faible

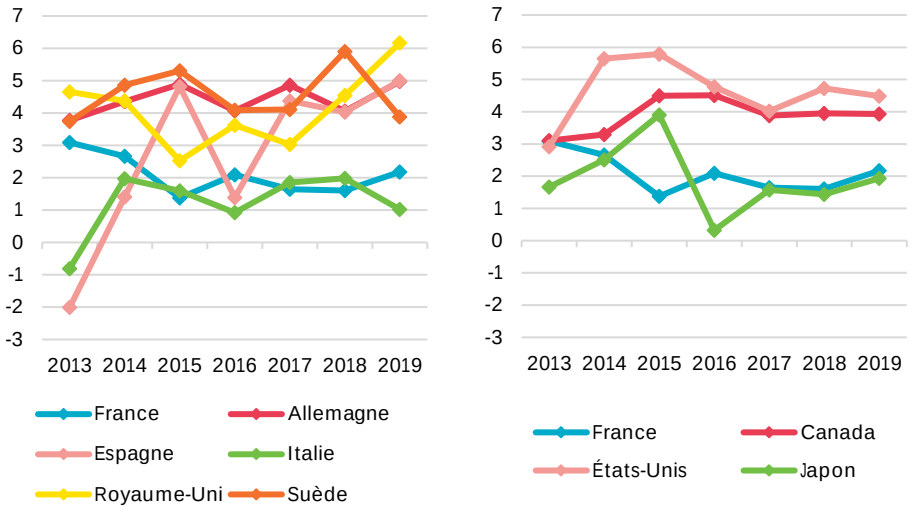
Globalement, une large partie des dépenses de santé sont à la charge des États, des assurances maladies obligatoires ou des assurances privées obligatoires : 80 % en moyenne dans l'UE-15 en 2019 *(graphique 6)*. Une faible part est également prise en charge par les assurances privées facultatives : environ 5 % en moyenne pour les pays de l'UE-15. Le reste est directement à la charge des ménages[1]. Ce reste

1 Le reste à charge (RAC) des ménages est le montant de la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie de base et complémentaire. Le mode de calcul développé par l'OCDE est décrit dans le glossaire.

à charge (RAC) est un frein potentiel à l'accès aux soins et peut conduire certains ménages à y renoncer, d'où l'intérêt porté par les États à cet indicateur. En 2019, dans les pays de l'UE-15, 15 % de la DCSi est en moyenne à la charge des ménages. Les RAC les plus élevés sont atteints dans les pays du sud de l'Europe (35 % en Grèce et 30 % au Portugal), les NM (20 % en moyenne) et en Suisse (25 %). Par rapport aux autres pays comparés ici, la France est celui où le RAC des ménages est le plus limité en part de la DCSi (9 % en 2019). Douze pays ont une part de la DCSi restant à la charge des ménages inférieure à 15 % et légèrement supérieure à celle constatée en France. Dans ces pays, où la part des assurances privées non obligatoires est quasi nulle (comme en Allemagne, au Japon, en Norvège et en Suède), les régimes obligatoires publics ou privés peuvent cependant couvrir une part de la dépense plus importante qu'en France (84 % ou plus). Aux États-Unis, la mise en œuvre en 2014 d'*Obamacare* – dont l'extension de la population couverte par *Medicaid* et l'obligation de souscription à une couverture santé individuelle– conduit à une restructuration du financement de la DCSi, avec une part de reste à charge (11 %) désormais assez proche de celle constatée en France. Toutefois, la dépense de soins et les primes d'assurances restent importantes, du fait des honoraires des médecins et des prix élevés des produits de santé. Dès lors, le RAC par habitant exprimé en PPA aux États-Unis est important (941 euros PPA en 2019) *[graphique 7]*. Le RAC des ménages est en moyenne de 570 euros PPA dans l'UE-15 et 384 euros PPA dans les NM. Au sein de l'UE-15, c'est encore en France que le RAC est le plus faible avec 371 euros PPA par habitant.

Graphique 4 Taux de croissance annuel moyen de la DCSi entre 2013 et 2019

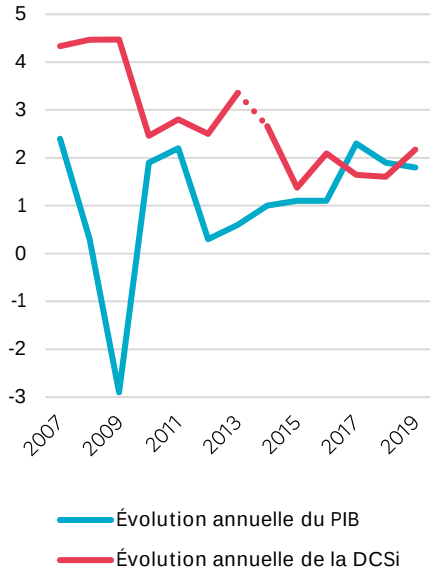
Taux de croissance annuel de la DCSi en % - à prix courant



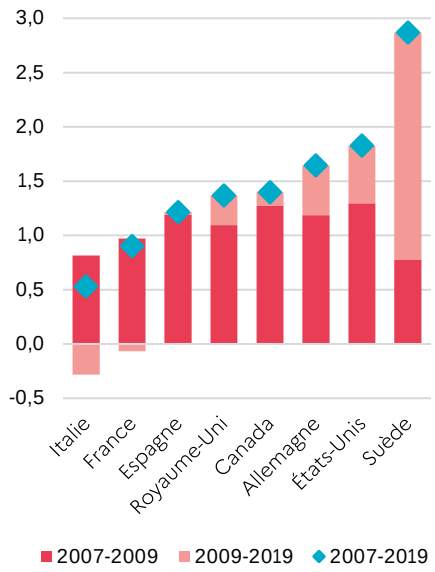
Note > Les données pour la France ont été actualisées pour les année 2013-2019 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des révisions décrites en annexe 3. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de cet ouvrage.
Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 5 Évolution de la DCSi en fonction du PIB entre 2007 et 2019

Évolution annuelle pour la France du PIB et de la DCSi (en euros courants)



Évolution en points de PIB



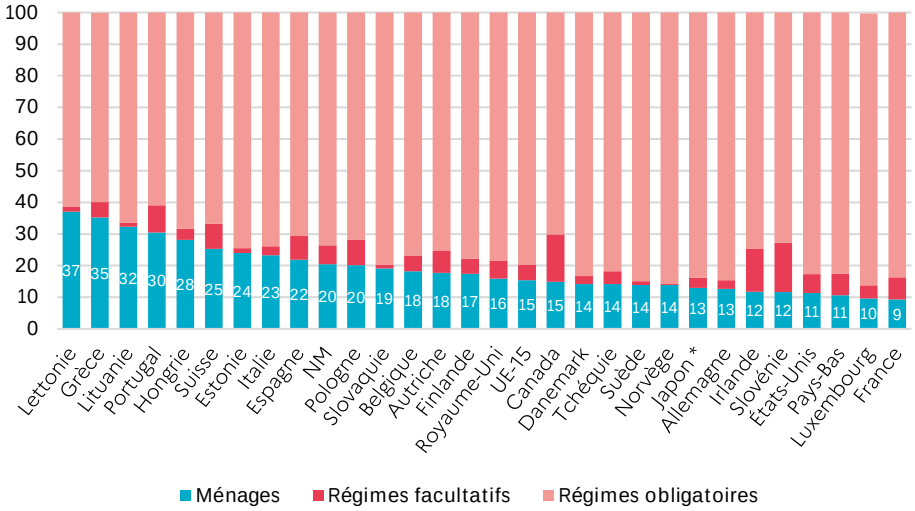
Note > Les données pour la France ont été actualisées pour l'année 2013-2019 par rapport aux données diffusées par l'OCDE ou Eurostat pour tenir compte des révisions décrites en annexe 3. Elles correspondent aux données de la partie sur la France de cet ouvrage. Une rupture de série est observée en 2013, la rétropolation des données des années antérieures étant prévue pour la prochaine édition de cet ouvrage.
Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France, données pour les années 2013-2019) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; OCDE, Comptes nationaux.

Les soins de longue durée pèsent beaucoup dans le reste à charge en France

La décomposition du RAC selon les diverses fonctions de la DCSi, notamment les dépenses qui relèvent des soins de longue durée (SLD) et celles qui participent de la CSBM, fait apparaître que près de la moitié du RAC par habitant exprimé en PPA en France est liée aux SLD, ce qui n'est pas le cas des autres pays observés. Avec 150 euros PPA par habitant pour les SLD, la France se situe en queue de peloton des pays de l'OCDE avec un reste à charge relativement élevé. Celui-ci représente finalement un quart des dépenses de SLD (25 %), alors qu'il est inférieur à 10 % en Suède ou au Danemark (respectivement 7 % et 9 %) pour des montants inférieurs à 100 euros PPA (77 euros et 94 euros). Les pays du sud de l'Europe ont des montants de RAC pour leur dépenses de SLD relativement faibles : 39 euros en Espagne, 52 euros au Portugal et 73 euros en Italie. Ces montants sont à mettre en regard de la faiblesse des dépenses de SLD dans ces pays qui sont pourtant des pays vieillissants. ■

Graphique 6 Financement de la DCSi en 2019

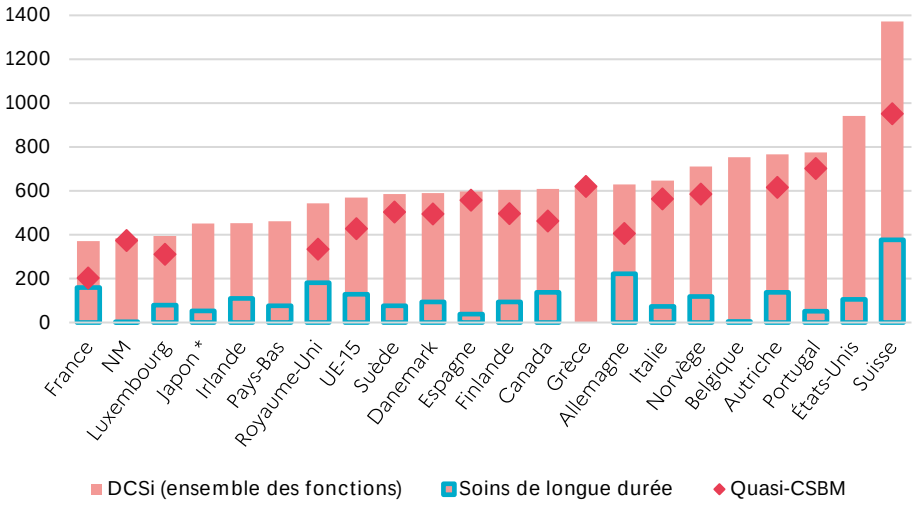
En % de l'ensemble des dépenses



* Données 2018 pour le Japon.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 7 Reste à charge des ménages selon la fonction de la dépense de santé en 2019

En PPA en euros par habitant



* Données 2018 pour le Japon.
Note > Les PPA calculées par l'OCDE (voir glossaire), exprimées en dollars des États-Unis avec les États-Unis comme pays de référence (base 1 pour les États-Unis), sont converties ici avec l'euro comme monnaie nationale et la France comme pays de référence (base 1). Les données ne permettent pas de calculer un reste à charge spécifique pour l'ensemble des fonctions pour le Japon, l'Irlande, les Pays-Bas, la Grèce, la Belgique et les États-Unis. Le RAC sur la quasi-CSBM n'est pas calculé pour ces pays.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Pour en savoir plus

- OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). France : profil de santé par pays 2019, State of Health in the EU. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.
- OCDE (2019). *Panorama de la santé : les indicateurs de l'OCDE*. Paris, France : édition OCDE.
- **Statistiques de l'OCDE sur la santé 2018**, consultables sur http://stats.oecd.org/.
- **Statistiques d'Eurostat sur la santé 2018**, consultables sur https://ec.europa.eu/eurostat/fr/data/database.
- System of Health Accounts (SHA), consultable sur http://www.oecd.org/els/health-systems/.

24 Systèmes de santé et financement, perspectives internationales

Différentes stratégies de financement assurent la couverture des dépenses de santé dans les pays de l'OCDE. Néanmoins, les régim**es obligatoires de financement,** assurés par l'État, et les assurances maladies gérées par des caisses publiqu**es ou** des assureurs privés, financent principalement la santé dans tous les pays de l'OCDE. **Les assurances privées obligatoires se développent** depuis une dizaine d'an**nées** dans de nombreux pays. En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, **auparavant facultative, est devenue obligatoire. Aux États-Unis, ce mouvement a** également été majeur avec l'Obamacare. En 2018, la France est le second pays **de** l'OCDE, **derrière les États-Unis, qui consacre la part la plus importante de sa dépense de santé au sens international à la gouvernance de son système. 40 % de ces dépenses de gouvernance proviennent des organismes complémentaires.**

Service national de santé, assurance maladie, ou assureurs privés obligatoires : trois approches du financement des soins

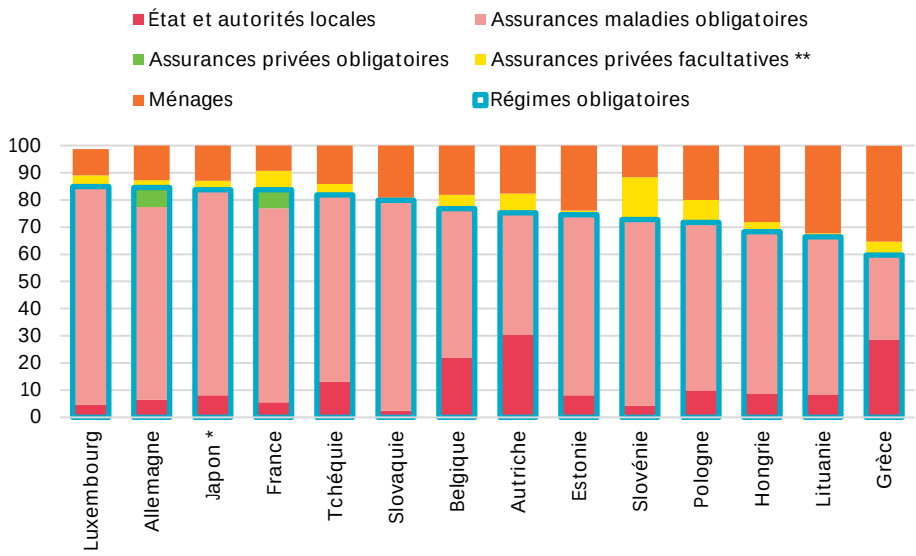
Dans la totalité des pays considérés, les régimes obligatoires de financement de la santé (encadrés en bleu sur le *graphique 1*) couvrent plus de la moitié des dépenses courantes de santé, et même plus des trois quarts pour 15 pays sur 28. Dans les pays du nord et du sud de l'Europe, en Lettonie, au 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. Cette part dépasse 80 % en Norvège, en Suède et au Danemark (respectivement 86 %, 85 % et 83 %). Les résidents sont couverts automatiquement, mais leur parcours de soins est très encadré. En Finlande, en Suède, en Espagne et au Portugal, les soins primaires sont souvent dispensés dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation (rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet). Dans les systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques de sécurité sociale, les prestations maladie sont versées en contrepartie de cotisations en général assises sur les revenus d'activité. L'affiliation est obligatoire. Ainsi, au Luxembourg, en Allemagne, en France ou au Japon notamment, plus de 70 % de l'ensemble des dépenses courantes de santé au sens international (DCSi) sont couvertes par l'assurance maladie en 2019 (81 % au Luxembourg, 71 % en France et en Allemagne et 76 % au Japon). Concernant l'offre de soins, la médecine y est souvent libérale et les médecins sont principalement rémunérés à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des hôpitaux publics. Si l'assurance maladie est en grande partie financée par les cotisations sociales versées par les employeurs et les salariés, une part des recettes de ces dispositifs peuvent également provenir des transferts publics. Ainsi, au Japon, au Luxembourg ou en Belgique, les recettes de l'assurance maladie proviennent des transferts publics à hauteur d'environ 40 % pour les deux premiers et de 30 % pour la Belgique.

Certains pays, comme la Suisse et les Pays-Bas, ont mis en place, de longue date, un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion à des assureurs privés mis en concurrence. L'État intervient toutefois afin de pallier les défaillances du marché. Il oblige tous les résidents à contracter une assurance santé (dans une logique universelle), définit le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Ainsi, aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur en fonction du revenu du salarié, ce qui n'est pas le cas en Suisse où les primes dépendent de l'âge, du sexe et du lieu de résidence. Aux États-Unis, depuis 2014, le *Patient Protection and Affordable Care Act* (*Obamacare*) oblige les particuliers à souscrire une assurance maladie, sous peine de se voir infliger des pénalités. À l'instar de la Suisse et des Pays-Bas, les assurances maladies, devenues obligatoires, restent toutefois largement privées.

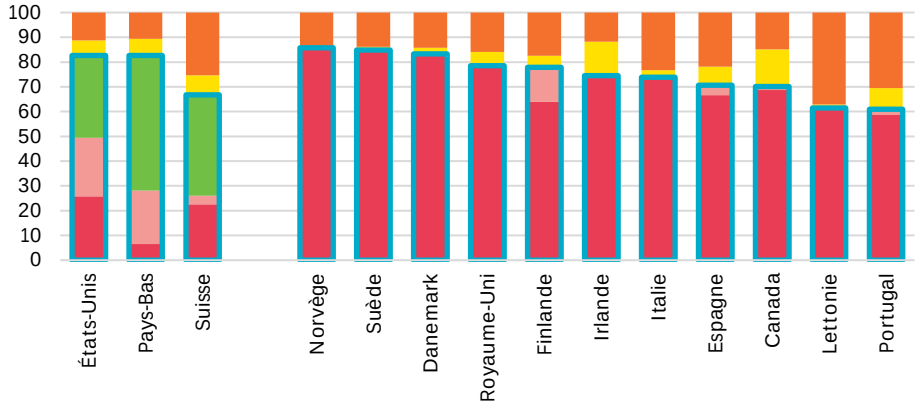
Graphique 1 Financement de la dépense courante de santé au sens international en 2019

En % de la dépense courante de santé internationale (DCSi)

Systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques



Systèmes d'assurance maladie gérée par des assureurs privés (à gauche) et systèmes nationaux de santé (à droite)



* Données 2018. ** Et autres dispositifs facultatifs.
Note > Le Système international des comptes de la santé distingue différents mécanismes de financement décrits dans l'annexe 1.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Les assurances privées obligatoires plus développées en 2019 qu'en 2006

Depuis 2006, la structure de financement des systèmes de santé a évolué, vers plus d'intervention des assurances privées obligatoires dans plusieurs pays *(graphique 2)*. En Allemagne et en France, une partie de l'assurance privée, auparavant facultative est devenue obligatoire. En Allemagne, les travailleurs indépendants, les fonctionnaires et les salariés les plus aisés peuvent sortir de l'assurance maladie publique et

s'assurer auprès d'un organisme privé. En France, depuis 2016, une assurance maladie complémentaire, financée partiellement par l'employeur, est obligatoire pour les salariés du secteur privé. Aux États-Unis, ce mouvement a été plus fort avec, entre 2006 et 2019, un basculement de l'assurance privée volontaire ou facultative (40 % de la DCSi en 2006) à l'assurance privée obligatoire (33 % de la DCSi en 2019).

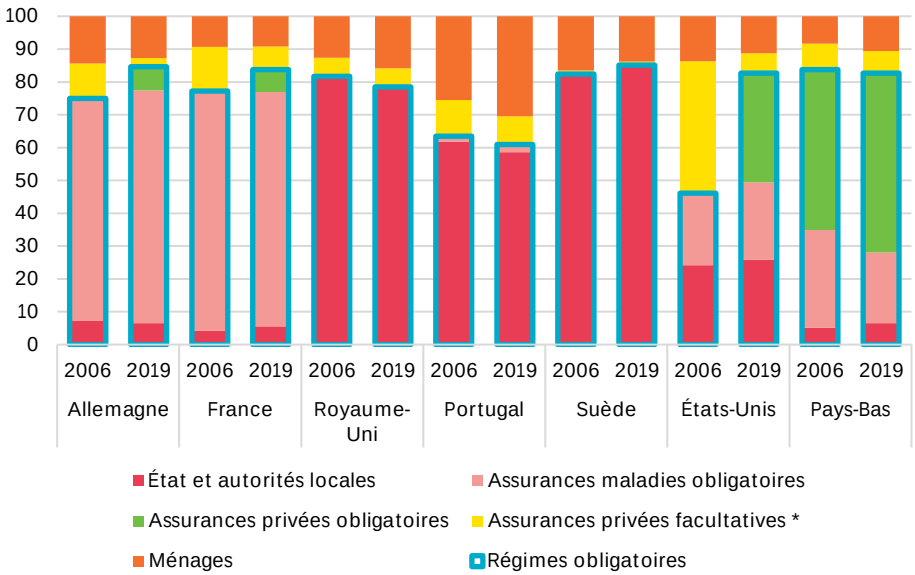
Au cours de cette même période, d'autres pays ont conforté leurs modèles de financement. Aux Pays-Bas, l'assurance privée obligatoire est renforcée : elle représente à présent 55 % du financement de la DCSi (contre 49 % en 2006). Des pays du Sud de l'Europe ont réduit la part des participations publiques pour réaliser des économies budgétaires, au prix d'une plus forte contribution des ménages au financement de la dépense courante de santé : +4 points au Portugal, +2 points en Italie, +1 point en Espagne. Le Royaume-Uni s'inscrit également dans cette tendance à la hausse du reste à charge des ménages (+3 points).

Des dépenses de gouvernance plus faibles pour les systèmes gérés directement par l'État

Aux États-Unis, les dépenses de gouvernance du système de soins, tous financeurs publics et privés confondus, représentent 8 % de la DCSi en 2019 *(graphique 3)*. La France[1] arrive en deuxième position derrière les États-Unis avec 7 % de la DCSi (fiche 20), loin devant les autres systèmes d'assurance maladie obligatoire. Parmi les systèmes d'assurance maladie gérée par des caisses publiques, l'Allemagne consacre 4,7 % de ses dépenses de santé à la gouvernance, soit environ 30 % de moins qu'en France. En France et aux États-Unis, les dépenses de gestion des assurances privées obligatoires ou facultatives dans les coûts de gestion des systèmes de santé sont relativement élevées : respectivement 40 % en France et 50 % aux États-Unis.

Graphique 2 Évolution du financement de la DCSi entre 2006 et 2019 dans sept pays

En % de la DCSi



* Et autres dispositifs facultatifs.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

1 En France, les dépenses de gouvernance recouvrent d'une part les coûts de gestion du système de santé, et d'autre part les subventions versées par l'assurance maladie En 2018, les subventions comprennent la prise en charge par l'assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé, les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins, les participations à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine, etc.) et l'aide à la télétransmission.

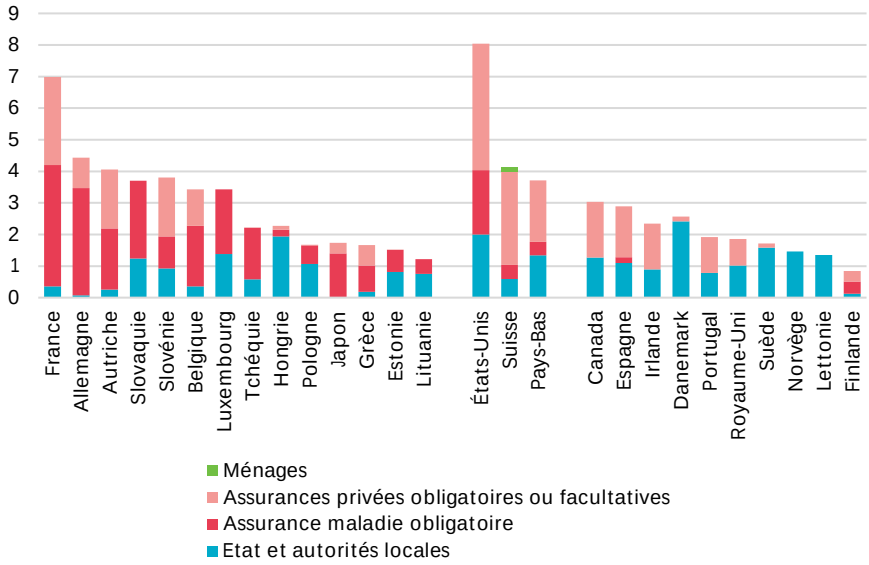
Les systèmes d'assurance maladie gérée majoritairement par des assureurs privés comme les États-Unis, les Pays-Bas et la Suisse ont plus de dépenses de gouvernance réalisées par des opérateurs privés : de 50 % à 72 % des dépenses. Pourtant, dans ces pays, ce sont les organismes privés qui financent la majorité de la DCSi : 39 % aux États-Unis, 61 % au Pays-Bas et 75 % en Suisse. En France, les organismes complémentaires comptent pour 40 % des dépenses de gouvernance tout en ne finançant que 14 % des dépenses de santé au total. Cela s'explique en partie par la forte « complémentarité « de la couverte complémentaire et de base en France (Paris et Polton, 2016 ; Lafon et Montaut, 2017). En effet, en France, l'assurance maladie privée intervient essentiellement dans une logique de cofinancement public et privé pour la quasi-totalité des soins et biens médicaux. Les économies d'échelle dans les coûts de gestion devraient donc être moins importantes dans le cadre du système français que dans d'autres pays. Ainsi, selon l'OCDE, 96 % des Français sont couvert par une assurance privée, devant 84 % des Néerlandais (alors que les Pays-Bas accueillent le plus vaste marché de l'assurance privée des pays de l'OCDE) et 24 % de la population allemande (OCDE, 2019).

La Cour des Comptes a néanmoins souligné dans un rapport de juin 2021, que les dépenses de gouvernance du système de santé français ont augmenté de 15,5 % en 10 ans, mais « ce total recouvre de fortes disparités entre les dépenses de gouvernance des régimes de sécurité sociale, en légère décroissance (- 5 %), et celles des organismes complémentaires, en très nette augmentation (+46 %) [Cour des Comptes 2021].

D'une manière générale, les dépenses de gouvernance les plus importantes relativement aux dépenses de soins sont observées dans les pays ayant une gestion majoritairement réalisée par des caisses de sécurité sociale ou des assureurs privés. Les systèmes nationaux de santé gérés par l'État semblent globalement plus économes en matière de gouvernance : ils y consacrent de 0,8 % (Finlande) à 3,0 % (Canada) de la DCSi. ■

Graphique 3 Décomposition des dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2019

En % de la DCSi



Lecture > En France en 2019, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 7 % de la DCSi, dont 2,8 % de dépenses des assurances privées obligatoires ou facultatives, 3,8 % de dépenses de l'assurance maladie obligatoire et 0,4 % de dépenses de l'État.
Sources > DREES, comptes de la santé (pour la France, données pour les années 2013-2019) ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Barlet, M., *et al.* (2019) *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties.* Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.

> Cour des comptes. (2021, juin). Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.

> Lafon, A., Montaut A. (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.

> OCDE (2019), Panorama de la santé 2019. Paris, France : édition OCDE.

> Paris V. et Polton D., (2016, juin). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards EN3S*, 49.

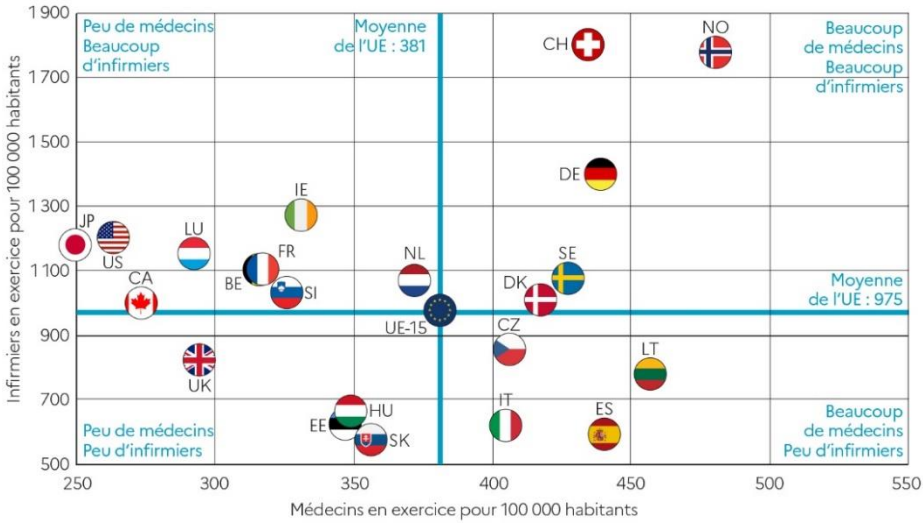
25 Comparaisons internationales des médecins et infirmiers

La France se situe en dessous de la moyenne de l'UE-15 pour la densité de médecins, mais elle se place au-dessus pour les infirmiers. Le rôle des professionnels de santé étant différent d'un pays à l'autre, la comparaison des densités peut être délicate. En Europe, si la progression du nombre de médecins est particulièrement dynamique dans les nouveaux membres (NM) durant la dernière décennie, elle est assez faible en France ainsi qu'en Italie ou en Belgique. Certains pays recourent à de nombreux médecins formés à l'étranger, c'est le cas de l'Irlande où plus de 4 médecins sur 10 ne sont pas formés sur le territoire. C'est aussi le cas au Royaume-Uni où 30 % des médecins ont été formés à l'étranger et 15 % des infirmiers. En France, cette part est plus réduite : elle est de 12 % pour les médecins et de 3 % pour les infirmiers. L'Irlande et le Portugal sont les deux seuls pays à comptabiliser plus de médecins généralistes que de spécialistes.

Les densités médicales dépendent du rôle relatif des médecins et des infirmiers

En 2019, la densité de médecins, c'est-à-dire le nombre de médecins en activité pour 100 000 habitants, atteint en moyenne 381 dans les pays de l'UE-15, hors Grèce et Portugal *(graphique 1)*. Avec une densité de 317 médecins pour 100 000 habitants, la France se situe en dessous de cette moyenne. La densité de médecins est en général plus faible dans les pays entrés dans l'UE à partir de 2004 (NM) [voir glossaire], mais également au Royaume-Uni (295 médecins).

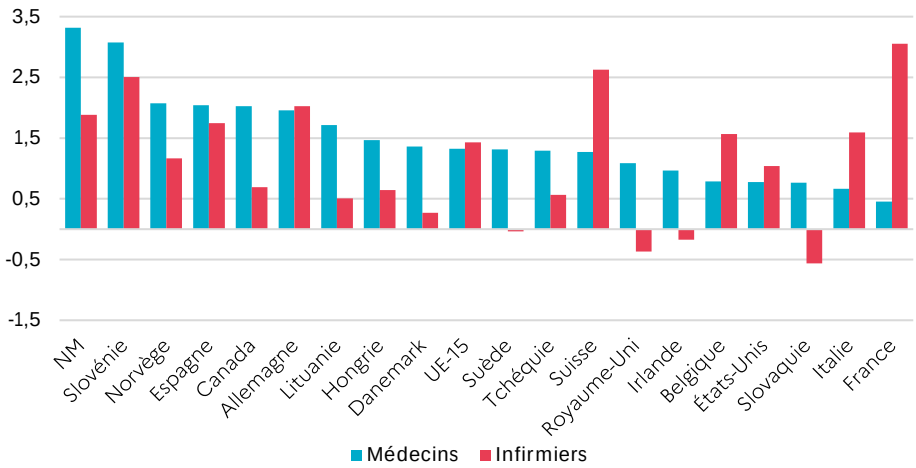
Graphique 1 Densité de médecins et d'infirmiers en exercice en 2019



Note > Moyennes calculées à partir des dernières années et pays disponibles (hors Portugal et Grèce) [2018 pour le Japon]. Les personnels en exercice sont directement au contact des patients, dans des établissements publics ou privés, ou à titre libéral. Certains pays (Suisse, Royaume-Uni, Autriche, Grèce) ne comptabilisent que le personnel infirmier exerçant à l'hôpital ou dans le secteur public. L'Espagne inclut les sages-femmes. Pour la France, les internes travaillant en établissement de santé (34 880 en 2019, données issues de l'ouvrage sur les établissements de santé de la DREES) ne sont pas comptabilisés dans les statistiques de la santé de l'OCDE et Eurostat pour la France, contrairement aux autres pays (Lafortune et Mueller, 2020). En comptabilisant les internes, on compterait 369 médecins pour 100 000 habitants en France.
Lecture > La France compte 1 107 infirmiers et 317 médecins pour 100 000 habitants.
Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Graphique 2 Évolution de la densité de médecins et d'infirmiers en exercice entre 2009 et 2019

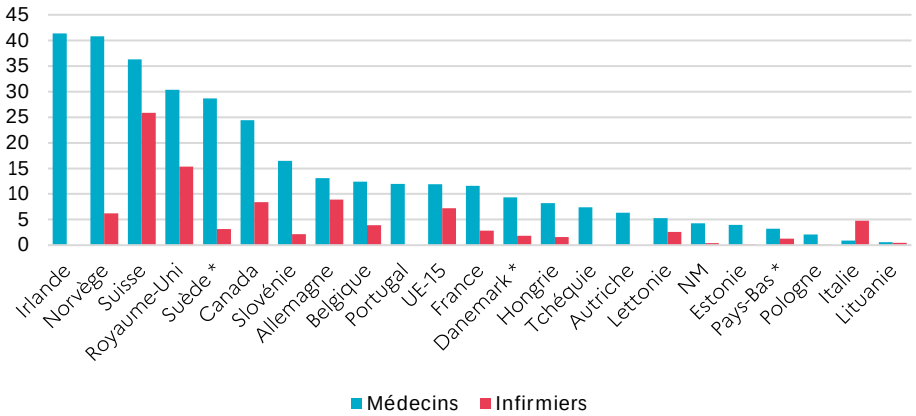
En %



Note > Moyennes calculées à partir des dernières années et pays disponibles (hors Portugal et Grèce).
Lecture > Entre 2009 et 2019, la densité de médecins a augmenté en France en moyenne de 0,5 % par an et celle des infirmiers de 3 %.
Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Graphique 3 Proportion de médecins et d'infirmiers formés à l'étranger en 2019

En %



* Données 2018.
Note > Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.
Lecture > Au Royaume-Uni, 30 % des médecins et 15 % des infirmiers ont été formés à l'étranger.
Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Ces écarts de densité de médecins entre pays doivent être relativisés, au regard du rôle dévolu aux médecins et aux infirmiers (et des autres professionnels de santé) dans chaque système de santé. Dans beaucoup de pays, une faible densité de médecins s'accompagne d'une forte

densité d'infirmiers et inversement. Avec 1 107 infirmiers pour 100 000 habitants en France, la densité d'infirmiers est supérieure à la moyenne de l'UE-15 (975) en 2019, alors qu'elle est plus faible pour la densité de médecins. À l'inverse, les pays du sud de l'Europe (comme l'Espagne et l'Italie) présentent des densités élevées de médecins, mais la présence des infirmiers y est moins développée : autour de 600 infirmiers pour 100 000 habitants contre 975 en moyenne dans l'UE-15. Ils sont quasiment absents des soins de ville, qui sont assurés par des médecins, et la prise en charge de la dépendance y est très faible. Certains pays comme la Norvège, la Suède, le Danemark et la Suisse ou l'Allemagne font figure d'exception en cumulant une forte densité de médecins et d'infirmiers. En Allemagne, les infirmiers exercent principalement à l'hôpital, mais jouent également un rôle important dans les soins de ville pour la prise en charge à domicile des personnes âgées dépendantes. Ainsi, ce pays cumule à la fois un niveau très élevé de médecins (439 pour 100 000 habitants) et d'infirmiers (1 395). À l'opposé, au Royaume-Uni, la densité de médecins (295) et celle des infirmiers (820) sont plus faibles qu'en moyenne dans l'UE. Dans ces pays, les infirmiers disposent de compétences élargies dans des domaines tels que la promotion de la santé, le suivi des maladies chroniques, et assurent des consultations de premier recours. De même, les densités d'infirmiers sont sensiblement plus faibles dans les NM (726 en moyenne), comme celle des médecins.

La densité de médecins croît plus lentement en France

La densité de médecins croît fortement depuis une quarantaine d'années, mais à un rythme plus faible depuis les années 1990. Entre 2009 et 2019, le nombre de médecins augmente légèrement plus vite que la population dans la quasi-totalité des pays considérés ici. Pendant cette période, la densité passe de 339 à 381 médecins pour 100 000 habitants en moyenne dans l'UE-15 *(graphique 2)*. Elle est particulièrement dynamique dans les NM (près de 4 % par an). En revanche, la densité de médecins progresse très peu dans d'autres pays, notamment en France[1], en Italie et en Belgique. Au cours de la même période, la densité d'infirmiers augmente dans la majorité des pays considérés (+1,4 % par an en moyenne en UE-15), hormis notamment au Royaume-Uni, en Suède, ou en Irlande. En France, la densité d'infirmiers a progressé à un rythme soutenu de 3 % en moyenne par an entre 2009 et 2019.

Pour quasiment tous les pays de l'OCDE, le *numerus clausus* constitue le principal levier utilisé pour réguler l'offre de soins par le biais des variations d'effectifs de médecins.

3 médecins ou plus sur 10 sont formés à l'étranger en Irlande, Norvège, Suisse ou au Royaume-Uni

Certains pays comptent beaucoup de médecins formés à l'étranger *(graphique 3)*. C'est le cas du Canada, du Royaume-Uni et de l'Irlande, où près d'un quart à plus d'un tiers des médecins sont formés à l'étranger. Ils s'appuient notamment sur d'autres pays du Commonwealth où le niveau de vie moyen est plus faible. En France, en Allemagne et en Belgique, la part de médecins formés à l'étranger reste de l'ordre de 12 % en 2019, mais elle a augmenté sensiblement au cours des dix dernières années. La proportion d'infirmiers formés à l'étranger est très hétérogène en Europe. Elle dépasse 15 % en Suisse et au Royaume-Uni. En France et en Belgique, la part du personnel infirmier formé à l'étranger reste faible (3 %).

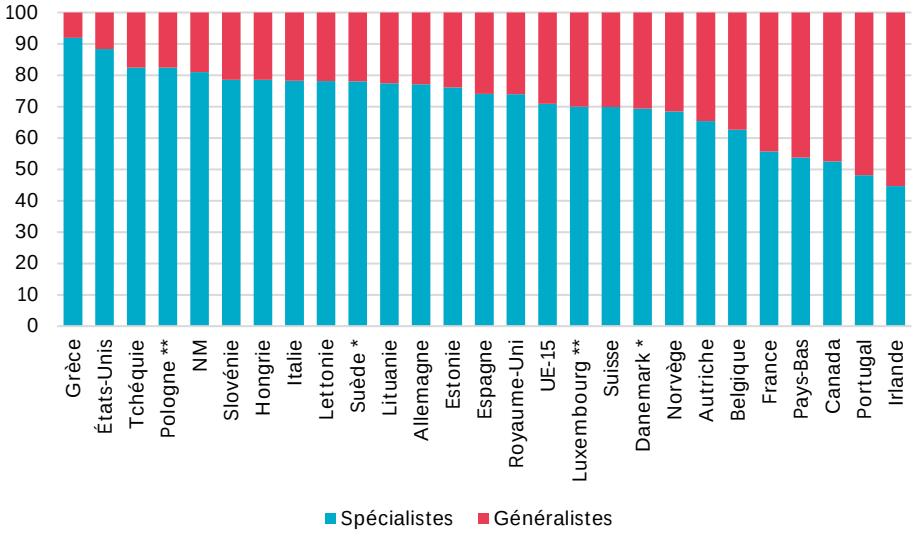
Une part importante de médecins spécialistes dans l'UE-15

Le rapport entre les effectifs de spécialistes et de généralistes est passé de 2,2 en moyenne en 2009 à 2,4 en 2019 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 2019, dans tous les pays, sauf l'Irlande et le Portugal, les généralistes sont moins nombreux que les spécialistes *(graphique 4)*. En France, aux Pays-Bas et au Canada, les généralistes sont toutefois presque aussi nombreux que les spécialistes en 2019. Au cours des dernières années, la France, le Canada et 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. ■

1 La densité de médecins généralistes de ville diminue si l'on tient compte du vieillissement de la population. Les prévisions d'effectifs de médecins réalisées par la DREES confirment cette tendance à la diminution jusqu'à 2030 (Anguis, *et al.*, 2021).

Graphique 4 Répartition entre médecins spécialistes et généralistes en 2019

En %



* Données 2018. ** Données 2017.
Note > Moyennes de l'UE calculées à partir des dernières années et pays disponibles.
Généralistes : Médecins généralistes, médecins de soins primaires, médecins de famille, internes et résidents spécialisés en médecine générale ou pas encore spécialisés selon les pays.
Spécialistes : Pédiatres, gynécologues/obstétriciens, psychiatres, autres spécialistes médicaux et chirurgicaux.
Lecture > En Grèce, 92 % des médecins sont spécialistes et 8 % généralistes.
Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Pour en savoir plus

> Anguis, M., Bergeat, M., Pisarik, J., Vergier, N., et Chaput, H. (2021). Quelle démographie récente et à venir pour les professions médicale et pharmaceutique ? Constat et projections démographiques. *Les dossiers de la DREES*, 76.

> Exetier, A., Minodier C. (dir.) (2011, juillet). *Le panorama des établissements de santé – édition 2011*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> Lafortune, G., Mueller, M. (2020). Comment la France se compare-t-elle aux autres pays de l'OCDE en matière de dépenses pour les soins primaires, de nombre et de revenu des médecins généralistes ? Dans *Revue* française *des affaires sociales*, 1 (pp. 303-312).

> Toutlemonde, F. (dir.) (2021, juillet). *Les établissements de santé – édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

26 Comparaisons internationales de performances et d'accès aux systèmes de soins

Les performances des systèmes de santé sont inégales en Europe et dans les pays de l'OCDE. Le taux de décès évitables après **intervention du système de santé (interventions directes grâce aux traitements ou indirectes grâce à la prévention)** est parmi les plus faible d'Europe e**n France avec 152 décès pour 100 000 habitants. Un taux inférieur à celui des Allemands (175 décès pour 100 000 habitants). En revanche, la prévalence du tabagisme** et de la consommation d'alcool **est bien supérieure en France à la différence des autres État**s membres de l'Union **européenne. Enfin, le renoncement aux soins dont les causes sont multiples (coût,** attente, éloignement, etc.) s'élève en moyenne à 3,2 **% en France. Ces indicateurs sont généralement corrélés, à de rares exceptions près comme aux États-Unis, avec le montant de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).**

Trois indicateurs parmi d'autres de performance des systèmes de santé sont analysés dans cette fiche : la part de décès évitables après intervention du système de santé (interventions directes grâce aux traitements ou indirectes grâce à la prévention), la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool et le renoncement aux soins dont les causes sont multiples (coût, attente, éloignement, etc.).

La France a un des plus faibles taux de **mortalité évitable dans l'Union** européenne

Deux types de mortalité évitable peuvent être distingués : par la prévention, c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies, et par traitement, grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps (la liste des causes de mortalité évitable a été identifiée par Eurostat et l'OCDE en 2019 [encadré 1]). Se trouvent dans la première catégorie des mesures élémentaires d'hygiène, notamment concernant l'eau et la nourriture pour prévenir des maladies intestinales, mais aussi des politiques de prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) comme celles du VIH/Sida, des politiques antitabagisme pour certains cancers, et la politique de vaccination (coqueluche, tétanos, etc.). La mortalité évitable grâce aux traitements concerne des maladies ordinaires graves mais bien traitées comme la pneumonie, mais aussi certains cancers qui ne peuvent être prévenus mais détectés et pris en charge rapidement (cancer du col de l'utérus ou cancer colorectal par exemple). Certaines maladies relèvent des deux catégories comme le diabète de type 1.

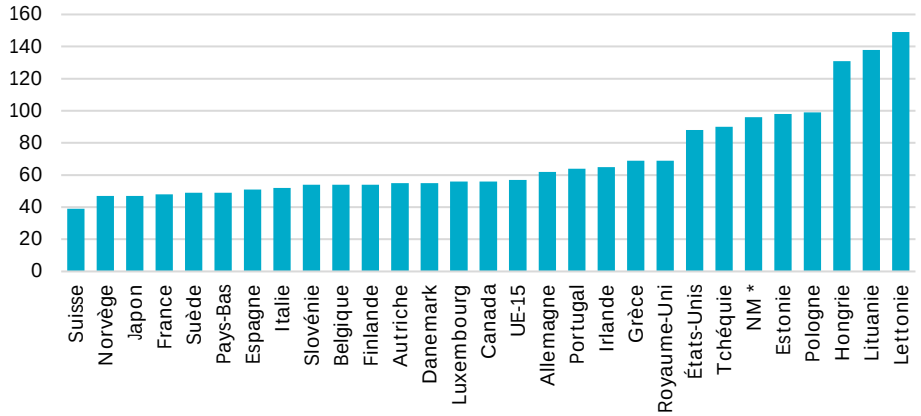
Le taux de mortalité évitable grâce aux traitements est en moyenne de 57 pour 100 000 habitants dans l'Union européenne à quinze (UE-15) *[graphique 1]*. La Suisse a le plus faible taux de mortalité évitable par traitement (39 pour 100 000 habitants), suivie par la Norvège et le Japon (chacun à 47 pour 100 000 habitants) et la France (48), premier pays de l'UE-15. Les premières causes de mortalité évitable grâce à des traitements en France sont le cancer colorectal, la cardiopathie ischémique, le cancer du sein, les accidents vasculaires cérébraux et la pneumonie. Les nouveaux États membres de l'UE (NM) ont un nombre plus élevé de décès évitables grâce à des traitements (96 décès pour 100 000 habitants).

Le taux de mortalité évitable grâce à la prévention est en moyenne de 104 pour 100 000 habitants dans l'UE-15 *(graphique 2)*. Il est plus élevé de 60 % chez les NM (166 pour 100 000 habitants) que dans l'UE-15. La France est moins bien classée pour la mortalité évitable grâce à la prévention : 105 décès pour 100 000 habitants, ce qui la classe au-dessus de la moyenne de l'UE-15 – notamment à cause du taux de tabagisme et de la consommation d'alcool qui engendre à long terme des maladies évitables telles que les cancers du poumon ou les maladies liées à l'alcool.

La somme des deux taux de mortalité constitue l'indicateur global de mortalité évitable. En France, globalement, 153 décès pour 100 000 habitants sont désignés comme évitables. En Allemagne, où la dépense de santé est aussi importante qu'en France (11,7 % du PIB), la mortalité évitable est 15 % supérieure (175 décès pour 100 000 habitants).

Graphique 1 Mortalité évitable grâce aux traitements en 2019 (ou selon les dernières données disponibles)

Décès pour 100 000 habitants



* Uniquement 7 pays : Estonie ; Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovénie, Tchéquie.

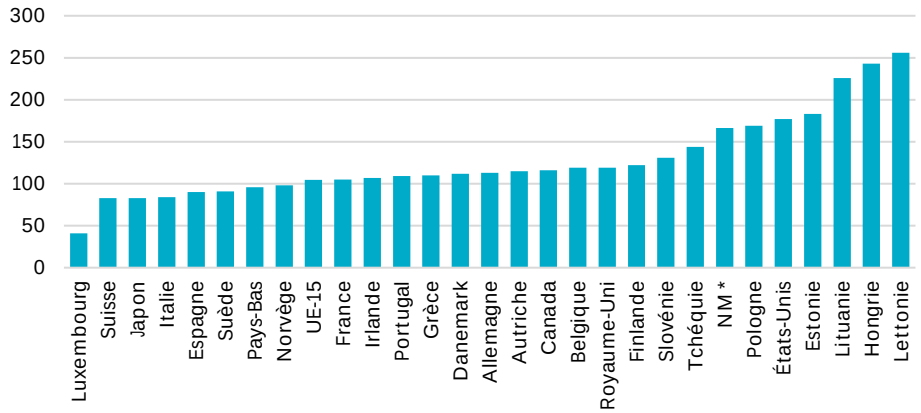
Note > Données 2018 pour le Danemark, la Grèce, la Lettonie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal et le Japon; données 2017 pour l'Espagne, l'Italie, le Canada et les États-Unis ; données 2016 pour la Belgique et la France ; données 2015 pour l'Irlande.

Lecture > En Allemagne, 62 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions en matière de soins de santé.

Sources > OMS, base de données sur la mortalité (calculs OCDE).

Graphique 2 Mortalité évitable grâce à la prévention en 2019 (ou selon les dernières données disponibles)

Décès pour 100 000 habitants



* Uniquement 7 pays : Estonie ; Hongrie, Lettonie, Lituanie, Pologne, Slovénie, Tchéquie.

Note > Données 2018 pour le Danemark, la Grèce, la Lettonie, les Pays-Bas, la Pologne, le Portugal, la Finlande, la Suède et le Japon; données 2017 pour l'Espagne, l'Italie, le Canada, la Suisse et les États-Unis ; données 2016 pour le Royaume-Uni et la Norvège ; données 2015 pour l'Irlande.

Lecture > En Allemagne, 113 décès pour 100 000 habitants pourraient être évités principalement par des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces.

Sources > OMS, base de données sur la mortalité (calculs OCDE).

La consommation de tabac et d'alcool reste élevée en France

Le tabagisme et la consommation d'alcool sont des facteurs de risque majeurs pour les maladies non transmissibles. Selon les estimations de l'OMS, le tabagisme tue chaque année 7 millions de personnes dans le monde. Bien que le tabagisme diminue, dans l'Union européenne[1], 21 % des adultes (de 15 ans ou plus) fument encore quotidiennement *(graphique 3)*[2]. Le nombre de fumeurs est particulièrement élevé en Grèce, en Hongrie (24,9 %) et en France (24 %). En revanche, il est de 10,9 % aux États-Unis où les politiques publiques de lutte anti-tabac, telles que « Tobacco 21[3] » font à la fois baisser le nombre de fumeurs traditionnels et le nombre d'utilisateurs de cigarettes électroniques. La consommation d'alcool, mesurée par le volume des ventes, atteint en moyenne près de 9,8 litres par adulte et par an dans les pays de l'UE-15. La consommation est la plus faible en Grèce et en Norvège, où un adulte en consomme en moyenne environ 6 litres par an en 2019 (*graphique 4*). En revanche, elle est bien plus élevée en Lettonie (12,9 litres), en Autriche (12,2 litres) et, dans une moindre mesure, en France (11,4 litres). La France, avec l'Autriche, la Hongrie, et la Lettonie, sont les pays où ces deux facteurs de risque pour la santé restent parmi les plus élevés des pays de l'OCDE.

D'une manière générale, si les chiffres français du tabagisme sont élevés, ils décroissent plus vite que dans les autres pays de l'OCDE : de 28,5 % de la population adulte fumant tous les jours en 2014 à 24 % en 2019. Cette forte diminution du tabagisme en France coïncide avec le renforcement des plans nationaux de lutte anti-tabac depuis maintenant plus de cinq ans (Pasquereau et al., 2020). La consommation d'alcool, mesurée par le volume des ventes, a très légèrement diminué (-1 point depuis 2011). D'autres indicateurs de consommation d'alcool sont en revanche plutôt à la hausse tels que ceux relatifs à l'alcoolisation excessive notamment chez les jeunes adultes (alcoolisations ponctuelles importantes ou l'ivresse) [Nguyen-Thanh et Romain Guignard, 2019]. Actuellement, les politiques publiques en France pour lutter contre la consommation excessive d'alcool reposent sur la fixation de repères pour la consommation d'alcool pour déterminer la limite entre risque et plaisir[4]. Elles recommandent de ne pas dépasser deux verres par jour avec au moins deux jours par semaine sans consommation. Rappelons que la vente de tabac et d'alcool est interdite en France pour les mineurs maintenant depuis plus de dix ans (2009).

1 Union européenne à 27.

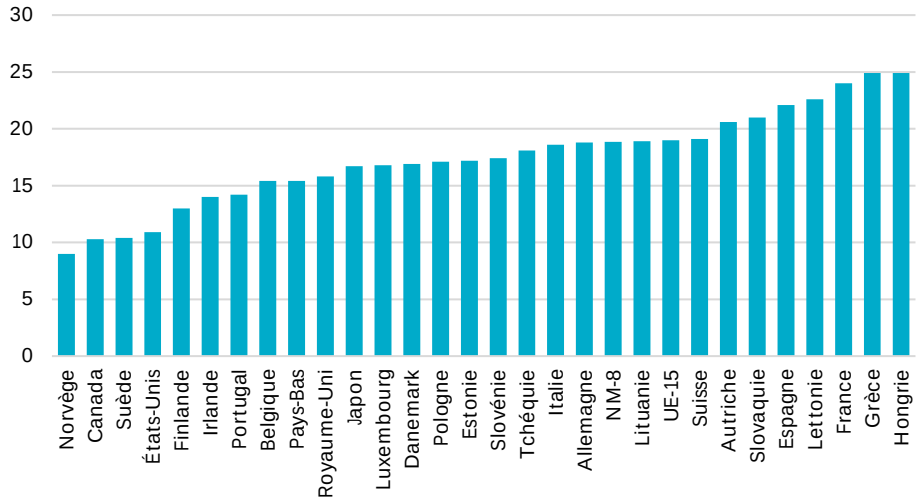
2 La prévalence du tabagisme et la consommation d'alcool peuvent être étudiées également avec l'enquête Santé européenne (EHIS). Les résultats sont semblables, néanmoins nous utilisons les données issues de la collecte de l'OCDE qui sont plus régulières et couvrent davantage de pays.

3 Dont la disposition majeure est l'interdiction de vente de tabac ou des cigarettes électroniques avant 21 ans.

4 Ce travail d'expertise scientifique pour identifier la limite entre le « risque et le plaisir » a été réalisé sous l'égide de Santé publique France et de l'Institut national du cancer (INCa) et a été rendu public en mai 2017.

Graphique 3 **Proportion d'adultes fumant quotidiennement** en 2019 (ou selon les dernières données disponibles)

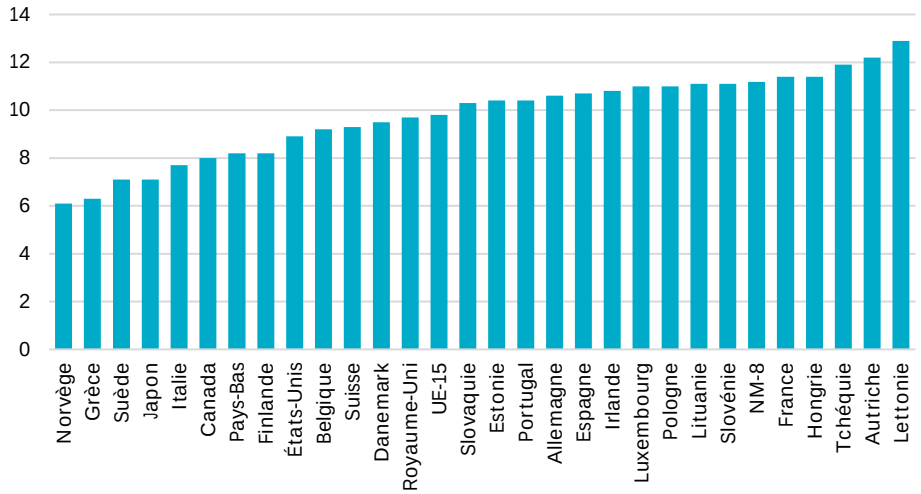
En % de la population totale



Note > Données 2018 pour la Belgique et l'Estonie ; données 2017 pour l'Allemagne, le Danemark, l'Espagne.
Lecture > En France, en 2019, 24 % des adultes de plus de 15 ans fument quotidiennement.
Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).
Sources > OCDE, Statistiques sur la santé ; Santé publique France, enquêtes Baromètre santé pour les statistiques sur le Tabac en France.

Graphique 4 **Consommation d'alcool** par adulte en 2019 (ou selon les dernières données disponibles)

En nombre de litres d'alcool consommés par adulte



Note > Données 2018 pour la Hongrie.
Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).
Sources > OCDE, Statistiques sur la santé ; Direction générale des douanes et droits indirects, ministère de l'Économie et des Finances pour la consommation d'alcool en France.

Un renoncement aux soins plus important dans les pays du sud de l'Europe et au Royaume-Uni

En 2019, près de 4 % de la population de l'UE-28 renonce à des soins médicaux ou dentaires, quelle qu'en soit la raison *(graphique 5, encadré 2)*. La Grèce est le pays représenté qui possède le non-recours aux soins médicaux le plus important (9 % de la population de 15 ans ou plus), suivi du Royaume-Uni (8 %), tandis que pour les soins dentaires, c'est le Portugal qui occupe la première place (13 %) *[encadré 2]*. Les raisons financières constituent le principal motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux en Grèce (82 % des renoncements), en Italie (68 %) et au Portugal (52 %), qui sont, par ailleurs, des pays d'Europe où la participation financière des ménages aux soins est la plus importante (respectivement 35 %, 23 % et 30 % de l'ensemble des dépenses de santé). À l'inverse, en Suède, le taux de renoncement pour motifs financiers est nul, et il n'est que de 1 % au Royaume-Uni où les soins sont gratuits. En revanche, pour ce dernier pays, un renoncement sur deux est motivé par des problèmes de délais d'attente. Ce motif est également important en Suède (32 % des renoncements). Concernant les soins dentaires, le renoncement pour des raisons financières est de loin le motif le plus souvent évoqué. C'est le cas pour plus de six personnes sur dix au sein de l'UE-15. Cela concerne 84 % des motifs de renoncement en Italie où les dépenses de prothèses dentaires sont intégralement à la charge du bénéficiaire. Ce motif de renoncement aux soins est également fort en Grèce (91 %), en Espagne (51 %), au Portugal (73 %). À l'opposé, en Allemagne, pays où l'on renonce le moins aux soins dentaires pour raisons financières parmi les pays représentés (36 %), les tarifs des soins dentaires sont encadrés et seules les prothèses ne sont pas couvertes à 100 % pour les plus de 18 ans. En Europe, l'éloignement et les délais d'attente sont peu évoqués comme motifs de renoncement à des soins ou à des examens dentaires, à l'exception du Royaume-Uni.

En France, le taux de renoncement aux soins médicaux est de 3,2 %, dont 0,8 % pour raisons financières, 0,4 % pour des raisons d'attente, 0,1 % pour des déplacements trop longs à effectuer et 1,9 %, soit la majorité, pour des raisons non identifiées. Le renoncement aux soins dentaires est plus élevé en France : 4,9 %. En 2019, la moitié de ces besoins non satisfaits de soins dentaires sont dus à leurs coûts.

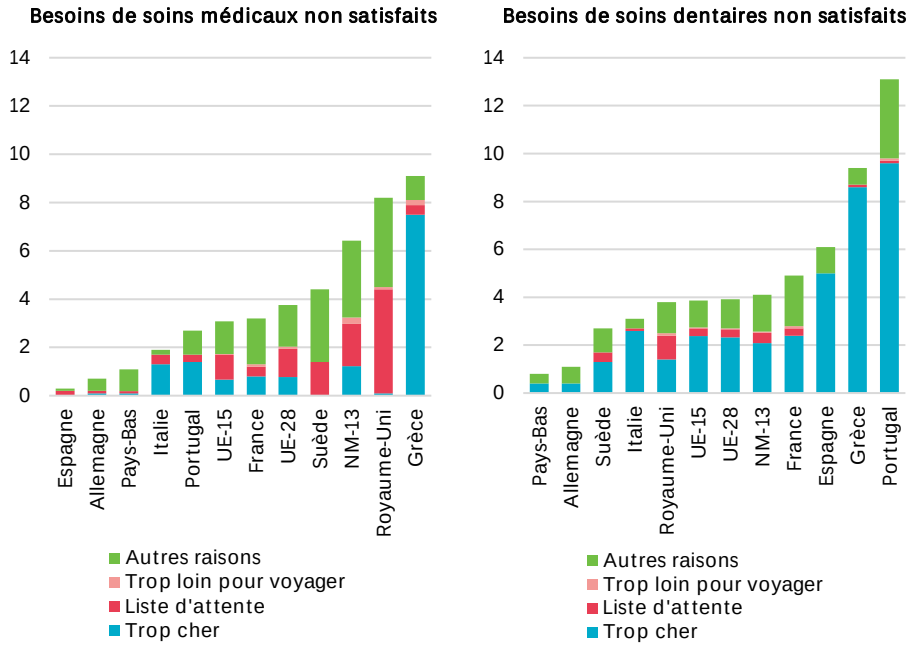
Quelle corrélation entre les indicateurs de performance et la DCSi ?

Globalement, le taux de mortalité évitable grâce aux traitements décroît à mesure que le système de soins est développé. La dépense courante de santé au sens international (DCSi) est ainsi plus importante dans les pays ayant un faible nombre de décès évitables (*graphique 3*), à quelques exceptions près dont l'Allemagne. Avec l'une des DCSi par habitant les plus élevées d'Europe et de l'OCDE, son taux de mortalité évitable par traitements est supérieur à la plupart des pays d'Europe occidentale (175 pour 100 000 habitants). La faiblesse des politiques de lutte contre le tabagisme, la politique de vaccination et surtout l'organisation hospitalière (petits hôpitaux, faiblesse des ressources humaines et des équipements techniques) ont été pointées par la Commission européenne comme des facteurs explicatifs possibles de ces résultats (OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies, 2019). Les États-Unis sont également dans cette situation, de façon plus prononcée encore ; cela reflète de fortes inégalités au sein de son système de santé. À l'inverse, en Espagne, la mortalité évitable par traitements est l'une des plus faibles d'Europe (141 pour 100 000 habitants), malgré une DCSi relativement faible.

On n'observe pas de corrélation claire entre le reste à charge et le renoncement aux soins (médicaux ou dentaires) selon le pays. L'usage de ces questions subjectives sur le renoncement aux soins n'est pas adapté à ce type d'analyse. ■

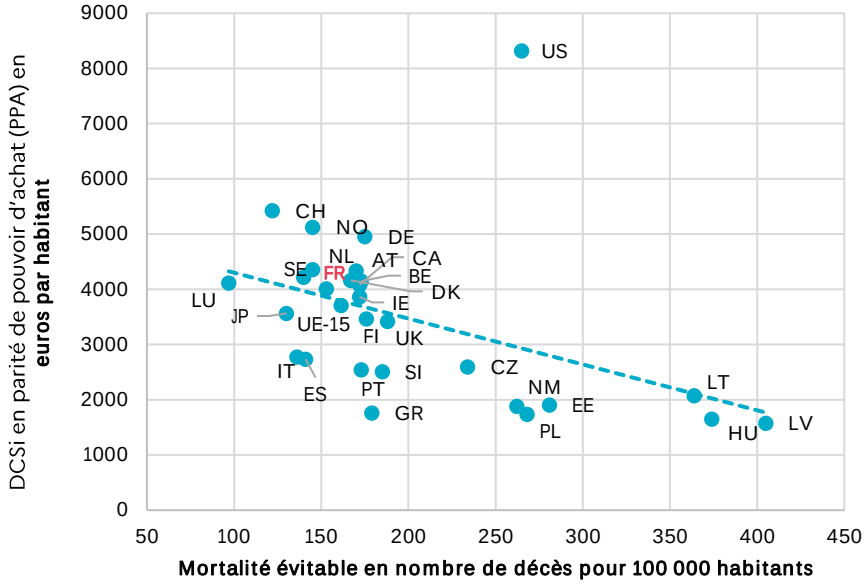
Graphique 5 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2019 pour les adultes

En % de la population de plus de 15 ans



Champ > Individus de 15 ans ou plus (adultes).
Source > Eurostat, Enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV-UE).

Graphique 6 Mortalité évitable et dépense courante de santé internationale



Sources > OMS, base de données sur la mortalité (calculs OCDE) [axe des abscisses] ; OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (axe des ordonnées).

Encadré 1 Définir la mortalité évitable (par prévention ou par traitement)

Afin d'élaborer l'indicateur de mortalité évitable dans une perspective internationale, on utilise les statistiques sur les causes de décès, issues notamment de la base de données de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) ou de la collecte de données sur les causes de décès d'Eurostat. Parmi les décès enregistrés une année donnée, certains pourraient être évités par des traitements et d'autres par de la prévention. Une liste de cause de décès évitables, par traitements ou par prévention, a été élaborée conjointement par l'OCDE et Eurostat en 2019 (OCDE/Eurostat, 2019). Selon cette même définition, on entend par mortalité évitable par prévention les causes de décès que des interventions de santé publique et de prévention primaire efficaces (c'est-à-dire avant le déclenchement des maladies/traumatismes, pour en réduire l'incidence) permettraient d'éviter. Les causes de mortalité évitable par traitement sont celles qui peuvent être évitées grâce à des soins de santé efficaces et prodigués à temps, y compris les interventions de prévention secondaire et de traitement (après le déclenchement des maladies, pour réduire le taux de létalité).

Dans la liste de l'OCDE et d'Eurostat, les causes de décès qui peuvent être à la fois largement évitées et traitées ont été inscrites dans la catégorie des causes de mortalité évitable par prévention au motif que si ces maladies sont évitées grâce à la prévention, il n'y a plus lieu de les traiter. Dans les cas où il n'y a pas véritablement de données probantes attestant de la prédominance de l'une ou l'autre de ces catégories, les causes sont réparties de manière égale entre les deux (par exemple, cardiopathies ischémiques, AVC, diabète), de manière à éviter la double comptabilisation de mêmes causes de décès.

Un seuil de 74 ans a été retenu pour toutes les causes de mortalité. Les données permettant de calculer ces indicateurs proviennent de la base de données de l'OMS sur la mortalité quand ceux-ci sont calculés par l'OCDE et la collecte de données sur les causes de décès d'Eurostat pour les indicateurs élaborés par la Commission européenne. Le taux de mortalité évitable différent selon les deux organisations du fait d'écart de méthodologie dans les calculs notamment sur la standardisation par âge (c'est-à-dire la neutralisation des différences de structure d'âge entre les pays)

La définition retenue dans cette fiche est celle de l'OCDE. Les taux de mortalité utilisés ici sont standardisés par âge au moyen de la population standard de l'OCDE en 2010.

Encadré 2 Le renoncement aux soins dans les comparaisons internationales et l'enquête européenne sur les ressources et les conditions de vie (SRCV - EU-SILC)

Le renoncement aux soins renvoie à un besoin de soins non satisfait (Després *et al.*, 2011). Il s'agit d'une forme particulière de non-recours, car elle suppose l'identification préalable d'un besoin de soins. De ce fait, le renoncement aux soins est nécessairement subjectif : deux personnes peuvent présenter les mêmes symptômes, choisir (de façon délibérée ou contrainte) de ne pas se rendre chez le médecin et pourtant répondre de manière différente à une question sur le renoncement aux soins. Cette différence est encore plus forte quand ces deux personnes vivent dans des pays différents dans la mesure où les opinions sur le renoncement aux soins s'inscrivent dans des contextes culturels et institutionnels très variés (Lafortune et Devaux, 2011).

De plus, la formulation de la question permettant d'idenfier le renoncement aux soins joue sensiblement sur la réponse apportée (Legal et Vicard, 2015). Cette formulation n'est pas nécessairement la même selon les pays.

En France, depuis 2015, l'enquête sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), qui permet d'alimenter l'enquête européenne sur ces mêmes questions (EU-SILC), mesure le renoncement aux soins en deux temps. Tout d'abord, une question filtre vise à identifier si les enquêtés ont eu des besoins de soins au cours de l'année écoulée. Si c'est le cas, il leur est demandé s'ils se sont fait soigner autant de fois qu'ils en avaient besoin. On considère alors que la personne a renoncé à des soins si elle répond négativement à cette deuxième question, c'est-à-dire si elle déclare des besoins de soins en partie non satisfaits. Une troisième question interroge alors les enquêtés sur la raison principale les ayant conduits à renoncer à des soins. Ceux-ci doivent renseigner un unique motif parmi les propositions suivantes : n'en a pas les moyens ; délai trop long pour un rendez-vous ou file d'attente trop importante ; n'a pas le temps en raison d'obligations professionnelles ou familiales ; médecin trop éloigné, difficultés de transport pour s'y rendre ; a redouté d'aller voir un médecin, de faire des examens ou de se faire soigner ; a préféré attendre de voir si les choses iraient mieux d'elles-mêmes ; ne connaissait pas de bon médecin ; autres raisons.

Parmi les pays de l'UE-15, à l'exception de la France, 9 pays interrogent les individus sur le renoncement aux soins comme en France, c'est-à-dire avec trois questions dont une première permettant d'identifier les besoins de soins des individus. Il s'agit de l'Allemagne, l'Autriche, l'Espagne, la Finlande, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, le Portugal et la Suède. Les cinq autres questionnent directement les individus sur les besoins de soins non satisfaits, puis sur les raisons. Cette différence provient du règlement européen qui précise uniquement les informations qu'il est nécessaire de collecter : le besoin non satisfait en matière d'examens ou de traitements médicaux, ou de soins dentaires et les principales raisons du besoin non satisfait (Règlement Délégué [UE] 2020/258 de la Commission du 16 décembre 2019 complétant le règlement [UE] 2019/1700 du Parlement européen et du Conseil).
Au-delà de cette différence, la ventilation des principales raisons est assez uniforme entre les pays.

Pour en savoir plus

> Després, C., Dourgnon, P., Fantin, R., Jusot, F. (2011, octobre). Renoncement aux soins pour raisons financières : une approche socio-anthropologique. Irdes, *Question d'économie de la santé*, 169.

> Lafortune, G., Devaux, M. (2011). Accès financier aux soins de santé : enseignements et limites des comparaisons internationales. DREES, *Renoncement aux soins – actes de colloque*, Collection études et statistiques, 21-36.

> Legal, R. Vicard, A. (2015, juillet). Renoncement aux soins pour raisons financières. DREES, *Dossiers Solidarité Santé*, 66.

> Nguyen-Thanh, V., Guignard, R. (2019). Consommation d'alcool, comportements et conséquences pour la santé. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 5-6, 87-117.

> OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019a). France : profil de santé par pays 2019, State of Health in the EU. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.

> OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019b). Germany : Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.

> OECD/European Union (2020). *Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle.* Paris, France : édition OCDE.

> OCDE/Eurostat (2019), Avoidable mortality: OECD/Eurostat lists of preventable and treatable causes of death, http://www.oecd.org/health/health-systems/Avoidable-mortality-2019-Joint-OECD-Eurostat-List-preventable-treatable-causes-ofdeath.pdf.

> Pasquereau A, Andler R, Arwidson P, Guignard R, Nguyen-Thanh V. (2020). Consommation de tabac parmi les adultes : bilan de cinq années de programme national contre le tabagisme, 2014-2019. *Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire*, 14, 273-281.

27 Comparaisons internationales des dépenses hospitalières

En 2019, la France a consacré 3,5 % de son produit intérieur brut (PIB) aux soins courants à l'hôpital, soit une part supérieure à **celle observée en moyenne dans** les pays de l'Union européenne des Quinze **(UE-15). Après un ralentissement** dans la plupart des pays de l'OCDE entre 2014 et 2**018, les dépenses hospitalières ont été dynamiques en 2019, en particulier en Belgique, aux Pays-Bas et en Espagne (+7 % ou plus). En France, cette croissance est plus modérée : +2,3 % en 2019. Néanmoins, entre 2009 et 2019, au regard du rebond de la croissance économique,** l'effort national des économies pour leur système hospitalier a été limité. **Depuis** 2009, la part du PIB consacrée à l'hôpital a diminué de 0,4 **point aux États-Unis et de 0,1 point en France. En matière de politique hospitalière, la tendance reste** à la recherche de l'efficience et à la baisse des durées moyennes de séjour en soins aigus ainsi qu'à la réduction du nombre de lits.

La Belgique et la France en tête des dépenses pour les soins courants à l'hôpital en part du PIB

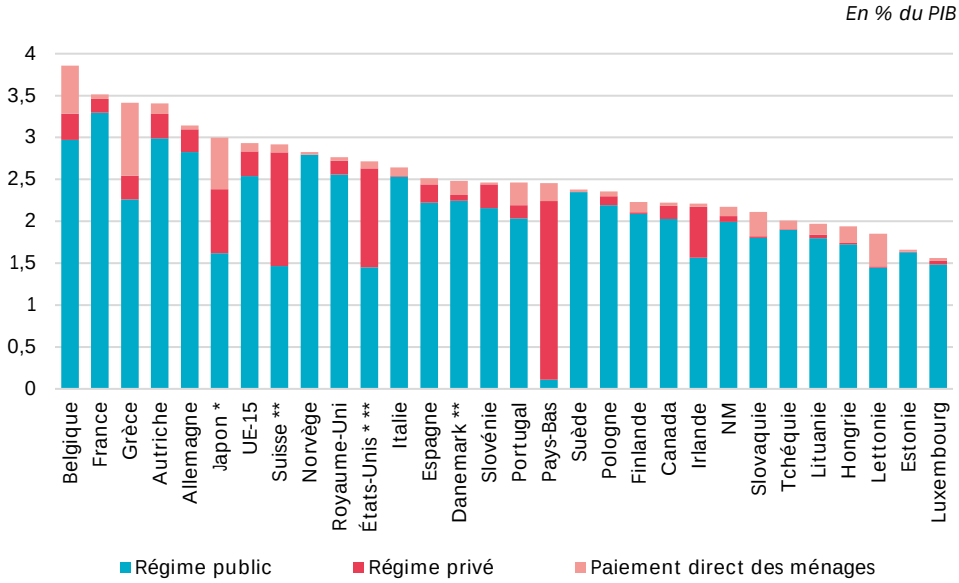
Les soins courants à l'hôpital *(encadré 1)* représentent le premier poste de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) dans la plupart des pays de l'UE-15 (29 % en moyenne dans l'UE-15) [voir fiche 23]. La France est au-dessus de la moyenne de l'UE-15, à 32 % et elle occupe la deuxième place des pays de l'OCDE pour la part de PIB consacrée aux soins courants à l'hôpital (3,5 %) *[graphique 1]*. En comparaison, les dépenses de soins hospitaliers publics et privés et les hospitalisations de jour représentent 2,9 % du PIB de l'UE-15 en moyenne (*graphique 1*). Les États-Unis[1] et le Japon se situent dans cette moyenne (respectivement 2,7 % et 3,0 %). La Belgique, premier des pays européens y consacre 3,9 % de son PIB, dont près d'un point aux soins hospitaliers de jour[2]. Les dépenses hospitalières représentent en revanche une plus faible proportion de la richesse des nouveaux membres (NM) [voir glossaire] : de 1,7 % en Estonie à 2,5 % en Slovénie. Le Luxembourg, en raison de son haut niveau de richesse, consacre une très faible part de son PIB aux soins courants à l'hôpital.

En parité de pouvoir d'achat (PPA) et par habitant, la hiérarchie des pays est largement modifiée. En France, 1 004 euros annuels PPA par habitant sont consacrés aux soins courants hospitaliers, soit 7 % de plus qu'en moyenne dans l'UE-15, mais 30 % de moins qu'en Allemagne (1 303 euros en parité de pouvoir d'achat [PPA]) *[graphique 2]*. Rapportées au nombre de lits à l'hôpital, en excluant les lits attribués aux soins de longue durée, les dépenses sont toujours très élevées aux États-Unis, mais également dans les pays du nord de l'Europe (Danemark et Suède). Ces pays ont depuis longtemps développé les prises en charge en chirurgie ambulatoire qui nécessitent moins de lits. L'Allemagne, qui dispose d'un grand nombre de lits à l'hôpital, dépense finalement moins par lit que de nombreux pays d'Europe, dont la France (12 % de moins). Dans le cas de la France, on observe un « virage » vers une chirurgie ambulatoire depuis plus d'une dizaine d'années : 95 % des opérations de la cataracte et presque 40 % des amygdalectomies sont effectuées en chirurgie ambulatoire en 2019. En Allemagne, ces opérations sont plus souvent réalisées en hospitalisation complète. À la différence de la France, seulement 80 % des opérations de la cataracte et moins de 10 % des amygdalectomies sont réalisées en hospitalisation partielle en Allemagne (OCDE, 2019). Ce pays n'a pas encore amorcé un « virage » ambulatoire à la hauteur de celui réalisé en France. La durée d'hospitalisation y est d'ailleurs plus élevée (+1 jour en moyenne en 2019, voir *supra*), ce qui mobilise davantage de lits.

1 La faible part des dépenses de soins courants à l'hôpital aux États-Unis doit toutefois être relativisée, car d'une part, les honoraires des médecins indépendants exerçant en milieu hospitalier sont inclus dans les dépenses de soins courants en cabinet de ville, et d'autre part, les données de dépenses pour l'hospitalisation de jour ne sont pas disponibles.

2 La part des dépenses hospitalières en Belgique a fortement augmenté par rapport à celle présentée dans l'ouvrage *Les dépenses de santé en 2019* (Marc et al., 2020). En effet, une révision méthodologique des comptes belges a permis d'améliorer le partage entre les dépenses ambulatoires en ville et l'hospitalisation de jour, au profit de cette dernière (SPF, 2021).

Graphique 1 Répartition des dépenses des soins courants à l'hôpital en 2019, selon le régime de financement (en % du PIB)



* Données 2018. ** Hors dépenses d'hospitalisation de jour pour la Suisse, les États-Unis et le Danemark.
Note > Pour les États-Unis, la ventilation des dépenses par régime de financement n'étant pas disponible par les données HC (voir annexe 1), elle a été calculée grâce aux données HP, puis appliquée sur les dépenses de soins courants à l'hôpital.
Sources > OCDE, Eurostat, Système international des comptes de la santé (SHA).

La Commission européenne, dans son dernier rapport sur les systèmes de santé, avait pointé les difficultés de l'organisation hospitalière en Allemagne (petits hôpitaux, faiblesse des ressources humaines et des équipements techniques) comme des facteurs explicatifs possibles des faibles résultats en matière d'efficience des systèmes de santé (OCDE/*European Observatory on Health Systems and Policies*, 2019b).

Un financement majoritairement public dans presque tous les pays de l'OCDE

Dans la grande majorité des pays, les dépenses de soins courants à l'hôpital sont financées à plus de 80 % par un financement public : l'État (ou d'autres autorités locales) ou l'assurance maladie obligatoire (dont le fonctionnent est contributif). L'assurance privée (obligatoire ou facultative) participe au financement de ces soins pour plus de 10 % uniquement dans quatre pays de l'OCDE : en Irlande (28 %), en Suisse (46 %), aux États-Unis (46 %) et aux Pays-Bas[1] où ils financent la quasi-totalité des frais hospitaliers (87 %).

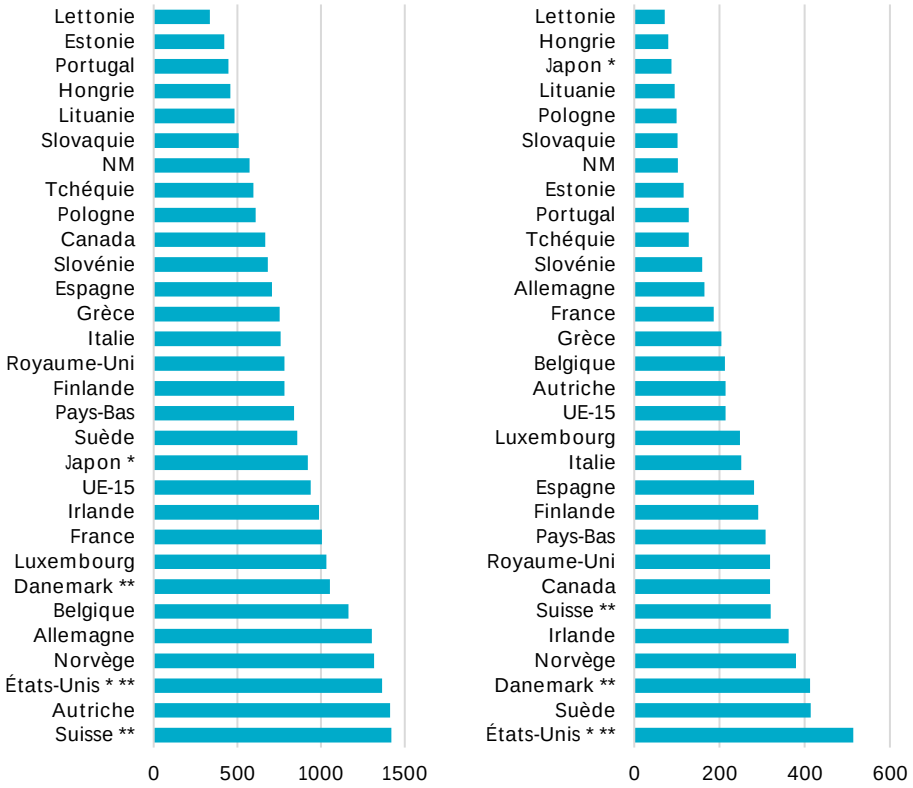
Après financement de l'État, des assurances maladie obligatoires et assurances privées obligatoires, le reste à charge (RAC) des ménages est très faible pour les soins courants à l'hôpital, inférieur à 10 % pour neuf pays de l'OCDE sur dix. Il reste élevé en Belgique (15 %), en Lettonie (21 %) et en Grèce (25 %). En France[2], au Royaume-Uni et en Allemagne, le RAC est quasiment nul : respectivement 1,9 %, 1,5 % et 1,4 % des dépenses des soins courants à l'hôpital en 2019.

1 L'assurance santé aux Pays-Bas est gérée par des sociétés d'assurance privées, sous la tutelle de l'Autorité néerlandaise de soins de santé. Toute personne y résidant est obligatoirement tenue de souscrire une assurance maladie de base auprès d'un assureur de soins.

2 Le RAC pour la France mesuré ici est issu des comptes de la santé – édition 2021.

Graphique 2 Dépenses des soins courants à l'hôpital en 2019 par habitant et par nombre de lits à l'hôpital

En parité de pouvoir d'achat (PPA) en euros par habitant pour l'ensemble des biens et services consommés (graphique de gauche) et en milliers d'euros par lit d'hôpital (graphique de droite)



* Données 2018. ** Hors dépenses d'hospitalisation de jour.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

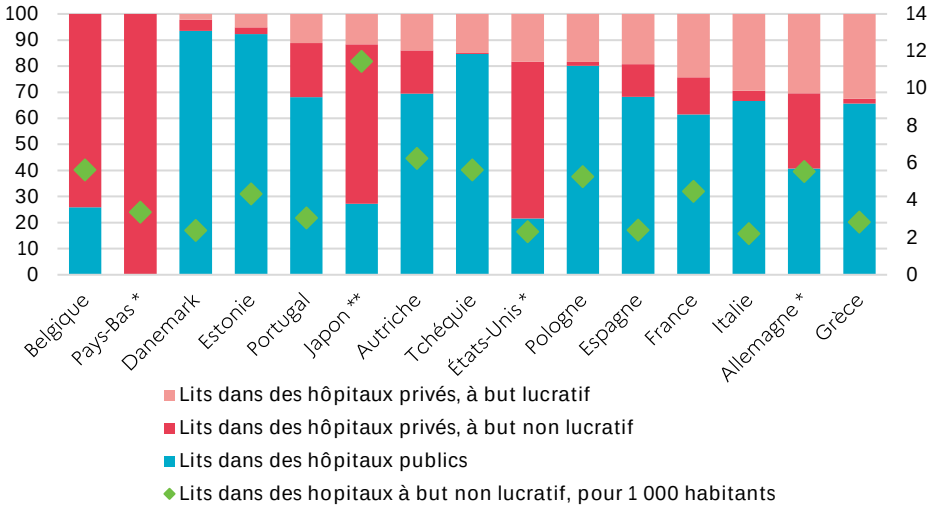
Une offre d'hospitalisation répartie entre le public et le privé

Si le financement est public, les hôpitaux ne le sont pas nécessairement. Il existe plusieurs statuts juridiques pour les hôpitaux : publics, privés à but non lucratif (souvent associatifs ou sous la forme de fondations dans cette configuration), ou privés à but lucratif. L'offre d'hospitalisation complète (séjour avec nuitées), appréhendée par le nombre de lits, est en majorité proposée par des institutions hospitalières à but non lucratif dans les pays de l'OCDE. En 2018[1], près de 8 lits sur 10 dans l'UE-15, comme aux États-Unis, sont dans des institutions sans but lucratif *(graphique 3)*. En France, c'est le cas de 75 % des lits. La répartition des lits entre le public et le privé, au sein de ces institutions non lucratives, diffère selon les pays. Aux États-Unis, au Japon, aux Pays-Bas ou encore en Belgique, ce sont les établissements privés sans but lucratif qui offrent le plus de lits : de 60 % à 100 % des lits (les Pays-Bas ont confié l'intégralité de la gestion des hôpitaux au secteur privé sans but lucratif). Les pays du sud de l'Europe, ainsi que l'Autriche, le Danemark, l'Estonie et la France ont en revanche près de 60 % de leurs lits mis à disposition par des hôpitaux publics.

1 Les données de ce paragraphe n'ont pas été actualisées pour l'année 2019. Très stables dans le temps, elles ne nécessitent pas d'être actualisées chaque année.

Graphique 3 Répartition du nombre de lits entre les hôpitaux publics, privés à but non lucratif et privés à but lucratif en 2018 et nombre de lits en moyenne pour 1 000 habitants dans des institutions sans but lucratif

En % du nombre de lits à l'hôpital (axe de gauche) et nombre de lits pour 1000 habitants quelque soit le type de soins (axe de droite)



* Données 2017. ** La répartition des lits pour les hôpitaux privés au Japon est obtenue à partir de la répartition du nombre d'hôpitaux privés à but lucratif ou non (Sakamoto, 2018).
Note > Les données de ce graphique n'ont pas été actualisées pour l'année 2019.
Lecture > En France, en 2018, 62 % des lits à l'hôpital sont dans des établissements publics, 14 % dans des établissements privés sans but lucratif et 24 % dans des établissements privés à but lucratif (cliniques). 4,5 lits pour 1 000 habitants sont proposés dans des établissements sans but lucratif.
Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

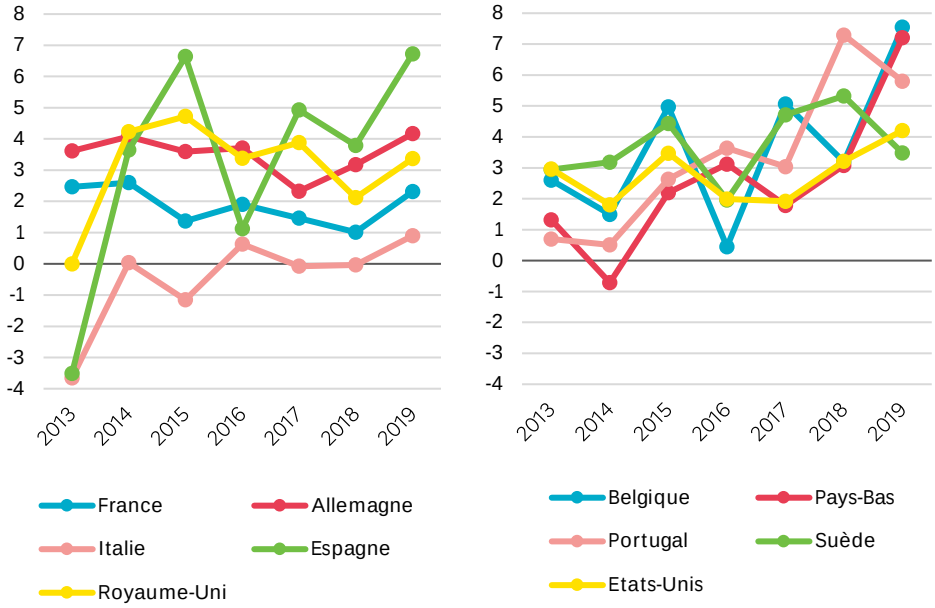
Enfin, la situation allemande est particulière dans la mesure où les établissements publics, privés sans but lucratif et avec but lucratif composent à part presque identique l'offre d'hospitalisation. Depuis le début des années 2000, on assiste en Allemagne à une transformation des hôpitaux publics en hôpitaux privés. Les *Länder* et les communes, qui avaient la charge de l'infrastructure hospitalière, tandis que les dépenses courantes relevaient des caisses de santé, se désengagent souvent de la gestion des hôpitaux du fait de difficultés économiques au profit du privé (Kahmann, 2015).

2019, une année plutôt dynamique en matière de dépenses hospitalières dans de nombreux pays de l'OCDE

La situation française en matière de soins à l'hôpital se caractérise de 2015 à 2018 par un ralentissement des dépenses en valeur *(graphique 4)*, ainsi qu'en volume (Marc, *et al.*, 2020 et fiche 15). Un léger rebond est observé en 2019 (+2,1 %), essentiellement lié au dynamisme des prix qui s'explique notamment par l'augmentation des tarifs des séjours hospitaliers qui avaient diminué en 2017 et 2018. La situation italienne est particulière, dans la mesure où les dépenses hospitalières ont décru de 2013 à 2015 et n'ont pas connu de rebond entre 2015 et 2019, à la différence d'autres pays du sud de l'Europe fortement touchés par la crise économique de 2007, comme le Portugal et l'Espagne. Si, à l'instar de l'Italie, l'Espagne et le Portugal ont fait des économies dans leurs dépenses hospitalières après 2007, ils ont ensuite relancé leurs consommations. Ainsi, au Portugal, les dépenses hospitalières ont augmenté de 6 % en 2019 (en euros constants) après une hausse de 8 % en 2018 et 6 % en 2017. Deux facteurs y contribuent : l'augmentation de la consommation intermédiaire par les hôpitaux et celle des dépenses pour le personnel de santé (embauches, paiement des heures supplémentaires, développement des carrières) [INE, 2020].

Graphique 4 Évolution annuelle moyenne des soins courants à l'hôpital entre 2013 et 2019

Évolution annuelle des dépenses de soins à l'hôpital en % - à prix courants



Lecture > En 2019, les dépenses hospitalières ont augmenté de 5,8 % au Portugal en euros courants.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Systèmes internationaux des comptes de la santé (SHA) ; OCDE, Comptes nationaux.

Les mêmes raisons sont mobilisées pour expliquer la hausse des dépenses en soins hospitaliers en Espagne (Del Carmen Rodríguez Blas M., 2021). Pour l'année 2019, la croissance de la consommation de soins hospitaliers est de 7 % en Espagne. De nombreux pays connaissent des augmentations plus fortes : +7,5 % et +7,2 % pour la Belgique et les Pays-Bas par exemple. De 2013 à 2019, en Allemagne, la croissance en valeur varie de 2 % à 4 % par an des dépenses hospitalières (4,2 % en 2019).

Les dépenses hospitalières augmentent peu par rapport au PIB

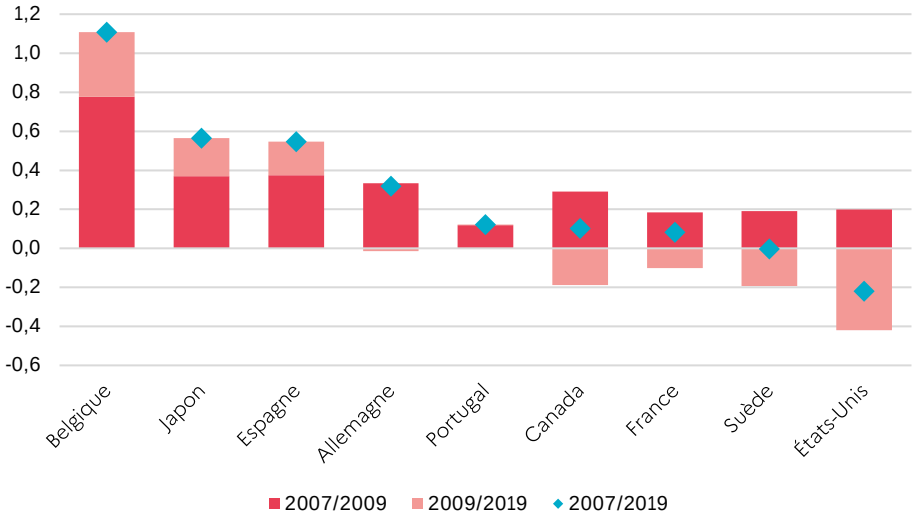
Rapporter l'évolution des dépenses en santé à celles du PIB permet d'évaluer l'effort national dans les soins de santé et, ici, dans les soins hospitaliers. Entre 2007 et 2019, les évolutions de ce ratio vont de -0,2 point de PIB pour les États-Unis à +0,6 point pour le Japon et +1,1 point pour la Belgique *(graphique 5)*. La crise de 2008-2009, du fait de la rétractation du PIB, a eu un net impact à la hausse sur le poids relatif des dépenses dans tous les pays. Depuis 2009, ce poids diminue ou stagne un peu partout, exception faite de la Belgique, du Japon et de l'Espagne. Aux États-Unis, le poids des dépenses pour les soins courants à l'hôpital diminue de -0,4 point de PIB entre 2009 et 2019, et de -0,1 point en France. Pour autant, hormis aux États-Unis et en Suède, ce repli n'efface pas le choc haussier dû à la récession consécutive à la crise de 2008-2009.

Une recherche d'efficience accrue des pays de l'OCDE dans l'hospitalisation : moins de lits et de plus faibles durées d'hospitalisation

En 2019, le nombre de lits de soins aigus pour 1 000 habitants est de 3,4 en moyenne dans l'UE-15, légèrement supérieur aux 3 lits pour 1 000 habitants en France *(graphique 6)*. Le Japon arrive en tête du classement avec 7,7 lits pour 1 000 habitants, suivi de l'Allemagne (6 lits en 2019). Les NM disposent tous d'un nombre de lits par habitant plus élevé que la moyenne de l'UE-15 (de 3,1 pour la Lettonie à 5,2 pour la Lituanie).

Graphique 5 Évolution des dépenses de soins hospitaliers en fonction du PIB entre 2007 et 2019

En points de pourcentage du PIB

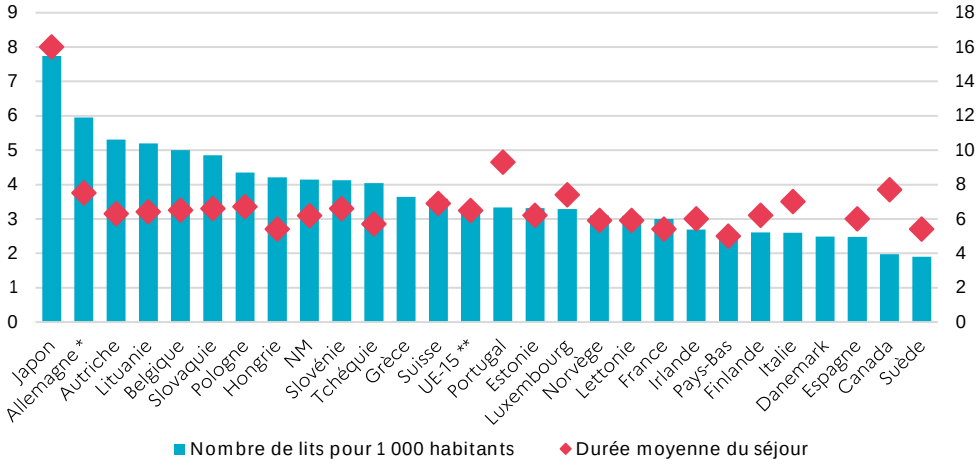


Lecture > Les Etats-Unis ont consacré 0,20 point de pourcentage de leur PIB en plus en 2009 par rapport à 2007, et 0,42 point de moins entre 2009 et 2019, ce qui porte l'évolution totale sur la période à une diminution de 0,22 point de pourcentage.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA) ; OCDE, Comptes nationaux.

Le nombre de lits en soins aigus n'est pas nécessairement le meilleur indicateur d'efficience dans l'organisation et la qualité des soins. Au cours des dernières décennies, les progrès des technologies médicales et la mise en œuvre des techniques de récupération rapide après chirurgie ont permis le développement de la chirurgie ambulatoire, à des rythmes toutefois variables selon les pays. Ces innovations contribuent à réduire certaines dépenses hospitalières en limitant le nombre de lits ou en raccourcissant la durée des séjours, dont les coûts sont en partie reportés sur les soins de suite et les services de proximité - qui prennent le relais après les interventions. La chirurgie de la cataracte est un bon exemple pour comprendre le développement de la chirurgie ambulatoire. En 2018, en France, 95 % des opérations de la cataracte sont réalisées avec une hospitalisation partielle (sans nuit à l'hôpital). Cette part est supérieure à 50 % dans certains pays d'Europe de l'Est (Lituanie, Pologne et Hongrie) et proche des 80 % en Allemagne. Par ailleurs, la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est un indicateur d'efficience du système hospitalier intéressant. En 2019, la France est l'un des pays où la durée moyenne d'hospitalisation en soins aigus est la plus courte *(graphique 6)* : 5,4 jours, durée similaire à la Suède, et nettement moins élevée qu'en moyenne au sein de l'UE-15 (6,5 jours) ainsi qu'en Allemagne ou au Canada (respectivement 7,5 jours et 7,7 jours). Cette durée moyenne de séjour est restée relativement stable en France depuis dix ans, car elle était déjà faible à la fin des années 2000, alors qu'elle a baissé considérablement dans les autres pays de l'OCDE (OCDE, 2019). La durée moyenne de séjour atypiquement longue au Japon peut s'expliquer par une prise en charge de la dépendance sévère dans ce pays, davantage dans des unités de soins de longue durée intégrées à l'hôpital (voir fiche 29). ■

Graphique 6 Nombre de lits et durée moyenne de séjour en soins aigus en 2019

Nombre de lits pour 1 000 habitants (axe de gauche) — *et durée moyenne de séjour en jours (axe de droite)*



* Données 2018. ** Moyenne UE-15 calculée hors Royaume-Uni (données non disponibles).
Champ > UE-15 (hors Royaume-Uni), NM (hors Bulgarie, Chypre, Croatie, Malte, Roumanie), Canada, Japon, Norvège, Suisse.
Sources > OCDE et Eurostat, Statistiques sur la santé.

Encadré 1 Définitions

Les soins courants à l'hôpital correspondent aux soins hospitaliers et aux hospitalisations de jour. Les soins hospitaliers sont définis par l'OCDE comme les soins dispensés à des patients officiellement admis pour un traitement ou des soins, pour un séjour prévu d'au moins une nuit, dans un hôpital ou un autre établissement dispensant des soins avec hébergement. Ils comprennent les soins curatifs, psychiatriques et de réadaptation.
Les **hospitalisations partielles** sont des venues en anesthésie et en chirurgie ambulatoire, pour des séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances). A l'inverse, on parle d'**hospitalisation complète** lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée supérieure à 24 heures.
Les **hospitalisations de jour** désignent les services médicaux et paramédicaux planifiés délivrés à des patients qui ont été officiellement admis, mais avec une sortie le jour même.
Les lits d'hôpital sont les lits qui sont régulièrement entretenus et dotés de personnel, et immédiatement disponibles pour la prise en charge des patients hospitalisés. Sont compris les lits des hôpitaux généraux, des hôpitaux psychiatriques et des autres hôpitaux spécialisés. Ne sont pas pris en compte les lits des établissements de soins de longue durée. Les **lits de soins aigus** sont des lits réservés aux soins curatifs, hors soins palliatifs, soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation. Ils sont différents des **lits de soins intensifs**, ensemble plus restreint qui concerne des prises en charge plus lourdes pour des patients en état critique. En théorie, les séjours en psychiatrie ne sont inclus que s'ils correspondent à des soins curatifs. Toutefois, de nombreux pays n'arrivant pas à faire la distinction entre soins curatifs et non curatifs pour les lits en psychiatrie, ces séjours sont traités de manière hétérogène (pour de nombreux pays dont la Belgique, le Danemark, l'Italie, le Portugal et la Suède, les séjours en psychiatrie sont inclus dans leur totalité, qu'ils soient curatifs ou non). La **durée moyenne** des séjours porte sur les séjours d'au moins une nuit.

Pour en savoir plus

> Del Carmen Rodríguez Blas M. (2021). Estadística de Gasto Sanitario Público 2019: Principales resultados, Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, marzo.

> INE (2020, juillet). Em 2018 e 2019, a despesa corrente em saúde cresceu a um ritmo superior ao do PIB. *Destaque*, Instituto Nacional de Estatística (INE).

> Kahmann, M. (2015). Les dépenses publiques en faveur de l'éducation et de la santé en Allemagne : un paradoxe dans un contexte de restrictions budgétaires ? Dans *Revue française des affaires sociales*, 4, (pp. 31-59).

> Marc C., Héam J.-C., Mikou M. et Portela M. (2020). Les dépenses de santé en 2019 – édition 2020, *Panoramas de la DREES*.

> OCDE (2019), Panorama de la santé 2019. Paris, France : édition OCDE.

> OCDE/European Observatory on Health Systems and Policies (2019). Germany : Country Health Profile 2019, State of Health in the EU. Paris, France : édition OCDE ; Brussels, Belgium : European Observatory on Health Systems and Policies edition.

> Sakamoto, H., Rahman, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, S., Yasunaga, H., et al (2018). Japan, Health System Review. *Health Systems in Transition* (8)1, World Health Organization (OMS), Asia Pacific Observatory on Health Systems and Policies.

> Service Public Fédéral – Sécurité sociale (2021). Dépenses de santé : nouveaux chiffres pour 2019. *Focus sur les chiffres*, 10, mai.

28 Comparaisons internationales des dépenses pharmaceutiques

Troisième poste de dépenses de la DCSi dans l'UE-**15, les dépenses pharmaceutiques** peuvent grandement varier d'un pays à l'autre, qu'elles soient exprimées par rapport à la richesse du pays ou en parité de pouvoir d'achat **(PPA) par habitant. La France** est proche de la moyenne de l'UE-**15 dans les deux cas, et dépense plus de deux fois moins que les États-Unis par habitant. Par rapport aux autres postes de dépenses** de la DCSi, au sein de l'UE-**15, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est assez élevé (28 %), mais reste modéré pour la France** et l'Allemagne (respectivement 13 **% et 17 %). La consommation médicamenteuse française, en recul depuis plusieurs années, reste supérieure à celle de ses voisins** européens, à l'exception de l'Allemagne en 2019.

En France, les dépenses pharmaceutiques par habitant sont **proches de la moyenne de l'UE**-15

En 2019, au sein des pays de l'OCDE comparés ici (pays européens, États-Unis, Canada et Japon), les dépenses pharmaceutiques représentent de 0,6 % (Luxembourg) à 2,1 % du produit intérieur brut (PIB) [États-Unis] (*graphique 1*, encadré *1*). En 2019, la France consacre 1,3 % de son PIB aux dépenses pharmaceutiques, comme la Suisse ou l'Espagne, et se situe légèrement au-dessus de la moyenne des pays de l'UE-15 (1,2 %) et derrière l'Allemagne (1,7 %). Au sein de l'UE-15, les dépenses pharmaceutiques représentent 18 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi), soit le troisième poste de dépense derrière les soins courants à l'hôpital (29 %), et les soins courants en cabinet de ville (23 %). Les soins de longue durée arrivant juste après (17 %).

Exprimées en parité du pouvoir d'achat (PPA) et par habitant, les dépenses pharmaceutiques sont plus variables : elles sont plus de deux fois plus élevées aux États-Unis qu'en moyenne dans l'UE-15. Au sein de l'UE-15, c'est l'Allemagne qui dépense le plus à ce titre (+45 % par rapport à la moyenne, contre -3 % en France). La régulation du prix des médicaments peut expliquer ces écarts : en Allemagne, les prix sont libres la première année, les tarifs de remboursement des médicaments étant fixés dans l'année qui suit la commercialisation ; à l'inverse, en France, les prix sont négociés entre les industriels et l'État avant la commercialisation (Dahmouh, *et al.*, 2018).

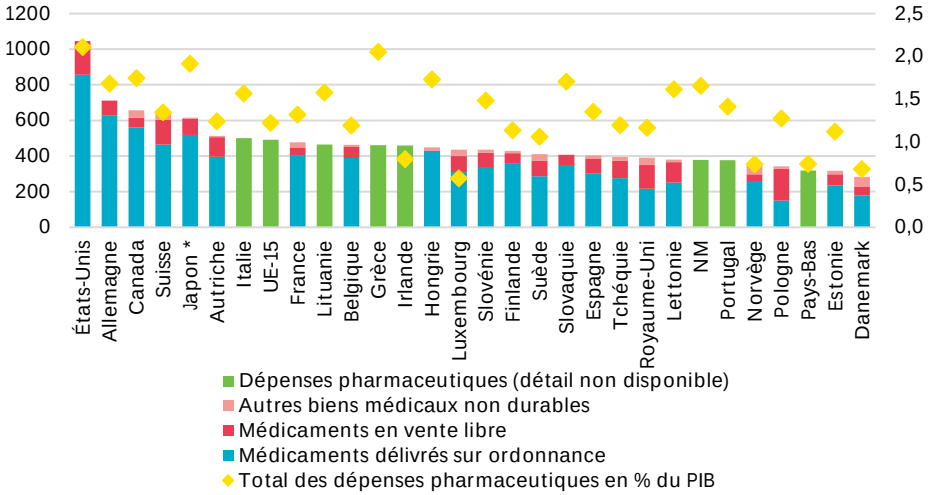
En France, une moindre participation des ménages

La grande majorité des dépenses de médicaments concerne des médicaments délivrés sur ordonnance. La part de l'automédication dans ces dépenses est toutefois très variable : elle s'élève à 33 % en moyenne dans les nouveaux États membres de l'UE (NM, voir glossaire), contre 17 % en moyenne dans l'UE-15. Les contraintes budgétaires auxquelles sont confrontés les États depuis plusieurs années les ont conduits à rechercher des voies de rationalisation de la prise en charge, notamment en redéfinissant le panier des biens qui bénéficie d'une prise en charge publique. Des mesures reportant une partie du financement sur les ménages ont aussi été adoptées, en particulier dans les pays les plus touchés par la crise : l'Espagne et la Grèce ont augmenté la participation des patients aux coûts pharmaceutiques (copaiements, ticket modéra-teur, base de remboursement déconnectée du prix).

En 2019, dans les pays de l'UE-15, les fonds publics et les assurances obligatoires couvrent 71 % des dépenses pharmaceutiques (80 % en France, 82 % en Allemagne), alors qu'ils couvrent seulement 45 % de ces dépenses dans les NM et 37 % au Canada *(graphique 2)*. Ce reste à charge est supérieur à celui des soins hospitaliers ou des soins ambulatoires. En moyenne au sein de l'UE-15, les assurances privées facultatives prennent en charge 1 % des dépenses pharmaceutiques, laissant 28 % à la charge des ménages. Cette différence tient à une plus grande participation des assurés au coût des médicaments dans les dispositifs d'assurance maladie, à l'absence de couverture de certains produits et au non-remboursement de l'automédication. En France et en Allemagne, le reste à charge des ménages pour les produits pharmaceutiques est nettement plus faible que dans les pays voisins : respectivement 13 % et 17 %.

Graphique 1 Dépenses pharmaceutiques en 2019

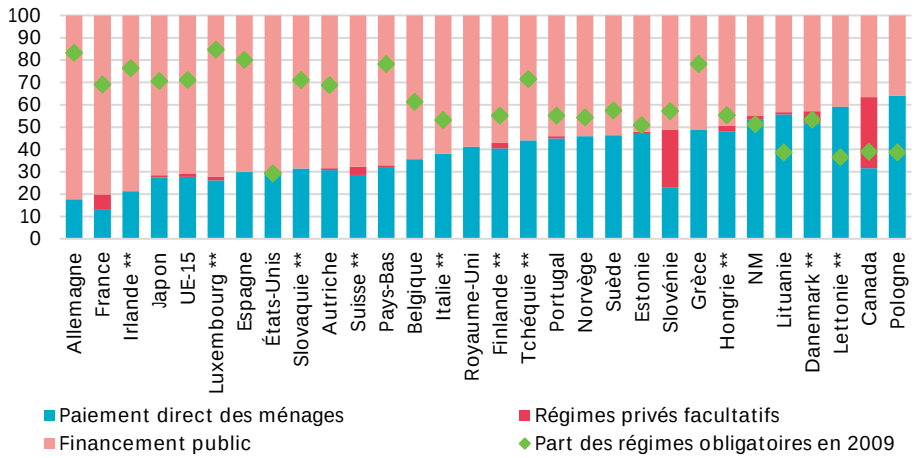
En parité de pouvoir d'achat (PPA) pour l'ensemble des biens et services consommés, en euros par habitant (axe de gauche) et en % du PIB (axe de droite)



* Données 2018.
Note > La révision liée à la meilleure prise en compte des remises concernant les biens médicaux opérée dans la CSBM cette année n'est pas reproduite ici. Sur l'ensemble des biens médicaux, la révision opérée réduit les dépenses d'un milliard d'euros (voir annexe 3).
Lecture > Aux États-Unis, en 2019, chaque habitant consomme 856 euros PPA (voir glossaire) pour des médicaments délivrés sur ordonnance, et 190 euros pour des médicaments en vente libre. Ces dépenses pharmaceutiques représentent 2,1 % du PIB.
Sources > OCDE, Eurostat, Système international des comptes de la santé (SHA).

Graphique 2 Répartition des dépenses pharmaceutiques entre régimes obligatoires, facultatifs et participation des ménages en 2019 et en 2009

En %



* Données 2018. ** Ruptures de série au cours de la période 2009-2019.
Lecture > En France, 80 % des dépenses pharmaceutiques sont prises en charge par un financement public, 7 % par un régime privé facultatif et 13 % sont à la charge des ménages.
Sources > OCDE, Eurostat, Système international des comptes de la santé (SHA).

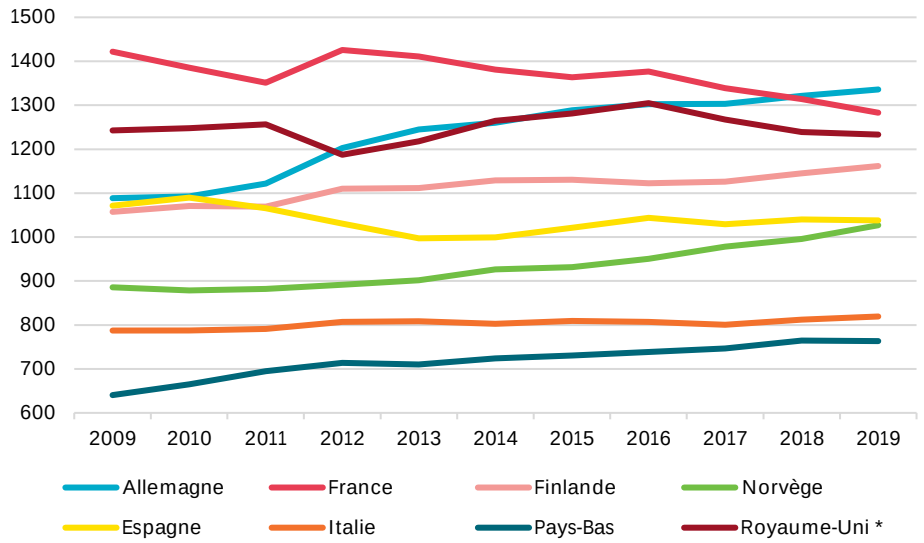
Le recul des ventes officinales par habitant se poursuit en France

Les écarts de dépenses pharmaceutiques entre pays proviennent de différences importantes portant sur les quantités vendues, la structure de la consommation, la politique de prix et de remboursement des médicaments, la politique du générique ou encore le choix des structures qui distribuent les médicaments (officines de ville, pharmacies hospitalières ou en double circuit). En effet, de nombreux pays ont mis en place des incitations financières, tant au niveau du prescripteur que de la distribution, afin que soient privilégiés les traitements les moins coûteux. La maîtrise de la dépense s'est traduite depuis 2008, par des baisses de prix fabricant dans la plupart des pays européens et particulièrement en Italie, en Espagne et surtout en France, avec un recul des ventes réalisées en officines. En unités standards par habitant (voir glossaire), ces ventes se sont stabilisées au cours des dernières années *(graphique 3)*. Exprimées en prix fabricant hors taxes, les tendances varient selon les pays : les ventes se stabilisent partout sauf en Allemagne, en Norvège ou en Finlande où la hausse reste dynamique *(graphique 4)*.

En 2019, la consommation médicamenteuse française exprimée en nombre d'unités standards par habitant reste supérieure à l'ensemble de ses voisins européens à l'exception de l'Allemagne, parfois nettement (+4 % par rapport au Royaume-Uni, mais +24 % et +68 % par rapport à l'Espagne et les Pays-Bas respectivement). En revanche, en Allemagne, la consommation par habitant en valeur est la plus élevée des huit pays comparés ici (+59 % par rapport à la France). L'écart franco-allemand s'est creusé, notamment du fait de l'importance des baisses de prix menées en France. Il s'explique aussi en Allemagne par la délivrance en officines des antiviraux à action directe dans le traitement de l'hépatite C, mis sur le marché entre 2014 et 2015 et de certains anticorps monoclonaux (MAB) utilisés pour lutter contre les cancers ainsi que les désordres immunologiques et inflammatoires (produits délivrés uniquement à l'hôpital en France). ■

Graphique 3 Ventes en officines en unités standard par habitant de 2009 à 2019

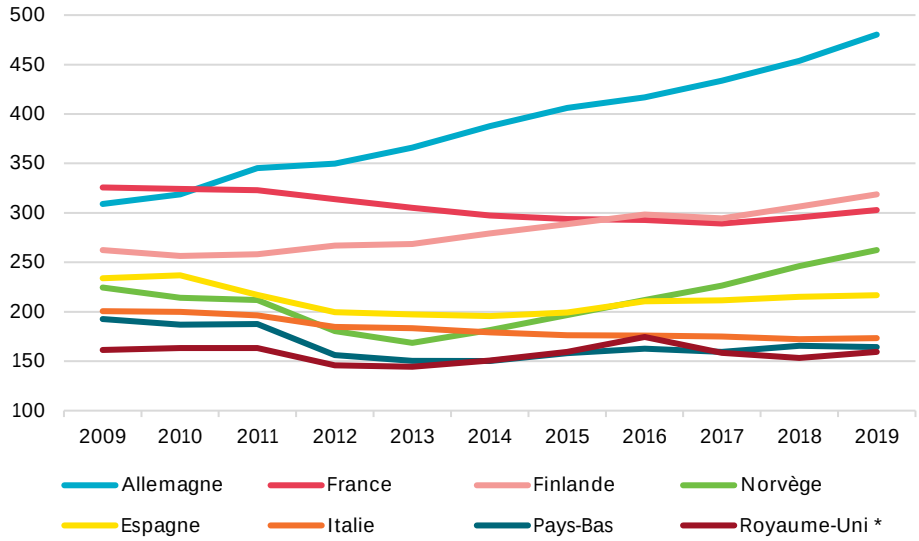
En unité standard par habitant



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.
Sources > IQVIA 2019, traitements DREES ; Eurostat, statistique sur la population.

Graphique 4 Chiffre d'affaires des ventes en officines en prix fabricant hors taxes par habitant de 2009 à 2019

En euros par habitant



* Hors ventes ne passant pas par les officines, importantes au Royaume-Uni.
Sources > IQVIA 2019, traitements DREES ; Eurostat, statistique sur la population.

Encadré 1 Définition

Les dépenses pharmaceutiques issues du Système international des comptes de la santé (SHA) incluent les achats de médicaments sur ordonnance délivrés en ville, l'automédication et les achats d'autres produits de santé non durables tels que les pansements, les bandages, les préservatifs, les dispositifs intra-utérins et autres dispositifs de contraception. Elles comprennent les médicaments rétrocédés par les pharmacies hospitalières à des patients en traitement ambulatoire (tels que les médicaments indiqués dans le traitement de l'hépatite C commercialisés en 2014 en France par exemple). Pour la France, les ventes en officines (pharmacies) représentent 92 % des dépenses pharmaceutiques.

Pour en savoir plus

> Dahmouh, A., Ferretti, C., Vergier, N. (2018). L'importance des remises dans la comparaison internationale des prix du médicament. *Revue française des affaires sociales*, 3 (pp. 269-296)

29 Comparaisons internationales des soins de longue durée

En 2019, la France consacre 42,7 milliards d'euros, soit 1,8 **% de son PIB (et 16 % de sa DCSi) aux soins de longue durée (SLD) dans leur composante médicale,** à savoir les soins pour se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. **Les pays** de l'OCDE consacrent des parts de leur richesse très variées à ces dépenses : **moins de 1** % du PIB pour les pays du sud de l'**Europe à près 3 % pour les pays du nord.**
La France occupe donc une position intermédiaire, proche de celle du Royaume-Uni et de la Finlande.
La composante sociale des SLD, aides à l'accomplissement des tâches domestiques **ou administratives, représente quant à elle 0,6 % du PIB en France et près de 1,2 % aux Pays-**Bas qui est le pays de l'OCDE qui y consacre le plus de moyens. Néanmoins, la composante sociale des SLD n'étant pas **nécessairement bien renseignée, les comparaisons internationales sur ce volet sont plus délicates. La majorité des dépenses de SLD est consacrée à des soins dispensés dans des structures** d'hébergement ou à l'hôpital dans de**s unités dédiées, où la densité de personnel** est forte et les dépenses d'infrastructure élevées.

Des dépenses de soins de longue durée plus élevées dans les pays du nord de l'Europe

En 2019, les dépenses consacrées aux soins de longue durée (SLD), dans leur composante médicale, atteignent 1,8 % du produit intérieur brut (PIB) en moyenne dans l'UE-15, soit 16 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi). Ces dépenses regroupent les SLD aux personnes âgées en perte d'autonomie, mais aussi aux personnes en situation de handicap, qui relèvent de la santé[1].
En consacrant entre 2,5 % et 3,1 % de leur richesse aux SLD en 2019, la Norvège, la Suède, les Pays-Bas et le Danemark déploient relativement plus de moyens que les autres pays de l'OCDE dans ce domaine *(graphique 1)*. Les pays scandinaves ont, en effet, intégré depuis longtemps la prise en charge des personnes en perte d'autonomie ou en situation de handicap dans les services de santé, ainsi que dans les services sociaux, et proposent notamment des services de soins à domicile très développés. Avec 1,8 % de son PIB consacré à ces soins, la France occupe une position intermédiaire en Europe, proche de celle du Royaume-Uni et de la Finlande. En revanche, l'effort financier dans ce domaine est sensiblement plus faible (moins de 1 % du PIB) dans les pays du sud de l'Europe (Italie, Espagne, Portugal et Grèce) et dans les pays d'Europe de l'Est.
Au-delà des dépenses prises en compte dans la DCSi, il existe également des services et aides sociales permettant d'accompagner la dépendance et le handicap dans de nombreux pays, mais ceux-ci sont moins bien renseignés dans le Système des comptes de la santé harmonisé au niveau international (SHA) [encadré]. Cette composante sociale des SLD peut atteindre jusqu'à 1,2 % du PIB (Pays-Bas). Ce sont toujours les pays du nord de l'Europe qui proposent le plus souvent ces dispositifs sociaux. En France, cette composante sociale représente 0,6 % du PIB, ce qui porte l'effort total en matière de SLD à 2,4 %.

Une organisation différente de la prise en charge de la dépendance dans de nombreux pays

À partir des années 1980, les États ont développé des dispositifs de prise en charge de la dé-

1 Dans les comptes de la santé harmonisés au niveau international (SHA), les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) sont classées en santé. Elles correspondent aux aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes. En revanche, les aides relatives à l'accomplissement des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) sont classées en services sociaux et ne sont pas comptabilisées dans la DCSi. Elles correspondent aux aides à l'accomplissement des tâches domestiques (courses, lessive, ménage, préparation des repas) ou administratives (gestion du budget, loisirs, accompagnement à l'extérieur).

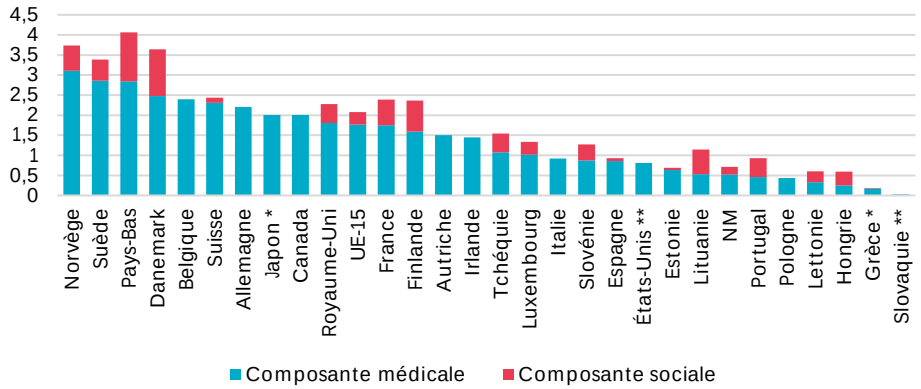
pendance, tant pour son volet médical que social. Dans les pays nordiques, les besoins d'aide à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (AVQ) sont pris en charge au sein d'un système d'assistance universel financé par l'impôt. En Allemagne, aux Pays-Bas, au Luxembourg et au Japon, ces besoins sont couverts par une assurance sociale de la dépendance, mais qui ne prend en charge que les personnes les plus dépendantes. Au Royaume-Uni, dans une logique uniquement assistancielle, et aux États-Unis, les aides sont attribuées sous condition de ressources. En Italie, en Autriche, en Tchéquie et en France, la prise en charge de la dépendance combine le recours au système de santé et à des prestations spécifiques en espèces ou en nature (comme l'Allocation Personnalisée d'Autonomie [APA] en France). En France, depuis le 1er janvier 2021, la Caisse Nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) est désormais la caisse de Sécurité sociale gérant la cinquième branche qui couvre la perte d'autonomie.

La part des dépenses pour le maintien à domicile minoritaire dans l'UE-15

En moyenne, dans l'UE-15, 65 % des dépenses de SLD correspondent à des soins dispensés dans des structures d'hébergement ou à l'hôpital dans des unités dédiées, et 35 % sont dispensées à domicile ou dans des cabinets de ville *(graphique 2)*. Cette part prépondérante des dépenses du milieu institutionnel s'explique par la forte densité de personnel et des dépenses d'infrastructure élevées dans ce type de prise en charge. Ces dépenses sont généralement à destination d'établissements spécialisés dans les SLD. Les services dédiés dans les hôpitaux sont de plus en plus rares, à l'instar de la France où les unités de soins de longue durée (USLD) ne représentent plus que 7 % des SLD. Les dépenses relatives aux soins à domicile peuvent correspondre à des aides en nature (interventions des professionnels du secteur) ou à des allocations versées aux personnes handicapées ou dépendantes pour rémunérer un aidant formel ou un aidant familial. Dans certains pays (Royaume-Uni, Italie), il existe aussi des prestations versées directement aux aidants familiaux. En France, les proches aidants de bénéficiaires de l'APA ont également un droit au répit (hébergement temporaire, relais à domicile). Fin 2020, une nouvelle allocation est également mise en place en France, l'allocation journalière de proche aidant (AJPA) afin d'indemniser les aidants qui arrêtent de travailler ou réduisent leur activité pour s'occuper d'un proche en situation de handicap ou de perte d'autonomie.

Graphique 1 Dépenses de soins de longue durée en 2019

En % du PIB



* Données 2017. ** Hors soins à domicile.
Note > La frontière entre composante médicale et composante sociale est fine. Cette dernière peut ne pas être très bien remontée par les pays. Elle est indiquée ici pour information lorsqu'elle est renseignée ; elle n'est pas incluse dans la DCSi.
Lecture > La Norvège dépense 3,1 % de son PIB en soins de santé de longue durée et 0,6 % de son PIB en soins sociaux de longue durée.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

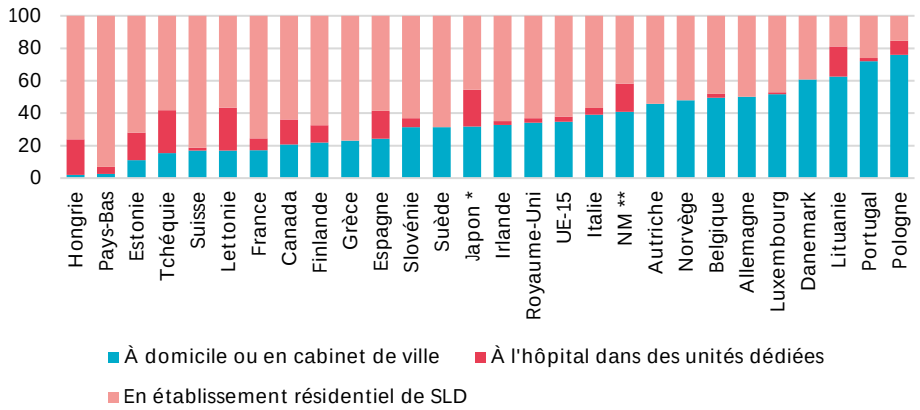
Au Danemark ou encore en Suède, les pouvoirs publics organisent le maintien à domicile. Le Danemark en particulier illustre le cas d'une prise en charge à domicile très intégrée : organisée et financée par les municipalités, elle repose sur une offre très structurée de services. 61 % des dépenses de SLD sont octroyées en dehors d'un établissement. Pour certains pays du sud ou de l'est de l'Europe, c'est la faiblesse des infrastructures qui conduit à privilégier le maintien à domicile, souvent à la charge des ménages (Portugal, Pologne, etc.).

Un besoin croissant de soins de longue durée

Les écarts de niveaux des dépenses consacrées aux SLD peuvent aussi s'expliquer par des différences de structure démographique. La part des personnes de plus de 80 ans est plus faible dans les pays de l'est de l'Europe que dans ceux de l'UE-15. D'après la Commission européenne, le rapport de dépendance des personnes âgées (la population de 65 ans ou plus relativement à celle de 20-64 ans) devrait passer de 34,4 % en 2019 à 59,2 % en 2070. Ce vieillissement de la population, associé au risque de diminution de la prise en charge au sein de la famille (faible fécondité et participation croissante des femmes au marché du travail), pourrait conduire à un doublement des dépenses de soins de longue durée d'ici à 2060 (Commission européenne, 2021). ■

Graphique 2 Répartition des dépenses pour les soins de longue durée (composante médicale) selon le lieu de la prestation des soins

En %



* Données 2018. ** Moyenne NM calculée hors Slovaquie.
Lecture > La Hongrie consacre 3 % de ses dépenses totales de soins de longue durée à ceux fournis à domicile ou en cabinet de ville, 76 % en établissements résidentiels de SLD et 22 d% à l'hôpital dans des unités dédiées.
Sources > OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé (SHA).

Encadré 1 Soins de longue durée : des comparaisons internationales fragiles

Sur la thématique des soins de longue durée les statistiques en comparaison internationale sont encore lacunaires. Il existe des enquêtes statistiques (par exemple l'enquête sur la santé, le vieillissement et la retraite en Europe [SHARE] ou l'enquête santé européenne [EHIS]) ou des collectes de données par les organisations internationales (comme le dispositif SHA ou la collecte du nombre de lits de SLD dans le questionnaire commun à Eurostat, l'OCDE et l'ONU sur les données de santé). Néanmoins, ces données couvrent rarement l'ensemble du champ des personnes bénéficiaires de SLD (les individus en établissement résidentiel de SLD sont généralement exclus des enquêtes) et les collectes de données manquent encore d'harmonisation au niveau international.
Deux difficultés récurentes dans les comparaisons internationales des SLD sont présentées page suivante.

La difficile distinction entre les dépenses de santé et d'action sociale dans SHA
La distinction entre les dépenses qui relèvent de la santé (c'est-à-dire les aides apportées aux personnes pour qu'elles puissent se lever, se laver, s'habiller, se nourrir ou aller aux toilettes) et celles qui relèvent de l'action sociale (aides à l'accomplissement des tâches domestiques ou administratives) est délicate. La frontière entre « faire la toilette » d'une personne âgée et « l'aider à faire sa toilette » par exemple peut être assez fine dans les faits. Par ailleurs, au sein de la DCSi, le partage entre soins courants, d'une part, et soins de longue durée (SLD), d'autre part, est aussi complexe ; la frontière entre les deux peut faire l'objet de différentes interprétations pour certains actes médicaux. Ainsi, le périmètre des SLD est relativement variable d'un pays à l'autre. Ces difficultés de classement fragilisent les comparaisons internationales sur le sujet. Celles-ci sont présentées généralement pour la seule composante médicale des SLD, la composante sociale des SLD étant beaucoup moins bien renseignée par les pays.

Des difficultés liées à l'estimation du taux d'encadrement en France pour les SLD
Dans une perspective plus large des soins de longue durée que celle présentée ici, incluant ce qui relève des soins de santé mais aussi de l'accompagnement social des personnes en perte d'autonomie, des rapports internationaux de l'OCDE puis de la Commission européenne ont entrepris d'évaluer le nombre de travailleurs sociaux en institution et à domicile, prenant en charge des personnes en perte d'autonomie. Ces publications présentent des données largement sous-estimées du taux d'encadrement des personnes de 65 ans et plus pour la France. Les rapports sur les SLD *Who Cares ?* de l'OCDE (2020) et *LTC report 2021* de la Commission européenne font état de 2,3 travailleurs sociaux pour 100 personnes âgées de 65 ans ou plus en 2016. En comparaison de nos principaux voisins, ce taux semble très faible. Le « bon » chiffre pour la France serait en réalité jusqu'à près de trois fois plus élevé. En effet, dans ces publications, le taux d'encadrement, c'est-à-dire le nombre d'emplois pour la réalisation de soins de longue durée (santé ou action sociale) rapporté au nombre de personnes de 65 ans ou plus, est estimé pour la France à partir du Labour Force Survey d'Eurostat (l'équivalent de l'enquête Emploi de l'Insee). Or cette estimation est largement incomplète, car toutes les catégories de travailleurs sociaux dans le secteur des SLD n'y sont pas identifiées. Les aides à domicile notamment ne sont pas comptabilisées dans le cas de la France. L'enquête auprès des établissements d'hébergement pour personnes âgées (EHPA) de la DREES, réalisée en 2015, fait déjà état de 1,6 équivalent temps plein (ETP) pour 100 personnes de 65 ans ou plus, uniquement en établissement. Le rapport Libault (2019) propose une estimation de l'ensemble du champ des travailleurs sociaux en France et mentionne, quant à lui, un total de 830 000 ETP travaillant auprès des personnes âgées dépendantes en 2018, soit un taux d'encadrement de 6,3 % (Libault, 2019). Ce chiffre, plus proche de la réalité, place la France devant l'Allemagne (3,9 % en 2019) et parmi les pays les mieux dotés en personnels dans le secteur des SLD. Mais il est également possible que d'autres pays aient des estimations erronées de leur taux d'encadrement, les méthodes d'estimation différant d'un pays à l'autre. Il faut donc toujours analyser ceux-ci avec précaution.

Pour en savoir plus

> OECD (2020), *Who Cares? Attracting and Retaining Care Workers for the Elderly*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris, https://doi.org/10.1787/92c0ef68-en

> Commission européenne, 2021, The 2021 Ageing Report : Economic and Budgetary Projections for the EU Member States.

> Commission européenne, 2021, Long-term care report : Trends, challenges and opportunities in an ageing society

> Libault, D., Grand âge et autonomie [Old age and autonomy], Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_grand_age_autonomie.pdf

5

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé au sens international

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

Annexe 1

Les agrégats des comptes de la santé

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM)

La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale de la consommation 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, en lien notamment avec la gestion et le fonctionnement du système, ainsi que les soins de longue durée, comptabilisés dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi). La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national.

Plus précisément, la CSBM regroupe :

- la consommation de soins des hôpitaux publics et privés (y compris les médicaments et les dispositifs médicaux) ;
- la consommation de soins de ville (soins dispensés par les médecins et les auxiliaires médicaux, soins dentaires, analyses médicales et cures thermales, rémunérations forfaitaires des professionnels de santé hors subventions) ;
- la consommation de transports sanitaires ;
- la consommation de médicaments en ambulatoire hors remises conventionnelles (vendus en officines ou en rétrocession hospitalière) ;
- la consommation d'autres biens médicaux en ambulatoire (optique, véhicules pour handicapés physiques, matériels, pansements, etc.).

La notion de consommation se fonde sur le cadre conceptuel des comptes nationaux et regroupe les dépenses de biens et de services. Elle exclut donc les paiements reçus par les acteurs du système de santé sans contrepartie, autrement dit sans fournir de soins ou de biens médicaux. Ces transferts sont enregistrés en subventions au système de santé, sauf dans le cas des secteurs non marchands qui, par convention, ne reçoivent pas de subventions. En règle générale, il est impossible de distinguer, au sein des sources de financement d'un producteur non marchand, celles qui s'apparenteraient à une forme de subvention.

La CSBM est ventilée par poste et par financeur. La ventilation des postes est héritée de la nomenclature des comptes des régimes de sécurité sociale et adaptée si nécessaire au cadre de la comptabilité nationale. La ventilation des postes affiche ainsi la séparation entre « hôpital » et « ville », car l'affectation d'une dépense dans la CSBM repose plus sur le lieu d'exécution que sur le mode de financement (par exemple, la consultation réalisée par un médecin libéral au sein d'une clinique sera comptabilisée en « soins des hôpitaux privés » même si l'Assurance maladie classe cette dépense en « soins de ville », puisqu'il s'agit d'honoraires de consultation et non d'une hospitalisation). La ventilation par financeur s'appuie sur les secteurs institutionnels de la comptabilité nationale. Ces secteurs sont regroupés pour décrire au mieux le système de financement du système de santé français : État (et organismes divers d'administrations centrales) et collectivités territoriales (secteurs institutionnels S1311 et S1313 de la comptabilité nationale), Sécurité sociale (secteur institutionnel S1314), organismes complémentaires (secteur institutionnel S12) et ménages (secteur institutionnel S14).

La CSBM est utilisée pour l'élaboration des comptes nationaux par l'Insee sur le champ de la santé.

La dépense courante de santé au sens international (DCSi)

La dépense courante de santé au sens international[1] (DCSi) est un agrégat plus large des comptes de la santé. Il s'agit de la consommation finale individuelle ou collective de biens et services de santé

1 Historiquement, la DREES construisait et analysait un agrégat appelé « dépense courante de santé » (DCS) qui englobait la CSBM sans correspondre à la DCSi. À compter de l'édition 2020 du Panorama des comptes de la santé, la DREES a décidé de ne plus produire la DCS pour favoriser la construction et l'analyse de la

directement consommée par les ménages ou indirectement *via* la puissance publique, le secteur associatif (institutions à but non lucratif), les entreprises, etc. Son périmètre est défini par Eurostat au sein du *System of Health Accounts* (SHA), base de données internationales sur les dépenses de santé gérée par l'OCDE, Eurostat et l'OMS. Ainsi, les comptes de la santé alimentent les comparaisons internationales.
La DCSi comprend les dépenses de la CSBM ainsi que les dépenses liées à la gouvernance (y compris les subventions au système de santé), et la prévention. Elle comprend aussi la consommation de soins de longue durée, dans une acception large (voir *infra*). Elle est qualifiée de « courante » car elle exclut les dépenses d'investissement, qui relèvent de la formation brute de capital fixe du système de santé. Elle exclut aussi les dépenses de formation des professionnels de santé qui sont considérées comme relevant du champ de l'éducation. La DCSi est définie sur le champ de la consommation des résidents[1] sur le territoire national pour les données harmonisées au niveau international. Cependant, pour les données françaises, le périmètre retenu est le même que celui de la CSBM, c'est-à-dire sur le champ des consommations effectuées sur le territoire national (sans soustraire la consommation des non-résidents sur le territoire national, ni ajouter la consommation des résidents hors du territoire national).

Si la CSBM ventile les dépenses selon deux dimensions – une dimension « poste » pour la dépense et une dimension « secteur institutionnel » pour le financement –, SHA ventile les dépenses sur trois axes : la fonction de la dépense (codée en HC), le prestataire de la dépense (codé en HP) et le financeur de la dépense (codé en HF).
La dimension « poste » de la CSBM est donc répartie sur les deux axes : la fonction de la dépense (HC) et le prestataire (HP). En France, il existe une forte correspondance entre la fonction de la dépense HC et le prestataire HP.

L'axe HC lié à la fonction de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)
L'axe HC (« *health care* ») correspond à la fonction de la dépense. Dans le cadre d'une présentation d'un point de vue du système de santé français (mais également repris dans la partie internationale), un libellé concret et court est préféré à la traduction complète du libellé, sauf lorsqu'il pourrait nuire à la compréhension.

- La catégorie HC1 (« *curative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants curatifs ». Cette catégorie recouvre les soins qui visent à éliminer complètement la perturbation de l'état de santé. Il s'agit typiquement d'une consultation usuelle chez le médecin généraliste, d'une hospitalisation pour une appendicectomie, etc.
- La catégorie HC2 (« *rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants de réhabilitation ». Cette catégorie recouvre les soins qui visent à améliorer ou à restaurer l'état de santé afin de garantir au patient une qualité de vie et une participation non limitée à la vie sociale. Il s'agit typiquement de l'utilisation de prothèses auditives, la prise en charge d'un trouble psychique léger, etc.
- La catégorie HC1HC2 (« *curative and rehabilitative care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins courants ». Elle comprend l'ensemble des dépenses HC1 et HC2. Plus englobante, elle est souvent utilisée car, d'une part la distinction entre HC1 et HC2 est parfois délicate à effectuer d'un point de vue purement médical et d'autre part, les données disponibles ne permettent pas toujours de ventiler les dépenses aussi finement.
- La catégorie HC3 (« *long-term care* ») est désignée dans l'ouvrage par « soins de longue durée ». Cette catégorie comprend les soins à visée palliative : ils cherchent à atténuer autant que possible la douleur et la dégradation de l'état de santé sans que le traitement vise à la neutralisation complète de la perturbation. La distinction avec la catégorie HC2 réside sur le fait que pour les dé-

DCSi, seul agrégat harmonisé au niveau international. Pour éviter des ambiguïtés par rapport aux éditions précédentes du Panorama, cet agrégat est qualifié dorénavant de DCSi « dépense courante de santé au sens international ». Cet agrégat n'a pas pu être produit l'année dernière, le confinement ayant dégradé les conditions de production des comptes. Dans cette édition 2021, une estimation de la DCSi 2020 est produite et analysée..
1. En comptabilité nationale, les unités résidentes sont les unités (ici les ménages) qui ont un centre d'intérêt économique sur le territoire considéré. Usuellement, un ménage est considéré comme résident s'il effectue des opérations économiques pendant un an ou plus sur le territoire, sans aucune notion de nationalité ou de légalité du séjour.

penses en HC3 la compensation totale n'est pas un objectif. La catégorie HC3 correspond principalement à des soins pour personnes âgées, souvent en perte d'autonomie, et pour personnes handicapées. Cette catégorie contient aussi une composante médico-sociale. Si les données françaises sont conformes à la nomenclature internationale, cette composante médico-sociale n'est toutefois pas encore renseignée par l'ensemble des pays européens et de l'OCDE. Cette non-conformité appelle à la vigilance lors des analyses en comparaisons internationales.

- La catégorie HC4 (« *ancillary services [non-specified by function]* ») est désignée dans l'ouvrage par « services auxiliaires ». De manière générale, les services auxiliaires sont souvent des services d'aide au diagnostic et de surveillance qui font partie intégrante d'un ensemble coordonné d'actions de soins, même si individuellement ils n'ont pas d'objectif propre. La catégorie HC4 renseigne ces services auxiliaires uniquement lorsqu'ils sont consommés directement par les patients, ou sans qu'il soit possible de les affecter à une fonction (HC1, HC2, etc.). Il s'agit typiquement des services d'imagerie des cabinets de radiologie, des services des laboratoires d'analyses médicales et des transports sanitaires.
- La catégorie HC5 (« *medical goods [non-specified by function]* ») est désignée dans l'ouvrage par « biens médicaux ». Il s'agit de l'ensemble des biens (médicaments, attelles, pansements, etc.) consommés en propre par les ménages. En France, il s'agit principalement de la vente des officines de pharmacies et de la rétrocession hospitalière.
- La catégorie HC6 (« *preventive care* ») est désignée dans l'ouvrage par « prévention institutionnelle ». La prévention vise à éviter ou à réduire le nombre ou la gravité des blessures et maladies, leurs conséquences ou leurs complications. La nomenclature SHA retient la prévention primaire (qui tend à éviter les maladies et les facteurs de risque) et secondaire (qui tend à détecter les maladies pour une prise en charge précoce). Elle exclut la prévention tertiaire (qui vise à réduire l'impact négatif d'un état de santé déjà dégradé) pour laquelle les chevauchements avec les catégories HC1 et HC2 sont trop prégnants. Pour les données françaises, elle est qualifiée d'» *institutionnelle* » car cette catégorie ne concerne que les dépenses financées ou organisées par les fonds ou programmes nationaux ou territoriaux. Elle exclut donc les dépenses de prévention réalisées à l'hôpital (séjours de sevrage au tabac, par exemple) ou en ville (visites de surveillance chez le pédiatre par exemple). Il s'agit principalement de la médecine scolaire, de la médecine du travail et des programmes de prévention du ministère des Solidarités et de la Santé et des départements (programme « MT'dents », subvention au planning familial, PMI, etc.).
- La catégorie HC7 (« *governance, and health system and financing administration* ») est désignée dans l'ouvrage par « gouvernance ». Cette catégorie recouvre l'ensemble des services dédiés au système de santé, en complément des services liés aux soins. En France, il s'agit principalement des frais de gestion du système de financement (Assurance maladie et organismes complémentaires) ainsi que des budgets de fonctionnement des agences sanitaires (Haute Autorité de santé, Agence technique de l'information sur l'hospitalisation) ou les programmes de santé du ministère des Solidarités et de la Santé. Les subventions versées au système de santé entrent également dans cette catégorie.
- La catégorie HC9 (« *other health care services not elsewhere classified [n.e.c.]* ») recouvre les autres dépenses nca (non classées ailleurs) .

L'agrégat de la CSBM est très proche de l'ensemble formé par les catégories HC1, HC2, HC4 et HC5.

L'axe HP lié aux prestataires de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

L'axe HP (« *health provider* ») correspond à la nature du prestataire de santé.

- La catégorie HP1 (« *hospitals* ») est désignée dans l'ouvrage par « hôpitaux ». Cette catégorie renvoie aux établissements de santé, soumis à autorisation légale d'exercice, fournissant des services médicaux, des diagnostics et des traitements. Il s'agit donc de l'activité des hôpitaux du secteur privé ou public.
- La catégorie HP2 (« *residential long-term care facilities* ») est désignée dans l'ouvrage par « établissements résidentiels ». Cette catégorie regroupe les établissements de santé spécialisés dans les traitements de longue durée combinant une activité sanitaire et une activité médico-sociale. Il s'agit principalement des établissements d'hébergement pour personnes âgées (dépendantes ou non) ainsi que les établissements d'hébergement pour personnes handicapées.
- La catégorie HP3 (« *providers of ambulatory health care* ») est désignée dans l'ouvrage par « cabinets de ville ». Cette catégorie comprend les établissements spécialisés en ambulatoire (sans aucun mode d'hébergement). Il s'agit des cabinets des médecins, des chirurgiens-dentistes, des

sages-femmes, des infirmiers, etc. Les soins réalisés par ces mêmes professionnels en centres de santé ou maisons de santé sont aussi inclus.

- La catégorie HP4 (« *providers of ancillary services* ») est désignée dans l'ouvrage par « laboratoires et assimilés ». Il s'agit des prestataires fournissant des services sanitaires auxiliaires, c'est-à-dire qui interviennent sous la supervision d'un professionnel de santé mais sans constituer une prise en charge autonome. En France, il s'agit typiquement des laboratoires d'analyse et d'imagerie (aide au diagnostic) ainsi que des transports sanitaires.
- La catégorie HP5 (« *retailers and others providers of medical goods* ») est désignée dans l'ouvrage par « officines et assimilés ». Il s'agit des prestataires dont l'activité principale est la vente au détail de biens médicaux (médicaments, matériel médical, pansements, etc.). En France, il s'agit principalement des officines de pharmacies.
- La catégorie HP6 (« *providers of preventive care* ») est désignée dans l'ouvrage par « financeurs de prévention «. Il s'agit en France des institutions finançant la prévention institutionnelle, c'est-à-dire fournissant principalement des programmes de prévention collective et de santé publique.
- La catégorie HP7 (« providers of health care system administration and financing ») est désignée dans l'ouvrage par « financeurs des dépenses de gouvernance ». Il s'agit des institutions principalement impliquées dans la régulation et l'administration du système de santé.
- La catégorie HP8 (« rest of economy ») est désignée dans l'ouvrage par « reste de l'économie ». Il s'agit des tous les financeurs de dépenses non classés ailleurs.

Comme, d'une part, la quasi-CSBM est définie par l'ensemble des dépenses relevant des fonctions HC1, HC2, HC4 et HC5 et que, d'autre part, la dimension HC (fonction de la dépense) est très liée à la dimension HP (prestataires de la dépense), les prestataires de la quasi-CSBM relèvent très majoritairement des catégories HP1, HP3, HP4 et HP5.

L'axe HF lié aux financeurs de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

L'axe HF (« *health financing* ») correspond aux financeurs de la dépense. Comme pour les catégories des axes HP et HC, un libellé concret et court est préféré à la traduction complète sauf lorsque le libellé court pourrait nuire à la compréhension. Cependant, dans la partie « Comparaisons internationales » de cet ouvrage, d'autres libellés sont utilisés pour caractériser les financeurs afin de mieux prendre en compte les particularités nationales *(schéma 1)*.

Pour le système de financement français, les acteurs sont les suivants :

- L'État correspond à la catégorie HF1.1 (« *government schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « État et autorités locales » dans la mesure où ce type de régimes peut être à l'initiative de l'État ou des collectivités locales selon les systèmes nationaux. Usuellement, le financement n'est pas lié au paiement d'une contribution explicitement fléchée.
- La Sécurité sociale correspond à la catégorie HF1.2.1 (« *social health insurance schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « Assurance maladie ». Ces régimes sont à caractère social et se caractérisent par la nécessité du paiement d'une contribution afin d'être assuré social.
- Les organismes complémentaires correspondent aux catégories HF1.2.2 et HF2.1 :
  - Lorsqu'ils interviennent *via* des contrats collectifs, les organismes complémentaires relèvent de la catégorie HF1.2.2 (« *compulsory private insurance schemes* »). En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « assurance privée obligatoire » et elle est alors rapprochée pour les analyses de la catégorie HF1.2.1 de l'Assurance maladie (Sécurité sociale en France).
  - Lorsqu'ils interviennent *via* des contrats individuels, sur la base d'un choix individuel, les organismes complémentaires relèvent de la catégorie HF2.1 (« *voluntary health insurance schemes* ») En comparaison internationale, cette catégorie est désignée par « assurance privée facultative » et elle est alors rapprochée pour les analyses de la catégorie HF2 (voir *infra*).

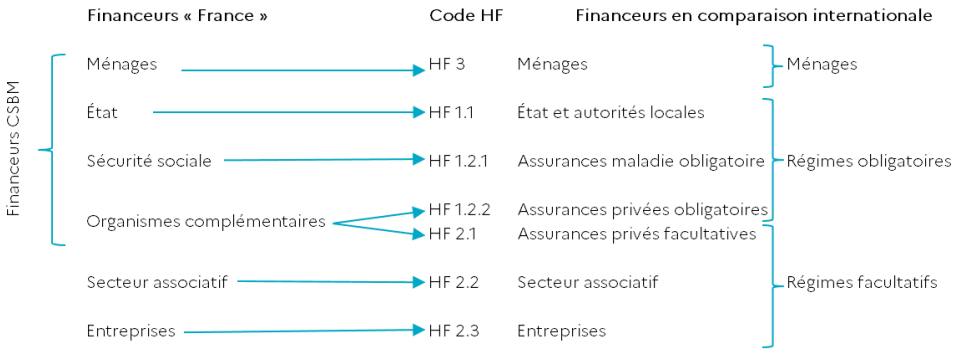
Le secteur associatif (institution sans but lucratif au service des ménages – ISBLSM) correspond à la catégorie HF2.2 (« *NPISH financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle.

- Les entreprises (hors organismes complémentaires) correspondent à la catégorie HF2.3 (« *entreprise financing schemes* »). En France, ce secteur intervient principalement pour la prévention institutionnelle *via* la médecine du travail.
- Les ménages correspondent à la catégorie HF3 (« *household out-of-pocket payment* »). Les dépenses associées sont aussi qualifiées de reste à charge des ménages.

Pour les comparaisons internationales, la catégorie HF2 (« *voluntary health care payment schemes* ») regroupe l'ensemble des « régimes facultatifs » (assurance privée facultative, financement direct par les entreprises et l'action du secteur associatif) par opposition aux « régimes obligatoires » et au financement direct par les ménages.

L'axe HF (financeur de la dépense) s'éloigne de la ventilation par secteurs institutionnels propre à la comptabilité nationale en introduisant un critère « obligatoire » *versus* « facultatif ». Dans le cas français, ce critère revient, depuis 2017, à séparer le financement des organismes complémentaires en considérant les prestations d'un contrat collectif comme obligatoires et les prestations d'un contrat individuel comme facultatives. En effet, la généralisation des assurances santé complémentaires privées à la suite de l'accord national interprofessionnel de 2013, amène à considérer comme obligatoire et à comptabiliser comme tel, depuis le 1er janvier 2016, une partie du financement précédemment considéré comme facultatif.

Schéma 1 Imbrication des financeurs de la CSBM et de la DCSi selon une approche France ou une approche de comparaison internationale prenant en compte le caractère facultatif et obligatoire de la dépense



Pour en savoir plus

> OECD, European Union, World Health Organization (2017, mars). *A System of Health Accounts 2011 – Revised edition*, OECD.

> Eurostat (2013). *Système européen des comptes, SEC 2010,* Union européenne.

Annexe 2

La méthodologie des comptes de la santé

Évaluer la dépense de santé nécessite de valoriser chacun des soins et biens médicaux consommés. Si l'existence d'un prix de marché facilite la mesure de la consommation, un prix qui n'est pas économiquement interprétable implique d'utiliser une méthodologie différente pour le calculer. Les comptes de la santé s'appuient pour cela sur les concepts de la comptabilité nationale qui distingue deux types de biens et de services :

- Les biens et les services « *marchands* » sont produits dans l'objectif d'être vendu sur le marché à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur pour couvrir *a minima* les coûts de production (rémunérations du personnel, achat des matières premières et des biens courants, loyers, impôts sur la production, etc.). La valeur retenue pour ces biens et services est le prix facturé hors impôt sur produit, mais y compris subvention sur produit qui est considéré comme une évaluation correcte de leur valeur économique. Dans les comptes de la santé, l'ensemble des soins ambulatoires et des soins en clinique privée sont classés dans cette catégorie.
- À l'inverse, les biens et les services « *non marchands* » sont produits sans objectif d'être vendu à un prix garantissant un revenu suffisant au producteur. L'activité de production « non marchande » ne vise donc pas à être économiquement rentable. Ces produits sont fournis en comptabilité nationale par les administrations publiques ou les organisations à but non lucratif (associations, etc.). Les prix affichés des biens et services non marchands sont considérés comme « économiquement non significatifs » et ne sont donc pas retenus pour estimer leur valeur économique « réelle ». Cette dernière est estimée par la somme des coûts impliqués dans le processus de production (principalement les salaires versés et les consommations intermédiaires). En comptabilité nationale, les soins hospitaliers publics s'apparentent à des services non marchands.

Les soins ambulatoires

Pour établir la consommation des soins ambulatoires, les comptes de la santé reposent principalement sur les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) des différents régimes obligatoires de l'Assurance maladie (régime général incluant la fonction publique, la Mutualité sociale agricole [MSA] et onze autres régimes spéciaux). Ces données comptables permettent de retracer les versements de l'Assurance maladie aux professionnels de santé, aux distributeurs de biens médicaux et aux établissements de santé ainsi que les remboursements de soins effectués par la Sécurité sociale aux assurés. Elles renseignent également, pour une année donnée, les transferts au profit des professionnels de santé (rémunération sur objectifs de santé publique [ROSP], rémunérations sur contrat, etc.) et les dotations aux provisions permettant d'estimer les dépenses qui n'ont pas encore été remboursées à la date de la clôture du compte (le concept de dépenses en date de soins étant privilégié).

La Caisse nationale d'Assurance maladie (CNAM), fournit en outre des estimations de taux moyen de remboursement (TMR) à partir des remontés statistiques : le TMR est le ratio entre le remboursement de la Sécurité sociale et la dépense présentée au remboursement qui comprend la dépense remboursée et le ticket modérateur. Ces TMR sont appliqués aux prestations versées par les régimes de Sécurité sociale enregistrées dans les données comptables afin d'obtenir une estimation de la dépense présentée au remboursement.

Les dépenses prises en charge par l'État sont évaluées grâce aux données de la CNAM pour les dépenses de la complémentaire santé solidaire (CSS, anciennement CMU-C) et de l'aide médicale d'État (l'AME). Les prises en charge des dépenses de santé des anciens combattants sont repérées dans les documents budgétaires des dépenses de l'État.

Les statistiques du Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram) donnent des éléments sur les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé. Elles permettent d'estimer également les honoraires des praticiens non conventionnés.

Les dépenses de biens médicaux (optique, prothèses, etc.), faiblement couvertes par l'Assurance maladie, sont retracées en utilisant les données du système national des dépenses de santé (SNDS), qui incluent, en plus des prestations délivrées par l'Assurance maladie, les tickets modérateurs et les dépassements.

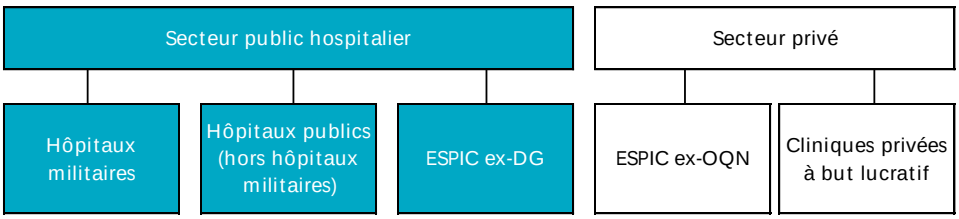
Les dépenses de médicaments non remboursables sont renseignées grâce aux données des Entreprises du médicament (LEEM) et de la Fédération des syndicats pharmaceutiques de France (FSPF). Les dépenses de médicaments remboursables achetés sans prescription (automédication) sont issues de l'Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable (Afipa) et les dépassements concernant les autres biens médicaux sont estimés grâce aux données du Sniiram.

Enfin, certaines dépenses non recensées dans les données disponibles sont estimées en proportion de la dépense connue.

Les soins hospitaliers

Dans les comptes de la santé, les hôpitaux du secteur public sont composés :
- des hôpitaux publics *stricto sensu ;*
- des hôpitaux militaires ;
- des établissements de santé privés d'intérêt collectif anciennement financés par dotation globale (ESPIC ex-DG).

Le secteur privé est, quant à lui, composé :
- des établissements de santé privés d'intérêt collectif ayant opté pour le régime conventionnel, dont les dépenses étaient anciennement encadrées par un objectif quantifié national (ESPIC ex-OQN) ;
- des établissements privés à but lucratif.



Les comptes de la santé retracent, dans l'agrégat principal de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), l'ensemble des soins délivrés par les hôpitaux. En revanche, les soins de longue durée (soins en unité de soins de longue durée [USLD], en établissement d'hébergement pour personnes âgées [EHPA] ou en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes [Ehpad], etc.) sont intégrés dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi), en dehors de la CSBM.

A. Les établissements de santé du secteur public
La méthodologie utilisée pour calculer la consommation de soins de santé dans le secteur public diffère de celle utilisée notamment pour les soins en ambulatoire, qui relèvent du secteur marchand.

La consommation de soins du secteur public (hors hôpitaux militaires) est évaluée dans le cadre des comptes nationaux comme la partie non marchande (voir *supra*) de la production du secteur hospitalier sur le champ de la santé. Tout d'abord, la production totale du secteur est obtenue en regroupant les coûts des différents facteurs de production utilisés : rémunération des salariés, consommations intermédiaires, impôts sur la production nets des subventions et consommation de capital fixe (c'est-à-dire dépréciation subie par le capital investi précédemment, par exemple l'usure des appareils d'imagerie médicale). De cette production sont ensuite retirées les ventes résiduelles

correspondant à une production marchande recouvrant, par exemple, la mise à disposition de personnel facturé, les majorations pour chambre particulière, repas et lit pour accompagnant, etc.
Le montant ainsi obtenu correspond à la production non marchande du secteur hospitalier qui recouvre également des activités non sanitaires telles que la formation ou l'hébergement. Le champ de la consommation de soins et de biens médicaux retenu dans les comptes de la santé est finalement obtenu en se restreignant à l'activité sanitaire.

Les données mobilisées permettent d'établir la consommation de soins du secteur public telle que définie ci-dessus et fournissent les paiements reçus des ménages. Les dépenses de l'État en faveur des hôpitaux étant également estimées à partir des données statistiques, le financement par la Sécurité sociale est obtenu par solde.
Le secteur hospitalier public étant déficitaire, la valeur de la production estimée par les coûts est supérieure à ses recettes. La consommation de soins du secteur public comprend par construction le déficit des hôpitaux qui est ainsi retracé dans la part financée par la Sécurité sociale.

(1) Facteurs de production tirés des emplois
Consommation intermédiaire
Rémunération des salariés
Impôts sur la production nets des subventions
Consommation de capital fixe
(2) Corrections - Hors champ
Ventes résiduelles
Production non marchande de services non sanitaires et corrections
(1) - (2) = Soins de santé du secteur public

À la production des hôpitaux publics civils ainsi calculée s'ajoute la production de santé des hôpitaux militaires (évaluée, par manque d'autres données, au montant de leurs financements) afin d'obtenir la dépense totale de santé du secteur public hospitalier[1].

B. Les établissements de santé du secteur privé
Dans les comptes de la santé, les soins hospitaliers du secteur privé comprennent les frais de séjour des services de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), psychiatrie (PSY) et soins de suite et de réadaptation (SSR), les médicaments et dispositifs médicaux implantables facturés en sus, les forfaits, les dotations de fonctionnement (missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation [MIGAC], incitation financière à l'amélioration de la qualité [IFAQ], coefficient prudentiel) et les honoraires des professionnels de santé libéraux.
La consommation de soins de santé hospitaliers du secteur privé est évaluée comme celle des soins ambulatoires, puisque ces secteurs sont considérés comme marchands au sens de la comptabilité nationale (voir *supra*).

C. Les **traitements spécifiques liés à l'épidémie de Covid**-19
Au cours de l'année 2020, l'Assurance maladie a mis en place des aides spécifiques en direction des praticiens et des établissements ayant subi des pertes d'activité à cause des mesures de restrictions sanitaires. Dans les comptes de la santé, ces aides ne sont pas considérées comme des dépenses de santé, mais comme des subventions à la production en direction du système de santé. Elles n'entrent donc pas dans le calcul de la CSBM, mais sont comptabilisées au sein du poste gouvernance des dépenses courantes de santé au sens internationale (DCSi).

1. Voir l'éclairage de l'édition 2015 des comptes de la santé « Les hôpitaux du secteur public hospitalier de 2009 à 2013 ».

Les dispositifs de soutien diffèrent selon le mode d'exercice :

- Pour les praticiens libéraux, un dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) a été mis en place à compter du mois de mai 2020. Il vise à garantir à chaque professionnel de santé la capacité à faire face à ses charges fixes professionnelles et à lui permettre de reprendre son activité au terme de la crise. Ces aides représentent une enveloppe de 1,4 milliard d'euros en 2020.
- Pour les cliniques privées, une garantie de financement a été mise en œuvre, afin d'assurer un niveau de financement au moins égal à celui de l'année 2019. Cette garantie s'élève à 1,0 milliard d'euros en 2020.
- Pour les établissements médicaux-sociaux, un mécanisme de compensation financière a aussi été mis en place, pour un montant de 0,5 milliard d'euros en 2020.
- Pour les hôpitaux publics, le cadre général des comptes nationaux ne prévoit pas que les services non marchands puissent recevoir de subventions à la production. Comme dans les précédentes éditionsd des comptes de la santé, la production de soins hospitaliers a été évaluée par les coûts de production des hôpitaux.

Annexe 3

Les révisions de l'édition 2020 des comptes de la santé

Conformément aux recommandations du code de bonnes pratiques de la statistique européenne, cette annexe présente les révisions effectuées d'une édition à l'autre des comptes de la santé en indiquant leur nature (intégration de nouvelles données, refonte méthodologique, correction, etc.) et leur ampleur.

Les différentes sources de révision des comptes de la santé

Chaque année, de nouvelles révisions sont apportées aux comptes de la santé afin d'accroître l'exhaustivité du champ et la précision des comptes. Trois types de révisions se distinguent : les révisions liées au caractère provisoire des données, les modifications de champs et les révisions méthodologiques.
Les révisions présentées dans cette annexe ont été intégrées à la production des comptes pour toutes les années 2010 à 2020. Pour la prochaine édition des comptes de la santé, il est prévu une rétropolation des données jusqu'à l'année 2001.

1) Les révisions liées au caractère provisoire des données

Les données sous-tendant l'élaboration des comptes de la santé peuvent être révisées par leurs producteurs du fait de leur caractère provisoire, jusqu'à être considérées comme définitives :

- Les tableaux de centralisation des données comptables (TCDC) sont utilisés dans les comptes de la santé pour élaborer les dépenses de santé financées par les régimes de base. Ces tableaux comptables suivent une logique de droits constatés et exigent donc de rattacher les dépenses de soins effectuées l'année *n* à l'exercice comptable de l'année *n*. Or une fraction de ces soins n'est connue qu'avec retard, en année *n+1*. Lors de la clôture des comptes de l'année *n*, les régimes estiment donc des provisions représentatives de ces soins à partir des dernières informations disponibles. Ensuite, au cours de l'année *n+1*, les dépenses réelles relatives à l'année *n* sont comptabilisées. De ce fait, chaque année, la dernière année des TCDC (2020 dans la présente édition) intègre donc *de facto* des corrections de dépenses ayant trait à l'exercice de l'année précédente (2019 dans la présente édition). À l'inverse, les données des TCDC des années antérieures sont considérées comme définitives.
- Les dépenses de soins hospitaliers du secteur public sont construites à partir des données de l'Insee, consolidées jusqu'à deux ans après leur production (passage du compte provisoire au compte semi-définitif puis au compte définitif) : dans cette édition des comptes de la santé, les données 2019 et 2020 doivent donc être considérées comme révisables. Les données de 2018 et antérieures sont définitives, sauf changement de base de l'Insee.
- Les données relatives aux dépenses des organismes complémentaires sont considérées comme définitives avec un an de décalage. Ainsi, dans l'édition 2021 des comptes de la santé, les données 2020 sont provisoires, celles de 2019 et antérieures sont définitives.
- Enfin, les comptes de la santé s'appuient également sur des données statistiques complémentaires des régimes (voir *annexe 2* sur la méthodologie des comptes de la santé). Liées à la dynamique de remontées des feuilles de soins, ces données statistiques peuvent être révisées jusqu'à deux ans après la date des soins qu'elles concernent.

2) Les modifications de champ

Les comptes de la santé s'appuient sur les concepts mis en place au niveau international dans le cadre du Sytème des comptes de la santé (*System of Health Accounts*, SHA), permettant d'effectuer les comparaisons des dépenses de santé entre les différents pays. Ces concepts sont développés dans le manuel SHA, rédigé conjointement par l'OCDE et Eurostat. Afin de s'approcher au maximum des standards préconisés au niveau international, deux révisions de champ ont été intégrées à l'occasion de l'élaboration de cette édition 2021 des comptes de la santé.

a) L'ajout des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) à la CSBM

Les SSIAD étaient jusque-là comptabilisées dans la dépense courante de santé au sens international, mais étaient exclus de la dépense de soins et de biens médicaux (CSBM). Afin de rapprocher les

deux agrégats, il a été décidé d'ajouter les SSIAD dans le poste des soins infirmiers de la CSBM. Cette révision accroît la CSBM de 1 882 millions d'euros en 2020 (*tableau 1*).

Tableau 1 Montant des dépenses au titre des SSIAD entre 2011 et 2020

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
SSIAD	1 466	1 541	1 607	1 638	1 660	1 678	1 724	1 742	1 762	1 882

Source > DREES, comptes de la santé.

b) L'intégration des remises conventionnelles

En France, la négociation des prix des produits de santé avec les producteurs est menée par le comité économique des produits de santé (CEPS), pour le compte de l'Assurance maladie. Ces négociations peuvent déboucher pour certains produits au versement de remises dites conventionnelles par les producteurs au bénéfice de l'Assurance maladie. Principal financeur des dépenses de médicaments en France, cette dernière est à la fois le requérant et le bénéficiaire de ces remises.

En 2021, une notice méthodologique a été rédigée par l'OCDE afin de préciser la façon dont devaient être comptabilisées les remises conventionnelles dans les dépenses de santé au sens international. Suivant cette notice, les remises conventionnelles doivent être considérées comme des rabais relevant d'un mécanisme de négociation des prix *ex ante* entre acheteur et producteur. Elles doivent donc venir se déduire de la part des dépenses de médicaments payée par l'Assurance maladie. Elles contribuent ainsi à réduire le prix final payé par le financeur.

En France, ces remises conventionnelles sont de trois types :

- Les remises ATU pour les médicaments sous autorisation temporaire d'utilisation. Ces remises visent à réduire le prix des nouveaux médicaments innovants. Ces médicaments étant assez onéreux, ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie. Ces remises pouvant être reliées à un médicament particulier, elles ont été intégrées dans les comptes de la santé.
- Les remises produits, liées à des volumes de vente sur certains médicaments. Individualisables elles aussi, elles sont prises en compte dans les comptes de la santé.
- Les remises globales, indexées sur le chiffre d'affaires global des fabricants. Non individualisables, ces remises sont considérées comme des prélèvements obligatoires dans la comptabilité nationale. Dans le cadre des comptes de la santé, il a été aussi estimé que ces remises ne pouvaient être rattachées clairement à un médicament précis. Elles sont donc enregistrées comme des taxes payées par l'industrie pharmaceutique, contrairement aux autres formes de remises enregistrées en moindres dépenses. En 2020, ces remises globales représentent 1 % du montant total des remises conventionnelles.

Dans les précédentes éditions des comptes de la santé, les remises conventionnelles étaient comptabilisées au sein de la dépense courante de santé au sens international. Leur intégration dans la CSBM la réduit de 4,0 milliards d'euros en 2020 (*tableau 2*). Ces remises ont fortement progressé au cours des dernières années. Leur prise en compte impacte donc aussi les évolutions publiées cette année par rapport aux précédentes publications.

Tableau 2 Montant des dépenses au titre des remises conventionnelles entre 2011 et 2020

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Hôpital public	-62	-60	-77	-171	-163	-211	-266	-354	-518	-1 264
Cliniques privées	-25	-24	-31	-67	-64	-84	-105	-140	-205	-259
Médicaments en ville	-257	-247	-320	-706	-674	-875	-1 101	-1 465	-1 639	-2 501
Ensemble des remises	-344	-330	-428	-944	-901	-1 170	-1 472	-1 959	-2 362	-4 024

Champ > Remises ATU et remises produits, hors remises globales.
Source > DREES, comptes de la santé.

3) Les révisions méthodologiques

En sus de la mise à jour des données, différentes révisions méthodologiques liées au traitement de ces données peuvent être réalisées afin d'améliorer la qualité des résultats des comptes (*tableau 3*).

Dans l'édition 2020, plusieurs améliorations avaient été apportées aux comptes :

- Répartition des contrats et des rémunérations forfaitaires entre les différents postes.
- Amélioration du calcul des séries d'indices de prix utilisées pour affiner le partage volume/prix.

Dans l'édition 2021, les améliorations méthodologiques sont les suivantes :

- **Amélioration du partage des dépenses en ville selon le lieu d'exécution.** Cette nouvelle méthode de répartition des dépenses entre les différents lieux d'exécution majore les dépenses en cliniques privées de 500 millions d'euros en 2019 et réduit d'autant les dépenses des médecins spécialistes en ville.
- **Amélioration du calcul des dépassements.** Le calcul des dépassements se fonde à présent sur des données plus exhaustives. Les dépassements des médecins spécialistes et des dentistes sont révisés à la hausse, de respectivement 150 et 160 millions d'euros.
- **Utilisation des données économiques pour les biens médicaux.** Sur le champ des biens médicaux, où le financement par l'Assurance maladie est assez faible (par exemple l'optique), les données comptables devaient être enrichies par des données statistiques. Après expertise, la bascule de l'ensemble du compte des biens médicaux vers les données statistiques tirées du système national des dépenses de santé (SNDS) modifie peu le niveau des dépenses prises en charge par l'Assurance maladie et enrichissent considérablement le niveau de détail des données sur ce poste. Cette bascule augmente le niveau des dépenses des biens médicaux de 250 millions d'euros en 2020.
- **Autres corrections.** Des révisions méthodologiques ont été apportées sur le calcul du forfait journalier (révision à la baisse de 160 millions d'euros), sur le calcul du ticket modérateur des médicaments (révision à la hausse de 100 millions d'euros). Enfin, de nouveaux postes de dépenses ont été intégrés à la consommation de soins et de biens médicaux (honoraires de soins des pharmaciens pour 30 millions d'euros et coefficient prudentiel pour 70 millions d'euros).

Tableau 3 Bilan des révisions par poste en 2019

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2019		Écart	
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2020	En millions d'euros	En %
Hôpitaux publics	74 505	74 892	-387	-0,5
Cliniques privées	22 416	22 141	275	1,2
Médecins généralistes	9 912	9 754	159	1,6
Médecins spécialistes	12 366	12 902	-536	-4,3
Sages-femmes	394	389	5	1,2
Dentistes	11 958	11 801	157	1,3
Infirmiers	10 576	8 811	1 765	16,7
Masseurs-kinésithérapeutes	6 453	6 465	-12	-0,2
Orthophonistes	1 204	1 200	4	0,4
Orthoptistes	275	275	0	0,0
Pédicures	44	43	0	0,3
Cures thermales	398	398	1	0,2
Laboratoires	4 513	4 525	-13	-0,3
Médicaments	31 257	32 592	-1 335	-4,3
Biens médicaux	17 043	16 798	245	1,4
Transports médicaux	5 058	5 051	7	0,1
CSBM	**208 372**	**208 037**	**335**	**0,2**

Source > DREES, comptes de la santé.

Par postes de dépenses, les révisions les plus importantes sont liées aux modifications du champ (*tableau 4*) et concernent l'hôpital public, les soins infirmiers et les médicaments. En excluant ces modifications, les autres types de révisions touchent particulièrement le poste des médecins spécialistes (-4,3 % en 2019) essentiellement du fait de la révision de la répartition des soins par lieu d'exécution.
La majeure partie de la révision de la CSBM de 2019 s'explique par les modifications de champs (-600 millions d'euros), mais les révisions des données (585 millions d'euros) et les consolidations des données provisoires (350 millions d'euros) influent aussi sur les données diffusées cette année.
Les révisions méthodologiques ont un effet important sur le reste à charge des ménages, il était évalué en 2019 à 6,9 % (*tableau 5*) de la CSBM dans la précédente édition contre 7,2 % dans l'édition 2021, soit une hausse de 0,3 point.

Tableau 4 Synthèse de l'impact des révisions sur la CSBM de 2019 entre l'édition 2020 et 2021, par source de révision

En millions d'euros

	Révision de la CSBM de 2019
Consolidation des données provisoires	**350**
Hôpital	140
Médicaments	40
Honoraires médecins généralistes	30
Médicaments non remboursables	40
Modification du champ	**-600**
Remises conventionnelles	-2 360
Ajout du SSIAD	1 760
Révisions des données	**585**
Forfait journalier clinique	-160
Ajout coefficient prudentiel clinique	70
Bascule aux données statistiques pour les biens médicaux	250
Dépassement dentistes	160
Dépassement spécialistes	150
Ajout honoraire soin des pharmaciens	30
Ticket modérateur médicament	100
Autres révisions	-15
Ensemble des révisions	**335**

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 Révision des dépenses de santé entre l'édition 2021 et l'édition 2020, par financeur

*En millions d'euros et en **point de pourcentage***

	En millions d'euros			En point de pourcentage		
	2017	2018	2019	2017	2018	2019
Sécurité sociale	362	-19	-346	-0,1	-0,2	-0,3
État, CSS versée par les organismes de base	-128	-54	-36	-0,1	0,0	0,0
Organismes complémentaires	-16	-32	-22	-0,1	0,0	0,0
Ménages	510	580	740	0,2	0,3	0,3
CSBM	728	476	337	so	so	so

Lecture > Dans l'édition 2021 de cet ouvrage, la CSBM a été révisée à la hausse de 337 millions d'euros pour l'année 2019. Les dépenses de santé prises en charge par les ménages ont été révisées à la hausse de 740 millions d'euros. Dans l'édition 2021, la part des dépenses à la charge des ménages représente 7,2 % de la CSBM contre 6,9 % dans la précédente édition, soit une révision de +0,3 point de pourcentage.
Sources > DREES, comptes de la santé (éditions 2019 et 2020).

En excluant les modifications de périmètre de la CSBM, le montant des révisions a tendance à s'accroître sur les quatre dernières années (*tableau 6*), alors qu'elles restaient assez stables les années antérieures (entre +0,0 % à +0,1 %). À l'inverse, les modifications de périmètre (ajout des SSIAD et des remises conventionnelles) ont une influence plus forte sur les années les plus anciennes. En effet, le montant des remises conventionnelles retranché à la dépense est relativement bas en début de période et augmente fortement et de façon continue sur les années récentes.
Enfin, d'autres travaux méthodologiques sont en cours, en particulier sur le calcul du ticket modérateur et sur l'utilisation des données économiques pour d'autres postes de dépenses. Ces travaux ont débuté en 2021 et seront poursuivis au premier semestre 2022. Leur aboutissement est susceptible de modifier les résultats présentés dans l'édition 2021 des comptes de la santé.

Tableau 6 Synthèse des révisions des dépenses de santé (CSBM) entre 2010 et 2019

En % de la CSBM

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Écart intégrant les modifications de champ	0,7	0,7	0,7	0,8	0,5	0,4	0,4	0,4	0,2	0,2
Écart à champ constant	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,4

Sources > DREES, comptes de la santé.

Révisions de la dépense courante de santé au sens international (DCSi)

Les révisions de la CSBM s'appliquent également à la DCSi. Mais l'agrégat prenant en compte davantage de dépenses de santé, certaines modifications méthodologiques s'appliquent uniquement à la DCSi.

Ainsi, entre l'édition 2020 de l'ouvrage et l'édition 2021, la DCSi de 2018 est révisée de +0,1 %, soit une révision de 0,3 milliard (*tableau 7*).

Sur le champ spécifique de la DCSi, ce sont les dépenses de gouvernance qui sont principalement révisées en lien avec un élargissement du champ de la fonction gouvernance qui intègre à présent les subventions (*tableau 8*). Les subventions en 2018 comprennent essentiellement la prise en charge par l'Assurance maladie des cotisations sociales des professionnels de santé, les dotations versées pour l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (issues de la dotation du Fonds d'intervention régional), les participations de l'Assurance maladie à divers opérateurs de santé (Institut national de la transfusion sanguine, etc.) et l'aide à la télétransmission. Au total, ces subventions pérennes représentent 3,3 milliards d'euros en 2018.

Le poste gouvernance devra augmenter de nouveau dans le cadre de l'exercice 2020 de la DCSi dans la mesure où des dispositifs exceptionnels mis en place dans le cadre de la lutte contre l'épidémie de Covid-19, tels que le dispositif d'indemnisation à la perte d'activité (DIPA) ou les garanties de financement à destination des cliniques privées et des établissements médico-sociaux, seront comptabilisés dans ce poste (+3 milliards d'euros en 2020).

Les révisions méthodologiques sur la CSBM ont également des conséquences sur l'agrégat DCSi. Les remises conventionnelles qui sont désormais comptabilisées en moindre dépense de médicaments étaient auparavant enregistrées en moindre dépense de gouvernance. Cette nouvelle comptabilisation des remises conduit ainsi à une réduction sur les biens médicaux de ce poste pour un montant de 1,0 milliard en 2018. Les révisions méthodologiques sur le calcul des dépenses auxiliaires, et notamment sur le poste de radiologie, conduisent également à une diminution de 1,5 milliard. Concernant les soins courants, il s'agit essentiellement de révisions liés à la consolidation des données provisoires.

Les SSIAD dans le cadre de la DCSi sont toujours comptabilisés dans le poste « soins de longue durée » et ne sont pas comptabilisés parmi les soins courants.

Les révisions de la DCSi présentées ici ont été intégrées à la production des comptes pour toutes les années de 2013 à 2019.

Tableau 7 Bilan des révisions de la DCSi par fonction en 2018

En millions d'euros

	Montants publiés pour l'année 2018		Révision	
	Dans l'édition 2021	Dans l'édition 2020	En niveau	En %
Soins courants	140 926	142 099	-1 173	-0,8
Services auxiliaires	12 253	13 822	-1 569	-12,8
Biens médicaux	47 754	48 785	-1 031	-2,2
Soins de longue durée	41 244	41 371	-127	-0,3
Prévention	4 986	4 777	209	4,2
Gouvernance	18 939	14 909	4 030	21,3
DCSi	266 101	265 764	337	0,1

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 8 Les subventions au système de soins

En millions d'euros

	2013	2016	2017	2018	2019	2020
Subvention pérenne	2 768	3 485	3 321	3 347	3 608	3 633
Subvention exceptionnelle liée à la lutte contre l'épidémie de Covid-19						2 993
Total subventions	2 768	3 485	3 321	3 347	3 608	6 625

Source > DREES, comptes de la santé.

Annexe 4

Le partage volume/prix dans les comptes de la santé

L'un des principaux objectifs des comptes nationaux de la santé (CNS) est de mesurer l'effort que la France consacre à la santé. Pour cela, les CNS fournissent chaque année une estimation détaillée de la valeur des soins et biens médicaux consommés en France. Ces données sont exprimées en valeurs monétaires (en euros). Toutefois, cette première approche des dépenses en valeur n'est pas suffisante pour appréhender pleinement l'évolution des dépenses. En effet, les dépenses en valeur peuvent évoluer à la suite d'une modification des prix (effet prix) ou d'une variation des volumes (effet volume). Les volumes peuvent quant à eux varier en raison d'une modification des quantités consommées (effet quantité) ou de changements de qualité (effet qualité).
La décomposition de l'évolution de la valeur entre celle des volumes et des prix (ou partage volume/prix) cherche à distinguer l'ensemble de ces effets.

Les indices de prix et de volume en comptabilité nationale

Les flux qui sont représentés dans les comptes nationaux correspondent aux transactions économiques mesurées en termes monétaires. L'utilisation de l'unité monétaire comme étalon de référence permet d'agréger des opérations élémentaires qui portent sur des produits (biens ou services) hétérogènes.
Pour une transaction ayant porté sur un bien, la valeur monétaire de cette transaction synthétise deux réalités distinctes : d'une part, le nombre d'unités physiques du bien échangées au cours de la transaction, et d'autre part, le prix de chaque unité physique du bien, c'est-à-dire la valeur pour laquelle s'échangerait une unité du même bien. Ainsi, pour un produit homogène, la décomposition élémentaire s'écrit en niveau :

$$\mathrm{val}(i,t) = \mathrm{vol}(i,t) \times \mathrm{prix}(i,t)$$

où *i* désigne le produit homogène considéré et *t* la date.

Ainsi, l'évolution entre deux dates de la valeur d'un produit déterminé résulte d'une variation des volumes d'une part, et d'une variation des prix d'autre part. Le partage volume/prix de la valeur s'obtient en combinant des indices d'évolution, c'est-à-dire des indicateurs qui s'interprètent uniquement en termes d'évolution (et non en niveau) :

$$I^{val}(i,t) = I^{vol}(i,t) \times I^{p}(i,t)$$

avec $I^{val}(i,t) = \frac{\mathrm{val}(i,t)}{\mathrm{val}(i,t-1)}$, $I^{vol}(i,t) = \frac{\mathrm{vol}(i,t)}{\mathrm{vol}(i,t-1)}$ et $I^{p}(i,t) = \frac{\mathrm{prix}(i,t)}{\mathrm{prix}(i,t-1)}$

Transcrire à un ensemble de produits (plus ou moins hétérogènes) ce partage effectué pour un produit homogène donné nécessite de définir des modalités d'agrégation. En effet, avec des produits hétérogènes, la somme de volumes physiques ne fait pas sens. Par exemple, un nombre de boîtes de médicaments ne s'additionne pas avec un nombre de séances de dialyse. La comptabilité nationale introduit la notion de « volumes aux prix de l'année précédente » qui somme les volumes élémentaires en les pondérant par les prix de l'année précédente afin de sommer des grandeurs toutes homogènes à des euros de l'année précédente. L'évolution de la valeur d'un ensemble de produits hétérogènes se décompose ainsi entre une variation de volumes au prix de l'année précédente et un effet de prix.

En pratique, la relation fondamentale du partage de la valeur en volume et prix est utilisée de manière équivalente pour déduire l'un des trois facteurs des deux autres : dans la plupart des cas, l'évolution de la valeur et celle de l'indice de prix sont connues, et l'évolution des volumes en est déduite.

La construction des indices
Notations :
Soit un panier de produits élémentaire homogène. *Val(t)* désigne à la date *t* sa valeur, *Vol(t)* son volume et *P(t)* son prix.
i désigne un produit élémentaire homogène échangé à la date *t* en quantité *q(i,t)* à un prix *p(i,t)*, *val(i,t)* est sa valeur.

Valeurs :
La valeur à la date *t* du panier considéré est par définition :

$$\mathrm{Val}(t) = \sum_i \mathrm{val}(i,t) = \sum_i q(i,t) \times p(i,t)$$

L'indice d'évolution de la valeur globale du panier dépend des prix et des quantités des années *t* et *t-1* :

$$\frac{\mathrm{Val}(t)}{\mathrm{Val}(t-1)} = \frac{\sum_i \mathrm{val}(i,t)}{\sum_i \mathrm{val}(i,t-1)} = \frac{\sum_i q(i,t) \times p(i,t)}{\sum_i q(i,t-1) \times p(i,t-1)}$$

La logique du partage volume/prix stipule que l'indice (d'évolution) de valeur est aussi le produit entre l'indice (d'évolution) de volume et l'indice (d'évolution) de prix.

Volumes :
Le volume du panier à la date *t*, défini dans les comptes de la santé comme « aux prix de l'année précédente », est :

$$\mathrm{Vol}(t) = \sum_i q(i,t) \times p(i,t-1)$$

Pour construire un indice d'évolution, il est supposé que le volume et la valeur sont égaux une année de référence, dite année de base. Dans une approche « au prix de l'année précédente », comme dans le présent ouvrage, l'année de référence est toujours l'année précédente.

L'indice d'évolution de volume est un indice dit de Laspeyres :

$$\frac{\mathrm{Vol}(t)}{\mathrm{Vol}(t-1)} = \frac{\sum_i q(i,t) \times p(i,t-1)}{\sum_i q(i,t-1) \times p(i,t-1)} = \sum_i \left[\left(\frac{\mathrm{val}(i,t-1)}{\mathrm{Val}(t-1)}\right) \times \frac{q(i,t)}{q(i,t-1)}\right]$$

L'évolution en volume aux prix de l'année précédente correspond à la somme des évolutions en quantité des biens élémentaires pondérées par le poids dans la valeur à la date précédente.

Prix :
L'indice des prix se déduit de la construction de l'indice de volume ; il prend la forme d'un indice dit de Paasche :

$$\begin{aligned}\frac{P(t)}{P(t-1)} &= \frac{\mathrm{Val}(t)/\mathrm{Val}(t-1)}{\mathrm{Vol}(t)/\mathrm{Vol}(t-1)} \\ &= \frac{\sum_i q(i,t) \times p(i,t)}{\sum_i q(i,t-1) \times p(i,t-1)} \times \frac{\sum_i q(i,t-1) \times p(i,t-1)}{\sum_i q(i,t) \times p(i,t-1)} \\ &= \frac{\sum_i q(i,t) \times p(i,t)}{\sum_i q(i,t) \times p(i,t-1)}.\end{aligned}$$

L'évolution du prix du panier fait intervenir les prix aux deux dates et la quantité uniquement à la date *t*.
L'indice de prix se définit donc comme une mesure synthétique de l'évolution de prix de biens et services. Celui-ci n'évolue pas comme un prix moyen. En effet, un prix moyen est généralement obtenu en divisant la somme des prix de vente des biens vendus pendant une période donnée par le nombre de ces biens. Sa variation dans le temps peut dépendre non seulement de la variation du prix de chaque bien considéré individuellement mais également par exemple de la variation de la structure des biens vendus. À l'inverse, l'indice de prix mesure la variation du prix des biens d'un panier fixe de biens et services : il a donc pour objectif précis de refléter l'évolution du prix des biens indépendamment de la structure des biens vendus.

Prix – quantité – qualité :
Le partage ci-dessus permet d'agréger différents biens entre eux mais suppose que les biens restent homogènes dans le temps, seuls leurs prix et leurs quantités consommées évoluent. Cette stabilité est rarement constatée, d'autant plus que la plage temporelle est grande ou que le panier est large. Dans ces cas-là, les indices de prix cherchent toujours à mesurer un effet prix « pur » c'est-à-dire à mesurer l'évolution des prix comme si les produits ne changeaient pas. Les indices de prix sont dits « à qualité constante ». En conséquence, l'indice de volume combine deux facteurs : un facteur quantité (parfois appelé « volumes physiques ») et un facteur « qualité ». Par exemple, dans la consommation de voitures, la quantité peut être appréciée par l'évolution du nombre de véhicules vendus, la qualité appréciée par la montée en gamme (ABS, radar de recul, etc.) et l'évolution du prix comme la dynamique des prix unitaires hors montée en gamme. La comptabilité nationale considère que la qualité peut être définie à partir des facteurs suivants :

- une amélioration ou dégradation de la qualité intrinsèque des produits ou services consommés ;
- un changement de la structure de consommation à prix inchangés ;
- une modification des circuits de distribution.

Il ne faut pas confondre le concept de qualité tel que défini en comptabilité nationale avec la mesure de la qualité thérapeutique des soins, par exemple définie par l'Institut de médecine des États-Unis comme « la capacité des services de santé destinés aux individus et aux populations d'augmenter la probabilité d'atteindre les résultats de santé souhaités, en conformité avec les connaissances professionnelles du moment ». Le concept de qualité de la comptabilité nationale peut se voir comme une propension à payer plus grande, que cette propension soit ou non (à tort ou à raison) scientifiquement justifiée.
La notion de volume au niveau agrégé est donc plus riche que la notion de quantité mise en avant au niveau micro-économique car elle combine une dimension qualité et une dimension quantité. Si le partage de la valeur en volume et prix est bien établi dans les comptes de la santé, le partage du volume en quantité et qualité est un axe de développement méthodologique embryonnaire.

En pratique, l'indice de volume peut également se définir comme le rapport entre l'indice de valeur et l'indice de prix. L'effet qualité peut également s'interpréter comme la part de la dynamique des volumes inexpliquée par la dynamique des quantités.

Les indices de prix dans les comptes nationaux de la santé

Le prix des soins hospitaliers publics
Les soins hospitaliers publics sont considérés comme des services non marchands[1]. Les prix ne sont pas directement observables. L'indice de prix est donc déduit par une mesure directe du volume de service fournie par les établissements de santé publics (méthode *output* à partir des divers indicateurs d'activité hospitalière fournis par l'enquête Statistique annuelle des établissements [SAE] réalisée par la DREES, ainsi que des données d'activité fournies par l'ATIH).

Le prix des soins en cliniques privées
À la différence du secteur public, pour les cliniques privées la croissance en volume se déduit de la croissance en valeur, corrigée de l'évolution des prix. L'indice de prix utilisé pour les séjours en cliniques privées résulte de la composition d'indices élémentaires fournis par la CNAM et la direction générale de l'offre de soins (DGOS) sur la part tarifaire (tarifs infra-annuels réglementaires des GHS pour les activités MCO et tarifs PSY-SSR), la liste en sus et la contribution demandée aux assurés (forfait journalier). Il est conjugué à l'indice de prix des honoraires des praticiens (y compris analyses biologiques)[2].

1. Les services non marchands sont des services qui sont fournis gratuitement ou à des prix qui ne sont pas économiquement significatifs.
2. Dans les comptes de la santé, la consommation de soins en cliniques privées comprend également les honoraires perçus par les professionnels de santé exerçant en tant que libéraux au sein de ces établissements.

Le prix des soins de médecins, de sages-femmes et de dentistes

L'indice des prix à la consommation produit par l'Insee mesure l'évolution des prix des biens et services consommés par les ménages. Dans le cas des soins de médecins, de sages-femmes et de dentistes, il retrace l'évolution des prix payés par les ménages, majorations et dépassements inclus, avant remboursement par l'Assurance maladie et les organismes complémentaires. Par conséquent, il n'intègre pas les rémunérations forfaitaires qui ne sont pas facturées aux ménages, mais prises en charge par l'Assurance maladie.

Dans le cas des soins de médecins, l'indice est calculé sur l'ensemble des soins de médecins, y compris les honoraires perçus en cliniques privées. Il est toutefois appliqué au champ légèrement différent des soins de médecins et de sages-femmes au sens des comptes de la santé (*i.e.* hors honoraires en cliniques privées). Depuis 2016, l'Insee produit deux indices spécifiques pour chaque catégorie de médecins (généralistes et spécialistes). Jusqu'en 2016, les soins de médecins généralistes et spécialistes sont déflatés *via* l'indice de prix global. À partir de l'année 2016, les soins de médecins généralistes et spécialistes sont déflatés par les indices spécifiques.

Le prix des soins sur lettres-clés (masseurs-kinésithérapeutes, infirmiers, etc.)

Le prix d'un acte est défini à partir d'une lettre-clé et d'un coefficient pour certains postes, par exemple les soins de masseurs-kinésithérapeutes, les analyses de laboratoires, les soins des infirmiers, etc. Pour ces actes, la prise en charge par la Sécurité sociale est déterminée par le produit entre une lettre-clé, à laquelle correspond un certain montant ou tarif en euros, et la cotation de cet acte c'est-à-dire à un certain nombre de lettres-clés. Par exemple, pour les soins infirmiers, la lettre AMI vaut 2,65 euros (tarif France métropolitaine – avril 2017), tandis qu'un prélèvement par ponction veineuse directe effectuée par un infirmier est côté 1,5 AMI. Le coût du prélèvement est donc 3,98 euros (1,5 x 2,65 euros).

Pour les postes des soins de masseurs-kinésithérapeutes et des soins infirmiers, l'indice des prix à la consommation produit par l'Insee suit les évolutions des lettres-clés définies par l'Assurance maladie. Avec un indice de prix calé sur les évolutions des lettres-clés, les négociations entre l'Assurance maladie et les professionnels de santé aboutissant à des changements de cotation (et non à des revalorisations de lettres-clés) n'influencent pas l'indice de prix, et sont donc enregistrées dans les comptes de la santé comme des effets sur les volumes.

Le prix des analyses de laboratoire

Pour le poste des analyses de laboratoire, l'indice de prix est calculé à partir du prix facturé sur un ensemble d'actes de laboratoire (par exemple : 1104 - Hémogramme y compris plaquettes [NFS, NFP], 1208 - T.S.H, examen de diagnostic d'une dysthyroïdie de première intention ou examen de suivi thérapeutique, etc.).

L'indice de prix combine donc l'évolution des lettres-clés et des cotations. L'indice le plus représentatif est disponible qu'à partir de 2019 ; sur les années antérieures, l'indice de prix a été rétropolé sur un échantillon plus restreint d'actes de laboratoire. Avant l'édition 2020, l'indice de prix a été calculé en suivant uniquement la valeur des lettres-clés, comme pour les masseurs kinésithérapeutes, infirmiers, etc.

Le prix des rémunérations forfaitaires

Depuis l'édition 2020 des comptes de la santé, les rémunérations forfaitaires sont, pour la plupart d'entre elles, retracées directement dans les postes auxquelles elles se réfèrent. L'indice de prix qui est appliqué aux rémunérations forfaitaires est, par convention, le même indice que pour le reste du poste (par exemple : le prix des rémunérations forfaitaires des médecins généralistes suit celui du poste médecin généraliste).

Le prix des médicaments

Les indices de prix à la consommation (IPC) des médicaments (spécialités remboursables et spécialités non remboursables) sont ceux calculés par l'Insee. Les prix retenus sont les prix de vente TTC en officines, avant prise en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires. L'IPC cherchant à mesurer l'évolution des prix, un nouveau médicament n'est intégré effectivement à l'indice que l'année suivant son introduction *via* sa dynamique de prix et non directement son niveau.

Dans le cas des médicaments, un médicament est considéré comme nouveau s'il contient une nouvelle molécule (ou une nouvelle association de molécules), ou s'il correspond à une présentation

nouvelle d'anciennes molécules (par exemple, le passage d'une présentation sous forme de comprimés à une présentation sous forme de sirop). À l'inverse, un médicament n'est pas considéré comme un produit nouveau mais comme un substitut à des produits existants lorsqu'il s'agit d'un médicament générique ou si, par exemple, la présentation passe de 20 à 30 comprimés par boîte.

Ainsi, la baisse des prix observée depuis de nombreuses années n'est pas uniquement due à l'effet des génériques et des baisses de prix ciblées, mais aussi au mode de calcul de l'indice, effectué à qualité constante. Les médicaments innovants n'intégrant l'échantillon suivi que l'année après leur mise sur le marché, l'indice ne retrace pas le fait qu'ils sont généralement plus coûteux que les médicaments déjà existants.

Le déremboursement d'un médicament n'a pas d'effet direct sur l'indice global des prix. Mais si le prix du médicament change à l'occasion de son déremboursement, cela aura toutefois un impact sur les deux indices de prix calculés par l'Insee : l'indice de prix des médicaments remboursables et l'indice de prix des médicaments non remboursables.

Le calcul du prix des médicaments est exposé de façon détaillée dans **Aunay, T.,** (2012, juillet). Les prix des médicaments de 2000 à 2010. Insee, *Insee Première*, 1408.

Le prix des autres biens médicaux

Le prix des « matériels, aliments et pansements » est également calculé à partir de l'indice des prix à la consommation (IPC) de l'Insee. Il intègre l'indice de prix des « autres produits pharmaceutiques » (pansements, bandelettes réactives pour personnes diabétiques, etc.), celui du matériel médico-chirurgical, le reste de l'indice étant relatif aux nutriments spécifiques, aux gaz industriels (oxygénothérapie), à la location de matériel à des particuliers, etc. Ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.

De même, le prix des « orthèses, prothèses externes et VHP » s'obtient à partir de l'IPC : indices de prix des orthèses, des articles chaussants à maille (bas de contention), des appareils orthopédiques et autres prothèses, des prothèses auditives, du matériel électro-médical (stimulateurs cardiaques), des véhicules pour handicapés physiques (VHP), etc. Comme pour les petits matériels et pansements, ces indices élémentaires sont pondérés par le poids de chaque poste dans la dépense.
Enfin, pour l'optique, l'IPC fournit un indice de prix élémentaire des lunettes correctrices (à qualité constante).

Annexe 5

Liste des sigles utilisés

A

ABM : Agence de biomédecine
ACPR : Autorité de contrôle prudentiel et de résolution
ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé
ACTP : allocation compensatrice pour tierce personne
ADELI : automatisation des listes
AFIPA : Association française de l'industrie pharmaceutique pour une automédication responsable
AIS : actes infirmiers de soins
AIVQ : activités instrumentales de la vie quotidienne
ALD : affection de longue durée
AMC : assurance maladie complémentaire
AME : aide médicale de l'État
AMI : actes médicaux infirmiers
AMK : actes de masso-kinésithérapie
AMM : autorisation de mise sur le marché (des médicaments)
AMO : assurance maladie obligatoire
AMOS : assurance maladie – offre de soins (base de données de l'Assurance maladie)
AMY : actes d'orthoptie
ANAP : Agence nationale d'appui à la performance
ANR : Agence nationale de la recherche
ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
APA : allocation personnalisée d'autonomie
ARS : agence régionale de santé
ASIP : Agence des systèmes d'informations partagés de santé.
ATIH : Agence technique de l'information sur l'hospitalisation
AT-MP : accidents du travail-maladies professionnelles
AVQ : activités de la vie quotidienne

C

CAHT et CATTC : chiffre d'affaires hors taxes et chiffre d'affaires toutes taxes comprises
Camieg : Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières
CAMSP : Centre d'action médico-sociale précoce
CCAM : classification commune des actes médicaux
CCSS : Commission des comptes de la Sécurité sociale
CCMSA : Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole
CEPS : Comité économique des produits de santé
CGOS : Comité de gestion des œuvres sociales des établissements hospitaliers
CIP : Code d'identification des présentations (des médicaments)
CMPP : Centre médico-psycho-pédagogique
CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire
CNAM : Caisse nationale de l'Assurance maladie (remplace la CNAMTS à partir de 2018)
CNETh : Conseil national des exploitants thermaux
CNG : Centre national de gestion des praticiens hospitaliers et des personnels de direction de la fonction publique hospitalière
CNRS : Centre national de la recherche scientifique
CNS : comptes nationaux de la santé
CNSA : Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie
CPAM : caisse primaire d'assurance maladie
CPS : comptes de la protection sociale
CRP : centre de rééducation professionnelle
CSBM : consommation de soins et de biens médicaux
CSS : complémentaire santé solidaire

D

DCSi : dépense courante de santé au sens international
DGFiP : Direction générale des finances publiques
DGH : dotation globale hospitalière
DGOS : Direction générale de l'offre de soins
DMI : dispositifs médicaux implantables
DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DSS : Direction de la Sécurité sociale
DTS : dépense totale de santé (données internationales)

E

EHPA : établissement d'hébergement pour personnes âgées
Ehpad : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EP : établissement pour enfants et adolescents polyhandicapés
EPRUS : établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (devenu Santé publique France en 2016)
Espic : établissement de santé privé d'intérêt collectif

ETP : équivalent temps plein

F

FAC : Fonds des actions conventionnelles (de la CNAM)
FAM : foyer d'accueil médicalisé
FBCF : formation brute de capital fixe
FFIP : Fonds de financement de l'innovation pharmaceutique
FIQCS : Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins
FIR : Fonds d'intervention régionale
FMESPP : Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés
FNPEIS : Fonds national de prévention et d'éducation en information sanitaire
FSPF : Fédération des syndicats pharmaceutiques de France

G

GERS : Groupement pour l'élaboration et la réalisation de statistiques (médicament)
GHM : groupe homogène de malades (en établissement de santé)
GHS : groupe homogène de séjours (en établissement de santé)
GIR : groupe iso-ressources (codification de la dépendance)

H

HAD : hospitalisation à domicile
HAS : Haute Autorité de santé

I

Ifsi : institut de formation aux soins infirmiers
IJ : indemnités journalières
IME : institut médico-éducatif
Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (devenu Santé publique France en 2016)
Insee : Institut national de la statistique et des études économiques
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
INTS : Institut national de la transfusion sanguine
InVS : Institut national de veille sanitaire (devenu Santé publique France en 2016)
IP : institution de prévoyance
IPC : indice des prix à la consommation (Insee)
IPCH : indice des prix à la consommation harmonisé
ISBLSM : institutions sans but lucratif au service des ménages

L

LEEM : Les entreprises du médicament
LPP : liste des produits et prestations (des biens médicaux)

M

MAS : maison d'accueil spécialisée
MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie
Migac : missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation
MIRES : mission interministérielle « Recherche et Enseignement supérieur «
MSA : Mutualité sociale agricole

N

NM : les 13 nouveaux États membres ayant rejoint l'Union européenne entre 2004 et 2013 : Bulgarie, Chypre, Croatie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Lituanie, Malte, Pologne, Roumanie, Slovaquie, Slovénie et Tchéquie

O

OC : organismes complémentaires
OCDE : Organisation de coopération et de développement économiques
ODMCO : objectif de dépenses d'assurance maladie des activités de maladie, chirurgie, obstétrique et odontologie
OGD : objectif global de dépenses (médico-sociales)
OGDPC : organisme gestionnaire du développement professionnel continu
OMS : Organisation mondiale de la santé
Ondam : objectif national de dépenses d'Assurance maladie
Oniam : Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales
ONDPS : Observatoire national des professions de santé
Optam : option pratique tarifaire maîtrisée
Optam-co : option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique
OQN : objectif quantifié national (de dépenses de SSR et psychiatrie des établissements de santé privés)

P

PACES : première année commune aux études de santé
PCH : prestation de compensation du handicap
PIB : produit intérieur brut
PLFSS : projet de loi de financement de la Sécurité sociale
PMI : protection maternelle et infantile
PMSI : Programme de médicalisation des systèmes d'information (système d'information sur l'activité des établissements hospitaliers)

PPA : parité de pouvoir d'achat
PRADO : programme de retour à domicile organisé
PSPH : établissement de santé « participant au service public hospitalier »
Puma : protection universelle maladie

R
RAC : reste à charge
RG : régime général (de l'Assurance maladie)
RPPS : répertoire partagé des professionnels de santé
ROSP : rémunération sur objectifs de santé publique
RSI : Régime social des indépendants, supprimé en 2018 (la protection sociale des travailleurs indépendants est confiée au régime général de la Sécurité sociale)

S
SAE : enquête Statistique annuelle des établissements de santé
Samsah : service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
SAVS : service d'accompagnement à la vie sociale
Sessad : service d'éducation spéciale et de soins à domicile
SHA : *System of Health Accounts*
Smic : salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMR : service médical rendu (par un médicament)
SMUR : service médical d'urgence
SNDS : Système national des données de santé
Sniiram et SNIR : Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie
Ssiad : services de soins infirmiers à domicile
SSR : soins de suite et de réadaptation
Statiss : statistiques et indicateurs de la santé et du social

T
TCDC : tableau de centralisation des données comptables
TFR : tarif forfaitaire de responsabilité (d'un médicament)
TJP : tarif journalier de prestations (des hôpitaux)
TM : ticket modérateur
TSA : taxe de solidarité additionnelle

U
UE-15 : les 15 États membres de l'Union européenne en 2003
UE-28 : les 27 États membres actuels de l'Union européenne, et le Royaume-Uni
UEROS : unités d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socio-professionnelle
UFR : unité de formation et de recherche
Uncam : Union nationale des caisses d'Assurance maladie
USLD : unité de soins de longue durée

V
VHP : véhicule pour handicapé physique
VSL : véhicule sanitaire léger

Les différents pays analysés sont représentés dans le rapport par les sigles internationaux suivants.

Union européenne des Quinze (avant 2020) :

DE	Allemagne
AT	Autriche
BE	Belgique
DK	Danemark
ES	Espagne
FI	Finlande
FR	France
EL	Grèce
IE	Irlande
IT	Italie
LU	Luxembourg
NL	Pays-Bas
PT	Portugal
UK	Royaume-Uni
SE	Suède

Autres États membres (depuis 2004) :

BG	Bulgarie
CY	Chypre
EE	Estonie
HR	Croatie
HU	Hongrie
LV	Lettonie
LT	Lituanie
MT	Malte
PL	Pologne
RO	Roumanie
SK	Slovaquie
SI	Slovénie
CZ	Tchéquie

Autres pays de l'OCDE :

CA	Canada
CH	Suisse
JP	Japon
US	États-Unis

Annexe 6

Glossaire

Aide à la télétransmission : subvention versée aux professionnels et aux établissements de santé qui transmettent numériquement les feuilles de soins électroniques et autres pièces justificatives. Ce dispositif d'incitation financière vise à prendre en charge une partie des frais induits par l'acquisition et l'utilisation du matériel de télétransmission. Pour les médecins, l'aide à la télétransmission est devenue, en 2012, une composante de la rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP).

Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) : aide financière annuelle visant à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la CMU-C. Le montant versé croît avec l'âge du bénéficiaire. L'ACS donne aussi droit à une dispense totale d'avance de frais sur la part obligatoire et, depuis juillet 2015, au tiers payant intégral (y compris la part complémentaire) ainsi qu'à l'exonération des franchises médicales et des participations forfaitaires. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. Depuis juillet 2015, l'ACS est en outre réservée à des contrats de complémentaires santé sélectionnés dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence par appel d'offres, en vue d'en améliorer le rapport qualité-prix.

Automatisation des listes (Adeli) : système d'information national dénombrant les professionnels de santé relevant du Code de la santé publique, du Code de l'action sociale et des personnes autorisées à faire usage du titre de psychologue.

Aide médicale d'État (AME) : dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, sous réserve de remplir certaines conditions de ressources et de résidence.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : veille à la préservation de la stabilité du système financier, à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des banques et assureurs opérant en France. Elle délivre en particulier les agréments et autorisations d'exercer. L'ACPR collecte aussi les états comptables, prudentiels et statistiques auprès des organismes complémentaires, utilisés pour la production des comptes de la santé.

Autres biens médicaux : optique, matériels et pansements, orthèses, prothèses, véhicules pour handicapés physiques inscrits à la liste des produits et prestations de l'Assurance maladie (voir LPP).

Centre de santé : Les centres de santé doivent élaborer un projet de santé attestant de leur exercice coordonné qu'ils transmettent à l'agence régionale de santé (ARS) en même temps que leur règlement intérieur. Ils sont appelés à conclure avec l'ARS un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens préalablement à tout versement d'une aide financière par l'agence. On compte plus de 2 200 centres de santé (dont 455 pluriprofessionnels). À l'exception des centres de soins infirmiers, ils sont implantés majoritairement en milieu urbain.

Complémentaire santé solidaire (CSS) : ce dispositif permet de bénéficier de la prise en charge, à titre gratuit ou moyennant une contribution financière modeste selon le niveau de ressources de l'assuré, de la part complémentaire de ses frais de santé. La CSS a remplacé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1er novembre 2019. La CSS permet d'avoir accès au tiers payant intégral et donc, à une dispense d'avance des frais médicaux et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires, quel que soit le secteur (1 ou 2), sur un large panier de soins. Ce panier comprend notamment les consultations médicales, hospitalisations, médicaments, analyses médicales, ainsi que les lunettes, prothèses dentaires et auditives du panier « 100 % santé ».

Comptes de la santé : compte satellite de la comptabilité nationale visant à retracer la production, la consommation et le financement de la fonction santé, définie comme l'ensemble des actions concourant à la prévention et au traitement d'une perturbation de l'état de santé.

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 par ailleurs dans la dépense courante de santé au sens international (DCSi) ***[annexe 1].***

Consommation effective des ménages : inclut tous les biens et les services acquis par les ménages résidents pour la satisfaction de leurs besoins, que ces acquisitions aient fait, ou non, l'objet d'une dépense de leur part. La consommation effective des ménages comprend donc les biens et les services acquis par leurs propres dépenses de consommation finale, mais aussi les biens et les services qui, ayant fait l'objet de dépenses de consommation individualisable des administrations publiques ou des ISBLSM (institutions sans but lucratif au service des ménages), donnent lieu à des transferts sociaux en nature de leur part vers les ménages.

Contrats au premier euro : les contrats dits au « premier euro » sont des contrats d'assurance santé à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie obligatoire.

Contrats d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins (Caqos) : introduits par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011, ils permettent à l'Assurance maladie et aux agences régionales de santé d'accompagner pendant trois ans les établissements publics de santé dont les dépenses prescrites de transports et/ou de médicaments ont sensiblement progressé, au-delà des taux d'évolution fixés. Ces contrats ont été renouvelés en avril 2017 pour effet au 1er janvier 2018.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : dispositif en faveur des ménages à revenus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle assurée par les régimes de base d'assurance maladie. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources. La CMU-C a été remplacée par la Complémentaire santé solidaire en 2019. La CMU-C était gérée soit par la caisse d'assurance maladie de l'assuré (organisme de base), soit par un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance, institution de prévoyance) habilité à gérer la CMU-C. Les garanties offertes sont les mêmes dans les deux cas. Dans les comptes de la santé, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérés par leur caisse d'assurance maladie sont regroupées dans l'item « CMU-C organismes de base ». Cette dépense globale est conventionnellement regroupée dans les comptes avec les dépenses de l'État qui recouvrent, outre l'AME et les soins urgents, les prestations versées aux invalides de guerre. À l'inverse, les dépenses complémentaires des bénéficiaires de la CMU-C gérées par un organisme complémentaire sont intégrées dans les comptes de la santé aux dépenses des organismes complémentaires. Enfin, les dépenses de base des bénéficiaires de la CMU-C, qu'ils soient gérés par un organisme de base ou par un organisme complémentaire, sont incluses dans les dépenses de Sécurité sociale, le système d'information ne permettant pas de les distinguer des autres bénéficiaires.

Dépense courante de santé au sens international (DCSi) : voir ***annexe 1.***

Dépenses de consommation finale des ménages : comprennent les dépenses effectivement réalisées par les ménages résidents pour acquérir des biens et des services destinés à la satisfaction de leurs besoins.

Dépenses de consommation individualisables des administrations publiques : recouvrent les dépenses dont le consommateur effectif est identifiable et dont le bénéfice ultime revient aux ménages (dépenses d'éducation et de santé pour l'essentiel, mais aussi de culture, d'aides au logement, etc.).
La dépense de consommation finale des administrations publiques est ainsi séparée entre les dépenses individualisables et les dépenses collectives.

Dotation de fonctionnement (clinique privé) : voir MIGAC.

Effet qualité : concept de comptabilité nationale intervenant dans un partage du volume, qui découle lui-même d'un partage de la valeur entre volume et prix ***(annexe 4).*** L'effet qualité et l'effet quantité sont les deux sous-composantes de l'évolution du volume. L'effet

qualité mesure la variation des volumes qui n'est pas liée à une variation de la quantité (mesure physique de l'activité). L'effet qualité est un concept comptable qui ne doit pas être assimilé à une mesure de la qualité thérapeutique d'un traitement.

Forfait CAPI : rémunération forfaitaire versée aux médecins après signature d'un contrat d'amélioration des pratiques individuelles, permettant de renforcer la prévention et d'améliorer la prise en charge des pathologies chroniques. Ce dispositif a été remplacé par la ROSP (voir ci-dessous) à compter de 2012.

Forfait hospitalier : le forfait hospitalier correspond à la participation du patient aux frais liés à son hospitalisation dans le public comme dans le privé. Il est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie. Son montant est fixé par arrêté ministériel. Jusqu'en 2017, il s'élevait à 18 euros par jour (13,5 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Depuis le 1er janvier 2018, il s'élève à 20 euros par jour (15 euros par jour pour les séjours en service psychiatrique des établissements de santé). Le forfait hospitalier n'est pas remboursé par l'Assurance maladie.

Forfait patientèle médecin traitant : créé par la convention médicale d'août 2016, ce forfait se substitue dès le 1er janvier 2018 aux différentes rémunérations forfaitaires qui étaient versées jusqu'à présent au médecin pour le suivi des patients en sa qualité de médecin traitant (majoration pour personnes âgées, forfait médecin traitant, rémunération médecin traitant). Il se substitue également à la valorisation prévue pour l'établissement du « volet de synthèse médicale » des patients, incluse auparavant dans la ROSP (voir ROSP ci-dessous).

Forfait structure : créé par la convention médicale d'août 2016, le forfait remplace à partir du 1er janvier 2017 les précédents indicateurs de la ROSP (voir ROSP ci-dessous) qui portaient sur l'organisation du cabinet. Ce forfait constitue désormais une rémunération à part entière indépendante de la ROSP, pouvant être versée à tout médecin libéral.

Franchise : la franchise médicale est déduite des remboursements effectués par l'Assurance maladie sur les médicaments (0,5 euro par boîte), les actes paramédicaux (0,5 euro par acte) et les transports sanitaires (2 euros par transport). Elle est plafonnée à 50 euros par an et par assuré.

Générique : médicament ayant la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, et la même forme pharmaceutique que la spécialité de référence (princeps) et ayant démontré la bioéquivalence avec cette dernière, c'est-à-dire la même biodisponibilité (même vitesse et même intensité de l'absorption) dans l'organisme et en conséquence la même efficacité. Sa commercialisation est possible dès que le brevet du princeps tombe dans le domaine public (vingt ans). Depuis 2012, le prix d'un générique doit être inférieur à 60 % de celui du princeps. Un groupe générique est défini, dans le répertoire générique, par le médicament de référence (princeps) et les médicaments génériques de celui-ci.
Depuis 1999, les pharmaciens peuvent délivrer un générique à la place d'un princeps (droit de substitution) et y sont encouragés au travers de plusieurs mécanismes financiers (en particulier, depuis 2012, à travers la ROSP).

Honoraires de dispensation : depuis le 1er janvier 2015, les pharmaciens perçoivent des honoraires supplémentaires destinés à valoriser le rôle de conseil au moment de la dispensation des médicaments. L'esprit de la réforme consiste également à rendre les rémunérations des pharmaciens d'officines moins dépendantes du prix et du volume des médicaments remboursables, dans un contexte de baisse durable du prix des médicaments. Le dispositif initial prévoit deux catégories d'honoraires :

- un honoraire au conditionnement (0,82 euro TTC par boîte de médicament remboursable en 2015 puis 1,02 euro TTC à partir de 2016) ;
- un honoraire d'ordonnance dite complexe pour les ordonnances comportant au moins cinq médicaments ou spécialités pharmaceutiques remboursables et délivrées en une seule fois (0,51 euro TTC par ordonnance puis 1,02 euro TTC à partir de 2020).

Les avenants 11 et 14 à la convention pharmaceutique (signés en juillet 2017 et novembre 2018) ont mis en place trois nouveaux honoraires de dispensation entrés en vigueur au 1er janvier 2019 :

- un honoraire perçu pour l'exécution de toute ordonnance de médicaments remboursables (0,51 euro TTC) ;

- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance pour des enfants de moins de 3 ans et des patients de plus de 70 ans (0,51 euro TTC puis 1,58 euro TTC à partir de 2020) ;
- un honoraire pour l'exécution d'ordonnance comportant un ou plusieurs médicaments listés comme spécifiques (2,04 euros puis 3,57 euros à partir de 2020).

Le remboursement de ces honoraires est pris en charge à 70 % par l'Assurance maladie et à 30 % par l'assurance complémentaire du patient s'il en a une, à condition que la délivrance fasse suite à une prescription médicale de médicaments remboursables.

Hospitalisation complète : on parle d'hospitalisation complète lorsque la personne malade est accueillie dans des unités hébergeant les patients pour une durée supérieure à 24 heures.

Hospitalisation partielle : venues en anesthésie et chirurgie ambulatoire, et séjours dont la durée est inférieure à un jour (hors séances).

Incitation financière à l'amélioration de la qualité (IFAQ) : est généralisée dès 2016 à l'ensemble des hôpitaux et cliniques pratiquant la médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) et l'hospitalisation à domicile (HAD) puis étendue en 2017 aux structures de soins de suite et de réadaptation (SSR).
L'objectif de ce dispositif est d'introduire une part liée à la qualité dans le financement des établissements de santé

Indices des prix à la consommation harmonisés (IPCH) et précision sur les dépenses de santé : les IPCH sont conçus pour permettre de réaliser des comparaisons internationales donnant une mesure comparable de l'inflation. Ils sont calculés selon des définitions harmonisées entre les États membres de l'Union européenne et quelques pays hors UE-28 (États-Unis, Japon, etc.). L'IPCH est conçu pour être une mesure de la variation pure des prix des biens et services relevant de la dépense monétaire de consommation finale des ménages. Il mesure l'évolution du coût d'un panier fixe de produits à des prix différents au fil du temps. Ces produits ne sont pas identiques entre les pays, mais constituent le panier de biens courants pour un ménage dans le pays.
L'IPCH n'est pas conçu pour être un indice du coût de la vie, c'est le rôle de la parité de pouvoir d'achat (voir ci-dessous), mais de connaître la variation des prix dans un pays.
Dans de nombreux pays, les services produits par les secteurs de la santé sont en partie fournis gratuitement par les États sans participation des ménages. Bien qu'un ménage puisse consommer ces services, ils sont financés par l'impôt ou les cotisations sociales. Dans ce cas, la consommation (et le coût de production) de ces biens et services particuliers n'est pas incluse dans l'IPCH. Pour les biens et services partiellement subventionnés par l'État ou une caisse publique de sécurité sociale, les dépenses engagées par le ménage doivent servir de base au calcul de l'indice. Par exemple, si le système de santé rembourse 75 % d'un dispositif médical, alors seulement les 25 % restants du coût entrent dans le champ de l'IPCH.
Les IPCH sont produits et publiés en utilisant une période de référence commune d'indice (2015 = 100).
Pour en savoir plus : **Eurostat** (2012). *Harmonised Index of Consumer Prices (HICP) Methodological Manual*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Lits de soins aigus : lits réservés aux soins curatifs, hors soins de longue durée ou soins de suite et de réadaptation.

Liste des produits et prestations (LPP) : répertoire des biens médicaux remboursables par l'Assurance maladie, distinguant quatre types de produits :
- titre I - dispositifs médicaux, aliments, pansements ;
- titre II - orthèses et prothèses externes ;
- titre III - dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons ;
- titre IV - véhicules pour handicapés physiques.

Liste en sus : Le financement des médicaments administrés au cours d'un séjour hospitalier est principalement assuré de manière forfaitaire. Afin de favoriser la diffusion technologique, certaines spécialités et dispositifs médicaux, innovants et souvent onéreux, sont inscrits sur une liste dite liste en sus, et peuvent être facturés en plus du forfait lié au séjour hospitalier du patient.

Médecin traitant : le médecin traitant est un médecin généraliste ou spécialiste, exerçant en ville ou à l'hôpital. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins, coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de

longue durée et assure une prévention personnalisée.

Médicaments en ambulatoire : ensemble des dépenses liées à la délivrance des médicaments en officines de ville et à la délivrance des médicaments en pharmacies hospitalières dans le cadre de la rétrocession. La consommation est enregistrée netts des remises conventionnelles et y compris rémunération forfaitaire : honoraires de dispensation (HDD) et rémunération sur objectifs de santé public (ROSP).

Missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) : cette dotation permet de financer les activités des établissements de MCO qui ne sont pas tarifées à l'activité. Les missions d'intérêt général sont limitativement énumérées et recouvrent notamment les activités d'enseignement et de recherche, le financement des SAMU et des SMUR, de certains centres de référence, etc. L'aide à la contractualisation permet de financer le développement d'activités ou l'investissement des établissements.

Nouveaux membres – NM : l'ensemble des NM regroupe les pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004 et pour lesquels les données du système international des comptes de la santé sont disponibles, c'est-à-dire l'Estonie, la Hongrie, la Lettonie, la Lituanie, la Pologne, la République slovaque, la République tchèque et la Slovénie. Les NM-13 regroupent l'ensemble des 13 pays ayant adhéré à l'Union européenne à partir de 2004.

Optam et Optam-co : depuis le 1er janvier 2017, les deux options de pratiques tarifaires maîtrisées Optam et Optam-co sont ouvertes aux médecins de secteur 2 (autorisés à facturer des dépassements d'honoraires) en remplacement du contrat d'accès aux soins :

- l'option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) est ouverte à tous les médecins de secteur 2 ;
- l'option pratique tarifaire maîtrisée, chirurgie et obstétrique (Optam-co) est ouverte aux médecins de secteur 2 exerçant une spécialité chirurgicale ou de gynécologie obstétrique.

Ces options ont pour objectif d'encourager la stabilisation des dépassements d'honoraires et d'accroître la part des soins facturés à tarif opposable. En souscrivant l'une ou l'autre de ces options, le médecin s'engage à respecter un taux moyen de dépassement, ce qui permet à ses patients d'être mieux remboursés. En contrepartie, le médecin bénéficie d'une prime ou d'une majoration de certains actes selon l'option.

Organismes complémentaires : mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire de base.

Parcours de soins coordonné : le parcours de soins coordonné consiste pour un patient à consulter en priorité un médecin traitant (voir ci-dessus) pour son suivi médical. L'assuré garde la possibilité de consulter directement un médecin sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale. Le parcours de soins coordonné a été instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004.

Parité de pouvoir d'achat : les parités de pouvoir d'achat (PPA) sont les taux de conversion monétaire qui ont pour objet d'égaliser les pouvoirs d'achat des différentes monnaies en éliminant les différences de niveaux des prix entre pays. Le panier de biens et services dont les prix sont déterminés est un échantillon de tous ceux qui composent la dépense finale, à savoir la consommation finale des ménages et des administrations publiques, la formation de capital et les exportations nettes. Cet indicateur est mesuré par l'OCDE en unités monétaires nationales par dollar US et est converti en euros de sorte qu'un euro PPA en France soit égal à un euro courant.

Parité de pouvoir d'achat en santé : Eurostat et l'OCDE calculent régulièrement les PPA pour environ 50 catégories de produits, dont la santé. Depuis quelques années, certains pays cherchent à mesurer les prix des produits et services de santé selon l'optique de la production. C'est notamment essentiel pour évaluer les services de santé publics qui sont souvent gratuits pour les ménages. Cette méthodologie est employée pour calculer les PPA de la santé et des hôpitaux, qui sont désormais incorporées dans le calcul global des PPA du PIB. Dans le calcul de la PPA santé, deux situations sont possibles pour établir les prix des biens de santé :

- s'il s'agit d'achats auprès de producteurs marchands, les PPA sont calculées avec les prix d'achat recueillis auprès d'un échantillon de points de vente ;

- s'il s'agit des services de santé produits par les pouvoirs publics (producteurs non marchands), les dépenses sont estimées en additionnant les coûts de production des biens et services.

Les prix des biens médicaux et des équipements achetés par les ménages mais aussi l'État sont bien pris en compte. Le niveau des rémunérations des praticiens à l'hôpital ou en cabinet de ville également (médecins, infirmiers, autres professions médicales, mais aussi les emplois non médicaux à l'hôpital). Les soins en ambulatoire comme à l'hôpital sont étudiés dans le cadre de la parité de pouvoir d'achat en santé. Pour en savoir plus : **Eurostat-OECD** (2012). *Methodological Manual on Purchasing Power Parities, Eurostat/OECD*. Luxembourg, Publications Office of the European Union.

Personnel soignant (hôpital) : sages-femmes, encadrement du personnel soignant, infirmiers, aides-soignants, agents de services hospitaliers, rééducateurs, psychologues.

Prévention institutionnelle : fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. Elle n'inclut pas la prévention réalisée lors de consultations médicales ordinaires, incluses par ailleurs dans la CSBM.

Produit intérieur brut (PIB) : principal agrégat de la comptabilité nationale. Il est égal à la somme des emplois finaux, moins les importations. Il est aussi égal à la somme des rémunérations versées aux salariés par les unités résidentes, des excédents bruts d'exploitation de ces unités et des impôts liés à la production et à l'importation versés, nets des subventions reçues.

Programme de retour à domicile organisé (PRADO) : Ce dispositif vise à accompagner la sortie de maternité de la mère et de son enfant, grâce à la visite d'une sage-femme libérale dès le retour à domicile. Ce programme est destiné aux mères de plus de 18 ans ayant eu un accouchement par voie basse, sans complication, avec un enfant né à terme ne nécessitant pas un suivi particulier.

Protection maladie universelle (Puma) : dispositif ayant succédé à la couverture maladie universelle (CMU) de base au 1er janvier 2016. Avec la Puma, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. Par rapport à l'ancienne CMU de base, les conditions d'ouverture de droits sont simplifiées. Les salariés n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte. Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence en France.

Réforme « 100 % santé » : mise en place progressivement entre janvier 2019 et janvier 2021, cette réforme 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 intégralement remboursés par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires :

- « 100 % santé » audiologie : les assurés peuvent bénéficier de paniers d'offres de mieux en mieux remboursés avec une diminution de leur reste à charge de 200 euros par appareil en 2019, puis 250 euros en 2020 et un remboursement total sans reste à charge en 2021.
- « 100 % santé » dentaire : en parallèle de la mise en place du panier « 100 % santé », des modifications tarifaires sont mises en place pour réorienter l'activité des chirurgiens-dentistes vers davantage de prévention et de soins courants dits conservateurs. Ainsi, les tarifs de base de remboursement par la Sécurité sociale de certains soins conservateurs ont été revalorisés au 1er avril 2019, tandis que les tarifs d'un ensemble d'actes prothétiques sont plafonnés.
- « 100 % santé » optique : dès le 1er janvier 2020, les opticiens proposeront une gamme « 100 % santé » (lunettes et verres) intégralement prise en charge par l'Assurance maladie et la complémentaire santé.

Ces offres seront accessibles à tous les Français ayant adhéré à un contrat de complémentaire santé responsable.

Remises pharmaceutiques : des remises sont versées par les laboratoires pharmaceutiques aux caisses de Sécurité sociale. Ces remises, conventionnelles, sont définies par des clauses particulières dans les conventions signées entre les laboratoires et le comité économique des produits de santé [CEPS] (accords prix/volume par exemple). D'autres types de remises conventionnelles existent (qui peuvent aussi

concerner les dispositifs médicaux) et, depuis 2014, des remises spécifiques pour les traitements de l'hépatite C ont également été instaurées, en lien avec la diffusion des nouveaux traitements. Les montants des remises pharmaceutiques, qui viennent réduire la dépense de santé, sont déduites des dépenses des médicaments selon leurs lieux d'execution (à l'hopital, en clinique privée ou en officine de ville). Voir annexe 3 pour plus de détail.

Reste à charge des ménages : part de la dépense de santé restant à la charge des ménages après prise en charge de l'assurance maladie obligatoire, de l'État, et des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance). Il est calculé par solde.

Revenu disponible brut (RDB), revenu disponible brut ajusté (RDBA) : selon l'Insee, le revenu disponible brut (RDB) est le revenu dont disposent les ménages pour consommer ou investir, après opérations de redistribution. Il comprend l'ensemble des revenus d'activité (rémunérations salariales y compris cotisations légalement à la charge des employeurs, revenu mixte des non-salariés), des revenus de la propriété (intérêts, dividendes, revenus d'assurance-vie, etc.) et des revenus fonciers (y compris les revenus locatifs imputés aux ménages propriétaires du logement qu'ils occupent). On y ajoute principalement les prestations sociales en espèces reçues par les ménages et on en retranche les cotisations sociales et les impôts versés. Le revenu disponible brut ajusté (RDBA) est égal au RDB augmenté des transferts sociaux en nature, contrepartie des consommations individualisables incluses dans les dépenses des administrations publiques et des institutions sans but lucratif au service des ménages (ISBLSM), en particulier les dépenses de santé.

Rémunération sur objectifs de santé publique (ROSP) : ce dispositif de rémunération à la performance a été mis en place en 2012. Cette rémunération est versée en avril *n+1* sur l'activité de l'année *n*, selon le degré de réalisation des objectifs fixés. Pour les médecins, les 29 objectifs portaient jusqu'en 2016 sur l'organisation du cabinet (5 objectifs) et la qualité de la pratique médicale (24 objectifs). Pour les pharmaciens, les objectifs portaient notamment sur la délivrance de médicaments génériques. La ROSP a été rénovée par la convention médicale d'août 2016 avec la création de 17 nouveaux indicateurs de pratique clinique et la modification de 4 des indicateurs déjà existants. La partie de la ROSP auparavant consacrée à l'organisation du cabinet a été réaffectée au nouveau forfait structure et au forfait patientèle médecin traitant. Dans les comptes de la santé, la ROSP est rattachée par convention à l'année au titre de laquelle elle a été versée.

Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) : répertoire administratif auquel sont tenus de s'inscrire tous les médecins et chirurgiens-dentistes. Il remplace le répertoire Adeli depuis novembre 2011.

Rétrocession : la rétrocession hospitalière consiste en la vente par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé de médicaments (appelés médicaments rétrocédables) à des patients en ambulatoire, dans le respect de certaines conditions (médicaments présentant notamment des contraintes particulières de distribution, de dispensation ou d'administration, ou nécessitant un suivi de la prescription ou de la délivrance). Ces médicaments, facturés à l'Assurance maladie, ne pèsent pas sur les budgets hospitaliers, puisque leur prise en charge est retracée dans l'enveloppe « soins de ville ».

Santé publique France : établissement public administratif sous tutelle du ministre chargé de la Santé, l'Agence nationale de santé publique a été créée par le décret n° 2016-523 du 27 avril 2016 et fait partie de la loi de modernisation du système de santé. Chargée de protéger efficacement la santé des populations, elle réunit depuis le 1er mai 2016 l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes), l'Institut de veille sanitaire (InVS) et l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (Eprus).

Secteur hospitalier public : il comprend les hôpitaux de statut juridique public, les établissements de statut juridique privé à but non lucratif participant au service public hospitalier (dits « PSPH ») et d'anciens établissements à prix de journée préfectoral, également à but non lucratif (dits « ex-PJP »), ayant opté au 1er janvier 1998 pour la dotation globale.

Secteur privé hospitalier : il comprend les établissements privés à but lucratif et d'anciens établissements à but non lucratif à prix de journée préfectoral ayant opté au 1er janvier 1998 pour le régime conventionnel.

Statistic on Income and Living Conditions (SILC) ou, en France, Statistique sur les revenus et conditions de vie (SRCV) **:** enquête réalisée dans les pays membres de l'Union européenne. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté, et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Soins de longue durée : Les soins de longue durée sont constituées des dépenses médico-sociales liées à la perte d'autonomie à destination des personnes âgées ou en situation de handicap. La définition de ses dépenses est harmonisée au niveau international. Elles incluent les aides relatives à l'accomplissement des activités de la vie quotidienne (aides pour se lever, s'habiller, se nourrir, etc.). Par contre, les aides pour l'accomplissement des activités domestiques (courses, ménages, préparation des repas) ne sont pas comptabilisés dans ce poste.

Soins de ville : au sens des comptes de la santé, il s'agit des soins dispensés par les médecins, les sages-femmes, les dentistes, les auxiliaires médicaux (infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes et orthoptistes) auxquels sont ajoutées les dépenses au titre des analyses médicales et des cures thermales. Les soins de ville ne comprennent pas les honoraires en cliniques privées, ni les dépenses de biens médicaux et de transports sanitaires inclus dans le concept de soins de ville habituellement employé par les régimes d'assurance maladie.

Système national des données de santé (SNDS) : Unique en Europe, voire au monde, le Système National des Données de Santé (SNDS) constitue une avancée considérable pour analyser et améliorer la santé de la population. Géré par la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie (CNAM), le SNDS permettra de chaîner :

- les données de l'Assurance Maladie (base SNIIRAM) ;
- les données des hôpitaux (base PMSI) ;
- les causes médicales de décès (base du CépiDC de l'Inserm) ;
- les données relatives au handicap (en provenance des MDPH - données de la CNSA) ;
- un échantillon de données en provenance des organismes d'Assurance Maladie complémentaire.

Les deux premières catégories de données constituaient la première version du SNDS. Les causes médicales de décès ont été introduites en 2017. Les données en provenance de la CNSA et des organismes complémentaires ont enrichies le SNDS respectivement en 2018 et 2019.

Système national d'information inter-régime de **l'Assurance maladie (Sniiram)** : permet de recueillir les informations sur l'activité libérale des professions de santé ayant donné lieu à remboursement par les organismes de base gérant l'assurance maladie. Les informations collectées concernent la démographie des professions de santé (âge, sexe, lieu d'installation), ainsi que leur activité (nombre d'actes et de coefficients, prescriptions) et les honoraires perçus.

Tarif forfaitaire de responsabilité (TFR) : tarif de remboursement d'un médicament princeps par l'Assurance maladie sur la base du prix du générique.

Taxe de solidarité additionnelle (TSA) : introduite en 2010 sur l'ensemble des contrats d'assurance, le taux de cette taxe est de 7 % des cotisations en assurance santé.

Ticket modérateur : le ticket modérateur est la partie des dépenses médicales qui reste à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire. Le ticket modérateur existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Le pourcentage du ticket modérateur varie selon l'acte ou le traitement, et le respect ou non du parcours de soins coordonné (voir ci-dessus).

Unité standard (médicament) : plus petite dose commune utilisée pour un traitement (comprimé, cuillerée, etc.).

Note : Les définitions concernant la comptabilité nationale sont en grande partie issues du site Insee.fr.

6

Vue d'ensemble

La CSBM et son financement

La dépense courante de santé au sens international

Comparaisons internationales

Annexes

Tableaux détaillés

Les dépenses de santé depuis 2010

Tableau 1 CSBM en valeur

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1-Soins hospitaliers	**82 317**	**84 410**	**86 589**	**88 812**	**90 162**	**92 048**	**93 602**	**94 909**	**96 921**	**100 536**
Hôpitaux du secteur public	63 144	64 853	66 795	68 481	69 629	70 965	72 191	73 037	74 505	78 664
Hôpitaux du secteur privé	19 173	19 557	19 794	20 331	20 533	21 082	21 411	21 872	22 416	21 872
2-Soins ambulatoires	**96 996**	**98 722**	**100 047**	**102 352**	**103 580**	**105 970**	**107 662**	**109 315**	**111 451**	**108 691**
Soins de ville	**47 644**	**48 867**	**50 063**	**51 269**	**52 152**	**53 949**	**55 309**	**56 463**	**58 093**	**57 212**
Soins de médecins et de sages-femmes	19 366	19 515	19 736	20 219	20 604	21 232	21 707	22 181	22 673	21 589
- Médecins généralistes	8 948	8 992	9 022	9 206	9 281	9 548	9 655	9 838	9 912	9 499
- Médecins spécialistes	10 243	10 331	10 494	10 769	11 052	11 387	11 729	11 994	12 366	11 673
- Sages-femmes	175	191	220	244	271	297	323	349	394	417
Soins d'auxiliaires médicaux	13 019	13 913	14 768	15 463	16 069	16 718	17 293	17 866	18 551	18 360
- Infirmiers	7 384	7 924	8 407	8 811	9 207	9 559	9 908	10 232	10 576	11 335
- Masseurs-kinésithérapeutes	4 641	4 935	5 231	5 469	5 638	5 877	6 058	6 224	6 453	5 687
Orthophonistes	855	907	968	1 010	1 043	1 090	1 126	1 152	1 204	1 018
Orthoptistes	123	129	141	148	154	161	167	219	275	277
Pédicure	16	18	21	24	28	31	35	39	44	42
Soins de dentistes	10 612	10 819	10 907	10 937	10 815	11 215	11 467	11 619	11 958	10 892
Laboratoires d'analyses	4 320	4 273	4 293	4 267	4 275	4 378	4 429	4 386	4 513	6 203
Cures thermales	326	347	359	383	388	405	413	410	398	169
Transports sanitaires	**3 845**	**4 071**	**4 287**	**4 410**	**4 604**	**4 803**	**4 986**	**5 098**	**5 058**	**4 584**
Médicaments en ambulatoire	**32 950**	**32 659**	**32 084**	**32 479**	**32 068**	**31 898**	**31 771**	**31 477**	**31 257**	**30 201**
Médicaments remboursables	30 043	29 648	29 206	29 689	29 227	29 091	29 025	28 666	28 684	27 887
Médicaments non remboursables	2 908	3 011	2 877	2 790	2 841	2 806	2 746	2 810	2 573	2 314
Autres biens médicaux	**12 556**	**13 125**	**13 613**	**14 194**	**14 756**	**15 321**	**15 595**	**16 277**	**17 043**	**16 694**
Optique	5 693	5 916	5 971	6 030	6 146	6 181	6 091	6 362	6 792	6 296
Prothèses auditives	822	830	865	925	1 010	1 081	1 158	1 254	1 257	1 281
Orthèses et prothèses externes, VHP*	1 463	1 540	1 623	1 741	1 821	1 917	1 995	2 068	2 172	1 991
Matériels, aliments et pansements	4 578	4 840	5 155	5 499	5 780	6 141	6 350	6 593	6 822	7 127
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	179 313	183 133	186 636	191 164	193 742	198 018	201 264	204 224	208 372	209 228

* Véhicules pour handicapés physiques.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Évolution annuelle de la CSBM en valeur

En %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1-Soins hospitaliers	**2,7**	**2,5**	**2,6**	**2,6**	**1,5**	**2,1**	**1,7**	**1,4**	**2,1**	**3,7**
Hôpitaux du secteur public	2,6	2,7	3,0	2,5	1,7	1,9	1,7	1,2	2,0	5,6
Hôpitaux du secteur privé	3,3	2,0	1,2	2,7	1,0	2,7	1,6	2,2	2,5	-2,4
2-Soins ambulatoires	**2,6**	**1,8**	**1,3**	**2,3**	**1,2**	**2,3**	**1,6**	**1,5**	**2,0**	**-2,5**
Soins de ville	**3,6**	**2,6**	**2,4**	**2,4**	**1,7**	**3,4**	**2,5**	**2,1**	**2,9**	**-1,5**
Soins de médecins et de sages-femmes	3,9	0,8	1,1	2,4	1,9	3,0	2,2	2,2	2,2	-4,8
- Médecins généralistes	4,7	0,5	0,3	2,0	0,8	2,9	1,1	1,9	0,8	-4,2
- Médecins spécialistes	3,1	0,9	1,6	2,6	2,6	3,0	3,0	2,3	3,1	-5,6
- Sages-femmes	7,6	9,2	14,7	11,1	11,0	9,6	8,9	8,1	12,8	5,8
Soins d'auxiliaires médicaux	4,2	6,9	6,1	4,7	3,9	4,0	3,4	3,3	3,8	-1,0
- Infirmiers	5,4	7,3	6,1	4,8	4,5	3,8	3,7	3,3	3,4	7,2
- Masseurs-kinésithérapeutes	2,1	6,3	6,0	4,6	3,1	4,3	3,1	2,7	3,7	-11,9
Orthophonistes	4,8	6,0	6,8	4,4	3,3	4,4	3,3	2,4	4,5	-15,4
Orthoptistes	4,3	5,2	9,4	4,8	3,8	4,7	3,9	30,9	25,6	0,7
Pédicure	17,9	12,2	15,6	19,0	12,9	12,7	12,3	12,9	10,4	-3,0
Soins de dentistes	2,9	2,0	0,8	0,3	-1,1	3,7	2,2	1,3	2,9	-8,9
Laboratoires d'analyses	2,5	-1,1	0,4	-0,6	0,2	2,4	1,2	-1,0	2,9	37,4
Cures thermales	1,1	6,3	3,6	6,6	1,4	4,4	1,9	-0,7	-2,9	-57,7
Transports sanitaires	**2,7**	**5,9**	**5,3**	**2,9**	**4,4**	**4,3**	**3,8**	**2,3**	**-0,8**	**-9,4**
Médicaments en ambulatoire	**0,1**	**-0,9**	**-1,8**	**1,2**	**-1,3**	**-0,5**	**-0,4**	**-0,9**	**-0,7**	**-3,4**
Médicaments remboursables	0,3	-1,3	-1,5	1,7	-1,6	-0,5	-0,2	-1,2	0,1	-2,8
Médicaments non remboursables	-1,8	3,6	-4,4	-3,0	1,8	-1,2	-2,1	2,3	-8,4	-10,1
Autres biens médicaux	**5,8**	**4,5**	**3,7**	**4,3**	**4,0**	**3,8**	**1,8**	**4,4**	**4,7**	**-2,0**
Optique	4,7	3,9	0,9	1,0	1,9	0,6	-1,4	4,4	6,8	-7,3
Prothèses auditives	8,6	0,9	4,2	7,0	9,2	7,1	7,1	8,3	0,2	1,9
Orthèses et prothèses externes, VHP*	6,6	5,3	5,4	7,3	4,6	5,3	4,0	3,7	5,0	-8,3
Matériels, aliments et pansements	6,4	5,7	6,5	6,7	5,1	6,3	3,4	3,8	3,5	4,5
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**2,7**	**2,1**	**1,9**	**2,4**	**1,3**	**2,2**	**1,6**	**1,5**	**2,0**	**0,4**

* Véhicules pour handicapés physiques.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 3 Évolution annuelle des indices de prix de la CSBM

En %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1-Soins hospitaliers	**0,1**	**0,2**	**1,3**	**0,3**	**-0,5**	**-0,2**	**0,7**	**0,3**	**1,5**	**12,7**
Hôpitaux du secteur public	0,1	0,3	1,7	0,6	-0,4	0,1	1,3	0,7	2,0	17,1
Hôpitaux du secteur privé	0,1	-0,1	-0,3	-0,5	-1,1	-1,3	-1,3	-0,9	-0,1	-0,7
2-Soins ambulatoires	**-0,2**	**-0,6**	**-1,1**	**-1,3**	**-1,1**	**-1,1**	**-0,4**	**-0,6**	**-1,2**	**-1,9**
• Soins de ville	**1,1**	**0,9**	**0,8**	**0,3**	**0,4**	**0,3**	**1,2**	**1,1**	**0,0**	**0,2**
Médecins généralistes	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,2	4,9	2,9	0,0	0,2
Médecins spécialistes	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,4	1,4	1,9	1,0	0,8
Sages-femmes	2,1	0,5	0,1	0,2	0,5	0,3	2,5	2,0	0,4	0,5
Soins d'auxiliaires médicaux	0,0	1,7	1,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Soins de dentistes	1,1	0,9	0,8	1,1	0,9	0,7	0,5	0,7	-0,9	0,9
Laboratoires d'analyses	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	-0,9	0,9	-0,6	-1,1
Cures thermales (forfait soins)	2,6	2,4	1,6	1,6	1,1	2,4	1,6	-0,1	0,5	1,0
• Transports sanitaires	**0,7**	**1,5**	**1,9**	**1,4**	**1,3**	**0,1**	**0,2**	**0,7**	**1,3**	**0,5**
• Médicaments en ambulatoire	**-2,1**	**-3,3**	**-4,8**	**-4,9**	**-4,0**	**-3,9**	**-3,4**	**-4,5**	**-4,6**	**-7,0**
Médicaments remboursables	-2,3	-4,2	-5,3	-4,1	-4,5	-3,6	-3,2	-3,7	-4,1	-4,7
Médicaments non remboursables	2,1	5,8	4,2	0,6	0,8	0,5	2,5	-0,6	-4,7	0,2
• Autres biens médicaux	**0,0**	**0,3**	**0,4**	**0,5**	**-0,3**	**-0,4**	**-0,1**	**0,7**	**0,3**	**0,2**
Optique	-0,1	0,8	0,5	0,8	-0,3	-0,6	0,1	1,2	0,6	0,6
Orthèses et prothèses externes, VHP*	-0,8	-2,4	-0,7	0,0	-0,2	-0,1	-0,3	0,1	0,4	-0,1
Audioprothèses	0,8	0,5	0,6	-0,1	-0,2	-0,8	-0,3	0,1	-0,3	-1,3
Matériels, aliments et pansements	0,2	0,4	0,4	0,4	-0,3	-0,3	-0,1	0,5	0,3	0,1
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**-0,1**	**-0,2**	**0,0**	**-0,6**	**-0,8**	**-0,7**	**0,1**	**-0,2**	**0,0**	**4,6**

* Véhicules pour handicapés physiques.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 4 Évolution annuelle des volumes de la CSBM

En %

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
1-Soins hospitaliers	**2,7**	**2,3**	**1,3**	**2,2**	**2,1**	**2,3**	**1,0**	**1,1**	**0,6**	**-8,0**
Hôpitaux du secteur public	2,5	2,4	1,2	1,9	2,0	1,8	0,5	0,5	0,0	-9,9
Hôpitaux du secteur privé	3,2	2,1	1,6	3,3	2,1	4,1	2,9	3,1	2,6	-1,7
2-Soins ambulatoires	**2,8**	**2,4**	**2,4**	**3,7**	**2,3**	**3,5**	**2,0**	**2,2**	**3,2**	**-0,6**
• Soins de ville	**2,5**	**1,6**	**1,6**	**2,1**	**1,3**	**3,1**	**1,3**	**0,9**	**2,9**	**-1,8**
Médecins généralistes	2,6	0,0	0,2	1,9	0,3	2,6	-3,6	-0,9	0,8	-4,4
Médecins spécialistes	1,0	0,4	1,5	2,4	2,1	2,6	1,5	0,3	2,1	-6,3
Sages-femmes	5,5	8,6	14,6	10,9	10,4	9,3	6,2	6,1	12,3	5,3
Soins d'auxiliaires médicaux	4,2	5,0	4,1	4,7	3,9	4,0	3,4	3,3	3,8	-1,0
Soins de dentistes	1,8	1,0	0,0	-0,8	-1,9	2,9	1,7	0,6	3,8	-9,7
Laboratoires d'analyses	2,5	-1,1	0,4	-0,6	0,2	2,4	2,1	-1,9	3,5	39,0
Cures thermales (forfait soins)	-1,5	3,8	2,0	5,0	0,3	1,9	0,3	-0,6	-3,4	-58,1
• Transports sanitaires	**2,0**	**4,3**	**3,3**	**1,4**	**3,1**	**4,2**	**3,6**	**1,5**	**-2,1**	**-9,8**
• Médicaments en ambulatoire	**2,2**	**2,5**	**3,2**	**6,4**	**2,8**	**3,5**	**3,2**	**3,8**	**4,1**	**3,9**
Médicaments remboursables	2,8	2,9	4,3	7,4	3,0	4,0	3,9	3,9	4,9	5,2
Médicaments non remboursables	-3,8	-2,1	-8,3	-3,6	1,1	-1,7	-4,5	3,0	-3,9	-10,2
• Autres biens médicaux	**5,8**	**4,2**	**3,4**	**3,7**	**4,3**	**4,3**	**1,9**	**3,6**	**4,3**	**-2,2**
Optique	4,8	3,1	0,4	0,2	2,3	1,2	-1,5	3,2	6,2	-7,9
Orthèses et prothèses externes, VHP*	7,8	8,3	6,3	7,5	5,0	5,5	4,2	3,2	3,8	-8,0
Audioprothèses	7,8	0,4	3,6	7,0	9,4	7,9	7,5	8,2	0,5	3,2
Matériels, aliments et pansements	6,2	5,3	6,1	6,2	5,4	6,6	3,5	3,3	3,2	4,4
Consommation de soins et de biens médicaux (1+2)	**2,7**	**2,3**	**1,9**	**3,0**	**2,2**	**2,9**	**1,6**	**1,7**	**2,0**	**-4,0**

* Véhicules pour handicapés physiques.
Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 5 DCSi en valeur

En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
HC.1+ HC.2 - Soins courants	120 754	123 942	127 184	130 506	132 591	135 939	138 576	140 926	144 318	145 321
HC.3 - Soins de longue durée	33 448	34 987	36 339	37 586	38 446	39 235	40 130	41 244	42 725	46 210
HC.4 - Services auxiliaires	10 320	10 572	10 827	10 991	11 270	11 737	12 103	12 253	12 385	13 508
HC.5 - Bien médicaux	45 507	45 784	45 697	46 673	46 825	47 219	47 367	47 754	48 300	46 895
HC.6 - Prévention institutionnelle	2 470	2 865	4 679	4 684	4 684	4 754	4 950	4 986	5 079	10 199
HC.7 - Gouvernance	16 725	17 153	17 858	18 599	18 631	18 831	18 802	18 939	19 060	22 372
Total DCSi	229 223	235 303	242 585	249 039	252 447	257 714	261 928	266 101	271 867	284 504

Source > DREES, comptes de la santé.

PANORAMAS

Les dépenses de santé en 2020

Résultats des comptes de la santé

ÉDITION 2021

L'ouvrage *Les dépenses de santé en 2020 - édition 2021* présente un tableau détaillé des dépenses de santé en France en 2020. La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) est évaluée à titre provisoire à 209,2 milliards d'euros. Elle progresse de 0,4 % par rapport à 2019, soit le rythme de croissance le plus faible jamais observé depuis 1950 du fait de la crise sanitaire. Ses composantes progressent à des rythmes très disparates compte tenu des impacts différenciés de la pandémie de Covid-19. Alors que les soins hospitaliers progressent de 3,7 % en 2020, les dépenses de soins ambulatoires sont en repli de 2,5 %.

La crise sanitaire a également entraîné une recomposition importante de la structure de financement de la CSBM. La part de la Sécurité sociale qui a financé les principales dépenses supplémentaires liées à la crise, s'établit ainsi à 79,8 % de la CSBM. Celle des organismes complémentaires (mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance) atteint 12,3 %, tandis que la part restant à la charge des ménages continue de diminuer pour s'établir à 6,5 %.

Cet ouvrage fournit également des éléments de comparaison des dépenses de santé au niveau international. En 2019, la France consacre au total 11,2 % de sa richesse nationale à la santé, soit 1,2 point de plus que la moyenne de l'Union européenne. Elle reste le pays de l'OCDE où les ménages sont le moins mis à contribution financièrement.

Dans la même collection SANTÉ

- La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties
- Les établissements de santé
- Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr

ISBN : 978-2-11-139019-5 • ISSN (imprimé) : 2495-3687 • ISSN (en ligne) : 2553-1182 • Diffusion : S21-148